2020年度診療報酬改定を読み 解く

医師の働き方改革や医療提供体制改革、オンライン診療を中心に

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳 (03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1----はじめに~2020 年度診療報酬改定を読み解く~

医療サービスの公定価格である診療報酬が2020年4月に改定された。診療報酬は概ね2年に一度、 改定されており、今回も例年と同様、改定率を巡って政府と与党、関係団体による攻防が年末に繰り 広げられた。さらに個別テーマに関して、中央社会保険医療協議会(中医協、厚生労働相の諮問機関) を中心に議論が展開され、医師の働き方改革や医療提供体制改革、オンライン診療などについて、関 係団体による細かい利害調整が積み重ねられた。

本レポートでは、改定率を巡る攻防を概観した後、4 月改定の新たなルールのうち、①医師の働き 方改革、②医療提供体制改革、③オンライン診療の規制緩和――について改正内容を考察し、その背 景や今後の論点、影響を考察するとともに、国民にとって分かりやすい議論の必要性を指摘する。中 でも、オンライン診療に関しては、新型コロナウイルスの拡大防止策の一環で、対象を対面で診察し た患者に限定する「初診対面原則」の撤廃が時限的に決まっており、こうした点も視野に入れつつ、 論点や方向性を論じる。

ただし、ここでの考察の多くは年明け時点までの議論を前提としており、最近の新型コロナウイル ス問題を必ずしも考慮できていない点は念頭に置いて頂きたい。

2--新型コロナで様変わりした様子

「激震!診療報酬改定を乗り切る病院経営」「病床ダウンサイジング時代を生き残る改定への対応」 ――。例年、診療報酬が切り替わる 3~4 月になると、専門誌やインターネットなどでは、コンサルタ ントなどによる医療機関向けセミナー広告を目にする機会が増える。厚生労働省も医療機関の関係者 に対する説明会を開催し、加算取得の方法や要件などに関する細かい質問に対して回答する「疑義解 釈」を公表するなど、医療界は2年に1回の「お祭り」といった様相を呈する。筆者自身も改定に関 する民間団体の勉強会に参加し、厚生労働省の当局者による説明を聞くようにしてきた。

しかし、今年は新型コロナウイルス拡大の影響で様変わりした。民間団体によるセミナーや勉強会 が軒並み中止となり、イベントの広告はほとんど見なくなったし、何よりも医療機関は未知のウイル スに対応を迫られており、「改定どころではない」といった状態であろう。この段階で昨年末や年初の 話題を振り返っても、どこか現実離れした感覚になるかもしれない。

実際、4月に入った後、新型コロナウイルスの感染防止策に関して、「特例的な対応」が相次いで決定された。具体的には、多数の患者が出た時に緊急度に従って優先順を付ける「院内トリアージ」を外来に適用したほか、新型コロナウイルスに感染した重症患者を受け入れる ICU (集中治療室) などに関する診療報酬を倍増した。さらに、オンライン診療の規制緩和も大きな争点になり、4月7日にまとまった緊急経済対策では従来の「初診対面原則」が時限的に撤廃されることになり、3月までの議論の前提が覆った。

しかし、その他の部分に関して、新たな報酬制度は4月1日からスタートしており、議論の経過や 改定の内容を考察すること自体、意味がないとは思えない。以下、2~3月頃までの「平時モード」を 前提とした議論であることを念頭に置き、読み進めて頂きたい。

3---診療報酬改定率を巡る攻防

まず、年末に決着した改定率を巡る攻防を振り返る。診療報酬の改定率を巡る議論は通常、厚生労働省と自民党、日本医師会が引き上げを迫り、財務省が引き下げを主張する展開が続き、最後は政治的な状況を踏まえて改定率の幅が決まる。過去数年のパターンでは薬価や材料費を市場実勢に合わせて引き下げる一方、医療機関向けの診療報酬は引き上げる展開が続いた。

今回の改定では、財務省が財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で、「医療費の伸びを高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには2年間で▲2%半ば以上のマイナス改定が必要」と主張¹。経済財政諮問会議(議長:安倍晋三首相)でも民間議員から「働き方改革は大事だが、診療報酬での対応は慎重にすべきだ」といった意見が示された²。

診療報酬を 1%削減した場合、国民医療費全体では約▲4,600 億円の削減に繋がり、国の公費(税金)が▲1,200 億円、自治体の公費(税金)が▲600 億円、保険料(会社負担を含む)が▲2,300 億円、患者負担などが▲600 億円を軽減できると見込んでおり、社会保障費の抑制に向けて診療報酬をマイナス改定することが必要と訴えた。

これに対し、加藤勝信厚生労働相は「損益率が引き続きマイナスになっているなどの医療機関の経営状況、薬価の乖離率などを踏まえつつ、医師などの働き方改革への対応を含めた質の高い効率的・効果的な医療提供体制の整備に向けて、改定を行っていく必要がある」と主張³。日本医師会は全産業に比べて医療従事者の賃金は伸び悩んでいる点を指摘した上で、「本体の引き下げは『給与費を下げなさい』ということ。約200万人の医療関係の仕事をしている人だけを置いてきぼりにするのか」との見解を表明した⁴。

最終的に、医療機関向け診療報酬(本体)は2年前と同じ+0.55%、薬価は▲0.99%、材料価格は ▲0.02%という結果となり、本体のプラス改定率は7回連続となった。本体の改定率(+0.55%)の うち、+0.08%については2019年10月からの消費増税に伴う増収分が充当され、「特例的な対応」と

^{4 2019} 年 11 月 1 日の緊急記者会見における横倉義武日本医師会長の発言。2019 年 11 月 1 日『m3. com』配信記事。



^{1 2019}年11月1日財政制度等審議会財政制度分科会資料。

² 2019 年 12 月 5 日経済財政諮問会議議事要旨における中西宏明議員(日立製作所取締役会長兼執行役)の発言。発言については、大意が変わらない範囲で、補足・修正している。以下、同じ。肩書は全て当時で統一。

