

診療報酬検討委員会
答 申

平成21年12月24日
福岡県医師会
診療報酬検討委員会

平成21年12月24日

福岡県医師会
会長 横倉 義武 殿

福岡県医師会
診療報酬検討委員会
委員長 津田 泰夫

本委員会は、平成20年8月4日開催の第1回委員会において、貴職から、下記について検討するように諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、2年間にわたり検討を重ねた結果をとりまとめましたので、答申いたします。

記

諮問：平成20年4月改定及び後期高齢者医療診療報酬の検証

福 岡 県 医 師 会
診 療 報 酬 検 討 委 員 会 委 員

委 員 長	津 田 泰 夫	福岡通信病院院長
副 委 員 長	原 文 彦	筑紫医師会長
委 員	西 昇 平	北九州市医師会理事
〃	竹 中 賢 治	福岡市医師会理事
〃	馬 郡 良 英	飯塚医師会長
〃	杉 健 三	大牟田医師会理事
〃	井 上 仁 人	福岡県社会保険診療報酬請求書 審査委員会委員長
〃	神 代 龍之介	福岡県社会保険診療報酬請求書 審査委員会委員
〃	岡 山 昌 弘	福岡県国民健康保険団体連合会 審査会委員
〃	山 岡 春 夫	福岡県医師会常任理事
〃	伊 東 清四郎	福岡県医師会常任理事
〃	寺 澤 正 壽	福岡県医師会常任理事
〃	大 串 修	福岡県医師会理事
〃	大 橋 輝 明	福岡県医師会理事

答 申 書

はじめに

平成21年夏、政権交代が起こり政党によるマニフェストにおいて保健・医療・福祉政策が大きな議論となり、その政策決定の過程が大きく変化しております。

具体的には、国民皆保険制度の成立以来、中央社会保険医療協議会において診療報酬が議論された後、最終的に厚生労働省にて決定されて参りましたが日本医師会執行部がその任を解かれました。診療報酬の問題点は医療に關与するプロフェッショナルとして、従来通り、国民の医療を守るというもう一つ高い視点から淡々と議論し、提言する態度を堅持するものであるということを確認しておきたいと考えます。

平成20年度診療報酬改定はいくつかの要点がありました。それらについて影響調査をするということで中央社会保険医療協議会において改定直後から下記の9点について実施予定とされました。

- 1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- 2) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
- 3) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
- 4) 医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査
- 5) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査
- 6) 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査
- 7) 後発医薬品の使用状況調査
- 8) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査
- 9) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

第1、3、7、8項については、平成20年度に調査が行われ、すでに報告が出されております。

また、平成21年度には次の6項目について調査がなされています。

- 1) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
- 2) 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査
- 3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査
- 4) 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査
- 5) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
- 6) 後発医薬品の使用状況調査

それぞれについて現場でいくつかの問題点が指摘されており福岡県医師会として次期改定に向けて要望事項を取りまとめ平成21年2月の福岡県医報に次のような10項目を掲げました。(参考資料)

- 1) 国民の安心・安全な医療確保のために診療報酬の大幅なプラス改定を
- 2) 初・再診料の引き上げと見直し
- 3) 入院基本料の全体的な引き上げ
- 4) 入院基本料等加算の算定基準の緩和
- 5) 医学管理料の引き上げと見直し
- 6) 軽微な処置の正当な評価と見直し
- 7) リハビリテーションの見直し
- 8) 手術料の増点数
- 9) 投薬に関する事項の見直し
- 10) 医療安全・感染防止対策・医療廃棄物処理等費用の正当な評価

平成21年7月、厚生労働省から「平成20年度医療費の動向」が発表され、これは平成20年改定の影響を評価する根拠となっています。この数字に対して日本医師会は意見表明を行っており、福岡県においても同年7月に医療費適正化計画推進委員会において福岡県の動向について報告がなされています。

