

平成 24・25 年度

診療報酬検討委員会答申

平成 24 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 26 年 1 月 28 日

福岡県医師会診療報酬検討委員会

平成 26 年 1 月 28 日

公益社団法人福岡県医師会
会長 松 田 峻一良 殿

公益社団法人福岡県医師会
診療報酬検討委員会
委員長 原 文 彦

平成 24 年 6 月 29 日に貴職より諮問のありました「平成 24 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」について、本診療報酬検討委員会として 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。

平成 26 年 1 月

診療報酬検討委員会	委員長	原	文彦
	委員	伊東	清四郎
		井上	仁人
		江頭	芳樹
		神代	龍之介
		下川	敏弘
		津田	泰夫
		東	秀樹
		藤本	裕司
		馬郡	良英
		寺澤	正壽※
		大郷	勝三※
		大橋	輝明※
		戸次	鎮史※
		山本	英彦※
		山家	滋※

(※：県医師会役員 委員は五十音順)

目 次

I. はじめに	1
II. 平成 24 年度診療報酬改定の検証	
1. 基本診療料（初・再診料）	2
2. 基本診療料（入院料等）	3
3. 医学管理等	6
4. 在宅医療	7
5. 検査・画像診断・病理診断	8
6. 投薬・注射	9
7. リハビリテーション	10
8. 精神科専門療法	11
9. 処置	12
10. 手術・麻酔	13
III. 次回改定の課題	16
IV. おわりに	20

I. はじめに

今回の改定は6年ぶりの医療・介護保険同時改定であった。医療保険はご存知のように0.004%の微増となったが、これは極めて政治的な決着に基づいた改定率であった。すなわち小数点以下3桁は表示されないので実質的には0%であり、一方見方を変えると、わずかなプラスとも言える玉虫色の改定率だったのでないだろうか。しかも後発品のある先発品の薬価を今後250億円削減するので、実質はネットでマイナス改定である。

ただ、薬価5,000億円、医療材料費500億円を削減して計5,500億円を診療報酬本体へまわしたので、医科は1.53%(4,700億円)の増額改定となった。その内訳は救急など病院勤務医の負担軽減へ1,200億円、医療と介護の連携、在宅医療の充実へ1,500億円、癌・認知症治療など医療技術の進歩促進へ2,000億円であった。因みに歯科は500億円、調剤は300億円の増額であった。

次に介護保険は1.2%の増額改定と発表されたが、これも介護職員の処遇改善交付金が撤廃されるので実質的には0.8%のマイナス改定であった。在宅部分は1%、施設介護部分は0.2%の増と言われているが、本質は上記のごとくである。

新型特養は1%の増、旧型特養は1%の減となり、ユニットケアへのシフトがより明確となったと言える。また地域区分の見直しでマイナス改定がより顕著になった地域が少なくなかった。すなわち今までは5段階であったが改定で7段階となり、1単位が最も高額な11円26銭の地域から最も低額な10円の地域までに広がったのである。介護職員の離職が懸念されると同時にこのような地域間格差が大きくなり、所によっては介護が成り立たなくなる恐れが出てきたと言える。

詳細については後述するが、今回の診療報酬改定は僅かなプラス改定であり、この改定分が十分に診療所(有床診療所を含む)、中小病院、大規模病院に適正に配分されたのであろうか、甚だ疑問である。

厚生労働省は今回の改定は「社会保障・税一体改革」や「地域包括ケアシステム」の第1段階としている。地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの推進と介護等との機能分化や円滑な連携を強化する事を図ることとしている。また、癌や認知症治療の推進のための医療技術の進歩・促進とその導入を図ることも重点項目に入っている。

次期診療報酬改定は、更に進む高齢社会に対する地域医療ビジョンや地域包括ケアシステムの第2段階へと進む。この改定がどのような形で我々の医療に影響を及ぼすのかを考える時、到底、安穩とした心境にはなれない。

II. 平成 24 年度診療報酬改定の検証

1. 基本診療料（初・再診料）

初診料については、今回の診療報酬改定では特に点数の変更はなかったが、特定機能病院と一般病床 500 床以上の地域医療支援病院であって、紹介率が 40% 未満、逆紹介率 30% 未満（低紹介率医療機関という）において、紹介なしに初診として受診した際には 200 点（2 科目初診 100 点）に減額という算定要件が追加された。

再診料については、平成 22 年度の改定で、診療所は明確なエビデンスなく 71 点から 69 点に引き下げられており、再診料の復点、また引き上げることは出来なかった。しかし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を再診として受診した場合、2 つ目の診療科に限り 34 点を算定可能になったことは、複数の疾患を持つ患者においても、外来の機能分化を進めるためにも有意義であったと考える。特定機能病院、一般病床 500 床以上においては初診料と同様、低紹介率医療機関は 52 点、2 科目再診料 34 点の算定追加が行われた。だが、勤務医労働環境改善を指示しながら、特定機能病院、地域医療支援病院の初診料・再診料の低い設定に関してはいかがなものであろうか。「かかりつけ医」を推進する地域医療・連携にとっては、負の改定ではなかっただろうか。

本来、初診料、再診料共に最も基本的かつ重要な技術料として評価されるべきものである。無床診療所では医業収入の 40% を再診料が占めている医療機関も認められる。再診料は地域医療を支える診療所にとって根幹に係る部分である。診療所が外来機能を維持し、継続的診療が確保出来ることは、同時に「かかりつけ医」の定着にとっても望ましい体制であろうと考える。また、現行では簡単な処置の費用については基本診療料に含まれているが、「簡単な処置」とは、はたしてどのような基準を持って「簡単」と判断されているのか不明瞭である。専門医師により行われる処置は技術料として支払われるべきであり、初診・再診料が技術料として、納得の出来る点数化への引き上げが必要であろう。今後共、更なる議論、検討がなされるべきである。

