

診療報酬改定にむけての日本医師会の見解

1. 初・再診料について

定例記者会見

2009年11月11日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 再診料について	1
1.1. これまでの経緯.....	1
1.2. 初・再診料の現状.....	5
1.2.1. 1日当たり入院外点数.....	6
1.2.2. 医業経営における初・再診料の重み	9
1.3. 再診料等についての日本医師会の見解.....	10
1.3.1. 再診料について	10
1.3.2. 中期的な基本診療料（外来）の見直しにむけて	11
2. 外来管理加算について	12
2.1. これまでの経緯.....	12
2.2. 外来管理加算の問題.....	13

1. 再診料について

1.1. これまでの経緯

初・再診料の推移

1985年、再診料が、病院については入院機能を、診療所については外来機能を重点的に評価する目的で、病院、診療所別に区分された（表 1.1.2）。

1992年には初診料も病院、診療所別に区分された（表 1.1.1）。同時に、それまで総合病院（当時）では、初診料が診療科ごとに算定されていたが、これが廃止された。

その後も、診療所は外来、病院は入院という機能分担の下で、診療報酬上の評価が行われてきた。

再診料については、1992年には内科再診料が再編され、外来管理加算が導入された。このとき同時に診療所の再診料が引き下げられた。また2006年には診療報酬マイナス3.16%改定の下で、診療所、病院ともに再診料が引き下げられたが、病院は入院、診療所は外来を重点評価するとの方針は一貫していた。

2008年4月改定では、病院の再診料が引き上げられ、現在、再診料は診療所71点、病院60点である。

表 1.1.1 初診料の推移

(点)

年			診療所		病院	
			甲表 ^{※注)}	乙表	甲表	乙表
1984	S59		甲表160・乙表135			
1985	S60		甲表180・乙表150			
1992	H4	総合病院における各診療科ごとの初診料算定の廃止	208	205	198	195
1994	H6		221		208	
1996	H8		270		250	
1998	H10		270		250	
2000	H12		270		250	
2002	H14		270		250	
2004	H16		274		255	
2006	H18		270			
2008	H20		270			

※注) 甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払うもの

表 1.1.2 再診料の推移

(点)

年			診療所		病院		
			甲表 ^{※注1)}	乙表	甲表	乙表	
1984	S59		甲表65・乙表38				
1985	S60		70	39	66	38	
1992	H4	外来管理加算新設	55	53	45	43	
1994	H6		61		50		
1996	H8		70		59		
1998	H10		74		59		特定機能病院 外来診療料 90
2000	H12		74		59		外来診療料 (200床以上) 70
2002	H14	通減制の導入 ^{※注2)}	81/74/37		65/59/30		68
2004	H16		73		58		72
2006	H18	診療報酬改定▲3.16%	71		57		70
2008	H20	病院の再診料引き上げ	71		60		70

※注1) 甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払うもの

※注2) 2003年度に廃止

病院・診療所の外来医療費の推移

診療所では、2007年度には医療費に占める外来(入院)医療費の割合は94.3%であり、医療費(医業収入)の9割以上を外来が占めている(図1.1.1)。

病院では、入院医療費の比率が70.1%であり、外来医療費は29.9%である(図1.1.2)。

図 1.1.1 診療所の入院・外来医療費の割合

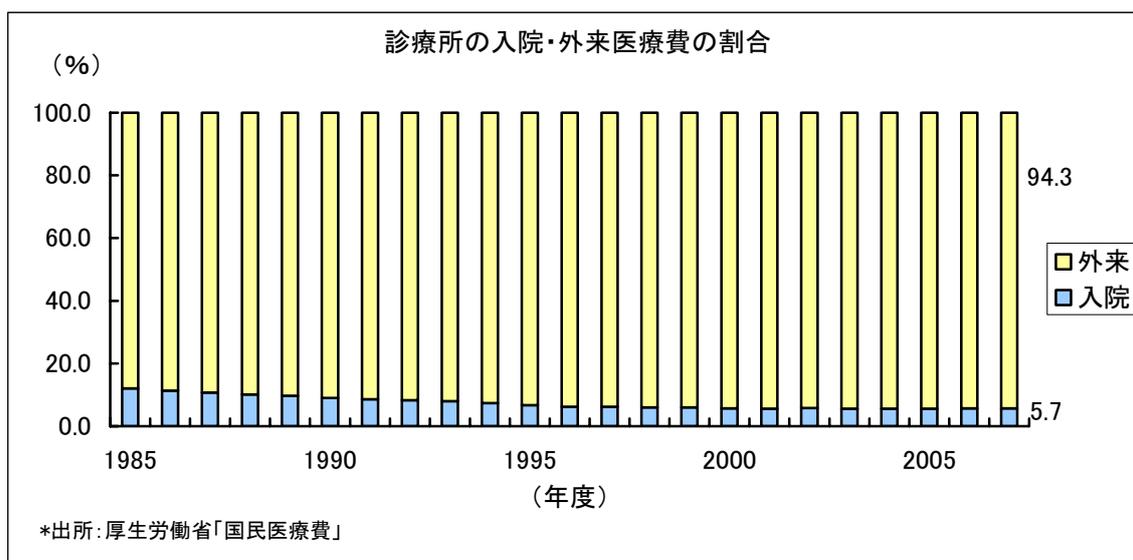
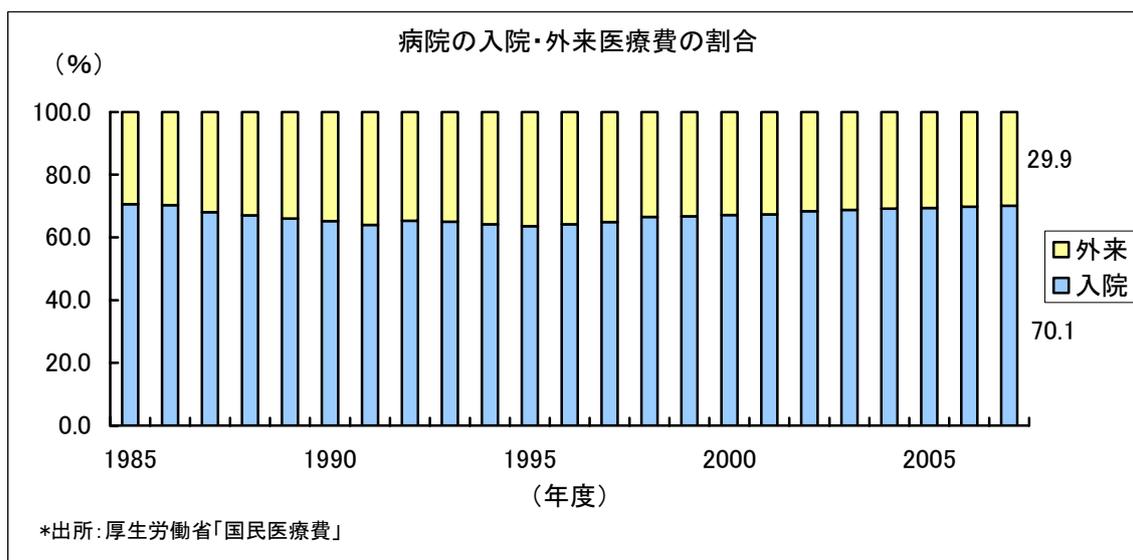