それによれば、平成20年度概算医療費は34.1兆円であり対前年比1.9%増でありました。医療費の自然増はこのところ3.1%であることを考えると1.2%減少しております。

厚生労働省は稼働日数補正という新たな指標を当てはめると、医療費は2.2%伸びており、改定による抑制予想0.82%と併せて自然増としては3%となり例年と変わらないという説明をしております。

福岡県医師会においては、既に平成20年度改定直後から会員の協力を得て、影響調査を行い、次回改定への要望事項として既に述べた10項目に集約してきました。

診療報酬検討委員会ではこれらに基づいて議論して来ましたが、平成20年度改定から1年くらい経過した時点での影響を評価する最近の数値がないという不十分性は感じつつも他の県に比べて福岡県独自の問題点として掲げられている、①平成14年以来、7年間連続して全国第一位の老人医療費、②他の地域より多い療養病床、ことに回復期リハビリテーション病床の現状、について考え方を示していくことが必要であると考えました。これらの点を中心に据えつつ、各委員において各項目への具体的意見を取りまとめここに答申として報告いたします。

1. 国民の安心・安全な医療確保のために診療報酬の大幅なプラス改定を

過去4回にわたって実施された診療報酬マイナス改定と急激な医療制度改革により、地域医療の崩壊が起きており、医療機関はかつてない多くの困難な局面に立たされています。とりわけ救急医療や周産期医療、そして小児医療などでは、マンパワー不足とその評価の低さからいわゆる医師の立ち去り現象が相次いで起こっており、多くの施設において、医療提供体制を維持することが不可能となっています。

現今の診療報酬改定は、財政論が中心となり、医療費削減と抑制が目的化されており、このことが今日の医療崩壊を招来した最大の要因であることは明白であります。

福祉国家を実現するためには、医療が中核になり、これを支えるためには十分な財源投入をしていく必要があります。それによって、医療崩壊を食い止め、勤務医の過重労働や病院・診療科の閉鎖そして医師不足等の問題に対処して国民を不安から守るべきであると考えます。

したがって、国民が求める安心・安全な医療を確保するためには、公的な医療費財源の確保が必要不可欠であり、かつ診療報酬の大幅かつ全体的なプラス改定が是非とも必要であります。

2. 初・再診料の引き上げと見直し

現在の初・再診料は医師の技術をあまりにも評価していないので、医師の基本的技術料である初・再診料の再評価を求めます。初・再診料には診療所及び、中小病院のキャピタルコストが含まれており、今後の健全な医療機関の存続には、初・再診料の引き上げが必要です。

また、平成20年度改定で決定された外来管理加算の「5分間ルール」は日医のアンケート調査の結果からも、5分以上であるかどうかで、患者に診療上の好影響は見られなかったこと、むしろ待ち時間等の問題で患者に負担をかけていることなどにより、外来管理加算に時間要件はなじまないことは明確です。

3. 入院基本料の全体的な引き上げ

1) 看護配置基準の要件と入院基本料に関して

入院基本料は、病院のキャピタルコストを含んでおり、今後の健全な病院の存続には入院基本料の引き上げが必要です。

現行の医療保険において入院基本料は主に看護師配置要件と平均在院日数に依拠しており、多くの中小規模病院においては看護基準 15:1、13:1、10:1、あるいは大病院では7:1看護へと看護師配置基準の移行を実施しています。

しかし、それに伴う医師や看護師の確保、また増員等による人件費の高騰と収益とのアンバランスが生じています。加えて大規模病院からの平均在院日数制限(在院日数が15日を超過した時の点数の問題)の為の患者紹介、転院時においても集中的な継続的治療を要する重篤な状況や、疾病の重症化、障害の重度化、加えて昨今の社会事情からも明らかなように高齢患者が多い事も更に拍車をかけ、自宅復帰はおろか在宅での管理、各種介護保険施設などへの移行も儘ならない現実があります。従って結果的に在院日数の遷延化が生じています。つまり、医療保険制度の範囲を超えたところの諸事情をまで含んだ問題であると捉えられます。仮に前述の看護師配置基準等の人的要件をクリア出来たとしても、上述の在院日数の問題が存在する限り、スムーズな移行は極めて困難な現実的問題を孕んでいると謂わざるを得ません。

