

平成22・23年度

診療報酬検討委員会答申

平成22年4月実施の診療報酬改定の検証
並びに次回改定の課題

平成24年 1月31日

福岡県医師会診療報酬検討委員会

平成24年 1月31日

福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

福岡県医師会
診療報酬検討委員会
委員長 原 文彦

本委員会は、平成22年7月16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22年4月実施の診療報酬改定の検証並びに次回改定の課題』

福岡県医師会
診療報酬検討委員会委員

委員長	原文彦	筑紫医師会長
委員	山家滋	北九州市医師会理事
〃	平田泰彦	福岡市医師会理事
〃	馬郡良英	飯塚医師会長
〃	野口和典	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
〃	伊東清四郎	福岡県国民健康保険団体連合会 審査委員会常務処理審査委員
〃	江頭芳樹	福岡県内科医会会長
〃	松口宰邦	福岡県臨床外科医学会副会長
〃	山岡春夫	福岡県医師会常任理事
〃	寺澤正壽	福岡県医師会常任理事
〃	大郷勝三	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

— 目 次 —

I. はじめに	1
II. 平成22年度診療報酬改定の検証	
1. 初・再診料	2
2. 入院料等	2
3. 医学管理等	4
III. 次回改定の課題	5
IV. おわりに	9

I. はじめに

平成 22 (2010) 年度の診療報酬は、全体で+0.19%、本体で+1.55%であった。医科本体の改定率は、入院+3.03%、外来+0.31%、実数では入院で+4,400 億円、外来は+400 億円、その内訳を見ると、入院においては、急性期 4,000 億円、慢性期 400 億円であり、両者間の差は 10 倍である。

この結果、第三次救急を行なっている急性期病院、NICU、PICU を併設し、救急、小児、周産期医療、難度の高い手術などを積極的に行なっている医療機関に偏重した結果だった。

ネットでは+0.19%であるが、大学病院や 500 床以上の大病院では+5%~+8%収入増との報告もある。つまり「地域で求められる医療」を実践している医療機関、即ち救急車を積極的に受け入れ、高度医療を実践し、回復期リハビリテーション病棟などで治療し、その後、療養病棟等で継続的に診療している病院であったと考えられる。

無床診療所は再診料の 2 点引き下げなどの影響が大きく微増、微減など様々な報告があるが横ばいないし微減であったというのが実態であろう。

地域医療貢献加算が 3 点付いたが、今のところ普段から患者とのコミュニケーションをとっていた医療機関では特段の問題は生じていない。外来管理加算の見直しは、平成 20 年度改定では、問診が 5 分超でなければ加算を認めない「5 分ルール」が導入されたが、医療現場での不満を受け、診療側、支払い側とも平成 22 年度改定で 5 分ルールを廃止する方向では一致し、中医協総会において、外来管理加算については点数を 52 点で据え置いたまま 5 分要件を廃止し、別途「懇切丁寧な説明に対する評価」を明確化する要件を追加することが決定した。しかし、「患者本人の多忙等を理由に、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては算定できない」との規定が新たに盛り込まれ、未だ減収傾向である。

今回の改定で診療所の収入は減少傾向だが、高齢患者の増加により診療時間も手間も増えるので、医療費の総額が増えなければ単価を下げざるを得ない状況となり、医療再生の実現には、医療費の総枠拡大が必要である。

また平成 22 年度の改定の重要なポイントは「診療所と病院を対立軸に据えて、診療所の報酬を病院へ移譲する方針が明確になった点」である。今後の診療所の地域医療崩壊が危惧された。本来、診療所と病院は車の両輪であり（これはインフルエンザの流行時にも実証されている。）、診療所と病院を分断するような改定には断固反対していかなければならない。このようなことが明らかとなった改定だと総括できよう。

Ⅱ．平成 22 年度診療報酬改定の検証

1. 初・再診料

初診料は、平成 22 年度の改定でも据えおかれ、再診料も病院と診療所の点数を統一するために、診療所の再診料が 2 点引き下げられた。初診料、再診料は医師にとって重要な技術評価の一つであり、他の検査料や薬剤料の点数引き下げとは本質的に意味が異なる。少なくとも初診料は平成 16 年度のレベル以上の 300 点までは引き上げられるべきである。

また、外来管理加算は、5 分ルールの撤廃はある程度評価出来るが、改定前よりその算定回数は増えていない。当該加算は本来「計画的な医学管理」を評価したものであり、その結果責任は医師が担い続けることに変わりはなく、いわゆる「お薬受診」等の種々の附則要件は撤廃すべきである。

