

## 平成 18 年度診療報酬改定 - 検査に関わる変更点の解説 -

宮 澤 幸 久\*

[Rinsho Byori 54 : 421 ~ 430, 2006]

### I. はじめに

平成 18 年度の診療報酬改定が 3 月 6 日に厚生労働省から告示され、4 月 1 日から実施された。これまで診療報酬の改定には厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会(中医協)が大きな影響力を持っていた。しかし、政府は診療報酬改定に絡む中医協歯科委員の贈収賄事件が昨年発覚したことを捉え、中医協の権限を大幅に縮小した。中でも特筆することは、医療費の総額を規定する改定率の決定権を、内閣に移譲したことである。小泉首相が医療制度改革を「既得権益にとらわれない改革」の目玉として挙げており、経済諮問会議の答申も踏まえて今回の改定は 3.16%ものこれまでに例を見ない高いマイナス査定となった。このうち、薬価などの 1.8%分を除いた 1.36%が診療報酬本体から引き下げられる。個別項目については中医協で議論され、それぞれの点数は厚生労働省が決定する。

検査料についてみると、前回の平成 16 年改定では診療報酬本体がゼロ査定の中にあって、10%近い検体検査実施料引き下げが行われたが、今回の引き下げ幅は前回より縮小されたとのことである。

本稿では、今回の診療報酬改定の概要と検体検査に関わる改定の留意点を述べるとともに、これらに対する評価と院内検査部における対応について検討してみたい。

### II. 今回の診療報酬改定概要

改定の改定に係る基本的な医療政策については、昨年 11 月に社会保障審議会医療保険部会において「平成 18 年度診療報酬改定の基本方針」がとりまとめられ、この 1 月には基本方針に沿って診療報酬改

定案を作成するべく、中医協に諮問がなされた。すでに中医協の診療報酬調査専門組織で調査結果等を踏まえて行われてきた議論を「現時点の骨子」として取りまとめて公表し、直接、国民の意見を聴く機会(パブリックコメント)を設定した。これらはこれまでにない施策であり、中医協ではこうした意見を踏まえて議論を積み重ね、平成 18 年 2 月 15 日に厚生労働大臣に対し、答申を行っている。

改定に係る基本的考え方としては、以下の 4 つの視点があげられている。患者から見て分りやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点。

質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点。我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点。医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の在り方について検討する視点。これら 4 つの視点から重点的に評価する項目として、小児医療、産科医療、麻酔、病理診断、救急医療などが引き上げられた。一方、適正化する項目として、慢性期入院医療、入院時の食事、コンタクトレンズに係る診療、検査、初再診料、調剤報酬などが引き下げられた。

これらの結果、検査に関わる主な改定内容としては、以下の要項が採用された。

の視点のうち、患者の視点の重視について

初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行うことについて、新たに評価を行う。外来迅速検体検査に係る評価の新設：初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行うことについて、検体検査実施料及び外来診療料に対する加算を新設する。

\*帝京大学医学部臨床病理学教授(日本臨床検査医学会 保険担当理事)

の視点のうち、初再診に係る評価について  
外来診療料：ヘモグロビン A<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)を包括範囲から除外。

の視点のうち、医療技術に係る評価について  
診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止：医療技術の陳腐化や新たな科学的知見等により、医療現場においては既に実施されていない又は臨床的な意義がほとんどなくなっていると考えられる項目を削除する。

の視点のうち、検査に係る評価について  
検体検査実施料に係る評価の見直し：検体検査実施料(基本的検体検査実施料を含む。)について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。

生体検査料に係る評価の見直し：生体検査料について、検査の難易度等を考慮した評価の見直しを行う。

### Ⅲ．検体検査に係る改定

検体検査の項目及び費用の算定については、診療報酬点数表の第3部検査、第1節検体検査料に規定されている。今回の改定では、検体検査実施料の見直し以外に、項目の削除や組み換え、区分の改定なども併せて実施されている。各項目で規定される注(注意文)および通知文の改定や検体検査に係る施設基準の見直しも行われており、保険算定上での注意、場合によっては変更を要する。さらに、項目の削除・新設、区分変更に伴って、短期滞在手術基本料や特定疾患療養管理料(慢性維持透析患者外来医学管理料)、手術前医学管理料、手術後医学管理料における注の変更も行われている。なお、検体検査管理加算も含め、検体検査判断料については1項目(D026 4 生化学的検査(II)判断料 134 135点)を除き、変更は行われなかった。

