



**第5回「今後の難病対策」関西勉強会
報告書**

テーマ「診療報酬制度について」

一部 「最近の動向について」

二部 「診療報酬制度について」

講師：奥村慶雄氏（大阪府保険医協会事務局）

- 第一章「診療報酬の基礎知識（基本診療料を中心に）」
- 第二章「平成22年度診療報酬改定の概要」
- 第三章「診療報酬から見えてくる問題点」

(三部 拡大実行委員会)

**開催日時：2010年6月20日（日）
13:15～16:30**

**開催会場：大阪府保険医協会
5階会議室**

**「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員会
(平成22年8月5日報告)**

第5回「今後の難病対策」勉強会 参加者一覧
〔勉強会参加者〕 合計17名

〔特定疾患治療研究事業に該当する疾患の方々〕（計9名）

- ・パーキンソン病 2名
- ・多発性硬化症 2名
- ・膠原病 2名
- ・IBD 1名
- ・ALS 1名
- ・脊柱靭帯骨化症 1名

〔研究奨励分野に該当する疾患の方々〕（計2名）

- ・ターナー症候群 1名
- ・遠位型ミオパチー 1名

〔難病施策外の方〕（計3名）

- ・Ⅰ型糖尿病 1名（劇症Ⅰ型糖尿病のみ研究奨励分野）
- ・線維筋痛症 1名
- ・腎臓病（別途、腎疾患対策あり） 1名

〔その他の方〕（計3名）

- ・認定遺伝カウンセラー 1名
- ・日本患者学会 1名
- ・アステラス製薬 1名

◎都道府県別

- ・大阪府 12名
- ・京都府 2名
- ・滋賀県 2名
- ・東京都 1名

第5回「今後の難病対策」関西勉強会の開催にあたって

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員長

京都IBD友の会会長 藤原 勝

今回は初めて大阪のミナミでの開催ですが、滋賀など遠方から起こしの方もご苦労様です。民主党を中心とした新政権が誕生して9カ月近くなります。その間、期待できることがある半面、これは不安ではないかと懸念する面も出てきたように思います。

私は今を、「期待と不安が交錯している時期」と考えています。しかし1972年に難病対策要綱ができて以来38年経ち、時代の変化で閉塞してきた対策が、抜本的に大きく変わるかもしれないチャンスにあることも確かです。そして、このめぐりめぐってきたチャンスに、患者会や病気の当事者など、何かのご縁と一緒に活動することになった私たちなので、チャンスを逃さないようにしっかり取り組んでいきたいと思います。今日もよろしくお祈りします。

関西勉強会実行委員会より

「今後の難病対策」関西勉強会は、現在15名の実行委員で企画・運営を行っております。今後も実行委員になっていただける方を募集しておりますので、よろしくお祈りいたします。またホームページもご参考ください。

〔ホームページのアドレス〕

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansaistart/pc/>

テーマ「診療報酬制度について」

一部 最近の動向について

最近の難病関連の動向は非常に早く動いています。勉強会の役割の一つとして、「難病対策」の最近の動向を共有することが挙げられます。今回の勉強会でもテーマに入る前に、難病対策の最近の動向について確認し、意見交換を行いました。

先ほど、ごあいさつで新政権の「期待と不安」と言いましたが、期待する政策としては、厚労省内に「難治性疾患対策の在り方検討チーム」を設置したことや障がい者制度改革推進会議などで難病も障害と同様に福祉サービスを受けられる方向で議論されていること、そして医療保険の高額療養費について、高すぎる自己負担限度額の引き下げが検討事項にあがっていることなどがあります。

1、難治性疾患対策の3つの課題

「難治性疾患対策の在り方検討チーム」は、「難治性疾患対策の3つの課題」を取り上げ、その第1回会議が4月27日に開催されました。

難病対策は、特定疾患の問題、小児慢性特定疾患の問題、介護の問題、就労の問題など多岐に及びますが、それぞれの担当課が違うため、いわゆる縦割り行政の壁が解決を難しくしています。「難治性疾患対策の在り方検討チーム」は、そういった厚生労働省内の縦割り行政を超えた横断的な検討を行うとしており、これは今までにな

かった新たな取り組みとして期待されています。

検討チームでは難病対策に関する課題として、次の3つを挙げています。

1つ目は「医療費助成」に関する課題です。現在の特定疾患治療研究事業は、対象疾患が限定されていること、政府の予算不足から都道府県の超過負担が大きくなっていること、そして小児慢性特定疾患のキャリアオーバーなど多くの問題を抱えています。

現在、医療費の助成は56疾患（特定疾患）に限られていることから、医療費の助成がある疾患と無い疾患との不公平感が年々大きくなってきました。それに特定疾患の医療費助成そのものが予算不足に陥っていることから、地方の超過負担が大きくなり制度として行き詰っています。

その解決法として、医療保険の高額療養費の上限を低くして、特定疾患に関わらず多くの患者負担を減らすことなどが検討課題となっています。

2つ目は「福祉施策」に関する課題です。難病であっても障害者自立支援法、難病患者等居宅生活支援事業の対象とならない方は、ホームヘルプ等の福祉サービスが利用できないか、もしくは制限があります。

現在、難病患者等を含む長期慢性疾患患者に対する福祉サービスのあり方については、障害者自立支援法の廃止後に設定される「障がい者総合福祉法」（仮称）における法案作りの中で検討されています。これは、内閣府に「障がい者制度改革推進本部」が設置され、その中の「障がい者制度改革推進会議」というところで議論されています。また、さらにその分科会として設置された「総合福祉部会」には、JPAなど難病関係からも構成員が選出されています。

一方、難病患者等も含め、「障害の範囲」をどのように考えるかについてが、論点の一つになっています。特に「難病」をどのように定義するかについては、私たちにとっては重要な問題ですが、現在のところそういった論議はされていません。また、難病対策としての福祉施策と障害者施策との関係を整理することも必要になってくると言われています。

こういったことから「障がい者総合福祉法」に難病も入れていこうという方向にはなっていますが、具体的に難病をどこまで入れるかが課題です。特定疾患の56疾患に限定するのか、難治性疾患克服研究事業の130疾患なのか、それともICFの概

念に沿ってもっと幅広くするのかですが、現在はそういったことは議論されておらず、ただ漠然と難病も障害者にとっているだけです。

それから、すでに特定疾患や難治性疾患に指定されている疾患は安泰なのかということ、そうでもないのです。難治性疾患克服研究事業には、稀少性であること、原因または発症のメカニズムが未解明、効果的な治療法未確立、生活面への長期に渡る支障といった4つの要綱がありますが、これらを厳格に適用していくと、現在の130疾患の半分ぐらいは外れるのではとされています。

なぜかということ、原因や根本的な治療法はないまでも、この10年ぐらいの間で発症のメカニズムは随分と研究されてわかってきました。また、根本的には治らないまでも対症療法の新薬はずいぶん出てきました。そういったなかで、現在の130疾患でも、これから先も難治性と言える疾患がいくつあるのかということです。そういった意味では、現在難治性疾患克服研究事業に指定されている130疾患も、この先はどうなっていくかわからないということのようです。

3つ目は「研究」に関する課題です。現在、難治性疾患克服研究事業の対象は、臨床調査研究分野が130疾患、研究奨励分野が177疾患（09年度）です。しかし、希少疾患は5,000から7,000もあるといわ

れており、研究対象の追加要望も絶えないことから、そういった疾患をどのように研究対象にしていくかが大きな課題となっています。それに難治性疾患の要件を満たしていない疾患についても検討が必要とされています。たとえば、患者数がたいへん多い疾患はどうするのか、実際に苦しんでいる患者がいるのに、患者数が多いと言うだけで排除してもいいのかといったことも課題となります。

以上の3つが、難治性疾患対策の課題となっています。そして検討チームの設立は、こういった課題への取り組みとして期待されています。

2. 最近の情勢について

(1) 特定疾患治療研究事業の超過負担の拡大

特定疾患治療研究事業の昨年度の事業費は、全体では102億円増（09年）の約1,058億円でした。一方、国庫補助額は22億円減の約262億円だったため、交付率は60%から49%にまで低下。一方、都道府県の超過負担額は73億円増え、約267億円となっていたことが明らかになりました。つまり都道府県の超過負担がっそう増えたということです。

その主な原因として、昨年11疾患が新規に追加されたこともありますが、それよりも厚生労働省が計画した健康保険の高額療養費との調整が、どうも計画どおりにいかなかったことにありそうです。そして超過負担は減

らすどころか逆に増えてしまいました。なぜ、調整がうまくいかなかったかは、厚生労働省も原因を明らかにしないのでわかりません。ただ、この調整のために地方はたいへんだったのです。10月1日の受給者証の発行が間に合わなかったなど、たいへん苦労したのに結局はうまくいかなかったということでした。

(2) 期待と不安の交錯

－民主党を中心とする政権の9カ月－

昨年、新政権が誕生して9カ月あまりが過ぎました。その間に新政権への期待と裏腹に不安もずいぶんと見えてきました。

その第一が新成長戦略で「混合診療の範囲拡大」や「医療ツーリズム」といった医療分野の規制緩和を経済成長の目玉として進めようとしていることです。（8～9ページもご参考ください）

これは私たちにとってもたいへん危険なことです。仮に医療保険の自己負担が軽減されても、「混合診療の範囲拡大」によって結局は患者負担が増えていたりすることが懸念されるからです。そうすると特にお金があるか無いかで、医療環境が大きく違ってくることもあります。

それから「医療ツーリズム」という言葉が出てきました。早い話が、中国など外国の富裕層に、日本で積極的に検診や治療を受けていただくということですね。それが経済成長を支えるビジネスになるということです。これは何が問題かという、ただ

でさえ医師不足で地方では医療崩壊とまで
いわれているなかで、外国の方に医療を提
供していけば国内の医療はどうなるのかと
いうことです。ますます医療崩壊が進むの
ではということが懸念されます。しかし、
こういったことが経済成長の目玉として挙
げられています。

また、民主党そのものが、野党時代や新
政権を発足した当時と現在と比較して、方
針が変わってきたように感じるものがいく
つかあります。

その一つが5月31日のJPAの国会請
願で、昨年まで快く請願の紹介議員になる
ことを引き受けてくださった民主党の議員
さんが今年は断わったり、「とりあえずお
預かりしますが・・・」という感じで即答い
ただけない方が多かったことです。

ただ、議員さん個人が悪いとばかりはい
えないようで、党から「与党になったので
政府の方針や予算の関係もあるから気安く
請願の紹介議員になるな」というような圧
力のようなものがあるとかいう話も聞いて
います。そのため、紹介議員になっていた
だけなかった議員さんもあったのだろうと
いうことです。しかし、みんながそういつ
たわけではなく、民主党のなかでも快く紹
介議員になっていただいた方もありました
が。

