

平成28・29年度  
社会保険診療報酬検討委員会  
答申

諮問②：入院外の基本診療料のあり方

平成30年2月  
日本医師会  
社会保険診療報酬検討委員会

平成30年2月20日

日本医師会長  
横倉義武殿

社会保険診療報酬検討委員会  
委員長 太田照男

答 申

平成28年12月7日に開催されました第1回委員会において、「①平成28年度診療報酬改定の評価」および「②基本診療料のあり方」につきまして貴職より諮問がありました。そのうち、「①平成28年度診療報酬改定の評価」に関しては、平成29年7月18日付で貴職にご答申申し上げたところであります。

その後、「②基本診療料のあり方」に関して審議を重ね、今般、その結果を「入院外の基本診療料のあり方」として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	太田 照男	委員	洞庭 賢一
副委員長/ 小委員長	高井 康之	委員	橋本 洋一
委員	井田 正博	委員	蓮沼 剛
委員	猪口 雄二	委員	濱島 高志
委員	岩中 督	委員	前原 操
委員	江頭 芳樹	委員	正井 基之
委員	奥村 秀定	委員	正木 康史
委員	河合 直樹	委員	宮崎 亮一郎
委員	川寄 良明	委員	宮澤 幸久
委員	菅野 隆	委員	矢口 均
委員	佐藤 和宏	委員	山岸 直矢
委員	島 弘志	委員	吉賀 攝
委員	田邊 秀樹	委員	萬 忠雄
委員	寺澤 正壽		

## 目 次

1. 基本診療料のあるべき姿 .....	1
2. 初診料 .....	2
3. 再診料 .....	4
4. 外来管理加算 .....	6
5. ICT の活用 .....	7
6. 遠隔診療 .....	7
7. 外来診療料 .....	9
8. 特定疾患療養管理料 .....	11
9. 小児科外来診療料 .....	12
10. まとめ .....	14

## 1. 基本診療料のあるべき姿

我が国は、国民皆保険に支えられた優れた医療制度により世界最高レベルの平均寿命を達成し、人類史上例を見ない超高齢社会に突入している。終戦直後に生まれた団塊世代が新たに後期高齢者に突入する 2022 年以降、医療需要の増加が予想されている。団塊世代全てが後期高齢者となる 2025 年を目途に、超高齢社会を支えるため地域包括ケアシステムの構築が急がれている。その中で国民が安心して生活出来るためには医療の役割は極めて重要である。社会保障審議会医療保険部会および医療部会での「次期診療報酬改定の基本方針」の基本的視点でも、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」が重点課題とされている。その下で、「かかりつけ医」が中心的役割を担うことは論をまたない。かかりつけ医の機能強化こそが、安心・安全な医療を提供するための要であると考えられる。かかりつけ医の評価のために過去の診療報酬で種々の加算が新設されているが、医師の無形の技術を適切に評価するためには基本診療料による強化が最も重要と訴えたい。

かかりつけ医の役割として在宅医療が強調されているが、在宅医療は外来医療の延長で、医学的、身体的理由により外来通院困難な患者に対し実施するもので、大多数の高齢者は、付き添い等が必要な場合があるとしても、外来通院し、生活習慣病などについて効果的・効率的に指導を受け、より重篤な疾患に進行しないように医学管理がされている。身体的、医学的理由で外来通院困難になった場合、引き続きかかりつけ医が居宅への在宅医療を実施していくことが望ましい。重症化予防には、年一回の健診よりもかかりつけ医による定期的なきめ細かい医学管理こそ有効である。

高齢者が人生の最終段階を迎えたとき、家族に負担をかけずに、終末の場所をどこにするか、最後にどのような医療を受けることが出来るか、高齢者の悩みは深いものがある。在宅での看取りが強調されているが、高齢者それぞれに死生観は多様で、安らかに看取るといっても、人により安らかの基準が異なる。このような状況の下で、自立が難しくなった高齢者が、介護保険 3 施設でない高齢者向け住宅に入居するケースも急増している。そこで適切な医療を受け続けることができるかは大きな問題で、高齢者向け住宅等に入居した高齢者が安心して暮らすことが出来るようにかかりつけ医などが関与することが重要となってくる。

外来医療を主に担うのはかかりつけ医であるべきで、医学的に判断して精査が必要な場合や高度医療が必要な重篤な疾患の場合に病院へ紹介することは、限られた医療資源の効率的活用のために欠かすことが出来ない医療機関連携である。不安を抱く患者がいきなり大病院を志向することはある程度制限されるべきであろう。病院勤務医の過重労働を避け、本来の入院医療や専門性の高い業務に専念するためにも、国民にも広く理解していただくことが重要である。

