

厚生労働部会
診療報酬ワーキンググループ次第

平成22年2月3日(水)
8時 党本部701号室

【議題】診療報酬改定についてヒアリング

一、開会・進行 西島 英利 主査

一、挨拶 大村 秀章 座長

一、診療報酬改定についてヒアリング

8時～9時30分

日本医師会	竹嶋 康弘	副会長
	中川 俊男	常任理事
日本歯科医師会	村上 恵一	専務理事
日本歯科医師連盟	蒲生 洵	副会長
	村田 憲信	副理事長
日本薬剤師会	山本 信夫	副会長
	石井 甲一	専務理事
日本薬剤師連盟	小田 利郎	幹事長
日本看護協会	菊池 令子	専務理事
	齋藤 訓子	常任理事
日本看護連盟	石田 昌宏	幹事長
日本病院団体協議会	小山 信彌	議長
日本製薬団体連合会	木村 政之	理事長
	長野 明	保健薬価研究委員会委員長 (第一三共株)
	池田 道郎	特別委員会委員長 (アステラス製薬株)

(質疑・応答)

9時30分～

健康保険組合連合会	対馬 忠明	専務理事
	高智英太郎	医療部部長

(質疑・応答)

一、閉会

平成22年度診療報酬 (調剤報酬)改定について

平成22年2月3日

日本薬剤師会

平成22年度診療報酬(調剤報酬) および薬価等の改定率

1. 全体改定率 +0.19%

①診療報酬本体 +1.55%

内訳) 内科 +1.74% (入院3.03%、外来0.31%)

歯科 +2.09%

調剤 +0.52%

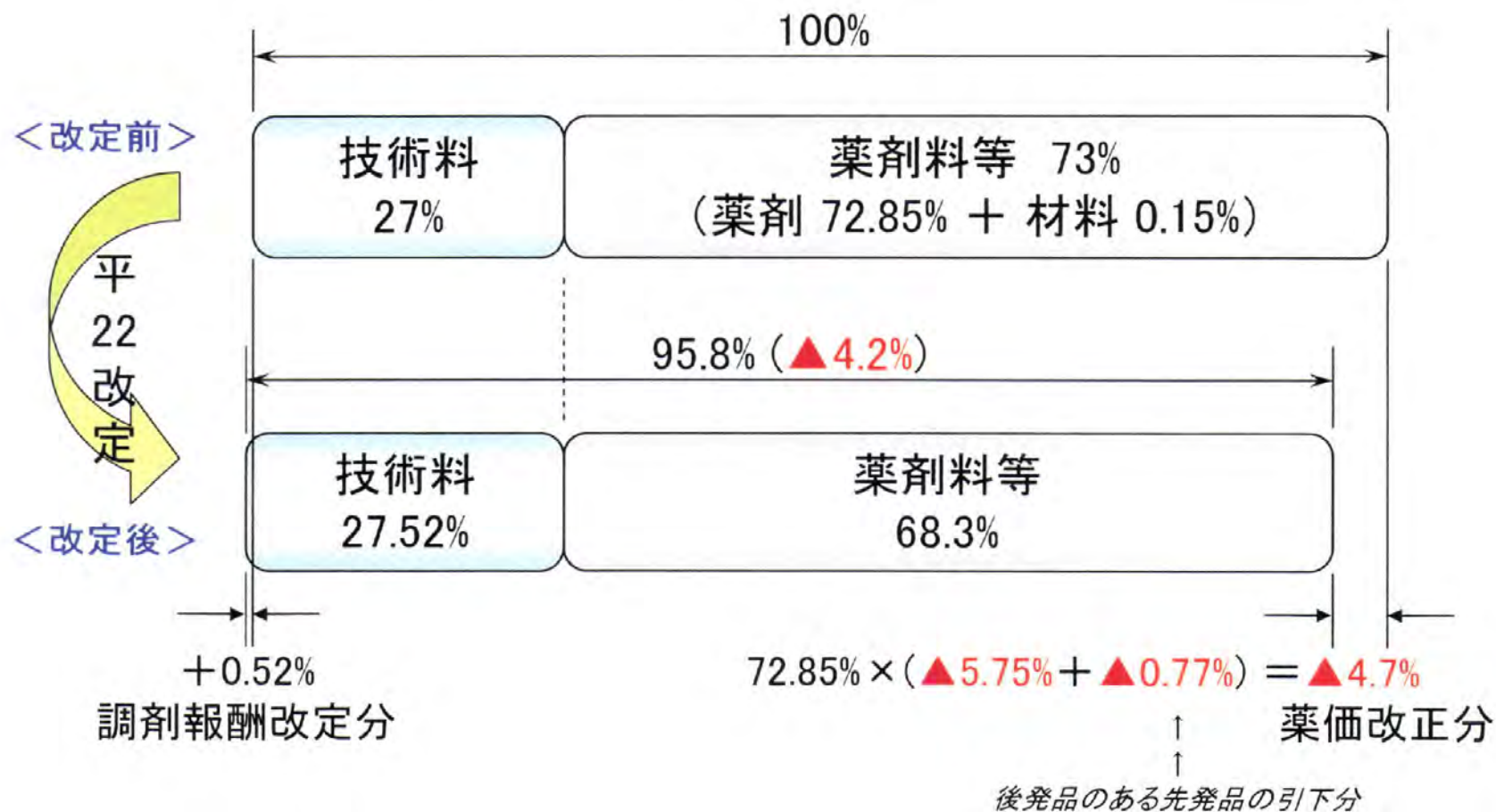
②薬価・材料価格 ▲1.36%

内訳) 薬価 ▲1.23% (薬価ベース▲5.75%)

材料 ▲0.13%

2. 上記のほか、さらに後発医薬品のある先発品の引き下げ
▲2.2% (薬価ベース)

調剤報酬改定・薬価改定が与える 調剤医療費への影響



※改定前の技術料および薬剤料等の割合は、平成20年社会医療診療行為別調査(厚生労働省)より算出

薬局における後発医薬品の備蓄状況

表. 後発医薬品の備蓄品目数別にみた薬局数の分布（対象：327薬局）

	薬局数		分布状況	
	平成19年 9月	平成20年 9月	平成19年 9月	平成20年 9月
0品目	0	0	0.0%	0.0%
1～49品目	103	50	31.5%	15.3%
50～99品目	114	118	34.9%	36.1%
100～199品目	79	97	24.2%	29.7%
200～299品目	22	43	6.7%	13.1%
300品目以上	9	19	2.8%	5.8%
平均値（品目）	90.0	123.2		
中央値（品目）	70.0	98.0		

「後発医薬品の使用状況調査」（平成20年11月、日本薬剤師会）より

病棟薬剤師の配置に着目した 評価の導入について

＜平成22年1月15日 中医協＞

DPC対象病院で出来高算定されている薬剤管理指導料を、薬剤師の病棟配置に着目した機能評価係数による評価に置き換えることを検討。

平成22年度改定の骨子の中で、「また、病棟薬剤師の配置に着目した評価の導入について検討する。」(Ⅲ-1(1) DPC(急性期入院医療の診断群分類に基づく日額包括評価)と明記された。



＜平成22年1月20日 中医協＞

薬剤管理指導料の算定実態と薬剤師の病棟配置(病棟勤務)の状況との関係についてのデータが示された。

しかし、明確な相関関係を把握することができず、また、今回は十分な検討時間を確保できないことから、残念ながら、平成22年度改定での導入は見送られることとなった。

平成24年度改定において「病棟薬剤師の配置に着目した評価」の導入を実現するため、出来高算定を含め、早急に検討を開始することが必要。

平成 22 年 2 月 3 日

平成 22 年度診療報酬改定について

日本病院団体協議会

国立大学附属病院長会議
独立行政法人国立病院機構
全国公私病院連盟
社団法人全国自治体病院協議会
社団法人全日本病院協会
社団法人日本医療法人協会
社団法人日本私立医科大学協会
社団法人日本精神科病院協会
社団法人日本病院会
一般社団法人日本慢性期医療協会
独立行政法人労働者健康福祉機構

日本病院団体協議会は、平成 22 年度診療報酬改定に向け、21 年度に 3 回の要望書を提出してまいりました。多岐にわたる要望をしましたが、最も重要視してきた要望項目は下記の 2 点です。

- ・入院基本料の増額と根拠に基づく算定方式の創設
- ・7：1、10：1 入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設と看護基準の運用変更

現在、急性期医療を中心として、医師不足・看護師不足、さらに経営の悪化を背景に、医療崩壊が進んでいます。急性期の医師の燃え尽き退職、救急患者のたらい回しなど、医療の環境は日々悪化をたどっており、早急な対応が必要な状況です。

その対策としては、病院、特に入院医療の診療報酬を手厚くすることが最も必要な事項と考え、入院基本料の増額を要望しました。

また、全国的に看護師不足が蔓延しており、療養上の世話の一部を担い、少しでも看護業務を軽減するため、看護補助加算の必要性を述べた上で、要望しました。さらに、現行の看護師配置基準は、多くの病院から運用の困難さが指摘されており、運用変更も要望しました。

今回発表された改定の骨子だけでは、その内容が明確になっておらず、現時点で評価を申し上げることは難しい状況です。しかし、ひとつ言える事は、民主党のマニフェストや首相の所信表明演説に示された、医療費、特に病院医療費の大幅な増額については、平成 22 年度改定では実現しなかった、ということです。

産科・小児科・外科・救急など急性期医療中心に診療報酬増が行われることは、喜ばしいことではあります。しかし、僅かな財源でどこまで有効な改定ができるのか、これで医療崩壊を食い止めることができるのか・・・甚だ疑問を感じざるを得ません。

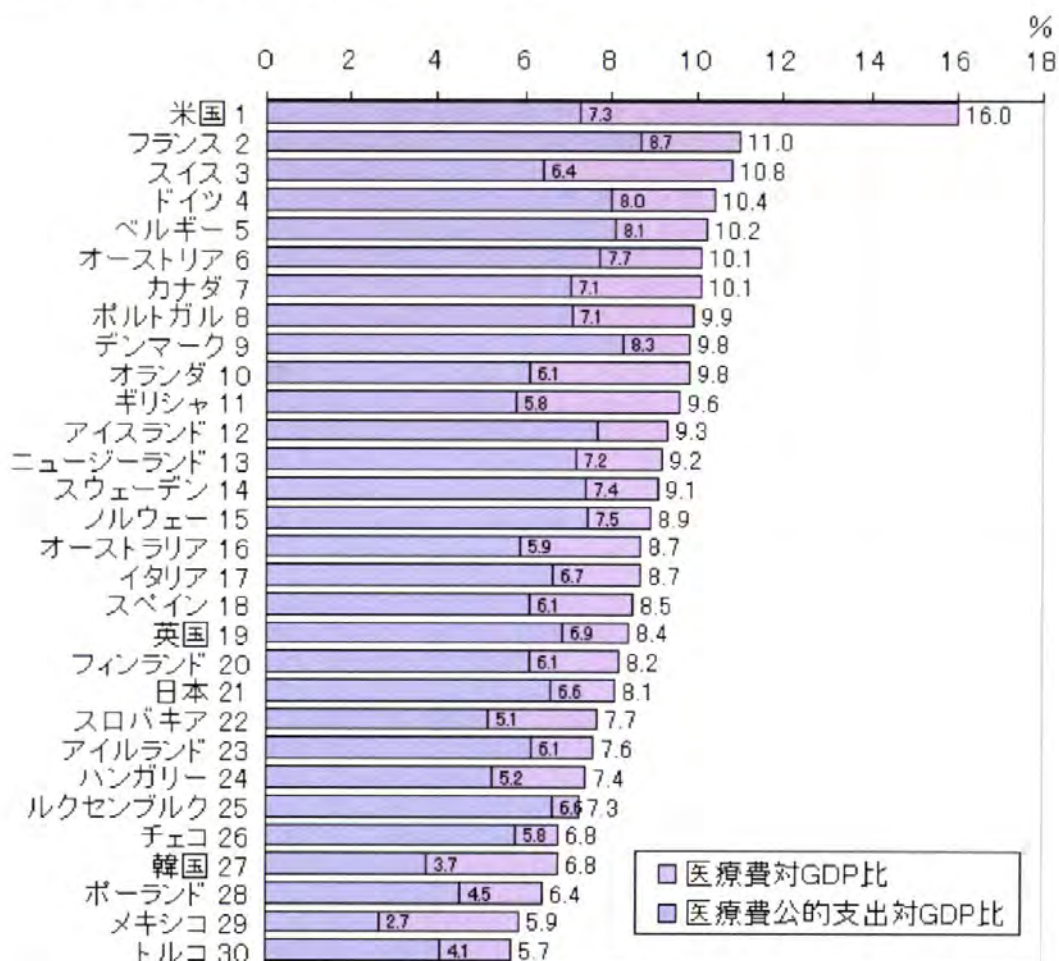
日本病院団体協議会の使命は、国民の安心と納得が得られる医療を提供すべく、医療の質の向上と地域医療の充実を達成すること、と考えております。そのためには、OECD諸国の平均的な対GDP医療費の確保は、絶対必要です。また、現在の診療報酬体系は、過去の体系を細かく改定し続けたために、本来あるべき体系から離れてしまい、医療機関はこの体系に合わざるを得ない状況になっています。

今後の診療報酬のあり方を考えると、根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設、そしてあるべき医療提供体制の構築が最も重要と考えます。このような視点に立った社会保障審議会や中央社会保険医療協議会、そして実務を担う分科会の体系整備を強く要望いたします。

以上

OECD諸国の2007年医療費対GDP比

OECD諸国の医療費対GDP比率(2007年)



(注) ポルトガル、オーストラリア、日本、ルクセンブルクは2006年データ、トルコは2005年データ。公的支出対GDPは公的割合から算出。ただし対GDP比と異なる年次の公的割合はニュージーランドは2006年、オランダは2002年、ベルギーは1996年。

(資料) OECD Health Data 2009, June 09

(単位: %)	2004年	2005年	2006年	2007年
(※2) OECD 平均	8.9	8.9	8.8	8.9
(※2) G7 平均	10.3	10.4	10.4	10.4
(※2) 日本を除くG6 平均	10.6	10.8	10.8	10.8
日本	8.0	8.2	8.1	(※1) 8.1

※1 日本のデータは2006年のもの。

※2 データがない場合は前年度等のデータを使用して平均値を算出。

診療報酬改定に関する意見

——特に薬価と薬剤費に関して

自由民主党政務調査会・厚生労働部会
診療報酬ワーキンググループ

平成22年2月3日

日本製薬団体連合会

はじめに

昨年末は、下記の問題に関して貴重なご支援を頂き、まことに有り難うございました。

1. 日薬連提案の薬価制度改革の実現

- 当連合会が提案していた「薬価維持特例」は、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」として、今回の薬価改定で試行的に導入されることが決定しました。

2. 市販品類似薬の保険外しの見送り

- 政府の事業仕分けにおいて「実施する方向で」と結論された、漢方薬や湿布薬の保険適用除外については、実施が見送られました。

当連合会としては、今回の薬価制度改革の枠組みを、以下のように捉えています。

- 特許期間内の新薬で、評価の高いものは、結果として薬価が引き下がらない。
- 医療上必要な国内未承認薬や、適応外薬について、製薬企業は真摯に開発を進める。
- 薬価の引下げを猶予された新薬は、特許満了とともに猶予分を引き下げ、以後は後発品への置き換え等により、薬剤費を節減していく。

また、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の導入意義を、以下のように捉えています。

- 短期的かつ継続する成果として、国内未承認薬や適応外薬の問題、ドラッグ・ラグの問題が解消されていく。
- 中長期的な成果として、革新的な新薬や、未充足の医療ニーズに対応する新薬の研究開発が促進される。
- 我が国製薬産業の国際競争力が強化され、国民経済の発展に繋がる。

