

資 料

平成 20 年度診療報酬改定 — 検査にかかわる変更点の解説 —

宮 澤 幸 久*

[Rinsho Byori 56 : 627~635, 2008]

医療費の総額を規定する改定率の決定権が内閣に移譲されて今回が 2 回目となる平成 20 年度の診療報酬改定については、2 月 13 日の中医協答申の後、3 月 5 日に厚生労働省から告示され、4 月 1 日から施行された。今回の改定における基本的考え方として、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」が緊急課題として提言され、併せて前回の改定における「4 つの視点」である、①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、②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、③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、④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、が掲げられた。疲弊しかかっている医療機関を建て直し、国民のための適正な医療を担保するためにはさらなる財源確保が必須である。今回の改定は 8 年ぶりのプラス改定ではあったが、その改定率はわずか 0.38%(本体部分、医科は 0.42%)に留まり、急速に進む高齢化もあって膨らみ続ける医療費を確保するにはほど遠いといわざるを得ない。結局、効率化の余地がある部分から財源を移転することが改定の基本とされたが、各方面からの抵抗もあって当初内容を断行するまでには至らず、課題がどこまで改善されるか疑問である。一方では、高齢者増による社会保障費・医療費を抑制し、医療財源を確保する観点から、後期高齢者医療制度が実施されたが、政府の説明不足もあって大きな社会問題ともなっている。

検査料についてみると、前回の平成 18 年改定で

は診療報酬本体が 1.36%引き下げられたなかで、7%近い検体検査実施料引き下げが行われたが、今回は大きな引き下げは行われず、検体検査管理料はじめ、検体検査管理加算、外来迅速検体検査加算などで見直しが行われるとともに、微生物学的検査では点数の引き上げも行われている。

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。

I. 今回の診療報酬改定概要

改定に係る基本的な医療政策については、前回の改定と同様に、昨年 11 月に社会保障審議会の医療保険部会および医療部会において、診療報酬改定に係る基本方針について審議が行われ、中医協では基本問題小委員会において調査・審議が行われた。その過程のなかで、昨年 11 月には中医協答申「検査の評価体系の見直し：医療の根幹をなす各種検査は診断や治療に必須のものであり、その質の確保は重要な課題である。検査の迅速性や 24 時間対応等についても重点的な評価をすべきである」との趣旨に沿って、外来迅速検体検査加算、検体検査判断料、検体検査管理加算における見直し、外来診療料における検査の包括変更、微生物検査の増点、さらには前回に続いて「精密測定」項目の見直し(複数検査を 1 つの告示にする項目)などにも配慮が行われている。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の中で、「検査：検体検査は市場実勢価格を踏まえた適正化」

*帝京大学医学部臨床病理学教授(〒173-8606 東京都板橋区加賀 2-11-1)

日本臨床検査医学会 理事長・保険担当理事

があげられており、検体検査実施料の引き下げが懸念されたが、その下落率はかなり抑えられている。昨年度実績からシミュレーションしたデータでは、0.9%の削減にとどまると推定されている。前回の改定と同様、この1月には基本方針に沿って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）が設定された。これに対応して本学会は関連団体とも協調し、検査に関連した各項目に対してパブリックコメントを当局宛に送付した。その結果、厚労省ではこれらを踏まえた修正を行っており、今後ともパブリックコメント募集に対しては適切な対応をとることが重要であると考えられた。

これらの対応とは別に、今回の診療報酬改定も踏まえ、日本臨床検査医学会を中心に各関連団体とともに検体検査に係る保険医療制度改革に向けた「臨床検査振興協議会 医療政策委員会」を立ち上げている。ここで掲げた「検体検査の診療報酬における評価の見直し」の内容は、(1)臨床医による臨床的評価に基づいた検体検査実施料の評価、(2)現在の実施料および判断料の仕組みの見直し、(3)外来診療料に係る検査の包括項目の見直し、(4)院内検査室の価値と役割を反映する診療報酬上の評価、であ