「概算医療費」の 2016 年度実績を分析すると、医科入院はプラス 1.1%であ

るが、医科入院外はマイナス 0.4%で、さらに入院外の構成を見ると、調剤技術料と歯科技術料がやや増加しているのに対し医科技術料は横ばいである。長期的に見ても薬剤料の割合が増加傾向にあり、技術料の割合が縮小している。さらに長期処方の影響もあり受診間隔が長くなる傾向が進行し1件当たり日数が減少著しく、入院外医療費のマイナスの大きな要因となっている。受診間隔が長くなるとその間の変化の把握等に時間を要し、特に高齢者でその傾向が強くなる。

日本の医師の技術料の評価は欧米諸国と比較して著しく低く、医療機関で働く医療従事者の人件費の原資としても十分でない。アベノミクスの始まった2012年から2016年の賃金指数が103%近くに上昇しているのに対し、診療報酬本体は101%程度に留まっている。300万人の医療関係者の賃金の引き上げは、医療の質の向上に資するだけでなく景気浮揚効果も期待される。

かつて、病院及び診療所について、それぞれ入院機能、外来機能を重点的に評価する目的で診療所の初診料、再診料がやや高く評価されていたが、その後、合理的理由もなく点数を統一化され診療所の初診料、再診料が根拠なく相次いで引き下げられた。初診料、再診料などの基本診療料は、基本的な診療行為を評価したものであるが、良質な医療の提供に必要な人的、物的コストの最大の原資で正当な評価を期待したい。診療報酬体系の複雑化を防ぐためにも加算を拡大させるのではなく基本診療料で評価すべきである。

## 2. 初診料

初診料は再診料と並び最も基本的な診療料であり、医師の技術料の土台である。医師の技術や医学知識の対価として、あるいは「簡単な」検査や処置、材料の費用の対価として支払われるものである。また、従事者の人件費、カルテ・基本的な診察用具等の設備、医療機関の光熱費や施設費等に充てられており、医師の給与のみに充てられるものではないことは明記しておく。なお、基本診療料の内訳、即ち、▼技術料、▼建物・設備に係る減価償却費等の投資的経費（キャピタル・コスト）、▼人件費や材料費等の維持管理・運営費（オペレーティング・コスト）—がどのように配分されているかは明らかにされていない。

さて、『診療所の医業収入としての医療費の動向—「概算医療費」2016年度実績と長期推移—』（前田由美子）の「診療所入院外 医療費の診療行為別構成割合（2016年）」を見ると、全診療科では初・再診料が20.7%を占めており、初・再診料の割合が高い診療科は皮膚科（46.0%）、耳鼻咽喉科（37.7%）、小児科（30.9%）（基本診療料を包括する小児科外来診療料が特掲診療料の医学管理等に区分されるため、もし分離できるのであれば基本診療料の占める割合はより高くなる）の順である。このように、初・再診料は医療機関の収入にとって大きな重要性を持つものであるが、諸外国から見ると低く抑えられており、適正に評価されているとは言い難い。

現行の初診料の問題点について、以下に記す。

## 慢性疾患

初診料においては、「患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として」取り扱うが、「慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない」とされている。転帰が「中止」の場合であっても、一定期間（3か月）以上の中断があれば、慢性疾患でも初診料を算定可能とすべきである。慢性疾患といえども、安定して通院が必要ない状態まで回復した後、急性増悪することはあるため、そのような場合にコンピュータのレセプト審査によって、保険者が何か月も遡り慢性疾患であるとして返戻したり査定したりすることがないようにしなければならない。継続して診療を受けている場合の初診料の算定については、医学的判断をより重視すべきである。あるいは「慢性疾患」を定義づけし基準を作ることができれば、医師も保険者も明確に判断することが可能となるが、定義づけに際して医学的判断を重視しなければならないのは当然である。

## 同一日2科目の初診料

「同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り141点（注2から注4までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる」とされており、留意事項通知には「他の傷病」について、「1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう」とある。医師の専門性を生かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であるから、診療科間の連携を推進することには誰も異論はないだろう。その際個別診療科の専門性は当然評価されてしかるべきである。本来、互いに関連のある疾病であるかどうかにかかわらず、また半分に減算されることなく、すべての診療科で初診料を算定できなければならない。これは再診料や外来診療料も同様である。

なお現行のルールでは、例えば事故などで重度の外傷性脳挫傷と下腿の骨折があり、脳外科と整形外科が診察した場合、同一の原因であって、「互いに関連のある疾病以外の疾病」には当てはまらないため、一方の科は初診料の算定が認められない。短期的には、このようなケースで同一日2科目の初診料を算定できるようにしなければならない。

