

平成4年医療費改定説明会

平野雄一郎

日時 平成4年5月17日(日)

15:00~17:00

場所 オテルニュー神田

レジメ

1. はじめに
2. 今回の診療報酬改定の具体的内容

- (1)甲乙の近似化
- (2)病院と診療所の機能評価
- (3)看護対策
- (4)医療機関のスタッフの数に応じた評価
- (5)アメニティー
- (6)投薬料
- (7)院内掲示

3. 人工透析に関連する主な改定事項

1. はじめに

今回の診療報酬改定は、医療費ベースでは5%という引き上げでした。医療費は、本日配布した資料にもあります通り、わが国の医療費は現在全体で20兆円以上にもなっていますから、医療費を5%引き上げるということは、1兆円以上医療費を引き上げることになります。病院と診療所の医療費の合計の医科医療費では、5.4%です。

前回、平成2年の診療報酬改定は、3.7%の上げ幅ですから、前回よりもアップ率は大きくなっておりま

す。診療報酬改定のアップ率をさかのぼってまいりますと、昭和56年に医療費ベースで8.1%という大きな改定があり、今回はこれにほぼ匹敵する11年振りの大きな改定であったわけです。

診療報酬改定には、従来から薬価調査の結果に基づいて、薬価の引き下げを行っております。

今回の引き下げ幅は8.1%です。

医療費の中で、薬剤の占める比率は約30%ですから、8.1%の薬価引き下げを医療費全体のベースで換算すると、2.5%となります。

前回、平成2年の際の薬価の下げ幅が1%でしたから、2.5%という今回の下げ幅は、前回の改定に比較してかなり大きくなっています。

医療費の負担という点に目を向けますと、医療費は、結局すべて国民が負担しているわけですが、患者の自己負担分、すなわち患者が診療に際して直接支払う部分が、おおよそ医療費全体20兆円の約12%ほどになります。保険者の負担分、即ち、私たちが毎月支払っている保険料による負担部分が約60%弱です。その残りを国と地方自治体で負担しております。医療費全体の約25%が国の負担となっています。

医療費をすべて保険料でまかなえるということが、保険制度の理想ですが誰もがあまり過度の負担をすることなく、国民すべてが保険医療を受けられるという「国民皆保険制度」の理念を実現するためには、どうしても財政的な基盤が弱い国保にかなりの補助をしないと、国保が成り立っていかないわけです。他方、健康保険や政府管掌保険などは、経常的に黒字の状態が最近は続いております。

いずれにしろ、医療費の約4分の1の5兆円が国民の税金を財源とする、国の一般会計によって負担されております。この国の一般財源からの負担額については、国の予算を担当する大蔵省と医療保険制度を担当する厚生省との予算折衝で決ってきます。

医療費が20兆円で、今回は5%の引き上げです

から1兆円の増加となりますが、医療費の4分の1が国庫により負担されていますから、今回の改定による国庫の負担増は2500億円ということになります。

2. 今回の診療報酬改定の具体的内容

すでに、診療報酬改定に関する文書が告示・通知されてから2カ月以上経過しておりますので、皆さんもその内容について一応のことはご存じとは思いますが、改めて今回の改定の概要を一通り簡単に説明させていただきます。

今回の診療報酬改定は、ここ10年来にない大きな改定であったわけです。その具体的な特徴は本日配布した資料「社会保険診療報酬改定の概要」に書かれております。資料1Pの「2.の具体的には」という形で(I)から(II)まで今回の診療報酬改定の趣旨がまとめられております。

