

＝診療報酬を考える(4)＝

～診療所（医科）の診療報酬を考える～

順調に数を増やしてきた診療所（医科）ですが、2023 年に減少に転じました。

関東圏・愛知・大阪・福岡以外は減少～人口の減少とともに診療所が減るのは当然ですが、地方地域によっては、一つの診療所の閉鎖が医療基盤の著しい弱体化につながるリスクが、日々上がっていると考えerほうが良いかもしれません。

今回は、地方の診療所の将来について考えます

<はじめて診療所総数が減少～診療所も東京の一人勝ち・・・>

順調に数を増やしてきた診療所（医科）ですが、2023 年に減少に転じました。

毎年 8 千か所程度が新規開設、7 千か所程度が廃止という状況でしたが、2023 年は開設が 6 千か所程度に減った結果、わずか 288 か所ですが、総数が減りました。その後の状況を確認する必要がありますが、診療所数の増が医療費増の要因だった時代は終わったと、一線を画す年になるかもしれません。

右表は人口 10 万人あたりの診療所数の都道府県別のランキングです。目立つのは東京～人口当たりのか所数も多く、増えた数も圧倒的です。人口当たりのか所数が最も少ない埼玉で開設すれば、患者確保にも困らないと思うのですが、なぜコストの高い東京志向なのか・・・不思議でなりません。

将来不安を感じるエリアは、第 1 は「茨城・北海道・青森・岩手」の面積が広く山間部の多い道県、第 2 は「和歌山・島根・長崎」の伝統的に診療所数は多いが減少継続の県、第 3 は「富山・福井」の地元です。

第 1 のエリアは、病院医師の確保も難しいとよく聞く場所であり、病院・診療所双方が弱くなり続ける場所です。

第 2 のエリアは、山間部・離島の多い県 病院のない所を分厚い診療所でカバーしてきたのですが、診療所が、どのようなエリアで減っているのか知りたいところです。

第 3 のエリアは、急性期病院が一都市に集中し、他とのギャップが大きいと感じるエリアであり、中心都市以外は診療所がカバー～当該診療所が減ると中心都市への依存がより高まることになります。

それぞれ事情は違いますが、いずれも車社会～診療所で診察を受ける人のほとんどは高齢者であることも踏まえて、病院と並行して診療所の存続可能性を高める措置を考える必要があります。

<今後の診療所診療報酬改定は都市部と地方を区分して検討を～一律対応はリスクが高い>

東京で診療所が過当競争気味に増えていく点には、あまり興味はありません。

これを結果として下支えするような誤った一律の診療所報酬改定（＝再診の引上げ等）さえしなければ、近い将来に自ずと淘汰されると考えるからです。逆に、診療所の医療費増を気にし過ぎて、一律に抑制すると、上記のように病院の足腰が危ない地方の重要な医療拠点を弱体化させるので、こうした改定も絶対に避けて欲しいところです。

一方で、都市部と地方で報酬設定を変えるというのは、これまでの体系では原則ない発想ですが、ぜひ、地方の医療基盤の下支えという視点で実現して欲しいものです。もちろん、どのような地域、どのような診療所を対象にするかという点は難しいでしょうが、以下に示すような、共同性・地方小都市（人口 5 万程度以下）・診療所医師の高齢化状況などを指標にすれば、突破口はできると思います。

以下は、地方限定の報酬改定事項を考えるという視点からの思考実験です。

	人口10万	増減数
全 国	84.4	△ 288.0
埼 玉	61.8	35.0
茨 城	62.3	△ 15.0
千 葉	63.0	3.0
沖 縄	63.2	0.0
北 海 道	66.8	△ 33.0
青 森	71.8	△ 9.0
富 山	73.9	△ 14.0
岩 手	75.6	△ 10.0
福 井	76.7	△ 2.0
大 阪	101.3	56.0
長 崎	103.9	△ 19.0
東 京	105.7	205.0
島 根	106.0	△ 18.0
和 歌 山	113.0	△ 22.0