図 1.1.2 病院の入院・外来医療費の割合



2008年4月の診療報酬改定における議論

2008年4月の診療報酬改定では、病院・診療所の再診料格差および外来管理加算の見直しなどが大きな論点であった。再診料の見直しについては、1号側（支払側）委員から、本来は、機能や技術の議論が必要との指摘もあったが¹、時間的制約もあって、そのまま検討が進められた。

そして最終的には、公益委員から、外来管理加算については見直す（5分要件を導入する）ものの、外来管理加算の見直しは実質的な再診料の引き下げにつながるものであることから、再診料の引き下げを行わないとの裁定が下された。

また、このとき、公益委員から付帯意見として、以下の提案が行われた²。

「初診料・再診料といった基本診療料の意義、診療報酬上の評価に当たっての考え方については、1号側・2号側委員の見解が大きく分かれたことや、後期高齢者医療制度の創設等の環境の変化があることなどを踏まえ、平成20年度改定が終わった後に、再診料などの基本診療料については水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の改定に反映させることとする。」

¹ 「こういった機能でありますとか、技術でありますとか、そういった評価そのものの議論が本当は必要なのだろうと思う」2008年1月18日、中医協・基本問題小委員会議事録

² 「病院勤務医支援に関する公益委員の提案」2008年1月30日、中医協総会提出資料

1.2. 初・再診料の現状

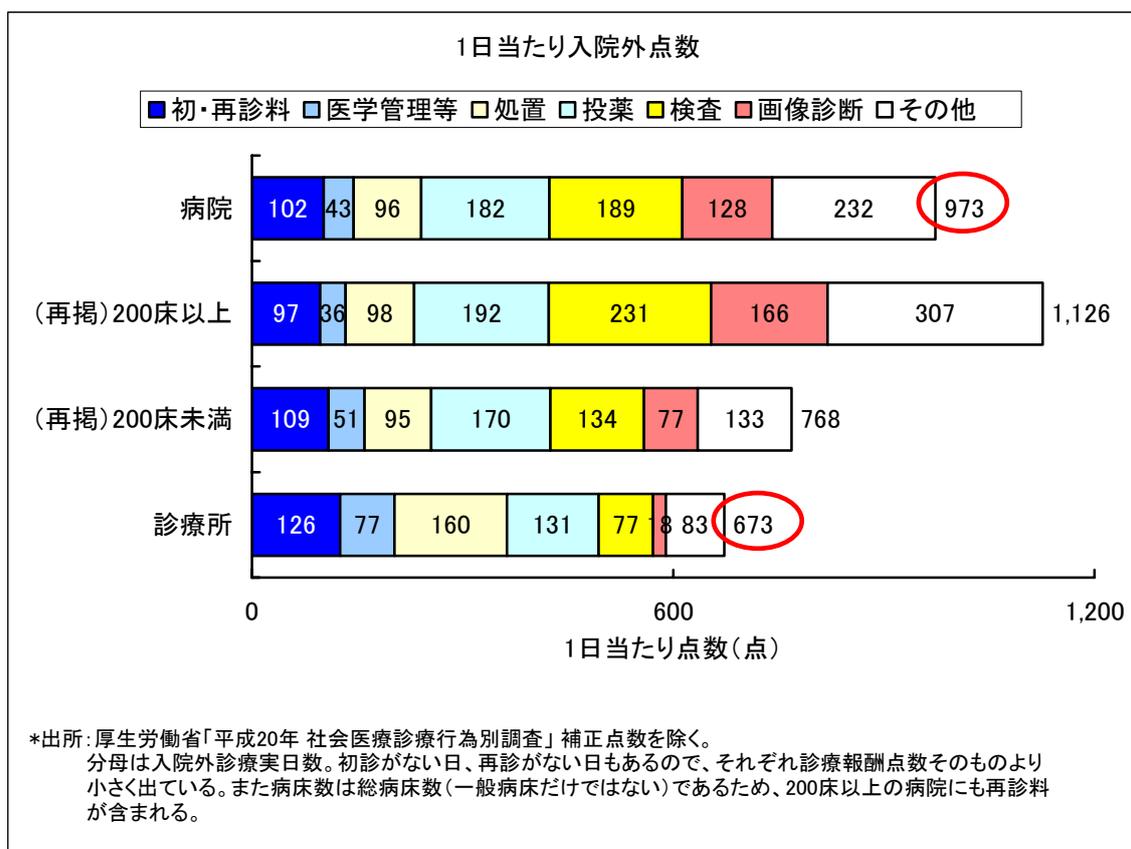
ここでは、「平成 20 年 社会医療診療行為別調査」を用いて分析した。今回の社会医療診療行為別調査（6 月 1 か月の抽出調査）は、入院外において、通年実績を示す「メディアス」（厚生労働省「最近の医療費の動向」）と大きな乖離があった。例年に比べて、人工腎臓を実施している診療所が多く抽出されたことが主な要因である。そのため、厚生労働省の事務局が中医協に提出している診療科別などの資料には、人工腎臓の影響を補正するための特別集計後のデータが使用されている。しかし、このデータは公開されていないので、本稿では特別集計を行っていないデータを使用している。

