



平成12年度診療報酬改定について

常任理事 三宅直樹

今回平成12年度の診療報酬改定について、平成11年11月26日に診療側委員5名の連記で中央社会保険医療協議会会長あてに「社会保険診療報酬の引き上げ要望について」と題した要望が提出された。今回は薬価差益解消による潜在技術料分を診療報酬として要求すると共に、この他に物価人件費の変動に対応するものとして2.6%、医療の技術革新及び医学・医療の進歩に対応し適正な医療を提供するため少なくとも1.0%、合計して3.6%の引き上げを要望した。12月1日には同じく「薬価制度抜本改革に関わる診療報酬改定要望について」と題し、薬価差解消に伴う補填分として平均4.5%の診療報酬の手当（技術料への転嫁）を要望した。同時に「国民により良い医療を提供するための診療報酬適正評価に関する要望事項」なる多岐にわたる具体的検討事項の要望が医科歯科双方から提出された。これを受けて中医協で論議が行われた。厚生省は当初マイナス0.4%を主張した。これは定時改定に際して事前に行われる医療経済実態調査を参考としている。速報値では1施設当たり収支は一般診療所（無床）で15.7%、一般病院（医療法人）で75.9%の伸び率を示したとした。この値は日数補正などしないためで現状とは大きくかけ離れた値となっていた。その後、厚生省も補正した値を示したが、日医総研が補正した値では診療所が-3.7%、一般病院が-5.1%のマイナスとなった。日医の主張は、物価人件費アップ分は公務員のベースアップがベースダウンとなったこともあり、やや説得力に欠けたことは否定できない。しかし医療廃棄物処理費（450億）と使い捨て医療機材（保険適応外のもの）費（1350億）などの評価を主張した。しかし診療側と支払い側で歩みよりがみられないまま結論が出

されず終了した。従って予算編成は政府与党に委ねられたため、日本医師会は与党自民党と折衝を重ねたが、結果は表1のとおりとなった。実質0.2%のアップとなったが、合理化という名目でマイナスが行われるので前回同様マイナス改定となることが予想される。

以上を受けて1月19日21日の両日、厚生省内で

表1

日医第806号(保139) 平成11年12月27日	
都道府県医師会長 殿	
日本医師会長 坪井栄孝	
平成12年度厚生省予算における診療報酬 改定等について	
<p>中央社会保険医療協議会は12月17日に診療報酬改定についての結論を出さないまま終了し、平成12年度の予算編成は政府与党に委ねられました。本会は与党の自民党と再三にわたる折衝を12月19日未明まで行いましたが、不本意ながら次のとおりとなりましたので取り急ぎご報告いたします。</p>	
<p>【平成12年度厚生省予算編成の概要】 診療報酬等の改定について(平成12年4月実施)</p>	
(1)診療報酬等の改定	1.9%(医科、歯科、調剤の総計)
(内訳)	
医科	2.0%
歯科	2.0%
(歯科用貴金属の国際価格変動に対し、別途0.5%対応)	
調剤	0.8%
(2)薬価改定等	1.7%(医科、歯科、調剤の総計)
〔うち薬価改定 7.0%(薬価ベース)〕	
(3)実質	0.2%(医科、歯科、調剤の総計)

中央社会保険医療協議会の総会が開かれ、事務局から平成12年度の診療報酬改定検討項目案が提出され、説明と議論を行い各側ともに修正案を了承した。診療報酬改定検討項目(医科)を別掲(表2-1、表2-2)する。

7項目から成るが、重点は「機能分化」ものと技術の分離「包括化の拡大」と言えよう。各項目について簡単にコメントする。

「機能分担と連携」に関しては大病院(200床以上を大病院とすることの是非は問わないが)の

紹介外来を推進する観点から外来の適正化を目処とし、外来管理加算(現行42点)の廃止と基本的診療行為(検査等)の包括を行った。これは大病院にとっては相当厳しいマイナスとなろう。紹介率に応じて入院料加算があるが、紹介率30%以上で平均在院日数が20日以内の条件付である。逆紹介による診療情報提供料(520点)は地域医療支援病院又は特定機能病院が適応となる。かかりつけ医等に関しては、通常の診察時間を超えて診療を行った場合に初診料に加算されるが、診察時間は

表2-1 診療報酬改定検討項目

(平成12年1月21日・中医協)

医科**1 機能分担と連携**

(病院機能とかかりつけ医機能の明確化)

