

2010年1月27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)」に対する日本医師会の見解(第2報)

社団法人 日本医師会

目次

1. 診療報酬改定財源について(再確認) .....	2
2. 再診料および外来管理加算について .....	4
3. トリアージの問題点について .....	6
4. 医療・介護関係職種連携について .....	7
5. デジタル映像化処理加算について .....	9

## 1. 診療報酬改定財源について（再確認）

医科本体の改定率にもとづく影響額(医療費ベース)は、急性期入院医療 4,000 億円、その他の入院医療 400 億円、外来医療 400 億円である(図 1.1)。

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考える。

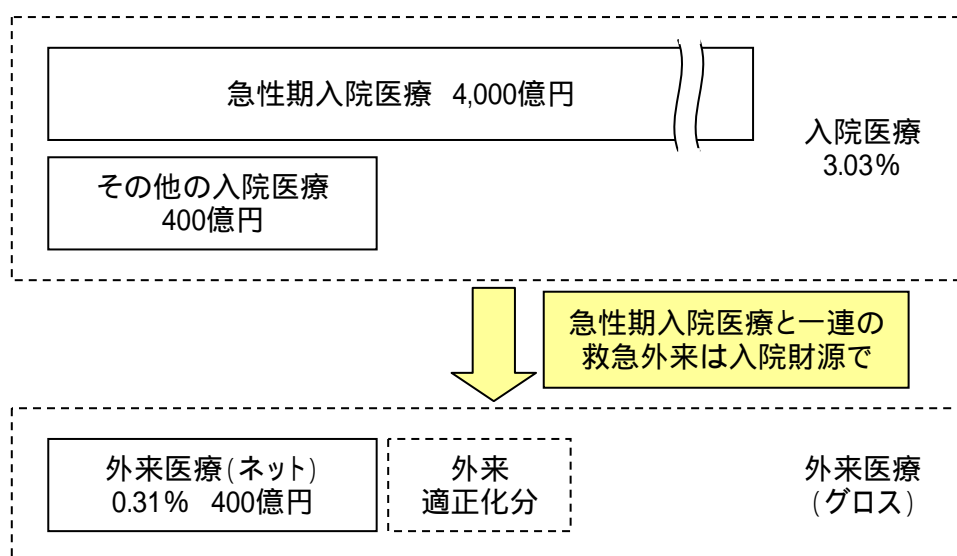
第三に、特に外来については限られた財源であり、評価(引き上げ)項目は慎重に決定するよう要望する。

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 1-2(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考える。

図 1.1 医科改定財源についての考え方(イメージ)



## 2. 再診料および外来管理加算について

日本医師会は、1月13日、1月21日の定例記者会見においても、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と主張した。

前回の2008(平成20)年度改定では、診療所から病院へ400億円強の財源移譲が行われた(図2.1)。

今回の改定率は、入院+3.03%、外来+0.31%である。これは、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<sup>1</sup>、診療所はすでに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。診療所再診料の引き下げなど、これ以上の診療所財源からの移譲は断じて認められない。

