

平成 30・令和元年度  
社会保険診療報酬検討委員会  
答 申

諮問②：現在の診療報酬における問題点と  
その対応

令和 2 年 2 月  
日本医師会  
社会保険診療報酬検討委員会

令和 2 年 2 月 25 日

日本医師会長

横 倉 義 武 殿

社会保険診療報酬検討委員会

委員長 太 田 照 男

答 申

平成 30 年 12 月 26 日に開催されました第 1 回委員会において、「①平成 30 年度診療報酬改定の評価」および「②現在の診療報酬における問題点とその対応」につきまして貴職より諮問がありました。このうち、「①平成 30 年度診療報酬改定の評価」につきましては、令和元年 8 月 21 日付けで貴職にご答申申し上げたところであります。

その後、「②現在の診療報酬における問題点とその対応」に関して審議を重ね、今般、その結果を以下のとおりまとめましたので、ここに答申いたします。

## 社会保険診療報酬検討委員会

委員長	太田 照男	委員	田邊 秀樹
副委員長／ 小委員長	高井 康之	委員	津留 英智
委員	石井 貴士	委員	寺澤 正壽
委員	井田 正博	委員	野中 隆久
委員	岩中 督	委員	橋本 洋一
委員	江頭 芳樹	委員	濱島 高志
委員	奥村 秀定	委員	前原 操
委員	河合 直樹	委員	正井 基之
委員	川寄 良明	委員	正木 康史
委員	菅野 隆	委員	宮崎 亮一郎
委員	黒瀬 巖	委員	矢口 均
委員	小林 弘祐	委員	吉賀 攝
委員	島 弘志	委員	萬 忠雄
委員	滝田 研司		

## ＜目次＞

1. 外来医療、在宅医療、かかりつけ機能 .....	1
2. 入院医療 .....	5
3. 生活習慣病の医学管理、オンライン診療等 .....	7
4. 医療従事者の負担軽減、働き方改革 .....	9
5. 医療と介護の連携 .....	11
6. 医薬品の適正使用、後発医薬品の使用促進 .....	14
7. 医療技術の評価 .....	17
8. その他 .....	22

## 1. 外来医療、在宅医療、かかりつけ医機能

- 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲、地域包括診療加算、機能強化加算等の在り方について
- かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について
- かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について
- 凍結された妊婦加算の見直しの在り方について

### 1) 外来医療の機能分化、かかりつけ医機能について

団塊の世代が75歳を迎える2022年が目前に迫っている。いよいよ我が国は人口減少の局面を迎え2065年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると想定されている。この超高齢化・人口減少社会において世界に冠たる国民皆保険である医療保険制度を未来永劫に堅持するためには、医療資源と財源は無限ではないことを改めて認識した上で、外来医療においては機能分化のより一層の促進と、かかりつけ医機能の強化が必然である。

平成30年度診療報酬改定にて、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲が「特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院」から「特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院」に拡大された。中医協で実施された「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（調査時期；平成30年10月～11月）」では、平成30年度改定以前から定額負担の対象となっていた病院と改定後に定額負担の対象となった病院のいずれにおいても、紹介状なしの初診患者の比率は低下しているが、その低下率は改定後からの対象病院の方がより顕著であったことから、一定の効果があったといえよう。一方、患者調査では、定額負担の仕組みがあることを知っている患者の割合は全体で70%を超えていたが、その理由を知らない患者の割合も30%弱と少なからず存在している。外来医療の機能分化をさらに推進するためにも、国民が理解・納得するような丁寧な説明を国には求めたい。

また、平成30年度診療報酬改定では、かかりつけ医機能の強化を図るため、地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料の施設基準や算定要件が見直されるとともに、かかりつけ医機能の評価を充実させるため初診料に機能強化加算が新設された。地域包括診療加算は平成26年度診療報酬改定にて新設され、今回の改定では算定要件が緩和された点数が新設されたが、算定状況調査（社会医療診療報酬行為別統計（各年6月審査分、施設基準の届出状況（各年7月1日現在））によると、届出医療機関数と算定回数に大きな変化は見られない。届出にあたり満たすことが困難な事由では研修要件、24時間薬局との連携、在宅医療の提供体制や常勤医師要件など多岐にわたっている。多くの医療機関がかかりつけ医機能を発揮できるよう、さらなる施設基準・算定要件の緩和を求めたい。中でもより多くの

診療科で算定できるように現在、高血圧症・脂質異常症・糖尿病・認知症に限られている疾病要件をまずは拡充すべきと考える。

今回初診料に新設された機能強化加算は、加算という形式ではあるが基本診療料に対する増点であり、画期的といえよう。本加算の算定には地域包括診療加算・診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料等の届け出が算定要件となっているため、結果的にかかりつけ医機能にかかる診療報酬の届出にインセンティブを付与している。また、医療機関の体制に対する加算であり、届出を行えば対象疾患、対象患者に限定なく初診料を算定するすべての患者に加算できる点は評価できる。一方で前述したように地域包括診療加算等、ベースとなる診療報酬上の算定要件から、現状では算定可能な診療科が限定されている。基本診療料に対する加算であることや地域包括ケアシステム構築の観点からも多くの診療科で算定可能な点数であることが望まれる。また全ての初診患者に加算され、算定の有無により医療機関ごとに窓口負担が大きく異なることから、患者の理解を得るべく国には本加算の趣旨及び必要性について丁寧な説明を求めたい。

## 2) 在宅医療

我が国では諸外国に類をみない速度で人口減少ならびに高齢化が進んでおり、2025年には75歳以上人口比率が18%に達すると推計されている。また、年間死亡者数も2015年には約130万人であったが、2025年には150万人超になると予測されており、もはや医療機関だけでは看取りが困難な状況である。よって地域包括ケアシステムの確立とその要の一つである在宅医療の推進は一層のスピード感を持って取り組まなければならない喫緊の課題である。

### ① 在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料の算定回数は、わずかであるが年々増加傾向にある。在宅患者訪問診療料(Ⅰ)1では同一建物居住者以外の1名に対する診療に833点が設定されているが、同一建物居住者の2名以上の診療に対しては203点と大幅に減額されている。訪問診療は限られた医療資源の下、診察には必ずしも向かない環境で行われる医療行為であり、本来は訪問人数の違いによって点数が設定されるべきではないと考えるが、一方では営利主義的な不適切な訪問診療の抑止も考慮しなければならず、慎重な制度設計を求めたい。

今回、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす医療機関の依頼によって訪問診療を行った医療機関に対する評価として、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2が新設された。訪問診療を必要とする患者では複数の疾患を有しているケースが多いことから、主治医以外の専門医による訪問診療が算定できるようになったことは評価できる。ただし、一連の治療につき6か月以内かつ月1回を限度とする算定要件が設定されている。皮膚科、眼科、耳鼻科などでは頻回かつ長期にわたる処置を必要とする疾患も少なくなく、見直しが必要と考える。

### ② 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

不適切な訪問診療事例を抑止するためとはいえ、改定のたびに算定要件が複雑化している感は否めない。在宅時医学総合管理料(以下、在医総管)・施設入居時等医学総合管理料(以下、施設総管)は、現在、訪問診療の頻度と患者の状態および単一建物診療患者数によ

って9区分に点数が設定されている。今回、月2回以上の訪問診療を行っている患者に対する点数が100点引き下げられた一方で、月1回の訪問診療を行っている患者に対する点数が増点された(機能強化型在宅療養支援診療所・病院を除く)。さらに一定の状態にある患者に対する包括支援加算(150点)が新設された。個々の患者の状態に応じた適正な訪問診療の実施と訪問診療の裾野の拡充に資する見直しと新設であり、評価したい。裾野の拡充の観点からは継続診療加算(216点)も新設されている。当該加算は在宅療養支援診療所以外の診療所が、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・連絡体制を有していれば算定できるものであり、通院が困難となった患者に対し、かかりつけ医がスムーズに訪問診療に移行するためのインセンティブとして評価できる。