1.2.1. 1日当たり入院外点数

入院外（外来）全体

1日当たり入院外点数は病院のほうが高く、病院973点、診療所673点である。病院は初・再診料は低いが、検査、画像診断などの点数が高いためである（図1.2.1）。

図 1.2.1 1日当たり入院外点数



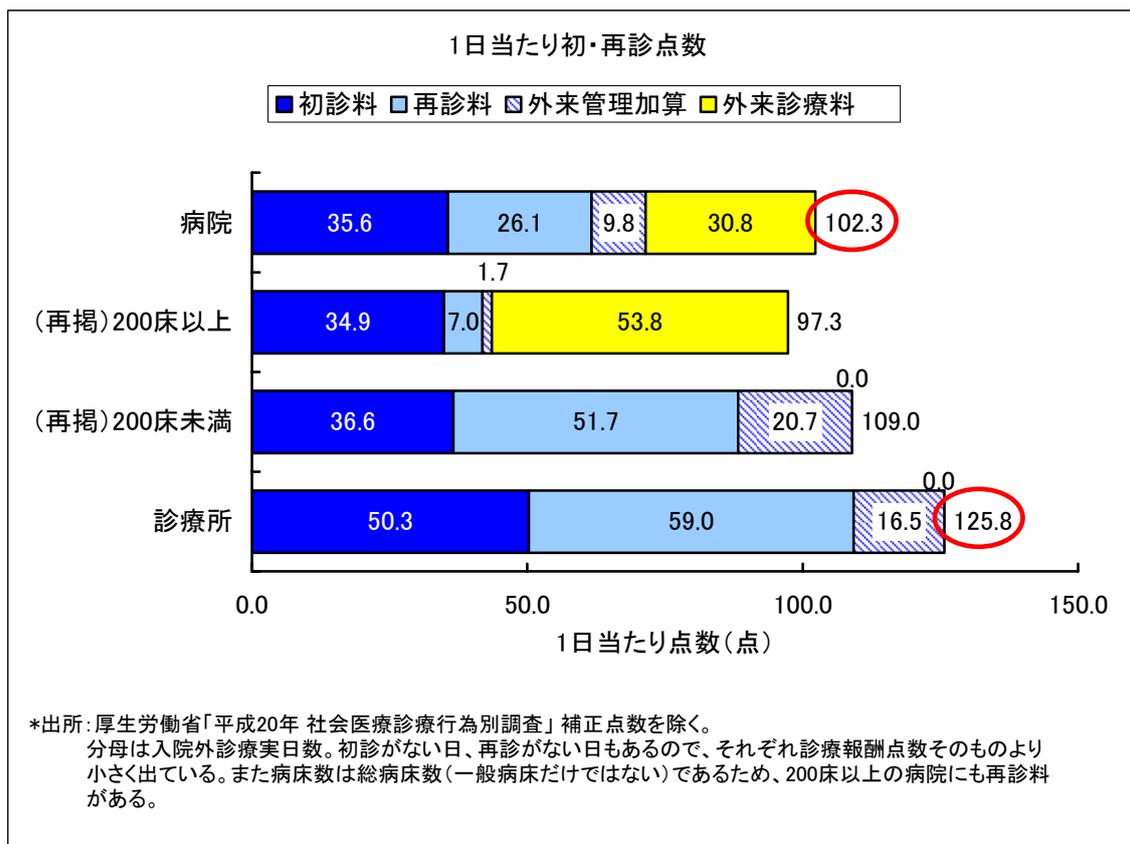
初・再診料：初診料、再診料、外来診療料（それぞれ加算を含む）

医学管理等：特定疾患療養管理料、小児科外来診療料、診療情報提供料、薬剤情報提供料など

初・再診料のみ

初・再診料に限ってみると、1日当たり初・再診点数（外来管理加算を含む）は診療所のほうが高い。1日当たり初・再診点数は、病院 102.3 点、診療所 125.8 点である（図 1.2.2）。

図 1.2.2 1日当たり初・再診点数



初・再診料

初診料：初診料（加算を含む）

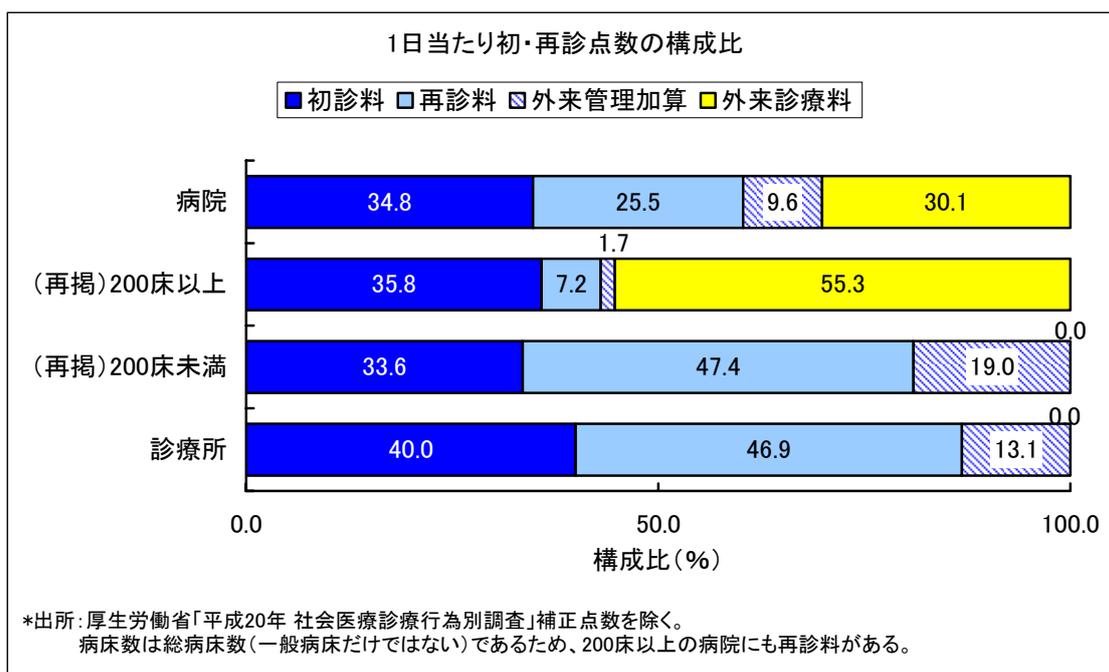
再診料：再診料（外来管理加算以外の加算を含む）

外来管理加算：外来管理加算

外来診療料：一般病床 200 床以上の医療機関において算定する（再診料は算定しない。
加算を含む）

構成割合で見ると、診療所は初診料の割合が大きいという特徴がある。1日当たり初・再診点数に占める初診料の割合は、200床未満の病院33.6%、診療所40.0%である(図1.2.3)。その分、診療所では外来管理加算の割合が小さい。外来管理加算の割合は、200床未満の病院19.0%、診療所13.1%である。

