

社会保険委員会答申

令和4年6月

茨城県医師会 社会保険委員会

令和4年6月

茨城県医師会長
鈴木 邦彦 殿

社会保険委員会
委員長 會澤 治

社会保険委員会答申

本委員会は、令和2年10月13日に開催された第1回委員会において、貴職から諮問のありました、「令和2年度診療報酬改定の評価、問題点とその対応 ―新型コロナ感染症流行をふまえて―」について、2回の委員会やメール等を活用し鋭意検討を行ってまいりました。

その結果を以下のとおり、とりまとめましたので答申いたします。

社会保険委員会委員

委員長	會澤 治	(あいざわクリニック)
副委員長 (常任理事)	大場 正二	(大場内科クリニック)
委員	小関 廣明	(小関外科胃腸科医院)
〃	山形 文子	(やまがた内科医院)
〃	三輪谷博史	(山手医院)
〃	本部 広輝	(遠藤医院)
〃	五十嵐俊夫	(いがらしクリニック)
〃	土肥 敏樹	(さくら台土肥クリニック)
〃	山口 典久	(やまぐち医院)
〃	金子 伸司	(城西病院)
〃	石田 良	(くぼたクリニック)
〃	小林 英昭	(小林医院)
〃	浦川 圭二	(勝田病院)
〃	小倉 正徳	(小倉医院)
〃	石塚 恒夫	(笠間市立病院)
〃	小野瀬好良	(小野瀬医院)
〃	鈴木 直文	(慈泉堂病院)
〃	高林 良文	(高林眼科クリニック)
〃	黄 恬瑩	(鹿嶋ハートクリニック)
〃	松崎 弘明	(常南医院)
〃	中島 宏	(佐倉クリニック)
〃	遠藤 勝英	(遠藤産婦人科医院)
〃	対馬 健祐	(きぬ医師会病院)
〃	村田 靖	(村田医院)
理事	新澤 岳	(研究学園クリニック)
常任理事	城之内宏至	(城之内医院)
〃	安部 秀三	(栗田病院)
副会長	塚田 篤郎	(県南病院)

(順不同、敬称略)

目 次

1. はじめに	1
2. 令和2年度診療報酬改定について	2
3. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い 等について	4
4. 令和4年度診療報酬改定について	9
5. 茨城県医師会の取り組み	13
6. おわりに	14

1. はじめに

茨城県医師会社会保険委員会では、全郡市医師会参加の下、診療報酬含めた、社会保険全般の問題について、様々な議論、提言を行っております。今回、茨城県医師会長の諮問を受け議論を行いましたので、報告させていただきます。

日本では、世界に類を見ない国民皆保険制度の下、全ての国民が平等で、安全安心な医療を受けられるようになっており、医師会、各医療機関においても、この皆保険制度を堅持しながら、国民に対する良質な医療を提供しております。

医療機関においては、収入のほとんどが公的に取り決められた診療報酬によって経営されており、この収入をもって、設備投資し、優秀な人材を確保しております。この設備投資と医療従事者の確保は、地域住民への高度かつ安全な医療を提供する上での基盤であります。よって、診療報酬の削減や、不適切な設定は、結局は医療の質を低下させ、地域医療を崩壊させ、国民の大きな不利益となります。診療報酬を考える上で、それが患者さんへの安易な利便性の向上のために、結果的に患者さんの大きな不利益となることを考慮しなければいけないと考えます。

今回の令和2年度、4年度の診療報酬改定においては、そのような観点からの議論が不十分で、国民皆保険制度にとって、誤った方向へ舵を切り、進み始めたと考えます。次回の改定においては、本当に国民のためになることは何かという、本質的な議論を望みます。

2. 令和2年度診療報酬改定について

令和2年度の診療報酬改定は、診療報酬本体引き上げ(+0.55%)薬価等引き下げ(薬価△0.99%、材料価格△0.02%)で全体としては引き下げとなった。本体部分0.55%のうち+0.08%は救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応である。診療報酬として公費126億円程度、地域医療介護総合確保基金として公費約143億円が財源措置された。

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

（社会保障審議会 医療保険部会・医療部会（令和元年12月10日））

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組
- ・ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

2 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

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
- ・ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
- ・ 重症化予防の取組の推進
- ・ 治療と仕事の両立に資する取組の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