【 の視点から：検体検査実施料の見直し】

これまでの改定でも継続して行われてきているが、検査センターの受注価格を市場実勢価格とし、保険点数との差額を按分して実施料が決定されている。この差額は実質30%程度と認定されており、当初はその中間値である15%が引き下げられるとの情報もあった。結果として、点数が下げられたものは464項目に及び、抗アセチルコリンレセプター抗体価の1,110 940点(マイナス160点)が最大減点項目であり、削減率からみると最大15%(総鉄結合能；20

17点、ビタミンB<sub>12</sub>定量精密測定；200 170点、 $\alpha$ フェトプロテイン；40 34点など)で、末梢血液像の特殊染色加算では15.6%(32 27点)であった。時間と熟練を要する非自動化検査で収支からみても大幅な赤字であり、適正な技術評価を受けていないとしてとくに増点を求めていた血液像(22点)や細菌のグラム染色検査(19点)も引き下げられている。点数が変わらなかったものは、117項目である。一方、増点されたものは以下の20項目である。IV型コラーゲン定量精密測定、子宮頸管粘液中顆粒球エラストラーゼ、トロンボエラストグラム、 $\alpha_2$ -マイクログロブリン、イオン化カルシウム、心筋トロポニンT精密測定、アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定、インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定、脂肪酸分画、クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定、ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定、大腸菌O157LPS抗原精密測定、淋菌同定精密検査、尿中レジオネラ抗原、上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定、HCV特異抗体価精密測定、抗ガラクトース欠損IgG抗体、 $\alpha_1$ -酸性糖蛋白精密測定、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査、HIV核酸増幅定量精密検査の濃縮前処理加算。各区分において項目が包括算定となる点数も引き下げられているが、包括数の少ない項目では10.9%から15%の高い引き下げ率であるのに対し、オーダーされる機会の多い包括数の最も多い項目ではそれほど引き下げられていない。出血・凝固検査5項目以上、生化学(II)8項目以上、自己抗体検査3項目以上では変更されておらず、生化学(I)10項目以上で140 130点(7.1%)、腫瘍マーカー4項目以上で460 420点(8.6%)、肝炎ウイルス関連検査5項目以上では560 520点(7.1%)の引き下げに留まった。基本的検体検査実施料1,2はともに10点減であった。平成16年度改定後に新規収載された12項目(Magjor bcr-abl mRNA核酸増幅精密測定、シスタチンC精密測定、ペントシジン、プロカルシトニン(PCT)、抗IA-2抗体精密測定、I型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定、I型コラーゲンICIテロペプチド精密測定、抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定、尿中肺炎球菌莢膜抗原、結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン $\gamma$ 測定、淋菌およびクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査)については、点数の変更は行われていない(実施料については従来の準用扱いから本来の検

査区分に移行された)。その他、今回の改定で新規  
収載されている項目を**Table 1**に示す。

【 の視点から：削除された項目】

検査項目の新設により項目数が増加し続ける一方  
で、保険から外すべき項目についても検討するよう

に中医協から要望されている。今回の検証により、  
既に実施されていないか、臨床的な意義がほとんど  
なくなっていると考えられる項目については、保険  
から削除された(**Table 2**)。

**Table 1** 新設項目

区分の新設		
区分 D004-11	IgG インデックス	500 点
区分 D004-12	髄液 MBP	600 点
区分 D004-12	髄液オリゴクローナルバンド測定	600 点
区分 D004-13	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000 点
区分 D006-4	進行性筋ジストロフィー遺伝子検査	2,000 点
区分 D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400 点
区分 D023-2	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000 点
項目の新設		
区分 D011 6	PAIgG(血小板関連 IgG)	200 点