この中で特に今回強調したい項目を5つあげさせていただきます。

一つ目は、診療報酬の甲表と乙表の内容を近づけたということです。

二つ目は、病院と診療所の機能に着目した評価を行った、ということです。

三つ目は、昨今非常に重要な問題となっている看護関係に対して十分な配慮を行った、ということです。

四つ目は、医療機関のスタッフの数に応じた評価を行った、ということです。

最後は、患者のニーズの高度化、多様化に対応して、いわゆるアメニティーという概念を導入したことです。

(1) 甲乙の近似化

ただ今、今回の改定の五つの特徴を簡単に紹介しましたが、まず最初の甲表と乙表の近似化という点につき説明します。

昭和33年に甲表と乙表が誕生し、甲表はいわゆる「厚生省的な」点数表、乙表はいわゆる「日本医師会的な」点数表であったわけです。甲乙

二表の発足当時は、かなりの点数の違いがあり、また内容的にも違いがありました。乙表でしか算定できない細かな処置などの診療行為もあり、また同じ診療行為であっても甲表と乙表とでは点数が異なる、というものもありました。甲表と乙表はかなり異なった形で発足したわけですが、診療報酬改定のたびに次第に内容が近ずき、今回の改定では甲表と乙表の差がほとんどなくなりました。

具体的な、甲表と乙表の違いは、乙表だけで算定が認められ、甲表では算定が認められていない処置がいくつか残った点です。具体的に、乙表だけで認められる処置というのは、浣腸、注腸、吸入、尿道洗浄、導尿の「ロ」のその他の項目、心臓内注射、痔核注射と造影剤静脈注入手技料です。

また、初診料、再診料と入院時医学管理料の点数の違いです。

[資料2P]、例えば、初診料は病院の場合いまま甲表では210点、乙表175点と35点の差がありましたが、今回の改定で、甲表が198点、乙表が195点という形で3点の点数差となっています。この点が甲乙二表の唯一の点数差であとの点数はほとんど同じになっています。

乙表で初診料が20点上がったのに対し、甲表では12点下がっている。今回の改定では技術料重視であるというのに、どうして甲表では初診料を下げたのか、という質問が出ています。これは、甲表では従来算定できなかった、処方料や採血料、注射料などが、甲表でも外来患者に対して算定できるようになったため、外来患者の診療費のバランスをとるためにとられた措置です。

処方料が24点、240円です。また、検査などの為の採血料が12点、この他、静脈注射や筋肉注射などの注射料などが、甲表の医療機関でも外来患者に対して算定できるようになったため、初診料は下がっても、ネットではプラスになっております。

甲表と乙表の差は、次回かその次の改定で、おそらくなくなってしまうかもしれません。

(2) 病院と診療所の機能評価

次に、診療所と病院の機能を評価した、ということですが、簡単に申し上げると、診療所は外来機能を評価し、病院は入院機能を評価した、ということです。

[資料2P] 初診料、再診料をみていただくと、例えば初診料の場合、従来、甲表では病院、診療所とも210点、また乙表では病院、診療所とも175点と、病院と診療所の間では点数の差がまったくなかったわけですが、今回の改定では、甲表、乙表ともに診療所の初診料の方が、病院よりも10点高くなっています。また、再診料も同様に10点の差をもうけてあります。

つまり、診療所では外来患者の診療機能を評価した、すなわち、初診、再診という外来患者の診療によって生じる技術料を診療所の方に高く評価した、ということになります。

また、同じページのまん中やや下に、「②指導料」というのがあり、この中に、「特定疾患療養指導料」というのがあります。これは、外来に定期的にくる成人病などの慢性疾患の患者に対して、計画的に、服薬や運動、栄養などの療養上の指導をおこなった場合に算定できる技術料ですが、200床未満の病院と診療所だけで算定できるようになっています。

また、点数も診療所では170点、100床未満の病院では100点、100床から200床までの病院では50点という形になっています。

これは、定期的に外来を受診する成人病などの慢性疾患の患者に対する療養指導は、地域のプライマリーケア機能を担う「かかりつけ医師」が行うことが望ましい、という考えに基づくものです。

なお、高齢化社会の進展に伴う成人病患者の増大、という観点から対象疾患の再編成を行い、今回、特定疾患療養指導料の対象疾患は、新生物、甲状腺障害、糖尿病、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、脳血管疾患、慢性気管支炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎及び結核などとなっている。

廃止した慢性疾患指導管理料等と比較して対象疾患が減少した、との批判もあるが、必要があれば今後の診療報酬改定の際に対象疾患の見直しを行うべきものと考えており、この点に関して提案、意見があれば各学会、医会を通して厚生省に提案して頂きたい。