一般的な診療所が在宅医療を躊躇する理由として、「24時間対応などできるわけがないし、他の医療機関や訪問看護ステーションとの連携の構築も煩わしい」という意見とともに「診療報酬の算定方法がさっぱりわからないから」との声をよく耳にする。営利主義的な訪問診療を抑止し、かつ可能な限りわかりやすい診療報酬体系が構築できるかが今後の在宅医療推進のポイントの一つと考える。

### 3) 専門医療機関との連携

かかりつけ医は患者の相談になんでも気軽に応じ、自身や医療機関の守備範囲を超えるときには専門医・専門医療機関にスムーズに紹介をできる環境を整えておくことが求められる。かかりつけ患者への全人的な医療の提供や、専門医への紹介等については診療報酬で一定の評価を行っているが、まだ十分なものとは言えず、課題もある。

また、平成30年度診療報酬改定では、がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の推進の観点から、主治医と産業医の連携を評価する療養・就労両立支援指導料(1000点)が新設された。人口が自然減少し生涯現役、一億総活躍が求められる時代にあって、治療と職業・生活の両立を支援することは必然であり評価できる。しかしながら、現状ではほとんど算定実績がないようである。算定要件が複雑であることも要因と考えられるが、対象疾患をがん以外の疾患、例えば難病や精神疾患等にも拡大することも一考ではないであろうか。

口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、健康寿命の延伸に口腔機能管理は重要であることが周知となり、地域包括ケアシステム構築において医科歯科連携は欠くことができない。今回の改定で歯科診療を担う別の医療機関からの求めに応じ検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、3か月に1回算定可能な診療情報連携共有料(120点)が新設された。また以前より診療情報提供料(1)の加算として、保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算(100点)が設定されている。しかしながら両点数ともあまり知られていない印象が否めず、さらなる周知が必要であろう。

地域包括ケアシステムの確立において在宅医療の推進が極めて重要であることは、衆目の一致するところであろう。在宅療養支援診療所を増やすための施策も必要であるが、外来通院が困難となったかかりつけ患者は、あくまで自院が中心となって訪問診療を提供



し、急変時における 365 日 24 時間の対応や看取りに関しては、他の医療機関等のサポートを受けながら無理せず徐々に体制を整えていく。このような形こそが在宅医療の理想像であろう。そういった意味でも、平成 30 年度診療報酬改定で新設された継続診療加算(216 点)は在宅療養支援診療所以外の診療所が、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・連絡体制を確保することで算定可能な点数であり、通院が困難となった患者に対し、かかりつけ医がスムーズに訪問診療を移行するためのインセンティブとして評価できる。

#### 4) 妊婦加算

妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価することで「少子高齢化対策」に資する非常に重要かつ画期的な加算であった。しかしながら、きめ細かな指導や説明が提供されなかったり、コンタクトレンズの処方時など妊婦さんではない患者と同様の診療を行った場合にも本加算の趣旨に反するかたちで算定された事例が「妊婦税」というキャッチーな言葉とともに SNS で発信され、マスコミでも頻繁に取り上げられるようになった。その後、政治の場でもにわかに取り沙汰されるようになり、中医協は平成 31 年 1 月 1 日からこの加算の算定を凍結することを了承した。次回の診療報酬改定を待たず、中医協での十分な調査・検証が行われない中での今回の措置は極めて異例であり、決して容認することはできない。全世代型社会保障で求められる、国民皆が納得できるものとして再開するために、以下の点が必要と考える。

1. 単に妊婦さんを診察したのみで加算される形式での制度再開は適切では無いため、算定要件を明確化する。
2. 国民に加算の趣旨を理解していただけるように名称変更等の考慮をした上で、国からの丁寧な説明を求める。
3. 自己負担の増加により妊娠をためらうことがないよう、自己負担無償化についても考慮していく。



## 2. 入院医療

- 前回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法の在り方について
  - 各病棟の評価体系も含めた医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について
- (※いずれも次回改定に向けた短期的な対応と、中長期的な対応に分けて検討)

### ① 入院医療の評価体系の見直し

平成 30 年度診療報酬改定では、入院料の基本的要素の報酬設定として看護傾斜配置も加味した上で、基礎的な報酬評価と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせ、評価体系を再編・統合した。短期的な対応としては、改定ごとの大幅な変更は現場に過大な負担となるため、不合理な箇所の部分的修正などに留めるべきであるが、中長期的には、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法として、多職種協働によるアウトカム評価を行い、提供する医療の質を評価する新たな指標の導入の検討が必要であろう。例えば、平均在院日数、在宅復帰率、クリニカルパス導入やクオリティインディケーターの自己評価などである。

なお、看護傾斜配置は継続しなければならない。また、急性期一般入院料 2、3 への移行は入院料 1 からしか出来ないことも問題である。要件を満たせば、下位からも上位へ移行出来るように次回改定で行うべきである。

### ② 重症度、医療・看護必要度の見直し

I と II の評価指標を作ったが、I と II の在り方については、調査結果も踏まえて検討していくべきであろう。また II の評価ソフトについても、民間業者任せではデータのばらつき、精度の問題もあり、病院団体と厚生労働省が適切なソフトを選択すべきと考える。

### ③ 地域包括ケア構築のための取組（他医療機関との連携）

入院中の患者が他医療施設を受診した際に減算される問題に対しては、高額医療機器の共同利用の観点からも、自施設で対応不能の検査や診断に關しての受診については減算すべきではない。また、地域包括ケア病棟の入退院の経路を見ると、自施設の一般病棟からの転入が多く、自宅に戻る割合が高い。地域包括ケア病棟は在宅からの急変を、より多く対応するように評価を変えるべきであるが、その復帰先としては、介護老人保健施設も認めるべきである。

### ④ 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟入院料については、旧入院料 1～3 は、新入院料の 2、4、6 となり、これにリハビリテーション実績指数が加味された新入院料 1、3、5 が新設された。短期的には F I M 利得についての新たな検証データに基づいて検討することも考えられ

るが、中・長期的にはF I M利得にあまり偏り過ぎない、新たな評価法の検討も必要と考える。

#### ⑤ 地域一般入院基本料

地域一般入院基本料1および2は看護配置が13対1、地域一般入院基本料3は15対1となっているが、人口が減少し看護職員の確保が困難となる地域においても、一般病棟として地域の入院医療を守っている医療機関は多数存在しており、短期的には現状の看護配置で一般病棟として病床機能が維持できるような診療報酬体系は最低限確保すべきと考える。

#### ⑥ 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料については、介護療養病床から介護医療院への転換が進められていく中で、中・長期的には今後の医療療養病床としての役割の評価の見直しが必要と考える。しかし、短期的には、医療区分1～3、ADL区分1～3の見直しについては、慎重であるべきと考え、今後現場における様々なデータを基に検討を進めていく必要がある。

なお、平成30年度改定では、療養病棟入院基本料の評価体系が再編され、療養病棟の看護配置は20対1が基本となり、改定前に認められていた25対1看護配置の療養病棟等は、令和2年3月末までの経過措置とされた。しかしながら、中医協の調査（平成30年度・令和元年度 入院医療等の調査）によれば、経過措置を届出ている病棟の今後の意向としては「現状を維持したい」という回答が多い（平成30年度調査では36.4%、令和元年度調査では53.2%）。また、転換先として期待されている介護医療院については、医療療養病床から転換することで介護保険の保険者である市町村の負担が増えること等を考慮し、転換する意向があったとしても消極的な対応となっている。こうした状況を踏まえると、25対1看護配置等の療養病棟に対する令和2年3月末までの経過措置は、当面の間、延期する必要がある。

