

◇ 検体検査管理加算

概略

検体検査管理加算(I)、(II)及び(III)(以下、「加算 I」、「加算 II」及び「加算 III」という)は、現行の診療報酬において「D026 検体検査判断料」に規定されており、それぞれ 40 点、100 点、300 点が施設基準を満たす保険医療期間において算定可能となっている。

検体検査管理加算は、いわゆる「ドクターフィー」的な要素を大きく占めていると解釈されているが、現状では検体検査の管理に必ずしも検査室勤務、即ち専任の医師が関与しているとは言い難い。

平成 19 年 1 月中医協資料によると、平成 18 年 7 月 1 日現在の全国 9,161 施設中、「加算 I」3,428 施設(37.42%)、「加算 II」757 施設(8.26%)であった。また平成 20 年 4 月診療報酬点数改訂後、当会の平成 21 年 4 月全国調査(経営主体別:100 床以上:800 施設)によれば、「加算 I」のみ算定施設は 31.2%、「加算 I + II」は 47.2%、「加算 I + III」は 15.8%であった。

これらを比較すると、平成 20 年 4 月の診療報酬改訂以降は、「加算 II」の算定施設が大幅に伸びている。これは「加算 II」の旧施設基準『臨床検査を専ら担当する常勤の医師が 1 名以上、～中略～』から、平成 20 年の改訂で「専ら」が外され『臨床検査を担当する常勤の医師が配置されていること。』に変更されたことによるものと想定される。つまり「検体検査の管理」に含まれる検体測定から精度管理に至る実務まで臨床検査技師がその業務を行っていることが裏付けされている。

しかし現状では、入院及び入院外を対象とした検体検査業務自体に差は無いが、現行の診療報酬においては「加算 I」及び「加算 II」の算定点数に大きな差がある。これらを多角的に検討し、検体検査管理加算の適正化を図ることにより国民への安全かつ良質な医療を提供するとともに、科学的根拠に基づく診療のための補助として検体検査全般について、専門医をはじめ臨床検査技師についても診療報酬に反映されることが重要といえる。

改正の必要性和根拠

検体検査管理加算は、良質且つ安全な医療を提供するための診療の補助として「検体検査」の適切な評価がなされるべきで、実際に検体検査業務を担当する臨床検査技師とその結果を診療に反映させる医師との連携に主眼を置くべきものであるといえる。それが「ドクターフィー」として表現されているものといえる。しかし、当会実施の平成 17 年度組織実態調査を見ても認定臨床検査専門医は、全国で 505 名に過ぎず、大都市とくに大学病院に所属するという偏りも見られ、専門医不在地域も 3 県ある。即ち全国の医療機関における臨床検査の管理・運営に携わっているとは言い難い現状である。

また検査部門の管理体制責任者は、医師が 30%、臨床検査技師が 60%を占め、管理責任者が医師である医療機関 1,262 施設のうち臨床と兼任している施設が 994 施設(78.8%)であった。これをもて検体検査の管理等の実務は臨床検査技師が行っているといえる。

さらに「検体検査の管理」に重要な「検体検査の精度管理業務」については臨床検査技師のみが行っているといっても過言ではない。検体検査は国民への医療提供において、その質・精度の確保が重要であり医療技術の適正な評価に関しては、難易度・時間・技術料を要因とした再評価の検討を御願したい。

現行の診療報酬においては「加算 I」及び「加算 II」の算定点数に大きな差がある。検体検査管理加算の適正化を図ることにより国民への安全かつ良質な医療を提供するとともに、科学的根拠に基づく診療のための良質なデータ提供する検体検査全般について、専門医をはじめ臨床検査技師についても診療報酬に反映されることが重要といえる。

改正案

改正の必要性和根拠によるポイントは次のとおり。

1. D026 検体検査判断料は現行とおりとし、注 3 の点数改定。
 - イ 検体検査管理加算(I): 40 点から 100 点へ
 - ロ 検体検査管理加算(II): 100 点から 200 点へ
 - ハ 検体検査管理加算(III): 300 点(現行)
2. 検体検査管理加算(II)の施設基準の変更
 - 1) (2)検体検査管理加算(II)の施設基準への追加(現行、イ・ロ・ハのみのところ、下記の二を追加)
 - ニ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が配置されていること。
 - 2) 検体検査管理加算(II)に関する施設基準(1)の変更

現行:(1)臨床検査を担当する常勤の医師が 1 名以上配置されている。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ものである。

改正案:(1)臨床検査を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。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ものである。

◇ 血液採取料(静脈)の見直し及び

改正

概略

現行の診療報酬において、血液採取料は「D400 血液採取(1 日につき)」に規定されており、静脈 11 点、その他 6 点(6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は、14 点を加算する)となっている。

日本臨床衛生検査技師会(以下「当会」という)が、平成 21 年 3 月に全国都道府県技師会を通じて、臨床検査技師が採血に携わっている現状調査を経営主体別、病床数別にサンプリング(n=800、有効回答施設数=347)にて行った。その結果、臨床検査技師が採血を行っている施設は約半数の 375 施設(46.9%)であり、これに外来だけの採血業務を加えると 80%を超える施設で採血業務に関与していることになる。これらは、採血から検査データ返却までの一貫した精度管理が要求され、検査データの質を担保するための不可欠な事項となっていることにほかならない。また、採血行為は侵襲的行為であり、医療安全と感染防止の観点から病院機能評価機構の重点評価項目として設定されている。特に交差感染防止の観点から、採血時の 1 患者に 1 手袋着用、1 採血ホルダーの使用などと厳しい基準となっている。これらのことは厚生労働省医政局が関与している「標準採血法ガイドライン(日本臨床検査標準協議会 JCCLS)」に記載されている。一方、医療安全上においても患者の取り違え防止や転倒転落防止、採血後の処置などの機器・器材・器具などの設置が必須となっており、より一層の安全対策が望まれているものである。また、医師、看護師不足にとって、採血に係る業務が検査業務としてシフトされ、採血人員の確保による人件費や医療安全・感染防止のための費用、採血に要する材料費等によって、現状の採血料では賄うのが不可能と考えられる。よって、国民への安全な医療と良質な医療の提供をするにあたっては、血液採取に必要な機器、器材、器具などの設備の設置が、施設として必要不可欠な要件となる。

改正の必要性和根拠

当会が調査した結果、外来患者の血液採取に対する医療安全、感染防止に対する対策は、病院機能評価機構のサーベランス重点事項にされており、各施設ではそれらに対する設備投資や器材の使用に努めている。

平成 21 年度 3 月に実施した全国サンプリング調査(n=800、有効回答施設数=347)では、医療安全設備費用並びに人件費を含まない消耗品の採血のトータルコストを回答させた結果、凡そ 200 円以内とした施設が全体の 72.0%、300 円以内とする施設が 19.3%を占めるなど、ほぼ 300 円以内に収束していることが伺わ