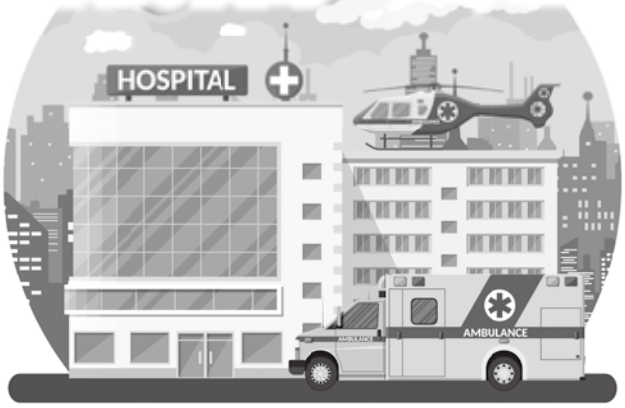
改定の議論の進捗」



昨年から医療現場では、新型コロナウイルス感染症の流行への対応に追われているが、２０２２年度は改正医療法による外来機能報告制度の創設と診療報酬改定という二つの大きなトピックがある。

既に一般病床と療養病床を持つ病院・診療所には病床機能報告が義務づけられているが、改正医療法により22年10月からは外来機能報告も行うことになる。

患者が医療機関を選択するにあたり、外来に関する機能の情報が十分には得られない状況にあり、また大病院志向によって大規模な病院に患者が集中しがちとなっている。それにより患者にとっては待ち時間が長くなり、勤務医師らには外来の負担が大きく長時間労働の一因にもなっている。こうした課題を解決するため、医療機関が外来機能を報告し、その内容を踏まえて地域で外来機能の明確化・連携で必要な協議を行う。その結果、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確化し公表することで、まずはかかりつけ医等を受診し、必要に応じて基幹的な医療機関に紹介、治療などの後にかかりつけ医等に逆紹介するという流れの構築を想定している。

また、この仕組みは昨年末に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」に盛り込まれた「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」にも関連している。紹介患者への外来を基本とする医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）のうち一般病床２００床以上の病院について、紹介状なしで外来受診した場合の定額負担を患者に求めることとしており、22年度中に定額負担の対象の明確化を図る。

外来機能報告制度の創設を目前に控え、厚生労働省は内容を議論する場として「外来機能報告等に関するワーキンググループ」を開催し、医療資源を重点的に活用する外来の具体的な項目や外来機能報告の項目、地域における協議の場、基幹的に担う医療機関の基準、紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析などを検討している。

ワーキンググループでは、9月中旬までに主だった論点の議論の一巡目を終了した。現在実施している紹介・逆紹介に関する医療機関調査などの結果を踏まえ、秋以降に詳細を

特集

～新制度への対応と2022年度の改定を占う～

Featured Articles

「外来機能報告制度と22年診療報酬

病床機能報告に続き、2022年度からはすべての一般・療養病床をもつ病院、診療所に対し外来機能報告が義務づけられ、医療機関の機能が詳細に公開されるようになる。医療機関の機能分化・連携を議論する上で、入院だけでなく外来機能も「見える化」することで医療機能の集約化への議論が進むことを国は期待している。

また、2022年度に行われる診療報酬改定は９月中に中央社会保険医療協議会で中間整理が行われ、いよいよ10月から具体的な改定内容の議論に移行した。そこで11月号特集では、外来機能報告制度について現時点で見えてきた実態と、中医協での前半の議論のポイントを二部構成で紹介する。新たな制度や改定を見据え、今後の体制整備に役立てていただきたい。

詰めていき、12月中には最終的なとりまとめを行う。第1部では現在までに明らかになった外来機能報告の仕組みなどを紹介していきたい。

また、22年度診療報酬改定については、同様に中央社会保険医療協議会が9月末でコロナ・感染症対策、外来、入院、調剤、歯科、在宅、個別事項の各論点の議論を一巡しており、10月からは具体的な論点を掘り下げた議論が開始されている。

1巡目では新型コロナに対する経過措置や特例措置の取扱いが焦点となっていた。20年度改定で行われた施設基準の経過措置などは2回の延長を経て、コロナ患者の受け入れ病院などに対する経過措置は21年度末まで継続することになった。今年4月から設けられていた全患者を対象にした外来1回5点、入院1日10点を上乗せしている診療報酬の特例措置や、介護報酬の基本報酬に0.1％上乗せする措置は、日本医師会や病院団体、介護関係団体が延長を求めていたが、財務省が強く反発し9月末で終了した。一方で、コロナ患者対応医療機関に対し、自宅・宿泊療養者の緊急往診の報酬や、抗体カクテル療法の投与などへの報酬引き上げなどに手厚い措置が講じられることになった。冬期の感染拡大に備えて万全を期すものとなっている。