- ①大病院における評価のあり方
 - ・200床以上の病院の外来管理加算の見直し
 - ・200床以上の病院の基本的診療行為(検査等)の包括化を含む再診時の評価の見直し
 - ・200床以上の病院の紹介・逆紹介に応じた入院料等の評価
 - ・特定機能病院の機能の評価(平均在院日数等)
 - ②かかりつけ医等の評価のあり方
 - ・慢性疾患等の患者に対する継続的な医学的管理の評価
 - ・初診時に一定時間を超える診療時間を要した場合の評価
- (入院機能の質の向上と効率化)
- ①急性期医療を行う特定の病院に対する評価
 - ・急性期医療を行う特定の病院における、診療実績の評価のための基盤整備(主傷病名に基づく退院時要約等)に着目した入院料評価(一般の病院とは異なる診療報酬体系の導入を視野に置いて)
 - ②回復期リハビリテーションの評価
 - ・回復期リハビリテーションを集中的に行う療養型病床群等における一定の施設基準を設けた入院料等の評価
 - ③長期療養を必要とする患者に対する医療の確保
 - ・長期療養を必要とする重度意識障害等の患者の受け入れを促進するため、特殊疾患療養病棟を拡充
 - ④一般病棟における入院機能評価の見直し
 - ・一般病棟における加算入院時医学管理料の見直し
 - ・医療ニーズと異なる早期退院問題が生じないように、病棟の特性に応じた入院後1カ月以降の逓減制の見直し
 - ⑤入院診療計画の評価の見直し
 - ・当然に行うべき入院診療計画に関する現行加算評価の見直し

(小児医療の充実)

- ①小児の救急・入院医療の評価の充実
 - ・不採算となりやすい小児の入院医療における入院料の評価、及び救急医療の評価

2 医療技術の適正評価

(新規技術への対応)

- ①新規技術の保険導入
 - ・有効性、安全性、普及性が認められる各種新規技術について、医療費財政への影響等を勘案しつつ保険導入
 - ②高度先進医療の見直し
 - ・中間報告を踏まえた高度先進医療制度の効率化と透明化
- (薬剤関連技術料の適正評価と薬剤使用の適正化)
- ①薬剤関連技術料の適正な評価
 - ・薬価制度の見直しを踏まえた処方料等の薬剤関連技術料の評価
 - ②薬剤の多剤投与の減額措置の強化
 - ・逓減対象となる薬剤の種類数等の見直し
 - ③長期投薬の見直し
 - ・外用薬の投薬期間の延長、新薬の非適用期間の短縮等
 - ④薬剤情報提供の評価の見直し
 - ・当然に行うべき薬剤情報提供に関する現行評価(加算)の見直し
- (ものと技術の適正な評価)
- ①手術料の適正な評価
 - ・包括されている材料の実態を踏まえ、人件費に着目した相対評価の見直し
 - ②検査の適正化
 - ・市場実勢価格を踏まえた検体検査料の適正化
 - ③画像診断の適正化
 - ・既存のCT、MRI撮影料の適正化
 - ④高額医療機器の共同利用の推進
 - ・高機能のCT、MRIに関する共同利用の要件化
 - ⑤在宅医療機器の適正化
 - ・市場実勢価格を踏まえた在宅医療機器料の適正化

30分超で、カルテとレセプトに診療時間の記載を義務付けている。2月9日の衆院本会議で小淵首相が小児医療、救急医療、リハビリ、在宅医療の整備充実に取り組む姿勢を示した。そのうちの急性期特定病院（正式名称ではない）については入院時医学管理料に加算点数がついたが、現状の入院時医学管理料^(II)の算定要件（平均在院日数20日以内、紹介率30%以上）にプラスの条件がつくので全国で100施設前後になるのではないかと考えられる。急性期のリハビリに続いて状態安定までの回復期リハビリを集中的に行う回復期リハビリテーション病棟を新設し入院料を算定するが、

入院後6カ月以内に限られる。条件は総合リハビリテーション施設又は理学療法^(II)及び作業療法^(III)を届けている施設に準じている。特殊疾患療養病棟に関しては重度の意識障害患者（JCSでⅡ-3又は30以上又はGCS8点以下の状態が2週間以上持続している患者及び無動症の患者）が新たに対象となり、3カ月以上入院する場合は特殊疾患入院医療管理料（病室単位、日単位）が新設される。小児医療に関しては特に季節変動が大きく人件費率が高いなどの不採算性が理由で小児病棟の閉鎖が増加していることを踏まえ入院医療に対する充実を図っている。最後に医療ニーズと異なる早期

