

日医発第 902 号(総医 16)

平成 22 年 1 月 21 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会

会長 唐澤祥人

**「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点での骨子)
等に対する日本医師会の見解」の送付について**

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務運営にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本日 1 月 21 日、日本医師会定例記者会見において、標記の件について公表いたしましたので、当該資料をご送付方々ご案内申し上げます。

本資料は、去る 1 月 15 日開催の中医協総会に提出された「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点での骨子)」について見解をまとめたものです。この見解を厚生労働省宛パブリックコメントに対する意見として提出いたします。

なお、本資料は厚生労働省政務三役、中医協の全委員および厚生労働省担当事務局にもお送りしました。

貴会におかれましても、今後多くの方々の目に触れ、議論に資していただきたくご期待申し上げます。本資料につきましては、日本医師会ホームページ定例記者会見資料および文書管理システムにも掲載していることを併せてお知らせします。

先生におかれましては、お忙しいところ恐縮でございますが、何卒ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

敬 具

2010年1月21日

「平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について
(現時点での骨子)」等に対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

目次

1. 診療報酬改定財源についての確認	2
2. 診療報酬改定に係る現時点での骨子について	3
2.1. 救急医療.....	3
2.1.1. トリアージ	3
2.1.2. 救急病院等を受診した軽症患者の自己負担	4
2.2. 一般病棟入院基本料.....	5
2.2.1. 一般病棟入院基本料15対1の適正化	5
2.2.2. 夜勤72時間以内要件の緩和	8
2.3. 有床診療所.....	8
2.4. 医療・介護職種の連携.....	9
2.5. 再診料、外来管理加算等.....	10
2.5.1. 再診料	10
2.5.2. 外来管理加算	10
2.6. 療養病棟入院基本料.....	11
3. 検査、処置及び手術等	12

1. 診療報酬改定財源についての確認

医科本体の改定率は+1.74%（医療費ベース 4,800 億円）、入院+3.03%（同 4,400 億円）、外来+0.31%（同 400 億円）である（表 1）。

1 月 15 日の中医協総会では、診療側委員から、入院・外来の改定率は医科入院・外来は仕上がった段階でこうなっていると理解してよいかという趣旨の質問があった。これについて、厚生労働省保険局医療課長が、「そう理解している」と回答した。つまり、仮に外来で適正化される（引き下げられる）項目があり、引き下げ額が α 億円であった場合、外来では 400 億円 + α 億円を活用できることを意味している。

1 月 20 日の中医協総会では、外来改定財源 400 億円の中で、再診料、外来管理加算の問題を解決しなければならないように示された。しかし、前述のように仮に外来で α 億円の適正化項目がある場合、外来改定財源は 400 億円 + α 億円である。

さらに、改定率が入院、外来で区分されたことは、外来の財源は外来で活用できることを示している。外来で捻出された α 億円が、入院に上乗せされることのないよう注視したい。

表 1 2010（平成 22）年度 医科診療報酬改定率および影響額

	改定率	影響額(医療費ベース)	
医科本体	+1.74%		4,800億円
入院	+3.03%	急性期入院医療	4,000億円
		その他	400億円
外来	+0.31%		400億円

2. 診療報酬改定に係る現時点での骨子について

2.1. 救急医療

2.1.1. トリアージ

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p5 重点課題 1-1(2))

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等度の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様の評価を検討する。

(骨子 p7 重点課題 1-2(3)③)

小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取り組みの評価を引き上げるとともに、多数の小児救急患者に対して、診療優先順位付けを行うことにより、緊急度の高い患者を優先して治療する体制（院内トリアージ）についての評価を検討する。

●日本医師会の見解

特に、トリアージについて、診療報酬上の評価を導入することは時期尚早であり、反対である。

第一に、トリアージの実施基準が確立しておらず、現場の混乱をまねく。優先順位が低いと判断されても、急に重篤化するケースもあるが、そういったケースへの対処は病院に委ねられることになる。

第二に、責任の所在が明確化されていないが、医師がトリアージを行った場合、それは診療そのものであり、新たに診療報酬で手当とする必然性は低い。一方、看護師がトリアージを実施できることとした場合、ナースプラクティショナーの導入を促進しかねない。規制改革会議等は、初期診察、初期診療を行うナースプラクティショナーの導入を求めているが、診察、治療、処方などは、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者の

生命をも脅かすことになりかねない。

第三に、国民にトリアージの概念が浸透していない中で、これを診療報酬として評価することは難しい。仮に、トリアージを行う病院の体制に対して加算することとした場合、外来患者すべてが、広く浅く加算相当額を一部負担することになる。しかし、そういった診療報酬に対し、国民、患者の理解を得ることは現段階では難しい。

トリアージについては、国民、患者が十分納得できるよう、時間をかけて議論を行っていくべきである。

2.1.2. 救急病院等を受診した軽症患者の自己負担

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p10 重点課題 2-2(1))

② 救急病院等を受診した軽症患者について、一定の条件を満たした場合には、医療保険の自己負担とは別に、患者から特別な料金を徴収することを可能にすることを検討する。

●日本医師会の見解

現段階で制度化し、促進することは時期尚早であり、検討が必要である。

第一に、国民、患者の理解を得るための十分な議論が行われていない。患者は自ら軽症かどうかを判断できるわけではない。軽症と判断された場合、他の医療機関を受診しなおすか、自己負担をしなければならない。しかし、そのまま帰宅する患者も少なくないと予想され、かえって重症化を招くおそれもある。一方、患者の理不尽な要求に現場が翻弄される懸念もある。

第二に、軽症患者の受診については、自己負担のみでなく、行政等の取り組みも含めて、総合的に検討していくべきである。

第三に、自己負担による対応は、今後いわゆる軽費医療の保険免責制導入への突破口になりかねず、公的医療保険の給付範囲を縮小しかねない点でも問題である。

2.2. 一般病棟入院基本料

2.2.1. 一般病棟入院基本料 15 対 1 の適正化

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p9 重点課題 2-1(1))

- ④ 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する。

●日本医師会の見解

医療経済実態調査では、入院基本料 15 対 1 の収支差額は黒字であったとされている (図 2.2.1)。これをもとに、入院基本料 15 対 1 の評価が適正化 (引き下げ) されようとしているが、日本医師会はこれに反対である。