このような現状から、入院基本料と看護配置基準、そして介護保険(施設状況)との現実的な整合性を鑑みた抜本的見直しが必要と考えます。

2) 回復期リハビリテーション病棟に関して

回復期リハビリテーション病棟施設基準は、医師の要件などについては以前よりも少しは緩和された感はありますが、依然として当該施設基準はハードルが高く、とりわけ在宅復帰率 60%以上、同病棟入院基準の患者が常時 80%以上という要件がその代表的なものです。

患者の高齢化、障害の重度化あるいは社会的背景の変化等に伴う在宅復帰の困難さは今後ますます加速化される傾向にあります。その結果として在宅復帰率低下の増加は否めないものと考えられます。医療費の低減に向けての大きな骨子の一つに平均在院日数の短縮化があらうかと思えます。

回復期リハビリテーション病床数は人口比にして都道府県格差、地域格差は周知の如くですが、多くの中小規模病院が回復期リハビリテーション病棟への参画、移行がスムーズに立ち行かない要因には、上述したような高い施設基準があると考えられます。この基準の見直しも必要と考えます。

また、地域連携パス、特に今は大腿骨頸部骨折連携パスや脳卒中連携パスによる、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への連携を構築する上でも、回復期リハビリテーション病棟の施設基準のハードル緩和は必要と考えます。

3) 療養型病床群入院基本料について

現在、療養型病床群入院基本料は医療区分、ADL区分により設定されていますが、患者の高齢化、障害の重度化に伴い医療的介入の質、量ともに変化しており、医療区分と治療的介入の内容が必ずしも適正にリンクしないと考えられるケースが増加していることも事実です。また、長期入院患者の中には社会的背景要因がその因子となっているケースも少なくありません。

現実的な問題として自宅復帰、在宅療養なども含めて老人保健施設、特別養護老人ホームなどの介護保険施設への移行などに極めて難渋するケースも多く、その結果、積極的治療の必要性の少ない所謂、社会的入院の色濃いケースも長期入院を強いられることもまた事実です。

病院としての本来の在り方が維持継続出来ない社会的事由が大いに影響しているものと考えられます。実状に即した、速やかな改善を要望いたします。

4) 耐震基準による施設の改築・増築について

病院施設の改築、増築、新築に関する建築基準法が変わり新たな規制が設けられました。平成19年6月1日には同法が再び変更され、建築申請の際、耐震構造計算などの耐震基準診断については第三者機関で行う事とされました。平成21年9月に規制の緩和が認められましたが、昭和56年以前の建築物は例外で、それ以降であっても建築敷地面積の1/2以上の変更をする場合には、以前の建築基準法が適用される事となっています。

現在、多くの医療機関の経営状態は決して順風満帆であるとは言えません。むしろ、医療情勢の変遷に伴い翻弄され続けて来たといっても過言ではないでしょうか。経営策のひとつとして新たな施設基準取得に向けての新設や増・改築等を考えている施設は多いかと思われます。しかし、建築基準法のため、当初の予定を大幅に変更、修正しなければならず、中には止むを得ず断念しなければならない所も出て来ています。何らかの方策を考える必要があるのではないのでしょうか。

4. 入院基本料等加算の算定基準の緩和

1) 「入院時医学管理加算」の見直し

平成20年7月1日現在の調査では届出医療機関数は全国でわずか88施設にすぎず、平成21年7月1日現在、福岡県においては13施設のみとなっております。20年度改定での本加算の見直しは現実に即したのではなく、高度医療、救急医療が充実している大病院を評価したため、地域で救急医療等に熱心に取り組む中小病院の殆どが算定できていない現状にあり、これらの病院の勤務医負担軽減に何ら寄与し

