

意見

1 新型コロナウイルス感染症による県内医療機関の経営への影響

新型コロナウイルス感染症の影響により、奈良県内の医療機関（調剤薬局を含む。以下同じ。）は外来・入院ともに患者数が減少するなどし、軒並み収入が減少している。他方で、感染拡大防止措置等のため費用は高止まりしており、厳しい経営状況に陥っている。

例えば、本年6月に実施した県内医療機関へのアンケート結果によれば、医業収入については、病院で14.9%減、有床診療所で20.8%減、無床診療所で17.7%減、歯科診療所で16.0%減、薬局で7.3%減、県全体で14.3%の減となっている（本年5月の対前年同月比）。¹

県内の新型コロナウイルス感染症の感染者数は、7月4日以降再び増加し始め、今後も予断を許さない状況であり、県内医療機関は、当面、厳しい経営状況が継続すると見込まれる。

2 奈良県における地域医療提供に係る受益と負担の総合的マネジメントの取組

奈良県においては、地域医療の提供に係る県民の受益と負担の総合的マネジメントの取組を積極的に推進してきた。即ち、県民の受益である「地域医療の提供水準の均霑化」と負担である「国保保険料負担の公平化」の実現のため、県民にとっての受益と負担の結節点として、地域医療構想、国民健康保険の県単位化、医療費適正化の3つの取組を一体的に進めている。その際、受益と負担の総合的マネジメントにあたっては、医療機関の経営状況を適切に勘案することとしている。

奈良県地域医療構想²においては、医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築を取組の基本的視点の一つとして掲げている。県は、県民の国保保険料水準に関する財政運営の責任の主体であると同時に、地域の医療提供体制に係る責任の主体として、県民に対し、適切な医療提供体制の確保を図る必要がある。これは、医療費適正化計画に則った医療の効率的な提供の推進によって一体的に実現されるものである。

こうした県の役割と責任に鑑みれば、県民の受益と負担の総合的マネジメントとの調和を図りつつ、新型コロナウイルス感染症により多大な影響を受けている県内医療機関の経営に資する取組を講じることにより、地域の医療提供体制を適切に確保することは県が果たすべき責務である。

この点に関し、「経済財政運営と改革の基本方針2020」³では、新型コロナウイルス感染症の影響下における持続可能な医療提供体制の構築のため、「医療機関・薬局の経営状況等も把握

¹ 医業利益率については、病院で14.7%ポイント減、有床診療所で17.4%ポイント減、無床診療所で11.8%ポイント減、歯科診療所で11.1%ポイント減、薬局で1.8%ポイント減（本年5月の対前年同月差）。社会保険診療報酬支払基金及び奈良県国民健康保険連合会の調べによると、保険診療点数は減少が継続しており、内科の入院では6.2%減、入院外では9.6%減、歯科は10.1%減、調剤は2.0%減、県全体では7.1%減（本年4月分の対前年同月比）。

² 平成28年3月策定

³ 令和2年7月17日閣議決定

し、必要な対応を検討し、実施する」とされている。奈良県としては、地域の医療提供体制を適切に確保する上で前例のない事態であることから、この際、杓子定規な法律の解釈・運用や前例に囚われない対応が必要と考えている。

3 持続可能な医療提供体制の構築のために必要な対応

国は、これまで、累次にわたり、重症・中等症患者の診療への診療報酬上の特例的な評価や医療機関への資金繰り支援、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の抜本的拡充、医療用物資の無償支給などにより医療提供体制等の支援策を講じてきており、そのことに深く感謝申し上げたい。今後、医療機関の経営状況等を把握していく際には、これら累次の対策の効果を含めて把握していく必要があることは当然と考える。

この中でも1次補正を含めて医療分として全国で1.8兆円弱が措置された「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」については、地域ごとの感染状況や医療提供体制の差異を反映できる仕組みとして十分評価できるが、その拡充による対応にのみ頼ることはできないと考える。すなわち、奈良県として医療機関への交付などその可能な限りの早期執行に努めていく所存であるが⁴、全国的には「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の執行の遅れの可能性が懸念されている。また、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の拡充・追加といった逐次投入策では、当面厳しい経営状況が継続すると見込まれる医療機関にとって、当座はともかくその先の経営が見通せず、医療経営者のみならず、医療従事者や医療機関の安定した存続を願う患者にとっても安心できない状況が続くこととなると思われる。