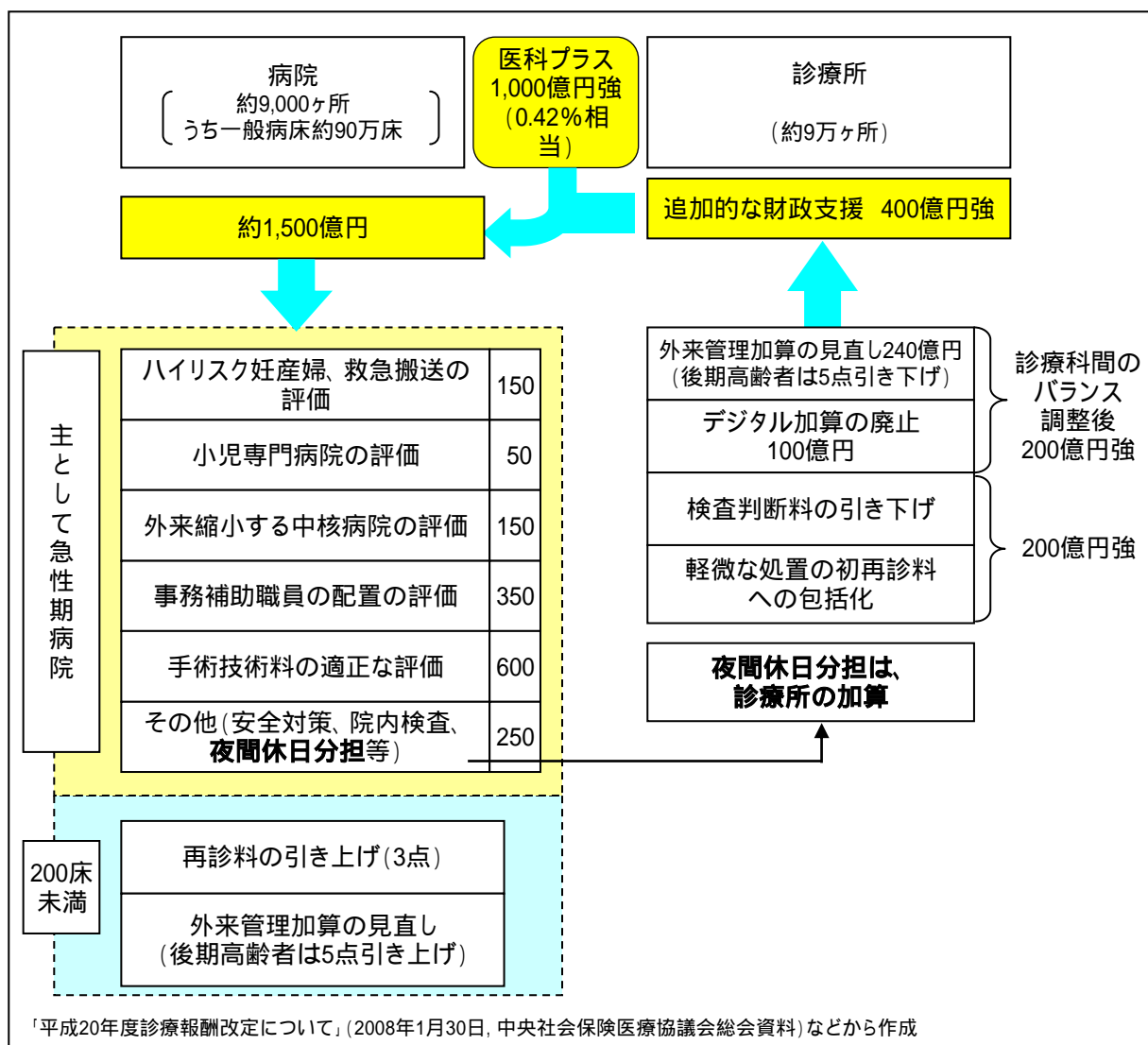
外来管理加算については、日本医師会は5分要件の廃止を主張している。第一に、診療行為を妨げるものであり、第二に、現在の政権与党の公約でもある。また1月15日の中医協総会では、診療側委員が、未受診投薬を算定不可とすることで、財政的影響はないとの見通しを示している。

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。

---

<sup>1</sup> 厚生労働省「平成20年 社会医療診療行為別調査」

図 2.1 2008 年診療報酬改定における医科本体の内訳



### 3. トリアージの問題点について

2010年1月21日の日本医師会定例記者会見において、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」と述べたが、あらためて反対意見を表明する。

#### 「現時点の骨子」から抜粋

(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組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

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<sup>2</sup>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。

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。

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

<sup>2</sup> 日本救急医学会 <http://www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/1022.htm>

