

座談会

平成18年度診療報酬改定

— 臨床検査に関する動向と展望 —



語り手

- 関口 仁 慶應義塾大学病院 中央臨床検査部 課長代理
 水口 國雄 帝京大学医学部附属溝口病院 副院長・臨床病理部 臨床検査部 部長
 宮澤 幸久 帝京大学医学部附属病院 副院長・中央臨床検査部 部長
 米山 彰子 虎の門病院 臨床検体検査部 臨床感染症部 部長
 (五十音順・敬称略)

聞き手

渡辺 清明 NPO法人 東京臨床検査医学センター 所長・日本臨床検査医学会 理事長

2006年4月19日収録

はじめに

渡辺(司会) 今日はお忙しいところをお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。平成18年度の診療報酬改定につきましては、全体でマイナス3.16%の改定、診療報酬本体はマイナス1.36%ということで、過去最大の下げ幅となりました。医療機関によってはこの2年間は経済的に大変なことになるということで、改定としてはあまりよろしくない状況です。

ご存じのように重点的に評価されたところもあり

ました。0.44%というのは、小児医療とか産科の医療、あるいは病理診断、あるいは救急医療というところにはある程度重点的に評価されましたが、マイナス1.36%だから、それを足したマイナス1.80%に関しては適正化するという事で約6,000億円の医療費が削減されています。慢性期入院医療とか、入院時の食事とか、あるいは初診療、あるいは再診療などが削減されました。その中に検査もありまして、ご存じのように市場実勢価格を踏まえた検体検査の実施料の適正化ということで、これは厚労省のほうではっきりうたってありまして、そこで削減されています。

どのくらい削減されたかということはありませんが、平成16年度、つまり2年前のものに比べてそれにほぼ匹敵する、というようなことです。臨床検査の中で今回の平成18年度の診療報酬改定がどのように影響し、現状どのようになっているか、あるいはその問題点は何か、改善点、今後どのようにこれを改正するべきであるかということに関しまして、今日は臨床検査の特に保険に造詣の深い先生方にお集まりいただきまして、それぞれのお立場からご意見をいただきたいと思います。今日のテーマは「平成18年度診療報酬改定 ―臨床検査に関する動向と展望―」ですので、このテーマの中でいろいろご議論いただければと思っています。ぜひよろしくお願いいたします。

I. 臨床検査に関する要望と厚生労働省の対応

渡辺 第1番目に、平成18年度診療報酬改定、臨床検査に関してどのような要望をして、実際に国、厚労省がどのような対応をしたかということの経緯をまずお話しいただきたいと思います。これに関しましては宮澤先生、水口先生、米山先生が関与されていますが、初めに宮澤先生から、特に病理以外の検査に関しましてどういうかたちで、どの団体が要望して、厚労省はどのような対応であったかということをお話しいただければと思います。

1. 日本検査医学会からの要望と主な改定点

1) 全体的にどのように変わったのか

宮澤 改定のたびに毎回、内保連（内科系学会社会保険連合）を通じていろいろな要望書などを提出して厚労省をお願いしてきました。平成18年度の改定につきましても、平成17年度の春に新規に検査の要望をすとか、あるいはいままでの見直しをしていただくということでやはり内保連を通じたかたちでの申請を行ったわけです。このうち新規のものでわれわれが特に重要視したものが、今回採用になった外来迅速検体検査に係る評価ということで、この加算が保険適用になりました。次いで新規項目ですが、まだ保険に採用されていないものを新たに採用していただきたいということで、各関連団体からの過去の要望も含めましてお願いしたわけです。

実際には新規の検査についてはそれほど多くの希



宮澤 幸久 先生

望が通ったわけではありません。代表的なもの、大きなもので今回通ったのは、HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査6,000点とか、あるいは進行性筋ジストロフィー遺伝子検査2,000点、PAIgG（血小板関連IgG）の検査200点、こういったものが新たに保険収載されたわけです。そのほか、これまで点数が低いということで見直しをお願いしていた検体検査、あるいは特に生体検査につきましては、人件費等からも考えますと非常に経費が高く、実際に技量を伴って行う検査であるにもかかわらず、全く評価されていないような低い点数の検査もあって、これらについても評価の見直しをお願いしていましたが、耳鼻科関連のものを除いてはあまり評価をいただかなかったということです。特に外来迅速検体検査加算につきましては、われわれは平成16年度の改定の時も迅速、あるいは緊急検査ということでお願いしてきましたが、今回初めて患者の視点を重視することで採用いただきました。

そのほか、平成16年度の改定で特に問題になりましたが、外来診療料にヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）が包括されているということで、これには糖尿病学会をはじめ各関連団体から見直しの要望が出ていました。これについては厚労省のはからいで今回、外来診療料の包括から外していただけたということで、実施料も算定できることになりました。

これ以外には、検体検査の各区分を見ますと、ばらばらに入っていたり、統一性がなかったり、本来あるべき区分に区分されていないといった項目がいくつかあって、これを修正してもらえないかということで厚労省から依頼を受けていました。これにつ

いては学会のほうから案を提出して、原則的にかなりの部分が採用されています。

また、削除項目としては、今回の代表的なものと、例えばフルクトサミンが挙げられると思います。が、中医協（中央社会保険医療協議会）から、新しい検査がどんどん増えてくる中で、医療技術としては陳腐化してしまったものとか、新たな科学的知見によってすでに実施されていないというような検査項目を削除願いたいという依頼がありまして、これに関しても学会のほうから削除項目というかたちで提出いたしました。最大の問題であります今回の実施料削減では、削減率が10%から、もうちょっと低い、8%ぐらいになるかもしれませんが、この点数削減に関してはわれわれが関与することは全くできません。実際にこういう点数になり、改定のたびに実施料が削減されていくことに対して、われわれが今後いろいろな働きかけをしていかなければと思っています。

渡辺 これらの要望は、主に日本臨床検査医学会が内保連を通じて要望したということですか。

宮澤 そうです。

渡辺 厚労省の要望への対応はいかがでしょうか。例えば100 要望したのに対してどれぐらい返ってきたか。なかなかそれは計量的にはいかないかもありませんが、今回マイナス改定でかなり大変だったと思います。本来ならばそういうことではなかった場合もあると思いますが。

宮澤 全体を考えると1割もあったかないかぐらいではないかと思っています。

渡辺 今回、宮澤先生のほうから、日本臨床検査医学会で内保連を通じてかなり要望しましたが、要望そのものは理解されたのですか。

宮澤 ある程度は理解されたと思います。

渡辺 要望したものがだめだというわけではなかったのですね。しかし、全体のマイナス改定のためにその要望の成果が得られなかった。われわれの要望を厚労省は本質的には理解して、何とかしようというかたちはあったのではないかと私は思います。

2) 外来迅速検体検査加算の新設

渡辺 米山先生は保険点数委員会の委員で、いま学会の保険点数委員会の委員長をされています。外来迅速検体検査加算は、要望した時はそういう名前ではなかったかもしれませんが、学会のスタンスと

厚労省の対応がかなり違ったかたちになっていると思いますが、そのへんはいかがですか。

米山 実際に通ったものを見ますと、5項目を限度としてそれぞれに1点を加算し最大5点ということで、点数が要望したものの1/10になっています。しかも、算定のための施設基準とか結果が出るまで何時間以内という縛りもなく、私たちが要望したものとはだいぶ違ったかたちで通っています。そういう意味で目的とするところは理解されたと思いますが、真にこれが患者さんのためになるかということと考えますと、少し改善の余地があるのではないかと思います。

渡辺 本来はどういうかたちで要望されたのでしょうか。

米山 本来は、通常の生化学検査、血算、便潜血、さらにホルモンの一部、腫瘍マーカー、そういったものも含めて検体採取後2時間程度以内に報告して、それを診察の役に立てていただくということで考えました。施設基準としては、検体検査管理加算の算定要件である検査項目が外来診療時間内に常に実施されていること、それから、ホルモンとか腫瘍マーカーも含めて、対象となる項目が全部、診察前検査的な扱いとして結果を返せる、そういうことを基準として考えていました。施設基準を満たす施設は、たとえ、血算だけ、血糖だけを迅速検査として行った場合も50点を算定できるという要望をしました。それによって、患者さんの診療を少しでも早く進めることができますし、病院側もそのための検査態勢を整え、医療の改善につながることを期待しました。当日、オーダーした検査結果が全部そろわなくてはいけなとか、結果を患者さんに書面で渡すといったことは学会としては考えていませんでした。

渡辺 そうしますと、外来迅速検体検査加算につきましては、本質的なところは理解されたけれど、加算の内容に関して要望したものと出てきたものはかなり違ったものになっているということです。最終的な結果は、学会が要望したものとちょっと違ったかたちになっている。こういうところが現状でも少し問題であるし、今後の課題でもあると思います。

検体検査管理加算はどうでしょうか。

3) 検体検査管理加算の施設基準変更

宮澤 検体検査管理加算につきましては、施設

基準の文言もあいまいですが、施設基準を満たすかどうかという判断をされるところで、地域によって大きな差があることが以前から学会で問題になっていました。場所によってはブランチラボ・FMS (Financial Management Service) でも算定されているという事実がある。これについて、もともと法律でうたっている施設基準はそういうものではないはずです。院内で、実際に病院検査部が実施して、しかも、単に検査をするだけではなくて、診療側とのチーム医療的な考えで検査を行っていく。そういう意味の加算というふうにわれわれはとらえていました。

