

平成27年12月25日

**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28年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見**

中央社会保険医療協議会
二号委員
松本純一
中川俊男
松原謙二
万代恭嗣
猪口雄二
遠藤秀樹
安部好弘

〔医科〕

I 基本的考え方

わが国では、世界に類を見ない人口の少子高齢社会が進展している中、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向けて、国民皆保険を堅持しつつ、持続可能な社会保障制度とすべく、地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の再構築等の取組が継続されている。

社会保障審議会がとりまとめた「改定の基本方針」では前回改定に引き続き「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」が重点課題と位置づけられた。国民が住み慣れた地域で質の高い医療を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護を提供できるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実が不可欠とできない。平成28年度診療報酬改定では引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要な財源配分をすべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、平成28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。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然である。

1. 不合理な診療報酬項目の見直し
2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
 - 「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
 - 医学・医療の進歩に対する速やかな対応
 - 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
 - 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
3. 大病院、中小病院、診療所が各々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

- 急性期医療から回復期・慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
 - 救急医療、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健全に運営できる診療報酬の設定
 - 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価
4. 高齢化に伴う認知症患者の増加に対応した認知症対策に係る十分な評価
 5. 医療従事者の負担軽減策の更なる推進
 6. 医療と介護の同時改定に向けた対応
 7. 施設基準の簡素化と要件緩和
 8. その他必要事項の手当

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) 初・再診料の適切な評価（引き上げ）

初・再診料は医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営原資となるものであり、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

(2) 再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成22年度改定前の水準に戻すこと（再診料の平成26年度改定における引き上げは消費税率引き上げに伴う補填目的であり、平成22年度引き下げ分の措置ではない）

(3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

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・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) かかりつけ医機能の更なる評価

地域包括ケアシステムの構築のためにも、かかりつけ医機能の評価は重要である
 具体的には、前回改定でかかりつけ医機能の評価として新設された「地域包括診療加算・地域包括診療料」を算定する医療機関が極めて少数にとどまっており、かかりつけ医機能をより充実させるため、救急指定や研修要件の緩和、24時間対応、患者への同意などの要件を見直すとともに、点数を引き上げること

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

(2) 看護職員1人当たり月平均夜勤7.2時間ルールの緩和

看護職員の確保、医療・看護の質確保のため、7.2時間ルールを本来の夜勤加算に戻す

こと。現場では、夜勤のみを望む看護職員や家庭環境により夜勤が困難な看護職員など、働き方が多様化した職場環境を考慮し、計算方法の緩和が必要

(3) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算や特定入院料等の減算は懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(4) 「重症度、医療・看護必要度」基準の見直し

現行の基準は急性期の病状を必ずしも反映しておらず医療現場に歪みが生じているため、病床機能や患者病態像を加味した観点より見直すこと。7対1入院基本料算定病床の削減の手段とすることなく長期的な展望をもって見直すこと

(5) 入院基本料の病棟群単位での選択制導入

単独もしくは複数の病棟で病棟群を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料を算定できるようにすること

(6) 7対1入院基本料等の在宅復帰率計算式の見直し

有床診療所の病床機能の評価とその利活用の面からも、急性期以後の患者在宅復帰率に有床診療所への転院も加える
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) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、急性期医療に限らず、全病床種別での算定を可能とすること

また、医師事務作業補助者の勤務時間の8割以上が病棟又は外来での業務に限定されているが、実際にはそれ以外の部署でも医師の事務作業補助を行っている

さらに、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

(3) 医療の安全管理・院内感染症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

(4) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

(5) 地域包括ケア病棟入院料の算定要件の見直し

施設基準等の要件を緩和し、多くの中小病院が算定可能となるようにすべきである

1日に2単位以上のリハビリテーションを行うこととされ、リハビリテーションの費用が包括されている。早期退院を促し、在宅復帰率を高めるためには、2単位を超えるリハ

ビリテーションの出来高算定を認めること

在宅療養等の急性増悪に対する治療は本来の目的の一つであり、急性期対応（処置、手術、輸血、麻酔等）については出来高による算定とすべきである

(6) 短期滞在手術等基本料3における対象疾患の見直し

対称器官の見直し、透析患者及び全身麻酔時の適正な評価をすること 等

4. 基本診療料全般

(1) 地域包括ケアシステムにおけるICTを利用した連携体制の評価

(2) チーム医療における多職種連携の評価

多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やQOL向上に効果を上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。

