

(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。

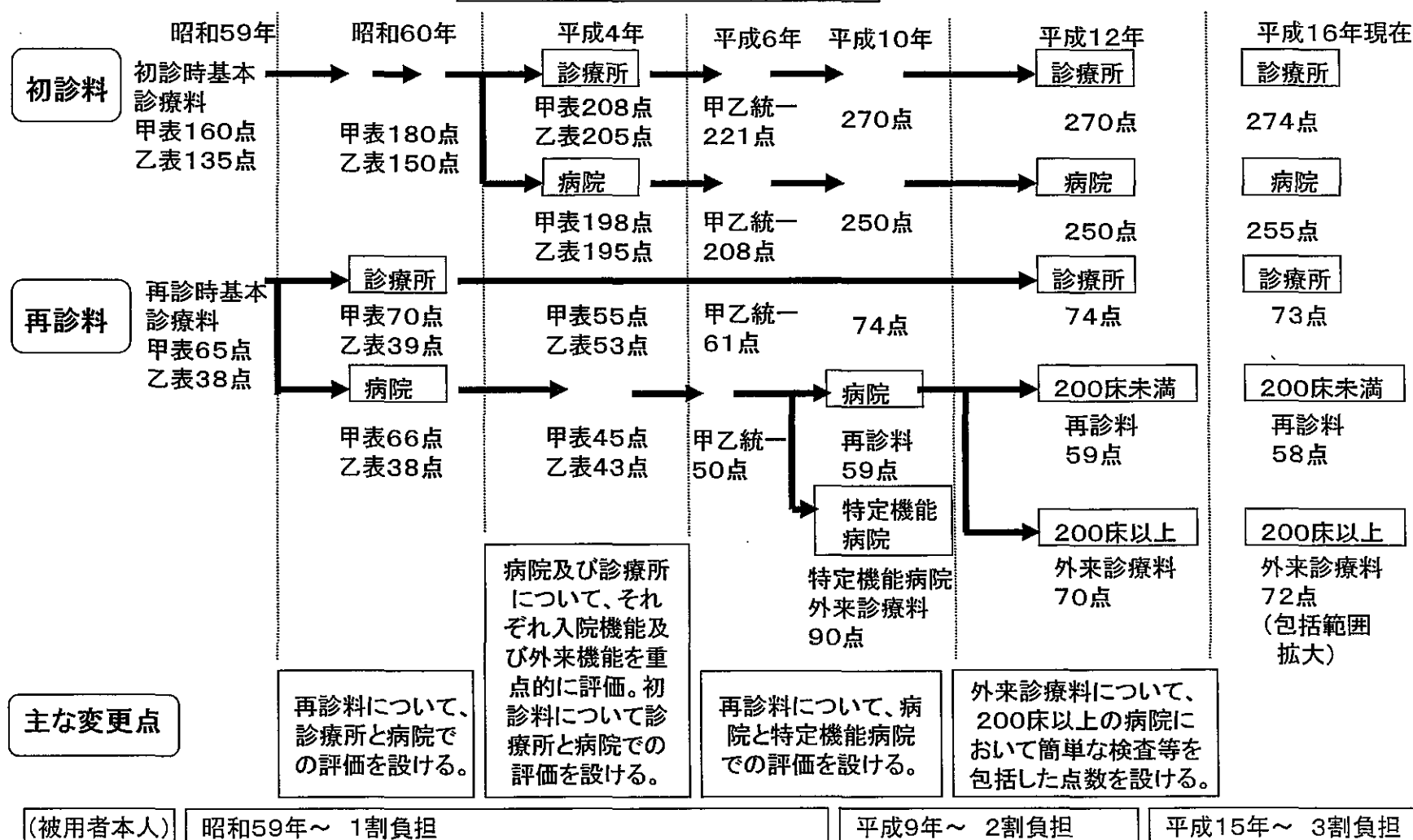
(別紙 １)

初再診の比較

初診		再診		外来診療料	
病院	255	病院	58		
診療所	274	診療所	73		72
乳幼児加算	72	乳幼児加算	35	乳幼児加算	35
(時間外加算等を算定する場合)	115	(時間外加算等を算定する場合)	70	(時間外加算等を算定する場合)	70
時間外加算	85	時間外加算	65	時間外加算	65
休日加算	250	休日加算	190	休日加算	190
深夜加算	480	深夜加算	420	深夜加算	420
時間外加算の特例	230	時間外加算の特例	180	時間外加算の特例	180
小児科標榜医療機関の特例		小児科標榜医療機関の特例		小児科標榜医療機関の特例	
乳幼児育児栄養指導加算	130				
診療所の紹介患者加算	50				
病院の紹介患者加算					
紹介患者加算１	400				
紹介患者加算２	300				
紹介患者加算３	250				
紹介患者加算４	150				
紹介患者加算５	75				
紹介患者加算６	40				
		外来管理加算	52		
		継続管理加算	5		