2巡目の議論では、今回のコロナ対応を踏まえた入院・外来機能の評価のあり方が課題となりそうだ。国はこれまでにコロナ関連で特例措置や補助金を頻発しており、各病院団体の調査ではとくに今年に入って病院の経営状況が改善していることが明らかになっている。コロナ感染拡大で医療崩壊の状況にあった第4波、第5波が収束し、ワクチン接種が進んで重症化する患者が減少していることから、後半戦では財務省のマイナス改定への圧力が強まっていくとみられる。入院では支払側が18年度改定で実施された入院医療の評価体系の見直しを強く求めており、今後の行方が注目される。首相は交代したが、菅義偉前首相の肝いりであった初診からのオンライン診療の恒久化、不妊治療への保険適用などは引き続き議論されていく。

特集の第2部では、こうした中医協での1巡目の議論を振り返ることで全体を概観していく。次回改定のポイントを掴み、2巡目の議論を注視してほしい。

（文／編集部）

第1部　外来機能報告制度

初年度は基幹医療機関を中心に議論
届け出逃れには協議の場に出席求む

外来機能報告制度創設の直接の出発点は、政府の全世代型社会保障検討会議における議論だった。

それまでの骨太の方針などで病院と診療所の機能分化やかかりつけ医機能の推進などが謳われていたが、2019年からの同会議の議論で、外来受診時定額負担のあり方が俎上に載った。19年12月の中間報告では、紹介状のない患者が大病院を外来受診した場合の初診時・再診時の定額負担について、患者の負担額を増額し、増額分は公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を打ち出しつつ、対象を病床数200床以上の一般病院に拡大することが記載された。20年夏頃に最終報告をまとめ、遅くとも22年度初めまでに改革を実施するとしたことから、20年1月には社会保障審議会医療保険部会と医療部会で具体的な枠組みの検討を開始した。議論が本格化する矢先に新型コロナウイルス感染症の感染拡大で中断したのは周知のとおりだ。

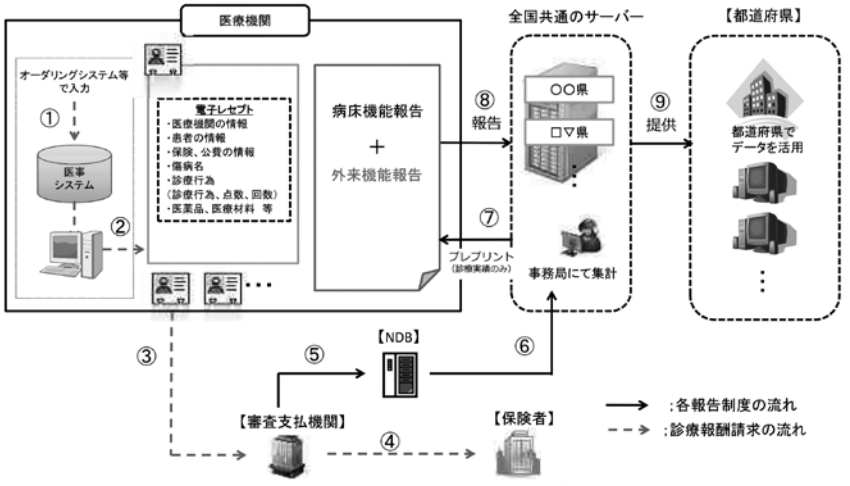
同会議の最終報告は年末に延長され、医療保険部会や医療部会は秋からようやく議論を再開。定額負担の対象は当初200床以上としていたが、部会などでの議論では「200床以上」という線引き自体を疑問視する意見があったことから、方向転換が図られた。同年12月の最終報告では、定額負担の対象は地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」で一般病床200床以上の病院に限定。現在、定額負担の対象となっている特定機能病院（86病院）と200床以上の地域医療支援病院（580病院）のほか、一般病床200床以上の病院は688病院あるが、同外来として明確化された病院のみとなるため、実際に指定される病院は限られそうだ。

改正医療法での規定内容

併行して開かれた社保審医療部会などの議論を基に、外来機能報告を法制化する改正医療法が策定され、21年5月に成立した。改正医療法で規定されたのは、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、報告を踏まえ、「地域の協議の場」で外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。そこで「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化するというもの。22年4月1日に施行する。

具体的な枠組みを議論するのが厚労省の「外来機能報告等に関するワーキンググループ」だ。検討事項は①外来機能報告（実施方法やスケジュールなど）、②「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目や、同外来の名称、③「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国が定める基準、④地域における協議の場での検討の進め方など、⑤その他の検討事項（紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等をどのように進めるか）の大きく五つ。医療資源を重点的に活用する外来の機能などは、20年末に「医療計画の見直し等に関する検討会」の報告書で大枠を示しており、ワーキンググループではさらに詳細な設計を行っている。9月末までに、③を