高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準の緩和をすること

等

5. 医学管理等

(1) 主病は1つという考え方の是正

(2) 小児科外来診療料の見直し

一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大、高点数の検査や診療情報提供料を包括から除外すること

(3) 特定疾患療養管理料の見直し

月1回450点を算定可能に

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す

白内障手術、ポリペクトミー等の1日入院の手術や短期間の検査等の入院も増えており、退院後1か月間算定不可の規定は、自院を退院した日から1か月以内に見直す

(4) 救急医療の評価の見直し

救急医療の24時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、救急医療管理加算のさらなる評価、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること

(5) 認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

(6) 診療情報提供料（I）の見直し

少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする

その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、情報提供施設を拡大する 等

6. 在宅医療

- (1) 在宅医療における「1患者1医療機関」の見直し
在宅患者訪問診療料及び在宅療養指導管理料は、原則、1人の患者に対し1つの保険医療機関のみの算定となっている。高齢化の進展に伴い、多様で複雑な疾患をもつ患者が増加しており、在宅医療の充実のためには、主治医の専門以外の診療科の協力によるチーム医療が必須である
- (2) 在宅医療における同一建物居住者同一日診療の減算の緩和（引き上げ）
前回改定による大幅な減額措置は、地域医療を支えるかかりつけ医のモチベーションを奪う対応であった
同一の特定施設内入居者であっても、在宅医療に費やされる手間や労力は一般居宅と何ら変わらず、時により大きな負担を求められる。入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべきである
- (3) 在宅自己注射指導管理料の要件等の見直し
 - ① 在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療を行うことが要件となっているが、遠隔地患者（離島等）に対する例外規定がないため、地域医療を混乱させる要因となっている。導入前の要件規定は「導入期加算」の算定要件に限定すべき
 - ② 自己注射の対象疾患がますます増加している現状において、同一患者の異なる疾患に対して、各々の専門医療機関がそれぞれ異なる注射剤に対し、在宅自己注射指導管理を行った場合には、それぞれの算定を認めること 等

7. 検査・画像診断

- (1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し
例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など
- (2) 画像診断管理加算は読影数や割合ではなく相応の常勤医の存在等の管理体制について設定すること
- (3) 遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと
- (4) 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・再診にかかわらず評価すること 等

8. 投薬

- (1) 7種類以上の内服薬処方時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の撤廃
高齢者は多数の疾患に罹患していることが多く、超高齢社会となった現在において、その傾向はますます顕著となり、それに伴い多剤投与が必要となるケースも増えている
糖尿病だけでも4種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると7種類以上になるケースが多い
- (2) 処方日数の適正化
超長期処方（例えば90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

(3) 院内処方、院内調剤の適正評価

院内処方における一包化加算、後発医薬品に係る加算の新設、調剤料の引き上げ

(4) 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、さら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

(1) 前回改定で外来化学療法加算Bの算定要件において、「皮内、皮下及び筋肉内注射により投与した場合は算定できない」とされた。前立腺がん患者で長期にわたり定期的に行われている注射による感染などの安全性が担保されていない

(2) 内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること 等

10. リハビリテーション

(1) 維持期リハビリテーションの継続

平成28年4月1日以降も医療によるリハビリテーションが必要な患者が数多く存在する。一方、介護保険でのリハビリ提供体制の整備が不十分であるため、維持期リハビリテーションの算定を引き続き可能とすること

(2) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と一物二価の解消

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ)と運動器リハビリテーション(Ⅰ)の点数の格差を是正

(3) 廃用症候群のリハビリテーションの見直し

心大血管リハ料、呼吸器リハ料、がん患者リハ料などの施設基準を有していないと、心不全、肺炎、がんなどによる廃用症候群が算定できないことの是正 等

11. 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法(初診時)の復点

前回改定において、何ら合理的な根拠なしに初診時の通院・在宅精神療法の点数が減点されたことは不合理である 等

12. 処置・手術・麻酔

(1) 休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の要件の見直し

施設基準要件に「当直等を行った日が年間12日以内」とされているが、病院全体の合計となっている。施設基準要件の①交替勤務制、②チーム制、③手当の支給等は、診療科ごとの要件となっていることにあわせ、診療科単位の年間当直日数とすべきである