一般病床 200 床以上が算定可能な外来診療料 70 点は据え置かれた。

平成 22 年度改定で新規に設定された「地域医療貢献加算」に対しては多くの問題点、矛盾が指摘され、新たに平成 24 年度の改定では算定要件並びに名称も「時間外対応加算」へと変更された。本加算は、標榜時間外における患者からの問い合わせに応じる体制をその時間区分によって 3 体制とし、それぞれに加算点数化したものである。休日・夜間等に病院を受診する軽症患者の減少、ひ

いては病院勤務医の負担軽減につながるような取り組みであり一定の評価は出来るものの、極めて低い点数に留まっていることも含め、実質的な対応策には至っていないのが現状であろう。事実、福岡県メディカルセンターの保健・医療・福祉研究機構（医福研と略す）の調査では、本加算を算定している診療所は全体の40%に過ぎないのが実情である。（尚、その内訳は、加算1が19件（48%）、加算2が21件（53%）、加算3は0件である）

診療所と病院の連携を十分に図り「軽度の患者の時間外受診、また集中受診」を防ぐ事が出来れば、本来、このような加算方式ではなく、その性質からみれば再診料に帰属するものである。付け焼き刃的な対応に終始せず、抜本的な改革の必要性を切望するものである。

2. 基本診療料（入院料等）

1) 入院基本料

入院基本料は以前より定義付けが存在せず、その区分は平均在院日数と看護職員配置によって決定される。そして、厚労省から提出された、「社会保障・税一体改革」に盛り込まれている2025年を見据えた医療・介護提供体制においても、これらの意味合いは強く存在する。

平成24年度診療報酬改定は、将来の提供体制における7対1入院病棟の縮減などの具現化に向けたものと捉えられる。また、その他の例として、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）における特定除外制度の見直しが挙げられるが、地方における中小病院にとって極めて重大な問題である。また、平成22年度改定で引き下げられた15対1入院基本料は、今回も据え置かれた。

以上のことなどにより、地域における急性期の後方支援機能が崩壊することが危惧されるため、早急な見直しが必要である。

更には、チーム医療の重要性が認められている現在、平均在院日数と看護職員配置により機能分化が行われることは非論理的である。特に中小病院や地方の病院では、看護師の確保が困難となっており、配置要件の見直しや夜勤72時間ルールの緩和が是非とも必要である。また行われている医療や地域で求められている医療を分析して、エビデンスのある入院基本料が構築されるべきである。

そのほか、社会的に貴重な医療資源である有床診療所の入院基本料が極めて低く評価されていることが以前から指摘されている。実態に即した点数を検討する必要がある。

2) 栄養管理体制・褥瘡対策体制

[栄養管理体制]

栄養管理実施加算は中医協資料において示された届出医療機関が97.9%との根拠をもとに入院基本料に包括された。ほとんどの医療機関で包括可能との中医協での判断であったが、蓋を開けてみると小規模病院では届出が少なく、更に有床診療所においてはほとんど届出されず、実態と大きくかけ離れた判断であったことが明らかとなった。

小規模病院、有床診療所及び診療科（小児科、眼科、耳鼻科、産婦人科等）の実態を十分に考慮することなく、一律に栄養管理実施加算を入院基本料の算定要件に包括したことは不合理であり、早急に当該基準の見直しが必要である。

平成26年3月31日までの経過措置が設けられているが、管理栄養士の絶対数、医療施設への就業率などを考慮すると、有床診療所で当該基準を満たすことは不可能である。元の加算に戻すか、あるいは地域医療の実態を詳細に把握し例外的な規定を設けるなど、地域特性に配慮した形とすることが望まれる。

[褥瘡対策体制]

褥瘡患者管理加算も中医協資料において示された届出医療機関が90%との根拠をもとに入院基本料に包括された。しかし、小規模病院では届出が少なく、更に有床診療所においてはほとんど届出されず、これも実態と大きくかけ離れた判断であったことが明らかとなった。

小規模病院、有床診療所及び診療科（小児科、眼科、耳鼻科、産婦人科等）の実態を十分に考慮することなく、一律に褥瘡患者管理加算を入院基本料の算定要件に包括したことは不合理であり、早急に当該基準の見直しが必要である。元の加算に戻すか、あるいは小規模病院、有床診療所では選択制にするなど現場に即した柔軟な対応が望まれる。

入院基本料への新たな事項の包括化に関しては医療機関への影響が大きく、特に小規模病院、有床診療所に配慮した事前の十分な検討・配慮が必要である。

3) 入院中の患者の他医療機関受診

透析または共同利用を進めている機器による検査（PET等）のみを目的とした入院中の患者の他医療機関受診など、限定された入院基本料の場合のみ一部緩和されたが、まだ条件は厳しく、抜本的改善にはほど遠い。

複合的な疾患を有する高齢患者が増加し医療機関の連携がますます必要と

なる中、連携により入院基本料が減算となるという考え方は医療の機能分化と連携促進に逆行するものであって、本来の患者の医療ニーズに対し抑制圧力となっており、早急に根本的見直しが必要である。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外に亘るものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とある。