ただ、今回の試行的導入に際して、以下のような問題点が残りました。

1. 平成22年度限りの時限措置とされたこと

- 平成24年度以降については、改めて判断するとされ、また加算率が、本来の率の8割に減率されました。

2. 長期収載の先発品が、追加的な薬価引下げを受けること

- 通常の薬価引下げの他に、2.2%追加で引き下げるとされました。

3. 採算性の乏しい、医療上不可欠な基礎的医薬品等が、加算の対象とされなかったこと

- 安定供給確保のため必要としていましたが、結果として対象から外されました。

前述の問題点を受け、平成24年度の薬価改定に向けて、以下のような施策の実現方、ご支援をお願い申し上げます。

1. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の完全実施
（※加算率0.8掛け措置の撤廃）と恒久化
2. 長期収載先発品の追加的薬価引下げの撤廃
3. 採算性の乏しい、医療上不可欠な基礎的医薬品等への加算の適用

終りに——医療の再生と製薬産業の発展のために

- 近年の医療費抑制策、特に診療報酬の引下げ改定により、我が国は、医療崩壊と言われるまでの事態に至っていると考えます。
- 医薬品についても、薬価引下げ等の近年の薬剤費抑制策により、低成長が続いています。
- その結果として、医薬品の世界市場における我が国のシェアは、ここ10年で半減するに至り、我が国の市場の国際的な魅力が低下して、いわゆるドラッグ・ラグを惹き起こしたと考えます。

⇒ 低医療費政策は、我が国の医療に従事される方々にとって不幸であり、また、我が国の薬物療法にとっても不幸です

⇒ ひいては我が国の患者・国民の皆さんにとっての不幸に繋がります

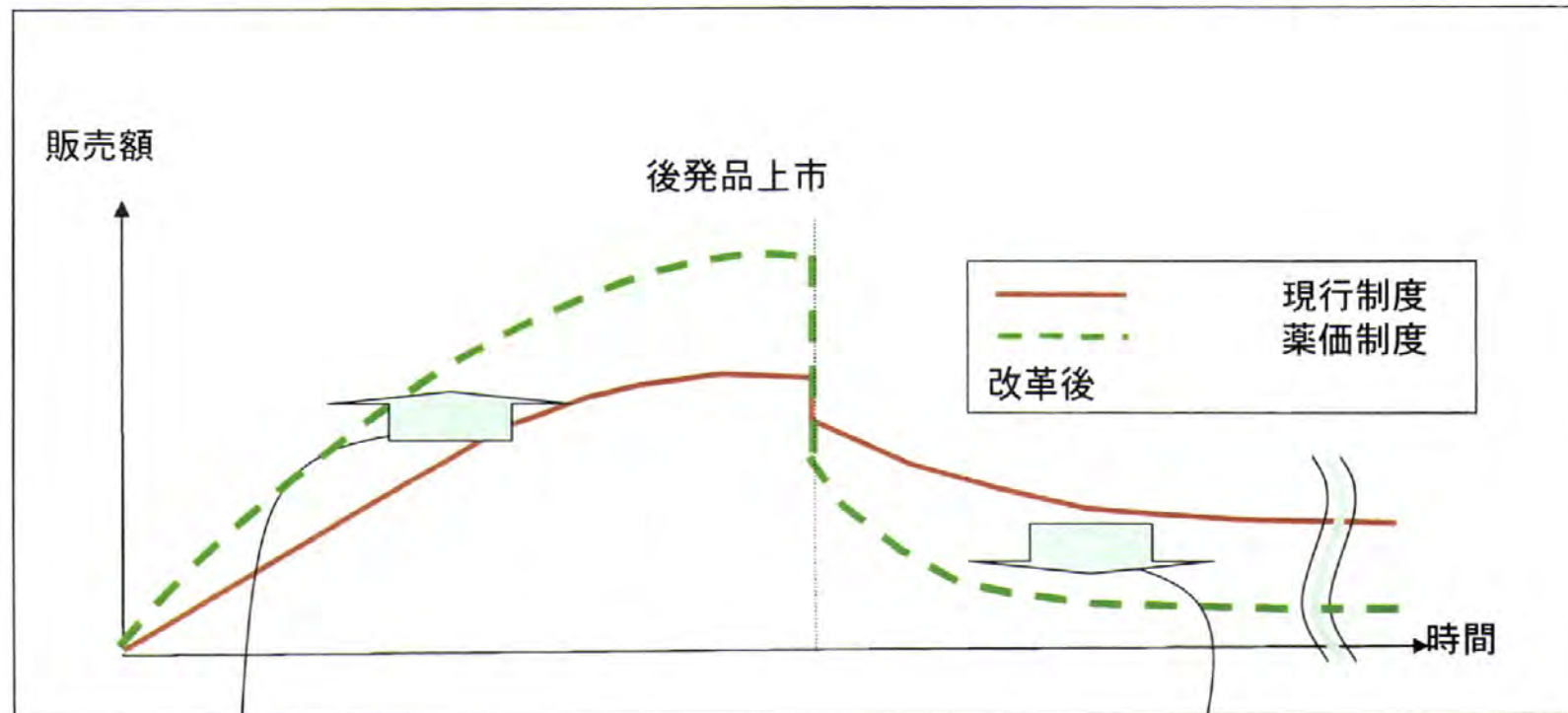
日本の医療が再生し、また製薬産業が成長するには、低医療費政策を脱し、適切な医療費規模とすることが必要と考えます。

- 我が国の医療費に占める薬剤費の比率は今後、高齢者人口の増大に伴って、或る程度上昇する可能性があります。
- しかしながら、医療崩壊と言われる状況下で、薬剤費の比率だけが著しく上昇することは、医療費の配分として適切ではないと考えますし、また製薬産業として本意ではありません。

○我が国の医療が再生し、また製薬産業が成長するには、薬剤費のウエイトを適正なレベルに留めた上で、医療費に大きな財源を投入し、患者負担や保険料負担の増大を避けながら、診療報酬を大幅に引き上げ、適切な医療費規模とすることが不可欠と考えます。

日薬連提案のコンセプト

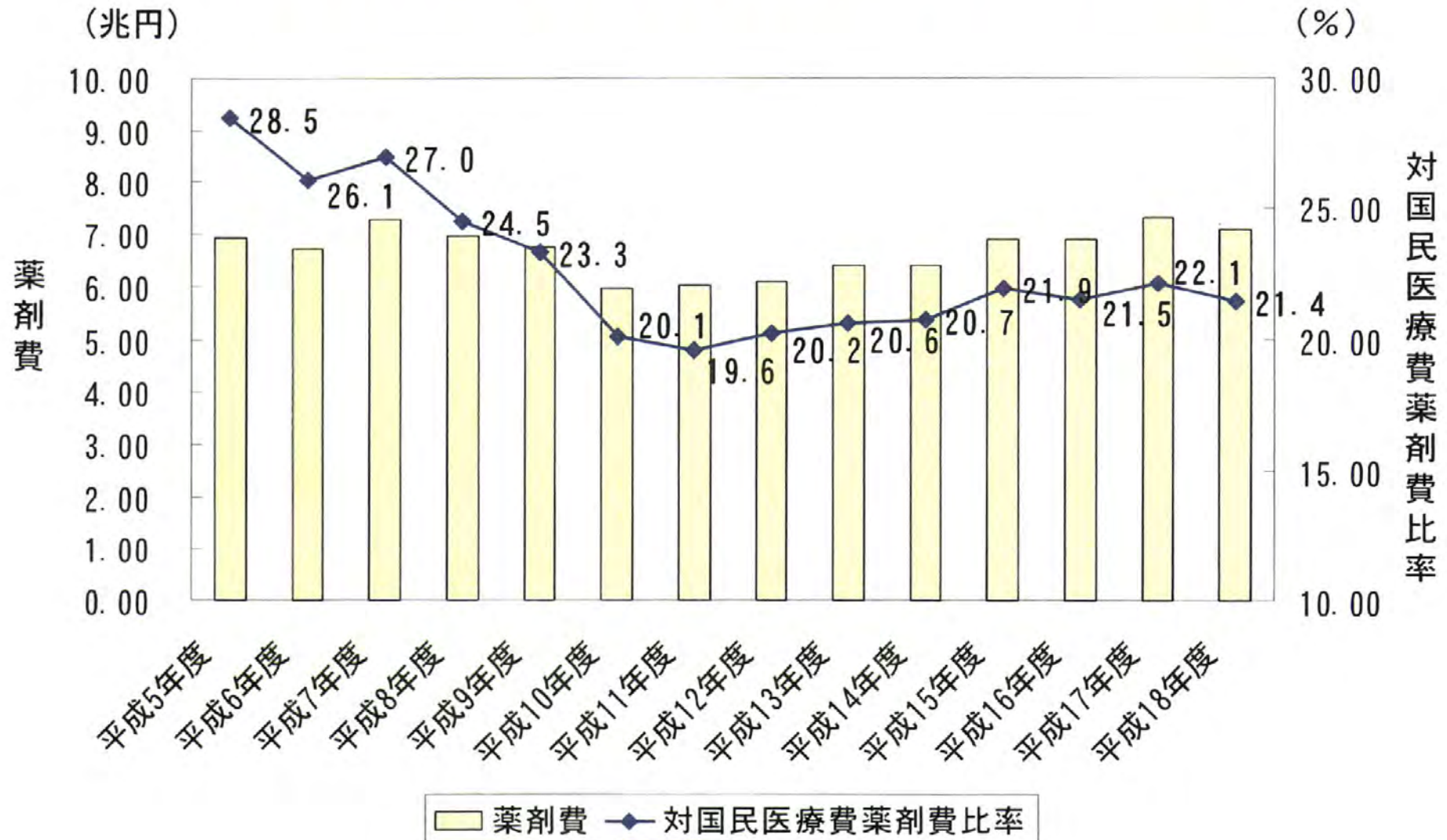
- 日薬連提案は、特許期間中の新薬の薬価改定方式を見直すことにより、前倒しした収益を研究開発に再投資することで、新薬創出を加速させようとするものである。
- 一方、特許期間満了後は後発品への代替が進むことを前提としており、販売総額を増やすことを目的とはしていない。
- なお、日薬連提案の対象は全ての新薬ではなく、医療現場において高く評価された品目のみとしている。



収益の前倒し⇒研究開発への再投資

後発品への代替

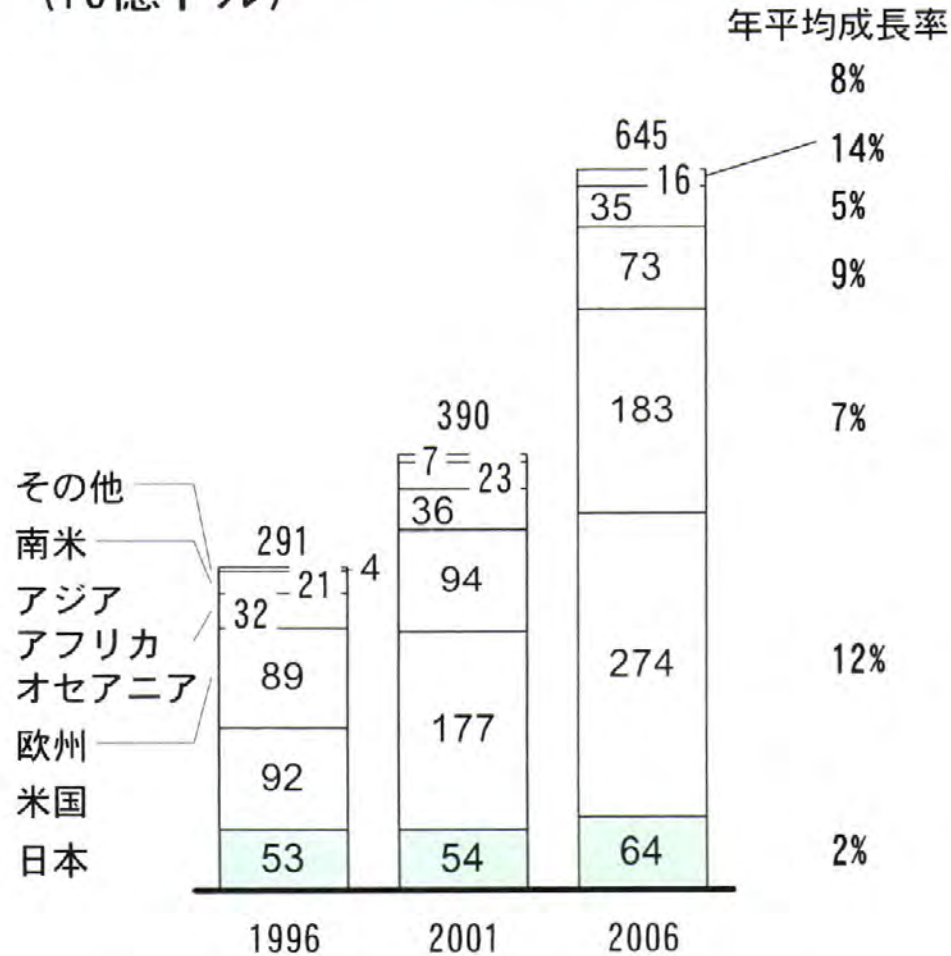
薬剤費と対国民医療費薬剤費比率の年次推移



世界の医薬品市場規模およびシェアの推移

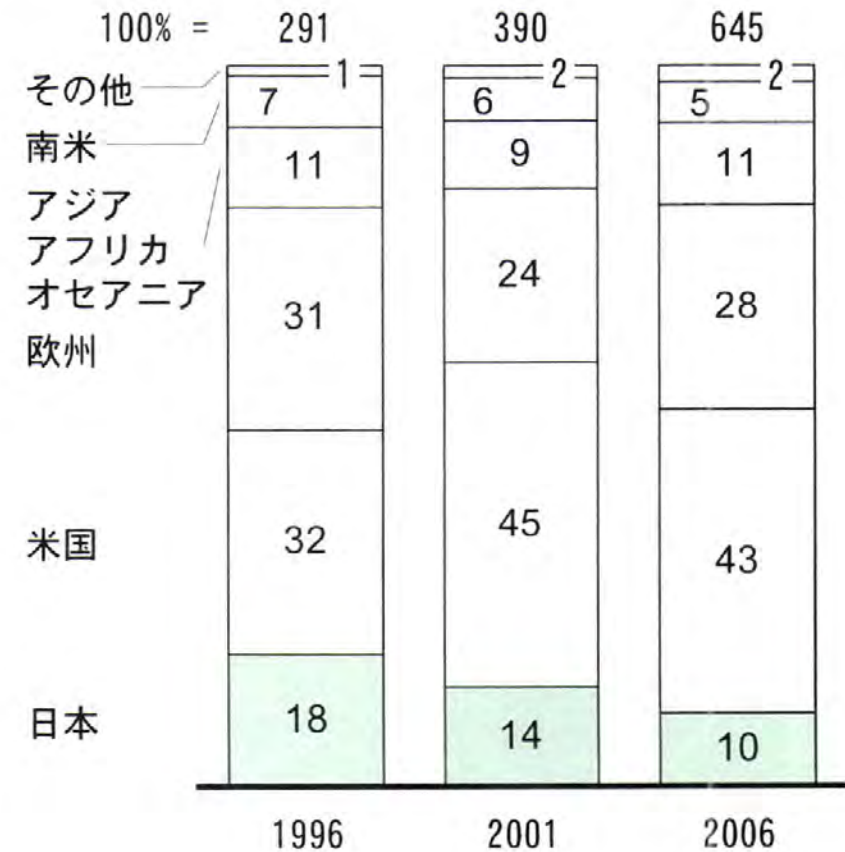
世界の医薬品市場規模の推移

(10億ドル)



世界の医薬品市場シェアの推移

(%)