**Table 2** 削除項目

尿・糞便等検査	区分 D001	4	メラニン定性
		9	細菌尿検査(TTC 還元能)
		12	パラニトロフェノール
		12	カタラーゼ反応
		20	成長ホルモン(GH)定量精密測定
糞便検査	区分 D003	2	ビリルビン定量
		2	AMS III
血液形態	区分 D005	10	ヘモグロビン A <sub>1</sub> (HbA <sub>1</sub> )
		13	LE 現象検査
出血・凝固検査	区分 D006	6	部分トロンボプラスチン時間測定
		11	ユーログロブリン溶解時間測定
		11	ユーログロブリン分層プラスミン値測定(Lewis 法)
生化学的検査(I)	区分 D007	11	プラスミン活性値検査の簡易法(福武法, 畔柳法)
		1	アルブミン・グロブリン比測定
		3	総脂質
		6	過酸化脂質
		9	シアル酸
感染症血清反応	区分 D012	10	フルクトサミン
		20	尿中硫酸抱合型胆汁酸
		2	ポールバネル反応
細胞機能検査	区分 D016	40	HIVenvelope 抗体価及び HIVcore 抗体価精密測定
		7	ロゼット法によるリンパ球サブセット検査

区分の変更：各区分の中に、分類上、統一を欠く  
と思われる項目が少なからず混在しているとの指摘  
がなされてきた。今回、厚生労働省側から日本臨床  
検査医学会あてに区分の見直しについての依頼があ  
り、区分の再編案を提出した。これらの案をもとに、

改定された区分が公示された。区分変更された項目  
は、41 項目にのぼる(**Table 3**)。その結果、外来診  
療料に包括される項目(D001, D002, D003 の全て  
と、D005 のうち、HbA<sub>1c</sub>と骨髄像を除く全て)にも  
一部、変更が出ている。このうちとくに問題とされ

Table 3 区分変更項目

項目	旧区分	新区分
モノクローナル抗体法による		
造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)	D016 細胞機能検査	D005 血液学的検査
染色体検査(すべての費用を含む。)	病理学的検査 D103	D006-5
分染法加算	病理学的検査 D103 注	D006-5 注
第 VIII 因子様抗原	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D006 出血・凝固検査
トロンボモジリン精密測定	D007 生化学的検査(I)	D006 出血・凝固検査
アポリポ蛋白	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D007 生化学的検査(I)
I型コラーゲン架橋 IN		
- テロペプチド(NTX)精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
オステオカルシン精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
尿中βクロスラプス精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
尿中デオキシピリノジン精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
副甲状腺ホルモン関連		
蛋白C 端フラグメント(C-PTHrP 精密測定)	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定	D007 生化学的検査(I)	D008 生化学的検査(II)
インターロイキン 2 受容体(IL-2R)精密測定	D007 生化学的検査(I)	D009 腫瘍マーカー
アデノウイルス抗原	D003 糞便検査	D012 感染症免疫学的検査
ロタウイルス抗原	D003 糞便検査	D012 感染症免疫学的検査
クロストリジウム・ディフィシル抗原	D003 糞便検査	D012 感染症免疫学的検査
迅速ウレアーゼ試験	D018 細菌培養同定検査等	D012 感染症免疫学的検査
エンドトキシン定量検査	D007 生化学的検査(I)	D012 感染症免疫学的検査
Donath-Landsteiner 試験(寒冷溶血反応)	D005 血液学的検査	D014 自己抗体検査
C1q 結合免疫複合体精密測定	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D014 自己抗体検査
モノクローナル RF 結合免疫複合体精密測定	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D014 自己抗体検査
C3d 結合免疫複合体精密測定	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D014 自己抗体検査
IgG 型リウマチ因子精密測定	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D014 自己抗体検査
抗アセチルコリンレセプター抗体価	D012 感染症免疫学的検査	D014 自己抗体検査
赤血球コプロポルフィリン定性	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
G-6-Pase	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
G-6-PDH 定性	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
赤血球プロトポルフィリン定性	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
セルロプラスミン	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
α1-マイクログロブリン	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
頸管腔分泌液中胎児性フィブロネクチン	D007 生化学的検査(I)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
尿蛋白免疫電気泳動	D001 尿・糞便等検査	D015 血漿蛋白免疫学的検査
HBV 核酸同定精密測定	D013 肝炎ウイルス関連検査	D023 微生物核酸同定・定量検査
HBV 核酸定量測定	D013 肝炎ウイルス関連検査	D023 微生物核酸同定・定量検査
DNA ポリメラーゼ	D013 肝炎ウイルス関連検査	D023 微生物核酸同定・定量検査
HIV-核酸同定検査	D012 感染症血清反応	D023 微生物核酸同定・定量検査
黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'(PBP2')	D018 細菌培養同定検査等	D023-2 その他の微生物学的検査
尿素呼吸試験	D018 細菌培養同定検査等	D023-2 その他の微生物学的検査
腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	D012 感染症血清反応	D023-2 その他の微生物学的検査
大腸菌ベロトキシン検出検査	D012 感染症血清反応	D023-2 その他の微生物学的検査