保険医に認められた当然の業務に対してペナルティを設けることは療養担当規則の趣旨に反するものであり、少なくとも平成 22 年度改定前の内容に戻すべきである。かかりつけ医機能を兼ね備えている中小病院や有床診療所では設備・マンパワーとも大病院とは比較にならず、患者の専門医志向が強い中、良心的な医療を行う上での専門医への紹介は当然の判断・帰結であり、このことに減算を行うことは不合理極まりなく、ひいては医療事故の誘因にもなりかねない。特定入院料等における 70% の減算についても数字の根拠はなく、過大なペナルティとなっているので見直されるべきである。

加えて、前回・今回と示された合議による精算の規定は曖昧で、現場での混乱を招くだけである。速やかに撤回するべきである。

4) 医師事務作業補助体制加算・急性期看護補助体制加算

[医師事務作業補助体制加算]

医師事務作業補助体制加算は 30 対 1、40 対 1 が新設され、50 対 1 が年間の緊急患者数 100 名以上でも算定可能と要件が緩和されるなど、今回の改定でよりきめ細かく評価され、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進が図られたことは、中小病院への配慮も感じられ評価できる。

しかしながら、どの基準においても事務補助者一人分の人件費にも満たない点数であり、人件費に見合う診療報酬に引き上げる必要がある。

また、急性期のみならず亜急性期や慢性期病棟でも事務作業の煩雑さは医師の業務を阻害しており、更なる条件緩和と充実を求めていく必要がある。

[急性期看護補助体制加算]

急性期看護補助体制加算には平成 24 年度改定で 25 対 1 が新設されたが、この加算が医師と看護職員の役割分担を推進しているか、また医療の質の向上、看護職員の定着、これらを含め病院経営に寄与しているか検証が必要である。今回の加算でみなし看護補助者（看護師）の割合で点数に 20 点差がついたこと、夜間急性期看護補助体制加算ではみなし看護補助者では算定できないとしたことは、看護師の適正配置につながり評価する。地域の急性期医療を支えるためにも地方に多い 100 床以下の一般病床では年間 200 例以上の

緊急入院実績はハードルが高く、今後更なる施設基準の緩和が必要である。

5) 救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算

平成24年度改定により、それまでの「紹介加算、受入加算ともに高次の救急医療機関への入院から5日以内に受入医療機関に転院させた場合」が、「7日以内に受入医療機関に転院させた場合」と日数要件が緩和された。また、点数もそれぞれ500点から1,000点、1,000点から2,000点へと引き上げられた。届出も緩和され、同一医療機関において紹介加算、受入加算の算定が可能となった。以上の点から救急搬送受入を担う地域の救急医療機関が、地域連携機能を十分に発揮する中で、状態が落ち着いた患者について早期の転院支援を強化する意味では、意義のある項目であるといえる。

一方で、事前に両医療機関の間で「転院体制についてあらかじめ協議を行い連携を取っていること」が要件とされ、あらかじめ合意が得られ、施設基準の届出が行われていなければ、転院調整を行っても算定に結びつかない。

また、実際に7日以内に転院となる可能性が少なく、算定要件の緩和をもう一段進めないと、地域連携強化を推進する目的を達することは難しいと言わざるを得ない。

6) 特定入院料

特定入院料は、超急性期から慢性期まで極めて多数の分類が存在する。

また、それぞれに施設基準が設けられており、その内容は複雑この上ない。

事務的煩雑さは、算定過誤を生じることが多く、特定入院料のグループ化、算定要件の簡素化が必要である。

また、平成24年度改定で、亜急性期入院医療管理料の要件が変更され厳しくなった。地域における医療連携や、医療・介護連携にとって、この報酬体系は重要な存在である。

この改定の影響で算定を中止する中小病院の増加が危惧される。超高齢社会において、特に都市部における高齢者の増加において、全人的対応を可能とする亜急性期入院医療管理料の再評価が求められる。

3. 医学管理等

今回の改定で、新たに「認知症専門診断管理料2：300点」「認知症療養指導料：350点」が新設された。高齢者社会の状況下、認知症患者も多くなる現状で、新たな認知症に対する算定項目が設定されたことは評価できる。

しかし地域における医療連携に大きなハードルもあり、今後の検討も必要である。

また、「夜間休日救急搬送医学管理料：200点」が新設された。二次救急医療機関等が、診療時間以外の時間（土曜日に限る）、休日または深夜において救急車等により救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に初診日に限り算定可能となったことは救急医療を行う医療機関にとっては朗報であった。しかし、夜間・休日という人手不足の中、救急という過酷な状況を鑑みると算定点数は低く、更なる点数の見直しも必要である。

特定疾患療養管理料については対象疾患の拡大、算定要件の緩和、月1回の算定時における450点への点数引き上げ等、長年見直しを要望しているが実現していない。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、算定条件も今より緩やかであった。現在32の対象疾患があるが、慢性腎不全、膠原病、関節リウマチ、認知症、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、前立腺肥大症、慢性前立腺炎、子宮内膜症、緑内障等への対象疾患の拡大は必要である。慢性疾患では長期処方認められてから月1回の受診が増えており、実態に合わせて月2回225点から月1回450点への変更も望まれる。

小児科外来診療料については小児感染症に対する高額な迅速診断キットによる診断が増え、また使用する薬剤も高額となっており、赤字となるケースも多い。インフルエンザ、RSウイルス、アデノウイルス、ロタウイルス、ノロウイルス等の迅速診断検査並びにIgE(RAST)等のアレルギー検査やシナジス等の薬剤料は包括から除外し、出来高で算定可能とするか、これに見合う小児科外来診療料の引き上げが望まれる。

