

基礎研 レポート

2022 年度診療報酬改定を読み解く(上)

新興感染症対応、リフィル処方箋、オンライン診療の初診緩和など

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～2022 年度診療報酬改定を読み解く～

2022 年 4 月から新しい診療報酬体系がスタートした。医療サービスの対価として医療機関に支払われる診療報酬本体は 2 年に 1 回の頻度で見直されており、2022 年度の改定に際しては、新興感染症への対応に加えて、症状が安定している患者については、医師の処方で一定期間内に処方箋を反復利用できるようにする「リフィル処方箋」、初診からのオンライン診療解禁などに関して、数多くの改定項目が盛り込まれた。

本レポートでは 2 回シリーズで、改定の狙いや背景、今後の展望などを考察する。(上)では診療報酬改定を巡る財務省、厚生労働省、日本医師会などの利害調整を振り返るとともに、2022 年度改定の柱のうち、新興感染症への対応やリフィル処方箋、オンライン診療、不妊治療の保険適用などに関する内容や論点を概観する。

(下)では病床機能分化や在宅医療の充実などを目指す医療提供体制に関する改定項目を中心に、その意味合いや目的を考察し、今後の論点を考察する。

2—診療報酬本体の改定率を巡る攻防

1 | 三元連立方程式の複雑な調整に

医療機関向けに支払われる診療報酬の本体に関しては毎回、その改定率を巡って財務省、厚生労働省、自民党、日本医師会（日医）などで激しい攻防が展開されるほか、中央社会保険医療協議会（中医協、厚生労働相の諮問機関）を舞台にした調整でも、診療側の日医と、支払側の健康保険組合連合会（健保連）などが細かい配分を巡って意見を戦わせる。

今回も 2022 年度予算編成に際して、改定率に関して様々な議論が交わされた。その一部に関しては、今年 1 月の拙稿¹で触れたため、概略を述べるにとどめる²が、薬価を含めた全体の改定率は 0.94%のマイナス、医療機関向けの本体は 0.43%増となった。

¹ 2022 年度社会保障予算に関しては、2022 年 1 月 17 日拙稿「[2022 年度社会保障予算を分析する](#)」を参照。

² 煩雑さを避けるため、発言の出典先などを除き、引用は最小限に止めるが、『朝日新聞』『産経新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』に加えて、『医薬経済 Online』『週刊社会保障』『社会保険旬報』『シルバー新報』『ミクス on-line』『m3.com』を参照。

今改定の特徴として、医療提供体制改革など通常のテーマに加えて、新型コロナウイルスへの対応とか、オンライン診療、不妊治療など新たな改革テーマが絡んだ結果、複雑な利害調整になった点を指摘できる。これを中医協の会長、小塩隆士氏（一橋大学経済研究所教授）は「三元連立方程式」と評した³。以下、2022年度予算編成を巡る調整から振り返ることにする。

まず、新型コロナウイルスへの対応に関しては、財務省と日医の意見対立が浮き彫りとなった。財務省は財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の席上、新型コロナウイルスへの対応で病床が逼迫した遠因として、①病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく手薄な人的配置であり、医療資源が散在し、その投入量が少ない「低密度医療」となっている、②医療機関相互の役割分担や連携が不足している——などと医療提供体制の構造的な課題を指摘⁴。その上で、「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、財政資源の散財となりかねない」「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」という強い態度を示した。

これに対し、日医は「今回の診療報酬改定でしっかりとした手当ができなければ、ポストコロナの医療提供体制は維持できない」⁵、「新型コロナウイルス感染症禍で地域の医療提供体制の維持は極めて厳しい状況であり、医療現場は著しく疲弊している（略）、絶対にプラス改定にしなければ全国の医療が壊れてしまう」⁶などと訴え、自民党も診療報酬本体の引き上げを主張した。

つまり、財務省が「医療提供体制改革の方向性が示されない限り、診療報酬の引き上げが困難」と主張したのに対し、日医と自民党は「診療報酬のプラス改定がなければ、地域医療が崩壊する」「平時の医療提供体制が維持されなければ、有事にも機能しない」と応じていたことになる。

さらに、前回までの改定と比べると、政府・与党、日医の「主役」の顔触れが様変わりしたことも調整プロセスに影響を及ぼした。前回までの改定では、日医の横倉義武前会長が安倍晋三元首相など政権幹部との太いパイプを持っていたことで、改定率の引き上げ幅が事実上、政治的に決まっていたが、政府サイドでは2度の内閣交代があり、日医の会長も中川俊男氏に交代した。さらに、厚生労働行政に影響を与えていた与党の一部有力議員が2021年10月の総選挙で引退したことも重なり、調整に当たるメンバーが大きく変わったことで、調整プロセスの行方が見えにくくなった。

このほか、「首相案件」の存在も「方程式」を複雑にする要因となった。菅義偉前首相の方針を受けて、不妊治療の保険適用が決まっていたほか、2021年10月に発足した岸田文雄政権が看護師の給与引き上げを標榜したことで、2つの「首相案件」を報酬上、どう評価するかという点も焦点となった。

2 | 日医に厳しい改定率に？

結局、診療報酬本体の改定率は+0.43%で決着した。これは政治的なメッセージが込められた数字と言える。具体的には、日医前会長の横倉氏が改定に当たった2014年度以降、4回の改定率の平均が0.42%だったため、これを僅かに上回ったことで、初めて診療報酬改定に臨んだ現執行部のメンツを保てるような形で決着した。

³ 2022年4月4日『週刊社会保障』No. 3164における小塩氏インタビュー、2月9日『m3.com』配信記事を参照。

⁴ 2021年12月3日、財政制度等審議会建議を参照。筆者も2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」で同様の点を指摘した。

⁵ 日医会長の中川俊男氏が2021年12月7日、後藤茂之厚生労働相を訪問した後の発言。『社会保険旬報』No. 2841を参照。

⁶ 2021年12月15日の記者会見における中川氏の発言。日本医師会ウェブサイト参照。

一方、日医、自民党が要望していたとされる+0.50%に届かなかったほか、+0.43%の本体改定率には「首相案件」とされていた不妊治療の保険適用と看護職員の給与引き上げの影響である0.4%が含まれており、実質的なプラス幅は小さくとどまった。

