

医療経営の”いま”を追う

FRONTIER

Vol.10

進む外来機能分化と、減少する対面診療の機会

進む外来機能分化と、 減少する対面診療の機会

2022年度診療報酬改定は、外来機能分化が強力に推進される内容となった。

初診料と外来診療料では、紹介患者・逆紹介患者の受診割合に基づく減算規定の基準見直しが行われたほか、日帰り手術に対する評価の見直しなども行われている。

これらの外来機能分化の取り組みは、日常診療を行う医療機関と、専門医療を提供し急性期入院医療に注力する医療機関、それぞれの立ち位置を明確にし、さらに患者にもわかりやすく伝えるものだ。

本稿は2022年5月12日時点の情報に基づいて作成。

逆紹介割合の見直しの衝撃

4月からスタートした「外来機能報告制度」により、来年3月にも各都道府県のホームページ等で「紹介受診重点医療機関」が公表される見通しにある(本誌裏面にて解説)。今回の2022年度診療報酬改定では、この紹介受診重点医療機関および一般病床200床以上の地域医療支援病院、ならびに特定機能病院と許可病床400床以上の病院に対して、一定の紹介割合・逆紹介割合を課し、その割合が達成できなければ、初診料・外来診療料が減額される見直しが行われた(図表1)。もともとあった減額の評価ではあるが、その考え方が見直され、地域のかかりつけ医機能を有する(地域包括診療加算等を算定する)医療機関との連携を表す「連携強化診療情報提供料」の算定がポイントになっている。

「連携強化診療情報提供料」は、前回の2020年度改定で新設された「診療情報提供料(Ⅲ)」が名称変更された項目で、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病を継続して診るかかりつけ医機能を有する医療機関との連携で評価されるものだ。

外来機能分化の推進に伴い、大規模病院では、ある程度病状が安定した患者については、積極的に地域にお返しするか、患者の事情などにより継続通院する場合であれば、かかりつけ医機能を有する医療機関との連携を強化しつつ通院してもらうことが求められる。新たな集患ルートの確保としても、かかりつけ医機能の届出を前向きに考えていくことが必要となってきている。

図表1 初診料および外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

■改定後	初診料の注2、3 214点(情報通信機器を用いた初診については186点)	外来診療料の注2、3 55点		
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満 ← 新たに追加			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満 ← 新たに追加
紹介割合(%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合(%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ● 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			再診患者数を加えることになった 連携強化診療情報提供料を算定している患者は除外してカウントする
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者数。以下を除く。 ● 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 ● 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ● B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ● 情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。			連携強化診療情報提供料を算定している患者は逆紹介患者としてカウントする
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

日帰り手術への評価見直しの影響

また、今回の改定で注目すべきポイントに「短期滞在手術等基本料1」の見直しがある。いわゆる日帰り手術だが、これまでは当該手術が行われる日に麻酔科医が勤務していることが要件になっていたところを、今回からは全身麻酔を伴う手術時以外では麻酔科医の勤務がなくとも構わないとした【図表2】。一方で複雑な手術（例えば、眼科領域の「自家培養上皮移植術」など高度な技術と環境が求められるもの）については、評価が高くなっている。

図表2▶短期滞在手術等基本料1の見直し

改定前	【短期滞在手術等基本料1】	改定後	【短期滞在手術等基本料1】
短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	2,947点	短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	
		（改）イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
		（改）ロ イ以外の場合	2,718点
【施設基準】短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。		【施設基準】短期滞在手術等基本料にかかる手術（ 全身麻酔を伴うものに限る。 ）が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。	

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

（出典）令和4年度診療報酬改定説明資料（3/4）《厚生労働省》

これも外来機能分化の一環で、日帰り等で対応できる手術や検査については診療所や中小病院に任せ、大規模病院では専門特化した技術などが求められるものに集中するという傾向が明らかになっている。役割分担のみならず、負担も地域で分担し、勤務医の働き方改革と大規模病院への過度な集中を防ぐ意味合いもあると考えられ、働き方改革が地域を挙げて取り組むものとなったといえるだろう。

リフィル処方箋の導入

外来機能分化の推進策の一つとして注目されているのが、リフィル処方箋【図表3】の導入だ。1回の受診によって最大3回まで薬局で医薬品を受け取れるため、患者にとっては経済的にも身体的にも負担軽減となるメリットがある。その一方で、処方する医師としては受診回数の減少が医薬収入の減少につながるだけでなく、対面診療の機会が減少することによる重症化の懸念がぬぐえない。

