

福岡県医発第1990号(保)
平成16年 2月13日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 関 原 敬次郎



日本医師会社会保険診療報酬検討委員会「答申」について

標記答申書が、別添のとおり日本医師会より送付してまいりましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明



平成16年1月30日

都道府県医師会

社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

青 井 禮 子



社会保険診療報酬検討委員会「答申書」の送付について

今般、社会保険診療報酬検討委員会(秦喜八郎委員長(宮崎県医師会長))におきまして、「答申書」をとりまとめいただきましたので、ご参考までにお送り申し上げます。

平成14・15年度の標記委員会は、平成14年6月26日に開催されました第1回委員会において、坪井会長より諮問のあった「診療報酬改定の影響とその対応」に沿って、11回に及ぶ熱心な検討を重ねていただきました。

この間、平成14年診療報酬改定に関して、不合理点・矛盾点等の指摘や、月内逋減制の廃止および減算方式の廃止を求める「緊急要望書」の提出をいただきました。また、平成16年診療報酬改定に対しては、ブロック、医会、団体等による「診療報酬改定検討ネットワーク」の構築ならびに「要望書」のとりまとめをしていただきました。

これを受けまして、日医執行部として再診料の月内逋減制の撤廃や手術の施設基準の緩和等を実現させました。さらに、現在、平成16年診療報酬改定につきましては、平成14年改定の不合理点等の見直しを中心に、本委員会の意向に沿うよう鋭意努力している状況であります。

なお、すでに意見具申いただいております上記資料につきましては、後日一括して冊子をお送りすべく準備しておりますことを申し添えます。

(添付資料)

1. 社会保険診療報酬検討委員会「答申」

— 診療報酬改定の影響とその対応 — (平成15年12月)



社会保険診療報酬検討委員会

答 申

－診療報酬改定の影響とその対応－

平成15年12月

日 本 医 師 会
社会保険診療報酬検討委員会

平成15年12月10日

日本医師会長

坪井 栄孝 殿

社会保険診療報酬検討委員会

委員長 秦 喜八郎

答 申

本委員会は、平成14年6月26日に開催されました第1回委員会において、貴職より諮問のありました「診療報酬改定の影響とその対応」に沿って鋭意検討を重ね、今般、その結果を以下のとおりまとめましたので、ここに答申いたします。

社会保険診療報酬検討委員会

委員長	秦 喜八郎	委員	土 岐 尚 親
副委員長	大 隈 義 彦	委員	長 瀬 輝 誼
副委員長	内 藤 哲 夫	委員	奈良橋 喜 成
委員	安 達 秀 樹	委員	難 波 俊 司
委員	功 刀 融	委員	藤 野 圭 司
委員	栗 山 康 介	委員	藤 原 淳
委員	近 藤 稔	委員	三 宅 直 樹
委員	佐々木 繁	委員	向 井 章
委員	鈴 木 理 文	委員	村 上 秀 一
委員	妹 尾 淑 郎	委員	安 田 正
委員	竹 中 秀 裕	委員	吉 田 英 機

目 次

I. はじめに	1
II. 診療報酬改定の影響	
1. 日医レセプト調査で読み取れるもの	2
(1) 受診抑制について.....	3
(2) 合意されたマイナス改定幅の範囲か.....	4
(3) 病院、診療所に与えた影響	5
(4) 各診療科（診療所）に与えた影響	6
〈追加：第三次レセプト調査結果について〉	8
2. 厚生労働省の「平成14年度医療費動向」から読み取れるもの	10
3. 主な改定内容項目についての分析	
(1) 再診料の月内逓減制導入	12
(2) 老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）の廃止と生活習慣病指導管理料	13
(3) 長期入院に対する特定療養費導入	15
(4) 手術への施設基準の導入	15
(5) 減算方式の拡大	16
(6) 小児医療の充実	16

4.	診療報酬体系および医療提供体制から見たいくつかの問題点	
(1)	医師の技術評価とプロフェッショナル・フリーダムの 観点から.....	17
(2)	患者の立場から見た改定・フリーアクセスに対する影響	18
(3)	中小病院・有床診療所への影響と今後.....	20
Ⅲ.	医業経営に与える影響とその対応	21
Ⅳ.	改定の具体的項目に対する対応.....	22
V.	おわりに	23
◎	具体的提言事項	25

『診療報酬改定の影響とその対応』

I. はじめに

平成14年診療報酬改定は、史上初めての診療報酬本体のマイナス改定であり、病院、診療所を問わず甚大な影響を与えた。特に中小病院、診療所への影響は予想以上のものである。今回の改定は、医療費全体ではマイナス2.7%の改定で、本体部分は1.3%の引き下げということであった。伝えられている引き下げ過程は、まず「診療報酬の合理化」で約2.5%の引き下げを行い、

「医療の質の向上の評価」という観点から1.2%の引き上げがなされ、薬価を1.3%、材料価格を0.1%と引き下げ、最終的にマイナス2.7%に辻褃合わせされたという。そうした過程から言えば、当初よりマイナス2.7%を大きく下回ることは容易に想定できたと思える。事実、「医療の質の向上の評価」とする算定要件を満たすためのハードルは中小病院においては極めて厳しく、これが医業収益の落ち込みに繋がったものと考えられる。

