

福島医発第 1292 号（地）
平成 24 年 8 月 18 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

日本医師会実施の「診療報酬改定についての調査」
結果報告について（お礼）

日本医師会が実施しておりました本調査につきましては、平成 24 年 6 月 8 日付け福島医発第 701 号（地）において協力を依頼しておりましたが、今般、調査結果の概要が 8 月 1 日の日本医師会定例記者会見において公表され、その会見資料が日本医師会より参りましたので送付いたします。

今回の調査に対しまして、ご協力賜りましたことに深く感謝申し上げます。

なお、調査結果の詳しい報告書につきましては、8 月下旬に日医総研ホームページでの公開が予定されておりますとともに、改めて詳細な報告書が通知されますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

日医発第 459 号（保 100）

平成 24 年 8 月 3 日

都道府県医師会長 殿

社団法人日本医師会

会長 横 倉 義 武

診療報酬改定についての調査の結果報告（お礼）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平成 24 年度診療報酬改定を検証し、今後の診療報酬改定のための重要な基礎資料とすることを目的に、都道府県医師会のご協力の下、「診療報酬改定についての調査」を本年 6 月に実施させていただいたところでございます。（平成 24 年 6 月 4 日付け日医発第 203 号（保 48）にてご依頼）

今般、調査結果の概要を、8 月 1 日の日本医師会定例記者会見において公表いたしましたので、会見資料を送付させていただきます。

今回の調査に際しまして、貴会会員から多数のご協力を賜りましたこと、深く感謝申し上げます。

診療報酬項目の算定状況は厚生労働省の社会医療診療行為別調査等から確認できますので、本調査では、施設基準等が医療現場の実態に合ったものかの把握に努めました。

今回の調査結果から、例えば、入院基本料の要件とされた管理栄養士の配置について、有床診療所の半数でめどが立っていないことが判明しましたことから、中医協などにおきまして、要件の見直しを求めていく所存であります。

なお、調査結果の詳しい報告書は現在とりまとめ作業を行っており、8 月下旬に日医総研ホームページで公開する予定でありますが、完成いたしましたら改めて送付させていただきます。

末筆ではございますが、貴職の今後ますますのご健勝を祈念いたします。

敬具

2012年度 診療報酬改定についての 調査結果報告

定例記者会見

2012年8月1日

社団法人 日本医師会

調査の概要

● 対象

日本医師会会員のうち医療機関の開設者および管理者を都道府県ごとに診療所、病院、それぞれ20分の1ずつ無作為抽出。

● 期間

2012年6月9日に調査票を発送。7月10日まで回答受付。

● 回答状況

	調査票発送数	有効回答数	有効回答率
診療所	3,803	2,037	53.6%
病院	346	169	48.8%

※詳しい報告書は、8月下旬に、日医総研ホームページで公開予定です。

<http://www.jmari.med.or.jp/>

調査項目

算定状況は、厚生労働省の「社会医療診療行為別調査」等から確認できるので、本調査の調査項目は、施設基準等が、医療現場の実態にあったものか、たとえば算定要件のハードルが実態を超えてきわめて高いものになっていないかなどを把握できるものとした。

診療所	・在宅療養支援診療所 ・時間外対応加算 ・一般名処方加算 ・医師事務作業補助
病院	・在宅療養支援病院 ・一般病棟入院基本料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・病院勤務医の負担軽減対策 ・データ提出加算
共通	・栄養管理実施加算の包括化(管理栄養士の配置)

初・再診料について

初・再診料は2012年度改定で改定された項目ではなかったため、本調査では質問項目を設定しなかった。しかし、「診療報酬項目のうち、問題が大きいため是正すべきと思われるものとその理由をご記入下さい」としたところ、非常に多くの意見が寄せられた。

初・再診料についての主な意見

- ・医師の技術料そのものであるが、適切に評価されていない。加算ではなく、再診料本体を引き上げるべき。
- ・患者の要望が高まっており、また長期処方で受診回数が減少して1回の診療密度が高まっているなどして、診療の負担が増加していることに考慮すべき。
- ・地域医療への貢献を評価すべき。
- ・前回(2010年度)改定で、数字合わせのごとく引き下げられ、今回もそのまま据え置かれているのは問題。

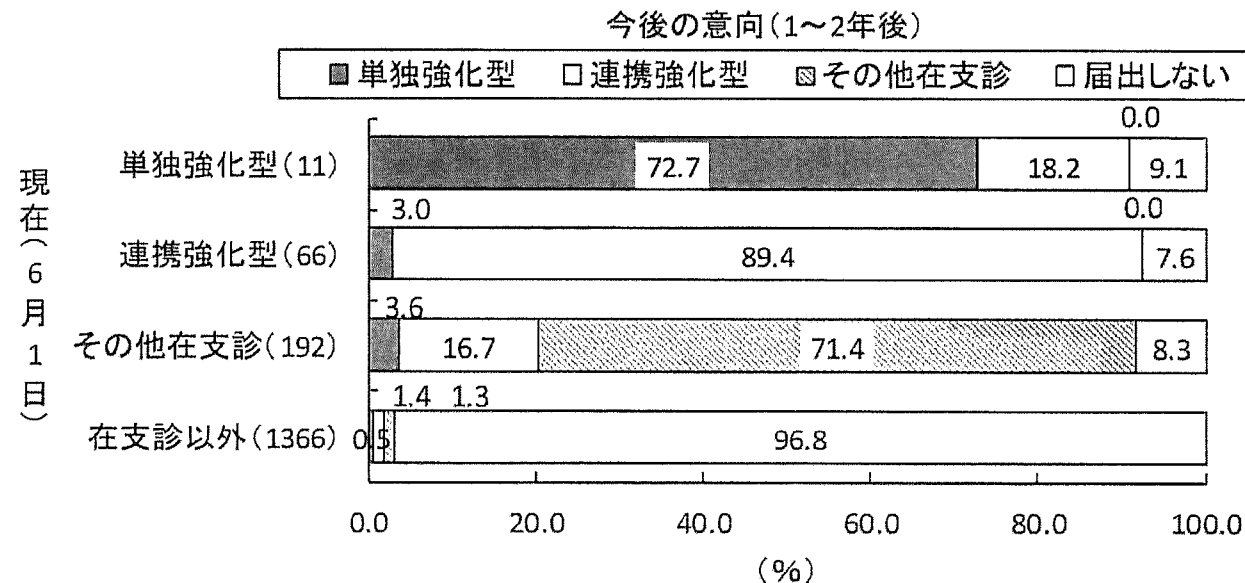


日本医師会は、医師の技術料である初・再診料について、引き続き強く引き上げを要請する。

診療所 在宅療養支援診療所

今回の改定で、いわゆる「強化型」の在支診が創設された。現在、在支診である診療所は、強化型、それ以外の在支診それぞれ、今後も同様の形態で在支診をつづける意向である。一方、現在、在支診でない診療所で、今後、新たに在支診を届け出ようというところは少ない。

