

医療保険対策協議会

※次期診療報酬改定を主として

日 時：令和5年2月11日（土・祝） 16:00～18:00
場 所：ホテル日航大分オアシスタワー 3F「紅梅の間」
大分市高砂町2番48号 TEL097-533-4411

〔次 第〕

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協 議

- (1) 入院時食事療養費の引き上げ（長崎県）
- (2) 入院時食事療養費の引上げについて（佐賀県）
- (3) 外来迅速検体検査加算の評価について（熊本県）
- (4) かかりつけ医機能の制度化に伴う対応について（福岡県）
- (5) 初・再診料の引上げについて（鹿児島県）
- (6) タスク・シフト/シェア推進のための診療報酬等の財政支援の必要性（宮崎県）
- (7) オンライン資格確認導入に係る進捗等について（沖縄県）

4. 閉 会

令和4年度 第2回各種協議会（医療保険対策協議会）

日 時：令和5年 2月11日（土・祝） 16時～18時

場 所：ホテル日航大分オアシスタワー 3F「紅梅の間」

出席者：平安常任理事、山川

1. 開 会

大分県医師会の貞永明美常任理事より開会の挨拶があった。

2. 挨 拶

○大分県医師会 吉賀攝常任理事

本日は、九州医師会連合会令和4年度各種協議会（医療保険対策協議会）にご参集いただき感謝申し上げます。

前回に引き続き、対面にて本協議会を開催できることを嬉しく思っている。本日は、入院時食事療養費の引き上げや外来迅速検体加算の評価について、オンライン資格確認に係る進捗状況について等、各県から7題の議題をいただいている。

皆様におかれては、現場の課題を大いに出していただき、限られた時間ではあるが、忌憚のご意見を賜るようお願いしたい。

○日本医師会 長島公之常任理事

前回に引き続きお呼びいただき、感謝申し上げます。トリプル改定、あるいはコロナ2類から5類への引き下げにより診療報酬がどうなるか、様々な課題が山積している。皆様のご協力をなくしては日医として解決できないと考えているため、よろしく願いしたい。

3. 協 議

慣例により、担当県である大分県医師会の吉賀攝常任理事が座長に選出され議事に入った。

また、議題1、2は関連していることから、一括して協議が行われた。

(1) 入院時食事療養費の引き上げ（長崎県）

【提案要旨】

入院時食事療養費は平成6年10月に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20円上乘せされて以来一度も見直されていない。しかし、この間物価や人件費、光熱費は上昇し消費税も5%、8%、10%となっている。

人件費を見ると平成9年時の最低賃金が638円に対し令和4年では961円で1.5倍に上昇している。（全国加重平均時間額）

また、昨今の給食材料費や光熱費の上昇も著しいものがある。

これらは入院医療機関の経営を圧迫し中小病院や有床診療所の病床閉鎖や病床変換に拍車をかけている。

これでは満足な食事を提供できなくなるのではないかと危惧する。

入院時食事療養費の見直しの必要があると考えるが各県及び日医の考えを伺いたい。

(2) 入院時食事療養費の引上げについて（佐賀県）

【提案要旨】

入院時食事療養費（I）については、1997年の消費税引上げ（3%→5%）に伴い、従来の1,900円/日から1,920円/日とされ、2006年度診療報酬改定では、640円/食に見直されたが、1日（3食）の限度金額については、25年間見直されていない。

この間、消費税は10%となり、エネルギー価格や物価（食材価格）は高騰し、環境は大きく変化した。また、人手不足や働き方改革等によって、今後さらなる人件費の上昇も予想される。

食事療養は治療の一環として重要な位置づけにあり、たとえコストが増加したとしても、むやみに質を落とすことは出来ない一方、医療機関の収益を圧迫しており、非常に厳しい状況となっている。

入院時食事療養費は、現状に応じた適切な水準にすべきであり、次回改定において増点が必要と考える。

各県及び日医のご意見を伺いたい。

【各県の回答】

各県ともに、度重なる増税や物価高騰の影響があるにもかかわらず、平成9年の改定以降、一度も見直されていない状況に対し、現状に応じた点数の引き上げが必要であるとの意見が上がった。理由として、入院医療機関の経営努力は限界に達していることや、このままの状況が続けば食事の質が落ちてしまうのではないかと懸念が挙げられた。

一方で、莫大な財源が必要となるため、診療報酬で対応すると他の診療報酬に影響を受ける危惧があるため、財源は慎重に考える必要があるとの意見も挙げられた。

【日医 長島常任理事コメント】

本件については、他の地域からもご意見が寄せられている。

近年の人件費、食材費や委託費の値上げ等、入院時食事療養費については慢性的な赤字であると伺っている。中医協においても、一部委託、全部委託、そのいずれであっても大幅な赤字であるとの結果が共有されており、必要な財源が投入されるべきと考えている。しかしながら、財源の確保が大きなものとなる。近年、極めて厳しい改定状況の中で優先順位として、入院基本料等、本体の対応が先行してしまうことをご理解いただきたい。入院時食事療養費の引き上げはなされていないものの、入院基本診療料の引き上げを行うことで対応しており、この中に食事療養費も含まれていると考えている。