図 1.2.3 1日当たり初・再診点数の構成比

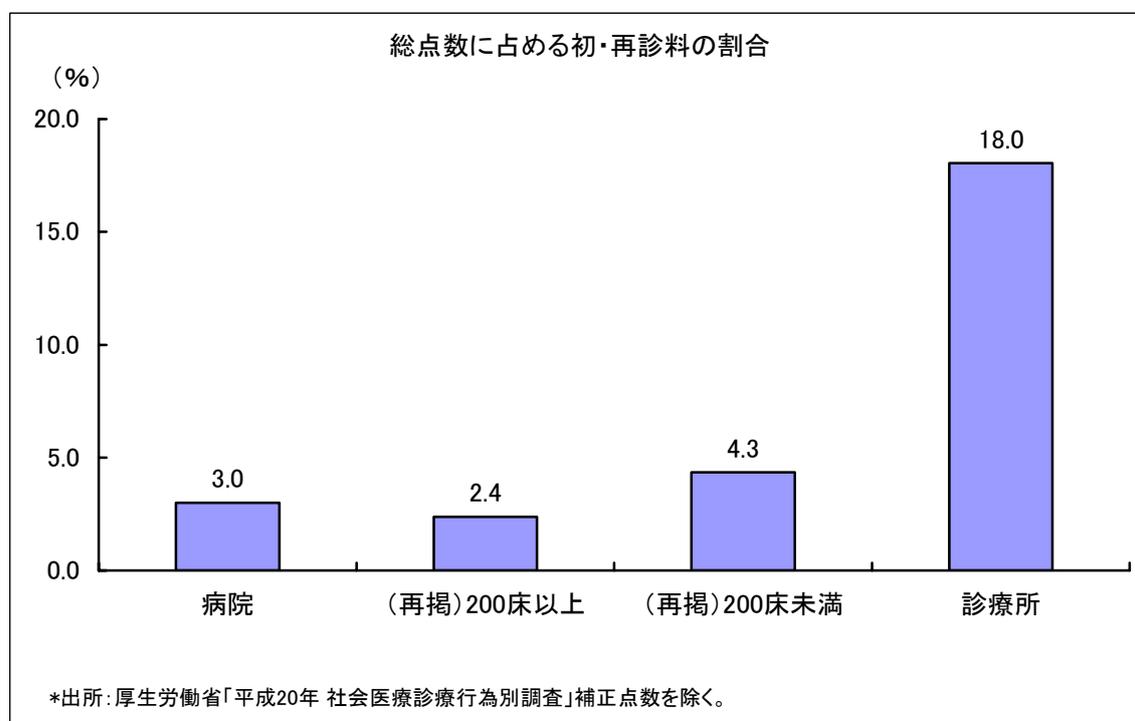


1.2.2. 医業経営における初・再診料の重み

総点数（医療費または医業収入に相当）に占める初・再診料の割合は、200床以上の病院が2.4%、200床未満の病院が4.3%、診療所が18.0%である（図1.2.4）。

診療所では、初・再診料が医業収入の2割近くに達しており、初・再診料の重みは非常に重い。

図 1.2.4 総点数に占める初・再診料の割合



1.3. 再診料等についての日本医師会の見解

1.3.1. 再診料について

(1) 病院・診療所の機能分担について十分に議論すべきである

まず、診療所、病院、それぞれの機能について、しっかりと議論すべきである。このことは、前回改定時に支払側委員、公益委員からも指摘があった。

診療所は地域住民にとって身近な医療機関である。早期発見、早期治療、継続的な医学管理が必要な慢性疾患の外来治療を担うことが期待される。病院は、病床を有する医療機関であり、その主たる役割は入院機能である。

日本医師会は、基本的には、診療所は外来、病院は入院という大きな機能分担を維持していくべきであると考え。特に、政策的な財源が投入されている特定機能病院等は、その役割をまっとうすべきである。一方で、地域によっては病院と診療所の中間的な役割を担う医療機関もあるので、その点については配慮が必要である。

なお、病院、診療所がともに健全化、再生できる診療報酬であることが大前提である。

(2) 再診料を適切に評価すべきである

診療所の再診料には、医師の技術料のほか、看護職員やコメディカルの人件費、施設維持のための費用（減価償却費（設備投資）、賃借料など）、事務経費などが含まれてきた。一方、病院では、これらの費用は再診料だけでなく、入院基本料等でも評価されてきた³。

再診料で何を評価すべきかをあらためて整理し、適切に評価すべきである。仮に現在の再診料が純粋に医師の技術料（無形の技術料を含む）を評価するものであるとしても、現在の病院 60 点、診療所 71 点は、いずれも不十分であり、引き上げるべきである。

(3) 2010 年改定にむけて

病院、診療所ともに再診料の引き上げが求められるが、病院の経営体力を強化し、病院勤務医に手厚くするため、病院の引き上げ幅をある程度多くすべきである。

³ 厚生労働省は、病院のキャピタルコストは「一般的にはこの入院基本料や加算と呼ばれるものの中に含まれているというふうに理解するべき」としている。2009年6月10日、中医協・基本問題小委員会議事録

また再診料が医師の技術料を評価するものであるという観点から、病院で複数科受診をした際に、それぞれ算定できるようにすべきであるとの主張は理解できる。

1.3.2. 中期的な基本診療料（外来）の見直しにむけて

(1) 「モノ」と「技術」を分離すべきである

現在、医薬品、診療材料、医療消耗器具備品などのいわゆる「モノ」が、手術、処置に包括され、医師の技術の評価をより不透明なものにしている。

技術料中心の診療報酬体系を確立し、医師の技術料や医療関係職種の人件費を適切に評価するためには、「モノ」と「技術」の分離を行い、技術料を引き上げることが求められる。同時に、現在評価されていない「モノ」の評価を行うことも必要である。