る。今回の改定に向けた提言では、特にこれまでもしばしば問題として取り上げられてきた微生物検査と感染症検査について、各項目における臨床的評価、検査コストについて報告を行い、実施料の増点を求めた。これらの提言が厚労省で評価され、昨年11月の中医協で「検査の評価について」として審議されている（資料1）。このような提言が中医協で評価されたことはこれまでに例のないことであり、今後とも検査関連団体が協調して「検体検査診療報酬の適正な評価」を求めて活動していくことが重要である。

その他、病理学的検査料については日本病理学会からの要望を取り入れ、検査の重要性に鑑み、「第3部検査」から「第13部病理診断」とする、として、検査の部から独立して別の部に掲げられた。

II. 検体検査に係る改定点

検体検査の項目およ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、算定要件の改定、一部の「精密測定」項目の見直し・統一化なども行われている。検体検査管理加算は施設基準の見直しが行われ、検体検査判断料については2つの項目で点数

資料1 検査の評価について（平成19年11月16日付け中医協資料から抜粋）

第1 検査料等の評価体系について

1. これまでの評価

検査に係る診療報酬は、基本的に実施料と判断料に分けて評価しているところである。このうち、実施料については診療報酬改定時の衛生検査所調査による実勢価に合わせた評価により、年々点数が切り下げられてきたが、判断料については技術的要素の評価により、年々点数は高くなってきた。

2. 検査の現状と課題

- (1) 院内検査室で行う検査については、実施料が実際にかかる費用に見合わない評価となっており、患者の病態の変動に合わせた速やかな検査が実施できない等、問題が生じているとの指摘がある。
- (2) さらに、院内検査室で行う検査については、救急患者に対する迅速検査や、異常値検出時の速やかな医師等への報告などの利点に対し、十分な評価が行われていないとの指摘がある。
- (3) 微生物学的検査など、実施料に対し実際にかかる費用が見合っていない項目が存在している。また、外部精度管理参加施設数が減少傾向の項目が存在しており、微生物検査等の受託を取りやめた検査所が出始めていることを意味していると考えられる。

論 点

- (1) 検査は、診断や治療を実施するために必須のものであり、医療の根幹を成すものである。したがって、必要な検査を必要ときに速やかに実施できない状況は、患者の不利益に繋がることとなるため、迅速に検査を行う体制や、検査を24時間実施できる体制等について重点的な評価を行うことを検討してはどうか。
- (2) 一部のコストに見合わず受託検査所が減少している検査項目等については、実勢価を踏まえつつも再評価することを検討してはどうか。

Table 1 新設項目

尿・糞便等検査	区分D001	12	ミオイノシトール定量	120 点
	区分D004	9	マイクロバブルテスト	200 点
	区分D004	16	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA 法または CD-DST 法)	2,000 点
血液学的検査	区分D006-	7	WT1mRNA 定量	2,000 点
	区分D006	8	培養細胞による先天性代謝異常診断	2,000 点
生化学的検査(I)	区分D007	20	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100 点
	区分D007	22	イヌリン	120 点
生化学的検査(II)	区分D008	10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント (NT-proBNP)精密測定	140 点
	区分D008	13	β クロスラプス精密測定	170 点
	区分D008	13	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定	170 点
	区分D009	8	血清中抗 p53 抗価	170 点
	区分D013	9	B 型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)定量	290 点
免疫学的検査	区分D014	13	抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定	210 点
	区分D014	16	血清中抗 BP180NC16a 抗体	270 点
	区分D014	20	抗 GM1IgG 抗体	460 点
	区分D014	20	抗 GQ1bIgG 抗体	460 点
	区分D014	22	グルタミン受容体自己抗体	1,000 点