る診療報酬の一部を負担。

1月22日に公聴会が開催され、1月15日からはパブリックコメントが募集されたが、患者負担が発生することについては、具体的に国民に提示されていない。

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。

また、国民に対してもトリアージについて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。

#### 4. 医療・介護関係職種の連携について

2010年1月21日の日本医師会定例記者会見においても、「介護との連携の重要性は理解できるが、『退院時共同指導料2』があるにもかかわらず、一職種を限定的に評価することには反対である」と述べた。今回、あらためて反対意見を以下に示す。

##### 「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

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、介護報酬もこれにそって、退院退所加算が新設された。この進捗状況の検証を行わずして、拙速に、あらたな評価を創設することには賛成できない。

第二に、コンセプトが曖昧であり定義がはっきりしていない。介護保険サービスは、要介護認定を受けた上で、ケアマネージャーの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いない。「骨子」にあるケアマネージャーが何をさすのか、また、「退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者」とは、何をもって定義づけるのか不明である。

第三に、医療現場の実態にそぐわない。居宅介護支援事業所のケアマネージャーが居宅サービス計画を作成する場合、運営基準等(省令及び解釈通知)上、特に新規や更新認定、変更認定の場合には、やむを得ない場合を除き、サービス担当者会議を開催し、意見を聞くことが必要であると明記されている。

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。

さらには、2009年4月の介護報酬改定と同時に、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」によって要介護認定の見直しが行われてきた経緯がある。2010年1月12日の厚生労働政務三役会議後の会見で、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1つの会議体を新設することが表明された<sup>3</sup>。

こういった議論を踏まえて、医療保険、介護保険の整合性をとりつつ、より適切に介護保険サービスにつながる仕組みを検討すべきであり、拙速に、新たな評価を行うべきではない。

---

<sup>3</sup> メディファクス 2010年1月13日 5797号



## 5. デジタル映像化処理加算について

デジタル映像化処理加算は、1988年に画像のデジタル化を目的に導入された点数である。

2008(平成20)年度の診療報酬改定では、デジタル化率が70%を超えたことから、今後はフィルムレスを評価すべき<sup>4</sup>として、フィルムレスの電子画像管理加算を新設し、デジタル映像化処理加算の廃止が決まった。ただし、2009(平成21)年度末の経過措置として、統一された診療報酬が残された。

診療報酬改定直後の2008年6月のデータではあるが、この時点で、デジタル映像化処理加算は417.5万回(57.9%)残っており、フィルムレスの電子画像管理加算は303.5万回(42.1%)と半分も移行が進んでいない(表5.1)。

さらに、その後のデータは示されていないので、移行が進んだかどうか判断できない。厚生労働省には、最新のデータでの見込み額を提示し、その上で、経過措置への対応を議論することを求めたい。

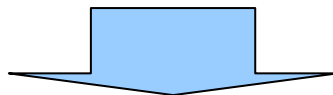
---

<sup>4</sup> 「画像診断の評価について」2007年10月31日、中医協・診療報酬基本問題小委員会資料

表 5.1 デジタル映像化処理加算等の算定状況

2007年6月

	点数	回数(万件/月)
単純撮影 デジタル映像化処理 加算	60	726.2
特殊撮影 デジタル映像化処理 加算	64	0.4
造影剤使用撮影 デジタル映像化処理 加算	72	11.4
乳房撮影 デジタル映像化処理 加算	60	6.3
合計	-	744.3



2008年6月

	点数	回数(万件/月)
単純撮影 デジタル映像化処理 加算	15	407.9
特殊撮影 デジタル映像化処理 加算		0.4
造影剤使用撮影 デジタル映像化処理 加算		5.0
乳房撮影 デジタル映像化処理 加算		4.2
合計	-	417.5

	点数	回数(万件/月)
単純撮影 電子画像管理 加算	60	294.6
特殊撮影 電子画像管理 加算	64	0.3
造影剤使用撮影 電子画像管理 加算	72	5.6
乳房撮影 電子画像管理 加算	60	3.0
合計	-	303.5

\*出所:厚生労働省「社会医療診療行為別調査」