また処置、ある種の検査を行った場合には算定出来ないといったような矛盾も解決されなければならない。

地域医療貢献加算は、算定している医療機関は全国で約 22.5%（福岡県では 24.5%）に止まっている。これはその意味づけ及び基準の曖昧さと、医師は今までも時間外診療、学校医、産業医、予防接種等地域医療に十分貢献してきており、今さら地域医療貢献加算といわれても、“ハイそうですか”という訳にはいかないためであろう。したがって、この加算は再診料に含め、再診料を大幅に引き上げるべきだと考える。

明細書発行は、診療内容の明確化という意味では有効な手段であるが、診療内容の告知問題、発行の煩雑さ、90%以上の患者が希望していない等により、発行義務化は撤廃すべきである。また、診療の度に毎回明細書を発行する必要はないものとする。

2. 入院料等

入院基本料では一般病棟入院基本料の 15 対 1 が 954 点から 934 点へと引き下げられ、7 対 1、10 対 1、13 対 1 の入院基本料は据え置かれた。療養病棟入院基本料では、看護配置基準によって療養病棟入院基本料 1（看護職員及び看護補助者が 20 対 1 の配置以上）と 2（看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上）に区分され、療養病棟入院基本料 2 では医療区分 1・ADL 区分 2 を除いて軒並み引き下げられた。即ち、全体的に見れば看介護職員の配置要件は更に厳しい方向へとシフトしたと云える。

日本医師会総合政策研究機構が厚生労働省「概算医療費データベース」を参考に抽出した昨年度のデータによれば、一般病棟入院基本料 15 対 1 を算定している医療機関の割合は 23～49 床 35.6%、50～99 床 39.8%、100～199 床では 23.0%であり、全体的に 200 床未満の中小病院に多く見られ、大病院化に伴いその割合は減少する傾向にある。また、一般病床の平均在院日数を比較すると、200 床以上の病院では平均 17.3 日、特に 500 床以上では 15.3 日と短縮傾向にある。しかし、200 床未満の一般病床では 20 日超という結果であった。これは、急性期病院、大病院での平均在院日数の短縮化に伴い、継続的医療が必要な慢性期患者を中小病院が引き受けざるを得ないという実情であると思われる。加えて職員の定数においては、中小病院（200 床未満）の 100 床あたりの看護部門職員数はほぼ

60人以上と大規模病院並みとなっている。即ち、中小病院には極めて厳しいハードルが課せられたものと判断出来る。事実、入院医療費の対前年同期比においても、20～99床+3～4%、100～399床+5～6%台、400床以上+8%近くであり、400床ラインでその伸び率には、大きな差があった事が判る。

従って総合的に判断すれば300床以下の病院では、改定の効果はあまり顕著ではなく、特に100～199床の中小病院での入院の伸びが抑制されていることが判る。加えて人的要件をクリアする為、慢性的な医師や看護師不足の対応に多大な努力を強いられている事も事実である。一般病棟入院基本料を自己努力により15対1から13対1に変更した医療機関も多い。そのため、看護師などの争奪も生じている。地方の医療機関では看護師不足により、やむなく病床数の削減化や、人件費を上げるなどの手段で対処しているが、それに比例して生じる人件費の増大、人員確保の問題等が正にボディブローの様に徐々に経営の健全化を圧迫している状況は現実の問題として存在する。継続的な医療を必要とする慢性期患者に治療を行う中小規模医療機関の存在無くして、大規模病院の在院日数短縮化には直結しないシステムとなっている事は衆目の一致するところであろう。加えて安心・安全の医療実現のため、医療安全・感染防止対策等あるいは医療廃棄物処理などに関する諸経費なども、現状では各施設の自己努力に負うところが大きい。本来の趣旨からすれば入院基本料に反映されて当然であるべき性格のものである。現状に即した早急な対策への配慮が必要と思われる。

また夜間勤務をする看護師不足も生じている。看護職員の月平均夜勤時間72時間超えの要件緩和又は撤廃を早急に検討する必要がある。地域医療の再生には急性期や大病院のみの引上げだけでは解決にならない。連携と機能分化が進む中、現実的、且つ全体的な底上げが必要であると考ええる。

加えて、施策として提唱されている地域医療計画の実現には、有床診療所の存在無くして、それが実現されることは無いと考えるが、現行の有床診療所入院基本料は若干引き上げられたとはいえ、依然として病院との格差は著しい。地域医療再生計画が「絵に描いた餅」にならぬ為にも、迅速で適正な見直しを強く要求するものである。