³ 同上における加藤勝信厚生労働相の発言。

して医師の働き方改革に回されることになったっ。

併せて、医療提供体制改革の推進に使われる補助金である「地域医療介護総合確保基金」に 143 億 円を上乗せするとともに、医師の働き方改革を同基金の使途に追加した。

4---診療報酬改定の重点項目

中医協を舞台とした個別項目の改定では表1の通り、「改定の基本的視点と具体的方向性」として、

- (1) 医療従事者の負担軽減、医師などの働き方改革の推進、(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、(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、
 - (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――の4点が重視された。

ただ、細かい要件の見直しも含めて、個別改定項目を説明する資料は482ページに及び、これらの 内容を全て見ることは不可能である。このため。以下は①焦点となった働き方改革、②医療提供体制 改革、③オンライン診療の規制緩和――という3つの分野について、詳細を見ることにする。

表1:2020年度診療報酬改定の基本方針

(1) 医療従事者の負担軽減、医師などの働き方改革の 推進

【具体的方向性の例】

- 医師など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 療体制などの評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

(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、重症化予防の取 組、治療と仕事の両立に資する取組などの推進
- 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
- 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

(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

(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など
- 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
- 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
- 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

出典:厚生労働省資料を基に作成

5----焦点となった医師の働き方改革

1 | 救急医療体制支援など改定の内容

最大の焦点となったのは医師の働き方改革であり、これは表1で掲げた4つの整理に従うと、主に (1) に該当する。厚生労働省は2024年4月から時間外労働規制を柱とした医師の働き方改革に取り 組もうとしており、「どうやって現場の勤務環境改善などを診療報酬で下支えするか」という点が論点 となった。

改定の目玉とされたのは「地域医療体制確保加算」(520点、1点は10円)である。この加算は過酷 な勤務環境となっている地域の救急医療体制を支えるため、適切な労務管理などを実施できる医療機

⁵ 従来の診療報酬改定では、本体と薬価をトータルした「ネット」での改定率が示されていたが、今回は消費増税の財源が加 味されたことで、ネットの改定率は示されていない。

関を評価するのが目的。要件として、▽救急用の自動車または救急医療用へリコプターによる搬送件数が年 2,000 件以上、▽病院勤務医の勤務時間、夜勤状況の把握、▽病院勤務医の負担軽減や処遇改善に関する計画の作成と定期的な見直し、▽病院勤務医の勤務状況の把握や改善の必要性などについて助言する責任者の配置——などが定められた。

この加算が医療機関の経営に及ぼす影響について、「400 床の急性期病院で施設基準を満たしていれば、概算で 5,000 万円近くの増収になる。このインパクトは大きい」との指摘が出ている⁶。

なお、厚生労働省の説明資料を見ると、消費税増税分を活用する「特例的な対応」として新設されたとされており、+0.55%分のプラス改定財源のうち、+0.08%分が充てられたと整理されている。

このほか、働き方改革に関して、▽救急医療を担っている医療機関に対する「救急搬送看護体制加算」の拡充、▽病棟に薬剤師を配置している医療機関に対する「病棟薬剤業務実施加算」の充実、▽夜間看護体制の見直しに取り組む医療機関の支援、▽入退院支援に関する看護師の配置要件見直し、▽医師事務作業補助者を配置する医療機関に対する評価の充実――といった制度改正を盛り込んでおり、働き方改革に繋がる勤務環境改善や人員配置に力点が置かれた形だ。

2 地域医療介護総合確保基金での対応

さらに働き方改革の一環で、医療提供体制改革に使える補助金である地域医療介護総合確保基金が143億円(国費95億3,300万円)増額された。同基金は医療提供体制改革に取り組む医療機関を支援する補助金として、2014年度に創設(介護分は2015年度)され、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「居宅等における医療の提供に関する事業」「医療従事者の確保に関する事業」という従来の使途区分に加えて、「勤務医の働き方改革の推進に関する事業」という区分が新設された。

この結果、地域医療介護総合介護基金(医療分)の規模は地方負担分を含めて、1,193 億 6,600 万円になり、働き方改革に向けた人員配置などに取り組む医療機関に交付される。

3 |規制と財政支援の双方で進める方向性が明確に?

医師の働き方改革については、後述する地域医療構想、医師偏在是正7と並ぶ「三位一体」に位置付けられており、医療現場に与える影響は大きいと目されている。例えば、医師の長時間勤務が制限されれば、医師の超過勤務で病床を維持していた病院の機能、特に急性期病床を継続できなくなる可能性がある。実際、労働基準監督署が医療機関に立入調査するケースが増えており、長時間労働の常態化などが問題視され、診療体制の見直しを迫られたケースもあるという8。さらに長時間勤務や連続勤務の制限を通じて、副業や兼業で収入を得ていた勤務医が影響を受ける可能性も指摘されている9。

このため、今後は現場への影響を加味しつつ、超過勤務時間の上限規制が始まる 2024 年 4 月に向けて慎重な議論が展開されると見られ、こうした中で診療報酬についても、「今後の改定でも手を打って



^{6 2020} 年 3 月 26 日『日経メディカル』全日本病院協会の猪口雄二会長へのインタビュー。

⁷ 医師偏在是正については、2020 年 2~3 月の<u>「医師偏在是正に向けた 2 つの計画はどこまで有効か」</u> (2 回シリーズ、リンク 先は第 1 回)を参照。

⁸ 福井次矢 (2017) 「労働基準監督署への対応」『病院』Vol. 76 No. 10。

^{9 2019}年12月9日『m3.com』配信記事。

行く」との声が出ている¹⁰。医師の働き方改革による影響のインパクトは予想し切れないが、今回の 改定を契機に、労働時間の規制だけでなく、報酬と基金による財政支援で改革を進めていく方向性が 明確になったと言えそうだ。

