

2011年10月12日

定例記者会見

不合理な診療報酬項目の見直しについて

社団法人 日本医師会

1. これまでの経緯

日本医師会は、被災地の復興に全身全霊を捧げるべきとの思いから、5月19日、当時の細川厚生労働大臣に対し、以下のとおり、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての申し入れを行なった。

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての 日本医師会の申し入れ（要請）

1. 2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること。
2. 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること。
3. 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行なうこと。
4. 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうこと。
5. 必要な医療制度改革は別途行なうこと。

2 . 日本医師会の基本方針

(1) 不合理な診療報酬項目の見直しにむけての基本方針

日本医師会は、5月19日、当時の細川厚生労働大臣への申し入れの際、不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうことを求めたが、以下、あらためて、基本方針を示す。

前回の診療報酬改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療がまさに危機的状態に瀕していることから、診療所、中小病院に係る診療報酬上の不合理を重点的に是正する。

被災地では、患者、医療従事者が大きく移動しており、人員配置基準を満たせなくなっている医療機関が少なくない。また、その影響は全国に波及している。当面の間、人員や施設に関する基準の緩和を実施し、今回改定では、施設基準等を要件とする新たな診療報酬項目は創設しない。

(2) 必要な医療制度改革について

医療提供体制上に生じている歪みを是正するための機能の見直し（たとえば地域医療支援病院や特定機能病院のあり方の見直し）を行なう。一方で、被災地をはじめとする医療現場の混乱を避けるため、医療制度改革につながる新たな診療報酬の創設は行なわない。

3. 日本医師会として是正を求める不合理な診療報酬項目候補（案）

日本医師会は、地域ブロックからの意見、社会保険診療報酬検討委員会からの意見、基本診療料のあり方に関するプロジェクト委員会および医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会の議論 - などをもとに、不合理な診療報酬項目の見直しについて検討を進めてきた。

そのうち、特に緊急性、重要性が高い項目を以下のとおり整理した。

診療報酬是正の要望（主な重点項目）

*2011年10月12日までのものであり、今後の検討によって修正することがある。

（初・再診料）

再診料および地域医療貢献加算の見直し

再診料は、地域医療を支える診療所、中小病院にとって、重要な原資である。地域医療崩壊を食い止めるため、診療所、中小病院の再診料の水準を、以前の診療所の水準に戻し、さらに最低でも、前回改定における入院医療費改定率相当の引き上げを求める。

また、すべての医療機関が地域医療に貢献していることは、今回の東日本大震災において、多くの医療機関、医療従事者が被災地の地域医療を支援したことから、明らかである。こうした医療機関本来の役割を評価すべく、地域医療貢献加算（診療所のみ対象）の要件をわかりやすく見直し、地域住民、患者のもっとも身近な存在である診療所をしっかりと支えていくよう強く求める。

同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価

再診で複数科を受診した場合、2つ目以降の診療科では再診料を算定できない。しかし、それぞれの専門診療科の医師が他科の医師と連携を図りつつ、個別の技術特性を活かした診察を行なっているため、それぞれ適切に評価すべきである。

(入院料等)

入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの見直し

出来高病棟に入院している患者が他医療機関を受診した際、入院医療機関(入院元)で入院料から3割(包括病棟の場合7割)が控除され、かつ、包括病棟入院の場合には、他医療機関(受診先)で、たとえば投薬については当日1日分しか算定できない。入院元、受診先のそれぞれの医療機関で責任を持って診療行為を行なっていることから、それぞれ適切に評価すべきである。

有床診療所の入院基本料の引き上げ

有床診療所の入院基本料は、介護施設と比べても著しく低い。医師や看護職員が医学的管理を行ない、介護施設よりも密度の濃い医療を提供しながら、介護施設よりも評価が低いことは不合理であるため、その是正を求める。

療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ

療養病棟入院基本料の医療区分2において、複数の疾患・状態が合併しても、単独の疾患・状態と同じ評価であることは不合理である。複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価を引き上げることを要望する。

療養病棟入院基本料における認知機能障害加算の再評価

平成 18(2006)年度改定で創設された認知機能障害加算は、平成 20(2008)年度改定で廃止された。しかし、認知症対策は国民的最重要課題のひとつである。その専門的ケアを適切な水準で再評価することを要望する。

療養病棟入院基本料の医療区分 1 の評価の見直し

療養病棟入院基本料の医療区分 1 は、医療区分 2・3 に比べて大幅に評価が低く、慢性期入院医療の包括評価調査分科会も、医療区分 1 に関し、「診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されている」¹と指摘しているところである。医療区分 1 における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げることを要望する。

夜勤 72 時間ルールの緩和

看護職員不足のため、夜勤要員の確保は困難をきわめており、これが地域医療の崩壊に拍車をかけている。看護職員の確保、医療および看護の質の確保のために、夜勤を行なう看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数を 72 時間以下とする要件等を大幅に緩和することを要望する。

一般病棟入院基本料 15 対 1 の引き上げ

地方の医療機関には 15 対 1 の病院が少なくないが、特に不採算地区の 15 対 1 病院はその 8 割が救急告示病院であるなど、地域医療における重要な役割を担っている。前回改定では、医療経済実態調査にもとづき一般病棟入院基本料 15 対 1 が引き下げられた。しかし、当時の医療経済実態調査はその手法に課題もあった上、日本医師会が国公立病院という同じカテゴリであらためて分析したところ、15 対 1 病院の赤字幅がもっとも大きかった²。地域医療

¹ 診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について 中間報告書」2007 年 3 月 28 日、中医協診療報酬基本問題小委員会

² 日医総研「地方の中小病院の現状について - 入院基本料 15 対 1 に注目した分析 - (自治体病院の例)」2011 年 6 月、日医総研ワーキングペーパーNo.235

再生のために、一般病棟入院基本料 15 対 1 を最低でも改定前の水準に戻すことが必要である。

(医学管理等)

特定疾患療養管理料における病床区分の見直し

一般病床数 200 床未満の病院は、再診料は 69 点で統一されている。しかし、特定疾患療養管理料は「許可」病床 100 床以上、100 床未満で点数格差がある。特定疾患療養管理料の病床区分を一般病床数に改め、かつ点数を統一することを要望する。

(在宅医療)

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院とそれ以外の在宅点数格差是正

在宅医療は在宅診療等のみならず、在宅診療以外の診療所や地域に密着した中小病院によっても維持されており、在宅診療等の厳しい施設基準を充足できない地域の診療所や病院もほぼ 24 時間態勢で診療している。在宅診療等以外も、在宅診療等と同じように在宅医療を行なっている場合には、同様の評価をすべきである。

在宅ターミナルケア加算の見直し

在宅診療以外で手厚いターミナルケアを行なっても、在宅死からの時間要件が厳しいため、現実的に算定することが困難である。在宅診療以外については、24 時間対応の医療機関と連携していることを届け出た上で、要件を緩和するとともに、在宅ターミナルケアについて十分に評価することを要望する。

(画像診断)

コンピュータ断層診断の要件の見直し

他医療機関で撮影した CT 及び MRI について診断を行なった場合には、診断する医療機関で初診料を算定する場合にしか、コンピュータ断層診断の算定ができない。他医療機関で撮影した CT 等を読影する場合であっても、初診・再診にかかわらずに評価すべきである。

(投薬)

処方日数の適正化

日本医師会が行なった「長期処方についてのアンケート調査」(2010年12月)では、長期処方が理由で病状が重篤化した深刻な事例も少なくないとの結果が出ている。長期処方(たとえば30日以上)を行なう場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすることを要望する。

以上