(別紙2)

初診料・再診料の評価



- 平成 4年 総合病院において、複数科受診時に初再診料を別に算定できる取扱いを廃止
- 平成 4年 慢性疾患外来医学管理料及び慢性疾患指導料を廃止し、特定疾患療養指導料を新設
- 平成 8年 200床以上の病院の初診(他の医療機関からの紹介の場合等を除く)を特定療養費化
- 平成14年 200床以上の病院の再診(他の医療機関への紹介を行っていない場合等を除く)を特定療養費化
- 平成14年再診料等について月内逓減制を設定、平成15年に廃止

(別紙 3)

病床数が 200 以上の病院について受けた初診

(1) 報告医療機関数の推移

	平成 14 年 7 月 1 日現在	平成 15 年 7 月 1 日現在	平成 16 年 7 月 1 日現在
報告病院数	1, 283	1, 199	1, 138

(2) 金額階級別医療機関数 (平成 16 年 7 月 1 日現在)

	～ 500 円	～ 1,000 円	～ 1,500 円	～ 2,000 円	～ 2,500 円	～ 3,000 円	～ 3,500 円	～ 4,000 円	～ 4,500 円	～ 5,000 円	5,001 円 以上	合計
病院数	118	167	366	230	123	69	43	3	12	3	4	1,138