以上より、一定程度の継続性が見通せる制度的対応こそが必要であり、奈良県として、診療報酬引上げによる対応を求めたい。具体的には、すでに重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療に関して、ICU等に入院している場合に算定される特定集中治療室管理料等の評価を告示で定められた点数の3倍に引き上げる等の措置が講じられている。これは診療行為3回分の点数を評価しているという意味において診療報酬1点単価を30円に引き上げているに等しい措置と承知しており、より弾力的かつ幅広い診療行為に同様の措置を適用できるよう、診療報酬の1点単価の引上げを奈良県の意見として申し入れる。

一般の新型コロナウイルス感染症に関しては、他業種も需要減少などの影響を受けている。しかしながら、一般の営利企業ならば、売上量の減少は単価引上げを通じて回復を図ることができる一方、医療機関の場合、医療収入は公定の診療報酬が基礎となるため、独自の判断で診療行為ごとの収入単価を引き上げることはできない。その一方で、公的支援について、費用面では、累次の交付金等の措置が講じられているものの、収入面では、これまで十分に講じられているとは言い難い。新型コロナウイルス感染症の影響により売上が前年同月比で50%以上減少していることを要件とする持続化給付金など業種横断的な支援策による対応では現在の医療機関が置かれている状況への対応には必ずしも効果的でないことも指摘しておきたい。この際、他の支援措置のようななじみの薄い事務負担を医療機関に生じさせるよりも、県内医療機関に適用される診療報酬1点単価の引上げにより、その収益力改善を図ることが適当と

⁴ 奈良県への交付額312億円（6月交付決定分及び8月交付決定分の合計）のうち、病床確保料(65億円)及び設備整備補助金(18億円)については、令和2年9月2日から交付を開始し、感染拡大防止等支援金(40億円)及び医療従事者等慰労金(30億円)についても9月中に交付を開始する予定（いずれも奈良県予算既議決分）。奈良県予算未議決分についても、今後、奈良県議会において予算の議決を経た上で速やかに執行予定。

考える。

つまるところ、医療機関の医業収入は、そのほとんどが医療保険制度による保険診療収入と患者負担収入に依存しており、医療保険制度による対応なしには、医療提供体制の強化策は弥縫策にとどまりかねない。

なお、診療報酬1点単価の引上げに伴い、保険料負担及び公費負担とあわせて患者負担も上昇することになるが、すでに診療報酬の特例による患者負担の上昇は院内トリアージ実施料や電話等を用いた診療における特定疾患療養管理料等で生じており、これらの患者との公平を勘案すれば、診療報酬1点単価の引上げを行う以上は患者負担の引上げを伴うことはやむを得ないものと考える。

診療報酬の引上げには患者の理解が不可欠であることは言うまでもない。持続可能な医療提供体制の構築のために必要な対応であることや新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い感染防止策等のため患者1人ひとりの診療行為に関連するコストが上がっていることなどについて患者の理解を得ていく必要がある。奈良県としても、後述するとおり、受益と負担の総合的マネジメントと調和を図る中で、令和6年度国保統一保険料水準の上昇を伴わない中でこうした措置を講じていく。このこともあわせて、診療報酬1点単価の引上げに伴う患者負担の上昇について、県民の理解を丁寧に求めていくこととしたい。

また、この診療報酬1点単価の引上げについては、その目的に照らし、新型コロナウイルス感染症による影響が収束するまでの間の時限的措置とすることが適当と考える。その終期については、新型コロナウイルス感染症の収束状況や医療機関の経営状況、保険財政の状況等を勘案して判断する必要がある。恒久的な引上げ措置ではないことも含め、県民に今般の措置の趣旨等について、丁寧

4 奈良県内医療機関における診療報酬1点単価引上げの具体的水準

県内医療機関における診療報酬1点単価の引上げは、第3期奈良県医療費適正化計画と整合的な範囲において行われる必要がある。

すなわち、これまで高齢化が進むと医療費が増加するとの前提のもと、その増嵩にあわせて令和6年度統一国保保険料水準の設定を行ってきており、足元の新型コロナウイルス感染症により医療費の減少が生じているのであれば、保険料財源に余剰が生ずると見込まれる限りにおいて、当該余剰を診療報酬1点単価の引上げに活用するという考え方としたい。