医療経済実態調査は、6 月単月調査であること、客体数が少ないことなど、問題点も多く、信頼性に欠けることはこれまで指摘してきたとおりである。

仮に、医療経済実態調査の結果を採用するとしても、国公立病院同士で入院基本料別に比較すると、15 対 1 の赤字幅がもっとも大きい (図 2.2.2)。

図 2.2.1 今回の医療経済実態調査における入院基本料別費用構成

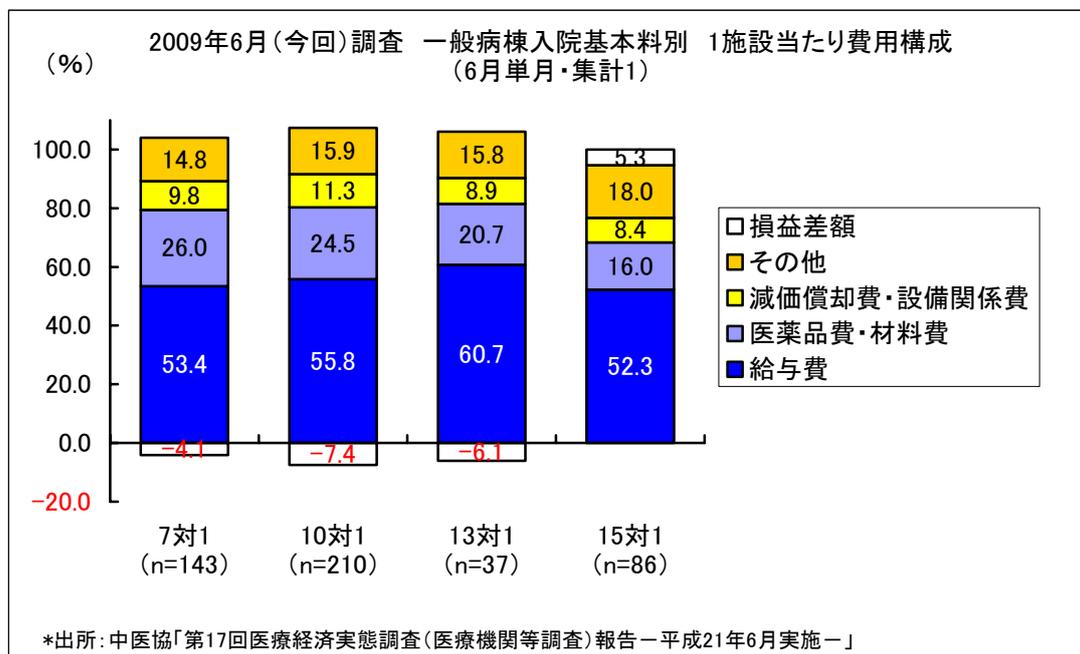
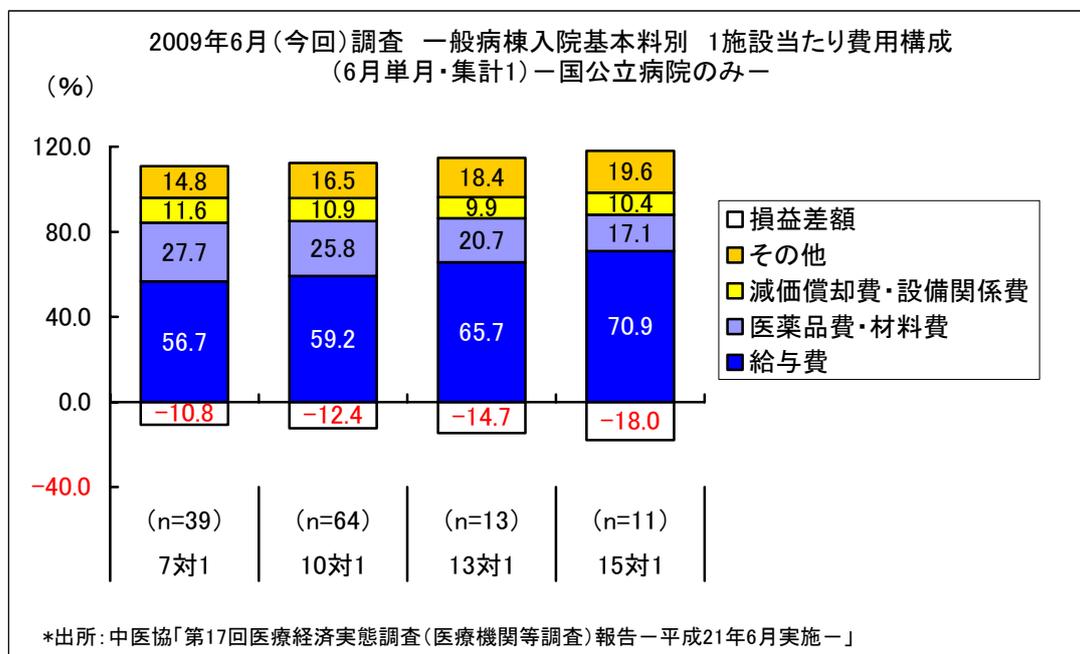


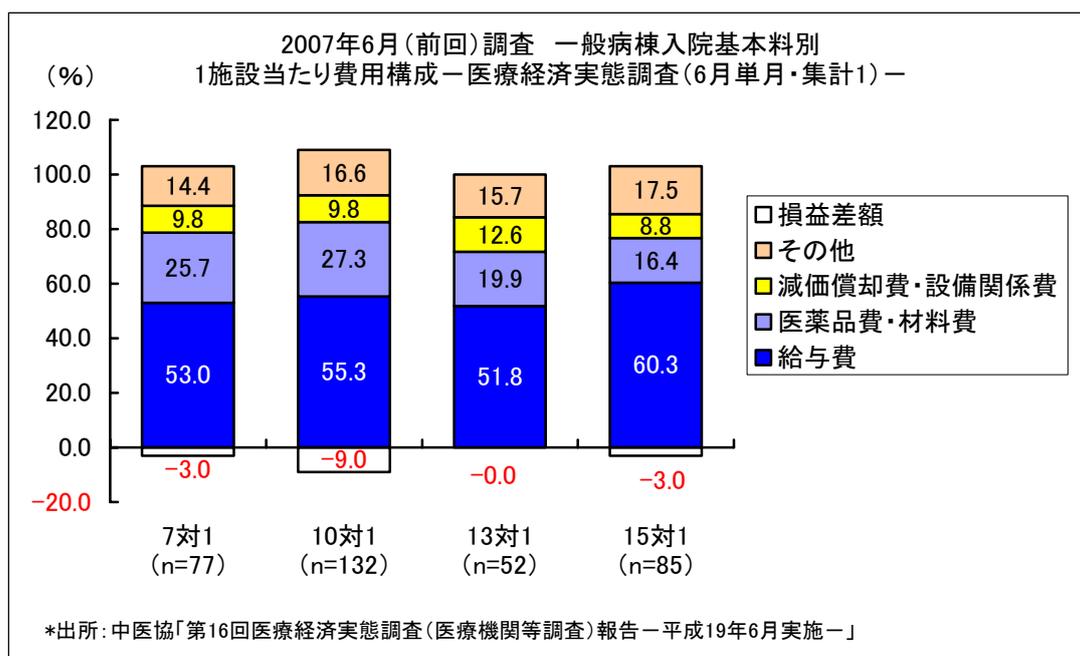
図 2.2.2 今回の医療経済実態調査における国公立病院の入院基本料別費用構成



また、前回の医療経済実態調査でも、10対1に次いで15対1の赤字幅が大きい(図 2.2.3)。前回の診療報酬改定で15対1にプラスの改定は一切なかった。したがって、今回の医療経済実態調査では、偶然、経営状態の良い15対1病院が抽出された可能性を否定できない。

地方では急性期を担っていても、看護職員不足から15対1を算定せざるを得ない病院もあり、その意味からも、入院基本料15対1の適正化(引き下げ)には反対である。

図 2.2.3 前回の医療経済実態調査における入院基本料別費用構成



2.2.2. 夜勤 72 時間以内要件の緩和

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p9 重点課題 2-1(1))

- ② 一般病棟入院基本料等の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料において、月平均夜勤時間を 72 時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設する。