## 高齢者(認知症)

我が国の65歳上の高齢者割合は平成24年が23.3%、平成28年が27.3%、平成32年の推計値が28.9%（『平成29年版高齢社会白書』等、内閣府）である。このような高齢者の急激な増加に伴い、一人当たりの診療時間が長くなっている。特に認知症の患者について、初診では、診察、認知機能の検査、問診に長時間を要する。また、家族からの聞き取りや家族に説明する時間も必要である。しかしMMSEや改訂長谷川式簡易知能評価スケール等は「簡単な検査」として基本診療料に含まれており、検査料として評価されていない。このような技術は当然評価されてしかるべきであるが、その上で、認知症患者については診療時間や診療にかかる手間等を考慮し、「認知症初診料」を差別化し引き上げるにより適正に評価すべきである。

### 3. 再診料

再診料（72点）は保険医療機関（許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定することとなっている。

#### 同一日複数科受診

再診料の算定の原則は、「再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度（同一日において2以上の再診があってもその都度）算定できる。」とされている。しかしながら「2以上の傷病についての同日再診」に関しては、同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科1つに限り、所定点数（36点あるいは26点）を算定できることになっている。本来、同一日に2以上の再診があってもその都度算定できるものであるのにもかかわらず、複数科において関連のある疾患の場合は算定出来ないというのは不合理であり、また、関連の無い疾患においても減算されるというのも不合理である。医療資源を消費する観点においては、同一科でも複数科でも同様なのであるから、全て同一の再診料を認めるべきである。

また、平成24年3月30日の医療課事務連絡において、「3科を受診する場合、3科目の初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。」との問いに対して、「合わせて2科目までしか算定できない。」と回答している。これも医療資源を有効に活用する観点からは不合理であり、受診した科数に応じて算定できるように改善すべきである。

#### 加算のあり方

現在の診療報酬体系には多数の「加算」があり、それらの加算を算定するにあ



たり、複雑な施設基準や算定要件が存在する。このため診療報酬請求事務が改定ごとに煩雑なものとなっている。長期的な展望としては、現状の加算及びそれに付随する施設基準・算定要件をより簡略化し、保険医療機関、審査支払機関、保険者の三者並びに患者・家族が分かりやすいものとなるようにすべきである。

### **地域包括診療加算**

平成 29 年 5 月 31 日の中医協資料では、1,500 施設に対して行われた特別調査の結果、地域包括診療加算の届出をしているのは、有床診療所は 17.3%、無床診療所では 12.0%に過ぎなかった。届出をしていない理由では、「施設基準の要件を満たせない」（有床診 53.4%、無床診 65.9%）が最多であった。地域包括ケアの推進のための加算を作ることは良いことであるが、参加する保険医療機関があまりに少ないのは制度そのものに問題があると言えよう。対策としては、速やかに施設基準を改善し、また、保険医療機関の努力に見合った適正な保険点数に改善すべきである。

### **認知症地域包括診療加算**

地域包括診療加算では、投薬の部に掲げる「7 種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定（減算）は適用しないことになっている。ところが、認知症地域包括診療加算では、その対象患者の条件において「内服薬が 5 種類以下かつ向精神薬が 3 種類以下」という厳しい条件が課されている。地域包括診療加算の対象患者には認知症も含まれており、両者が併存することは矛盾するのではないかと思われる。多様な合併症を抱える認知症患者においては、ときに多種類の処方が必要となることがあるため、認知症地域包括診療加算の対象患者の条件としての処方制限は撤廃すべきである。あるいは「認知症」を特定疾患の対象疾患として認め、認知症地域包括診療加算は発展的に解消し、診療報酬請求事務の簡略化を図るべきである。

### **時間外対応加算と時間外加算**

時間外対応加算は平成 24 年 4 月の改定において、「地域医療貢献加算」から「時間外対応加算」という名称が変わった。患者にとって非常に分かりにくい名称であり、診療明細書の説明に誤解を受ける例が多い。「時間外対応加算」と「時間外加算」の違いをきちんと患者に周知するというのは非常に困難であり、保険医療機関にとって負担となっている。今後、速やかに他の分かりやすい名称に改めるべきである。また、時間外対応加算 1 においては、医師を 24 時間 365 日拘束するにもかかわらず低い点数であり（5 点）、他の時間外対応加算も含めて、医師の負担に対する正当な評価をすべきである。

## 4. 外来管理加算

診療報酬での技術料には「目に見える技術」と「目に見えない技術」がある。目に見えない技術料として、基本的な診察料、検査判断料等があり、特に診察とそれに伴う説明は内科にとって重要な技術である。こうしたことを踏まえ、内科の技術料として、「再診料」とは別に「内科再診料」が診療報酬として算定されてきたが、平成4年に廃止され、代わって「外来管理加算」が新設された。すなわち、外科には外科的処置や手術等の点数がある一方で、内科には技術料として目に見えて評価する項目が無いので、このような点数が設定されている。

