

休日夜間診療所への対応など 算定要件の早急な改善を求めたい

民主党参議院議員 梅村 聡氏

電話による本人確認は困難 標榜時間と実労働は一致しない

そもそも論から言えば、地域医療貢献加算は筋の悪い加算だと感じています。

政府側としては、いわゆるビル診など夜間の診療に対応しない診療所が増えたことを好ましくないと考えており、今回の加算は夜間対応を行っている医療機関を評価するためのものであると説明しています。

しかし、実際にはすでに24時間対応が求められる在宅療養支援診療所や、休日夜間診療所に参加、協力している開業医は相当数存在しています。あいまいな算定要件を設けるのではなく、このように既存の在宅療養支援診療所や、休日夜間診療所に参加する開業医に一律3点を加算する仕組みであれば分かります。が、そうではなく、電話転送でもいいから3点を付けるというのは、現場の様子を分かっているとは思いません。

問題点は、電話をかけてきた患者の本人確認ができないことです。電話再診料があると厚労省は言いますが、これは患者から電話がかかってきたらその人のカルテを出して見ながら相談に乗るものです。ところが、地域医療貢献加算では自宅に電話が転送されてきたり外

出先に電話がかかってきたりすることもあります。かかりつけの患者は何千人といますので、本人確認はできないのが現実です。

また診察券や院内などに医師の携帯電話番号を掲示して広く知らせると、さまざまな業者からの営業の電話がかかってきて大変なことになってしまうことも予想されます。こうした営業電話は病院に勤務する医師に対してもかかってくるのですから、なおさらです。

開業医は標榜する診療時間と実際に働いている時間はイコールではありません。診療を終えた後にもレセプトチェックや医師会の活動、紹介状の作成など行うことが目白押しです。こうしたことを考慮すべきです。

反対意見しかない加算に 勤務医の負担軽減と逆の効果が

地域医療貢献加算は今までの加算と異なります。今までは医療の質を評価し、医療の質を高めようという意図のある加算でした。ところが電話だけの対応では質が上がるとは考えられません。

厚生労働省も中医協もよかれと思って地域医療貢献加算を設けましたが、現場の医師は誰も支持しない点数となっています。私が地元で聞いたところ、プラスに評価する人は一人もいませんでした。



民主党の梅村聡参議院議員

子ども手当や高速道路無料化などについては賛否両論ありましたが、地域医療貢献加算は反対意見しかないのです。私の後援会の中には430～440人の医師（約半数が開業医）がいますが、評価する声はゼロです。今の雰囲気では届け出する診療所は3割にも達しないでしょう。

その理由は今、厚労省と現場では何が足りていないかということへの認識に相違があるからです。現場では、休日夜間診療所や輪番制に参加する医師の減少という事態が起きているため、そこを評価する点数をつければよいのです。

厚労省の説明では、診療所に地域医療貢献加算を付けることで病院への患者集中を抑制し勤務医の負担軽減を図るという趣旨ですが、実際には逆効果となっています。加算を算定するにあたって、2～3の医療機関が連携して夜間の相談・連絡に対応することが想定されていますが、私の講演会に参加いただいた病院長の話では、連携

する2~3の医療機関の中に病院が入ったことで、夜間の連絡が病院に行くようになってしまったということです。結局、勤務医が対応することになり、当直の医師が夜間の電話相談にも応じているのです。本来の趣旨とは逆のことが起きています。病院の勤務医からは「勤務医の負担軽減ではなかったのですか」とも言われてしまいました。

算定要件の作り方に 厚労省の限界を垣間見た

改善策としては、冒頭で申し上げたように在宅療養支援診療所や、

休日夜間診療所に定期的に協力している診療所に加算を付けるようにするという事です。地域医療貢献加算の算定要件や疑義解釈のQ&Aを、次の改定ではなく、早急に変えることが求められると思います。在宅療養支援診療所や、休日夜間診療所に1~2カ月に一度というように一定の頻度で協力すれば自動的に加算が付くような仕組みにすれば、納得を得られると考えます。

私は今回の診療報酬改定で中医協も厚労省も頑張ったと評価しています。ただ点数の算定基準を作る際に、厚労省は現場とパイプを

持ち、よく意見を聞くことが必要です。その意味で厚労省の限界を垣間見たと感じます。私は厚労省の応援団だと思っていますので、良かれと思ってやったことで省の評価を落としてしまっていることに対しては残念だと感じています。こういうことで評価を落としてほしくはない。

厚労省職員の一人ひとは、優れた高い能力を持っています。これを応援していかなければなりません。信頼を取り戻せるように、現場の声に真摯に耳を傾けて正すべきところは正す、それが大事だと思います。(談)

加算撤廃に向けて会員に行動を呼びかけ

青森県保険医協会

約1300人の会員を擁する青森県保険医協会(大竹進会長)は「地域医療貢献加算の算定は慎重に!」と、会員に対してホームページを通じて呼びかけている。大竹会長によると会員の中に「地域医療貢献加算の制度自体を評価する意見はない」。また「加算を算定する会員もいればしないという会員もいるが、算定しないという意見の方が多そうだ」と話す。

同協会では、ホームページ上でだけでなく、加算の撤廃に向けてのメッセージを会員に送付したということだ。「算定する、しないは地域や状況によって異なるので、個々にお任せしているが、国の政策として悪い制度なので、撤回に向けて行動を起こしましょうと呼びかけを行っている。これから署名活動に取り組む予定」(大竹会長)。署名の対象は、まず会員から始め、地域の勤務医や他の医師からの協力も得たい考えだ。

大竹会長は、地域医療貢献加算の算定状況について、「診療科別の特長性や地域性によりばらつきが出てくると予想している」と見通す。例え

ば精神科の場合、「これから自殺する」「深夜になっても眠れない」といった電話がかかってきたとしても対応は困難なことから、「精神科はほとんど算定しないのではないか」と見ている。

また地域性という観点では、「地域によって救急医療が整っている場所と、そうではない場所がある」と前置きした上で、こう続ける。

「(算定要件を満たすには)連携医療機関を持たなければ対応は難しい。厚労省は診療所同士での連携を考えているようだが、(4月1日に遡って加算を算定するには14日までに届け出をしなければならぬため)すぐに当番を決めて持ち回りで行うのはまず不可能だ。そのため、医師会の夜間救急診療所がある市町村では、算定する診療所はそこを連携先にする。しかし青森県では例えば五所川原という地域には夜間救急診療所がない。また五所川原は救急医療の整っていない地域であり、市立病院くらいしか対応していない。そうした地域で仮に加算を算定するために救急指定病院を連携医療機関にしてしまうと、ますます病院に患者



青森県保険医協会 大竹進会長

が集中してしまい、勤務医の負担が一層増えてしまう。勤務医の負担を軽減するという厚労省の思いとは違う形になっていってしまうことになる」。

こうしたことが想定されるため、救急医療の整っていない地域の診療所が地域医療貢献加算を算定するのは難しいというわけだ。

全国保険医団体連合会(保団連)の理事でもある大竹会長は今後について「次に運動をどう広げるかということを考えている。全国的に賛成していただけるような方向性も目指していきたい」と意欲を示す。その際には、患者や国民に分かりやすく理解が得られるかどうかを第一に考え、方針を決めていきたいと述べている。