●日本医師会の見解

夜勤 72 時間要件については、大幅に緩和すべきである。

現在、入院基本料はひとつの届出区分を選定しなければならないが、夜勤 72 時間ルールについては、運用上、病棟間での傾斜配分が可能である。まず、この運用ルールの周知徹底を求める。

しかし、このような運用上のルールがあってもなお、厳しい看護職員不足のため、夜勤要員の確保は困難きわまりない。日本医師会の調査 (2009 年 7 月調査) によれば、1 年前に比べて看護職員の採用がさらに困難になったという病院が 61.0%に達していた¹。また看護職員不足のため、病床数の削減、病棟の閉鎖などで対応してきた病院も少なくない。

看護職員の確保、医療および看護の質の確保のために、夜勤 72 時間要件の抜本的な見直しを求める。

2.3. 有床診療所

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p10 重点課題 2-3(2))

- ① 手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設する。
- ② 地域医療を支える有床診療所において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。

¹ 日医総研「開業動機と開業医（開設者）の実情に関するアンケート調査」2009 年 10 月，日医総研ワーキングペーパーNo.201

③ 有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

●日本医師会の見解

有床診療所については、全体的な引き上げを行った上で、① 入院期間 14 日以内、② 長期入院患者を適切に評価する必要がある。いずれも財政中立的な評価は認められず、あくまで全体的な引き上げが前提である。

2.4. 医療・介護職種の連携

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p11 重点課題 2-4)

② 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設することを検討する。

●日本医師会の見解

介護との連携の重要性は理解できるが、一職種を限定的に評価することには反対である。

そもそも、2008（平成 20）年度の診療報酬改定で、「退院時共同指導料 2」が新設され、医師、看護師、訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員（ケアマネージャー）等を含めて評価されるようになった。また、介護報酬もこれにそって、退院退所加算が新設された。今回、新たな診療報酬を創設し、さらにケアマネージャーを手厚く評価することの説明が不十分である。

また、今回の改定では、病院医師とケアマネージャーとの共同での相談、指導を対象にしているが、現場の実態としては、退院後におけるかかりつけの医師とケアマネージャーを含む多職種との共同指導等のほうが、はるかに重要である。このことを踏まえれば、今回の提案は、いたずらに早期退院を促し、患者を医療から締め出すことになりかねないものとして、賛成しかねる。

2.5. 再診料、外来管理加算等

2.5.1. 再診料

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p15 II-2 (1))

- ① 再診料について、病院と診療所の機能分担の観点からそれぞれ異なる点数が設定されているが、同一のサービスには同一の価格であることが分かりやすいことから、病院と診療所の再診料を統一する方向で、その具体的な内容を検討する。

●日本医師会の見解

再診料については、1月6日の定例記者会見でも述べたとおりであるが、病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料に統一していく方向には賛成である。

しかし、診療所の再診料を引き下げて統一することは認められない。病院は入院収入も多いが、外来機能を担う診療所の収入は再診料に依存しており、再診料の引き下げは、診療所経営、ひいては地域医療に大きな打撃を与えるからである。

日本医師会は、今回の改定では、病院の再診料引き上げ幅をある程度多くして診療所の再診料に近づけること、そして次回以降、より高い水準で統一することをあらためて提案する。

2.5.2. 外来管理加算

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p15～16 II-2 (1))

- ② 外来管理加算については、一定の処置や検査、リハビリテーション等を必要としない患者に対して、それらを行わずに計画的な医学管理を行った際の評価であったが、平成20年度診療報酬改定において、概ね5分以上の懇切丁寧な説明を行った際の加算として意義づけの見直しを行った。この見直しについては、必ずしも5分という時間の要件が診察の満足度等に関係するとは言えないことから、時間の目安は廃止した上で、点数設定や新たな要件に

ついて検討する。

●日本医師会の見解

外来管理加算の5分要件は撤廃すべきである。

第一に、日本医師会の調査によれば、5分要件の導入により、患者の待ち時間が長くなったり、時間の計測が医師の診療上の妨げになったりしている²。

第二に、新政権である民主党は、2009年7月27日に発表した『民主党医療政策（詳細版）』において、「外来管理加算の5分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃」するとしている。

また、1月6日、厚生労働省足立信也政務官が、外来管理加算の廃止の方向性も示したと報道されたが³、日本医師会は、5分要件の撤廃を機に、加算そのものを廃止するという方向に反対である。今回改定では、5分要件を撤廃すること、その上で、外来管理加算のあり方については、次回改定にむけて時間をかけて議論すべきと考える。

2.6. 療養病棟入院基本料

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p19 III-1(4))

- ① 医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。また、慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化することを検討する。
- ② 病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受け入れた場合についての評価を新設する。

² (社)日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査結果速報(要約)」2009年1月

³ メディファクス 2010年1月6日 5793号

●日本医師会の見解

療養病棟入院基本料の適正化が引き下げを意味しているのであれば、日本医師会はこれに反対である。繰り返しになるが、医療崩壊は深刻であり、どの医療機関もギリギリの経営を迫られている。診療報酬の全体的な引き上げなしに、地域医療の再生はない。

療養病床は、急性期医療の貴重な受け皿である。新政権である民主党も、『民主党医療政策（詳細版）』で、総枠としての療養病床 38 万床を維持すべきと述べている。信頼性に欠ける医療経済実態調査をもとに拙速に判断するのではなく、中長期的計画の下で療養病床を維持していくべきであり、むしろ療養病床の評価は手厚くされるべきである。

3. 検査、処置及び手術等

●「現時点での骨子」から抜粋

(骨子 p25 IV-3)

(2) 検査、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を踏まえて診療科間の平準化を図る観点から、適正な評価体系に見直す。

●日本医師会の見解

「現時点の骨子」には、診療科別の具体的な改定内容について、明示されていない。しかし、行政刷新会議の事業仕分けでは、個人診療所のうち、整形外科、眼科などの収支差額が高いというデータが示され、「収入が高い診療科の報酬は見直すべき」とされた⁴。

事業仕分けに提出されたのは医療経済実態調査のデータであるが、繰り返し述べるように医療経済実態調査は、信頼性が欠ける面もあり、事業仕分けでの指摘をそのまま踏まえ、特定の診療科の適正化（引き下げ）を行うことは認められない。

「現時点での骨子」にもあるように、診療行為の実態をしっかりと踏まえて、

⁴ 行政刷新会議・第2ワーキンググループ「事業番号2-4 診療報酬の配分（勤務医対策等）論点等説明シート（予算担当部局用）」, 2009年11月11日

冷静に検討していくべきである。また厚生労働省は、医療経済実態調査以外に、診療行為について把握しているエビデンスを開示し、議論に資するべきである。

平成 22 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 22 年 1 月 15 日〕
中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会は、以下のとおり、平成 21 年 9 月 30 日から平成 22 年 1 月 13 日までの計 16 回にわたり、平成 22 年度診療報酬改定を視野に入れて、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 22 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	議 題
平成 21 年 9 月 30 日	<ul style="list-style-type: none"> ・周産期・救急等について ・社会医療診療行為別調査について
10 月 30 日	<ul style="list-style-type: none"> ・小児医療等について ・病院勤務医の負担軽減策について①
11 月 4 日	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC について① ・病院勤務医の負担軽減策について② ・精神医療について
11 月 6 日	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者ヒアリング（周産期・救急等について） ・初・再診料について①
11 月 11 日	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対策について ・入院料について① ・在宅医療について ・訪問看護について
11 月 13 日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関連携について ・入院医療における多職種共同の取組みについて ・感染症対策について
11 月 18 日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療技術の評価について ・リハビリテーションについて ・医療安全に関する体制について