さらに、日医が反対していたにもかかわらず、医師の処方で一定期間内に処方箋を反復利用できるようにする「リフィル処方箋」の導入も決まった。このほか、病床機能分化や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」⁷や医師の働き方改革⁸など医療提供体制改革についても、その推進に向けて中医協で検討することを「確約」する覚書が財務、厚生労働両相の間でも交わされた。このため、全体としては、政治的には日医が押し切られたと考えられる。

その後、日医や健保連などによる調整の場である中医協を中心に改定項目の細目が決まり、2022年4月から新しい体系がスタートした。その際には、既述したリフィル処方箋、不妊治療に加えて、オンライン診療の報酬上の評価も論点となった。このうち、オンライン診療に関しては、初診から認める特例の恒久化が政治主導で決まっていたことで、報酬面の手当が論点になっていた。

では、どんな改定項目が盛り込まれたのだろうか。2022年2月9日の中医協総会で決まった答申は約500ページの分厚さであり、複雑極まりない改定項目の全てを把握、網羅するのは事実上、不可能である。そこで、今回の(上)では(1)新興感染症への対応、(2)オンライン診療、(3)リフィル処方箋、(4)不妊治療の保険適用、(5)その他の重要項目——の順で、創設・拡充された加算(ボーナス)の内容や背景、改定の意味合いなどを取り上げる。

なお、財務、厚生労働両相による覚書や医療提供体制改革に関する改定に関しては、(下)で一括して考察する。

3——個別改定の内容(1)～新興感染症への対応～

1 | 改定の具体的な内容

まず、新興感染症への対応について述べる。今回の新型コロナウイルスへの対応に関しては、医療機関同士の連携が不十分な点⁹とか、発熱外来に対応しない診療所が少ない点など、医療提供体制の様々な論点が浮き彫りとなっている。

このうち、発熱症状など新型コロナの疑いがある患者を受け入れる発熱外来に関して、政府は2020年9月以降、その中心を身近な医療機関である「かかりつけ医」で担ってもらう考えを表明し、都道府県が「診療・検査医療機関」として指定している。

しかし、実際には発熱相談に繋がらないまま、医療機関を探し回る「発熱難民」が生まれている。しかも、全国で約3万5千カ所に上る「診療・検査医療機関」のうち、各都道府県のホームページなどで公表されているのは約7割にとどまっており、未公表の理由として、▽電話対応の人手が足りない、▽多数の

⁷ 地域医療構想については、下記の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」(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](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『帰帰』現象](#)」。併せて、三原岳(2020)『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

⁸ 医師の働き方改革の概要や論点などに関して、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

⁹ 新型コロナウイルスへの対応が医療提供体制の課題を浮き彫りにした点については、2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照。

発熱患者を受け入れると新型コロナ以外の患者との時間的・空間的分離が難しい——といった事情があるとされている¹⁰。

そこで、2022 年度診療報酬改定では、診療所レベルにおける新興感染症への対応を強化するため、「外来感染対策向上加算」（6 点、患者 1 人当たり月 1 回、1 点は 10 円）が創設された。

さらに、感染症に対応する医療機関を対象とした「感染防止対策加算 1～2」が 3 分類に細分化されるとともに、1～2 の類型については加算額も引き上げられた。具体的には、感染防止対策加算 1 は 390 点から 710 点（入院初日）、同加算 2 は 90 点から 175 点（同）に、それぞれ加算額が引き上げられたほか、新設された同加算 3 は 75 点（入院初日、90 日ごと）に設定された。加算の点数や細かい要件については表 1 の通りであり、いずれも制御チームを中心とした医療機関同士の連携に力点が置かれている。

2 | 改定の意味合いと狙い

では、こうした改定の意味合いはどこにあるのだろうか。まず、診療報酬の改定で感染症対策が前面に掲げられるのは極めて珍しいケースと言える。ここで過去の歴史を簡単に振り返ると、診療報酬による政策誘導が本格的に始まったのは 1980 年代前半であり、その時点で感染症は社会にとって大きな脅威とは言えない状況になっていた¹¹。

その後、2003 年の SARS（重症急性呼吸器症候群）、2009 年の新型インフルエンザでも、医療提供体制が大きく影響を受けるような機会は訪れず、現行の感染対策向上加算が創設された 2012 年度改定も含めて、過去の診療報酬改定で新興感染症対策が大きな論点になる機会はなかった。その意味では、診療報酬改定の歴史上、感染症対策が初めて議論の俎上に上ったと言っても過言ではないだろう。

一方、改定の狙いを一言で評すると、医療機関同士の連携強化と考えられる。これは加算の取得要件から看取できる。例えば、診療所を対象とした外来感染対策向上加算では、表 1 の通り、専任の院内感染管理者配置という要件に加えて、▽少なくとも年 2 回程度、感染対策向上加算 1 を届け出た医療機関、または地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している、▽感染対策向上加算 1 を届け出た医療機関、または地域の医師会が主催する新興感染症の発生などを想定した訓練について、少なくとも年 1 回参加している——といった要件が定められており、医療機関同士の連携に力点が置かれている。

さらに、外来感染対策向上加算を取得した診療所が感染対策向上加算 1 を届け出た医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況などについて報告した場合、診療報酬を上乗せする「連携強化加算」（3 点、患者 1 人当たり月 1 回）が創設された。感染対策向上加算 2～3 の医療機関についても、同様の要件を満たした場合に加算する「連携強化加算」（30 点）が新たに設けられた。

このほか、▽感染対策向上加算 2～3、または外来感染対策向上加算を取得している医療機関に対し、感染対策向上加算 1 を算定している医療機関が感染症対策について助言した場合に取得できる「指導強化加算」（30 点）、▽感染症に関する監視システムに参加している外来感染対策向上加算の診療所を対象とした「サーベイランス強化加算」（1 点、患者 1 人当たり月 1 回）、▽感染対策向上加算 2～3 の医療機関が監視

