

2010年1月21日

「平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について
(現時点の骨子)」等に対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

目 次

1. 診療報酬改定財源についての確認	2
2. 診療報酬改定に係る現時点の骨子について	3
2.1. 救急医療	3
2.1.1. トリアージ	3
2.1.2. 救急病院等を受診した軽症患者の自己負担	4
2.2. 一般病棟入院基本料	5
2.2.1. 一般病棟入院基本料 15 対 1 の適正化	5
2.2.2. 夜勤 72 時間以内要件の緩和	8
2.3. 有床診療所	8
2.4. 医療・介護職種の連携	9
2.5. 再診料、外来管理加算等	10
2.5.1. 再診料	10
2.5.2. 外来管理加算	10
2.6. 療養病棟入院基本料	11
3. 検査、処置及び手術等	12

1. 診療報酬改定財源についての確認

医科本体の改定率は+1.74%（医療費ベース 4,800 億円）入院+3.03%（同 4,400 億円）外来+0.31%（同 400 億円）である（表 1）。

1月15日の中医協総会では、診療側委員から、入院・外来の改定率は医科入院・外来は仕上がった段階でこうなっていると理解してよいかという趣旨の質問があった。これについて、厚生労働省保険局医療課長が、「そう理解している」と回答した。つまり、仮に外来で適正化される（引き下げられる）項目があり、引き下げ額が 億円であった場合、外来では 400 億円+ 億円を活用できることを意味している。

1月20日の中医協総会では、外来改定財源 400 億円の中で、再診料、外来管理加算の問題を解決しなければならないように示された。しかし、前述のように仮に外来で 億円の適正化項目がある場合、外来改定財源は 400 億円+ 億円である。

さらに、改定率が入院、外来で区分されたことは、外来の財源は外来で活用できることを示している。外来で捻出された 億円が、入院に上乗せされることのないよう注視したい。

表 1 2010（平成 22）年度 医科診療報酬改定率および影響額

	改定率	影響額(医療費ベース)	
医科本体	+1.74%		4,800億円
入院	+3.03%	急性期入院医療	4,000億円
		その他	400億円
外来	+0.31%		400億円

2. 診療報酬改定に係る現時点の骨子について

2.1. 救急医療

2.1.1. トリアージ

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p5 重点課題 1-1(2))

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等度の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様の評価を検討する。

(骨子 p7 重点課題 1-2(3))

小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取り組みの評価を引き上げるとともに、多数の小児救急患者に対して、診療優先順位付けを行うことにより、緊急度の高い患者を優先して治療する体制（院内トリアージ）についての評価を検討する。

日本医師会の見解

特に、トリアージについて、診療報酬上の評価を導入することは時期尚早であり、反対である。

第一に、トリアージの実施基準が確立しておらず、現場の混乱をまねく。優先順位が低いと判断されても、急に重篤化するケースもあるが、そういったケースへの対処は病院に委ねられることになる。

第二に、責任の所在が明確化されていないが、医師がトリアージを行った場合、それは診療そのものであり、新たに診療報酬で手当とする必然性は低い。一方、看護師がトリアージを実施できることとした場合、ナースプラクティショナーの導入を促進しかねない。規制改革会議等は、初期診察、初期診療を行うナースプラクティショナーの導入を求めているが、診察、治療、処方などは、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者の

生命をも脅かすことになりかねない。

第三に、国民にトリアージの概念が浸透していない中で、これを診療報酬として評価することは難しい。仮に、トリアージを行う病院の体制に対して加算することとした場合、外来患者すべてが、広く浅く加算相当額を一部負担することになる。しかし、そういった診療報酬に対し、国民、患者の理解を得ることは現段階では難しい。

トリアージについては、国民、患者が十分納得できるよう、時間をかけて議論を行っていくべきである。

2.1.2. 救急病院等を受診した軽症患者の自己負担

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p10 重点課題 2-2(1))

救急病院等を受診した軽症患者について、一定の条件を満たした場合には、医療保険の自己負担とは別に、患者から特別な料金を徴収することを可能にすることを検討する。

日本医師会の見解

現段階で制度化し、促進することは時期尚早であり、検討が必要である。

第一に、国民、患者の理解を得るための十分な議論が行われていない。患者は自ら軽症かどうかを判断できるわけではない。軽症と判断された場合、他の医療機関を受診しなおすか、自己負担をしなければならない。しかし、そのまま帰宅する患者も少なくないと予想され、かえって重症化を招くおそれもある。一方、患者の理不尽な要求に現場が翻弄される懸念もある。