注： 平成 16 年病院調査において 200 床以上の病院は 2, 916 施設

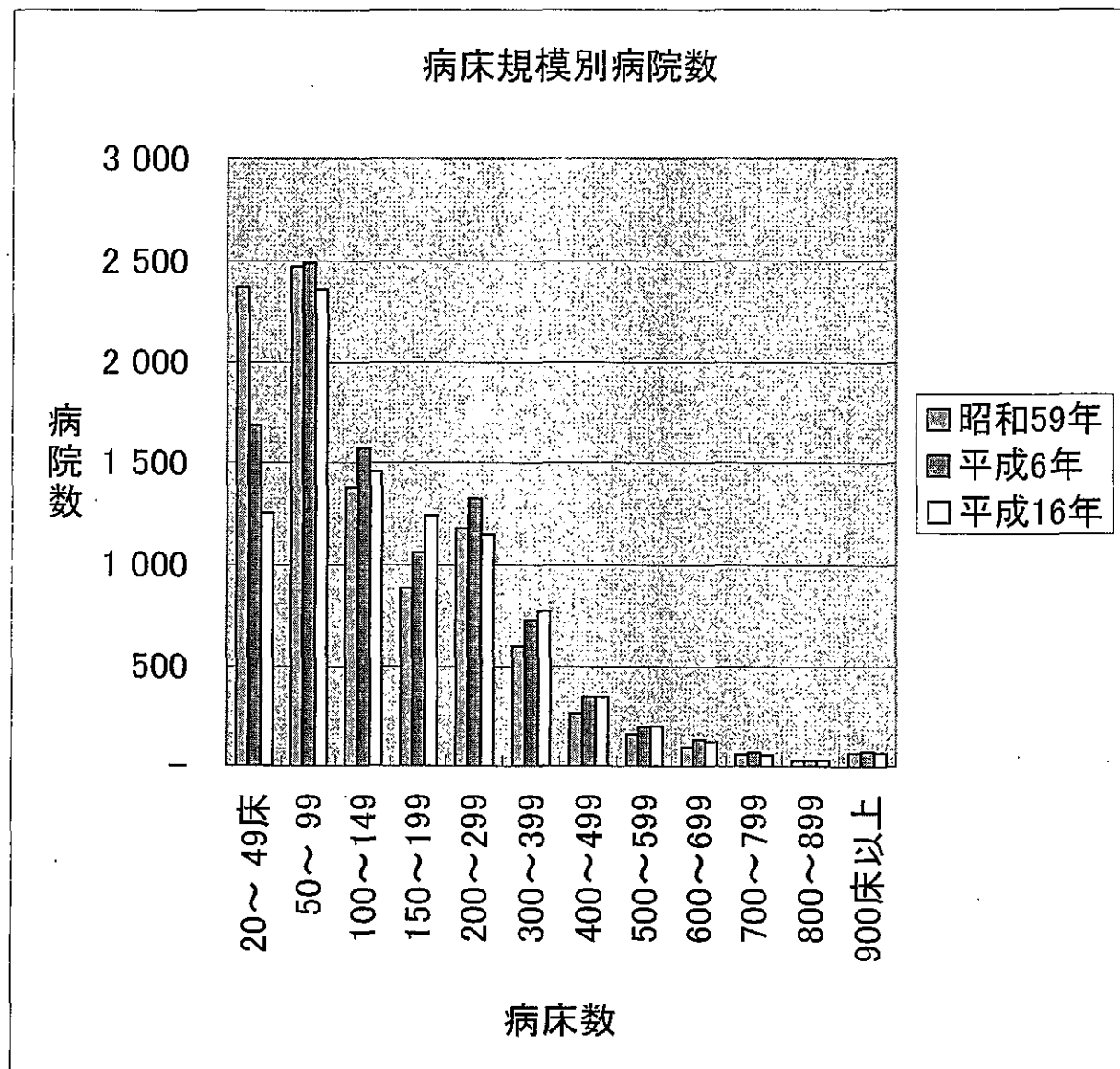
200床未満又は200床以上の病院を
評価している診療報酬項目

【診療報酬項目】

- 外来診療料(200床以上の病院の再診)
- 特定疾患療養指導料(診療所又は200床未満の病院において算定)
- 生活習慣病指導管理料(診療所又は200床未満の病院において算定)
- 診療情報提供料(B)注2の加算(200床以上の病院から診療所への逆紹介を評価)
- 診療情報提供料(C)注2の加算(200床以上の病院を退院する患者について、診療所又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設へ入所する際の情報提供を評価)
- 診療情報提供料(D)(地域医療支援病院又は特定機能病院から診療所又は200床未満の病院への紹介を評価)
- 処方料 特定疾患処方管理加算(診療所又は200床未満の病院における特定疾患患者への処方を評価)
- 処方せん料特定疾患処方管理加算(診療所又は200床未満の病院における特定疾患患者への処方を評価)

【特定療養費】

- 200床以上の病院における紹介なし患者の初診
- 200床以上の病院における再診



平成15年 病院報告

年間外来患者延数、年間在院延患者数、病院の種類・病床規模別

	外来患者延数		入院患者延数		外来患者／入院患者		病床利用率(%)		在院日数	
	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院
総数	606,399,536	589,150,131	506,883,899	417,084,250	1.2	1.4	84.9	83.3	36.4	30.4
20～29床	5,553,930	5,517,416	1,073,459	1,055,367	5.2	5.2	62.3	62	17.4	17.2
30～39	12,826,326	12,816,649	3,888,111	3,875,415	3.3	3.3	72.8	72.8	24.5	24.4
40～49	20,531,858	20,511,316	8,314,887	8,266,375	2.5	2.5	77.2	77.1	29.7	29.5
50～99	83,375,787	82,841,793	51,595,647	50,278,478	1.6	1.6	82.7	82.5	40.4	39.5
100～149	59,424,215	57,734,189	55,377,100	48,149,613	1.1	1.2	86	84.8	50.3	44.6
150～199	67,459,624	64,625,230	68,338,256	54,805,357	1.0	1.2	86.9	85	50.4	41.5
200～299	73,140,835	67,728,035	88,845,336	61,182,772	0.8	1.1	87.1	84.4	50.8	36.4
300～399	86,339,326	82,942,654	78,923,538	59,222,810	1.1	1.4	85.9	84	35.1	26.9
400～499	58,116,280	56,396,389	48,500,134	37,927,399	1.2	1.5	85.4	83	30.1	23.9
500～599	42,944,447	42,091,335	32,387,654	26,930,500	1.3	1.6	83.8	82.1	25.7	21.6
600～699	33,564,104	33,152,335	26,089,115	23,818,006	1.3	1.4	85	84.3	25.4	23.3
700～799	16,819,574	16,623,937	12,720,985	11,440,215	1.3	1.5	84.7	83.6	24.3	22
800～899	12,663,909	12,626,752	8,352,296	7,999,901	1.5	1.6	82.8	82.6	21.6	20.7
900床以上	33,639,321	33,542,101	22,477,381	22,132,042	1.5	1.5	79.2	79.3	25.1	24.7

※一般病院(精神病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院以外の病院)には、全ての種類の病床を含む

