

視点

今回の診療報酬改定と指導との関連



福島県医師会常任理事

仙波 哲雄

はじめに

令和4年度の診療報酬改定が行われました。その詳細を述べることはできませんが、いくつかのポイントについて特に過去の厚生局指導との関連性を踏まえて見てみたいと思います。診療報酬改定の際は常に改定の目的というもの明示されていました。例えば「〇〇に対する取り組みを評価して」とか「〇〇のための医療を目的として」などということが最も初めに述べられています。結果として厚生労働省の方向性に合致するものに対しては診療報酬を高めにつけるということで医療をそちらの方に誘導していこうと方法論であり、その多くは病院に向けられ診療所は小手先の微妙な調整という形になっていました。今回は以下のような基本方針が示されています。

1. 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築(重点項目)
2. 安心・安全で質の高い医療の実現のため

の医師等の働き方改革等の推進(重点項目)

3. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

以下いくつかトピックスについて述べたいと思います。

1. 外来感染対策向上加算

新型コロナというものはある意味厚生労働省としての長期展望の中に全くなかった事象かと思われます。保健所機能・地域の病床再編など過去に策定した方向性がそのまま良いのか?という問題点に直面しているとともに、診療報酬の急激な増加という問題にも直面しています。ここで多くの医療機関に係るものとして今回新設されたのが「外来感染対策向上加算6点(患者1人につき月1回)」です。施設基準があり厚生局への届出が必要ですが、現在「診療・検査医療機関」

としてコロナ診療を行っている医療機関では特に問題なく届出されれば認可されると思われます。多くの医療機関に参加してほしいという希望があるのだと思われませんが、ただしカンファレンスへの参加や、地域のサーベイランスへの参加が必要になってくる可能性もあり、また1996年4月の診療報酬改定で「院内感染防止対策加算（1日5点入院患者1人あたり）」が2000年4月の診療報酬改定で「院内感染防止対策未実施減算5点」となり、その後院内感染対策は入院基本料算定の要件の一つになってしまったという流れを思い起こすと素直に評価できるものではないのかもしれない。またコロナの検査を多くやることによって平均の点数が高くなるため集団的個別指導の対象となる可能性が高くなることが指摘されており、日本医師会としてもその点を配慮するように申し入れはなされているところで、今後の注意が必要なところです。

2. 医師等の働き方改革等の推進

県医師会でも「福島県医師会勤務医フォーラム」などを開催しその対応に努めているところです。診療報酬改定でも医師の労働時間短縮、夜間看護配置の見直し、看護補助者の活用、医師事務作業補助者の配置などの評価がなされています。以前より簡単にいうと「医者でなければならない仕事以外は医者にさせるな」的な方向性ではあるのですが現場ではなかなかそうもいかないというジレンマがあります。医師の労働時間に関しては労働基準監督署も関わってきますので十分な理解が必要ですが、特に出産に関わる産科医の労働時間をどうするかという問題が大きく取り上げられています。ただし指導においては医療請求に関しては最終的に医師が確認してこれを行うことが要求されますので、「医療事務作業補助者がやったことで自分は知らない」ということは通用しませんので注意が必

要です。

3. かかりつけ医機能の評価

かかりつけ医機能の評価ということで地域包括診療料・加算の見直しが行われ対象疾患に脂質異常症、高血圧症、糖尿病に加え慢性心不全及び慢性腎不全が追加になりました。ただし予防接種の実施状況を把握し予防接種に関わる相談に対応することが必要とされました。機能強化加算も見直され専門医療機関受診の判断を含むことが明示されました。加えて他の医療機関も含めての処方されている医薬品の把握・服薬管理と診療録への記載、専門医への紹介、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに係る相談、診療時間外を含み緊急時の対応方法等に係る情報提供など細かい追加がなされています。特に診療録への記載については指導の際にチェックされますので、注意が必要です。小児かかりつけ診療料の見直しも行われており当番医等により休日・夜間の診療に対応していることが要件となってきています。このような評価がなされてきた点に関しては今後の注意が、必要かと思われます。今回のコロナ禍において「かかりつけ」とは何かということに焦点が当たっているのではないかと思います。コロナ診療においては日本の医療の良さであるフリーアクセスは機能せず、発熱患者さんは医療機関を受診できないという状況にみまわれました。財務省側は昨年12月の「予算の編成等に関する建議」で病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく、医療資源が散在し手薄な人的配置により「低密度医療」になっていることと、医療機関相互の役割分担や連携が不足していると指摘し医療提供体制の改革の進行を視野に入れることなく、診療報酬改定を行う意義は乏しく医療資源の散財となりかねないとしています。