出所：IMS World Review 1998・2001・2006（転載・転写禁止）

出典：製薬産業の将来像（医薬産業政策研究所，2007.6.20）

～ 要望事項～

- 1 看護職員の夜勤負担軽減
- 2 訪問看護の評価



自民党政務調査会厚生労働部会ヒヤリング

2010年2月3日8:00～9:30

～ 第1部 ～

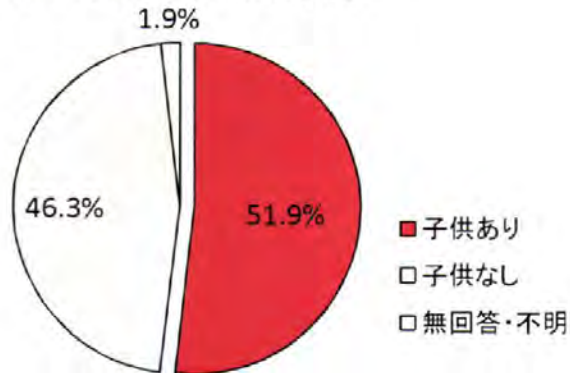
看護職員の夜勤負担軽減



Japanese Nursing Association
社団法人日本看護協会

看護労働の実態

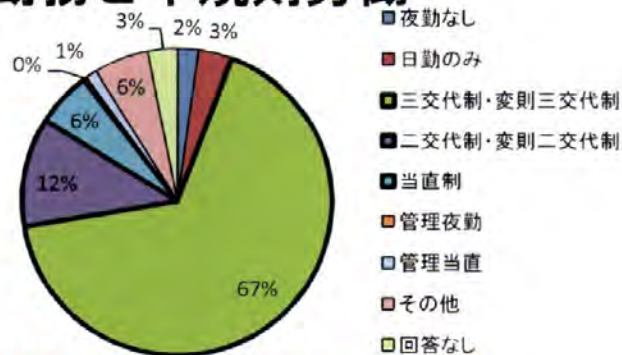
◆看護職の多くは「働く母親」



- ・女性の看護職のうち、**6割が既婚**（離死別を含む）。
- ・既婚の看護職の**8割には子どもがおり、平均2.1人**。

【出典】日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」2008年

◆交代制勤務と不規則労働

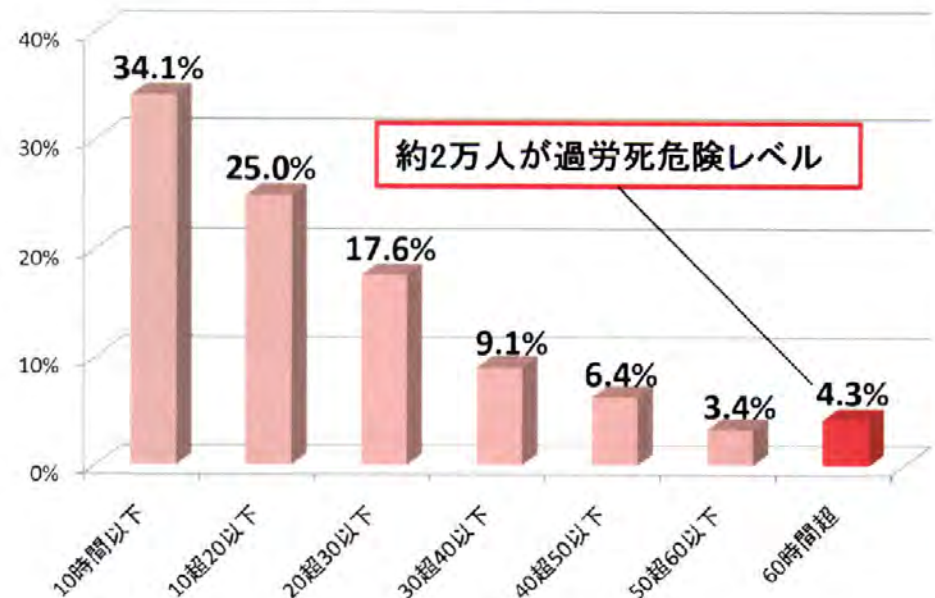


- ・約**80%が交代制勤務**※を行い、勤務間隔が**3～6時間**。家事・育児で仮眠の間もなく、次の勤務につく状況である。

【出典】※労働科学研究所「看護職員の労働実態調査」2009年

◆時間外労働

時間外勤務時間数



- ・交代制勤務者の約**4.3%**（23人に1人）は、**過労死危険レベル**（月**60時間を超える時間外勤務**）である。

- ・**超過勤務と扱われない時間も長い**。
（例）業務開始時刻前の仕事（前残業）、勤務時間外の院内研修、持ち帰り仕事など

【出典】日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」2008年

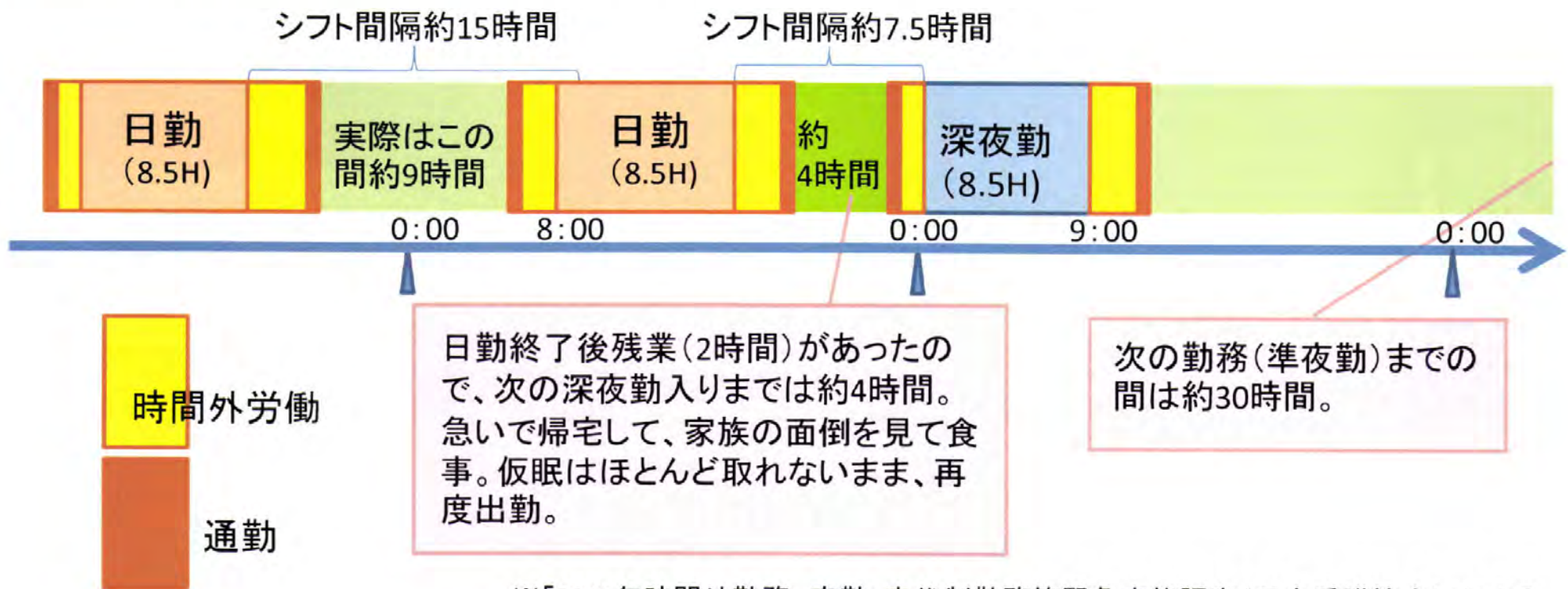
看護職の多くは子どもを産み育てながら、交代制勤務を行っており、不規則労働についている。約2万人が月60時間を超える時間外労働を行っており、過酷な勤務状況にある。

病院看護師の3交代勤務の例

勤務帯設定の例

日勤 (8:30~17:00)
準夜勤 (16:30~1:00)
深夜勤 (0:30~9:00)

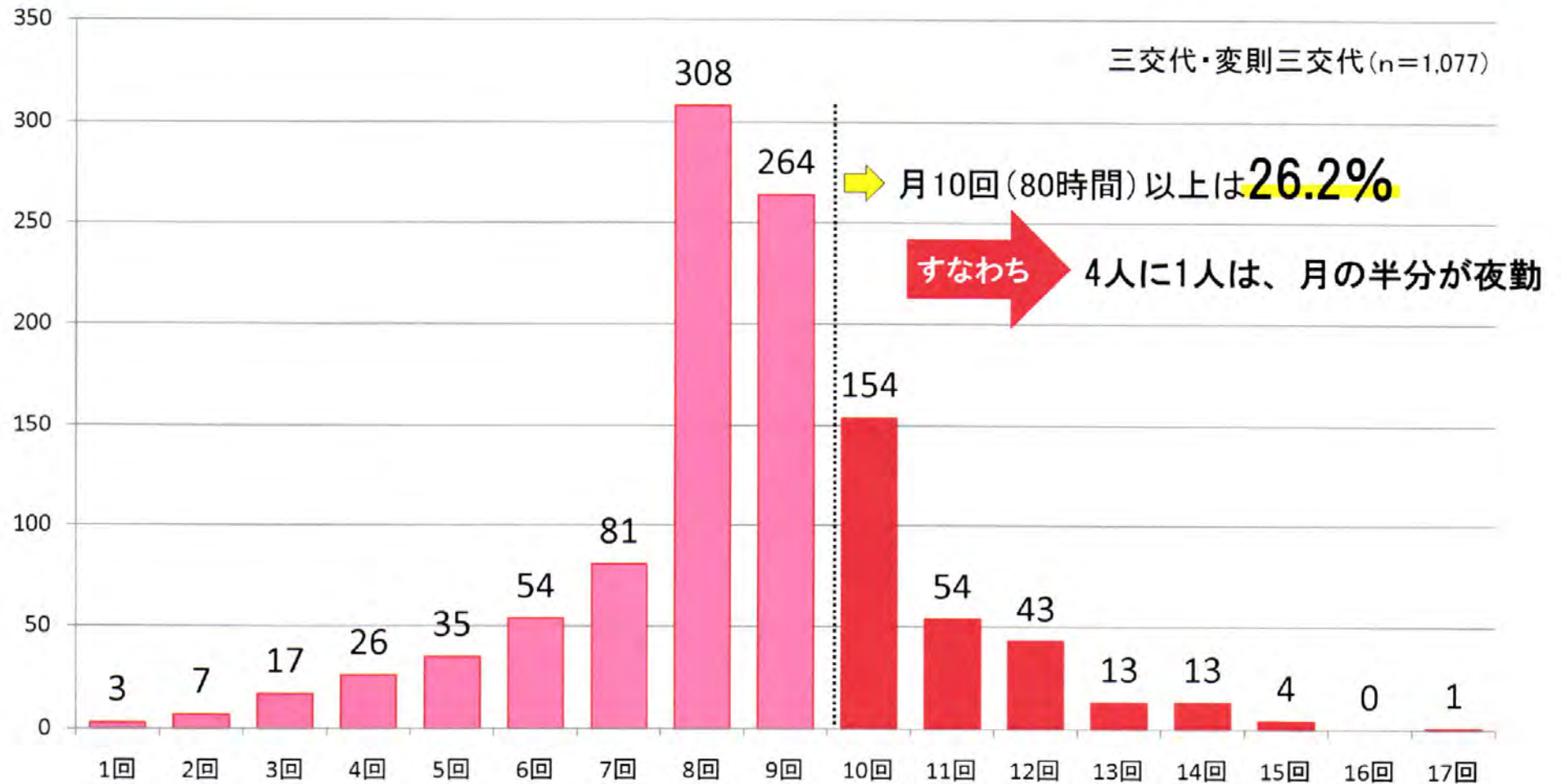
3交代勤務する看護職員の約6割※が、日勤後に深夜勤に入る勤務パターンで勤務している。「日勤-深夜勤」の勤務では、実質的に一昼夜以上にわたって十分な休息なく活動することになる。交代制勤務者の時間外労働は、ただでさえハードな勤務をさらに過酷なものにしている。



※「2008年時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査(日本看護協会)」による

夜勤回数分布(2008年10月実績)

三交代・変則三交代の平均夜勤回数は8.5回であるが、月平均夜勤時間72時間を超える過酷な夜勤を行っている者も多数存在する。4人に1人は1か月の夜勤回数が10回以上であった。



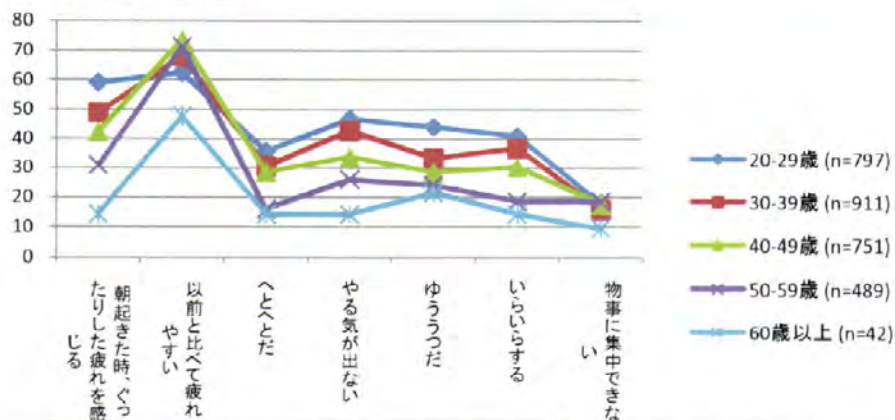
【出典】2008年 日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」(速報)



看護職員の健康と疲労

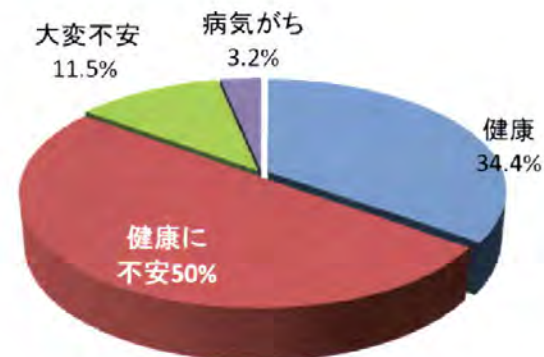
◆疲労の状況※1

・看護職の多くが疲労しており、特に20代～30代は強度の疲労症状を自覚している。

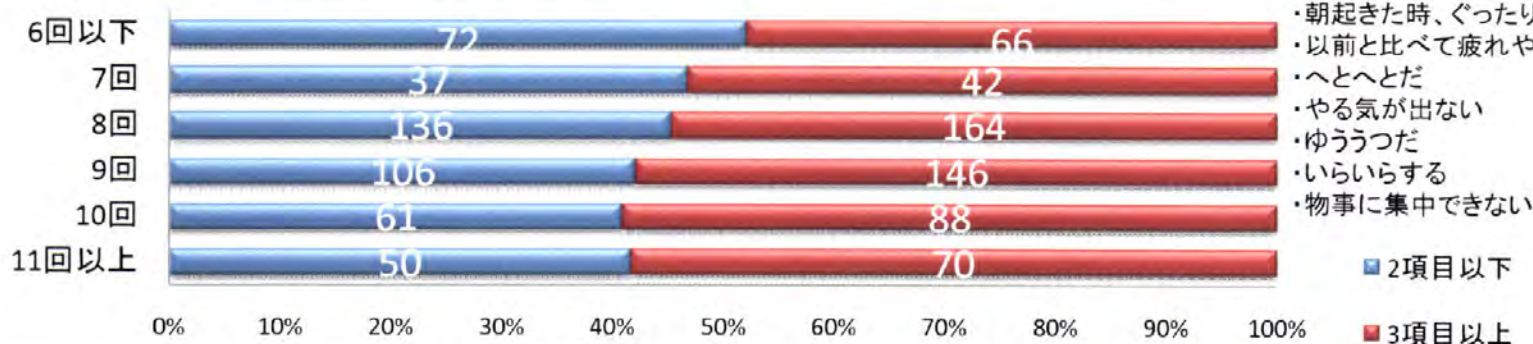


◆健康の状況※2

・健康に不安を持つ看護職員は、61.5%。



◆夜勤回数別の疲労自覚症状項目数※1



【疲労自覚症状項目】(複数回答可)

- ・朝起きた時、ぐっすりした疲れを感じる
- ・以前と比べて疲れやすい
- ・へとへとだ
- ・やる気が出ない
- ・ゆううつだ
- ・いらいらする
- ・物事に集中できない