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

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

【主な改定内容】

かかりつけ医機能の推進

「地域包括診療加算」の施設基準のうち、時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することが可能となるよう、算定要件の見直しが行われた。「かかりつけ医と他の医療機関との連携強化」に関しては、紹介先の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関への情報提供を行った場合の新たな評価として、「診療情報提供料(Ⅲ)」が創設されたことや有床診療所入院基本料の引き上げ、婦人科特定疾患治療管理料などが創設された。

医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進

「地域の救急医療が維持できるよう診療報酬及び地域医療介護総合確保基金で措置」「常勤配置、専従要件の緩和や業務分担、チーム医療の推進による勤務環境改善の取り組みの評価」などが行われた。

大病院の外来機能分化の推進

「紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担」並びに「紹介率等の低い病院に対する初診料等減算」の対象範囲を拡大する観点からの見直しが行われた。

医師の基礎的な技術の再評価

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、筋電図検査、血液採取（静脈）、気管内洗浄、胃洗浄、鼻処置、関節脱臼非観血的整復術などが引き上げられた。

小児医療、周産期医療、救急医療の充実

「救急医療管理加算」について、「今回、点数や対象が拡大し、また、重症度・医療、看護必要度（Ⅱ）としても評価することになった。

調剤

医療機関における外来患者に対する調剤料が見直され、内服薬、浸煎（しんせん）薬及び屯服（とんぷく）薬（1回の処方に係る調剤につき）では9点から11点に、外用薬（1回の処方に係る調剤につき）では6点から8点に引き上げられた他、処方箋料の一般名処方加算が1点引き上げられた。

評価・問題点

<評価できる点>

○紹介先から紹介元への情報提供を評価する診療情報提供料 III は、適切な評価と考えられる。情報共有による連携促進が期待される。

<問題点>

○コロナ禍において、外来受診患者さんの激減など、我々の想定を超えた変化が生じたが、その中で従来の保険点数の見直しなどが行われなかった点で国の対応に問題があると思われる。

3. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い等について

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」については、令和2年2月14日から令和4年3月31日までに69件の事務連絡が発出され、「令和2年度診療報酬改定に関するQ&A、疑義解釈資料」については、令和2年3月31日から令和4年3月31日までに101件の事務連絡が発出された。

【主な内容】

外来診療に係る診療報酬上の臨時的取扱い

■外来における対応(令和2年4月8日～)

新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療について、院内トリアージ実施料:300点/回を算定する。

■外来における小児診療等に係る評価(令和2年12月15日～)

6歳未満の乳幼児に対して、小児特有の感染予防策(※)を講じた上で外来診療を実施した場合、初再診、診療科にかかわらず患者ごとに100点を算定する。【令和3年10月からは50点(令和3年10月以降の措置は感染状況や地域医療の実態等を踏まえて柔軟に対応)】初診料、再診料、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料に加えて算定する。

※「小児の外来診療における新型コロナウイルス感染症2019(COVID-19)診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得る。

■「診療・検査医療機関」の診療時間に関する取扱い(令和2年10月30日～)

保険医療機関が「診療・検査医療機関」として、保険医療機関が表示する診療時間を超えて発熱患者等の診療を実施する等、保険医療機関における診療時間の変更を要する場合であっても、「診療・検査医療機関」として指定される以前より表示していた診療時間を、当該保険医療機関における診療時間とみなして差し支えない。

→「診療・検査医療機関」として指定される以前より表示していた診療時間を超えた場合は時間外とみなされ、診療応需体制にあっても時間外加算を算定できる。

「診療・検査医療機関」において、発熱患者等の診療を、休日または深夜に実施する場合に、当該保険医療機関を「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関または地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置付けられている保険医療機関とみなし、休日加算または深夜加算について、

各々の要件を満たせば算定できる。

→「診療・検査医療機関」は、休日加算・深夜加算が算定可能な医療機関とみなされる。

保険医療機関が「診療・検査医療機関」として、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間において発熱患者等の診療等を実施する場合、初診料の加算（注 7～9）、再診料の加算（注 5～7）、外来診療料の加算（注 8、9）については各々の要件を満たせば算定できる。

初診料の時間外加算等	再診料の時間外加算等	外来診療料の時間外加算等
注7 時間外：85点（200点） 休日：250点（365点） 深夜：480点（695点） 時間外特例：230点（345点） ※カッコ内は6歳未満の乳幼児	注5 時間外：65点（135点） 休日：190点（260点） 深夜：420点（590点） 時間外特例：180点（250点） ※カッコ内は6歳未満の乳幼児	注8 時間外：65点（135点） 休日：190点（260点） 深夜：420点（590点） 時間外特例：180点（250点） ※カッコ内は6歳未満の乳幼児
注8 小児科特例加算 夜間：200点 休日：365点 深夜：695点	注6 小児科特例加算 夜間：135点 休日：260点 深夜：590点	注9 小児科特例加算 夜間：135点 休日：260点 深夜：590点
注9 夜間・早朝等加算：50点	注7 夜間・早朝等加算：50点	