あの文言を見ますと、すべての運営にかかわる医師が管理していて…というようなことが書かれていますので、ブランチラボ・FMSでは本当は算定できないのではないかと。われわれは前からそうように考えていまして、その辺りについて文言の訂正を学会からお願いしたわけです。それについては、検体検査に用いる検査機器および試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと、ということになり、われわれの主張していたところの一部は理解していただきまして、そこに「すべて」という文言が挿入されました。現在、ブランチラボ・FMSで運営されているところは、今後、その辺りの対応を考えていかなければならないのではないかと、そういう状況になるのではないかとわれわれとしては期待しています。

渡辺 いま宮澤先生がおっしゃったとおりだと思いますが、米山先生、何かございますか。検体検査管理加算につきましては、宮澤先生がおっしゃったように、従来から文言があまり明確になっていないということです。この対応につきましては、個人的なお考えでもよろしいので、何かありましたらお願いします。

米山 確かにブランチラボ・FMSという場合でも、一部の試薬だけでも買っていただければいいのではないかと、あるいは提供ということを、有償であればいいのではないかと、いろいろな解釈をつけ自分たちに都合のいいように理解して、ブランチラボ・FMS等でも算定していたということがあるように聞いています。そういう意味では今回、文言も加わりましたし、疑義解釈の場面でも割合ははっきり、院内検査を擁護するかたちができましたので、その意味ではよかったのではないかと思います。

渡辺 検体検査のほうは宮澤先生、米山先生のお話にありましたような経緯で、平成18年度の診療報酬改定でいまお話しいただいたような臨床検査に関する改定がなされています。よい面、新設された面もあるし、基準が変更されたものもあるし、検査が削除されたもの、新しいものも入っていますが、全体にはマイナス改定だったように思います。

2. (社)日本病理学会からの要望と主な改定点

渡辺 それに比べて病理は診断料が大幅に増点しましたが、日本病理学会としてはいったいどのようなことを要望されて、厚労省の対応はどうだったのでしょうか。

水口 日本病理学会でのこれまでの取り組みには単なる数字合わせ的なところがありましたが、4年前から原価計算を含めたシミュレーションを行うようになりました。現行の数字がどれくらい理想的な価格に近いのかということで検討したところ、大きな差があるということがわかりました。そこで原価計算をきちっとやりまして、その中で私たち医師の給料、技師さんの給料、試薬代、部屋代、光熱費などを全部計算しました。その結果、最低限これだけの額が必要だということで要求していくようになりました。

私たちもいままで内保連に提出してやってきたし、いまも内保連を通じていますが、今回一番違ったのは、直接厚労省に掛け合って、事務官と細かいところまで詰めたということです。ですから、書類は内保連にも提出しましたが、その時にはすでに厚労省との話はついていったというわけです。昔は厚労省の方も十分に話を聞いてくれたり、時間をつくってくれたりということはなかったようですが、前回(平成16年度)からは、厚労省担当者と十分に検討できるようになったことが大きいと思います。

結局、2年前(平成16年度)はドクター・フィーということを強調し、診断料、判断料を外出すること(出来高払い)に成功しました。

今回もドクター・フィーを中心に打ち出してこうということで案を作りました。病理の場合は項目が少ないので、個々の実現項目について話をさせていただきます。

まず一番大きかったのは病理診断料の増額です。255点だったものが410点になりました。ただし、

私たちが要求したのは、常勤の病理医がいるところと非常勤のところで差別化をしまして、常勤医がいる場合は540点、非常勤の場合は345点としましたが、これはカットされました。常勤でも非常勤でも病理医が診断すれば410点算定できるわけです。

2番目は病理組織迅速顕微鏡検査、いわゆる迅速診です。これが1,790点から1,990点になり、上がったわけですが、要求は、ドクター・フィーとしての診断料を1,400点、標本を作る費用、実施料が1,300点ということで、合計2,700点を要求しておりました。

3番目が免疫染色の加算ですが、300点が350点に上がりました。ただし、要求は五つの抗体を使うまで1抗体につき各々300点、最高1,500点までを認めてもらおうということでしたが、いくつやっても1抗体分しか算定できないということになりました。

4番目が蛍光顕微鏡検査です。これは免疫染色と同じようなものですが、これが同じように300点から350点になっています。

5番目が電子顕微鏡検査ですが、これが2,000点から2,500点に上がりました。ただし、実際にかかっている費用を見ますと、電子顕微鏡検査を実施するのに1件5万円(5,000点)かかるわけです。ですから、私たちは5,000点を要求しましたが、上がったとはいえ2,500点は要求の半分です。

最後に、HER2遺伝子が2,000点から2,500点になりましたが、これも要求は5,000点です。

ですから、いちおう6項目上がってはいますが、私たちが要求したものからは十分ではないということで、必ずしも喜べないというのが本音です。点数をつけると、80点と言う人もいましたが、私は60点ぐらいかと思っています。

渡辺 われわれから見ると増点が多いものですから、病理の先生で喜んでいらっしゃる方もいらっしゃいましたので、よかったのかなと思っていましたが、まだまだ本当はこんなものではないはずであるということですか。

水口 そうですね。また、今回要求したのに全く認められなかった項目がありますので、これについてはあとで詳しくお話ししたいと思います。

3. 技師の立場から見た今回の改定の印象

渡辺 関口先生は、今日は技師の代表として出席

されていますが、いままでの経緯を見て、このような話を聞いて印象としてはどうですか。ちゃんとやっていないのではないかとか、本当にやったのかとか、よかったのではないかとか、ごく普通の検査部に働く者としてどうですか。

関口 全く聞こえていなかったわけではなく、渡辺先生を通じて漏れ聞こえるところがあったものですから、要求されていたことと今回の出来上がった結果のギャップの大きさというのは、経緯を知っているがゆえにびっくりしています。

今回も全体的に下がっているものが多い中で、最高で5点ではありますが、外来迅速検体検査加算が1つでも認められたということが、マイナスのところで1個だけでも増え、ちょっと救われたのかなと感じています。ただし、これが目的とする患者のためとか、再来患者が減るところにつながるには、最高でも50円ということになるとどうなのか。その辺りが今回、思っていたよりも蓋を開けてみたら残念だったなというのが正直なところではあります。

もう1つ、病理の方の診断料がかなり上がったのは、確かにドクター・フィーというかたちではありますが、検体検査の者から見るとかなりうらやましいところです。某病理の先生もいままでが低すぎて、まだ低いとおっしゃられています。今回の検体検査の判断料では1点だけ、1個増えただけです。それから見ると診断料が2倍近くの410点というのは、大きな驚きでもあり、喜びでもありますが、検体検査のほうから見るとびっくりしています。

それと、全体での3.16%マイナスはわかっていましたし、小児医療等に付け加えられる加算部分は決まっていたので、枘の取り合いとなった時に、いじめられるのは検体検査が一番だろうと思っていました。しかし、そのわりには、生化学などの落ちは最小限で済んでいるのかなというのが僕の今の実感です。ほかのところは10%以上引かれていますが、生化学はもうこれ以上落とせないという判断が少しあったのか、先生たちに頑張っていたいただいたお陰なのか。

渡辺 当初は検体検査実施料の引き下げに関しましてはもっとパーセンテージが大だったと思います。宮澤先生、その辺りはいかがですか。

宮澤 実際にオーダーされるのは、例えば生化学1ですと10項目以上オーダーされることが多いですね。血液検査でも同じですが、そのように丸めら

れている項目において、生化学なら生化学、血液検査なら血液検査学的という、そういう丸めの中で実際にオーダーされる機会の多い、項目数の多いものについての減点が比較的少なかったのは大きいと思います。確かに個々の点数を見ますと15%下がっているものもありますが、1項目、2項目出すということは普通、生化学ではありえず、8項目から10項目以上がオーダーされますので、オーダーされる機会の多いところで減点が少なかったことは救いだと思います。

渡辺 われわれのほうに臨床検査振興協議会というのがありまして、そこにもいろいろお願いして、できるだけそういうことを避けるようにお話ししましたので、そういうことも少し効果があったのかと思っています。臨床検査がガタガタになってしまうと医療の本質が崩れていくということを、何となく理解していただけたような気がします。特に企画官レベルとか、課長さんレベルですね、その辺りに関してはそういうことがあったのかと結果的に思っていますが、どこがどのように動いてそうなったのかは確実にはわかりません。

Ⅱ. 今回の改訂でのポイント

1. 外来迅速検体検査加算に関して

1) 具体的にどのような場合に加算が算定できるのか

渡辺 今回の改訂でのポイントについてもう少し詳しくお話したいかと思います。まず検体検査のほうでは、先ほどからお話がありますように、外来迅速検体検査加算の新設がエポック・メイキングでした。いま関口先生からお話がありましたように、これが付いたということは意味があるということですが、内容が、米山先生からお話いただいたように学会が要望したものとは違ったものになっています。ここが非常に問題だろうと思います。宮澤先生、具体的にはここに文言が書いてありますが、どのような場合にどういった時に加算が算定できるのでしょうか。

宮澤 われわれとしては2時間以内という縛りも必要ではないかと思ったのですが、算定上の注意として挙げられているのを見ますと、同日内に結果が出ればよいとなっていますが、これはちょっと現