ていません。

- ①「入院医療を提供している診療科の標榜」は、産婦人科等は医師不足の状況により「集約化」にて対応しているのが現状であり、精神科の扱いと同様、地域の連携体制を考慮すべきです。
- ②「逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の 40%以上」の要件においては、慢性疾患や悪性腫瘍など本来「治癒」すること自体稀な傷病の場合、「軽快」や「寛解」も含めることにすべきです。
- ③ 施設基準要件の、人工心肺手術数、放射線治療件数、化学療法件数、分娩件数等は実態にそぐわず撤廃すべきです。

2)「医師事務作業補助体制加算」の適用拡大

平成 20 年 7 月 1 日現在の調査では、届出医療機関数は全国で 730 施設にすぎず、福岡県においては 49 施設のみとなっております。入院医療全般にわたり医師事務作業は増加しており、現状の点数では人件費すら賄えていません。また、救急医療・二次医療を担う地域中小病院の勤務医負担軽減に何ら寄与していないのが現状です。従ってその点数を引き上げるとともに、急性期医療を担う病院に限らず全ての病院に対する加算に適用拡大することが必要であると考えます。

3)「救急医療管理加算」の算定要件の緩和

救急告示医療機関等の救急医療提供体制に配慮した算定基準の緩和が必要であると考えます。現在の当該加算は重症患者のみをその対象としており、救急医療が疲弊するなか軽症搬送患者に対応した際の評価がなく現状に即していません。患者が救急車を利用して搬送されてきた場合、すべての患者の受け入れに対して診療報酬上の評価を与えることが必要であると考えます。

4)「ハイリスク分娩管理加算」の施設基準の見直し

算定のハードルが高く施設基準の取得が困難となっています。「病院勤務医の負担の軽減に対する体制」整備について、病院全体としての要件ではなく産婦人科に限定することが必要であると考えます。

5)「電子化加算」の入院基本料等加算への適用拡大

現状では 400 床以上の病院の電子化加算については除外されましたが、平成 21 年 4 月からは 400 床未満の病院であってもレセプト電算請求等を行っている病院については除外されています。医療の効率化を図るための IT 化は、病院の負担によって行われているのが現状であり、給付事務に関わらず、電子カルテまでを対象とした加算措置が必要であると考えます。

5. 医学管理料の引き上げと見直し

特定疾患療養管理料は第一線医療における計画的管理を評価したものであり、崩壊しつつあるプライマリケアを立て直すためにも、対象疾患の拡大と増点を求めます。

また、後期高齢者診療料は算定要件が複雑な上、複数の医療機関での併算定ができず、複数の疾患に罹患している例がほとんどである高齢者の特性にそぐわない内容となっているので大幅な見直しを求めます。

6. 軽微な処置の正当な評価と見直し

平成 20 年度改定では、軽微な処置が削除され、基本診療料に包括されましたが、このことを代償するべき基本診療料の見直しはなく、特に皮膚科、耳鼻科、眼科、外科に係る技術料は過小評価のままとなっているので、早急な見直しが必要であると考えます。

7. リハビリテーションの見直し

- 1) 脳血管疾患等リハビリと運動器リハビリについては、訓練自体はあまり変わらないのに、点数に大きな開きがあります。運動器リハビリの保険点数が低く抑えられており、引上げを求めます。
- 2) 運動器リハビリテーション
回復期リハビリ病棟適応の運動器疾患の評価の引上げを求めます。現行の評価では低すぎると考えざるをえません。
- 3) 脳血管疾患等リハビリの開始は発症からでも納得できるが、骨折等についてはギプスなど固定の期間が必要です。そのため発症及び手術日を起算日にとすると患者にとって非常に不利となります。訓練開始からを起算日とするよう求めます。
- 4) 摂食機能障害を有する患者に対する訓練・アプローチは手間を要しているため、評価の引上げを求めます。摂食機能療法を十分に評価することは肺炎などの予防、在院日数の短縮にも繋がり、医療経済的にも合理性があると考えられます。
- 5) 発症、手術又は急性増悪から 180 日を超えた場合、13 単位となりますが、その制限の根拠は不明であるため、制限の緩和を希望します。
- 6) 生活習慣病理学療法料・運動療法料の新設