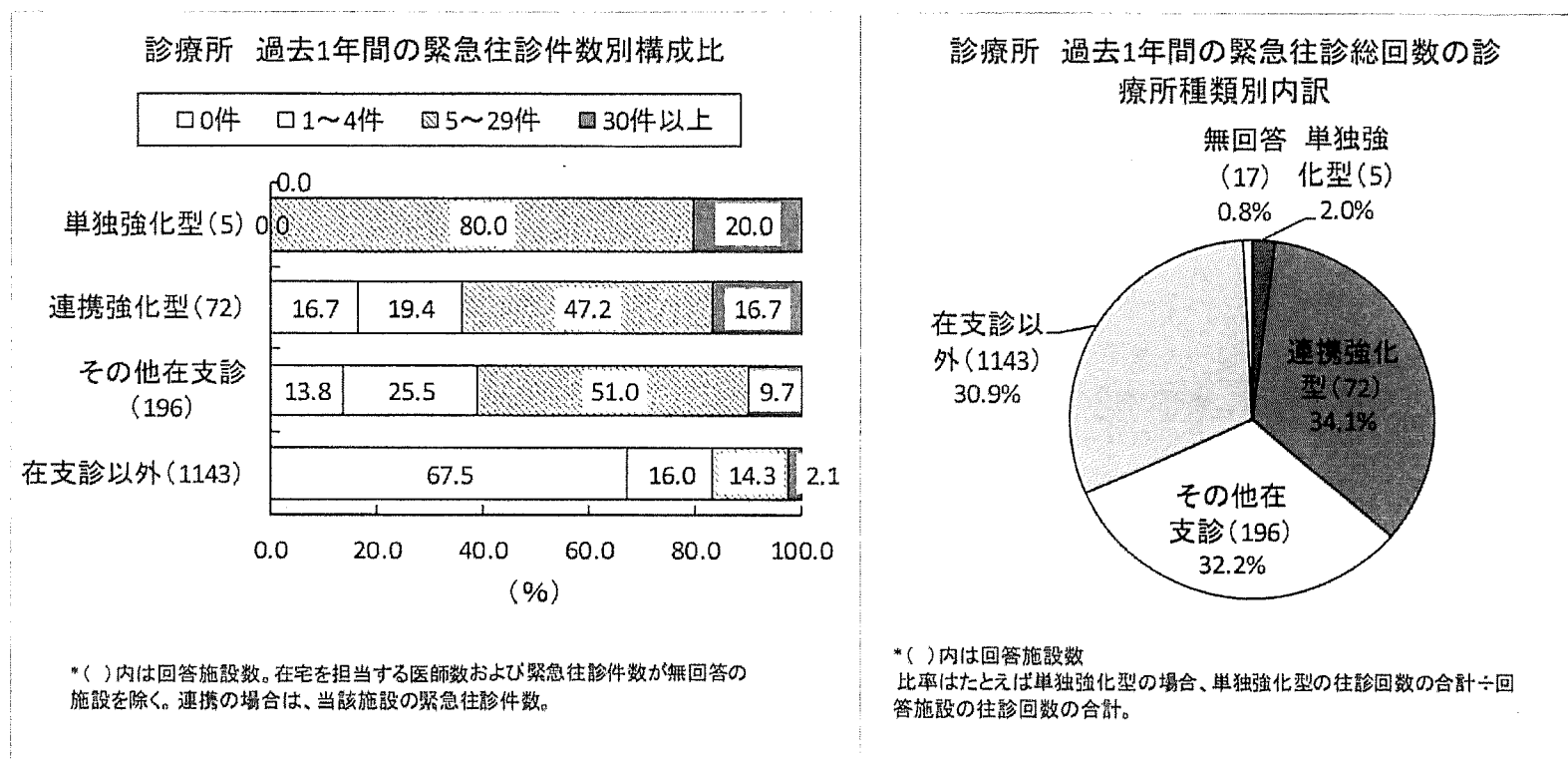
診療所 在支診の届出－現在(6月1日)と今後(1～2年後)－



* ()内は回答施設数。現在・今後ともに回答のあった施設。

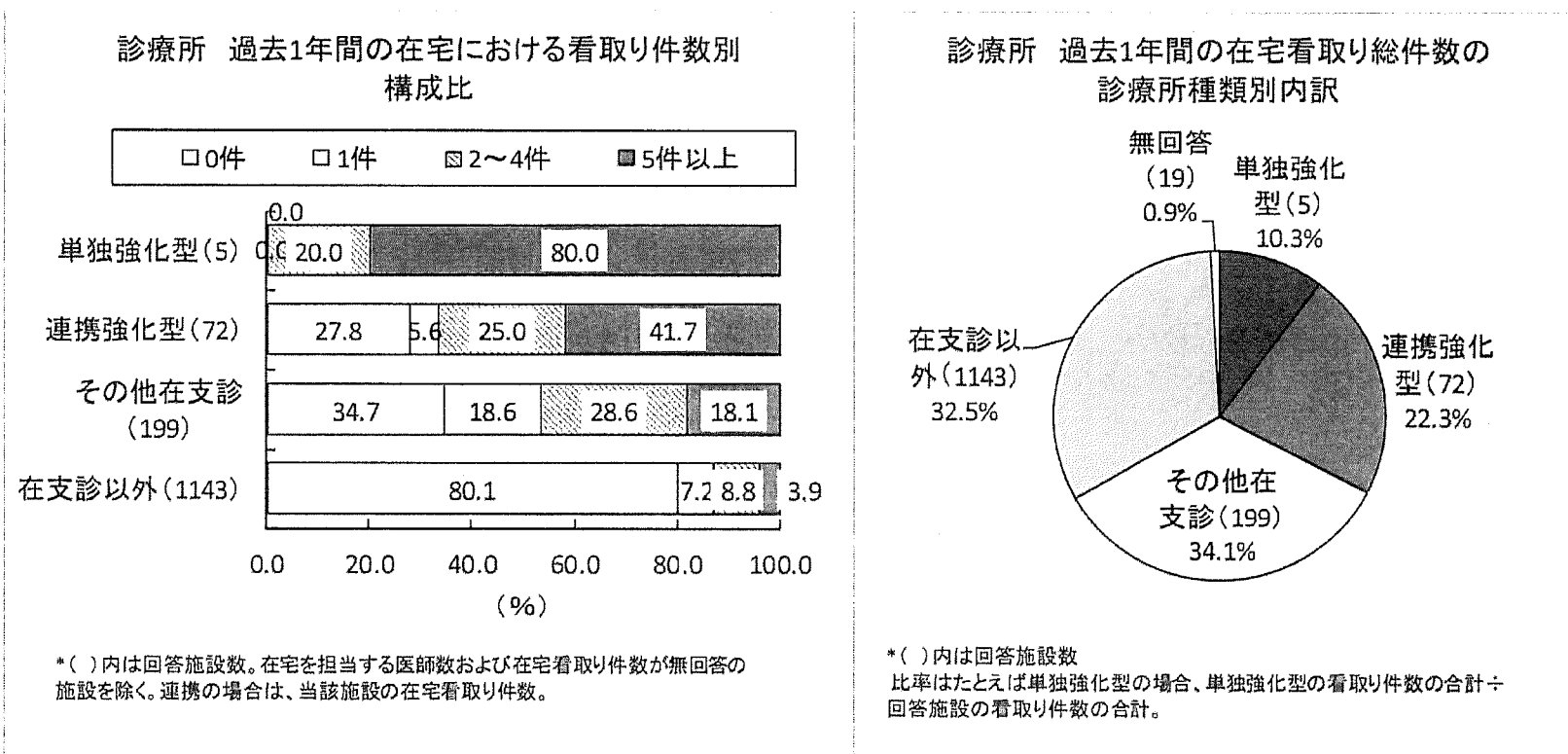
診療所 在宅医療－緊急往診－

今後、新たに在支診の届出をしようというところは少ないものの、在支診以外の診療所でも、緊急往診を行っているところが3割強あり、緊急往診総回数(本調査の回数の合計)の30.9%を担っている。