6---医療提供体制改革(1) ~急性期病床の見直し~

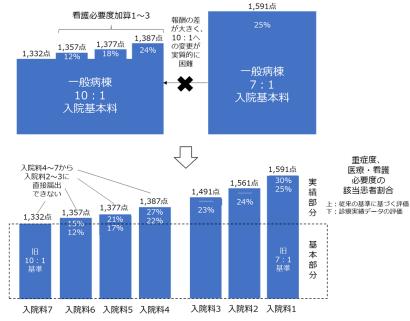
1 公益裁定となった改定内容と争点

医療提供体制改革は表1で言うと、(2)(3)にまたがるテーマであり、「急性期病床の見直し」「か かりつけ機能など外来医療の見直し」に大別される。まず、中医協で対立が先鋭化した急性期病床の 見直しから見て行こう。

急性期病床に関しては、2006 年度診療報酬改定で「7:1 基準」(患者 7 人に対して看護師 1 人を配 置する基準)を満たす病床に対して、診療報酬を手厚く分配したところ、厚生労働省の想定以上に、7: 1 基準を取得する医療機関が増え、医療費を押し上げた。

そこで、急性期病床の削減を意 識しつつ、後述する「地域医療構 想」が制度化されたほか、2年に1 回の診療報酬改定では、7:1 基準 の取得要件を少しずつ厳格化する ことで、医療機関が7:1基準を取 得しにくいようにしている。例え ば、2018年度改定では図1の通り、 10:1 基準 (患者 10 人に対して看 護師1人を配置する病床)に比べ ると、7:1 基準との間で診療報酬 単価の差が大きいため、図1の通 りに、両者の間で急性期一般入院 料2~6(以下、急性期一般を省略 して「入院科」と表記)という計

図1:2018年度改定における旧7:1基準と旧10:1基準の見直し



出典:厚生労働省資料を基に作成 注:点数は2018年度時点の数字。

5 つの経過的な病床区分 を設定した11。つまり、 階段の段差が大きいと、 大幅な経営方針の転換が 必要になるため、7:1基 準を下りられるように、 階段を設けたわけだ。

表2:2020年度診療報酬改定における急性期病床の基準見直し

現行	必要度 I	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	—	24%
急性期一般入院料3	—	23%
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%



2020年度改定後	必要度 I	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%	26%
急性期一般入院料3	25%	23%
急性期一般入院料4	22%	20%
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%

出典:厚生労働省資料を基に作成 注:経過措置などは省略した。

^{10 2020}年3月30日『週刊社会保障』における中医協会長の田辺国昭東京大学大学院法学政治学研究科教授に対するインタ

^{11 2018} 年度診療報酬改定に関しては、拙稿 2018 年 5 月 1 日「2018 年度診療報酬改定を読み解く(上)」を参照。

しかも、入院科4~7から入院料2~3に切り替えることは認められておらず、高い診療報酬を得た い場合、急性期1にダイレクトに行くしかない。このため、階段を上るよりも下りる方が要件を緩く している点で言えば、「下り専用」の階段であり、厚生労働省が旧7:1基準の圧縮を如何に重視して いるか良く分かる制度設計である。

今回の2020年度改定は2018年度改定の延長で実施され、その主な内容は表2の通りである。以前 の7:1基準に相当する「入院料1」に加えて、2018年度改定で創設された「階段」に当たる「入院料 2」「入院料 3」について、取得要件とする重症患者数の割合(一般病棟に入院する重症度、医療・看 護必要度を満たす割合)の基準を厳格化した。

もう少し細かく見ると、要件は従来基準の「重症度、医療・看護必要度 I」に加えて、診療データ で把握する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の2種類があり、加算を取得しようとすると、いずれか を満たすことが求められる。この割合をそれぞれ引き上げることで、以前の7:1基準を含めて、一般 入院料1~3の取得要件を厳しくした。一方、入院料4~6については、患者数の基準を緩和した。

一見すると、この改定は細かい数字の調整に映るが、中医協では健康保険組合連合会など支払側と 日本医師会など診療側が対立。2018年度改定に続き、有識者で構成する公益委員の裁定で決着した12。 言い換えると、関係団体の関心が強い分野であり、こうした改定内容を理解する上では、地域医療構 想との関係性を踏まえる必要がある。以下、地域医療構想の内容を「復習」するとともに、改定の意 図や対立の背景を考察する。

2 地域医療構想との関係で見る改定内容

地域医療構想とは、人口的にボリュームが大き い「団塊世代」が 75 歳以上となる 2025 年を意識 し、病床削減や在宅医療の普及などを進める政策 13。各都道府県は2017年3月までに地域医療構想 を策定し、2025年の病床推計と現状とのギャップ を明らかにした。全ての都道府県の数字を集計し たのが表3であり、高度急性期と急性期を足すと 約24万床が余剰となる見通しとなっている。

しかし、日本の医療提供体制は民間であり、国 や都道府県がダイレクトに病床削減などを命じる

表3:地域医療構想に盛り込まれた病床数

	現状 (A)	2025年 必要病床 (B)	A – B
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典:各都道府県の地域医療構想を基に筆者が集計・作成

注1:▲は不足を意味する。

注2:「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字であり、2014年度と

2015年度の双方が含まれる。

注3:秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、数字に含 んでいない

注4:一部の県が少数点で必要病床数を算出したため、合計は一致しない。

ことができない。そこで、地域医療構想に盛り込まれた数字を一つの参考としつつ、都道府県が民間 医療機関と合意形成を図ることが重視されている。

ここで、問題になるのが地域医療構想と診療報酬の関係である。先に触れた経過措置を設けた2018

¹² ここでは詳細を省くが、支払側が入院料1の該当患者割合を30%から35%に引き上げることを要求したのに対し、診療側 は「常軌を逸している」などと反論し、対立が先鋭化した。

