

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

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。

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。

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。

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。

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、療養病床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(クオリティインディケータ)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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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

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。

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。

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。

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

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。

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。