しかし、当然ながら紹介議員になってい
ただけるという気持ちで今年も議員さんを
訪問した私たちにとっては、驚きと残念な

気持ちでいっぱいでした。

それから、廃止が決まっているにも関わ
らず、障害者自立支援法の延命法案が、国
会に出されたことにも驚きました。障害者
団体は、こうした延命法案に強く反対しま
した。私たちも国会請願のときに、参議員
を中心に廃案にしてくださいという要望書
を提出しました。

そして、自立支援法の延命法案は、衆議
院で可決、参議院でも委員会で可決されま
したが、幸いに総理大臣の辞職などにより
国会が混乱したことで、参議員での本会議
の採択を残して廃案になりました。しかし、
とりあえず廃案にはなったものの、政府へ
の不信感が残り、今後の障がい者制度改革
推進会議の議論などで悪い影響を残しそ
うで懸念されます。

それからもう一つ大事なことは、そうし
た国会の混乱でJPAの請願が審議される
こともなく衆参両院とも審議未了（廃案）
になってしまったことです。

難病対策の請願だけでなく、今国会に提
出されたすべての請願82種1,147件が委
員会での採否は「保留」、つまり廃案とな
りました。ほんとうに党利党略のみで国民
の請願権を奪う、ひどい国会でした。

このように昨年、国民の大きな期待のも
とで誕生した新政権ですが、難病運動を通
じて不信感も大きくなってきたように思う
のが、最近の状況です。

〔追記〕 混合診療と医療ツーリズムについて（講師の奥村さんのお話を参考に）

6 ページに政府が「混合診療の範囲拡大」や「医療ツーリズム」といった医療分野の規制緩和を経済成長の目玉として進めようとしているという話題が出ました。ここでは講師として参加いただいた奥村慶雄氏のお話を参考に追記いたします。

〔混合診療について〕

混合診療とは保険診療と保険外診療（自由診療）を併用することですが、保険診療において保険外診療（自由診療）を併用することは原則として禁止されています。よって保険診療にそれ以外の保険外診療が加わった場合、保険診療分と保険外診療分を含めた医療費支払いの全額が患者の自己負担となります。

ただし保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められており、保険外診療の部分は全額自己負担ですが、保険診療部分の費用は一般の保険診療と同様に扱われます（保険外併用療養費）。

※混合診療を禁止する明文化された法律は存在しませんが、東京高裁は2009年9月29日に「混合診療は原則禁止されており、制度に合理性がある」として、腎臓がんの治療を受けている原告の訴えを認めた一審判決を取り消し、請求を棄却しました（現在は上告中と思われる）。

〔評価療養〕新しい治療法や新薬などで、将来的に保険導入するかどうか評価の必要のある療養

- 先進医療
 - 医薬品の治験に係る診療
 - 医療機器の治験に係る診療
 - 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
 - 保険適用前の承認医療機器の使用
 - 薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用
- 〔選定療養〕特別な病室や療養環境など、患者本人が選定する療養で、保険導入の評価をしないもの
- 特別の療養環境の提供
 - 予約診療
 - 時間外診療
 - 200床以上の病院の未紹介患者の初診
 - 200床以上の病院の再診
 - 制限回数を超える医療行為
 - 180日を超える入院
 - 前歯部の材料差額
 - 金属床総義歯
 - 小児う触の治療後の継続管理

※実際の診療上は保険診療のカルテと保険外のカルテを分けて、保険診療のカルテに保険外診療を行う病名を記載しなければ混合診療とはなりません。

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会で焦点となっていた「混合診療の範囲拡大」については、現在の先進医療制度より手続きが迅速な新たな仕組みを検討し、平成22年度内に結論を出すとしています。具体的には、例えば、海外で一般的に使用されている未承認薬や、代替の治療法が存在しない患者に対する治験中の療法の一部について、一定の施設要件を満たす医療機関において実施する場合には、その安全性・有効性の評価を厚生労働省の外部の機関において行うこと等について検討するとしています。

〔医療ツーリズムについて〕

「医療ツーリズム」は医療サービス（健診や治療）と海外からの観光を連動させたものですが、長妻昭厚生労働相は3月15日の参院予算委員会で、「メディカルツーリズムを推進していくことは重要」と述べ、また直嶋正行経済産業相も「将来の日本が何で経済を成長させていくのかと考えると、やはりこの医療分野というのは有力な分野」として、できるだけ早期に具体策を取りまとめる考えを示しています。

一方、日本医師会は医療ツーリズムについて、診療報酬上の点数よりもはるかに高い金額を支払う外国人の富裕層が医療機関で優先的に扱われ、保険診療の日本人患者が後回しにされる可能性があり、さらに医療費の全額を自己負担しても優先的に検査や治療を受けたいという日本人患者が出てくると、こうした流れが混合診療の全面解禁を後押しすると懸念しています。また医師や看護職員が不足する中「現時点で検討に着手することは認められない」との見解も示しています。さらに営利企業の関与に対して「外国人の富裕層をもっと受け入れるにはどうすればいいか、最初は相談に乗り、手伝いをし、最終的に実質的な経営権を持ってしまふことが十分あり得る」との危機感を示し、営利企業が関与する組織的な医療ツーリズムを強く懸念しています。

実際に医師不足と言われているなかで都会の真ん中に、検査に特化した健診施設ができつつあります。もちろん他の医療機関

からの紹介で保険適応の検査を行うこともありますが、PET（ポジトロン断層法）などを用いたがん検診や大掛かりな人間ドックなど保険適応外の健診も行っています。さらに顧客獲得のために「医療ツーリズム」も既に日本で行われています。

通常のホテル内では入院患者がおり検査のための人員配置も難しいため、大病院が入院施設のない大規模な健診センターを設立したり、外資系のホテル業界が医療機関と提携したり、ホテル内に健診専門の医療機関を誘致したりして、高級な人間ドックや「医療ツーリズム」を行っています。

ただし、このような健診機関を持つためには資金が必要ですので、営利企業の関与は否定できません。最近、診療報酬の債権譲渡の件数が増えてきており（全国で2,000件近くの病院が行っているとのこと）、営利企業（金融機関やリース会社など）が例えば新しい健診センターを立てる資金を出す代わりに、診療報酬は営利企業に入金され、営利企業から病院の運営に必要な費用を支払うという金融システムができています（診療報酬債権担保ローンやファクタリングと呼ばれます）。

日本医師会が懸念しているように、現状でも営利企業が多く病院の実質的な経営を行っている可能性は否定できず、そのような病院が営利的な医療を推進することが懸念されます。医療が大暴走を起こす前に、今一度「医療法人」の存在意義について、社会全体で確認する必要があると思います。

〔JPA総会出席などの報告〕

尾下葉子さん（線維筋痛症友の会）

私は、はじめてJPA総会に参加しました。5月30日の総会の中で「JPAの活動は、特定疾患などの“既得権”を守るために行っているのではなくて、すべての国民の医療と福祉を底辺から改革するものである。私たちに優しい社会はみんなに優しい社会であるということを発信し、周囲を説得し、理解を拡げないといけない」という話が印象に残りました。

また神経難病団体ネットワークから「難病を理由にした解雇や契約の打ち切り、退職勧告などのパワーハラスメントが横行している実態があり、患者自身の働く力や気持ちが奪われている」という話がありました。今の自分の能力で行えることを発信して社会に参加していくという発想が大切だと思うのですが、現状との違いをどのようにして埋めていくことができるのだろうと思いました。

次の日の国会請願行動については、前述の報告のように以前は紹介議員になっていただけた方が受けていただけず、「今までと違うな」という声がありました。以上がJPA総会および国会請願行動に初めて参加して印象に残ったことや考えたことでした。やはり様々な活動に参加して、行動することは非常に大事なことだと思いました。

また国会請願行動の翌日の6月1日に新橋で厚生労働省の「第3回慢性の痛みに関する検討会」が開催され、傍聴してきました。慢性疾患で苦しむ方がたくさんおられるた

め、昨年8月に「慢性疾患の更なる充実に向けた検討会」が開催され、そのなかで病気ではなく症状に着目した医療や福祉の対策が必要であるということで「慢性の痛みという症状」に対する取り組みを提言するための検討会が設けられました。それが「慢性の痛みに関する検討会」です。

この検討会は婦人科や脳神経外科、心療内科、リウマチ科など様々な診療科の医師と、ささえあい医療人権センターCOMLの代表の方で構成されています。検討会は今回傍聴した3回目で終わり、提言をまとめて報告しなければならないため、今回の検討会は主に報告書の検討が行われました。討議の内容としては、慢性の痛みの種類を整理する必要性、社会に対する啓発活動の必要性、実態調査の必要性などの話がありましたが、それ以前に診療報酬として痛みの治療に点数がついていない現状では医師も動けないという話が何度も出ました。（例えば、慢性疼痛に対して少量の麻薬系の鎮痛剤が効くのですが保険適応は限定されています）私たちの勉強会と同じようなことをお医者さんたちが議論していたので、患者さんを真ん中にして話をするとやっていることは同じになることを感じました。患者の代表の方は今後研究班を作るにしても、実態調査を行うにしても、その中に必ず患者の声を反映されるようなシステムを絶対に設けてくださいということを強く言われていました。

最近の難病対策に関する動き（4月～6月）	
2010年 4月11日	第4回「今後の難病対策」関西勉強会の開催 場所 高槻市総合市民交流センター（大阪府） テーマ「未承認薬問題および難病対策の具体化に向けて」 (1)「最近の動向について」 (2)「未承認薬問題について」 (3)説明「障がい者制度改革推進会議への意見書について」ほか (4)意見交換「難病対策の具体化に向けて」
4月12日	第7回「障がい者制度改革推進会議」の開催 議題 (1) 交通アクセス、建物の利用について (2) 情報へのアクセスについて (3) 所得保障について (4) 障害者施策の予算確保に向けた課題について (5) その他 内閣府の障がい者制度改革推進会議の下に設置される、総合福祉部会および委員（55人）が公表・決定された。総合福祉部会委員にはJPA野原副代表が就任した。
4月19日	第8回「障がい者制度改革推進会議」の開催 議題 (1) 団体ヒアリング (2) その他
4月25日	第15回「今後の難病対策」勉強会の開催 〈日時〉 2010年4月25日（日）午後1時より4時30分まで 〈場所〉 YKBマイクガーデン3F「東京在宅サービス」会議室 〈テーマ〉 「難病・慢性疾患と障害－制度の谷間をなくすために」（パート2） アドバイザー 佐藤久夫先生 （日本社会事業大学教授、内閣府障がい者制度改革推進会議構成員）
4月26日	第9回「障がい者制度改革推進会議」の開催 議題 (1) 省庁等ヒアリング 法務省 文部科学省、教育関係団体 総務省 (2) その他
4月27日	第1回「新たな難治性疾患対策の在り方検討チーム」会合の開催
4月27日	第1回「障がい者制度改革推進会議総合福祉法部会」の開催 内閣府の障がい者制度改革推進会議に設置された「障がい者総合福祉部会」の初会合が開催されました。 同会議では、障がい者新法の方向性を示すとともに、緊急対策が必要とみられる案件を6月までに整理するとしています。