一方で、入院時食事療養費の大きな課題はその通りであると考えているため、本体と切り離した考え方も候補とさせていただきたい。具体的な案をいただければ幸いと考えている。

(3) 外来迅速検体検査加算の評価について（熊本県）

【提案要旨】

本件については、令和2年2月1日に開催した第2回各種協議会においても提案しているが、その後の中医協での議論などについてお伺いしたい。

外来迅速検体検査加算は、入院患者以外の患者に対し、別紙1の検体検査を当該保険医療機関で行い、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算するものである。

本加算は、検査結果の迅速な判定を評価したものであるが、同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合は、全ての対象項目において算定不可となる。

加算の対象となる検査項目には、内分泌学的検査と腫瘍マーカーも含まれており、当日中に患者に結果を提供することは、一般の病院・診療所ではハードルが高い。

本加算は、結果を聞くための外来再受診患者の利便性の向上と医療機器設置の投資等を評価したのであり、多少ハードルが高いことはいたしかたないが、患者の疾病によっても算定の可否が決まることに疑問を感じる。

内分泌学的検査、腫瘍マーカーを含む検体検査を行った場合は、外来迅速検体検査加算1としてそれぞれ15点、その他の検体検査を実施した場合は外来迅速検体検査加算2としてそれぞれ10点など、評価を細分化や細菌・ウイルス抗原検査などの加算対象について再度ご検討頂きたい。

また、同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合でも当日中に患者に結果を提供した項目があれば加算対象としていただきたい。

九州各県並びに日医の見解をお願いしたい。

【各県の回答】

各県ともに、評価の細分化について概ね賛成の意見が述べられた。

一方で福岡県からは、評価を細分化することにより、点数が減点されることを危惧する旨の意見が述べられた。

【日医 長島常任理事コメント】

外来迅速検体検査加算については、検査体制が充実した医療機関が算定できる要件となっており、一般の病院・診療所が対応できない項目も含まれている。

対応策としては、今回ご提案いただいたような評価の細分化や同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合、結果が出るものについては加算をつけるということが考えられる。

しかし最大の課題は財源であり、優先順位を考えなければならない。例えば、中医協の医療技術分科会等を通じ、各学会からエビデンスに基づく提案により、優先的に選定

してもらおうという仕組みがある。また日本医師会には、次期改定への要望事項を検討する社会保険診療報酬検討委員会があるため、是非九州ブロック代表の先生から本件についてご提案をいただきたい。併せて、学会から中医協の医療技術分科会へ上げていただくことも有効かと考える。

(4) かかりつけ医機能の制度化に伴う対応について（福岡県）

【提案要旨】

2022年の骨太の方針に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記され、財務省の財政制度等審議会における2023年度予算編成に向けた建議（秋の建議）では、「【かかりつけ医機能】を有する医療機関の機能を明確化、法制化し、機能発揮を促す必要がある」と主張された。

次回改定で制度化は大きな課題とされているが、かかりつけ医とかかりつけ医制度は区別して議論すべきであり、まずかかりつけ医は患者が選択することを基本とし、フリーアクセスの確保が必要と考える。

かかりつけ医の評価としては、現在、機能強化加算、地域包括診療料及び加算、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料などがあり、各加算において対象患者の拡大や施設基準・要件の厳格化が行われているが、制度化するのではなく、その機能をより強化するためにどのように対応していくべきか、日医のお考えを今後の対応も含めて伺いたい。

【各県の回答】

各県ともに、患者のフリーアクセスについて、強く堅持すべきとの意見や、制度化ではなく、従来の連携強化を行っていくべきとの意見が挙げられた。

また、フリーアクセスがいかに優れたシステムであるか国民等に伝わっていない可能性があるため、内々（医療側）の議論のみならず、外への発信も必要ではないかとの意見も挙げられた。

【日医 長島常任理事コメント】

皆様のご意見はそのとおりである。日本医師会としてもフリーアクセスの堅持は最も重要なことと考えており、執行部一丸となり、全国先生方のご協力を得るとともに、政治家の先生方にも強く働きかけているところである。

日本医師会のかかりつけ医に対する考え方は、定例記者会見等で、松本会長からお伝えしている通りであり、しっかりと対応していきたいと考えている。

かかりつけ医機能に関しては、昨年6月の骨太方針2022において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとしている。かかりつけ医の制度化、認定するということは全くなく、機能が発揮される制度整備を行うということである。制度化に持つていこうとする方々もいるが、全力でそうならないように取り組んでいく。