¹³ 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017 年 11~12 月の<u>「地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く」</u>(全 4 回、リンク先は第1回)、2019年5~6月の拙稿「策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える」(全2回、リンク先は 第1回)、2019年10月31日「公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか」、2019年11月1日「『調整会議の活性 化』とは、どのような状態を目指すのか」。

年度診療報酬改定に際して、厚生労働省幹部は「(注:地域医療構想が描く) 医療提供体制に対し、診 療報酬がどう支援するのか、どう寄り添うのか今後議論してもらう課題」14、「報酬算定のいろいろな 選択肢を提供し、より変化しやすくする、あるいは変化を後押しする。それが『寄り添う』『支える』 の意味。(略)診療報酬が『引っ張り回す』『実態がないところに、経済的な動機付けで誘導する』こ とを主たる政策手段にした場合、いい結果に結び付かないと考えています」15と説明していた。

つまり、地域医療構想の数字を実現するため、診療報酬の単価や基準を大幅に動かすのではなく、 医療機関が旧7:1基準から自然と離脱するように選択肢を広げたという説明であり、こうした考え方 は2020年度改定でも継続される中、旧7:1基準の取得要件が少し厳格になったと言える。

3 地域医療構想との不明確な関係が対立の遠因

では、こうした中で、診療側と支払側がなぜ対立したのか。その遠因としては、地域医療構想と診 療報酬改定の関係性が不明確な点を指摘できる。過去、日本の医療制度改革は診療報酬に多くを頼っ て来た経緯があり、2 年に一度の診療報酬改定が「お祭り」モードになることに代表される通り、医 療機関の行動や判断に対するインパクトは非常に大きい。

このため、診療報酬の活用を通じて、表3で示した地域医療構想の数字を実現するよう求める意見 が政府内で出ている。例えば、地域医療構想を病床削減と医療費適正化のツールと見なしている経済 財政諮問会議では「地域医療構想に沿った病床再編等に向けて、加減算双方向での診療報酬の大胆な 見直しによる病床機能の転換を進めるべき」といった意見が示されている16。つまり、診療報酬の改 定を通じて、病床削減を推し進め、結果的に表3の数字を実現することで、医療費を抑制しようとい う考え方であり、支払側の意見も同じ認識に立っていると言える。

だが、急激な病床削減を目指す動きに対して、これまで日本医師会は反対してきたし、そもそもの 問題として、日本医師会は地域医療構想を「病床削減のための政策」と認識していない¹⁷。このため、 「診療報酬を通じて地域医療構想の数字に近付けるべき」と考える支払側と、これに反対する診療側 の意見対立が中医協で鮮明化しやすくなっていると言える。

しかも、地域医療構想の推進に当たる都道府県の対応が遅れていると判断された場合、診療報酬で の実現を迫る意見が大きくなる可能性がある。実際、財務省は急性期病床の適正化について、「(筆者 注:2018年度改定が)全体としてどの程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削 減につながっているかについて進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において 実施すべきである」と主張した経緯もある18。

こうした状況を踏まえると、2018年度、2020年度の2回連続で公益裁定となった対立は今後も繰り 返される可能性が高く、地域医療構想と診療報酬の役割分担が問い直される展開も予想される。何よ りも今回の新型コロナウイルスの拡大を受けて、病床削減の要素を持った地域医療構想が何らかの形



^{14 2017} 年 1 月 25 日中医協総会議事録における厚生労働省保険局医療課長の迫井正深氏による発言。

^{15 2018} 年 3 月 12 日 『m3. com』配信記事における迫井氏のインタビュー。

^{16 2019}年5月31日経済財政諮問会議有識者議員提出資料。

¹⁷ 例えば、日本医師会の中川俊男副会長は「(筆者注:地域医療構想から) 医療費削減の仕組みを徹底的に削除したつもりだ」 と述べている。2019年4月29日『m3.com』配信記事。

^{18 2019} 年 6 月 19 日財政制度等審議会建議「令和時代の財政の在り方に関する建議」。

で軌道修正を余儀なくされる可能性も想定しなければならないだろう。

7----医療提供体制改革(2)~かかりつけ機能など外来医療の見直し~

1 | 紹介状なしの上乗せ定額負担の対象拡大

次に、外来医療の見直しとして、いくつかの制度改正が実施された。ここでは、①紹介状なしで訪 ねた際、5,000 円の上乗せ負担を求める医療機関の対処拡大、②かかりつけ医機能の強化——を中心 的に取り上げつつ、その狙いと論点、今後の可能性を考察する。

まず、①の紹介状なし上乗せ負担の対象拡大である。これは全世代型社会保障検討会議(議長:安倍 晋三首相) が昨年末に取りまとめた中間報告で決まった案件であり、最初は 2016 年度診療報酬改定に 遡る。日本の医療機関は本来、高度な手術などに対応する大学病院も外来を実施するなど、医療機関 の役割分担が明らかになっていないため、図2の通り、紹介状なしに大病院に行った場合、5,000円 を上乗せする措置が2016年度から導入された。

この措置は当初、「特定機能病院19及び 500 床以上の地域医療支援病院20」でスタートした後、2018 年度改定で「特定機能病院及び400床以上の地域医療支援病院」に対象が拡大したが、全世代型社会

保障検討会議は昨年末に取りまとめ た中間報告で、機能分化の実効性を 高める観点に立ち、対象を200床以 上に拡大するよう提言。この方針は 2020 年度診療報酬改定でも継承さ れ、全ての特定機能病院と地域医療

