

指標

平成20年度診療報酬改定

常任理事
西里 卓次

はじめに

前回、平成18年度の診療報酬改定は、マイナス3.16%（本体マイナス1.36%）と史上最大の下げ幅となる厳しいものであった。療養病床の入院基本料の引き下げ等医療機関の経営に与えた影響も大きかったが、19年1月に行われた7:1入院基本料に関する中医協の建議や、リハビリテーションについての臨時改定等に見られるように制度設計の粗さも指摘される改定であったといえよう。

平成20年度の診療報酬改定には、産科や小児科を中心とする病院医療の機能低下、勤務医の過重労働

表1 「2008年度診療報酬改定の基本方針」(08.12.3社会保障審議会医療保険部会・医療部会)

| 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から） |
|---|
| 緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減 ○産科・小児科への重点評価 ○診療所・病院の役割分担等 ○病院勤務医の事務負担の軽減 ○救急医療対策 |
| 4つの視点 (1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する ○医療費の内容の情報提供 ○分かりやすい診療報酬体系等 ○生活を重視した医療 ○保険薬局の機能強化 |
| (2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する ○質が高い効率的な入院医療の推進 ○質の評価手法の検討 ○医療ニーズに着目した評価 ○在宅医療の推進 ○歯科医療の充実 |
| (3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する ○がん医療の推進 ○脳卒中对策 ○自殺対策・子どもの心の対策 ○医療安全の推進と新しい技術等の評価 ○イノベーション等の評価 ○オンライン化・IT化の促進 |
| (4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する ○新しい技術への置換え ○後発品の使用促進等 ○市場実勢価格の反映 ○医療ニーズに着目した評価 ○その他効率化や適正化すべき項目 |

等による医療崩壊への危機感に加え、昨年7月の参議院選挙における自民党の大敗等の政治状況も影響を与えたと思われる。改定点数の詳細については、未だ不明な点もあり、3月の改定伝達講習会に譲るとしてここでは、今回の改定に至る経緯を簡単に触れるとともに、診療報酬改定の考え方と要点について述べてみたい。

診療報酬改定の経緯

平成19年4月から、中央社会保険医療協議会（中医協）では次期診療報酬改定に向けて審議を始めたが、集中的な審議は10月から12月にかけて行われた。11月25日には、「平成20年度診療報酬改定に関する意見」をとりまとめ、本体部分については、さらなるマイナス改定を行う状況にはないことを明示した。社会保障審議会医療保険部会・医療部会においては12月3日に「2008年度診療報酬改定の基本方針」が定められた（表1）。この基本方針において、厚労省は大幅な診療報酬削減を行った前回改定の方針を原則として踏襲するとしたが、日医の反対によって文言を修正した。前回の方針と大きく異なる部分としては、緊急課題として病院勤務医の負担の軽減をとりあげていることである。

この間、財務省や経済財政諮問会議等は次年度予算方針において社会保障費のさらなる抑制等を主張していたが、日医の精力的な活動や与党議員の後押しにより、12月18日に本体プラス0.42%（医科分）とする改定率が内閣において決定された（表2）。全体では、マイナス0.82%であったが本体はプラス0.38%（医科0.42%）と小幅ながら8年振りの引き上げとなった。5.7%の引き上げを要求していた日医としては、小幅なプラス改定であること、社会保障費の2,200億円削減の骨太方針が維持されたこと（表3）等の問題点を改めて指摘した。一方では前後して、後期高齢者等の自己負担増の凍結（1,550億円）が

表2 平成20年度診療報酬改定の改定率

| 全体 Δ0.82% | |
|-----------|---------------------|
| 1. 診療報酬本体 | 0.38% |
| 医科 | 0.42% |
| 歯科 | 0.42% |
| 調剤 | 0.17% |
| 2. 薬価等 | Δ1.2% |
| 薬価 | Δ1.1% (薬価ベース Δ5.2%) |
| 材料価格 | Δ0.1% |

表3 社会保障費の国庫負担分2,200億円の削減(H19.12)

| | |
|-------------------|----------|
| 1. 被用者保険による政管健保支援 | |
| 健保組合 | 750億円 |
| 共済組合 | 250億円 |
| 2. 診療報酬・薬価等改定 | |
| 薬価等改定 | 960億円 |
| 診療報酬本体 | 300億円プラス |
| 3. 後発医薬品の使用促進 | 220億円 |
| 4. 国保組合の国庫補助見直し | 50億円 |
| 5. 生活保護（母子加算）の見直し | 50億円 |
| 6. 保険加入資格の適正化 | 230億円 |
| | 計2,200億円 |