最近の難病対策に関する動き（4月～6月）	
4月27日	<p>未承認薬109品、企業に承認申請要請へ 厚生労働省の第3回「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で、学会や患者団体から要望のあった374の医薬品のうち109品目について「医療上の必要性が高い」と判断した。</p> <p>これを受け、厚労省は来月にも該当医薬品を開発する企業に対し、承認申請をするよう要請する。開発企業が国内にない場合は来月中に、厚労省が公募する。患者数が少なく治療薬の開発が遅れている希少疾患やがん患者にとって朗報といえる。</p>
4月30日	<p>支援法対象外の難病患者 実態調査へ 4月30日、NHKは「障害の認定を受けていないために、障害者自立支援法の対象になっていない難病の患者などが、どのような支援を必要としているのか、厚生労働省は初めて実態を調査することになりました」と報じた。調査は今年度中に試験的に始めたうえで来年度から本格的に実施するとしている。</p> <p>これについて日本難病・疾病団体協議会の野原正平副代表は「難病患者などは、これまで医療の支援は受けられるが、福祉とは切り離されていたため、生活に必要なサービスを受けることができなかった。こうした実態を把握したうえで新しい制度づくりを進めてほしい」と話している。</p>
5月10日	<p>第11回厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会の開催 議事 (1) 今後の難病対策について (2) その他</p> <p>特定疾患治療研究事業の昨年度の事業費は、全体で前年度から102億円増の約1058億円だったが、国庫補助額は22億円減の約262億円で、交付率は60%から49%にまで低下。一方、都道府県の超過負担額は73億円増え、約267億円だったことが明らかになった。</p>
5月17日	<p>第11回「障がい者制度改革推進会議」の開催 議題 (1) 省庁ヒアリング (2) 外務省 (3) 今後の取組みについて（内閣府） (4) その他</p>
5月18日	<p>第2回「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」の開催 議題 (1) 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について</p>
5月18日	<p>第1回民主党難病対策推進議員連盟総会の開催 民主党難病議連は、再結成され5月18日に第1回総会を開いた。会長は岡崎トモ子議員、事務局長は谷博之議員。 総会後のヒアリングでは、伊藤たておJPA代表などが意見を述べた。</p>

最近の難病対策に関する動き（4月～6月）	
5月28日	<p>障害者自立支援法改正案、衆議院厚生労働委員会で可決</p> <p>5月28日、障害者自立支援法改正案（自民、公明議員案と民主、社民、国民新議員案を取り下げ、委員会提出案として一本化したもの）が衆議院の厚生労働委員会で賛成多数で可決しました。質疑時間はわずか1時間15分でした。共産、社民は反対。施行は2012年4月から。</p> <p>しかし、政府は2013年8月までに障害者自立支援法を廃案にして新しい福祉法を施行するとしているので、予定通り進むと仮定すれば、改正案はわずかな期間のみの施行となる。なぜ、自立支援法の延命にもつながりかねない改正案を可決したのか、国会情勢は不可解な局面となっている。障害者団体は、今回の当事者抜き決定に対し「障害者問題を政争の具にするな！」と猛反発している。</p>
5月30日	<p>第6回日本難病団体協議会総会の開催</p> <p>場所 晴海グランドホテル（東京）</p> <p>伊藤代表は冒頭のあいさつで、「今まさに難病対策は激動の時代を迎えた。高額療養費制度を含め、日本の医療保険制度をこれからどうするかについても激動の時代。ある意味では私たちにとっては大きなチャンスでもある。各団体が今の時期にしっかり取り組むことによって将来の難病対策、長期慢性疾患対策や日本の医療保険制度をしっかり支えるものを作る基盤となる総会であったと、後世評価されるような取り組みをしよう」と協力を呼びかけた。</p> <p>09年度活動報告では1年間の取り組みとその成果を確認。10年度活動方針で▽組織の改革と事務局の強化とそれらを支える資金活動の強化、▽新たな難病対策の方向を確立させるための患者・家族の生活実態調査を行うこと、▽「難病」をはじめとした「病気による社会的不利」についての認識と定義の確立、▽11月の「難病・慢性疾患全国」フォーラムを成功させることなどが承認された。</p> <p>その他、障害者自立支援法の「改正」案について、▽障害者自立支援法の廃止を明記していない点、▽応益負担のしくみを残したままである点、▽難病を障害の範囲に含めることを先送りした点から、同法案の廃案を求める緊急アピール採択しました。また低料第3種郵便物に関して、有料購読を8割以上とする条件の緩和を求める要望書も採択しました。採択されたアピール及び要望書は翌日の国会請願で請願書とともに議員に渡された。</p>
5月31日	<p>JPA国会請願</p> <p>日本難病・疾病団体協議会（JPA）は、2010年度の国会請願を行いました。請願に先だて、衆議院第2議員会館の会議室で集会を行い、8名の国会議員さんから激励のあいさつをいただきました。署名数は約95万筆。</p> <p>集会後、班ごとに分かれて各議員さんを訪問、署名簿とともに紹介議員になっていただけるように、協力をお願いした。また、前日の総会で採択された要望書も一緒に手渡された。</p>

最近の難病対策に関する動き（4月～6月）	
6月1日	<p>第3回「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の開催」 議題</p> <p>(1) 障がい者総合福祉法（仮称）の実施以前に早急に対応を要する課題の整理（当面の課題）（素案）について</p> <p>同部会では、「約束違反」、「何のための部会か」、「政務三役の説明を求める」との発言が次々に出され、部会構成員一同の名で、推進会議議長宛に強い遺憾の意を表する意見書を出すことを55人の構成員全員一致で決めた。野原JPA副代表は、総会で決定した緊急アピールを部会長の了承のもとに構成員全員に配布し、内容的にも手続き上も問題の残る「改正案」を廃案にし、推進会議、総合福祉部会の意見を尊重するように求めた。</p>
6月7日	<p>第14回「障がい者制度改革推進会議」の開催 議題</p> <p>(1) 第一次意見の取りまとめについて (2) その他</p>
6月16日	<p>2010 JPA国会請願は審議未了</p> <p>今国会でJPA（日本難病・疾病団体協議会）が行った難病対策を求める請願は、衆参両院とも残念ながら審議未了となった。</p> <p>国会最終日の6月16日、野党出席拒否の衆議院厚生労働委員会が開会されたが、全会派一致が慣例の請願の採否は決定できないとして、今国会に提出されたすべての請願82種1147件について、委員会での採否は「保留」となった。つまり、審議未了＝廃案ということ。</p> <p>参議院も、開会されなかったため、すべての請願の採否が行われないまま審議未了（廃案）となった。</p>
6月16日	<p>障害者自立支援法改正案は廃案</p> <p>参議院本会議での採決を残すのみだった「障害者自立支援法改正案」は、参議院本会議は開かれずに閉会したため、廃案という結末になった。</p>
6月16日	<p>民主党難病議連が厚生労働大臣に政策要望書を提出</p> <p>議連役員会（6月9日）でのJPA、難病のこども支援ネットワークからの要望を受け、6月16日民主党難病議連から長妻厚生労働大臣への政策要望書が提出されました。</p> <p>民主難病議連から、岡崎会長、郡幹事、柚木幹事、玉木幹事、谷事務局長が、厚労省の長浜副大臣を訪ね、直接手渡されました。難波疾病対策課長も同席されていたとのこと。</p>
6月16日	<p>行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」第一次報告書の公開</p> <p>内閣府の行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」第一次報告書（6月15日報告）が、同会のホームページに公開された。</p> <p>政府は、焦点となっている保険外併用療養（混合診療）の範囲拡大について、現在の先進医療制度より手続きが迅速な新たな仕組みを検討し、年度内に結論を出すとしている。</p> <p>http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/publication/p_index.html</p>

二部 「診療報酬制度」について

私たちの医療費について考える場合にも、今後の医療をより良いものにしていくためにも、「診療報酬制度」の知識は不可欠です。今回は講師として大阪府保険医協会事務局の奥村慶雄氏をお招きし、本年4月の診療報酬改定の概要を中心に講演いただきました（第二章を参考ください）。なお理解を深めるために「診療報酬の基礎知識」について第一章に記載いたしましたので御参考ください。さらに「診療報酬から見えてくる問題点」について最近の記事とともに第三章に示しました。

第一章「診療報酬の基礎知識（基本診療料を中心に）」

1. 診療報酬とは

◎診療報酬とは、健康保険が適用される医療行為に対して計算される報酬のことです。診療報酬点数表に基づいて計算され、**1点の単価は10円**です。

◎医師や看護師、その他の医療従事者の医療行為に対する技術料、処方された薬剤の薬剤費、使用された医療材料費、医療行為に伴って行われた検査費用などが含まれます。

※例えば、診療報酬点数500点の場合、医療費の総額は5,000円となり、3割負担の場合には患者は1,500円を支払うこととなります。

2. 診療報酬点数表の構成

◎点数表は「基本診療料」と「特掲診療料」から成ります。

・「基本診療料」とは初診料や再診料、入院基本料など、基本的な診療行為の費用を一括して評価するものです。

・「特掲診療料」とは基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別な診療行為に対して評価するものです。

◎「基本診療料」の概要（Aと示されます）

- ・初診料：外来での初回の診療時に算定
- ・再診料等：外来での2回目以降に算定
 - …再診料（診療所または200床未満の病院）
 - 外来診療料（一般病床200床以上の病院）
- ・入院基本料＋入院基本料等加算
 - …通常の入院の場合の基本料と加算
- ・特定入院料＋入院基本料等加算
 - …集中治療、回復期リハ、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する入院

◎「特掲診療料」の概要（B～Nと示されます）

- ・医学管理等（B）
 - …**特殊な疾患に対する診療など**（難病外来指導管理料も含まれます）
- ・在宅医療（C）
- ・検査（D）
- ・画像診断（E）
- ・投薬（F）
- ・注射（G）
- ・リハビリテーション（H）
- ・精神科専門療法（I）
- ・処置（J）
- ・手術（K）
- ・麻酔（L）
- ・放射線治療（M）
- ・病理診断（N）

※診療報酬は「基本診療料」は必ずあり、場合により「特掲診療料」が足されます。

3. 初診・再診料（通院）〈A基本診療料〉

【初診料】270点（病院・診療所共通）

【再診料等】

- ・一般病床数200床未満の病院または診療所…再診料として 69点

（明細書を発行すれば+1点）

- ・一般病床数200床以上の病院

…外来診療料として 70点

※年齢加算…6歳未満では高くなります

（例：6歳未満での初診料は345点）

※受診時間により加算

…時間外、休日、深夜、夜間早朝加算

※外来診療料には日常的な検査と処置の費用は含まれます

【外来管理加算】

- ・一般病床数200床未満の病院または診療所の場合で、計画的に医療を行った場合…52点が再診料に加算

※慢性疼痛疾患管理、リハビリ、処置、手術、麻酔、放射線治療、特定の検査などを行った場合は加算できません。

《ポイント》

- ・本年度の改定により、病院と診療所の再診料が一本化されています。
- ・しかし大きな病院の外来診療料には日常的な検査や処置の費用が含まれ、小さな病院や診療所では再診料に外来管理加算などが加算されるため、実際は大きな病院の再診料の方が安くなります。