日 付	議 題
11月20日	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進について① ・療養病棟・有床診療所について
11月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療報酬について ・調剤報酬について
11月27日	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院について ・病院勤務医の負担軽減策について③ ・明細書等について
12月 2日	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料について②
12月 4日	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者に係る診療報酬について① ・介護保険との連携について ・専門的入院治療について
12月11日	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者ヒアリング（手術等について） ・手術等について ・DPCについて②
12月16日	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCについて③ ・がん対策等について ・後発医薬品の使用促進について② ・初・再診料について②
12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者に係る診療報酬について② ・長期入院患者に係る診療報酬について ・処方せん等の変更について ・地域特性への配慮について①
平成22年 1月13日	<ul style="list-style-type: none"> ・地域特性への配慮について②

【 目 次 】

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について 5
- 1-2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する
評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について . . . 6
- 1-3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化につ
いて 7
- 1-4 手術の適正評価について 8

重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関 への支援）

- 2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について 9
- 2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について . . . 9
- 2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について 10
- 2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について 10

I 充実が求められる領域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 11
- I-2 認知症医療の推進について 12
- I-3 感染症対策の推進について 12
- I-4 肝炎対策の推進について 12
- I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について 12
- I-6 歯科医療の充実について 14
- I-7 手術以外の医療技術の適正評価について 14
- I-8 イノベーションの適切な評価について 15

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 医療の透明化に対する評価について 15
- II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価
について 15
- II-3 医療安全対策の推進について 16
- II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に
対する評価について 17

II－5	疾病の重症化予防について	18
III	<u>医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</u>	
III－1	質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について	18
III－2	回復期リハビリテーション等の推進について	20
III－3	在宅医療の推進について	21
III－4	訪問看護の推進について	22
III－5	在宅歯科医療の推進について	22
III－6	介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について	23
III－7	調剤報酬について	23
IV	<u>効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</u>	
IV－1	後発医薬品の使用促進について	24
IV－2	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	25
IV－3	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	25
V	<u>後期高齢者医療の診療報酬について</u>	25

【重点課題1】救急、産科、小児、外科等の医療の再建

重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

- (1) 我が国における救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。
- ① 救命救急入院料については救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般、充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、充実度評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。
 - ② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、救命救急入院料及び特定集中治療管理料の一項目として評価を行う。また、特定集中治療室（ICU）を持っていない医療機関等において、手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について評価を引き上げるとともに、要件の緩和を行う。
 - ③ 救急搬送受入の中心を担っている2次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。
なお、入院時医学管理加算については、平成20年度診療報酬改定で十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。
 - ④ 地域における救急搬送受入の中核を担う救急医療機関が地域の連携によって、その機能を十分発揮できるよう、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の評価を新設する。
- (2) 救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等度の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様の評価を検討する。

重点課題 1－2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について

- (1) 産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送入院についても評価を充実する。
- ① 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を追加する。また、ハイリスク妊娠管理加算についても同様の対象者の追加を行う。
 - ② 妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入を評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においてもこの加算を算定できることとする。
- (2) この 20 年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の割合が増加しているため、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を 1.5 倍にすることとなっている。そうした状況を踏まえ、NICU の評価をさらに充実するとともに、要件の緩和等を行う。また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。
- ① NICU を評価した点数である新生児集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務をする場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。また、NICU 満床時に緊急受入のためにやむを得ず、一時的に超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。
【一時的な超過入院の緩和基準】
 - ・ 看護配置は、常時 4 : 1 を超えない範囲で 24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整
 - ・ 超過病床数は、2 床まで
 - ② 新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入を推進するため救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

(3) 地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率は相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。さらに、地域の小児科医が連携して特定の医療機関に小児科の診療を行う医師を集め、夜間等に小児の診療が可能な体制を確保することについての評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を検討する。

① 小児入院医療管理料の再編成を行う。

ア 常勤小児科医が9名以上の場合の医療機関の評価を新設する。

イ 常勤小児科医が9名以上の医療機関においては、小児救急医療等（NICU、PICUを含む。）の提供を行っていることを要件とする。

ウ 特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を可能にすることを検討する。

② 救命救急センター等において、専任の小児科医が常時、当該医療機関内に勤務し、15歳未満の重篤な小児救急患者に対して、救命救急医療が行われた場合の加算を救命救急入院料と特定集中治療室管理料に新設する。

③ 小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取組の評価を引き上げるとともに、多数の小児救急患者に対して、診療優先順位付けを行うことにより、緊急度の高い患者を優先して治療する体制（院内トリアージ）についての評価を検討する。

④ 外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算の引上げを検討する。

重点課題 1－3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 について

(1) NICUの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、NICU入院中の患者等についての退院支援を評価する。また、NICUの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようNICUの後方病床について評価の引上げを行う。

① NICUに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

② NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（GCU）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな

評価区分を新設する。

- ③ 超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。
- ④ 障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

(2) 急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床を確保するとともに、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて入院させられる病床を確保することが重要であることから、地域医療を支える有床診療所や療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

- ① 地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。
- ② 病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受け入れた場合についての評価を新設する。

重点課題 1－4 手術の適正評価について

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料については、重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」の精密化が進んでいるため、これを活用する。

- ① 「手術報酬に関する外保連試案第7版」を活用し、概ね手術料全体の評価を引き上げる。また外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を必要とする手術をより高く評価する。
- 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、新規手術の保険導入を行う。
- 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、

新規保険収載提案手術の評価を行い、新規技術の保険導入を行う。

【重点課題 2】 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

重点課題 2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

- (1) 人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う観点から、以下の見直しを行う。
 - ① 一般病棟入院基本料等について、入院早期の加算の引上げを検討する。
 - ② 一般病棟入院基本料等の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料において、月平均夜勤時間を 72 時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設する。
 - ③ 入院基本料の届出の状況等にかんがみ、準 7 対 1 入院基本料を廃止する。
 - ④ 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する。
 - ⑤ 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。
- (2) 手厚い人員体制により、多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
 - ① 急性期の入院医療を担う 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料について、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が一定以上等の場合に、看護補助者の配置の評価を新設する。
 - ② 栄養管理や呼吸器装着患者の離脱に向けた管理等について、多職種からなるチームによる取組の評価を試行的に導入するとともに、導入後にその影響について検証を行う。また、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

重点課題 2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

- (1) 病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、その処遇を改善し、負担を軽減するための取組を推進するため、以下の見直しを行う。

- 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、より勤務医の処遇改善及び負担軽減につながる体制を要件とする。
 - ② 救急病院等を受診した軽症患者について、一定の条件を満たした場合には、医療保険の自己負担とは別に、患者から特別な料金を徴収することを可能にすることを検討する。
- (2) 医師事務作業補助体制加算について、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げ及び要件の緩和を行う。

重点課題 2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

- (1) 地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。
 - ② 後期高齢者退院調整加算について、退院後に介護サービスを導入する際に必要な調整を評価する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。
- (2) 地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。
- ① 手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設する。
 - ② 地域医療を支える有床診療所において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。
(重点課題 1-3-(2)-① 再掲)
 - ③ 有床診療所における重症児等の受入れを評価する。(重点課題 1-3-(1)-③ 再掲)