实的ではないと思います。患者さんを7、8時間、外来に待たせていいのかという問題もあります。

それから、同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合、すべての検査について同日内に結果を報告した場合にのみ算定できるとあります。これも現実的ではないわけです。院内で結果が出せるものと、院内では検査できないものもありますし、どうしても混在することが出てきます。ただし、そういうものは実際にはそれほど迅速性のない検査ですので、先ほど米山先生がおっしゃられたように、決まった項目について、決められた項目の中のすべての結果が当日に返れば、僕はそれで患者さんのメリットは非常に大きいと思います。

ですから、実際にはこの「すべてが」ということで加算の算定ができない例が相当多くなってしまいう。私どもの病院で導入後、4月1日からの10日間でどのくらいの患者さんに算定できているのかと見ましたら、最大、内科でやっと8.8%なのです。これはまだ周知徹底されていないところがあるので、実際は算定できているのに算定していないということもあるのでしょうか、それにしても現在では、全体で検体検査をオーダーした患者さんの3.5%しか算定していないのです。そうすると、年間100万円にすら届かないということになってしまいます。うちの病院ではシミュレーションできていませんので、実際に10日間だけで見たわけですが、関口先生のところではシミュレーションされているということで、いかがでしょうか。

関口 現状で、先ほど米山先生からあったように、慶應でも甲状腺とか腫瘍マーカーも診療前検査として対応して、いま全部で75ぐらいの項目について採血後1時間以内に報告しています。一部90分ぐらいかかるような薬物検査もありますが、その時間を前提でやっています。しかし、その中で3月の初旬のオーダーを見てみると、1つでも診療に間に合わない検査を除きますと、診療前対象となっていない患者さんを含めたすべての外来患者さんのうち、最高で11%強ぐらいしか加算できません。宮澤先生からもお話がありましたが、当院でもいまのままで行ったら、月に12万円弱ぐらい、年間140万円程度しか加算されないというシミュレーション結果でした。

検査部の対応としては、できるかぎりその時に間



米山 彰子 先生

に合うようにより多くの項目の結果を出すような努力をしていくのは1つかもしれません。しかし、5項目の規制がどうしてもあるので、マックスの5点を加算するために、いままで急いでいなかったものを何とか人海戦術で急いで出すという努力と、その1点から5点を加算するための重みを比べ、いま悩んでいるところです。

渡辺 米山先生、あるいは宮澤先生のほうから提案したものがそのままであれば…。

関口 当然加算を算定できているわけです。

渡辺 初め学会が出したものであれば今の5倍ぐらい加算を算定できたものが、それぐらいしかできていないという印象でしょうか。

この加算の文中の「すべてが」というのは、もともと厚労省のほうでは患者の視点に立ってということとわれわれは説明を受けたように思います。なぜ「すべて」かというと、再診料をこれで減らさなければいけない、ということでした。減らさなければいけないとき、患者さんが検査を受けて、1つでも残っているとその結果を聞きに次にまた来てしまう。ですから、「すべて」ではないかという説明を受けたように記憶していますが、こんなに少ないと患者の視点から見てどうですか。患者の視点から見てということになっていますが、これが現在、厚労省の名目である患者の視点から見たようになっているのでしょうか。

2) 本当に患者の視点からみて有効になっているか

宮澤 5点、50円のために相当の経費が発生しますので、果たしてどれだけの病院がこれに参加して

くれるかというのは懸念されるところです。われわれとしてはこれだけ患者の視点に立った診療行為を行っているにもかかわらず、評価されていないといわざるを得ません。たった50円ということでは導入する病院が少なくなってしまう、つまり、患者の視点に立っていない話になってしまう。われわれは当初、50点を希望しました。50点にいかないまでも、もっと高い点数にならないと患者さんの視点に立ったかたちで多くの病院が参加していくことにつながらない。そういった意味からも、この低い評価はちょっと問題ではないかと思います。

渡辺 米山先生、いかがですか。

米山 ホルモン、腫瘍マーカー、便潜血などは迅速検査の対象になっていない病院も多いかと思いますが、もし私たちが申請したようなかたちで通りましたら50点をもらえるということで、そういう項目も迅速化して結果を出せるようにしようとする病院が増えるでしょう。そうすると、腫瘍マーカーの結果だけを聞くために1回余分に来る人は減って患者サービスになるだろうと思いました。ところが、今回の加算ですと最大5点、5項目ということですから、いままでやっていたものだけで5点になってしまいますので、それ以上何か改善しようというモチベーションが働かないですね。この加算ができたために病院の検査態勢が何か改善される、よりよい方向に向かうことを目指したかったのですが、私たちが期待したようには働かないのではないかと思います。

渡辺 私もそう思います。厚労省がつけた、患者の視点とか、再診料の減少ということを踏まえてやったはずなのに、実際に機能していないというところがあるので、これは問題があったのではないかと思います。学会が要望したかたちのほうが、本来の患者の視点に立っていたのではないのでしょうか。今後はこの点を少し考えていく必要があると思います。そのような問題点があると思いますが、水口先生、外から見てどうですか。

水口 いろいろ疑問はあります。5点を得るためにどれほどの努力をしなければならないのかということがあります。そのほかどうやって「全項目を報告した」という証拠を残すのかという問題もあります。

米山 うちの病院ではとりあえず算定しないで様子を見ようと言っています。要件である「すべて」

というところをどうやってチェックするのが問題です。外注項目が混じっていると、その日のうちに出ない項目があるとか、そういうことを系統的にチェックして自動的に算定できればよろしいのですが、それがかえってシステムの改造費のほうがお金がかかるということもありますので。それから、実際にドクターが患者さんに書面で渡して説明したかということもチェックできません。

唯一の方法としては、医師に、その要件を満たしている場合は、何か紙で医事課に情報を伝達していただくというような方法になります。宮澤先生のところもそのようなかたちですが。

宮澤 私の病院ではペーパーを作りまして、ドクターがこれをカルテにはさんで受付に出すことになっています。本日、迅速検体検査を施行しました。外注検査は含まれていません、結果を全部見ました、患者さんにデータも渡しましたということがすべて満たされた時に、このペーパーを添付して病院の窓口に持って行ってもらって点数を算定する。しかし、これは言ってみれば事後処理です。実施したという事実以上に、検査を実施したということの事後処理に大変な手間ひまがかかって、こちらの経費のほうに50円を超してしまうのではないかと心配もあります。

米山 しかも実際に監査などで見られた時に、その日のうちに結果が出ない検査が混じっているのに算定しているのではないかとということになりますと、病院としては具合が悪いということで、医事課としては慎重になっています。ですから当面、うちの病院は算定しないで様子を見ているという状態です。（注：その後の再検討により、5月から算定。医師が医事課に紙で伝達。）

渡辺 実際の診療の時に患者さんが必ずしも1つの病気で来ない場合がありますよね。例えば肝炎の患者さんが慢性肝炎で通っている時に急にインフルエンザになったとか。ある疾患には迅速検査がうまくいったけれども、別の疾患では何カ月後でいいからと言われてしまった場合、疾患別に関係なくトータルでとなってしまうと、よく理解できないということもあります。急性期の病気と慢性の病気では当然検査が違ふし、急性のほうを早く出したいと思っているのに、そういうことが一緒になってしまって、1患者がどんな病気を持っていたとしても「すべ

て」をやらなければいけない。

宮澤 同一患者に対して同一日2回以上、その都度、迅速に検体検査を行った場合も、1日につき5項目を限度に算定すると規定されています。これを見ますと、先生がおっしゃったように診療科が変わって行った場合も全部で1つとしての算定ですから、ある診療科では迅速性がなくて、ある診療科では迅速性があっても、トータルとして1つの検体検査として見られてしまう。

渡辺 実際に再診を減少させているのに点数が算定できないということになりますね。疾患別とかそういうものは難しいでしょうが、実際に矛盾点があります。

宮澤 われわれの主張したようなある程度の施設基準を持って実施されなければならないでしょう。ある日に1項目だけ実施して、その3日後にまた来て1項目を実施して迅速加算だということだてでできないわけではない。本当に患者の視点に立つのであれば、施設基準、あるいは検査の項目についての規定とか、そういうことが必要ではないかと思います。

渡辺 施設基準がないことが問題だと思いますから、施設基準をはっきりさせないといけない。

宮澤 そのように思います。

渡辺 先ほども言いましたが、学会が要望したかたちのほうが、本当の意味での外来迅速検体検査加算が、患者の視点から見て役に立つということが言えたわけですね。宮澤先生、振り返ってみてどうしてこんなことになってしまったのか。どういう圧力、どういうものでこんなことになってしまったのでしょうか。

宮澤 すべての医療機関で算定できないようだといろいろな批判が生じるのではないかとことが、たぶん大きいのではないかと思います。検査というのは少なくとも検体管理加算でうたわれている緊急検査項目ができないと、緊急、急性疾患に対応できないわけです。1項目だけやって、あとは基幹病院に送れば、それだけでも算定できてしまうというのも不合理です。もう少しきっちり評価して、上のクラスの病院に紹介して送るということにならないと患者の視点に立っているとはいえません。単に1項目だけ実施しても加算の算定ができる、本当にそれでいいのかと思います。

渡辺 外来迅速検体検査加算についてはいろいろ問題がありますし、実際にいろいろな質問がわれわれや宮澤先生のほうに来ていまして大変ですが、今日は時間の関係でこればかりに集中することができません。次に検体検査管理加算の施設基準変更の話題に移らせていただきます。