（図表1）　外来機能報告の報告までの流れのイメージ



出典：第2回外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

除く各項目を1回議論しており、10月以降に2巡目の議論を行い12月中に取りまとめる方針。

ここからは①～⑤の項目ごとに現在までに分かっている情報を整理していく。（図表1）

■外来機能報告の報告内容

外来機能報告の報告項目について、改正医療法では、①医療資源を重点的に活用する外来の実施状況②「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無③地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他厚生労働省令で定める事項―の三つを規定している。

外来機能報告は地域の外来機能の明確化・連携のためのものであり、その報告項目は「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）の明確化に資するもの」と「地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議に資するもの」の二つの観点で整理している。前者は医療資源を重点的に活用する外来の実施状況と、基幹的医療機関となる意向の有無、紹介・逆紹介の状況など、後者は同じく重点的活用外来の実施状況、その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況、救急医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、高額等の医療機器・設備の保有状況などをあげた。

具体的な報告項目の案として、①の項目は（図表2参照）、医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告する概況報告と、主な項目の実施状況を報告する詳細報告を設ける。概況では、例えば初診（再診）の外来の患者延べ数と、そのうち重点的に活用する外来の患

（図表2）　**外来機能報告の報告項目（案）** 一部抜粋

○ 外来機能報告の報告項目について、以下のような報告項目（案）を検討してはどうか。

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

・国から医療機関に NDB により前年度 1 年間（4 ～ 3 月）の実施状況データを提供、医療機関は当該データを確認して報告

・地域の協議の場での協議に資する観点から、概況と詳細項目に分けて整理

①医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況〔NDB で把握できる項目〕

・医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

＜報告イメージ（案）＞

	人数	初診（再診）の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	人	―
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	人	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	人	―
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	人	―
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	人	―
再診の外来の患者延べ数	人	―
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	人	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	人	―
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	人	―
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	人	―

②医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細〔NDB で把握できる項目〕

・医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

＜報告イメージ（案）＞

	人数
初診の医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	人
外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ数	人
外来放射線治療加算を算定した外来の患者延べ数	人
CT 撮影を算定した外来の患者延べ数	人
MRI 撮影を算定した外来の患者延べ数	人
PET 検査を算定した外来の患者延べ数	人
SPECT 検査を算定した外来の患者延べ数	人
高気圧酸素治療を算定した外来の患者延べ数	人
画像等手術支援加算を算定した外来の患者延べ数	人
悪性腫瘍手術を算定した外来の患者延べ数	人
…	…

	人数
再診の医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	人
外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ数	人
外来放射線治療加算を算定した外来の患者延べ数	人
CT 撮影を算定した外来の患者延べ数	人
MRI 撮影を算定した外来の患者延べ数	人
PET 検査を算定した外来の患者延べ数	人
SPECT 検査を算定した外来の患者延べ数	人
高気圧酸素治療を算定した外来の患者延べ数	人
画像等手術支援加算を算定した外来の患者延べ数	人
悪性腫瘍手術を算定した外来の患者延べ数	人
…	…

(2)「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無

①「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無

〔NDB で把握できない項目〕

・国の基準を踏まえ、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無を報告

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

①その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDB で把握できる項目〕

・地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

②救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、省略可）

・休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

③紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）〔NDB で把握できない項目〕

・紹介率・逆紹介率を報告（初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数）

※紹介率・逆紹介率の定義は、地域医療支援病院における定義、特定機能病院における定義を踏まえて検討する必要

・紹介率 ･･･ 例：他の病院･診療所から紹介状により紹介された者の数／救急搬送患者を除き、初診があった患者の数

・逆紹介率 ･･･ 例：他の病院･診療所に紹介した者の数／救急搬送患者を除き、初診があった患者の数

④外来における人材の配置状況

〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可）

・医師について、施設全体の職員数を報告

・看護師、専門看護師･認定看護師･特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※勤務時間の概ね 8 割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の 8 割未満となる場合は、外来部門の職員として計上（病床機能報告と同様の計上方法）

⑤高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、省略可）

・マルチスライス CT（64 列以上、16 列～ 64 列、16 列未満）、その他の CT、MRI（3 テスラ以上、1.5 ～ 3 テスラ未満、1.5 テスラ未満）、血管連続撮影装置（DSA 法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）の台数を報告