指導開始後3ヶ月間に限り算定、1日3単位、週3日以内の新設を求めます。
7)リハビリテーション重度認知症早期加算

重度認知症のリハでは転倒のリスクが高いため常時見守りが必要です。同じような運動機能障害でも、重度認知症では手間がかかるので、重度認知症を併せた状態での早期介入の評価を求めます。

8. 手術料の増点数

手術料は医師の技術料が適切に評価されるべき最たるものでありますが、それにも拘らず先進諸国のなかで日本の手術料が診療報酬で低く評価されてきたことは以前から指摘されています。また、手術はその性質上、医療事故発生の可能性を多く含んでおり、複数の医師による手術を要求されることが多くなっていますが、これらの評価は不十分なものです。

このような外科診療における劣悪な環境の中で若い医師の外科系離れが起きていることは日本の外科系医療にとってのみならず、その恩恵を受ける国民にとって嘆かわしいことです。手術料そのものの再評価は勿論であるが、手術に伴って使用される機器の保険適応も遅れています。平成20年度改定で一部引き上げられましたが、更なる原価計算に基づく評価を要望いたします。

9. 投薬に関する事項の見直し

1) 投薬期間は原則30日以内と規定する必要があると考えます。

効果および副作用発現の確認など医学的要因からも、服薬の過誤を来しやすいなど管理面からも過度の長期処方は避けるべきであると考えます。

2) 多剤投与時の薬剤料・処方箋料の逡減の廃止を要求いたします。

高齢者など、複数の疾患に対処するため、医学的要因により多剤処方が必要な場合が増加しています。

逡減制は「薬漬け」や「薬価差益」等が社会問題として提起された時代の産物であり、今日の状況にはそぐわないと考えます。

3) 1包化加算を病院・診療所における院内処方にも設定すべきであると考えます。

10. 医療安全・医療機器・感染防止対策・医療廃棄物処理等費用の正当な評価

医療法改正により、医療機関には医療安全対策や院内感染防止対策、医療機器の保守点検等が義務化されましたが、このことに対する診療報酬上の評価は微々たるもので皆無に等しいと考えます。また、このことに伴いディスプレイ製品利用の拡大、感染症への社会的配慮の必要性と制度化などを背景として、環境のなかでの医療廃棄物に対する社会の眼はますます厳しくなっています。それにも拘わらず、医療廃棄物処理に係る費用は診療報酬の中には全く反映されておらず、医療機関の自助努力に負担を強いられている状況です。

医療安全・感染防止対策に係る費用は勿論ですが、医療廃棄物処理に関する費用も診療報酬点数に反映されることを強く要求します。

11. 後期高齢者医療診療報酬について

平成20年4月から始まった、後期高齢者医療制度と後期高齢者医療診療報酬は、そのスタートから多くの批判を浴び、前政権により手直しが繰り返されたことは周知の通りであります。新政権では本制度の廃止がマニフェストで謳われています。

後期高齢者医療診療報酬では、後期高齢者終末期相談支援料は既に平成20年度に凍結されております。後期高齢者診療料は福岡県においても全国的にも活用が進んでない実態が明らかとなっております。今後、社会保障審議会や、高齢者医療制度改革会議で制度を含めた検討が行われるものと思われれます。