重点課題 2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

入院後早期から、退院後の生活を見通した診療計画を策定し、それに基づいた医療・介護の連携を行うことが重要であることから、以下の評価を行う。

- ① 地域連携診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価を新設する。
- ② 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設することを検討する。

I 充実が求められる領域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) がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行うことを検討する。また、がん診療連携拠点病院を中心とした地域の医療機関との連携による一連の治療計画の整備が進んでおり、このように、患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、その評価を行う。
- (2) がん治療においては治療法が多様化しており、これを適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。
 - ① 複雑化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。また、質を担保した上で、老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤の注射の算定を可能にする。
 - ② 放射線治療病室のさらなる評価を行う。
 - ③ 患者ががんの診断を受け告知される際には多面的な配慮がなされた環境で十分な説明を受ける必要があることからその評価を検討する。
- (3) 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にするため、外来におけるがん性疼痛緩和の質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

I-2 認知症医療の推進について

- (1) 認知症に係る入院医療については、入院早期における認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等に対する対応が重要であることから、入院早期を重点的に評価することを検討するとともに、名称を変更する。
- (2) 認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、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の新設を検討する。

I-3 感染症対策の推進について

- (1) 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合について、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等については出来高での算定を可能にする。
- (2) 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧管理環境整備に対する評価を行う。また、結核医療については、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。
 - ① 結核病棟における平均在院日数要件を見直す。
 - ② 患者数の減少等を踏まえ、小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

I-4 肝炎対策の推進について

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮して専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組についての評価を新設する。

I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

- (1) 精神科急性期入院医療の評価
 - ① 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症

度に関する基準を導入する。

- ② 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、その早期の評価を引き上げるとともに、精神科急性期治療病棟入院料の施設基準の見直しや、医療観察法に基づく入院患者に関する要件緩和を行う。
- ③ 精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算を引き上げる。

(2) 精神科慢性期入院医療の評価

- ① 入院期間が5年を超える長期入院患者が直近1年間で5%以上減じた実績のある医療機関を評価する精神科地域移行実施加算について、評価を引き上げる。
- ② 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることを評価することを検討する。
- ③ 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

(3) 専門的入院医療の評価

- ① 発達障害や思春期うつ病などの児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟の評価を引き上げる。
- ② 個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療についての評価を新設する。
- ③ 自殺との関連性も指摘されている重度のアルコール依存症治療に関して、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たに評価を行うことを検討する。
- ④ 治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する評価を新設する。

(4) 地域における精神医療の評価

- ① 精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価になっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについての評価を引き上げる。また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。
- ② 精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行う。

I-6 歯科医療の充実について

- (1) 障害者歯科医療の充実を図る観点から、障害者のう蝕や歯周疾患等が一般の患者に比べて重症化しやすいことを踏まえ、よりきめ細かな口腔衛生指導等の評価を行うとともに、歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。
- (2) 歯科疾患や義歯の管理に係る情報提供については、患者の視点に立って、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、必要な見直しを行う。
- (3) 生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、義歯修理等において、歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組の評価を検討する。また、先天性疾患を有する小児患者に対する義歯の適応症の拡大及び脳血管障害等の患者に対する歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善の評価を行う。
- (4) 歯科医療技術については、医療技術評価分科会や先進医療専門家会議における検討を踏まえつつ、併せて、以下のとおり、適切な評価を行う。
 - ① 歯周疾患やう蝕等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、適切な評価を行う。
 - ② 有床義歯の治療について、義歯管理体系の更なる定着を図る観点から、診療実態も踏まえて、義歯調整等の評価を行う。
 - ③ 診療報酬体系の簡素化等を図る観点から、歯科医療技術の特性や普及・定着度等を踏まえ、評価の在り方等必要な見直しを行う。
 - ④ 医科歯科共通の医療技術のうち、医科診療報酬の検討と並行して検討すべき歯科医療技術について、評価の在り方等必要な見直しを行う。

I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

- (1) 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。
- (2) 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-8 イノベーションの適切な評価について

- ※1 イノベーションの評価については、薬価専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成 22 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とりまとめられた「平成 22 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。
- ※2 後発医薬品の使用促進等については、IV-1 後発医薬品の使用促進について（24 頁）を参照のこと。

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 医療の透明化に対する評価について

医療の透明化を推進する観点から以下の取組を行う。

- ① 明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大する。また、保険薬局についても同様に義務付けを行う。なお、その要件や内容については検討する。
- ② 電子化加算について、医療のIT化や明細書の発行の推進のための点数として見直す。
- ③ 調剤レセプトと医科レセプト等の突合を効率的に行えるようにする観点から、処方箋及び調剤レセプトの様式を見直し、医療機関コード等を記載することとする。

II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに対する評価について

(1) 再診料、外来管理加算等

- ① 再診料について、病院と診療所の機能分担の観点からそれぞれ異なる点数が設定されているが、同一のサービスには同一の価格であることが分かりやすいことから、病院と診療所の再診料を統一する方向で、その具体的な内容を検討する。
- ② 外来管理加算については、一定の処置や検査、リハビリテーション等を

必要としない患者に対して、それらを行わずに計画的な医学管理を行った際の評価であったが、平成 20 年度診療報酬改定において、概ね 5 分以上の懇切丁寧な説明を行った際の加算として意義づけの見直しを行った。この見直しについては、必ずしも 5 分という時間の要件が診察の満足度等に関係するとは言えないことから、時間の目安は廃止した上で、点数設定や新たな要件について検討する。

(2) 患者からみて難解と思われる歯科用語の見直しや、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について、算定項目として明示する等の見直しを行う。

(3) 在宅訪問診療

- ① 在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度診療報酬改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能にしたところ。一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンションなどに居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、点数設定の不合理が指摘されているところ。このような状況を踏まえ、在宅患者訪問診療料 1・2 の算定対象の見直しを行う。
- ② 居住系施設入居者等訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費(Ⅲ)についても同様に算定対象を見直す。

(4) わかりやすい点数設定について

- ① 特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して特定入院料を引き上げる。
- ② 入院中の患者に対して対診を行う場合及び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、現場の状況を確認した上で、分かりやすい体系に整理する。

Ⅱ－3 医療安全対策の推進について

医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる充実を図る必要があることから、以下の見直しを行う。

- ① 医療安全対策加算については、評価の引上げを行うとともに、より多く

の病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

- ② 医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、
 - ・ 専任の医薬品安全管理責任者を配置し、
 - ・ 医薬品情報管理室において、医薬品の投薬及び注射の状況や外部から入手した副作用等の情報を一元的に管理するとともに、
 - ・ その評価結果等を関連する医療関係者に速やかに周知し、必要な措置を速やかに講じることができる体制の評価を行う。
- ③ 医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。
- ④ 専任の医師又は専任の臨床工学技士を配置し、使用する透析液についての安全性を確保して人工透析を実施する場合の評価について検討する。

Ⅱ－４ 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について

(1) 現在、人工腎臓は入院と外来において評価が分かれているが、全身状態が安定している入院中の患者に対して慢性維持透析を実施する場合は、外来と同様の医療が提供されていると考えられることから、実態に合わせた評価体系に見直すことを検討する。

