「平成３０年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」に対する大阪府保険医協会の意見（外来・在宅）

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

Ⅰ－２ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
(1) かかりつけ医機能を推進する観点から、地域包括診療料等について以下のような見直しを行う。
① 患者の同意に関する手続きや受診医療機関の把握を担う実施者の要件を緩和する。
② 継続的に受診していた患者が通院困難となった場合に訪問診療を提供している実績がある場合の評価を充実させるとともに、24 時間の対応体制に係る要件を緩和する。

【上記項目に対する意見】

日本の国民皆保険制度の誇れる点として、国民誰もが保険証１枚でどの医療機関にもかかれるフリーアクセス権があります。その権利の制限に繋がりかねない地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算（以下「地域包括診療料等」という）は廃止し、初・再診料の引き上げを行って下さい。

そもそも主治医とは各地域において患者・家族が主体的に選択するものであり、診療報酬において規定されるべきものではありません。しかし、地域包括診療料等は「主治医機能」の強化を目的に導入され、事実上、１患者につき１保険医療機関が算定する設定となっています。さらに今回、「かかりつけ医機能」の強化を加えることでさらにフリーアクセスの制限が強化される方向に進むものと考えます。

またかかりつけ医以外に受診したときに患者への受診時定額負担の導入にもつながりかねないため、さらなる機能強化に反対です。

Ⅰ－２ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
(2) 小児患者に対するかかりつけ医機能を推進する観点から、小児かかりつけ診療料の夜間・休日の対応に関する要件について、地域の在宅当番医制等に協力する医師については、地域の在宅当番医等との連携でも可能とするよう緩和する。

【上記項目に対する意見】

小児かかりつけ診療料を廃止し、小児科外来診療料で評価してください。

小児かかりつけ診療料は、患者の「同意」を前提として１人の患者を原則１保険医療機関で診る取扱いとされており、患者のフリーアクセス制限を阻害しかね

ません。

Ｉ－４　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
⑴　紹介状なしで大病院を受診した初診の患者及び大病院において継続的な診療の必要性を認めない再診の患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大するとともに、初診料及び外来診療料の病床数の要件を見直す。
【上記項目に対する意見】
　12 月 21 日付けで取りまとめられた「社会保障審議会医療保険部会における議論の整理」において、紹介状なしの大病院受診については、「平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の結果を示し、「平成 28 年 10 月は平成 27 年 10 月と比べ定額負担徴収の対象となる紹介状なしの患者比率が減少（42.6%→39.7%（▲2.9%））するなど、定額負担の義務化について一定の効果が見られる」と評価していますが、わずか 2.9％の減少であり、効果に大変疑問がある。それにもかかわらず更なる対象病院の拡大を進める案には賛成できません。

Ｉ－４　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
⑶　外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。
【上記項目に対する意見】
　初・再診料は、医師が患者を診療した際の最も基本的な技術評価であり、医療機関経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定が必要です。
　診療報酬で特別に評価されなくても各地域でかかりつけ医としての役割を自覚して診療を行っている保険医を適正に評価する観点からも、現行の初・再診料の引き上げこそが必要です。かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するとして、新たな要件を設ける必要はありません。

Ｉ－５　質の高い在宅医療・訪問看護の確保
⑴　在宅患者訪問診療料について、在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、複数の診療科の医師による訪問診療が可能となるよう、評価を見直す。
⑵　在宅医療の提供体制を充実させるため、地域において複数の医療機関が連携して 24 時間体制の訪問診療を提供する場合の在宅時医学総合管理料等の評価を新設する。
【上記項目に対する意見】
　複数の診療科の医師による医学管理等が必要な患者に対して訪問診療を行った場合、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定できるようにする改定案に基本的には賛同します。ただし、診療科は同じでも専門が異なることもあるため、診療科で制限をしないでください。
また患者の病態に応じてそれぞれ専門的な医療を提供することになるため、報酬

に格差を設けることや現行の在宅患者訪問診療料より点数を引き下げることには反対します。

　また、在宅療養支援診療所以外でも各地域で主治医機能を発揮している医療機関の在宅時医学総合管理料等の評価を引き上げるように求めます。

Ⅰ－５ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑷ 在宅時医学総合管理料等について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、算定患者の状態に係る要件を追加する。また、かかりつけ医機能を有する医療機関による在宅医療への円滑な移行を推進する観点から、在宅時医学総合管理料等及び地域包括診療料等の取扱いを見直す。

【上記項目に対する意見】

　患者の状態による要件を加え、算定点数を制約することに反対です。患者の状態は日々変わるものであり、一律に要件を加えることは現実的ではないためすべきでないと考えます。

　またかかりつけ医機能を有する医療機関の評価として、在宅支援診療所とは別の評価を入れようとされていますが、これ以上複雑な点数設定とし、段階的に評価を引き下げることには反対します。

