

2010年1月13日

平成22年度診療報酬改定に係る中医協での議論に 対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

2010年1月13日、中医協総会が再開された。総会では、診療側委員が、今回の改定で入院、外来別々の改定率が提示された経緯について説明を求め、厚生労働省事務局は「財務省、厚労省の予算折衝の中でもこういった議論をしてきており、政府の考え方として、急性期の入院の方向を充実させていくということもあり、こういった方向で出すこと自体は、今までのやり方とそれほど変わっていないと考えている」と回答した。

しかし、医療は、入院、入院外ともに切れ目なく提供されるべきものである。今回の入院、入院外それぞれの改定率が設定され、枠がはめられた背景には、きわめて強い財務省主導が感じられる。また、「民主党政策集 INDEX2009」にあったように公的な病院を強化するための地ならしであるとも考えられる。

日本の医療を再生させるためには、すべての地域、すべての医療機関が健全化しなければならない。今回、入院、入院外の配分が明確に規定されたが、このうえ、さらに医療崩壊の問題を、全体的な底上げではなく配分の見直しで解決することのないよう強く求める。

総会では、2009年12月27日に厚生労働省が診療所の再診料を引き下げる方向であるとの記事が報道されたことについて、診療側委員から、「前にも同様なことが起こったときには、十分精査して二度とないよう注意したいとの返答であったと思うが、にもかかわらず、何故あいかわらず起こるのか。そういうことが

ないようにしていただきたい」との指摘もあった。これに対しては、厚生労働省事務局から「報道の内容については事務局から公表したという事実はないが、今後このような誤解を招かないようにしたい」との回答があった。

しかし、今回のリークは、既成事実化のための布石とも受け取られかねない。中医協の権威を踏みにじるものであるとして、あらためて強く抗議するとともに、注意喚起を促したい。

また総会では、「平成 22 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」（以下、中医協総会資料）が提出された。これに対する日本医師会の見解は以下のとおりである。

1. 再診料

中医協総会資料 p.13 抜粋

再診料について、病院と診療所の機能分担の観点からそれぞれ異なる点数が設定されているが、同一のサービスには同一の価格であることが分かりやすいことから、病院と診療所の再診料を統一する方向で検討する。

日本医師会の見解

日本医師会は、1月6日の定例記者会見でも再診料に関する見解を示したが、病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料に統一していく方向には賛成である。

しかし、診療所の再診料を引き下げて統一することは認められない。病院は入院収入も多いが、外来機能を担う診療所の収入は再診料に依存しており、再診料の引き下げは、診療所経営、ひいては地域医療に大きな打撃を与えるからである。

日本医師会は、今回の改定では、病院の再診料引き上げ幅をある程度多くして診療所の再診料に近づけること、そして次回以降、より高い水準で統一すること

を提案する。

2. 外来管理加算

中医協総会資料 p.13 抜粋

外来管理加算については、(中略) 必ずしも 5 分という時間の要件が診察の満足度等に関係するとは言えないことから、時間の目安は廃止した上で、点数設定や新たな要件について検討する。

日本医師会の見解

外来管理加算の 5 分要件は撤廃すべきである。第一に、新政権である民主党は、2009 年 7 月 27 日に発表した『民主党医療政策 (詳細版)』において、「外来管理加算の 5 分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃」するとしている。

第二に、日本医師会の調査によれば、5 分要件の導入により、患者の待ち時間が長くなったり、時間の計測が医師の診療上の妨げになったりしている¹。

1 月 6 日、厚生労働省足立信也政務官が、外来管理加算の廃止の方向性も示したと報道されたが²、中医協基本小委では廃止は混乱が大きいとの指摘もあった。日本医師会は、5 分要件の撤廃を機に、加算そのものを廃止するという方向に反対である。今回改定では、5 分要件を撤廃すること、その上で、外来管理加算のあり方については、次回改定にむけて時間をかけて議論すべきと考える。

¹ (社) 日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査結果速報 (要約)」2009 年 1 月

² 2010 年 1 月 6 日メディアファクス 5793 号「足立政務官は「時間要件をなくして、全部に加算を付けるのはおかしい話だ。外来管理加算は考え直さないといけない。選択肢の 1 つは『要らない』ということ。あるいは (点数を) 削減すること」と述べ、廃止も含めた検討が必要とした。」

3. 入院基本料

中医協総会資料 p.7 抜粋

- ① 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算の引上げを行う。
- ② 一般病棟入院基本料等の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料において、月平均夜勤時間を 72 時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設する。
- ③ 入院基本料の届出の状況等にかんがみ、準 7 対 1 入院基本料を廃止する。
- ④ 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する。
- ⑤ 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。

日本医師会の見解

15 対 1 入院基本料の適正化について

入院基本料は全体的に引き上げるべきである。15 対 1 入院基本料の適正化が、引き下げを意味しているのであれば、日本医師会は、これに反対である。地方では、急性期医療を担っていても、看護職員等の不足から 15 対 1 を算定せざるを得ない病院もある。