【「第２回外来機能報告等に関するワーキンググループ」資料をもとに編集部作成】

者延べ数を報告することで、初診（再診）に占める割合を算出する。詳細では、医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数のうち、「外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ数」など主な項目の実施状況を報告する。報告項目の多くは、医療機関の負担軽減のためにＮＤＢで把握できるものを基本とする。後述するように、国がＮＤＢデータから実施状況を医療機関に提出し、それを活用できるようにするほか、病床機能報告と重複するものは省略できるようにする方針だ。

②の基幹的に担う医療機関となる意向の有無は、国が定める基準を基に各医療機関が個別に判断して報告する。

③地域の外来機能の明確化・連携で必要なその他の事項は、「生活習慣病管理料を算定した患者延べ数」など、地域の外来機能の明確化などのために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況をＮＤＢを通じて把握する。救急医療の実施状況や外来の人材の配置状況、高額等の医療機器・設備の保有状況は、既に病床機能報告で把握しているため、省略可能だ。外来の人材の配置状況は、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師などの追加項目がある。

紹介・逆紹介の状況はＮＤＢで把握できないため、月単位の初診患者数と紹介患者数、逆紹介患者数を基に紹介率・逆紹介率を報告する方針。紹介率などは地域医療支援病院と特定機能病院で定義が異なっている。例えば、紹介率は地域医療支援病院が「紹介患者の数／初診患者の数」であるのに対し、特定機能病院では「（紹介患者の数＋救急用自動車によって搬入された患者の数）／初診患者の数（休日または夜間に受診した患者の数を除く）」となっている。この定義の違いは今後整理していく。

■「重点的に活用する外来」の項目

「医療資源を重点的に活用する外来」は、さまざまな外来機能のうち、かかりつけ医機能を担う医療機関等から紹介を受けた患者に提供することが基本となるものと定義している。医療計画の見直し等に関する検討会では同外来の機能を①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来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た機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）の3類型に整理している。

ＮＤＢで分析できる診療報酬の外来の項目から、「Ｋコード（手術）を算定」「Ｊコード（処置）のうちＤＰＣ入院で出来高算定できるものを算定」「Ｌコード（麻酔）を算定」などのいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとするとした。

②は「外来化学療法加算を算定」「外来放射線治療加算を算定」「短期滞在手術等基本料1を算定」などに該当した外来受診とする。③は「診療情報提供料Ｉを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該『別の医療機関』の外来」をあげた。紹介患者の外来受診には紹介元医療機関の専門外の診療科に対する一般的な医療機関への紹介も考えられるが、現状ではＮＤＢで抽出することが困難であるため対象としない。

このほかに透析は医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するとして、同外来に含めるとした。高額な医薬品は院外処方が分析対象になっておらず、院内処方で算定する件数は少ないとみられることから含めないとしている。

■「協議の場」は調整会議など活用

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）や、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携を協議する「地域の協議の場」については、既存の地域医療構想調整会議などを活用する方針だ。外来医療をめぐっては、国はこれまで都市部で無床診療所の開設が相次ぎ、地域や診療科の偏りが課題になっていたことから、20～23年度を計画期間とする外来医療計画を都道府県が策定している。同計画を検討するにあたり、地域医療構想調整区域ごとに協議の場を設けて地域で不足する外来医療等を話し合い、新規に開業するデータを示す仕組みを構築している。実際に、都道府県の外来医療計画に関する協議の場の94％は地域医療構想調整会議を活用している。

メンバーは、郡市区医師会などの地域の学識経験者、代表性を考慮した病院・診療所の管理者、医療保険者、市区町村などが望ましいとした。議論の際には、国が示す重点的活用外来を基幹的に担う医療機関の基準に該当するが、外来機能報告で同医療機関となる意向を示さなかった医

療機関と、国の基準には該当しないが基幹的医療機関となる意向のある医療機関の出席を求める。患者負担が増加することなどを理由に、基幹的医療機関となることを希望しない医療機関が出てくることが想定される。基幹的医療機関となるか否かは、最終的には協議の場の議論とその医療機関の意向によって決まる。基幹的医療機関が増えなければ本来の制度の趣旨が損なわれることから、それを防ぐために協議の場でなぜ希望しないかを尋ね、地域性や医療機関の特性などを考慮して議論することになる。協議に直接出席させる方法のほか、当該医療機関にならない理由を文書提出のみとすることも認める。

協議の場の1回目の議論で医療機関の意向と異なる結論となった場合には、当該医療機関に再度検討を行ってもらい、その結果を受けて2回目の協議を行う。重点的活用外来を基幹的に担う医療機関は医療機関の意向と協議の場の結論が一致したものに限り、都道府県が結果をとりまとめて公表する。