が引き下げられた。

A. 検体検査実施料の見直し

これまでの改定では「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を決定」することが継続して行われてきたが、前述のように、提言の中に盛り込まれた微生物学的検査における実際の経費率から、「微生物学的検査」では細菌顕微鏡検査、細菌培養同定検査、薬剤感受性検査などを中心に増点が行われている。全体としては点数に変化のない項目が多く、減点となった項目でもその引き下げ率は極めて低く抑えられている。時間と熟練を必要とする検査では、増点された項目も少なくない。各区分において包括算定となる項目についてみると、出血・凝固検査 3 項目または 4 項目で 550 点—530 点、5 項目以上で 770 点—750 点、生化学的検査(I) 5 項目以上 7 項目以下 102 点—100 点、8 項目または 9 項目 111 点—109 点、10 項目以上で 130 点—129 点と引き下げられたが、その下げ幅は最小限に留まっている。一方、生化学的検査(II)、腫瘍マーカー、さらに、基本的検体検査実施料では変更されていない。前回改定時と同様、平成 18 年度改定後に新規収載された 12 項目(ミオイノシトール定量、WT1mRNA 定量、イヌリン、NT-proBNP 精密測定、 β クロスラプス精密測定、ucOC 精密測定、血清中抗 p53 抗価、HBcrAg 定量、

抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定、血清中抗 BP180NC16a 抗体、抗 GM1IgG 抗体、抗 GQ1bIgG 抗体)については、点数の変更は行われていない(点数表上で準用扱いであったものは、本来の検査区分に移行された)。今回の改定時に新規収載された項目とともに、新設された項目を **Table 1** に示す。この中で昨年 11 月に収載された WT1mRNA 定量については、当初、区分 D006-2 血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)での準用収載となったため、「別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、6 月に 1 回を限度として算定できる。」が適用されることとなり、外注した場合は算定できない規定となっていた。今回の改定では、新区分の D006-7 として収載されたため、当該医療機関で検査が実施されなくても算定できることになった。また、表にはあげていないが、B001 特定疾患治療管理料 2 特定薬剤治療管理料において対象疾患と薬剤が、一部、追加収載されている。

B. 削除された項目、および精密測定項目に係る一部変更

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、

Table 2 新設項目

①点数表から削除されたもの			
尿・糞便等検査	区分D003	10	ヘモグロビンおよびトランスフェリン*
生化学的検査(I)	区分D007	4	総鉄結合能(TIBC)***
	区分D007	4	不飽和鉄結合能(UIBC)***
	区分D007	21	フェリチン*
	区分D007	24	心筋トロポニン T 定性**
	区分D007	34	ビタミン B ₂ 定量*
生化学的検査(II)	区分D008	7	T ₃ 摂取率(T ₃ -uptake)精密測定
	区分D009	2	免疫抑制酸性蛋白(IAP)
免疫学的検査	区分D012	6	ツツガムシ抗体価*
	区分D013	6	HBc 抗体価*
	区分D013	6	HCV 構造蛋白および非構造蛋白抗体価*
	区分D014	5	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体*
	区分D014	10	抗 SS-A/Ro 抗体*
	区分D014	10	抗 SS-B/La 抗体*
	区分D014	10	抗 Scl-70 抗体*
	区分D015	11	レチノール結合蛋白(RBP)*
	区分D015	14	α 1-酸性糖蛋白精密測定
微生物学的検査	区分D023	2	淋菌核酸同定精密検査*
	区分D023	2	クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査*
	区分D023	4	HBV 核酸同定精密測定
	区分D023	11	HIV-I 核酸同定検査*
②基本診療料に包括された項目			
微生物学的検査	区分D021	1	ナイアシンテスト
生化学的検査(II)	区分D008	4	ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β)分画定性
	区分D009	1	α -フェトプロテイン(RPHA 法)
	区分D007	2	β -リポ蛋白
	区分D007	6	モノアミンオキシダーゼ(MAO)
免疫学的検査	区分D012	32	ヴィダーレル反応
	区分D014	7	抗 DNA 抗体(凝集法および免疫染色法)*
	区分D014	2	リウマチ因子スクリーニング
	区分D015	5	α 1-酸性糖蛋白測定*

*:「精密測定」法には該当しない「一般検査」法により測定される同一測定項目であって、「精密測定」と比較して、オーダーされる頻度が低い、点数に大きな差がなかった項目。