中小病院、 受診 紹介状 診療所 患者 大病院 紹介状なし、5,000円を追加負担

図2:紹介状なしに大病院に行った場合の追加負担のイメージ

出典:厚生労働省資料を基に作成 注1: 救急は対象外。 注2: 紹介状がない場合、歯科の追加負担は3,000円。

注3: 再診は2,500円(歯科は1,500円)。

支援病院(200 床未満を除く)に対象が拡大した。

2 | かかりつけ医機能の強化と狙い

これと同じ趣旨の制度改正として、「かかりつけ医」機能の強化が図られた。かかりつけ医の定義は 必ずしも明確になっていないが、日本医師会などの報告書²¹は「なんでも相談できる上、最新の医療 情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、 福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている。

2020年度診療報酬改定では、かかりつけ医が継続的に患者を診たり、診療所と他の医療機関の連携 を強化したりすることが意識されており、▽気軽に健康相談などを受け付ける「主治医機能」を評価

¹⁹ 高度医療の提供、技術開発、研修を実施する能力などを備えた病院。1993年の医療法改正で創設された。

²⁰ 中小病院や診療所からの紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを通じて、地域医療の確保を図る病院。1997 年の医療法改正で創設された。原則として200床以上が要件。

²¹ 日本医師会・四団体協議会 (2013)「医療提供体制のあり方」報告書。報告書では、かかりつけ医が果たす4つの機能とし て、①日常行う診療においては患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指 導を行えない場合、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する、②自己の診療時間外も患者にとって最善の医療 が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制 を構築する、③日常行う診療のほか、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、 産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉 関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する、④患者や家族に対 して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う――を挙げている。

する「地域包括診療加算」の要件緩和、▽かかりつけ医が継続的に診察している患者について、他の 医療機関からの求めに応じて情報を提供した場合、情報提供を報酬で評価する加算の創設――などの 改定が実施された。このほか、在宅ケアの充実に向けて、在宅医療や訪問看護、認知症ケアなどに関 して加算要件の見直しなどが図られた。

3 |機能分化を果たす上で重要な「代理人」の存在

こうした制度改正の目的は医療機関の機能分化にある。そもそもの整理として、一般的に医療のニ ーズは身近なけがや病気に対応する1次医療(プライマリ・ケア)、一般的な入院である2次医療、専 門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類され、1次医療の部分で7~8割程度の医療需要に 対応できることが示されている22。そこで、1 次医療、2 次医療、3 次医療の役割分担を構造的にすれ ば費用が最適化し、国民も症状に応じて適切な医療が受けられる。

そこで、厚生労働省は国民に対し、「上手な医療のかかり方」を推奨しているが、医療制度では患者 一医師の情報格差が大きく、患者が「自分の症状がどの医療機能に対応するのか」を適切に判断でき ない。このため、患者の意思決定を支援する「代理人」を作る必要がある23。

つまり、患者にとって、「何でも相談できる医師あるいは専門職」の存在が重要となる。例えば、海 外の医療制度改革では幅広い健康問題に解決するプライマリ・ケアが重視されており、イギリスでは 家庭医(GP、General Practitioner)と呼ばれるプライマリ・ケアの専門医が多職種と連携しつつ、 患者との間で信頼関係を構築し、単に病気だけを治すのではなく、生活全般を継続的に支えているこ とで、代理人としての機能を果たしている24。

さらに、患者は複数の GP が勤める診療所を自由に選べるが、診療所への登録を義務付けられており、 GP の紹介を受けないと、原則としてダイレクトに大病院に行けない。言わば GP が「門番」のような 役目を果たしているため、一般的に「ゲートキーパー機能」と呼ばれる。

4 | 似たような言葉が林立している問題点

それと比べると、日本の制度改正論議は国民にとって分かりにくいと言わざるを得ない。先に触れ た「いきなり大病院に行くことを制限する定額負担上乗せ」「患者の相談を受け付けたり、他の医療機 関と連携したりする、かかりつけ医機能の充実」という2つの制度改正は医療機関の機能分化で必要 なことかもしれないが、5,000円の上乗せ定額負担は有効に機能しているとは言えない。

例えば、厚生労働省の調査では、2018年度から定額の上乗せ負担を取るようになった病院にかかっ た患者または家族に対し、「大病院受診時定額負担の認知度」を聞いており、初診患者の計 66.1%、

²² 例えば、1961 年に公表されたイギリスの研究では 1,000 人のうち、750 人が 1 カ月間で何らかの病気やケガを訴え、250 人が医師のカウンセリングを受けたが、高度な医療機関に紹介された患者は5人に過ぎなかった。2000年代の日本でも同様 の研究が示されている。White K L et.al (1961) "The Ecology of Medical Care "The New England Journal of Medicine, 265, pp885-892. Tsuguya Fukui et al. (2005) "The Ecology of Medical Care in Japan" Japan Medical Association Journal Vol. 48 No. 4, pp163-167.

²³ 上手な医療のかかり方の問題点に関しては、拙稿 2019 年 2 月 5 日<u>「『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か」</u>を参照。 ²⁴ イギリスの GP に関しては Graham Easton(2016)"The Appointment" [葛西龍樹・栗木さつき訳(2017)『医者は患者をこ う診ている』河出書房新社]、澤憲明(2012)「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No. 2489・2491・2494・ 2497・2500・2513 などに詳しい。

再診患者の計 74.2%が「仕組みがあることも、仕組みが設けられている理由も知っていた」「仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった」と答えていた²⁵。つまり、上乗せ定額負担の存在を知っているのに、大病院志向は解消していない。むしろ、「5,000円は大病院にダイレクトに行った時の罰金」「5,000円を払えば大病院に行ける」といったメッセージで受け止められている可能性さえ想定される。

さらに、身近な医療ニーズに対応する医師の機能や役割についても曖昧であり、似たような言葉が林立している。実際、本レポートでも「主治医」「かかりつけ医」という言葉を整理せずに使っているほか、イギリスのGPのようにプライマリ・ケア能力を有する「総合診療医」という別の言葉もあり、国民にとっては理解しにくい状況となっている。

