

診察時間の目安は必要？

5分ルール

「診察室に入ってから出るまで5分」というルールで、診療報酬が引き下げられる仕組みが昨年4月に導入されました。患者や医療現場にどのような影響を与えたのでしょうか。

編集／医師35人の合同編集委員会

事務局／ロハスメディア

監修／黒木副武 埼玉みさと総合リハビリテーション病院院長

大竹秀樹

板橋中央総合病院本部事務局事務局長

イラストレーション／浦本典子

5分ルールとは？

診 察室で、小さな子が泣きわめいて落ち着きません。付き添いのお母さんも、医師も看護師もなだめようと必死です。もし、医師がストップウォッチを片手に、「5分以上経過したので診察は終わりにします」なんて言った

ら……。

逆に、こんなケースはどうでしょうか。例えば、ずっと同じ薬を服用している患者が、これまでと同じ薬をもらいに来ただけの場合。「お交わりはありませんね？」と確認するだけで、「5分」どころか1分もかからないかもしれない。患者によっていろいろな診察方法がありますので、「時間」という尺度で決めるべきではないように思えます。ところが、昨年4月の診療報酬改定で、「患者が診察室に入ってから出るまでおおむね5分」という時間の目安が導入されました。5分程度の診察をしないと診療報酬を下げられてしまう。これが、「5分ルール」と呼ばれるものです。なぜ、こんなルールが必要なのでしょう？

「5分ルール」の導入を主張した厚生労働省は、「患者に対する懇切丁寧な説明が必要だから」という理由を挙げました。近年、「3時間待ち



の3分診療」と言われます。医師はもつと診察時間をかけて患者に接するべきだというのです。なるほど、言われてみればそんな気もします。「待合室で長いこと待ったのに」と思うこともあります。

しかし、「5分ルール」の導入によって、逆に待ち時間が長くなってしまいました。厚生省の調査によると、「患者1人あたりの診察時間が長くなったか」との設問に、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」と回答した病院が44・6%、診療所では34・8%でした。

また、「診療時間の延長が

多くなった」という回答は、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせると、病院では35・0%、診療所では28・6%でした。

このように見てみると、「5分ルール」の導入が医療現場や患者にとって、決して良い結果をもたらしたとは考えにくいのです。さらに深刻なことは、「5分」という時間の目安があるために、診察できる外来患者の数が制限されてしまったことです。つまり、1時間に最大でも12人しか診察できないので、中小病院や診療所の収入が激減したという声も出ています。しか

し、厚生省にとってはそれでもいいのです。手術や検査など医療行為の値段（診療報酬）は、2年に1回のペースで改定されます。社会保障費を抑制するという国の政策の流れに乗って、診療報酬も年々切り下げられてきました。

今回の「5分ルール」もその一環で、再診料に上乘せされる医学管理の費用を請求するため、「おおむね5分」の説明や診察が必要になったのです。この医学管理の費用を「外来管理加算」と言います。いったい、どのようなものでしょうか。

真の狙いは 医療費抑制

外 来管理加算は、再診の際に超音波検査など特定の検査や処置などが何もなかった場合に必要となる料金で、診療報酬は52点（1点10円）です。再診料に上乘せられます。例を挙げましょう。初診時に処方された薬がなくなったので再び来院した患者

に、医師が「調子はどうですか。お変わりはありませんか？」と尋ねます。患者が、「ありません。いつもの薬を下さい」と答えたので、「では処方せんを書きましようね」と言って患者に渡します。このような場合、再診料にプラスして算定できるのが「外来管理

加算」でした。ところが、厚労省はこれでは不十分としました。医師が患者の療養上の疑問に答えたり、病状や療養上の注意を説明したりしなければ、外来管理加算を算定できないとしました。「懇切丁寧な診療をすれば5分以上はかかるだろう」という説明です。しかし、懇切丁寧な説明を評価するならば、独立の診察料にすべきだったのです。そうではなく、外来管理加算の算定要件にしたところがポイントです。説明しましょう。

外来管理加算を審議していた当時、厚労省の担当者は「お薬外来をなくしたい」と話していました。つまり、医療費を削減する手段として、「無診察投薬の禁止」を徹底させようという狙いがあったのです。診察をしないで薬を処方する「無診察投薬」は医師法で禁止されていますが、実際の運用はあいまいでした。例えば、受付に「お薬だけの方」という箱を置いて、薬をもらうだけの患者はそこに診察券を入れます。この場合、受付