2. 検体検査管理加算の施設基準変更

1) 施設基準変更点の解釈

渡辺 先ほどもお話がありましたが、ブランチラボで、あるいはFMSで算定できるのかできないのかということをよく聞かれます。宮澤先生は厚労省とも話し合っているいろいろご存じですから、あまり明確な答えはできないかもしれませんが、単純な質問として、ブランチラボやFMSではこれは算定できないのか、そうだったのかならないのかというあたりを解説していただけませんか。

宮澤 非常に微妙な問題です。施設基準を全部読み上げますと、ブランチラボ・FMSでは、臨床検査を専ら担当する医師がいても、その医師は検体検査全般の管理・運営することができないものと思われる。管理加算の算定はできないものと判断されますが、これを実際に監査する、審査する立場の現場の社会保険事務所の方がどういう判断をされるかということは、推測がつかないところがあります。われわれとしては、あの文言から読むとブランチラボ・FMSでは加算を算定できないものと理解したいのですが、厚労省の方がこれを実際に監査、審査するわけではありません。このあたりの判断は社会保険事務所の方に委ねられるのではないかと思います。

渡辺 なかなか微妙で、われわれとしてはそういう印象でその文言をとらえているけれども、実際にそれを判定するところは別のところですから、そこが青本に書いてある文章をどのように解釈するかということで違ってくるといことです。また、FMSやブランチラボとかいろいろあって、それも画一的ではなくていろいろな方法で各病院でやっていますので、それによってまた解釈が違うということだと思います。実際にどういうかたちでやっているか。機器が提供されていたり提供されていなかったりいろいろありますから、その文言に合わせてチェックする側がそれをどう解釈するか。そのようなことでかなり複雑に決まってきますが、米山先生、

どうですか。

米山 私もよくわからないのですが、疑義解釈の中で提供の定義、受託業者の定義があるのかという質問に対して、一律の定義はなく、契約の実態から個別に判断されるものであり、有償、無償では判断できないというようなことを言っています。個別に判断すると言われてしまうと、わからないというのが正直なところでは。

渡辺 関口先生、いかがですか。

関口 これは普通に考えて、FMS・ブランチラボでは算定できないと判断してかまわないと思います。いままでもそういうつもりだったのが疑義に書いてあります。管理加算(Ⅱ)についてはそう思っていなかったのですが、管理加算(Ⅰ)については完全にFMS・ブランチラボは算定できないとの認識でした。つまり、FMS・ブランチラボならⅠは算定できなくても、Ⅱのほうの条件を満たしていればできていたと思います。今回ですっきりしたと思っています。普通に読んで解釈したとおりではないかと思いますが、疑義のところにまいに有償、無償に限らず、といって1つずつのケースによって違うということ、またわからなくなってしまうですね。

どこかの施設でやったのを見習って、どこかでやったら、その件は認めたというように…。

渡辺 法律の文章だから判例のようなものがあって、裁判官が、ここでやっていたのだからこれは算定できないとか、あるいは、こういう事象ではこうなっているとか、個別にやっていくという考えになると複雑で、算定できるかできないかその状況で全然違ってしまいうようなことがありますね。

基本的に思ったのは、平成16年度の時は担当官が疑義解釈のところで、ブランチラボ・FMSでは算定できないって口頭でおっしゃったのです。厚労省のほうとしても基本的にはその基本方針は変わっていない。今回、「すべてが」と入れたのと、管理加算(Ⅱ)に入れたというのは、その基本を少し明確にただけであって、基本は変わっていないとおっしゃったのです。ということは、前の基本をそのまま持ち続けるとすれば、国の考えは少なくともブランチラボ・FMSでは算定できないという考えだと思います。はっきり言えないと思いますが、おそらくニュアンスとしては算定できないのではない



水口 國雄 先生

かと私は思います。それを口に出せるかといったら出せませんが、たぶんそのニュアンスで書いているはず。だから、基本的にはそう解釈して、宮澤先生がおっしゃるように、基本的にはブランチャボ・FMSは算定できないと解釈しても悪いところはないのではないかと思います。

2) 院内検査をどの程度保護する形になっているか

渡辺 宮澤先生、これは院内検査を保護するかたちにしてありますか。格差というのを厚労省はわかっていますよね。検査センターと院内検査がコスト的に、試薬とか機器の値段が違うということはわかっているの、その配慮でこれが付いているのですよね。

宮澤 あとはチーム医療ということの評価をいただいている、というようにわれわれは理解しています。

渡辺 厚労省ははっきり言いませんが、院内検査と検査センターの検査は配慮していると言っているわけです。どこに配慮するかとは言っていないわけで、よく見ると配慮しているところはこういうところしかないわけです。したがって基本的には、あまり言えないけれども、具体的にはそういうふうな私たちでわれわれが理解しても何も悪いことはないような気がします。その辺りはなかなか難しいと思います。ここはよく聞かれる質問ですから、どうなのかなといつも思っています。

宮澤 われわれとしては、算定できないと理解している、ということです。

渡辺 そうですね。そういうことで統一した見解

を出したほうがいいのかもしれませんが。裁判もそうでしょうが、これはどうなっているのかというのは、みんなが算定できない、できないとなったらできないとなる可能性もあるわけで、そういうことを言うのも、これは基本的に院内検査を保護するためにあるわけですから。その辺りのニュアンスをわれわれがうまく理解して、できるだけそのようにするというのは院内の検査の方にはいいのかもしれませんが。水口先生は、検体検査管理加算について何かご意見はありますか。

水口 いま病理のほうに検体検査管理加算というものは無いのです。これは非常に魅力的な項目ですし、理に適っていると思いますので、将来的に病理でも要求したいと思っています。実際、今回出す過程で管理加算を出したのです。そうしたら厚労省側は「わかりました」と言って入れてくれたのですが、その代わりに実施料を大きく引き下げられてしまったのです。それだとちょっと困るので、結構ですと撤回しました。しかし、いずれは実現に向けて努力したいと思っています。

宮澤 病理も院内で検査を行うものと外に出したものでは情報が違います。そういった意味でチーム医療ということになって、患者の視点で考えれば、中でやったほうが評価されなくてはどうぞだと思います。

渡辺 そうですね。ただし、病理は今どっちかというと外注方向に行っていますよね。病理医が足りないから、標本を外注に出すほうが多くなっているのではないのでしょうか。だから、院内検査をすれば加算が少しはいいのかもしれないですね。

水口 そうですね。

3. 実現されなかった病理からの要望事項

渡辺 病理のほうは、これで十分でないとおっしゃっていますから、病理診断料の増点につきましては、これでよかったとは思っていらっしゃると思いますが、ほかに迅速検査とかいろいろ要望があったと思います。あれはあまり通らなかった感じがしますが。

水口 実際に実現されたものも私たちが要求したものとはちょっと違うということがありますが、全く実現されていないものがありますのでそれについて説明します。

まず第1点が診断料の2本化です。常勤の病理医

のいるところといないところで私たちは差をつけて、できるだけ常勤医を病院に置くという方向で行きたかったのですが、常勤でも非常勤でも同じ値段で算定できるということになりました。国としてはいろいろな意見はあると思いますが、私は常勤病理医の重要性を強調するものとしてやはり分けた方がいいと思っています。

第2点が判断料の適正解釈です。細胞診診断料とか術中迅速診断の診断料とか、そういうものが今回は十分に認められていないという問題があります。細胞診については、現在、実施料しかないのですが、これは診断行為ですので、細胞診の診断料はぜひ認めていただきたい。それから、現在はないのですが、迅速細胞診というものがあります。術中に細胞診を見て診断するというもの。これはぜひ認めていただきたい。それと、それに対する診断料も認めていただきたいと思います。

第3点が同月内の病理組織診断料の査定です。1人の人に1回しか算定できないのです。生検を何回とったとしても1回しか算定できない。それから、場所をあちこちからとって1つしか算定できないということもあります。そういうものを改善していきたい。

あとはテレパソロジーの点数です。現在、迅速診断と同じ値段になっていますが、これに対してやはり診断料を加えてほしい。厚労省の考えとしては、診断料は410点でいいのではないかということのようですが、画面を見て診断するというのはかなり難しいので、それよりも点数を高くして設定したいということです。以上のようなことを今後要求していきたい。

このようなことから、今回の改定に病理学会としては必ずしも満足していないということです。

渡辺 病理のほうは、増点したけれども必ずしも満足しているわけではない。今後さらに課題を残しているということで課題をお話いただきました。

4. 検査区分の変更

渡辺 ほかに検体区分の変更とかいろいろありましたが、宮澤先生、区分変更というのは思ったようなかたちになっていない部分もあるように思いますが。

宮澤 私はだいたい原則的にはよくできたかと思っています。今回、41項目について区分の変更

が行われていまして、区分の変更そのものはいいですが、今回一番衝撃的だったのは、モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査という項目が血液学的検査に移行されてしまって、しかも外来診療料の包括項目に組み込まれています。

今回1,050点に下げられました。1,050点ですから1万500円ということになりますが、抗体の費用は「1連につき」ですから、抗体の費用から考えますともともととも採算が合わない。そこへ持ってきて今度は外来診療料に包括されて全く算定できないということです。これは大きな問題ですが、エアポケットに入ってしまったかと思っています。DPC（診断群分類・包括評価）の病院ですと、入院でも算定できないわけです。外来も入院も算定できない。これだけ高額のものでそのまま流れてしまったというのは大きな驚きです。