筆者の理解では「主治医機能」とは、2014 年度診療報酬改定で創設された「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の要件である日常的な疾患に対応できる役割であり、2016 年度診療報酬改定を通じて、図3のように日常診療から在宅療養まで機能を拡大する形で、かかりつけ医機能に拡充された。さらに総合診療医とは専門医研修を受けたプライマリ・ケアの「能力」を持った医師を指し、「機能」にとどまる主治医、かかりつけ医と異なる。

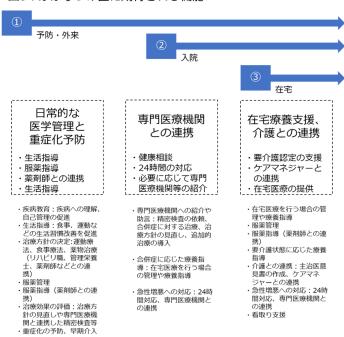
しかし、図3のような機能を含めて、かかりつけ医や主治医で期待されている機能とプライマリ・ケアで期待される診療はほぼ同一であり、外見上は分かりにくい。増してや、日本医師会が「かかりつけ医機能研修制度」を実施している中では、

かかりつけ医についても一定の能力を期待する流れになっており、プライマリ・ケアに関する「能力」を持つ総合診療医と何がどう違うのか明確に説明されていない。

以上のように似た言葉が林立している背景には、プライマリ・ケアを巡る過去の「行き違い」がある。厚生省(現厚生労働省)は1980年後半、イギリスのGPのような能力を持つ「家庭医」を制度化しようと考えたが、日本医師会は「国家統制に繋がる」などと反発。現行制度の延長線で、全人的なケアを提供する医師として、かかりつけ医という言葉が1990年代以降、使われてきた。

その後、高齢化などの進展を受けて、生活を支える医療が求められるようになり、2014年度に創設された「地域包括診療料」「地域包

図3:かかりつけ医に期待される機能



出典:厚生労働省資料を基に作成注:主に糖尿病患者に対するケース示された資料。

括診療加算」など新しい加算・要件を診療報酬改定の度に設けるなど、少しずつ制度改正が実施されている形だ。

 $^{^{25}}$ 2019 年 3 月 27 日、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会資料。有効回答は初診 112 人、再診 31 人。

しかし、こうした違いは国民にとって非常に分かりにくい。確かに主治医機能にしても、かかりつ け医機能にしても、診療報酬の説明資料に小さな字で細かく書かれているが、こうした資料に目を通 すのは医療関係者だけである。誤解を恐れずに言えば、医療業界、もっと言えば中医協でしか通用し ない言葉遣いに過ぎない。中医協の議論は関係団体の利害調整に終始するため、止むを得ない面があ るとはいえ、医療機関の機能分化を実現する上では、医療サービスを利用する国民の意識や行動も変 える必要があり、国民にとって分かりやすい議論が必要である。

5 制度改正の方向性

では、どんな制度改正が考えられるだろうか。筆者自身は医療制度の基本として、患者―医師の信 頼関係を重視しており、患者と医師が長期的かつ継続的な関係を構築する上では、医療の「入口」を 1カ所に絞る制度が不可欠と考えている。具体的には、患者が必ずかかる医師を事前に指名し、2次医 療や3次医療に行く場合は紹介状を必要とするシステムである。

その際、患者の判断で複数の医師にかかる選択肢は残してもいいし、イギリスと同様、1 カ所に絞 る場合でも指名先の医師や医療機関を変更できる柔軟な制度設計は有り得る。さらに、紹介状なしに 大病院に行った場合、上乗せ負担を維持しつつ、大病院に行く選択肢を認める現行制度を生かすこと も考えられるが、やはり患者にとっての医療の「入口」は1カ所に絞るべきである。

さらに患者が信頼できる医師の育成も不可欠であり、GP や総合診療医のような能力を持った医師の 育成が欠かせない。医師の育成には10年を要するため、日本医師会が実施している「かかりつけ医機 能研修制度」を含めて、開業医のスキル向上という視点も求められる。

少なくとも中医協でしか通用しない議論ではなく、こうした方向性を明確に示さなければ、国民の 理解と協力は得られないだろう。今回の新型コロナウイルスに関しても、後述するオンライン診療の 思い切った規制緩和や重症者の特定、将来的にワクチンの優先的な摂取などに取り組む際、患者―医 師の関係性を固定化する登録制度が採用されていればスムーズに実施できたかもしれない。

外来分野に関しては、医師の偏在是正に向けた「外来医療計画」を各都道府県が今年3月までに策 定した²⁶ほか、機能分化の議論が別に進んでおり、こうした視点を加味する方向で議論が進むことを 期待したい。

8---オンライン診療の規制緩和

1 | 要件を部分的に緩和

第3番目の論点として、オンライン診療を取り上げる。これは表1の(2)に対応しており、4月1 日から算定が始まった診療報酬改定では、要件が部分的に緩和されたものの、新型コロナウイルス対 策で争点化した。

ここで少しオンライン診療を巡る経緯を振り返ると、保険診療で初めて認められたのは2018年度診 療報酬改定だった。具体的には「オンライン診療料」(月 70 点)に加えて、ICT 技術を活用して生活 習慣病などの医学管理を評価する「オンライン医学管理料」(月 100 点)、在宅療養中の患者に対する

²⁶ 外来医療計画については、2020年3月2日拙稿「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か(下)」を参照。

医学管理を評価する「在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料」(月 100 点) などが創設された (いずれも点数は 2018 年度改定時点)。

ただ、問題となったのは厳しい要件である。オンライン医学管理料については、下記のような要件 が定められていた。

- ① オンライン診療料が算定可能な患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通 話)が可能な情報通信機器を用い、オンラインによる診察を行った場合に算定。ただ、連続す る3カ月の算定は認めない。
- ② 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は 3 カ月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、計画に基づき診察を実施する。
- ③ オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に医療機関が対面による診察が可能な体制を有している。
- ④ 1 カ月当たりの再診料やオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が 1 割以下である。