第二に、軽症患者の受診については、自己負担のみでなく、行政等の取り組みも含めて、総合的に検討していくべきである。

第三に、自己負担による対応は、今後いわゆる軽費医療の保険免責制導入への突破口になりかねず、公的医療保険の給付範囲を縮小しかねない点でも問題である。

2.2. 一般病棟入院基本料

2.2.1. 一般病棟入院基本料 15 対 1 の適正化

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p9 重点課題 2-1(1))

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。

日本医師会の見解

医療経済実態調査では、入院基本料 15 対 1 の収支差額は黒字であったとされている(図 2.2.1)。これをもとに、入院基本料 15 対 1 の評価が適正化(引き下げ)されようとしているが、日本医師会はこれに反対である。

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、信頼性に欠けることはこれまで指摘してきたとおりである。

仮に、医療経済実態調査の結果を採用するとしても、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(図 2.2.2)。

図 2.2.1 今回の医療経済実態調査における入院基本料別費用構成

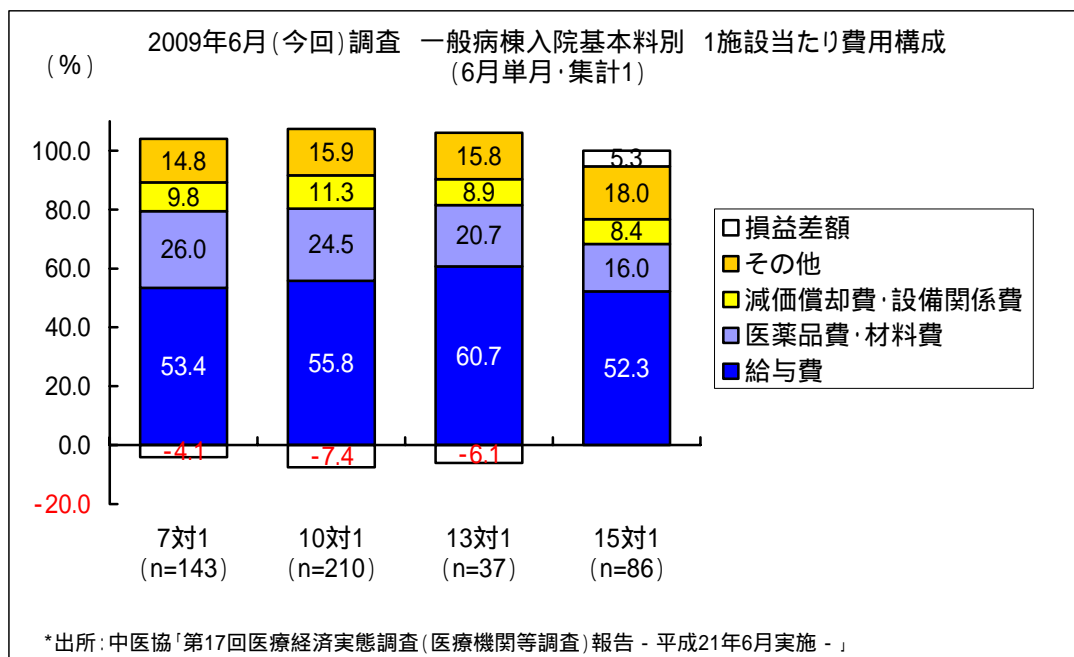
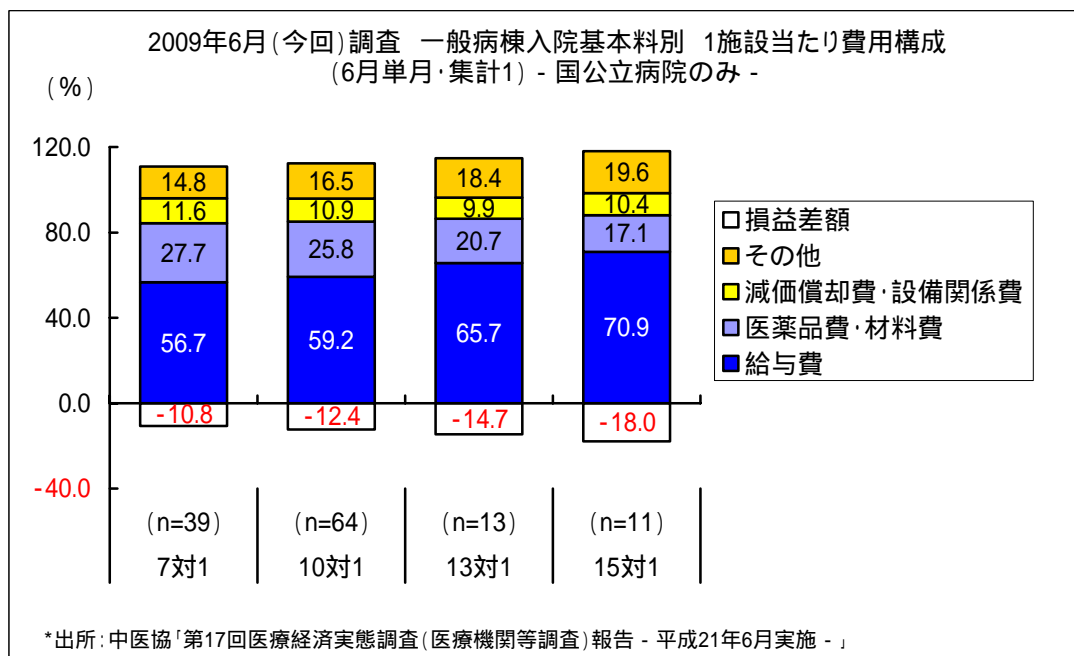