具体的には、まず、実績を踏まえた医療費の上振れ可能性も勘案したうえで令和6年度統一保険料水準から算出される令和2年度国保医療費の上限許容値を推計し、あわせて令和元年度国保医療費実績に、県内医療機関の経営状況アンケート調査結果による医業収入減少率を反映することにより、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度国保医療費の実績見込みを推計する。令和6年度統一国保保険料水準の引上げが生じないよう、両者の差額を補う範囲内の診療報酬1点単価を算出すると、現行の1点10円から1点11円に引き上げることが 適当な水準として導かれる。

次に、引上げ後の診療報酬1点単価が県内医療機関全体に適用されることに鑑みれば、将来の国保保険料の負担水準のみならず、国保の医療費に限らない県医療費全体について医療費適正化計画との整合性をチェックすることも必要である。現行の第3期奈良県医療費適正化計画では、令和5年度（及び平成30年度以降各年度）の医療費目標を設定した上で、分野ごとに

行動目標を設定して具体的な施策を推進している。これまでの医療費の推移は、平成30年度は目標4,698億円に対し実績4,807億円、令和元年度は目標4,731億円に対し実績4,952億円⁵となっており、1年当たり2.3%程度の上振れが生じている。これは、後発医薬品の使用促進など医療費適正化の取組を進める一方で、医療提供体制の整備⁶が進捗した結果と考えられる。

このような実績を踏まえ、第3期奈良県医療費適正化計画における令和2年度目標医療費を基本としつつ、前述のとおり令和6年度統一国保保険料水準の引上げが生じないよう計算したのと同様に、県医療費が目標医療費を超えることがないように、令和2年度医療費の上限許容値と令和2年度医療費実績見込みを推計したうえで、両者の差額の範囲内で医療費適正化計画と整合的な診療報酬1点単価の引上げが可能との考え方に基づいてチェックを行ったところ、前述の1点11円の単価水準は、医療費適正化計画との関係上も整合性が図られると確認した。

加えて、前述のアンケート調査結果においては、医療機関の類型ごとに新型コロナウイルス感染症が経営状況に与える影響が異なることから、この異なる影響の差を反映し、医療機関の類型ごとの補正係数を1点11円に更に乗じることにより、より実態に即した対応が可能となることから、そうした方策も提案する⁷。さらに、合理的な理由があれば、診療行為ごとあるいは専門科目ごとに差異を反映することも選択肢としてあり得る。

5 診療報酬1点単価における地域差及び全国規模の対応に関する考え方

4において、奈良県内医療機関における診療報酬1点単価引上げの具体的水準についての意見を述べたが、もとより新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う医療機関の経営状況の悪化は、全国的に生じている。奈良県保険者協議会において、奈良県医師会が、「受診患者数が減少し、保険診療点数が減少しているのは奈良県だけに特異な現象ではない」、「新型コロナウイルス感染症の影響による受診抑制の結果としての受診患者数減少については全国的な傾向であるから全国規模での対策が必要である」旨の見解を主張したが、県としても認識は同一である。

ただし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況は各都道府県において大きく異なっており、医療機関の経営に与える影響も区々と推測される。そもそも、各都道府県における医療提供体制や、保険財政運営も含めた医療行政に係るマネジメントのあり方はそれぞれ異なるものであり、今般の対応に当たって、引上げ後の診療報酬1点単価に地域差を付けることはあって然るべきと考えるが、奈良県の県域の外における診療報酬1点単価引上げの具体的水準については、意見を申し上げる立場にない。

このように本意見は奈良県の県域に局限した診療報酬1点単価の引上げを求めているのではないという点を明確にしておきたい。むしろ、奈良県内の医療機関における診療報酬1点単価引上げの具体的水準についての本意見も参考として踏まえつつ、地域差も踏まえて奈良県の

⁵ 実績はそれぞれ概算医療費から推計した県民医療費。

⁶ 南奈良総合医療センター開設、奈良県総合医療センター開設、奈良県立医科大学E棟整備等。

⁷ 県内医療機関の診療報酬1点単価を、医療機関の類型ごとに補正すると次のとおり。病院：補正率1.007→1点11.08円、診療所：補正率1.045→1点11.50円、歯科診療所：補正率1.020→1点11.22円、調剤薬局：補正率0.925→1点10.17円。

県域の外における診療報酬単価の具体的水準をどのように設定し、公平性・合理性のある全国規模の診療報酬単価の対応策としてどのようにとりまとめるかの責任は、奈良県にではなく、厚生労働大臣にあるという当然のことを指摘しておきたい。