例) 初診料（3割負担）：810円（270点×3）

例) 再診料（3割負担）：診療所では加算を含めて366円、大きな病院では210円

4. 入院基本料・加算〈A基本診療料〉

◎入院基本料は病棟の種類、平均在院日数、看護配置と看護師比率で決定されます。

【一般病棟の入院基本料】（表2-1）

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)			
			14日以内	15~30日以内	30日超	90日超
7対1	19日以内	70%以上	2005	1747	1555	928
10対1	21日以内		1750	1492	1300	
13対1	24日以内		1542	1284	1092	
15対1	60日以内	40%以上	1384	1126	934	
特別入院基本料	上記の要件を満たさない		875	730	575	790

※看護配置 10対1とは、患者10人に対して1人の割合で看護職員（看護師と准看護師）が配置されるという意味です。例えば50人の患者ならば1日平均5人の看護職員が必要で、3交代制の場合は1日に15人以上勤務することが必要となります。…上段ほど手厚い看護の病棟ということです

《ポイント》

- ・看護が手厚い病棟ほど入院基本料は高くなります。
- ・入院期間が長くなるほど入院基本料は安くなります。特に90日間を超えた患者は**特定患者**と呼ばれ、入院基本料も激減し**特定入院基本料**と呼ばれます。
- ・さらに**特定入院基本料**には検査、投薬、注射、病理診断、一部の画像診断、処置などが含まれているため（包括化）、診療報酬上は何年でも入院できますが、実際は3ヶ月（90日間）を超えると病院の経営が持たない、もしくは治療の継続ができない状態になります。⇒退院勧告！

〔難病などに関する規定〕

- ・ **特定入院基本料**（90日以上入院）は、例えば次の場合には算定されず、表2-1の30日超の入院基本料が維持されます。

例) **難病患者等入院診療加算**を算定する患者
(これは難病等特別入院診療加算の一つです)

〔次のうち日常生活動作に著しい支障がある者〕
多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症(ALS)、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患(ヤール3以上)、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)、MRSA、後天性免疫不全症候群(HIV含む)、多剤耐性結核

例) **重症者等療養環境特別加算**を算定する患者
…クロイツフェルト・ヤコブ病の場合

例) **筋ジストロフィーおよび難病患者等**

〔以下の疾患に罹患している患者:主に神経難病〕
筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症(ALS)、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患(ヤール3以上)、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)、もやもや病(ウイルス動脈輪閉鎖症)

例) リハビリテーションを実施している場合
…入院日から180日間に限ります

例) 人工呼吸器を使用している状態の場合

例) 人工腎臓や血漿交換療法を実施の場合

※ 以上の場合で、90日を超える期間一般病棟に入院しても、平均在院日数の算定からは除外されます。

※ 難病の中でも疾患や病態により長期入院のしやすさが異なるということです。

〔一般病棟の入院基本料等加算〕

◎ 一般病棟における入院基本料等加算は非常に多くの種類があります(45種類ほど)。ここではその一部を紹介します。
⇒ 加算の種類によって、厚労省の医療に対する方向性がわかります。

◎ 入院初日に算定可能なもの(一回のみ算定)

- ・ **後発医薬品使用体制加算(30点)**
…ジェネリック医薬品を積極的に使用
- ・ **在宅患者緊急入院診療加算**
…連携医療機関である場合(1300点)
それ以外の場合(650点)
- ・ **医師事務作業補助体制加算(体制による)**

◎ 1日につき算定可能なもの(毎日算定)

- ・ **難病患者等入院診療加算(250点)**
…左上の表の疾患のうち日常生活動作に著しい支障のある者に算定。

…入院が継続されやすいように配慮

・ **重症者等療養環境特別加算**

…個室の場合(300点)

2人部屋の場合(150点)

・ **ハイリスク妊娠管理加算(1000点)**

…1入院に限り20日を限度として加算

…心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病等の治療中患者にも適用

・ **ハイリスク分娩管理加算(3000点)**

…1回の妊娠に8日を限度として加算

…心疾患、糖尿病等の患者にも適用

◎ 退院時に算定可能なもの(一回のみ算定)

・ **急性期病棟等退院調整加算1(140点)**

…原則65歳以上の退院困難な要因を有する患者に算定(詳細は第二章)

【療養病棟の入院基本料】（表 2 - 2）

入院基本料	ADL区分	医療区分	療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
			基本点数	生活療養の場合	基本点数	生活療養の場合
A	3	3	1758	1744	1695	1681
B	2	3	1705	1691	1642	1628
C	1	3	1424	1410	1361	1347
D	3	2	1369	1355	1306	1292
E	2	2	1342	1328	1279	1265
F	1	2	1191	1177	1128	1114
G	3	1	934	920	871	857
H	2	1	887	873	824	810
I	1	1	785	771	722	708
特別入院基本料	配置の要件を満たさない		563	549	563	549

※入院基本料1は看護職員20対1以上などの要件
 入院基本料2は看護職員25対1以上などの要件
 ※入院基本料の分類はADL区分（1～3）と医療区分（1～3）の組み合わせで決まります。
 ※入院期間にかかわらず一定の入院基本料です

◎一般病棟に比べて診療報酬は低いです。
 さらに入院基本料には検査、投薬、注射、病理診断、一部の画像診断、処置、フィルムの費用などが含まれているため（包括化）、治療費の多くかかる医療が適切に行われるかどうかは疑問です。

◎ADL区分とは

- ・ベッド上での動き、移乗動作、食事、トイレの使用の4項目に対して、各々に自立(0点)、準備(1点)、観察(2点)、部分的な援助(3点)、広範な援助(4点)、最大の援助(5点)、全面依存(6点)の得点をつけて合計します。
- …合計点が0～10点⇒ADL区分1
 合計点が11～22点⇒ADL区分2
 合計点が23～24点⇒ADL区分3

◎医療区分とは

- ・医療区分3
 …スモン
 常時の監視を実施している状態
 中心静脈栄養を実施している状態
 人工呼吸器を使用している状態など
- ・医療区分2
 …筋ジストロフィー症
スモン以外の難病
 （特定疾患治療研究事業の対象疾患）
 脊髄損傷
 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
 人工腎臓
 悪性腫瘍など
- ・医療区分1
 …医療区分2と3以外の者

◎救急・在宅等支援療養支援療養病床初期加算について（1日に150点、14日まで）
 …急性期の一般病棟、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、自宅からの転入院を受け入れた場合に算定できます。

《ポイント》

- ・特定疾患治療研究事業の対象疾患（56疾患）では入院基本料は高くなり、比較的入院しやすい状態となります。ここでも特定疾患治療研究事業対象外の難病との不公平を生んでいます。
- ・ただし療養病棟も包括払いであるため、検査や投薬が高額になる患者の長期療養は困難ではないかと予想されます。

〔療養病棟の入院基本料等加算〕

◎療養病棟における入院基本料等加算は15種類ほどあります。ここではその一部を紹介します。

※難病患者等入院診療加算、重症者等療養環境特別加算などはありません。

◎入院初日に算定可能なもの(一回のみ算定)

- ・在宅患者緊急入院診療加算
…連携医療機関である場合(1300点)
それ以外の場合(650点)

◎1日につき算定可能なもの(毎日算定)

- ・療養病棟療養環境加算(30点～132点)
…1病室あたり病床数や患者1人あたりの広さなどにより加算点数が変化

◎入院中と退院時に一度ずつ算定可能なもの

- ・慢性期病棟等退院調整加算1
…入院中に退院支援計画を作成すると100点の加算(退院支援計画作成加算)
…退院支援計画に基づく退院調整により退院すると140点の加算(退院加算)

※退院調整加算の詳細は第二章参照

【結核病棟の入院基本料】(省略)

【精神病棟の入院基本料】(省略)

【特定機能病院入院基本料】(表2-3)

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)			
			14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	28日以内	70%以上	2267	1762	1555	928
10対1			2012	1507	1300	

※これは一般病棟の場合の表です。

※特定機能病院は400床以上で、高度医療を担う医療機関です。(大学病院の本院、国立がん研究センター、国立循環器病研究センターなど)

【専門病院入院基本料】(表2-4)

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)			
			14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	30日以内	70%以上	2067	1762	1555	928
10対1	33日以内		1812	1507	1300	
13対1	36日以内		1604	1299	1092	

※専門病院は主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる病院で、高度かつ専門的な医療を行っているものとして届け出たものです。

【障害者施設等入院基本料】(表2-5)

看護配置	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)			
		14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	70%以上	1867	1722	1555	928
10対1		1612	1467	1300	
13対1		1404	1259	1092	
15対1	40%以上	1266	1121	954	

※肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、およびこれらに準ずる施設の一般病棟。

※重度の障害者、筋ジストロフィー患者、または難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟。

〔障害者施設等の入院基本料等加算〕

- ・難病患者等入院診療加算(250点)
- ・特殊疾患入院施設管理加算(350点)
…難病患者等入院診療加算とともに算定できない
…次の表の疾患患者等を概ね70%以上入院させている病棟で算定

〔以下の疾患に罹患している患者：主に神経難病〕

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症(ALS)、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患(ヤール3以上)、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)、もやもや病(ウイルス動脈輪閉鎖症)

5. 特定入院料〈A 基本診療料〉

- ◎集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟または病床に入院した場合に算定します（施設基準の届け出が必要です）。
 - …検査、注射、処置、入院基本料、ほとんどの入院基本料等加算なども特定入院料に含まれています（包括化）。
 - …特定入院料は特定の症状・疾患の患者に対する一定期間の1日当たりの包括入院料です。一定期間を超えた期間は入院基本料で算定します。
- ※ここでは難病と関係が深い、**特殊疾患入院医療管理料**および**特殊疾患病棟入院料**について紹介いたします。

【特殊疾患入院医療管理料】

- ◎脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、**筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね8割以上入院させる病室**であり、看護配置が常時10対1以上の要件。
 - …1日当たり1943点（包括入院料）
（診療に係る費用は原則含まれる）
 - …対象となる難病は神経難病であり、特殊疾患入院施設管理加算と同じ

〔以下の疾患に罹患している患者：主に神経難病〕
筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）、もやもや病（ウイルス動脈輪閉鎖症）

〔特殊疾患入院医療管理料の加算〕

- ◎人工呼吸器使用加算
 - …1日につき+600点
- ◎重症児（者）受入連携加算
 - …入院初日に+1300点
 - …他の医療機関からの転院者が新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していた場合に加算できる

【特殊疾患病棟入院料】

- ◎脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、**筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟**であり、看護配置が常時10対1以上の要件。（特殊疾患病棟入院料1）
 - …1日当たり1943点（包括入院料）
（診療に係る費用は原則含まれる）
 - …対象となる難病は神経難病であり、特殊疾患入院医療管理料と同じ
- ※特殊疾患病棟入院料2は難病を含まないので省略（1日当たり1570点）