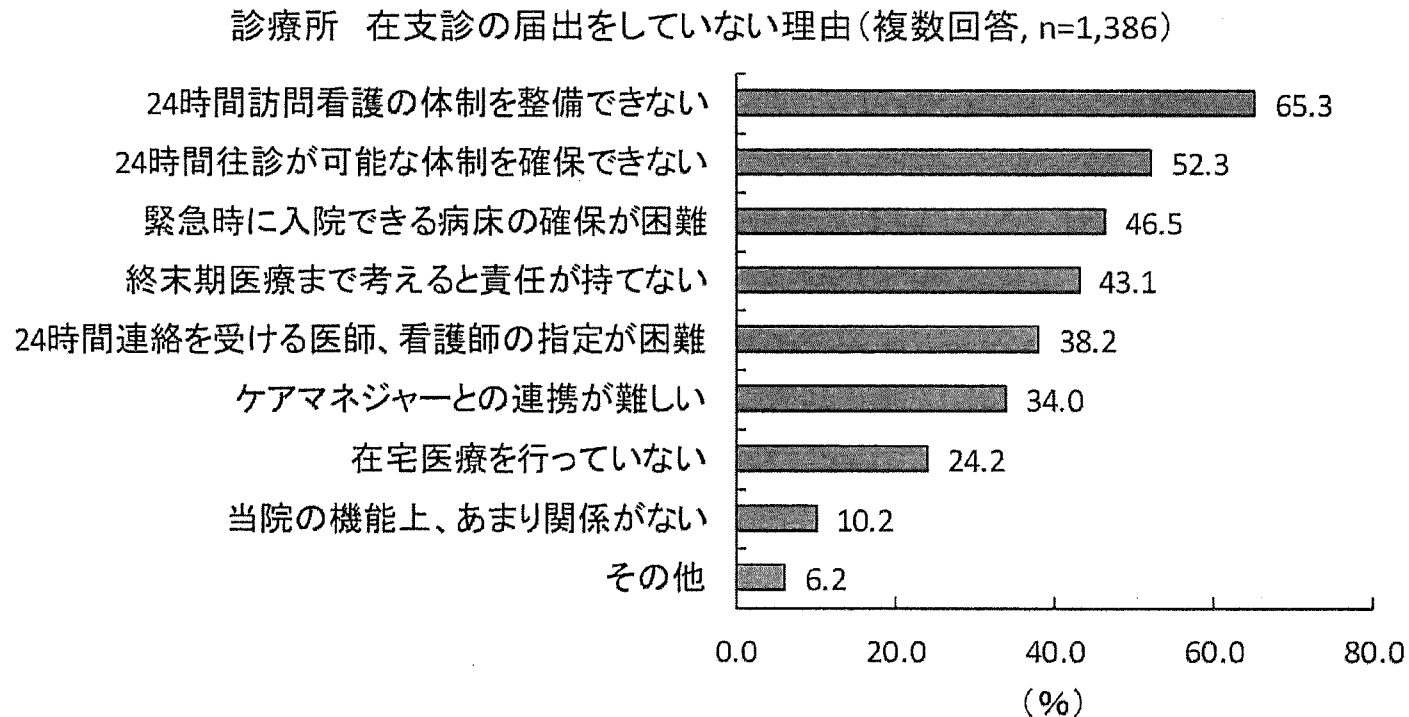
診療所 在宅医療－在宅看取り－

また、在宅での看取りについても、在支診以外の診療所の約2割が行っており、在宅看取り総件数(本調査の件数の合計)の32.5%を担っている。



診療所 在支診の届出をしない理由

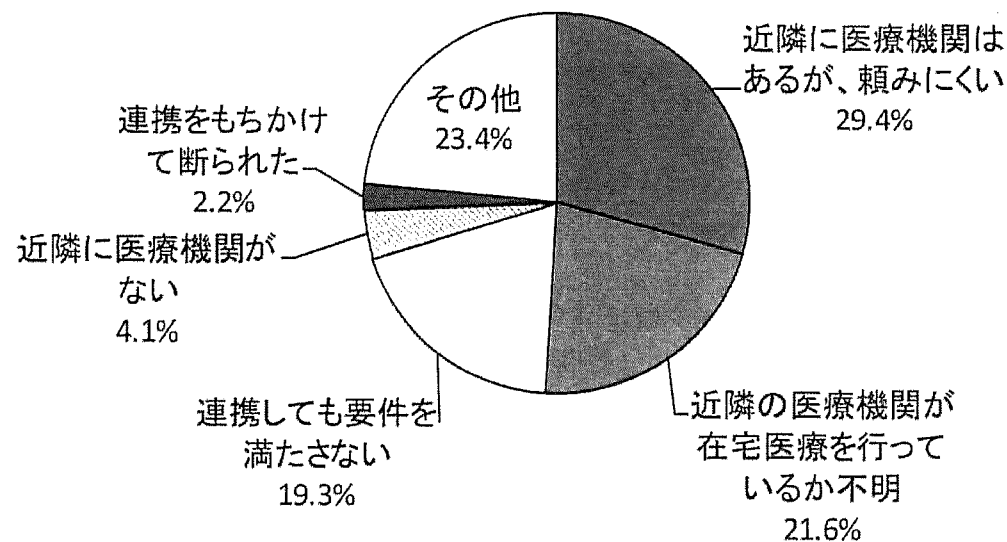
現在、在支診の届出をしていない理由として、「24時間」の体制を確保することが困難であることがあげられている。