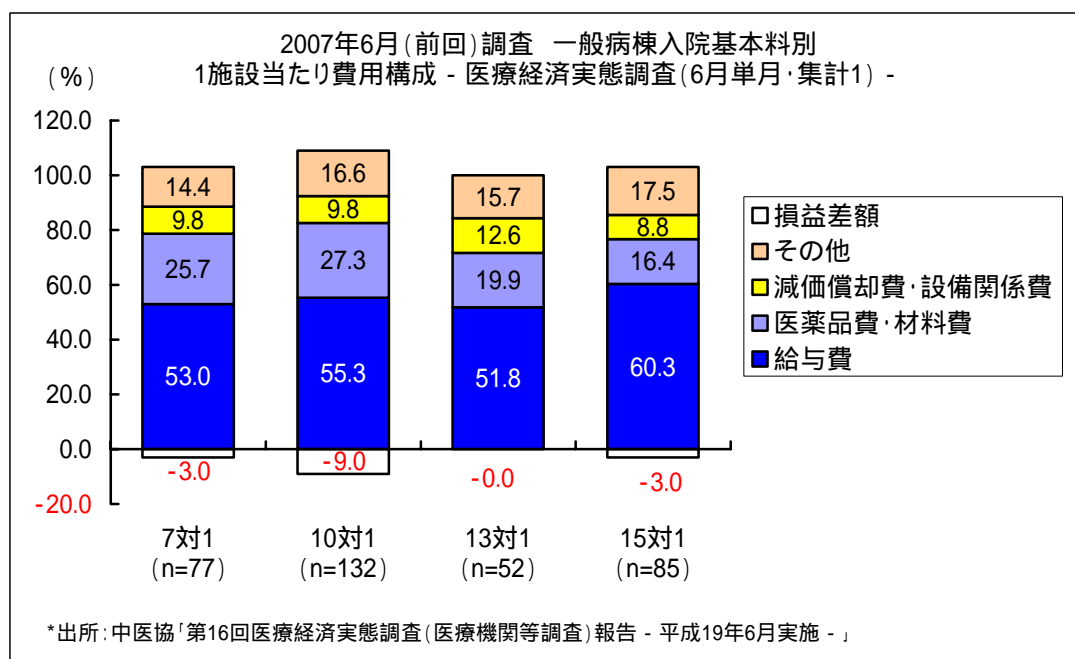
図 2.2.2 今回の医療経済実態調査における国公立病院の入院基本料別費用構成



また、前回の医療経済実態調査でも、10対1に次いで15対1の赤字幅が大きい(図 2.2.3)。前回の診療報酬改定で15対1にプラスの改定は一切なかった。したがって、今回の医療経済実態調査では、偶然、経営状態の良い15対1病院が抽出された可能性を否定できない。

地方では急性期を担っていても、看護職員不足から15対1を算定せざるを得ない病院もあり、その意味からも、入院基本料15対1の適正化(引き下げ)には反対である。

図 2.2.3 前回の医療経済実態調査における入院基本料別費用構成



2.2.2. 夜勤 72 時間以内要件の緩和

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p9 重点課題 2-1(1))

