

平成 19 年 12 月 14 日

中央社会保険医療協議会  
会長 土田 武史 殿

中央社会保険医療協議会委員  
石井 博史  
対馬 忠明  
小島 茂  
勝村 久司  
丸山 誠  
高橋 健二  
松浦 稔明

### 平成 20 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

診療報酬の改定に当たって、支払側はこれまでも、相互扶助を基盤とする国民皆保険のもとで、すべての国民が地域において良質で効率的な医療を受けることができるよう努めてきた。勤務医の負担の大きさや医師不足等の問題が指摘されている今日、国民の医療費に対する負担感や経済・社会の状況を踏まえつつ、健康は国民一人ひとりが自ら守るという前提に立ったうえで、安心と納得の医療を早期に実現するよう一層努力したいと考えている。

去る 11 月 21 日の総会において明らかにしたように、支払側としては、20 年度の診療報酬改定は、医療保険の財源を適切に再配分することによって医療における資源配分の歪みやムダを是正することを中心課題とすべきと考えていることを改めて強調しておきたい。

とくに、経年的に黒字を計上している診療所や薬局から赤字が続いている急性期病院に、また診療所では、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科など高い収益を上げている診療科から外科、内科など収益が相対的に低い診療科に、経営改善努力を前提として財源を再配分すべきである。また、慢性期入院医療についても一層の効率化をはかる必要がある。薬剤と医療材料については、市場の実勢を踏まえた薬価等の更なる引下げと後発医薬品の使用促進により適正化すべきである。

そのうえで、病院勤務医の負担軽減、とりわけ産科・小児科・救急医療等の厳しい医療現場への対応、医療連携体制の強化、在宅医療の推進といった分野を重点的に評価すべきである。

また、患者中心の開かれた医療の実現に向けて、情報開示に向けた取組みをさらに強化するとともに、医療に関するデータベースの整備と適切な活用体制の構築を急ぐべきである。おつて、今回の診療報酬改定を機に、点数表の電子化（電子点数表の作成）を進め、医療費関係事務の効率化と透明化をはかることが望ましい。

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・診療所の役割分担と財源配分の見直し

基本診療料は、医療機関の機能に応じたものとするのが重要であり、見直していく必要がある。当面は、再診料について初診料と同様、病診間の格差是正をはかるほか、医師の指導により患者本人が行うことのできる処置や軽微な処置等は基本診療料に含めるべきである。また、病床数で区切る診療報酬体系のあり方についても、医療機関の機能にもとづいて評価する方向で見直すべきである。

有床診療所の評価については、医療機関の機能分化と病診連携のなかでの位置づけ・役割を明確にしたうえで検討する必要がある、現状を追認するような評価は行うべきではない。

病院勤務医の負担軽減、夜間・休日の救急医療の確保等については、医療行政で対策を講じる一方、診療報酬においても対応する必要がある。病院勤務医の負担軽減策は、診療所における開業時間の夜間への延長等を評価すること、急性期病院における医師の事務作業を支援する専門的な職員の配置を適切な要件を定めて評価すること等、幅広く検討すべきである。とくに、産科・小児科については、人員を手厚く配置し専門的医療を提供する施設を評価し、産科については、ハイリスク分娩加算の対象疾患の拡大、緊急の母胎搬送の受け入れが円滑に行なわれるような診療報酬上の評価等を行うべきである。

DPCについては、質を確保した適正な運用がはかられるよう、不適切な再入院の排除や外来検査の位置づけの明確化、正確かつ十分なデータの確保等のための措置を講じるべきである。また、包括払いの拡大に向け、調整係数の廃止を視野に入れて医療機関の機能を評価した係数のあり方を検討するとともに、蓄積されたデータの分析・評価にもとづいて、対象病院の基準や診断群分類のあり方、1入院当たり包括評価への移行、包括と処置・手術等の出来高との適切な組合せ等について検討すべきである。

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、アップコーディングや粗診粗療を防止し医療の質を確保するため、医療の質を評価する指標の早期導入をはかるべきである。また、患者分類を用いた包括評価を急性期以外の一般病床に拡大することについても検討すべきである。

入院基本料の7対1看護体制については、実態を詳しく検証したうえで、制度の趣旨に沿い、急性期医療における看護必要度等に応じた評価となるよう、届出基準を設定する必要がある。

リハビリテーション料については、急性期・回復期におけるリハビリテーションは医療保険、維持期におけるリハビリテーションは介護保険という役割分担に沿った評価を確立するとともに、医療保険においては、身体機能の改善を目指すことを第一に、とくに早期リハビリテーションを評価すべきである。また、急性期・回復期におけるリハビリテーションから維持期におけるリハビリテーションへのスムーズな移行について検討すべきである。あわせて、リハビリテーションの質を確保するため、重症度による患者の選別が行われないよう配慮しつつ、身体機能等の改善度を評価する指標を導入する等の方策を講じるべきである。

がん対策については、がん医療の推進に向けて、緩和ケアなど患者のQOL向上をはかるための評価を進めるべきである。とくに、外来における放射線治療・化学療法、リンパ浮腫を防止するための指導・療法等について適切に評価すべきである。

心の問題への対応については、内科・精神科などの連携による診療を評価するなど、実効ある診療について評価すべきである。

このほか、手術に係る施設基準については、手術の集約化による医療の質の向上と効率化の観点から、個々の医師の技術という視点も加味しながら、その再導入に向けて早急に具体的な検討を進めるべきである。また、ニコチン依存症管理料は、禁煙成功率や途中で中止する患者の取扱い等について検討する必要がある。