表2-2 診療報酬改定検討項目

<p>3 出来高・包括の組み合わせ （包括評価の拡大）</p> <p>①入院料の包括払いの拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院環境料、入院時医学管理料、看護料を包括した入院基本料（仮称）の新設。看護補助料部分については簡素化。 <p>②一般病棟における高齢者の長期入院の是正</p> <ul style="list-style-type: none"> 3カ月以上の入院患者について、医学上やむを得ない場合を除き、包括的診療報酬を算定 <p>③運動療法指導管理に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動療法指導管理料（包括評価）の適応疾患の拡大 <p>④日帰り手術</p> <ul style="list-style-type: none"> 一定の日帰り手術に関し、基本診療料、検査、画像診断等を包括した評価（既存包括点数の見直し） <p>①療養型病床群の評価の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険の導入を踏まえた療養型病床群の評価の見直し（急性期入院医療診断群別定額払い方式の試行） <p>①平成12年度以降における試行方針の検討</p>	<p>5 療養環境</p> <p>①療養型病床群における加算の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 療養環境加算、食堂加算（入院時食事療養費）の見直し <p>②病室の療養環境改善に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 療養環境加算の対象の拡大 <p>③医療保険における地域差評価のあり方</p> <p>④施設利用料（特定療養費）のあり方</p> <p>6 老人診療報酬 （高齢者入院医療の質の向上と効率化）</p> <p>①入院医療の必要性の高い高齢者への適切な医療の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 老人入院患者について、医療ニーズと異なる早期退院問題が生じないように、病状等に応じて一般病棟における逓減制の見直し <p>②一般病棟における高齢者の長期入院の是正（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> 3カ月以上の入院患者について、医学上やむを得ない場合を除き、包括的診療報酬を算定 <p>③介護保険の導入を踏まえた老人病棟の評価の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> 老人病棟における療養環境等の評価の適正化（高齢者在宅医療の促進） <p>①高齢者の在宅医療を支える医療機関相互の連携体制の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 寝たきり老人在宅総合診療を行う診療所が地域の病院や訪問看護ステーションと連携して行う24時間連携体制を評価
<p>4 医療に係る情報提供の推進</p> <p>①薬剤情報提供、入院診療計画の評価の見直し（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> 当然に行うべきものとして、薬剤情報提供、入院診療計画に関する現行加算評価の見直し <p>②診療に要する時間に着目した評価（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診時に一定時間を超える診療時間を要した場合の評価 <p>③診療録管理体制の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療録管理体制が整備された医療機関の入院料の評価 <p>④診療費用等に係る情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 内容のわかる領収書の発行の促進 	<p>7 その他</p> <p>①診療報酬の簡素化</p> <p>②生殖医療、遺伝子治療等への対応</p> <p>③保険医療機関に対する処分等のあり方</p> <p>④被保険者証の改善と活用</p>

退院問題いわゆる「患者追い出し」が生じないよう在院日数に応じた一律の逓減制の見直しは注目すべき項目であろう。

「医療技術の適正評価」に関しては、新規技術への対応は、優先順位の高いものから保険導入を図るとしているが、あくまでも限られた財源の枠内という縛りがある。薬剤関連技術料では処方料引き上げがあるが、薬剤投与の減額措置の拡大で対象薬剤数の拡大がありうる（現状8種以上が6種類以上になる）。薬剤管理指導料が月2回が週1回算定可能となるので病院にはプラスとなる。皮下・筋肉内注射・静脈内注射及び点滴注射の点数引き上げがある。外用薬の14日間処方が可能となる。新医薬品の長期投薬の対象外期間が2年から1年へ短縮される。ものと技術の分離に関しては段階的に体系的見直しを行うことを検討することとし具体的対応は遅れている。検体検査の適正化では平均乖離率が33.2%（平成11年度衛生検査所調査）であり7%前後の引き下げが予想される。検体検査判断料の引き上げがあるので委託検査料の引き上げ要求が起ると考えられる。画像診断は従来機器での撮影では引き下げがあるが、新しい撮影法に対してヘリカル、マルチスライスCT、1テスラ以上の機器（MRI）を使用した場合、特殊撮影として管腔（血管）描出を行った場合、新点数が算定される。在宅医療機器の点数適正化の対象は酸素濃縮装置、携帯用酸素ボンベ、液化酸素装置（携帯型）、陽圧式人工呼吸器である。