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。

日本医師会の見解

夜勤 72 時間要件については、大幅に緩和すべきである。

現在、入院基本料はひとつの届出区分を選定しなければならないが、夜勤 72 時間ルールについては、運用上、病棟間での傾斜配分が可能である。まず、この運用ルールの周知徹底を求める。

しかし、このような運用上のルールがあってもなお、厳しい看護職員不足のため、夜勤要員の確保は困難きわまりない。日本医師会の調査(2009 年 7 月調査)によれば、1 年前に比べて看護職員の採用がさらに困難になったという病院が 61.0%に達していた¹。また看護職員不足のため、病床数の削減、病棟の閉鎖などで対応してきた病院も少なくない。

看護職員の確保、医療および看護の質の確保のために、夜勤 72 時間要件の抜本的な見直しを求める。

2.3. 有床診療所

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p10 重点課題 2-3(2))

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。

地域医療を支える有床診療所において、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必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。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。

¹ 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 10 月, 日医総研ワーキングペーパーNo.201

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

有床診療所については、全体的な引き上げを行った上で、入院期間 14 日以内、長期入院患者を適切に評価する必要がある。いずれも財政中立的な評価は認められず、あくまで全体的な引き上げが前提である。

2.4. 医療・介護職種の連携

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p11 重点課題 2-4)

退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設することを検討する。

日本医師会の見解

介護との連携の重要性は理解できるが、一職種を限定的に評価することには反対である。

そもそも、2008(平成20)年度の診療報酬改定で、「退院時共同指導料2」が新設され、医師、看護師、訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員(ケアマネージャー)等を含めて評価されるようになった。また、介護報酬もこれにそって、退院退所加算が新設された。今回、新たな診療報酬を創設し、さらにケアマネージャーを手厚く評価することの説明が不十分である。

また、今回の改定では、病院医師とケアマネージャーとの共同での相談、指導を対象にしているが、現場の実態としては、退院後におけるかかりつけの医師とケアマネージャーを含む多職種との共同指導等のほうが、はるかに重要である。このことを踏まえれば、今回の提案は、いたずらに早期退院を促し、患者を医療から締め出すことになりかねないものとして、賛成しかねる。

2.5. 再診料、外来管理加算等

2.5.1. 再診料

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p15 -2 (1))

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、その具体的な内容を検討する。

日本医師会の見解

再診料については、1月6日の定例記者会見でも述べたとおりであるが、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あらためて提案する。

2.5.2. 外来管理加算

「現時点の骨子」から抜粋

(骨子 p15～16 -2 (1))

外来管理加算については、一定の処置や検査、リハビリテーション等を必要としない患者に対して、それらを行わずに計画的な医学管理を行った際の評価であったが、平成20年度診療報酬改定において、概ね5分以上の懇切丁寧な説明を行った際の加算として意義づけの見直しを行った。この見直しについては、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、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²。

第二に、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。

また、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³、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。

2.6. 療養病棟入院基本料

「現時点の骨子」から抜粋

（骨子 p19 -1(4)）

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。また、慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化することを検討する。

病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、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必要に応じて受け入れた場合についての評価を新設する。

² （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

³ メディファクス 2010年1月6日 5793号

日本医師会の見解

療養病棟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。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. 検査、処置及び手術等

「現時点の骨子」から抜粋

（骨子 p25 -3）

(2) 検査、処置及び手術については、診療行為の実態や用いている医療機器の価格を踏まえて診療科間の平準化を図る観点から、適正な評価体系に見直す。

日本医師会の見解

「現時点の骨子」には、診療科別の具体的な改定内容について、明示されていない。しかし、行政刷新会議の事業仕分けでは、個人診療所のうち、整形外科、眼科などの収支差額が高いというデータが示され、「収入が高い診療科の報酬は見直すべき」とされた⁴。

事業仕分けに提出されたのは医療経済実態調査のデータであるが、繰り返し述べるように医療経済実態調査は、信頼性が欠ける面もあり、事業仕分けでの指摘をそのまま踏まえ、特定の診療科の適正化（引き下げ）を行うことは認められない。

「現時点の骨子」にもあるように、診療行為の実態をしっかりと踏まえて、冷

⁴ 行政刷新会議・第2ワーキンググループ「事業番号 2-4 診療報酬の配分（勤務医対策等）論点等説明シート（予算担当部局用）」、2009年11月11日

静に検討していくべきである。また厚生労働省は、医療経済実態調査以外に、診療行為について把握しているエビデンスを開示し、議論に資するべきである。