【出典】※1 日本看護協会「看護職員実態調査」2005年、※2 日本医療労働組合連合会「看護職員の労働実態調査」2006年

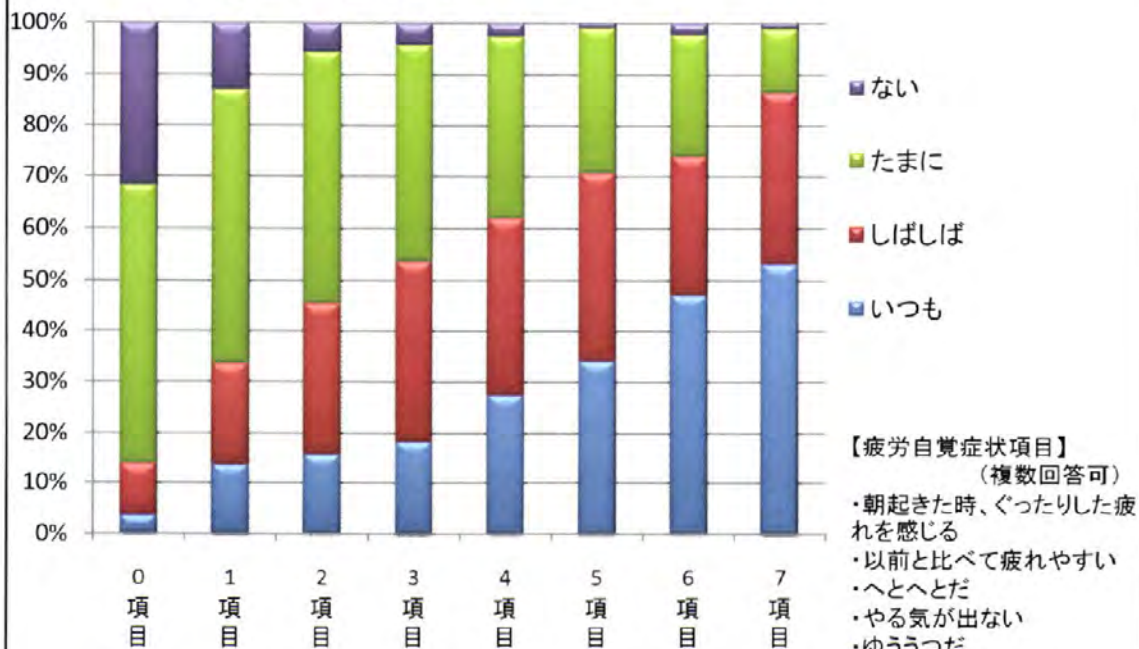
看護職の多くが疲労症状を自覚しており、健康不安を感じている。夜勤回数が増加するほど、疲労も強くなる。



看護職員の疲労による医療安全への影響

業務中に事故を起こす不安の程度

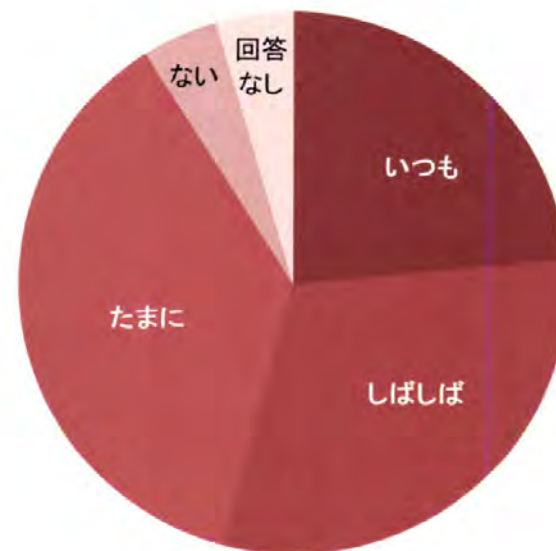
(疲労自覚症状項目数別)



【出典】 ※1 日本看護協会「看護職員実態調査」2005年

【疲労自覚症状項目】
(複数回答可)
 ・朝起きた時、ぐったりした疲れを感じる
 ・以前と比べて疲れやすい
 ・へとへとだ
 ・やる気が出ない
 ・ゆううつだ
 ・いらいらする
 ・物事に集中できない

「業務中に事故を起こすのではないかと不安になることがある」



【出典】 ※2 労働科学研究所「看護職員の労働実態調査」2009年

疲労症状が増加するほど、業務中に事故を起こす不安の程度も増加するため、医療安全の観点から夜勤回数には一定の制限を設ける必要がある。



過酷な業務による看護職員の過労死

(1) 過労死に関する判例

25歳国立循環器病センター看護師くも膜下出血死(村上)事件※1

- ・夜間勤務や不規則労働を伴っていることから、**超過勤務が60時間以下でも過労死**と判断されている。
※判決理由では、「時間外労働時間の料のみに基づいて行うことは相当でなく、その判断は、時間外労働時間の量に併せ、実際に従事していた業務の質的な面を加味し、総合して行うことが必要である」とされた。

(2) 過労死に関する労災認定

24歳済生会中央病院看護師の致死的不整脈

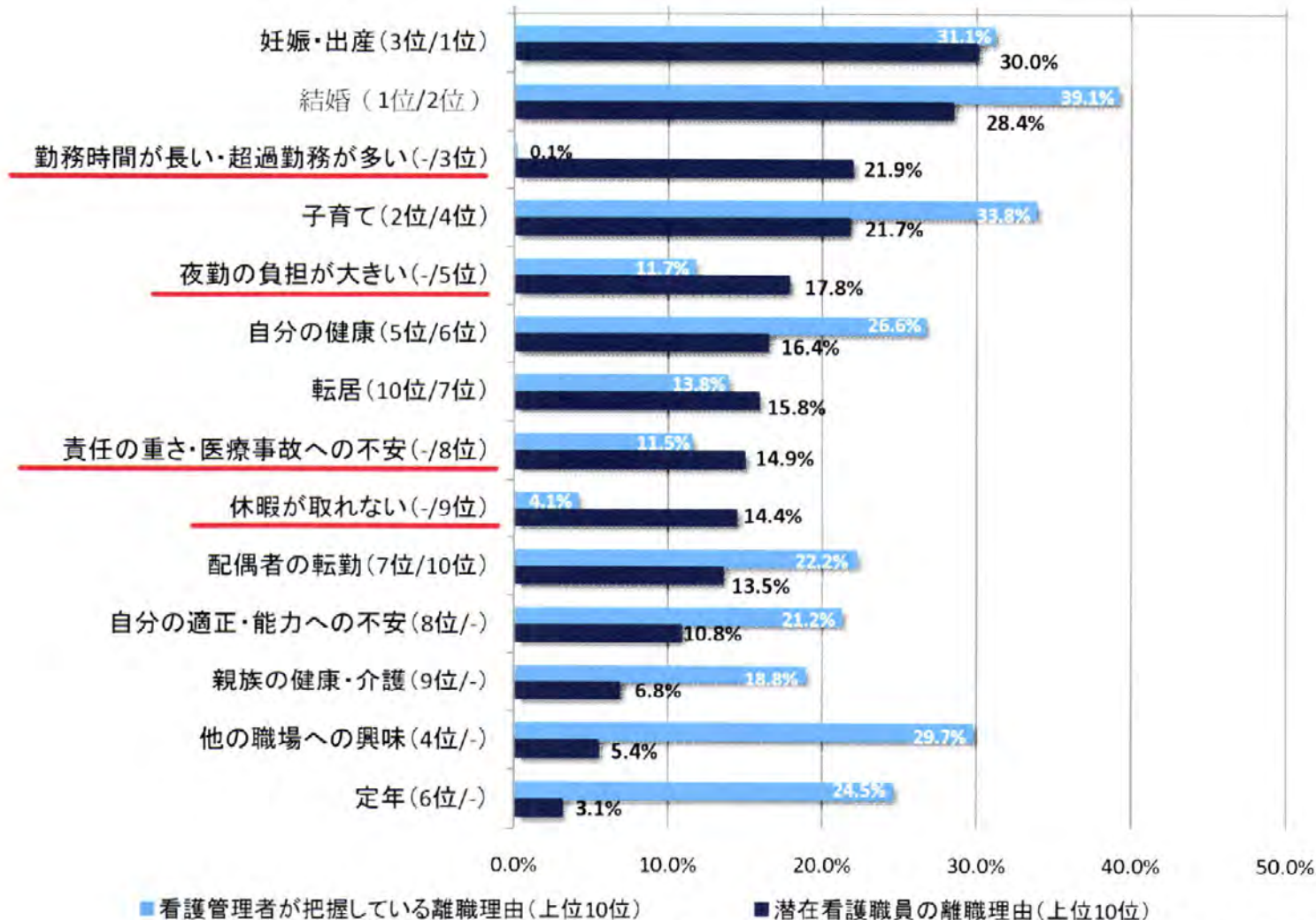
- ・三田労働基準監督署は、月80時間に近い残業などがあったことから**過労死として労災に認定**した。

【出典】※1 大阪高裁平成20年10月30日判決(平成20年(行コ)第37号)

看護師の労働は過労死が発生するほどに過酷な状況にあるといえる。



潜在看護職員の離職理由



【出典】日本看護協会「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」2007年3月

看護職員の離職理由は、看護管理者の把握と乖離があり、勤務時間の長さや超過勤務、夜勤の負担によるものが多い。

(補足) 病院の看護管理者は全国約13,000人に対し、看護職員は約80万人である。



看護職員の夜勤負担軽減(まとめ)

【要望】 診療報酬における看護職員の夜勤負担の軽減

◆72時間を64時間に調整すること

- ・患者に対する医療の質を守るために、最低限、医療従事者の労働安全は維持されるべきである。
- ・労働安全が犠牲にされると、病院勤務医と同じような事態に陥る危険がある。

【現行制度】 診療報酬で月平均夜勤時間数を72時間に制限（8時間勤務で9回）

【現状の問題】 過酷な業務による看護職員の過労死と離職

◆夜勤負担の実態

- ・月9回以上は50.7%（三交代・変則三交代）、月5回以上は55.9%（二交代・変則二交代）と、半数以上が72時間以上の夜勤につく。
- ・交代制勤務と不規則労働、時間外労働など、過酷な勤務状況。

◆健康と疲労

- ・20～30代が強度の疲労を自覚し、健康不安を感じている状況にある。
- ・夜勤回数の増加に伴い、疲労の自覚症状が強くなる。

◆医療安全への支障

- ・夜勤回数の増加に伴い、疲労症状や、業務中に事故を起こす不安の程度が増大する。

◆過労死と離職

- ・判例：25歳国立循環器病センター看護師くも膜下出血死(村上)事件
- ・労災認定：24歳済生会中央病院看護師の致死的不整脈
- ・常勤看護職員の離職率は全国平均12.6%。
- ・離職理由は、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「責任の重さ・医療事故への不安」など労働の負担。

自民党政務調査会厚生労働部会ヒヤリング

2010年2月3日8:00～9:30

～ 第2部 ～

訪問看護の評価



Japanese Nursing Association
社団法人日本看護協会

訪問看護の報酬の仕組み

○医療保険による訪問看護は、1回につき「訪問看護基本療養費;5,550円」を算定します。

○しかしながら、現行の制度では医療保険の訪問看護は週3日までの算定に限られているため、利用者ニーズに基づいてそれ以上の訪問を行っても、週4日目以降は診療報酬を算定できない(無償)ことになっています。

○医療保険で週4日以上の訪問看護が可能な対象者は、がん末期や難病などの一部の利用者に限定されています。

図 訪問看護のサービス提供と報酬算定の関係

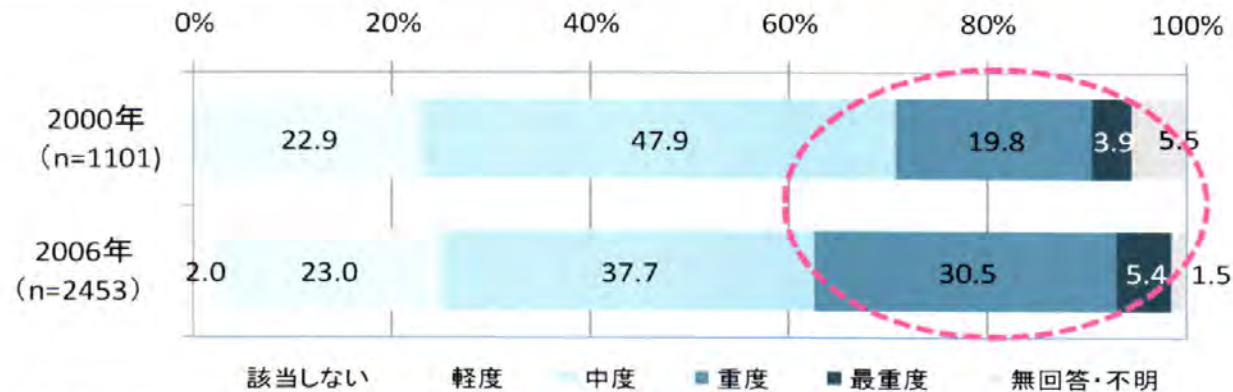
曜日	日	月	火	水	木	金	土
訪問日		①	②	③	④		
報酬の算定可否※		算定可	算定可	算定可	不可		

※訪問看護の報酬は、「厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等(末期の悪性腫瘍や難病等)」と「特別訪問看護指示が出た利用者」以外については、週3日目までの算定に限られる。



訪問看護の利用者像の変化

○訪問看護の利用者は医療依存度の高い重度・最重度の割合が増えています。



レベル	状態
軽度	病状安定だが、時々バイタルサインチェック
中度	病状安定だが再発の危険あり。必要時にバイタルサインチェック
重度	病状やや不安定。定期的にバイタルサインチェック
最重度	病状不安定。常時バイタルサインチェック

※「該当しない」は2006年のみ把握

図 訪問看護利用者における医療依存度の状況

○病院の在院日数の短縮化、早期退院が進められる中、医療保険の訪問看護の対象者は、状態が安定している方ばかりではありません。

○医療処置の必要な度合い、自立度などによって頻回なケアが必要な場合があります。



重症者における訪問看護の利用状況(参考)

○現行の制度で週4日以上[※]の訪問看護が認められていない下記の利用者に対しても、実際には週4日以上[※]の訪問が行われています。

※この場合、週4日以降の費用は利用者の自己負担または訪問看護ステーションの無償提供です。

- 「気管切開からの気道内吸引」が必要な利用者...34.6%
- 「重度の褥瘡(NPUAP分類でⅢ度以上)」...44.5%
- 「経管栄養・胃ろう」...25.0%
- 「インスリン自己注射ができない者」...31.3%

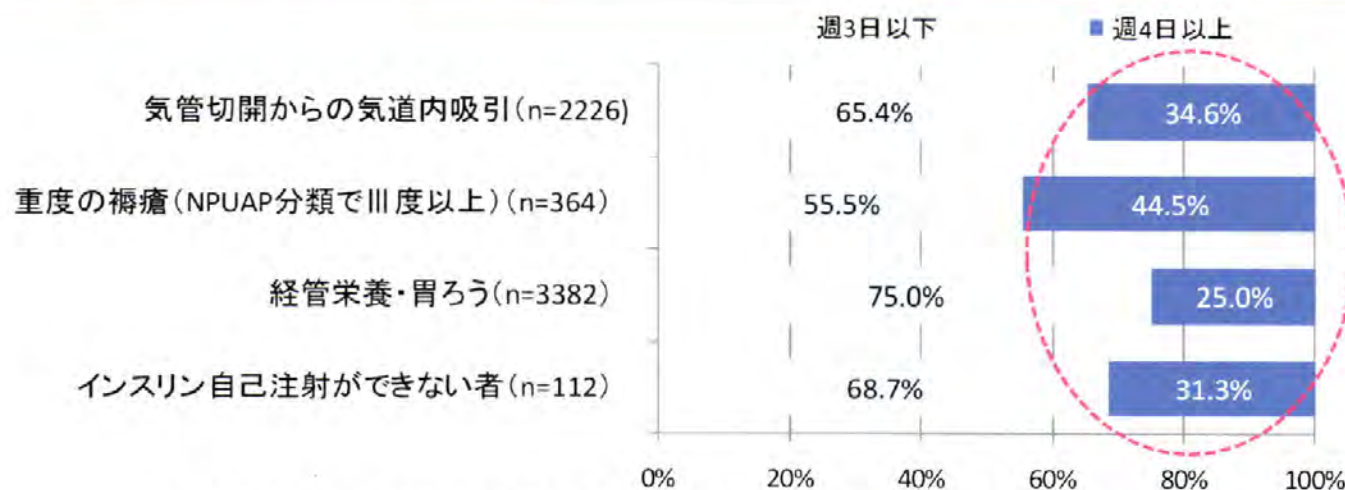


図 重度の利用者における週4日以上[※]の訪問看護利用状況(平成19年11月)