〔特殊疾患病棟入院料の加算〕

- ◎特殊疾患入院医療管理料の加算と同じ

《ポイント》

- ・左表の神経難病の場合は、これらの特定入院料を利用して長期の入院が可能となっていますが、地方厚生局長等への届け出が必要であり、概ね8割以上の入院という条件も厳しいことから、あまり成果はあがっていないのではないかと思います。

6. D P C (診断群分類包括評価)

◎これまで基本診療料をみてきましたが、近年D P Cという新しい制度を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入する病院が増えています。

…平成21年度D P C対象病院1,283施設
(一般病院全体の14.5%)

平成21年度D P C算定病床数434,231床
(一般病床数全体の47.5%)

…特に大きな病院がD P Cを導入していることから、難病患者への影響は大きいと言えます。

※D P Cの対象は看護配置7対1または10対1の一般病棟の入院患者

…外来は関係ない

療養病棟、精神病棟等は対象外

※診断群分類とは同じような病気をグループに分けた分類のことです

[D P C制度における診療報酬]

◎包括評価部分(定額支払い)と従来からの出来高評価部分から成ります。

・包括評価部分(ア)

…入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1000点未満の処置など

…病気の種類により1日当たりの定額支払い部分の点数が決まっています

・出来高評価部分(イ)

…手術料、麻酔料、放射線治療、リハビリ、1000点以上の処置など

…診療報酬点数表により積算

※全体の入院費用はア+イとなります。

[包括評価部分の点数の決め方]

- ・多くの病気のために入院した場合でも、最も費用がかかる傷病名で決めます。
- ・次に手術や処置の有無、特別な治療などの診療行為によって分類されます。

(例) 膠原病の多くは「全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患」に分類されます。

期間	1日当たりの点数	日数	点数合計
①	2869	7	20,083
②	2293	13	29,809
③	1949	33	64,317
合計		53	114,209

※手術なし、処置なしの場合の点数表

※期間①：入院から7日間の点数

期間②：次の13日間の点数

期間③：さらに次の33日間の点数

(合計53日間について算定可能)

※53日間入院すれば114,209点となり、医療費の総額は1,142,090円となります。

※病気によって1日当たりの点数は異なります。手術や特別な治療を行った場合は点数が増え、期間も伸びます。

《ポイント》

- ・急性期の場合にも検査や投薬などの費用が含まれた定額支払い制度(D P C)を導入する病院が増えています。
- ・病名や処置の有無などにより点数が変化するため、ある程度の高額な医療にも対応が可能と思われそうですが、難病のように複雑な医療に対応可能か懸念されます。
- ・医療行為が少ないほど利益となるので、適切な医療が行われるかどうか検討が必要です。…過少診療が懸念されます。

7. 医学管理等〈B特掲診療料〉

- ◎医学管理料は特定の疾患に対して、治療の計画を立て、医師や看護師等が患者に対して、療養上必要な管理を行った場合に算定します。
…難病の医療に関係の深いものもありますので、一部を紹介いたします。
※多くの医学管理料があり、場合によっては、併せて算定できないものも含まれます。

【難病外来指導管理料】

- ◎月1回、外来のみ算定可能 250点
- ◎対象は特定疾患治療研究事業の56疾患
…計画的な医学管理を継続して行い、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定

【慢性維持透析患者外来医学管理料】

- ◎月1回、外来のみ算定可能 2305点
- ◎対象は透析導入後3ヵ月以上経過した安定した状態の透析患者
…一定の検査や画像診断料が含まれる

【慢性疼痛疾患管理料】

- ◎月1回、外来のみ算定可能 130点
- ◎診療所の外来で慢性疼痛を主病とする患者にマッサージまたは器具等による療法を行った場合に算定する。
※リハビリテーション料とは併せて算定できません。

【薬剤情報提供料】

- ◎原則月1回、外来のみ算定可能 10点
…処方内容が変更された場合はそのつど算定可能
- ◎外来患者に対して、処方したすべての薬剤について主な情報を文書で提供した場合に算定可能
- ◎院外処方の場合は算定できない。

8. 在宅医療〈C特掲診療料〉

- ・第二章に往診料や在宅療養支援について掲載しています。
- ・第三章に在宅自己注射指導管理料などの在宅療養指導管理について一部掲載しています。

9. 検査〈D特掲診療料〉（省略）

10. 画像診断〈E特掲診療料〉（省略）

11. 投薬〈F特掲診療料〉（省略）

12. 注射〈G特掲診療料〉（省略）

13. リハビリ〈H特掲診療料〉

- ・難病患者リハビリテーションについては第二章に掲載しています。
- ・最近の動向についても、第二章に一部掲載しています。

14. 精神科専門療法〈I特掲診療料〉（省略）

15. 処置〈J特掲診療料〉（省略）

16. 手術〈K特掲診療料〉（省略）

17. 麻酔〈L特掲診療料〉（省略）

18. 放射線治療〈M特掲診療料〉（省略）

19. 病理診断〈N特掲診療料〉（省略）

20. まとめ1（難病関連項目）

◎診療報酬の中の「基本診療料」を中心にみてきました。ここでは特に難病関連の項目について、まとめておきます。

ア) 外来での加算

◎難病外来指導管理料

- ・月1回、外来のみ算定可能 250点
- ・対象は特定疾患治療研究事業の56疾患

イ) 一般病棟での加算

◎難病患者等入院診療加算（250点）

（表1）

〔次のうち日常生活動作に著しい支障がある者〕
多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）、MRSA、後天性免疫不全症候群（HIV含む）、多剤耐性結核

…一般病棟で90日間を超えても「30日超」の入院基本料が維持されます。

※次の場合も「30日超」の入院基本料が維持されます。

…筋ジストロフィーおよび神経難病

（表2）

〔以下の疾患に罹患している患者：主に神経難病〕
筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）、もやもや病（ウイルス動脈輪閉鎖症）

ウ) 療養病棟の医療区分

◎医療区分3…スモン

◎医療区分2

…筋ジストロフィー

スモン以外の難病

（特定疾患治療研究事業の56疾患）

エ) 障害者施設等での加算

◎難病患者等入院診療加算（250点）

- ・対象は左の表1と同じ

◎特殊疾患入院施設管理加算（350点）

- ・対象は左の表2と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

オ) 特定入院料

◎特殊疾患入院医療管理料

- ・1日当たり1943点（包括入院料）
- ・対象は左の表2と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

◎特殊疾患病棟入院料1

- ・1日当たり1943点（包括入院料）
- ・対象は左の表2と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

〔近畿各県での届け出施設の状況〕

	京都	滋賀	兵庫	大阪	奈良	和歌山
①	41	7	19	67	10	8
②	0	0	2	2	0	1
③	0	0	4	3	2	1

①：特殊疾患入院施設管理加算

（障害者施設等入院基本料を算定している）

②：特殊疾患入院医療管理料…非常に少ない

③：特殊疾患病棟入院料1…非常に少ない

〔近畿厚生局のホームページより検索〕

21. まとめ2（入院基本料関連）

◎これまで急性期病棟や療養病棟など、様々な入院形態（包括払いを含む）をみてきました。第一章の最後に入院基本料を比較しておきます。

ア) 一般病棟の入院基本料（急性期）

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)				
			14日以内	15~30日以内	30日超	90日超	
7対1	19日以内	70%以上	2005	1747	1555	928	
10対1	21日以内		1750	1492	1300		
13対1	24日以内		1542	1284	1092		
15対1	60日以内	40%以上	1384	1126	934		
特別入院基本料	上記の要件を満たさない		875	730	575	790	

・90日を超えると特定入院基本料となり包括払いとなります（点数も激減）

イ) 特定機能病院の入院基本料（急性期）

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)				
			14日以内	15~30日以内	30日超	90日超	
7対1	28日以内	70%以上	2267	1762	1555	928	
10対1			2012	1507	1300		

ウ) DPCの例（急性期）：包括払い

期間	1日当たりの点数	日数	点数合計
①	2869	7	20,083
②	2293	13	29,809
③	1949	33	64,317
合計		53	114,209

※膠原病、手術・処置なしの場合の点数表

※期間①：入院から7日間の点数

期間②：次の13日間の点数

期間③：さらに次の33日間の点数

（合計53日間について算定可能）

エ) 療養病棟の入院基本料：包括払い

入院基本料	ADL区分	医療区分	療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
			基本点数	生活療養の場合	基本点数	生活療養の場合
A	3	3	1758	1744	1695	1681
B	2	3	1705	1691	1642	1628
C	1	3	1424	1410	1361	1347
D	3	2	1369	1355	1306	1292
E	2	2	1342	1328	1279	1265
F	1	2	1191	1177	1128	1114
G	3	1	934	920	871	857
H	2	1	887	873	824	810
I	1	1	785	771	722	708
特別入院基本料	配置の要件を満たさない		563	549	563	549

オ) 障害者施設等の入院基本料

看護配置	看護師比率	1日あたりの算定点数(点)				
		14日以内	15~30日以内	30日超	90日超	
7対1	70%以上	1867	1722	1555	928	
10対1		1612	1467	1300		
13対1		1404	1259	1092		
15対1	40%以上	1266	1121	954		

※筋ジストロフィー患者または難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟も含みます。

カ) 特定入院料

◎特殊疾患入院医療管理料：包括払い

・1日当たり1943点

◎特殊疾患病棟入院料1：包括払い

・1日当たり1943点

※急性期の入院では入院初期（14日以内）には2,000点（医療費として20,000円）前後となっています。DPCでは包括払いのため更に高額となっていますが、全体として包括化の流れが進んでいくことが考えられます。

第二章「平成 22 年度診療報酬改定の概要」

1. はじめに

- ◎診療報酬は厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（通常は「中医協」と呼ばれます）に諮問して決定されることとなっており、近年は2年毎に改定が行われています。
- ◎次回の平成24年度の改定では、診療報酬の改定と介護報酬の改定が重なることから、医療・介護の大幅な改定が予想されます。今回の平成22年度改定は次の大改革のための布石となり、その方向性を確認することは今後の社会保障を考えていくうえで非常に大切です。
- ◎今回は講師として大阪府保険医協会事務局の奥村慶雄氏をお招きして講演いただきましたので、講演を参考にしながら「診療報酬の方向性」を確認したいと思います。

《改定のポイント》

- ①急性期医療の再建（5. を参照）
 - …救急・産科・小児科・外科等
- ②病院勤務医の負担軽減（6. を参照）
 - …医師事務作業補助体制加算の充実
 - 多職種からなるチーム医療の評価
- ③充実が求められる領域の評価(7. を参照)
 - …がん・認知症・感染症・肝炎対策
- ④わかりやすい医療の実現（3. を参照）
 - …明細書の無料発行
- ⑤後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止（8. を参照）
- ⑥地域との連携・在宅医療の強化(9. を参照)