病院については、地域の中小病院においては、やはりプライマリーケア機能を実態的に一部は担っておりますし、また担って頂くべきである、との判断に基づいて特定疾患療養指導料の点数設定がなされています。

他方、大きな病院は看護料や入院時医学管理料の引き上げなど、入院機能に着目した評価を行っています。

また、初診料のところに紹介患者加算というものを設けております。これは病院だけで算定できるものですが、紹介を受けて病院を受診した患者に対して、初診料に50点の加算ができるというものです。つまり、病院では、紹介患者を積極的に受け入れる機能を持って欲しい、また紹介患者を受け入れて頂いた場合は、点数の上乗せをする、というものです。

(3) 看護対策

3番目のポイントは、看護対策です。

昨今、看護婦不足や看護婦の労働条件が非常に厳しい、などということで看護問題は大きな社会問題になっています。このような状況に対処して、今回看護料を平均で約20%の引き上げをおこなっています。このような、看護料の引き上げを含めて、今回の改定で引き上げた5%のうちの半分以上の2.6%は看護関係の分野に投入されております。

他方、看護婦不足という事実も承知しており、基準看護の要件を一部緩和した。但し、地域医療計画などにより、病床数は頭打ち傾向にあり、一方で看護婦の養成は増強されてきており、看護婦不足は相当ながく続くとは考えにくい。

看護料が20%引き上げられたからといって、必ずしも看護婦の給与が20%引き上げられるということではないわけですし、そうした裁量は病

院管理者の判断にまかされるところではありませんが、私どもとしては、こうした引き上げが出来るだけ看護婦の処遇改善などに反映されることを、強く希望しております。

看護関係のもう一つのポイントは、看護婦の勤務体制に評価を行った、ということです。いわゆる2-8、3-9といわれる体制、即ち、2人夜勤体制で月8日以内の夜勤回数又は、3人夜勤体制で月9日以下の夜勤回数の病院でしかも、看護婦の労働時間が週42時間未満の場合は看護料の加算を行う、というものです。

(4) 医療機関のスタッフの数に応じた評価

4番目の医療機関のスタッフの数に応じた評価では、医師、看護婦数により、入院時医学管理料や看護料にメリハリをつけています。

(5) アメニティー

次に、第5番目のアメニティーに関して説明致します。

ア) 室料差額

最近、患者の要望も多様化、高度化しています。例えば、入院すると差額料金を負担してもよいから個室に入りたい、という患者の希望がよくあります。また、入院している間、一般の病院食よりももっとおいしい食事をとりたい、あるいは自分の嗜好にあった食事をとりたい、という入院患者のニーズもあります。あるいは、仕事の都合などで、特定の日の特定の時間に受診したい、という患者の場合は、余分の費用を支払っても予約をして、確実に待たずに受診したい、というニーズがあります。また、通常の診療時間外にどうしても受診したい、というニーズもあります。

例えば、差額ベッドに関しては、一般の病院では全病床の20%までしかとれなかったわけですが、今回から、ある一定の要件を満たしていれば全病床の50%まで差額ベッドにすることが出来るようになりました。もちろん、こうした措置により、患者の負担が大きくなりますから、私どもも差額ベッドの20%を越える承認に関し

ては、当面慎重に取扱たいと考えており、承認を申請する病院は、厚生省に申請をあげてもらい、都道府県ではなく厚生省で承認を与える仕組みにしています。厚生省で、申請された書類を審査し、問題がなければ承認を行う、という形になります。

イ) 特別材料給食

給食に関しては、基準給食をとっている病院では給食料はだいたい1日2000円弱くらいで設定されていますが、1日2000円弱ということだと、当然、使われる給食材料の値段も限られます。しかし、入院患者の中には、どうしても松阪牛のヒレステーキを食べたいとか、マグロのトロの刺身を食べたい、という患者もいるわけです。そういうニーズに対応する為に、あらかじめ病院が普通の食事と特別食用のメニューを作成しておき、希望する患者には差額を自己負担することにより特別食を食べることが出来るようになる制度です。