#### ⑦ 有床診療所入院基本料

有床診療所は現在構築中の地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって、小回りの効く入院施設として重要な役割が期待されており、平成30年度改定では、「医療機能の分化・強化、連携の推進」の観点から、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）」での運用の支援がなされた。一方、医師の働き方改革の推進が叫ばれている中、有床診療所の「専門医療提供モデル」の確保も重要で、有床診療所と病院とで「医療機能の分化・強化、連携の推進」が出来れば、病院勤務医師等、医療従事者の負担軽減に資することになることからして、有床診療所の減少に歯止めをかける施策の実施が求められる。

### 3. 生活習慣病の医学管理、オンライン診療等

- エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について
- 新設されたオンライン診療料等の評価を踏まえ、対面診療と適切に組み合わせた ICT を利用した外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について
- 対象疾患の拡大等、時代に即した特定疾患療養管理料の在り方について

#### ○エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進のあり方について

地域における生活習慣病検診をはじめとして、国民が医療を受けることによって生ずる巨大なデータ（NDB）が蓄積されつつある。中医協においても DPC データベース（DB）を NDB、介護 DB の情報と連結して利活用することが可能となった。これにより科学的根拠に基づく医療（EBM）が推進され、新たな技術の保険適用や、すでに保険収載されている技術の再評価などが行われようとしている。さらに科学的に再評価された EBM の知識を基に、効果的かつ効率的な医療に役立てるためのガイドラインが「EBM 普及推進事業(Minds)」によってインターネットを通じて公開されている。

しかし、このようなガイドラインが示されても、実地医家の利用には温度差があるのが現状である。これは地域のかかりつけ医にも関わる問題であり、日本医師会では定期的なかかりつけ医研修を通じてガイドラインの普及啓発に努めている。特に高血圧、糖尿病、脂質異常症など生活習慣病は定期的にガイドラインが示され、検査方法や治療方法、治療目標などが修正されてきた。今後、EBM の知識をガイドラインに示すだけでなく、これを実診療に活かすため、日々自己研鑽を行っているかかりつけ医の努力をさらに評価していただきたい。

また住民健診などで集められたデータを元に地域ぐるみで生活習慣病の重症化予防への取り組みが行われているが、この医師の努力に対する診療報酬上の評価が期待される。

#### ○新設されたオンライン診療料等の評価を踏まえ、対面診療と適切に組み合わせた ICT を利用した外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等の係る評価のあり方について

最初に、外来診療や在宅医療の補完的手段として ICT を用いた診療を行う形態であるオンライン診療と、患者に装着あるいは患者が操作する医療機器を遠隔で医師がモニタリングする形態である遠隔医療に分けて考える必要がある。

まず外来医療や在宅医療の場で行われるオンライン診療は、あくまで対面で行われる診療の補完であるべきである。この診療形態に一定の歯止めを設けないと、対面診療を行わないで投薬を漫然と繰り返す不適切な診療を助長し、医療側、患者側双方がモラルハザードに陥る懸念がある。現在、本診療料に関しては一定の算定要件が定められており、これを緩和すべきとの意見もあるが、利便性のみならず、今後起こりうる弊害に対する十分な検討も必要で、現状では要件緩和には慎重さが求められる。また、本診療を医師の偏在解消に役立てた

いという意見もあるが、現時点ではオンライン診療が医師不足の地域住民のニーズに実際どのように応えられるか、医療の質を担保できるかなど、さらなる検討が必要である。

一方、医療技術の進歩により、患者本人の体内に植え込まれた医療機器や患者自身が管理する医療機器の動作状態などを専門医療機関が遠隔から確認する遠隔医療は、今後さらに増えていくものと思われる。これらの医療機器は一定の専門性を必要とするので施設基準を保持した医療機関が積極的に行えるよう要件の緩和を含めた診療報酬の整備が必要である。さらに医師対医師で行われる情報通信機器を用いた遠隔画像診断は、今後さらにニーズが増えることが予想されるので、さらに利用が促進されるような診療報酬体系が望まれる。

### ○対象疾患の拡大等、時代に即した特定疾患療養管理料の在り方について

特定疾患療養管理料は過去に月一回の算定であったものが、要望により月二回に分割された経緯がある。本管理料の対象疾患には多くの慢性疾患が含まれるが、最近では長期処方が一般的になりつつあり、月一回の受診形態が増加している。かかる状況となった現在は本管理料を二分割せず従前の月一回算定を希望する意見が増えてきた。しかし一方では、月一回に変更することは新たな算定要件を生み、いっそう算定が困難になる可能性を懸念する意見もある。本管理料は長期にわたって管理が必要な疾患に対する医師の無形の技術料であり、これまでも一定の評価を受けてきた。よって算定回数の変更に伴って算定要件も変更されることがないよう要望する。

一方、本管理料の対象疾患となるような管理を継続して慎重に行わなければならない疾患は増えており、現在の対象疾患が時代に合わなくなっているという指摘は多い。特に、認知症、骨粗鬆症、慢性腎臓病、パーキンソン病、膠原病、高尿酸血症、間質性肺炎などは長期にわたって管理が必要であり、これらの疾患を加えるべきと考える。



#### 4. 医療従事者の負担軽減、働き方改革

- 医師など医療従事者の働き方改革を実現させるための入院基本料の適正な評価について
- 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和、専従・専任要件や研修要件・院内研修の柔軟な運用、情報の共有・連携における情報通信技術（ＩＣＴ）の利活用等、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について
- 診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について

##### 1) 医師など医療従事者の働き方改革を実現させるための入院基本料の適正な評価について

我が国の優れた医療提供体制は、実は、個々の医師の過重労働によって支えられてきたことを理解する必要がある。我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要であるとの見解が厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会報告書」に基本認識として、最初に挙げられている。そうした状況にもかかわらず、医師の労働時間や人件費について診療報酬体系の中の基本診療料において詳しく分析・評価されてこなかったことに問題がある。医師の働き方改革により医師の労働時間を制限すれば医師の増員が必要となるが、そうでなければ診療の縮小が必然となり、地域医療の提供に支障をきたす。医師を増員すれば経営コストに跳ね返る。診療報酬改定財源は厳しいが、今回は、医師の働き方改革に伴い医師の労働時間が見直されるからこそ、現在の基本診療料の中での各種コスト【技術料、医療提供を可能にする建物・設備に係る減価償却費等の投資的経費（キャピタル・コスト）、人件費や材料費等の維持管理・運営費（オペレーティング・コスト）】がそれぞれどのように評価されているか、もしくは評価されていないかについて整理・明確化し、入院基本料をはじめとする基本診療料の再評価を実施し、適正な引き上げを行う必要がある。

##### 2) 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和、専従・専任要件や研修要件・院内研修の柔軟な運用、情報の共有・連携における情報通信技術（ＩＣＴ）の利活用等、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について

常勤配置や勤務場所等に係る要件や、専従・専任要件に関しては、2018 年度改定で様々な緩和が行われたが、2019 年度より医師以外の医療職種の働き方改革が実施され、今後 2024 年には医師の働き方改革が導入されるにあたり、時短勤務、週 3 日、週 4 日勤務等々、様々な働き方に対して柔軟な対応が可能となるように、常勤配置、勤務場所等、専従・専任要件に関しては、よりいっそうの要件緩和が求められる。

