

第 2 1 6 回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）

資 料

平成 2 4 年 1 月 2 0 日

厚 生 労 働 省

目 次

平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について

(現時点の骨子) . . . 1

(平成24年1月18日中央社会保険医療協議会においてとりまとめられたもの)

(参考資料)

「現時点の骨子」に関する中医協での主な意見 45

(平成24年1月13日及び18日中央社会保険医療協議)

諮問書(平成24年度診療報酬改定について) 49

(平成24年1月18日)

診療報酬・介護報酬改定等について(抄) 51

(平成23年12月21日)

平成24年度診療報酬改定の基本方針 55

(平成23年12月1日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)

平成24年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)の意見・61

(平成23年12月21日中央社会保険医療協議会総会支払側委員提出資料)

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に
提供するための平成24年度診療報酬改定に関する二号(診
療側)委員の意見 69

(平成23年12月21日中央社会保険医療協議会総会診療側委員提出資料)

平成24年度診療報酬改定について(中医協意見書) 81

(平成23年12月7日中央社会保険医療協議会)

平成 24 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）

〔平成 24 年 1 月 18 日〕
中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会は、前回改定以降も継続的に審議を行い、平成 23 年には、以下のとおり、計 29 回にわたり、診療報酬調査専門組織の調査結果等を踏まえつつ、調査・審議を行ってきた。この間の検討状況について、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」に沿って、「現時点の骨子」として取りまとめた。

日 付	主 な 議 題
平成 23 年 1 月 21 日	・医療と介護の連携（在宅医療、訪問看護）
2 月 2 日	・医療と介護の連携（リハビリテーション、退院調整）
2 月 16 日	・医療と介護の連携（在宅歯科医療、在宅における薬剤師業務）
3 月 2 日	・病院医療従事者の負担軽減について（その 1）
4 月 20 日	・病院医療従事者の負担軽減について（その 2）
5 月 18 日	・精神医療について ・診療報酬調査専門組織医療機関のコスト調査分科会からの報告について
6 月 3 日	・歯科診療について
6 月 22 日	・平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）の実施について（その 1）
7 月 13 日	・平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）の実施について（その 2）
7 月 27 日	・社会保障と税と一体改革成案の報告について
8 月 24 日	・被災地訪問・意見交換会の報告について
9 月 7 日	・慢性期入院医療の包括評価分科会からの報告について ・年末までの議論の進め方（その 1） ・DPC 制度に係る対応について
9 月 28 日	・年末までの議論の進め方（その 2）
10 月 5 日	・入院、外来、在宅医療について（総論）

日付	主な議題
10月12日	<ul style="list-style-type: none"> ・外来管理加算・地域医療貢献加算について ・明細書の無料発行義務化について
10月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・救急・周産期医療について
10月21日	<ul style="list-style-type: none"> ・災害医療について（東日本大震災の被災地への対応について、今後の災害医療体制の強化について） （「中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との合同打ち合わせ会」を同日開催）
10月26日	<ul style="list-style-type: none"> ・がん対策、生活習慣病対策、感染症対策について
11月2日	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療について
11月9日	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療について（介護給付費分科会との打ち合わせの報告を含む） ・後発医薬品の使用促進のための環境整備について（その1）
11月11日	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護、在宅歯科医療、在宅医療における薬剤師業務について
11月16日	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の薬価収載について
11月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会からの報告（その1） ・医療経済実態調査の結果報告に対する見解
11月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制（その1：入院医療/高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、有床診療所、地域特性） ・診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）
11月30日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制（その2：外来医療/他医療機関受診、複数科受診等） ・後発医薬品の使用促進のための環境整備について（その2） ・歯科診療報酬について ・調剤報酬について
12月2日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制（その3：医療連携/退院調整、救急医療等） ・薬価調査及び特定保険医療材料価格調査について
12月7日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制（その4：院内体制、リハビリテーション/病院従事者負担軽減、チーム医療、院内感染対策、リハビリテーション、薬剤師の病棟業務等） ・診療報酬改定について（公益委員案の提示）
12月14日	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進について（骨子案）
12月21日	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会からの報告（その2） ・保険医療材料制度改革の骨子について ・薬価制度改革の骨子について ・平成24年度診療報酬改定への意見（各号意見）

平成 24 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理

【留意事項】

この資料は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、これまで行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成 23 年 12 月 1 日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」に則して行っている。

【目次】

重点課題 1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療

従事者の負担軽減

- 1-1 救急・周産期医療の推進について…………… 3
- 1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について…………… 5
- 1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について…………… 5
- 1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について…………… 6

重点課題 2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推

進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について…………… 8
- 2-2 看取りに至るまでの医療の充実について…………… 9
- 2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の
促進について…………… 9
- 2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について…………… 10
- 2-5 訪問看護の充実について…………… 11
- 2-6 医療・介護の円滑な連携について…………… 13

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- I-1 がん医療の推進について…………… 14
- I-2 生活習慣病対策の推進について…………… 16

I-3	精神疾患に対する医療の充実について	16
I-4	認知症対策の推進について	18
I-5	感染症対策の推進について	19
I-6	リハビリテーションの充実について	20
I-7	生活の質に配慮した歯科医療の推進について	21
I-8	医療技術の適切な評価について	22
I-9	イノベーションの適切な評価について	23

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

II-1	医療安全対策等の推進について	23
II-2	患者に対する相談支援体制の充実等について	24
II-3	診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について	25

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1	病院機能にあわせた効率的な入院医療等について	25
III-2	慢性期入院医療の適切な評価について	27
III-3	医療の提供が困難な地域に配慮した評価について	30
III-4	診療所の機能に着目した評価について	30
III-5	医療機関間の連携に着目した評価について	30
III-6	調剤報酬について	35

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1	後発医薬品の使用促進について	36
IV-2	平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について	37
IV-3	市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価 について	39
IV-4	相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について	39

【重点課題 1】急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題 1-1 救急・周産期医療の推進について

- (1) 救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度進んではいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。
- ① 救命救急入院料 1 及び 3 について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。
 - ② ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間（30 分以上）診療を行っている場合の評価を新設する。
 - ③ 身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。
 - ④ 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う。
 - ⑤ 救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて、運用

がより円滑になるよう同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。

- ⑥ 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。
- ⑦ 一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。

(2) また、ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

- ① NICUに長期入院を余儀なくされる児の数は多く、NICUから後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、新生児特定集中治療室退院調整加算のさらなる評価や算定回数の増加等の要件の変更を行う。
- ② リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。
- ③ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。
- ④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、

小児在宅医療のさらなる評価を行う。

- ⑤ 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。
- ⑥ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。

重点課題 1－2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

- (1) 病院勤務医の負担を軽減する体制を要件とした診療報酬項目を拡大するとともに、より勤務医の負担軽減につながる具体的な体制整備を要件とする。
- (2) 医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。
- (3) 医師と看護師等との業務分担は、勤務医の負担軽減策の中で効果が高いため、医師と看護師等との業務分担を推進することが重要である。そのために看護補助者の活用による看護職員の負担軽減を図るため、急性期看護補助体制加算等について看護補助者のより手厚い配置や夜間の配置について評価を行う。

重点課題 1－3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

- (1) 救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行う。
- ① 救急外来における院内トリアージについて、実際にトリアージを実施し

ている医療機関の多くで年齢を制限せず、トリアージを実施していたことを踏まえ、地域連携小児夜間・休日診療料のトリアージ加算に代えて、医学管理料を新設する。

- ② 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

(2) 地域医療がより円滑に推進されるよう、以下のような初・再診料及び関連する加算についての検討を行う。

- ① 同一医療機関において同一日に複数の診療科を受診した場合は、再診料を1回のみ算定することとされているが、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等の観点から、同一日の2科目の再診の評価を検討する。

- ② 入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。

- ③ 地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の再編成について検討する。

- ④ 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。

(3) 病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者に係る初診料等を適正な評価とし、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

重点課題 1－4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減

に寄与するような取組を評価する。

- ① 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。
- ② 栄養サポートチーム加算について検証調査の結果や学会等の研究成果を踏まえ、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）、療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。
- ③ 臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。
- ④ 外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOL が改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。
- ⑤ 歯科医師等によるチーム医療や医科医療機関との連携を推進する観点から、頭頸部領域のがん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価する。併せて、これらに関連した医療機関と連携した歯科医療機関における歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。
- ⑥ 勤務医の負担軽減等の観点から、薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を一定以上実施している場合に対する評価を行う。

【重点課題2】医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題 2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

- (1) 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下「在支診・在支病」という。）に対する評価について、以下のような見直しを行う。
- ① 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、緊急時・夜間の往診料のさらなる評価を行う。
 - ② 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料のさらなる評価を行う。
 - ③ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携する病院や診療所が在宅患者を受入れた場合のさらなる評価を行う。
- (2) 今後、自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設入居者に対する訪問診療料について、さらなる評価を行う。
- (3) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。
- ① 在宅における緩和ケアを充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して診療を行う場合について、評価を行う。
 - ② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。
 - ③ 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。

- ④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。（重1-1（2）④再掲）
- ⑤ 在宅療養を行っている難治性皮膚疾患患者や経口摂取困難な小児患者等がより充実した在宅療養を行えるよう、評価体系を見直す。
- ⑥ 在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。また、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

在宅医療の推進に伴い、在宅における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

- ① 在宅医療及び訪問看護における在宅ターミナルケア加算等については、手厚い対応が行われるよう、機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、評価体系を見直す。
- ② 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。（重2-1（3）③再掲）
- ③ 介護老人福祉施設（以下「特養」という。）における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、評価を行う。