また、診療所減収の要因は、再診料の月内逓減制の導入、投薬期間制限の原則撤廃があげられるが、これは中小病院にも同様に影響している。

さて、今回、日医レセプト調査や厚生労働省発表データなどの特徴は、平成14年4月当初からの受診の手控えである。診療報酬改定の直接的影響に加え、“医療制度改革”の名のもとに患者負担増、つまり、被用者保険3割負担や一定以上の所得のある老人への2割負担導入などの制度改正に伴う負担増という情報が早くから流され、その「アナウンス効果」が患者の受診抑制に繋がったと推測される。加えて、平成14年10月から

施行された老人完全定率負担および老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）廃止は内科系診療所に大きな影響をもたらした。

さらには、平成15年4月からの制度改正は、直接的に受診抑制に追い打ちをかけ、同年4月～6月実施の日医レセプト調査では入院外において昨年4月～6月に続く主要3要素（総点数・総件数・総日数）の大幅なダウンが報告されている。

いずれにせよ、今回の改定は、入院、外来とも老人をターゲットにした医療費削減の傾向が強く、それに主として携わっていた中小病院、診療所に影響が強く出たものである。その上、健保法等の一連の制度改正により、国民、患者に負担増をもたらす形での受診抑制が起こり、これが予測以上の医療費抑制に繋がり、医業経営にも重大な影響を及ぼした。こうした受診抑制によって、疾病の重症化を引き起こすことが懸念され、また、疾病被害だけでなく、逆に医療費増にもなりかねないことが危惧される。

Ⅱ．診療報酬改定の影響

1．日医レセプト調査で読み取れるもの

注：日医レセプト調査は、平成14年4月～6月および10月～12月実施分について分析した。この2つの調査は前者は平成14年改定の影響を、後者は制度改正と改定（平成14年10月以降実施項目）の影響を主として見たものであるが、両者を明確に区別せず比較検討した。なお、本答申では、総点数＝医療費、総件数＝患者数、総日数＝延べ患者数を指す。

（以下に示す％は対前年同期比であり、マイナスの場合は数字の前に△と記した。）

(1) 受診抑制について

日医レセプト調査を見ると、4月～6月、10月～12月について、総件数△2.13%、△2.48%、総日数は△3.81%、△5.34%であった。このことは月内初診より、月内再診の抑制により影響があったと言える。

これを一般と老人に分けて見る。

一般では、総件数で各々△4.25%、△3.57%、総日数では△6.24%、△6.03%となっている。一般では月内初診より、月内再診の抑制が見られる。一般の1件当たりの点数（入院外）は△2.86%、△1.77%であった。

また、老人では、総件数では各々+2.98%、△0.02%、総日数では+0.03%、△4.27%となっている。老人の月内初診はほぼ現状維持されているが、10月～12月分の月内再診の抑制が目立つ。この要因として、10月からの定率1割負担の影響が総日数に強く反映していることが考えられる。問題となる老人の月内初診についての影響は軽微であった。老人の1件当たりの点数（入院外）は各々△5.56%、△4.65%と落ち込みが激しい。

		総件数	総日数	1件当たり 点数（入院外）
平成14年 4月～6月	総数	△2.13%	△3.81%	
	一般	△4.25%	△6.24%	△2.86%
	老人	+2.98%	+0.03%	△5.56%
平成14年 10月～12月	総数	△2.48%	△5.34%	
	一般	△3.57%	△6.03%	△1.77%
	老人	△0.02%	△4.27%	△4.65%

（対前年同期比）

(2) 合意されたマイナス改定幅の範囲か

日医レセプト調査で日数の影響を受けない1日当たりの点数を4月～6月、10月～12月について見ると、合計では $\Delta 0.05\%$ 、 $+0.38\%$ 、入院 $+0.37\%$ 、 $+0.87\%$ 、入院外 $\Delta 1.20\%$ 、 $\Delta 2.40\%$ であった。診療報酬改定の影響を直接反映していると言われる1日当たりの点数から判断すると、トータルではいわゆる自然増1%を加味しても、各々 $\Delta 1.05\%$ 、 $\Delta 0.62\%$ ということになり、この減少幅は想定範囲内と言えるが、入院外、即ち、外来を主とする診療所にとって相当厳しい改定と言える。

一方、医業経営に直接関与する総点数で見ると、4月～6月、10月～12月は各々 $\Delta 3.86\%$ 、 $\Delta 4.98\%$ と落ち込みが顕著である（ただし、10月～12月分は前年と比べ0.5日少なく、日数補正が行われていない）。この落ち込みについては、老人定率1割負担による受診抑制（特に再診）、再診料の月内逦減制導入、外総診の廃止、長期投薬の制限緩和、早くからの医療費増のアナウンス効果、経済不況等が影響しているものと考えられる。

		1日当たり 点数	総点数
平成14年 4月～6月	合 計	$\Delta 0.05\%$	$\Delta 3.86\%$
	入 院	$+0.37\%$	
	入院外	$\Delta 1.20\%$	
平成14年 10月～12月	合 計	$+0.38\%$	$\Delta 4.98\%$
	入 院	$+0.87\%$	
	入院外	$\Delta 2.40\%$	

（対前年同期比）

診療報酬単価の改定とさまざまな要因の加わった総点数（医療費）とは同次元ではないが、今回は総日数減という特異な

現象の中で理解するのが妥当である。つまり、厚生労働省はいわゆる長瀬効果*を織り込んで改定できる立場であり、参議院質疑の中でその財政効果についても公式に認めている。そうした点から言っても、これまで判明している調査結果は医療費マイナス 2.7%の合意された改定幅を大きく逸脱しており、再改定は当然の要求である。