ところが、患者の視点からすると、生体検査や処置がなく内科的な診療が行われた場合に算定できるというところが、非常に分かりにくい。また患者一人当たりの平均診療時間は5分以上が9割を占めるという調査結果から、平成20年に「5分間ルール」が要件化された。これは懇切丁寧な診察は5分以上かかるであろうということから要件化されたものだが、いつの間にか「5分」が独り歩きしてしまい、その結果、ますます外来管理加算の算定は患者にとって分かりにくいものとなった。なお、やむを得ない事情で看護に当たっているものから症状を聞いて薬剤を投与した場合であっても算定可能であったが、平成22年度の改定において算定できないこととされ、それに伴い5分間ルールは廃止されるに至った。

外来管理加算よりも低い点数の処置等を行った場合でも加算を算定できないため、医師が低い点数の処置を行ってしまえば、加算を算定するより低い点数になるといった不合理が生じている。

繰り返しになるが、重要なことは、患者にとって非常に分かりにくい点数であるということである。処置にせよ手術にせよ、医療行為を行えばそれに伴い丁寧な説明が必要だが、それにもかかわらず外来管理加算は処置や手術を行った場合には算定できない。このように、医療機関にとっても、患者にとっても矛盾を含んだ項目であると考えられる。

基本的には検査をしない場合において、内科再診の際に丁寧な問診・身体診察・療養上の注意等を行った場合に算定できる点数であると位置付けられる。すなわち再診料と外来管理加算が一体となってこそその外来の基本診療料であると医療者、特に内科系の医師は認識しているのである。また今までの診療報酬改定の中でもそのように扱われてきた事実がある。

あまりにも複雑な診療報酬体系は、いろいろな解釈が生じかえって間違いのもとである。また敷居の高い要件や施設基準、さらに患者に誤解を招きかねない診療報酬は、医療現場にいたずらに混乱を招くだけである。外来管理加算は、検査、処置等とは別に算定できるようにすることが重要である。

## 5. ICT の活用

個人の診療情報のデジタル化は、日本の医療に大きな質の向上をもたらすとされている。平成 26 年 11 月には、医薬品医療機器法（旧薬事法）でソフトウェアも医療機器として認められた。臨床試験（治験）ののち、薬機法上での承認が得られれば、その後保険適用というステップとなる。本年 10 月にはわが国で初めて禁煙・非アルコール性脂肪肝炎治療の「治療アプリ」が治験を開始した。不眠症については今年度中にも治験に入るという。そのほか、ICT に係るものとして、AI（artificial intelligence；人工知能）やビッグデータの活用あるいは保険者間の連携整備が想定されている。特に AI は今後医師の診療の補完として、医療の質向上に活用されると考えられている。医師は出来上がった AI 技術を単に使用するだけではなく、AI 発展のために教師付きデータを学会や医師会が主導で提供し、その構築に医師がかかわるべきであることは付記しておきたい。ただし、ICT を利用する為には真正性があり正式な診療録として認められ、かつセキュリティの確保された電子カルテを使用する必要がある。そのためには、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5 版」（平成 29 年 5 月、厚生労働省）に合致するものを国が認定することが必要である。

ほかにも有用なものとして、ICT を活用した Doctor to Doctor（DtoD）のネットワークが挙げられる。診断の迅速化・効率化が図られるため、今後システムの標準化によりますます活用が進むだろう。DtoD の診療報酬上の評価としては、専門医師が他の医師の診療を支援する遠隔画像診断・テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製や術中迅速細胞診などがあるが、より弾力的な運用が望ましい。また、そのほか病診連携・診診連携に係る情報共有の評価として、B009 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算、B009-2 電子的診療報酬評価料がある。連携に係る情報共有については、医療機関同士の連携のほか、在宅医療・介護に係る多職種間の情報共有のためのネットワークなどが考えられるが、ICT 導入にインセンティブを与えるため、さらなる評価が必要である。例えば、C007 訪問看護指示料 300 点に ICT 加算を付けるなどが考えられる。

ただし、診療報酬による細かな評価ではネットワーク整備の推進にはなかなかつながらない。本来このようなコストについては診療報酬上の対価としてではなく、別途補助金などの財源確保がなされるべきである。

## 6. 遠隔診療

米国では 2015 年に遠隔医療専門病院が開設され、糖尿病や心疾患、薬物依存症の治療が実践されており、保険適用の対象となっている。一方、日本では各企業が健康相談業務サービスに参入はしているが、あくまで健康相談であって、遠

隔診療は他の先進国に比べ活用されてこなかった。厚生労働省健康政策局長通知（平成9年12月24日、一部改正平成23年3月31日）によれば、医師法第20条の「診察」とは、「問診・視診・触診・聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう」、「直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること」とされており、遠隔診療によっても差し支えない場合の例として、「離島、へき地」など当面必要な診療を行うことが困難な者と、慢性期疾患など病状が安定している患者の2つが挙げられている。