4. 在宅医療

在宅患者訪問診療料について、現在は1つの医療機関だけが算定を許されているが、複数科で対象疾患が異なるケースも多々あり、複数の医療機関が相互に連携して計画的な治療を行うことが必要である。厚労省も在宅医療を進める立場から算定要件を見直す必要がある。

強化型在宅療養支援診療所が他の医療機関に比べて大幅に高い診療報酬を算定することは、患者負担の増加によって受診抑制につながることを懸念され、施設基準申請を躊躇せざるを得ないケースも生じている。これでは本来の政策誘導の目標とは逆に在宅医療の高機能化を阻害することとなり、高額療養費の自己負担限度額を見直し患者負担を軽減すべきである。

また、強化型在宅療養支援診療所は新たに数を増やしつつある在宅医療に特化した診療所にとって有利な制度であるが、サービス付き高齢者住宅等で生活をする多数の患者を効率よく診療することで利益のみを追求するモラルハザードを助長している事は否めない。

一方で長年に渡って地域医療に貢献し外来診療を維持してきた1人体制の診

療所のような小規模医療機関で少数の患者を対象とした在宅医療を手がけることは、在宅かかりつけ医のネットワーク作りの上で大きな役割を果たす可能性を秘めている。そのような診療所を機能強化して在宅での看取りも含めた対応を可能にするような診療報酬上の裏付けが必要である。そのためには、患者個人の居宅で療養生活を送っている場合は、同一建物の中の別世帯に居住している場合も含めて、在宅患者訪問診療料と在宅時医学総合管理料の大幅な増点が求められる。

また、サービス付き高齢者住宅等においても2～4名の患者を訪問診療した場合に同一建物居住者以外の患者1名を訪問するよりも低い診療報酬となっており、見直しが必要である。

小規模医療機関では在宅医療に必要な機材の調達に困難を伴うことがある。さらに、一本ずつの購入が不可能な機材の場合は使用可能期限のうちに使い切ることができず無駄な出費を強いられることもしばしばある。一例として間歇導尿を必要とする患者で自己導尿の指導が困難な場合は在宅自己導尿指導管理料が算定できないが、医師・看護師が導尿を施行した場合のネラトンカテーテルや消毒用機材は医療機関側が全て負担しなければならない。自己導尿でない場合も算定できる区分追加が求められる。同様にしてあらゆる医療用器材調達が容易になるような制度上の配慮が求められる。

5. 検査・画像診断・病理診断

1) 検査

今回の改定で種々の検体検査料・生体検査料が新設されたが、逆に不合理な減点、医療現場の実態に即していない点数・算定に問題がある。また、検査における高い検査料は、検査機器代やその試薬代等が高い事を反映しているにすぎず、医師の技術料を正当に評価する事が必要である。しかも検査項目の包括化により、点数が下がるばかりである。次回の改定では、技術料を評価する増点への改善が求められる。

その中、今回の改定でノロウイルス抗原定性が一部保険適応になったのは評価できるが、3歳未満、65歳以上や悪性腫瘍の診断が確定している患者しか認められていない。また、RSウイルスについても適応は1歳以下であり、ノロウイルス同様、家族内感染傾向が高い等を考慮して、保険適応範囲の年齢制限は撤廃されるべきである。

また、眼科診療の最も重要な視機能検査(調節検査・屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測・静的量的視野検査)と眼圧検査が明確な理由無く減点されており、復点されるべきである。

2025年、在宅・介護問題に対して、今後、増え続ける認知症の早期発見の為、現

在、基本診療料に含まれている HDS-R、MMSE 等の認知症検査料の新設が必要である。

2) 画像診断

死亡時の画像診断 Ai の新設を求める。救急搬送され蘇生されず死亡した場合等に限定し、CT/MRI 等の検査料の新設を要望する。また、電子画像管理加算の引き上げをお願いする。電子保管によるフィルムレス化の普及促進し、更なるデータ保管と今後の地域包括ケアシステムや地域医療連携への推進の為に加算増点されるべきである。

3) 病理診断

今回の改定で液状化検体細胞診加算が新設された事は評価できるが、再検が必要と判断された場合のみ加算となっている。国際的には子宮頸部細胞診の精度の向上と安全性から推奨されており、初診時検体採取と同時にを行った場合でも算定できるように適応の改定が求められる。

6. 投薬・注射

1) 多剤投与時の減算

未だに7種類以上の内服薬を処方した場合に、薬剤料、処方料および処方箋料の減額は改定されず平行線上にある。これは医療費削減による政治的施策であり、多剤投与を防ぐために設けられたきまりである。かかりつけ医機能を受け持っている医療機関では、複合的な疾患を有する高齢患者が増加しており、合併症を多く抱える患者や難治疾患患者においては、7種類以上の内服薬を医学的に必要とすることが多い。これらの患者診療においてはむしろより一層の知識と管理が必要である。単に内服薬の種類が多いとの事で減額されるのは理にかなわない。また、平成26年より実施される段階的消費税引き上げによって、多剤投与による薬剤料減額は全くの逆ザヤとなるため、これらの減額制度は廃止されるべきである。

2) 一般名処方、後発医薬品の推進

後発医薬品の使用促進には後発医薬品の信頼性の確保が前提となるが、現状では先発品と同等の薬理作用があることを証明するデータが乏しく、信頼性が十分確保されているとは言い難い。