■紹介・逆紹介の推進など

紹介・逆紹介については、NDBから得られないデータを把握することなどを目的に、厚労省が8月に調査を実施しており、その集計・分析を受けて具体的な基準を検討する。調査では、全国の病院、有床・無床診療所から3万施設程度を対象に、医療機関の基本情報・体制（医療機関名、所在地、病床数、診療科、高額医療機器の台数等）、紹介・逆紹介の状況（初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数等）、地域の医療機関との連携状況（地域連携パスの利用状況等）、外来の人員体制などを把握している。

国民への周知方法も議論されており、地域での協議プロセスの透明化を図るため、協議の場での提出資料のうち患者情報や医療機関の経営に関する情報などは除き、資料や協議結果を公表する。基幹的医療機関は広告可能にすることや、医療機能情報提供制度の項目に追加することも検討する。都道府県は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況と、個々の基幹的医療機関の医療機関の機能・役割についてホームページなどを通じて周知する。国は基幹的医療機関などの制度上の仕組みや、受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等を周知する。

■「基幹的に担う医療機関」の基準

外来機能報告のスケジュール

「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国が定める基準はまだ議論していないことから明示されていない。協議の場の項でも記述したとおり、基幹的医療機関となるか否かは実質的に医療機関側の手あげになる。国の基準を満たしていても患者負担増を懸念し届け出ない可能性がある。協議の場で、そうした医療機関を出席させてなぜ届け出ないかなどを尋ね協議するが、最終的に協議の場と医療機関の意向が一致した場合のみ基幹的医療機関として公表される。22年度診療報酬改定で基幹的医療機関への誘導策を講じることが考えられるが、実際にどれほどの医療機関が誕生するかは未知数だ。

また、「重点的に活用する外来」を含めて名称が難解であることから、厚労省は年末までの議論でわかりやすい名称案を示す方針だ。

外来機能報告のスケジュールは、病床機能報告と同様に、4月頃に対象医療機関を抽出してNDBデータ（前年度4～3月）を集計し、9月に対象医療機関に報告の依頼とNDBデータの提供、報告用ウェブサイトの開設を行う。報告の依頼やデータ提供は病床機能報告と一体的に実施する。10月末までに医療機関が報告し、12月中には10月末までに報告されたものを集計して都道府県にとりまとめを提供する。翌年1～3月に地域の協議の場で協議し、都道府県が重点的活用外来を基幹的に担う医療機関を公表する。

初年度となる22年度は、基幹的に担う医療機関を年度内に公表しなければならないことから、地域の協議の場での議論は同医療機関の内容を中心とする方針。外来医療のデータや議論の蓄積が少ないため、紹介・逆紹介の状況を含め厚労省から提供されたデータと医療機関の意向を基に議論する。地域の外来機能の明確化・連携は次年度以降に協議する。

外来機能報告は病床機能報告と異なり、無床診療所の一部では他の医療機関からの紹介患者を受けたり高額な医療機器などでの検査を実施したりするところもあるため、任意で報告できることが医療法に規定されている。無床診療所の取扱いは現状では明確にはなっていないが、報告を呼びかけて希望するところには必要な情報を提供するなどの方策を検討していく。

第2部　診療報酬改定

新型コロナの特例は拡充続く
強まるマイナス改定の圧力

2022年度診療報酬改定に向け、中央社会保険医療協議会では7月からコロナ・感染症対応、外来、入院、在宅、歯科、調剤、個別事項（不妊治療の保険適用や、働き方改革の推進、医薬品の適切な使用の推進、歯科用貴金属の随時改定）の各項目を議論してきた。

1 コロナ・感染症対策

特例はコロナ対応病院に限定

1巡目の議論で焦点となったのは、新型コロナウイルス感染症対応だ。22年度改定の議論を開始した7月7日の総会では、のっけからコロナ・感染症対応をテーマに議論した。

20年度改定の諮問・答申の直後から新型コロナが国内で感染拡大し、政府は補正予算や予備費等などを通じて、新型コロナに対応する医療機関等への交付金などの各種支援を講じている。

診療報酬では、20年4月に感染患者の外来診療で院内トリアージ実施料、入院管理で救急医療管理加算等を算定できるようにしたのを皮切りに、各種加算の増額などの多様な特例措置を講じている。小児をはじめとする利用控えを背景に、さらなる支援策を21年度予算で計上し、21年4月1日からは乳幼児の外来診療で初再診にかかわらず患者ごとに医科100点、歯科55点、調剤12点（10月以降はそれぞれ50点、28点、6点）などを年度末まで特例的に算定できるようにした。感染予防策はすべての医療機関に必要だとして、かかり増し経費をみる趣旨で今年4月から外来初・再診は1回あたり5点、入院は1日当たり10点、訪問看護は1回あたり50円などを算定できるようにした。この措置は9月末までで、10月以降は感染状況などを踏まえて年度前半の措置を単純延長することも含めて検討することとしていた。