また、医療経済実態調査は、6 月単月調査であること、客体数が少ないことなど問題点も多く、診療報酬改定の全面的な拠りどころとするには無理がある。仮に、医療経済実態調査の結果を用いるとしても、15 対 1 はなんとか再生産が可能な利益を確保できているに過ぎない（図 1）。さらに、国公立病院同士で入院基本料別に比較すると、15 対 1 の赤字幅がもっとも大きいという現実もある（図 2）。

図 1 一般病棟入院基本料別 1施設当たり費用構成

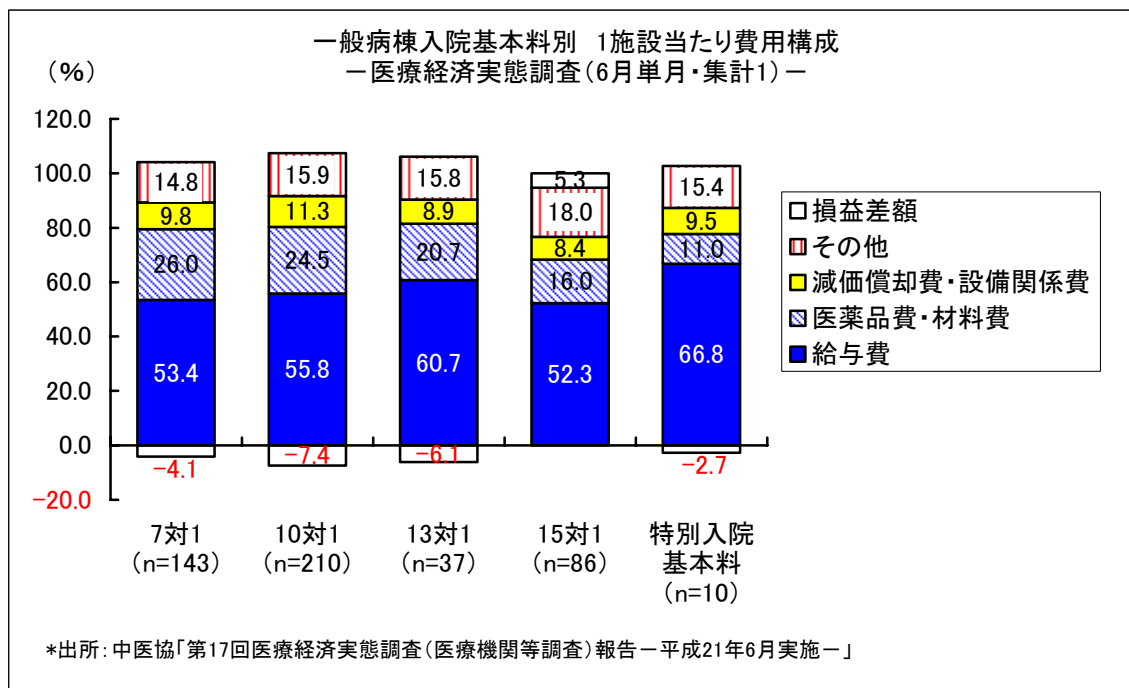
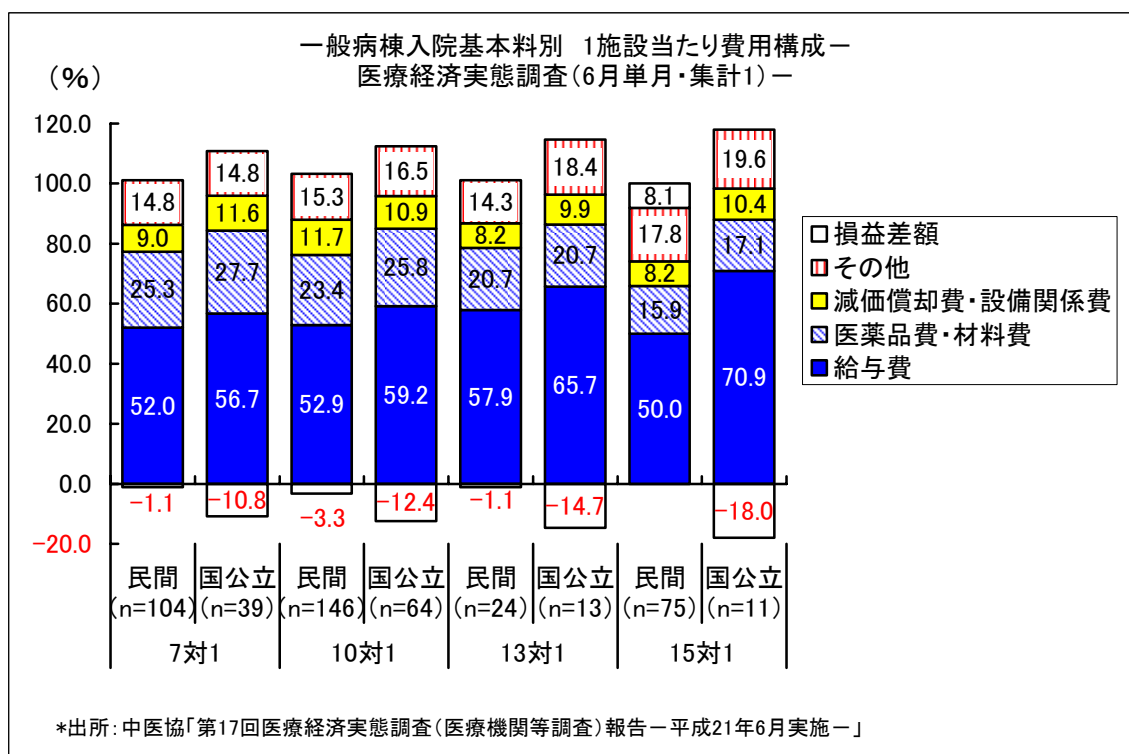