さらに、▽生活習慣病など 10 種類の管理料²⁷の対象となっている患者、▽こうした管理料などを初めて算定した後の 6 カ月間は毎月、同じ医師が対面診療を実施している患者――という要件も設定された。つまり、初診を対面で実施した患者に対象を限定する「初診対面原則」が設定されたことで、オンライン診療が対面診療の延長線に位置付けられたほか、生活習慣病などで継続的に診ている患者について限定的に導入された。

しかし、厚生労働省の調査(2018年5月診療、同年6月審査分)によると、オンライン診療科などを届けている医療機関は病院で65施設、診療所で905施設にとどまった。そこで、中医協では支払側から「相当厳格な算定要件が設定されたのも事実。あまりに厳格で普及の足かせになっていることも懸念している」との意見が示された²⁸ほか、筆者自身も現場で「要件が厳し過ぎて使いにくい」という意見を耳にしていた。

こうした厳しい要件が設定された背景には日本医師会の懸念があった。中医協では規制緩和を迫る支払側に対し、日本医師会は ICT の活用を認めるとしつつも、「顔色も息遣いも雰囲気も表情も、その時の状況も全て対面」「どんなに ICT が発達しても、(筆者注:対面診療の)補完。医療の本質は変わらない」と強く反対した²⁹。このため、厚生労働省は「(筆者注:関係者が)合意できる部分から、慎重かつ安全に運用を始めたい」という判断³⁰の下、厳しい要件を設定することで、試行的に導入された面があった。

その後、2020 年度診療報酬改定では要件緩和の是非が争点となり、規制緩和を促す診療側に対し、

²⁷ 10 種類の管理料とは先に触れた主治医機能を評価する「地域包括診療料」に加えて、「認知症地域包括診療科」「生活習慣病管理科」「難病外来指導管理料」「特定疾患療養管理料」「小児科療養指導料」「てんかん指導料」「糖尿病透析予防指導管理料」「在宅時医学総合管理料」「精神科在宅患者支援管理料」。

²⁸ 2019 年 6 月 12 日の中医協総会における健康保険組合連合会の幸野庄司理事による発言。6 月 12 日『m3. com』配信記事。

^{29 2017}年1月11日の中医協総会における日本医師会の中川氏による発言。中医協総会議事録。

^{30 2018} 年 3 月 29 日『日経メディカル』における厚生労働省医政局医事課の久米隼人課長補佐によるコメント。

日本医師会は「大幅に緩和するとモラルハザードが起きる」と慎重姿勢を崩さなかった³¹ため、2018 年度改定と同様の意見対立が見られた。

最終的に、事前の対面診療期間を6カ月間から3カ月間に縮減するとともに、対象疾患に慢性頭痛を追加するなどの制度改正が中医協で決まった。さらに医療資源に乏しい地域で遠隔診療を部分的に容認したほか、オンラインを使った外来患者への服薬指導も診療報酬で手当てされた。

その意味では2018年度改定に続き、2020年度改定についても、「関係者が合意できる部分」から少しずつ対象を拡大する漸増主義的な方法が採用されたと言える。

2 | 新型コロナを受けて状況が一変

しかし、年始からの新型コロナウイルス拡大が状況を一変させた。患者が医療機関に集中したり、 院内感染で医療機関が機能不全になったりする「医療崩壊」の危機が懸念される中、拡大防止策の一環として、オンライン診療に対する期待と関心が高まった。これを受けて、厚生労働省は段階的に規制を緩和していた³²が、3月31日の経済財政諮問会議で安倍首相が「患者の方々のみならず、コロナウイルスとの闘いの最前線で活躍されている医師・看護師の皆様を院内感染リスクから守るためにも、オンライン診療を活用していくことが重要」と指示した³³。

これを受けて、厚生労働省は4月2日の検討会で、オンライン診療の活用方策として、軽度の発熱、腹痛などを訴える患者から求めを受けたケースのうち、初診からのオンライン診療の一部解禁を決めた。具体的には、①既に診断され、治療中の慢性疾患で定期受診中の患者に対し、新たに別の症状についての診療・処方を行う場合、②過去に受診履歴のある患者に対し、新たに生じた症状についての診療・処方を行う場合、③過去に受診履歴のない患者に対して診療を行う場合、④過去に受診履歴のない患者に対して診療を行う場合、④過去に受診履歴のない患者に対し、かかりつけ医等からの情報提供を受けて、新たに生じた症状についての診断・処方を行う場合——の4つに整理して検討され、日本医師会などの意見を踏まえつつ、③を除く3つのケースでは初診からオンライン診療を認めた³4。

これに対し、規制改革推進会議(議長:小林喜光三菱ケミカルホールディングス会長)は「今までの延長線上の物の考え方。危機的な状況なのに、いろいろなところに配慮して、なかなかクリアカットな施策が出てこない」などと一層の規制緩和を主張³⁵。4月7日に閣議決定された「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」では「国民・患者が安心して医療を受けることができるよう、初診も含め、電話や情報通信機器で医療機関へアクセスし、適切な対応が受けられる仕組みを整備する」という方針が盛り込まれた。

こうした流れの下、4月10日に持ち回りで開催された中医協では「時限的緩和」として初診対面原 則を事実上、撤廃する方針が決まった。具体的には、「受診歴がないが、電話などの診療が可能と判断

³⁵ 同上。



^{31 2019} 年 11 月 8 日の中医協総会における日本医師会の今村聡副会長による発言。11 月 9 日『m3. com』配信記事。

³² 具体的には、2月28日の事務連絡で、▽慢性疾患などを治療している患者を電話やオンラインで診察し、治療薬を処方すること、▽薬剤師が調剤後に医薬品を患者に送付し、電話やオンラインで服薬指導すること――を認めていた。さらに3月19日の事務連絡でも、既に診断して治療を始めている慢性疾患を有する患者の発症に対し、電話やオンライン診療による薬剤の処方を認めるなどの規制緩和を実施していた。