重点課題2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

入院中から、在宅を担う医療機関や訪問看護等との連携を行うことにより、円滑に在宅へ移行することを推進する。

- ① 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法が異なること等、運用上煩雑な部分について整理を行う。
- ② さらに、退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。
- ③ 訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携について評価を行う。
- ④ 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。
- ⑤ 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。

重点課題 2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

(1) 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の見直し等を行う。

- ① 現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
- ② 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取組を評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
- ③ 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の

有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の評価を見直す。

(2) 在宅薬剤管理指導業務をより一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
- ② 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
- ③ 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
- ④ 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

重点課題 2-5 訪問看護の充実について

(1) 在宅医療における訪問看護が担う役割は大きいが、年齢や疾患によって介護保険が優先されるため、要介護被保険者であっても、例えば、退院直後など一時的に医療ニーズが高くなった場合には、ニーズに対応した訪問看護を提供することが必要であり、柔軟な対応が求められることから、以下の見直しを行う。

- ① 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。(重2-3⑤再掲)
- ② 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の

訪問看護についての評価を行う。（重2-3④再掲）

(2) 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

① 現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設する。

② 医療保険の重症者管理加算は、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、ドレーンチューブ、人工肛門、在宅患者訪問点滴注射管理指導、真皮を超える褥瘡等の特別な管理を評価したものであるが、介護保険においても同趣旨の特別管理加算があり、名称等が異なるため、円滑な運用に資するよう整理する。

③ 介護報酬改定において新サービスの創設や介護職員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、一部、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な整理を行う。

(3) また、在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズも多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応し、効率的かつ質の高い訪問看護の推進するために必要な見直しを行う。

① 訪問看護の際の看護補助者との同行訪問について評価を行う。

② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。（重2-1(3)②再掲）

③ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。（重1-1(2)⑥再掲）

- ④ 一般診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。
- ⑤ 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。

重点課題 2-6 医療・介護の円滑な連携について

- (1) 急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、評価の見直しを行う。なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。
- (2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。

また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。
- (3) 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設入居者に対する訪問診療料について、さらなる評価を行う。(重2-1(2)再掲)
- (4) 特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、評価を行う。(重2-2③再掲)

- (5) 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。(重2-3②再掲)
- (6) 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。(重2-3⑤再掲)
- (7) 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。
- ① 現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設する。(重2-5(2)①再掲)
- ② 医療保険の重症者管理加算は、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、ドレーンチューブ、人工肛門、在宅患者訪問点滴注射管理指導、真皮を超える褥瘡等の特別な管理を評価したものであるが、介護保険においても同趣旨の特別管理加算があり、名称等が異なるため、円滑な運用に資するよう整理する。(重2-5(2)②再掲)
- ③ 介護報酬改定において新サービスの創設や介護職員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、一部、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な整理を行う。(重2-5(2)③再掲)

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

- (1) 緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来や在宅への円滑な移行を支援する体制をとっている緩和ケア病棟のさらなる評価を行う。

- (2) 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている病院については、評価を行う等充実を図る。
- (3) 外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOL が改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。(重1-4④再掲)
- (4) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。
- ① 在宅における緩和ケアを充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して診療を行う場合について、評価を行う。(重2-1(3)①再掲)
 - ② 入院中以外の緩和ケアニーズのあるがん患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。(重2-1(3)②再掲)
 - ③ 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。(重2-1(3)③再掲)
- (5) 緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤については、30日分処方に改める。
- ・ コデインリン酸塩(内用)
 - ・ ジヒドロコデインリン酸塩(内用)
 - ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射)
 - ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)
- (6) 地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、下記のような要件の見直しを行う。

- ① がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者や、外来化学療法等を受けた患者についても算定できるように要件を変更する。
 - ② がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合や、患者の状態等の変化により計画の変更が必要になった場合についても算定可能とする。
 - ③ がん治療連携計画に基づきリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行っている場合には、紹介先の医療機関において当該指導管理の評価を行う。
- (7) 患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、安心・安全な放射線治療を行うための、医師の包括的な指示による看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する等、放射線治療の推進を行う。

I-2 生活習慣病対策の推進について

- (1) 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。
- (2) 受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

I-3 精神疾患に対する医療の充実について

- (1) 精神科急性期入院医療の評価

- ① 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院後に再算定できるように要件の変更を行う。
- ② 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。
- ③ 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。

(2) 精神科慢性期入院医療の評価

- ① 精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため同加算について検討する。
- ② 精神療養病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(3) 地域における精神医療の評価

- ① 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。(重2-5(3)⑤再掲)
- ② 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を検討する。また、入院中の患者が精神科デイ・ケアを利用した場合の評価をデイ・ケア中の入院

料の適正な評価と併せて検討する。

- ③ 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を行う。
 - ④ 認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化する。
 - ⑤ 向精神薬は多量に使用しても治療効果を高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、多剤・多量投与の適正化について、精神科継続外来支援・指導料の要件を見直す。
 - ⑥ 治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を行う。
- (4) 一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。(重1-4①再掲)

I-4 認知症対策の推進について

- (1) 認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状(BPSD)が概ね1カ月程度の治療で改善するとの報告があり、短期集中的な認知症治療、早期退院を推進する。
 - ① 認知症治療病棟入院料の入院30日以内についてさらなる評価を行い、夜間の看護補助配置の評価を新設するとともに、入院61日以降の長期入院の評価を見直す。
 - ② 認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合につい

て、さらなる評価を行う。

- (2) 認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSD が増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。
- (3) 認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。
- (4) 療養病床に入院中の者が BPSD の増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。

I - 5 感染症対策の推進について

- (1) 診療報酬上、退院基準に関する規定のない結核病棟について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。
- (2) 入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関での DOTS の中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等(院内 DOTS)を軸に地域に帰ってから継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。
- (3) 二類感染症患者療養環境特別加算(陰圧室加算)について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。
- (4) 院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加

算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

I-6 リハビリテーションの充実について

- (1) 患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。
- (2) 発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。
- (3) 外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系の見直しを行う。
- (4) 訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とするよう要件を変更する。
- (5) 急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、評

価の見直しを行う。なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。（重2-6（1）再掲）

（6）医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。

また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。（重2-6（2）再掲）

I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について

（1）著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下のとおり見直しを行う。

① 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

② 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を追加し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の対象者の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「（仮称）歯科診療特別対応加算」に改める。

（2）歯や口腔機能を長期的に維持する技術等、歯周病の治療や歯の保存治療（修復治療、歯内治療）等について評価する。

① 糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があること等を踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間

隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療の一連の診療報酬の評価を見直す。

- ② 歯の喪失リスクであるう蝕は歯周病と同様に年齢とともに増加傾向であることから、歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術の評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。
- (3) その他、歯科医療における新たな技術については医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、適切な評価を行う。

I-8 医療技術の適切な評価について

- (1) 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。
- ① 平成 22 年診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。また、医療現場における胸腔鏡や腹腔鏡といった鏡視下手術の普及状況や有用性等を踏まえ診療報酬上適切に評価するとともに、緊急性の高い手術など外科医の負担が大きい手術を重点的に評価する。
 - ② また、外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等の状況に応じた植込み型の医療機器の調整など外来で高度な技術を用いて行う複雑で定期的な医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。
- (2) 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。

- (3) 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

I-9 イノベーションの適切な評価について

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成 24 年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「平成 24 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。
- (2) 新たに区分 C2（新機能・新技術）として保険適用された医療機器に伴う技術料を適切に設定し評価するとともに、その他の医療材料や医薬品に係る管理料等についても、診療上の使用実態を踏まえ適切な評価を行う。
- ① 新たに区分 C2 として保険適用された医療材料について、新たに技術料を設定する。
- ② 特定薬剤治療管理料や外来化学療法加算など、薬剤の管理料等について、新たに保険適用された医薬品の使用実態等を踏まえ評価の見直しを行う。

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

II-1 医療安全対策等の推進について

- (1) 医療安全対策等を推進するため、以下の見直しを行う。
- ① 院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と 300 床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院

内感染対策に当たった場合の評価を行う。(I-5(4)再掲)

- ② 医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有する CT 及び MRI の画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

(2) 高齢者等に対する安心で安全な歯科医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。
- ② 医科医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、口腔内に合併症を引き起こす疾患（放射線治療若しくは化学療法の開始前や治療期間中の患者又は骨粗鬆症等によるビスフォスホネート系製剤の服用患者等）を追加する。

II-2 患者に対する相談支援体制の充実等について

- (1) 医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。
- (2) 入院早期から退院支援が必要な者を明確化し、また、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明した場合の評価を新設し、退院支援を行うことについての評価を行う。なお、退院調整加算と退院時共同指導料を算定する場合には、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明することを要件化する。また、その結果、早期に退院した場合の評価を見直す。
- (3) 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。(重1-3(2)④再掲)

Ⅱ－３ 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

- (1) 診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について、以下のような見直しを行う。
- ① 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算については、算定している医療機関が多いため、当該加算の実施体制が全医療機関で確保されつつあることを踏まえ、簡素化の観点から入院基本料及び特定入院料で包括して評価を行う。
 - ② 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算の一部について、医療法の基準を踏まえた見直しを行う。
- (2) 患者からみて難解と思われる歯科用語や臨床上行われていない行為については、歯科診療報酬点数表の用語の平易化や簡素化を図る。