¹⁰ 2022 年 2 月 9 日の記者会見における日医会長の中川氏による発言。2022 年 2 月 9 日『朝日新聞デジタル』『m3.com』配信記事を参照。

¹¹ 感染症対策を巡る論点は 2020 年 9 月 15 日拙稿「[感染症対策はなぜ見落とされてきたのか](#)」を参照。

システムに参加した際に取得できる「サーベイランス強化加算」(5点)——がそれぞれ新設された。

表1：新興感染症対策に関する改定項目

	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算	
点数	710点(以前390点)	175点(以前90点)	75点(新設)	6点(新設)	
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超えるごとに1回	患者1人の外来診療で月1回算定	
施設基準	届出基準	一般病床数が300床未満の医療機関		診療所	
	感染制御チームの設置	以下の構成員で成る制御チーム設置 <ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) 専任の看護師(感染管理の経験が5年以上かつ研修修了) 専任の薬剤師(病院勤務経験が3年以上) 専任の臨床検査技師(病院勤務経験が3年以上) ※医師または看護師のうち1人は専従	以下の構成員で成る制御チーム設置 <ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) 専任の看護師(感染管理の経験が5年以上) 専任の薬剤師(病院勤務経験が3年以上または適切な研修を修了) 専任の臨床検査技師(病院勤務経験が3年以上または適切な研修を修了) 以下の構成員で成る制御チーム設置 <ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師(適切な研修を修了が望ましい) 専任の看護師(適切な研修を修了が望ましい) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師や看護師、薬剤師など医療有資格者を院内感染管理者として配置している 	
	医療機関・行政との連携	<ul style="list-style-type: none"> 保健所、地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(うち1回は新興感染症などの発生を想定) 感染対策向上加算2~3、外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する 新興感染症の発生時などに、都道府県などの要請を受け、感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年4回以上、感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須) 新興感染症の発生時など有事の対応を想定した地域連携に関する体制について、連携医療機関などとあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時などに、都道府県などの要請を受け、感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年4回以上、感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須) 新興感染症の発生時など有事の対応を想定した地域連携に関する体制について、連携医療機関などとあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時などに、都道府県などの要請を受け、感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年2回以上、感染対策向上加算1の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須) 新興感染症の発生時など有事の対応を想定した地域連携に関する体制について、連携医療機関などとあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時などに、都道府県などの要請を受け、感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランス	<ul style="list-style-type: none"> 全国、地域のサーベイランスに参加していること 	<ul style="list-style-type: none"> 全国、地域のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として5点を算定 	<ul style="list-style-type: none"> 全国、地域のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として5点を算定 	<ul style="list-style-type: none"> サーベイランス強化加算として1点を算定
その他	<ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する 新興感染症の発生時に、感染症患者を受け入れることを念頭に、ソーニングを行える体制を有する 2022年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算、抗菌薬適正使用支援加算の要件を満たす 	<ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する 新興感染症の発生時に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、ソーニングを行える体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬の適正使用について、感染対策向上加算1の医療機関または地域の医師会から助言を受けていること 細菌学的検査を外委託する場合、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」の沿った対応を行う 新興感染症の発生時に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、ソーニングを行える体制、もしくは発熱患者の診療実施を念頭に発熱患者の動線を区分できる体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬の適正使用について、感染対策向上加算1の医療機関または地域の医師会から助言を受けていること 細菌学的検査を外委託する場合、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」の沿った対応を行う 新興感染症の発生時に、発熱患者の診療実施を念頭に発熱患者の動線を区分できる体制を有する 	
	連携・指導に関する加算	<ul style="list-style-type: none"> 感染制御チームの専任医師または看護師が過去1年間で、年4回以上、感染対策向上加算2~3または外来感染対策向上加算の医療機関に赴き、院内感染対策などに関する助言を行った場合、指導強化加算(30点)を算定 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を算定する医療機関に対し、過去1年間に年4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況などについて報告している場合、連携強化加算として30点を算定 		<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を算定している医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況などについて報告している場合、連携強化加算として3点を算定

出典：厚生労働省資料を基に作成

では、なぜ連携が焦点となっているのだろうか。第1に、有事への備えに関して連携が欠かせない点である。具体的には、新興感染症に備える上では、専門的な人材や機材を常日頃から確保しておく必要があるが、それぞれの医療機関で対応するよりも地域で中心となる医療機関でプールしつつ、医療機関同士で連携、融通できるようにする方が効率的、効果的である。

この点を考える上では、災害対策のリダンダンシー(冗長性)が参考になる。リダンダンシーとは有事に備えて、ネットワークを多重化したり、予備の人員や資材を確保したりする発想である。今回の新型コロナウイルスへの対応を通じて、新興感染症に対する脆弱性が浮き彫りとなった以上、専門人材や機器、病床などを予備的に持ち、地域で融通し合うような体制整備が必要となる¹²。

第2に、平時モードにおける医療提供体制の欠陥をカバーする狙いもあると考えられる。そもそも日本の医療制度では、患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」が採用されており、医療機関は患者獲得を巡って普段から競争している分、連携が進みにくい環境である。

その結果、新型コロナウイルスへの対応では、医療機関同士の連携が上手く進まず、希少な医療資源を

¹² その際には国レベルの司令塔機能も論点となる。司令塔機能に関しては、2021年11月17日拙稿「[医療提供体制に対する『国の関与』が困難な2つの要因\(下\)](#)」を参照。

有効に活用できない面があった。例えば、重度化した患者が回復した後、軽症者や一般病床、宿泊療養などに転院を調整できれば、病床の回転率が向上することになり、多くの患者を受け入れることが可能になるが、必ずしも転院調整は捗らず、患者の「目詰まり」が発生した。

さらに、診療所や中小医療機関が発熱外来に応じ、リスクの高い患者を優先的に専門医療機関に紹介するような流れが確立すれば、優先度の高い患者から必要な手当てを講じることが可能だったが、発熱相談に繋がらない「発熱難民」が生まれるなど、連携は有効に機能していたとは言えない。