また、20年度診療報酬改定で当初は同年9月末までとしていた実績要件の経過措置（急性期一般入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引上げなど）は21年3月末までに一度延長され、さらに21年3月の中医協での議論の結果、同年9月30日に延長された。地域医療体制確保加算の救急搬送受け入れ件数など、施設基準等で年間実績を使用しているものは、本来は21年4月1日から20年の実績を使用することになっているが、新型コロナの影響が見通せないことから、同じく21年3月の総会で、9月30日までは19年の実績値で反映してもよいこととしている（コロナ病床を割り当てられている医療機関は22年3月31日まで）。

同日の総会では、事務局がレセプトの算定件数の推移などを示した。それをみると、20年4～5月は前年同月を大きく下回っていたものの、その後増加に転じ21年3月と4月は19年の同月比96・2％とほぼコロナ前の水準となっていた。医科では外来は21年4月が19年同月比95・3％だったが、入院は99・9％に改善し、レセプト点数もコロナ前と同水準を保っていた。こうした状況を背景に、6月18日に閣議決定した骨太の方針2021では、「感染症を踏まえた診療報酬上の特例措置の効果を検証するとともに、感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する」と記載されている。

診療側委員からは「医療機関の感染対策や十分な体力の回復を行うため、現在の特例的な対応を継続していただきたい。」（松本吉郎委員＝日本医師会常任理事）など、9月末に終了する措置の延長を求める意見が相次いで出された。これに対し、支払側委員は特例の終了を求め、議論は平行線を辿っていた。

9月15日の総会では、20年度診療報酬改定の経過措置を議論し、コロナ患者を受け入れている医療機関に対しては22年3月末まで延長することが提案され承認した。

3月の総会で経過措置の2回目の延長を承認するにあたり、医療機関などの実情を適切に把握する観点から、施設基準を満たせないなどを理由に経過措置延長の対象となる医療機関に対しては実績を届け出るよう求めている。同日の総会はその実績が紹介された。

それによると、施設基準の経過措置を設けた項目で、施設基準要件を満たしていないと報告があったのは

病院161、訪問看護ステーション16だった。病院の内訳は①新型コロナの重点医療機関37、②協力医療機関31、③①と②ではないがコロナ患者受け入れ病床を割り当てられた病院17、④①～③ではないがコロナ患者等の受け入れや職員派遣等を行った病院35、⑤①～④のいずれにも該当しない病院41だった。

急性期一般入院料1で本来2以下に変更されるものは34病院あり、施設基準要件を満たさない理由には受診控え（外来、入院患者の減など）や受け入れ制限（外来・入院患者受入制限など）、転院受け入れ・拒否（普段と異なる病態の患者受け入れや転院可能な患者の転院先が少ないなど）、病棟の運用（コロナ対応で看護配置など変更）、クラスター発生、改定前後の基準に該当するもの（改定前の基準なら満たしているが改定後の新基準だと満たせていない）が挙げられた。①～④に該当しない医療機関ではクラスターなどコロナ関連の要因よりも、改定前の基準なら満たすが改定後の新基準は満たせないという理由が比較的多かった。

年間の診療実績で届出があったのは病院67、診療所2、歯科診療所1、薬局156、訪問看護ステーション2だった。

調査結果を受け、経過措置の特例の対象となる医療機関は一部に止まり、コロナ患者受け入れ病床を割り当てられた対象医療機関は割り当てられていない医療機関に比べコロナ関係で直接的に診療に影響を受けていると分析。コロナ患者受け入れの重点医療機関、協力医療機関、コロナ患者受け入れ病床を割り当てられた医療機関は22年3月31日まで経過措置を延長するが、それ以外は9月末で終了するとした。

また、年間の診療実績を求める施設基準については、特例の対象となる医療機関は僅少だったが、今後のコロナの変化を正確に予測できないとして、これまで示した取扱いのとおり、重点医療機関等は22年3月31日まで特例措置を利用でき、その他の医療機関は9月末で終了した。

次いで、9月末に終了する初再診への加算などについては、期限を直前に控えた9月28日の会見で、田村憲久厚生労働大臣（当時）は新型コロナ対策のかかり増し経費に対する診療報酬の加算は9月末で終了し、10月からは補助金などで支援していく枠組みに変更することを発表した。10月1日から12月31日までの感染防止対策の費用が対象で、国の補助金により病院・有床診療所（医科、歯科）は10万円、無床診療所（同）は8万円、薬局・訪問看護事業者・助産所は6万円をそれぞれ上限に補助する。

