

第13回「適切な医療費を考える民主党議員連盟」勉強会 式次第

会 長 柳田 稔
事務局長 梅村 聡

I 開会挨拶

II 診療報酬改定について

日本医師会副会長
日本医師会副会長

横倉 義武 先生
中川 俊男 先生

厚生労働省保険局

唐澤 剛 審議官

III 質疑・応答

IV その他

最近の診療報酬改定率(2002～2012年度)

		2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	医療費 (億円)	2012年度	医療費 (億円)
入院	(入院・入院外の区分なし)					+3.03%	急性期 4,000	(入院・入院外の区分なし)	
						+0.31%	その他 400		
入院外							400		
医科		▲1.30%	±0%	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	4,800	+1.55%	4,700
歯科		▲1.30%	±0%	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	600	+1.70%	500
調剤		▲1.30%	±0%	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	300	+0.46%	300
診療報酬本体		▲1.30%	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	5,700	+1.379%	5,500
薬価・材料改定等		▲1.40%	▲1.05%	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲5,000	▲1.375%	▲5,500
診療報酬全体(ネット)		▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	700	+0.004%	0
後発品のある先発品の薬価							▲600	▲0.9% ^{※)}	▲250

※)後発品のある先発品に対する薬価ベース

2012年度診療報酬改定に対する 日本医師会の要望 —再診料について—

民主党・適切な医療費を考える議員連盟
第13回勉強会

2012年2月1日
社団法人 日本医師会

日本医師会の要望—再診料について—

前回2010年度改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療はいまだ危機に瀕している。日本医師会は、診療所、中小病院に係る診療上の不合理を徹底的に是正することを要望する。

最重点項目は、診療所、中小病院の再診料の見直しである。診療所、中小病院の再診料の水準を前回改定前の診療所の水準に戻し、さらに今回のプラス改定の中で適正に評価されることを要望する。

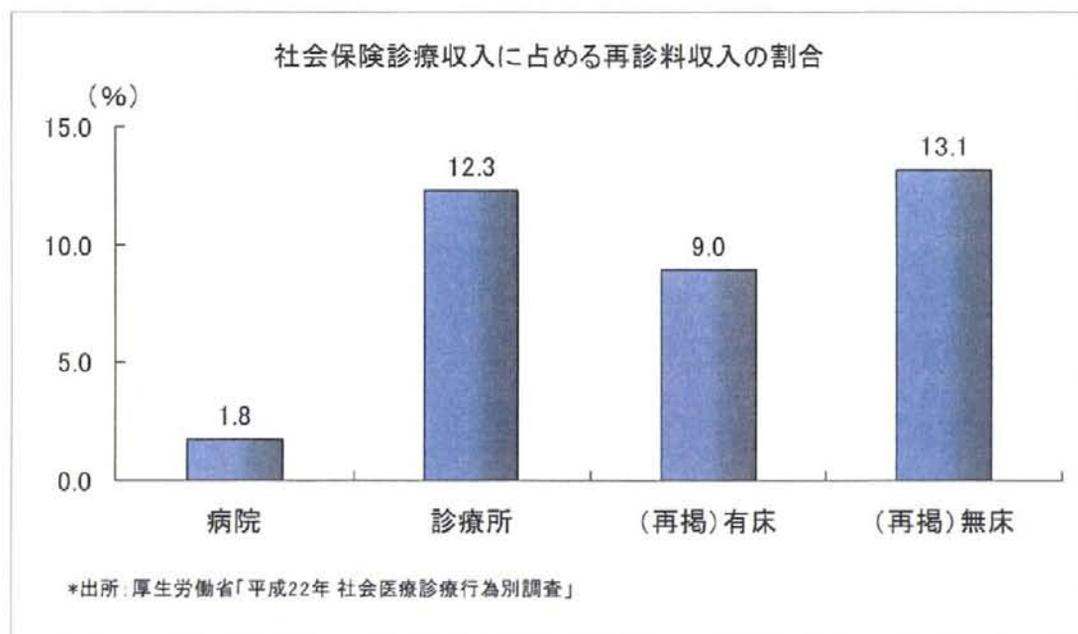
前回(2010年度)改定における再診料の引き下げ

これまで病院は入院、診療所は外来という役割分担の下、診療所の主たる財源である再診料が病院(200床未満)の再診料よりも高く設定されてきた。前回(2010年度)改定前の再診料は、診療所71点、病院60点である。

これに対し、「患者にとって病院と診療所の再診料が異なることはわかりにくい」との指摘があった。中医協1号側(診療側)委員は、病院を引き上げて再診料を統一することに異論はないとしたが、前回診療報酬改定が10年ぶりのプラス改定であった中、診療所の再診料は**明確な理由なく**引き下げられ、再診料69点で統一された。