また、人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についての安全性を向上させるためのより厳しい水質基準への取組を評価することを検討する。（Ⅱ－３－④ 再掲）

(2) 医療技術の進歩により、在宅で提供できる医療の分野が拡大していることから、患者が在宅で、より専門的な医療を受けることができるように、在宅の血液透析をさらに評価するとともに、在宅血液透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする。併せて、在宅腹膜透析を行う際についても同様に人工腎臓の算定を可能にすることを検討する。また、難治性皮膚疾患に関する指導管理料を新設する。

(3) 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図るため、重度の褥瘡の処置等へ

の評価や、医療依存度が高い等利用者の身体的理由や暴力・迷惑行為による看護の困難事例等に対し、複数名で訪問を行う場合について評価を新設する。

Ⅱ－５ 疾病の重症化予防について

- (1) リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後に発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合のリンパ浮腫指導管理料の算定を可能にする。
- (2) 障害者歯科医療の充実を図る観点から、障害者のう蝕や歯周疾患等が一般の患者に比べて重症化しやすいことを踏まえ、よりきめ細かな口腔衛生指導等の評価を行うとともに、歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。(Ⅰ－６－(1) 再掲)

Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ－１ 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

- (1) D P C (急性期入院医療の診断群分類に基づく日額包括評価)
D P Cは、病院から詳細な診療内容に係るデータを収集し、そのデータに基づき診療報酬を規定する包括評価制度であり、医療の効率化や透明化等について一定の効果があつたと認められているところである。
 - ① D P Cにおける診療報酬においては、これまで、制度の円滑な導入のため調整係数を用いて評価を行ってきた。この調整係数の役割として
 - ア 出来高から包括に移行する際の、激変緩和としての前年度並の収入確保
 - イ 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、診断群分類に基づく評価のみでは対応できない病院機能の評価等を果たしていたと考えられるが、「ア」の役割については段階的に廃止するとともに、「イ」の役割について新たな機能評価係数として評価する。具体的な指標として、データ提出、効率性、複雑性、カバー率について導

入するとともに、救急医療及び地域医療について導入を検討する（指標の名称はいずれも仮称）。

また、病棟薬剤師の配置に着目した評価の導入について検討する。

② 診断群分類点数表については、

ア 臨床現場の診療実態や技術革新等に基づく分類の精緻化

イ 実際の入院期間毎の医療資源の投入量にあったものとするため、診断群分類ごとの入院期間に応じた点数設定の3種類への変更等の対応を行う。

③ 診断群分類点数表において包括的に評価してきた項目のうち、無菌製剤処理料、術中迅速病理組織標本作製、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤及び慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流については、出来高により評価することとする。

また、検体検査管理加算については、機能評価係数により評価することとする。

(2) 一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟）の10対1入院基本料について、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的な測定を行い、その結果に基づき評価を行っていることを要件とする加算を新設する。

(3) 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められており、検査の質を確保する観点から、検体管理加算により充実した体制の評価を新設する。また、複数の麻酔科標榜医の監督下において安全な麻酔管理を行う場合の評価を麻酔管理料に新設する。

(4) 急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

① 医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。また、慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化することを検討する。

② 病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて受

け入れた場合についての評価を新設する。(重点課題1-3-(2)-②再掲)

- ③ 平成18年度改定及び平成20年度改定において実施した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、平成23年度末まで延長する。

Ⅲ-2 回復期リハビリテーション等の推進について

- (1) 各疾患の特性を踏まえた発症早期からのリハビリテーションが充実できるように、疾患別のリハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
 - ① 脳血管疾患等リハビリテーション(I)及び(II)の評価を引き上げるとともに、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。
 - ② 運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。
 - ③ 心大血管疾患リハビリテーションについて、質を担保しながら実施可能な施設の充実を図る観点から、配置されている医師の要件等について見直しを行う。
 - ④ 発症早期に行われるリハビリテーションを評価するため、早期リハビリテーション加算を引き上げる。
 - ⑤ 維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況にかんがみ、今回の診療報酬改定においては、介護サービスが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続する。
- (2) 回復期や亜急性期における質の高いリハビリテーションの提供を評価する観点から、リハビリテーションを目的として入院する病棟の評価について、以下の見直しを行う。
 - ① 回復期リハビリテーション病棟入院料について、その病棟において提供すべき単位数の基準の設定や、回復期リハビリテーション病棟入院料1の重症患者の割合の引上げを行うとともに、入院料を引き上げる。
 - ② 回復期リハビリテーション病棟において、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

- ③ 亜急性期入院医療を提供する病室において、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。
- (3) がん患者や難病患者などに対する疾患の特性に配慮したリハビリテーションを提供する観点から、以下の見直しを行う。
- ① がんに対して入院加療を行っている患者に対して、疾患特性に配慮し、個別のリハビリテーションを提供した場合のリハビリテーション料を新設する。(Ⅰ-1-(3) 再掲)
- ② 難病患者リハビリテーション料を引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

Ⅲ-3 在宅医療の推進について

- (1) 患者が安心して在宅医療を受けることができるように、在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時医学総合管理料に在宅移行早期を評価した加算を検討するとともに、在宅療養支援診療所等と他医療機関が連携して在宅医療を行った場合に在宅療養指導管理料の算定を可能にする。また、在宅療養支援病院については要件の変更を行うことにより拡充を図る。
- (2) 患者・家族が在宅医療を受けるにあたって、症状増悪の緊急時や看取り等の対応への不安は強いため、このような場合に手厚い対応が行われるように往診料の評価を引き上げる方向で検討するとともに、ターミナルケア加算の要件を緩和する。また、小児における在宅医療については、患者数が少ないことや専門性を要するため十分に普及していない状況にかんがみ、在宅患者訪問診療料に小児加算を新設する。
- (3) 医療技術の進歩により、在宅で提供できる医療の分野が拡大していることから、患者が在宅で、より専門的な医療を受けることができるように、在宅の血液透析をさらに評価するとともに、在宅血液透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする。併せて、在宅腹膜透析を行う際についても同様に人工腎臓の算定を可能にすることを検討する。また、難治性皮膚疾患に関する指導管理料を新設する。(Ⅱ-4-(2) 再掲)

さらに、在宅医療に移行した重症児（者）等に関する療養の継続を支援する観点から、病院や有床診療所が入院を受け入れた場合の評価を新設する。
（重点課題 1－3－(1)－③ 再掲）

Ⅲ－4 訪問看護の推進について

- (1) 患者のニーズに応じた訪問看護の推進として、週 4 日以上 of 訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費の算定が可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。また、訪問看護管理療養費を引き上げるとともに、訪問看護管理療養費の算定の要件として安全管理体制の整備を加え、訪問看護の質のさらなる向上を図る。
- (2) 乳幼児への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療的処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6 歳未満の乳幼児への訪問看護について評価を行う。
- (3) 在宅患者の看取りについては、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護などによるターミナルケアを行っている場合には、死亡診断を目的として医療機関に搬送された場合においても評価を行う。
- (4) 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図るため、重度の褥瘡の処置等への評価や、医療依存度が高い等利用者の身体的理由や暴力・迷惑行為による看護の困難事例等に対し、複数名で訪問を行う場合について評価を新設する。（Ⅱ－4－(3) 再掲）