全国知事会の新型コロナウイルス緊急対策本部会議（令和2年8月8日）において決定された「新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言」において、国に対し、「地域の実情に応じた持続可能な医療機関の経営に資するため、地方の意見にも配慮した診療報酬の引上げ（中略）等により、医療機関の経営悪化」に対処することを求めているが、まさにその具現化が求められている。

ちなみに、介護報酬においては、地域差を介護報酬に反映するために、「単位」制を採用し、サービスごと、地域ごとに1単位の単価を設定している。この結果、8区分の級地制度によって報酬単価に地域差が付いており、それによって利用者負担にも地域差が生じている。報酬単価や患者・利用者負担の地域差と国民皆保険制度は両立することは制度的にも明らかである。

6 高齢者の医療の確保に関する法律との関係

第3期奈良県医療費適正化計画においては、県医療費目標の設定とあわせて、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」）⁸の趣旨を踏まえ、同計画についてPDCAサイクルに基づく進捗状況の把握や評価を行う中で計画期間を通じて意見の提出の検討を行い、計画期間が終了する前であっても、必要に応じ政府に診療報酬に係る申入れを行うと明記してきた。

本意見は、この第3期奈良県医療費適正化計画の方針に沿うものである。その際、県内医療機関の経営状況を適切に勘案することとしてきたところであり、診療報酬の引下げに関しては、県医療費の特異な増嵩が生じた場合に限り、検討する方針を明確にしてきたが、現状は、新型コロナウイルス感染症によって県医療費に特異な減少が生じ、むしろそのことが県内医療機関の経営に大きな影響をもたらしているという状況である。こうした場面において診療報酬1点単価の引上げの意見を述べることは、従来の方針と齟齬がない。

そのうえで、まず、平成30年3月29日に都道府県に対して発出された厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知においては、「（高確）法第14条では、（中略）・都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう

⁸高齢者の医療の確保に関する法律

第十三条 都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

努める・国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる旨が記載されている」と明記した上で、その運用プロセスとして「都道府県の意見を踏まえ」る必要があると明示している。よって、都道府県が高確法第 14 条に関して意見を提出できることは明らかである。

他方、高確法は、第 13 条でも、都道府県は、「診療報酬に関する意見」を提出することができるとし、厚生労働大臣は、都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならないとされている。この高確法第 13 条において提出することができる意見は、「全国共通の診療報酬」に限定され、高確法第 14 条に関する都道府県の意見とは別個のものであるとの見解が散見される。つまり、高確法第 14 条の「他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定め」（「地域別診療報酬」ないし「地域独自の診療報酬」とも呼ばれる。）に関して都道府県が意見を述べる場合には、高確法第 13 条による提出とはならないとの主張であるが、そのような見解が政府の（統一的な）見解であるとの確認は取れていないうえ、法解釈として成り立つ余地がないと考える。

まず、そのような見解は、高確法の常識的な文理解釈に反する。すなわち、高確法第 14 条では同法第 13 条で都道府県が「診療報酬に関する意見」を提出することができるのとされているところの「診療報酬」の定義をそのまま引用しており、同法第 14 条に関する「診療報酬」が高確法第 13 条の「診療報酬」から除かれる議論が成り立つ余地は乏しい。

そして、高確法第 13 条の「診療報酬に関する意見」について、仮に当該都道府県域内で適用される診療報酬に関する意見は除外されると解した場合、各都道府県の医療費適正化に係る目標達成のための必要性を条件として都道府県が意見を提出できるとした高確法第 13 条の規定のそもそもの合理性が損なわれかねない。さらには、高確法第 13 条は、都道府県が自ら医療提供体制整備や医療費適正化の責任を負っている都道府県域内の診療報酬については意見を提出できず、自らが責任を負わない都道府県域の外における診療報酬のあり方について意見を提出できるという荒唐無稽な規定であるということにもなりかねない。

過去の国会答弁（平成 18 年 6 月 6 日参議院厚生労働委員会水田保険局長答弁）は、国会答弁という性質上このような文理解釈を超えて条文の解釈を規定するものであろうはずはない。その内容を見ても、今述べた奈良県の理解と矛盾する点は見られないうえ、むしろ、高確法第 13 条は確認的規定であると答弁されていることから、同条の射程を限定する議論をすること自体にさほど意味がないことを示唆している。