^{33 2020}年3月31日経済財政諮問会議議事要旨。

 $^{^{34}}$ 2020 年 4 月 13 日 『週刊社会保障』、4 月 3 日 『m3. com』配信記事。

した患者」「現在受診していないが、カルテなどの記録がある患者」もオンライン診療の対象として認 めた。さらにオンライン診療科については、「再診料などに占める割合が1割以下」と定めた基準も時 限的に緩和された。なお、その際の診療報酬上での点数については、対面での初診料(288 点)に比 べて低い 214 点に設定された。

併せて、緊急経済対策では「対面診療を受診した場合、電話等による服薬指導を可能とする」とい う方針も打ち出され、最終的に厚生労働省が「全ての薬局で薬剤師が患者、服薬状況などに関して情 報を得た上で、電話や情報通信機器を用いて服薬指導などを適切に行うことが可能と判断した場合、 電話や情報通信機器を用いた服薬指導などを行って差し支えないこととする」という方針を定めた。 これは医師の権限を移譲する(タスクシフト)の要素を持っており、非常に重要な決定である。

3 | 「初診対面原則」を原則とした一層の制度改正を

こうした経緯を総括すると、中医協を舞台にしてオンライン診療の規制を少しずつ緩和する方法が 2018 年度、2020 年度に採用され、新型コロナウイルスの感染が拡大した後も続きそうな情勢だったが、 規制改革推進会議の要請で状況が一変し、初診対面原則が時限的に撤廃されたと言える。

ここで、筆者自身の意見を披歴すると、平時において初診対面原則は必要と考えている。今回は緊 急時の対応であり、止むを得ない判断だったかもしれないが、医療制度の基本は患者―医師の信頼関 係であり、市民(患者)の目線で言うと、「対面で会わなければ医師の人となりなどを信頼できない」 と思う人は多いのではないだろうか。さらに、医師にも患者の喋り方や目線、呼吸、匂いなどで患者 を診断して欲しいと考える(むしろ、こうしたコミュニケーション能力を持っていない医師が少ない ことの方が問題)ため、初診対面原則は重要と考えている。医師や患者のなりすましや架空請求など モラルハザードの危険性にも留意する必要がある。

その一方、オンライン診療は患者の利便性向上に繋がるだけでなく、医師の負担軽減を図る観点で 言えば、前半で触れた医師の働き方改革にも寄与する点で、さらに推進する必要がある。そこで、平 時に移行した際の論点として、筆者は先に触れた医療の「入口」を1カ所に絞る制度改正を絡めるこ とを提案したい。

具体的には、「オンライン診療を希望する場合、患者が医療機関や診療所を指名するとともに、一度 は対面で必ず診察を受けることを義務化する」という方法である。この結果、患者は日常的に接点を 持つ医師を持てるようになり、医療機関の役割を明確にする医療提供体制改革とオンライン診療の普 及が整合的になる。その際、「登録期間は1年とし、途中で医療機関を変更することも認める」「オン ライン診療を受けられる医療機関を1つに限る」といった制度改正を加味してもいいかもしれない。

さらに慢性疾患などで病状が安定していることが対面診療で把握できている患者については、「オン ライン診療で薬剤師などが病状を診断したり、処方したりできるようにする権限移譲」を加味すれば、 患者の利便性が向上するだけでなく、医師の負担軽減にも繋がり、冒頭に触れた「医師の働き方改革」 に寄与する。既に薬剤師の服薬指導がオンライン診療で時限的に認められたが、オンライン診療は関 係職種間で情報のやり取りをスムーズにさせる効果があり、他の職種に権限を移譲していくタスクシ フトの要素を取り込んで行く必要がある。

このほか、都道府県を中心とした医師偏在是正が今年4月からスタートしているため、医師が相対

的に少ない「医師少数区域」では、他の地域よりもオンライン診療を積極的に活用する案も想定でき る。もちろん、スムーズな本人確認を容易にするため、普及が進まないマイナンバーカードや、2020 年度から本格運用が始まる「医療等 ID」を絡めることも重要になるであろう。

現在のように2年に一度の診療報酬改定で細かく要件を変えても、患者、医師にとって使いにくい システムになる危険性を伴う。国民に分かりやすい形で方向性を示しつつ、オンライン診療を医療提 供体制改革に貢献させる視点は欠かせないと考えられる。

9---おわりに

以上、2020年度診療報酬改定について、①医師の働き方改革、②急性期病床の見直し、かかりつけ 医機能の強化など医療提供体制改革、③オンライン診療の規制緩和——の3点について中心的に論じ て来たが、新型コロナウイルスの拡大が続く中、医療現場は逼迫しており、年始までの議論が通用し ない面が多い。実際、病床削減の要素を持っている地域医療構想については、何らかの形で軌道修正 を余儀なくされるだろう。

しかし、人口減少や高齢者人口の増加などの長期的な影響も大きく、2020 年度診療報酬改定で争点 になった点を含めて、既に実施されている制度改革の方向性自体は変わらないようにも思える。中で も、生活を支える医療への転換や医師の働き方改革、オンライン診療の推進といった改革は今後も進 める必要がある。

こうした中、中医協の議論は関係者の利害調整を優先させるため、関係者の同意を得られる反面、 制度や要件が複雑になるなど、国民から見れば分かりにくい議論になりがちである。本レポートで述 べた地域医療構想と診療報酬の不明確な関係、かかりつけ医機能と主治医機能、総合診療医の不鮮明 な違い、オンライン診療を巡る細かい要件設定などは典型例と言える。サービスの使い勝手の良さや 分かりやすさなど、利用者の目線に立った制度改革論議が求められる。