

これでいいのか!? 全世代型社会保障改革

第10回 医療情報・システム基盤整備体制充実加算
の告示・通知・施設基準が示される
—オンライン資格確認義務化の続報—

事務局長 工藤 浩司

本連載では、7月号から連続3回、「オンライン資格確認の体制整備義務化」問題を取り上げてきた。「全世代型改革シリーズ」の守備範囲とは若干異なるものの、いま最も注目されている政策課題であり、本号でも続報をお届けすることにしたい。

先月号では、8月の中医協答申を受けて、療養担当規則の見直し、旧加算の廃止と加算の新設、補助金の見直しについて詳述したが、本号では、9月5日に発出された点数表告示、解釈通知の改定案を踏まえて、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を中心に、その問題点を見ていきたい。（なお、本号ではいささか感情的な記述になっているところもあるが、政府が示している内容に鑑みてご容赦願いたい。10月実施の診療報酬改定等の「実務的な」内容については、協会ホームページでも厚労省通知にリンクを貼ったり、保険医新聞等でも別途情報提供したりしているのでご参照願いたい。）

旧加算の廃止と加算新設の意義

オンライン資格確認体制整備の義務化は、すでに何度もお伝えしている通り、マイナンバーカードの普及促進が目的であることが明白であった。そして、オンライン資格確認の体制整備のために必要となるランニングコストに充てるため、「診療情報の取得・活用体制の充実への評価」を「名目」に4月から「電子的保健医療情報活用加算」が導入された。この2つの施策の関係について、制度実施後、「マイナンバーカードで資格確認をすると加算点数が高くなり、患者負担も高くなるので、カード普及の妨げになる」との批判を受けることになる。それに代るためにこの10月から導入されたのが「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」であった。したがって、この加算では「マイナンバーカードで資格確認をしたほうが、被保険者証による資格確認よりも点数が低くなる（患者負担が減る）」というロジックを「無理矢理に」作出する必要がある。

上記の難題について、厚労省は、（先月号で既報の通り）この点数の算定要件として、「初診時の問診票の標準的項目」を新たに定めることによりクリアしようとした。まず、この標準的項目の中に、「処方されている薬」「特定健診の受診歴」を盛り込む。その上で、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」が生じるとするのである。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。

明らかになった初診時間問診項目

9月5日には、上記の「初診時の問診票の標準的項目」が明らかになった。点数表の留意事項通知において、医科では「別紙様式54」、歯科では「別紙様式5」として、次の内容が規定された。

<初診時の標準的な問診票の項目>

- 1 マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 2 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 3 本日受診した症状について
- 4 現在、他の医療機関に通院しているか
- 5 現在、処方されている薬があるか
- 6 これまでに大きな病気にかかったことがあるか
- 7 この1年間で特定健診・高齢者健診を受診したか
- 8 これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
- 9 現在、妊娠中または授乳中であるか

前号でも指摘した通り、そもそも初診時における問診とは、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り、問診項目は、患者の症状に応じて医師・歯科医師の個別の判断に委ねられるべきものである。医師・歯科医師の「裁量」に属するこの問診項目を、診療報酬点数表の「様式」の中で明示し、加算点数の算定要件とするというのは「異常」な事態であり、これが中医協にてほとんど議論されず決定されたことには憤りすら感じてしまう。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」にしようとしているのである。この問題について、改めて強く指摘しておきたい。

そして、蓋を開けてみれば、問診項目は上記の通りである。「通り一遍」の項目がただ並んでいるだけで、驚くべきことに医科も歯科もまったく同じ項目が並んでいるのだ。「患者さんに必要な医療を提供するために初診時の問診はどうあるべきか」などという「高邁な」理念は微塵も感じられない（導入目的に鑑みれば当たり前のことであるが）。

しかも、ご丁寧なことに、上記の「5」（処方薬）と「7」（特定健診）については、わざわざ次のような注釈が様式に書き込まれている。すなわち、「マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能」と。厚労省からしたら、この「記載を省略可能」こそが「2点の格差」を支える最大のロジックであり、問診票の様式においてこの記述はわざわざ注釈で明記するほど「最重要項目」なのである。（そもそも問診票とは・・・、という議論をする気力すら失わせる記述である）。

さらに、驚きはまだ続く、この問診票には「マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと」を記載しなければならないとし、その記載例として次のような例文まで挙げているのである。

（記載例）

- ・ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
- ・ 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力を願います。
- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点
加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

上記は、マイナンバーカードの普及、マイナンバー制度の定着という政策目的をあからさまに表現しており、「患者のための情報取得・活用」というのが「名目」に過ぎないことを示す、身も蓋もない表現である。いずれにせよ、これにより、算定要件を満たすためには、保険医療機関は、マイナンバーカードの被保険者証としての「利用」を患者に「推奨」しなければならないことになる。なにゆえに政府が進めるマイナンバー制度のお先棒を、医療機関が担がなければならないのか、この点を強く指摘しておきたい。

中医協「附帯意見」を踏まえた運動にご協力を

療養担当規則によるオンライン資格確認の体制整備義務化の影に隠れて、あまり議論にはなっていないが、上記の通り「マイナ保険証」への診療報酬上の評価を「名目」に何が行われようとしているのかについては、今後もしっかりと指摘していかなければならない。

オンライン資格確認の体制整備については療養担当規則で義務化を規定するという乱暴な施策をとっている。また、その一方でこれも既報のとおり、体制整備に対する補助金の期限が近いことをことさらに強調して、医療機関にベンダーとの契約締結を事実上迫っているところである。そして、新設の加算を算定することで、マイナンバーカード普及の旗振り役を担わされるという状態である。医療機関にとっては、まさに「苦渋の決断」を強いられる状況となっている。先月から会員の皆様からお願いしている署名・アンケートでも協会に悲痛な声が寄せられている。「このまま義務化が強行されれば閉院せざるを得ない」と事務局には電話相談も寄せられている深刻な状況である。

先月号でもお伝えしたが、今回の中医協答申に当たっては「附帯意見」がついており、「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」旨、明記されている。皆様から寄せられた署名やアンケートを政府に届け、保団連とともに今後も義務化撤回・抜本的見直しを求めて運動を継続していきたい。上記のとおり今年年末の「地域医療の状況」が一つのメドとなる。引き続きご協力をお願いする所存である。