そもそも、「地域別診療報酬」ないし「地域独自の診療報酬」と「全国共通の診療報酬」の境界が曖昧であり、両者を区別することは困難である。このことは前述の介護報酬制度の例を見れば明らかであり、介護報酬の級地の設定は、制度として一定の整理を行ったうえで単価に地域差を設けているものであり、制度としては全国共通のものと位置付けられているものと思料する。他方、地域ごとに単価が異なるという点に着目すれば、「地域別介護報酬」ともいえ、該当する市町村数が少ない級地区分の市町村にとっては「地域独自の介護報酬」である。このように「地域別」なのか「地域独自」なのか「全国共通」なのかという尺度はそもそも絶対的なものではない中、これらを別個のものとして峻別することには無理がある。

そして、高確法第 14 条については、前述の厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知において、「厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断し

ていく必要がある」とされており、法文上もその趣旨が盛り込まれている。このようなプロセスを経て厚生労働大臣が判断した結果として措置された診療報酬が仮に「全国共通の診療報酬」ではなく、それでもなお高確法第13条は「全国共通の診療報酬」に関してのみ都道府県が意見を提出することができるという解釈が維持されるとすれば、その時点で高確法第13条は死文化し、以降都道府県は診療報酬体系に対して一切意見を述べることができなくなるという不合理な結果を招く。結局、高確法第14条によって厚生労働大臣が講じる措置も、「全国共通の診療報酬」の範疇と理解するのが合理的であり、そうであるとすればそうした措置が講じられることを前提として高確法第14条に関して都道府県が出す意見が「全国共通の診療報酬」に関する意見に含まれないとする解釈も成り立たないことは明らかである。

本意見に関して言えば、まずは、診療報酬1点単価の引上げについて、4において奈良県の責任が負える範囲として奈良県内医療機関における診療報酬1点単価引上げの具体的水準の提案を行ったが、そこにのみ着目すれば「奈良県独自の診療報酬」ないし「地域別診療報酬」に関する意見とも言えなくもないが、5において地域差の反映の必要性を前提としつつ、奈良県の意見も踏まえ全国規模の診療報酬単価の対応を執ることを求めており、この点では「全国共通の診療報酬」が講じられることを前提とした意見であり、高確法第13条の射程内の意見であると考ええる。そのうえで、前述のとおり高確法第13条は確認的規定とされていることから、高確法第13条の趣旨に則った意見提出がなされている限りにおいては、厚生労働大臣において、本意見に配慮して診療報酬を定めるよう努めていただきたい。

なお、前述のとおり、本意見は、第3期奈良県医療費適正化計画に沿って、同計画についてPDCAサイクルに基づく進捗状況の把握や評価を行う中で、計画期間が終了する前であっても意見を提出するものであるが、高確法第13条による都道府県による意見の提出には、都道府県における医療費適正化計画の終了を待つ必要があるとの指摘もある。

しかし、都道府県の医療費適正化計画について、毎年度の進捗状況の把握や評価を行うことを求めているのは、他ならぬ国である。すなわち、令和元年6月28日に都道府県に対して発出された厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知において、「毎年度第3期計画の進捗状況を把握・公表するとともに、必要な対策の検討を行い、実施することが望ましい」と明記しており、こうした技術的助言に沿って奈良県が必要な対策として述べる意見について、第3期計画の終了を待たねばならない理由はなく、また、同課長通知は高確法の趣旨を踏まえたものであると思料される以上、本意見もまた十分高確法第13条の趣旨に則ったものと考える。

まして、前述のとおり高確法第13条は確認的規定とされていることから、都道府県が「診療報酬に関する意見」を提出できる時期等を厳格に解釈する意味はなく、都道府県の医療費適正化計画の終了時期との関係は、本意見の提出の妨げになりようがない。

むしろ、都道府県に毎年度医療費適正化計画の進捗状況の把握・公表を従っているからには、国は、本意見のような意見の提出をはじめ、都道府県による毎年度の進捗管理や必要な対策の実施を後押しすべき立場にある。現状の高確法による医療費を巡るPDCAサイクルについては、新型コロナウイルス感染症の影響により医療需要が大きく減少しているにもかかわらず、医療費適正化計画の計画期間における医療費の見込みが計画策定時からアップデートすることが前提とされていないなど、仕組みが現状に追いついておらず、都道府県によるPDCAサイクルが阻害されかねない懸念がある。都道府県による毎年度の進捗管理を阻害しかねない高確法の仕組みの見直しを行うことこそが国に求められる。