医師以外の働き方改革が施行され、これまで宿直として取り扱っていた医療職に夜勤として時間外手当を支給するなど勤務体系が大きく様変わりし、そのための夜勤職員も確保しなければならなくなるなど、医療現場の人件費は増加している。今後、夜間救急外来の現場において医師の働き方が変わり、宿当直の対象外となった場合には、全国的に非常勤医師によるマンパワーの確保は極めて困難となり、地域における救急医療体制が崩壊する恐れがあり、

医師の人件費コストも含めたところでの入院基本料の見直しは必要と考える。

勤務医負担軽減として多職種協働・チームアプローチとタスク・シェアリング／タスク・シフティングの推進が提唱されている。医師と薬剤師が事前に作成・合意したプロトコールに基づき、薬剤師が薬学的知識・技能の活用により、医師と協働して薬物治療を遂行すること（PBPM；Protocol Based Pharmacotherapy Management）の診療報酬の導入も考えられる。薬物治療の質の向上や安全性の確保はもちろんのこと、医師の業務負担軽減に寄与し、今後のチーム医療の推進に寄与することが期待できる。

その他、臨床工学士についても医師の具体的な指示の下で穿刺・抜針など対応可能な業務範囲の見直しと拡大を検討することや、救急医療の現場では病院スタッフとして救急救命士が常勤として採用され活躍しているケースも見られており、救急救命士が、救急搬送後に救急外来においても特定の行為を院内で実施できるように認めることも今後の課題として考えられる。

勤務医負担軽減策として多職種のチームによる取組についての加算算定（例えば栄養サポートチーム加算など）については、その施設基準として、全職種が所定の研修を修了していることが義務付けられているケースが多い。一部の職種においては、限られた職員数の中から長時間の研修を受けさせるために現場を離れることは非常に負担が大きい現状がある。よって研修の簡素化やeラーニング導入での効率化、要件の緩和が必要である。

情報通信技術（ICT）として、電子カルテは、ほとんどの医療機関に導入され医療従事者の負担軽減としても無くてはならないものであるが、各メーカー・各ベンダーが独自のフォーマット、独自の仕様で開発しているものが多く、電子カルテ等の機器の更新、様々なシステム（インターフェイス）を接続する場合の費用だけでも、医療機関は相当な設備投資を必要とする。早く全国共通のフォーマットで、色々な部門・システムが安価で接続できるように、国が主導的に推進すべきと考える。このような情報通信技術（ICT）機器の安定運用のための事務職としてSE（システムエンジニア）の人件費も必要であり、必要コストとしての診療報酬上の評価も課題である。今後通常診療において、医師・看護師による携帯端末（スマートフォン、タブレット等）の活用が拡大することも考えられる。これらの機器使用による効率化に対する診療報酬上の評価も必要である。

### 3）診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について

事務職における診療報酬請求に係る業務の効率化・合理化に係る取組としては、以下の課題への対応が求められる。まず、施設基準の届出については、届出をオンライン化とし、経過措置後に再届出が必要かどうかでしばしば混乱が見られるので届出自体の簡素化を図って欲しい。専従、専任要件については、常時配置、365日配置、1名配置等が混在していることで混乱を生じているので、要件の簡素化、見直しが必要である。実績期間については、直近で算出するもの、1月～12月で算出するもの、年度で算出するものがあり、また、年1回の算出も特定の1日、特定の1か月等が混在しており、見直しが求められる。さらに、基本診療料の施設基準等に係る届出書の様式9の作成に関して、院内外研修の参加の時間を除く作業、会議出席者の病棟を離れた時間を省く作業、夜間等の救急外来対応の時間を除く作業等が事務職の大きな負担となっており、これらの要件の見直しも今後の課題である。

#### 4) ICTを活用した医療従事者の負担軽減について

地域包括ケアシステムの構築のためには、医療機関同士の連携が必須であるが、そのためにはICTの活用、特に電子カルテ情報の共有が欠かせない。既に電子カルテ情報の共有に必要なネットワークを構築し、その普及に取り組んでいる地域もあるが、ランニングコストの問題等もあり、なかなか広がらないのが現実である。

しかしながら、他の職種と同様、ICTを利活用することで医療従事者の負担が軽減されることは明らかである。例えば、病院勤務医が、地域のかかりつけ医に退院患者を引き継ぐ際に作成する退院報告書等は、電子カルテ情報が共有されれば作成の労力が大幅に削減される。また、情報の共有が進むことで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングを円滑に行うことも可能となる。

そこで、医療従事者の働き方改革の一環として、電子カルテ等の情報共有を普及させるためのインセンティブとしての診療報酬上の評価を検討することが、今後の課題となるう。



## 5. 医療と介護の連携

介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ①医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現
  - ②維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえた、切れ目のないリハビリテーションの推進
  - ③有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について

### ①医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現

医療と介護の連携において、特に看取りについては、かかりつけ医の役割が大きい。高齢者が人生の最終段階を迎えたとき、家族に負担をかけずに、終末期の居場所をどこにするか、最後にどのような医療を受けることが出来るか、高齢者の悩みは深いものがある。在宅での看取りが強調されているが、高齢者それぞれ死生観は多様である。このような状況の下で、自立が難しくなった高齢者が、介護保険3施設でない高齢者向け住宅に入居するケースも急増している。

地域包括ケアシステムを構築する中で、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、医療と介護が適切に連携することが重要である。ACP（人生会議）の概念を入れたターミナルケア加算（2）、またはACP加算の創設を考える時期に来ている。

### ②維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえた、切れ目のないリハビリテーションの推進

2019年4月から、要介護・要支援の認定を受けている高齢者に対する維持期・生活期のリハビリテーションは、医療保険から介護保険へ完全移行することになった。

患者への切れ目のないリハビリを提供するため、医療機関とケアマネジャー、居宅介護サービス事業所が十分に連携し、「患者への説明」「ケアプランの見直し」などを進める必要がある。地域包括ケアシステム構築において、かかりつけ医は多職種連携のリーダーとして、全体をまとめることが求められる。

医療機関の機能分化により、急性期・回復期の入院医療を受けた患者が地域に戻り、引き続き生活期のリハビリテーションを受ける場合、かかりつけ医の役割は大きい。

### ③有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携推進

地域において医療及び介護を総合的に確保していくためには「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」は車の両輪の関係である。

この中で地域包括ケアシステムを継続的かつ円滑に推し進めるには、地域医療構想における急性期の病床のみならず、各病床区分からの退院と、その後の在宅医療に係る多職種連携

が重要である。

急速に少子高齢化が進む中、有床診療所の患者数や患者層も急激に変化し、そのニーズも変化している。診療報酬・介護報酬をはじめ医療・介護保険制度の改正などもあり、有床診療所を取り巻く経営環境は大きく変化している。

こうした状況の中、介護事業に積極的に取り組んでいる診療所もある一方で、関心はあるものの介護事業にどのように取り組んでよいかわからないと悩んでいる診療所も少なくない。地域包括ケアシステムの実態は全国均一のシステムではなく、各地域で主体的に推進されるネットワークである。地域のことをよく知るかかりつけ医が市町の多業種連携の中心になり、地域、社会に目を向ける必要がある。

## 6. 医薬品の適正使用、後発医薬品の使用促進

- 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方・ポリファーマシー※、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について（※ポリファーマシー：多剤服用の中でも害をなすもの）
- 後発医薬品の数量シェア 80%目標の達成に向けた診療報酬における更なる使用促進策について
- 医薬分業・調剤報酬の課題と院内処方の評価の在り方について  
（医薬分業はそのコストに応じたメリットが疑問視されていることや、調剤報酬と院内処方の評価の差異（一包化加算の有無等）についてどう考えるか）

