

次期診療報酬改定 議論始まる

外来の機能別点数改廃が焦点

OTC類似薬は選定療養想定大

2026年度診療報酬改定(6月1日実施)へ向けた

具体的内容の実質的な議論が、7月16日、中医協総会で

始まった。診療報酬改定は①財源となる総枠(改定率)の議論と、②具体的な点数項目の議論が並行して進む。

総枠の議論は年末の予算編成に向け、厚労省と財務省の間で進み内閣が改定率を決定。点数項目は新設や改編、廃止など中医協で議論が行われ、厚労大臣に諮問し決定となる。

今回は、取り沙汰されるOTC類似薬の保険外しが、保険給付範囲問題とし

て重なることになる。

外来機能報告の 点数評価は違反

7月16日の中医協総会の

議論のテーマは「外来」。人口構成や診療所数の推移、外来受療率や外来患者の年齢階級別推移など

もに、受診延べ日数や診療科別1診療所あたり月額医療費など、現状に関する詳細な資料が提示された。「診療報酬上の評価」としては、①初再診料の回数、②かかりつけ医機能の評価、③外来機能の分化、④情報通信

機器を用いた診療等があげられた。

議論では、支払側が24年度改定で大幅再編・算定制限が導入された生活習慣病管理料に關し、「一定の政策効果が現れている」と評価。その上で特定疾患療養管理料に關し、「気管支喘息、慢性胃炎の算定回数が伸びている」と問題視。「必要に応じてさらに見直すこと

が課題」、「外来管理加算と併せて検討させてもらう」と発言。医療側の日医からは、要件化された療養計画書の作成や計画書への患者

の署名取得に「臨床現場は難渋している」、「影響を検証し修正すべき点は検討を深めていくことが必要」と反論している。

医療法に基づく「かかりつけ医機能報告」が来年度から実施となる。これを巡り、1号機能、2号機能に於いて診療報酬評価と絡めた評価を説く支払側に対し、医療側の日医は、この報告制度は「診療報酬上の評価と結び付けて議論されるものではない。あくまでも都道府県が最適な医療体制を構築するために必

要な制度」と基本認識を提示。この報告制度の創設経緯を踏まえ釘をさした。

その一方、現行の報酬評価が実態的になかりつけ医の役割や機能を十分に点数評価していない旨に触れ、その評価の必要性を説いている。

ほかには整形外科や、皮膚科、耳鼻咽喉科の受診延べ日数の多さを捉え、「専門科外来の包括評価」の設定が問題提起されている。

整形等専門科の
外来包括化浮上

前回鳴り物入りの、ベアスアップ評価料を巡り、中医協分科会(8月21日)で診療所と歯科診療所の届出が

4割弱となったと示されたが、目標のベアスアップ4.5%に届かず、1%も不足と問題化されている。

なお、この春の財政制度等審議会「建議書」では、診療所や中小病院の診療報酬の点数項目の改廃に言及。再診料の「外来管理加算」の包括化や初診料の「機能強化加算」廃止を唱えており、各々▲2千654億円、▲216億円の計▲2千870億円、改定率▲0.6%に相当。今回の議論は、これと早くも軌を一にした動きである。

診療所の利益、最頻は▲3・0%

医療危機脱すプラス改定は必須

政策部長談話

政策部は8月21日、「危機に瀕す医療体制の強化へ」診療報酬の大幅プラス改定を求める」と題する磯崎哲男部長談話を発表。日医はじめ医療団体、国会議員、マスコミなどに送付した(3面)。

談話は概算要求基準が自然増分の4千億円上限となったことを踏まえ、年末の予算編成へ向け、従来型の概算要求の削減ではなく「骨太方針2025」の方向転換を活かし、大幅な診療報酬プラス改定を求めたもの。談話へは日医役員、県医師会役員、週刊東洋経済、赤旗、月刊保険診療、ジャーナリスト、研究者、

非営利・協同総合研究所いのちとくらし、兵庫協合理事長、京都協会・保団連等から反響があった。

談話は診療所の経常利益率(R6年)の最頻が▲3.0%、▲2.0%(厚労省推計値)で病院よりも悪いと指摘。医療費は保険料と税金で構成され、医療費財源が瘦せ細ると第一線医療をはじめ重層構造の医療体制の医療危機が深刻化する