前項では主として DtoD について述べているが、本項では主として Doctor to Patient (DtoP) の遠隔診療について、(1) 電話等によるもの(2) 遠隔モニタリングの2つに分けて述べる。

まず、(1) 電話等によるものについてだが、診療報酬において、再診料における電話、テレビ画像を通じた再診（聴覚傷害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない）は認められている。ただし、昔に比べて技術が進んだとはいえ、このような遠隔診療が対面診療に取って代わるものではない。医療の最終的な責任者である医師にとって、対面診療なしの遠隔診療は極めて慎重にならざるを得ない。なお、離島・へき地などの交通の便が悪い患者に対しては、やむを得ず遠隔診療を行うケースも多いと考えられるため、そうした患者に限定して、B000 特定疾患療養管理料、B001 特定疾患治療管理料等を算定できるようにすべきである。

次に、(2) 遠隔モニタリングについてだが、高齢社会での慢性的な疾患を持つ患者の増加を考えると、対面診療を行った上での遠隔モニタリングは患者の安心や移動負担の軽減、重篤化予防など効果が見込まれるものと思われる。実際に睡眠時無呼吸症候群の診療や心臓ペースメーカー、在宅酸素療法の遠隔モニタリングにおいて診療効率や患者管理精度の改善が図られている報告があるため、厚生労働省では遠隔診療推進に舵取りを開始している。病状が安定している患者に訪問診療と月数回の遠隔診療が認められると、今後増加する多くの高齢者在宅診療に有益となる。ただし、遠隔診療専門の企業や医療機関が無秩序に参入することになれば、かえってかかりつけ医を中心とした地域医療を毀損することにもなりかねない。利便性のみから無条件に拡大させるのではなく、離島・へき地などの交通の便が悪いところに限定する、あるいは医師会や学会等で資格や要件を定めるなどの適正運用が必要である。

なお、現行の診療報酬で遠隔モニタリングに係るものは、特定疾患治療管理料における心臓ペースメーカー指導管理料の注5 遠隔モニタリング加算（60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する）があるが、適正に評価されているとは言えない。他の遠隔モニタリング技術が保険適用されることがあるとすれば、適正に評価されなければならない。

遠隔診療の保険導入には、対象者・対象疾患を選定し、医療提供手段・保険診療の範囲・安全性と有効性に関するエビデンスを集積することが求められる。また診療時間の延長、説明文書作成、安易な受診の増加などにより、遠隔診療の導入によって対面診療よりも負担増にならないよう、適正な運用が求められる。拙速に評価を導入するのではなく、あくまで限定的な条件下における、対面診療と組み合わせた、対面診療の補完という位置づけであることを念頭に置かなくてはならない。

## 7. 外来診療料

### 包括内容の見直し

外来診療料は一般病床が 200 床以上の病院で再診を行った場合の算定項目であり、そのような医療機関は、かかりつけ医機能を主体とした再診料を算定する医療機関とは、その医療機能を異にしている。高度な機能を果たすことを任務とし、専門医をそろえ、高度な診断機器を整備して診療に当たっている医療機関であり、当然再診料とは区別されてしかるべきである。しかし、平成 18 年度改定で初診料が病・診で統一され、平成 22 年度改定で再診料が統一された。また、外来診療料と再診料の差はわずか 1 点であり、外来診療料はあまりにも低く設定されている。平成 16 年度改定で、外来診療の医療機関の機能分担の明確化と請求事務の簡素化の観点から、包括範囲が拡大されたが、その後 HbA1c 等一部包括から除外されたとはいえ、後述のように依然として不合理な点がある。外来診療料は再診料とは区別して、再度の見直しによる全体的な引き上げが必要である。

例えば、一般の診療所とは異なり、外来診療料算定の病院皮膚科には膠原病や血管障害等で全身管理も必要で、かつ難治性皮膚潰瘍などを抱える患者が多く通院している。疾患の特殊性から処置にはかなりの時間と労力が必要であるにもかかわらず、外来診療料に包括される 60 点以下の創傷処置、55 点以下の皮膚科軟膏処置および爪甲処置（麻酔を要しないもの）は算定できず、このことは医師の診療意欲を削ぐばかりでなく、処置を行えば行うほど皮膚科の赤字が増える結果となっている。したがって、外来診療料算定病院皮膚科の特殊性を鑑み、また医療機関の機能に応じた評価という観点からも、創傷処置・皮膚科軟膏処置を外来診療料の包括から除外するべきである。また、外来診療料算定の病院で 3 科以上の複数診療科を受診した際、皮膚科では外来診療料が算定できないか、半分しか算定できない場合も多い。特にこうしたケースでは、処置料だけでも算定できるように見直しが求められる。

