

診療報酬体系の見直しについて

診療報酬体系の見直しについて

医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針（平成15年3月28日閣議決定）に沿って、見直しを進めているところ。

基本的な考え方

少子高齢化の進展や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されるよう、必要な見直しを進める。

その際、診療報酬体系の評価に係る基準・尺度の明確化を図り、国民に分かりやすい体系とする。

基本的な方向

- ① 医療技術の適正な評価（ドクターフィー的要素）
- ② 医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価（ホスピタルフィー的要素）
- ③ 患者の視点の重視
等の基本的な考え方に基づいて見直しを進める。

(1) 医療技術の適正な評価

- ① 医療技術については、出来高払いを基本とし、医療従事者の専門性やチーム医療にも配慮しつつ、難易度、時間、技術力等を踏まえた評価を進める。そのために必要な調査・分析を進める。

現行制度の概要

- 手術については、個々の手術ごとに点数が設定されており、これまで、難易度の観点を踏まえた評価の精緻化が図られてきている。

- また、平成14年度より手術について施設基準を導入し、症例数や医師の経験年数等による評価を行っている。

平成14年度 症例数が一定未満の場合又は10年以上の経験を有する常勤の医師がいない場合には、点数を減算する仕組みとして導入

平成16年度 患者への情報提供の観点を要件に追加。症例数が一定以上の場合に点数を加算する仕組みに変更

現行制度の課題

- 難易度、時間等を踏まえた評価については、平成16年度に、手術ごとの手術時間及び手術医師数に係る実態調査を実施（別紙1参照）。

→ 本調査では、手術時間について、同じ手術であってもばらつきがあるとの結果であった。

手術医師数については、一定程度手術の難易度を反映しているものと考えられるが、更なる精緻化が必要であるとの結果であった。

- 技術力を踏まえた評価については、平成16年度に、症例数とアウトカムとの関係について、調査を実施（別紙2参照）。

→ 本調査では、症例数とアウトカムとの関係について、一部の手術を除き、相関は認められないとの結果であった。

検討の視点

- 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価

(1) 医療技術の適正な評価

- ② 高脂血症、高血圧、糖尿病等の生活習慣病等の重症化予防を重視する観点から、栄養・生活指導、重症化予防等の評価を進める。

現行制度の概要

- 高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療のため、治療計画書に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、診療報酬上の評価を行っている。
- 生活習慣病等の患者に対する栄養指導については、腎臓食、肝臓食、糖尿食等の特別食が必要と認められる患者に対し、医師の指示に基づき、管理栄養士が栄養指導を行った場合に、診療報酬上の評価を行っている。

現行制度の課題

- 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等のチームワークにより、患者の栄養状態を評価・判定し、経口栄養、経管・経腸栄養、経静脈栄養等の栄養補給法を行うことにより、患者の栄養状態を改善する取組が進められている。

患者の栄養管理を入院早期から行い、在院日数の短縮を促す観点から、チーム医療による重症化予防の取組強化が求められる。

検討の視点

- 生活習慣病等の重症化予防

(1) 医療技術の適正な評価

- ③ 医療技術の進歩や治療結果等を踏まえ、新規技術の適切な導入等が図られるよう、医療技術の評価、再評価を進める。

現行制度の概要

- 新規技術については、通常2年に1回行われる診療報酬改定の際に、以下の2つの方法により、保険導入される。
 - ① 保険外 → 保険導入
 - ② 保険外 → 保険診療と保険外診療との併用 → 保険導入

【①について】

- 学会等からの要望について、中医協の下に設けられた専門家による組織（診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会）において、客観的なデータに基づく検討を行い、中医協における審議を経て、保険導入の適否について決定。

【②について】

- 高度先進医療として一部の医療機関に限って保険診療と保険外診療との併用が認められた技術については、中医協の下に設けられた専門家による組織（高度先進医療専門家会議）において、実績報告に基づく検討を行い、中医協における審議を経て、保険導入の適否について決定。

- 今般新たに保険診療と保険外診療との併用が認められた先進医療についても、厚生労働大臣の設置に係る専門家による組織（先進医療専門家会議）において、実績報告に基づく検討を行い、中医協における審議を経て、保険導入について決定する予定。

現行制度の課題

- 新規技術の保険導入に当たっては、保険導入手続の透明化・明確化の視点が求められている。

検討の視点

- 保険導入手続の透明化・明確化

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

入院医療について必要な人員配置を確保しつつ、医療機関の運営や施設に関するコスト等に関する調査・分析を進め、疾病の特性や重症度、看護の必要度等を反映した評価を進めるとともに、医療機関等の機能の適正な評価を進める。