かかりつけ医は、病院、診療所、診療科を問わず、患者が選択するものであるということは、これまででもこれからも日本医師会の基本姿勢である。地域医療を面として支えるために、それぞれの得意分野を伸ばしていき、役割分担を行い、連携していくことが必要であり、日本医師会としては、かかりつけ医機能の充実強化に、全力で努めていき

たいと考えている。また、国民の理解も必要であるため、広報にも力を入れていく。

かかりつけ医の評価として、機能強化加算、地域包括診療料及び加算、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料等があり、これらの対象患者の拡大や施設基準・要件の厳格化についてご指摘をいただいた。日本医師会としては、評価の引き上げに取り組んできたが、多くの医療機関が算定できる点数であるため、大きな財源が必要になる。中医協においては、支払い側から評価を上げるのであれば、施設基準や算定要件を厳しくする等の意見があり、そのせめぎ合いを常に行っている。ご迷惑をお掛けしており申し訳ないが、なるべく多くの先生方に算定していただけるよう頑張っていきたい。

そのためにも、全体が増えなければ難しい状況である。医政が最も重要である。全国の先生方のご協力をお願いしたい。

(5) 初・再診料の引上げについて（鹿児島県）

【提案要旨】

令和4年12月現在、新型コロナウイルス感染症について、5類相当への引き下げについて議論が行われている。

しかし、新型コロナ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待合室や診察室等の消毒や、発熱患者の動線を分けて診察するなど、相変わらず大きな負担を強いられている。

また、ロシアのウクライナ侵攻による物価や光熱費の高騰も、いつまで続くのか見通しが立っておらず、以前の物価に戻るのかもわからない状況である。

本県では、本会から県知事、県議会議長に要望を行い、令和4年11月末に「鹿児島県医療機関等物価高騰対策支援事業」の実施が決定した。支援金として、「病院・有床診療所は7万円+病床数×3万円」、「無床診療所は11万円」が支給されたが、前回改定時と比較すると物価や光熱費は値上がりしており、新型コロナによる医療機関の負担も相変わらず大きい状況である。医療保険は公定価格により提供するものであるため、患者に価格転嫁できず、苦しい状況が続いている。

また、急速な少子化により、地方では他業種との競合で人件費が高騰し、既に人材確保が難しい状況である。医療提供体制確保のためには、経営的安定が不可欠である。

以上から、いずれの診療科でも広く算定可能な初・再診料の引上げで対応いただきたいと考えるが、九州各県の状況やご意見を伺いたい。また、併せて日医には物価・光熱費・人件費の高騰に関する診療報酬の評価について、中医協等でどのような検討が行われているか説明いただきたい。

【各県の回答】

各県ともに、初・再診料は診療報酬の基本であり、抜本的な改革を行うべきとの意見や引上げられれば全ての医療機関に効果的な補填になるとの意見が挙がるものの、その財源の確保には大きなハードルがあるのではないかと意見も挙がった。

【日医 長島常任理事コメント】

初・再診料の引き上げについては、中医協において支払い側が、極めて強い抵抗を示している。それを掻い潜るために、様々な加算を作り対応しているが、支払い側はなるべく取らせたくないため、施設基準や算定要件が厳しくなっている。

一番簡単なのは定額制、包括という考え方であるが、これは極めて危険であると考えている。一時的に良くなる可能性はあるが、これを下げるのは簡単なことである。もう限界であるということは重々承知しているが、足元をすくわれないよう、気を付けて議論を続けなければならないと考えている。

今回、物価高騰に直接対応したものではないが、中間の薬価改定が行われ、約310

0億円削減となった。その分の診療報酬への補填について、厚生労働省や財務省等が必要ないという主張であったが、執行部一丸となり、様々な方々の協力を得て、250億円の戻しが行われた。これらの点数がほぼ全ての医療機関で初診や再診時に取れることとなり、基本診療料の上乗せに相当するものと考えている。

このようなことができたのも医政であるため、トリプル改定に向けた財源の確保について、引き続きご協力をお願いしたい。

(6) タスク・シフト/シェア推進のための診療報酬等の財政支援の必要性（宮崎県）

【提案要旨】

医師の時間外労働の上限規制が2024年4月から適用される。医師の業務負担の軽減が目的とされるが、医師が担えなくなる業務は他職種がカバーすることとなり、看護師、事務、薬剤師、放射線技師をはじめ院内の各職種の業務負担増を伴う改革となる。そのため、業務の移行（タスク・シフト/シェア）が円滑に行われていくことが「医師の働き方改革」推進の要点となる。