更に、外来診療料の包括項目より D001 尿中特殊物質定性定量検査の除外が妥当と考える。この項目が包括されているためシスチン尿症の診断に必須な尿中アミノ酸分析などの特別な管理を要する検査の算定ができない。また、尿路結

石患者の再発予防のために尿中のカルシウムや尿酸などを分析しても 200 床以上の病院では算定できる点数がなく、不合理である。また、糖尿病患者に包括されている尿中アルブミン定量（108 点）を実施すると、外来診療料（73 点）を超える点数となり全く不合理な点数設定としか言いようがない。

医療機能の分化・強化、連携の観点から医療機関の機能に応じた役割分担がきちんと行われた上で、外来診療料の点数の見直しと包括範囲の見直しが早急に議論されるべきである。

## 大病院受診時定額負担

特定機能病院や一般病床 500 床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしで初診で受診した場合に 5,000 円以上、また、他医療機関への文書で紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず再診した場合に、2,500 円以上の定額負担が選定療養として義務付けられた。

平成 29 年 5 月 31 日の中医協の特別調査（平成 28 年度調査）報告では、平成 28 年 10 月時点で、義務化された 500 床以上の病院の 94.2%で初診時の徴収金額を 5,000 円以上 6,000 円未満としている。紹介状なしの患者比率は 39.7%で、平成 27 年度調査の 42.6%に対し 2.9 ポイントとわずかな減少である。また、紹介状なしの初診患者のうち定額負担の対象となる患者割合は 39.1%で、そのうち実際に徴収した患者は 87.3%、14.1%の病院で説明しても同意が得られず徴収しなかった患者がいると回答している。定額負担徴収時に困ったことがあったと回答した医療機関は 55.5%にのぼり、患者への説明、クレーム対応、患者とのトラブルなどが挙がっており、選定療養としての意義・目的を十分周知する必要がある。平成 28 年度改定により、紹介状なしの初診患者は若干減少しているが、多く規定された除外患者の検証や、患者への十分な説明が必要である。また、医療機関の機能分化、病院勤務医の負担軽減には、再診時の定額負担がしっかりと機能する必要がある。今回の検証調査では、分析するだけの十分なデータが集まっておらず、継続して検証を行っていく必要がある。

選定療養費徴収が責務とされた目的は、大病院への患者集中に鑑み、適正な医療機関への受診行動を促し、病院勤務医の負担軽減を図るとともに、医療機関の機能分化や連携を図り、医療費の適正化にも繋げるためであるということを国民に理解いただき、病院が経営的な視点から費用を徴収しているのではないことを周知・強調する必要がある。

また、定額負担の対象外のケースについては、周辺に診療できる診療科のない疾患の患者はやむを得ないが、小児医療費無料の親が「支払いますからお願いします」という場合や、公費負担の対象患者、生活保護の患者も定額負担の対象外になる問題もあり更なる検討の余地がある。

診療所、中小病院から専門科のある大病院への機能連携を推進するためには、選定療養による患者負担の差別化ばかりに頼るのではなく、医療機能別の初・再

診料の設定を含めた検討が必要である。

### 中小病院での外来診療料

中小病院の役割は、診療所から中小病院そして大病院への流れの中で、地域の医療提供体制の多寡により大きく異なる。診療所及び一般病床 200 床未満の病院の多くは、かかりつけ医機能を受け持っており、診療報酬点数表でも診療所と一般病床 200 床未満の病院は、かかりつけ医としての評価がちりばめられており、再診に対しては再診料での算定となっている。

しかし、地域によっては 200 床以上の病院がかかりつけ医機能に加え、一次、二次救急、更に専門医療を行わざるをえない地域もある。日本の多くの病院が地域のかかりつけ医としての診療所から始まり、病院へ、さらにはケアミックス病院へと拡大した歴史的経緯もあり、病院の機能を病床規模のみから決めることには無理がある。

外来診療料は、平成 10 年に特定機能病院外来診療料（90 点）が新設され、その後平成 12 年に特定機能病院外来診療料は廃止され、外来診療料（70 点）を新設。対象医療機関を 200 床以上の病院に拡大し、再診について一部の検査等を含め包括的に評価し、当時の特定療養費制度つまり現在の選定療養の適用が可能となり現在に至っている。前述の中医協の特別調査（平成 28 年度調査）報告では、義務化されていない 200 床以上 500 床未満の病院では、定額徴収をしている病院は 84.0%で、その額は 1,000 円以上 4,000 円未満が 8 割以上であった。選定療養は、患者の選択にゆだねることが適当なサービスについて、患者が自ら選択し追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら診療を受けることを認める制度である。外来診療料に 200 床以上の病院で選定療養費を追加すればかなりの金額になるが、選定療養費に過度に頼ることなく基礎的部分である外来診療料の見直しが本来の姿であり、患者に過度の自己負担が生じないような診療報酬の仕組みが望まれる。また、医療提供体制が乏しい地域での外来診療料の算定については選定療養との併用を認めない再診料との二者択一について検討されるべきである。