渡辺 どうしてそうだったのでしょうか。

宮澤 われわれにはそういう情報は何にもなかったのです。

渡辺 われわれの区分の時もそういうことはなかったと思います。全部チェックしましたから。

宮澤 実際には骨髓像の検査でしたか、あれはもともと外出しになっていまして、包括に含まれていない。まして今回、HbA_{1c}ですら外へ出てきた、包括項目から外れた。当然これは包括項目から外れるものだろうと。われわれもそこまで、この項目を変更することについて、まさか包括されるとは思っていなかったというところがあって私も衝撃的にとらえています。

渡辺 何か理由があったのでしょうか。

宮澤 何か理由があって行われたのか、理由なくそのまま流れてしまったのか。これをある先生から指摘されて私はびっくりしました。

そのほかでもう一点、これはあまり大きな問題ではないのですが、病理学的検査にあった染色体検査が現実的に即して検体検査のほうに来たということがあります。ただし、いままで核酸同定検査が感染症にあたり、免疫反応にあたり、いろいろなところにはばらばらに入っていた。そういったことは統一できたのではないかということで、ある程度評価していいかと思っています。

渡辺 以前に比べて区分がかなりきちんとされたことは確かですから。確かに厚労省の指摘のとおり、

いままでの区分のおかしな部分がかなり改善されたことは確かだと思います。学会でもこれを保険点数委員会で検討して出しましたのでよかったと思います。ただし、精密検査がなくなってしまったということがよく聞かれますが、その辺りはどうですか。

宮澤 精密検査につきましては、以前から精密検査とは何ぞやということで問題にされていました。保険点数上でいう精密検査というのは、もともと検査項目において従来法の定性検査にかかわるものが、定量検査などの新しい検査が開発されて上市された時に、点数上で区別することが以前から便宜的に使用されてきて、それについて付いた名称なのです。ですから、精密と付かない項目では、検査が精密に行われていないのかという問題が出てきてしまったり、精密検査とそうではないものの点数が違ったりしますと、丸められてどちらしか算定できないとか、そういうことも実際にあるわけです。

運用上、それ自体がすでに問題ですが、精密検査と名前がついているものとついていないものが同じ点数にくられて、同じ項目の中に出てくるということも変な話です。やはりこれは改善する必要があるのではないかとということで、われわれのほうから厚労省に意見を出したところ、では同じものは同じ点数だと実勢価格も同じだということで、そういうものだけに限って精密検査という名前が外れてしまったのです。

ですから、これからは精密検査項目を保険でやってはいけないというわけではなくて、たまたま点数が同じ、精密検査でないものと精密検査のあるものがくられていたことに関して改善されたかたちにはなっています。ただし、点数が違って、実勢価格も違っている、そういった項目についてはそのまま残されてしまったことが混乱の原因です。やるのであれば、全部きっちりやらなければいけなかった問題だろうと思っています。

渡辺 いろいろなところからご質問等を受けますが、今後の改善点になるかと思います。

水口 病理の区分も直さなければいけないところが多いと思います。その1つは厚労省のほうからこうしてどうかと言われているものです。現在、検体検査の中に病理学的検査が入っていますが、病理は診断的な要素がかなり強いので、別の項目に独立させたらいいのではないかとということです。これ

は私たちにはうれしいところです。実施料が軒並み下がっている検体検査の中には、病理もそれをやられる可能性が非常に高い。前回、今回と実施料は据え置きになったのですが、いつ下げられるかわからない状態です。

渡辺 検体検査から去りたい？

水口 ドクターフィーをより明確に要求し、一方では実施料の引き下げを避けようということです。

さらに現在、臓器の区分のやり方に整合性がないことが大きな問題です。いま臓器の区分は9区分にしか分かれていません。子宮などは頸部があって、体部があるのに、1つです。胃と十二指腸が同じに扱われているとか、いろいろな問題があります。そういうことなので、臓器を解剖学的に分けて、それで算定するように要求したいと思います。

渡辺 それはよく言われますね。

宮澤 私が病理で疑問に思っているのは、例えば生検の点数と全割の標本の点数が同じということ。これは病理学会ではあまり問題にされていないのですか。

水口 それが問題です。これについてはあとで詳しくお話しします。

渡辺 今回の改正でのポイントに関して、外来迅速検体検査加算は患者の視点から有効になっているのかという疑問もあります。検体検査管理加算につきましては、プランチラボやFMSでは算定できないというかたちで理解していきたい。病理のほうは、増点したけれどもまだ不満である。区分はかなり整理されたということだと思います。

Ⅲ. 改定による検査現場への影響

1. 病院全体の見通し

渡辺 次に、実際に改定しましたが、臨床検査の現場においてどれくらい影響したかということに関して、全体的にはどうかということを米山先生、関口先生からお願いします。インプレッション、あるいはデータがあればお示しいただきたい。場合によっては帝京大学からもしあれば。まだ1カ月しかたっていないので、確実なところはわかりませんが、いかがでしょうか。



関口 仁 先生

米山 私のところは、特定機能病院ではないものですから、今回、基本的検体検査実施料から外れまして、出来高に戻ってしまうかたちになります。それがどのように全体に影響してくるかということが、うちにとっては一番大きなところですよ。実施料が平均で10%前後くらい下がっているのかと思いますが、それよりもむしろ出来高になって、どのくらい査定されて、最終的にどういう影響になるかということのほうが気になっています。まだ全体の見通しが立たない状態です。

渡辺 慶応病院はいかがですか。

関口 宮澤先生のところといろいろな情報交換をさせていただいていますが、入院がDPCになってしまっている関係で、計算上ほかの施設とやり方が違ったりすることもあります。外来ベースで見ると今回、全体的に実施料を平均するとうちの試算で10.5%マイナスとなります。ほかの指導料管理料などが減らなかった分で充填されますので、一般検査から微生物までを含めた検体検査として、入院、外来トータルでマイナス5.6%くらいというシミュレーションになっています。

尿、糞便などのうち一般検尿などは、対外的な価格と比べられないということで減点がなかったりしている分があって、その辺りはマイナス2.1%くらい。もともと一般検査はもうかるわけではなくて、人はかかるけれどもというところではありますが、下げ幅は一番少なかったと思います。免疫とか血液とか、微生物も含めて、その辺りはマイナス12%以上を超えている。その意味ではかなり差がついているかなと思います。

渡辺 免疫とか血液とか微生物はかなり下げ幅が大きくなっているということですか？

関口 院内でやっているものがメインのデータではそうでした。数が少なくて外注しているものは、先ほど言った判断料なり管理料なりを算定できず実施料だけです。ですから、コマーシャルラボさんはかなりの打撃が来ているかなと思います。比較的、院内検査のほうが救われているというのが、今回のシミュレーションの感じですよ。

渡辺 前回の平成16年度は、同じようなシミュレーションでマイナス何パーセントでしたか。

関口 詳細には覚えていませんが、ここまではひどくなかったのではないのでしょうか。

渡辺 マイナス7%か8%くらいだったと思います。そうすると前回改定より、DPCをやっているところでは、慶応病院、すべてがそうかどうかわかりませんが、そういう感じ。前回よりは若干下げが少ないかなという感じですよ。

宮澤先生のところはいかがですか。

宮澤 うちの計算ができないのです。データも持ち合わせていませんし、どのぐらいの影響になるか見当が付きません。

関口 外来だけでマイナス6.3%くらい。入院はDPC等々、全部換算してマイナス4.8%。合計した時の院内の検査ということでマイナス5.6%という数値が出ています。確かにDPC分については3.16%ずつ下げるようになっていますが、今回、調整係数、病院係数を足した表を見ると、DPC単体の値段が下がるからきっと額は下がるとは思います。比較的係数は上がっているのです。うちとしては入院よりも外来のほうが影響が若干あったかなという感じですよ。

渡辺 DPCの病院は一部ですが、米山先生のところは入院というところで、一般病院ではシミュレーションが重要ですよ。

米山 そうですね。査定に関してシミュレーションができないのでわかりませんが、それを除くと平均で10%、判断料を入れるとマイナス5%くらいにとどまるというような感じには見えていますが、査定を入れるとどうなるかというのはちょっとわからないですね。

渡辺 思ったより全体には、先ほどから議論がありますように、平成16年度よりもちょっとマイル

ドだったかなということです。われわれが初め、宮澤先生たちとやっていた時は、今回はもっと行くぞというイメージだったので、少しは努力が報いられたのかもしれませんが。ただし、しょせんはマイナス改定ですから、あまり大きなことは言えませんが、思ったよりよかったかなということはあります。

水口先生、病理はどうですか。

水口 うちの臨床検査部で計算をやってみたのですが、病棟と外来のトータルでマイナス 8%でした。ただし、生理検査を除くとマイナス 13%となります。病理部門はプラス 13%でした。

渡辺 先生のほうも虎の門病院と同じかたちですよね。

水口 そうです。

渡辺 特定機能病院でマイナス 6%ぐらい。一般でマイナス 8%ぐらい。そうすると、まあまあかもしれませんね。

先生のところは検体管理加算はⅠもⅡも算定できますよね。

水口 いいえ、検体管理加算はⅠのみ算定しています。

渡辺 あれが全然変わらなかったということに関して、管理加算はあまり関係ないですか。あれは本来下がっているはずなのです。相対的には上がっているはずですが。管理加算の点数は下がっていませんから。