## 2. 医療連携の強化

医療機関等の連携を推進するため、患者の円滑な退院支援を目的とした医師や看護師による指導、医療機関や介護事業者間における連携・調整、患者に関する情報の共有等を適切に評価すべきである。その際は、連携医療機関における退院計画の確実な作成、患者への情報提供など、実効ある連携に向けた取組みを評価すべきである。地域連携クリティカルパスについては、その効果を検証しつつ、診療報酬の対象となる疾患を段階的に拡大すべきである。

## 3. 自宅・居宅系施設における医療（居宅医療）の推進

患者・国民のニーズに応え、自宅、居住系施設など医療機関以外の多様な場所における療養を推進する観点から、医療機関や訪問看護ステーションによる訪問診療・訪問看護を評価するとともに、医療機関間および施設間の情報共有や連携を適切に評価すべきである。また、居宅に対して外部から提供しうる医療を、介護保険との整合性を確保しつつ整理・体系化すべきである。

#### 4. 歯科診療報酬について

歯科診療報酬については、指導料・管理料を患者からみてわかり易いものとなるよう再編し、必要な情報が患者に确实かつ適切に提供されるよう見直すべきである。

#### 5. 調剤報酬について

調剤報酬については、薬剤の重複チェック、一元的な服薬履歴管理と指導、患者への情報提供といった調剤薬局が担うべき機能を明確化したうえで、調剤基本料を適切に見直すべきである。あわせて、患者の視点や負担を考慮し、情報提供料・服用歴管理料等を実態を踏まえて見直すべきである。なお、一包化については、真に必要な患者を対象とし、厳正に運用する必要がある。

#### 6. 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者の特性に即した医療を確保するためには、患者を総合的に診る医師(総合診療医)が地域医療の要となって活動することが重要であり、医学部教育等をつうじて積極的に養成、普及・定着をはかる必要がある。しかし、現状ではこうした医師は少数であることから、当面は研修の履修など一定の要件を満たした医師を「高齢者総合担当医」(仮称)として認定する仕組みを設けるべきである。

後期高齢者の外来医療については、慢性疾患を対象に一定の診療行為を包括した新たな点数を創設すべきである。また、薬剤給付の適正化をはかるために、いわゆる「お薬手帳」の活用促進策を講じるべきである。

終末期医療については、緩和ケアの評価、医療機関や訪問看護ステーションによる看取りの評価等を行うべきである。

歯科については、口腔機能の低下による誤嚥性肺炎や低栄養の防止等の観点から、口腔清掃、義歯等の調整などの口腔ケアについて評価すべきである。

#### 7. 薬価・保険医療材料価格の見直しと後発医薬品の使用促進

薬価基準制度および保険医療材料価格基準制度は、公的医療保険制度のもとで必要な医薬品等を確保しつつ、市場の実勢を踏まえた適正な価格を定めることを基本とすべきである。

上記の観点から、薬価については薬価調査にもとづいた引下げを行い、市場が著しく拡大した医薬品についてはより適正化をはかる方向で見直すべきである。一方で、革新的な新薬は適切に評価するとともに、不採算品再算定については安定供給の観点から算定方法の是正をはかる必要がある。あわせて、長期にわたる取引価格の未妥結および仮納入、総価取引等の流通慣行の是正をはかるための対策を講じることとし、薬価の毎年改定についても引き続き検討すべきである。

後発医薬品の使用を促進し、薬剤費の適正化と患者の負担軽減をはかることは極めて重要であり、政府が目標とする数値(数量ベースで30%)をできるだけ早期に達成する必要がある。このため、処方せん様式を後発医薬品への変更不可の場合のみ医師が署名する方式に変更するとともに、後発医薬品の安全性、安定供給の確保、情報提供の充実に向けて、「後発品の安心使用促進プログラム」の徹底をはかるべきである。また、調剤基本料の見直しを前提に、薬局における後発医薬品の調剤実績に着目した評価を別途設けるべきである。さらに、「療養担当規則」を改正し、医療機関・薬局に対し後発医薬品に関する患者への説明を義務づける規定と、後発医薬品を処方・調剤する努力規定を設けるべきである。

保険医療材料価格については、海外における価格動向の実態把握を踏まえ、引き続き内外価格差の是正をはかるほか、高率な調整幅(一定幅)の引下げや機能区分の適切な見直しを行うべきである。

## 8. 医療情報の開示と透明化

医療における選択性を高め、患者・国民が医療に積極的に参加できるよう、早期に明細書付き領収書の無料交付を義務づけるべきである。

医療機関が届出ている診療報酬上の施設基準に関する情報については、電子データで公開すべきである。

現行の複雑な診療報酬体系を簡素・合理化し、患者・国民に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、レセプト様式および記載要領について、以下のような見直しを早急に行うべきである。

- ・ 記載可能な傷病名の統一
- ・ 診療行為実施日の記載の義務づけ
- ・ 傷病名と診療行為のリンケージ
- ・ いわゆる175円ルールの廃止
- ・ 調剤レセプトへの医療機関コード(名称、電話番号等を含む)記載の義務づけ
- ・ 都道府県等単独医療費助成事業の適用の有無と助成額の記載の義務づけ