診療所 在宅医療－連携－

2012年度改定では、連携によって強化型在支診の届出をできるようになったが、「近隣に医療機関はあるが頼みにくい」といった状況である。

診療所 機能強化型在支診になるための連携が困難な理由 (n=269)
－分母は当該質問に回答のあった診療所－

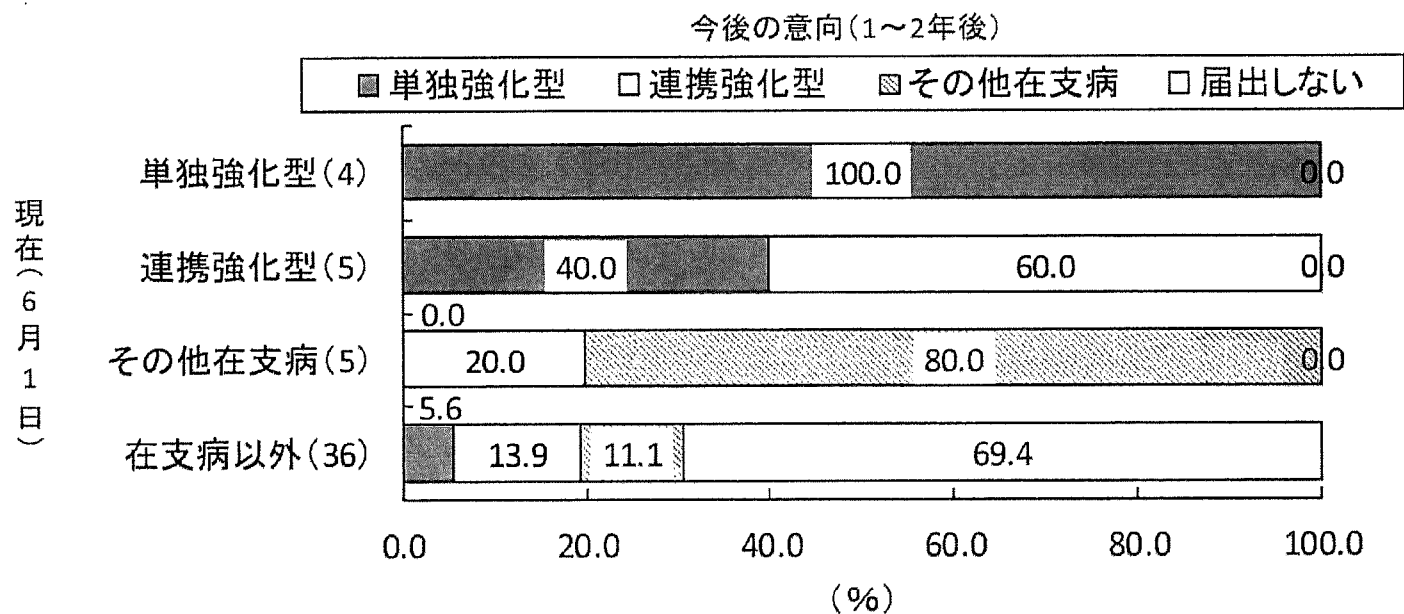


その他は、準備中、検討中などのほか、「連携時の運用ルールを決めることが困難」、「連携によって患者負担が増加するが患者にとってのメリットを提示できないため」など。

病院 在宅療養支援病院

病院(在支病は200床未満)では、現在、在支病ではないところで、今後在支病の届出の意向がある病院が、診療所に比べて多い。

病院 在支病の届出—現在(6月1日)と今後(1～2年後)—



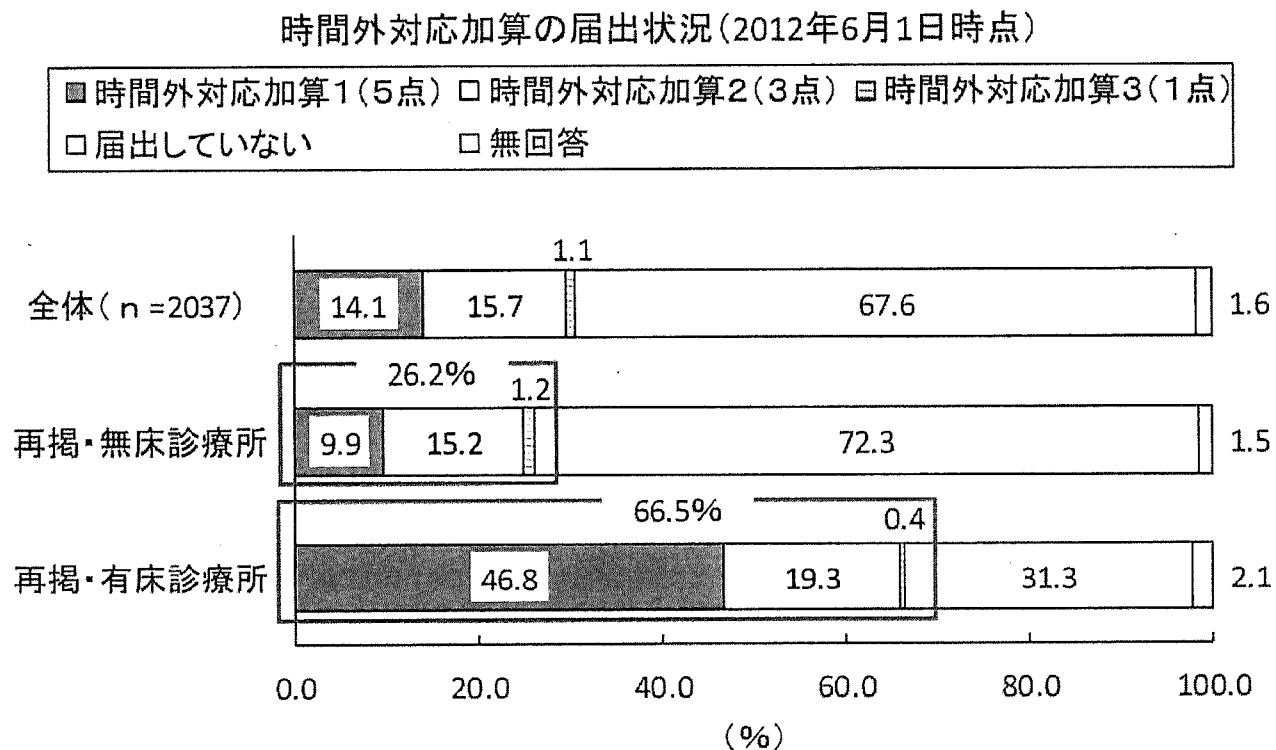
* ()内は回答施設数。無回答を除く。200床未満の病院が対象。

在宅医療についての日本医師会の見解

1. 連携によって強化型在支診の届出をしたい意向がありながら、「頼みにくい」「近隣の医療機関についてよく知らない」といった理由で、届出できていないところがある。地域医師会が主体となって連携体制が構築できるよう、日本医師会はモデル事例を提示するなど支援していく。
2. 在支診ではなくても、かかりつけの医師として、緊急往診や看取りを行っている診療所がある。現在は、強化型在支診、その他在支診、在支診以外で、緊急往診やターミナルケア加算が異なっているが、実施した内容にもとづいた評価になるよう働きかける。
3. 中小病院で、今後在支病を目指すところが少なくない。日本医師会は、中小病院（在支病以外も含めて）と診療所（在支診以外も含めて）が地域の実情にあわせて効果的に在宅医療を提供できるよう、さらにその連携を推進していく。