2. 全体の改定額と改定率

- ◎全体の改定率 +0.19%（約700億円）
 - …10年ぶりの「引き上げ」0.19%
 - （国民医療費の総額は約34兆円）
- ◎その内訳は
 - ・診療報酬(本体) +1.55%（約5700億円）
 - ・薬価・材料等 -1.36%（約5000億円）
 - ※後発品（ジェネリック）のある先発品の薬価の追加引き下げで更に薬価は-600億円（合計で-5600億円）
- ◎診療報酬(本体：約5700億円)の中身は
 - ・医科 +1.74%（約4800億円）
 - …入院 +3.03%（約4400億円）
 - 外来 +0.31%（約400億円）
 - ※急性期入院医療に4000億円を配分
 - …医師や看護師が慢性的に不足
 - …救急・産科・小児等に特に配分
 - ・歯科 +2.09%（約600億円）
 - ・調剤 +0.52%（約300億円）
- ※診療報酬は引き上げられたが、病院に勤務している医療者の待遇は改善されていない（医療費の約6割は人件費）

3. 再診料をめぐる動き

〔改定前〕

- ・診療所の再診料：71点
- ・病院（200床未満）の再診料：60点
- ・病院（200床以上）の外来診療料：70点（外来診療料については今回は変化なし）

〔改定後〕

- ・診療所、病院（200床未満）ともに69点

◎診療所の再診料は71点から69点へ下がる
しかし次の加算をとれば合計73点となる

・明細書発行体制加算（1点）

…わかりやすい医療の実現のために
診療明細書の無料発行を義務付けた
が、実際に患者は見てもわからない
と、窓口でのクレームは多い
⇒わかりやすい診療報酬に変えていく
必要がある

・地域医療貢献加算（3点）

…休日や夜間等24時間患者からの問
合せや受診に対応できる診療所で算定
（電話での対応でもよい）
⇒休日・夜間に病院を受診する軽症患
者の減少、病院勤務医の負担軽減

※明細書をみて地域医療貢献加算が算定
されていれば、24時間問合せができる
診療所であることがわかります。

4. 後発医薬品（ジェネリック）への誘導

◎処方箋^{せん}様式の変更

・処方箋^{せん}の「後発医薬品への変更不可」
欄に医師の署名が無い場合、薬局では
医師に改めて確認することなく、後発
医薬品の調剤を認める。

…医療費の軽減

薬局の在庫管理の負担を軽減

※医師に確認することは必要なくても、
患者側へのきちんとした説明と同意は
必要です。服用するのは私たちですの
で、勝手に薬を変えられないように確
認する必要があります。

5. 急性期医療の再建

〔救急医療の評価の充実〕（抜粋）

◎二次救急医療機関における入院医療の評価

- ・救急医療管理加算 600点→800点
- ・乳幼児救急医療管理加算 150点→200点

◎地域の連携による救急外来の評価

- ・地域連携小児夜間・休日診療料
…他院の小児科医と連携して時間外に
も診療体制を整備(地域医療とも連携)
…24時間対応の場合 500点→550点
- ・地域連携夜間・休日診療料の新設(100点)
…他院の医師と連携して時間外にも、
外来診療を行える体制を整備する。
※時間外の救急患者に対応できる体制を
地域で確保することが目的

〔産科・小児医療の評価の充実〕（抜粋）

◎産科（それぞれ増額と対象拡大）

- ・ハイリスク分娩管理加算(3000点)
- ・妊産婦緊急搬送入院加算(7000点)

◎新生児

- ・新生児特定集中治療室管理料(10000点)
- ・新生児治療回復室入院医療管理料(5400点)
…NICUよりハイリスク児を直接受け
入れる病床の評価

◎小児

- ・地域の小児救急入院を担う医療機関の
評価（小児入院医療管理料2の新設）

〔外科：手術料の適正な評価〕（抜粋）

◎難易度が高く人手を要する手術料の引上げ

◎小児に対する手術評価の引上げ

◎新規医療技術の保険導入（約80項目）

6. 病院勤務医の負担軽減

◎病院勤務医の事務負担の軽減

- ・医師事務作業補助体制加算の充実

25対1の場合：355点→490点

(一般病床数に対する配置人数に応じて加算)

◎手厚い人員体制による入院医療の評価

- ・看護補助者の配置の評価（新規）

…急性期看護補助体制加算 1 (50対1配置)

120点（入院から14日まで加算）

…急性期看護補助体制加算 2 (75対1配置)

80点（入院から14日まで加算）

※7対1病棟、10対1病棟のみ適応

◎多職種からなるチームによる取組の評価

- ・チームによる栄養改善の取組の評価

…栄養サポートチーム加算（新設）

200点（週に1回算定）

- ・人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

…呼吸ケアチーム加算（新設）

150点（週に1回算定）

7. 充実が求められる領域の評価

〔がん医療〕（主に新規のものを抜粋）

◎がん患者リハビリテーション料（200点）

◎がん性疼痛緩和指導管理料（月に100点）

…医師の研修規定が追加されました

◎がん治療連携計画策定料（退院時750点）

…退院後の治療を総合的に管理する

がん治療連携指導料（月に300点）

…地域連携診療計画に基づいて地域で治療を行った場合に算定

◎がん患者カウンセリング料（500点）

…治療方針を選択するための説明、相談

〔認知症医療〕（新規のものを抜粋）

◎認知症専門診断管理料（500点）

…認知症疾患医療センター等の専門医療機関が他の医療機関から紹介された患者に対して、認知症の鑑別診断を行ったうえで療養方針を説明し、文書にて報告した場合に算定。

〔感染症対策〕（新規のものを抜粋）

◎感染防止対策加算（+100点）

…院内感染防止対策を行ったうえで、さらに院内に感染防止対策チームを設置し、院内感染防止を行うことを評価する。

…医療安全対策加算に100点を加算する

〔肝炎対策の推進〕（新規のものを抜粋）

◎肝炎インターフェロン治療計画料(700点)

…治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書にて提供するとともに、地域において治療を担う他の医療機関に治療計画および診療情報を提供した場合に算定。

※充実が求められる領域として「がん・認知症・感染症・肝炎」が取り上げられていますが、その他の分野においても今回の改定では「連携」という言葉が非常に多く使用されています（地域連携や多職種連携など）。

…病院からの早期退院、在宅促進の方向性が非常に明確になっています。

8. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

◎廃止になった点数

- ・後期高齢者診療料
- ・後期高齢者外来継続指導料
- ・後期高齢者終末期相談指導料
- ・後期高齢者外来患者緊急入院診療加算など

…診療報酬の上では後期高齢者に関する点数は廃止されました

◎しかし年齢制限を廃止したうえで一般患者すべてに拡大されている場合や、介護保険の対象者に拡大されている場合がある。

- ・生活習慣病管理料
…75歳以上も算定可能になった
- ・特定入院基本料（第一章を参照）
…90日を超えて一般病棟に入院した場合に算定されるが、これまで後期高齢者のみ適用されたが、すべての患者が対象となった。

（後期高齢者特定入院基本料から改名）

- ・急性期病棟等退院調整加算（新設）
…後期高齢者退院調整加算から改名、対象も65歳以上および40歳以上の介護保険における特定疾病を有する患者に拡大された。

- ・総合評価加算
…後期高齢者総合評価加算から改名、対象も65歳以上および40歳以上の介護保険における特定疾病を有する患者に拡大された。

9. 地域との連携・在宅医療の強化

◎「地域との連携」は病院からの早期退院を促しており、在宅医療の強化が必要となっています（平均在院日数は更に短く）
…ここでは退院調整加算・退院時の指導料や管理料・在宅医療について示します。

〔退院調整加算〕

- ・退院調整加算についてはこれまでも出てきましたが、ここで改めてまとめます。

◎急性期病棟等退院調整加算 1（140点）

- ・退院調整部門が設置されており、専従の看護師および専任の社会福祉士、または専任の看護師および専従の社会福祉士が配置されていること。
- ・対象者は65歳以上および40歳以上の介護保険における特定疾病を有する患者
- ・適切なサービスの選択や手続き等について、患者および患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合の退院時に算定。

◎急性期病棟等退院調整加算 2（100点）

- ・退院調整部門が設置されており、専従の看護師または社会福祉士が1名以上配置されていること。
- ・対象者や手続きは退院調整加算1と同じ

◎慢性期病棟等退院調整加算 1

- ・退院調整部門が設置されており、専従の看護師および専任の社会福祉士、または専任の看護師および専従の社会福祉士が配置されていること。
- ・療養病棟入院基本料の算定患者 140点
障害者施設等入院基本料算定患者 340点

- ・入院中に退院支援計画を策定し退院支援計画作成加算を算定した患者が、計画に基づく退院調整により退院した場合の退院時に算定。

◎慢性期病棟等退院調整加算 2

- ・退院調整部門が設置されており、専従の看護師または社会福祉士が1名以上配置されていること。
- ・療養病棟入院基本料の算定患者 100点
障害者施設等入院基本料算定患者 300点
- ・退院支援計画作成加算との関係は退院調整加算 1 と同じ

〔退院時の指導料・医学管理料〕

◎退院時共同指導料 1（在宅側が算定）

- ・退院後の在宅療養を担う医療機関の医師などが入院医療機関に赴き、入院医療機関と共同して退院後の在宅療養指導を行った場合。
- ・在宅療養支援診療所の場合 1000点
それ以外の場合 600点

◎退院時共同指導料 2（入院側が算定）

- ・入院中の患者に対して、退院後の居宅における療養上必要な説明および指導を、入院側の医師などが退院後の在宅療養を担う医師などと共同して行った場合に算定：300点

◎地域連携診療計画管理料（転院・退院時）

- ・地域連携クリティカルパスを作成、管理する計画管理病院にて算定：900点
…クリティカルパスを始めた一段目の病院にて算定

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折および脳卒中
- ・転院時または退院時に別の医療機関または介護サービス事業者等に診療情報を文書で提供した場合に算定。

◎地域連携診療計画退院時指導料 I

- ・地域連携クリティカルパスの計画管理病院の連携医療機関(転院先医療機関)において算定：600点
…計画管理病院から転院した二段目の病院にて算定
- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折および脳卒中
- ・転院先病院からの退院後の診療計画を作成して説明し、文書にて提供した場合に算定
- ・さらに診療計画に基づいて地域において退院後の治療を担う医療機関や介護サービス事業者等に診療情報を文書で提供した場合には+100点

◎地域連携診療計画退院時指導料 II

- ・指導料 I を算定した退院患者について、その診療計画に基づく治療を行い、計画管理病院に文書で情報提供した場合に算定：300点
…診療所等が外来診療にてクリティカルパスに参加した場合に算定

◎介護支援連携指導料（入院中2回）

- ・入院患者の退院後の介護サービス等について、医師・看護師・社会福祉士等が介護支援専門員(ケアマネージャー)と共同して指導した場合に、入院後および退院前の2回算定：1回300点
(入院先の病院が算定します)