本制度は、都道府県の承認制であり、本制度を実施できる医療機関は、通常の給食についてもレベルの高い、適時適温の特別管理給食の承認を得ている医療機関でなければならない、とされています。

ウ) 患者の自己都合による時間外診療

時間外診療ですが、時間外に来院する患者の中には、仕事の関係でどうしても時間外にしか受診出来ない場合もあれば、時間外の方がすいているから時間外に来院する患者もいます。本来、医療機関は、標榜する時間の枠の中で外来診療をおこなっています。その、標榜時間の枠外にあえて、患者の都合により受診するケースもあるわけです。医学的理由ではなく、患者の都合で時間外に受診する場合は、なにもその時間ではなく、翌日に時間をみつけて受診してもいいわけですが、そのような患者に対して、ある意味での「わがまま料金」的な費用を医療機関は受け取ってもよいことになりました。

つまり、医療機関の時間外の負担と、患者の自己都合である点などを考慮して、診療報酬点数表の時間外加算の所要点数相当額を費用徴収で

きることになっています。

この、患者の自己都合による時間外診療制度は、特に都道府県に対する届け出や承認を得る必要はありませんが、医療機関は受付窓口などの院内の見えやすい場所に、費用徴収についての掲示をしておく必要があります。

診療報酬上の時間外加算は、ウィーク・デイの場合は、通常標榜時間外であって、午後6時から午前8時までの深夜を除いた時間帯となるが、患者の自己都合による時間外診療の場合は、診療所の標榜診療時間以外のすべての時間が対象となりえます。

なお、当然のことですが、医療上の理由で時間外に来院した患者に対しては、この自己負担を徴収せず、従来通り診療報酬で請求して頂くこととなります。

エ) 予約診療

予約診療については、予約制を導入したいという病院は、承認されれば一定の予約時間に受診した予約患者に対して予約料を徴収しても良い、という制度です。病院側からみると、特定の患者の為に、一定の外来の時間枠を確保する、ということですし、患者はその時間枠を予約料で購入する、という考え方です。この制度もすべての保険医療機関が濫用すると、大変な混乱が起こる可能性がありますから、当面は特二類以上の基準看護を取っている病院を対象とすることとし、また申請も厚生省まであげてもらっていることになっています。

(6) 投薬料

この他、今回の改定では投薬料の関係が変更となっており、事前に透析医会の事務局から要望のあった点を中心に簡単に説明したい。

ア) 多剤投与の適正化

一つは、外来患者に対して、1処方につき10種類以上の内服薬を投与した場合、100分の10を減額して薬剤料を算定する様になった点である。

これは、外来において慢然と薬剤が多種類投与される傾向がみられ、同種類の薬効を有する内服薬の重複投与や、同一薬剤の長期間にわたる慢然投与も少なくなく、中には服用困難と思われる量の内服薬の投与も見られる。このため、服用されずに患者が廃棄している薬剤も少なくないもの、と推定されているが、こうした状況は薬剤の無駄であるだけでなく、患者にとっても不幸なことと考えられる。

この新しいルールは、

①外来患者だけが対象となり、

②1処方のうち、内服薬だけについて勘定することになっている。従って、外用薬などは対象外である。また、内服薬のうち頓服薬は他の薬剤とあわせて定時に服用するものでないため、薬剤の種類算定対象からは除かれている。

この場合、「種類」については、錠剤、カプセルは1銘柄毎に1種類とする。また、散剤や液剤については、1銘柄毎に1種類とするが、散剤や液剤を混合して服薬できるように調剤を行ったものについては、1種類として勘定する。

③1処方、処方料の算定根拠となっている処方をさしており、同一医療機関の2科以上の異なる医師の処方、当然、別の処方となるから、合計で内服薬が10種類以上となってもこのルールからは、除外される。

即ち、内科で8種類、眼科で4種類の処方が行われても、このルールの適応にはなりません。

また、高血圧症などの慢性疾患で定期的に通院し、8種類の内服薬の投与を受けている患者が、かぜや急性胃腸炎で別の日に受診し、4種類の薬剤投与を受けた場合も、処方料は8種類と4種類について別々に算定されているので、このルールの適用にはなりません。