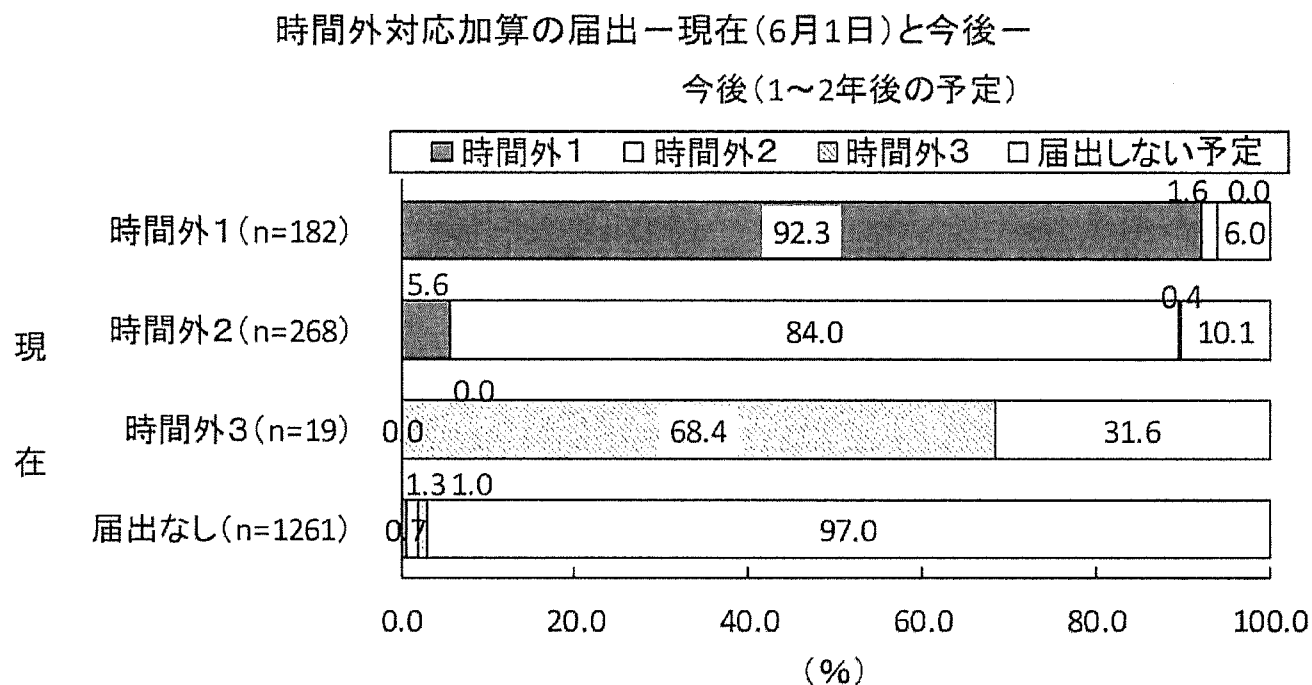
診療所 時間外対応加算

時間外対応加算は、無床診療所の26.2%、有床診療所の66.5%で届出されている。



診療所 時間外対応加算－今後の意向－

現在、時間外対応加算1または2を届け出ている診療所は、今後も維持する意向である。一方、現在届出をしていない診療所で、今後、時間外対応加算の届出をしようという診療所は少ない。

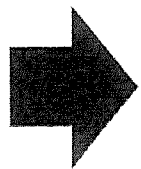
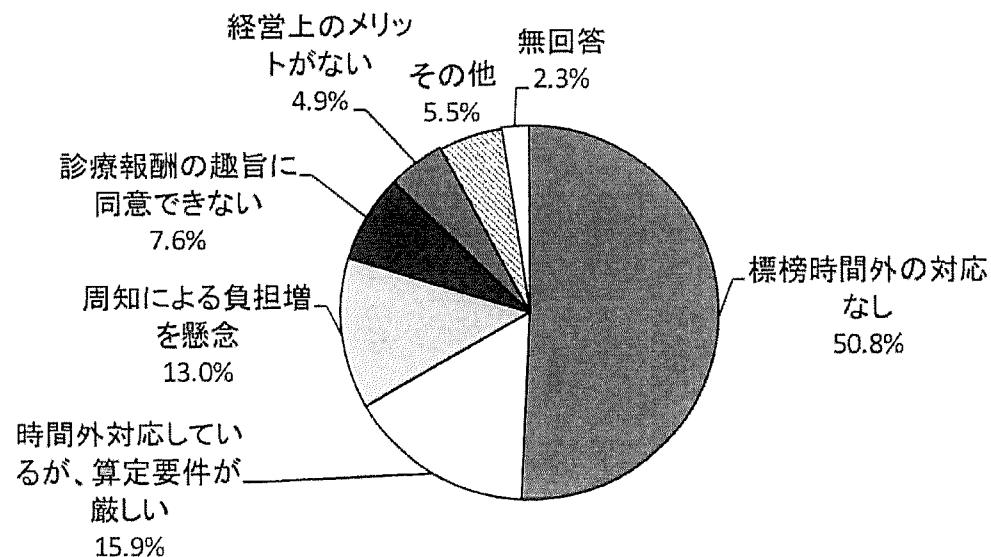


*届出しない予定には、届出をやめる予定を含む。無回答を除く。

診療所 時間外対応加算一届出をしない理由一

時間外対応加算を届出しない理由については、標榜時間外の対応を行っていないところを除けば、「算定要件が厳しい」「周知することにより、負担が大きくなるおそれがあるため」である。

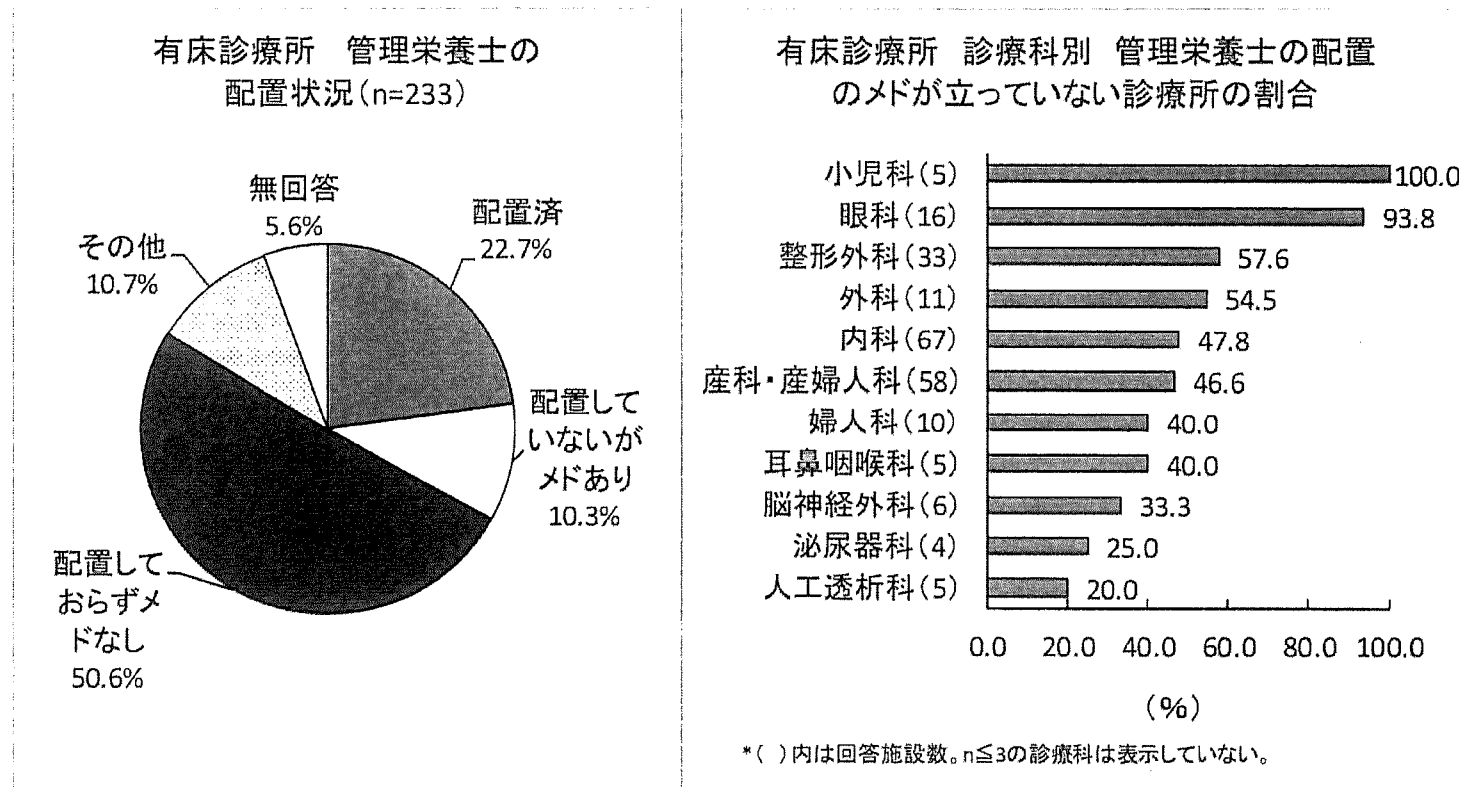
時間外対応加算の届出をしていない(しない)理由(n=1,426)