また、後発医薬品は先発医薬品と主成分だけは同じであるが、添加薬物や吸収・排泄等に違いがあることについての患者への周知が徹底されておらず、先発医薬品にある適応症が後発医薬品にはない場合があるなどの問題点も解決さ

れていない。後発医薬品推進はこれらの問題点が早急に解決されなければならない。

また、一般名処方については医師の処方権侵害の危惧があり、その他にも薬害が発生した場合などの薬剤選択の責任が曖昧な部分があること、医師が一般名処方を行っても実際に後発医薬品が患者に渡されたかは不明であること、処方された後発医薬品が適応を持っているかの確認が後日になること、煩雑な上に処方ミスが起りやすいことなどの問題点があり、現場の混乱を招いているのが現状である。商品名の併記や長期収載品の薬価を後発医薬品と同程度にする等の対策が必要と思われる。

一方、院内処方では後発医薬品を処方しても加算がないのは不自然であり、院内・院外を問わず後発医薬品が処方された時に加算されるような制度の方が後発医薬品の使用促進にもつながるとと思われる。

3) 院内調剤と院外調剤の点数較差

医療機関の薬剤師配置・設備投資などにかかるコストに比べ院内調剤の点数が低く抑えられている。院内処方の場合、薬剤師が医師と連絡を密に取っており、その情報をもとに調剤し正確に詳しく薬剤情報の提供を行なうなど安全対策も十分配慮されているにも拘らず、院外処方と比べ処方に係る技術料が安価に抑えられており、適正に評価されるべきである。院外処方では認められている技術料や一包化加算などを院内処方でも算定できるようにすべきである。

7. リハビリテーション

平成24年度のポイントは、外来リハビリテーション診療料の新設、初期加算の新設、早期リハビリテーション加算の引き下げであった。

外来リハビリテーション診療料とは、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものであり、状態が比較的安定している入院中以外の患者に対して、疾患別リハビリテーションを毎回医師の診察を必要としない状況下で行うものである。外来リハビリテーション診療料1：69点、外来リハビリテーション診療料2：104点が新設された。医福研の調査では診療所での算定はみられなかったが、病院では12%が算定していた。この数字が多いのか少ないのかは意見があるとは思いますが、この外来リハビリテーション診療料を導入した医療機関においては、医師の診療時間等を考慮し、勤務医の労力を少しでも軽減する立場からであろうと思われる。しかしながら、リハビリテーションのために受診をされる患者の毎日の状況は、従来通り見ていくことが本来の姿であり、その都度、再診料を算定することが望ましいものとする。

初期加算の新設は、1単位に45点、14日間の算定が可能になった。しかし、

早期リハビリテーション加算は前回の点数より 15 点引き下げられ、30 点となった。現在初期加算は入院に限られているが、今後、外来でも算定可能となるよう要望したい。

運動器リハビリテーション料は、脳血管疾患等リハビリテーション料に比して点数が低い。また「廃用症候群」に対してのリハビリテーション料の点数の方が高く、運動器リハビリテーション料の引き上げが必要である。

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しが行われた。次回の診療報酬改定では、入院の基本的指針が変更になると考えられる。今後、更なる高齢社会を迎え、社会日常生活復帰が困難な患者が増えてくるものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 1・2 においては、退院患者のうち他の保険医療機関等へ転院した者を除く割合（在宅復帰率）が、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 で 7 割以上、2 で 6 割以上と依然そのハードルは高い。今後現況に即した形での改定を望むものである。

拡大し続ける医療保険費抑制策として介護保険を捉えた場合、現実的には高齢社会の現状に社会保障制度（両保険制度を含めた）が機能出来ていない証左であり、成熟した制度には程遠いものと思われる。事実、現実の問題として「リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行」については、平成 24 年診療報酬改定で標準的算定日数を超える、所謂、維持期とされるリハビリテーションは介護保険で担う方針が強調された。

つまり医学的管理の下に行われるリハビリテーションは（即ち医療保険下での）急性期・回復期リハビリテーションであって、状態の改善が期待できると医学的に判断されないが状態の維持を目的として実施されるものを維持期リハビリテーションとして位置づけされている。現行では移行措置として、1 月に 13 単位に限り疾患別リハビリテーション料を算定出来るが（医療保険適応）、その期限は今期中までであり、次期診療報酬改定（平成 26 年 4 月）から要介護被保険者の維持期リハビリテーションは介護保険でのリハビリテーションへ移行すると明示されている。しかしながら、被介護保険者であるか否かの確認においてですら整合性のとれたシステムは無く、現時点でさえも現場で混乱を生じているケースも決して少なくない。更に言えば、介護保険でのリハビリテーションを受け入れる施設の絶対数不足は明白な事実であり、次期改定後「リハビリ難民」が急増するであろうことは容易に予見できる。

8. 精神科専門療法

平成 25 年度からの医療計画では精神疾患が新たに組み込まれ 5 疾病 5 事業と在宅医療となったが、それに向けての平成 24 年度改定では精神科救急医療、訪問看護等に重点が置かれたのみで、根幹部分である入院医療等の評価が、一般

の疾病の医療評価と格差があることは不合理であり次回改定での改善が求められる。

通院・在宅精神療法は「地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等」が700点に増点されたが、該当しない場合は400点に引き下げられており、要件の見直しと復点が求められる。

まず、「地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等」は留意事項ではア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たすこととなっているが、内容が難解である上、地域の精神科救急医療体制には格差があるため、要件内容が合致せず、厳しく決められているために算定できない状況である。