と、ということで、実際のところこのルールの適用になるケースは非常に少ないものと考えています。

イ) 給食料を算定している患者のビタミン剤の使用適正化

投薬関係の二つ目は、給食料を算定している

入院患者に対する水溶性ビタミン剤、即ちビタミンB群やビタミンC剤の算定に関するルールですが、ビタミン剤の薬剤料を算定できるのは、具体的には、

①患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつビタミンの摂取が不十分な場合で、例えば悪性貧血のビタミンB12の欠乏など、診察及び検査の結果からその疾患又は症状が明かな場合。

②患者が、妊産婦、乳幼児、手術後の患者であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

③患者の疾病又は症状の原因がビタミンの欠乏や代謝障害であると推定され、かつ食事からはビタミンの摂取が不十分である場合。

などで、薬事法の承認内容に沿って、ビタミン剤が投与される場合に限られることになった。従って、給食料を算定している入院患者についてビタミン剤の薬剤料が算定できるのは、医師がビタミン剤の投与が必要であると判断し、適正に投与された場合に限られるために、いま述べた要件に関連し、ビタミン剤を投与した理由をカルテの他、レセプトの摘要欄に記載していただくことになった。

なお、今回対象とされたビタミン剤は、内服薬と注射薬のうちビタミンB群製剤とビタミンC製剤で、ビタミンB群又はビタミンCを含有する配合剤も含まれます。

例えば、肝機能障害とビタミン欠乏症が効能に含まれているビタミン配合剤の場合には、肝機能障害の改善を目的として投与された場合はビタミン剤として取り扱わないが、ビタミン欠乏症の治療のために投与された場合は、このルールの適用となります。

また、このビタミン剤算定のルールは、定状的に三食が病院給食による栄養管理の下にある入院患者が対象となるため、外来透析患者やデイケア患者のように、一食だけが医療機関から供与されているような場合には、適用にはなりません。

ウ) 調剤・処方の加算

三つ目は調剤料と処方料の加算の対象に向精神薬が追加されたことである。

(それぞれ1調剤及び1処方につき1点の加算)

(7) 院内掲示

人工透析関係の改定事項に入る前に、今回療養担当規則の改正で、医療機関が提供する医療サービスの内容と費用に関する事項について、患者に対する情報提供の促進を図るという観点から、差額ベットなど特定療養費に関するもの以外の一定の事項についても、院内掲示の対象となっております。

具体的には、以下の3つの事項を院内掲示事項として定めた。

ア. 看護料に関する事項

この場合、保険医療機関は、当該保険医療機関が行う看護の種別(特1類看護(I)、その他1種看護等、その他3種看護、結核・精神その他3種看護等厚生大臣が定める基準によらないものを含む。)及び類別ごとのその概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)を掲示する。

(掲示例)

「1. 当院は、厚生大臣が定める基準による看護(基準看護)を行っている保険医療機関です。

2. 当院は、同基準のうちの「特1類看護(I)の(都道府県)知事承認を受けており、入院患者3人に1人の看護スタッフ(うち8割以上は有資格者で、4割以上は(正)看護婦という基準を満たしています。」

イ. 保険医療機関の従業員以外の者による看護(付添看護)に関する事項

a. 付添看護制度の趣旨の周知徹底と運用の適正化を図る観点から院内掲示事項とした。

b. 保険医療機関(無床診療所を除く。)は、次に掲げる事項を掲示する。

① 看護、給食及び寝具設備の基準による看護(基準看護)を行う保険医療機関にあっては「基準看護病院においては、患者の負担による

付添看護は認められていない」旨の掲示を行う。

② ①以外の保険医療機関にあっては、「当院は基準看護病院ではなく、やむを得ない場合には患者の負担による付添看護を求めることがありうる」旨の掲示を行う。

ウ. 特別管理給食に関する事項

同給食に係る都道府県知事の承認を受けた保険医療機関は、次に掲げる事項を掲示する。

① 特別管理給食の承認を受けた給食を提供していること。

② 特別管理給食の下では、管理栄養士によって管理された給食が適時（夕食については午後6時以降）、適温で給与されるものであること。

なお、特定療養費に係る事項については、従前より、療養担当規則第5条の3第2項に基づきその内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められていたが、今後、特に「3人室以上については室料差額の徴収は一切認められていない」旨を院内の見やすい場所に掲示する。