　また、当該患者の居住場所によって療養計画や管理内容が変わることもないため、在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料の一本化も要望します。

Ⅰ－６ 国民の希望に応じた看取りの推進

⑶ 医療機関を含む関係機関等が連携し、患者の希望に沿った看取りを患者が入院した医療機関において行った場合も、入院するまでの間、当該患者に対して訪問診療を行っていた医療機関の看取り実績や訪問看護のターミナルケアの実績となるよう、取扱いを見直す。

⑹ 特別養護老人ホーム等の入所者に対して、外部の医療機関や訪問看護ステーションがターミナルケアを含む往診・訪問診療等を提供した場合、施設の体制に応じて、ターミナルケアに係る診療報酬等の算定を可能とする。

【上記項目に対する意見】

　特別養護老人ホーム等入所者に対して、外部の医療機関等がターミナルケアを含む訪問診療等を行った場合、診療報酬等での算定を可能にするという提案に賛同します。現行では、特別養護老人ホームで介護保険の看取り介護加算が算定されている場合、医療機関側で在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できませんが、国として看取り期の対応を重視していくのであれば、双方での算定は必要不可欠であると考えます。

Ⅰ－６ 国民の希望に応じた看取りの推進

⑸ 訪問診療を提供する末期のがん患者のターミナルケアに際して、在宅で酸素療法を行う場合の評価を新設する。

【上記項目に対する意見】

末期がん患者に対する在宅での酸素療法の評価の新設にも賛同します。臨床の現場では、末期がん患者に対して死亡日前１週間程度だけ在宅酸素を導入し、苦痛を緩和するような対応が必要となるケースがあります。現場で円滑に活用できるような診療報酬上の設定を要望します。在宅がん医療総合診療料とは別に算定できるようにすることと在宅酸素療法並みの点数を設定すること、そして酸素ボンベなどの加算がもれなく算定できるようにすることを要望します。

Ⅰ－７ リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

⑶ 要介護被保険者等に対する維持期・生活期のリハビリテーションに係る疾患別リハビリテーション料を見直すとともに、算定が可能な期間を平成 30 年度末までとする。

⑷ 維持期・生活期のリハビリテーションについて、介護のリハビリテーションとの併用に係る施設や人員の要件を緩和する。

⑸ 医療機関と介護保険のリハビリテーション事業所で、リハビリテーション実施計画書を共有化できるよう、様式を見直すとともに、介護保険のリハビリテーションに移行する患者について、医療機関が介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書を提供した場合の評価を新設する。

【上記項目に対するご意見】

リハビリテーションは医療であるとの立場より反対します。そもそも維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するＰＴ、ＯＴ、ＳＴ等の専門職種による医療行為であると認識を改めるべきです。

そして、患者の病態に応じたきめ細かな対応を担保する上でも、リハビリテーションは全て医療保険から給付されるよう制度を改めるべきです。

リハビリテーション料の見直しについては減算規定を廃止してください。

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

⑵ 通院・在宅精神療法について、措置入院を経て退院した患者に対する評価を充実させる。また、通院精神療法について、精神保健指定医による評価を適正化するとともに、初診時における長時間の診察の評価を見直す。

【上記項目に対する意見】

措置入院を経て退院した患者に対する評価の充実に関しては賛成します。しかしながら、精神疾患を有する患者が増え続ける中、通院・在宅精神療法の評価は 1998 年（392 点）より大幅に引き下げられている（現在は 330 点で２割近く減点されている）。精神疾患は、がんや脳卒中や糖尿病などと並び、厚労省の「５大疾病」に位置図けられ、うつ病や高齢化に伴う認知症が急増する中で精神疾患に対する治療の重要性は増す一方です。このなかで精神保健指定医の役割は増すば

かりです。通院・在宅精神療法の適正化ではなく、大幅に引き上げると同時に、自殺のリスクの高い患者は週２回以上通院精神療法を算定可能とするよう求めます。

Ⅱ－２　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
(9) 情報通信機器を活用した診療（オンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理）について、有効性や安全性等への配慮や対面診療の原則といった一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上の評価を新設する。
(10) 上記と併せて、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、電話等による再診料の要件を見直す。
(13) ガイドライン等に基づき行われる、ＩＣＴを用いた死亡診断について、診療報酬上の取扱いを明確化する。
【上記項目に対する意見】
今回の情報通信機器を活用した診療、いわゆる「遠隔診療」に関する診療報酬の新設については、官邸主導の「規制緩和」の一環として進められた背景があり、厚生行政がねじ曲げられた感が強いと考えます。現時点では、誤診などが起きた際の責任の所在も不明確なままであり、拙速な導入には反対します。