※ 統計技師（旧厚生省）であった長瀬恒蔵氏が、医療保険の給付率の変化で医療費水準が変わることを指摘したもの（自著：傷病統計論、1935年）で、これを一般に「長瀬効果」と呼んでいる。制度改正時の財源試算の有力な手法として現在でも使用されている。例えば、患者負担を3割に引き上げると、負担ゼロの時に比べると医療費を4割下げる効果がある。2割負担の医療費削減効果は29%程度だが、3割負担にすると41%まで効果が増大する。

（３）病院、診療所に与えた影響

入院、入院外で見ると、4月～6月、10月～12月について、入院で総件数△1.39%、△2.07%、総日数△2.47%、△2.57%、入院外で総件数△2.15%、△2.49%、総日数△4.15%、△6.19%であった。この結果、入院外の総日数減が目立っており、月内再診抑制という形で影響が出ていると見られる。

		総件数	総日数
平成 14 年 4 月～6 月	入 院	△1.39%	△2.47%
	入院外	△2.15%	△4.15%
平成 14 年 10 月～12 月	入 院	△2.07%	△2.57%
	入院外	△2.49%	△6.19%

（対前年同期比）

これを病院と診療所について分けて見る。

まず、病院では4月～6月、10月～12月について総件数（入院△1.30%、△0.74%、入院外△0.92%、△3.63%）、総日数（入院△2.35%、△2.39%、入院外△2.95%、△8.13%）であった。病院では、特に10月以降の入院外受診抑制が色濃く

出ている。これは病院規模別で見ても大差はない。また、総点数は入院△1.84%、△1.44%、入院外△3.64%、△7.43%であった。入院外医療費は入院の約半分のシェアであるが、病院においても落ち込みが厳しい。

病 院		総件数	総日数	総点数
平成 14 年 4 月～6 月	入 院	△1.30%	△2.35%	△1.84%
	入院外	△0.92%	△2.95%	△3.64%
平成 14 年 10 月～12 月	入 院	△0.74%	△2.39%	△1.44%
	入院外	△3.63%	△8.13%	△7.43%

(対前年同期比)

診療所では4月～6月、10月～12月について見ると、総件数（入院△2.07%、△14.42%、入院外△2.77%、△1.57%）、総日数（入院△3.73%、△4.98%、入院外△4.65%、△4.89%）であった。診療所でも同様に再診が抑制されたことを示している。10月～12月分の診療所入院は△14.42%と下げが強く、この要因についての分析が必要である。総点数については入院△6.86%、△7.94%、入院外△6.30%、△9.43%といずれも病院を上回る顕著な落ち込みを示した。

診療所		総件数	総日数	総点数
平成 14 年 4 月～6 月	入 院	△2.07%	△3.73%	△6.86%
	入院外	△2.77%	△4.65%	△6.30%
平成 14 年 10 月～12 月	入 院	△14.42%	△4.98%	△7.94%
	入院外	△1.57%	△4.89%	△9.43%

(対前年同期比)

(4) 各診療科（診療所）に与えた影響

診療所入院外に焦点を当てて見る。

まず、4月～6月、10月～12月の総点数は△6.30%、△9.43%、総件数△2.77%、△1.57%、総日数△4.65%、△4.89%であった。

診療所（入院外）	総件数	総日数	総点数
平成 14 年 4 月～6 月	△ 2.77%	△ 4.65%	△ 6.30%
平成 14 年 10 月～12 月	△ 1.57%	△ 4.89%	△ 9.43%

（対前年同期比）

診療所を主たる診療科別に見ると、1 日当たりの点数では内科△0.59%、△5.17%、外科△2.99%、△5.85%、整形外科△6.37%、△7.51%、眼科△1.51%、△5.83%、皮膚科△2.38%、△3.51%、泌尿器科（人工透析を含む）△5.32%、△3.53%である。また、1 件当たりの点数では内科△3.16%、△9.29%、外科△5.01%、△9.78%、整形外科△6.52%、△9.50%、眼科△3.64%、△5.11%、皮膚科△5.23%、△6.66%、泌尿器科（人工透析を含む）△5.47%、△7.39%であった。いずれの診療科も落ち込みが極めて大きい。特記すべきは内科の10月～12月分での1日当たり点数および1件当たり点数の激減である。これは外総診の有無で見た診療所老人の入院外の指標でも明確に表れており、「外総診あり」では各々△19.41%、△23.22%、「外総診なし」では各々△5.34%、△11.85%であり、内科、特に老人で外総診の廃止の影響が端的に表れている。

診療所（入院外）	診療科目	1 日当たり 点数	1 件当たり 点数
平成 14 年 4 月～6 月	内 科	△ 0.59%	△ 3.16%
	外 科	△ 2.99%	△ 5.01%
	整形外科	△ 6.37%	△ 6.52%
	眼 科	△ 1.51%	△ 3.64%
	皮膚科	△ 2.38%	△ 5.23%
	泌尿器科	△ 5.32%	△ 5.47%
平成 14 年 10 月～12 月	内 科	△ 5.17%	△ 9.29%
	外 科	△ 5.85%	△ 9.78%

	整形外科	△7.51%	△9.50%
	眼 科	△5.83%	△5.11%
	皮膚科	△3.51%	△6.66%
	泌尿器科	△3.53%	△7.39%

(対前年同期比)