Ⅲ－5 在宅歯科医療の推進について

在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 現在の歯科訪問診療の評価体系について、歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするために、必要な見直しを行う。
- ② 在宅歯科医療が必要な患者の心身の特性を踏まえたよりきめ細かな歯科疾患の管理等について、必要な評価を行う。
- ③ 在宅における歯科治療が困難な患者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。

- ④ 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関や介護関係者等との連携促進を図る観点から、必要な評価の見直しを行う。

Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

退院後の介護サービスのスムーズな導入を図るため入院後早期からの介護サービス導入の必要性の検討や、ケアマネージャーとの連携の評価を行う。

- ① 病状の安定後早期に総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。
- ② 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を検討する。（重点課題2－4－② 再掲）

Ⅲ－７ 調剤報酬について

- (1) 長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化するなど、患者に分かりやすい点数体系とする。
また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行22日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。
- (2) 湯薬の調剤料について、投薬日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。
- (3) 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の自覚症状の有無を確認するとともに、服薬中の注意事項等について詳細に説明した場合の評価を新設する。
- (4) 処方せん受付回数が4,000回超/月等の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を

支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があることから、時間外加算等や在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定に係る処方せんについて受付回数から除いた上で特例の適用の要否を判断することや評価の引上げを行うことなど、所要の見直しを行う。

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) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとする。

具体的には、使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価することとする。

(2) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品の調剤を認めることとする。

また、同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品の調剤を認めることとする。

なお、薬局において、含量規格が異なる後発医薬品又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

(3) 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏

まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品の採用品目数の割合が 20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算として、評価を行う。

- (4) 外来患者が、より後発医薬品を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療費担当規則等において、保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨を規定することとする。

IV-2 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

医薬品、医療材料、検査等について、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

IV-3 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) 画像診断において、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価体系に見直す。
- (2) 検査、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を踏まえて診療科間の平準化を図る観点から、適正な評価体系に見直す。

V 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料は廃止する。これ以外の項目については、「後期高齢者」という名称は用いないこととするとともに、各項目の趣旨を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

2010年1月6日

再診料についての日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

1 2010（平成22）年改定に対する日本医師会の見解

2010年の診療報酬改定は、診療報酬全体で+0.19%、医科本体では+1.74%（入院+3.03%、外来+0.31%）のプラス改定であった。2002年以降のマイナス改定の流れを止めたことは評価できるが、医療再生を実現するにはほど遠い改定率である。

そもそも新政権である民主党の公約は、総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げることであった。疲弊する医療現場は、医療費増加を掲げた新政権に大きな期待を寄せた。日本医師会も診療報酬改定にむけ、大幅かつ全体的な引き上げを求めた。しかし、今回の改定率はあまりにも小幅であり、医療現場の希望を失望に変えることになった。

このうえさらに、厚生労働省は診療所の再診料を引き下げる方向であると報道されている。医療は切れ目なく提供されなければならない、病院だけでなく、診療所の経営もともに建て直さなければ、地域医療の再生はない。

わずかな財源ではあるが、日本医師会はあらためて、浅くとも診療報酬を全体的に引き上げること、その上で、病院勤務医対策のために、より多く配分することを主張する。

2 再診料について

(1) 中医協における議論および報道等の経緯

2009年11月6日、中医協基本小委で再診料の議論が行われた。診療側委員は、新政権の下、医療費が増加するのであれば統一に賛成すると述べ（当時は診療報酬改定率決定前）、低いほう（病院）を高いほう（診療所）に合わせることを条件であるとした¹。

また基本小委は、2009年12月16日に病診の再診料統一に合意したと報道された²。このとき、委員長が「今後の議論で、どちらかを引き下げなければいけないなど、意見が分かれるかもしれないが、現段階では統一を目指す方向で検討することで一致したい」³と述べたと報じられているように、統一の方法論までが決定されたわけではなかった。

しかし、2009年12月27日、共同通信から、厚生労働省が再診料について、「現在710円の診療所を引き下げ、一方、600円の病院を引き上げて650円前後で一本化する考え」を示したとの記事が配信された。

さらに、2010年1月6日付メディファクスには、再診料について「足立政務官は『病院の点数を診療所に合わせる判断を中医協がすることはあり得ない』と述べ、現行の診療所の点数は引き下げることになるとの見通しを示した」とある⁴。

また、足立政務官は、再診料を引き下げて得た財源で、不採算の

¹ 「今回の政権の方針の中で医療費の積み上げということをされるんだろうと私は信じておりますので、そうなのであれば、統一すればいいのではないですかと私は思います。ただ、一つ条件があるのは、低いほうを高いほうに合わせてくださいと、それだけでございます。つまり、診療所にとってもこれを下げていただくということの論拠、根拠というのはない。つまり、片一方を上げて、片一方を下げて真ん中で落としましょうという話ではないだろうということをまず思っておりますということが1つです。」2009年11月6日、中医協基本小委議事録より

² 日本医事新報 No.4470（2009年12月26日）p12

³ メディファクス 2009年12月16日 5785号-2

⁴ メディファクス 2010年1月6日 5793号

診療科を「手厚く加算すればよい」と述べたと報じられている。

(2) 再診料についての日本医師会の見解および主張

診療所再診料引き下げ報道について

再診料格差の是正策については、今後、中医協で議論することとなっている。しかし2009年12月27日に、一部メディアに具体的な方法がリークされた。報道をきっかけに既成事実化しようとしているようであり、きわめて遺憾である。厚生労働省に対し、情報漏えいにいたる経緯および報道の真意について説明を求める。

さらに、2010年1月6日には足立政務官が診療所の再診料引き下げの見通しを示したと報道された。厚生労働大臣の諮問機関である中医協の議論に対し、政務官の立場から政治的に圧力をかけるものであり、日本医師会は、こうしたやり方を断じて容認することはできない。

再診料の統一に対する日本医師会の見解

日本医師会は、病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料に統一していく方向に賛成である。

現在の病院60点、診療所71点はいずれも不十分であり、本来は、ともに引き上げるべきである。しかし、今回(2010年)改定の財源は非常に限られたものである。したがって、まず今回は、病院の引き上げ幅をある程度多くして診療所の水準に近づけ、次回以降、再診料のあり方について十分な議論を行った上で、より高い水準での統一を図ることを提案する。