さらに、「公務員としての業務等に参画」との要件があるが、このような医師本人の意向と離れた内容の要件は不適切である。次回改定での見直しが必要である。

また、今回改定で対象精神疾患に認知症、てんかん、知的障害又は心身症が追加されたが、厚労省発出の平成24年8月9日疑義解釈その8では以前に戻っているのは、不合理であり、正すべきである。

入院中のデイケア算定では、退院予定の入院中の患者が、社会復帰としての訓練のデイケアを算定できるようになったことは評価できるが、入院中1回が限度でしかも2分の1の点数となっている。本来試行的デイケアであれば、少なくとも7日以上以上の訓練が必要である。社会復帰に向けた実効性のある見直しが求められる。

精神科訪問看護・指導料における複数名訪問看護加算で准看護師単独の指導料が新設されたことは評価できる。しかし、従来算定可能であった、精神保健福祉士同士や作業療法士同士の加算ができなくなったことはマイナスである。

精神科の訪問看護は一般科とは相違するものであり、従来通りのこれらの算定もできるよう要件を見直すべきである。

9. 処置

平成24年度改定のポイントは、下記の通りである。

新設された項目として、「持続的難治性下痢便ドレナージ(開始日)50点」が設定された。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、2時間に1回以上反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定することとなった。開始日に

については、当該点数 50 点で算定し、2 日目以降は J002 ドレーン法の (2) その他のもので算定する。

稗粒腫摘除(J057-「4」) 1. 10 箇所未満 74 点、2. 10 箇所以上 148 点が新設された。

項目と点数の見直しが行われたものとして、「高位浣腸、高圧浣腸、洗腸(J022)」45 点が 65 点へ増点した。また、「中波紫外線療法)」が 340 点と 10 点引き下げられた。

局所陰圧閉鎖処置(1 日につき)は、「1. 被覆材を貼付した場合」と「2. その他の場合」の区分がなくなり面積で点数となり引き下げとなった。「Q スイッチ付レーザー照射療法が照射する面積により 4 つに区分され、それぞれの点数設定がなされ、「イ. 4 cm²未満 2,000 点」、「ロ. 4 cm²以上 16 cm²未満 2,370 点」、「ハ. 16 cm²以上 64 cm²未満 2,900 点」、「ニ. 64 cm²以上 3,950 点」となった。

算定区分の再編が行われたものとして、「人工腎臓(1 日につき)」が、「1. 慢性持続透析を行った場合」、「2. 慢性持続透析濾過(複雑なもの)を行った場合」、「3. その他の場合」となり、内容・点数の変更があった。

また、透析液水質確保加算も改定された。

名称の変更として、胃瘻カテーテル交換法が経管栄養カテーテル交換法となった。

名称の廃止としては、「胸腔内出血排除」が廃止となり、「持続的胸腔内ドレナージ」での算定となった。また人工気胸(排気を含む)は廃止された。

以上が処置に対しての変更である。

しかしながら、耳鼻科や眼科、皮膚科等の医療機関によっては、処置料が低く設定されており、また包括化されているものも多いことから、材料費や労力を勘案した適正な診療報酬とはなっていない。

処置料は診療報酬点数項目のなかでも、無形の技術を評価しただけのものではなく、実際に材料費や労力を伴い、また経験を伴う手技を必要とする項目である。今後、段階的な消費税の増税が予定されていることから、処置に必要な機器や機材への投資や材料費の高騰を加味した適正な評価が必要である。

10. 手術・麻酔

平成 24 年度改定では新たに 67 項目の手術について保険収載された。

多くが鏡視下手術関連であり、一定の評価は得られている。ただ、手術点数には手術料と手術材料が含まれており、材料費の価格によっては手術料が実質減額されるようなことも見られる。自動縫合器加算等、手術に使用できる器材は必要であるにもかかわらず医療機関の負担になり、使用可能個数や点数も増やしてしかるべきと考える。

鏡視下手術が広まり併施される術式も徐々に拡大されてきているが、更なる拡大を要望する。

たとえば、超低位直腸前方手術に人工肛門を行う場合、現在、人工肛門は算定できない。また、鏡視下胃全摘術と鏡視下直腸切除術の併施も認められていない。

末梢血管のシャント手術や副甲状腺手術の点数が引き上げられたことと経皮的シャント拡張術・血栓除去術が新設されたことは評価できるが、後者が3ヶ月に1回の縛りがあり臨床の現場に即しておらず、せめて3ヶ月以内の場合でも特定医療材料費は少なくとも1回は認めて頂きたい。

平成20年度および平成22年度診療報酬改定で外保連試案D、E難度の眼科手術では水晶体再建術のみ増点されなかった。その結果、眼科の中核手術である水晶体再建術を主として行ってきた中小規模病院では眼科の収益性が低下し手術を取り止める事態が発生している。

水晶体再建術も眼内レンズを含んだ医療材料費の占める割合が高いので増点が是非、必要と考える。

また、材料費が高い「翼状片手術（弁の移植を要するもの）」の増点が望まれる。「水晶体再建術 1，眼内レンズを挿入する場合 ロ、その他のもの」が減点されようとしているが、高齢化社会を迎え老人のQOLを維持するためにも現状維持とすべきである。

流産手術において不全流産に対する子宮内容除去術は増点(1,910点→2,000点)されたのに対して、同じ手技ながら流産手術(11週まで)の点数(1,910点)が据え置かれたのは不合理と考える。