診療所(入院外)	診療科目	総点数	総件数	総日数
平成14年 10月～12月	総 数	△9.43%	△1.57%	△4.89%
	内 科	△10.09%	△0.89%	△5.19%
	小児科	△2.85%	△0.50%	△2.82%
	精神科	△1.60%	+4.71%	+1.12%
	外 科	△12.36%	△2.86%	△6.92%
	整形外科	△11.80%	△2.54%	△4.63%
	産婦人科	△5.51%	△1.53%	△4.54%
	眼 科	△8.89%	△3.98%	△3.25%
	耳鼻咽喉科	△7.47%	△2.26%	△4.95%
	皮膚科	△9.92%	△3.49%	△6.64%
	泌尿器科	△6.23%	+1.25%	△2.80%
	その他	△9.07%	+1.17%	△4.53%

(対前年同期比)

注：診療所（科別）の主要3要素（総点数、総件数、総日数）は緊急レセプト調査では報告されていない

(追加：第三次レセプト調査結果について)

以上、緊急レセプト調査および第二次レセプト調査の結果から診療報酬改定の影響を述べたが、平成15年8月に第三次レセプト調査（平成15年4月～6月診療分）が日医より発表されたので、追加する形でおおまかな分析をしておく。

この調査は主に平成15年4月実施の被用者保険3割負担導入の影響や平成14年10月実施の診療報酬改定（外総診廃止、入院基本料の減算、平均在院日数要件の短縮等）および老人一

部負担の改正の影響を見たものである。

まず、総点数は対前年同期比（以下の数字は特に断りがないものについては平成14年同期比を表す） $\Delta 0.21\%$ （入院 $+1.96\%$ 、入院外 $\Delta 2.73\%$ ）とさらに落ち込みが続いている。特に、入院外においてこの傾向は顕著であり、診療所では $\Delta 4.16\%$ もの減少（日数補正は行っていない）を示す。緊急レセプト調査（平成14年4月～6月診療分）では、これが対平成13年同期比 $\Delta 6.30\%$ であったことを考え合せば、診療所においては今回の改定により如何に大きい影響を受けたか明白である。なお、病院においては $+0.95\%$ （入院 $+2.09\%$ 、入院外 $\Delta 1.46\%$ ）で影響は軽微であった。病院規模別では、緊急レセプト調査ほど端的な傾向は認められず、入院は病床規模を問わずプラスとなっており、入院外は500床以上の病院を除いてマイナスであった。

平成15年 4月～6月		診療所	病 院	合 計
総 点 数	入 院	$\Delta 1.40\%$	$+2.09\%$	$+1.96\%$
	入院外	$\Delta 4.16\%$	$\Delta 1.46\%$	$\Delta 2.73\%$
	計	$\Delta 3.93\%$	$+0.95\%$	$\Delta 0.21\%$
総 件 数	入 院	$\Delta 3.32\%$	$+1.00\%$	$+0.65\%$
	入院外	$\Delta 1.34\%$	$\Delta 3.71\%$	$\Delta 2.48\%$
	計	$\Delta 1.35\%$	$\Delta 3.37\%$	$\Delta 2.36\%$
総 日 数	入 院	$\Delta 3.32\%$	$\Delta 1.43\%$	$\Delta 1.55\%$
	入院外	$\Delta 3.82\%$	$\Delta 6.07\%$	$\Delta 4.80\%$
	計	$\Delta 3.80\%$	$\Delta 4.11\%$	$\Delta 3.97\%$

（対前年同期比）

総件数、総日数については、各々 $\Delta 2.36\%$ （入院 $+0.65\%$ 、入院外 $\Delta 2.48\%$ ）、 $\Delta 3.97\%$ （入院 $\Delta 1.55\%$ 、入院外 $\Delta 4.80\%$ ）であり、総点数と乖離した傾向を示し、ほぼ前年度並の大幅な

減少である。これを 1 日当たり点数、1 件当たりの点数で見ると、各々 +3.92%、+2.20% で、前述したように受診抑制の結果、“特異な現象” が起こっていることが見て取れる。特筆すべきは、病院の入院外で総点数は△1.46% に留まっているが、総日数は△6.07% と落ち込みが際立っている（総件数△3.71%）。因みに、診療所は△3.80% である。このことは受診抑制に加え、薬剤の長期投与がさらに進んでいることが窺える。

診療所の診療科別（入院外）に見ると、総点数の減少幅が大きい順に内科△5.68%、外科△5.61%、産婦人科△4.20%、小児科△3.71%、眼科△3.36% で、逆に、精神科+2.92%、泌尿器科（人工透析を含む）+2.76% であった。また、総件数では産婦人科△4.20%、小児科△3.60%、総日数では産婦人科△5.86%、小児科△5.09%、眼科△5.03%、外科△5.00% の落ち込みが目立つ。

また、社保・本人では総点数△5.50%、総件数△6.72%、総日数△9.44% と顕著な減少を示し、被用者保険 3 割負担導入の強い影響が読み取れる。

2. 厚生労働省の「平成 14 年度医療費動向」から読み取れるもの

平成 15 年 8 月 8 日に公表された厚生労働省の平成 14 年度の概算医療費は 30.2 兆円で、対前年度比 0.7% の減少であった。休日数等の影響を補正した医療費伸び率では 0.8% 減となる。医科だけでは△2.1%（診療所△3.5%、病院△1.5%）である。1 人当たり医療費は一般の△1.2% に対して、老人は△3.6% と減少幅が目立つ。これは診療報酬マイナス改定に加え、制度改