＜地方のワンストップサービス～1か所での総合診療の受皿＞

総合診療医という専門医が増えてきてはいますが、その普及には長い時間がかかるでしょう。また、人間が働くには時間の制約があり、1名の医師で、できることは限られています。日中の外来だけでなく、遠隔・訪問・夜間など、地方の高齢者の対応には、種々の提供パターンが必要ですので、複数名での医療提供を診療所レベルでも標準にしていけることが必要でしょう。

地方の診療所の医師は高齢化が進んでおり、いずれ毎日の診療が負担になり、診療日が減るか・閉院の選択をする時が来るでしょう。しかし、複数名がまとまって運営し、医事業務も一本化できれば、医業経営コストも低減し、経営安定の一助となるでしょう。医師の休憩・休日確保の面からも余裕が確保できます。

一方、診察を受ける人のほとんどは高齢者であることを考えると、1か所で種々の医療が受けられれば通院の負担も減ることになりますし、さらに当該診療所が日用品の買い物等ができる場所にあれば一石二鳥～地方自治体が運営するコミュニティバスも停車すれば、より高齢者の生活が便利になると思います。一時、高齢者が農山村から中心部に集住するという形が推奨されましたが、逆に、地域の高齢者が必要なものを集める＝生活インフラの集積を進められれば、多くの問題が解決するのではないかと仮説です。

地域の医師個人に委ねても進むことはないでしょうから、次のように行政（市町村）が音頭通りすることを想定し、医療保険で後押しすれば、地方小都市でも持続性のある診療所医療の体制整備が進むでしょう。

○道の駅、ショッピングモールなどの一角に市町村が場所を確保。公共のバス等のあることが望ましい。

○公設民営等の形式で、総合診療科・内科、整形、眼科・耳鼻科などの高齢者の利用頻度が高い複数の医師が参加（総合診療科・内科以外は、毎日の診療でなくてもよい）・既存の国保直診の強化も可

○医事の窓口は一本化するが、診療側は1法人に合併（診療科別の区分経理）でも、別々の法人でも可。

○当該地方共同診療所（仮称）は、医療法・医療保険法上の手続に加えて、市町村が厚生局に届け出。

○この届出後、当該診療所向けの管理料を算定可能とし、円滑な運営のためのコストを補填する。

散らばっている診療所に通うことが負担になってきた高齢者と、高齢で毎日診療が負担になってきた医師をマッチングする場所だと、この地方共同診療所を考えるとわかりやすいでしょう。一度、この拠点ができれば、将来は、増えてきた総合診療医がチームで働く場所として発展する可能性もあります。

市内に何か所かできれば、総合診療の拠点となり、他の専門的診療所、病院との連携拠点として地域の医療体制の安定に資するという発想です。問題は、何処で、どのタイミングで実現できるかです……

＜地域をカバーする診療拠点～1か所当たり包括払いのモデル実施＞

仮に、この地方共同診療所（仮称）が実現すれば、運営が安定化した段階で、1か所当たり包括払いのモデル実施を検討してはどうかと考えています。病院包括払いを20年以上かけて進めてきた歴史を、診療所においても、地方医療を支える拠点と対象を絞って始めてはどうかということです。

この試行は、病院の包括払いとは違い、経営安定と地域医療介護の強化（市町村との協働）が目的です。試行対象診療所の、実際の診療内容・報酬請求内容を見て、概ね毎月の状況が安定していれば、次のような内容の試行を考えます

○6か月以上継続して計画通院する患者をベースに、診療科別に平均報酬額を設定。

○試行対象診療所は、当該平均報酬額で事務処理することを保険者（最初は後期高齢者医療制度のみか）に通知。

○保険者は当該平均報酬額×人数で毎月定額払いを行う。なお、緊急時の診療・往診などは、別途、出来高で精算する。

○当該診療所は、この簡便な事務処理の代わりに、対象者の診療実績を定期的に保険者に報告し、今後の治療方針を保険者と協議する義務を負う。これを通じて、市町村の保健事業との連携も深まるなどの地域サポート体制の強化も期待する。

近い将来に、こうした新サービスが、診療所診療報酬改定の政策改定の事項になることを期待します。何度改定をしても、初再診療料の話題が繰り返されるのは、そろそろ終わりにしましょう。