

(修正後)

外来医療に係る評価体系について

1 現行の診療報酬上の評価の概要

(1) 現行点数 (加算点数等詳細は別紙 1)

初診料	病院の場合	2 5 5 点
	診療所の場合	2 7 4 点
再診料	病院の場合	5 8 点
	診療所の場合	7 3 点
外来診療料 (2 0 0 床以上の病院)		7 2 点

＊ 同一医療機関において複数診療科を同一日に受診した場合は、初診料又は再診料等を 1 回のみ算定

(2) 診療報酬上の評価の変遷 (別紙 2)

昭和 6 0 年	再診料について病院と診療所に区分し点数を設定 (甲表及び乙表)
平成 4 年	初診料について病院と診療所に区分し点数を設定 (甲表及び乙表)
平成 6 年	甲表及び乙表の一本化
平成 1 0 年	特定機能病院外来診療料を新設し、特定機能病院における再診を一部の検査等を含め包括的に評価
平成 1 2 年	特定機能病院外来診療料を廃止し、外来診療料を新設。対象医療機関を 2 0 0 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
平成 1 4 年	再診料等について、月当たりの受診回数に応じた逓減制を設定
平成 1 5 年	再診料等に関する逓減制を廃止

(3) 平成 1 6 年度診療報酬改定

○初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料

の評価の見直しを行った。

初診料	病院の場合	250点	→	255点
	診療所の場合	270点	→	274点

○外来診療料の見直し

外来診療の医療機関の機能分化と請求事務の簡素化の観点から、外来診療料の包括範囲を拡大した。

外来診療料 68点 → 72点

＊尿検査、糞便検査及び血液形態・機能検査について包括範囲を拡大

2 現行の診療報酬上の評価に係る課題

「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（平成15年3月28日閣議決定）において、「外来医療については、大病院における専門的な診療機能や紹介・逆紹介機能等を重視した評価を行うとともに、診療所及び中小病院等における初期診療、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の機能、訪問看護、在宅医療等のプライマリケア機能等を重視した見直しを進める」とされている。

これを踏まえ、病院と診療所の機能分化・連携を進めていくことが課題となっている。

3 論点

(1) 外来医療の評価体系の見直しについて

初診においては、問診に始まり視診、触診等の全身にわたる診察が必要であり、あらゆる疾病の可能性を考慮しつつ、細心の注意を払い疾病の診断、治療方針の決定等を行うことが求められる。また、患者の不安を軽減し、医師と患者の信頼関係を構築する観点から、十分な説明が必要であり、時間を要するとともに、医師にかかる負担は大きい。

一方、診断が確定し治療方針が決定した後の再診においては、

治療経過の観察や指導管理等、継続的な管理に重点が置かれる。

こうした状況や上記「2」の現行の診療報酬上の評価に係る課題を踏まえ、以下のとおり外来医療の評価体系の見直しについて検討することとしてはどうか。

ア 初診料の評価について

初診料を適正に評価することを検討してはどうか。

イ 初診後の診療の評価について

再診料等の在り方について根本的に見直しを行うとともに、適正に評価することを検討してはどうか。

(2) 病院及び診療所における外来医療の評価の格差について

ア 初診料

- 大病院においては専門的な診療機能、診療所及び中小病院等においてはかかりつけ医等の機能及びプライマリケア機能と、各々の有する機能は異なるものの、初診として十分な診察が必要であるとともに、特に患者への説明が重要であることなど、共通する点が多い。
- このような観点を踏まえ、大病院における初診と診療所及び中小病院における初診の評価の在り方について検討してはどうか。
- しかしながら、大病院における紹介なし患者の初診については、特定療養費制度の対象とされているところであるが、患者からの特別の費用の徴収はあまり行われていない現状（別紙3）にある。大病院を紹介なしで受診することは患者の選択に係るものであり、診療に係る費用は患者が負担すべきであるという考え方もあることを踏まえ、その評価の在り方について根本的に見直すことを検討してはどうか。

イ 再診料等

再診料等についても、初診料の場合と同様の観点から、評価の在り方について検討してはどうか。

(3) 同一医療機関における同一日の複数診療科受診に係る評価について

- 同一医療機関において、同一日に複数診療科を受診した場合は、初診料等を1回のみ算定することとされている。このような取扱いについては、2つ目以降の診療科にあっては初診料等を算定できず、2つ目以降の診療科におけるコストが適切に評価されていないため、不合理ではないかとの指摘がある。
- ついては、同一医療機関における同一日の複数診療科受診について、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点を踏まえ、評価の在り方を検討することとしてはどうか。
- 具体的には、同一医療機関における同一日の複数診療科受診は、
 - ・ 高い専門性を有する複数の医師が有機的連携の下に各々の疾患について診察を行うものであり、質の高い医療が提供されていると考えられること
 - ・ 診療に要する費用についても、複数医師が診療を行うことから同一医師が診療を行う場合と比較して多大であると考えられること
 - ・ 患者の利便性の観点からも有益であると考えられることを踏まえつつ、評価の在り方について検討してはどうか。
- その際は、仮に新たに評価することとした場合、安易に他科受診を勧奨することの可能性を必ずしも否定できないこと等にも留意することとしてはどうか。

(4) 大病院の病床規模について

- これまで診療報酬においては、200床以上の病院を大病院とみなし、再診時は外来診療料を算定することや、初診時の紹介なし患者については特定療養費制度を適用することが可能であること、また特定疾患療養指導料については算定できないことなど、200床未満の病院とは異なる評価をして

きたところである（別紙４）。

- 現在、病床規模別の医療機関の医療従事者数、外来患者数の占める割合等の実態は別紙５のとおりとなっているが、これを踏まえ、医療機能の分化・連携を適切に推進する観点から、中小病院と大病院とを区分する病床規模の在り方についても検討することとしてはどうか。

（５）神経内科疾患の患者に係る診療の評価について

- 医療技術評価分科会で取りまとめられた「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」において、神経内科疾患の患者に係る診察は、筋力、腱反射等について神経学的検査を実施するなど他の内科系疾患の患者に係る診察と比較して時間を要することが明らかになっている（別紙６）。
- ついては、特に初診においてその差が顕著であったことを踏まえつつ、神経内科を専ら担当する医師の初診の評価の在り方について検討することとしてはどうか。