る項目として、モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)があげられる。D005 血液学的検査に移行されて外来診療料の包括項目に

組み込まれたため、実施料は算定できないことになった。したがって初診時に実施しない限り、DPC を採用している医療機関では外来・入院のいずれでも

算定できないことになり、その影響が懸念される。また、病理学的検査 D103 にあった染色体検査(すべての費用を含む。)と注の分染法加算が D006-5 に区分変更された結果、判断料としては従来の病理学的検査診断・判断料ではなく血液学的検査判断料が算定されることになる。なお、従来の D012 感染症血清反応は「感染症免疫学的検査」と名称変更されている。

なお、以上にあげた項目の削除・新設、区分変更に伴って、通知文の変更が行われている項目があるので、留意されたい。また、これらに関連して、短期滞在手術基本料や特定疾患療養管理料(慢性維持透析患者外来医学管理料)、手術前医学管理料、手術後医学管理料における注の変更も行われている。

一部の精密検査項目の削除：保険点数上でいう「精密検査」とは、その検査項目において従来法の定性検査に変わる定量検査など新しい検査法が開発・上梓された時に点数上で区別するため、以前から便宜的に使用されてきた名称であり、現状にはなじまない。今回、測定項目が同じものについては、一般検査(区分上の精密検査に該当しない検査項目)と精密検査の点数が同じものに限って1つの項目として統一された。これらに該当する項目として、内分泌学的検査の黄体形成ホルモン、エストロゲン、プレグナンジオール、自己抗体検査の抗 RNP 抗体、抗 Sm 抗体があげられる。「精密検査」法で行われる項目が保険収載から外れたわけではないので、誤解されないようお願いしたい。一方、両者の点数が異なっている項目については現状のまま残されている。なお、次回の改定ではこれらについても「精密検査」という名称を見直すようお願いしている。  
〔 の視点から：外来迅速検体検査加算〕

第1款 検体検査料実施料 3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料(別に厚生労働大臣が定める検査を除く。)の各項目の所定点数にそれぞれ1点を加算する。

これは、今回の改定に向けて、日本臨床検査医学会から内科保険連合を通して厚生労働省宛に提出した「医療技術評価希望書」のうち、新規保険収載を希望する項目として希望順位1位にあげた「診療前

検査加算」(別表)が、「外来迅速検体検査加算」として保険収載されたものである。現在、多くの基幹病院ですでに実施されてきているが、当日の検査結果に基づいた診療を行えば、医療上の対応が迅速化でき、早期診断による重症化を防ぐことにもつながる。加えて、当日に結果が分かったため不要になる検査もあり、医療費削減効果も期待できる。また、結果確認のための再診が不要になり、受診回数を減らすことができる。社会経済活動における制限を改善することにより、ひいてはGDPをあげるにも貢献できる。とくに、昨今の長期処方導入により、こうしたニーズは拡大してきている。