正による老人の完全定率負担による影響と考えられる。診療種類別では、入院は $\Delta 0.2\%$ に留まっているが、入院外は $\Delta 3.9\%$ と落ち込みが強い。入院では、中小病院の減少幅が大きく、500床以上では逆に $+0.8\%$ となっている。入院外で特記すべきは高齢者の受診率 $\Delta 1.2\%$ 、1日当たり医療費 $\Delta 5.5\%$ である。診療所1施設当たりの医療費の伸び率は $\Delta 4.4\%$ であるが、病院は $\Delta 1.2\%$ で、診療所の減少幅が著しい。診療所の診療科別では外科が $\Delta 7.3\%$ 、整形外科が $\Delta 7.2\%$ と突出して減少しており、再診料と理学療法・消炎鎮痛等処置の月内逓減制導入の影響と考えられる。

以上の結果は、日医レセプト調査の結果をほぼ裏付けるものである。医療費の伸び率について言及すれば、これが実質マイナスとなったのは、昭和59年にこの調査がはじまって以来初めてという。因みに、平成14年度の医療費を見ると、これは平成13年度の当初予算がベースになる訳で、この時の医療費国庫負担は7兆2,083億円である。平成14年度の厚生労働省の自然増に対する要求額は5,500億円で、2,800億円は診療報酬のマイナス改定や制度改正等によりカットされたが、高齢者人口増として2,700億円は認められている。これは伸び率にすると3.7%である。つまり「マイナス2.7%の診療報酬改定を織り込んでも、3.7%プラス程度の医療費にならないとおかしい」とする指摘がある。国庫負担ベースと概算医療費ベースとは同列に比較はできないにしても、現在の診療報酬改定のあり方・予算編成の手法に大きな疑問を残した。

3. 主な改定内容項目についての分析

(1) 再診料の月内逓減制導入

再診料の月内逓減制は、再診回数の多い医療機関に極めて深刻なダメージを与えた。導入前、行政側は「一概に再診と言っても濃淡があるのではないか」と発言し、日医も当初「初診料も再診料も処方料も一律の引き下げには応じられない」とした結果、マイナス改定の中でのメリハリをつけた選択が再診料の月内逓減制であったと思われる。しかし、受診回数の比較的多い診療科からの見直し要望が強く、1年あまりで廃止となった。理由は①逓減制の目的である受診日数の適正化が図られていない、②一物多価の仕組みであり患者への説明が難しい、③受診日数が多くならざるを得ない疾病もあり診療現場と齟齬が生じることなどであった。②および③の理由は事前に分かっていたはずであり、①については通院回数が多い患者にとって、再診が4回以上になると負担が軽くなる訳であるから、到底受診抑制の理由になるとは考え難い。異例とも言えるこの臨時改定が中医協で合意が得られたのは、あくまで“財政中立”ということに尽きる。

あまりに粗雑な内容と、現場への説明不足からは撤回も余儀なく、日医として自ら、将来の医療のあり方を含めた精緻なルールを新たに考えておくことも必要である。

その前に、日医として今回のような現場の混乱を起こさないよう、会員に今後の医療の方向性を種々の方法でアナウンスしておくべきである。

（２）老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）の廃止と生活習慣病指導管理料

診療所の老人（入院外）における外総診の有無での影響調査（第二次レセプト調査）では、前述したように、１件当たりの点数は「外総診なし」では△11.85％であったが、「外総診あり」では△23.22％であった。外総診を算定している内科系医療機関における落ち込みは極めて大きい。

この廃止理由について、厚生労働省は「外総診は算定要件が複雑で、現場で運用の混乱が見られていることより、自由度を高めるために必要な見直しにつき検討した」と述べ、さらに「現場の声」で廃止したとも言っている。

そもそもこの外総診導入の本来の目的は、寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）との組み合わせによる高齢患者に対する「かかりつけ医制度」の定着を目的としていたはずである。わずか６年間で廃止せざるを得なかったのは、医療機関にとって明らかに有利な点数にも拘わらず算定届出が２０％前後に留まったままであったことが最大の理由であろう。また、その内容についても、一部から「適切かつ計画的な医療の提供という面では不透明」と指摘されていたし、包括点数は例外項目（画像診断、リハビリテーション、処置等）に問題があった。さらに、これに参画しなかった医療機関は、導入当初より外来診療に包括制を持ち込むことに関して「登録医制に繋がる可能性がある」という警戒感があったと思われる。

これほどの収入減をみながら外総診を算定している医療機関からの廃止に対する強い反発が予想外にないのは、やはり機を一にして実施された老人の完全定率負担の導入に伴う窓口負担

格差と、患者側から改めてその内容が問われることによる診療側の煩瑣回避が影響したということも否めない事実であろう。

以上の意見は、今回の厚生労働省の措置を“是”としてのものではない。運用されてやっと6年、ようやく軌道に乗りつつある現状での外総診の廃止は、外来診療への包括制導入を老人医療費の削減に繋げるという思惑が完全に外れた結果であり、全く行政のご都合主義と言わざるを得ない。その上、廃止の理由を「現場の声」として、相手に責任を押しつける無責任な厚生労働省発言は、全く納得できるものではない。外総診廃止に伴う現場の混乱に対して、激変緩和措置等の対策が全くとられていないのは、改定の粗雑さを端的に表している。