一方、医療機関同士の連携に関して好事例¹³は幾つか挙げられており、神奈川県が音頭を取る形で、高度医療機関に重症患者を、重点医療機関に中等症を、無症状者や軽症者を自宅や宿泊療養施設に割り振る取り組みを早い段階で開始し、回復した患者などを受け入れることが可能な医療機関と、搬送元病院のマッチングシステムも稼働させた。このほか、長野県松本医療圏では中核病院である民間資本の「相澤病院」を中心に、公立・公的病院が患者の重症度に応じて役割分担しつつ、コロナ患者を受け入れた。

そもそも、こうした医療機関の機能分化と役割分担の必要性は以前から論じられていた点である。例えば、急性期病床に入院した高齢者の患者が回復期病床でリハビリテーションを受け、在宅医療を受ける流れを作り出す重要性は過去の制度改革でも意識されてきた経緯があり、2017年度から本格始動した地域医療構想の目指す姿の一つとされている。

実際、地域医療構想の制度化を決定付けた2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書は「提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠」との問題意識が披歴されていた。こうした考えは新型コロナウイルスへの対応と重なっている部分があり、今回の病床逼迫は日本の医療提供体制の構造的な論点を浮き彫りにした面がある。

地域医療構想など提供体制改革の論点は（下）で詳述することにして、以上のような論点を踏まえると、新興感染症への対応に関連し、医療機関同士の連携を促す加算要件が数多く盛り込まれたのは、新型コロナウイルスのような有事対応だけでなく、平時の医療制度改革も意識していると思われる。

この辺の意図については、2022年度診療報酬改定の他の項目でも看取できる。例えば、高度急性期病床を対象に創設された「急性期充実体制加算（1日当たり7日以内の期間460点など）」の要件の一つとして、「感染対策向上加算1の届出」が組み込まれたほか、専門性の高い「スーパー急性期病床」を評価する「重症患者対応体制強化加算」（3日以内750点など）の取得に際しても、「新興感染症の発生などの有事の際に、都道府県などの要請に応じて、他の医療機関などの支援を行う」という要件を義務付けている辺りは傍証となるだろう。

このほか、都道府県との連携も論点となる。2021年通常国会で成立した改正医療法では、都道府県が6年周期で作成している医療計画制度が見直された結果、必ず盛り込まなければならない従来の「5事業、5疾病、在宅医療」¹⁴に新興感染症への対応が追加された。これを受けて、都道府県は2024年度から始まる新たな医療計画を策定する際、新興感染症への対応を規定する必要がある¹⁵。

¹³ 新型コロナウイルス対応における病院の役割分担に関する動向については、厚生労働省や神奈川県ウェブサイトの情報に加え、2021年3月19日号『厚生福祉』、同年2月3日『中日新聞』などを参照。

¹⁴ 5事業とは救急医療、災害時の医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）、5疾病とは脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を指す。

¹⁵ 新興感染症への対応を医療計画に追加した改正医療法の内容や論点に関しては、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。医療計画の見直しを含む2024年度改定については、2022年1月17日拙稿「[2022年](#)

この点を踏まえると、外来対策向上加算や感染対策向上加算 1~3 の要件の一つに「都道府県などの要請を受けて発熱患者の外来診療を実施する体制を有し、そのことについて自治体のホームページで公開されている」という項目が盛り込まれており、都道府県を中心に新興感染症対策を強化しようという意図も見取れる。

今後は新しい診療報酬体系の下、新興感染症に備えるカンファレンスの開催とか、制御チームの組織と助言、都道府県や保健所との連携、新興感染症の患者を区分できる動線の確保といった体制がどこまで現場で実を挙げるか、注目する必要がある。さらに、平時で培った連携関係を有事で、今回の新型コロナウイルスへの対応で生まれた連携関係やノウハウを平時に活用する工夫が現場レベルで求められる。

4—個別改定の内容(2)～オンライン診療～

1 | オンライン診療を巡る経緯

次に、情報通信機器を用いたオンライン診療についての改定項目である。初診からオンライン診療が解禁されたのに伴い、情報通信機器を用いた場合の初診料として 251 点、再診料と外来診療料が 73 点に設定された。

ここで簡単にオンライン診療を巡る経緯を整理する¹⁶。元々、オンライン診療は 2018 年度診療報酬改定で初めて制度化されたが、「対面の補完」とする日医の主張を受け入れる形で、初診を対面で診察した患者に限定する「初診対面原則」が設定されたほか、対象疾病などで厳格な要件が設定された。

その後、2020 年度診療報酬改定で要件が少し緩和されたものの、新型コロナウイルスの感染拡大に伴って、オンライン診療を巡る議論は政治サイドの思惑に翻弄されることになる。具体的には、院内感染などを防ぐ方策として、「オンライン診療を拡大すべき」「初診対面原則は撤廃すべき」といった議論が経済財政諮問会議や規制改革推進会議で強まった。

例えば、当時の安倍首相は 2020 年 3 月の経済財政諮問会議で、「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¹⁷。

これに対し、安全性を理由に日医と厚生労働省は慎重姿勢を崩さず、厚生労働省は部分的に規制緩和に取り組む姿勢を示したが、政治主導で初診対面原則が 2020 年 4 月から特例的、時限的に撤廃された。

さらに、2020 年 9 月に発足した菅政権がデジタル化を進める観点に立ち、初診対面原則を撤廃する特例を恒久化すると表明。厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（以下、検討会）で調整が進み、「かかりつけの医師」に限り、初診対面原則の撤廃が決まった。その主な経緯は表 2 の通りである。

2022 年度改定では、こうした政治主導の結論と検討会の議論を踏まえつつ、オンライン診療における初診対面の点数を付けることになったが、中医協では日医などの診療側と、健保連など支払側の意見が対立した。具体的には、支払側が通常の初診料 288 点と同じぐらいの水準を求めたのに対し、診療側は「対面

[度の社会保障予算を分析する](#)」でも言及した。

¹⁶ オンライン診療の経緯や論点に関しては、2021 年 12 月 28 日拙稿「[オンライン診療の特例恒久化に向けた動向と論点](#)」、2020 年 6 月 5 日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。

¹⁷ 2020 年 3 月 31 日、経済財政諮問会議議事要旨を参照。

診療と同じ点数と予定されているなら医師の技術料を覆す話なので到底受け入れることはできない」として新型コロナウイルス感染症対応の「時限的・特例的な対応」の214点を基準とするように主張¹⁸。最終的に、公益委員による裁定を経て、「288点と214点の中間程度の水準」ということで、251点が設定された。