入院診療に係る診療報酬上の臨時的取り扱い

- 令和2年4月8日～ 入院を要する新型コロナウイルス感染症患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価し、救急医療管理加算（950点/日、特例的に、14日間まで算定可能）、二類感染症入院診療加算（250点/日）を算定できることとした。
- 令和2年4月18日～ 重症の新型コロナウイルス感染症患者（※1）について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟（※）に入院している場合の評価を2倍に引き上げた。

※救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

中等症の新型コロナウイルス感染症患者（※2）について、救急医療管理加算の2倍相当（1,900点）の加算を算定できることとした。

医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

※1 ECMO(対外式心肺補助)や人工呼吸器による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者

※2 酸素療法が必要な患者

- 令和2年5月26日～ 重症及び中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、専用病床の確保などを行った上で受け入れた場合、2倍に引き上げた評価(※)を更に3倍に引き上げた。また、中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとした。

※例 重症患者:特定集中治療室管理料3(平時)9,697点 → 臨時特例(2倍)19,394点 → 更なる見直し(3倍)29,091点

中等症患者:救急医療管理加算(平時)950点 → 臨時特例(2倍)1,900点 → 更なる見直し(3倍)2,850点

診療報酬上の重症の新型コロナウイルス感染症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を、中等症の新型コロナ患者の対象範囲について、入院管理が必要な患者をそれぞれ追加した。

新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間は、今般の感染症患者に対する特例的な取り扱いの対象となることを明確化した。

- 令和2年8月31日～ 緊急事態宣言の期間については、外出自粛要請等による患者の受療行動の変化等の理由により、定数超過入院や看護配置等の施設基準を満たすことができなくなる可能性を鑑み、全ての医療機関を「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」に該当するものとみなすこととした。
- 令和2年9月15日～ 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者の診療について、3倍相当の救急医療管理加算を更に5倍:4,750点に引き上げた。
- 令和2年12月15日～ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価(※)を3倍:750点に引き上げた。

※これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算(1倍)250点 → 今回の見直し(3倍)750点

- 令和 3 年 1 月 8 日～ 地域包括ケア病棟入院料等の特定入院料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置等により算定する入院基本料を判断の上、当該入院基本料を算定できることを明確化した。
- 令和 3 年 1 月 13 日 都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床は一般病床とみなし、病床確保料の対象とでき、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、一般病棟入院基本料のうち特別入院料を算定できる旨を明確化した。
※検査・治療に係る費用について出来高で算定可能、中等症患者に係る救急医療管理加算の特例算定(3倍)2,850点等が算定可能
- 令和 3 年 1 月 22 日～ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算(950点/日、最大90日間まで算定可能)を算定できることとした。

各医療機関における感染症対策に係る評価 (令和 3 年 4 月 1 日～)

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、全ての患者の診療に対して感染予防策に係る評価として、初診・再診について 1 回当たり 5 点を加算、入院については入院料によらず 1 日当たり 10 点を加算できることとした【令和 3 年 9 月末まで(令和 3 年 10 月以降の措置は感染状況や地域医療の実態等を踏まえて柔軟に対応)】。

- ※「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第 4 版」等を参考に、
 - ・すべての患者の診療において、状況に応じて必要な個人防護服を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施する
 - ・新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
 - ・病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う等の感染予防策を講じる。

評価・問題点

<評価できる点>

- 新型コロナウイルス感染症に対する外来・入院の加算評価は、コロナ診療に伴う減収を軽減する効果があり適切であった。新型コロナウイルス感染症患者さんの入院受け入れ病院や発熱外来など、それぞれの医療機関の可能な範囲での取り組みが評価されることは、大切なことと感じた。

○受診控えと慢性疾患の長期処方が増えたことにより減収となり、各補助金やワクチン接種などの収入に助けられている状況である。臨時的な取り扱いの継続を希望する。

<問題点>

○PCR 検査に対する保険点数が非常に低く、場合によってはインフルエンザ迅速検査よりも利益率が低くなった。また検査時の衛生材料の確保にも難渋することとなり、実質的にはほとんど利益にならなかったケースもある。特に検査に対する保険点数が引き下げられてから、この傾向はより一層顕著になった。