## 8. 特定疾患療養管理料

本管理料（月 2 回まで算定。診療所 225 点、100 床未満の病院 147 点、100 床以上 200 床未満の病院 87 点）は、「別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する」と定められている。また「生活習慣病等の別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行う事の評価したもの」とされ、療養上の管理とは治療計画に基づき服薬、運動、栄養等に関する管理であるとされている。対象疾患は悪性

新生物や糖尿病などのごく一般的な疾病であるが、昭和 56 年度の 69 疾患から平成 6 年度には 19 疾患に減少し、その後少しずつ増加し、平成 10 年度に 32 疾患となり現在に至っている。

本管理料は以前より次のような意見が出されていた。即ち、▼受診の度に窓口負担が大きく異なる事態が生じ、患者の理解を得にくいばかりか、窓口に対する不信感を増大させる結果となるのでこれを廃止し初診料や再診料に上のせすべし、▼長期処方が増えているので月 2 回の算定を合算し、まとめて月 1 回の算定にすべき、▼定められた対象疾患を拡大すべき一などである。過去には、検査入院などで他院に短期入院した場合も 1 か月を超えないと算定できなかった。医師や患者本人が認識していない他院への短期検査入院等でも後日保険者より査定されるなど医療機関には不評であったが、平成 28 年度改定で当該医療機関以外の入院に関しては、退院後 1 か月以内であっても算定可能と是正された。

このように、本管理料は診療報酬改定のたびに話題になり、通知などでわざわざあるが修正されてきた歴史がある。今回、当委員会に寄せられた主な意見は、「対象疾患の拡大」および「月 2 回を 1 回にまとめる」というものであった。

前者の対象疾患の拡大に関する要望であるが、冒頭に述べたように本管理料の主旨は「プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医の管理」を評価したものであり、かかりつけ医が強く関わっている認知症、骨粗鬆症、高尿酸血症（痛風）、逆流性食道炎、緑内障、慢性腎臓病などが含まれていない。よってかかりつけ医の実情に即した疾患名を追加する必要がある。

一方、後者は長期処方が増えている現状で、「225 点（月 2 回まで）」（診療所）を「450 点（月 1 回まで）」のようにまとめてはどうかという意見である。しかし月 1 回にまとめると 1 回の点数が高額になるので、支払い側は算定要件の整備を要求することになる。現在、該当する疾患の患者に対し、医師は医学管理を行い、診療録に要点を記載すれば算定が可能である。過去の診療報酬改定で新たな指導管理料などが策定されるたびに、必ず厳しい算定要件が示され、これが医療機関にとって算定の障壁になるという事態を経験してきた。現在の診療実態に合わせ、まとめて 1 回算定すべきという主張は必要だが、その改定のプロセスは月 1 回と月 2 回の算定を選べるような段階的な算定方法であるべきで、算定要件には手を付けさせてはならない。

## 9. 小児科外来診療料

小児科外来診療料は平成 8 年度診療報酬改定で導入された、初・再診料を含む包括払方式である。小児科を標榜する保険医療機関であれば算定できる項目であって、1 日単位で報酬が決められており、受診回数の制限はない。入院中の患者以外の患者であって 3 歳未満のすべての患者を対象とし、原則として検査、画像診断、投薬、注射、処置、診療情報提供料（I）等の追加的な医療行為は算



定できない。平成 26 年度診療報酬改定でパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る）について、また、平成 28 年度改定では小児かかりつけ診療料を算定している患者について算定対象から除外された。平成 28 年度改定では地方厚生局に対して届出を行う必要はなくなり、月毎にいつでも互換できる制度になったことは評価できる。

包括払方式では診療報酬の上限があらかじめ定められているため、上限を超えた検査や処置等、即ち、喘息・アレルギー等の慢性疾患患者では IgE 特異的アレルギー検査、そのほか内分泌検査や食物負荷試験等の高額検査が上乘せで請求できない。したがって、各種検査の割合が高い医療機関は出来高を選択することになる。また、包括払方式では重症患者や診断が難しい希少疾患等を診療することは難しくなると指摘されている。しかしながら、保険請求の簡素化による医療事務の負担軽減や、過剰な検査や投薬が減る方向にインセンティブが働くことによるメリットが考えられる。一方、出来高払方式はこのような上限はないため、出来高医療機関の方が 1 件当たりの診療報酬は高くなりやすい。勿論、各医療機関が出来高払方式と包括払方式を自由に選択できる制度は確保すべきであり、どちらを選択するかは各医療機関の判断に任せられる。乳幼児の場合問診に時間がかかり、診察・処置等の介助に人出を要し、投薬・検査も少ないなど出来高払方式になじまない点が多い。労多いことに対する評価が充分ではないため、適切に点数設定がなされるのであれば包括払方式選択が有利になると思われる。