日医が以前より提案しているような保障の理念に基づいた、しかも温情ある制度・報酬体系が望まれます。

おわりに

福岡県は、7年連続で老人医療費が全国1位であり、1人当たり老人医療費の診療種別の内訳では、入院医療費が大きく上回っていることが特徴です。平成20年4月に策定された本県の医療費適正化計画では、本県の場合、医療機関数、病床数、医師数等の医療提供体制が他の都道府県と比較して充実しており、また、医療へのアクセスも良好なため、医療にかかりやすい環境にあることに加え、循環器系の疾患など入院が長期化する傾向にある疾患で医療機関にかかる割合が高いなどの疾患面からの要因や、高齢者の独り暮らしは多いが、就業率は低いなどの社会的要因などが複合的に結びついて、結果として、1人当たり老人医療費が全国第1位となっていると分析しています。

今年度は制度創設より2年目で次年度よりの新たな保険料率を決定する年に当たっています。現状のまま推移すると全国平均で現在よりも10.4%の保険料アップが考えられると厚生労働省は試算していますが、患者負担の更なる増加を避けるために早急な制度の見直しが必要であると考えます。

新政権はそのマニフェストで、診療報酬の10%アップ、総医療費対GDP比をOECDの平均8.9%に引き上げるなどを掲げています。その後、平成22年度予算編成のなかで、診療報酬は事業項目となり、行政刷新会議による事業仕分けでは、財務省がマイナス改定を示唆し、大きくマニフェストから後退している状況であります。

厚生労働省は診療報酬本体の引き上げを実現したいと述べていますが、マニフェストとは程遠い内容となっています。社会保障審議会の医療保険部会と医療部会の次期診療報酬改定の基本方針では、焦点となっていた改定の具体的な方向については、「医療費全体の底上げを行うべき」、「医療費の配分の大幅な見直しで対応すべき」、「医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべき」という3つの主張が示されており、

一方、日本医師会は、身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担を心配することなく、いつでも医療機関にかかれる社会に戻すため、1. 診療報酬を大幅かつ全体的に引き上げること、2. 患者一部負担割合を引き下げること、の2点を厚生労働大臣に提出しています。

本委員会も日医の要望を支持するものであります。現在、改定率の議論は大詰めを迎えています。地域医療を守るためには急性期、亜急性期、回復期、慢性期にわたる医療の全体的な底上げが必要です。

福岡県メディカルセンター医療保健福祉機構では平成22年よりのハッシュ化したレセプト電算データの解析を予定していますが、従来の総括表からの解析より精度が高い、質の違った分析が可能となります。

今後、本委員会からの分析に関する示唆、提言等がなされ、福岡県の医療の分析、医療の問題点の抽出、そして福岡県の医療の改善に寄与することが期待されます。

福岡県医報第 1392 号 平成 21 年 2 月 10 日発行

次期診療報酬改定に関する要望事項について

先般、次期診療報酬改定に関する福岡県医師会としての要望事項を取り纏めるため、各郡市医師会及び各専門医会へ要望事項の提出をお願いいたしておりましたが、本会保険担当理事者会、診療報酬検討委員会を経て、全理事会協議の結果、下記の 10 項目要望事項として決定いたしましたので、ご報告申し上げます。

その後、この要望事項は、九州医師会連合会としての要望事項の取り纏めのために、本年 1 月 24 日に熊本県医師会の担当で開催されました九州医師会連合会医療保険対策協議会へ福岡県の要望事項として提出いたしたところです。

さらに、この要望事項は、担当県である熊本県医師会より日本医師会へ提出されましたことを併せてご報告申し上げます。

1. 国民の安心・安全な医療確保のために診療報酬の大幅なプラス改定を。

過去 4 回にわたる診療報酬マイナス改定と急激な医療制度改革により、地域医療の崩壊が起きており医療機関はかつてない多くの深刻な局面に立たされている。国民が求める安心・安全な医療を確保するためには診療報酬の大幅なプラス改定が是非とも必要である。