〔在宅医療〕

◎在宅医療は「在宅患者診療・指導料」と「在宅療養指導管理料」の2つに大別されます。

- ・「在宅患者診療・指導料」とは医師などの医療スタッフが自宅で療養中の患者に出向き、診療・指導を行うものです
- ・「在宅療養指導管理料」とは在宅医療での毎月の管理料のことです。

【在宅患者診療・指導料】

◎往診料（突発的な事態に対応）

…医師が患者の求めに応じて患者のお家へ赴き診療を行った場合に算定します。

（1日2回以上算定可能）

※定期的に出向いて診療を行う場合は、在宅患者訪問診療料で算定します。

- ・往診料引き上げ 650点→720点
（昼間の往診：1時間以内）
- ・夜間の往診 720点+650点=1370点
（概ね午後6時～午後10時の往診）
- ・深夜の往診 720点+1300点=2020点
（午後10時～午前6時の往診）

※初診料または再診料も同時にとれます。

例）深夜の往診の場合

- ・（再診料69点+深夜加算420点）
が加わると⇒2509点にもなる

※在宅療養支援診療所と連携医療機関、または在宅療養支援病院が往診した場合は、夜間と深夜の加算が増えます。

- ・夜間往診 720点+1300点=2020点
- ・深夜往診 720点+2300点=3020点

◎在宅患者訪問診療料

…医師が定期的・計画的に訪問して診療を行った場合に算定します。

- ・通常のお家の場合 830点
- ・同一建物居住者の場合 200点

※同一建物居住者とは老人ホームなどで共同で居住しており、同じ日に複数の患者を診療する場合

※初診料や再診料は算定できません。

夜間加算や深夜加算もありません。

《重要》

- ・在宅患者訪問診療料は原則として週に3回が限度です。

…しかし難病等の患者は制限がない！

〔週4日以上算定可能な疾患一覧表〕

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系統委縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を装着している状態

- ・訪問看護の場合も週に3回が限度であるが、上表の患者の場合は制限なし！
…しかも難病等複数回訪問加算もある
（1日に複数回の訪問看護で加算）

【在宅療養指導管理料】

◎在宅時医学総管理料

…計画的な医学管理のもと、月2回以上の診療を行った場合に月1回算定する

- ・院外処方の場合 2200点
- ・院内処方の場合 2500点

10. リハビリテーション

◎リハビリには4つの「疾患別リハビリ」とその他のリハビリがあります。

〔4つの「疾患別リハビリ」〕

- ・心大血管疾患リハビリ料 (150日限度)
- ・脳血管疾患等リハビリ料 (180日限度)
- ・運動器リハビリ料 (150日限度)
- ・呼吸器リハビリ料 (90日限度)

…それぞれ対象患者が決まっており、職員の人員配置によって点数がことなります。

…それぞれ算定日数の上限があります

例) 運動器リハビリ料 (Ⅰ) 175点

運動器リハビリ料 (Ⅱ) 165点

運動器リハビリ料 (Ⅲ) 80点

※それぞれ個別に1対1で20分間行ったリハビリの点数です (1単位毎)

…2単位なら40分間のリハビリです (通常は1人1日6単位まで)

《重要》

- ・算定日数上限の除外対象となる患者のなかに「難病患者リハビリ料に規定する患者(後述)」や「先天性または進行性の神経・筋疾患の患者」が含まれます。(除外対象の疾患でもリハビリの継続が必要であるという医学的判断がなされる場合のみ)

※算定日数上限の除外対象以外の場合で算定日数を超えた際は、維持期のリハビリとして月13単位を限度として算定可能です。(これを超えると保険外併用療養費「選定療養」となります)

〔難病患者リハビリテーション料〕

〔難病患者リハビリテーション料に規定する疾患〕

ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、筋委縮性側索硬化症(ALS)、強皮症、皮膚筋炎および多発性筋炎、結節性動脈周囲炎、ビュルガー病、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患、アミロイドーシス、後縦靭帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)、ウェゲナー肉芽腫症、多系統委縮症、広範脊柱管狭窄症、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、プリオン病、ギラン・バレー症候群、黄色靭帯骨化症、シェーグレン症候群、成人発症スチル病、関節リウマチ、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)

- ・上記の難病が原因で日常生活動作に著しい支障をきたしている外来の難病患者に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリを行った場合に算定
- ・実施時間の標準は患者1人1日6時間とする…640点

※地方厚生局への届け出が必要であり、リハビリも長時間必要。

…平成22年7月現在、近畿で届け出ている医療機関は大阪4件、京都2件、兵庫1件のみ(近畿厚生局HPより)

〔参考〕

◎回復期リハビリテーション病棟

- ・脳血管疾患などの場合、発症後または手術後2か月以内の方が開始の対象
- …病態により60~150日を限度として、集中的にリハビリを行う。

(1日9単位までリハビリ可能)

11. 入院中の他医療機関への受診

◎最後に、今回の診療報酬の改定で大きな問題となっている「入院中の他医療機関への受診」の問題を取り上げます。

〔入院中の他医療機関への受診とは〕

◎入院中の患者が別の疾病について他科医師の診察を受ける必要がしばしば生じます。その医療機関に専門の医師がいないとき、どのような対応をとるでしょうか。

◎療養担当規則には「保険医は患者の疾病または負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、またはその診療について疑義があるときは、ほかの保険医療機関へ転医させ、または他の保険医の対診を求め等診療について適切な措置を講じなければならない」とあります。

※対診とは「担当医師の依頼により、別の医療機関から入院先に出向いて保険診療を行うこと」です。

…転医や対診が原則なのですが、入院中の患者が他の医療機関へ行って診察を受けたとき「他医療機関への受診」となります。

〔他医療機関へ受診した場合〕

◎これまでルールがあいまいでしたが、今回の改正で、例えば一般病棟から他医療機関へ外来受診した場合は、次のような取り決めになります。（改定時点）

- ・入院中の病院…入院基本料30%減算
- ・外来の医療機関…初診料・再診料、医

療行為の費用は算定可能。ただし原則投薬・注射の費用が算定できるのは受診日のみ、処方料や処方箋料^{せん}・リハビリなどは算定できない。

…つまり「他医療機関への受診」をさせると、入院側はその日の入院基本料を3割削減されて、次の日からの投薬（処方）は入院側が行うこととなります。

〔「他医療機関への受診」の問題点〕

・結局、処方や投薬コントロールは知識や経験の乏しい入院側の医師と薬剤師が行わなければならない。

・入院側はその入院患者だけに使用する薬剤を購入しなければならなくなる場合がある。逆に外来側はそのことがわかっているのに、どこの病院でもある薬剤に限定され消極的な治療になる。

…つまり入院料の3割減算と投薬規制が問題となっています。

※5月11日の参議院厚生労働委員会で「他医療機関への受診」が問題となり、一部修正となりました。

・外来側の投薬料は「受診日のみ」から必要な期間分の投薬料が算定可能に。

・ただし、一般病棟の入院基本料30%減算は変更されていない。

・また、外来側でリハビリなど算定できない項目があることも、変更されていない。

第三章「診療報酬から見えてくる問題点」

第三章では第5回関西勉強会で取り上げられた診療報酬上の問題点および最近の記事で取り上げられた問題点についてまとめたいと思います。

1. 本来は負担する必要がないのに、負担させられる場合

◎頼んで個室に入ったわけではないのに、個室代を請求されたのはどういうことか。

- ・医療上必要であれば個室代をとってはいけません。ところが病院側としては個室代を請求するとしないでは、収入に影響が出ますので、患者にハンコを押させて個室代をとるような場合があります。個室に入る場合は是非とも確認が必要です。

◎ポンプを用いて自己注射を行っていますが、チューブ代などを全額自己負担しなければいけません。なぜ保険適応されないのでしょうか。

- ・自宅で自己注射を行う場合は「在宅療養指導管理」のなかの「在宅自己注射指導管理料（1か月に820点）」が算定され、別に診療報酬上の加算などとして評価されている場合を除き医療材料の費用は「在宅自己注射指導管理料」のなかに含まれ、別に算定できません。
- ・例えば、注射器や注射針、ポンプなどは別に「在宅療養指導管理材料加算」

として加算が認められているので保険適応されますが、その他の消毒薬やガーゼ、チューブなどは「在宅自己注射指導管理料」の中に含まれているので、本来は無償で医療機関が提供しなければいけません。

- ・しかし実際は無償で提供しなければいけない医療材料を実費で購入しなければいけないことがあるそうですが、これは明らかに違反行為です。通常の医療に必要なものが保険適応されず自己負担になる場合はその理由を確認する必要があります。

※「在宅療養指導管理」のような管理料では包括払いとなっているため、患者に医療を提供するほど医療側の利益が少なくなります。過少医療につながらないか懸念されます。

◎入院中に他の病院の外来受診が必要になった場合、外来受診を医療保険ではなく自費で受診するように言われました。なぜですか。

- ・入院中の他医療機関への受診の問題は32ページにも取り上げました。一般病棟に入院している場合に他医療機関へ外来受診すると、その日の入院基本料が30%減算されてしまいます。
- ・療養病棟に入院している場合はさらに厳しく、他医療機関へ外来受診すると、その日の入院基本料が70%減算され

てしまいます。例えば、長期入院が必要な難病患者が療養病棟に入院した場合、療養病棟には専門の医師は通常おられないため、専門外来に受診して治療方針を決める場合が考えられます。

- DPCを導入している場合はさらに厳しく、他医療機関を受診した場合の診療にかかる費用は外来側の医療機関が算定できません（初診料や再診料、医療行為の費用も算定できない）。この場合は入院側の病院が保険請求し、必要な費用の分配は外来機関と合議のうえで決めることとなっています。しかし入院側が外来側へ費用を支払うことになってしまうため、入院側が患者に対して自費での外来を無理やり押し付ける場合があります。当然、これも違反行為です。

※医療保険を利用しているにもかかわらず自費扱いになってしまうのは、やはり問題があります。その理由を明らかにしたうえで、運動につなげていく必要があると思います。

※ここでもみてきたように一般病棟⇒療養病棟⇒DPCへと医療費の包括払いが進むにつれて、自己負担の可能性が高くなります。特に難病患者は大きな病院に入院する可能性が高く、多くの場合はDPCを導入しています。DPC制度のすべてが悪いわけではありませんが注意する必要があるので、最近の記事から確認したいと思います。

2. DPC導入について（記事より）

◎DPC導入に賛否も過少診療に懸念

（6月7日ミクスオンラインより）

医師コミュニティサイト「MedPeer」を運営するメドピアは、会員医師を対象にDPCに対する意見をインターネットで調査したところ、導入してよかった27.8%、導入しない方がよかった18.5%、分からない29.1%などと意見が分かれた。調査には1,509の意見が寄せられた。

導入してよかったと回答している医師は、収益が好転したことや、無駄な検査・投薬が減り、コストを考えた医療が行われるようになったこと、他の病院と比較できるようになったことを評価する意見がみられた。