もとより、国と地方の関係からして、都道府県による意見の提出は自由であり、特定の条文

の解釈云々によりその時期や内容が妨げられることはあってはならない。まして今は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に直面し、その影響により医療機関の経営が困難に陥っている。持続可能な医療提供体制の構築に向けた対策が焦眉の急である中、杓子定規な法の解釈・運用や意見提出に何年もの時間を掛けるべきといった不見識な議論を差し挟む余地はなく、危機感を持って果敢な対策を講じることこそが求められている。万一、本意見への対応にあたり、高確法の規定の解釈等を理由として、奈良県の理解と異なる見解に基づいて対応がなされる場合には、高確法第 13 条及び第 14 条の妥当範囲等を巡って、厚生労働省はもちろん、内閣法制局、総務省など関係省庁による政府統一見解を求めることとしたい。

なお、高確法第 14 条等に関しては、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」において、「高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。」とされ、「新経済・財政再生計画改革工程表 2019」において、2020 年度において「高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示」とされてきた。奈良県としても、当該具体的な活用策の提示を要望してきたが、いまだ示されていない。こうしたことが、高確法第 13 条や第 14 条の射程等を巡る解釈について様々な見解が存在する一因であると考えており、この点についても早急な善処を求めたい。

7 総括

以上を踏まえ、高齢者の医療の確保に関する法律第 13 条の規定の趣旨に則り、以下の意見を申し入れる。(1)から(3)までの診療報酬に係る意見にあつては、奈良県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努めていただきたい。

(1) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた奈良県内の医療機関の経営に資するため、奈良県内の医療機関に適用される診療報酬 1 点単価を、新型コロナウイルス感染症による影響が収束するまでの間の時限的措置として、現行の 1 点 10 円から 1 点 11 円に引き上げるべきこと。

(2) その際、医療機関の類型ごとの経営状況を踏まえ、医療機関の類型ごとに次のとおり診療報酬 1 点単価を補正することも検討すること。さらに診療行為ごとあるいは専門科目ごとに差異を反映することも選択肢としてあり得る。

病 院	補正率 1.007	→	1 点 10 円を 1 点 11.08 円に引上げ
診 療 所	補正率 1.045	→	1 点 10 円を 1 点 11.50 円に引上げ
歯科診療所	補正率 1.020	→	1 点 10 円を 1 点 11.22 円に引上げ
調剤薬局	補正率 0.925	→	1 点 10 円を 1 点 10.17 円に引上げ

(3) 奈良県内の医療機関における診療報酬 1 点単価引上げの具体的水準についての(1)及び(2)の意見も参考として踏まえ、診療報酬 1 点単価の引上げ幅に地域差を付けつつ、公平性・合理性のある全国規模の診療報酬単価の対応策（全国共通の診療報酬）をとりまとめること。

その際、奈良県の県域の外における診療報酬 1 点単価引上げの具体的水準については、当該都道府県から意見が提出された場合には、その意見を踏まえること。

これらにより、全国知事会の新型コロナウイルス緊急対策本部会議（令和2年8月8日）において決定された「新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言」における「地域の実情に応じた持続可能な医療機関の経営に資するため、地方の意見にも配慮した診療報酬の引上げ」の内容を具現化すること。

- (4) なお、高確法第13条及び第14条の規定については、その解釈に関し様々な見解が示されることがあり、疑義が生じるおそれがある。本意見への対応にあたり、高確法の規定の解釈に関し、万一奈良県の理解と異なる見解に基づいて対応が講じられる場合には、高確法第13条及び第14条の妥当範囲等を巡って、厚生労働省はもちろん、内閣法制局、総務省など関係省庁による政府統一見解を提示いただきたい。

こうした疑義を防止するためにも、高確法第14条等に関し、国において、かねて2020年度において「都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示」とされてきたことを踏まえ、当該具体的な活用策を早急に提示されたい。

- (5) また、令和元年6月28日に都道府県に対して発出された厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知において、「毎年度第3期計画の進捗状況を把握・公表するとともに、必要な対策の検討を行い、実施する」ことが望ましいとされていることから、都道府県は第3期医療費適正化計画が終了する前であっても、自らの医療費適正化計画の実績評価を行い、必要な対策を実施できることは明らかであるが、そのことを法制上明確化するとともに、こうした毎年度の進捗管理をはじめ医療費を巡るPDCAサイクルの実効性を高めるため、必要な高確法の仕組みの見直しを行われたい。

令和2年8月28日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

奈良県知事 荒井 正吾