※入院中患者の他医療機関受診

① 出来高算定患者

出来高における入院中患者の他医療機関への外来受診においては、入院医療機関は「入院料の減算」となり、いっぽう他医療機関は専門的な医療に関わる費用の算定しか認めない「算定制限」のペナルティーとなっている。しかも、専門診療科において「医学管理料等、在宅療養指導管理料等」は算定できない。専門的医療、病・診連携の観点から、入院中担当医の指示にて他医療機関を受診した場合には、個々の請求として外来受診先である他医療機関において制限規定なく保険請求ができるように基準を改めていただきたい。

② DPC算定患者

DPC病院の入院中患者の他医療機関外来受診分の医療費負担については、入院中病院と外来受診先医療機関との合議で決めることになったが、現実には、入院中病院が外来受診

先分をすべて支払っている場合や、いったん退院処理を行っているケースもあるという。PET などの高額医療機器診療や、精神科などかかりつけ医受診が必要な場合も少なくなく、個々の請求として、外来受診先の医療機関において保険請求ができるよう基準を改めていただきたい。

※入院基本料等加算（A235 褥瘡患者管理加算）

入院患者の褥瘡併発は、主疾患の加療にも関与し医療費増大にも関連する。この意味で褥瘡発生を抑制する褥瘡患者管理加算は重要であるが、その計画・評価に手間をかけ入院中 1 回 20 点の評価は明らかに低すぎる。点数の見直しを願いたい。

3. 医学管理等

現在、32 の対象疾患で算定できる特定疾患療養管理料は、長年見直しが実施されておらず現状と合致していない。慢性疾患指導管理料として導入された当時には、対象疾患はもっと多く、今より算定条件が緩やかであった。限られた疾患以外でも医学管理に要する時間、技術は少なくなく、対象疾患の拡大は必要である。

例えば、慢性腎臓病（CKD）、膠原病、認知症、関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、貧血、更年期障害、緑内障等。

かかりつけ医としての患者の状態が予見できる期間は 30 日以内が適切である。現状は 30 日以上処方でも特定疾患療養管理料は 1 回しか算定できず、また入院した場合には、退院後 1 ヶ月は管理料が算定できないとされているが、不合理であり是正する必要がある。例えば、現在月 2 回算定が可能であるが、長期処方でも月 1 回受診の患者が増えてきている現状から考えても、月 1 回算定の特定疾患療養長期管理料（仮称）を設け、二回の特定疾患療養管理料を合計した点数にするのも一手段である。

長期処方は時代の流れで、ある程度は仕方ないと考えるが、数か月に亘って患者を診察しないのは、医師としての責務を放棄していると思えない。同時に長期処方時の処方箋料、処方料の増額、多剤処方時の逡減撤廃を要求する。

生活習慣病管理料は、平成 20 年改定で低く下げられている。後期高齢者診療料の廃止に伴い、後期高齢者でも算定可能となったが、認知症等は算定対象外である。現状に即した形での対象疾患の見直しが必要であると考え。また院内処方においては薬剤費負担が大きいに、2 回の受診で 8 週間の長期処方を希望されれば実質赤字となっている。院内処方においては投薬の費用を含まないように改定すべきである。

小児科外来診療料は、現在の点数では必要な迅速検査や点滴・処置をすれば赤字となる恐れがあり、大幅な点数増加が必要である。

Ⅲ. 次回改定の課題

各郡市医師会並びに各専門医会からの「次期診療報酬改定に関する要望事項」を平成 22 年 12 月 6 日開催の診療報酬検討委員会で検討した結果、下記 10 項目を要望として決定し、平成 22 年 12 月 22 日開催の福岡県医師会第 28 回全理事会の承認を得、平成 23 年 1 月 29 日に鹿児島県において開催された九州医師会連合会「次期診療報酬改定の要望事項に係る医療保険対策協議会」へ提出した。