今回改定で、輪番制でも算定できるようになったので、地域医師会が主体となって、連携の仕組みを構築していく。

有床診療所 管理栄養士の配置

有床診療所の半数では、管理栄養士の配置のメドが立っていない状況である。
特に小児科ではすべて、眼科では9割以上で配置のメドが立っていない。

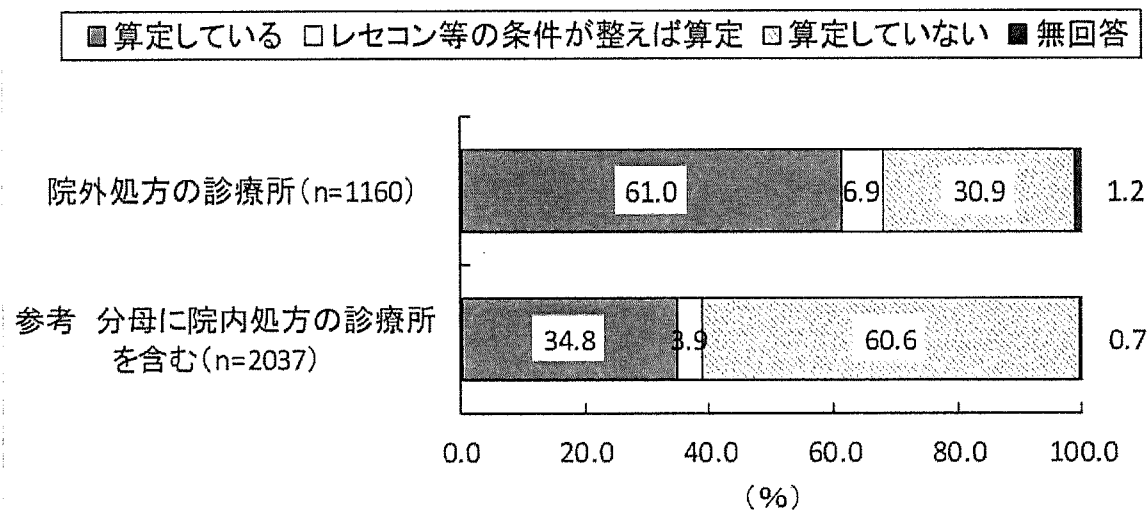


要件の見直しを強く求める。

診療所 一般名処方加算

本調査においては、院外処方の診療所の61.0%、診療所全体では34.8%の診療所が一般名処方加算を算定していた。逆に、院外処方であっても30.9%の診療所は一般名処方加算を現在算定しておらず、今後も算定しない予定である。

一般名処方加算の算定状況(2012年6月)

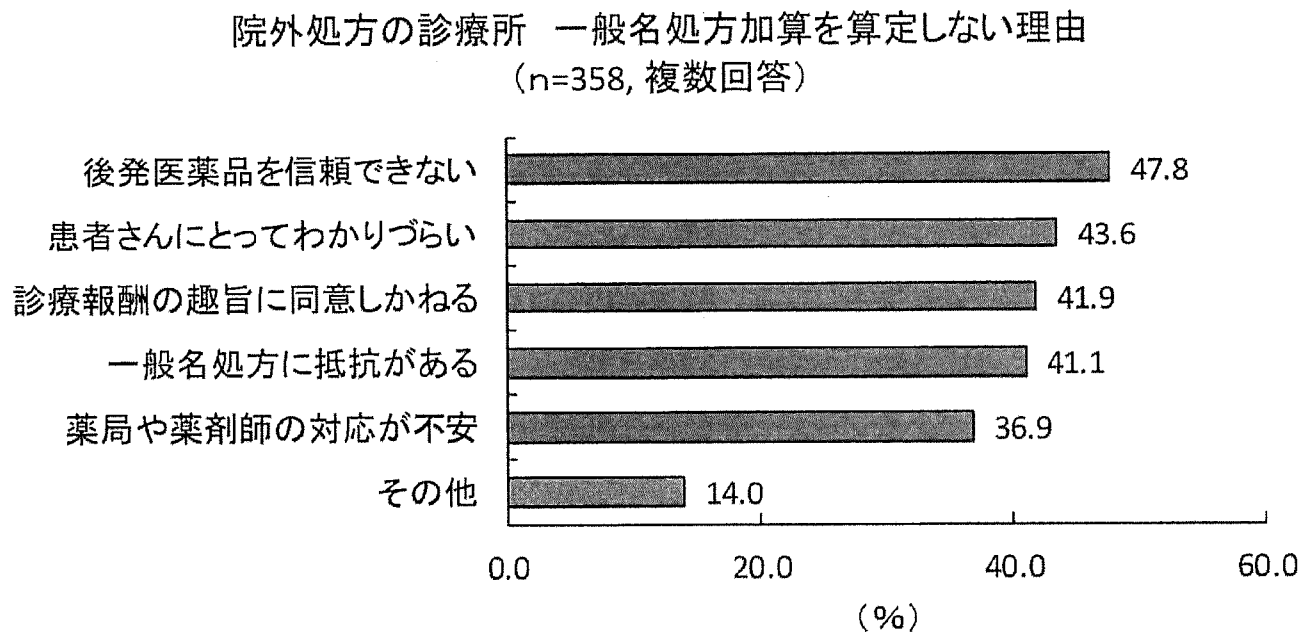


* 院内処方か院外処方かの回答がなかった診療所を除く

※選択肢の詳細は、「算定している」「現在は算定していないが、レセコン等の条件が整えば、算定する予定」「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」