** : D003 23 心筋トロポニン T で算定可。

*** : D007 1 鉄に準じて算定。

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は保険から削除された (Table 2)。

また、前回改定に引き続いて「精密測定」項目の見直しが行われている。保険点数上という「精密測定」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に以前から便宜的に

使用されてきた名称であり、現状にはなじまない。今回の改定では、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)と精密測定検査の点数の差が大きくないものは1つの項目として統一され、どちらかの検査のうちオーダー頻度が低いものは削除され (Table 2①), 頻度の高いものが残された。これに伴って名称の変更が行われた項目もある (Table 3)。またこれらの変更

Table 3 名称の変更が行われた項目

	旧区分		新区分		新項目名
尿・糞便等検査	区分D003	7	区分D003	6	ヘモグロビン定性
	区分D003	9	区分D003	8	ヘモグロビン定量*
	区分D003	11	区分D003	9	ヘモグロビンおよびトランスフェリン*
血液学的検査	区分D006	10	区分D006	12	フィブリンモノマー複合体定性
	区分D006	14	区分D006	14	D-D ダイマー定性
	区分D006	16	区分D006	15	D-D ダイマー定量*
	区分D006	22	区分D006	21	フィブリンモノマー複合体定量*
	区分D006-4		区分D006-4		遺伝病的検査
生化学的検査(I)	区分D007	22	区分D007	17	不飽和鉄結合能(UIBC)*
	区分D007	23	区分D007	18	総鉄結合能(TIBC)*
	区分D007	26	区分D007	22	フェリチン*
	区分D007	27	区分D007	23	心筋トロポニン T*
	区分D007	42	区分D007	33	ビタミン B ₂ *
生化学的検査(II)	区分D008	15	区分D008	11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β)分画*
免疫学的検査	区分D012	24	区分D012	24	ツツガムシ抗体価*
	区分D013	7	区分D013	6	HBc 抗体価*
	区分D013	8	区分D013	7	HCV 構造蛋白および非構造蛋白抗体価*
	区分D014	3	区分D014	2	リウマトイド因子
	区分D014	3	区分D014	5	LE テスト
	区分D014	9	区分D014	6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)*
	区分D014	9	区分D014	7	抗核抗体価(蛍光抗体法)*
	区分D014	9	区分D014	7	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体価*
	区分D014	11	区分D014	9	抗 SS-A/Ro 抗体*
	区分D014	11	区分D014	9	抗 SS-B/La 抗体*
	区分D014	11	区分D014	9	抗 Scl-70 抗体*
	区分D014	12	区分D014	10	抗 DNA 抗体価*
	区分D015	12	区分D015	13	レチノール結合蛋白(RBP)*
微生物学的検査	区分D023	3	区分D023	2	淋菌核酸同定精密検査*
	区分D023	3	区分D023	2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査*
	区分D023	4	区分D023	3	HBV 核酸定量検査
	区分D023	16	区分D023	10	HIV-1 核酸定量検査*

*: 従来の「精密測定」項目から精密測定の名称が外れたもの

伴って、項目によっては点数が変更されている。
「精密測定」という項目が点数表からなくなっても、必ずしも「精密測定法による項目」が保険から外されたわけではないので、誤解されないようにお願いしたい。一方、腫瘍マーカー、免疫学的検査などで精密測定だけが収載されている項目については変更されることなく残されている。次回の改定ではこれらについても、「精密測定」という名称を見直すようにお願いしている。

一部の項目については精度、有用性などの面から問題があるとされ、「基本診察料」に含まれて算定

できなくなった(Table 2②)。これらの検査は、いずれは保険収載外としての措置を受けるものと思われる。

なお、 α -フェトプロテイン(RPHA 法)の基本診療料包括に伴って、従来は「同一月内に AFP と PIVKA-II 精密測定を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。」との規定が外され、両項目ともに算定可能となった。

Table 3 の項目のなかで、D014 2 リウマトイド因子は従来の D014 3 リウマチ因子測定の名称が変更されたものであり、従来の D014 2 リウマチ因子スク