小児科外来診療料導入当時、ウイルス迅速検査等はまだ普及していなかったが、現在は日常診療では当たり前になってきている。インフルエンザ迅速検査や溶連菌検査、RS ウイルス検査等は外来診療に直結し、早期治療による重症化予防のために必須検査になっている。他にも各種外来迅速検査の普及やアレルギー検査の需要増加、新薬の登場等により外来医療の質が飛躍的に向上している。包括払方式はひとたび点数が設定されると引き上げが難しい傾向があるが、診療内容の進歩に合わせて点数の引き上げが実施されないと、当然ながら賄えなくなる。小児科外来診療料導入後の適正な評価がなされてこなかったため出来高払方式に対する優位性は少なくなっている。

小児科標榜医療機関が診療だけではなく、医療・保健・福祉を総合的に担い、必要に応じて専門医療機関を紹介できる身近な医師としての役割を評価・推進していくためには、小児科外来診療料の増点が必要である。また、高点数検査および高額薬剤は包括項目から除外すべきである。更に診療情報提供料（Ⅰ）は、医療機関間の役割分担・病診連携を明確にする意味では通常の診療とは別の診療行為であり診療情報提供料（Ⅱ）と同様に包括除外項目に加える必要がある。このように、かかりつけ医機能推進の観点から見て十分な配慮がなされるべき点はあるが、小児の外来診療においては、前述したように成人と比べて手間がかかるなどといったことから、適切に評価がなされ、出来高払方式との選択が可能

であれば、初・再診料を含む包括払方式は今後も継続されるべきである。

## 10. まとめ

平成 28 年 12 月 7 日に横倉会長より「基本診療料のあり方」の諮問を受けた。具体的には「入院外の基本診療のあり方」である。入院外の基本診療料には初診料と再診料（診療所又は一般病床 200 床未満の病院）、外来診療料（一般病床 200 床以上の病院）が該当する。今回の答申は、外来診療のうちで ICT の活用と遠隔診療、特定疾患療養管理料、小児科外来診療料を新たに取り上げた。過去において「入院外の基本診療料」は、全体の答申において一部として取り上げているが、「入院外の基本診療料」に特化したものは今回が最初かもしれない。初診料、再診料（外来診療料）はすべての診療所、病院に共通しているもので、医師の技術料の基本となる診療報酬の点数で、最も重要なものの一つである。

初診料、再診料の推移を見ると、昭和 33 年 10 月当時、診療報酬は甲表と乙表に区分され、初診、再診料ともに時間外加算・深夜加算だけであった。これ以降、初診料・再診料に多くの加算が付けられてきた。平成 6 年 4 月、甲乙表は統一され、病院・診療所の別で点数が付けられた。平成 18 年 4 月、初診料は病院と診療所で同点数となり、このとき診療所の初診・再診料は下げられた。平成 22 年 4 月、再診料は病院・診療所が統一された。初診料は診療所に限って見ると平成 10 年 4 月より現在までほとんど増減なく（平成 26 年 4 月に消費税率 8% への引き上げに伴う対応はあった）、18 年前と同じ水準と言ってよい。また、診療所の再診料は平成 22 年 4 月に明確な根拠なく下げられたままである。初診料、再診料のいずれも本体の増点なく加算を多くすることで実質的に診療報酬を抑制してきた。このことは特掲診療料にも当てはまり、診療報酬の項目が増えていく原因である（ただし乳幼児加算に関しては、乳幼児が成人と同じではないことから当然の加算ではある）。

再診料における外来管理加算と処置の評価についてであるが、外来管理加算より低い点数の処置料を算定した場合、外来管理加算が算定できないという矛盾は一向に改正されない。外来管理加算を再診料本体に統合することや、処置料を算定しても外来管理加算が算定できるようにすることにより、医師にとっても患者にとっても分かりやすい仕組みにすべきである。ただし、そのような仕組みにしたとしても、処置等の技術料が下げられるようなことがあってはならない。

そのほか、ICT の活用や遠隔診療に対する診療報酬上の評価は今後様々なケースについて検討されると思われ、特に在宅人工呼吸器装着患者は 24 時間リアルタイムで状態を把握でき、有効なツールとなるであろう。初・再診料にかかわるものであれば、適切に評価されなければならない。

基本診療料は全ての診療科において共通する医師の技術料に当たり、また、多

職種にわたる医療従事者の人件費、減価償却費、光熱水費、事務経費等が含まれていることから、診療報酬上で大きな評価を獲得しなければならない。特に診療所においては大きなウェイトを占めているので、医療機関の経営に大きな影響を及ぼす。これからは外来患者数の減少が考えられるので、初診、再診料の増点は必須である。