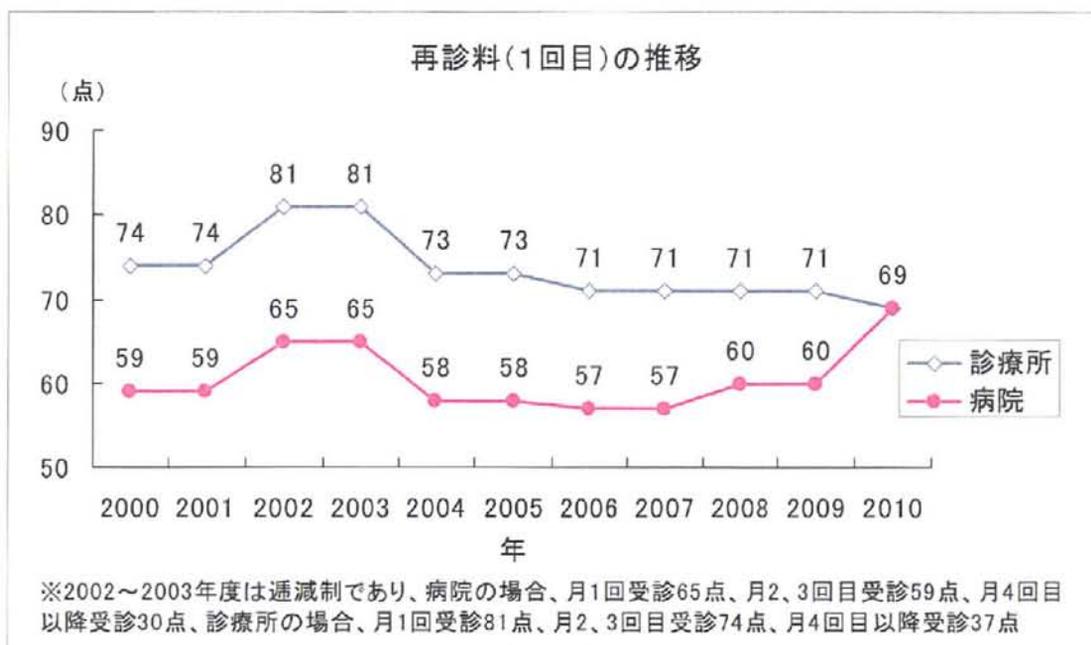
再診料の重み

再診料は診療所収入の12.3%を占めており、診療所にとっては、初診料と並んで、もっとも重要な経営原資のひとつである。



再診料(1回目)の推移

診療所の再診料は最も高かった時に比べて、12点(約15%)下がっており、診療所の存続をおびやかしている。



社団法人 日本医師会

4

再診料の引き上げを

1. 診療所の医師は、病院勤務時代に身につけた高度な医療技術をもって診療しており、病院勤務医の負担軽減にも寄与している。このことは中医協2号側(支払側)委員も理解を示している。
2. 診療所の再診料は前回プラス改定の中、明確な理由なく引き下げられた。前回につづき2回連続プラス改定になった今回、再診料を戻さないことのほうが理由が通らない。
3. 今回改定における重点課題のひとつは「地域生活を支える在宅医療等」の充実である。まさに診療所は、日々の診療で地域医療を支えている。診療所の主たる原資である再診料を評価することこそ、今回改定の重点課題に応えることになる。



再診料は71点に戻し、さらに今回改定に見合った評価を

社団法人 日本医師会

5

日本医師会として是正を求める
不合理な診療報酬項目

民主党・適切な医療費を考える議員連盟
第13回勉強会

2012年2月1日

社団法人 日本医師会

1. 再診料・外来管理加算の検証

再診料

前回改定で、再診料は診療所では 71 点から 69 点に引き下げ、病院では 60 点から 69 点に引き上げて統一された。

これまで病院は入院、診療所は外来という役割分担の下、診療所では主たる財源である再診料が病院よりも高く設定されてきた。この役割分担の方向性は、社会保障国民会議でも踏襲されている。診療所の外来診療を高く評価することこそ、本来の姿である。

外来管理加算

前回改定で、外来管理加算のいわゆる 5 分ルール¹を廃止した一方、簡単な症状の確認等を行ったのみの継続処方については、外来管理加算を算定できない取り扱いとした。厚生労働省は、算定回数が約 120 億円相当増加するとしたが、実際には算定回数は減少した。