3. 人工透析に関連する主な改定事項

(1) 慢性維持透析患者医学管理料

① 慢性維持透析患者医学管理料は、透析導入後3カ月以上を経過し、定期的に透析を必要とする外来の慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回を限度に算定する技術料で、検査実施料と検査判断料が含まれています。

② 特定の検査とは、糞便潜血反応検査、末梢血液一般検査等の血液形態・機能検査、出血・凝固検査、血液化学検査、T3、T4、TSH等の内分泌学的検査、HBs抗原、HBs抗体検査、CRP等の血しょう蛋白免疫学的検査です。これ以外の検査を実施した場合は、その理由をレセプトの摘要欄に記載するようお願いしたい。

③ なお、本管理料を設定した目的は、診療報酬請求事務の簡素化です。ナトリウムを1カ月間に何回測定した、クロールを何回測定した、などといった細かい検査項目を請求する煩雑さ

を止めて、「まとめて1カ月いくら。」という形にして請求事務の簡素化を図ろうとしたものです。本管理料の設定に当たっては、透析医会のマニュアルに記載されている検査項目と検査頻度なども十分に考慮しています。

④本管理料は、透析導入後3カ月以上が経過した外来患者が対象となるものであり、2月1日から人工透析を始めた患者の場合は5月から、2月6日から人工透析を始めた患者の場合は6月から、本管理料を算定する。

⑤また、同一月内に入院と外来が混在する場合は、本管理料は算定できず、従来の方法で算定する。又、同一月内に、2つ以上の保険医療機関で透析を定期的に行った場合は、主たる保険医療機関で本管理料を算定し、その配分は両者の配分にゆだねることとすることになっている。（なお、主たる保険医療機関以外では、特定の検査に伴う検査料は算定できないことになっている。）

⑥なお、出血性合併症や、透析アミロイド症、高アルミニウム血症とヘモクロマトーシスなど特定の透析合併症を併発した場合に、本管理料に含まれる検査を一部追加して算定できるように現在検討中であり、今後の通知に留意して頂きたい。

⑦ CAPD移行当初等CAPDと人工透析を併用して行っている場合は、CAPDは在宅自己腹膜かん料指導料人工透析に従来通りの方法で算定する

(8) ①で述べた様に本管理料は透析医会のマニュアルに検査項目と頻度を十分に考慮した点数設定となっているので、その項目、頻度等については十分考慮された。

なお、患者団体等は本管理料の導入により、検査の項目や頻度が著しく減少するのではないかと心配している向きもある為、診療の実施に当たっては透析医会のマニュアル等を参照し十分な配慮をお願いしたい。

特殊疾患管理加算

① 人工透析が困難な心身障害者等に人工透析を行った場合100点を加算するものであ

る。

- ② 著しく人工透析が困難な心身障害者とは、
- i) 心身障害対策基本法でいう心身障害者
(腎不全により適応を受けている者は除く)
 - ii) 精神保健法の規定により医療を受ける者
 - iii) 都道府県の実施している「特定疾患治療研究事業」の対象者
(いわゆる難病に指定されている患者)
 - iv) インスリン依存性糖尿病の患者等である。詳しくは、通知を参照されたい。iv) については「インスリン注射を行っている糖尿病患者」と改める予定である。

在宅腹膜灌流指導管理料

- ① 同一月内に頻回に管理料算定の点数が上がった。
1750点 → 1900点
2回目以降1回につき1900点 計3800点まで
- ② 退院以降1ヶ月以内、あるいは退院当日にも本管理料が算定可能となった。
- ③ 紫外線殺菌者加算 (250点)
自動腹膜灌流装置加算 (2700点)
を新設した。