### （１）医薬品の適正使用の取組推進

#### a) 向精神薬

向精神薬についての診療報酬上の問題は２つある。

第一は向精神薬多剤投与の度重なる減算規定である。平成 26 年度改定で処方料、処方箋料、薬剤料が減算されるという形で新設され、平成 28 年度改定では「抗うつ薬及び抗精神病薬」の基準が「4 種類以上」から「3 種類以上」に厳格化された。また、平成 30 年度改定では向精神薬多剤投与の減算規定の対象に「抗不安薬と睡眠薬を合わせて 4 種類以上を行った場合」も追加された他、向精神薬長期処方についても「不安若しくは不眠の患者に対し 1 年以上継続して同一成分同一用量のベンゾジアゼピン受容体作動薬の投与を行った場合、処方料及び処方箋料を減算する」規定が新たに追加された。

これら減算規定は医師の裁量権を侵害しており、また、多剤投与についての有害性についてのエビデンスも十分でないままに引き下げが実施され続けており、容認できない。さらに、ベンゾジアゼピン受容体作動薬のみを標的にした規定については、代替薬として高額な新薬の処方を増やす可能性があり、医療費の増加に繋がることを懸念する。したがって、これらの減算規定は撤廃すべきである。

第二の問題はクロザピンである。クロザピンは、難治性の統合失調症患者にとって最後の砦と位置付けられる抗精神病薬であるが、顆粒球減少という重大な副作用が発生する懸念や、コストがかかることから、これまで普及が進まなかった。そこで、平成 30 年度改定において精神病床の特定入院料における包括範囲から当該薬剤を除外したことは、コスト面からは一応の評価はできる。しかし、クロザピンが普及しない理由は、使用に関するルールが厳格かつ煩雑であることや、求められている血液内科との連携の困難さなども影響している。より一層の普及促進のためには、更なる費用面の配慮や、使用ルールの緩和、血液内科との連携に対する配慮などを行うべきである。

#### b) 抗菌薬

抗菌薬の適正使用の取組として、平成30年度改定で入院料では「抗菌薬適正使用支援加算」、外来では「小児抗菌薬適正使用支援加算」が新設された。しかし、小児

抗菌薬適正使用支援加算は施設基準に、小児科外来診療料あるいは小児かかりつけ診療料の算定が必要であり、かつ急性気道感染症又は急性下痢症の初診患者に限定されているため、要件の緩和が必要である。

### c) 医薬品の長期投薬

長期投薬が多量の残薬の一因であるとされているが、療養担当規則に厚労大臣が定める内服薬及び外用薬以外は一回90日分を限度とするなど、投与日数について明確なしきりがないため規制は困難であるが、これは投与日数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ないこととして、医師の裁量に任された結果である。

代表的な生活習慣病薬では約30%で投薬日数が30日を超えている現状では、むしろ特定疾患療養管理料の算定を月2回ではなく、増点して月1回の算定とすべきである。

### d) 多剤投与・ポリファーマシー

人生100年時代を迎え超高齢者が増加した結果、合併疾患が多くなり必要とする薬も多種となっている。また、複数医療機関を受診している場合、重複投薬が問題となる。

ポリファーマシーを防止するためには、お薬手帳の活用、かかりつけ薬剤師・薬局の役割が重要となる。平成28年度改定から導入された薬剤総合評価調整管理料、同調整加算も有効かと思われたが、算定回数が少なく見直しが必要である。一方、地方では高齢者の運転免許証返納により、複数医療機関への通院が困難となり、他の専門医が処方していた薬の投薬も併せ依頼されることが多くなった。結果、一処方での多剤投与となり、減算されてしまう。多剤投与に対するペナルティーは廃止されるべきである。

## (2) 後発医薬品の数量シェア80%目標

後発医薬品の使用割合は、全体では平成30年度で75.9%、平成31年3月では77.7%となり、その中でも協会けんぽにおける後発医薬品使用割合は2019年1月末時点で79.1%となった。しかし診療所においてはシェア80%が上限と思われる。診療所においては、院内調剤の後発医薬品シェアは院外処方と比べると多くは無い。理由は、後発医薬品に対する不安感、薬価差益の少なさ等と思われる。現状では後発医薬品を調剤すると薬価差益が少ないため、院内の調剤業務の人件費を確保できない。外来後発医薬品使用体制加算は施設基準が厳しく算定困難である。施設基準は廃止し、院外処方の一般名処方加算に準じた後発医薬品処方加算を新設すべきである。外来患者に対しての調剤技術基本料もわずか8点しかなく増点が必要であり、投薬日数による加算も必要である。

## (3) 医薬分業・調剤報酬の課題と院内処方の評価の在り方

医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することにより、医療の質の向上を図るとい

う意図には賛成できるが、実態は、医薬分業を進めるための政策誘導と、その後の調剤報酬の引き上げにより直近では調剤技術料は1.9兆円に達しており、医薬分業のメリット以上に調剤技術料増大によるデメリットの方が大きい。

これに対し、院内処方では、薬価の引き下げ、後発医薬品の採用等により、もはや過去のような薬価差益は存在せず、院内の調剤業務に係る職員の人件費も確保できない状態になっている。運転免許証を返納し移動手段のない高齢者に限らず、安くて便利の良い院内処方を希望され、また飲み忘れ防止のため、一包化を希望されることも多いが、調剤薬局では算定できる一包化加算も院内処方には点数の設定がない。高額になりすぎた調剤技術料を見直して院内処方の増点を行い、その活用を図る必要がある。



## 7. 医療技術の評価

### ○高額な再生医療製品、先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について

#### (1) 外科系技術（手術・麻酔）

令和2年度改定における医療技術評価（手術・麻酔）について、個々の領域の評価と要望はそれぞれの学術団体に任せ、この項では外科領域全体の診療報酬における問題点とその対応を以下5点にまとめて評価した。

- ① 平成22年度改定において、当時の中医協遠藤久夫会長より、「外科系の技術は客観的な外保連手術試案を利用して評価する」とされたことにより、以降の学術団体からの外科系技術の新規・改正要望は、すべて外保連を通して厚労省へ提案することになった。外保連試案は実態調査を基にその人件費の修正・改訂を繰り返しているが、実際の手術診療報酬と手術試案の人件費とのかい離が大きい技術を中心に、平成28年度改定では301術式、平成30年度改定では378術式が増点された。しかしながら、かい離の大きい手術がまだ数多く残っていること、特に市中病院でもっぱら行われている標準的な技術が多数取り残されていることより、令和2年度改定ではこれらの手術、ならびに償還されない医療材料を多く含む手術が重点的に増点されることを期待したい。
- ② 次に手術通則14の同一手術野（同一皮切）における複数手術の取り扱いについては、別々に算定できるよう改定のたびに要望しているところであるが、一部の手術で算定が認められているのみで、限られた組み合わせにおいてのみ「主たる手術100%＋従たる手術50%」の特例が認められているに過ぎない。少なくとも別疾患に対する複数手術は、その組み合わせの領域次第では術者が全員入れ替わることもあり、特別な組み合わせに関わらず一般論としてそれぞれ主たる手術の点数をもって評価されるべきである。
- ③ また、緊急の処置ならびに手術において、休日・時間外・深夜加算の1が認められているが、この算定のための施設基準として、「当直医師を毎日6人以上配置する保険医療機関に限る」という厳しい要件が設定されている。しかし、この基準を満たせる医療機関はおおむね都会の大病院あるいは特定機能病院に限られる。地域で救急診療を担当している中核的医療機関が、この加算の恩恵にあずかれるよう、施設基準の緩和を要望したい。
- ④ 平成30年度改定においてあらたに手術通則18が設定され、12のロボット支援手術が保険診療下で実施できるようになった。ただその診療報酬は、従前の内視鏡手術との優越性が証明できていない、という理由で従来の腹腔鏡・胸腔鏡手術と同点数である。また厳しい術者要件のみならず、National Clinical Databaseに手術ごとに登録し、安全性・有用性の評価を行うことが義務化された。技術の優越性を証明することは極めて重要であるが、平成28年度改定から高度専門的な技術については、レジストリに登録しその評価をもとに施設基準の緩和や増点などを評価するという前例が増えつつある。診療現場における様々な労務的負担を増やすこの手法は、医師の働き方改革に逆行する方策でもあり、再考を促したい。また新規技術の採択を検討するための先進医療会議と医療技術評価分科会の在り方・棲み分けについても整理していただきたい。
- ⑤ 最後に、L009 麻酔管理料（Ⅰ）注4の長時間麻酔管理加算が、平成30年度改定で多