リフィル処方箋に関するポイントとしては、▽保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合に実施▽リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回まで。1回あたりの日数・回数は個別に医師が決める▽投薬量に限度が定められている医薬品および湿布薬についてはリフィル処方箋による投薬はできない一などが挙げられる。

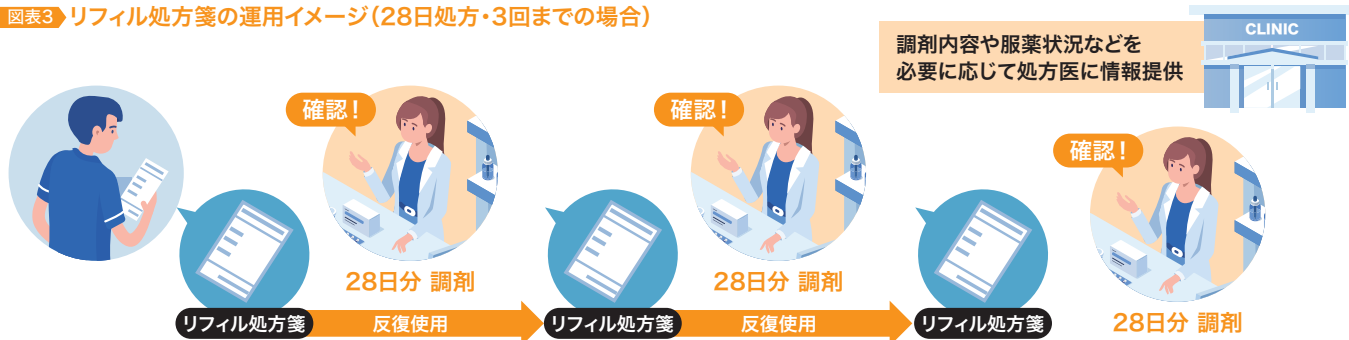
特に重要なのが、リフィル処方が可能かどうかは処方する医師が判断するという点だ。患者が選ぶものではなく、病状が安定しているなどの医学的判断を基に医師が決めることになる。そのため、必要があれば対面診療を継続し、病状が安定したらリフィル処方箋に変えることが可

能であることなどを、患者に丁寧に説明することが求められるだろう。

リフィル処方箋の使用回数は最大で3回で、原則として期間の上限はない。一般的には初診から3カ月以内に受診がなければ再診扱いにならないことが多いため、リフィル処方箋も基本的には3カ月の利用と考えるのが適正だろう。なお、すでに3カ月処方を実施している患者の場合、患者の理解が得られればリフィル処方箋に切り替えることで、1カ月ごとに薬局薬剤師による確認が入り、重症化予防につながれるというメリットも期待できる。

患者としては経済的、身体的負担が減ることから、非常に要望が多い。とはいえ、患者の状況によっては対応するわけにはいかないこともある。そこで、まずはリフィル処方の1回当たりの日数を2週間程度にしてみる、リフィルの回数を2回にしてみるなど、様子を見ながら対応していくことを考えたい。ただし、対面診療の必要性もしっかりと伝えることが必要で、連携する薬局薬剤師に対して受診勧奨が重要なポイントであることを理解してもらうことが必要だといえる。

図表3▶リフィル処方箋の運用イメージ（28日処方・3回までの場合）



令和4年度診療報酬改定説明資料（3/4）《厚生労働省》を基に作成

Q 手挙げ方式の「紹介受診重点医療機関」になるメリットは何でしょうか？

「外来機能報告」がスタートして、今後「紹介受診重点医療機関」が公表されると聞きました。医療機関の意向が前提とのことですが、「紹介受診重点医療機関」になるメリットについて教えてください。