現行制度の概要

- 入院時の食事については、食事の質の向上、患者の選択の拡大等を図るため、平成6年10月から、入院時食事療養費制度を導入

- ・ 一般の場合、1日につき1,920円
- ・ これに、管理栄養士による食事療養、適時・適温の食事療養等の要件を満たす場合の加算や、腎臓食、糖尿病食等の治療食を提供した場合の加算あり

- また、入院して療養している者と在宅等で療養している者との公平を図る観点から、食事に関して家庭でも要している程度の額を、標準負担額として患者から徴収（1日単位の定額）

- ・ 一般の場合、1日につき780円
（標準負担額は、総務省の家計調査における1人当たりの平均の材料費の額を勘案して設定）

現行制度の課題

- 入院時の食事については、平成16年度に、医療機関における入院患者給食に係る費用等の実態を把握するための調査を実施し、現在、集計作業中。
- 医療安全及び医療のIT化については、平成17年度よりコストに係る調査を実施する方向で、現在、調査設計作業中。

検討の視点

- コストの実態を踏まえた評価
（入院時の食事、医療安全、医療のIT化等）
- 薬剤、材料代等の「もの代」の位置付け

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

① 疾病の特性等に応じた評価

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

現行制度の概要

- 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）
 - ・ 「疾患」と「入院後に行われる医療行為」の組合せにより、約3,000の診断群分類を設定し、
 - ・ そのうち約1,700の分類について、入院基本料、投薬、注射等に係る費用を1日当たりで包括して評価。
- DPCに基づく診療報酬の支払いが行われているのは、現在、144病院。
平成15年度 特定機能病院等82病院について導入
平成16年度 民間病院等62病院について試行的適用
 - * 医療機関ごとの医療費の前年度実績が担保できるよう、医療機関ごとに調整係数を設定
- DPC導入の影響評価を行うため、上記144病院のほか、平成16年度に145病院、平成17年度にも200以上の病院が、調査に協力。

現行制度の課題

- 平成16年度調査においては、在院日数の平均の減少等の効果が見られるとともに、危惧されていた粗診・粗療等は認められなかったとの結果であった（別紙3参照）。
 - * 在院日数の平均の減少（平成14年：21.22日 → 平成16年：19.11日）、後発医薬品等の使用割合の増加、検査・画像診断の外来医療への移行、がんの化学療法・放射線療法のための計画的再入院の増加等、効率化が進んでいる。
 - * 死亡割合、術後在院日数等に大きな変化はなく、退院患者の転院先の病院における評価・患者満足度もおおむね高い。

検討の視点

- DPCの適用拡大を通じた急性期入院医療の効率化

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

① 疾病の特性等に応じた評価

慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。

現行制度の概要

○ 医療保険適用療養病床と介護保険適用療養病床との比較

	医療保険適用療養病床	介護保険適用療養病床
施設数	6,728 (H15. 9 末)	3,817 (H15.10.1)
病床数	約 21 万床 (H16.10 末)	約 14 万床 (H16. 9.1)
平均在院日数	595 日 (H17.2~3)	693 日 (H17.2~3)
報酬支払方式	基本的に患者の状態像に応じた評価なし	要介護度に応じた評価

[患者の状態像]

	医療保険適用療養病床	介護保険適用療養病床
常時医学的管理を要し、病状も不安定である	16.9%	15.5%
医療依存度は低いが、容態の急変が起きやすい	14.3%	19.6%
一定の医学的管理を要するが、容態急変の可能性は低い	37.8%	35.4%
医学的管理をさほど必要とせず、容態急変の可能性も低い	29.5%	28.2%

(医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査報告書」(平成16年))

現行制度の課題

○ 平成16年度に、療養病床の入院患者の特性やサービス提供の実態等に関する調査を実施（別紙4参照）。

○ 平成17年度は、平成16年度調査を基に作成した患者分類案の妥当性の検証のための調査を実施中（別紙5参照）。

ADL区分3			
ADL区分2			
ADL区分1	認知機能障害 加算	認知機能障害 加算	
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

検討の視点

- 患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価
- 介護保険との役割分担

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

① 疾病の特性等に応じた評価

回復期リハビリテーション、救急医療、小児医療、精神医療、在宅医療、終末期医療等について、医療の特性、患者の心身の特性、生活の質の重視等を踏まえた適切な評価を進める。

現行制度の概要

○ 平成16年度改定における主な対応

- ・ 亜急性期入院医療を評価
- ・ 専門的な小児入院医療や新生児・小児救急医療等の評価を充実
- ・ 医療保護入院等における適切な処遇の確保や標準的な薬物治療を評価。精神科入院患者の地域への復帰支援等の評価を充実
- ・ 重症者に対する複数回訪問看護、在宅終末期医療の評価を充実