学会が希望した「診療前検査加算」の算定要件は、以下の内容であった。(1)技術の概要：外来診療において、院内検査部は、血算、生化学検査、便潜血反応、腫瘍マーカー検査など検体検査の結果を、検体採取2時間以内に報告し、医師はその結果にもとづいて診療を行う。(2)対象項目：尿一般検査、便潜血反応、末梢血液一般検査、PT、D-Dimer、グルコース、HbA<sub>1c</sub>(グリコアルブミン)、TP、AST、ALT、LDH、総ビリルビン、ALP、CK、総コレステロール、トリグリセリド、BUN、クレアチニン、尿酸、Na、K、Cl、CRP、TSH、FT<sub>4</sub>、CEA、AFP。(3)施設基準：検体検査管理加算(II)の算定要件である緊急検査項目が、外来診療時間内に常時検査されていること。そして、希望点数として、1回50点を希望している。しかし公示された内容を見ると、この点数とは大きくかけ外れた低点数(1項目につき1点)であり、しかも5項目を限度として算定されるので、最大で5点までの請求となる。さらに、施設基準も設定はされなかった。私は、この点数で実際どれだけの病院が実施に踏み切るかは、やや疑問視をしている。実際に帝京大学附属病院で本加算導入後の4月1~12日の休日を除いた10日間で、外来診療料が算定された患者での本加算の算定率をみたところ、内科8.8%、小児科9.6%、神経内科4.8%、心臓血管外科1.8%であり、そのほかの診療科では1%に満たなかった。まだ周知徹底されていないこともあるが、全体で3.5%という極めて低率に留まった。このままだと当初試算した年間の増収200万円にはとうてい及びそうにない。「オーダーされたすべての項目について当日中に結果を出した場合のみ算定できる」とした今回の厳しい基準のため、慶應義塾大学病院の試算でも、年間140万円の増収

しか見込めないとのことである。迅速に測定するために要する費用、とくにそのための人員配置に係る費用を考慮すると、最大で5点という点数は不当に低いと言わざるを得ないが、迅速に結果を出して受診当日の診療に反映させるといふ、まさに患者の視点を重視した検査体制がはじめて評価を受けたわけである。本加算が院内検査の技術を再評価する突破口となることが期待される。この迅速検査体制は帝京大学附属病院でも患者から良好な評価を頂いているが、今後、多くの基幹病院で外来迅速検体検査を導入し、実施状況やその臨床的効果を検証することで、その有用性についてさらに理解を深めていくことが、今後の点数アップのためにも肝要であろう。

本加算の算定上の注意を上げると、同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合は、すべての検査について同日内に結果を報告した場合のみ算定できる。区分 D006, 007, 008, 009, 010, 013, 014 に係る項目について、多項目包括規定に掲

げられている点数を算定する場合には、その規定に関わらず、実施した検査項目に相当する点数が加算できる(例えば、包括されて算定する腫瘍マーカーを2項目検査した場合は、2点を加算する)。同一患者に対して、同一日に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。区分 A002 外来診療料に含まれる検体検査(外来診療料に係る加算として別に算定することができる)とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて5項目を限度に算定する。現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。別に厚生大臣が定めた除外項目は、当該保険医療機関で行った場合に算定する項目や特に前処理を必要とせずに短時間で結果を出せる簡易キットなどが含まれる(Table 4)。

Table 4 外来迅速検体検査加算における除外項目

尿中一般物質定性半定量検査 尿沈渣顕微鏡検査 赤血球沈降速度測定 試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査 心筋トロポニン T 定性 血液ガス分析 ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白 インフルエンザウイルス抗原精密測定
--

〔 〆の視点から：HbA<sub>1c</sub>の算定見直し〕

前回の改定で組み込まれた HbA<sub>1c</sub> 検査の外来診療料への包括化については、生活習慣病が増加している現状も鑑み、糖尿病関連学会から見直すよう強い要望が出されていた。今回の改定ではこの要望を受け、包括から除かれることになった。