と強調。参院選後の衆参の少数与野党化で与野党ともに政治責任は重くなっていると突き付けている。

また「骨太方針2025」が、前回改定で改定財源をほぼすべて「賃上げ」に投

jp/stf/shingi/shingi-cho_128154.html)。

財政審の流れを汲んだ、識者らの、①診療所医療費の病院への財源移転による「傾斜配分」、②軽医療の保険外し、③医療DX推進に、専門紙誌や報道番組などで最近、医療危機の対処法として言われ始めている。皆保険制度の医療を棄損する、理のない主張であり、的確な反論も医療界で必要となっている。

OTC類似薬外し
へ冷静的確に

今後の攻防は、中医協資料や議論を把握し、随時、機先を制する発信が必須となる(https://www.mhlw.go.

入し、一顧だになかった「経営安定分」の確保を賃上げとともに明記、確約したことを前進として評価。ただ、ベアスアップ評価料のスキームでは、制度の難解さ・複雑さから、賃上げに十分には資さず、その施設基準の届出実績が裏付けていると指摘。人材流出で医療機関の機能縮小がないように見直しが必要だと指摘している。

現実無視の病院への
傾斜配分

昨今、識者から言われ出した診療所医療費の病院医療費への移転、傾斜配分は、療費をみない空論と強調。

議会の医療保険部会が主となり、中医協でも議論となるのが通例。現段階で、日経新聞(7月30日)や読売新聞(8月25日)「市販品類似薬」保険から除外検討本格化患者、費用負担に不安」の報道が先行するが何も決まっていない。OTC類似薬を保険給付から除外し、医療との寸断がないようにするため、先発品と同様に選定療養の枠組みの活用が想定される。

三党合意もあり予断は禁物だが、樂觀も禁物となっている。

協会は秋以降、精力的に大幅プラス改定実現とOTC類似薬保険外し阻止で、運動を行っていく予定だ。

診療所の医療費は国民医療費の2割でしかなく、この医療費で約10万の診療所が外来患者の7割を診ており、医療の入口、初診患者の8割を診ていると強調。

歯科医療も約7万の歯科診療所が国民医療費の7%で歯科患者を診ており、薬局の医療費の半分にも満たない」と提示。第一線医療の軽視、診療所の医療費の削減、傾斜配分となれば、重層構造の医療体制の均衡が崩れ、医療提供そのものや、医療の質が維持できなくなる

と警鐘を鳴らしている。

最後に医療・福祉に900万人が従事し産業別では第三位であり、医療界の賃上げ実現は社会的影響度を高め、医療費総枠拡大は経済波及効果を高めると強調。歳出予算の社会保障関係費は自然増へ「経済・物価対応」増加分を加算し、診療報酬の大幅プラス改定が必須だと結んでいる。

杏林往来

当院電子カルテの交換に伴い、電子処方箋(以下電処)機能も付け加えた。しかし手続きは難儀だった。電処開始には医師資格証が必要で、日本医師会に申請したが発行に2カ月が必要だった。しかもICカード不足によりカード本体は到着せずに、まずは電子証明書が発行された。電子証明書でも電処は可能なので、電子カルテメーカーに連絡したが、こでまた問題が発生。電処にはランニングコストとして管理ソフトの費用が発生すると聞いていたが、医療DX推進体制整備加算の電処利用は2点の加算があるので、コスト増は相殺できると考えていた。しかし、電子証明書利用では別に年間1・1万円の費用が発生するというのだ。メーカー担当者もこの費用が発生しないようカード本体の到着を待ってからの電処開始の手續を進めてはと提案してくる有様だった。医療DX推進体制整備加算の条件であるオンライン資格確認利用者の比率も次第にハードルが上がってきているし、最終的にはこの加算も廃止されるところ。結局、電処開始の時期ではないかと思うに至った。電処の補助金期間最後辺りの開始を検討中だ。あまりにも医療施設の事務的、経済的な負担を考慮していない仕組みである。電処の利用拡大を目指すなら制度改善が必要だ。この国の医療行政の進め方の不味さをまた垣間見えた。(関)