「出来高・包括の組み合わせ」に関しては、病院の機能区分に応じ、ホスピタルフィー的部分を包括的に評価するため入院環境料、看護料及び入院時医学管理料を包括して入院基本料（仮称）を新設した。これに伴い看護料を整理し（現状では新看護、基準看護及びその他看護の3種類が併存している）簡素化している（表3参照）。院内感染防止対策及び入院診療計画については、実施していない場合、ペナルティーとして点数減額となる。運動療法指導管理料の適応疾患は高血圧、糖尿病、高脂血症の三疾患となる。日帰り手術には短期滞在手術基本料が新設され現行の加算は廃止となる。療養型病床群については、療養病棟の出

表3 見直し後の看護基準
一般病棟

看護職員		看護補助 加算	平均在院 日数要件
	看護婦割合		
2:1	70%以上 70%未満	なし	あり
2.5:1	70%以上 70%未満	10:1 15:1	あり
3:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	6:1 10:1 15:1	あり
3.5:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	5:1 6:1 10:1 15:1	あり
4:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	4:1 5:1 6:1 10:1 15:1	なし
4:1未満	なし	なし	なし

結核・精神病棟

看護職員		看護補助 加算	平均在院 日数要件
	看護婦割合		
2:1	70%以上 70%未満	なし	あり
2.5:1	70%以上 70%未満	10:1 15:1	あり
3:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	6:1 10:1 15:1	なし
3.5:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	5:1 6:1 10:1 15:1	なし
4:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	4:1 5:1 6:1 10:1 15:1	なし
5:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	3:1 4:1 5:1 6:1 10:1 15:1	なし
6:1	40%以上 70%以上 40%未満20%以上	3:1 4:1 5:1 6:1 10:1 15:1	なし
6:1未満	なし	なし	なし

来高の選択制の廃止、療養環境加算(Ⅳ)及び食堂加算の廃止、療養1群と2群の区別の廃止がある。

以上重点3項目についてコメントしたが、今回改定にも影響する健康保険制度改正案(医療保険福祉審議会運営部会)や医療提供体制の改革(医

療審議会)の議論の流れなどで具体的な改定内容は変わり得るので最終結果はコメントと異なる場合があることをご理解いただければ幸甚である。

なお今回は診療報酬と介護報酬の両者を絡めなくて審議することを確認しているが、今後は両者を総合的に考慮し議論されることが予想される。

お知らせ

北海道プライマリ・ケア研究会第32回学術集会 参加者募集

日時 平成12年3月12日(日)10:00~14:30
場所 北海道医師会館8階会議室
会長 北海道プライマリ・ケア研究会会長
吉田 信
当番幹事 北海道プライマリ・ケア研究会常任
幹事 長澤 邦雄

プログラム

1. 特別講演(10:00~11:00)

座長 会長 吉田 信
「21世紀の医療形態...保健・医療・福祉複
合体」
北海道大学医学部附属病院総合診療部
教授 前沢 政次

2. シンポジウム(11:00~12:30)

『結核の現状と今後の対策』
司会 日本結核病学会北海道支部
支部長 浅川 三男

- ① 結核の現状と増加の原因
国立療養所札幌南病院 桐澤 俊夫
 - ② 院内感染の防止策と対応
北海道社会保険中央病院 岸 不盡彌
 - ③ ツ反とBCGの意義と現状
結核予防会札幌健康相談所 片岡 賢治
 - ④ 行政の現状と今後の対策
札幌市保健福祉局 加藤 誠也
- 追加発言
北海道保健福祉部 山口 亮

3. 教育講演(13:30~14:30)

座長 副会長 方波見康雄
「エキノコックス症 世界、日本での現
状、診断、治療、予防」
旭川医科大学医学部寄生虫学
教授 伊藤 亮

参加申込 北海道プライマリ・ケア研究会会員
の外、北海道医師会の先生方、医療
関係に従事しておられる方々、また
学生の方々など多数のご参加を歓迎
します。
電話、FAXにてお申し込み下さい。

参加費 当研究会会員は無料
(非会員は1,000円)

申込先 北海道医師会事業第三課
〒060 8627
札幌市中央区大通西6丁目
TEL011 231 1727
FAX011 221 5070

申込締切 3月8日(水)
昼食 昼食(800円)を販売いたします。ご
希望の方は、参加申込み時にその旨
お知らせ下さい。

その他 ・受講決定通知は行いませんので、
直接会場にお越し下さい。
・本学術集会は、北海道医師会の承
認を得て、北海道医師会認定生涯教
育講座(3単位)の一環として開催し
ます。