(2) ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている(特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目)

(3) 基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(4) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

(5) 同一手術野で実施する複数手術の評価

行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること 等

13. 放射線治療

放射線治療計画の策定や放射線物質の適切な管理等に対して、放射線治療計画チーム加算を新設する 等

14. DPC

内科系高度急性期医療を評価して、「特定内科診療」をⅡ群病院実績要件3へ導入および高度急性期病院の機能評価に導入すること 等

15. その他

(1) 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

医療機関が受ける消費税の影響などの経営指標等について、国の施策としてより精緻かつ多面的なコスト分析を進め、反映すること

(2) 診療報酬点数表の一層の簡素化・明確化

(3) 施設基準における専従要件について

(4) 改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

(5) 医療保険と介護保険の給付調整

特別養護老人ホーム等施設入所者に対する配置医師による健康管理や療養上の指導は介護報酬に含まれるとして施設から配置医師報酬として支払われていた。平成27年4月以降、原則要介護3以上となり、中心静脈栄養、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅自己注射等の在宅医療をしていた患者が入所してきた場合、入所後在宅療法指導管理料の算定ができなくなるおそれがあるため給付調整の見直しが必要である

(6) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

平成元年より厚生労働省とともに始めた8020運動や国民の口腔への関心の高まりにより、高齢者の現在歯数は増加している。一方、超高齢社会の到来のなかで、様々な疾患を抱えたり、寝たきり等の要介護状態の高齢者も増加しており、生活の質が問われている。こうした中では、平均寿命と健康寿命の差を縮小することが重要視されている。歯科医療は口腔機能の維持・向上により、国民のQOLの改善と健康寿命の延伸を目指している。

財政難の中、平成28年度診療報酬改定は、本体で0.49%（歯科0.61%）のアップとなったが、目標達成は困難と思われる。医療経済実態調査の結果からも分かるように、歯科医院の経営は長期にわたる医療費抑制により危機的状況にあり、安全・安心で良質な医療提供の継続が限界に達している。厳しい状況ではあるが、国民の健康を支えるという歯科医療提供者の責務と果たすため、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。

- 基本診療料の充実
- 歯科固有の技術に対する評価
- 新規技術の導入と普及促進
- 医療連携・地域連携の推進と「かかりつけ歯科医機能」の評価
- 健康寿命の延伸のための口腔機能管理の充実
- 在宅歯科医療の推進
- 留意事項通知等の見直し
- その他必要な事項

II 具体的検討事項

1. 基本診療料の充実

歯科診療所における経営状況に改善のみられないなか、安全・安心な歯科医療を持続的に提供するため、初診料・再診料を引き上げること。

安全・安心な歯科医療の提供に欠かせない歯科外来診療環境体制加算の普及に係る評価をすること。

2. 歯科固有の技術に対する評価

歯科の臨床では繊細で困難な技術が多用されるが、その多くが低評価のまま据え置かれ、

採算割れの状態となっている。歯を残すことによる口腔機能の維持が健康寿命の延伸につながることから、タイムスタディー調査等も活用し、さらなる評価をすること。

重症化予防のため、長期間継続して管理することが増加しているが、診療項目によって初診一回限り等、実態と合わなくなっている項目があり、合理的な見直しが必要である。特に、補綴時診断料は個々の欠損補綴の診断・設計料であり、評価すること。

3. 新規技術の導入促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入するとともに、その技術に見合った適切な評価をすること。

4. かかりつけ歯科医機能を活かした継続的管理の評価

生涯に亘る口腔機能の維持・向上により健康寿命の延伸をはかるための「かかりつけ歯科医機能」を活かした歯科医療技術の評価すること。

特に、う蝕・歯周疾患等の継続的維持管理を充実させること。

5. 周術期口腔機能管理の充実

医科・歯科連携による周術期口腔機能管理のさらなる推進を図るため、歯科のない病院や歯科があってもマンパワーの不足している病院との病診連携を評価すること。また術後における周術期口腔機能管理についてもさらなる評価をすること。