今回、日本医師会からの依頼では、要望事項は、①初・再診料、②入院料等、③医学管理等に限り、とされていたためこれらの項目に限られた。

	点数項目	具 体 的 内 容	参 考	
			現行点数	要望点数
1	初・再診料	<ul style="list-style-type: none"> ○初診料の引き上げを要望する。 ○診療所の再診料は 2 点引き下げられたが、診療所における主たる技術料である再診料は少なくとももとの点数に戻すべきである。 ○再診料は 69 点と低く設定されており、大幅な増額が必要。 ○検査時における外来管理加算の算定を認めてほしい（エコー、内視鏡等） ○処置時の外来管理加算の算定をみとめてほしい（特に 52 点以下の処置）。 ○医学的に専門性の異なる 2 人以上の医師が行ったそれぞれの初診・再診を評価した体系に見直してほしい。現在の同日初診の内容では不十分。 ○複数診療科の同日受診の際も外来診療料を各科で算定できるよう希望 ○産科管理加算の新設 産科・産婦人科を標榜する医療機関における妊婦の管理は母体と胎児の双方を同時に行うものであり本加算の新設を求める。 	270 69 69	300 71 80以上 初診75 再診38
2	地域医療貢献加算	<ul style="list-style-type: none"> ○本加算は曖昧な基準のため患者との間に誤解を生む内容である。準夜帯のみの電話対応でよいなら名称の変更及び内容の明確化、たとえば「地域医療加算」（貢献の削除）とともに、増点をすべきである。24 時間 365 日の対応への流れを作るものであるなら、地域医療の荒廃・診療所医師の疲弊化を招くものであり廃止すべきである。本来、地域医療の崩壊を食い止めるには、本加算のような姑息的 		

		な手当てを行うのではなく、再診料本体の増額を行うべきである。		
3	乳幼児加算	<p>○初診料、再診料、外来診療料それぞれ3点引上げられたが、不十分。乳幼児加算にはもっと手厚い加算がなされるべき。</p> <p>○耳鼻咽喉科乳幼児診察料の新設を希望する。</p>	3	10
4	入院中の患者の他医療機関への受診について	<p>○今回の本件に関する改定は医療機関の連携のみならず患者のフリーアクセスを阻害する内容であり、一部が6月に変更されたが、もっと根本的に見直すべきである。まず、通則5に記載されている(1)が基本であるからには、(6)の、医療機関にとってペナルティ的な扱いである入院料減算に係る全内容の削除を求める。また、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を算定する病床に入院している患者の場合にも、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用が算定できるように改める。</p>	30%及び70%減算	撤廃
5	入院基本料	<p>○一般病棟入院基本料は医療経済実態調査の結果を踏まえて15対1入院基本料のみ引き下げられ、他は据え置かれたが、地域医療の再生には急性期や大病院のみの引上げだけでは解決にならない。連携と機能分化が進む中、全体的な底上げが必要である。また、安心・安全の医療の実現のため、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入院基本料に反映されることを強く求める。</p> <p>○看護職員の月平均夜勤時間72時間超えの要件緩和又は撤廃。</p> <p>○一般病棟入院患者90日超の特定患者で「重度肢体不自由者であっても脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く」との規定がある。これは脳卒中の後遺症患者及び認知症患者を差別するものであり、削除を希望する。</p> <p>○精神科の一般病棟入院基本料は低い水準にとどめられており、精神病棟入院基本料全体の引き上げを希望する。また、精神病棟での入院基本料の評価に看護配置のみでなく、精</p>		

		<p>神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等のコメディカルスタッフの配置も考慮いただきたい。</p> <p>○短期滞在手術基本料に小児の斜視手術、眼瞼下垂手術、先天内反症手術の算定ができるよう希望する。</p> <p>○有床診療所の入院基本料は若干引き上げられたとはいえ、病院との格差が著しく余りにも低く設定されている。せめて、15対1近くの点数を有床診療所入院基本料1に認めてもらいたい。</p>		
6	入院基本料等加算	<p>○入院料は入院料に対する加算に加え、多くの入院基本料等加算があり非常に複雑な内容になっている。できるだけ加算を基本料の中に組み入れ、わかりやすい内容に簡素化していただきたい。</p> <p>○救急医療管理加算の算定要件の緩和。救急車による搬入患者では算定可能とすべきである。</p> <p>○ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算の対象疾患に深部静脈血栓症の追加を希望する。</p> <p>○MSW等の医療相談業務に対する評価を一定の要件のもと施設基準により定めるべきである。</p>		
7	B000 特定疾患療養管理料	<p>○現在32の疾患が定められているが、古い疾患もあり、内容を再点検しCKD、膠原病、認知症、関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、貧血、更年期障害、緑内障等の現状に則した疾患を加えるべきと考える。</p> <p>○現在月2回算定が可能となっているが、ケースバイケースで月1回受診でも2回分の点数算定が可能となるように工夫していただきたい。このことは、長期処方の関係上必ず必要である。</p>		
8	B001-3 生活習慣病管理料	<p>○平成20年改定であまりにも低く引き下げられたままとなっている。今回より高齢者も加わっており、生活習慣病は多くの病気のきっかけとなる観点からも少なくとももとの点数に戻すべきである。</p>	650 700 800	900 950 1,050
9	B001-2 小児科外来診療料	<p>○年々増加する迅速検査や診療内容の進歩に現在の点数では不十分である。早急な増点をすべきである。</p>	560	600