関口 だから、一般的に普通に解釈して普通どおりにいままでも請求して加算していた部分なので、点数が変わらなくても同じように4月からも加算でとっているというだけです。そこが落ちなかったのは、実施料が落ちたとしてもその分でカバーしている。

渡辺 院内検査が少し守られているということはありませんよね。

関口 そうですね。自前の者で、自前で試薬を買って、自前の機器で、院内で迅速に報告する、そういう対応をしているところへの評価だと受け止めています。

2. 具体的にはどの分野での影響が大きいのか

渡辺 先ほど言いましたように、分野別では今回は比較的生化学の下げ幅が少なかったのですよね。

宮澤 そうです。



渡辺 清明 先生

渡辺 これはどういう意味ですか。これ以上下げられないということですか。

宮澤 もともと生化学(Ⅰ)は点数が低いですよ。しかも包括されることが多い。生化学(Ⅱ)などほかの免疫学に比べますと、包括項目として通常はオーダーされる項目数が多いので、その辺りで少し見ていただけたのかな、と思います。この辺りは評価できます。

渡辺 それが大きかったかもしれませんね。生化学の下げ幅が比較的少なかった。ただし、微生物は相変わらずですね。

微生物に関してはかなりご意見をいただいています。いかがですか。

宮澤 微生物については、われわれはだいたい担当の方にお話ししたのです。しかも、センターさんでも相当赤字でやっているのではないかと思います。その辺りのことも、センターさんのほうでやった時に、その項目については点数が採算割れしているということをわれわれはデータで出したのです。しかも、特にグラム染色ですよ。これは検査の中で重要な立場を占めていますが、19点でもすでにこの段階で点数上に問題があるのに、これがまた17点に下げられたというのはちょっとショックです。この項目については特にお願いしてあったのですが、実際に不採算になっているにもかかわらず、センターさんは安く出しているのです。だから、実勢価格という面から単純に算定されて減点になってしまったのです。

米山 グラム染色は、迅速性もありますし、染色や判定に技術も必要なわけですから、あまり下がる

というのは好ましくないと思います。培養検査あるいは薬剤感受性検査に関しても、器材代がかなりかかりますので、いままででも採算割れしていたものが、さらにほかの分野並みに下がったということで、問題が非常に大きいと思っています。

渡辺 実際に市場実勢価格、微生物のグラム染色とか感受性検査は下がっていたのでしょうか。

宮澤 下がっていたと思います。実際に実勢価格とおっしゃいましたので。

米山 ただし、実勢という場合、検査センターとしては全体としてつじつまが合えばいいので、1つひとつに対して、これは何パーセント、これは何パーセントというようにはしないこともありますよね。

渡辺 実際は下がっていたにもかかわらず、どこかと一緒にされたためにトータルで下げられた。そのトータルの中に微生物検査が入っていたので、あたかもそれが下がっているようなかたちで計算された可能性もある。

米山 その可能性は大きいのではないかと思います。

渡辺 いずれにしても検査センターはそういうことをやりますから。グラム染色も入れて10%引きでやりますとか。実際は免疫のほうでもうけて価格を下げていて、微生物は下げているのに、そういうことになるので。実際、例えば虎の門病院でやっている微生物検査とは全く違ったことをやっているもので検査点数が決められてしまった。そういうところが、もしかしたら問題点かもしれません。

関口 過去の改定の時に微生物の第1波というか、入院の基本的検査実施料に微生物検査が入り込んでしまった時、あの時は、1週間で910点とか1,015点とかの時代ですが、大打撃でした。その先、DPCになってしまったので同じですが、院内で微生物検査をやらなくていいということなのかという議論にまでなってしまったことがありました。結局、やらなければいけないことがいっぱいあって、院内で実施せざるを得ませんが、また、本当は生の検体を扱うわけなので、生の状態ですぐ検査することがいいことなので外注には向かない。そこが全部同じ扱いで、微生物検査を実施しようがしまいが1週間で何点というふうなくくりになってしまった。そういうものはそぐわないところだと思います。病理が別になっているように、微生物というのは別にしてもいいぐらいですね。

結局、検体を運んでいくがために、その間にへたってしまうものもあったり、変なものが出てきたり、コンタミネーション等いろいろなことを考えたときには、もっと院内できちんとして実施すべきだと思います。

宮澤 一方で、感染制御についても病院に規定を設けていますよね。感染制御部を置いて院内感染抑制の管理を行っていかねばいけないと規定されているにもかかわらず…。

渡辺 そのデータを出す、データの基本となる部分が問題です。

宮澤 それを外に出して本当にいいのか、管理ができているのだろうか、と不安になります。

渡辺 これは非常に問題です。

ありがとうございました。改定に関しましてまだ1カ月の状況ですので、今後、もう少し様子を見ていかないとわかりませんが、だいたいそんなところだったということです。

渡辺 病理の増点についてはどうですか。

水口 計算によりますと、私のところでプラス13%、ほかの報告では、中病院から大病院でプラス12%という結果が出ています。ただし、全国で考えますと5%です。というのは、衛生検査所の検体も全部入っていますので、全部で5%というわけです。いま病理の経済効果が1,000億円と言われていいますので、5%だとすると50億円ぐらいのプラスと考えています。

渡辺 すばらしいですね。それは院内検査だと12%ですか。

水口 そうです。

渡辺 まして大病院だと…。

関口 慶應でのシミュレーションでは、プラス10%をちょっと切るといえるか、丸めて10%ぐらいの数値でした。診断料の上った分ですね。

渡辺 次は微生物も病理並みに、いままで虐げられたところを何とか改善しないといけない。僕は思うのですが、日本感染症学会とか臨床微生物学会が、日本病理学会のように、感染症や微生物をやっているところからもかなり強い要望を出していただかないといけないのではないかと思います。米山先生、そういう動きがあまりなかったような気がしましたが。

米山 そうですね。確かに臨床微生物学会あたりが中心になって動くといいことですね。

渡辺 そのアプローチが弱かったような感じがします。われわれは言ってもしよせん微生物の専門学会ではないですから。日本臨床検査医学会は検査全体です。それからもう1つのアプローチとしては、専門の学会からのアプローチが必要なのに、僕の印象では目に見えてはっきりしなかったという印象があります。

水口 病理がやったように重要性のアピールと、もう1つ、原価計算を徹底して、現在のままではやっていけないということを数字で示していくことが大事だと思います。

関口 いままでの、ただ普通に培地で生やしてという検査ではなくなって、PCR等の技術が進歩して、より早く特異的になり、それだけコストもかかるという時代になっています。また、新しい検査法もあるけれども保険が認められないというものも間々あるのではないのでしょうか。臨床の先生たちの要望が多いけれども、保険が通っていないから院内ではできない。そうすると、それはみんな外注に流れて行って、いつか点数がついた時にはもうそっちに行っているというようなことがある。微生物などはやはり検体検査と別としてやっていかないと。

渡辺 感染症というのは治る病気が多いですね。ですから、その検査というのは患者さんにとって重要です。そういう医学的な効果、検査の価値というところを、単に試薬とかそういうことだけではなくて、考えていかないと。感染症の基本は検査にありますので。薬の効き方だって全部、感受性検査で決めているわけですから、相当有用であることは間違いないので、微生物の検査をきちんとしないといけないということです。

改定の現場への影響についてご議論いただきましたが、最後に、次は平成20年度に診療報酬改定がありますが、いままでの矛盾点等がありますので、今後の改正点、どういうところを重点的に改正すればいいかということをお1人ずつお願いします。

Ⅳ. 今後の要望と展開

1. 市場実勢価格の検証

宮澤 何といっても実施料が実勢価格ということで、実勢価格とは何ぞやということです。センター

の請け負っている実際の価格が実勢価格だととらえられて、これだけで保険点数との差を埋めるかたちで点数が決められてきているという事実があります。これをわれわれがきちんと検証していかなければいけない。

それについて、例えば院内検査で実施した場合にこれだけの経費が実際にかかっているというところをはっきりさせないと、その辺りの差を埋めていく証拠に乏しい。実際に検証できて初めて、厚労省もそうですし、あるいは国民のコンセンサスも得られるのではないかと思います。こういったデータをわれわれがしっかり持たなければいけない。いままでその辺りのデータをわれわれが持たないまま、単に点数を下げないでくれということをしてきているので、よく検証することが必要ではないかと思います。

渡辺 具体的にそれを検証するには学会などの力がいらいますかね。実際、学会で中立の立場のところがそういうことを行う。

宮澤 そうですね。病院で実際にどれだけのコストがかかっているのかということを出さないと。検査センターだけの実勢価格ばかりでなくて、われわれの実勢価格も実は赤字だったかもしれないので、そういうところを評価してもらわないといけないと思います。