平成15年 病院報告 平成15年10月1日現在

上巻 第57表 100床当たり従事者数、職種・病床規模・精神病院—一般病院(再掲)別

	常勤換算						
	総数	医師	看護師	准看護師	看護業務 補助者	診療放射 線技師	臨床検査 技師
総数	100.8	10.8	33.6	11.9	12.2	2.1	2.8
20～29床	165.8	16.6	28.1	27.3	15.8	3	3.2
30～39	135.1	12.6	22.8	25.2	15.5	2.3	1.8
40～49	123.8	12.2	23.9	22.7	15.9	2.5	2.1
50～99	106.5	8.9	22.2	19.3	17.7	2.3	2
100～149	97.2	7.4	24.1	15.9	16.7	1.9	2.1
150～199	94.3	7	25.6	14.9	15.4	1.8	2
200～299	87.1	6.8	27.3	12.7	12.7	1.5	2
300～399	94.9	9	36.1	10.1	10	2	2.8
400～499	99	10.8	41.3	8.3	8.4	2.2	3.3
500～599	103.5	12.5	46.5	6.6	7.4	2.5	3.7
600～699	114.5	19.4	51.1	4.5	6.7	2.6	4.1
700～799	118.6	20.7	52.1	4.2	7.4	2.6	4.1
800～899	129.9	27.2	58.5	3	4.9	3.1	5.3
900床以上	131.1	29.9	52.6	3.4	8.3	3.2	5.5

一般病院(再掲)

総数	108.9	12.3	37.1	11.4	12.5	2.5	3.2
20～29床	162.9	16.2	27.4	27.5	15.9	3	3.2
30～39	135.4	12.6	22.8	25.3	15.5	2.3	1.9
40～49	124	12.2	23.9	22.7	15.9	2.5	2.1
50～99	107.6	9	22.4	19.4	17.9	2.4	2.1
100～149	102.1	7.9	25.5	16	17.5	2.2	2.3
150～199	101.8	7.8	28.2	14.6	16.4	2.1	2.4
200～299	98.8	8.3	32.7	11.7	13.6	2.1	2.7
300～399	106	10.8	42.1	8.9	10.2	2.5	3.5
400～499	108.7	12.8	47.2	7.2	7.9	2.7	4
500～599	112.1	14.3	52.3	5.1	6.9	2.9	4.3
600～699	118.8	20.8	53.6	3.9	6.5	2.8	4.4
700～799	124.5	22.5	55.5	3.3	7.1	2.8	4.4
800～899	132.5	28	60.1	2.6	4.7	3.2	5.5
900床以上	132.5	30.3	52.9	3.4	8.5	3.2	5.6

内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査

確定版 概要

平成 17 年 6 月 16 日

「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」

調査実施委員会 委員長 茅野 眞男

本調査の目的は、内保連が中心となって、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会から依頼された“内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査”を実施することである。本調査により根拠のある時間区分と難易度指標を提示できれば、受給者・診療側の不満を改善する方式が透明に検討でき、また医事請求コストの削減につながることを期待される。

調査実施は平成 17 年 1 月下旬であり、参加医師数 560 人の内訳は、主に 200 床以上の大病院からの 493 人と診療所からの 67 人であった。診療所はパイロットケースとして扱った。参加医師の標榜可能専門医資格に関しては、内科専門医が複数勤務する病院を中心に行なわれ、また循環器専門医、神経内科専門医、リハビリテーション科専門医が他の専門医より相対的に多数調査に関わった。患者個票 11,707 枚(速報値集計は 10,644 枚、内訳は 200 床以上の大病院 8,101 枚、リハビリ 668 枚、診療所 1,875 枚)であった。

外来診察医師技術料を規定する因子は、厚生労働科学研究医師技術評価では、診察時間と難易度とされている。難易度に関しては今回、診療報酬上の初診再診を更に、初診を紹介状有無、再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分けて、4 区分とした。難易度分布に差がある場合は、難易度別に検討した。

集計の結果、診察合計時間に大きなばらつきがあることがわかった。診察合計時間を 15 分以下、16 分以上 30 分以下、31 分以上の 3 区分表示とし、難易度指標は上記初再診 4 区分としたクロス集計結果(図 1)がそれを明瞭に示している。診察合計時間を考慮せず初再診の 2 区分しかない現在の報酬体系は不合理であり、医療技術の面からは再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分ける意義は明瞭である。大病院における診察時間の中央値は、紹介有初診で 20 分、診断確定(継続)再診で 8 分と短い。本邦患者の通院回数は世界標準の 2.2 倍ゆえ、年間診療時間としては世界並と思われる。しかし、患者と対面する直接時間しか測定していないため、直接時間のみを基にコスト計算すると誤解を招く恐れがある。また、大病院において、大病院の専門機能を必要と判断される患者は半数以下で、診断確定再診患者が多かった。

個別の作業仮説としては、「神経内科疾患患者は診察時間が長い」、「再診における神経難病外来指導管理対象患者は時間を要する」という両仮説が明らかに支持されており(図 2)、神経内科診察時間に対する早急な対処が必要である。