A 意思表示を行い地域での協議が整えば、「公認」の患者紹介ルートに位置付けられます

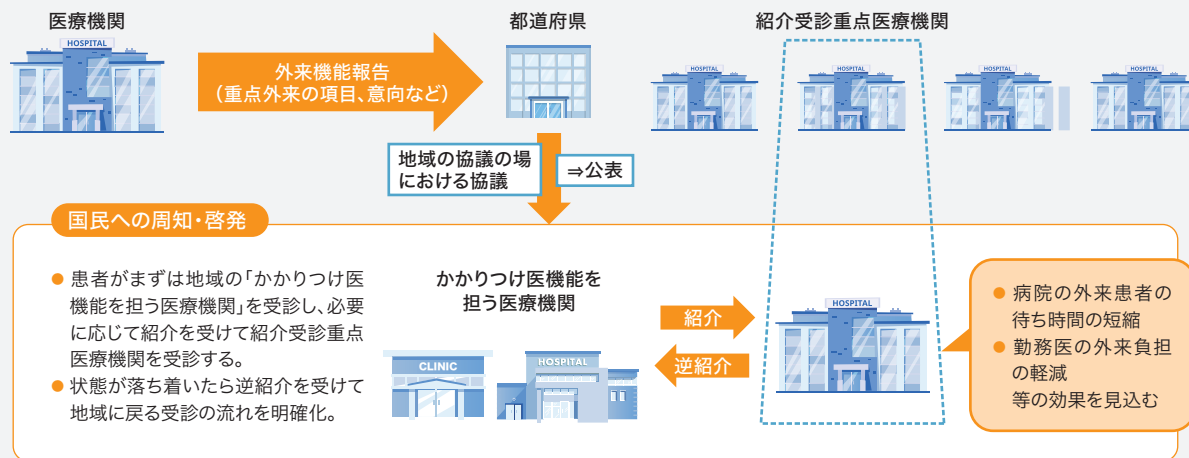
この4月に導入された「外来機能報告」では、一般病床・療養病床を有する病院と診療所を対象に、「医療資源を重点的に活用する外来」（重点外来）の実施状況等について報告を求めます。重点外来とは、特定の領域に特化した医療人材や技術、高額医療機器などを必要とする外来のことで、外来化学療法や日帰り手術、特定領域の紹介外来などが該当します。

この報告を踏まえ、「地域の協議の場」（地域医療構想調整会議の活用を想定）では、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う中で、重点外来を地域で基幹的に担う「紹介受診重点医療機関」を明確化します【図表1】。その際、「初診では外来件数のうち重点外来の占める割合が40%以上、かつ再診では25%以上」の基準と、「紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上」の参考基準が設定されていますが、これに該当すると自動的に指定されるわけではなく、あくまでも医療機関側の意思表示が前提となります。

紹介受診重点医療機関の明確化は、かかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介の流れをより明確・円滑にすることが主目的です。したがって、医療機関が意思表示し、地域の協議の場でも合意が得られれば、自他ともに認める「紹介外来中心」の医療機関、つまり「地域公認」の紹介ルートに位置付けられるので、患者の確保につながるというのが一番のメリットといえます。そうした外来機能分化への評価として、2022年度診療報酬改定で新設された「紹介受診重点医療機関入院診療加算」（入院初日800点）を算定できるようにもなります。

無床診療所は、外来機能報告で「任意」の扱いとなりますが、初年度は重点外来に該当する可能性が高いところを抽出して報告の意向を確認し、意向があれば対象に含めます。こちらも、意思があれば紹介受診重点医療機関となる道が開けており、特に「重装備」の無床診療所にとって、紹介患者確保のメリットは大きいと思われます。

図表1 紹介受診重点医療機関について



（出典）社会保障審議会 医療部会（第85回 1/31）《厚生労働省》

提供

株式会社日本経営 メディキャスト事業部

厚生政策情報センター

事業：医療、医療、健康、
介護等に関する情報提供

HP：<https://medicast.jp/>

住所：東京都品川区東品川2-2-20
天王洲オーシャンスクエア22F

■本資料は、医療経営、医療制度、医療承継およびその他医療関連のトピックス等について十分な知見を持っているとみずほ証券（以下当社）が判断した第三者/機関に執筆依頼のうえ、当該トピックス等の紹介や解説およびその効果等に関する説明等を目的に作成されたものです。したがって、当社は明示、黙示を問わず内容の

正確性・完全性およびお客さまへの適合性について保証するものではありません。また、別段の表示のない限り、作成時点の法令に基づくものであり、将来、法令・制度の改正および解釈の変更がなされる可能性もあることにご留意ください。なお、執筆者/執筆元はみずほ証券の関連会社ではありません。

■本資料は、お客さまへの情報提供を目的としたものであり、金融商品の取引を勧誘・推奨するものではありません。

■本資料は、本資料の具体的な内容についてのご質問等にお答えすることはできません。また、当社からの執筆者/執筆元に対するお取り次ぎ等もできません。

■本資料に記載されるサービス等を実際にご検討の際には、今後の制度改革の動きに加え、具体的な実務や法解釈の動向およびお客さまの個別の状況等に十分ご留意いただき、必要に応じて、所轄の税務署や弁護士・公認会計士等の専門家などにご相談のうえ、お客さまご自身の責任・判断をもって行っていただきますようお願い申し上げます。

■本資料に記載される内容の複製ならびに第三者への提供は、ご遠慮ください。