Ⅲ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ－１ 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

- (1) 一般病棟の多くを占める7対1一般病棟入院基本料において、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合(以下「看護必要度等の基準を満たす患者割合」という。)や平均在院日数、複雑性指数等の指標で見るとばらつきが大きい現状にあり、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から検討を行う。
- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合)の見直しを行う。
 - ② 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の10対1入院基本

料等についても看護必要度等に係る評価を行うことを要件化し、看護必要度等の基準を満たす患者割合が一定程度以上の医療機関については、評価を行う。

(2) 一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について検討を行う。

① 金曜入院、月曜退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の割合が明らかに高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正化を行う。

② 退院日について、昼食前の退院が3／4を占めているが、入院基本料は他の入院日と同様の評価となっている。一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関において、午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、一定期間以上の入院であって、高度な処置等の伴わない場合に、退院日の入院基本料の適正化を行う。

(3) 亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーション病棟入院料と比較しつつ、適切な評価体系に整理する。

(4) 救命救急入院料1及び3について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。(重1-1(1)①再掲)

(5) 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う。(重1-1(1)④再掲)

(6) DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)について以下の見直しを行う。

① 調整係数については、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成 24 年改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。

② 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて、以下の見直しを行う。

・ 機能評価係数Ⅰ

出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

・ 機能評価係数Ⅱ

現行の機能評価係数Ⅱ（6項目）を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目により各医療機関群の特性に対応した評価手法を導入する（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数）。

③ その他

・ 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。

・ 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める（大学病院本院及び（仮称）高診療密度病院群の施設は必須とし、その他急性期病院群の施設は任意とする）。

(7) DPC対象病院ではない出来高算定病院（7対1一般病棟入院基本料を算定している医療機関等）が、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

Ⅲ－2 慢性期入院医療の適切な評価について

(1) 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行い、①又は②の評価とする。

- ① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）とする。
- ② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択できるようにする。

- (2) 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。（I-3（1）③再掲）
- (3) 療養病棟における急性期の医療機関との連携推進、医療の質の向上の観点から、褥瘡の治療に係る評価を行う。
- (4) 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、現場の対応を踏まえた措置を検討する。
- (5) 救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて運用がより円滑になるよう、同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。（重1-1（1）⑤再掲）
- (6) 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。（重1-1（1）⑥再掲）
- (7) ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑

な連携を推進する。

- ① 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。（重1-1（2）③再掲）
- ② 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。（重1-1（2）⑤再掲）
- （8）栄養サポートチーム加算について検証調査の結果や学会等の研究成果を踏まえ、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）、療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。（重1-4②再掲）
- （9）退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。（重2-3②再掲）
- （10）療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。（I-4（4）再掲）
- （11）療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算の一部について、医療法の基準を踏まえた見直しを行う。（II-3（1）②再掲）

Ⅲ－３ 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

２次医療圏において自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

- ① 自己完結型の医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない２次医療圏及び離島にある病院等を対象とする。ただし、一定規模以上の病院等を除く。
- ② それらの地域の病院においては、看護要件の緩和、入院料等の柔軟な運用、専従要件の緩和等について検討を行う。なお、特に小規模な病院について配慮することとする。

Ⅲ－４ 診療所の機能に着目した評価について

- (１) 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。
- (２) 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。
 - ① 有床診療所の入院料の評価は一般、療養で区別されているが、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じ、柔軟な算定を可能とする。
 - ② 介護療養病床入院患者が急性増悪時に医療保険より算定できるのは２室８床に限っているが、より柔軟な運用を可能とする。

Ⅲ－５ 医療機関間の連携に着目した評価について

(1) 救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度は進んでいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

① 救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて、運用がより円滑になるよう同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。(重1-1(1)⑤再掲)

② 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受け入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。(重1-1(1)⑥再掲)

③ 一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。(重1-1(1)⑦再掲)

(2) ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

① NICUに長期入院を余儀なくされる児の数は多く、NICUから後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、新生児特定集中治療室退院調整加算のさらなる評価や算定回数の増加等の要件の変更を行う。(重1-1(2)①再掲)

- ② 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。（重1-1（2）③再掲）
- ③ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。（重1-1（2）④再掲）
- ④ 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。（重1-1（2）⑤再掲）
- ⑤ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。（重1-1（2）⑥再掲）
- (3) 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在支診・在支病に対する評価について、以下のような見直しを行う。
- ① 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、緊急時・夜間の往診料のさらなる評価を行う。（重2-1（1）①再掲）
- ② 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、在宅時医学総合管理料・特定施

設入居時等医学総合管理料のさらなる評価を行う。（重2-1（1）②再掲）

③ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携する病院や診療所が在宅患者を受入れた場合のさらなる評価を行う。（重2-1（1）③再掲）

（4）入院中から、在宅を担う医療機関や訪問看護等との連携を行うことにより、円滑に在宅へ移行することを推進する。

① 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法が異なること等、運用上煩雑な部分について整理を行う。（重点課題2-3①再掲）

② さらに、退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。（重2-3②再掲）

③ 訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携について評価を行う。（重2-3③再掲）

④ 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。（重2-3④再掲）

⑤ 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。（重2-3⑤再掲）

（5）地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、下記のような要件の見直しを行う。

① がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者や、外来化学療法等を受けた患者についても算定できるよう要件を変更する。（I-1（6）①再掲）

- ② がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合や、患者の状態等の変化により計画の変更が必要になった場合についても算定可能とする。（I-1（6）②再掲）
- ③ がん治療連携計画に基づきリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行っている場合には、紹介先の医療機関において当該指導管理の評価を行う。（I-1（6）③再掲）

（6）精神科急性期入院医療の評価

- ① 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院後に再算定できるように要件の変更を行う。（I-3（1）①再掲）
- ② 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。（I-3（1）②再掲）

（7）認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。（I-4（1）②再掲）

（8）認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。（I-4（2）再掲）

（9）療養病床に入院中の者が BPSD の増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。（I-4（4）再掲）

(10) 療養病棟における急性期の医療機関との連携推進、医療の質の向上の観点から、褥瘡の治療に係る評価を行う。(Ⅲ-2(3)再掲)

(11) 歯科医療機関間若しくは歯科医療機関と医科医療機関との連携を推進する観点から、以下とおりに見直しを図る。

- ① 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。(Ⅰ-7(1)①再掲)
- ② 医科医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、口腔内に合併症を引き起こす疾患(放射線治療若しくは化学療法の開始前や治療期間中の患者又は骨粗鬆症等によるビスフォスホネート系製剤の服用患者等)を追加する。(Ⅱ-1(2)②再掲)

Ⅲ-6 調剤報酬について

(1) 薬学的な管理・指導の充実を図る観点から、以下の見直しを行う。

- ① お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
- ② 特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
- ③ 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料(自家製剤加算及び計量混合加算)の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

(2) 調剤報酬の中で適正化できるものについては、以下の見直しを行う。

- ① 基準調剤加算の施設基準については、算定要件である備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とすること、また、特定の医療機関の開業時間等に
応じた開局時間を設定している薬局は算定要件を満たさないこととするよ
う見直しを行う。
- ② 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、
一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整
理・統合する方向で見直しを行う。

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

- (1) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料については、後発医薬品調
剤体制加算の見直し等にあわせて、整理合理化するとともに、保険薬局にお
ける後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制
加算の要件を見直す。

具体的には、現行の加算の要件（数量ベースでの後発医薬品の使用割合
が 20%以上、25%以上及び 30%以上）について、22%以上、30%以上及び
35%以上に改めるとともに、評価については、軽重をつける。

なお、現状、「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」は、1 回の使用
量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出されるこ
と、かつ後発医薬品が存在しないことから、後発医薬品の使用割合（数量ベ
ース）を算出する際に除外しているところであるが、同様の観点から、「漢
方製剤」及び「生薬」についても除外する。

- (2) 後発医薬品に関する患者への情報提供を充実させる手段として、保険薬局
での調剤に際し患者に渡される「薬剤情報提供文書」において後発医薬品に
関する情報（後発医薬品の有無、価格、在庫情報）を提供した場合に限り、
薬学管理料の中で評価を行う。
- (3) 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加
算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合 20%以上）に「30%以上」の評

価を加える。

(4) 保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する場合には、一般名による処方を行うことを推進する。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

(5) 現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する。

(6) 「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

① 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する。

② ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

IV-2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

(1) 一般病棟の多くを占める7対1一般病棟入院基本料において、一般病棟用の看護必要度等の基準を満たす患者割合や平均在院日数、複雑性指数等の指標で見るとばらつきが大きい現状にあり、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から検討を行う。

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院（一般病棟）等の7対1入院基本料の算定要件（平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合）の見直

しを行う。(Ⅲ-1(1)①再掲)

(2) 一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について検討する。

① 金曜入院、月曜退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の割合が高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正化を行う。

(Ⅲ-1(2)①再掲)

(3) 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行い、①又は②の評価とする。

① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。(Ⅲ-2(1)①再掲)

② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。(Ⅲ-2(1)②再掲)

上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択できるようにする。

(4) 精神療養病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。(Ⅰ-3(2)②再掲)

(5) 認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。(Ⅰ-4(1)②再掲)

IV-3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価

医薬品、医療材料、検査等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づき見直しを実施するとともに、臨床的な観点に基づき区分や名称の変更を行う。