地方においては、医師のみでなくスタッフの不足があり、各部署への負担は大きくなる懸念がある。また、新たな業務の遂行のためには、それぞれの部署での業務内容の理解と知識・技術の習得が必要となり、人材の育成・確保が重要となる。

パラメディカル・スタッフの負担増や人材育成・確保への対応は各施設のみでは限界があり、タスク・シフト/シェアを促進するには行政等のサポートが不可欠である。例えば、“特定行為に係る看護師”の行う業務への診療報酬等での支援があれば、この特定看護師の活用制度は進むものと考えられる。

以上の点を踏まえ、次期診療報酬改定にあたっては、タスク・シフト/シェア促進のための点数補填（加算等の新設・充実）や財政支援について、日本医師会から国に対し強く求めるよう要望する。

【各県の回答】

各県ともに、医師の働き方改革やそれを取り組むにあたっての医療提供体制への影響を鑑みると、タスク・シフト/シェアを促進するとともに、その財政支援が必要であるとの意見が述べられた。

一方で、これらの推進によって医療の質の低下を招くことはあつてはならず、医療従事者の処遇改善とともに、各職種が連携を取りつつ専門性を活かせる仕組み作りが急務であるとの意見も挙げられた。

【日医 長島常任理事コメント】

始めに、次期診療報酬改定のスケジュールについて簡単に紹介する。

医療、介護の同時改定に係る意見交換会を3月に数回開催されることとなっている。その後、総会において、第8次医療計画、医師の働き方改革等のテーマについて議論が始まり、その後に従来のものに関する検討が始まる。重要なテーマの中に医師の働き方改革が入っているため、そこで良い提案ができれば、チャンスが来ると考えている。是非、本会の社会保険診療報酬検討委員会へご提案をお願いしたい。

タスク・シフト/シェアは、適切に推進することが最も重要である。ご指摘にもあったが、これが医師外しにつながらないようにしなければならない。十分に注意していく必要があると考えている。

(7) オンライン資格確認導入に係る進捗等について（沖縄県）

【提案要旨】

ご存じのとおり、令和5年4月1日より療養担当規則等が改正され、保険医療機関・保険薬局は、オンライン資格確認の導入が原則義務づけられることとなっている。

本件については、去る10月1日（土）大分県において開催された第1回各種協議会（医療保険対策協議会）においても議論がなされたが、次のことについて改めて日医へ確認したい。

1) オンライン資格確認導入に係る経過措置について、現時点の情報提供をいただきたい。

2) 導入ができなかった、もしくはしなかった場合の罰則はどのようなになっているか。

日本医師会におかれては、11月中旬よりA会員施設を対象に実施している経過措置等要望のためのアンケート調査結果等を基に中医協にて猶予期間等について検討されるかと思うが、現時点の情報を伺いたい。

また、療養担当規則が改正されるため、様々な事情で導入ができない、しないという施設は療担規則違反として捉えられ、罰則を免れない可能性があり、大きな問題ではないかと考える。国とそのような罰則は設けない等の調整が必要ではないかと考えるが、各県及び日医のお考えを伺いたい。

【各県の回答】

各県ともに、オンライン資格確認をはじめとした医療DXを進めていくことは必要であるが、療養担当規則に盛り込む等の強引な進め方ではなく、丁寧な進め方をお願いしたいとの意見が挙がった。

また、現在オンライン資格確認の導入について、令和5年9月までの経過措置が設けられているが、それでも倍のスピードで進めなければならない地域もある等、現実的ではないとの意見が示されるとともに、罰則について、厚生労働省と詳細な調整を行うべきとの意見が示された。

【日医 長島常任理事コメント】

全国で行った経過措置等要望のためのアンケート調査結果を中医協において共有した。その結果、期限が早いということはあるが、アンケート調査結果をほぼ網羅した形で、経過措置の対象を決めることができた。特に、(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関を設定しており、様々な事情に対応できるようにしている。この対応については、厚生局を通じて、厚生労働省にて判断するという流れになっている。引き続き、日本医師会の相談窓口も運用しているため、ご意見をお寄せいただきたい。

一方で、対応できなかった場合に、療養担当規則違反になり罰則等があるのではないかとのご心配をお掛けしている部分であると認識している。現在、厚生労働省とも調整しているが、すぐに罰則ということはせず、先ずは何故導入できないのか、合理的な理由があるのかを確認する等、丁寧に対応いただくこととしている。なるべく医療機関の負担にならないような形で調整していきたいと考えている。

令和6年4月からは、柔整やあんま・はり灸の機関において、モバイル端末等を活用した簡素化した仕組みが検討されている。何らかの事情で導入できなかった医療機関においても、マイナンバーカードのみを持ってくる患者が来院される可能性もあるため、この簡素化した仕組みの導入を検討していくことになるかと考えている。

4. 閉 会

以上