(2) 「ドクターフィー」については十分な検討が必要である

医師の技術料を評価する手段として、「ドクターフィー」の導入が議論されている。地域や診療科間の医師不足・偏在の解消、医師個人のモチベーション向上のため、能力に応じた一定の評価が必要であることは理解できる。

しかし、医師の能力評価はこれまで本格的には行われておらず、困難を極めることが予想される。現在、一刻を争う医療再生の中で、医療現場に混乱をもたらしかねない新たな制度を導入することには賛成できない。

まず、診療報酬全体を引き上げ、病院が医師を十分に評価できる経営体力を持てるようにすることを優先すべきである。

なお、公立病院における給与費の高さ、それによる赤字は、年功序列的な給与体系が一因であると考えられる。したがって、日本医師会としては、医師および医療関係職種の評価のあり方について検討することに異議はなく、前向きに協力していきたいと考える。

2. 外来管理加算について

2.1. これまでの経緯

2008年4月改定まで

外来管理加算は、診療所および一般病床 200 床未満の病院で、処置、リハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行った場合に算定できる。1992年の診療報酬改定で導入された。

2007年11月2日、中医協の診療報酬基本問題小委員会（以下、基本小委）で、「患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要する時間の目安を設けてはどうか」との論点が示された。

2007年12月7日の基本小委では、厚生労働省事務局から「平均診療時間が5分以上である医療機関が9割」との分析結果が報告され、2008年1月16日、基本小委の資料において「5分要件」が示された。

日本医師会は、医療の質は時間で計れるものではないこと、外来管理加算は計画的な医学管理を行った場合に算定されるものであり、診察時間だけで評価されるものではないとあらためて主張し、時間要件に反対した。また支払側委員からも、5分という時間の目安についてはもう少し議論を行う必要があるとの発言があった⁴。

最終的には、公益委員の裁定によって、2008年4月改定において、外来管理加算に「5分要件」が追加された。

2008年4月改定後

日本医師会は、2008年11月に「外来管理加算に関するアンケート調査」を実施した。その結果、「5分要件」の導入により、診察時間や待ち時間が長くなり、患者に負担をかけている可能性もあること、時間の計測が診察の妨げになっていることなどが浮かび上がった。

また、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します」としている。

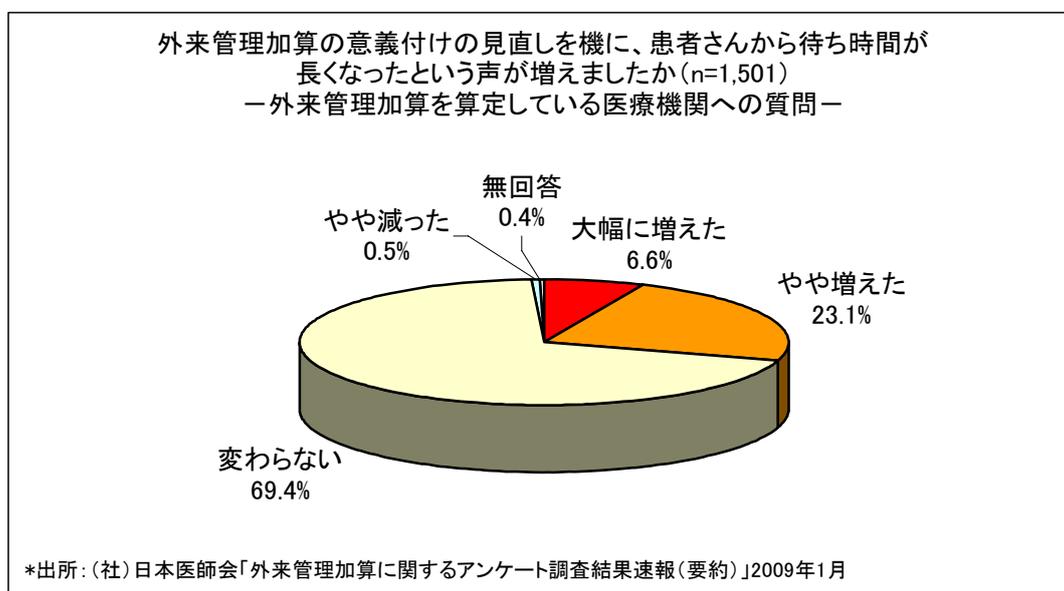
⁴ 『5分以上という時間の目安』がいかどうかは、やはりもう少し議論をする必要があるだろう」2008年1月16日、中医協基本小委議事録

2.2. 外来管理加算の問題

日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査」から明らかになった「5分要件」の問題点をあらためて示す。

第一に、患者に負担をかけていることが問題である。回答医療機関の29.7%で、「待ち時間が長くなった」という患者の声が増加したとの回答であった（図2.2.1）。

図 2.2.1 患者からの「待ち時間が長くなった」という声の変化

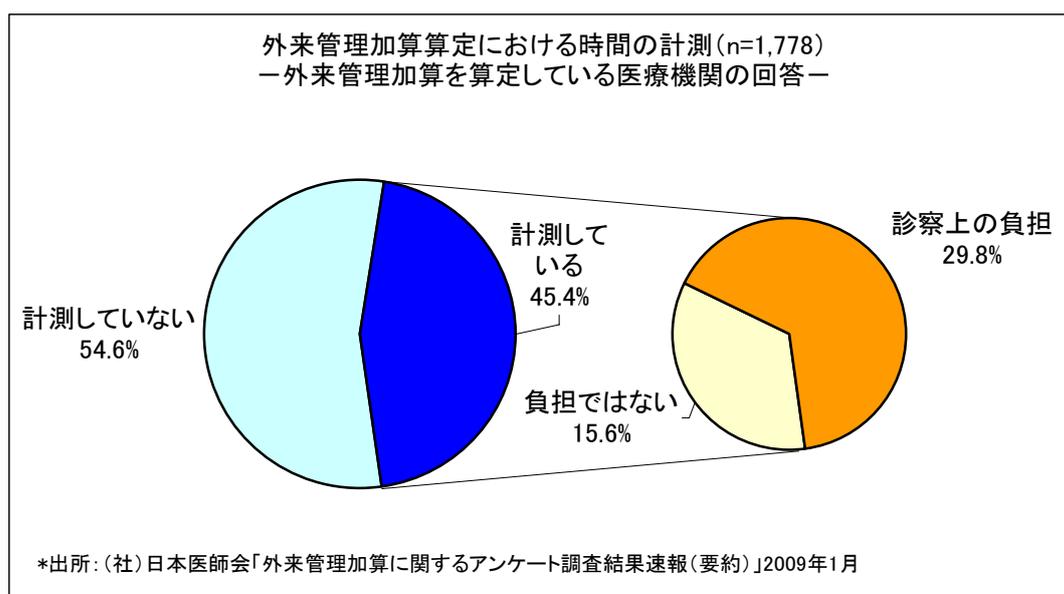


第二に、診察の妨げにもなっている。外来管理加算を算定している医療機関のうち、5分という時間の計測が診察上の負担になっているという回答が29.8%であった（図 2.2.2）。