〔 検体検査管理加算施設基準の見直し〕

これまで、特に検体検査管理加算(II)の施設基準の(2)「院内検査に用いる検査機器及び試薬が受託業者から提供されていないこと。」について、地域保険事務所によっては施設認定が適切に行われていないとの指摘があり、問題になっていた。今回の改定ではこの施設基準が「院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと。」と改定され、しかもこれが検体検査管理加算(I)にも適用されるようになった。施設基準にお

ける受託業者(検査センター)からの検査機器及び試薬の提供について、よりきびしい基準が課せられることになる。今回の改定によって認定に規制がかかることが想定され、プランチラボや FMS を導入している医療機関ではきびしい対応を迫られることになった。なお、今回の改定では、加算点数自体の変更は行われていない。

〔 予想される影響〕

点数改定に係る影響は、実施料ではマイナス 8~10%、判断料ではプラス 0.1%前後と想定されている。実際に慶應義塾大学病院で試算したところ、実施料減は、尿糞便等検査 2.1%、血液学的検査 1.6%、生化学検査(I)8.8%、生化学検査(II)10.6%、免疫学的検査 12.7%、微生物学的検査 12.1%であり、全体では 8.9%の減収になるという。判断料では 0.1%の増収であるが、慢性維持透析患者外来医学管理料にお

ける検査に係る部分として6.3%、外来診療料に係る部分としての2.8%の減収も含むと、指導管理料等における検査料に係る部分は全体で0.4%の減収と試算されている。

#### IV. 生体検査に係る改定点

今回の改定でも生体検査においては大きな変更はなく、多くが据え置かれた。増点されたものは、D244 標準語音聴力検査(350 400点)のみであり、技術料の評価があまりに低すぎるとして関連学会から出されていた筋電図検査、神経伝導速度検査なども、見直しは行われなかった。その中で引き下げられたものは、D215 超音波検査 2断層撮影法 イ 胸腹部(550 530点)、3UCG イ 断層撮影法及びM

モード法による検査(800 780点)、D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(一日につき)(100 30点)であり、D214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査では、2の判断料が撤廃された(実施料には変更なし)。その他では、D211 はトレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査と変更され、バイシクル サイクルとの名称変更とともに、呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる、と改定された。D286 では、腎クリアランステストに該当するものから、尿素、クレアチニンが削除された。D288 では、耐糖能精密検査の項目として、血中C-ペプチド測定が新しく追加された。新設された項目の主なものをTable 5に示す。

Table 5 新設項目

項目の新設		
区分 D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150 点
区分 D208 4	バリトカルジオグラフ	150 点
区分 D244 1	自記オージオメーターによる聴力検査	400 点
区分 D244 2	ことばのききとり検査	400 点
区分 D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400 点
区分 D250 5	下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査	250 点
区分 D289 1	ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利用試験、アジスカウント(Addis 尿沈渣定量検査)、モーゼンタール法、ヨードカリ試験	100 点
区分 D289 3	胃液分泌刺激テスト	700 点
区分の新設		
区分 D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500 点
区分 D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500 点
区分 D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100 点

#### V. 輸血に係る改定点

D011 の輸血に係る検査も、 $\alpha$ -D-N アセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び $\alpha$ -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性とABO血液型亜型の2項目は変わらなかったが、他の項目は11~15%の減点になった。今回、輸血管理料が新設されたが、厳しい施設基準が課せられている。実際に施設基準をクリアして本管理料が算定できるのは、限られた医療機関になるものと推察されている。