一方、否定的な回答では、必要な医療が行われないおそれを感じていることや、化学療法など最近の治療の進歩に対応してしていない、コスト優先の治療になるといった意見が寄せられた。

導入への評価は「分からない」とする医師からは、コストを減らせ、収益が増えることを評価する一方で、すべきことも制限されてしまうといった声や、在院日数の短縮を促すことが「患者本人のために本当に有益なのか」と、戸惑いの様子うかがえた。

導入を評価する意見でも、「主病名以外に病気を認めるとき、その治療は収入に反映しないため、検査・治療の施行に心理的負担になる」「自分が納得できる

医療を行おうとすれば、赤字を覚悟する必要がある」などといった意見がみられ、賛否いずれにおいても過少診療をおそれていた。（記事は以上）

- ・現在でも外来や一般病棟の入院では、従来からの出来高払いで診療報酬は計算されています。出来高払いとは医療行為の費用を足し合わせていく方法です。ただし出来高払いでは医療行為を行うほど報酬が増えるため、回復を遅らせるほど医療側は儲かり、不必要な投薬や検査を行う可能性があります。つまり過剰な医療が行われる傾向にあります。
- ・DPCは出来高払いとは対照的で、患者の病名などによって診療報酬が最初に決まり、実際に掛かった医療費は後から経費として差し引かれます。そのため医療行為の費用が少ないほど医療側の利益が発生します。よって過少な医療となる傾向にあります。

※DPCの場合は同じ病名でも、医療費のかからない患者の方が病院の利益になるため、重度な患者の受け入れを嫌がる可能性があります。特に難病患者の場合は病態が複雑であるため、複数の診療科の受診が必要であったり、検査項目が多くあったり、お薬が高価であったり、治療期間が長引く可能性も高いことから、病院としては非常に受け入れにくくなる可能性があります。利益があがる患者だけを入院させるこ

とをクリームスキミング（良いとこどり）といますが、このようになると難病の医療は崩壊しかねませんので注意が必要です。

※従来のもとも出来高払いも、DPCのような包括払いも、長所もあれば短所もあります。いずれにしても私たちには過剰でも過少でもない最適な医療を受けることができる権利を持っています。医療レベルや医療モラルの向上がなければ制度は悪用されてしまいます。

3. 長期の療養について（研修会より）

診療報酬の傾向として、病院からの早期退院・在宅促進という流れは今後も変わらず、在宅が困難な場合には早期に療養病棟や介護施設へ誘導されていくと思われます。DPCについても急性期の患者を対象としているので、難病の専門医がいるような病院には長期の入院は困難です。難病患者の長期療養について次のような研修会での報告があったので紹介させていただきます。

◎「看護師ができるケア」より抜粋

（近畿地区リウマチケア研修会より）

関節リウマチの症状の中でも疼痛のコントロールは患者様の生活の質に大きく影響をもたらします。いろいろな理由で長期化する療養生活も、薬なしでは考えられません。しかし療養型病床となるといわゆる「まるめ（包括払いのこと）」となりますので、病床運営上の制約が出てきます。ただし抗リウマチ薬は高価な

ものが多く、施設や療養型病床での処方
は厳しいのも確かです。大切な薬や循環
器系の薬などは継続しますが、関節リウ
マチの症状は、効果的で廉価なステロイ
ド薬の内服でコントロールすることも一
つの方法だと考えます。（その後は略）

- ・この看護師さんの発表は、施設や療養
病棟では難病患者に対する適切な医療
が提供できない可能性を示唆していま
す。関節リウマチに限らず、難病の治
療には高額なものが多くあります。私
たち患者が知らないうちに、治療費が
高いという理由から医療が制限される
可能性があるということです。
- ・発表した看護師さんに全く悪気はな
く「自分たちに与えられた制度の中
で、できるだけ患者さんにより良いもの
を」と考えておられると思うのですが、
それでも医療者の思いと患者の思いの
間には大きな格差があります。
- ・さらに問題に思うことは、この発表
の際に医療者の誰一人として質問をし
なかったことです。適切な医療を提供
することが使命であるはずの医療者が、
適切な医療を損ねる可能性に対して疑
問に思わず、自分たちで問題提起でき
ないことは残念です。

4. 在宅での医療について

難病患者にとって施設や療養病棟での長
期療養が充分に行われたい現状では、在宅
での療養が非常に重要になってきます。た

だし在宅医療についても様々な問題点があ
ります。

◎長年、専門医のいる病院に外来受診して
いたのですが、自宅近くの病院に変わる
ように主治医から言われました。なぜな
のでしょうか。

- ・残念ながら関西でも難病の専門医は不
足しています。再診の患者さんが増え
すぎて、初診の患者さんを受け入れる
ことができない病院もあると聞きます。
専門医の立場からすると初診の方に対
する診断を重視する場合もあるでしょ
うし、病院の立場からすると入院につ
ながるような重度の方を重視する可能
性があります。
- ・いずれにしても患者への説明は重要で
す。自宅の近くに自分に合った専門医
がいる可能性がほとんどない中で、患
者は主治医から見放されたと思います。
病院の機能を分担することの意義はわ
かりますが、それは自宅近くの病院や
診療所にも分担できる能力がある場合
に限られます。
- ・多くの病院には地域連携室や医療相談
室が設けられています。ただし業務の
中心は退院調整です。患者の納得する
在宅医療を実現するためにも、今後は
医療相談に診療報酬上の点数をつけて、
本当に患者の相談にのっていただける
医療ソーシャルワーカーの配置が不可
欠であると思われます。

◎神経難病による重度の障害がありますが、受け皿となる医療資源がほとんどありません。家族による対応だけでは、どうすることもできません。どうすればいいでしょうか。

・筋委縮性側索硬化症（ALS）などの神経疾患や筋ジストロフィーなどの筋疾患では、自力で痰を出すことができなくなるため、定期的に痰の吸引を行う必要があります。しかし厳密には痰の吸引は医療行為にあたることから、原則として医療者および家族しか行うことができません。

※厚生労働省は4月21日に開いた第15回政策会議で、介護職員が痰の吸引や経管栄養等の医療的ケアを実施できるようにする法案を来年の通常国会に提出し、成立後、段階的に施行する方針を明らかにしています。

※今回の診療報酬の改定において、在宅人工呼吸を行っている患者で自力での排痰が困難な場合に、新たに「排痰補助装置加算(1800点)」が設けられており、在宅医療の推進が図られています。

・このような状況では24時間の訪問看護の必要性がありますが、残念ながら整備できている状況にはありません。

※厚生労働省は訪問看護と訪問介護サービスの24時間化を地域包括ケアの要所と位置付けて「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」

などで両者の連携について議論を進めています。また「24時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」が行われており、来年3月までに報告書をまとめる予定です。

・家族の休養の目的で患者を入院させるレスパイト入院もありますが、残念ながら受け入れる入院先が少なく、入院できた場合も家族の同伴を求められて結局は家族の休養にならないということもあります。

※2011年の通常国会に提出される予定の介護保険法改正案に向けた検討が社会保障審議会介護保険部会において7月30日から行われています。入院中における介護職員の派遣も検討いただけたらと思っています。

・在宅医療には医療、介護、福祉の連携が不可欠ですが、残念ながら整備されていません。病院側が早期退院を促したとしても、地域に受け皿がなくては患者と家族の生活が壊れてしまいます。特に難病患者にとって地域で生活するためには医療保障は不可欠です。

※2012年は診療報酬と介護報酬の同時改定です。診療報酬の動向はもちろんのこと、介護報酬の動向も在宅での生活には重要な要素となります。特に「24時間巡回型訪問サービス」、訪問看護やりハビリテーションには注目しておく必要があると思われます。

あ と が き

「今後の難病対策」関西勉強会 事務局

全国膠原病友の会大阪支部 大黒 宏司

現在、医療においても福祉においても「地域社会の中ですべての人が当たり前暮らすためにはどうすれば良いか」という課題が提起され、そのための施策が検討されています。私たち難病患者が地域社会で当たり前暮らすためには、介護保障・医療保障・所得保障・雇用保障・教育保障・住宅保障・環境保障・情報保障・余暇保障などが必要と考えられ、中でも「医療保障」は私たちの生存権に直接関わる重大な項目です。「地域社会の中で当たり前暮らすこと」は私たちにとっても願いではありますが、早期退院を求めて資源の乏しい在宅医療を促すこととは別問題です。あくまでも私たちが地域で安全に安心して暮らせるための条件の整備が前提となります。

もちろん医療費の助成制度を充実させることは「今後の難病対策」にとって大きな要所です。しかし、その前提として「必要な医療」が保障されなければなりません。例えば、未承認薬や適応外薬の問題、混合診療の解禁の問題は、保険外診療（自由診療・自費診療）の拡大の可能性を意味し、いくら普遍的な医療保険制度を構築したとしても、いくら立派な医療費助成制度を打ち立てたとしても、結局は貧富の差が生命を決めてしまう不公平極まりない「難病対策」ができあがってしまいます。

今回のテーマの「診療報酬」は医療の中身を決めるといっても過言ではありません。講師の奥村さんは「入院中であっても外来であっても、必要な医療を受けることができる仕組みにするために改善を求めていかなければならない。そのためには診療報酬の知識が不可欠である。」と述べられています。私たちにとっては非常にハードルの高いテーマでしたが、そのハードルに挑戦するための基礎資料として今回の報告書を活用いただければ幸いです。

第5回関西勉強会報告書の発行にあたって

2010年8月3日

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員名簿

(50音順、◎実行委員長 ○事務局)

- ・伊藤 克義さん (京都難病団体連絡協議会事務局)
- ・猪井 佳子さん (日本マルファン協会代表理事)
- 大黒 宏司さん (全国膠原病友の会大阪支部)
- ・大黒 由美子さん (大阪難病連、全国膠原病友の会大阪支部)
- ・大島 晃司さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・尾下 葉子さん (線維筋痛症友の会関西支部支部長)
- ・葛城 貞三さん (滋賀県難病連絡協議会常務理事、日本ALS滋賀県支部)
- ・川辺 博司さん (滋賀県難病連絡協議会、滋賀IBDフォーラム会長)
- ・北村 正樹さん (京都難病団体連絡協議会会長)
- ・久保田百合子さん (兵庫県難病団体連絡協議会、
全国膠原病友の会関西ブロック事務局)
- ・駒阪 博康さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・深田 雄志さん (日本患者学会)
- ◎藤原 勝 さん (京都難病団体連絡協議会、京都IBD友の会会長)
- ・前原 隆司さん (全国パーキンソン病友の会大阪府支部)
- ・森 幸子さん (滋賀県難病連絡協議会、全国膠原病友の会副会長、
全国膠原病友の会滋賀支部長)

〔事務局メールアドレス〕

benkyo@t-neko.net

〔ホームページ〕

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansaistart/pc/index.html>

この報告書は競艇の交付金による
日本財団の助成金を受けて作成しました。