Table 4 検体検査判断料

		旧点数	改定後点数	
区分D026	1 尿・糞便等検査判断料	34 点	34 点	→
	2 血液学的検査判断料	135 点	125 点	↓
	3 生化学的検査 (I) 判断料	155 点	144 点	↓
	4 生化学的検査 (II) 判断料	135 点	144 点	↑
	5 免疫学的検査判断料	144 点	144 点	→
	6 微生物学的検査判断料	150 点	150 点	→
区分D027	基本的検体検査判断料	630 点	604 点	↓

リーニングは実質的には保険収載外となった。これに伴って、従来はリウマチ因子測定と他のリウマチ系検査 (IgG 型リウマチ因子, MMP-3, 抗 CCP など) を併施すると主たるもの 1 つに限って算定されたが、今回の改定では、リウマトイド因子とともに他のリウマチ系検査 1 項目の算定が可能となっている。従来の区分 D006-4 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査は、「遺伝病的検査」と名称変更され、3 種類の先天性筋ジストロフィーがア～ウとして収載されるとともに、ウ・栄養障害型表皮水泡症～ス・ポンペ病までの 10 種類の遺伝子疾患が掲げられた。

C. 検体検査判断料の見直し

厳しい医療経済環境の中にあって検体検査に係る診療報酬については、いわゆる「実勢価格」を根拠とした点数の見直しが保険改定のたびに繰り返し実施されたことにより、検体検査実施料は大きく削減されてきた。これら検体検査実施料が下げられる一方で、院内検査部の収入を補填することを目的に、1988 年から検体検査判断料が導入され、実施料の減点に伴って検体検査判断料が漸次、増点されてきたが、このあたりの根拠は不透明である。点数と受託業者の受注価格との差額とともに、この検査判断料も検査差益を目的とした検査オーダーに繋がりがかねない「検査漬け」との批判を浴びる一因となっている。この判断料については、医療政策委員会の提言のなかで大幅な引き下げを行うことを提案し、これに代わる実施料の引き上げ、検体検査加算を中心とする院内検査体制の再評価を行うよう、訴えてきた。残念ながら今回の改定では判断料において大きな見直しは行われておらず、比較的オーダー頻度が高い「血液学的検査判断料」、「生化学的検査 (I) 判断料」でそれぞれ 135 点→125 点、155 点→144 点に引き下げられた。「尿・糞便等検査判断料」、「免疫

学的検査判断料」、「微生物学的検査判断料」では点数の変更はなく、生化学的検査 (II) 判断料では 135 点→144 点へと増点となった。「基本的検体検査判断料」では 630→604 点に減点された (Table 4)。

D. 外来迅速検体検査加算

前回の改定で初めて収載された外来迅速検体検査加算 (第 1 款 検体検査料実施料 3) では、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、とあり、患者の視点にたった技術として保険収載されたのにもかかわらず、すべての検査について結果を出すとの算定要件が実情にあわず厳しいために、多くの基幹病院で既に「診療前検査」として実施されているにもかかわらず、その算定率は実質的には迅速検査を実施した例の 10%前後に留まっていた。さらに点数も最大で 5 点 (50 円) という低額であり、算定のための環境・体制整備を行っても採算が取れないため、実施に踏み切るインセンティブが働かないことが大きな問題であった。今回の改定に向けて、日本臨床検査医学会から内保連を通して厚生労働省宛に提出した「医療技術評価希望書」の希望順位 1 位にあげ、前述のように医療政策委員会からも強く提言を行ったためもあって、中医協で評価され、算定対象項目は 40 項目 (Table 5) に限定され、点数も 1 項目 5 点・最大 5 項目 (250 円) に引き上げられた。なお、Table 5 にあげられた項目については当日中に結果が出て、この結果にもとづいた診療が行われることが算定要件となっている。したがって、これらの検査がオーダーされた場合には、結果の出ていないものが 1 項