	<p>B001・14 高度難聴指導管理料</p> <p>B001・21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料</p> <p>B005-4及び5 ハイリスク妊産婦共同管理料</p>	<p>○(2)・・・<u>その他の患者については1回に限って算定する。</u>アンダーライン部分の削除希望。</p> <p>○年齢制限の撤廃と対象疾患の拡大を希望する(メニエール病、良性発作性頭位眩暈症、音声障害、言語障害、アレルギー性鼻炎)。</p> <p>○対象疾患に深部静脈血栓症の追加を希望</p>		
10	<p>指導管理料の新設(眼科)</p> <p>産婦人科特定疾患指導管理料の新設</p> <p>東洋医学の評価</p> <p>心療内科診療料</p> <p>老人慢性疾患外来総合診療料</p>	<p>○小児の弱視、斜視に対する指導管理料の新設及び視覚障害者に対するロービジョン指導管理料の新設を希望。</p> <p>○卵巣機能不全、子宮内膜症、子宮頸部異形成等を対象疾患として、月1回の算定を希望。</p> <p>○東洋医学診療加算 専門医による東洋医学的な専門的な診療に対する評価。</p> <p>○漢方服薬指導 専門医による専門的な服薬に対する評価。</p> <p>○精神科を標榜しない心療内科においてメンタルヘルスの重要性を評価するものとして算定できる診療料の新設を希望する。</p> <p>○以前あった、選択制の外総診のような、重度の患者へも対応可能で、患者にも分かりやすく医療機関にも納得できる包括報酬の提案を希望する。</p>		

IV. おわりに

今回の診療報酬改定は、長年続いたマイナス改定に対し、0.19%という少ないながらもプラス改定であったことは、国民にとっては勿論、我々医療に携わるものにとっても望ましい結果であったと思う。しかし、内容は決して褒められる結果ではなかったことは前記の通りである。

診療所においては、医師にとって重要な技術評価である再診料は2点の引き下げであった。地域医療貢献加算が3点付けられたが、当然今まで行ってきたことであり、この加算に関しては本来再診料として取り扱うべきものではないだろうか。

特定疾患療養管理料も初・再診料と同様、技術料ともいえる。長期処方余儀なくされた医療にとって、1回/月算定できる管理料は1回で十分可能な算定点数とするべきである。また、対象疾患の見直しもされるべきである。

今回の改定で非常に戸惑った、いや、問題となったことは、入院中の患者の他医療機関への受診抑制である。一医療機関で全ての医療を受け入れることは不可能である。対応可能な医療機関は大学病院等の総合病院である。従って現状のままでは患者は必然的に総合病院に偏る可能性がある。或いは入院中の医療機関を退院してから受診するといった不可解な状況も発生する。患者の治療を十分に行うためにも、入院患者の他医療機関への受診に制限を設けるべきではないと考える。

医師・看護師が不足する中、入院基本料に手を付けることは非常に危険である。厚生労働省は勤務医・看護師の過重労働に対し手厚い対策を・・・と考えているが、現状を鑑みれば、対策としてはまず医師・看護師の育成対策を考えることが早急の課題である。病院の改装、改修、また医療機器の更新等を考えれば、経営母体が安定化せねばならない。医師・看護師の争奪戦、謂わば、高額な報酬を支払う体力のある医療機関であれば柔軟な対応も出来るであろう。しかし、一般的な(標準的な)医療機関では、医師数、看護師数などを潤沢に確保出来るわけもなく、入院基本料、看護基準等のランクを引き下げたり、または病床数を削減して対処している状況にある。

平成22年度診療報酬の状況を分析し、問題点を抽出したが、次期診療報酬改定もそろそろ姿を見せ始めた。現在、全体改定率0.004%のアップとのことだが、前回のような偏在した改定ではなく、また机上で審議するのではなく、現場でのエビデンスに基づき問題状況を把握し、医療提供体制全体の底上げに基本を置いた、国民に安全で安心のある医療を提供できる医療体制作りを目指した改定を切望するものである。