

# 視点

## 診療報酬点数改定の現状と課題 — 特に「外来機能報告」に的を絞って —



福島県医師会副会長

矢吹孝志

2022年は診療報酬点数改定時となり、中医協総会は外来とコロナ感染症に対するものに「意見の整理」を行いながら取りまとめ項目を明示した。これらを列挙すると、①初・再診料、②かかりつけ医機能、③生活習慣病対策、④外来機能の分化の推進、⑤医療機関間の連携、⑥オンライン診療である。これらの項目はお互いに関連しているため個々単独に議論することと併せて総合的な見地からまとめあげられるべきである。

今回は新分野として取り上げられている「④外来機能の分化の推進」について、一部それと深く関係する“かかりつけ医機能”などを交えながら現状と今後について述べる。

本稿では紙面制限の都合上、「医療資源を重点的に活用する外来」を「医療資源重点活用外来」へ、「基幹的に担う所」を「基幹的病院」と略称して説明する。

病院・診療所における外来機能の明確化と地域における“かかりつけ医機能”の強化等については社会保障審議会医療保険・医療部

会が全世代型社会保障会議から最終報告を受け、2020年12月に取りまとめた。その後2021年の通常国会にて医療法等改正法案として審議され成立している。今年度中に、厚労省、中医協と各都道府県が具体的な実施内容について検討し、来年年4月からの実施予定である。この時期は診療報酬改定時と一致しているが、2021年10月現在では点数上の具体的な評価は未定である。この構想は日医においても地域医療対策委員会が検討中であるが、地域医療の実態との乖離や選定基準の不明確さなどから進展においては困難を極めている。

今後厚労省は令和6年実施の第8次医療計画に向けて、令和4年度内に当該外来機能制度のガイドライン改正を実施し、令和5年度に策定を行う方針である。併せて、地域医療構想会議調整部会は関係医療機関からの報告を受けながら審議を繰り返し、当構想の精度を上げていく。それ故、今回提示した内容は変更並びに修正が加えられるはずであり、会員の先生方には審議経過を注視していただき

たい。

以上から、当構想は難解なところが多いためQ & A方式にて説明するが、A. は厚労省の見解であり、Q. と注意すべき意見(注)は私見である。

Q 1 当該構想の目的は

A 1 1) 適正、かつ効率的な医療を実践するためである。(患者はまず、かかりつけ医に受診し、必要があれば紹介状と共に専門病院へ紹介される仕組みを基本とする。)

2) かかりつけ医の定義と専門医療機関との役割分担を明確化し、連携を深める。

3) 令和6年度の第8次医療計画に盛り込む。

(注) 日医はかかりつけ医の定義が明確化され、かつ固定化されることにより患者のフリーアクセスの阻害と包括並びに統括医療が進められることを危惧している。

Q 2 当該構想の利点は

A 2 病院外来の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減が図られ、医師の働き方改革に寄与する。また、かかりつけ医の機能が明確化され、地域医療の効率的発展に繋がる。

(注) 基幹的病院として公表された場合、当該医療機関へ受診する患者数は減少するとは限らず、受診誘導により増患となる可能性が高い。それに併せて、それ以外の病院は減患となり、多忙すぎる勤務医とそうでない者の2極化が起り、双方とも病院機能を失う可能性も考慮しなければならない。

Q 3 どのような機能を持つ医療機関が対象となるか

A 3 現在下記①、②、③に提示されている

条件を満たす「医療資源を重点的に活用する外来」を有し、地域で基幹的に担う所として公認を希望する有床診療所を含む病院である。無床診療所は任意である。

① 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

③ 特定の領域に特化して機能を有する外来の割合等

(注) 現在①～③はあくまでも参考とされており、各地域では実情に応じて活用することを勧めている。基準が全国あるいは全県で統一されなければ、不公平となり、当構想を進める上で、不具合を生じる懸念がある。基幹的病院としての公認は対外的に優位性を示すものであり、当該病院への医師集中度を高めることや地域の医療水準の目安となり得る。

Q 4 「医療資源重点的活用外来」として認定される初・再診患者の紹介率等の基準は

A 4 現状では、かかりつけ医からの紹介率が初診は30%以上、再診では20%以上の双方を満たすことで検討されている。さらに、外来の人材の配置、高額医療機器・設備の保有、在宅・地域連携の状況などが協議に資する。