渡辺 学会には保険点数委員会がありますが、そういうところでそういう検証はできるのでしょうか。2年後ですが、急いでやらなければ。

宮澤 もうそろそろ手をつけなければいけないと思います。

渡辺 時間的にやっていかないと間に合わない。改定、改正点ではほかに何かありますか。外来迅速検体検査の点数、これをどのように変えていけばいいでしょうか。

2. 外来迅速検体検査加算の改正に向けて

宮澤 これもそうです。同じです。これが本当にどれだけ実施されたかということも大きな問題ですし、基幹病院で実際にどれだけ導入されて点数が算定できているのかということも検証していただかなければいけないと思います。なぜ5点しかつかなかったのか。この加算のシミュレーションを私は厚労省にお聞きしましたが、返事はもらえませんでした。この根拠は何か。シミュレーションでどのぐらいの

点数になるか。トータル、これを導入することによってどのぐらいの持ち出しになるのか。このことを本当に考慮してやったのかと思ってしまいます。

慶応病院ですら年間140万円。これは技師1人の給料に遠く及ばないわけです。これだけ迅速検査をやって、患者さんの視点に立ったことをやっていくうえではそれなりのコストが相当かかる。それを評価しないのはおかしいわけです。迅速検査でどれぐらいのコストがかかっているのか。これによって、前も学会で1回お出ししたのですが、どのぐらいのパニック値を拾っているのか。これをやらないと患者さんが重症化してよけいな医療費もかかるということにもなりますので、この辺りの実際のパニック値の出現頻度をさらに検証していかなければいけないのではないかと思います。

米山 あとは、実際にこういうかたちで通った状態で患者さんの再診がどれだけ減らせたか。それから、病院側がこの加算をきっかけに患者さんの迅速検査のためにどれだけの改善をやったか、やらなかったか、患者の視点に立った改善、改正が本当にできているのかどうかということを検証する必要があると思います。そういうことはたぶんあまりなされていないと思うので、それを数字で示したうえで、本当に患者さんのためになる迅速検査ができるためにはどれだけのお金がかかるので、そのためにどれぐらいの点数にしてくださいというようなことをお願いできればと思っています。

宮澤 外来迅速検体検査加算をとった患者さんが年に何回外来に来ているのかというのものも、大きなデータだと思います。診療所レベルでは仮にこの加算をとっていても1カ月に7、8回外来に来ているとか。こういった事実もデータとして出てくると大学、基幹病院では1カ月にいっぺん、2カ月に1度しか外来に来ていないが、ちゃんとした迅速検査をしているから患者さんのフォローアップの検査はできていると言える。そういうデータも必要かと思えます。

渡辺 厚労省はいつも、ある程度の数の病院のデータを求めますので、学会でも基幹病院中心にそういうデータをとっていただくということが必要ですね。とるにはそれなりに、初めからとっておくように言っておかないととりませんので、そういうことを早くやっていただく。データがあったほうが絶

対にいいですから、ぜひ改善の時にはデータとともに改善を要望するということです。本来、患者のためになっていないものはあまりよくないとは思いますが、そこが重要なポイントだと思います。

微生物はどうですか。微生物もやはり患者のためになっていないですか。

宮澤 そうですね。

渡辺 その辺りをどのように改善していくか。微生物もまた同じことを繰り返して、実勢価格が下がっているとまた下げますよと言われる可能性がかなり強くあると思います。どうすればいいか。いかがですか。

宮澤 経費は、先ほどの病理のドクター・フィーではないけれど、技師のフィーも相当かかる。この経費を本当に出してもらえるのか。厚労省に評価してもらえるのか。

渡辺 一番困るのは、それがどれだけ医学的に有用かという指標がエビデンスとして出ないことです。それが出ないかぎり、単に実施料、実勢価格でしか評価しませんので、何もしないのと同じことが繰り返されると思います。これは臨床微生物学会とかそういうところと協調して、今後もう少し強くアピールしていかなければいけないのではないかと思います。関口先生、いかがですか。

関口 どうしてもくやしいのは、外来迅速検体検査加算です。当初の要望のように外来の診察時に必要な検査としてこういう項目があって、それが可及的速やかに、米山先生、宮澤先生がおっしゃった2時間以内に報告できることへの加算とすべきです。実際その時間の担保をどうするのか、タイムスタンプは採血の時なのか、報告した時間をどう担保するかとか、そのシミュレーションを一生懸命して、それも何とかなるだろうと考えていたわけです。ただし、それは診療に必要な検査についてです。急がないし、急げないし、今日の治療には関係がない検査があるから加算が算定できないというものではないと思うのです。もう1回、学会のほうから出されたものに沿ったかたちの、患者に本当に還元できる迅速加算となるよう、平成20年の改定の時には何とか持っていったきたいと思います。

今回、迅速に検査しても、米山先生のところも加算されないと言われていましたが、慶應でも今どういう状況だったら加算を算定できるかということ

シミュレーションしています。最終的にはプリントアウトを診療室でしたということをキーとし、項目については完全に1時間なり1時間半で返せる診療前対象項目に限ってというところをいま最低ラインとして考えています。問題として出てくるのは百分率をどうするか。普通のネガティブのものはいいけれど、ポジティブの標本とか目算が必要な患者さんは、1時間後に一緒に結果を返せないとなると、いまの場合加算を算定できないわけです。

感染症などでも、HBVとかHCVはいま普通に測れるようになっているので、1時間で間に合うけれども、昔なりの不活化が必要なガラス板法とかが1項目あるために加算を算定できなくなってしまう。このような不条理なかたちのものにどうしてもなってしまう。だからといって、そこのオーダーに規制をかけるのも変ですし…。

ところで、この5月に開催されるシンポジウム用に作成した外来迅速検査、診療前検査に関する資料を2～3持参しましたのでお示しします。

図1は慶應の過去のデータで、月別の在院日数と診療前検査対象患者数（診療前採血）をプロットしたものです。診療前採血患者が増えていけば在院日数が減っていくというきれいな負の相関が出ています。勿論、検査だけというわけではありませんが、迅速検査もその一助となっていると考えております。図2は再診患者数と診療前採血患者を比べたものです。在院日数ほどきれいではないですが、やはり再来の患者が診療前検査を実施すればするほど減っていくという傾向はあります。

渡辺 ここまで出たら、すごいいね。

関口 ここまでできてしまっているとすると、ここに5点、いただくとかいただかないという問題ではなくなっています。逆にこういうデータを基にそういうことを認めていって、どんどん診療前検査を迅速的にやれば再来患者が減るという。しかし、これは検査だけではなくて、薬とかも長期処方になっていますので再来患者が減っているということもありますが。

図3は年度別推移を見たものです。診療前の対象になっている患者と再診患者の1日平均を年度ごとに、2001年から2005年度までプロットしたものです。スケールは少し違いますが、診療前採血患者が増えるにしたがい再診患者が減少しています。ただ

し、2005年度はいままでの落ちと違ってきているというところを見ると、この先、2006年4月から5点が始まったからといってこれがさらに続くとは思えないので。

渡辺 再診料を減らすということではなくて、病気の早期発見とか、ある病気を素早く治療に結びつけるということも1つのメリットだと思います。そのお陰で早く病気が治れば次は来ない。そういうこともありますので、単にそういうことだけではなくて、もうちょっと純医学的に患者の視点から見てもらわないとだめですね。

宮澤 それはもう申請書の中にちゃんと書かれています。

渡辺 在院日数も減るということは、明らかに患者さんにとっては医療費が減るし、厚労省にとっても医療費が削減されているわけです。

米山 重症化する前に入院しているということですから。

宮澤 そこが一番大きいと思います。

渡辺 関口先生は慶應でそういうコンセプトでやっていたので、そういうことを今度は少し盛り上げていっていただけたらいいかもしれません。

関口 図4にある甲状腺検査、TSHの増加が一番いい例だと思います。今日の状態をTSH等の値で把握し、薬の量を適切に処方する。当日の検査じゃないと、仮に2週間後までその薬を出しっ放しということになりますよね。患者さんにも必要ないものを飲み続けて悪くなることもありますし、いまの状況でさじ加減ができるといたら、それだけ医療費も、薬の量も違うだろうし、患者さんにとってもプラスになる。そういう項目がせっかくできていても、1項目結果がでていないから加算を算定できないというのは、どう考えても、先生たちが一番押している趣旨と今回の出てきたものというのかみあっていません。