IV-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

- (1) 検査、画像診断、投薬、注射、処置及び手術については、診療行為の実態や用いている医療機器の価格等を踏まえ、診療科間の平準化を図る観点等から、医療技術評価分科会への提案等も踏まえ適正な評価に見直す。
- (2) 人工腎臓について、包括されている医薬品の実勢価格やエリスロポエチン製剤等の使用実態を踏まえた点数の見直しを行うとともに、慢性維持透析の合併症等に対して、有効性が明らかになりつつある新しい血液透析濾過についての評価の新設等を行う。
- (3) コンタクトレンズに係る診療報酬上の評価については、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間取りまとめ報告書」の指摘を踏まえ、検査に係る必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

(参 考 资 料)

「現時点の骨子」に関する中医協での主な意見(1月13日・18日)

- ※ 1月13日、18日の中医協における「現時点の骨子」に関する議論において、1号側(支払側)・2号側(診療側)の意見が異なっているもののうち主なものを記載したものです。「現時点の骨子」に御意見をいただく際の参考としてまとめています。
- ※ これらは、これまでの各項目に関する中医協委員の見解を網羅的に示したのではなく、1号側・2号側双方の意見が記載されていないものについて、記載がない側に意見がないということではありません。

重点課題1-2(2)＜医師事務作業補助体制加算＞

2号側から医師事務作業補助体制加算をすべての病院で算定できるようにすべきとの意見があった。

重点課題1-3(2)＜再診料＞

1号側からは一律に引き上げるのではなく、基本方針に従い、強化すべき部分にのみ傾斜配分をすべきとの意見があった。2号側からは再診料は診療所の基本的な診療料であり、診療所は病院勤務医の負担軽減にも役割を果たしていることから71点に戻すべきとの意見があった。

重点課題1-3(2)①＜同一日2科目の再診料＞

1号側からは患者の負担増になる評価は行うべきではないと意見があったほか、2号側からは別の日であれば算定可能であるから、同一日でも評価すべきとの意見があった。

重点課題1-3(2)②＜入院中の他医療機関受診＞

2号側から対象を透析以外にも広げることも検討すべきとの意見があった。

重点課題1-3(2)③＜地域医療貢献加算＞

1号側からは地域医療貢献加算の名称変更、要件の見直しを議論することに異論はないが、要件緩和は時期尚早との意見があった。2号側からは名称を変更すべきとの意見、準夜帯等時間を限り対応する場合も評価すべきとの意見があった。

重点課題1-3(2)④<明細書の無料発行>

1号側からは明細書の無料発行に係る例外措置について期限を区切るなど「正当な理由」の在り方について検討すべき、自己負担のない患者も同様の取扱いにすべき等の意見があったほか、2号側からは現場の状況に配慮が必要との意見があった。

重点課題1-4②<栄養サポートチーム加算>

1号側から状態の安定している患者が多い療養病棟まで要件を緩和することは問題があるとの意見があった。

重点課題2-1(1)<在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院>

1号側からは評価をする際には実績に基づいて行うべきとの意見があったほか、2号側からは在支診等に加えて在宅医療を提供している一般診療所への評価も引き上げるべきとの意見があった。

重点課題2-3⑤<退院直後の訪問看護>

1号側からは介護保険との棲み分けについて整理し、回数制限等も検討すべきとの意見があったほか、専門委員からは対象期間は退院後4週間程度まで評価すべきとの意見があった。

重点課題2-6(1)<維持期のリハビリテーション>

2号側から次回改定時に介護保険のリハビリテーションの充実が不十分であれば、医療保険における評価を継続すべきとの意見があった。

I-3<精神医療>

2号側から小児の精神医療における医療連携を検討すべきとの意見、医療経済実態調査で減収していることに配慮すべきとの意見があった。

II-2(1)<患者サポート体制>

1号側からは従来からの相談支援体制を改めて評価することは反対との意見があったほか、2号側からは対話促進のための専門職の配置を評価すべきとの意見があった。

II-3(1)②<療養病棟療養環境加算>

2号側から医療機関の負担に配慮する必要があるとの意見があった。

Ⅲ－1(1)①<7対1一般病棟入院基本料>

2号側から現場の状況に配慮を行うべきとの意見があった。

Ⅲ－1(6)<DPC>

2号側から係数は、実態に即した評価にすべきとの意見があった。

Ⅲ－2(1)<特定除外制度>

1号側からは特定除外の対象患者が多すぎる、また、除外項目を必ず記載すべきとの意見があったほか、2号側からは改正案の運用は慎重に行うべきとの意見があった。

Ⅲ－2(3)<褥瘡の治療に係る評価>

1号側からは褥瘡の発生状況を調査すべきとの意見があったほか、2号側からは現場の実態に合わせて検討すべきとの意見があった。

Ⅲ－3<医療の提供が困難な地域に配慮した評価>

1号側からは要件については慎重に検討すべきとの意見があったほか、2号側からは指定地域外でも同様の医療機関は対象とすべきとの意見があった。

Ⅲ－4(2)<診療所の機能に着目した評価>

1号側からは在宅復帰率等の要件設定とセットで考える必要があるとの意見、対象となる患者の要件を定める必要があるとの意見があった。

Ⅳ－1(2)<後発医薬品の使用促進>

1号側からは全ての保険薬局で行われるよう薬学管理料の要件を見直すべきとの意見があったほか、2号側からはレセコンの対応可能性や医師の事務負担等に配慮すべきとの意見があった。

全般 <入院基本料>

1号側からは強化すべき部分にのみ傾斜配分をすべきとの意見があったほか、2号側からは入院基本料のさらなる評価を行うべきとの意見があった。

その他 <看護職員の月平均夜勤時間 72 時間要件>

2号側からは今後の議題とすべきとの意見があったが、専門委員からは今後の議題とすべきではないとの意見があった。

厚生労働省発保0118第1号
平成24年1月18日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

厚生労働大臣
小宮山 洋子

諮 問 書

(平成24年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第85条第3項、第85条の2第3項、第86条第3項、第88条第5項及び第92条第3項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第59条において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第65条第12項において準用する健康保険法第92条第3項（船員保険法第65条第10項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び国民健康保険法第54条の2第12項において準用する健康保険法第92条第3項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項、第74条第8項、第75条第5項、第76条第4項、第78条第5項及び第79条第3項の規定に基づき、平成24年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「診療報酬・介護報酬改定等について（抄）」（平成23年12月21日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙2「平成24年度診療報酬改定の基本方針」（平成23年12月1日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていることといたしまして、ご意見を伺いたいと考えています。

診療報酬・介護報酬改定等について（抄）

平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は、「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の第一歩であり、「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いて、以下の取組を行う。

1. 診療報酬改定

我が国の医療はいまだ極めて厳しい状況に置かれている。国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくため、厳しい経済環境や保険財政の下、平成24年度改定においては、概ね5,500億円の診療報酬本体の引上げを行うこととし、その増加分を下記の3項目に重点的に配分する。

(1) 診療報酬改定（本体）

改定率 +1.38%

各科改定率 医科 +1.55%

歯科 +1.70%

調剤 +0.46%

(重点項目)

- ・ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・ 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・ がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

(2) 薬価改定等

改定率 ▲1. 38%

薬価改定率 ▲1. 26% (薬価ベース ▲6. 00%)

材料改定率 ▲0. 12%

(注) 診療報酬本体と薬価改定等を併せた全体(ネット)の改定率は、+0. 00%。

なお、別途、後発品の置き換え効果の精算を行うとともに、後発医薬品の推進策については、新たなロードマップを作成して強力に進める。併せて、長期収載品の薬価の在り方について検討を進める。

2. (略)

平成23年12月21日

財 務 大 臣

厚 生 労 働 大 臣

大臣折衝の結果、上記のとおり合意したことを確認する。

民主党政調査会長

平成24年度診療報酬改定について

全体改定率 **+0.00%** (+0.004%)

1 診療報酬改定 (本体)

改定率 **+1.38%** (+1.379%) (約5,500億円)

各科改定率 医科 **+1.55%** (約4,700億円)

歯科 **+1.70%** (約500億円)

調剤 **+0.46%** (約300億円)

2 薬価改定等

改定率 **▲1.38%** (▲1.375%) (約5,500億円)

薬価改定 **▲1.26%** (薬価ベース **▲6.00%**)

(約5,000億円)

材料価格改定 **▲0.12%** (約500億円)

平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成24年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

- 国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化

に関する自覚も重要であり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。
- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべきである。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある

領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

平成 23 年 12 月 21 日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会
1 号側（支払側）委員
小 林 剛
白 川 修 二
花 井 圭 子
花 井 十 伍
北 村 光 一
田 中 伸 一
伊 藤 文 郎

