

平成 20 年度診療報酬改定に関するアンケート調査

●2008年3月以前の事柄に関する設問について、2008年4月に就任された委員の方々におかれましては、**現在のお考え**でご回答願います。

<外来管理加算>

問1. 再診料の外来管理加算に、診察時間が概ね5分などの要件が新たに導入（いわゆる「5分ルール」）されましたが、この**導入**についての評価をお伺いします。

良い やや良い どちらともいえない やや悪い 悪い その他

問2. 「**診察時間**」は診察室において医師が患者を診る時間、「**診療時間**」は患者が受付を通り会計を済まして診療所から出るまでの時間ですが、この**概念の違い**を峻別して理解されていますか。

理解している 理解していない 混同している その他

問3. 08年3月以前の中医協議論で、診療時間に関するグラフは提示されましたが、**診察時間に関するグラフや資料**は提示されていません。その事実は、認識されていますか。

認識している 認識していない その他

問4. 医療の無形技術を時間を指標に報酬評価や質の評価をするのは愚の骨頂（例：腕利きほど短時間で診断、診察できる）、との声があります。**時間量での医療の質の評価**は妥当とお考えですか。

妥当 やや妥当 どちらともいえない やや不適切 不適切 その他

問5. **診察とはそもそも**、看護師による**予診**はもちろんのこと、受付や待合室での急変症状に際しての受付事務、看護師のトリアージなどを含む、**広い概念**であることを理解されていますか。

<*尚、後ほど別紙「医療現場から見た、外来管理加算の通知の問題点」をご覧ください>

理解している 理解していない 解釈が異なる その他

<後期高齢者診療料>

問6. 後期高齢者診療料について、厚生労働省がフリーアクセスを奪うものではないとの疑義解釈通知を出しました。しかし、慢性疾患など**13 疾病**について、この点数を算定した患者について**複数の診療所での疾患管理が想定されておられません**。このことをご存知ですか。

知っている 知らない わからない その他

問7. 高齢者患者は急変、急性症状が起きやすく、無痛性心筋梗塞や、無熱性肺炎など訴えや変化が乏しいため、診断が難しいなどの特徴があります。このような**高齢者の病態像**をご存知ですか。

知っている 知らない その他

問8. 後期高齢者に**定額制**の診療報酬が適当だと思いますか。

思う やや思う どちらともいえない やや思わない 思わない その他

<医学管理料>

問9. 特定疾患療養管理料など 24 の医学管理料について、一人の患者に複数医療機関での算定が不可との通知が出され、その後、明文規定が修正されました。にもかかわらず、昔から複数医療機関の算定は不可との解釈を厚労官僚が講演などで述べています。つまり、高血圧の医学管理を内科で、蕁麻疹の医学管理を皮膚科で行なっている場合に、どちらかの科でしか医学管理料が算定できない、となります。これら一連の経緯についてご承知ですか。また、通知にない厚生労働省の解釈を、どう思われますか。

●経緯について

知っている 知らない わからない その他

●厚労省の解釈について

合理性がある 合理性がない わからない その他

*以下、ご記入戴ければ幸いです（匿名でも結構です）

■お名前

■記入日 年 月 日

■ご連絡先

———ご協力ありがとうございました。

神奈川県保険医協会
電話 045-453-2411
FAX045-461-0215
担当：高橋・鳥越

○医療現場から見た、外来管理加算の通知の問題点

*以下を、まずお目通し願います。

<厚生労働省通知より抜粋>

4) 外来管理加算

ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

[提供される診療内容の事例]

1 問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ イに規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。

また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

——以下、略

【医療現場から見た問題点】

以上にみるように、「イ」の[提供される診療内容の事例]は急性症状のみに偏った内容であり、一般的には正しくない。病状が安定した慢性疾患の場合は全く別の「診療内容の事例」になる。しかも1~4の内容は医学生向けの教育で講義される内容であり、これを診療の経済評価である診療報酬の算定通知に盛り込むこと自体がおかしい。

医療現場は医学の日進月歩の発展を取り入れ、様々な診療実態に応じ変遷しているものであり、医師の裁量に委ねられている診療内容を明文で逐次規定すること自体、医学常識的に外れている。そもそも診療報酬は臨床医学のガイドラインでも何でもなく、繰り返すが診療の経済評価である。

付言すればコメディカル技術・労働の経済評価を完全に無視しており、チーム医療の否定さえしている。

外来管理加算とは別だが、後期高齢者については、慢性疾患やガンの終末期の病態像を前提にし、急性疾患を捨象して経済評価がなされており、ある種の作為が感じられる。

このような通知規定は指導・監査を強化し、がんじがらめに縛りつける労働強化でしかなく、医療崩壊の下、自律的な医師の自由裁量権を否定し、医師のモチベーションを極端に低下させるものでしかない。