○PCR 検査の検査料が十分でないように思われる。検査報告には手間がかかり、人件費のことを考えると、今後は PCR 検査などを行う医療機関は増えていかないと思われる。今後も持続的に診療検査が行えるように、人件費部分も十分考慮した診療報酬を、臨時的な対応でなく、恒久的な対応を希望する。

○まる福の新型コロナウイルス陽性者を検査して治療する場合、公費が 3 種類となる。保険請求が煩雑となるため、検査と治療の公費を統一してほしい。

○令和 2 年度発熱外来診療体制確保支援補助金がまだ全額支払われていない医療機関が多数あるようだが、速やかな対応をお願いしたい。

4. 令和4年度診療報酬改定について

令和4年度の診療報酬改定は、診療報酬本体引き上げ(+0.43%)薬価等引き下げ(薬価△1.35%、材料価格△0.02%)で全体としては引き下げとなった。本体部分0.43%のうち看護の処遇改善のための特例的な対応として+0.20%、不妊治療の保険適用のための特例的な対応として+0.20%、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化△0.10%である。

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
 - ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
 - ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
 - ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
- 社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

<p>(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【重点課題】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ○医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 ○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ○外来医療の機能分化等 ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 ○質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○地域包括ケアシステムの推進のための取組 	<p>(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【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 ○医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応 ○アウトカムにも着目した評価の推進 ○重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価 ○口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ○薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤業務の評価
<p>(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【重点課題】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進 ○各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進 ○業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 ○地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救命医療体制等の確保 ○令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進 	<p>(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【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ○費用対効果評価制度の活用 ○市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 ○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ○外来医療の機能分化等（再掲） ○重症化予防の取組の推進 ○医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 ○効率性等に応じた薬局の評価の推進

【主な改定内容】

リフィル処方箋

今回の改定では「リフィル処方箋」が導入された。医師は症状が安定していると認められた患者さんに対して、薬剤師による服薬管理のもと、処方箋を最大3回まで反復利用できることとなる。

感染防止対策

病院では、感染防止対策加算の名称が感染対策向上加算に改められるとともに、要件も見直された。感染対策向上加算 1（710点/入院初日）、感染対策向上加算 2（175点/入院初日）感染対策向上加算 3（入院初日、90日毎）。

また、指導強化加算・連携強化加算として、感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算が新設された。

診療所では、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設された。外来感染対策向上加算(6点/患者1人につき月1回)、連携強化加算(3点/患者1人につき月1回)、サーベイランス強化加算(1点/患者1人につき月1回)。

外来の機能分化と地域連携

「外来機能分化と地域連携」については、紹介状なしの受診患者から定額負担を徴収する病院の範囲が見直される。対象病院は現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関」のうち一般病床200床以上の病院となる。

かかりつけ医機能

地域包括ケアにおいて、ゲートキーパーの役割を担う「かかりつけ医」については、「地域包括診療加算(再診料に25点/12点)」の対象疾患が慢性心不全と慢性腎臓病が追加されるとともに、新型コロナウイルスワクチンなど成人に対する予防接種が増えたことから、「予防接種の相談」が要件に加わった。「機能強化加算(初診料に80点)」の要件も見直され、「専門医療機関への紹介」「健康管理の相談」「保険・福祉サービスの相談」などが新たに加わるとともに在宅医療の実績も新たに盛り込まれた。

また、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画をさらに推進する観点から、継続診療加算を「在宅療養移行加算(216点/116点)」に名称変更している。従来の24時間の往診及び連絡体制について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に参加し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価が新設されている。

評価・問題点

<評価できる点>

- 従来の病院間の連携を評価した感染防止対策加算が、かかりつけ医も巻き込んだ感染対策向上加算に拡充された。新型コロナウイルス感染症との共存のためには、かかりつけ医も季節性インフルエンザと同じように診断・治療できるような体制が必要と考える。その取り組みを評価する加算は適切なものとする。
- リフィル処方箋は安定している患者さんの受診回数を減らすことが可能であり、コロナ禍においては有用と考える。