一方、「1カ月当たりの再診料及び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」と定めた基準とか、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能」とされていた時間・距離要件も撤廃された。

表2：オンライン診療を巡る主な経緯

年月	平時の報酬改定を巡る出来事	新型コロナウイルスの特例を巡る出来事 (電話等診療も含む)
2018年4月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 診療報酬改定。オンライン診療を初めて解禁したが、「初診対面原則」を含めて厳しい要件を設定。 • 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確保。 • 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。 • 生活習慣病など10種類の管理料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。 	
2020年2月		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 慢性疾患などを治療中の患者について電話やオンラインの診察や治療薬の処方などを部分解禁。
2020年3月		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 診断・治療している慢性疾患患者に対し、電話やオンライン診療の処方などを部分容認。 → 経済財政諮問会議で、安倍晋三首相が拡大策の検討を指示。
2020年4月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 診療報酬改定で要件を一部緩和。 • 6カ月間の期間を3カ月間に短縮。 • 対象疾患に慢性頭痛を追加など。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 厚生労働省の姿勢に対し、規制改革推進会議が消極姿勢を批判。初診対面原則が焦点に。 → 新型コロナの「緊急経済対策」を閣議決定。初診対面原則の「時限的、特例的」な撤廃を決定。 → 中医協で緊急経済対策の内容を追認。初診報酬は214点に設定。
2020年10月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 菅義偉首相が所信表明演説で、初診対面原則を撤廃する特例を恒久化すると表明。 → 関係3大臣が初診対面原則の撤廃で合意 → 厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（検討会）が議論再開。 	
2021年6月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 規制改革実施計画が閣議決定。「初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施」との方針を規定。 	
2021年8月		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 宿泊・自宅療養者などにオンライン診療を提供した場合、二類感染症患者入院診療加算（250点）を取得できる特例開始。
2022年1月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ オンライン診療に関する指針が改定。初診対面原則を撤廃する特例の恒久化に伴い、「かかりつけの医師」を基本とする方針などを規定。オンライン受診勧奨の「診療前相談」などにも言及。2021年11月の検討会意見を踏まえた内容。 	
2022年2月		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 緊急事態宣言、まん延防止等重点措置の対象区域で、二類感染症患者入院診療加算を2倍に引き上げる特例開始。
2022年4月	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 診療報酬改定。初診料（251点）など新たなルールが決定。時間・距離要件などは撤廃。 	
2022年5月		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 二類感染症患者入院診療加算の点数を全国一律に変更。

出典：首相官邸ウェブサイトを、内閣府、厚生労働省資料などを基に作成

2 | 改定の意味合いと狙い

では、オンライン診療の改定に関して、どんな意味合いと狙いを見て取れるだろうか。通常、診療報酬改定では支払側が低い点数を主張する一方、診療側が高い単価を要求するが、オンライン診療に関しては逆の構図となった。言い換えると、オンライン診療の拡大について、支払側は積極姿勢、診療側が慎重姿勢だったと総括できる。

しかも、この構図はオンライン診療の制度化から変わっておらず、支払側は患者にとってのアクセス改善、医療の効率化を期待しているのに対し、診療側は触診などで情報を十分に取れないことを理由に慎重姿勢を崩していない。このため、オンライン診療の普及に関して、支払側と診療側の意見が異なる場面は

¹⁸ 2022年1月27日『日経メディカル』配信記事、同26日『m3.com』配信記事を参照。

今後も続く可能性がある。

一方、筆者はオンライン診療について、「新型コロナウイルスを巡る喧噪や政治主導の議論の結果、初診対面原則の撤廃だけに関心が向かってしまい、『患者—医師の信頼関係構築に向けてオンライン診療を活用する』という最も重要な視点が抜けた」と感じている。

そもそも医療は情報の非対称性が大きい分、患者はサービスの質や是非を判断しにくく、自己決定できる余地が小さい。その結果、通常の財やサービスのように「規制を取り払えば、消費者の適切な選好を通じてサービスの質が改善する」とは言い切れない。

さらに医療の場合、治療行為や服薬の影響などについて患者の個体差が発生するため、患者だけでなく、医師自身も不確実な意思決定を強いられている。このため、触診などができないオンライン診療では患者の情報入手に限界が生じる面がある。

しかし、初診対面原則の特例を撤廃する問題に関しては、患者サイドのアクセス性に注目しているだけで、ユーザーである医師の視点は必ずしも重視されなかった。こうした状況で初診対面原則だけを争点にしても、オンライン診療の普及に弾みが付くか、筆者は疑問に感じている面がある。

実際、現場の経営者からは「やはり初診は対面診療が原則であり、それは揺るがない」「在宅療養中の高齢者に対する診療や、へき地の診療などで便利な選択肢が増えたというくらいで、医療全体に与える影響としては軽微」といった声が出ている¹⁹。

むしろ、既述した医療サービスの特性を踏まえると、医療は「消費した後でも品質の評価が難しい財」とされる信頼財 (credence goods) の側面を持つ点に留意する必要がある。つまり、医療サービスの基本は患者—医師の信頼関係に据える必要があり、オンライン診療の普及に際しても、医師と患者のコミュニケーションが円滑に進むような制度改正を意識することが求められる。

具体的には、地域の医療機関で情報を共有する EHR (Electronic Health Record)、患者が自ら保健・健康情報を管理する PHR (Personal Health Record) の充実などを通じて、かかりつけの医師でなくても医師が患者の情報にアクセスしやすくする制度改正とか、患者と医師の関係を固定化する「かかりつけ医」の制度化²⁰などが必要と考えている。

今回の改定を通じて、初診対面原則の問題は一応の決着を見たが、厚生労働省はオンライン診療について、技術革新の状況などを踏まえ、指針を定期的に見直す方針を掲げており、中医協会長の小塩氏もオンライン診療に関して、「不透明なところが多く、動向を注視する必要がある」と述べている²¹。今後は「患者—医師の信頼関係を構築する手段の一つとして、オンライン診療を活用できるようにする」という視点で、普及に向けた議論が深まることに期待したい。