現行制度の課題

○ 「医療提供体制に関する意見中間まとめ」（平成17年8月1日社会保障審議会医療部会）における関連する提言内容

- ・ 地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みをつくる必要がある。

- ・ 高齢者が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるよう、支援する体制の構築を一層推進する必要がある。
- ・ 訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的な関与、医療機関における退院調整機能の促進など、主治医をはじめ、多職種が協働して患者を支える体制整備が必要であり、在宅医療に係る医療連携体制を地域ごとに構築することが必要である。
- ・ 産科や小児科、救急医療など、診療科・部門による偏在の解消に関しては、①診療報酬での適切な評価など不足している診療科への誘導…（中略）…が考えられるところであり、…（後略）。

検討の視点

- 在宅療養を支える医療体制の構築（在宅医療）
- 小児医療等の適切な評価

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

② 医療機関等の機能に応じた評価

入院医療については、臨床研修機能、専門的機能、地域医療支援機能等の医療機関の機能及び入院期間等に着目した評価を進める。

現行制度の概要

- 入院医療については、
 - ・ 病棟等の類型別に、一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料など9種類の入院基本料を設定。これに、医療機関の機能に応じ、紹介外来加算、急性期入院加算など36種類の加算を設けている。
 - ・ 特定の機能を有する入院については、救命救急入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料など、包括払いを原則とする19種類の特定入院料を設定。
- また、入院期間に応じた評価として、
 - ・ 同一類型の入院基本料の中で、看護配置や平均在院日数に応じた評価を行っているほか、
 - ・ 入院期間に応じて、初期加算及び長期減算の仕組みが設けられている。

(例) 14日以内 ○○点加算
15日以上30日以内 △△点加算
180日以上 □□点減算

現行制度の課題

- 我が国の医療については、諸外国と比べ、
 - ・ 人口当たり病床数が多い
 - ・ 病床当たり医療従事者数が少ない
 - ・ 平均在院日数が長いという特徴が指摘されている。

	人口千人当 たり病床数 (床)	病床百床当 たり医師数 (人)	病床百床当 たりの看護 職員数(人)	平均在院日 数(日)	外来受療率 (回)
日	12.8(2003)	15.6(2002)	42.8(2002)	28.3(2003)	14.5(2001)
独	9.1(2001)	39.6(2001)	102.2(2001)	11.6(2001)	7.3(2000)
仏	8.2(2001)	35.2(1998)	69.7(1997)	13.5(2001)	6.9(2001)
英	4.1(2001)	43.9(2001)	129.2(2001)	8.3(2001)	4.9(2000)
米	3.6(2001)	77.8(2001)	230.0(1999)	6.7(2001)	9.0(2001)

検討の視点

- 平均在院日数の短縮

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

② 医療機関等の機能に応じた評価

外来医療については、大病院における専門的な診療機能や紹介・逆紹介機能等を重視した評価を行うとともに、診療所及び中小病院等における初期診療、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の機能、訪問看護、在宅医療等のプライマリケア機能等を重視した見直しを進める。

現行制度の概要

○ 初診料及び再診料の体系

初診料	病院の初診料	255点
	診療所の初診料	274点
再診料	200床未満の病院の再診料	58点
	200床以上の病院の外来診療料	72点
	診療所の再診料	73点

○ 平成4年度以降、医療機関の機能・特性として、病院は入院医療機能を、診療所は外来機能をそれぞれ評価し、診療所においてはかかりつけ医機能を評価して、より高い点数としている。

○ また、病院と診療所との機能分担の推進を図る観点から、
・ 他の医療機関からの紹介なしに200床以上の病院を受診した患者

・ 他の200床未満の病院又は診療所への紹介を行う旨の申出を受けたにもかかわらず、200床以上の病院を受診した患者

については、自己の選択に係るものとして、特別の料金を徴収することができることとされている。

現行制度の課題

○ 病院と診療所の初再診料の点数格差については、患者負担の観点からすると診療所の方が高くなることから、診療所をより高い点数とすることにより、必ずしも診療所の外来機能を推進する効果を期待できないのではないか、との指摘もある。

検討の視点

○ 病院・診療所の機能分化と連携

(3) 患者の視点の重視

① 情報提供の推進

医療機関の施設基準や機能等に関する情報、診療・看護計画等の情報の提供を進める。

② 患者による選択の重視

患者ニーズの多様化や医療技術の高度化を踏まえ、特定療養費制度の見直しを行う等患者の選択によるサービスの拡充を図る。

現行制度の概要

- 医療機関の施設基準や機能等に関する情報の提供については、保険医療機関及び保険医療費担当規則により、院内掲示が義務付けられている。
- また、入院の際に、医師、看護師等が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、文書により説明を行うこととされており、行われていない場合には、入院基本料が減算される仕組みとなっている。