表4 中医協における公益側の裁定(中医協総会 H20. 1. 30)

| |
|---|
| <p>1. 診療所の再診料は引き下げない</p> <p>2. 後期高齢者の初診料引き上げは平成20年改定では行わない</p> <p>3. 病診格差是正のため 1)200床未満病院の再診料を引き上げる 2)後期高齢者における外来管理加算(診療所57点、200床未満病院47点)を52点に統一</p> <p>4. 勤務医負担軽減のための財源 1)外来管理加算の見直し 2)デジタル映像化処理加算を経過措置を設けて廃止</p> <p>※初診料、再診料は病院・診療所、若人・老人でどうあるべきか役割などを次回改定の際に検討する (改定答申の付帯事項)</p> |
|---|

決定され、補正予算によって対応することとされている。

中医協では、1月18日に厚労相から諮問を受けて具体的な点数改定の作業に入るとともにパブリックコメントの募集、公聴会を実施した。しかし、この時点においても再診料等の扱いをめぐる診療側委員と支払い側の意見の溝は埋まらず「平成20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)」には両論併記となった部分があり、30日の総会において公益側委員により表4のごとく裁定がなされ、両者がこれを受け入れた。厚労省は2月1日に「平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について(案)」を提出し、それに基づいて具体的な点数設定が現在行われている。

改定の要点について

診療報酬改定の基本方針に沿って概要を紹介する。

1) 緊急課題

平成20年度改定の緊急課題として、前述したように産科・小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減策が取り上げられた。

緊急課題1、産科・小児科への重点評価であり「ハイリスク分娩管理加算」の対象者を拡大するとともに、基礎疾患を有する妊娠管理について「ハイリスク妊娠管理加算」で評価する。また、ノンストレステストの対象の拡大と算定回数の制限を緩和する。さらに、「妊産婦緊急搬送入院加算」を新設して、異常の疑われる妊産婦の受け入れを評価することとした。

小児の手厚い入院医療の評価として「小児入院医療管理料」を4段階へ再編成して、点数をさらに引き上げた。また、6歳未満の状態の不安定な超重症児、準超重症児の「入院診療加算」を引き上げ、「集団コミュニケーション療法」を新設し、「障害児(者)リハビリテーション料」を引き上げることとした。

課題2は、診療所・病院の役割分担等についてであるが、病院と診療所の再診料の格差については、表4の裁定のごとく、今回は触れないことになったが次期改定の課題とされた。また、200床未満の病院の再

診料は、3点引き上げられ60点となった。病院の救急患者の減少を期待して、診療所における夜間診療等の評価を行うこととなった。すなわち、平日の夜間(18時～22時)、早朝(6時～8時)と、土曜の夜間等(12時～22時)、早朝(6時～8時)、日曜・祝日の夜間、早朝等(6時～22時)の診療に対する初診料・再診料の夜間・早朝等加算の新設である。また、診療所の「小児外来診療料」「地域連携小児夜間・休日診療料」を引き上げた。地域で中核的な病院に「入院時医学管理加算120点(14日を限度)」を創設した。

課題3の病院勤務医の事務負担の軽減のため、急性期病院において、医師の事務作業を補助する職員の配置を「医師事務作業補助体制加算(入院初日)」の創設により、配置された職員数に応じて評価することとなった。

課題4として、救急医療対策があげられ、「救命救急入院料」を、3日以内と4～7日以内に分けて、極早期の入院医療評価を引き上げた。

2) 患者から見て分かりやすく、生活の質を高める医療を実現する視点

400床以上の病院において、患者の求めに応じて明細書の発行が義務付けられた。「外来管理加算」の算定要件に5分という時間の目安が加えられた。診療側、支払い側双方から疑問が呈されたが、診療の具体的内容やカルテ記載を参考にするという分かり難い説明となった。医師の技術料に係る部分でもあり、後発医薬品使用促進策と共に医療の現場に与える影響は大きいものと予想される。

疾患別リハビリテーション料に係る「逡減制・医学管理料」「ADL加算」を廃止した。「リハビリテーション早期実施加算」が創設され、「リハビリテーション総合計画評価料」は、1月に1回限度として算定できることとなった。

15歳未満の鼠径ヘルニア手術(5日以内の入院)が、1手術単位での支払い方法となり、DRG-PPS方式の先がけとなる可能性も否定できない。また「第3部 検査」から病理学的検査を「第13部 病理診断」として独立させた。

「生活習慣病管理料」の療養計画書の簡素化、交付頻度の減と評価の引き下げが行われた。糖尿病足病変のフットケアの評価として「糖尿病合併症管理料」が新設され、人工腎臓は透析時間に応じた診療報酬が設定された。

3) 質の高い医療を効率的に提供するための医療機能の分化・連携の推進

療養病棟入院基本料は引き下げられたが、医療区分1・ADL区分3は据え置きとなった。DPC支払い対象病院を拡大することとしたが、準備病院には2年間のデータ提出が求められた。調整係数は20年度で廃止とし、新たな機能評価係数など制度の在り方を検討