5—個別改定の内容(3)～リフィル処方箋～

1 | 改定内容の概要

第3のリフィル処方箋についても、2022年度診療報酬改定における重要な論点となった。中医協におけ

¹⁹ 2022年3月29日『日経メディカル』配信記事における全日本病院協会長の猪口雄二氏に対するインタビュー。

²⁰ かかりつけ医を巡る議論については、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」を参照。

²¹ 2022年4月4日『週刊社会保障』No. 3164における小塩氏インタビューを参照。

る議論の結果、リフィルに対応可能な形で処方箋の様式が変更された。

具体的には、▽処方箋の「リフィル可」の欄にチェックできる「レ点」を記入、▽総使用回数の上限を3回までに設定、▽1回当たり投薬・総投薬期間に関しては、医師が患者の病状などを踏まえつつ、個別に医学的に適切と判断した期間に設定——といった要件が設けられた。

2 | 改定の意味合いと狙い

リフィル処方箋の導入を通じて、どの程度の医師、薬剤師が積極的に導入するか、その影響は現時点で読み切れない。そもそも日医はリフィル処方箋の導入に反対してきた経緯があり、今回の改定に関しても、日医関係者からは「医師の判断によって処方し、健康観察も医学管理も医師が行う」「薬剤師はこれまで通り医師の処方に基づき、調剤を行う。薬剤師の医学的判断が介入する余地はない」²²といった意見に加えて、「長期処方にはリスクが伴う。(略) 慎重の上にも慎重に、そして丁寧に始めることが望ましい」²³などの意見が示されている。

しかし、リフィル処方箋の導入を通じて、状態が安定的な患者は「処方箋だけをもろうために医療機関に行く」といった受療行動を取らなくても済むようになり、患者の利便性は高まる可能性が高い。さらに、昨年末の予算編成の時点では▲0.1%程度の医療費の減少に繋がると予想されている通り、再診料の減少などを通じて医療費の抑制効果も期待されており、鈴木俊一財務相は「リフィル処方箋（筆者注：の導入）は譲れなかった」と振り返っている²⁴。

その後も、財務省はリフィル処方箋の拡大に期待する姿勢を示しており、2022年4月の財政制度等審議会²⁵では、「患者の希望やニーズの充足を阻害する動きがないかといった運用面を含めたフォローアップを徹底するとともに、制度の普及促進に向けて周知・広報を図るべき」とする資料を公表。さらに、保険者（健康保険組合など保険制度の運営者）に対する各種インセンティブ制度の活用も視野に入れることで、リフィル処方箋の普及を後退させないようにクギを刺した。

さらに「リフィル処方箋を広げるべき」という意見は経済財政諮問会議でも議論されており、2022年4月の会合²⁶では、有識者委員が「投薬をはじめとする受診行動の変容を踏まえ、通院回数削減による患者負担軽減を図るため、リフィル処方箋の使用を、患者側の希望を確認・尊重する形で促進」する必要性を強調した。

筆者も、患者の利便性や費用対効果という点でリフィル処方箋が導入された意味合いは大きいという認識を持っており、安全性に留意しつつ、リフィル処方箋の拡大が望ましいと考えている。

このほか、リフィル処方箋の導入を薬局、薬剤師の機能見直しに結び付ける必要がある。薬局と薬剤師に関しては近年、医療機関の目の前に立地する「門前薬局」で処方箋の枚数を多く獲得する経営・業務ではなく、服薬指導など対人業務に力点を置く必要性が指摘されており、診療報酬に関する「かかりつけ薬剤師・薬局」の評価など制度改正が相次いで実施されている²⁷。2022年度診療報酬改定でも対物評価と対

²² 2022年3月27日、日医代議員会における日医会長の中川氏の発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

²³ 2022年1月26日、中医協総会における日医常任理事の城守国斗氏の発言。2022年1月26日『m3.com』配信記事を参照。

²⁴ 2022年1月14日、『ミクス on-line』配信記事における鈴木俊一財務相インタビューを参照。

²⁵ 2022年4月13日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

²⁶ 2022年4月13日、経済財政諮問会議における有識者議員資料を参照。

²⁷ かかりつけ薬剤師・薬局に関しては、2021年10月15日拙稿「[かかりつけ薬剤師・薬局はどこまで医療現場を変えるか](#)」

人評価を切り分ける目的で、薬局・薬剤師業務の評価体系が大幅に見直されたほか、様々な加算措置が対人業務に付けられた。ここでは一例を挙げるにとどめるが、診療報酬上の「調剤料」が廃止され、対物業務の「薬剤調製料」と、対人中心の「調剤管理料」に再編された。

こうした流れを踏まえると、リフィル処方箋の導入も薬局、薬剤師の機能見直しに絡める必要があり、今後の制度改正として、▽処方箋への病名記入、▽一定の要件を満たした薬剤師に対して、一部の権限を医師から移譲するタスクシフト——などを通じて、薬剤師の裁量を広げる改革とか、薬局の機能見直しと整合的に進める必要がある。

6——個別改定の内容(4)～不妊治療の保険適用～

第4の不妊治療の保険適用では、大幅な制度改正が実施された。元々、不妊の原因診断とか、治療は以前から保険診療の対象とされ、体外受精や男性の不妊治療など生殖補助医療についても、「特定不妊治療」という名称で、国の助成事業が設けられていた。一方、人工授精などの一般不妊治療に関しては、一部の自治体で費用助成の制度が設けられたものの、国としての支援策は講じられていなかった、

しかし、今回の診療報酬改定を通じて、一般不妊治療、生殖補助医療が保険適用の対象となり、所得制限や利用回数の上限なども撤廃されたことで、不妊治療のハードルが下がったと言える。

ここで不妊治療の保険適用を巡る経緯を簡単に振り返ると、直接の引き金となったのは2020年9月。自民党総裁選で勝利した菅氏が少子化対策の一環として、「出産を希望する世帯を支援するために不妊治療の支援拡大」を掲げたことだった。