平成 24 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- 平成 24 年度診療報酬改定に当たり、支払側は去る 11 月 25 日の総会において、厳しい社会経済情勢や国民生活の実態、さらには保険者財政が危機的な状況にある一方、医療機関の経営が概ね改善していることを踏まえると、診療報酬全体の引き上げを行うことは国民の理解と納得が得られないと主張した。併せて、必要度の高い医療に対しては重点的な評価を行うことにより、財源を効率的かつ効果的に配分すべきとした基本的考え方を提示したところである。
- 少子高齢社会を支えるための医療提供体制を確保するためには、この基本的な考え方に沿って、医療の機能分化と強化を着実に進める必要がある。このため、DPC 制度の活用等により、高度急性期、一般急性期、亜急性期などの医療機能に応じた診療報酬体系を確立するとともに、介護報酬との同時改定を契機に、医療・介護の連携、サービスの効率化、看取りを含めた在宅医療の充実を図るべきである。
- 特に 24 年度改定においては、救急、産科、小児、外科を担う急性期医療に対し、制度・予算上の措置と並行して診療報酬上においても財源を重点的に配分することにより、病院・診療所間、診療科間の医療資源の偏在を見直すべきである。併せて、急性期病院の勤務医・看護師等の負担軽減に資する評価を継続して実施すべきである。
- さらに、患者の視点、医療保険制度の持続性の確保の観点に立った医療の効率化と適正化を推進することが不可欠であり、包括払いの推進や長期入院の是正、療養病床から在宅医療への移行等による平均在院日数の縮減、後発医薬品のさらなる使用促進等、あらゆる手立てを講じるべきである。医薬品や医療材料に関しては、イノベーションを適切に評価する一方、市場実勢価を踏まえた価格の適正化等を図っていく必要がある。

○ なお、改定の具体的項目に関する意見は以下のとおりである。

1. 病院・診療所の機能・役割分担と財源配分の見直し

① 病院勤務医等の負担軽減については、外来医療における病院と診療所の機能分化、医師事務作業補助体制加算の普及促進、医師と他の医療関係職種との役割分担を推進することにより、病院勤務医等の負担軽減を進める取組みを適切に評価すべきである。さらに、負担軽減策を実効あるものとするために、加算項目の拡大に加え、負担軽減計画における必須項目を設定すべきである。

また、地域医療貢献加算は、休日・夜間における病院勤務医の負担軽減に確実に繋がるよう促進すべきである。

② 入院医療については、高度急性期から長期療養までの機能分化を推進するとともに、患者の状態像に応じた評価という観点から、これまでの看護配置などに着目した体制の評価に加え、看護必要度や患者の重症度・複雑性、在宅復帰率等のアウトカム評価などを指標とする評価を充実させるべきである。

特に、亜急性期入院医療管理料については、回復期リハビリテーション病棟との関係整理を行い、管理料の適正化を行う必要がある。また、入院中の他医療機関受診については、現行の減算措置を基本とし、人工透析など真にやむを得ない場合に限り、緩和すべきである。さらに、有床診療所については、在宅医療等の後方病床としての機能を評価すべきである。その際、社会的入院の助長に繋がらないよう、例えば在宅復帰率等に着目した要件を設けるべきである。

併せて、医療資源が限られた地域の病院に対する手当は、補助金等で対応することを基本とし、診療報酬上の評価のあり方については、患者負担を考慮し、慎重に検討すべきである。ただし実施する場合でも、診療報酬上の要件緩和の対象となる地域を限定し、厳格に設定すべきである。

③ 外来医療における同一医療機関（病院）の複数科受診については、二つ目の初診料が算定できるという例外的な取扱いがあるが、これを更に再診料にも拡大することについては、慎重に検討すべきである。

また、特定機能病院及び500床以上の病院に係る外来医療の縮小は、外来医療の機能分化と勤務医の負担軽減の観点から必要と考える。ただし、紹介状のない患者に係る選定療養費については、窓口負担の増加によって受診行動が変化するかは不明確であるため、その影響を検証すべきである。外来医療の機能分化を真に推進させるためには、患者を総合的かつ計画的に診る医師（「総合診療医」）の育成が必要であり、併せて、診療報酬上における評価についても検討を開始すべきである。

なお、外来管理加算については、診療科間で算定状況が異なることに配慮しつつ、適正化を前提にそのあり方を検討すべきである。

④ DPC制度については、医療の標準化や効率化を目指し、DPCデータの分析・検証による質の確保を図っていくなど、引き続き推進していくべきである。新たな機能評価係数や医療機関群の設定に関しては、病院の機能を適切に評価する指標を設定するとともに、高診療密度病院群の選定にあたっては、患者からみて明確でわかりやすい要件とすべきである。また、医療機関群および機能評価係数Ⅱの妥当性を検証し、DPC病院の経営・運営面への影響も踏まえつつ、必要な見直しを図るべきである。

⑤ 慢性期入院医療における患者分類を用いた包括評価については、医療経済実態調査の結果や在宅医療の推進の観点から、医療区分・ADL区分の低い区分の報酬を減額するなど、療養病棟入院基本料の適正化を行うべきである。また、一般病床における90日を超える長期入院患者の評価は、13:1病棟及び15:1病棟入院基本料について、療養病床と同様の包括評価に改める、平均在院日数の計算対象に加える等の見直しを行うべきである。さらに、一般病棟入院基本料における特定入院基本料の特定除外項目の内容を見直すとともに、運用を是正すべきである。併せて、一般病床における長期入院患者の包括評価のあり方については、療養病床の包括評価と同基準とすることについて、検討すべきである。

さらに、介護報酬との同時改定の効果を把握するため、引き続き慢性期の患者の実態把握などについて、調査手法の改善を図りながら取り組むべきである。

なお、次々回改定に向けては、7対1及び10対1の一般病棟の実態を調査し、必要な見直しの検討を行うとともに、慢性期医療におけるQI(クオリティーインディケーター)などの質の評価を急性期医療にも適用拡大できるよう、そのあり方を検証すべきである。

⑥ チーム医療については、急性期入院医療における多職種協働の取組みにより、栄養サポートチーム加算や呼吸ケアチーム加算が質の高い効率的な医療を提供し、勤務医の負担軽減面からも有効な施策として評価されることから、さらにより多くの急性期病院において取組みが進むよう配慮すべきである。ただし、栄養サポートチーム加算の13:1及び15:1の一般病床及び療養病床への適用拡大については、医療区分が低い患者への対応など慎重に検討するとともに、適用対象を限定し、例えば経口摂取への移行率等、患者の状態改善に係る指標を導入すべきである。

また、病棟薬剤師の配置に関する評価については、高度急性期・急性期病院における勤務医等の負担軽減や医療安全への貢献、病棟における勤務時間等を要件に盛り込むことを検討すべきである。

⑦ リハビリテーションについては、リハビリテーション病棟で導入している「質の評価」を継続すべきである。また、医療保険における入院、手術直後の早期リハビリテーションと回復期リハビリテーション及び介護保険における維持期リハビリテーションとの円滑な連携体制を整備すべきである。

併せて、重症患者回復病棟加算の要件の厳格化を図るとともに、身体機能の改善度合いを評価する指標について検討を進めるほか、在院日数の削減に向けた取組みとその実績を評価する仕組みを検討すべきである。

なお、脳血管疾患等リハビリテーション料のうち「廃用症候群」に対するリハビリテーション料の算定については、その実態を把握して適正化を図るべきである。

⑧ 精神医療に関しては、精神療養病棟における重症者加算の算定要件を厳格化するとともに、身体合併症を有する精神疾患患者の救急受け入れや一般病床における精神疾患合併症患者への対応に関する評価、平均在院日数の縮減に向けた退院支援体制と在宅療養への促進体制を充実させるべきである。また、抗精神病薬の多剤投与の適正化を図るべきである。

⑨ 認知症対策については、専門の医療機関の早期鑑別診断と診断後の地域の医療機関における治療が可能となるよう相互の連携体制の強化を進めるとともに、認知症に対する在宅医療の促進、若年性認知症対策の強化、早期退院の評価、長期入院の適正化を図るべきであり、特に、精神療養病床における認知症の入院医療について適正化を進めるべきである。

また、症状の改善した患者の退院が円滑に進むよう、退院支援部署の整備や退院後の受け皿となるサービスの拡充を図るべきである。さらに、長期入院の認知症患者の病態像を把握・分析し、療養病棟の包括化と同様の体系とする方向で検討すべきである。

⑩ がん対策については、がん対策推進基本計画の見直し状況を見据えつつ、がん治療の医療を推進するため、緩和ケアの充実、放射線療法や外来化学療法の推進、地域連携の充実とともに、在宅への円滑な移行を評価する仕組みを検討すべきである。

⑪ 糖尿病対策については、医師や看護師、保健師等が連携して重点的に指導することにより、検査値の改善、投薬量の減少・維持、透析への移行の減少が見込まれることから、重症化予防対策の一層の推進を図るべきである。また、腹膜透析については、自宅や職場などでも実施可能で生活の質の向上や就業との両立など社会復帰に資するが、依然として少ない現状にあることから、適切な普及のための仕組みを検討し、実施すべきである。

⑫ 手術等の医療技術に関しては引き続き適切に評価していくべきである。また、有用性の低下した既存技術については廃止等も含めて必要な見直しを実施すべきである。

2. 医療・介護の連携の強化

医療・介護の連携については、介護報酬との同時改定を契機に医療機関間の連携に加え、医療機関と介護施設等の連携を強化すべきである。特に、退院に向けた早期介入及び対象疾患の拡大を含めた退院調整の充実を図り、退院後の医療・介護サービスが効率的かつ効果的に提供される体制を構築すべきである。ただし、退院直後の一時的に頻回な訪問看護の実施について、医療保険と介護保険の給付調整を十分に考慮した上で、医療保険が適用される期間及び対象を厳密に限定するなど、例外的な対応に留めるべきである。

また、入院から在宅等の地域への受入れ体制をさらに強化する観点から、受入れ側の評価と体制整備の方策を検討すべきである。

3. 在宅医療・訪問看護の推進

在宅医療のさらなる充実を図るためには、在宅でも療養が可能な患者像を明確化したうえで、患者・家族に対する情報提供を強化することが必要であり、在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の役割分担と連携、在宅療養支援診療所間や訪問看護ステーションとの情報共有及び連携の強化、急性増悪時の後方支援体制の整備を図るべきである。