診療所 一般名処方加算を算定しない理由

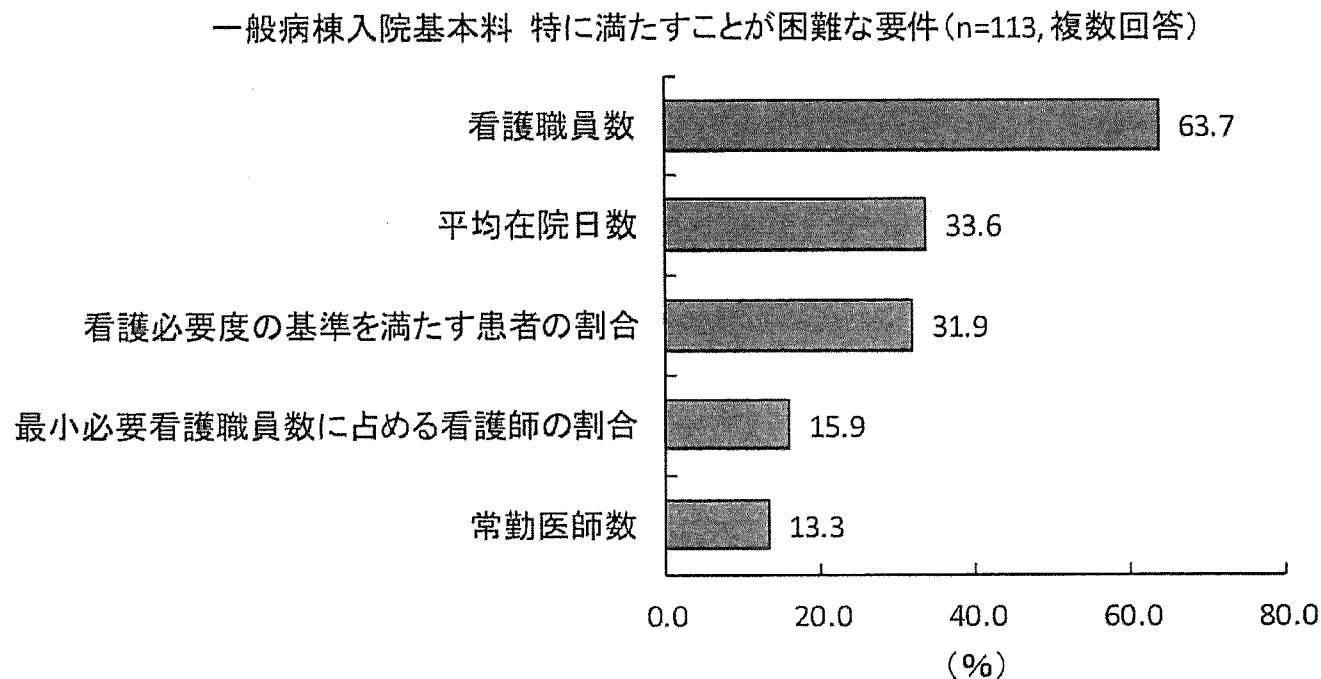
一般名処方加算を「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」である診療所の半数近くは、その理由に「後発医薬品を信頼できない」ことをあげている。



後発医薬品の安全性について引き続き注視する。また、後発医薬品使用拡大と医療費の関係について厚生労働省に検証を求める。

病院 一般病棟入院基本料

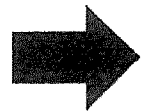
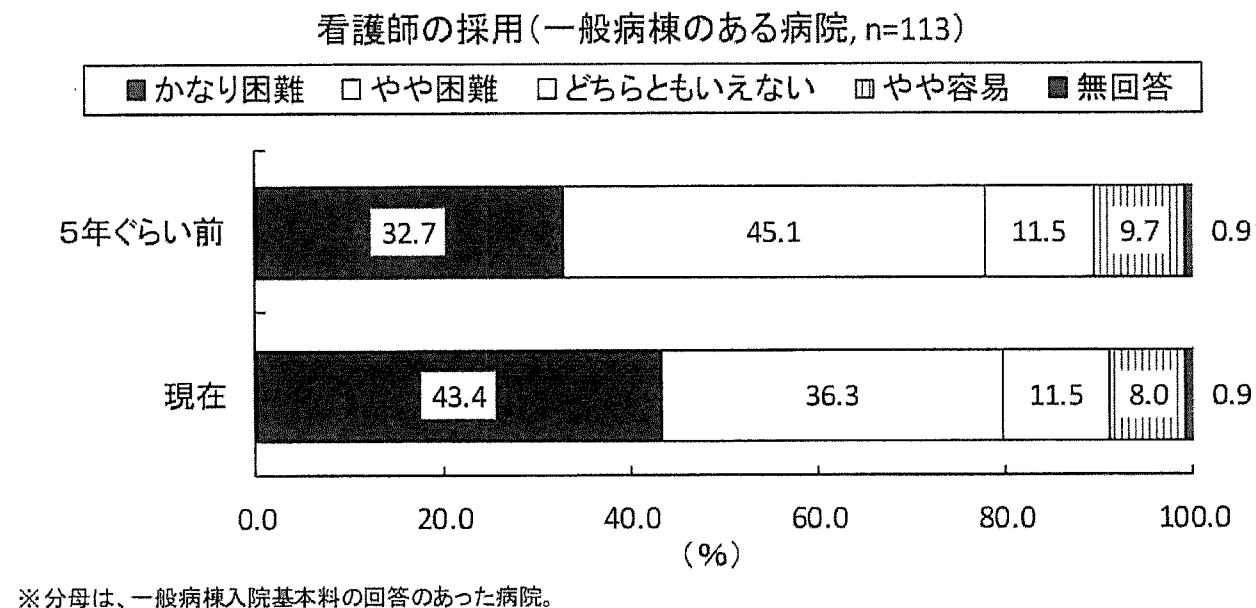
要件のうち、特に満たすことが困難なものは「看護職員数」、ついで、「平均在院日数」、「看護必要度の基準を満たす患者の割合」であった。