その後、首相に就任した菅氏は2020年10月の所信表明演説で、「共働きで頑張っても、一人分の給料が不妊治療に消えてしまう。以前お話しした夫婦は、つらそうな表情で話してくれました。こうした方々の気持ちに寄り添い、所得制限を撤廃し、不妊治療への保険適用を早急に実現します。それまでの間、現在の助成措置を大幅に拡大してまいります」と発言²⁸。この方針を踏まえ、生殖補助医療の制度見直しが2020年度第3次補正予算で先行的に図られたほか、2022年4月から保険適用がスタートした。

不妊治療の保険適用に振り向けられる財源は+0.43%となった本体改定率のうち、+0.2%分であり、診療報酬の点数については、それぞれの治療行為に点数が付けられた。具体的には、排卵のタイミングに合わせて指導する「タイミング法」は250点（3カ月に1回）、人工授精は1,820点、体外受精は4,200点などとなっている。

しかし、保険適用を通じて、不妊治療を定着させたとしても、年齢を重ねると効果が薄くなる傾向が見られる²⁹ため、これだけで少子化対策として有効なのか疑問も残る。このため、筆者としては、早い段階での治療開始に加えて、不妊治療と仕事の両立支援、さらには長時間勤務の解消、仕事と育児の両立支援、保育所などの基盤整備、男性の育児取得促進など、出産・育児を選択しやすい環境の整備も欠かせないと考えている。

を参照。

²⁸ 2020年10月26日、第203国会衆参両院本会議における菅義偉首相による所信表明演説。

²⁹ 年齢ごとの不妊治療の実績に関しては、野口晴子（2020）「不妊治療の保険適用拡大をめぐって」『週刊社会保障』No. 3091を参照。併せて、ニッセイ基礎研究所ウェブサイト掲載の乾愛（2022）「[日本の不妊治療の現状とは？](#)」を参照。

7—個別改定の内容(5)～その他の重要改定項目～

1 | オンライン資格確認

このほかにも、医療技術評価の充実や後発医薬品（ジェネリック）の使用促進など、様々な改定項目が盛り込まれているものの、複雑かつ膨大な診療報酬改定の全てを網羅する紙幅はない。ここでは筆者の関心事に沿って、「オンライン資格確認」「ヤングケアラーへの配慮」「医療的ケア児への支援」「仕事と療養の両立支援」「看護師の給与引き上げ」の順で、改定項目の概要を取り上げることにする。

オンライン資格確認とは、マイナンバーカードや健康保険証を用いることで、患者の保険資格を簡単に確認できるシステムを指す。政府の説明によると、顔認証付きカードリーダーとレセプト（診療報酬支払明細書）の請求に使うネットワークを通じて、医療機関や薬局は被保険者の資格を簡単に確認できるようになり、転職や退職、転居などで被保険者の資格が変わっていた場合でも、レセプトの差し戻し（いわゆる返戻）を減らせるメリットがある。

さらに患者にとっても、マイナンバーカードを保険証代わりに使う場合、患者が同意すれば、医療機関や薬局が過去に処方された薬剤の情報や特定健診（いわゆるメタボ健診）の結果などを閲覧できるようになるため、医療の質が向上する点がメリットとして強調されている。

これを政府は「データヘルス改革」の基盤となるシステムとして重視しており、2023年3月末までに「概ね全ての医療機関・薬局での導入を目指す」という目標を設定している。さらに消費税増税分を財源とした「医療情報化支援基金」を創設することで、医療機関や薬局による機器購入に対して助成を講じている。

その後、2021年10月からシステムの本格稼働が始まったものの、必ずしもシステムは普及していない。2022年1月23日時点で、顔認証付きカードリーダーを申し込んだ施設数は病院、医科・歯科診療所、薬局の56.9%に相当する13万39施設であるのに対し、運用を開始した施設は10.9%の2万5,043施設にとどまっている³⁰。

こうした状況の下、2022年度診療報酬改定ではテコ入れ策として、加算措置が創設された。具体的には、▽オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報や特定健診などの情報を取得した上で診療した場合、「電子的保健医療情報活用加算」として、初診は7点、再診と外来診療は4点の加算を算定できるようになった。

さらに、2024年3月末までの時限的措置として、オンライン資格確認を通じて、▽診療情報などの取得が困難な場合、▽他の医療機関から患者情報の提供を受けた場合——でも、初診で3点を加算できることになった。こうした報酬上の加算を通じて、データヘルス改革の中心となるオンライン資格確認を進めようという意図を看取できる。

しかし、診療報酬で加算を設けた場合、費用の一定額は患者負担として必ず跳ね返る。例えば、電子的保健医療情報活用加算の初診は通常のケースで7点、つまり70円の上乗せになるため、3割負担の患者負担は単純計算で21円増えることになる。既に医療情報化基金を通じて、相当な税金（公費）が助成されている事実を併せて考えると、かなりの国民負担がシステム整備に投じられている。

このため、支払側が中医協総会の席上、「診断、治療の質向上という点で患者がメリットを感じられるよ

³⁰ 2022年1月27日、第150回社会保障審議会医療保険部会資料を参照。

うな活用がなされるのか、導入促進の効果がある仕組みとなっているのか」と疑問を呈した指摘³¹は重く受け止める必要がある。どこまで国民の負担に見合ったシステムになるのか、今後を注視していく必要があるだろう。

2 | ヤングケアラーへの配慮

そのほかの改定項目のうち、2番目はヤングケアラーに対する配慮を取り上げる。ここで言うヤングケアラーとは、一般的に両親や祖父母、兄弟姉妹などを世話しているケアラーのうち、若年の人を指す³²。

国の調査では昨年、公立中学校2年生の5.7%、全日制の高校2年生で4.1%が「世話をしている家族がいる」という結果が明らかになっており、2021年6月に閣議決定された「骨太方針」（経済財政運営と改革の基本方針）では、「早期発見・把握、相談支援など支援策の推進、社会的認知度の向上などに取り組む」という文言が盛り込まれた。さらに、政府は2022年度から3年間を「集中取組期間」と位置付け、認知度向上とか、自治体による実態調査や研修の支援などを進める方針を掲げている。

