

これでもいいのか!?
全世代型社会保障改革

第9回

**オンライン資格確認体制整備の義務化
 を含む療養規則改定案が答申される**
 — 電子的保健医療情報活用加算の廃止と新加算の創設も提案

事務局長 工藤 浩司

前号発行の直前、8月10日の中医協総会にて、この間本連載で取り上げてきた「オンライン資格確認義務化」等に係る改定案が、厚生労働大臣に答申された。本号ではこの答申によって明らかになった改定内容—①オンライン資格確認の「義務」化、②電子的保健医療情報活用加算の廃止と新たな加算の創設—を論点整理するとともに、改定案にあわせて明らかにされた、③オンライン資格確認システム導入に対する補助金の見直しにも触れておきたい。

療養担当規則の改定

7月号の本連載でも詳述したとおり、医療機関に対して「オンライン資格確認」を義務化させるためには、療養担当規則の「受給資格確認」の条項(第3条)を改正する必要がある。今回の答申資料により、その改定内容が明らかとなった。条文そのものは紙幅の関係で省略するが、そのポイントは以下のとおりである。

- <療養担当規則の改定内容> (2023年4月施行予定)
- ① 医療機関における受給資格の確認方法については、「オンライン資格確認」か「被保険者証による確認」かのいずれかで行うという原則は、変更されていない。(第1項の改定)
 - ② ただし、患者がオンライン資格確認を求めた場合には、資格確認方法はオンラインに限定される(被保険者証による資格確認は認められない)。(第2項の新設)
 - ③ 上記②のとおり、患者がオンライン資格確認を求めた場合にはそれに応えなければならないので、医療機関はオンライン資格確認に必要な体制をあらかじめ整備しなければならないこととする。(第4項の新設)
 - ④ 現在、書面によるレセプト請求が認められている医療機関(電子請求義務化時点で65歳以上や紙レセ請求)については、②の規定が適用されない旨の条文が設けられることから、③による義務化対象からも外れる。(第3項の新設)

注目すべきは、オンライン資格確認の義務化ではなく、オンライン資格確認の体制整備の義務化である点である。7月号でも詳述した通り、被保険者証そのものの廃止は法制上ハードルが高いこと、また、マイナンバーカードの取得も義務ではないことから、被保険者証による資格確認は引き続き認めざるを得ない。一方で、オンライン資格確認システムの整備は政府の医療DX施策の基盤となるものであり、早急にすべての医療機関にその体制を整えさせることが現政権の至上命題となっている。そこで、次のようなロジック—患者がマイナンバーカードを持参して資格確認を求めたら、医療機関はそれに応えなければならないので、あらかじめシステムは整備しておく必要がある—を創出して「義務化」を実現しようとするのである。

上記の義務が療養担当規則に明記された以上、形式的には、上記義務違反は保険医療機関の指定取消要件になりうる。医療機関にとってはこのような重大な意味を持つ改定案を、たった2回の中医協審議(8月3日に提案、その日に厚労大臣が諮問、10日の中医協で厚労大臣に答申)で成立させるという、いわば「暴挙」に出たと言える。医療機関に対する「恫喝」まがいの制度改定までして普及を促進しなければならないマイナンバー制度とは何か、改めてその狙い(社会保障個人会計による給付と負担のリンク、医療DX施策が骨太の方針では医療費の適正化の文脈で語られていることなど、7・8月号に詳述)をしっかりと見極め、この拙速な義務化に反対の声を挙げなければならない。

旧加算の廃止と新加算の創設

上記の通り、医療機関に対しては「オンライン資格確認体制整備の義務化」を療養規則を通じて進めることとなった。しかし、これだけでは患者・国民のマイナンバーカード取得のインセンティブとなり得ない。そこで、次に着目するのは「患者自己負担の軽減」である。

今年4月の改定で導入された「電子的保健医療情報活用加算」は、初診においてマイナンバーカードによる資格確認等を行った場合は7点、それ以外は3点の点数設定となっていた。これについて、「マイナンバーカードを持参したほうが負担が増える」という批判があったとして、これを見直し、患者・国民に対してマイナンバーカード取得のインセンティブにし