m 3でのインタビューで神田真人財務官は

「例えば、かかりつけ医機能の要件を法制上、明確化した上で、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること」などを提言しています。日医を中心にかかりつけ医のあり方について議論を進める時期に来ているのかもしれませんが。

4. 外来機能の分化

今回の診療報酬改定では外来医療の機能分化とのことで紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直しが行われており特定機能病院等では初診が7,000円、再診が3,000円に変更されると同時に定額負担を求めなくても良い要件についても特に再診において要件が厳しくなります。いままで以上に紹介状を書いってもらうことのみを目的とする受診が増えるのではないかと懸念がもたれます。

私が診療をおこなっている会津地域においては一般の診療所が多いわけでもありませんので病院がかかりつけのようになっている患者さんが結構な数います。このような形での機能分化が正しいのかどうかかわからないのですが、制度として強化されてきているわけですのでこれに対しどう対応するかを真剣に考えなければならない状況になっていくと思われます。

5. リフィル処方箋の問題等

指導の際に「無診察診療と捉えかねられないので薬だけを出してはいけない」とされてきた問題です。これは投薬を受けるための頻回な受診を避ける、あるいは病院等において異常に長期の処方となされている状態を改善させるという目的で意味があることと思われますし前述の指導にもかかわらず実態として薬のみの受診が減っていないということに起因するとも思われます。日本医師会でも中川会長がリフィル処方の議論の前提として「不適切な長期処方を是正しなければならないと

一貫して主張してきた」と述べています。医療機関としては再診料その他の収入減になるわけですのでどの程度普及するかは分かりません。また電子カルテメーカーによっては医師のチェック欄が消されないまま処方箋が印刷される場所もあるようで患者さんが勝手にチェックをするのはどうするのか?という問題もあるようです。また状態の観察は調剤薬局の薬剤師に任されるわけですが、それで大丈夫かという議論もあるようです。リフィル処方箋を導入するかどうかは個々の医療機関の判断に任されるわけですが今後は診察なしに薬だけを出すことについて従前以上に指導でのチェックは厳しくなるものと思われます。

細かいことですが厚生労働省の実勢価格の分析はかなり細くなされており、特に薬剤についてはいろいろな分類が試みられています。ご記憶の通り昨年12月31日より新型コロナ関連の検査料が大幅に減額になりました(コロナ抗原キット600点→300点など)。厚生労働省側の説明では実勢価格を十分に調査した上中医協に計ったとのことでしたが、実際はキットを多く購入しておいたため逆ざやが生じてしまった医療機関が多数存在し、各県医師会より多くの抗議がなされ、各県医師会新型コロナ感染症担当理事協議会で厚生労働省に対して厳重に抗議がなされています。またムコスタ(レバミピド)の後発品との価格差がなくなりましたので一般名処方加算がなくなりました。処方数の多い薬剤ですので注意が必要です。医療費のプラス部分は薬剤費に減少分をまますることによって成立していますので、調剤薬局側との調整が必要な局面がでてくるかとおもわれます。薬局の後発品使用比率は90%以上が求められることになりかなりの負担が強いられています。

以上今回の診療報酬改定について少し考察

してみました。必要な項目は各々の医療機関により異なると思われますので、厚生労働省ホームページ等を参照いただきたいと思います。ただし診療報酬改定はその後のQ & A、及び追加の通知がかなり重要ですので、医師会からのメールにも注意を払っておいていただけるとよろしいと思います。