併せて、冬期の季節性インフルエンザの流行に備え、新型コロナ患者の診療を行う医療機関に対してはさらに診療報酬上の特例を設けた。

議論の後半に向け、厚労省は通常の医療経済実態調査のほかに新型コロナの影響をみるため21年6月と、比較対象として19年6月、20年6月の単月調査を実施している。この調査結果が11月頃に報告される予定で、22年度改定での新型コロナ対策を議論することになる。

2 外来

オンライン診療の詳細は年末か

7月7日の総会では、外来もテーマとした。

外来医療では、第1部でも紹介したように、定額負担の対象拡大に関する措置が焦点となる。紹介状なしで受診する場合の定額負担の導入等について、20年12月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」では、対象を現行の特定機能病院と200床以上の地域医療支援病院から、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院に対象範囲を拡大することが盛り込まれている。紹介状なしで敢えてこれらの医療機関に受診する患者に対し、保険給付の範囲から一定額（初診の場合、2000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるような仕組みを拡充するとしている。

また、オンライン診療では新型コロナ対応の特例として20年4月から初診時も認められているが、政府は22年度からは恒久化する方針。21年6月18日閣議決定の規制改革実施計画では、初診時のオンライン診療の恒久化とともに、対面診療との関係を考慮して診療報酬上の取扱いなどを検討することが盛り込まれている。現状では対面診療に比べ低い点数となっているが、さらなる評価が規制改革会議などから要請されるとみられる。厚労省は医政局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で、恒久化に向けた具体的な要件などを検討しており、秋に指針を改訂する予定。それに併せ、報酬上の措置も検討していく。ただ、10月末に衆院選が行

われ、政治マターであるオンライン診療の詳細に踏み込むのは年末ぎりぎりになる可能性もある。

3 入院

18年度の評価体系の再見直しを求める声も

8月25日の総会では、入院医療を議論した。事務局が示した論点では、医療機能の分化・連携を促進する入院医療の提供体制の評価のあり方とした。議論で支払側は、18年度改定で見直した入院の評価体系について、地域医療構想の実現に向けて強力な見直しを行うべきと主張したのに対し、診療側は新型コロナ禍では現状を維持することが必要とした。

入院医療の評価体系は18年度改定で、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分の二つを組み合わせた新たな評価体系に再編・統合された。このうち、急性期医療では18年度改定前の7対1に相当する要件を適用する急性期一般入院料1と、入院料2～7に細分化され、機能に応じて弾力的に変更できる緩やかな下り坂が設定された。

20年度改定では重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合などを見直しており、急性期一般入院料1は必要度Ⅰで該当患者割合31％、必要度Ⅱで29％と、それぞれ旧制度の30％、25％から引き上げた。また、必要度のB項目を患者の状態と介助の実施に分けた評価とし、「根拠となる記録」を不要とする負担軽減策も講じた。入院医療の実態調査によると、19年と20年の改定前後で必要度Ⅰの該当患者割合に変化はなかったが、必要度Ⅱでは急性期一般入院料5を除いて改定前よりも改定後のほうが高く、要件見直しによって算定しやすくなった状況がうかがえた。

慢性期医療のうち、療養病棟入院基本料では医療区分2・3の占める割合が入院料1は95％以上が最も多く、入院料2は50％以上55％未満と75％以上80％未満が多く、経過措置では50％未満と50％以上の病棟が両方存在した。行われている医療をみると経過措置はリハビリテーションの実施数が多く、療養病棟入院基本料としての役割からずれている可能性があるとみられる。また、経過措置1は20年度改定で療養病棟入院料2のマイナス15％に評価を見直すとともに、次回改定（22年度）時に経過措置の終了時期を改めて検討するとしており、その措置を予定どおり終了するかも論点となる。

入院医療の評価体系について、支払側の幸野庄司委員（健保連理事）は「24年から新たな医療計画が始まり、22年をめどに地域医療構想の協議が進められていることが重要とされている。今までの延長線ではなく、今までと異なる施策が必要になる」と、22年度改定では地域医療構想を見据えた報酬体系を検討するよう求めた。これに城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、医療機関は新型コロナ禍への対応で厳しいとして今改定での対応に難色を示した。

療養病床の経過措置の取扱いで池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は「地域事情もあるので、患者に迷惑をかけることがないようにしてほしい」と丁寧な議論を求めたのに対し、幸野委員は「予定どおり経過措置は廃止すべき」と主張した。

4 在宅

支払側は訪問看護の増加を懸念

今後の高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携で需要が大幅に増加すると見込まれる在宅医療。8月25日の総会では、在宅療養支援診療所の数が伸び悩んでいる状況から、要件緩和を図るよう求める意見が多数出された。

