

医科談話 地域医療を守るには全く不十分

研究部長 清水 映二

長引く低診療報酬政策に、人件費や物価等の高騰が追い打ちをかけ、診療縮小や閉院が現実の問題となる中、協会・保団連のみならず、多くの医療団体が診療報酬の10%以上の引き上げを求めてきた。しかし、6月から実施される今次診療報酬改定は全体で+2.22%のプラス改定となった。外来については初診料の引き上げなく、再診料1点引き上げと、「物価対応料」として初・再診料に2点（2027年度は4点）上乘せされたのみである。現在の医療機関の深刻な経営危機を打開し、地域医療を安定的に維持するには全く不十分な内容と言わざるを得ない。

また、今次改定では、多くの医療機関が算定する「医療情報取得加算」が廃止されるとともに、「一般名処方加算」が2点引き下げられたため、2026年度に引き上げとなる先述の3点分が丸々消えてしまう計算となる。DX関連で新設された「電子的診療情報連携体制整備加算」を届け出たとしても、再診時はわずかプラス1点というお粗末な内容である（表参照）。

また、前回改定で半分に引き下げられた短期滞在手術等基本料1はさらに半分に引き下げられている。

そもそも「物価対応」への費用を可変的な別枠に切り出す設計は、縮小や凍結が容易で、実質的な医療費削減が常態化する危険性を孕んでいる。疲弊した医療機関の経営を抜本的に立て直すためにも、「物価対応」は別枠による評価でなく、社会全体で負担すべき医療提供コストの増加分として、基本診療料に反映させるべきである。

（表） 【事例】 診察と処方みの再診患者の算定例

点数	改定前	改定後	増減	
再診料	75	76	△1	+1点
医療情報取得加算	1	0	▲1	廃止
電子的診療情報連携体制整備加算	-	2	△2	新設
明細書発行体制等加算	1	0	▲1	上記新設点数と併算定不可
医療DX推進体制整備加算	0	0	±0	廃止（初診時のみ算定）
物価対応料	-	2	△2	新設（令和9年度は4点）
外来管理加算	52	52	±0	変更なし
処方箋料	60	60	±0	変更なし
一般名処方加算1	10	8	▲2	-2点
計	199	200	△1	

処遇改善は基本診療料の引き上げによるべき

賃上げ分として「ベースアップ評価料」の点数が引き上げられるとともに、事務員等も対象に加えられ、対象が拡大したことは協会・保団連の改善要求の成果だ。しかし、産業全体を5%弱下回る医療関係職種（医師・歯科医師を除く）の月給与平均を抜本的に引き上げるものとはなっておらず、公的病院にとっても人事院給与勧告に満たない低い水準となった。

そもそもベースアップ評価料は、届出をしていない医療機関には関係がなく、また届出をしても算定分をすべて医療従事者の賃上げに充てる必要があり、医療機関の収入になるものではない。それにもかかわらず大手マスコミが「初診料 190 円上乘せ」などと報じ、あたかも医療機関の収入が大幅に上がるような描き方をしていることは問題だ。ベースアップ評価料を届け出していない医療機関を含め、全ての医療従事者の賃上げが可能となるよう、処遇改善は基本診療料の引き上げにより行うべきである。

必要な在宅医療を阻害する不合理な改定

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「月 2 回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く）」の算定にあたって、月 2 回以上訪問診療を行う患者数に占める「重症患者」（末期がん、難病、重度褥瘡、要介護 3 以上など）の割合が一定以上であることが要件とされた。一部の在宅医療機関を想定した「適正化」のためとされているが、仮にこの要件を満たせない場合は「月 2 回以上」の点数が算定できないこととなり、非常に大きな減収となる。

しかし、軽度～中程度の認知症患者や高齢の独居患者など、いわゆる「重症度」が低くとも月 2 回程度の訪問を継続する必要性が高い患者は少なくない。「重症度」基準により月 2 回以上の訪問診療を制限することは、医師の裁量権を侵害し、必要な医療提供を阻害するとともに、患者の選別にもつながりかねない。