#### VI. 病理学的検査に係る改定点

今回の改定では、検体検査が大幅なマイナス査定となる中で、病理学的検査では増額された項目が多

い。病理学的検査実施料では、D100 病理組織迅速顕微鏡検査(1手術につき)(1,790 1,990点)、D101 注 免疫抗体法を用いた検査加算(300点 350点)、電子顕微鏡による検査加算(2,000 2,500点)が、病理学的検査診断・判断料では、D104 病理診断料が255 410点と増点された。この診断料では当該保険医療機関以外の医療機関で作成した組織標本を診断した場合も含まれるが、この場合はD100 病理組織迅速顕微鏡検査、D101 病理組織顕微鏡検査又はD101-2 その他の病理組織検査は別に算定できない。D103-2HER2 遺伝子も増点された(2,000 2,500点)。一方、減額された項目は、エストロゲンレセプター検査(810 720点)、プロゲステロンレセプター検査(810 690点)、HER2 蛋白(810 690点)の3

項目である。実施料の D101 病理組織顕微鏡検査(1 臓器につき)、D102 細胞診検査(1 臓器につき)は据え置かれている。

### VII. 終わりに

高齢者人口の増加に医療技術の発展も手伝って、医療費が膨らみ続けている。近未来には超高齢化社会を迎えることになり、社会保障費の増加トレンドは避けられない状況にある。医療費の増大とともに、ここ数十年のわが国の経済不況もあって健保財政は赤字運営に陥っている。医療費を含めた社会保障費への国民負担が増大していく状況にあっては、GDP に占める医療費の割合が先進国中では最も低いとの医療者側の声も、国民には届きそうもない。今回の医療費改定に続いて、現在、国会では「健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」が内閣提出され、論議されている。

検体検査の点数は、1988 年からすでに 41%もの大幅な引き下げが行われてきている。DPC の導入拡大へと続く医療費削減政策の中にあって、今後も検査料は大幅な削減を余儀なくされるのであろうか。しかし、そこで検査の合理化のみを追うことは、医療の根幹をなす検査の質を低下させ、医療の形骸化を招く危険性をもはらんでいる。診療側との十分な連携、院内迅速検査の実施および拡充は、直ちに安全かつ適正な医療と患者サービスに繋がるところである。

削減政策の最大ターゲットとして犠牲になっている感もあるこの状況を、何としても打破していかねばならない。無論、検査部内での運営見直しは継続的な課題である。総合的な意識改革を図り、さらに機能的な運営を目指しながら内容の充実も行っていかねばならない。病院経営者、診療部門などの院内組織に加えて、広くは政府そして国民にもこうした院内検査部の重要性を広く訴えていくことが重要であると考えられる。

### 別表

#### 医療技術評価希望書(保険未収載技術用)【詳細版】

申請団体名	日本臨床検査専門医会
代表者名	渡辺 清明
提出年月日	平成 17 年 4 月 28 日

概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について 3 ページを上限として記載する。  
 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	診察前検査加算
技術の概要	血算、生化学検査、便潜血反応、腫瘍マーカー検査など検体検査の結果を、検体採取後、1 時間以内に報告し診察時に当日の検査結果に基づいた診療を行う。対象は検体検査管理加算 II を算定している施設で下記の項目を診察前検査として約 1 時間以内に報告できる場合とする。項目：尿一般検査、便潜血反応、血算、PT、D-Dimer、グルコース、HbA1c(グリコアルブミン)、TP、AST、ALT、LDH、総ビリルビン、ALP、CK、総コレステロール、トリグリセリド、BUN、クレアチニン、尿酸、Na、K、Cl、CRP、TSH、FT4、CEA、AFP
対象疾患名	疾患の限定はない
保険収載の必要性のポイント： 【評価項目】	
有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOL の改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	大病院では入院・外来患者の検体検査を数多く実施しており、これらを到着順に検査していると結果報告までに 1～数時間を要し、外来患者の受診時中に担当医が検査結果を確認することは困難である。その場合は、患者を数日後に再度受診させて検査結果を確認し、それに応じて追加の検査をオーダーする、あるいは診断に基づいて治療を開始・変更することになる。もし、患者が 1 時間程度待っている間に一定項目の検査結果を報告できれば、当日の結果に基づいた診療を進めることができ、医療上の対応が迅速化できる。更に、結果確認のための再診が不要になり再診回数を減少させる、あるいは、当日結果がわかったために不要になる検査もあり、医療費の削減効果も大きい。ホルモン、腫瘍マーカー