以上のように、外来管理加算の算定回数増加分が過大に見積もられており、そのため、再診料など他の外来財源がきびしく抑制された。日本医師会は、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行なうことを求める。

¹ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体観察を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

- 1 問診し、患者の訴えを総括する。
- 2 身体観察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
- 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。
- 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

上記に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね 5 分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診療開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

2. 不合理な診療報酬項目

日本医師会は、①地域ブロックからの意見、②社会保険診療報酬検討委員会からの意見、③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。

不合理な診療報酬項目の見直しについて

<p>① 再診料および地域医療貢献加算の見直し</p> <p>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、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すよう強く求める。</p> <p><small>※2010年度医科入院改定率+3.03%(約4,400億円)</small></p>
<p>② 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価</p> <p>再診で複数科受診時、それぞれの診療科を適切に評価すべきである。</p>
<p>③ 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの見直し</p> <p>入院元、受診先のそれぞれの医療機関は責任を持って診療行為を行っており、それぞれ適切に評価すべきである。</p>
<p>④ 有床診療所の入院基本料の引き上げ</p> <p>医師や看護職員が医学的管理を行ない、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り、是正を求める。</p>
<p>⑤ 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</p> <p>複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価の引き上げを要望する。</p>
<p>⑥ 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</p> <p>認知症対策は国民的最重要課題のひとつであり、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。</p>
<p>⑦ 療養病棟入院基本料の医療区分1の評価の見直し</p> <p>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。</p>
<p>⑧ 夜勤72時間ルールの緩和</p> <p>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時間以下とする要件等を大幅に緩和することを要望する。</p>
<p>⑨ 一般病棟入院基本料15対1の引き上げ</p> <p>地域医療再生のために、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。</p>
<p>⑩ 特定疾患療養管理料における病床区分の見直し</p> <p>特定疾患療養管理料の病床区分を一般病床数に改め、点数の統一を要望する。</p>
<p>⑪ 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</p> <p>在支診等以外も、在支診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。</p>
<p>⑫ 在宅ターミナルケア加算の見直し</p> <p>在支診以外については、24時間対応の医療機関との連携を届け出た上で、要件を緩和し、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。</p>
<p>⑬ コンピュータ断層診断の要件の見直し</p> <p>他医療機関撮影のCT等の読影は、初診・再診に関わらず評価すべきである。</p>
<p>⑭ 処方日数の適正化</p> <p>長期処方(たとえば30日以上)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。</p>

民主党 幹事長
興石 東 殿

「民主党・適切な医療費を考える議員連盟」の決議（案）

～2012年度診療報酬改定に向けて～

2012年4月、民主党政権として2回目の診療報酬改定を迎える。民主党政権インデックス2009での記載「総医療費対GDP（国内総生産）比を経済協力開発機構（OECD）加盟国平均まで今後引き上げていきます。」、民主党マニフェスト2010での記載「診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます。」にもとづき、政府・与党は2010年度診療報酬改定ではネットで+0.19%（診療報酬本体で+1.55%）、2012年度診療報酬改定ではネットで+0.004%（診療報酬本体で1.379%）と2回連続のプラス改定を実現した。このことは1996年以降では初めてのことであり、「医療崩壊阻止」に向けた民主党政権の決意の表れである。今後、地域医療の立て直しに向けて、これらの財源を適切に配分することが重要であり、そのことを実現するために「適切な医療費を考える議員連盟」として以下、決議する。

(1) 2010 年度診療報酬改定において十分な手当てがなされなかった医療機関（診療所・中小病院）への適切な診療報酬の配分を求める。特に「医療崩壊」が著しい地方における医療機関への配分は重点的になされるべきである。

(2) 「社会保障・税の一体改革」の方向性に合致した「在宅医療の推進」「医療と介護の連携強化」等に貢献する医療機関には、実質的に意味がある診療報酬上の評価を行うべきである。

(3) 既存の有用な医療施設が安定的に経営されることにより、日本全体として適切な医療提供体制が構築されるような診療報酬体系を目指すべきである。例えば、有床診療所が経営的に安定し、手術や救急医療、慢性期医療、終末期医療、リハビリテーション、在宅医療等を担うことは、より少ない医療費で効率的な医療提供につながることを期待できる。

(4) 地域医療の再生に向けて、診療報酬において必要な評価を行うことは重要だが、その算定要件等は医療現場の実態に即したものにすべきである。

(5) 医療従事者の「診断料」「技術料」のあるべき水準が適切に反映された診療報酬点数の設定が行われるべきである。そのためには初・再診料をはじめとする基本診療料の充実が必要である。

2012 年 2 月 1 日

民主党・適切な医療費を考える議員連盟 会長 柳田 稔