2. 初・再診料の引き上げと見直し。

現在の初診料、再診料は医師の技術をあまりにも評価していない。医師の基本的技術料である初診料、再診料の再評価を求める。とりわけ 20 年度改定で決まった外来管理加算の「5 分間ルール」は臨床現場に全くそぐわない内容であり早急な撤廃をもとめる。

3. 入院基本料の全体的な引き上げ

入院基本料は入院医療の根幹を成すものであり、その増減は入院医療を担当する医療機関の経営に最も影響している。病院の閉鎖、地域医療の崩壊、勤務医の疲弊と病院離れが進行するなか、入院基本料全体の増額により入院医療全体を支えることが求められる。

4. 入院基本料等加算の算定基準の緩和

勤務医の疲弊や救急医療の後退が現実化するなか 20 年度改定で新設された入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算やハイリスク分娩管理

加算は算定のハードルが高く施設基準の取得が困難であり、施設基準の緩和が早急に必要である。また、救急医療管理加算も救急医療が疲弊するなか算定基準の緩和を行うべきである。

5. 医学管理料の引き上げと見直し

特定疾患療養管理料は第一線医療における計画的管理を評価したものであり、崩壊しつつあるプライマリケアを立て直すためにも、対象疾患の拡大と増点を求める。

また、後期高齢者診療料は算定要件が複雑な上、複数の医療機関での併算定ができず複数の疾患に罹患している例がほとんどである高齢者の特性にそぐわない内容となっているので大幅な見直しが求められる。

6. 軽微な処置の正当な評価と見直し

平成 20 年度改定では、軽微な処置が削除され、基本診療料に包括されたが、このことを代償すべき基本診療料の見直しはなく、事実上技術料の過小評価のままとなっている、早急な見直しが必要である。

7. リハビリテーションの見直し

維持期のリハビリテーションを除外し介護保険に移行させ、急性期リハビリテーションに医療保険を特化しようとする手法は、リハビリテーションを必要とする多くの患者の回復への道を閉ざすと考えられる。算定日数制限の更なる緩和が求められる。また、各疾患別リハビリテーションの相互の点数差の納得行く是正が必要である。

8. 手術料の増点数

手術料は医師の技術料が適切に評価されるべき最たるものであるが、それにも拘らず先進諸国のなかで日本の手術料が診療報酬で低く評価されてきたことは以前から指摘されている。また、手術はその性質上、医療事故発生の可能性を多く含んでおり、医療トラブルのリスクも高い。このような環境の中で若い医師の外科系離れが起こっていることは日本の外科系医療にとってのみならず、その恩恵を受ける国民にとって嘆かわしいことである。手術料そのものの再評価は勿論であるが、手術に伴って使用される機器の保険適応も遅れている。平成 20 年度改定で一部引き上げられたが、更なる原価計算に基づく評価を望むものである。

9. 投薬に関する事項の見直し

投薬の期間に関しては、医学的管理の立場から長期投与は、原則、30日以内と規定することが望まれる。内服薬の多剤投与時における薬剤料あるいは処方箋料の逡減は、薬漬けや薬価差等が社会問題となったときの産物であり、複数の疾患を持つ高齢患者が多くを占める現状では時代遅れのペナルティとなっているので廃止するべきである。また、1包化加算を診療所における院内処方例にも設けるべきである。

10. 医療安全・感染防止対策・医療廃棄物処理等費用の正当な評価

医療法改正により、医療機関には医療安全対策や院内感染防止対策等が義務化されたが、このことに対する診療報酬上の評価は微々たるもので皆無に等しい。また、このことに伴いディスプレイ製品利用の拡大、感染症への社会的配慮の必要性と制度化などを背景として、環境のなかでの医療廃棄物に対する社会の眼はますます厳しくなっている。それにも拘わらず、医療廃棄物処理に係る費用は診療報酬の中には全く反映されておらず医療機関の自助努力に負担を強いられている。医療安全・感染防止対策に係る費用は勿論であるが医療廃棄物処理に関する費用も診療報酬点数に反映されることを強く求める。