化学療法・放射線治療における周術期口腔機能管理については、治療開始前や治療後の緩和ケア等においても有用であり、評価すること。

6. 全身疾患を抱える患者への対応の評価

超高齢社会の到来により、歯科診療所においても複数の全身疾患を抱えた患者を診療する機会が増加している。安全・安心な歯科医療の提供のためにも、全身状態の把握や急変への対応が求められており、必要に応じたモニタリングが欠かせないため、これを評価すること。

7. 加齢や障害等による口腔機能低下に対する対応の評価

超高齢社会の到来のなかで要介護状態となる事例も増加している。脳血管疾患等による口腔機能低下に対する医学的管理を含め歯科医療技術の評価すること。

8. 在宅歯科医療の充実

地域包括ケアシステムのなかで「かかりつけ歯科医機能」を発揮した歯科訪問診療を充実させること。特に、退院時カンファレンス等の連携を伴った歯科訪問診療については評価すること。居宅で夫婦等の家族を同時に診療した場合等や、歯科訪問診療で実施される診療行為については内容を検討して適切に評価すること。

同一建物内で多数の患者を訪問診療する場合には内容等を精査して適切に対応すること。また外来応需のない歯科訪問診療専門の医療機関を認めるに当たっては、医療の質を確保できるよう適切な基準を設け、慎重に対応すること。

9. 留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等の是正や煩雑な患者提供文書等を整理すること。

10. その他必要な事項

〔調剤〕

＜保険薬局における調剤報酬関係＞

I 基本的考え方

地域包括ケアシステムの構築に向け、医療機能の分化・強化・連携や医療・介護の一体的な基盤整備が求められる中、薬剤師・薬局の役割と機能は地域完結型医療に対応すべく、自律的に変革しなければならない。

厚生労働省が示した「患者のための薬局ビジョン」では、患者本位の医薬分業の実現に向け、かかりつけ薬剤師・薬局による「服薬情報の一元的・継続的把握」、「24時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」が求められており、これらを着実に推進し、患者への薬物療法の安全性・有効性確保と適切な医薬品供給を実現することが喫緊の課題である。

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな後発医薬品使用の目標実現に向け、薬剤師・薬局がこれまでの取り組みをより一層推進するとともに、国民および医療従事者が後発医薬品をより安心して使用できる環境整備に取り組んでいくことが肝要である。

こうした状況を踏まえ、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・薬局の推進
2. 対人業務の評価の充実
3. 在宅薬剤管理指導業務の推進
4. 医薬品の適正使用の推進
5. 後発医薬品の使用促進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師・薬局による
 - ・服薬情報の一元的・継続的な管理の推進
 - ・24時間の相談や在宅対応
 - ・医療機関等との連携 等
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた薬学的知見に基づく服薬管理・指導の評価
 - ・残薬の適正化
 - ・服薬モニタリング
 - ・薬物療法における医療安全の確保 等
3. 在宅医療における薬学的管理の評価
4. 後発医薬品の更なる使用促進に向けた環境整備
5. 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

超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実現に向けて、医療機関の機能分化・強化および連携が求められるなど、医療提供体制の変革が進められている。加えて、薬学の目覚ましい進歩、医療の高度化・多様化に伴い、薬剤師に求められる役割は大きく変化している。

さらに、平成26年には薬剤師法第25条の2が改正され、患者に対して「必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。」と規定された。これにより、法的に情報提供のみならず責任のある立場で薬学的指導を行うことが義務化され、薬剤師の責任は増大している。

こうした状況を踏まえ、病院・診療所における薬剤師には、病棟・外来業務の充実及びチーム医療の推進に向けて、これまで以上に質の高い薬剤業務の展開が求められる。

薬剤師が医療安全の確保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の確保が急務であり、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 薬剤師の病棟・外来業務の充実
2. チーム医療・医療連携における薬剤師の貢献
3. 医療安全の向上及び薬物療法の適正化に向けた取り組みの推進

II 具体的検討事項

1. 病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大
2. チーム医療・医療連携の推進に向けた薬剤師の薬学的管理の評価
3. 無菌製剤処理料「1」の算定対象の拡大
4. その他必要事項