また、在宅医療に特化した医療機関のあり方、在宅医療の地域間格差の是正及び報酬のあり方を検討すべきである。さらに、終末期における在宅医療の充実、安定的・継続的なサービス提供の観点から、ターミナルケアの実施数、看取り件数に応じた評価や訪問看護ステーションの規模拡大を目指すべきである。

4. 歯科診療報酬について

歯科診療報酬における歯科外来診療環境体制加算については、財政中立を前提にそのあり方を見直すとともに、障害者加算における認知症患者の取扱いは、厳格に運用すべきである。また、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の1及び2の算定状況を踏まえ、同一施設等における複数患者への歯科診療が適切に提供されるよう要件を見直すべきである。

さらに、患者にわかりやすい歯科医療を提供する観点から、文書による情報提供内容や難解な用語の見直しを行うべきである。

5. 調剤報酬について

調剤報酬については、医療経済実態調査の結果を踏まえ、調剤技術料及び薬学管理料の適正化を図るべきである。在宅医療の強化に向けては、在宅業務を実施している薬局における在宅薬剤管理指導業務の充実を図るとともに適切な施設基準を設定して評価する一方、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料は財政中立を前提に統合すべきである。また、医療機関への情報提供料について、廃止を含め必要な見直しを行うべきである。

6. 後発医薬品のさらなる使用促進

後発医薬品の使用割合を平成24年度までに数量ベースで30%にするとの目標達成に向け、政府は患者や医療関係者等を含めた国民全体に対して、後発医薬品の品質の安全性が担保されていることを繰り返し情報提供し、使用促進に関する適切な理解を深めていくことが必要である。また、患者が後発医薬品を選択しやすくするため、薬局において後発医薬品の価格情報を含めた薬剤情報提供文書が提供されるよう改めるべきである。

さらに、一般名処方への変更や個別の薬剤単位で変更不可としている処方箋様式の見直し、後発医薬品の薬価のバラツキの是正のほか、療養担当規則に医師、薬局・薬剤師による説明、情報提供等の取組みの義務化を講じるとともに、一般名による処方の努力規定を設けるべきである。

内用薬の当初収載時の単価は原則先発品の7割とし、10品目を超える場合には、6割に設定するよう改めるとともに、次々回改定においては、当初収載時の薬価のさらなる見直しに向け、注射剤や外用薬についても検討を進めるべきである。さらに、後発医薬品調剤体制加算については、後発医薬品の調剤が依然として低い薬局に配慮しつつ、より高い割合の薬局

を手厚く評価するようメリハリのある見直しを図るとともに、後発医薬品の処方に伴う各種加算の整理統合を行うべきである。

7. 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ① 薬価基準制度および保険医療材料価格制度は、公的医療保険制度のもとで必要な医薬品等を確保するため、有用性の高い革新的な新薬等を適切に評価するとともに、既収載品については、市場における実勢価格を踏まえた適正な価格を設定することを基本に見直しを行うべきである。
- ② 試行的に導入した新薬創出・適応外薬解消等促進加算については、製薬企業におけるドラッグラグ等の解消に向けた取組みを強化することや新薬創出企業が評価される仕組みを検討するとともに、新薬創出等加算を受けているが開発要請等を受けていない企業に対して公募品目に対応する等開発への具体的な貢献を確認する措置を新たに設けることを前提に、引き続き試行期間を継続すべきである。
- ③ 外国平均価格調整については、外国平均価格の1.5倍ルールをさらに引き下げるとともに、規格間調整における価格差の縮小、配合剤の価格の適正化など、必要な見直しを図るべきである。さらに、保険医療上必要性の高い医薬品については、安定供給の必要性は理解するものの、製薬業界全体の対応を注視しながらさらに検討していくべきであり、当面は現行体制を維持すべきである。
- ④ 保険医療材料価格については、内外価格差の是正に向け、海外における市場実勢価格の把握方法等を検討するとともに、外国平均価格の1.5倍としているルールをさらに縮小させるべきである。また、現行の機能区分別収載については、イノベーションの適切な評価及び償還価格と実勢価格の乖離の縮小の観点から、必要な見直しを行うべきである。

8. 患者の視点に立った医療の実現

- ① 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき理解・納得し、積極的に医療に参加できるよう明細書の無料発行をさらに加速させるべきである。そのため、無料発行の免除要件の厳格化を図り、免除期間の設定、高額な発行手数料の是正、窓口負担がない患者への発行などを実施すべきである。併せて、明細書の無料発行の患者への周知については、国、医療機関、保険者等がそれぞれの立場で必要な取組みを一層推進すべきである。
- ② 患者が受けた医療サービスとコストを明確に把握できるよう現行の複雑な診療報酬体系を平易・簡素化し、わかりやすい体系とするとともに、審査・支払いの円滑化と疾病動向や医療費に関する分析を容易にする観点から、診療報酬点数表の電子化、医科・歯科・調剤すべてのレセプトの電子化を早急に進めるべきである。さらに、未コード化傷病名の廃止や主疾病名を原則1つとすることの徹底、傷病名と診療行為のリンク付け、院外処方せんを発行した場合でも医科（歯科）レセプトでその処方内容が確認できるようにするなど、レセプト

様式および記載要領の見直しを図るべきである。

9. その他

東日本大震災における被災地のインフラ整備等や、採算をとるのが難しい救急等の分野については、補助金等の公費投入で対応するなど税と保険料の役割分担を踏まえた幅広い取組みなど、総合的な施策展開が求められる。

平成23年12月21日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会
二号委員
安達 秀樹
嘉山 孝正
鈴木 邦彦
西澤 寛俊
万代 恭嗣
堀 憲郎
三浦 洋嗣

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための 平成24年度診療報酬改定に関する二号（診療側）委員の意見

〔医科〕

I 基本的考え方

我が国は、国民皆保険の下、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成してきた。しかし、長年にわたる医療費抑制政策、とりわけ近年の診療報酬の引き下げにより、医療提供に必要なコストは抑えられ続け、国民が求める医療の質の高さとの矛盾は一方的に現場に押し付けられてきた。前回改定は実に10年振りのプラス改定となったが、「医療崩壊」と呼ばれる深刻な状況の解決には至っていない。

第18回医療経済実態調査においても示されたように、4度にわたる診療報酬の引き下げの影響で、急性期医療を引き受ける大規模病院では依然として赤字が続いており、地域医療を支える中小病院や一般診療所の経営もなお不安定である。医療機関の経営は依然として、医療従事者の過重労働をはじめとする現場の代償の上に辛うじて成り立っているというのが現実なのである。こうした厳しい状況の中、国民の生命及び健康のために質の高い医療を安定的かつ持続的に提供するには、財政中立の下での病院・診療所間の財源の付け替え等による診療報酬改定や政策誘導的な診療報酬改定は、到底認められるものではない。

我が国の診療報酬体系に関する問題の根底には、基本診療料等の個別の診療報酬点数が必ずしもコストを反映した設定になっていないという事実がある。政策誘導等によって首尾一貫しない点数の設定と変更が繰り返されてきたために、各医療機関は将来の見通しを立てることができず、更なる経営上の困難に直面してきた。したがって、平成24年度診療報酬改定においては、コスト等

の根拠に基づいた診療報酬改定を進めることが不可欠である。これは、質の高い医療提供の確保や医療現場のモチベーションの向上に必要であるばかりでなく、患者・国民に対する正しい情報提供にもつながり、医療従事者と患者・国民との間の相互信頼の醸成にもつながるものである。

以上の観点から、平成24年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

1. 不合理な診療報酬についての見直し
2. あるべき医療提供コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
 - 2-1 「もの」と「技術」の分離の促進
 - 2-2 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
 - 2-3 出来高払いを原則としつつ、包括払いとの適切な組合せの検討
 - 2-4 医学・医療の進歩の速やかな反映
3. 勤務医等の過重労働の軽減策（チーム医療を含む）の更なる推進
4. 大病院、中小病院、診療所がそれぞれに果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
 - 4-1 高度先進医療や救命救急、二次救急医療等の不採算医療を引き受けてきた医療機関が医療費（公費を含む）で健全に自立できる診療報酬の設定
 - 4-2 地域医療を担い地域社会の健康を支える中小病院・診療所への支援
 - 4-3 診療報酬と介護報酬の同時改定の観点から、在宅医療の推進、医療保険と介護保険の整合性確保と円滑な利用の促進、地域における医療・介護連携のネットワーク化の推進
 - 4-4 医療資源が乏しく医療提供が困難な地域に対する配慮
5. その他必要事項の手当て

II 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

1. 初・再診料

(1) 再診料及び地域医療貢献加算の見直し

診療所・中小病院の再診料の水準を以前の診療所の水準に戻し、更に最低でも前回改定における入院医療費改定率相当の引き上げを行うこと。また、地域医療貢献加算（診療所のみ対象）の要件を分かりやすく見直すこと

(2) 外来診療料と再診料の同一化

外来診療料を他の再診料と同一にして検査・処置等の包括化をやめ、出来高算定できるようにすること

(3) 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、全ての診療科について、初診料及び再診料の区別なく、また減算することなく算定できるようにすること