中医協・診療報酬改定結果検証部会が行った調査⁵でも、患者の9割近くは、時間要件の導入によって診察内容に変化があったと感じていない。また患者の6割近くは、外来管理加算に時間の目安は必要ではないと回答していた。

このように、外来管理加算の時間要件は、医師にとっても、患者にとっても最善の医療の妨げになっている。「5分要件」の撤廃を強く求める。

図 2.2.2 外来管理加算算定時の時間の計測の負担



計測している「時計、ストップウォッチ等で正確に計測している」

「時計などを見ながら、おおむね計測している」

診察上の負担「非常に負担」「やや負担」

負担ではない「どちらともいえない」「あまり負担ではない」「まったく負担ではない」

⁵ 「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査報告書」2009年5月20日、中医協総会提出資料

診療報酬改定にむけての日本医師会の見解

2. 入院料について

定例記者会見

2009年11月11日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 小児の入院医療について	1
2. 入院基本料	4
3. 病院勤務医の負担軽減	7

1. 小児の入院医療について

こども病院

こども病院（除く特定機能病院）の損益差額比率は全体で▲10.1%、独立型で▲8.9%、それ以外で▲11.3%であった（図 1.1）。

小児入院医療管理料 1・2・3 算定病院

2008年4月改定では、要件以上に手厚い人員配置をしている医療機関があることから、小児入院医療管理料が再編された（表 1.1）。

従来の小児入院医療管理料 1・2・3 は、現在の小児入院医療管理料 2・3・4 に相当する。中医協の医療経済実態調査では、従来のカテゴリで「小児入院医療管理料 1・2・3」として区分されているが、これらの病院の損益差額比率は▲4.5%、民間病院でも▲1.1%であった（図 1.2）。

表 1.1 小児入院医療管理料の再編

(点)

旧		新(2008年4月改定)	
		小児入院医療管理料1	4,500
小児入院医療管理料1	3,600	小児入院医療管理料2	3,600
小児入院医療管理料2	3,000	小児入院医療管理料3	3,000
小児入院医療管理料3	2,100	小児入院医療管理料4	2,100

図 1.1 こども病院 1施設当たり費用構成

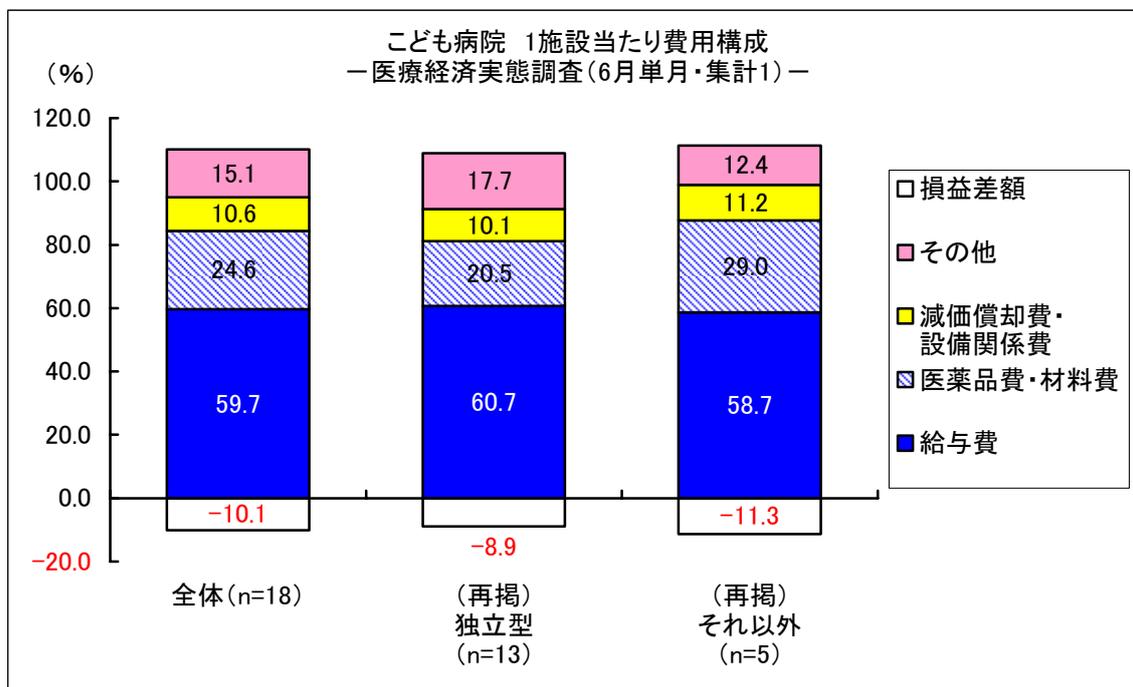
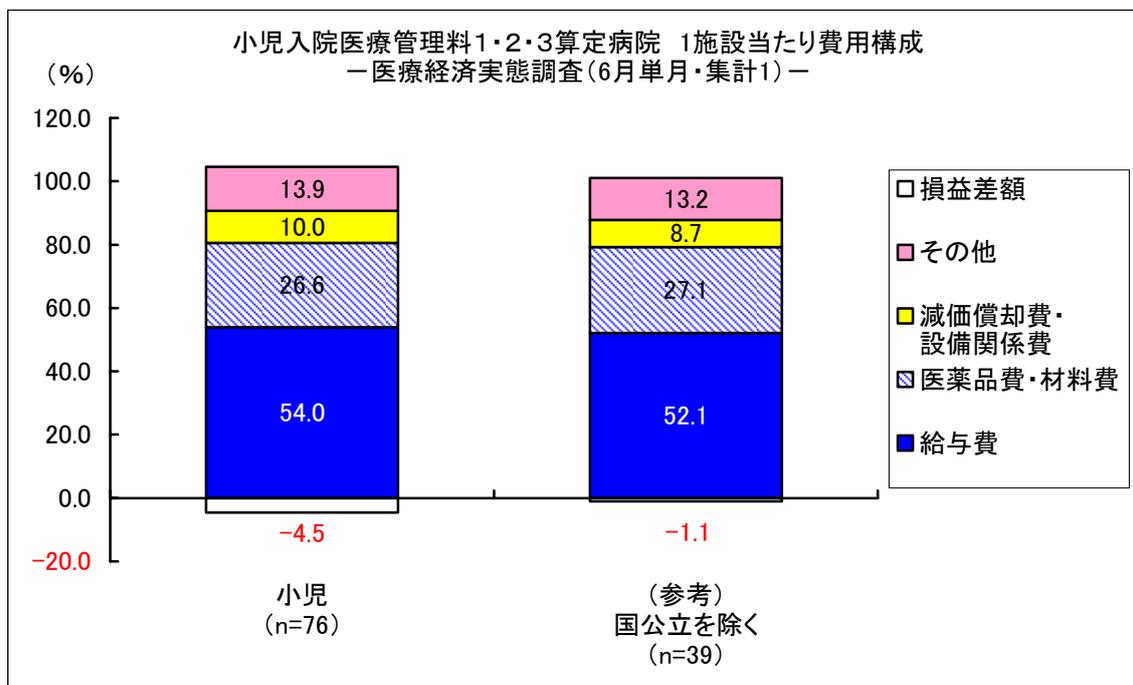