の事務員が医師を通さずに処方せんを書いてしまうことは違法です。

では、事務員が医師にカルテを回して事情を説明し、医師がカルテにサインして前回と同じ処方せんを出した場合も駄目でしょうか。また、寝たきりの患者に代わって家族が薬をもらいに来た場合はどうでしょう。慢性疾患で何度も来院している患者と対面して診察しなくても、電話で十分に話した場合は「無診察」と言えるのかなど、あいまいな点がありました。

そこで、厚労省は「お薬外来」の「グレーゾーン」をなくすため、患者と診察室で直接対面した上で、5分程度の丁寧な説明をしないと外来管理加算を取れないように制限をかけたのです。つまり、薬だけの場合、おおむね5分以上の診察を受けなければ、外来管理加算は必要なくなりました。患者にとっては一見良さそうに思えますが、診察を受けるために長い時間待つよりも、薬だけをもらって帰りたい患者もいますので、評価は分かれるところでは

外来管理加算

再診の際、リハビリや処置などをしない医療（医学管理）を行った時に算定されます（520円）。「入院中の患者以外の患者（外来患者）に対して、厚生労働大臣が定める検査ならびにリハビリテーション、処置、手術などを行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算を算定できる」と定められています。

つじつま合わせの 診療報酬改定

外

来管理加算の歴史を振り返ると、もともとは内科の再診料に上乘せする「内科加算」でした。眼科や耳鼻科などに比べて処置や検査が少ない内科の点数を上げるといふ不均衡是正のために設定されたのです。ところが、厚労省の担当者は「いつの間にか、何もしない加算」になつてしまった」と言います。

しかし、処置やリハビリのようないに見える医療行為と同様に、患者に対する説明を診療報酬で評価するのであれば、医師の技術料として独立の点数にすべきとの声もあります。つまり、今回の「5分ルール」は医療費を抑制するために、何とかつじつまを合わせた変更とも言えます。な

ぜ、このようなことが起こるのでしようか。

診療報酬は、医療を所管する厚労省が中心になって原案を作成し、中央社会保険医療協議会（中医協）の審議を経て改定されます。中心になるのは、医師免許を持った行政官（医系技官）と呼ばれる官僚です。彼らは、臨床現場をほとんど経験せずに机上の政策を練る傾向があるため、時として「現場無視」と批判されるような政策を生み出すことがあります。今回の「5分ルール」は、その代表例と言えるでしょう。

また、診療所や病院単位で医療政策を考えていることも問題です。地域医療の崩壊を食い止めるためには、診療所や病院が一体となって、「地域完結型の医療」をつくる必要がありますが、そのような政策になっていません。

現在、医師不足が深刻な問題となっています。このため、2008年度の診療報酬改定は「病院勤務医の負担軽減」

が緊急課題に位置付けられ、産科や小児科など、医師が不足している診療科の診療報酬を増額するため、診療所の再診料を引き下げ、その財源を充てることが検討されました。

これに対して、開業医を中心に組織する日本医師会が猛反対したため、最後まで議論がもつれまじった。再診料の引き下げをめぐる綱引きの中で、「医療財源を病院と診療所間でどう配分するか」という議論に終始しました。最終的には、再診料の引き下げではなく、外来管理加算に「5分ルール」の要件を導入するなど、

診療所の報酬をカットするよう改定をすることで決着しました。

「医療崩壊」と言われる中、ようやく社会保障費の抑制にストップがかかり、国民の生活を重視した政治に変わろうとしています。こうした中、医師や看護師をはじめとする医療従事者は、専門的な資格を持つ貴重な医療資源です。確かに、1人の患者に多くの医師や看護師がかかわることは理想です。しかし、医療資源に限りがある以上、まずは私たち一人ひとりが医療の在り方を考える必要があると言えるでしょう。



外来管理加算の歴史

1967年12月	内科加算新設 2点 (再診料3点に加算)
1970年2月	内科再診料新設 5点 (再診料4点 内科加算廃止)
1992年4月	外来管理加算新設 42点 (再診料 43点)
2000年4月	外来管理加算 52点 (再診料 74点)