※ただし、対象者には「厚生労働大臣の定める疾病」に該当する者も含まれている可能性がある。

出典 全国訪問看護事業協会 2007 「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 平成18年度報告書」



安全で安心のある在宅療養を支える仕組みづくり

患者及びその家族は、退院後の生活に対して大きな不安を抱えています。

訪問看護は…

日々の体調管理等をお手伝いし、医療や介護が必要な状態になっても、安心して在宅で生活し続けられるよう援助します。

- 医療機器の管理、急病時の対応、ターミナルケア、入浴・食事・排泄等の療養生活上の援助、介護者への助言・指導など

疾病や状態を選ばずに、訪問看護が必要な時に必要なだけ提供できるような仕組みが必要です。

「訪問看護基本療養費」の
週3日の算定回数制限を撤廃するよう要望します



自由民主党政務調査会

厚生労働部会

診療報酬ワーキンググループ 提出資料

診療報酬改定について

平成 22 年 2 月 3 日

社団法人日本歯科医師会

日本歯科医師連盟

I 基本的考え方

長年の医療費抑制策等により、歯科医療は今、疲弊の極みの中にある。それは医療経済実態調査による損益差額が過去の6割台にまで激減していることから明白である。しかし歯科界は、そのような状況の中でも、歯科医療費の増加にブレーキがかかることを自覚しつつ、小児・学童のう蝕予防に積極的に取り組み、その罹患率は急速に低下しているが、その努力は全く評価されていない。一方、超高齢社会を迎えて、8020達成者はもちろん非達成者も義歯装着により健康長寿を保つこと、さらに要介護者の在宅歯科医療や口腔ケアがQOLを高めることを証明する綿密なコホート研究が次々と提示され、歯科医療が「健康という幸福」で国民を支えられることを証明している。

われわれは歯科医療を「日々を生きる国民の生きる力と生きがいとを根底から支える生活の医療」と定義してきたが、先に述べた疲弊の極みにある歯科医療の現場では、もはやその役割を果たすことが困難になっている。

このような現状と歯科の使命を考慮し、その安定かつ適切な提供体制の確保のために、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

1. 安心・安全な歯科医療体制の確保のために基本診療料を適切に評価すること
2. 歯科医療の充実のために歯科固有の技術を適切に評価すること
3. 患者の視点に立った歯科医療の提供を推進すること
4. 在宅歯科医療の更なる推進をすること
5. 地域歯科医療体制における病院歯科の機能を評価すること
6. 障害者歯科医療の更なる充実を図ること
7. 重症化予防と生活の質に配慮した歯科医療を充実すること
8. 医療保険と介護保険の効果的な連携を推進すること
9. その他必要な事項を推進、充実すること

II 具体的検討事項

1. **安心・安全な歯科医療と安定的な歯科医療体制の確保への評価**
安心・安全のための費用の評価と、かかりつけ歯科医による歯科医療の安定的提供を踏まえ、歯科診療所における初・再診料を病院歯科と同等の評価への見直し
2. **歯科医療の充実のための歯科固有の技術の適切な評価**
 - (1) 「歯を残す技術」と「口腔機能回復のための技術」の適切な評価
 - (2) 診療行為の実態に即した適切な評価
 - (3) 長年に亘り、据え置きとなっている技術の再評価
3. **患者の視点に立った適切な歯科医療提供の推進**
 - (1) 新規技術の保険導入と普及
 - (2) 保険外併用療養費制度の活用
 - (3) 患者の主訴に即した医学管理とわかりやすい情報の提供への評価
 - (4) 患者の状況を考慮した歯科医療の提供体制の確立
4. **在宅歯科医療の推進と適切な評価**
 - (1) 患者の求めに応じた訪問診療の推進と評価
 - (2) 口腔機能訓練および専門的口腔ケアの適切な評価
 - (3) 困難な状況下における診療の適切な評価
 - (4) 在宅患者の長期にわたる口腔機能維持・管理の評価
5. **地域歯科医療体制における病院歯科の充実**
 - (1) 二次歯科医療機関としての後方支援機能の充実と高次医療への評価
 - (2) 院内患者の口腔管理の評価とチーム医療の推進
 - (3) 退院時・後の連携の拠点としての機能と評価

6. 障害者歯科医療の更なる充実

- (1) 障害者診療における適切な評価
- (2) 障害者加算対象の適切な再評価
- (3) 病院歯科による支援機能の評価

7. 重症化予防と生活の質（QOL）の向上の評価

かかりつけ歯科医による定期検診と医学管理の評価

8. 医療保険と介護保険の効果的な連携の推進

地域医療・介護ネットワークの推進と評価

9. 歯科診療所における医療事務作業の合理化

診療録、レセプトの記載要件の簡素化による医療事務作業の合理化

平成 21 年 12 月 22 日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤 久夫 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

小	林	剛
白	川	修 二
中	島	圭 子
勝	村	久 司
北	村	光 一
高	橋	健 二
伊	藤	文 郎

平成 22 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- 平成 22 年度診療報酬の改定に当たって、支払側は去る 11 月 25 日の総会において、厳しい社会経済情勢や国民生活の状況、さらには保険者財政等を踏まえれば、診療報酬の引き上げを行う環境にはなく、必要度の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行う一方、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するよう見直していくことが不可欠であるとした基本的な考え方を提示したところである。
- この基本的な考え方に沿って、病院勤務医や看護師などの厳しい勤務状況や医療提供体制の地域間・診療科間の偏在といった医療現場の実態を鑑み、とくに産科・小児科・救急医療等の急性期を中心とした医療に、制度・予算上の措置との役割分担を明確にした上で、診療報酬上においても財源を重点的に配分するとともに、勤務医・看護師等の負担軽減に確実に繋がる評価を行う必要がある。
- 限られた財源の配分については、病院・診療所の経営状況を踏まえ、急性期等の病院に重点をおいた再配分を行うほか、再診料の統一を含めた病院・診療所間の格差是正を図る方向で適切に見直すべきである。また、診療所では、皮膚科、眼科など高い収益を上げている診療科と、内科、外科、小児科など収益が相対的に低い診療科のバランスを考慮した評価の見直しを検討すべきである。
- さらに、医療の機能分化と連携の観点から、在宅医療の充実や地域における医療連携体制の強化等を図るべきである。また、患者の視点に立って医療の効率化を推進することが不可欠であり、包括払いの推進、後発医薬品のさらなる使用促進等、あらゆる手立てを講じるべきである。薬剤や医療材料に関しては、イノベーションの評価を図る一方で、市場実勢価を踏

まえた価格の適正化等を図っていく必要がある。

- このほか、平成 24 年度診療報酬・介護報酬の同時改定を視野に、今回の改定においても、医療と介護の連携や充実・強化に向けた取組みを推進し、必要な医療・介護サービスを提供できる体制の確立を目指すべきである。
- 改定の具体的項目に関する意見は以下のとおりである。

1. 病院・診療所の機能・役割分担と財源配分の見直し

- ①病院勤務医の負担軽減については、補助金等の拡充も図りつつ、診療報酬上においては、医師事務作業補助者の適切な配置や医師、看護師、他の医療関係職種との役割分担、看護補助者の活用等、様々な方策を検討し評価すべきである。また、産科、小児科、救急医療に関しては、NICU の拡充や手厚い看護体制、小児救急や急性期の小児専門の治療が行える体制、救急患者の受け入れ状況など救急搬送体制を手厚く評価すべきである。
- ②基本診療料については、同一サービスは同一の報酬との観点から、病診格差がある再診料は、診療所を引き下げ、病院を引き上げる形で統一を図るべきである。外来管理加算については、患者の視点に立って、懇切丁寧な診察・説明等を担保する「5 分要件」の代替措置となり得る要件を設定すべきである。また、そのあり方については、廃止も含め必要な見直しを行っていくべきである。
- ③入院料については、医療機関の機能に応じて、入院基本料等加算や特定入院料でメリハリをつけた評価をするとともに、急性期医療の充実強化を図る方向での評価を検討すべきである。また、病床の機能分化を推進する観点から、一般病床における長期入院患者については、医療区分・ADL 区分に基づいた包括評価の導入に向けた作業に直ちに着手すべきである。亜急性期入院医療については、リハビリテーション提供機能の充実を図る際には、重症者の受け入れ割合や改善度合い等の試行的な導入についても検討すべきである。また、有床診療所については、在宅医療等の後方病床としての機能については評価すべきだが、入院期間や医療の必要度など患者実態等について検証すべきである。
- ④DPCについては、引き続き、医療の標準化や効率化を目指し、DPCデータの分析・検証による質の確保を図っていくなど、DPCを推進していくべきである。調整係数の廃止および新たな機能評価係数の設定に関して、病院の機能を適切に評価する指標を設定すべきである。また、段階的な導入を図る中で機能評価係数の妥当性を検証し、DPC病院の経営・運営面への影響も踏まえつつ、必要な見直しを図るべきである。
- ⑤慢性期入院医療における患者分類を用いた包括評価については、医療経済実態調査結果等を踏まえた療養病棟入院基本料の必要な見直しを行うとともに、医療サービスの質の向上に向けた評価や、評価指標のさらなる充実に向け、「医療区分・ADL 区分に係る評価票」のレ

セプトへの添付を必須とするなどの運用の変更を図るべきである。また、慢性期入院医療のあり方を総合的に検討するため、調査専門組織において医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期の患者の実態把握など必要な検討を行うべきである。

- ⑥入院医療における多職種共同の取組み（チーム医療）については、医療・療養の質向上を目指し、チームによる対応の必要性や対象、効果や実態等を十分に考慮した上で評価すべきである。
- ⑦リハビリテーションについては、身体機能の維持・回復や寝たきりの防止、早期の在宅復帰などを目指し、急性期、とくに発症後早期のリハビリテーションをさらに充実させるほか、患者の必要度に応じた十分なリハビリテーションが行われるような評価を検討すべきである。また、リハビリテーションの質の確保に向け、回復期リハビリテーション病棟で導入した「質の評価」を引き続き実施するとともに、身体機能の改善度合いを評価する指標の導入方策の検討を進めるべきである。
- ⑧認知症対策については、周辺症状や身体合併症の対応等の充実や、医療と介護の連携体制を整備する方向で評価すべきである。また、患者の病態像を把握・分析し、医療必要度や ADL の状態に基づく評価の導入を検討すべきである。
- ⑨精神医療に関しては、精神保健医療福祉の改革ビジョン等の趣旨・目的を十分に踏まえ、地域移行への支援や薬物療法以外の精神科専門療法、抗精神病薬の適切な選択などを推進すべきである。
- ⑩医療安全対策のさらなる推進を図る観点から、薬害の再発防止など医薬品の安全管理体制の強化については、専従の安全管理責任者の配置や取組みなどを要件として評価すべきである。
- ⑪がん対策については、がん対策推進基本計画に基づき、さらなる推進を図るべく、緩和ケアの充実や在宅でのケアの支援、放射線療法や外来化学療法の推進、地域連携などを評価すべきである。
- ⑫手術等の医療技術に関しては、適切な評価を図ることとし、新規技術を保険導入する一方、既存の技術については廃止等も含めた適切な再評価を検討すべきである。

2. 医療機関等の連携の強化

医療機関等の連携については、医療機関間の連携や医療機関と介護施設等の連携、患者の適切な療養環境へのスムーズな移行と医療・介護サービスの継続的な提供を促進するため、退院調整のさらなる充実や診療情報の共有の推進、退院後のリハビリや介護サービスも含めた連携の強化等を適切に評価すべきである。なお、連携等の評価に当たっては、職種や内容、算定要件などの整合性を確保しつつ、整理・体系化すべきである。

3. 在宅医療・訪問看護の推進

国民・患者のニーズを考慮し、在宅医療のさらなる充実を図るため、在宅療養支援診療所を中心に医療機関間および施設間の情報共有や連携、緊急入院体制の確保等の推進を評価すべきである。在宅療養支援病院については地域特性等を十分に考慮した上で、要件の緩和等を検討すべき。また、質の高い在宅医療・訪問看護を評価するとともに、訪問看護については介護保険との整合性を踏まえた見直しを図っていくべきである。

4. 歯科診療報酬について

歯科診療報酬については、患者からみて分かりやすいものとする観点から、文書による情報提供内容や難解な用語の見直しを図るほか、歯科疾患や有床義歯の指導・管理体系の見直しなど、歯科診療報酬体系の簡素・合理化を図るべきである。また、在宅歯科医療については、患者の満足度等を踏まえ、より一層の推進に向けた検討を進めるべきである。

5. 調剤報酬について

調剤報酬については、医薬分業の趣旨や服薬管理・指導、情報提供などの調剤薬局が果たすべき役割、取組み状況を十分に踏まえて調剤技術料、薬学管理料を適切に見直すべきである。また、患者の視点や負担を考慮し、ハイリスク薬の薬学的管理・指導について評価するほか、一包化薬や長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直しや、調剤基本料の特例に関しては、夜間・休日対応など地域医療への貢献を踏まえた見直しを図るべきである。

6. 後発医薬品のさらなる使用促進

後発医薬品の使用促進に関しては、政府目標（24年度までに数量ベースで30%）に向けたより一層の取組みが必要であり、政府は患者や医療関係者等を含めた国民全体に対して、後発医薬品に関する国の方針や考え方、安全性等の情報について、分かりやすく、繰り返し情報提供し、理解を求めていくことが必要と考える。診療報酬上においては、後発医薬品調剤体制加算について、調剤率（数量ベース）に応じた段階的な評価を導入するなど、算定要件の見直しを図るべきである。また、患者が後発医薬品を選択しやすくするため、療養担当規則に医師による後発品に関する説明、情報提供等の取組みを規定することや、薬局・薬剤師における後発品に関する説明義務の徹底とともに、剤形・規格の異なる調剤など変更調剤が進むよう見直すべきである。

7. 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ①薬価制度および保険医療材料制度は、公的医療保険制度のもとで必要な医薬品等を確保するため、革新的な新薬は適切に評価しつつ、市場の実勢を踏まえた適正な価格を設定することが基本である。
- ②上記の観点から、薬価については薬価調査に基づいた改定を行うほか、イノベーションの評価も含め革新的な新薬は適切に評価していくべきである。また、新薬創出・適応外薬解消等

促進加算（薬価維持特例）の試行的な導入に関しては、未承認薬・未承認適応の解消に向けた取組み等が確実に実施される仕組みの構築が前提条件となる。さらに、対象範囲の検討や改定毎の検証及び必要な見直しについて検討を深めるべきである。外国平均価格調整については、外国平均価格の計算方法を見直すほか、配合剤については、適正な価格となるよう必要な見直しを図るべきである。

- ③保険医療材料価格については、内外価格差の是正に引き続き取り組むとともに、海外における価格動向について市場実勢価格の把握方法等必要な検討を行うべきである。また、補正加算の算定状況等を踏まえ、イノベーションを推進するために必要な見直しを図るほか、機能区分の適切な見直しを行うべきである。

8. 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者の診療報酬については、同医療制度の見直しに先行して診療報酬項目を廃止することは理解するが、高齢者の心身の特性に配慮して設定した各診療報酬項目の趣旨、目的等を踏まえ、患者特性や必要性、全年齢適用拡大の是非、介護保険との整合などを十分に精査した上で、要件緩和、名称変更、廃止等を慎重に検討すべきである。また、後期高齢者診療料については、患者を総合的かつ計画的に医師（「総合診療医」など）が診るという考え方は、今後も検討していくべきである。

9. 患者の視点に立った医療の推進

- ①医療に対する理解、関心を深め、患者・国民が医療に積極的に参加できるよう、原則、全患者への明細書の無料交付を義務づけるべきである。明細書発行の患者への周知については、国、医療機関、保険者等で必要な取組みを一層推進すべきである。また、患者と医師の信頼関係の構築や協働の推進といった観点から、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンの充実などに取組むべきである。