図 1.2 小児入院医療管理料1・2・3算定病院 1施設当たり費用構成



こども病院、小児入院医療管理料算定病院ともに依然として赤字である。小児の入院は季節的な変動が大きく、稼働率が安定しないことも一因である。また、2008年4月改定で新設された「小児入院医療管理料1」算定病院は、全国で35病院に止まっている¹。

そこで、日本医師会は、小児の入院医療については、次の点を要望する。

小児入院医療についての要望

1. 小児医療提供体制を確保するため、政策的な財源の投入（補助金）などを強化すること
2. 季節的な変動にも対応できるよう、小児入院医療管理料の算定要件を緩和すること

¹ 「主な施設基準の届出状況等」 2009年3月25日、中医協総会提出資料。
小児科を標榜する病院は3,015病院（2007年10月1日現在）。厚生労働省「平成19年医療施設（動態）調査」

2. 入院基本料

2008年4月の診療報酬改定では、地域の急性期医療を担う医療機関を評価する目的で、10対1入院基本料が引き上げられた。しかし、「10対1」の損益差額比率は▲7.4%であり、もっとも赤字幅が大きかった（図 2.1）。

「10対1」を算定する病院の中には、地域で中核的な役割を担う病院も多い。したがって、地域医療の再生のためにも「10対1」病院の健全化は必須である。

また、「15対1」を除く「10対1」以外の病院も赤字であり、「13対1」では損益差額比率は▲6.1%である。入院基本料の適切な評価が必要である。

図 2.1 一般病棟入院基本料別 1施設当たり費用構成

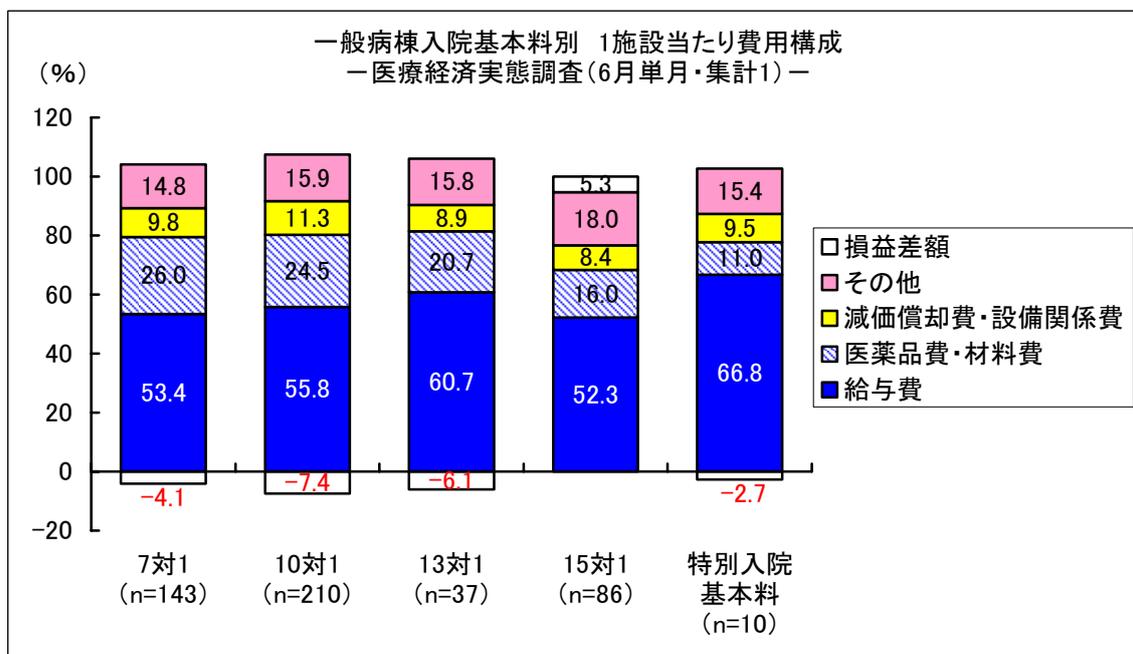


表 2.1 入院基本料

(点)

	旧	新(2008年4月改定)
7対1	1,555	1,555
10対1	1,269	1,300
13対1	1,092	1,092
15対1	954	954

看護職員の不足も依然として深刻である。日本医師会の調査によれば、1年前に比べて、看護職員の採用がより困難になった病院が61.0%に達している（図2.2）。また、経営が苦しい中、従業員の給与を引き上げた病院も43.1%であった（図2.3）。看護職員を確保、維持するため、給与を引き上げざるを得ない実態もあるものと推察される。