くの手術に適用されたことは高く評価する。しかしながら外保連手術試案で手術時間が7時間以上に設定された K136 脊椎・骨盤悪性腫瘍手術など 15 術式が取り残されている。長時間手術では、生体侵襲に対する患者の身体的負担が大幅に増大し、周術期有害事象の危険性が格段に高まるため、より高度の麻酔管理が必要とされている。これら積み残されている 15 手術に対する長時間麻酔管理加算の算定を可能とすることが今後の課題といえる。

## (2) 内科系技術

本邦の診療報酬体系はモノに対する評価に片寄り、技術評価とくに内科系診療技術への評価は極めて低い。モノ（薬剤、材料、機器）からヒト（技術）へ診療報酬評価の転換を推進することを期待したい。

### ① AI 技術

ビッグデータを基にした AI 技術が診断や治療方針の補助として導入されつつあり、米国 FDA も、最近、AI 技術を使用するいくつかの製品を認めており、医師の介在なしで診断できるソフトも認め始めている。しかし、本邦では内科系診療技術が診療報酬体系にきちんと位置づけられていない一方で、AI 技術が診療になし崩し的に導入されつつあり、医療技術として AI が導入されるのであれば、内科系技術の評価体系も早急に確立すべきと考える。米国では内科系診療技術もその診療報酬体系で評価されている。

### ② 「特定内科診療」の評価

「特定内科診療」25 疾患・病態は、最も負荷度の高い E ランクの技術として 121 所属学会、21 領域別委員会の検討を経て絞り込まれた。2016 年度改定では、DPCⅡ群病院（現 DPC 特定病院群）の実績要件 3 に取り込まれたが、DPC 特定病院群以外での入院患者では評価されておらず、入院基本料の加算あるいは将来的には重症度、医療・看護必要度の D 項目とするなどして評価していくことも考えられる（現在は C 項目として外科手術しか対象とされていない）。

なお、内保連では、すべての内科系医療技術がドクターフィーとして診療報酬体系の中で正当に評価されることを目的とし、「内科系医療技術負荷度調査」を 2017 年に着手し、2020 年度中にグリーンブックを発刊予定で、遅くとも 2022 年度の診療報酬改定において「内科系医療技術」が体系的に評価されるように準備を進めている。

### ③ 「説明と同意」の評価

40 項目の検査または治療に関し、「説明と同意」の実態調査が、内保連により全国約 90 の病院（127 診療科）を対象に平成 27 年 10 月から平成 28 年 11 月にかけて実施され、約 1,000 症例の調査票を分析し、内保連グリーンブック 2017 年「説明と同意に関する調査報告と提言」として発刊され、総合負荷、難易度、エキスパートオピニオンの複合的観点から 9 領域 11 の治療および検査を抽出し、意思決定支援管理料として診療報酬上の評価が要望されている。さらに「標準的医療説明の手順書」が令和元年 9 月 1 日に刊行されている。

### ④ 遠隔医療

平成 30 年度診療報酬改定において「オンライン診療」が導入された。外来、入院、在



宅に続く、“基本診療料”として認められたもので、その意義は大きい。遠隔医療の一つである遠隔モニタリングは、医師による患者の診療（D to P）として、対面診療を前提とし、それを補完するための技術であるが、離島・へき地等の医療資源の少ない地域における利活用とそれ以外の利活用について、評価のあり方の整理を進める必要がある。

医師間（D to D）の遠隔医療である遠隔画像診断や病理組織診断など、ドクターフィーである判断料（診断料）とホスピタルフィーである検査料が明確に分かれているものについては、専門性の高い技術を用いた遠隔診断の有用性と追加コストを勘案することで、診療報酬体系に組み込むことは容易である。しかし、現在の診療報酬体系ではドクターフィー（判断料や診断料など）と、ホスピタルフィー（入院基本料と各種加算、検査料など）が明確に分かれていないものがほとんどで、まずそれを明確にする必要がある。今後、遠隔医療は、患者の日常生活でのリハビリテーションや、生活習慣改善、行動変容、ヘルスリテラシーの向上などについても拡大され、また、より専門性の高い診断や治療にも応用され、多職種連携の手段としても利活用されるものと予想されるが、その形態もさまざまで、予め、診療報酬体系に組み込むための評価手法と考え方を確立しておく必要がある。

### （３）とくに画像診断分野、病理診断分野におけるＡＩ診療、遠隔診療のありかた、－５Ｇ時代を迎えるにあたって－

#### ① Doctor to Doctor (D to D)の遠隔診断

画像診断分野、病理診断分野は医療分野の中でも遠隔診療や AI 技術が早期から発達してきた領域である。保険診療の面でも医療資源不足地域への遠隔診療（病病連携、病診連携による画像診断管理加算）、病院常勤医の負担軽減を目的とした時間外診療の遠隔診療、働き方改革のための常勤医の要件緩和（医療機関に週 3 日以上かつ週 24 時間以上勤務すれば、それ以外は遠隔診療を認める）が認められている。東日本、北日本を中心に医師不足、医師偏在の問題が取り上げられており、その解決策として、遠隔診断は有効な方法のひとつである。極端に言えば現状の技術と通信環境下において、日本全国どこでも遠隔診断が可能である。それゆえ、多くの営利企業が遠隔診療に参画し、保険医療機関外で遠隔診断が行われている。しかし「受診者に寄り添う医療」、「personalized medicine」を実践してゆくうえで、「遠隔診療」のみではそれらを実現することはできない。画像診断も病理診断も「患者を診ずしては成り立たない」からである（その診断には精緻な患者情報が必要）。これらの実現には医療圏ごとにそれぞれの地域特性を踏まえて医療機器と専門医を適性配置し、その補完として病病連携、病診連携下の遠隔診療体制を整備し、保険診療でもそれらを医療技術として評価すべきである。また医療資源不足地域には算定要件などの緩和が必要である。

#### ② AI 診断

病変の検出、質的診断に AI の有用性が報告されている。しかしその限界も証明されており、「総合診断」において AI が放射線画像診断専門医や病理診断専門医に取って代わることはあり得ない。一方で技術進歩によるデータ量の増加に対して、誤診を防ぐ目的として小病変の検出や経時間的変化の計測と予測などに AI を活用することで、診断医

の負担を軽減することができる(画像診断や病理診断は AI とともにさらなる発展を遂げる分野と期待されている)。専門医不足地域において少人数ですべての分野を担当している場合は、AI が consultation のためのもう一人の専門医として活躍が期待できる。また Radionomics や Pathonomics でいわれるように、画像診断情報や病理診断情報を他の分野のビッグデータ（遺伝子情報など）と有機的に結びつけることで、適切な治療法の選択や予後の推測につながることを期待されており、その解析に AI の活用が期待されている。画像診断や病理診断が単なる「診断」ととどまることなく、Radionomics や Pathonomics に基づいた診断をすることで、さらなる無駄な検査を抑制し、適切な治療に繋がれば、医療費の抑制も期待できる。