※分母は、今年(2012年)6月1日時点で一般病棟入院基本料を算定している病院。

病院 看護師の採用

看護師の採用については、5年ぐらい前に「かなり困難だった」病院は32.7%であり、現在「かなり困難」な病院は43.4%に増加した。

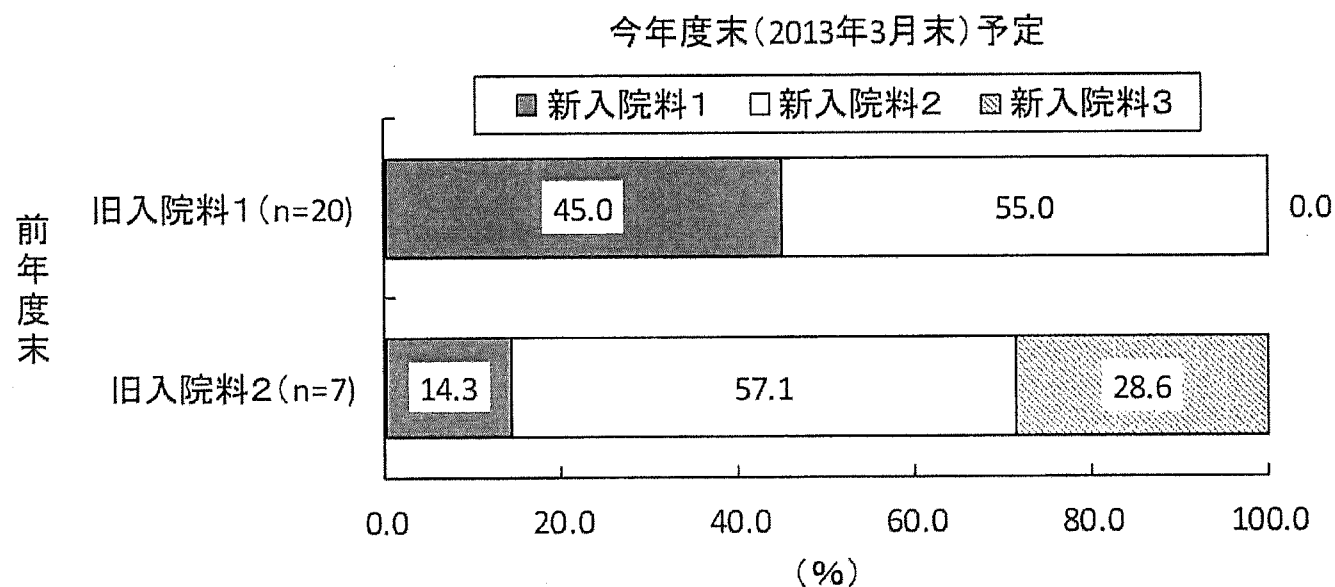


看護師の確保がさらに困難になっている。看護配置要件の見直し、夜勤72時間ルールの緩和を求める。

病院 回復期リハビリテーション病棟入院料

今回の改定で、回復期リハビリテーション入院料1が創設された。前年度「旧入院料1」を算定しており、今年度「新入院料1」を算定できる見込みの病院は半数近くであった(ただし客体数が少ない)。

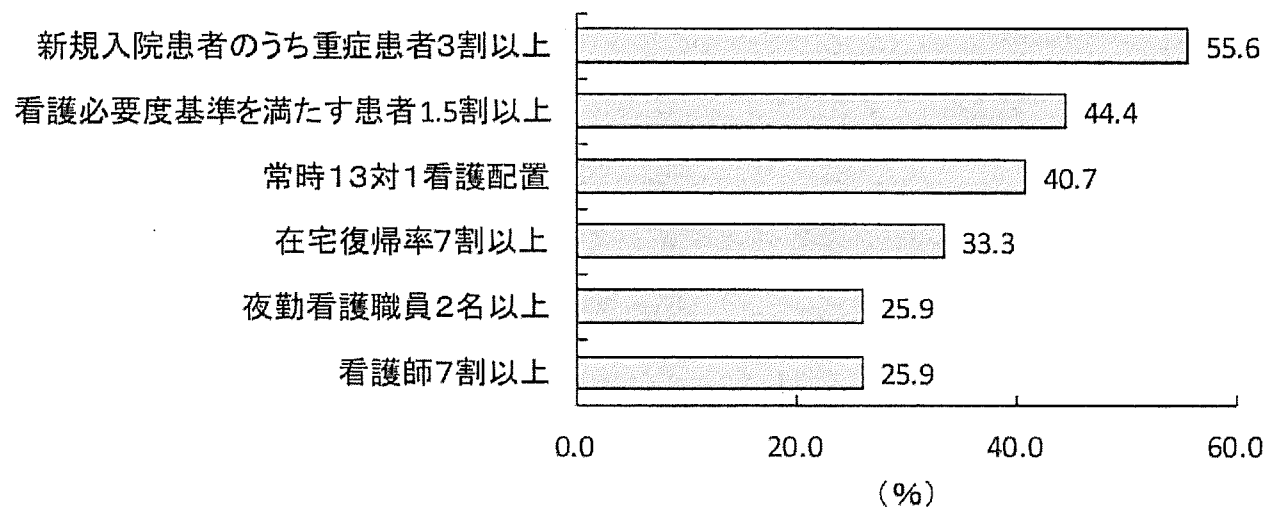
回復期リハビリテーション病棟入院料の算定状況ー前年度・今年度ー



病院 回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1のうち、特に満たすことが困難な施設基準は、「新規入院患者のうち重症患者3割以上」「看護必要度基準を満たす患者1.5割以上」などであった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準で満たすことが
困難なもの(n= 27, 複数回答, 上位6項目)



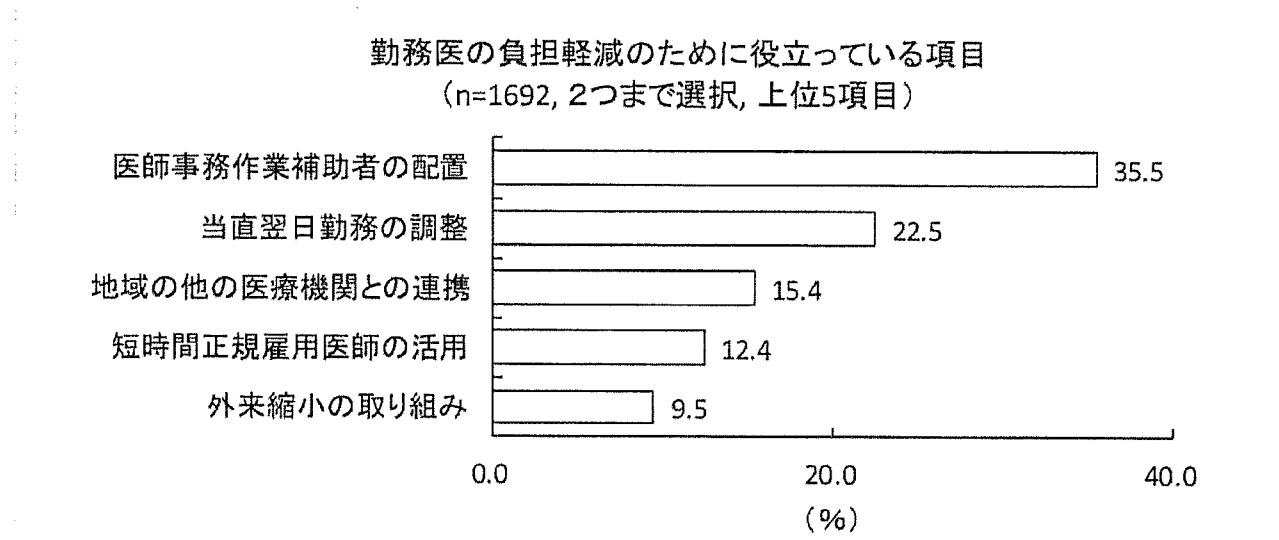
※分母は、回復期リハビリテーション病棟入院料の回答のあった病院。



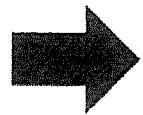
患者についての要件が厳しすぎないか等の視点から、回復期リハビリテーションが適切に提供できる要件であるか検討していく。

病院勤務医の負担軽減対策

病院勤務医の負担軽減対策に役立っているものとして、もっとも多かった回答は、医師事務作業補助者の配置であった。



*総合入院体制加算など、「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」を要件とする診療報酬を算定しているかどうかにかかわらず、すべての病院に勤務医の負担軽減のために取り組んでいる項目を質問。



今後、さらに医師事務作業補助体制加算のきめ細かな評価を要望する。一方で、診療所は医師事務作業補助に係る業務を医師自身が行っていることについて理解を求めていく。