Table 5 外来迅速検体検査加算の対象項目

D000	尿中一般物質定性半定量検査
D002	尿沈渣顕微鏡検査
D003	ヘモグロビン定量
D005	赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})
D006	プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物(FDP)測定、D-Dダイマー定量
D007	総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、 γ -グルタミールトランスぺプチダーゼ(γ -GTP)、中性脂肪、Na および Cl, K, Ca, グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、クレアチン・フォスホキナーゼ(CPK)、HDL-コレステロール、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、LDL-コレステロール、グリコアルブミン
D008	甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定、遊離サイロキシニン(FT ₄)精密測定、遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定
D009	癌胎児性抗原(CEA)精密測定、 α -フェトプロテイン(AFP)、PSA 精密測定、CA19-9 精密測定
D015	C 反応性蛋白(CRP)定量
D017	その他のもの(グラム染色)

Table 6 外来診療科の包括項目

イ	尿検査	区分番号	D000 から D002 に掲げるもの
ロ	糞尿検査	区分番号	D003 に掲げるもの
ハ	血液形態・機能検査	区分番号	D005
包括される項目			
1	赤血球沈殿降速度測定	2	網赤血球数
3	血液浸透圧測定、鼻汁略痰中好酸球検査		
4	好酸球数	5	末梢血液像
6	末梢血液一般検査	7	血中微生物検査
8	赤血球抵抗試	9	自己溶血試験、血液粘稠度測定
10	ヘモグロビン F(HbF)		
11	動的赤血球膜物質検査		
包括から除かれる項目			
9	ヘモグロビン A _{1c} (HbA _{1c})		
12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定		
13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定		
14	骨髓像		
15	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)		

目でもあると、本加算はまったく算定できないことになる。

E. 外来診療料における包括項目の見直し

今回の改定では、外来診療料に包括される検査のうち、70 点を越える項目は包括から外すべきとする臨床検査専門医会と協調して要望した内容が受け入れられ、Table 6 の包括から除かれる項目に記載するように、前回の改定で包括外となった HbA_{1c} に加え、12 TK 活性精密測定～15 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)までの計 5 項目が包括から除かれることになった。

F. 検体検査管理加算 施設基準の見直し

検体検査管理加算は見直しされて加算(I)、(II)、(III)となり、これに伴って施設基準の改定が行われた(Table 7)。大きな変更点は、加算(II)が新たに設けられたことであり、ここでは「専ら」であることを要件としない「臨床検査を担当する常勤の検査医が 1 名いること」とされ、その医師には「検体検査の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わり、院内検査に用いる検査機器試薬の管理についても携わる」ことを求めている。また、(III)では「常勤の臨床検査技師が 4 名以上いること」が新

Table 7 検体検査管理加算の施設基準

■検体検査管理加算(I)の施設基準： 検体検査管理加算(III)の、(3)から(6)までのすべてを満たしていること。 ■検体検査管理加算(II)の施設基準： 1. 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。 2. 検体検査管理加算(III)の、(3)から(6)までのすべてを満たしていること。 ■検体検査管理加算(III)の施設基準： (1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。 (2) 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。 (3) 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 ア. 血液学的検査のうち「末梢血液一般検査」 イ. 生化学的検査のうち「総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、CPK、Na及びCl、K、Ca、GOT、GPT、血液ガス分析」 ウ. 免疫学的検査のうち「ABO血液型、Rh(D)血液型、クームス試験(直接、間接)」 エ. 微生物学的検査のうち「排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(グラム染色)」 (4) 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。 (5) 外部の精度管理事業に参加していること。 (6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。
--

たに要件として追加され、さらに(I)(II)(III)のすべてで、常時、グラム染色検査ができる体制にあること、とされた。すなわち、要件を満たせば「ランチ」でも(I)が、「FMS」でも(II)が算定可能となっている。(III)では実質的には従来と大きな変更点はないということである。

なお、施設基準の変更により、算定点数は、加算(I)、加算(III)はそれぞれ40点、300点で従来と変わらず、新設の加算(II)は100点となっている。

G. 予想される影響

点数改定に係る影響は、昨年実績から推計すると、実施料ではマイナス0.9%となり、判断料でも減収となるが、外来迅速検体検査加算での増収が見込まれることから、大きな減収にはならないと想定される。