医療界からは、「遠隔診療は対面診療の補完的位置付けである」とする考え方が表明されているが、当会が実施した会員アンケートでも、対面診療の重要性を訴える声が多く寄せられています。医師は聴打診、触診、患者の何気ない仕草や雰囲気など全体から得られる情報を総合的に診て、治療方針を決定しており、大多数の医師は画面を通したやり取りでは不十分だと感じています。「遠隔診療」に関する客観的なデータは少なく、有効性や安全性等が十分確保されるのか疑念が残っています。

さらに、医師と患者の信頼関係への影響を懸念する声も多くあがっています。遠隔診療による患者の利便性の向上が謳われてますが、利便性が追及される中で医療をサービスと捉える風潮が高まり、患者のモラル低下などにつながることが懸念されます。

電話再診は、疾病に対する継続的な医学管理の下で「患者、家族からの求めに応じて治療上必要な適切な指示をした場合」に算定できるものです。患者・家族から頻繁に電話連絡が入るケースもあり、情報が限定される環境であっても、医療機関は責任を持って「療養の給付」を提供している。応需体制をとっていない時間帯に対応する際の負担も決して軽くありません。患者に対して必要な医学管理を継続するためには、臨床現場の医師のモチベーションを下げるような乱暴な改定を行うべきではなく、電話等再診料の引き下げには反対します。また聴覚障がい者に対してはファクシミリ・電子メールによる再診も認められていますが、これらに関しては遠隔診療よりもむしろ事務作業が煩雑であることから電話再診にあわせた形の引き下げには反対します。

遠隔死亡診断に対しては、日本法医学会が「最も留意すべき『死体の異常の見落とし』につながりかねない」として、十分慎重な対応を求める理事会声明を発表しています。また、スマホで死亡診断されることで、患者・家族の信頼が得られるだろうか。看護師の研修も始まったばかりであり、拙速な導入に反対します。

Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進
領収証と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、現行レセプト様式の見直しが平成32 年度に予定されていることを踏まえつつ、明細書無料発行の取組を進める。

【上記項目に対する意見】
明細書については、1月10日の中医協総会でも議論があった通り、センシティブな医療情報が含まれており、取扱いが難しいことから、発行義務化との意見もあるが慎重に議論を進めるべきです。

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ－1　薬価制度の抜本改革の推進
（１）薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた『薬価制度の抜本改革について　骨子』に基づき対応する

【上記項目に対する意見】
『薬価制度の抜本改革について　骨子』では毎年薬価調査、毎年薬価改定示されています。院内処方を行う医療機関からは在庫管理が大変になることから、新薬だけに絞るよう要望します。

Ⅳ－６ 医薬品の適正使用の推進
(3) 向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、向精神薬を処方する場合の処方料及び処方せん料に係る要件を見直す。また、向精神薬の多剤処方等の状態にある患者に対し、医師が薬剤師と連携して減薬に取り組んだ場合の評価を新設する。

【上記項目に対する意見】
向精神薬の多剤処方に対する減算規定や算定制限は撤回してください。患者一人一人の病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではありません。医療現場では、一律の線引きによる減算規定の設置により、従来処方を受けていた薬が処方されないことで、症状が悪化した事例や不安から医師に詰め寄る鬱病や統合失調症の患者が出る等、混乱が起こっています。多剤投与が必要な患者は現実に存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められます。こうした点も踏まえて、向精神薬多剤投与に係る減額規定は廃止し、むしろ多剤投与が必要な患者を治療する場合においては重度加算を新設すべきです。

Ⅳ－８　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
⑷　医療技術について、実態を踏まえ、以下のような評価の適正化を行う。
④　血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用実態等を踏まえ、保険給付の適正化の観点から、必要な対応を行う。
【上記項目に対する保団連の意見】
医療用保湿剤の保険給付外し・給付制限に反対します。中医協でも、医療用保湿剤の単剤処方や一度の大量処方が"美容目的"で行われていると断定できる客観的な根拠は提示されていません。既に学会やメーカーが注意喚起を行っており、まずは今後の処方量の推移等を見守るべきですし、美容目的に使用しないように啓発活動にとどめることが必要です。

　また、保湿剤治療が必要な皮膚科疾患を有する患者に対する処方は、たとえ単剤であっても制限されるべきではありません。悪性腫瘍に対する抗がん剤治療や放射線治療の副作用を軽減する等の目的だけでなく、軽症であっても保湿剤治療の継続によって皮膚の乾燥症状の悪化を防ぐことは患者のＱＯＬを維持・向上させる上で重要です。特定の疾病に該当しなければ処方を制限するような要件設定も行うべきではありません。「国民の約１割がアトピー性皮膚炎に罹患している」という調査報告もある通り、医療費削減を目的とした医療用保湿剤の安易な給付制限は、多くの患者・国民に影響を及ぼす恐れがあります。

　以上のことから、医学的エビデンスや患者負担に関する十分な議論無く、医療用保湿剤を保険適用外とすることには反対します。

以上