また、強化型支援診（連携型）の施設基準に、24 時間の往診体制を自院で月に 4 回数以上確保していることを要件とする区分が追加された。この体制を確保できない場合は、在医総管等で連携型支援診の高い点数を算定できなくなる。しかし、24 時間体制が確保できていない医療機関も含めて連携により機能を補完し、地域の在宅医療を確保していく必要性は高齢化の進展によりさらに高まっており、地域の在宅医療連携を阻害する改定と言える。

引き続き医療 DX への強引な誘導

「医療情報取得加算」及び「医療 DX 推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出していた医療機関でも電子処方箋又は電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医科診療所で 75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

生活習慣病管理料は協会の要望が一部実現

生活習慣病管理料について、療養計画書への患者署名が不要となるとともに、(II) の包

括対象から「特定薬剤治療管理料」「悪性腫瘍特異物質治療管理料」等の汎用点数が除外された。医療費抑制を目的とした慢性疾患の包括管理への移行という根本的な問題は残るが、これまで協会・保団連が要求してきた改善要望項目が一部反映された。

他方、特定疾患療養管理料の対象疾患からは、非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の患者が除外された。改定のたびに「特定疾患」の対象を変更し、医療費を抑制しようとする意図が透けて見える。

「医師偏在対策」の名のもとにペナルティ

いわゆる「医師偏在対策」として、「外来医師過多区域」（兵庫県では神戸市）で新規開業する場合、地域で不足する機能（初期救急や在宅医療など）を提供できない場合には、保険医療機関の指定を3年に短縮するだけでなく、機能強化加算、地域包括診療加算や在支診などの届出ができないこととされた。自由開業医制の否定であるだけでなく、かかりつけ医機能報告制度によって集められた情報をもとに「地域で不足する機能」を割り出し、一定の機能を満たせない場合にペナルティを課すルールづくりの端緒であり、財務省が将来的に一定の機能を満たさない場合は初・再診料に差をつけることまで画策していることに警鐘を鳴らしていく必要がある。

投薬は加算引き下げとリフィルへの誘導

一般名処方加算が2点引き下げられた。後発品を中心とした医薬品供給不安が継続しており、その対応に追われている中での汎用点数の引き下げは到底看過できない。

また、「患者の状態に応じ、28日以上長期投薬又はリフィル処方箋を交付する」ことを患者に周知する要件が、特定疾患療養管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、婦人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、二次性骨折予防継続管理料及び小児科外来診療料に追加された。処方箋にもリフィルの説明が追記される予定で、未だ低いリフィル処方率を引き上げ、診察回数を減らして医療費抑制をはかるための強引な改定と言える。

入院は差別的な物件費対応と医療提供体制再編への露骨な誘導

物件費の対応として入院料等は全般的に引き上げられた。ただし、継続的に賃上げに取り組んでいる医療機関以外では入院料等が減算される差別的な仕組みが持ち込まれており、大きな問題がある。

また、新たな地域医療構想における急性期機能の集約化の企図が鮮明となっている。一般病棟入院基本料に急性期病院一般入院基本料が新設され、病院全体での救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数など病院単位での機能が施設基準に持ち込まれた上、DPC/DPCSの算定が前提とされている。今後、DPCの係数操作により病院機能のふり分けや統制の強化が進められることが危惧される。

患者負担のさらなる拡大

長期収載品の選定療養について、特別の料金として患者が負担する額が、先発品との価格差の4分の1相当から2分の1相当に引き上げられる。また、OTC類似薬（77成分・約1,100品目）を対象に「一部保険外療養」として薬剤費の4分の1を患者負担とすることも狙われている。

これらは「将来にわたり100分の70を維持する」とした健保法附則に反するばかりか、保険料を支払っているにもかかわらず必要な医療が受けられなくなる患者をさらに増やす点において国民皆保険制度の空洞化を進めるものと言える。また、医薬品の選択は医師の医学的判断に基づく療養の給付そのものであって、医師の処方権をも侵害するもので、到底認められるべきものではない。

高額療養費制度も「長期療養者への配慮」を示しつつ、最大で38%もの負担上限額引き上げが狙われており、国は全体として患者負担を拡大させる方向に舵を切っている。国民皆保険制度のこれ以上の空洞化を許さない運動を進める必要がある。