今回、既存の運動療法指導管理料を組み替えた生活習慣病指導管理料の算定は、一般のみが対象であるが、点数も高く、外来包括という形態からは外総診に近い。厚生労働省の包括への対応に矛盾はあるが、予防給付的な意味合いを含んだこの指導管理料は、これからの開業医へのメッセージにも見える。確かに、患者自己負担が高くなるだけ、患者の満足度を高めるための十分な指導や信頼関係の醸成が必要であり、「絵に描いた餅」にならないためには、算定しやすいように点数設定をより現状に合わせ、さらに、老人にも拡大するなどの対応を求めたい。

日医は一般系統、特に外来は出来高払いを原則としているが、現在ある包括点数を算定する医療機関は、これまで以上に医療担当者としての職責を果たし、自浄作用を発揮していかなければ国民の理解は得られないだろう。

（３）長期入院に対する特定療養費導入

これまでの高度先進医療やいわゆるアメニティー部分に係る選定療養に限定された特定療養費制度については、今や後戻りはできない。しかし、今回の１８０日を超える入院患者の入院基本料の特定療養費化は、「社会的入院」という大義を掲げたとしても、従来と違った歯止めのない混合診療拡大に深く踏み込んでいる。第一、患者側から選択できないという意味で、今後の保険給付範囲についても大きな影響を与えると考える。その上、今回の措置は保険給付の縮小傾向を進め、国民皆保険制度そのものの“なし崩しの崩壊”をもたらすものである。

日医がこれを阻止できなかったのは、特定療養費の拡大に対する線引きの必要性についての認識が希薄であったことが考えられ、混合診療への歯止めについての断固たる姿勢が欠如していた結果である。

（４）手術への施設基準の導入

年間実施症例数や医師の経験年数など一定の施設基準を算定要件とする手術項目が、これまでの１８項目から１１０項目に拡大され、基準を満たさなければ点数が３０％減額されるというルールが導入された。しかし、これには医療関係者の批判が集中し（殊に外保連からは「外科医療の本質を理解せず、患者の権利を制限し、外科系医師の経験、技術を軽視するものである」との抗議声明が出された）、厚生労働省は平成１４年８月２８日付けで、特掲診療料の施設基準等を一部改正し、１０月１日から緩和されたものに改められ実施することを余儀なくされた。

特に問題なのは、施設基準を満たす医療機関に地域的偏りができ、手術項目によっては、基準を満たす医療機関が1つも無い都道府県が出てくるというもので、極めて杜撰な基準であった。

今回の施設基準を設定する際の根拠となった米国の文献がごく限られた地域のものであり、しかも症例件数の導入根拠が極めて曖昧だと指摘されている。しっかりしたデータに基づかない診療報酬の改定作業自体に大きな問題があったと言わざるを得ない。改定を厚生労働省だけに任せておくことは現場の混乱を生むだけであり、日医も改定に対応できる強力なスタッフを整えることが喫緊の課題である。

(5) 減算方式の拡大

従来 of 入院診療計画未実施減算や院内感染防止対策未実施減算に加え、今回、医療安全管理体制未整備減算や褥瘡対策未実施減算が追加された。対策に対する視点は特に異論はないが、ただでさえ圧縮された診療報酬点数に、この上、質を担保するという名目でのこの手法は論外である。医療の安全と質を保障するためには、加算方式に改めるべきである。

(6) 小児医療の充実

不採算とされる小児医療の外来評価として「地域連携小児夜間・休日診療料」が導入された。厚生労働省は地域連携のモデルとする目論みもあったようだが、算定医療機関がほとんどないのが実情である。これは算定要件が「小児科医5人以上の登録」、「24時間対応」などハードルが高いことによる。この例

も地域の実情を反映していない机上の報酬設定であることは明白である。あるいは、これがマイナス 2.7% の辻褃合わせとしたら論外である。

4. 診療報酬体系および医療提供体制から見たいくつかの問題点

(1) 医師の技術評価とプロフェッショナル・フリーダムの観点から

今回の改定では、史上初めて技術料のマイナス改定が行われた。マイナス改定とはいえ、いわゆる「目に見えないが医師の基本的技術料」と言われる再診料に手をつけたことの意味は極めて大きく、会員の強い反発を呼んだ。その経緯等については前述したが、元来この問題の根底には、「医師の技術料が正当に評価されていない」という不満が医師側にあり、技術料自体の診療報酬上の評価の曖昧さを露呈したものである。米国型の仕組みはなじまないが、情報開示が進んでいる現在、国民、患者にも分かりやすい透明性のある診療報酬体系が求められている。

手術料について、医療の質の向上・効率的な医療提供という観点から、医師の経験年数等に基づく施設基準を設定した。しかし、これは大都市ではクリアできてても地方では困難であり、二次医療圏で医療を完結するというこれまでの医療提供体制を根本から突き崩す可能性があった。また、ボーダーケースについては、手術症例を増やすというモラルハザードを起こしかねない要素がある。エビデンスのない唐突な基準導入は、医師の不当な技術評価以外の何ものでもない。

医師の技術料の評価は困難であるが、現在のような行政主導

でいけば技術料の２層評価の採用となって、特定療養費（選定療養）の枠組みに入りかねない。そうならないためにも日医独自に技術料を設定し、交渉すべきである。具体的には、R B R V S（Resource Based Relative Value Scale＝資源準拠相対評価尺度）導入等も早急に検討する必要がある。