することとした。3日以内の再入院については、1入院として取り扱うことになった。

「亜急性期入院管理料」算定要件の緩和や、退院時の計画立案、診療情報提供料の算定要件の緩和がはかられた。「特殊疾患療養病棟入院料」を「特殊疾患病棟入院料」と変更し、認知症の患者等を除外して、存続させることとした。

7:1入院基本料については「看護必要度」判定基準のA項目、モニタリングおよび処置等で2点以上かつB項目、患者の状況で3点以上の患者が1割以上入院している場合に算定できることとなった。厚労省は、約2割の病院が7:1入院基本料の算定から外れるものと予想している。また、地域で一般急性期医療を支えている病院への配慮として10:1入院基本料の引き上げが提案された。

精神病床に入院する患者の退院支援計画や地域移行支援等とともに、精神科訪問看護等の評価が引き上げられた。「精神科救急入院料」算定の要件が見直され、身体合併症の治療も評価することとなった。かかりつけ医による認知症患者の専門医療機関への紹介を新設の「認知症患者紹介加算」で評価して認知症への早期の対応を促進することとした。

4) 重点的に対応していくべきと思われる領域

がんの放射線治療、外来化学療法、緩和ケアが評価され、「がん診療連携拠点病院加算」が引き上げられた。在宅や療養病床、介護老人保健施設における医療用麻薬の取り扱いと評価が見直された。

地域連携診療計画の対象に脳卒中が追加され、急性期のt-PA（アルテプラゼ）の適切な投与が「超急性期脳卒中加算」として評価された。中協医において、最後まで合意されなかった「デジタル映像化処理加算」は、平成21年度末までの経過措置を設けて廃止された。「画像診断管理加算」と「コンピューター画像処理加算（電子画像管理加算へ変更）」は引き上げられている。

5) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域

処置の見直しでは、100cm²未満の皮膚科軟膏処置、湿布処置（その他のもの）、100cm²未満の1度の熱傷処置、洗眼、点眼などの眼処置、点耳、簡単な耳垢除去等の耳処置、鼻洗浄等の鼻処置が基本診療料に含まれることとなった。

後発医薬品の使用促進のため、処方箋の様式を変更することが決められた。処方医が、後発品への「変更不可」欄に署名または記名・押印しなければ、調剤薬局の薬剤師は患者の同意を得ることを前提として、処方医に確認せず、後発医薬品を調剤できることとなった。ただし、変更した場合、原則として薬局から処方箋を発行した保険医療機関に情報提供することとされた。後発医薬品を含む処方箋料の評価

(2点)は廃止された。

コンタクトレンズに係る検査の初回装用者と即装用者の区分は廃止され、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合による区分の基準を現行の70%から30%に引き下げた。

6) 後期高齢者医療制度における診療報酬

入院医療において、退院後の生活のための診療や計画、連携や情報提供、訪問看護、栄養士等の関与が評価された。在宅や住居施設等における医療についても同様だが「寝たきり老人訪問指導管理料」は廃止された。

外来医療においては、慢性疾患に対する継続的な管理を評価する「後期高齢者診療料（600点、月1回）」が新設された。診療所または半径4km以内に診療所の存在しない病院で、患者の同意を得て診療計画を定期的作成して指導および診療した場合に算定可となる。主病とされる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみの算定であり、医学管理等、検査、画像診断、処置を包括するが550点以上の検査、画像診断、処置は別途算定できる。さらに、当該診療所には、高齢者の心身の特性や機能評価、診療計画等についての研修を受けた常勤の医師がいることが求められている。

後期高齢者の初・再診料に変更は無いが、外来管理加算は病院（47点）、診療所（57点）を52点に統一した。

以上の他、今期改定では手術料の引き上げ、検査判断料の引き下げ等も予定されているが厚労省は本改定によって病院勤務医対策として1,500億円の財源をあてることになると試算している。

おわりに

以上述べてきたように、平成20年度診療報酬改定においては、地域医療確保、医師不足に対する危機感から救急、産科、小児科を中心とする病院と勤務医に対する配慮が強調された。また、診療所の時間外診療や在宅医療への積極的な参加を求める考え方も反映されている。診療所と病院における初診料・再診料の格差については、200床未満の病院再診料を引き上げることで決着したが、外来管理加算の問題もあり、医師の技術料としてのあり方については次期改定の課題として検討することになった。後期高齢者医療制度においては、高齢者を総合的に診療する医師に対する評価として、後期高齢者診療料が新設された。さらに平成21年度の介護報酬改定を控え、在宅医療における各種の地域連携等の評価の整備を急いだように思われる。いずれにしても、本体0.42%（医科分）というわずかな引き上げの中での配分であり、社会保障費の伸びを毎年2,200億円削減とする骨太方針の転換と社会保障のための安定した財源確保に向けての論議が望まれる。