これら AI を用いた新技術の発展には、その利用のみならず、データの提供が必要で、AI 診断を併用し、さらにそのデータをデータバンクに提供している施設に対して、保険診療面で医療技術として評価すべきである。

### ③ 5G（第 5 世代移動通信システム）環境における医療、保険診療のあり方

2020 年には本邦でも 5G 通信サービスが開始される。5G によって生活やビジネス面のみならず、医療・介護分野でも AI 技術と組み合わせる大きな技術革新をもたらすことが予想されている＊。とくに D to D の画像診断や病理診断では大容量の高速データ通信が可能となり、医療機関以外からも場所や時間を限ることなく遠隔診断が可能となることから、救急医療や医療資源不足地域への専門医の貢献度が増す。一方でこれら遠隔医療に携わる医師は「眼に見えない電波」によって常時監視されることになり（拘束時間の増加など「働き方改革」に反する一面を有する）、遠隔診断を単なるサービスではなく、保険診療でもその拘束時間、診療件数に比例した医療技術評価（ドクターフィー）が必要である。

画像診断や病理診断分野以外でも、5G によって従来の診療形態に大きな変革をもたらす可能性がある。4G 時代までの受診者側から診療側への一方的な情報提供（現在の心臓ペースメーカーや CPAP のデータ送信のような遠隔医療）のみならず、診療側から受診者側への双方向（インタラクティブ）の情報提供が可能となる。たとえば、腕時計型のウェアラブル端末の装着によって、生体の脈圧情報や電気情報（心電図や脳波など）がリアルタイムに送信され、それを AI が判定し、即座に受診者側に結果を通知するようになる。また機器の小型化が進めば、超音波検査（血流測定や形態情報）などにも応用されるようになるであろう。

これら技術は介護分野での活用が期待できるのみならず、健康増進、予防医療、疾病の早期発見、適切な医療機関受診通知などにも大きく貢献することが期待できる。しかし、データ閾値による AI 判定のみでは、その結果次第では不必要な安易な受診の増長につながるおそれがある。運動や緊張などによる生理的な血圧変動や期外収縮などが「異常」と判定されれば、無駄な受診につながりかねない。また AI による判定を受診者側に送信することで、受診者自身の自己判断により必要な医療機関への直接受診を中止し、本来受けるべき精密検査や治療の機会を逸することも危惧される。

また、多くの営利企業が「健康増進」「予防医療」を掲げて、「ウェアラブル端末医療」

に参入してくることが予想される。これらに無造作に保険診療を適用していけば、予後改善に繋がらない（費用対効果の低い）、効率の低い医療費の膨大な増加が危惧され、かつ本来評価すべき、医療技術（ドクターフィー）への算定が抑制されかねない。「ウェアラブル端末医療」など新しい技術革新の保険適用には厳格な適応基準と医師による最終判定が必要であり、あくまで医療機関への受診と対面診療が基本になり、その際に技術料として「ウェアラブル端末医療」診療料や加算を検討すべきである。

＊5G 通信の標準化には①高速大容量通信、②超信頼・低遅延通信、③多数同時接続の条件がそろふことが必要で、2020 年に通信サービスが開始されても、全国でその環境が整備されるにはまだ時間を要すると予想される。医療分野の応用には①のみならず、②と③も必須となる。

#### （４）高額な再生医療製品、先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について

再生医療等製品や抗体製剤、生物学的製剤等の新規医薬品が、科学的検証を経て、臨床現場に提供され、癌や難病の患者さんが恩恵に浴することができるようになったことは、喜ばしいことではあるが、薬価や医療材料等の価額設定については、開発企業や製薬会社の開発費用を申し出通りに認めるのではなく、適用患者の拡大や医療財政を考慮して総合的に決定すべきである。特に海外企業の製剤については、海外での価額を参考に、先入観念を持って価額を決定するのではなく、我が国においては公的皆保険の下で、適応患者に広く使用されうることを考慮して薬価等を決定すべきである。

## 8. その他

### ○医科・歯科・調剤の財源配分の在り方について

（診療報酬本体の財源は、医科：歯科：調剤＝1：1.1：0.3 で配分されているが、医科では著しく技術の高度化が進んでおり、この配分を固定化することは合理的か）

### ○国民皆保険制度である医療保険制度を維持するための国民負担の在り方について

### ○医科・歯科・調剤の財源配分の在り方について

近年、診療報酬改定において、引き上げ財源の配分は、医科：歯科：調剤＝1：1.1：0.3 と固定化されている感があるが、医科においては、医学の著しい進歩により、高度な技術が、安全性と有効性を検証されたのちに、保険収載されるようになっていく。医学の進歩の恩恵を、必要な患者さんが、高額な自己負担なく受けられることは、誠に望ましいことである。しかしその財源は、限られた医科の診療報酬から支払われることを考えると、特段の技術革新のない調剤技術料との配分比率が固定化されていることには、公平性、合理性に欠けると言わざるを得ない。調剤報酬の引き上げ財源を、患者さんが恩恵をあまり感じることでできない調剤報酬の技術料に重点的に配分することは、考え直す時期に来ていると考える。特に、大型チェーン調剤薬局に有利となる点数項目は、大手調剤薬局の内部留保をさらに増やすだけで、公的医療保険制度の下で如何なものかと考える。限られた公的医療費財源を考えると、既得権益にとらわれることなく、再考すべき時期にきていると思われる。

多剤投与が悪であるかのごときに喧伝されているが、基礎疾患の他に、様々な合併症を抱えている患者に最良の治療を提供するために結果的に多剤投与となっている例が大多数であることを忘れてはならない。もちろん、薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等に留意することは当然であるが、多剤投与が全て悪であるかのような7剤以上処方時の処方箋料や処方料の減算は、合理性に欠く。原疾患と合併症を総合的に医学的判断して、投薬種類が多いか少ないか判断すべきで、一律的に規定することは、正しくない。

診療報酬は、加算や算定要件など年々複雑になり、請求事務の効率化・合理化は医療機関の負担軽減のため必要なことである。算定のための厚生局への届け出や施設基準等の届出事項は、できるだけ整理し削減していくことが必要である。また政策誘導のための加算を増やすのではなく、できるだけ基本診療料や特掲診療料などの増点で評価すべきである。

ただ、簡素化の名を借りて、診療所等の外来診療の診療報酬の包括化は絶対許すべきではない。医師の判断の下、必要な患者さんに必要な医療を、遅滞なく適切に提供するためには、出来高算定が最も好ましい形態である。

また、健保連より、市販薬に類似した医療用医薬品の患者負担増が提言されているが、一見軽症のように見えても別の重大な疾患の前駆症状である場合もあり、医師の診断を省いて市販薬に誘導させることは好ましいことではない。また湿布や花粉症治療薬を保険適用から除外することが提案されているが、そうすることにより、より高額な医薬品にシフトして結果的に医療費が増加する可能性もありえる。

医師の働き方改革の対策のためタスク・シェアリング／タスク・シフティングが必要とされているが、医師の長時間労働や過重労働軽減のためコメディカルの方々の助けを借り、可



能な仕事は分担していただくことは必要なことであるが、その場合、医師の医学的判断の下で、医師の指示と監督の下で、様々の医療行為を実施していただくことが肝要である。メディカルコントロールが不十分な中で、全面的に権限移譲することは、非常に危険なことである。