<問題点>

- リフィル処方箋は薬剤師と連携がまだ不十分である。そもそも安定した患者さんは逆紹介の対象であり、大病院における利用は制限されるべきである。
- 医師会で話題ならず、リフィル処方箋の運用が決定されたことは驚きである。新しい政策が行われるときには、事前に医師会で十分に討議して、その政策に対する意見を表明する機会が持てるようにすべきである。医師会としての十分な議論ができる体制が必要であると考えられる。
- リフィル処方箋が導入された経緯が不透明で十分な審議を経していないと感じる。医師が可能と判断すれば90日処方箋をすれば良いのであって、リフィル処方箋は薬局に調剤料が余分に入るだけとも感じる。オンライン診療で処方箋を出せば良いのではとも思う。
- 外来感染対策向上加算の施設基準については、届け出に実績を要しないとあるが、感染対策向上加算1の届け出をした医療機関及び医師会とカンファレンスや訓練などを実施するためのある程度の準備期間を設けるべきである。
- 感染対策向上加算1をとる医療機関の負担が大きくなるのが心配であり、その役割を担える医療機関がない医師会もある。今後の状況がわからないために届け出をしない医療機関もある。
- 外来感染対策向上加算など感染症対策に力を入れていることは分かるが、カンファレンスの開催や「新興感染症の発生を想定した訓練」などの諸条件は、地域によって整備されていないところも多く、実質的には算定が極めて困難と思われる。
- 新興感染症が実際発生した際には個々の医療機関が診療に対応することが条件となっており、現在の国の医療体制では十分なバックアップが見込めないと判断せざるを得ない。
- 外来感染対策向上加算の施設基準の項目が多く、算定しづらい。新型コロナウイルスに対応している診療所はすべてが算定できるようにしてほしい。

- オンライン診療に特化した医療機関が夜間の時間帯をカバーするなどの手段を講じて日本全国から患者さんを集めるなどということが可能にしまうのか危惧する。対面診療をどう担保するのか、また、オンライン診療を一定の地域内に限定することが必要と考える。
- 不妊治療が保険診療の適応となったが、今後の診療報酬改定でどんどん下げられてしまうことが心配である。結果的に実績ある不妊専門クリニックは自費診療を継続、一方で助成金の制度がなくなるため、患者さんの負担が増すことも心配される。

5. 茨城県医師会の取り組み

社会保険委員会の開催

令和2年10月13日(火) 午後7時

- (1) 会長諮問について
- (2) 令和元年度事業報告について
- (3) 令和2年度保険指導について
- (4) 関東甲信越医師会連合会 医療保険部会(R2.10.4)報告について
- (5) その他

令和4年3月17日(木) 午後6時30分

- (1) 関東甲信越医師会連合会 医療保険部会(R3.7.17)報告について
- (2) 会長諮問について
- (3) 令和4年度診療報酬改定について
- (4) その他

令和4年6月9日(木) 午後6時30分

- (1) 会長諮問について
- (2) 令和4年度保険指導について
- (3) 外来感染対策向上加算の新設について
- (4) その他

保険に関する情報伝達

会報「社会保険の頁」、ホームページ(会員専用ページ)等を活用し周知した。

新型コロナウイルス感染症の経営への影響調査

日本医師会が実施した「新型コロナウイルス感染症の経営への影響調査」に協力した。

6. おわりに

令和2年度診療報酬改定では、かかりつけ医機能の推進として「地域包括診療加算」の施設基準のうち、複数の医療機関による連携により対応することが可能となるような算定要件の見直しが行われた。紹介先の医療機関から紹介元の医療機関への情報提供を行った評価として「診療情報提供料Ⅲ」の創設がなされた。また、有床診療所入院基本料の引き上げや婦人科特定疾患治療管理料などが創設され、かかりつけ医機能の推進がされた。

令和2年度の診療報酬改定は診療報酬本体引き上げ(+0.55%)、薬価等引き下げで全体としては引き下げであった。

令和4年度診療報酬改定率は+0.43%となった。しかしその中身は救急病院(8,200医療機関のうち2,800医療機関)等の看護職員等の処遇改善のための財源として+0.20%、不妊治療の保険適応のための財源として+0.20%である。このように使途が明確なものを除くと+0.03%である。この看護職員等の処遇改善の対象は地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に限定されており、具体的には救急医療管理加算を算定する救急搬送件数年200台以上の医療機関と三次救急を担う医療機関であり、かなり限定されている。それ以外にリフィル処方箋の導入による医療費低減効果で-0.10%、小児の感染防止対策の医科分の加算措置の廃止で-0.10%であり、はっきり言えば今回の改定は一般の医療機関にとってはマイナス改定となっている。

令和4年の改定は全ての診療科のうちで新型コロナウイルスに関わっていない医療機関にとってはかなり厳しい改定であった。そんな中、我々は新型コロナウイルスに対して出来るだけ積極的に治療に取り組んで行く必要がある。それが社会のニーズに応えることになり、自分の医療機関の発展に繋がることであると思う。