- ②現行の複雑な診療報酬体系を簡素・合理化し、患者・国民にわかりやすい体系とするとともに、審査・支払いの円滑化と疾病動向や医療費に関する分析を容易にする観点から、医科、歯科、調剤すべてのレセプトの電子化など医療保険実務のIT化を推進するほか、▽標準傷病名の記載の義務づけ▽診療行為実施日の記載の義務づけ▽傷病名と診療行為のリンク付け▽調剤レセプトへの医療機関コード記載の義務づけーなど、レセプト様式および記載要領の見直しを図るべきである。

10. その他

産科、小児科、救急医療の充実といった喫緊の課題をはじめ、わが国の医療をめぐる様々な課題については、診療報酬上の対応だけで全てが解決できるものではない。公費投入なども含めた幅広い取組みが不可欠であり、そうした視点での総合的な施策展開が求められる。

(2) 休日数等の影響を補正した医療費総額の伸び率（対前年同期比）

(単位：%)

	総計	医療保険適用					公費	対前年同期差(日)		
		70歳未満				70歳以上		日祭日	土曜日	閏日
		被用者 保険	本人		国民健康 保険					
平成17年度	3.0		1.2	2.0		0.3	0.8	5.6	4.0	0
平成18年度	0.0	▲ 0.3	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 2.7	1.9	0.8	0	-1	0
4～9月	▲ 0.2	▲ 0.8	▲ 0.7	▲ 0.8	▲ 3.0	1.9	0.7	0	-1	0
10～3月	0.2	0.1	0.2	0.1	▲ 2.5	1.8	0.8	0	0	0
平成19年度	3.0	2.1	3.5	0.6	▲ 0.0	5.3	3.2	+1	0	+1
4～9月	2.7	1.7	3.2	0.1	▲ 0.0	5.0	3.0	+1	0	0
10～3月	3.2	2.5	3.7	1.1	▲ 0.0	5.6	3.4	0	0	+1
平成20年度	2.2	2.6	2.8	2.4	0.7	2.5	4.7	0	+1	-1
4～9月	1.8	2.1	2.5	1.6	▲ 0.3	2.6	3.9	-1	0	0
10～3月	2.7	3.1	3.1	3.1	1.8	2.4	5.6	+1	+1	-1
平成21年4～9月	4.5	3.1	3.2	3.0	3.7	5.3	8.2	+1	+1	0
8月	5.0	4.2	3.7	4.7	4.0	5.7	8.2	0	0	0
9月	5.2	4.6	3.7	5.5	4.1	5.5	9.5	+1	0	0

医療費の伸び率（対前年同月比）に対する休日数等1日当たりの影響補正係数

(単位：%)

日曜・祭日等	▲ 2.3	▲ 2.8	▲ 2.5	▲ 3.1	▲ 2.2	▲ 1.7	▲ 2.3
土曜	▲ 1.2	▲ 1.0	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 1.3	▲ 1.2	▲ 1.2
閏日	3.3	2.9	2.9	3.0	3.5	3.2	3.3

注. 医療保険医療費の平成4～8年度各月の制度別1人当たり医療費の伸び率を、日曜・祭日等（年末については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている）の数の対前年同月差、土曜日の対前年同月差、各月の日数の対前年同月差、感染症サーベイランス調査の1定点当たりインフルエンザ報告数対前年同月差を説明変数として回帰分析した結果を用いて補正したものである。

なお、総計及び公費の補正係数については、医療保険計の計数を用いている。

最近の医療費の動向 [概要]

1. 制度別概算医療費

(1) 医療費総額の伸び率（対前年同期比）

(単位：%)

	総計	医療保険適用							公費
		70歳未満			70歳以上				
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 75歳以上			
平成17年度	3.1	1.1	1.2	2.1	0.4	0.9	5.7		4.1
平成18年度	0.1	▲ 1.3	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 2.6	2.0		0.9
4～9月	0.0	▲ 1.6	▲ 0.6	▲ 0.5	▲ 0.7	▲ 2.7	2.1		0.9
10～3月	0.2	▲ 1.1	0.1	0.2	0.1	▲ 2.5	1.8		0.8
平成19年度	3.1	1.2	2.1	3.5	0.6	0.1	5.4		3.3
4～9月	2.4	0.5	1.3	2.8	▲ 0.5	▲ 0.4	4.7		2.6
10～3月	3.8	1.9	3.0	4.2	1.6	0.5	6.1		3.9
平成20年度	1.9	1.4	2.3	2.5	2.0	0.3	2.1		4.4
4～9月	2.2	1.4	2.6	2.9	2.1	0.1	2.9		4.3
10～3月	1.5	1.4	2.0	2.0	2.0	0.6	1.4		4.4
平成21年4～9月	3.9	2.7	2.5	2.6	2.3	3.1	4.8	5.7	7.6
8月	5.0	4.1	4.2	3.7	4.7	4.0	5.7	6.5	8.2
9月	2.9	1.8	1.8	1.2	2.4	1.9	3.8	4.8	7.2

- 注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）である。
 注2. 医療保険適用70歳以上には、後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係る計数を含む。
 医療保険適用75歳以上は、後期高齢者医療の対象となる者に係る計数である。
 注3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

出典：厚生労働省保険局調査課 最近の医療費の動向[概要] 平成21年9月号より

2010 年度診療報酬改定に関する 日本医師会の見解

自由民主党政務調査会 厚生労働部会
診療報酬ワーキンググループ

2010 年 2 月 3 日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 医療経済実態調査の問題点	1
1.1. 調査手法に関する問題点	1
1.2. 医療経済実態調査を用いた解釈上の問題点	2
1.2.1. 15対1入院基本料	2
1.2.2. 個人診療所の損益差額	5
2. 診療報酬改定財源についての確認	7
2.1. 改定財源の配分について	7
2.2. 再診料および外来管理加算－財源面から－	9
3. 診療報酬改定における個別改定項目について	11
3.1. 再診料	11
3.1.1. 過去の経緯	11
3.1.2. 再診料の統一にあたって	13
3.2. 外来管理加算	15
3.2.1. 過去の経緯	15
3.2.2. 外来管理加算の問題点	16
3.3. 療養病棟入院基本料	18
3.4. トリアージ	19
3.5. ケアマネージャーとの連携	21

1. 医療経済実態調査の問題点

1.1. 調査手法に関する問題点

診療報酬の個別改定項目の議論は、医療経済実態調査をもとに行われている。しかし、医療経済実態調査は、基本的に6月単月調査であり、定点調査ではないため、経年比較を行うことができないなど問題点も多い（表 1.1.1）。

これに対し、日本医師会では、平成15年版以降、TKC 医業経営指標の提供を受け、分析を行っている。

表 1.1.1 TKC 医業経営指標と医療経済調査の比較

TKC 医業経営指標	中医協・医療経済実態調査
客体数が多い 診療所6,494、病院823 (国公立を含まない)	客体数が少ない 診療所1,047、病院917 (調査に参加した全ての医療機関の集計(集計2))
定点調査	非定点調査
決算データ ・会計事務所が月次監査を実施している 医療機関が対象であり、財務会計システムと直結した年間データを集計しており、信頼際が高い	6月単月調査 ・6月に発生しないデータは、直近事業年のデータを1/12して記載するので、損益状況を正確に表わさない ・今回から年間データも調査しているが、前回データがないため、経年比較を行えない

「TKC 医業経営指標 (M-BAST)」の編集に際しては、TKC 会員、すなわち職業会計人の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々の TKC 会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除されています。また、一切の編集作業は、TKC 会員名および病医院の名称等を、あらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集されています。さらに、分類集計したデータが2件以下の場合、全体のデータには含めていますが個別の表示は省略されています。(出典：TKC 医業経営指標 (M-BAST))

1.2. 医療経済実態調査を用いた解釈上の問題点

1.2.1. 15対1入院基本料

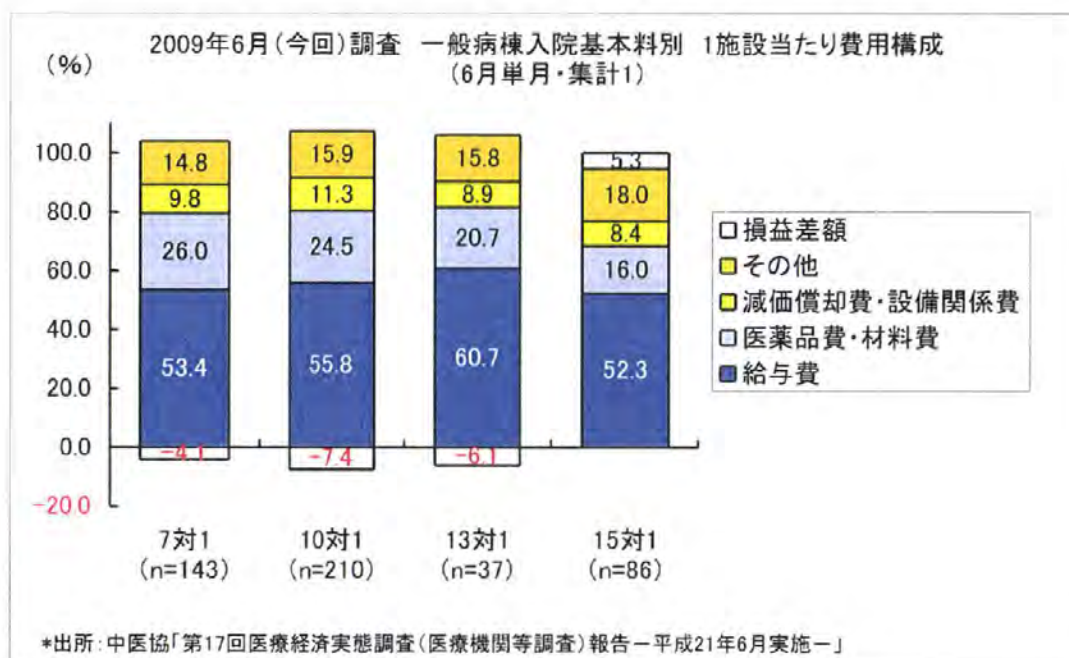
「平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」(以下、骨子)には次のような記載がある。

「現時点の骨子」から抜粋(骨子 p9 重点課題 2-1)

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。

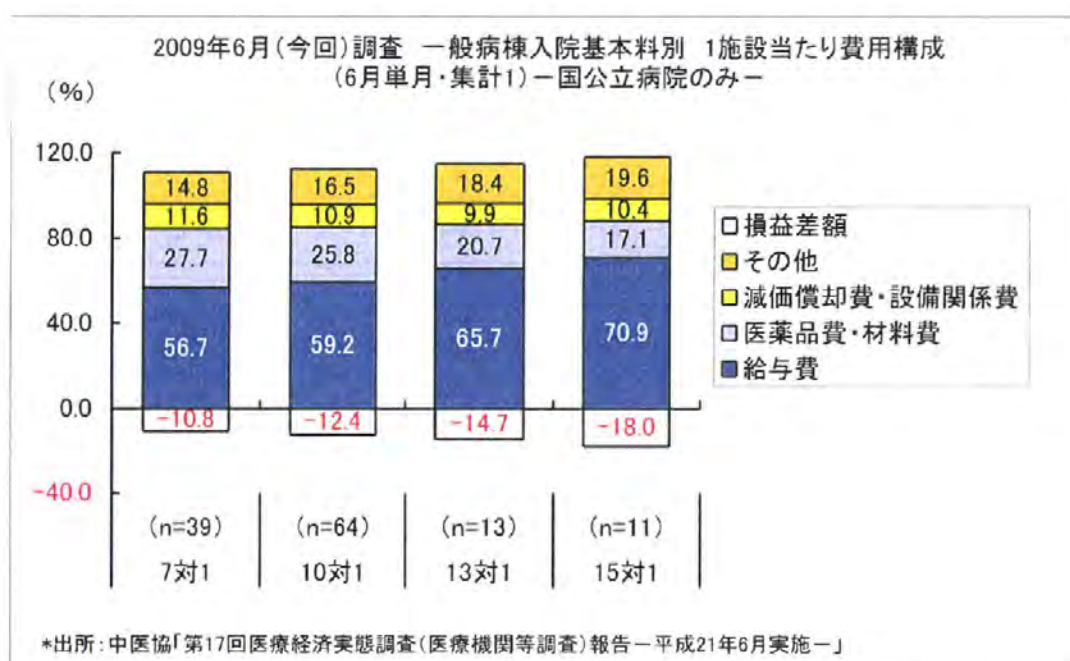
確かに、医療経済実態調査を表面的に見れば、入院基本料15対1の収支差額は黒字である(図1.2.1)。

図 1.2.1 入院基本料別費用構成



しかし、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 1.2.2)。

図 1.2.2 国公立病院の入院基本料別費用構成

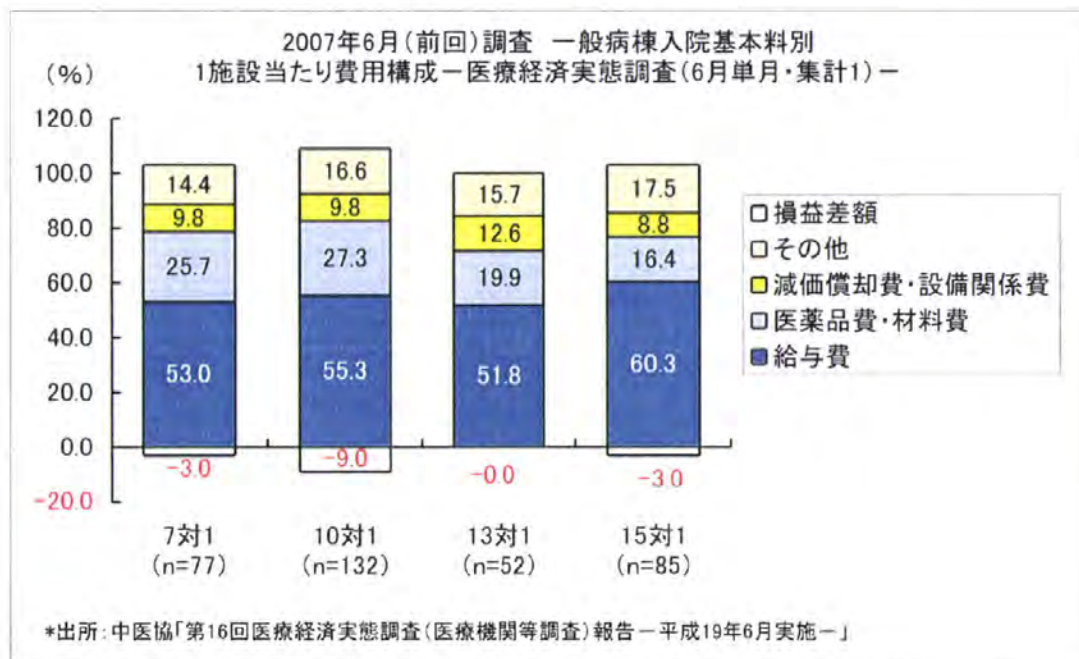


また、前回の医療経済実態調査でも、10対1に次いで15対1の赤字幅が大きかった(図 1.2.3)。前回の診療報酬改定で15対1にプラスの改定は一切ない。したがって、今回の医療経済実態調査では、偶然、経営状態の良い15対1病院が抽出された可能性を否定できない。

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る。このような現実があるにもかかわらず、15対1を引き下げることは、厚生労働省が、地方の急性期以外の病院を淘汰し、急性期病院にさらに資源を集中投入する政策を打ち出しているにひとしく、問題が大きい。

