

初・再診料について

第1 前回の論点

- 1 病院と診療所の役割分担と初・再診料における評価について、どう考えるか。
- 2 各診療科が担う役割と、初・再診料における評価について、どう考えるか。
- 3 外来管理加算について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

第2 前回(11月6日中医協基本小委)の議論(要旨)

- 1 再診料における病診格差、複数科受診
患者もコストに敏感になってきており、診療所ではなく再診料の安い200床未満の病院を受診する傾向があると考えられ、そのような意味で、病院の再診料を診療所に合わせ引き上げるべき。(鈴木委員)
再診料の差の理由は、病院は入院に特化し、個人診療所は外来機能に特化するべき、という意味合いがあると聞いている。実際の患者の行動様式は逆になっており、病院再診料を11点の引き上げたとしてもこの傾向は変わらないのではないか。(安達委員)
初・再診料については、同じ医療サービスに対して同じ点数というのが基本であるが、病院に外来が集中しないようにという政策誘導的な意味合いは承知。(白川委員)
病・診の機能における役割の棲み分け、その誘導という意味で付けられた格差か、それ以外に理由があるのかの確認が議論の出発点として必要。
低い方を高い方に合わせるという前提で統一するのであれば異存はない。(安達委員)
多数の診療科がある200床未満の病院での複数科受診について、再診の場合は診療報酬として評価されていない。再診にもコストが生じており、評価すべきではないか。(邊見委員)
- 2 診療科間格差について
(医療経済実態調査における診療所のうち、)小児科、外科、産婦人科の利益率は余り高くない。また診療科によって初・再診料の占める割合が異なっている。これらを踏まえて初・再診料、外来管理加算についても検討が必要。(白川委員)
- 3 外来管理加算の5分ルールについて
人間を相手にしている外来を時間で制限するのは患者・国民にとって問題。(嘉山委員)

再診料の引下げと外来管理加算のどちらを選択するかという議論の結果、このルールを入れた経緯があり、中医協での決断。検証部会で検証しており、今後の検討項目。(遠藤委員長)

時間で縛るのはいかがか。基本的に懇切丁寧な説明が行われるという趣旨が生かされればよい。(白川委員)

外来管理加算は、医師が計画を立てることの技術料。(安達委員)

第3 初・再診料について

1 初・再診料の病診格差について

(1) 病院、診療所における初・再診料は従来同一であったが、病院は入院機能、診療所は外来機能を重点的に評価する観点から、再診料は昭和60年、初診料は平成4年に、診療所に対して病院より高い評価を行った。

(2) しかしながら、初診の際には、全身にわたる診察から始まり、きめ細やかな診断・治療方針の決定を行う手間について、病院と診療所の間には差はないことから、平成18年度診療報酬改定において初診料の統一を行った(参考資料P1~2)。

(3) 再診料についても、同一のサービスには同一の単価とすべきとの議論がある。

2 初・再診料に包括される範囲について

(1) 個別技術にて評価されないような基本的な診察や検査、処置等や、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コストを含めて評価している。

(2) 平成20年度診療報酬改定においては、医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を要せず、患者本人又は家人により行うことが可能な処置について、基本診療料に含めて評価を行った。

100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置

湿布処置

点耳、簡単な耳垢栓除去

等

第4 外来管理加算に関する過去の議論について

- 1 外来管理加算は、平成4年に新設されたものであるが、元来は昭和42年に新設された「内科加算」（昭和45年に「内科再診料」に移行）が元となっている。「内科加算」については、標榜する診療科に関係なく算定が可能であった（参考資料P2）。
- 2 外来管理加算は、一定の処置や検査等を必要としない患者に対する計画的な医学管理等を評価したものであり、一定の処置や検査等を実施せずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるととされていた。処置や検査等が行われない場合に加算されることから、患者にとっては理解が難しいという指摘があった（参考資料P3）。
- 3 平成20年度診療報酬改定において、外来管理加算については、老人の点数を病院47点、診療所57点から、老人以外と同様の52点に統一したことに加え、以下のような意義付けの見直しを行った。
 - (1) 疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組を評価
 - (2) 医師の患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を評価
 - (3) これらの診察及び説明等に要する時間の目安の設定
- 4 なお、外来管理加算に新たな要件を加えることとなった背景は、診療所から病院に対して財源のシフトを行うことが求められた中で、中医協における議論を経て、公益委員の裁定により、再診料を引き下げるのではなく、外来管理加算に時間の目安を導入する、という手法により対応することとなったものである。その場合の時間の目安については、懇切丁寧な説明を行うことから、概ね5分程度とされた（参考資料P4）。
- 5 平成20年度診療報酬改定後、中医協において、診療側から外来管理加算のマイナスの見込みが大きい可能性が指摘され、即時の改定を求める意見があったが、中医協において検証を行った上で対応することとなった（参考資料P5~6）。

- 6 中医協基本問題小委(平成21年11月6日)における議論の結果、時間要件については廃止する方向で検討すべきであるという意見が大半を占めたが、時間以外の何をもって懇切丁寧な説明を担保するのかについては今後の検討事項となっている。

< 点数の変遷 >

昭和42年12月	内科加算新設	2点(再診料 3点に加算)
昭和45年 2月	内科再診料新設 内科加算廃止	5点(再診料 4点)
平成 4年 4月	外来管理加算新設	4.2点(再診料4.3点)
平成12年 4月	外来管理加算	5.2点(再診料7.4点)

第5 論点

- 1 病院と診療所の再診料について、一物二価となっていることをどう考えるか。
- 2 同一日に病院の複数の診療科を受診した際の再診料の算定についてどう考えるか。
- 3 各診療科が担う役割と、初・再診料、外来管理加算における診療科間のバランスについてどう考えるか。
- 4 前回改定において、再診料の点数を引き下げる代わりに、外来管理加算について患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等を評価するものとして5分という時間要件を導入した。外来管理加算の時間要件を見直す場合に、懇切丁寧な説明等を時間以外の何をもって担保するか。また、一定の処置や検査を行わない場合に加算されるということで、患者にとって分かりにくいという指摘に対し、どのように答えるか。