薬剤使用の適正化という観点から療養担当規則が改定され、投薬は「医師が予見できる必要期間」とされ、投与日数の制限が原則撤廃された。このことは、いわば医師のプロフェッショナル・フリーダムの拡大であり、本来歓迎されるべきものである。ただ、この長期投薬の日数制限撤廃の裏には、患者の外来受診回数を少なくし医療費を抑制するという意図が込められている。医療提供側にとって、より適切な患者指導が求められている。

（２）患者の立場から見た改定・フリーアクセスに対する影響

患者の立場で今回の改定を見た場合、早くからの“患者負担増”というアナウンス効果により、あるいは平成１４年１０月からの実質的負担増からくる受診控えは明らかである。日医レセプト調査によれば、中小病院、診療所の外来部門では主要３要素（総点数、総件数、総日数）全て大幅に減少している。これは、患者負担増により一層の医療機関の選別が行われた結果と見られる。

一方、大病院は外来部門もほとんど影響なく、大病院集中が加速しただけの結果となっている。その要因として、診療所より初・再診料の点数が低い上、同日に複数科受診しても診察料は１科分のみ算定という現行制度の問題がある。このことは地

域医療をより疲弊させ、今推し進めようとしている機能分担を著しく阻害している。こうした診療報酬体系・地域医療提供体制の矛盾を是正することが今後の課題である。

さらに、患者の視点を加味した提供のあり方という点に関しては、これまで診療報酬上、十分に考慮されていたとはいえない。近年、患者の医療に対する要求は強まり、医学的知識やコスト意識も高くなっていることを考えれば、患者の満足度を高めるために、診療報酬面からも手当が必要である。できれば、双方向性の仕組みが望ましく、これも検討すべき課題として取り上げたい。

以上、今回の改定に絞って言えば、再診料の月内逓減制で老人の受診回数が減少しなかったことは当然であり、また、患者サイドも受診を求めているという側面がある。これは主として慢性期リハビリ関係で見られ、医療本体は守るという基本的考えの上に、介護保険との枠組みの中で線引きをしていかなければならない問題を含んでいる。

手術への施設基準導入は、地方における患者のアクセスを困難にさせ、手術によっては基準を満たす医療機関が1つもないという都道府県も出てきている。地域の実態を踏まえない机上の算出基準がもたらせた弊害であり、かつ、医療機関へ与える経済的打撃は計り知れないほどに大きい。

長期投薬の制限緩和は、患者の受診回数等を減らし利便性を高めたと言えるが、一方で、かかりつけ医との関係を希薄にしているデメリットもある。医師の裁量権に委ねられてはいるが、患者サイドの経済的有利さを医師の指導で誘導することは困難である。

今次改定において、入院医療機関が他医療機関での診療の必要性を認めた場合、入院医療機関の特定入院料等については、他医療機関受診日に限り基本点数の15%しか算定できないという減算措置が導入されたが、入院患者にとってフリーアクセスを阻害することが懸念される。

(3) 中小病院・有床診療所への影響と今後

ここで改めて項を設け、中小病院・有床診療所について改定の影響を強調しておきたい。今回の改定では、病院全体においては比較的落ち込みが軽微であったが、中小病院・有床診療所は極めて重大な影響を受けたことは記述のとおりである。その要因について一部述べたし、さらに分析が必要であるが、問題なのは医療提供体制において機能分化が進む中、中小病院・有床診療所の存立を根本から否定しかねない今回の改定からは、厚生労働省にどういう青写真があるのかよく見えてこない点である。地域に密着し、大病院と診療所の狭間を埋めながら国民に効率的医療を提供している中小病院・有床診療所への技術料の評価がまるで考慮されていないのは甚だ疑問である。中小病院・有床診療所に対するかかりつけ医機能の評価と専門医療への評価は今後必要であろう。

総点数	平成14年4月～6月		平成14年10月～12月	
	入院	入院外	入院	入院外
病院	△1.84%	△3.64%	△1.44%	△7.43%
～49床	△6.22%	△7.77%	△4.93%	△8.55%
50～99床	△3.56%	△3.16%	△3.76%	△8.92%
100～199床	△2.17%	△4.82%	△3.42%	△8.69%
200～299床	△2.36%	△2.30%	△1.04%	△5.58%
300～499床	△1.15%	△4.85%	△0.27%	△7.59%

500 床～	△ 0.06%	+ 0.67%	△ 0.22%	△ 6.17%
診 療 所	△ 6.86%	△ 6.30%	△ 7.94%	△ 9.43%

(対前年同期比)

Ⅲ．医業経営に与える影響とその対応

前述したように、マイナス改定により診療報酬点数単価が引き下げられたため、日医レセプト調査では1日当たりの点数も減少することが予測されたが、入院・入院外の合計で見るとほぼ横ばいであった。しかし、総点数、総件数、総日数の主要3要素は軒並み大幅に低下している。特に、総件数と総日数の減少は患者数を示す指標であり、受診抑制が起きていることを示している。

また、今回の改定は医療機関の規模や機能、診療科の特性によって影響が著しく異なり、入院より入院外に影響が大きく出た。さらに、入院外では受診回数の多寡により、また、入院では病床の規模により格差がつく結果となった。

対応としては、まず、医療機関の特性によりケース・バイ・ケースであるが、人件費の削減、設備投資の合理化、医薬品・医療材料費のコストの適正化等があげられよう。しかし、医療機関においては、人材はまさに財産であり人員削減はその存亡に繋がる。具体的に限られた範囲の工夫しかできないが、実際、診療時間を長くしたり、診療時間帯を変えたりする医療機関も出てきており、診療所においては家内経営に切り替えているところもある。