総務省の「地方公営企業年鑑」では、すべての国公立病院の収支が公表される。最低限、この直近データの公開を待って判断すべきと考える。

図 1.2.3 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

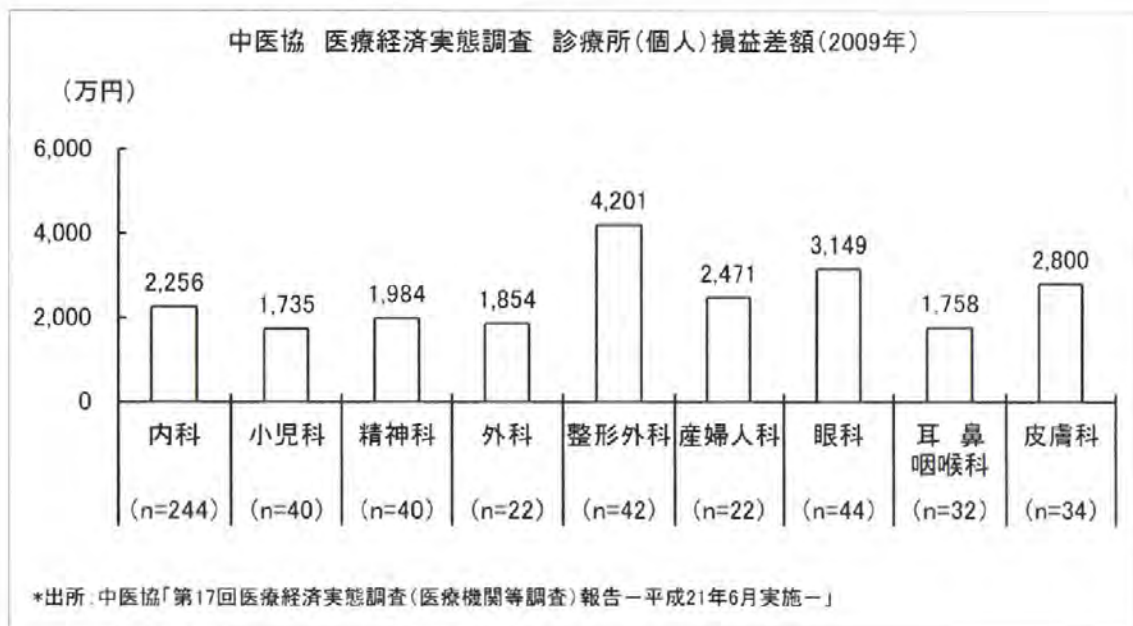


1.2.2. 個人診療所の損益差額

財務省は、事業仕分けに、個人診療所の整形外科の収支差額が約4,200万円、眼科約3,100万円とする資料を提出し、「平均よりも2割以上高い収支差額（＝医師の給与）」¹の診療科があるとして、「収入が高い診療科の報酬は見直すべき」と主張した。

しかし、これも医療経済実態調査のデータである（図 1.2.4）。有床診療所、無床診療所を合算して集計している上、客体数が少ない。整形外科は42、眼科は44でしかなく、極端な外れ値に影響されて、平均値が高くなっている可能性がある。

図 1.2.4 医療経済実態調査 個人診療所の損益差額



一方、TKC 医業経営指標の無床診療所の税引前当期利益（損益差額に相当）には、医療経済実態調査のようなバラツキが見られず、むしろ婦人科の低さが浮び上がった（図 1.2.5、図 1.2.6）。

¹ 行政刷新会議「事業仕分け」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

図 1.2.5 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)

—無床診療所(個人)／院内処方—

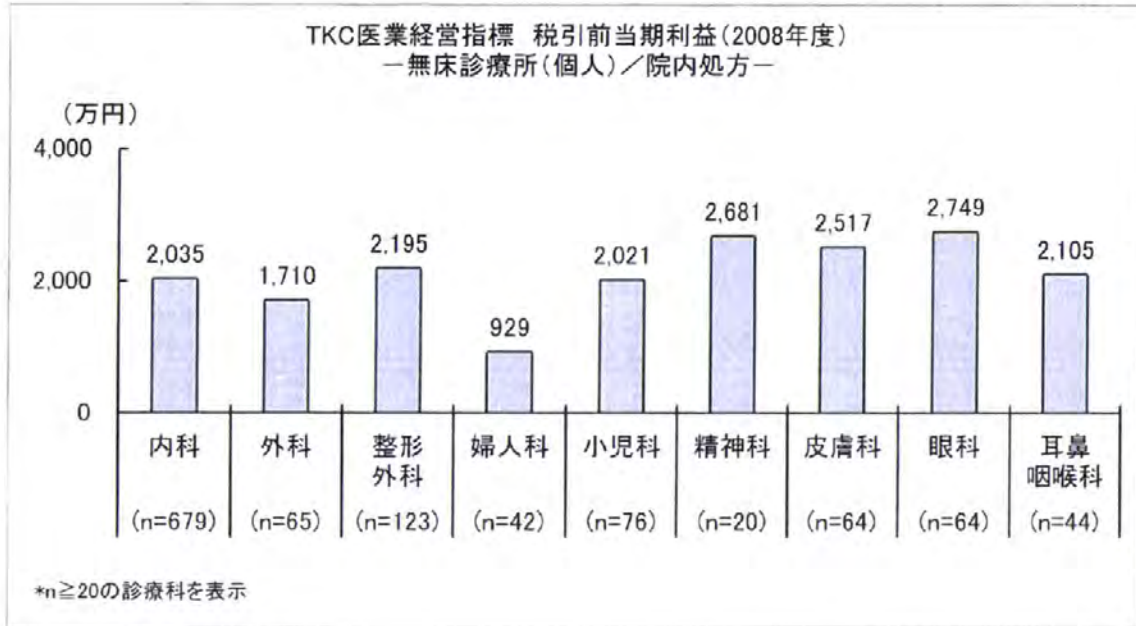
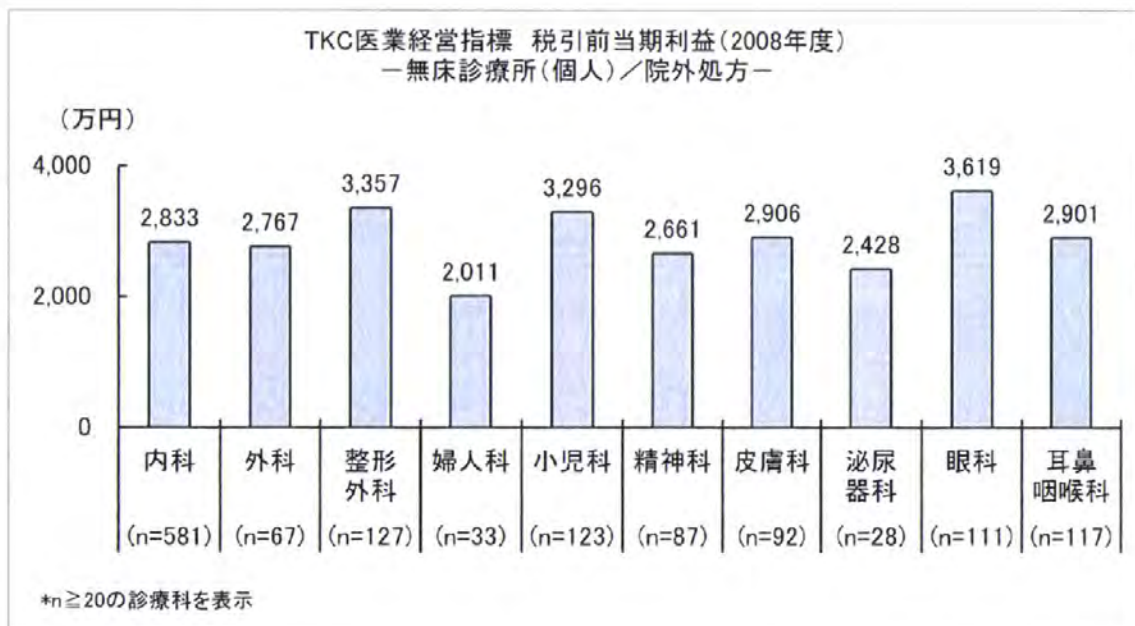


図 1.2.6 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)

—無床診療所(個人)／院外処方—

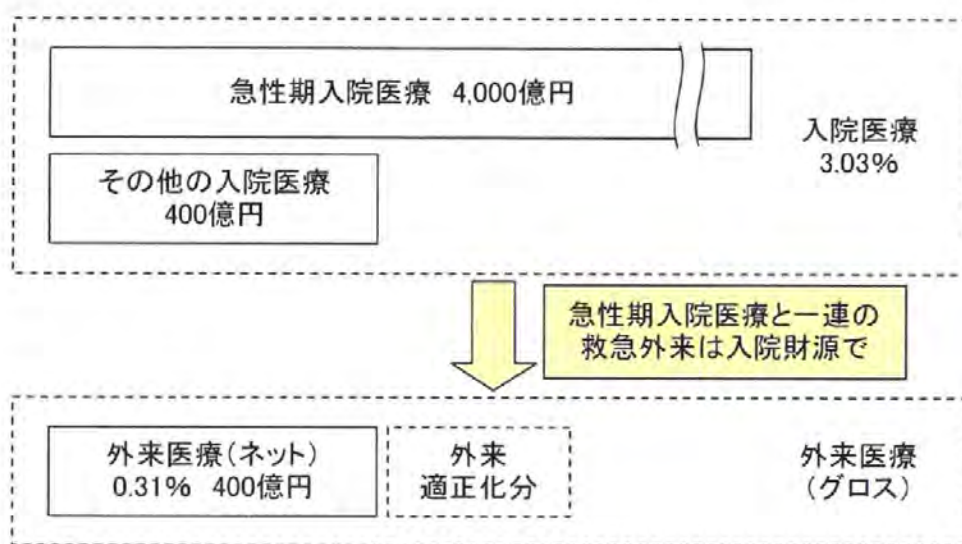


2. 診療報酬改定財源についての確認

2.1. 改定財源の配分について

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（図 2.1.1）。入院、外来にわけて改定率が決定された以上、財源の取り扱いについても注意が必要である。

図 2.1.1 医科改定財源についての考え方（イメージ）



第一に、外来で適正化（引き下げられる）項目がある場合、引き下げ額相当分は外来 400 億円に上乗せされなければならない。

第二に、診療報酬改定率に、入院、外来という枠が設定された以上、個々の診療報酬項目の改定の目的を明確化した上で、議論を進める必要がある。

今回の改定における重点課題のひとつは救急医療である。たとえば二次救急医療機関の救急外来、急性期入院は、いずれも最重要課題であり評価を引き上げなければならない。救急外来、急性期入院は一連の医療であり、救急外来が適正に評価されることによって、急性期入院医療の充実、勤務医の負担軽減を実現することができる。

中医協の「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)」(以下、骨子)には次のような記載がある。

「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 p5 重点課題 1-1(2))

ここにあるように、地域の開業医等との連携によって、救急外来、急性期医療の充実強化を図っている医療機関を評価するにあたっては、救急外来も含めて、入院財源でまかなうことが妥当であるとする。

第三に、特に外来については限られた財源であり、評価(引き上げ)項目は慎重に決定するよう要望する。

たとえば、「骨子」には次のような記載がある。

「認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価の新設を検討する」(骨子 p12 重点課題 I-2(1))

認知症対策はきわめて重要であり、すでに現場の医師は、当然の責務としてかなりの取り組みを行っている。外来の財源は貴重であるので、従来取り組んできた医療に対する評価は、優先度を考慮して慎重に決定すべきであるとする。

2.2. 再診料および外来管理加算－財源面から－

日本医師会は、再診料の統一には賛成であるが、再診料は診療所の生命線であることから、診療所の再診料を引き下げて病院と統一することには反対である。具体的にはあとで詳しく述べるが、度重なる財源移譲で、診療所の負担は限界にきているからである。

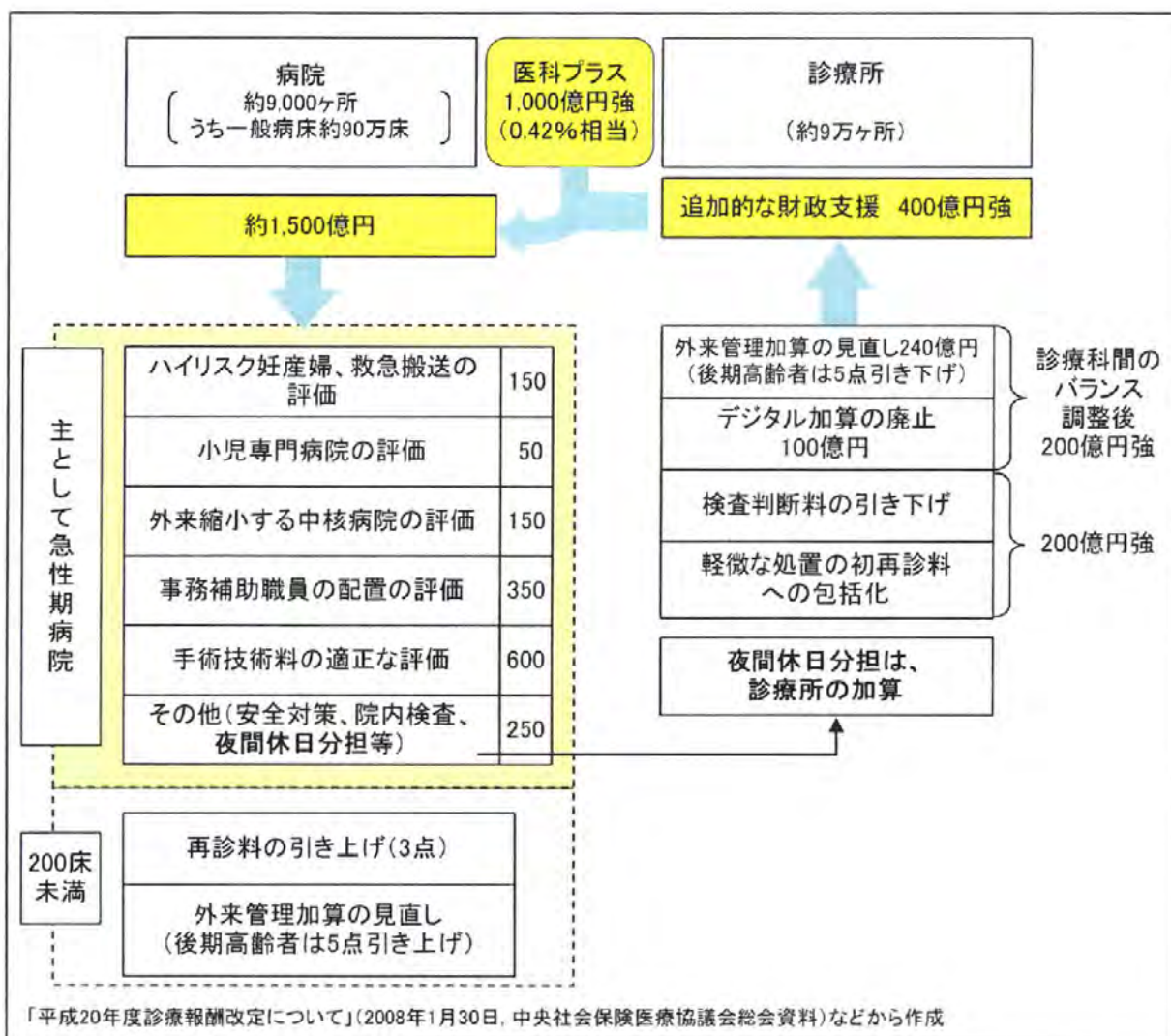
第一に、前回の2008（平成20）年度改定では医科プラス財源はすべて病院に充当された上、診療所から病院へ400億円強の財源移譲が行われた（図2.2.1）。

第二に、今回の改定率は入院+3.03%、外来+0.31%であり、入院、外来の改定率が同じであった従来と比べて、今回は外来から入院への財源移譲分が織り込み済みであることを示している。外来医療費の6割強は診療所の医療費であり²、特に診療所が大きな負担を強いられている。

診療所の経営が健全でなければ、外来患者は病院に集中し、勤務医の労働はますます過重になる。再診料の引き下げに代表されるような、これ以上の診療所財源からの移譲は不可能である。

² 厚生労働省「平成20年 社会医療診療行為別調査」

図 2.2.1 2008 年診療報酬改定における医科本体の内訳



3. 診療報酬改定における個別改定項目について

3.1. 再診料

3.1.1. 過去の経緯

1985年、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、再診料が病院、診療所別に区分された（表 3.1.1）。