	<p>等通常時間のかかる検査を定期的に測定している再診患者の場合、診察の数日前に検査のために来院しているが、診察前検査として行えば、受診回数を減らすことができ、患者の社会活動の制限を減らすことができる。また、すでに診察前検査を行っている病院での調査によれば、外来での診察前検査の約 0.3% にパニック値(患者の生死にかかわる重要な異常値)が見られており、結果を知らないままこうした患者を帰宅させた場合、対応の遅れにより患者が重症化し、治療に時間がかかる、場合によっては救命できない場合も想定される。例えば、造血器悪性腫瘍、高度の凝固異常、高血糖、重症肝障害、腎不全、重症感染症などでは特に診察前検査の実施の有無が患者の予後を左右すると考えられる。このような患者病態の早期診断についての有用性は明らかであり、エビデンスとしてのデータは出す必要はないと考える。</p>	
安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	診察前検査によるリスクやデメリットは特に予想されない。	
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	病院 1 日あたりの外来患者数 200 万人のうち施設基準を満たす施設で、当日中に検査結果を求められる患者を 5% と推定すると 10 万人。年間診療日数を 250 日として、2500 万回/年	
技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性・施設基準等)	診察前検査の実施病院は増加しており必要性・意義は広く認識されている。 診察前検査を十分な精度をもって提供できるための施設基準として、検体検査管理加算 II を算定している病院で、対象項目を 1 時間程度で実施できる病院とする。さらに、診察前検査につき院内にするとともに、請求書に診察前検査に関わる明細を記載する。診察前検査に腫瘍マーカー、便潜血反応等まで加えて報告するためには、検査室でもそのために余裕のある人員配置が必要である。	
倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	問題なし	
予想される医療費への影響	予想影響額 <span style="margin-left: 100px;">86 億</span> <span style="margin-left: 20px;">円</span> <span style="margin-left: 20px;">減</span>	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用 - 効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	診察前検査加算として 500 円 × 2500 万人 = 125 億円 対象者の 1/3 に再診 1 回分の減少と当日結果がわかったためにオーダーしないですんだ検査分の 1700 円が削減できたとして - 136 億円。さらにパニック値に対する即時対応で、患者が重症化前に対応できたための医療費削減分(パニック値出現率 0.3% とすると 2500 万件中に 7.5 万件のパニック値が測定される。その 10% の患者においてそのまま帰宅させた場合に重症化し、即時対応により 1 件あたり平均 100 万円の医療費が削減できるとすると 75 億削減)を加味し、計 86 億円の削減となる。	
当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況	確認できない	
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠(新設の場合)	該当現行診療報酬区分 根拠	要望点数 50 点
審査迅速性順位	提出学会順位 1 位	希望する内保連小委員会の名前 検査関連委員会
当該技術の高度先進医療としての取扱	当該技術は高度先進医療として a. 承認を受けている    b. 申請されたが却下された c. 申請中                    d. 把握していない <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">該当せず</span>	
当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載	名称                    薬事法の承認の有無及び承認内容                    薬価収載の有無 1) なし 2)	
当該技術に医療用具を用いる場合、その主なものの内容を記載	名称                    薬事法の承認の有無及び承認内容                    保険適用の有無 1) なし 2)	

- 臨床病理 -

その他	
関係学会，代表的研究者等	内保連，外保連参加のすべての学会，特に，日本臨床検査医学会 渡辺 清明
担当者，連絡先 (住所，TEL，FAX，E-MAIL)	宮澤 幸久 日本臨床検査医学会事務所 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 1-7-1 高橋ビル 5F TEL : 03-3295-0351 FAX : 03-3295-0352 E-mail : <a href="mailto:office@jslm.org">office@jslm.org</a> E-mail: <a href="mailto:miyazawa@med.teikyo-u.ac.jp">miyazawa@med.teikyo-u.ac.jp</a>