図 2 一般病棟入院基本料別 1施設当たり費用構成 (民間・国公立別)



月平均夜勤 72 時間以内要件について

看護職員不足の中で、月平均夜勤 72 時間要件に対応するため、医療機関は病床数の削減、病棟の閉鎖などで対応してきた。日本医師会の調査によれば、この 1 年間で、看護職員の確保はあっという間に困難になっている³。日本医師会は、要件を満たせない場合の評価の新設ではなく、夜勤 72 時間要件そのものの緩和を求める。

4. 療養病棟入院基本料

中医協総会資料 p.17 抜粋

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

日本医師会の見解

療養病棟入院基本料の適正化が、一部引き下げを意味しているのであれば、日本医師会はこれに反対である。繰り返しになるが、医療崩壊は深刻であり、どの医療機関もギリギリの経営を迫られている。診療報酬の全体的な引き上げなしに、地域医療の再生はない。

療養病床は、急性期医療の貴重な受け皿である。新政権である民主党も、『民主党医療政策（詳細版）』で、総枠としての療養病床 38 万床を維持すべきと述べている。信頼性に欠ける医療経済実態調査等をもとに拙速に判断するのではなく、中長期的計画の下で療養病床を維持していくべきであり、むしろ療養病床の評価は手厚くされるべきである。

³ 日医総研「開業動機と開業医（開設者）の実情に関するアンケート調査」2009年9月

5. 有床診療所

中医協総会資料 p.8 抜粋

- ① 手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設する。
- ② 地域医療を支える有床診療所における後方病床機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。
- ③ 有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

日本医師会の見解

手厚い看護配置の評価については賛成である。

しかし、今回の中医協総会資料では示されていないが、有床診療所における重要課題は以下3点である。

- (1) 入院基本料の全体的な引き上げ
- (2) 長期入院患者への適切な評価（入院期間31日以上入院基本料の引き上げ）
- (3) 入院期間14日以内の評価（入院基本料逡減7日以内を14日以内へ）

今後、これらの課題について議論され、解決されること、またそれが財政中立の下で行われたいよう注視していく。

6. 小児入院医療

中医協総会資料 p.5 抜粋

小児入院医療管理料の再編成を行う。

ア 常勤小児科医が9名以上の場合の医療機関の評価を新設する。

イ 常勤小児科医が9名以上の医療機関においては、小児救急医療等（NICU、PICUを含む。）の提供を行っていることを要件とする。

ウ 特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を可能にすることを検討する。

日本医師会の見解

小児入院医療提供体制を適切に評価することはもちろんであるが、やはり、その前提には全体的な引き上げが必要である。

一方で、特定機能病院において小児入院医療管理料を算定できるようにすることには反対である。特定機能病院が小児科医の確保を進め、地域医療の現場から小児科医が失われかねないからである。

特定機能病院である国立大学附属病院等は、自立した経営が求められるようになってきているが、特定機能病院は高度先端医療の提供や教育を担うという役割を踏まえ、政策的な財源（運営費交付金等）をもって支えていくべきである。

7. 在宅療養支援病院

中医協総会資料 p.19 抜粋

在宅療養支援病院については要件の変更を行うことにより拡充を図る。

日本医師会の見解

在宅療養支援診療所は、2006年4月に新設された診療所であり、2010年1月の届出件数は11,532施設である⁴。

2008（平成20）年度改定では、在宅療養支援病院について議論された。このとき、「平成18年に在宅医療は主に診療所が担うとの考えに基づいて『在宅療養支援診療所』を制度として創設したばかりであり、急に病院にも無制限に広げるといように政策が短期間の間に変わるのはいくつかの指摘があり、半径4キロメートル以内に診療所が存在しない場合にのみ、在宅療養支援病院が認められることになったという経緯がある。

今回の改定で、さらに在宅療養支援病院を拡大する方向であるが、そもそもの在宅療養支援診療所の役割をじっくり議論することなく拡大するのは拙速である。単に病院の拡大を図れば、在宅療養支援診療所は淘汰され、患者にとってより身近な在宅支援医療機関がなくなってしまうおそれもある。

日本医師会は、在宅療養支援医療機関の役割について議論を深めること、その上で、病院に拡大する場合には要件を限定的にすべきと考える。

⁴ WAM NET 登録件数（2010年1月13日現在）

⁵ 2007年12月14日 中医協基本小委資料「中医協 診-2-1」