(注) 紹介率は当構想の根幹的なものであるが、病院数の極めて少ない地域では外来の一般化が生じ、紹介率や逆紹介率などが低くなることが起り得る。この場合は敢えて当構想の枠に当てはめる必要はないように言われているが、診療報酬点数でのインセンティブが生じると基幹的病院に公認されないことが病院経営において打撃を受けることになりかねない。そのため、診

療報酬設点数上の配慮も考慮されるべきである。

Q 5 外来機能報告をするにあたり、記載内容に対する都道府県と国の対応は

A 5 医療機関は主に電子レセプト情報・特定検診等情報データベース（NDB）を活用する。国は各医療機関に対して、「医療資源重点活用外来」に関する実施状況のデータを提供する。各医療機関は当該データを確認し、都道府県にその実施状況を報告する。

（注）医療機関の報告について、国は早期遂行のため、ICT機能を駆使し、簡潔にできるように支援することを進めている。医療機関側は事務量が増加する。しかし、外来機能を的確に把握する上では有益と捉えることもできる。

Q 6 今後の具体的な実施方法は

A 6 令和4年4月1日からの実施方法については、国が医療機関へNDBにより前年度1年間の実施状況データを提供し、医療機関は当該データを確認して報告する。この報告内容は認定の有無に関わらず、地域の医療調整会議等に報告され、協議に資する。

Q 7 「基幹的医療機関」として公認される場合、病院単位か診療科別か

A 7 病院単位で対応する。

（注）病院は複数の診療科を備えているが、特化する診療科が上記A3の①～③のいずれかを満たし、病院として基準となる紹介率をクリアすることで基幹的病院としてのステータスを得ることができる。大病院では既に一般化しているが、今後新たに基幹的病院に認定されると特化していない診療科で定額負担が発生し、患者の理解を得ることが困難となる。そのため、減患、特化されない診療科の停止あるいは病院

の縮小化への道を辿ることになる。一方で、基幹的病院の公認を得なければ、診療レベルは診療所と同程度の評価となり、病院としての集患力は低下するものと思われる。どちらを選択しても、病院外来の縮小は免れず、地域医療構想の中で機能的再編がさらに加速化されるものと考えられる。この是非については、次の世代の方々が十分議論を尽くさなければならない。

Q 8 「医療資源重点活用外来」の呼称と「基幹的病院」の正式名称は

A 8 前者は「紹介基本外来」などが候補であり、後者は「紹介外来医療機関」などが候補に上がっており、今後決定されることになる。現段階では複数の候補名が掲載されている。

（注）当構想は、外来機能の効率化であるが、これを活用する患者への啓発が重要である。その場合、呼称と名称が患者にわかりやすく、活用へ直結するものが求められる。

Q 9 「基幹的病院」と定額負担拡大については

A 9 大病院への“紹介状無し”の直接受診の初診・再診については現在の定額負担の他に一定額を保険給付から控除し、増額することが検討されている。この場合初診であれば、初診料に相当する2,000円程度が検討されている。また、再診料についても、500円程度の増額負担への見直しが図られている。これを一般病床数200床以上の病院で、「基幹的病院」として公認されたところへも拡大する方向である。

（注）定額負担義務徴収医療機関での支払が義務化並びに増額されれば、当該対象医療機関への患者数が減少する可能性が高まり、減収の不安が生じる。

また、かかりつけ医でのプール（患者溜まり）現象が生じ病状増悪後の受診などが懸念される。

Q10 実施の時期は

A10 外来機能報告制度は改正医療法の施行として「令和4年4月1日」実施する。当該年度は外来医療計画ガイドライン改正に向けた検討を行う。

Q11 「基幹的病院」として公認された後、国民への周知方法は

A11 県のホームページなどで公開される。また、当該医療機関では広告可能となる。この外来は原則紹介状がないと受診できないところであり、“紹介状無し”では定額負担の義務徴収が発生する。

（注）この構想においては特定機能病院と地域医療支援病院の大部分は「基幹的病院」になるものと予想される。日本において患者は専門医志向が強く、紹介状を用いるシステムが今まで以上に普及する可能性が高い。そのため、「基幹的病院」を目指さないところは減患、減収となり、外来機能を縮小せざるを得ない。

Q12 今後の取り組み計画は

A12 令和4年度内に国が当該ガイドラインを改正し、都道府県に通知する。令和5年度に都道府県が外来医療計画を見直し、令和6年度からスタートする第8次医療計画の中で本格的に公表される。