自治体レベルでも、埼玉県が議員提案で「ケアラー支援条例」を2020年3月に制定した際、18歳未満のケアラーを「ヤングケアラー」と定義し、適切な教育機会の確保などをうたった。その後、三重県名張市や岡山県総社市などケアラー支援に関する独自の条例でも同様の規定が盛り込まれており、国・自治体の関心が高まっている。

今回の報酬改定では「入退院支援加算」の要件を変更することで、ヤングケアラーの支援に配慮した。ここで言う「入退院支援加算」とは病院に入院したり、病院から退院したり後も、外来や在宅医療を通じて継続的に支援できるようにするため、医療機関の連携を強化するための加算措置。現行の加算は2018年度改定で創設され、2022年度診療報酬改定では「家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童」などを加算の要件として追加することで、ヤングケアラーへの配慮を講じた。

具体的には、患者が医療機関に入退院する際、患者の家族などにヤングケアラーがいないかどうか把握するとともに、必要に応じて診療所や自治体の福祉窓口などに情報を提供した場合、入退院支援加算を受けられるようにした。

3 | 医療的ケア児への支援

第3に、医療的ケア児に対する支援である。ここで言う医療的ケア児とは、「日常・社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童」を指す。

近年は医学の進歩に伴って、NICU（新生児特定集中治療室）などに長期入院した後、人工呼吸器や胃ろうなどを使いつつ、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受ける児童が増加しており、厚生労働省の調査研究では全国で約2万人に及ぶと推計されている。2021年6月には医療的ケア児やその家族に対する支援の必要性とか、国・自治体の責務などを盛り込んだ「医療的ケア児家族支援法」が議員立法で成立し、

³¹ 2022年1月26日、中医協総会における安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)の発言。2022年1月28日『ミクス on-line』配信記事を参照。

³² ヤングケアラーに関しては、澁谷智子編(2020)『ヤングケアラー わたしの語り』生活書院、同(2018)『ヤングケアラー』中公新書のほか、三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2020)『ヤングケアラーへの早期対応に関する研究報告書』(子ども・子育て支援推進調査研究事業)などを参照。介護保険とケアラー支援の関係性については、介護保険20年を期した連載コラムの[第21回](#)でも論じた。

各自治体で相談窓口の設置などが進んでいる。3年に一度の障害者福祉サービスの報酬改定でも、医療的ケア児を受け入れる事業所に対する報酬などが2021年度から整備された。

2022年度診療報酬改定でも、医療的ケア児が学校に安心して通えるようにするため、医師が診療情報を保育所や児童相談所などに提供した場合、「診療情報提供料I」という加算を受けられるようにした。このほか、医療的ケア児に対する専門的な薬学管理についても、加算措置が設けられた。

医療的ケア児の支援に際しては、医療だけでなく、母子保健、障害者福祉、児童福祉、教育、雇用など、医療的ケア児の成長に応じて幅広い関係者の連携が求められるため、こうした加算措置などを契機に現場での連携が深まることが期待される。

4 | 両立支援

細かい改定だが、治療と仕事の両立支援に関しても制度改正が実施された。この関係では、がん患者の治療と仕事の両立を推進する観点に立ち、主治医が産業医と連携した場合、報酬上で評価する仕組みとして2018年度改定で「療養・就労両立支援指導料」が創設された。

その後、2020年度改定では加算の対象疾病として、脳卒中、肝疾患、指定難病を追加。2022年度改定では、心疾患、糖尿病、若年性認知症も対象に加えるなどの見直しが講じられた。

5 | 看護師の給与引き上げ

最後に、看護師の給与引き上げ³³に関しては、2021年10月の岸田政権発足とともに争点として浮上した。具体的には、岸田氏が自民党総裁選で、看護師の給与引き上げに臨むと表明。その後、2022年2月から9月までの措置として、新型コロナウイルスへの対応に当たっている看護師の給与を平均4,000円引き上げるために必要な全額国費の経費が2021年度補正予算で盛り込まれた。

さらに、予算措置の期限が切れる2022年10月以降の財源に関しては、2022年度診療報酬改定を通じて0.2%分が振り向けられることが決まっているが、制度設計の詳細は決まっておらず、今後は中医協で議論が進む見通しだ。

8—おわりに

本稿は2022年度診療報酬改定のうち、医療機関に対する本体改定率を巡る攻防を振り返るとともに、新型コロナウイルスを踏まえた新興感染症への対応、オンライン診療の初診からの解禁論議、不妊治療の保険適用、リフィル処方箋など各論に関して改定内容を考察した。さらに、オンライン資格確認やケアラー支援、医療的ケア児への支援など個別テーマもいくつか取り上げた。その上で、それぞれについて改定内容の意味合いや狙いを整理した。

しかし、政府が診療報酬の点数で誘導しようとしても、実効性を高められるかどうか、現場の専門職による実践と工夫に掛かっている。むしろ、国が細かく加算の要件を定めるほど、医師の判断や医療機関の経営が制度に引っ張られてしまい、「目の前の患者よりも報酬上の加算」といった判断に流れてしまう危険性がある。

³³ 看護師を含めたエッセンシャルワーカーの給与引き上げに関しては、2022年2月28日拙稿「[「エッセンシャルワーカーの給与引き上げで何が変わるのか」](#)」を参照。

例えば、新興感染症への対応に関して言うと、診療所レベルでの加算措置とともに、病院や都道府県との連携も要件として加えられたが、加算の要件を満たすための見掛け上の「連携」ではなく、中身や実態を伴う形にしていく必要がある。つまり、診療報酬改定の加算・要件を見るだけでは意味がなく、社会情勢や医療制度全般の論議を踏まえることが重要である。

同様の点については、ヤングケアラーや医療的ケア児への支援など、その他のテーマでも共通して言えることである。改定内容を効果的にしていく上で、「報酬の要件にどう合わせるのか」という視点だけではなく、その背後にある判断や狙いなども意識しつつ、現場に即した関係者の工夫や連携などが重要となる。

(下) では、急性期病床の削減や在宅医療の充実を目指す地域医療構想や外来機能分化、医師の働き方改革など、医療提供体制に関する改定項目を一括して取り上げた上で、今後の論点を考察する。