図 2.2 病院における看護職員の採用

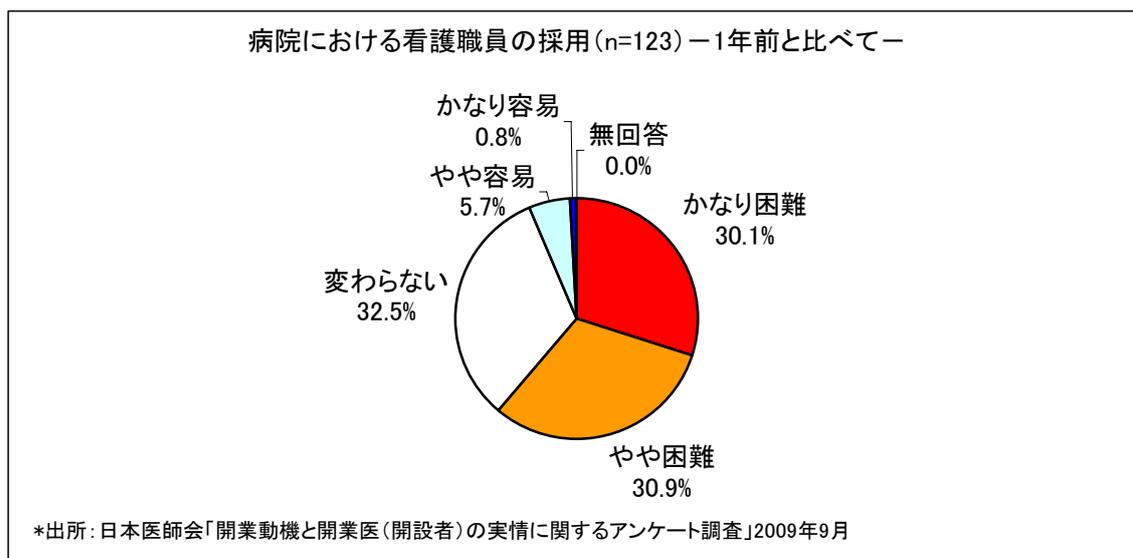
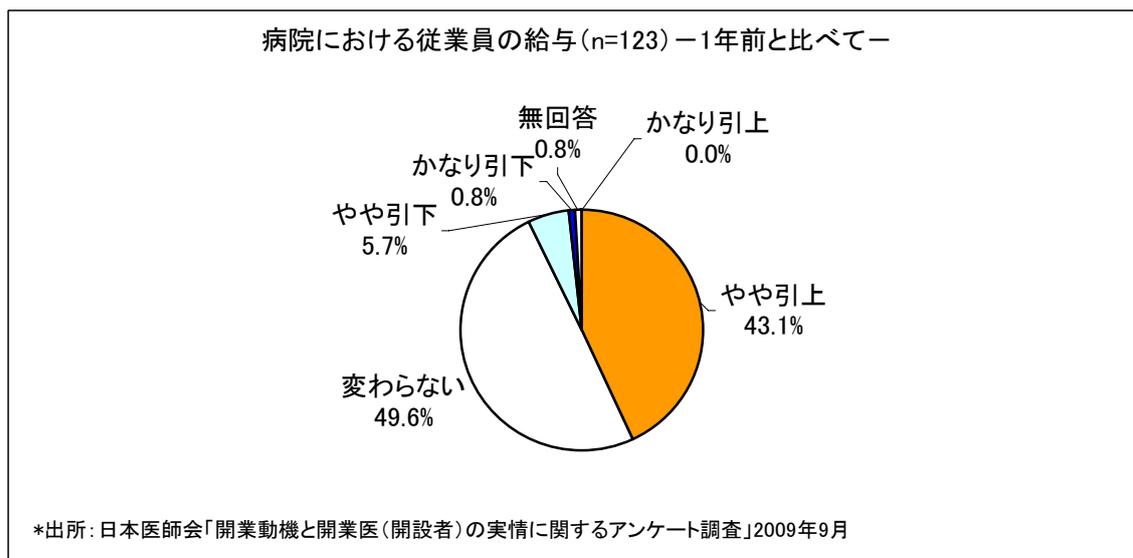


図 2.3 病院における従業員の給与



現在、看護職員の夜勤については、月平均夜勤時間は72時間以下にすること（いわゆる「72時間ルール」）、看護師1人を含む看護職員2人以上での勤務（2人夜勤）が義務付けられている。しかし、深刻な看護師不足が続いているので、これらの要件の見直しが必要である。

そこで、日本医師会は、入院基本料に関して、以下の点を要望する。

入院基本料についての要望

1. 入院基本料を全体的に引き上げること
2. 「72時間ルール」を緩和すること

3. 病院勤務医の負担軽減

2008年4月改定では、入院時医学管理加算の要件が見直され、外来の縮小など勤務医の負担軽減のための取り組みを行っている病院が評価されることになった。

しかし、これは、高度医療、救急医療が充実している大病院、地域の中核病院に対する評価であり、算定できる病院はきわめて限定的であった。地域で救急医療等に熱心に取り組む中小病院はほとんど算定できず、これらの病院の勤務医負担の軽減に何ら寄与していない。地域医療を支える中小病院も対象となるよう、算定要件を見直すべきである。

入院時医学管理加算（1日につき120点）の主な算定要件

1. 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
2. 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制がとられていること
3. 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画を策定し、職員等に周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間を含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること
4. 急性期医療に関する実績を相当程度有していること

また日本医師会が実施した調査によれば、健康的に働くための対策として、勤務医は、医療事故への組織的な対応、休日の確保、過重労働の緩和などを挙げている。そして、これらに続いて、多くの勤務医が、書類の作成など診療以外の業務の軽減を求めている（図 3.1）。

2008 年 4 月改定では、「医師事務作業補助体制加算」が新設され、医師の診療外業務の軽減に寄与するものと期待される。しかし、現行は、医師事務作業補助者に 6 か月の研修が義務付けられているなど、施設基準のハードルが高く、比較的余裕のある病院でなければ、補助者の採用に踏み切りにくい。施設基準の見直しが必要である。

日本医師会は、病院勤務医対策として、次の 2 点を要望する。

病院勤務医対策に関する要望

1. 入院時医学管理加算の算定要件を見直すこと
2. 医師事務作業補助体制加算の施設基準を見直すこと

図 3.1 勤務医が健康的に安心して快適に働くために必要な対策