てもらふ必要が出てきた。そこで答申の中で提起されたのは「旧加算の廃止と以下の新加算の創設」(2022年10月施行)である。

- <医療情報・システム基盤整備体制充実加算> (月1回初診時に算定)
- ① 所定点数：施設基準を満たしていれば4点。ただし、オンライン資格確認を通じて情報取得した場合は2点。
 - ② 施設基準(届出は不要)
 - ア レセプトオンライン請求を行っていること。
 - イ オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - ウ 「上記イ」と「薬剤情報等必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと」の2点を院内掲示し、HP等に掲載すること。

上記の加算はオンライン資格確認体制整備のランニングコストを補填するという性格を有するのは明らかであるが、点数表上はあくまでも「初診時における診療情報(薬剤情報や特定健診情報など)の取得・活用体制の充実」を評価した点数であるとしており、この意味では旧点数と同じ位置付けとなっている。「オンライン資格確認体制の整備=診療情報の取得・活用体制の充実」なので、オンライン資格確認体制を整備している医療機関に対する加算というロジックが成り立つというわけである。では、旧点数との違いはどこにあるか。それは、マイナンバーカードを持参した患者のほうが点数が低くなることである。

そもそも、患者定率負担のもとでは、診療報酬の増減と患者自己負担額が連動するのは言うまでもない。患者に必要な十分な医療を提供するために我々は診療報酬引上げを要望しているが、「自己負担が増えるからダメ」というロジックがまかり通れば、あらゆる点数引上げが困難になる。つまり、見直されるべきは「定率負担制度」そのものなのであり、この意味で患者自己負担と診療報酬をリンクさせた今回の議論は、過去の妊婦加算の際と同じく根本的に誤っていることをまずは指摘しなければならない。

その上で注目すべきは、8月10日の改定案で突如として示された「初診時の問診票の標準的項目」を新たに定めるとしたことの「意味」である。この項目案には、「処方されている薬」「特定健診の受診歴」が盛り込まれている。この情報については、オンライン資格確認システムを通じて取得が可能となっている(いわば効率化されている)が、患者がマイナンバーカードを持参しない場合には問診票を使って患者から聞き取りをする「手間」が生じる。この違いが「2点」の点数格差を説明するロジックだと言うのだ。

初診時に何を問診するかは、患者に必要な医療を提供するために医師・歯科医師が患者の個別具体的な症状を確認しながら進めていく重要な行為である。患者に必要な医療を提供するための重要な第一歩となる「問診票」を、政府は、オンライン資格確認システムの「効率性」を可視化させるための「道具」にしようと言うのだ。こうまでして進めようとしている医療DX施策に対して、改めて強い憤りを表明したい。

医療情報化支援基金による補助の「拡充」

オンライン資格確認体制整備に対する補助金の見直しについても、8月10日の中医協総会にて資料提示がなされている。今後、医療機関としては苦渋の決断が迫られる可能性もあり、あくまでも資料紹介として以下に見直し内容を端的に紹介する。

- ① 2022年6月7日以降の申請に対する補助内容(診療所の場合)
 - ア 顔認証付きカードリーダー：1台無償提供(変更なし)
 - イ その他の費用(ソフトウェア・機器の導入、ネットワーク環境整備、既存システムの改修等)
 - ・ 事業額42.9万円を上限に実費補助(6月6日以前は事業額42.9万円の4分の3(32.1万円)を上限に補助)
- ② 補助対象医療機関(申請期限)
 - ・ 2022年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、2023年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関(2023年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要)

中医協答申の附帯意見に注目を

今回の中医協答申に当たっては、「附帯意見」が付記されている。この意見の中に次のような記述がある。

- <中医協答申附帯意見> (抜粋)
- ・ 関係者それぞれが令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。

上記のとおり「地域医療に支障を生じる」場合には「必要な対応」を検討するとしていることに注目したい。保険医協会・保団連では、今回の拙速な義務化は「地域医療への支障」そのものであると訴え続けてきたが、引き続き義務化撤回を求め運動を継続し、政府に「必要な対応」をとらせることを目指していきたい。今後、撤回を求める請願署名や実態アンケート等の実施も検討しているので、会員の皆様方には積極的なご協力をお願いする所存である。