1992年には初診料も病院、診療所別に区分された（表 3.1.2）。このとき、総合病院（当時）における初診料の診療科ごとの算定が廃止された。

また、同年、内科再診料が再編され、外来管理加算が導入された。同時に診療所の再診料が引き下げられた。さらに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が大きな論点になった。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、診療所の再診料の引き下げを行わないとの裁定が下され、以下の付帯意見が提案された³。

「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。」

しかし、2008年改定直後から今日まで、再診料の在り方そのものに関する議論は、時間的制約もあり、必ずしも十分には行われてこなかった。

³ 「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

表 3.1.1 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	逡減制の導入 ^{※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

表 3.1.2 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			

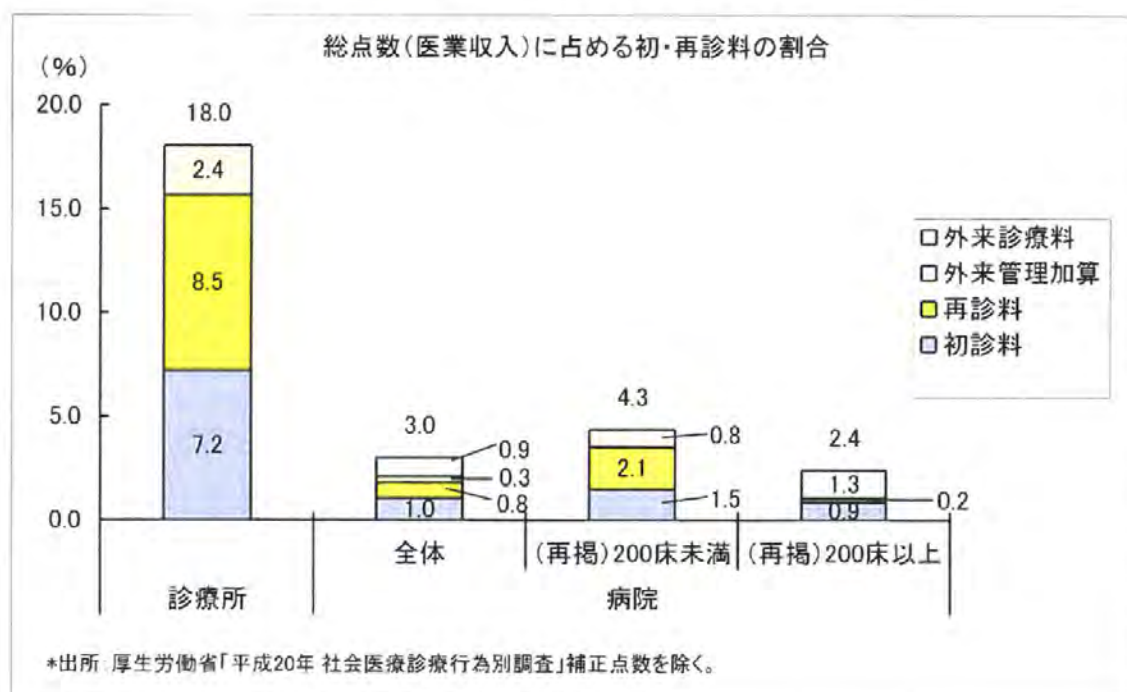
※注) 甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払うもの

3.1.2. 再診料の統一にあたって

日本医師会は、再診料の統一には賛成であるが、再診料は診療所の生命線であることから、診療所の再診料を引き下げて病院と統一することは認められない。

病院は入院診療収入なども多いが、診療所の収入の8.5%は再診料によるものである（図 3.1.1）。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、減価償却費、光熱水費、事務経費などが含まれる。再診料の重みの大きい診療所にとって、再診料の引き下げは、医業経営上、きわめて大きな打撃である。

図 3.1.1 総点数（医業収入）に占める初・再診料の割合



また、急性期医療の後方支援病床としての機能を担う有床診療所も、再診料などの外来収入で入院の赤字をカバーしている現状が報告されており⁴、再診料を引き下げれば、貴重な入院施設を失うことにもなりかねない。

現在の病院 60 点、診療所 71 点はいずれも不十分であり、本来は、ともに引き上げるべきである。しかし、今回（2010 年）改定の財源は非常に限られたものである。したがって今回は、病院の引き上げ幅をある程度多くして診療所の水準に近づけ、次回以降、再診料のあり方について十分な議論を行った上で、より高い水準での統一を図ることを提案する。

⁴ 「有床診療所の今後の展開にむけて 平成 21 年 有床診療所経営実態調査より」日医総研ワーキングペーパーNo.204, 2009 年 11 月

3.2. 外来管理加算

3.2.1. 過去の経緯

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⁵。

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。

2009 年 7 月 27 日、民主党は『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」とした。

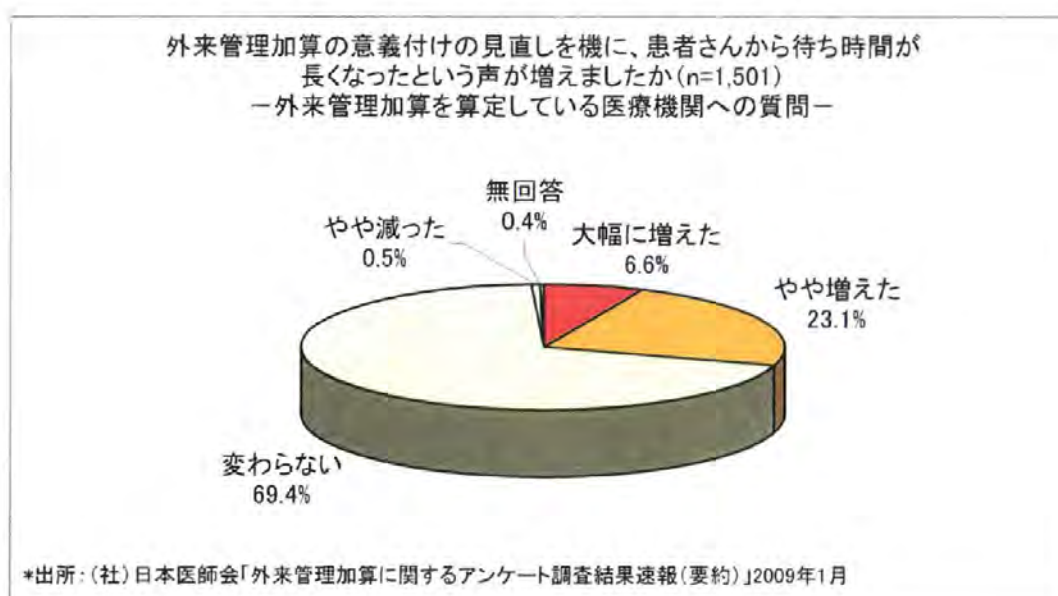
⁵「『5 分以上という時間の目安』がいいかどうかは、やはりもう少し議論をする必要があるだろう」2008 年 1 月 16 日、中医協基本小委議事録

3.2.2. 外来管理加算の問題点

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、第一に、患者に負担をかけている可能性があることが浮び上がった。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3.2.1）。

図 3.2.1 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3.2.2）。

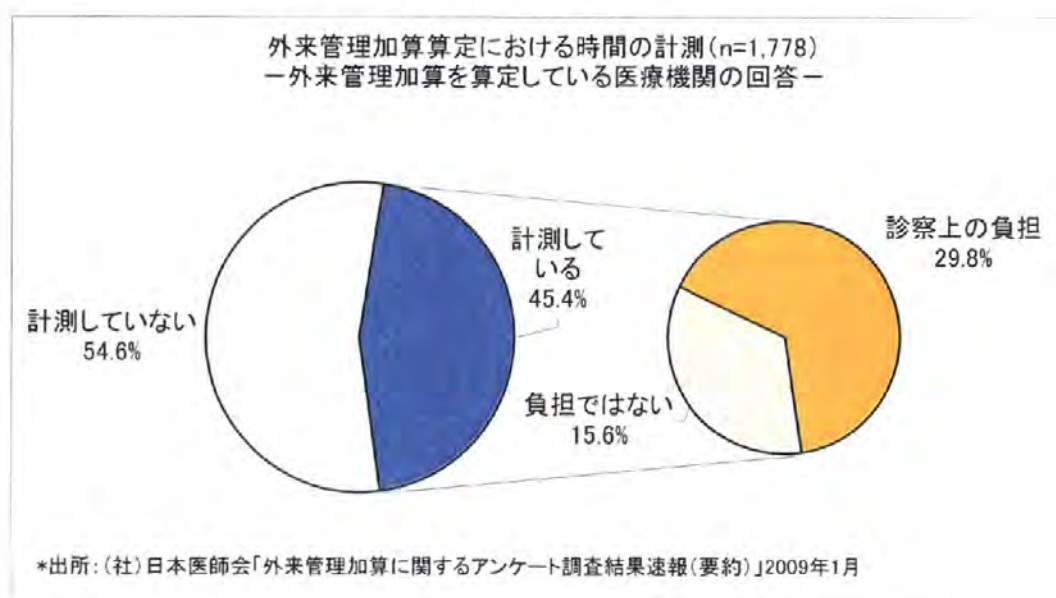
中医協・診療報酬改定結果検証部会が行った調査⁶でも、患者の9割近くは、時間要件の導入によって診察内容に変化があったと感じていない。また患者の6割近くは、外来管理加算に時間の目安は必要ではないと回答していた。

⁶ 「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

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。

2010年1月15日の中医協総会では、診療側委員が、未受診投薬を算定不可とすることで、財政的影響はないとの見通しを示している。外来管理加算については、5分要件の廃止を大前提に、診療側委員の提案も含めて検討すべきであり、診療所の再診料を引き下げてその財源を充てるという安易な発想は断じて容認できない。

図 3.2.2 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」

3.3. 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料も引き下げられようとしている。

「現時点の骨子」から抜粋（骨子 p19 III-1(4)）

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。

日本医師会は 2007 年に必要な病床数を試算したが、その結果、2025 年に必要な医療療養病床は 34 万床、介護施設等の新たな受け皿が 18 万人分であった⁷（図 3.3.1）。

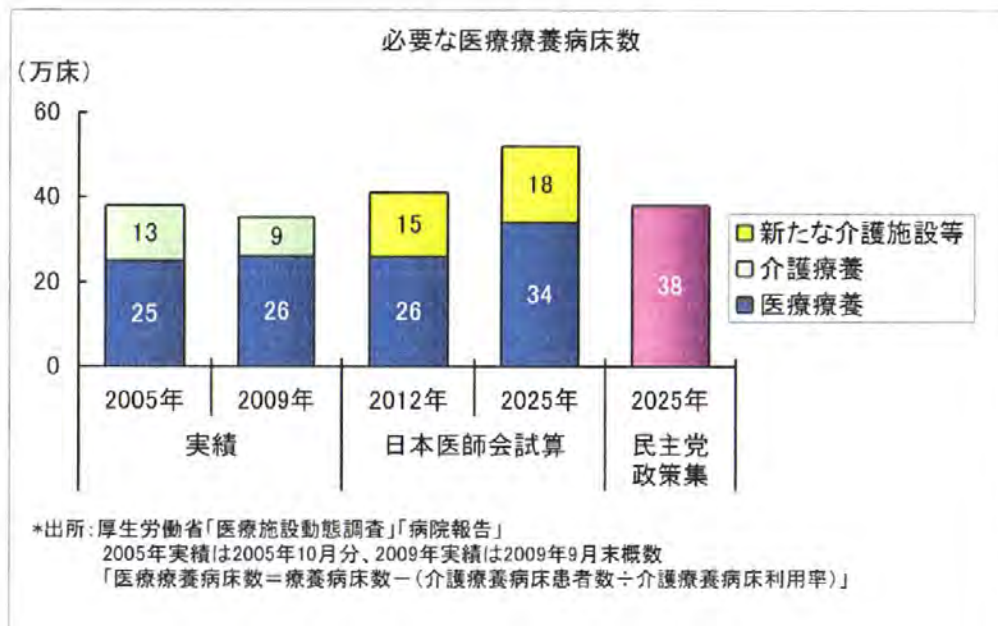
また、新政権である民主党は、『民主党医療政策（詳細版）』で、「総枠としての療養病床 38 万床を維持しなければなりません」と述べている。

現在、療養病床は医療療養病床 26 万床、介護療養病床 9 万床、計 35 万床になっていると推計される。

療養病床は、急性期医療の貴重な受け皿である。今回の改定では、その財源を急性期入院医療に重点配分することになっているが、療養病床の充実は急性期入院医療の強化につながる。療養病床については、現在の病床数を維持、拡充ができるようにすべきである。

⁷ （社）日本医師会「グランドデザイン 2007」総論

図 3.3.1 必要な医療療養病床数



3.4. トリアージ

中医協では、トリアージの導入について議論されているが、日本医師会は、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。

「現時点の骨子」から抜粋（骨子 p7 重点課題 1・2(3)③）

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。

トリアージとは、災害時、発生現場などにおいて多数の傷病者が同時に発生した場合、傷病者の緊急度や重症度に応じて適切な処置や搬送をおこなうために

傷病者の治療優先順位を決定すること⁸である。

中医協「骨子」は、災害発生時ではなく、医療機関に患者が集中した場合のトリアージを想定しているようであるが、現在も、医療現場では必要があればトリアージは必ず実施されており、患者も譲り合いの精神をもって重症患者が優先されることを受け入れている。

新たにトリアージに診療報酬上の評価を導入すれば、次のような患者負担が発生する。

- ① トリアージを行う病院の体制を評価する場合、トリアージを受けた、受けないにかかわらず、外来患者すべてが、広く浅く診療報酬の一部を負担。
- ② トリアージ自体を評価する場合、トリアージを受けて軽症と判断され、治療が後回しになった場合も、治療が優先された患者と同様にトリアージに係る診療報酬の一部を負担。

中医協では、1月15日からはパブリックコメントの募集を開始し、1月22日には公聴会が開催されたが、患者負担が発生することについての説明は一切ない。

日本医師会は、必要なトリアージがすでに実施されているにもかかわらず、新たに患者負担をとまなう診療報酬上の評価を導入することに同意しかねる。むしろ救急外来そのものの評価を引き上げるべきであると考える。

トリアージについては、国民にしっかりと説明した上で、時間をかけて議論すべきである。

⁸ 日本救急医学会 <http://www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/1022.htm>

3.5. ケアマネージャーとの連携

診療報酬（医療保険）において、介護関係職種の評価が重視されつつある。

「現時点の骨子」から抜粋（骨子p11 重点課題2-4②）

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。

医療・介護関係職種の連携自体はより進めるべきであるが、今回の議論の展開は、やや性急である。その理由は以下のとおりである。

第一に、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）等を含めた評価が行われるようになった。また、介護報酬もこれに沿って、退院退所加算が新設された。まず現在の算定状況の検証を行うべきであり、あらたな評価を創設することには賛成できない。

第二に、介護保険との整合性がとれていない。介護保険サービスは、要介護認定を受けた上で、患者が選択したケアマネージャーが立てた計画にもとづいて給付される。退院見込みがあっても要介護認定以前は、担当ケアマネージャーは決定しておらず、このまま進めるとケアマネージャー、介護計画を患者に押し付けることになる。ケアマネージャー等が「指導」を行うという考え方も違和感がある。

第三に、医療現場の実態にそぐわない。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。

2009年4月の介護報酬改定において、新しい要介護認定がスタートしたが、多くの問題点が指摘され、「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で要介護認定の見直しが行われてきた。今後、2012年の診療報酬および介護報酬同時改定にむけ、一体的に議論する会議が新設される見通しである。

医療、介護連携のありかたは、こういった議論を踏まえて検討していくべきである。

介護関係職種の評価は、ひいては介護事業所の評価を行うものである。介護事業所には多くの営利法人が参入しているが、問題がある事業所もあることを指摘しておく。2007年度に改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた事業所の8割以上は会社立であった（図 3.5.1）。

逆に、このような中、あえて介護関係職種の評価を進める背景には、市場開放圧力があり、将来的には公的保険範囲の縮小につながるのではないかと危惧される。

図 3.5.1 改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた介護サービス事業所