- (4) 小児科外来診療料の点数引き上げと算定要件見直し(対象年齢の拡大等)
- (5) 7種類以上の内服薬投与時の薬剤料・処方料・処方せん料通減の廃止 等

2. 入院基本料

- (1) 入院基本料の適切な評価

医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価し、医療従事者の人件費についても適切に評価すること

- (2) 入院患者の他医療機関受診の取り扱いの見直し

入院元、受診先のそれぞれの医療機関は責任を持って診療行為を行っており、それぞれ適切に評価すること

- (3) 有床診療所の入院基本料の引き上げ

介護施設よりも評価が低いという有床診療所の入院基本料の不合理を是正すること

- (4) 療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ

複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価を引き上げること

- (5) 療養病棟入院基本料の医療区分1の評価の見直し

医療区分1における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げること

- (6) 夜勤72時間ルールの緩和

看護職員の確保並びに医療及び看護の質の確保のため、72時間ルールを加算に変更すること。現場では、夜勤のみを望む看護職員あるいは家庭環境が原因で夜勤が困難な看護職員の存在を考慮すると、月平均夜勤時間の算定は夜勤専従を除く全看護職員の平均とすることが合理的で、更に、夜勤専従者の労働時間を最大160時間/4週にすること

- (7) 一般病棟入院基本料1.5対1の引き上げ

一般病棟入院基本料1.5対1を最低でも平成22年度改定前の水準に戻すこと

- (8) 精神科病棟入院基本料の引き上げ 等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

- (1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

- (2) 二次救急医療機関に対する評価

医師の過重労働や不採算性を背景とした二次救急医療機関の減少に歯止めをかけ、三次救急(救命救急センター)への患者集中を緩和するためにも、救急車を受け入れた際の「救急車応需加算」を創設すること及び「救急医療

管理加算」の点数・算定期間を増やすこと

(3) 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大

療養病棟や精神病棟等、急性期以外の病棟においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟を拡大すること

(4) 急性期看護補助体制加算の拡大による24時間配置

現場の実情に合わせて急性期看護補助体制加算を拡大し、24時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間において算定できるようにすること

(5) チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）

薬剤師、リハスタッフ、管理栄養士、社会福祉士、臨床工学技士、精神保健福祉士等の病棟配置に対する加算評価を行い、その際、急性期以外の病棟に対しても適切な評価を行うとともに、チームの一員としての専任配置とすること

(6) 医療の安全管理・院内感染対策等に対する評価充実

実際にかかっている経費を保証する点数設定（手術時の医療安全管理に対する評価を含む）を行うこと

(7) 院内安全、院内トラブルに対応する医療専門職の評価

患者と医療従事者の双方向コミュニケーションを促し、医療安全の向上にも資する観点から、日本医療機能評価機構等が行う医療コンフリクト・マネジメントセミナーを修了した医療メディエーターのような医療専門職員の配置を評価すること

(8) 療養病棟入院基本料における認知機能障害加算の再評価

平成18年度改定で創設された認知機能障害加算は平成20年度改定で廃止されたが、認知症対策は国民的最重要課題のひとつであり、その専門的ケアを適切な水準で再評価すること

(9) 支払方式における出来高算定規則の整理

特定入院料等の包括支払方式病棟における包括外での出来高算定規則は個々の点数設定のさまざまな算定規則で統一性に欠けており、理論的に整理された規則に変更すること 等

4. 基本診療料全般

(1) ストラクチャー評価でなくプロセスを重視した評価の視点の拡大（中小病院でも提供する各種加算サービスを算定できるような工夫（専従要件、面積要件等）を含む）

(2) 地域差や地域の医療資源の実態を反映した施設基準の設定 等

5. 医学管理等

(1) 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価

厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダーリングシステム、電子カ

- ルテ等の医療情報システムを使用する場合、診療報酬上十分な評価を行うこと
- (2) がん登録に対する診療報酬上の評価
正確ながん登録が進み各種のクリニカル・インディケータの蓄積が進めば、個々の患者にとっても有益な情報となる。根本的には、がん登録は法制化すべきであるが、現時点でがん登録率を上げるためには、がん登録の体制整備や登録数に応じた診療報酬上の評価を行うこと
- (3) 特定疾患療養管理料における病床区分の見直し
特定疾患療養管理料の病床区分を一般病床数に改め、かつ点数を統一すること 等

6. 在宅医療

- (1) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院とそれ以外の在宅点数格差是正
在宅療養支援診療所（在支診）等以外も、在支診等と同じように在宅医療を行っている場合には、同様の評価をすること
- (2) 在宅患者訪問診療料の算定要件の見直し
同一建物居住者の不合理を是正すること
- (3) 在宅ターミナルケア加算の見直し
在支診以外については、24時間対応の医療機関との連携を届け出た上で、要件を緩和し、在宅ターミナルケアについて十分に評価すること
- (4) 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大
在宅医療推進のために、医療保険での訪問看護、訪問リハ等の適応を拡大すること（短期的には、医療療養病床の医療区分2・3にある疾患・状態を援用する形での評価が考えられる）
- (5) 在宅寝たきり患者処置指導管理料の見直し
一般処置・排尿管理・栄養管理等に区分し、病診及び診診連携による在宅医療の複数医療機関における併算定を可能にすること 等

7. 画像診断

- コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初診・再診にかかわらずに評価すること 等

8. 投薬

- (1) 処方日数の適正化
長期処方（例えば30日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすること
- (2) 後発医薬品使用に対する基盤整備
後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、更に患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること 等

9. 注射

入院化学療法・外来化学療法についてそれぞれ適切に評価するとともに、チーム医療によるプロトコル管理等に対する評価を行うこと 等

10. リハビリテーション

(1) 外来リハビリテーション管理料の創設

回復期の通院リハビリテーションにおいて、病状の急激な変化がないと判断される場合に、受診ごとの診察よりも定期的（月1回程度）な診察時の評価及び指導、リハスタッフへの指示等を制度化した「外来リハビリテーション管理料」を創設すること

(2) 維持期のリハビリテーションに対する医療としての適正評価 等

11. 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法の時間区分の見直し

(2) 精神科の専門性の明確化

認知療法・認知行動療法等における「精神科を標榜する保険医療機関以外の算定」は、専門的知識が必要であることから、評価を見直すこと 等

12. 手術・処置

(1) 「もの」と「技術」の分離の明確化

手術及び処置の診療報酬は、例えば、心臓外科、肝臓外科など、糸代だけで20%以上に達するものがあり、「もの」と「技術」の評価が分離しておらず、「技術」の評価が不明瞭となっている。したがって、手術及び処置において使用された医療材料等は別途算定可能とし、診療報酬点数において「もの」と「技術」の分離を明確にすること

(2) 緻密なコスト計算に基づく外保連方式の更なる導入

前回改定において多くの手術点数改定に用いられた外保連方式を他の手術や処置にも広く導入すること（検査についても同様）

(3) 同時実施手術の評価

「従たる手術は1つに限り算定する」との取り扱いを廃止し、行った手術の手技料をそれぞれ算定できるようにすること 等

13. 放射線治療

(1) 外来放射線治療の算定要件見直し

外来放射線治療において、患者の状態が比較的良好な場合に、医師の包括的な指示を受けた看護師や放射線技師等のチームによる観察を行うことにより、医師は毎回診察しなくとも週1回以上の診察でも、関連の診療報酬の算定を認めること（放射線治療専門医が常勤していない施設では、常勤医のい

る近隣施設との連携体制を確保すれば、当面、これを認めること)

(2) 放射線治療に対する評価の充実

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、その人数に応じた段階的な評価を行うとともに、放射線治療計画の策定や放射性物質の適切な管理等に対しても加算等による対応を行うこと 等

14. その他

- (1) 診療報酬点数表の一層の体系化・簡素化・明確化
- (2) 改定時における点数表の早期告示と周知期間の確保
- (3) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

我々は、歯科医療を「生きる力を支える生活の医療」と定義し、国民の健康を守るために経済的に困難な状況下にあっても努力をし続けている。各界の代表者により構成された『生きがいを支える国民歯科会議』の提言にも、歯科医療への大きな期待が寄せられており、本年8月成立の「歯科口腔保健の推進に関する法律」は、歯科医療の価値を明確に掲げたものである。

医療は、それを必要とする人々の元に、必要とされる質と量を提供し続けなければならない。その意味で歯科医療の充実が、世界に例のない速さで迎えるつつある超高齢社会の困難な課題を解決する道であり、それが今必要とされている。

このような歯科関係者の努力の成果や国民の期待にもかかわらず、歯科診療所の経営状況は依然として厳しいままである。長期にわたった我が国の医療費抑制策は、自然増のない歯科医療を崩壊させた。平成22年度に久し振りのプラス改定が行われたとはいえ、影響は僅かであり、依然として再建への道は遠い。歯科界が明日への希望を見出せない状況にあることを踏まえ、将来にわたり安定した歯科医療供給体制を確保するため、以下に示す事項を基本方針として定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

1. 安定かつ持続的な歯科医療の提供と安心かつ安全な診療体制を確保するための費用等の評価を踏まえた初・再診料の段階的な引き上げを行うこと
2. 介護保険との同時改定の観点から、高齢者・要介護者等に対する歯科医療について、その充実と推進を図るための体系上の所要の見直しを行うこと
3. 全世代にわたる重症化予防と生活の質（QOL）の向上に資する技術の評価及び医学管理の位置付けと評価のあり方に対し検討を行うこと
4. 基本診療料等に過度に包括されるなど、適切に評価されていない手技、材料、薬剤に対する評価の見直しを行うこと
5. これまでの改定後の歯科医療費の変化が推計と大きく乖離している事例が散見されることから、確保された改定財源の配分時に十分な検討を行うこと
6. その他必要な事項について検討し、見直して充実を図ること