### ○国民皆保険制度である医療保険制度を維持するための国民負担の在り方について

政府では、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様化する中で、人生 100 年時代の到来を見据えながら、高齢者だけでなく、子供たち、子育て世代、更には現役世代まで広く安心を支えていくことが大事であるとして、全世代型社会保障検討会議を発足させた。そこでは、年金、医療、労働、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革が検討されることになる。財政のみの視点で、必要な社会保障をばっさり切るようなことは考えていないと担当大臣は発言しているが、会議の構成メンバーを見ると、経済界の代表者や経済学者であり、社会保障の改革ということでありながら、実際に医療や介護など社会保障に携わる代表が入っていない。こうした状況では、給付と負担の見直しということが大きなテーマとなり、給付を削減する、あるいは国民の負担を増やす議論が中心となって、医療提供体制などあるべき社会保障の姿が軽視されるのではないかと危惧される。

我が国の公的医療保険制度は、言うまでもなく、共助である社会保険料、公助である税金および自助である患者の自己負担金の 3 者からの財源で成立している。昨今の経済の低迷による社会保険料の減額や、政府の財政事情による税の投入の削減が声高に叫ばれ、自己責任の下、患者自己負担の拡大が強く主張されている。しかしながら、病気等で困ったときに、健常者も含めみんなで支えあうという本来の保険制度の趣旨からすると、自己負担の拡大は誤りである。健常者もいつ病気になるか分からないのが現実で、病気に陥ったときも金銭の不安なく必要な医療を受けることができる安心こそが皆保険制度の精神であり、経済的負担能力により受ける医療に格差が生じることはあってはならないことである。北欧の社会保障先進国のように患者負担は無償であるのが理想であるものの、わが国の諸事情に鑑み現行の自己負担はやむを得ないが、限界であると考え。健康保険法改正時の附則に患者の自己負担は将来にわたり 3 割とすると明記されたこともそのような考えに基づくものである。しかるに、過去何度も否決されてきた受診時定額負担が、また議論されようとしているのは、過去の議論を無視し、公的医療保険制度を形骸化しようとするもので、到底容認できるものではない。かかりつけ医以外を受診した場合の受診時定額負担を徴収する案があるが、高齢者等では多くの疾患を抱え、それぞれの疾患によりかかりつけ医が異なり、複数のかかりつけ医がいることが少なくなく、適切な医療を受ける権利を阻害しかねない。また高齢者の自己負担割合の引き上げも画策されているが、大半の後期高齢者は年金以外の収入はほとんどないため年収は少なく、現行の 1 割に止めおくことが妥当であると考え。疾病の多い後期高齢者にとって、医療費自己負担の倍増は死活問題になりかねない。OTC 類似薬の保険外しは、自己判断や誤った診断で重大な疾患が見落とされたり、手遅れで受診するリスクが高まる危険をはらんでいる。

我が国の社会保障制度における財源は、社会保険料と税の併用としている。多くの医療経済学者が主張しているように、主財源は社会保険料とすべきであることに異論はない。社会

保険料は、勤労者と企業主がおおよそ折半している。かつて日本の自動車企業が米国市場を席捲していた時代、米国自動車製造企業は、従業員の医療保険料負担に苦しみ日本企業との競争に敗れたとされた。現在、社会保険料の企業負担割合は、50%を下回っているが、これが果たして妥当かどうか疑問のあるところである。大企業では内部留保があり、社会保険料の企業主負担割合を増額することは可能と思われる。内部留保を給与に還元し、賃金上昇させ社会保険料の増額につなげることも必要なことである。また、被用者保険の保険料率には大きな格差があることは周知のことである。中小企業の従業員が加入している協会けんぽの保険料率に比べ、主として大企業が組織している組合健保や公務員の加入している共済組合の保険料率は低い。被用者保険の保険料率を協会けんぽと同じ 10%にすれば、約 1 兆円の保険料の増収効果がある。また、国家公務員共済組合の保険料率を地方公務員と同じにすると約 1,100 億円の増収効果が見込める。経営の苦しい中小企業と違い、体力のある大企業や公務員で不可能なことではないと思われる。

傷病手当金は、業務外の疾病等で仕事を休んだ場合に給付されることになっているが、2016 年時点で年間 3,485 億円にのぼる額が健康保険より支出されている。傷病手当金は医療を受けるためのものでなく雇用対策であるので、雇用保険より支出すべきではないかと思われる。2017 年度の雇用保険関係積立金は、失業等給付金積立金が 5.8 兆円、雇用安定資金が 1.3 兆円に達しており、雇用保険料を引き上げることなく傷病手当金を雇用保険から給付することは可能であると考え。出産手当金も、産休・育休と関連したものであるので、健康保険からの給付でなく雇用保険等からの給付に改めることも検討の価値があると考え。

公助である社会保障費財源は税であるが、2 度の先送りの後、消費税が 2019 年 10 月に 8%から 10%に引き上げられた。景気への影響を懸念して政府が種々の対策を行ったため負担増は 2 兆円程度と推計され、実質 0.7%程度の増税に終わっている。消費増税に対する国民の反発を心配する政治的判断と思われる。今まで社会保障のための引き上げと国民に説明してきたが、財政再建等に多くが投入され、社会保障の充実には一部しか使われなかったことが、国民に政治不信をもたらした大きな原因である。国民が消費税引き上げに反対する大きな理由の一つに、国民に還元されることが少ないという不信感がある。消費税引き上げ分を全て、医療、介護、福祉、子ども・子育てなどの社会保障に使うということを明言し実行することを国民に示せば、国民にも徐々に理解されるのではないかと思われる。そのことは、政治の責任であると考え。一部の経済学者や経済界の人々で、消費税引き上げによる景気への悪影響を懸念する声があるが、一時的影響はあっても長期間の経済の低迷は消費税のためとは考えにくい。なぜならば、もし消費税（付加価値税）が経済成長を阻害するとなれば、税率が 20%以上のヨーロッパ先進国は破綻しているはずであるが、EU は種々の問題を抱えながらも、社会保障を充実させ日本より高い経済成長率を達成し真の先進国であり続けている。

財源として税を考えると、幅広く公平に安定的に確保するには、消費税が一番重要ではあるが、その他にも幅広く様々な方策を考慮すべきであろう。大企業では経済の先行き不安感から、利益を設備投資や賃上げに使わず、内部留保として積み増しているが、そのようなことは改めた上で賃金を上昇させ、それによる消費の活性化と所得税増収を促す強力な政策や

税制改正をするべき時期にきていると思われる。経済成長こそが税収を確保することになり、諸問題の解決をもたらす。高度成長は不可能であるが、社会保障の充実により国民不安を解消させ、貯蓄より消費に向かわせ、需要を創出させ、緩やかな経済成長をもたらすのではないかと考える。

その他、たばこ税の増税や、新たな税財源として死亡した場合の税のあり方も検討する必要がある。死亡した場合、相続税があるが、それ以外に社会保障費に貢献していただく税の新設を提案したい。一部の高齢者は、年収は多くなくとも、金融資産や不動産など多額の資産を保有している場合は少なくない。人生 100 年時代で後期高齢者も将来の老後不安が強く、消費せずに資産を保有し続けた結果であるが、死亡された場合、今まで国の社会保障制度の恩恵を受けてきたことに対する感謝の意味をこめて、残された遺産の一定割合を社会保障感謝税として納付いただき、残りを相続人に分割相続するというのは如何であろうか。その財源は、政府が責任を持って全額社会保障費に充てることでご理解いただければと思う。富の再配分と社会保障の持続可能性を高める効果があると期待する。