宮澤 再診回数だけの問題ではないのです。

渡辺 もともとそうですから。学会ではいまおっしゃっているように最初にそれをうたっていますから。

米山 数字として出すのが難しいですね。

渡辺 そういうデータがあるといいのですが。

米山 それが複数あれば、ずいぶん評価の見直しに有用です。

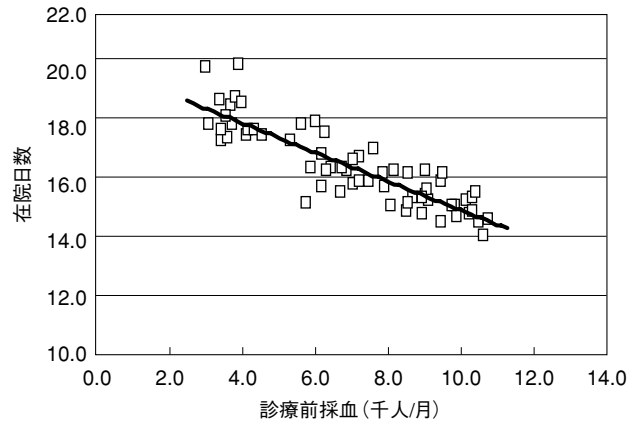


図1 診療前採血と在院日数

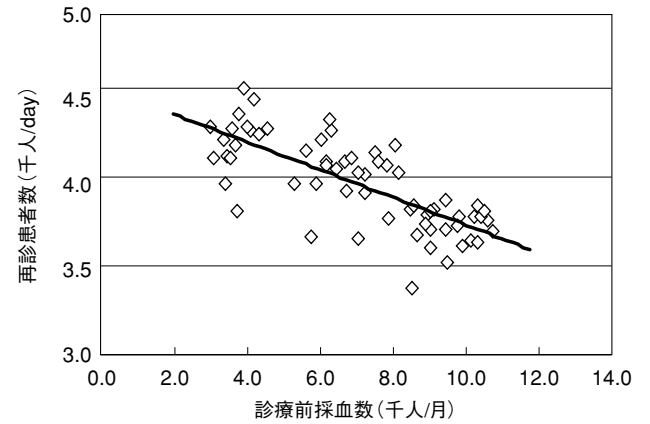


図2 診療前採血と再診患者

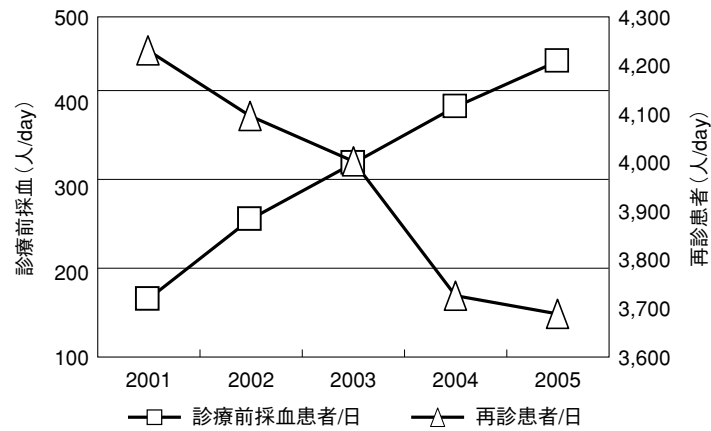


図3 診療前採血と再診患者

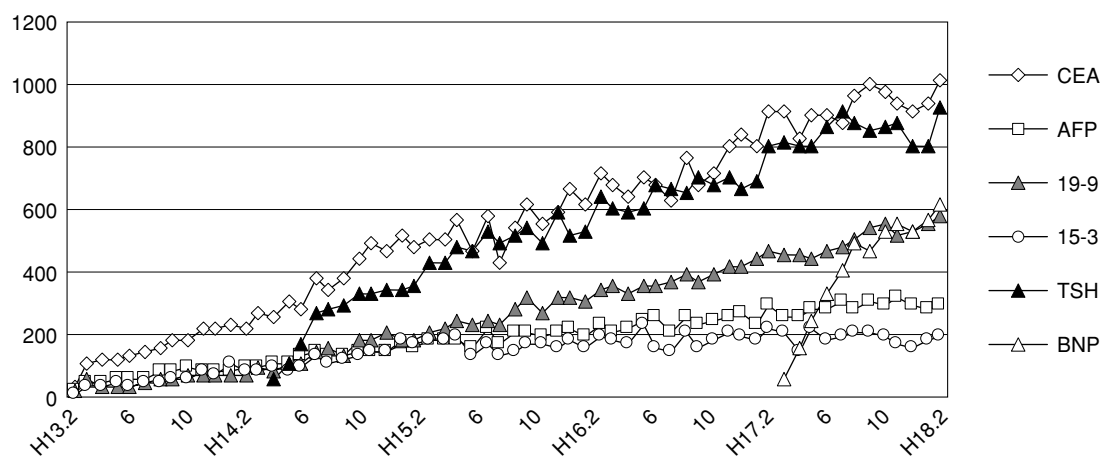


図4 診療前検査依頼数の推移

渡辺 虎の門とか帝京でもそういうデータをぜひとっていただけたらいいですね。

宮澤 在院日数は慶応さんにはとても追いつかないけれど、昔に比べればずっと減っています。

3. 病理の矛盾点に対する今後の取り組み

渡辺 いろいろ出ましたが最後に、病理から今後の展望をお願いします。

水口 短期と長期に分けてお話しします。短期は今回いろいろ積み残しが出ましたので、それに再挑戦することになると思います。ただし、先ほど宮澤先生も言われたように、多くの矛盾点がありますので、それをすっきりさせた抜本的な改定案を考えています。実際にもう骨子は作ってあります。

その基礎になったのはアメリカの公的保険であるメディケア Part B における診療点数表 RB-RVS (Resource-based Relative-value Scale) で、これに基づいて要求するということです。先ほど言われたように、病理の一番大きな矛盾点は、例えば胃を例にとって、1個の小さい生検と、胃癌の全摘標本の料金が同じ値段であることです。その間にはポリペクトミーや EMR、ESD、部分切除もあるのにみんな同じ算定です。生検だって5個とると10個とると15個とるのでは全然手間も違うわけですから、そういうところを差別化して要求していかなければなりません。手間をかけた分だけ要求するのが基本です。今は手間をかけてもらっていないのがたくさんあります。

具体的には1つの臓器について難易度により6段階に分け、それを全臓器に応用します。いま外科学会は手術についてそれを実効しているのです。生検と胃の全摘とでは、手術料、技術料が違うわけです。それは保険でもちゃんと認められて出来高払いになっているわけです。それを病理のほうでもやろうというわけです。基本的にはそういうことです。

あとは先ほどは出なかったですが、病理解剖です。これは日本では無理だろうと言われていますが、アメリカでは診療報酬に入っているのです。脳をとったらいくら、脊髄をとったらいくらと、全部値段が決まっています。日本でもそのように頭を切り換えていかなければいけないだろうと考えています。6段階というのは、煩雑に思いますが、現在、外科はやっているわけですし、コンピューターがあればそ

んな難しいことではないと思います。

関口 僕も短い期間でしたが、病理にいたことがあります。確かに言われるとおりの矛盾を感じたわけですね。生検でとってきた小さいものを、普通に薄切し染めて1臓器、なのに難しくなればなるほど、標本は切り出しから始まって数が増え、あのブロックに入れて、それを連続で切れたの、薄切で飛ばせだの、特染するだのといつてすごい手間がかかる。簡単な疾患だったら、そんなに手間をかけなくても済んでしまうではないですか。難しければ難しいほど手間がかかるのにもかわらず同じという、病理というのは労力が比例していない。

水口 病理では、たくさんもうけようとは思っていません。プラスマイナスでゼロぐらいになればいい。今はゼロから非常に低いところにあるものですから、それをプラスマイナスゼロに近づけたいと思っています。

渡辺 病理もなかなか、術中、迅速細胞診といって前立腺などでも、たくさんバーッと早く結果を出そうと一生懸命見ても、何度やっても一緒。これでは1個やって返してしまおうかという感じになってしまう。

水口 前立腺のTURだと、実際には50個ぐらい出ることもあります。一部だけの検査でやったことにするのは、もちろん良くないのですが、気持ちでは理解できなくもないですね。

渡辺 そこのところを何とかしないとイケない。逆に厚労省から言わせれば、それを悪用してたくさん、どんどんやってしまう人がいるのではないのかとなるので、うまくかたちをつけてもう少しアプローチしていただければと思います。

おわりに

渡辺 今日は平成18年度の診療報酬改定につきまして、その現状と問題点、今後の展望についてお話いただきました。今後の改正点ということで、宮澤先生がおっしゃったように、臨床検査の場合、保険点数が市場実勢価格で規定されているところをどうにかしていきたい。これも今後の展望の1つだと思います。

また、外来迅速検体検査加算がせっかくつきまして、これは検体管理加算に次ぐ第2の検体検査の加

算で、エポックメイキングでしたが、内容がわれわれが要望したものと違っていて、必ずしも患者の視点から見て有効になっていない。今後はその患者の視点に立って、これが医学的にどれくらい有効か、あるいは医療経済上どれくらい有効か。こういうことをもう少しエビデンスを出してやっていくことが必要かもしれません。また、検体管理加算につきましては、院内検査を保護するかたちで原則つくられているということですので、検査センターがやっているようなFMS・ブランチラボにおいては困難であるという見解で一致したように思っています。

検査項目の区分を整理しましたし、項目削除も行いました。これは宮澤先生がおっしゃったように、中医協で検査の削除をすることが重要です。また、疑義解釈委員会などでも、削除しないと新しいものが入らないということがありますので、不要な検査はどんどん削除していただいたほうがいいのではないかと考えています。削除項目を出したということは、いままでになかったかたちでよかったのではな

いかと思っています。

全体的にはたいした、思ったほどの削減がなくて、まあまあだったかなと思いますが、これはあくまでもマイナスなので、今後はますますこういうことがないように努力していきたいと思っています。特に微生物、そういうところに関してはマイナス改定で困っているということがあります。病理は増点しましたが、まだまだ不満で、要求はたくさんあるということです。ぜひよろしくお願ひしたいと思っています。今年は検体検査はちょっとマイナスですが、病理はすごくよかったかなという印象がありますが、お話をうかがうとそうでもないということがわかりましたので、今後、改正に向けて頑張りたいと思います。

以上、今日はお忙しいところを先生方にお集まりいただきまして、今回の改正点についてお話しいただきました。今回の改正を踏まえ、また先ほど申し上げたような展望で今後やっていければと思っています。どうもありがとうございました。