Ⅱ 具体的検討事項

1. 歯科医療の充実のための歯科技術料の適切な評価

- (1) 歯科外来診療環境加算の評価のあり方や要件等、課題に対する見直し
- (2) 将来の適切な在宅医療の提供に資する外来高齢者に対する「歯を残す技術」と「口腔機能回復のための技術」に対する評価の見直し
- (3) 長期にわたり評価が据え置かれている診療行為に関し、専門学会によるタイムスタディ調査等を活用した実態に即した適切な評価の見直し
- (4) 「歯周病安定期治療」をはじめとして、全世代における歯や口腔の機能の長期かつ定期的な維持管理を目的とした、処置や指導管理等の「重症化予防のための技術」と「口腔機能の維持・回復のための技術」に対する適切な評価の見直し 等

2. 在宅歯科医療の推進と適切な評価

- (1) 通院困難な患者の求めに対し、適切かつ柔軟に対応できる訪問歯科診療の体系とその評価の見直し
- (2) 居宅等治療の困難な状況下における技術の評価の検討
- (3) 在宅療養患者等の長期にわたる口腔機能維持管理技術の適切な評価
- (4) 地域医療・介護ネットワークの推進と評価の見直し 等

3. 新規技術等に関連した歯科医療の充実

- (1) 新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価の検討
- (2) 保険外併用療養費制度の活用 等

4. 患者の視点に立った適切な歯科医療提供の推進

- (1) 「歯科疾患管理料」や「歯科疾患総合医療管理料」等に関し、従来の指導管理による成果と実績を踏まえ、患者の主訴や状況に即して行えるような内容と評価への見直し
- (2) 適切かつ効果ある情報提供を目的とした、記載要件の簡素化や廃止を含めた患者への文書提供のあり方の見直し
- (3) 用語の見直しを含め患者に分かりやすい情報提供のあり方に対する検討 等

5. 病院歯科の適切な評価

- (1) 二次歯科医療機関としての後方支援機能の充実と高次医療への評価の検討
- (2) 入院患者の周術期等における口腔管理技術の評価とチーム医療の推進のための、「口腔ケア」、「チーム医療」の概念整理と適切な評価や、内容の明確化のための検討
- (3) 退院時・入院前後の連携の拠点としての機能に対する評価の検討 等

6. 障害者への歯科医療の充実とその推進に向けた評価

- (1) 障害者治療の特性に着目した適切な評価の検討
- (2) 障害者に対する加算の内容の見直しと適切な評価の検討
- (3) 病院歯科や障害者歯科センター等の地域における地域の連携・支援機能の評価の見直し 等

7. その他

- (1) 臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務的負担を求める不合理かつ詳細に過ぎる通知の是正。診療録、レセプト摘要等の記載に関する見直し等、歯科医師の事務的作業の負担軽減
- (2) レセプト請求の電子化により顕在化した課題への対応
- (3) 治療の妨げとなるような、「歯周病の診断と治療に関する指針」等の誤った運用とその取扱いの見直し 等

〔調 剤〕

＜保険薬局における調剤報酬関係＞

I 基本的考え方

我が国の医薬分業は全国平均で63.1%（平成22年度）となり、最近その伸びは鈍化しているものの、ここ15～20年間で急速に進展してきた。これに伴い調剤医療費も増加傾向にあるが、実際には院内投薬から院外処方への切り替わりによって薬剤料が調剤医療費にシフトしているだけであり、処方せん1枚あたりの費用の内訳を見ても明らかなように、調剤医療費の伸びの主な要因は薬剤料の増加によるもので、薬剤師の技術料は増加していない。

保険薬局においては、後発医薬品の普及促進への積極的な取り組みや投与日数の長期化に伴い、備蓄医薬品の品目数・数量が増加し続けており、経営面での負担も急激に増加している。また、在宅医療の推進という喫緊の課題の中で、薬剤師による在宅薬剤管理業務への期待は高まっており、その貢献が求められている。

医薬品の適正使用のためには、薬剤師による薬歴管理は欠かせないものである。重複投薬や相互作用の防止など、服薬における患者の安全確保はもちろん、残薬チェックなどにより医療費の効率化を進めていくためには、保険薬局の安定的な経営基盤の確保が必要であることから、以下の事項を基本方針とする取り組みを進めていくことを求める。

1. かかりつけ薬剤師の役割、かかりつけ薬局機能の推進
2. 患者ニーズに対応した調剤技術・薬学的管理の拡充
3. 患者に分かりやすい調剤報酬体系の確立
4. 医薬品適正使用の推進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師の役割を踏まえた薬学的管理指導の拡充・評価（小児医療、ハイリスク薬、残薬チェックなど）
2. 幅広い年齢層におけるお薬手帳の普及・促進
3. 後発医薬品の普及促進に向けた積極的な体制整備の評価
4. 在宅医療の推進のための積極的な体制整備、実績の評価
5. かかりつけ薬局機能の評価
6. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

医療を取り巻く環境が大きく変化してきたことに伴い、良質で、安心・安全な医療提供を求める国民の声が高まっている。更に、近年の医療の高度化・多様化は、各医療従事者の職能にも大きな変化をもたらしている。

このような状況を背景に、より質の高い医療を実現するため、高い専門性を持つ医療従事者がそれぞれの専門性を発揮し、相互に補完し合いながら、協働して患者中心の医療を実践する「チーム医療」を推進することの重要性が強く認識されるようになった。

薬剤師については、平成22年4月30日の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において、チーム医療の一員として薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することの有益性が指摘されている。

医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、薬剤師が医療安全と薬物療法の質の向上に努め、チーム医療に貢献できる体制を確保するために、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けて取り組むことを求める。

1. 医療安全及び薬物療法の質の向上のための薬剤師の病棟業務の充実
2. チーム医療における薬剤師の貢献
3. 病院・診療所等の薬剤師の薬物療法における役割の進展

II 具体的検討事項

1. 薬剤師の病棟業務の評価
2. チーム医療における薬剤師の役割の評価
3. 閉鎖系器具を用いた抗がん薬の無菌製剤処理の技術評価
4. 医薬品情報の収集と安全使用のための情報提供の評価
5. 後発医薬品の使用促進の取り組みに対する評価
6. 医薬品管理と供給の評価
7. その他必要事項

平成24年度診療報酬改定について

平成23年12月7日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、賃金・物価の動向、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、平成24年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記の通り整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 診療報酬改定を取り巻く状況について

第18回医療経済実態調査によれば、病院の医業収支は精神科病院を除き、全般的にやや上昇している。また、診療所の医業収支は全般的にやや上昇している。

平成22年度診療報酬改定以降の平成22年度から平成23年度までの2年間における賃金・物価の動向については、人事院勧告による賃金の動向は▲1.7%、消費者物価指数による物価の動向は、本年9月までの消費者物価指数の実績を用いた場合▲0.5%であった。

薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約8.4%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約7.7%であった。

2. 平成24年度診療報酬改定について

- 我が国の医療は極めて厳しい状況に置かれており、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整えていくことは重要な課題である。

○ 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においてとりまとめられた「平成24年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）では、重点的に取り組む課題として、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減を図ることや、医療と介護の役割分担と連携の推進及び在宅医療等の充実を図ることが示された。本協議会は、この基本方針の枠組みの中で、地域の医療提供体制を確保するなど、国民皆が質の高い医療を受け続けるための取組を真摯に進める。こうした基本認識については、支払側と診療側の意見の一致を見た。

○ しかし、このような基本認識の下で、どのように平成24年度診療報酬改定に臨むべきであるかについては、次のような意見の相違が見られた。

まず、支払側は、景気や雇用情勢の悪化や賃金の低下など、国民生活が厳しい状況にあり、また、医療保険財政も急速に悪化している一方で、医療機関の経営状況は概ね安定的に推移していること等を踏まえれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体（ネット）の引き上げを行うことは、どうも国民の理解と納得が得られず、財源を効率的かつ効果的に配分すべきであるとの意見であった。

一方、診療側は、平成14年度改定から平成20年度改定までの全体（ネット）マイナス改定により、急性期医療を引き受ける大規模病院、地域医療を支える中小病院や一般診療所、歯科診療所、薬局の経営はなお不安定で、前回の全体（ネット）プラス改定のみでは不十分であり、また、国際的に見て我が国の税と保険料を併せた国民負担は低く、引き上げる余地があり、医療機関の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るために、診療報酬の引き上げによる医療費全体（ネット）での底上げを行うべきであるとの意見であった。

- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を規定された法定の審議会である。

行政刷新会議の提言型政策仕分けなど財政的観点から、診療報酬本体について据え置きや抑制を求める意見があることも承知している。本協議会は、これまで医療保険制度を構成する当事者である支払側委員、診療側委員、公益委員が、医療の実態や保険財政等の状況を十分考慮しつつ、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整えるために真摯な議論を積み重ねることにより、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

今後とも、本協議会に与えられた責任を果たすため、支払側委員、診療側委員、公益委員がそれぞれの立場から我が国の医療を議論し、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整備していく。

- 本協議会としては、基本方針の実現に向けた診療報酬改定の具体的検討を行う所存である。厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成24年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。

- また、東日本大震災からの復興をはじめ、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、幅広い医療施策が講じられることが必要であり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。