現行制度の課題

- 患者が受けた医療の内容が分かる領収書については、各医療機関において体制を整え、その発行に努めるよう促しているが、これを推進することが求められている。

- なお、保険診療と保険外診療との併用の在り方については、昨年末の厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間の基本的合意において、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直し、特定療養費制度を廃止し、「保険導入検討医療（仮称）」（保険導入のための評価を行うもの）と「患者選択同意医療（仮称）」（保険導入を前提としないもの）とに新たな枠組みとして再構成することとされている。

検討の視点

- 患者に対する情報提供
- 患者による選択の重視
- 診療報酬点数表の簡素化

(4) その他

① 歯科診療報酬

上記のほか、口腔機能の維持・増進の観点から、歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価、う蝕や歯周疾患等の重症化予防、地域医療との連携を重視した在宅歯科医療等の評価を進める。

現行制度の概要

- 「かかりつけ歯科医初診料」とは、
 - ・ 歯科治療の開始に当たり、患者への治療計画等の情報提供（インフォームドコンセント）を踏まえた継続的な歯科医学的管理を行うかかりつけ歯科医を評価するものであり、
 - ・ 算定に当たっては、患者の同意を得て、治療計画の策定を行い、患者に対しその説明した上で文書による情報提供を行うこととされている。

* 「かかりつけ歯科医初診料」算定歯科医療機関数
平成16年7月 63,001箇所

現行制度の課題

- 「かかりつけ歯科医初診料」については、「かかりつけ歯科医初診料」を算定された患者のうち77%が情報提供文書を受領したと回答（別紙6参照）。
- 平成18年4月から歯科医師臨床研修が必須化されるが、現在、歯科医師臨床研修に対する評価は行われていない。

検討の視点

- かかりつけ歯科医機能の適正化
- 歯科医師臨床研修への対応

(4) その他

② 調剤報酬

上記のほか、医薬品の適正使用の観点から、情報提供や患者の服薬管理の適正な推進等保険薬局の役割を踏まえた評価を進める。

現行制度の概要

- 医薬分業の進展に伴い、薬局調剤医療費は増加傾向
- 調剤報酬の内訳は、約7割が薬剤費で、約3割が技術料。
技術料の割合は微減傾向

現行制度の課題

- 調剤報酬については、医薬分業の進展を踏まえ、調剤基本料の区分、「剤」に基づき算定する調剤料や、かかりつけ薬剤師の機能等の保険薬局の機能について、体系的な検討を行うべきことが指摘されている。
- 平成16年度に、保険薬局の施設運営に係るコスト及び調剤のコストについて調査を実施したところ、以下の結果が得られた（別紙7参照）。

- ・ 現行の3つの基本料のうち、基本料2の処方せん1枚当たりの収益率は高く、経営効率が高い。

*調剤基本料1：処方せん受付回数が4,000回/月以下で、集中率70%以下。
調剤基本料2：処方せん受付回数が4,000回/月を超え、集中率70%を超える。
調剤基本料3：上記どちらにも該当しない保険薬局

- ・ 集薬のみの処方せんの業務時間は全体的に短く、湯薬の業務時間が長い。また、新規患者での服薬指導等の調剤業務時間が長い。

- ・ 剤数に比例して調剤業務時間が増える傾向

検討の視点

- かかりつけ薬局機能の適正な推進
(情報提供や患者の服薬管理等)

(4) その他

③ 薬価・医療材料価格制度等

薬価算定ルールの見直しについて検討を行う。

画期的新薬について適切な評価を推進するとともに、後発品の使用促進のための環境整備を図る。

医薬品等に係る保険適用及び負担の在り方について検討を行う。

医療材料価格について、引き続き、内外価格差の是正を進める。

医薬品、医療材料、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を進める。

現行制度の概要

- 近年の薬剤費は、6兆円強でほぼ横ばいに推移。薬剤比率は、約2割まで低下した後ほぼ横ばいに推移。薬価差も確実に縮小してきている。
- 新医薬品の薬価については、既存の類似薬の薬価に新医薬品の薬価を合わせ、さらに、当該新医薬品の有用性、市場性等による補正加算を加味して算定を行っている（類似薬効比較方式）。
- 既収載医薬品の薬価については、2年に1度、市場実勢価格に消費税を加え、更に調整幅（改定前薬価の2%）を加えた額を新しい薬価として算定を行っている。

現行制度の課題

- 後発医薬品については、その使用状況は若干上昇傾向にあるものの、世界的に見ると使用量は非常に少ない。
- 画期的新薬の評価については、薬価算定時の補正加算の加算率が低い、加算要件が厳しい等の指摘がある。

検討の視点

- 後発医薬品の使用促進
- 後発医薬品のある先発医薬品薬価の適正化
- 画期的新薬の適切な評価
- 医薬品等に係る保険適用及び負担の在り方