ただ、制度改正による患者負担増に対して、患者の経済的負担を気にするあまりの萎縮診療には決して陥らないようにしな

なければならない。そのことによる診療内容の変更は、医師と患者との信頼関係を損なうだけでなく、医療の質の低下にも繋がる。

今回の改定により、中小病院・診療所においては危機的経営状況に陥っているにも拘わらず、政府・財務省は、次回改定における一段の引き下げを画策している。引き下げは論外で、大幅な引き上げを要求せねばならない。

IV. 改定の具体的項目に対する対応

(1) 再診料の月内逓減制は撤廃されたが、理学療法・消炎鎮痛等処置の月内逓減制撤廃は見送られた。いずれにせよ受診回数の抑制傾向は当面変わらないであろう。内科系では長期投薬が緩和されたことによる外来患者数の減少や再診料の減収などの影響が認められ、これまで以上に患者に合わせた指導が求められている。要は、患者の視点でコンプライアンスを如何に高めるか医師の指導力が問われている。

(2) 老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）の廃止は、算定医療機関にとって大きな減収となったが、出来高払いになったからといって対応を変化させることは当然好ましくない。これまで通り必要な検査を実施し、納得される医療を行っていく以外にない。

生活習慣病指導管理料（一般のみ）は算定しづらく、患者への納得が得られる診療がなされているかが鍵になるが、減収を補う1つの選択肢ではある。

(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用の場合の処方せ

ん料の点数格差は僅かな点数ではあるが、医療機関の後発品使用促進にインセンティブを与えたことは確かである。患者自己負担が増える中で、医療費の中身に対する国民の目が厳しくなっているが、これも十分患者に説明した上で治療を進めるべきである。基本的には医師の使い慣れた薬を使用するというこれまでの対応が望ましいが、医療費削減のためにはEU諸国のジェネリック品使用頻度に近づける努力は必要である。

(4) 今次改定において、処方せん料が大幅に引き下げられ、院外処方率の高い診療科にとって相当なマイナス要因となった。処方せん料自体、議論の多いところではあるが、院外処方率が50%に達し、制度としての定着を見ているのも事実である。調剤に関して医療費の突出した膨張という問題もあるが、医師の自由裁量権、技術料評価としての側面もある以上、無原則な引き下げには歯止めが必要なことも当然である。

V. おわりに

平成14年度診療報酬改定はマイナス改定の中とはいえ、まれに見る混乱を現場に与え、結果から見ても、再診料の月内逓減制の撤廃、手術の施設基準の見直しなど改定年度以外の時点で修正せざるを得なかったことは、診療報酬改定のあり方自体に課題を残したと言える。

厚生労働省は改定の基本的な考え方として、基本診療料を含めた広範な項目についての合理化とともに、医療の質の向上等の観点から重点的な評価を行ったと言う。しかし、この相反するとも言えるコンセプトは、至るところに綻びを露呈した。そ

もそも目一杯切り詰められている現在の医療費に、さらに合理化を求めることには無理がある。手術の施設基準の拡大は「選択と集中」という考え方を推し進めた結果であり、地方での医療提供のあり方についての視点が欠如した施策だということが浮き彫りになったが、これは表裏とも言える診療報酬体系と医療提供体制との一体的議論がなかったことによる。病院と診療所の初・再診料の矛盾も然りで、病診連携を言いながら、患者の大病院集中を招く大きな要因となっている。

再診料の月内逓減制は患者負担増の中で、患者への合理的説明に欠けていた。医療機関に対しても、ドラスティックな手法のみが目立ち配慮が足りなかった。

これまでの診療報酬改定のように、行政側の恣意的考えを押しつけ、中長期ビジョンが欠如したまま、しかも、実施2～3か月前に改定内容を知らせるというやり方はもはや限界である。今回の現場の混乱から見ても、現在の手法についても抜本的見直しが必要であり、その説明責任は行政にこそ今問われている問題である。

今回の改定に伴い、日医はレセプト調査を実施した。改定に対する不満・不信から各診療科等で独自の試算が出され、逆にその信憑性が問われることになったが、日医が緊急にレセプト調査を行うことによって、その実態が明らかにされ、混乱を未然に防いだ意義は大きい。これからも日医は可能な限りデータを示し、より客観的見地からの対応が求められている。また、診療報酬改定時の検討ネットワークを構築したことは、すでに今回の再改定要求に一定の機能を発揮したが、この対応は会員への理解を得るためにも適切であり、今後もより会員に見える

形で進めていくべきである。

次期診療報酬改定に際して、日医は行政にも、国民にも納得が得られるビジョンを掲げ、より精緻なデータを提示し理解を得る姿勢が必要である。

◎具体的提言事項

- (1) 初診料・再診料の引上げ
- (2) 大病院の紹介外来制の推進
- (3) 有床診療所の入院基本料の改定
- (4) 不合理な処置および検査点数の見直し
- (5) 不合理通知の見直し
- (6) 診療所の位置づけの明確化、大病院への診療報酬の重点的配分の是正
- (7) 特定療養費制度拡大の歯止め
- (8) 診療報酬改定の十分な周知期間の設定および告示・通知の早期化
- (9) 届出等が必要な診療報酬算定要件の緩和
- (10) 減算方式から加算方式への改定
- (11) 長期投与の制限緩和の一定の歯止め
- (12) 手術にかかる施設基準廃止