III. 生体検査に係る改定点

今回の改定で増点されたものは、D211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(700点→800点)、D235脳波検査(400点→500点)などであり、穿刺、生検、

検体・組織採取に関わる検査での増点が目立つ。D282-4ダーモスコピー(12点→72点)のほか、自覚的聴力検査、平衡機能検査、嗅覚検査の一部でも増点された項目がある。減点されたものには、D20812誘導心電図(150点→130点)、D211脈波図などがあげられる。超音波検査ではUCGで、ロ・Mモード法のみによる検査(400点→500点)と、ハ・経食道的超音波法(800→1500点)で増点が行われ、造影剤使用加算(150点)が新たに設定されたが、UCGイ・断層撮影法およびMモード法による検査では「所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。」と要件が変更されたことにより、実質的には減点(780+200=980点→880点)になっている。前回も評価があまりに低すぎるとして増点の希望が出された筋電図検査、神経伝導速度検査などの見直しは今回も見送られた。問題とされたD282-3コンタクトレンズ検査料では、大幅な削減が行われている。

新設された項目の主なものをTable 8に示す。

Table 8 新設項目

超音波検査等	区分D215	造影剤使用加算	150 点
監視装置による諸検査	区分D225-3	24 時間自由行動下血圧測定	200 点
	区分D237-2	反復睡眠潜時試験 (MSLT)	5,000 点
神経・筋検査	区分D239-3	神経学的検査	300 点
眼科的検査	区分D256-2	眼底三次元画像解析	200 点
負荷試験等	区分D290-2	尿失禁定量テスト (パッドテスト)	100 点
内視鏡検査	区分D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	2,000 点
	区分D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700 点
	区分D310 3	その他のもの	1,700 点
	区分D311 2	肛門鏡検査	200 点
	区分D417 12	末梢神経	620 点

IV. 輸血に係る改定点

K920 8 クームス検査における加算が 40 点から 34 点に引き下げられた以外、大きな変更はない。輸血管理料の施設基準において、新鮮凍結血漿と赤血球濃厚液の使用量に係る基準の変更が行われた。

V. 病理学的検査に係る改定点

今回の改定では病理学会からの強い要望に応じて、病理検査は「第 3 部検査」から独立し、「第 13 部病理診断」として掲示された。第 1 節は従来の実施料が病理標本作製料と名称変更されて N000～N005 に変わり、第 2 節は病理診断・判断料で N006 病理診断料（保険医療機関において病理診断医が診断した場合に算定されるもので、DPC においても包括対象外）と N007 病理判断料から構成されている。内容に大きな変更はなく、点数も変更されていないが、N005 HER2 遺伝子標本作成で、従来は「乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して行った場合に限り 1 回を限度として算定する。」とされていたが、「乳癌の術後の患者または乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して標本作成を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に 1 回を限度として算定する。」と変更された。

VI. 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は膨らみ続けており、社会保障費の増加トレンドは避けられない状況にある。社会保障費・医療費の抑制政策の中で、医療機関の疲弊していることが明らかになってきた。医療崩壊も叫ばれているが、検査もその例外ではない。臨床検査は医療の根幹をなすものであり、適正な臨床検査があつてこそその医療である。国民の医療を守るために、検査をあずかるものはどのように考え、いかに行動していくべきであろうか。しかし、臨床検査、なかでも検体検査に関わる組織の体制改革、運営改善は既に限界に近づいてきている。

懸念された検体検査実施料の引き下げは、今回の改定では極めて小幅に留まった。検査の重要性が理解され、医療政策委員会から提言された内容が取り入れられている。これまでと全く届きにくかった声が厚生労働省および中医協において一定の評価を頂戴したということであり、現在の経済環境を考慮すれば、今回の改定はこれまでと比較して大いに評価できる内容であったと考えたい。今こそ、検査に関わる各関連団体が協調して活動していくことが求められている。