腎・尿管結石に対するESWLでは一連しばりの現行文言を以下のように訂正して頂きたい。「一連とは治療の対象となる疾患（腎結石あるいは尿管結石）に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。なお、腎と尿管は別個の臓器であり、腎結石ESと尿管結石ESは、別個の治療として一連の範疇には入らない。」

膀胱尿管逆流防止手術では開腹創が一ヶ所であることを理由に、両側尿管・膀胱新吻合術を施行しても片側手術の場合と手術料が同一であるのは不合理と思われ、両側手術の場合はそれなりの点数加算にするべきだと考える。

経尿道的前立腺手術においてより安全な手術確保のために Green Light HPS® による経尿道的前立腺手術の点数増加またはディスプレイプローブを保険適用して頂きたい。

平成25年度より労災保険に新設された「術中透視装置使用加算」は医療保険にも適用して頂きたい。

特定保険医療材料では、外傷や熱傷に対する湿潤療法が一般化しており、特に顔面の擦過傷に対しては皮膚被覆材の適応拡大を要望する。

脊椎麻酔、硬膜外麻酔は全身麻酔に比べ手技料が低く評価されており、再評価すべきである。

Ⅲ. 次回改定の課題

次期診療報酬改定に対する福岡県医師会診療報酬検討委員会の導き出した要望事項は後述の10項目であり、既に九州医師会連合会を通して日本医師会へ提出している。この内容は、平成24年度診療報酬改定における要望内容と重複する項目が多々ある。平成24年度改定で、これらの重複する要望事項が取り上げられなかったことは非常に残念なことである。

特に、技術料ともいえる「再診料の見直し」「入院中の患者の他医療機関受診」に関しては早急な改善が必要である。今回、入院基本料に包括された栄養管理体制・褥瘡対策体制は、小規模病院及び有床診療所では死活問題であり医療現場に即した迅速な対応が求められる。

またこの「他医療機関受診」と同様、最近保険審査上退院時処方の問題が上がっている。「投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特定疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に在宅に於いて使用するための薬剤を投与した場合は当該薬剤に係る費用は算定できる」と医科点数表の解釈に記載されているが、在宅でなく転院の場合は薬剤を処方できないと解釈され査定を受けている。治療内容によっては、標榜科目以外の医療機関に転院のケースも多々ある中、専門的薬剤を転院先で用意できないケースもあり非常に大きな問題である。是正が必要である。

現在、中医協では、主治医機能やかかりつけ医機能についての議論が始まっているが、以前の後期高齢者診療料のような1患者1医療機関のような患者のフリーアクセスを阻害する包括評価にならないよう十分注視していく必要がある。また社会保障審議会医療部会では4区分に基づく病床区分と各県ごとに作成される地域医療ビジョンが論議されており、これらは今後の地域における病床・医療提供体制の在り方を決定するものであり、次回の診療報酬改定への反映に十分留意するとともに、地域医療提供者の意見を訴えていかねばならない。

平成26年4月より消費税8%とアップされ、将来的には10%までとなる。消費税分を社会保障費に充当するとの予定であったが、現在の経済状況、復興予算より全額社会保障費へのスライディングは期待が薄い。信頼される医療環境を構築するためにも、平成24年度の診療報酬改定上の問題点を解決することが喫緊の課題である。

是非とも、平成26年度の診療報酬改定に我々の要望が少しでも生かされることを切にお願いしたい。

	点数項目	具体的内容	現行点数	要望点数
1	(重) 再診料	○ 前回改定で何の理由もなく下げられた再診料が今回据え置かれたことは遺憾である。エビデンスなく引き下げられた再診料は次回改定では少なくとも元に戻すべきである。	69点	71点
2	(重) 入院中の患者の他医療機関受診	○ 複合的な疾患を有する高齢患者が増加し地域完結型医療として医療機関同士の連携が益々必要となる中、連携により入院基本料が減算となる考え方は機能分化と連携促進に逆行するものであり根本的に見直されるべきである。今回、透析、PET 等の一部検査については多少緩和されたが、抜本的改善には程遠い。平成 22 年度改定前の状態に戻すべきである。		
3	(重) 栄養管理実 施加算及び褥瘡 患者管理加算の 包括化	○ 今回包括化された加算は小規模入院施設では機能にそぐわない例が多く見られ医療機関自身が選択する形での包括化が現実的である。前者では、2 年間の経過措置が設けられているが、管理栄養士の絶対数を考慮すると、小規模入院施設で当該基準を満たすことは困難である。元の加算に戻すべきである。また、入院施設により褥瘡対策の必要性は大きく異なり、一律に褥瘡体制を入院基本料に包括化することは非効率的であり元の加算に戻すべきである。		
4	有床診療所の入院基本料の増点	○ 在宅医療、地域包括ケアで重要な役割を果たす有床診療所の入院基本料は特別入院基本料以下の極めて低い点数に設定されており、さらなる増点が求められる。		