在支診は２００６年度改定で創設され、当初は増加傾向にあったものの現在は横ばいの状況が続いている。在支診の届出を行わない理由は「24時間の往診担当医の確保が困難」が8割を超えた。また、18年度改定で在支診以外の診療所がかかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携で24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として継続診療加算が新設されたが、算定しない理由には「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」が最も多かった。

厚労省は論点に質の高い在宅医療を十分な量提供できるようにするための診療報酬のあり方をあげた。城守委員は在支診の届出は24時間３６５日の対応が障壁となっているとして、「例えば、すぐに入院できる医療機関などと連携したチーム医療ができるような工夫が必要となる」と提案した。また、在宅専門診療所とかかりつけ医の実施の差別化を求めた。幸野委員は「量の確保のために安易な要件緩和や評価引上げを検討するのではなく、質の確保を前提に、かかりつけ医を中心に進め

ていくことが重要」と述べた。

訪問看護では、訪問看護ステーションの医療費の伸び率が大きく、利用者の主傷病は「精神及び行動の障害」が4割で年々増加している。幸野委員は医療保険での伸び率が二桁となっている点にふれ、「パイは大きくはないが、全体の医療給付費に影響を与えるおそれがある。患者の状態に応じた適切な訪問看護が行われているか心配している」と、訪問の頻度や訪問する職種などを医師が指定すべきと主張した。

5 歯科

かかりつけ歯科医機能の明確化を

歯科を議論した8月4日の総会で、厚労省はかかりつけ歯科医に求められる機能や医科歯科連携等の他職種連携を推進するための対応などを論点に示した。

歯科の診療報酬上の評価では、18年度改定でかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所にう蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加し評価を引き上げたほか、周術期等口腔機能管理料の見直しなどかかりつけ医との情報共有連携の評価を行った。

論点に対し、支払側から幸野委員はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、国民への見える化が十分果たされていないと指摘するとともに、同診療所のみ算定できる加算があることから「プレミアム価格を継続するなら、在宅医療実施が年間5回などの実績要件の見直しが必要ではないか」などと迫った。

6 調剤

地域連携薬局などの評価が焦点

調剤の1回目の議論は7月14日に行った。

薬機法の改正により、20年9月1日に調剤後も継続的な服薬指導や服薬状況等の把握を行うことが薬剤師の業務に加えられ、21年8月1日施行分では、入退院時の医療機関との情報連携や在宅医療等に一元的・継続的に対応できる薬局として地域連携薬局を、がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局として専門医療機関連携薬局の認定制度が創設された。地域連携薬局と専門医療機関連携薬局として認定された薬局の評価が今後議論されていく見通し。

総会の議論では、大病院などの敷地内に開設されている敷地内薬局について、評価を疑問視する意見などが相次いで出された。有澤賢二委員（日本薬剤師会常任理事）は「機能が院内薬局と変わらないならば保険指定している必要がない。今後の議論で論点として明示してほしい」と要請した。松本委員も院内薬局との違いなどを整理すべきとした。

7 個別事項

不妊治療は関連審議会で併行して議論

7月21日の総会では、個別事項を議論した。そのうち、不妊治療の保険適用は菅前首相の肝いりで22年度改定で実施される。

現在の不妊治療は検査から男性不妊・女性不妊の治療に対しては保険適用されるが、原因の分からない機能性不妊で夫婦間で行われる人工授精、特定不妊治療は保険適用外となっている。18年時点での体外受精・顕微授精による出生児数は総出生児数の6・20％で年々割合が増加している。

21年3月末には不妊治療に関する実態調査の最終報告が行われており、6月23日には日本生殖医学会がガイドラインを作成・公表した。同日の総会で、厚労省は医療技術、医薬品、医療機器等、具体的な算定要件や施設基準等について、ガイドラインの記載事項を参考として個別に検討するとした。医薬品等の有効性・安全性等の確認、薬機法上の承認の可否等は薬事・食品衛生審議会、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議で検討する。

有効性や安全性等を確認した結果、今改定では保険適用とならなくても今後の保険適用を目指すものについては、先進医療等の保険外併用療養費制度を活用する。保険医療機関から申請を受け付けて先進医療会議で技術的な審議を進めるとした。

24年4月に医師の時間外労働の上限規制が適用されるのに併せ、22年度改定での論点として、医療従事者の働き方改革の取り組みに対する診療報酬のあり方が挙げられた。

働き方改革をめぐる診療報酬上の措置としては、20年度改定で地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関で適切な労務管理等を実施することを前提とした地域医療体制確保加算が新設されている。

同加算について、診療側は現行の対象を拡大するよう求めている。

（文／編集部）