5	特定疾患療養管理料、小児科外来診療料	<p>○ 特定疾患療養管理料は、対象疾患を拡大し、時代に即した特定疾患に見直すべきである。また、月2回算定から月1回算定に変更するべきである。</p> <p>○ 小児科外来診療料は、高額検査や迅速検査の需要が増しており、点数引上げ或いは内容の見直しが必要である。</p>	225点× 2	450点
6	在宅医療	<p>○ 在宅医療に特化した診療所の進出が目立つが、従来の1人体制の診療所でも長年の主治医として在宅での看取りが出来るような手当てや施策が必要である。そのためには、同一建物居住者以外については、在宅患者訪問診療料と在宅時医学総合管理料の増点が求められる。</p>		
7	検査	<p>○ 単月調査による不適切な診療科別医療経済実態調査結果で減点対象となった諸検査の復点を求める。(眼科など)</p>		
8	多剤投与減算の廃止	<p>○ 複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、現場で治療にあたるかかりつけ医は多剤処方を余儀なくされている。薬価差益がない昨今、多剤投与により処方料・薬剤料及び処方箋料が減算されることは妥当ではなく廃止されるべき事項である。</p>		
9	リハビリテーション	<p>○ 疾患別リハビリテーションの点数格差の解消を求める。</p> <p>○ 医学的見地からの必要性を勘案し、疾患別リハビリテーションの算定日数上限を超え実施した場合のリハビリテーション料は、平成26年度から介護保険に移行されるが、今後も医療保険での算定が可能にすべきである。</p>		

10	手術	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外保連試案の難易度 A、B の手術にも手術料の引き上げを求める。 ○ 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」が新設されたが「3カ月に1回」の縛りが現場に即していない。3カ月以内でも材料費だけでも認めてほしい。 	
----	----	--	--

※（重） = 重点項目

IV. おわりに

我々が以前より要望していた「技術料」が様々な点において全く手を付けられなかったことは極めて残念である。前々回2点引き下げられた再診料が据え置かれたことは、大いに不満であったが、改定の経過を検証すれば引き下げられなかっただけでも可とすべきであろうか。この再診料引き下げを補う意味で前回創設された地域医療貢献加算が今回、時間外対応加算へと名称変更されたが要件は従来の地域医療貢献加算と同様である。しかしながら、手を替え品を替え、このように新しい文言を作ることよりも、純粹に医師の技術料として、再診料を評価することが先決であり、道理にかなうものと思われる。

患者を診察し処置を行うことは医師の責務であり、少しでも間違えば医療事故に結びつくという非常に重い責務であることは誰にでも理解されていることである。診療所によってはこの処置すら包括され、算定できないものもある。再診料を技術料としての確固たる位置付けをし、前回の算定点数までに戻すことは喫緊の課題である。

また薬剤の一般名処方加算(2点)が新設されたが、これは後発品の使用促進を狙ったものである。一般名で1種類でも処方すると2点が付くと言う一種の誘導策と言える。ただ現実問題として1つの先発品に対して数十品目も後発品がある事も少なくなく、もしも薬害が起きた時、医師に責任が負わされかねないといった場合も想定される。厚労省にはその点を明確化する義務があろう。

在宅医療は大幅な増額改定となり、診療所は否応なく在宅医療への展開を余儀なくされる状況となって来たと言えよう。どのような形でこれを具現化するかは今後診療所運営に課せられた大きなテーマのひとつであろう。

さて、病院の医療費は平成20年度、22年度の改定で大学病院は約8%、500床以上の病院は約5%の増額(計5,900億円)となり、今回もかなりの増額であった。問題はこの増額部分が真に必要なとされる部門(救急医療、小児科、産科、外科等)へ適切に配分されているかを正しく検証する必要があると言える。大病院の財務体質は改善されても、未だ過酷な労働を強いられている部門に対する、今回の改定の真意が十分に活かされたか否かについて、本来の目的の充足度に関して懸念されるからである。しかし、中小病院においても救急医療を行い勤務医の過酷な仕事状況も考慮する必要がある。診療報酬も大病院に偏らず、全ての診療科に十分に行き届く配分をお願いしたい。

再診料と同様、「対診」に関しては、その一部が緩和されたが、矛盾点や問題は山積した状況である。地域完結を目指す医療システムを構築するのであれば、一律に大病院に患者が集結する現行のシステムではなく、個々の患者の症状に合った専門医療機関に受診するという本来のシステムでなければならないはずである。他科受診に関する現行の制度は全く以て医療の専門性を無視し、時代に逆行するものであることを強く指摘しておきたい。速やかな是正を求めるものである。

また、有床診療所、病院に於いて医師、看護師、今回の改定で必要となった管理栄養士、薬剤師等に人材不足が起こっている。入院基本料も含め再度、適材適所の中で人材の確保が可能になるような配置基準を要望する。

次に介護保険に関しては、施設介護部門ではユニットケアへのシフトが明確となった。ただ九州各県の医師会連絡協議会では従来の多床室介護も充実させるべきとの決議が採択された。これはユニットケアを行うには現在の規定人員では入所者の介護を行うのは不可能であり(規定人員より多くの人員を配置せざるを得ず、それが経営を圧迫している)、より少ない人員(介護職への入職者が圧倒的に少ない現実を直視して)で効率よく介護を行うには多床室の方がベターなのである。

ともあれ、地域医療ビジョンによる病院・病床の再編及び地域包括ケアシステムの第二段階が行われる中、また今後6年毎の同時改定で、超高齢社会に適合した医療と介護の両保険がバランスのとれた制度となるような、更なる改革が必要であることが明らかとなったと総括出来よう。

謝辞

今改定でも「保険診療の手引き 第3版」を発行することが出来ました。福岡県医師会、専門医会、各地区の代表者の方々に御協力を頂き、また多くの諸先生方からの数々の貴重なご意見など頂戴致しました事、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

不足する部分も多々あるかとは思いますが、この「手引き」が少しでも皆様方のお役に立てばこの上なき幸いです。