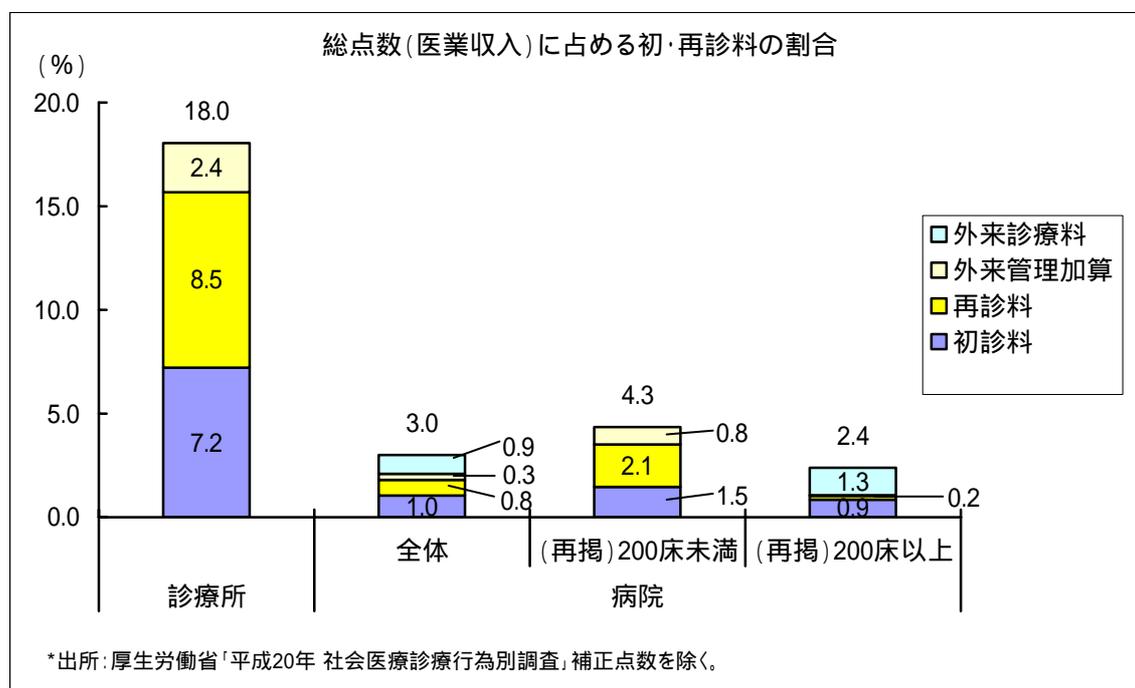
また前述のように厚生労働省足立政務官が診療所の再診料を引き

下げる方針であるとの報道もあるが、日本医師会は、診療所の再診料引き下げに反対である。

病院は入院診療収入なども多いが、診療所の収入の8.5%は再診料によるものである(図2.1)。再診料には、医師の技術料のほか、看護職員やコメディカルの人件費、減価償却費、光熱水費、事務経費などが含まれる。再診料の重みの大きい診療所にとって、再診料の引き下げは、医業経営上、きわめて大きな打撃である。

また、急性期医療の後方支援病床としての機能を担う有床診療所も、再診料などの外来収入で入院の赤字をカバーしている現状が報告されており⁵、再診料を引き下げれば、貴重な入院施設を失うことにもなりかねない。

図 2.1 総点数(医業収入)に占める初・再診料の割合



⁵ 「有床診療所の今後の展開にむけて 平成 21 年 有床診療所経営実態調査より」日医総研ワーキングペーパーNo.204, 2009 年 11 月

診療科間格差の調整に対する日本医師会の見解

2010年1月6日付けメディアファクスによれば、厚生労働省足立政務官の発言等から、診療科間の格差を是正するため、再診料を引き下げるかわりに、特定の診療科が算定できる加算を設けることを示唆している。

しかし、前述のように再診料は、すべての診療科に共通の技術料、経営コストである。日本医師会は、たとえ加算が創設された場合でも、再診料を引き下げることに反対である。

診療科間の配分の見直しの背景には、行政刷新会議の「事業仕分け」がある。財務当局は、事業仕分けに、個人診療所の整形外科の収支差額が約4,200万円、眼科約3,100万円とする資料を提出し、「平均よりも2割以上高い収支差額(=医師の給与)」⁶の診療科があるとして、「収入が高い診療科の報酬は見直すべき」と主張した。

しかし、第一に、これまで日本医師会が指摘してきたように、個人診療所の収支差額イコール医師の給与ではない。個人立の診療所は収支差額などの中から、事業にかかわる税金を支払い、退職金相当額を留保し、借入金がある場合にはその返済もしなければならない。勤務医の給与と比較できるものではない。

第二に、財務省は医療経済実態調査を使用しているが、同調査は、6月単月調査であること、客体数が少ないことなど、問題も多い。そのため、日本医師会は、これまで一定の客体数が確保されており、定点調査である「TKC 医業経営指標」をもとに分析を行ってきた。

無床診療所を例に比較すると(事業仕分けに提出されたデータは無床・有床合算値)医療経済実態調査の損益差額(収支差額に相当)は、整形外科約4,300万円、眼科約3,000万円であり、事業仕分け

⁶ 行政刷新会議「事業仕分け」第2 ワーキンググループ 事業番号 2-4 診療報酬の配分(勤務医対策等) 論点等説明シート(予算担当部局用), 2009年11月11日

で示されたように整形外科が突出している（図 2.2）。

しかし、「TKC 医業経営指標」では、婦人科の税引前当期利益（損益差額に相当）が低いとは言えるものの、医療経済実態調査の整形外科のように突出したデータは見られなかった（図 2.3・図 2.4）。

図 2.2 中医協 医療経済実態調査 損益差額（2009年）
- 入院診療収益なしの診療所（個人） -

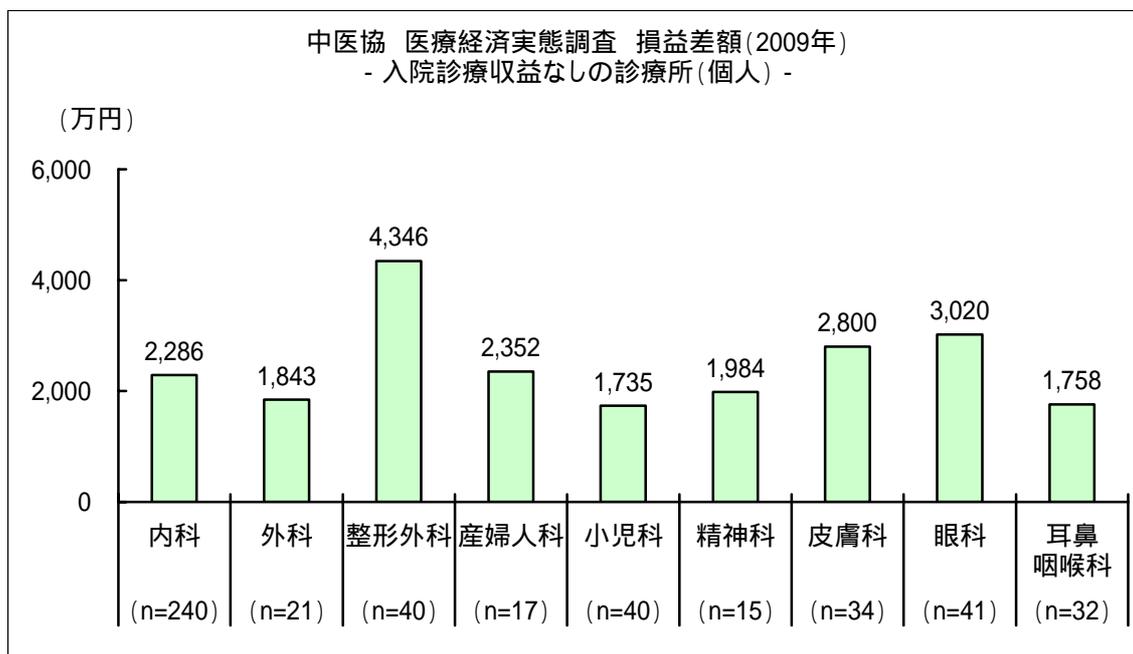


図 2.3 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)
- 無床診療所 (個人) / 院内処方 -

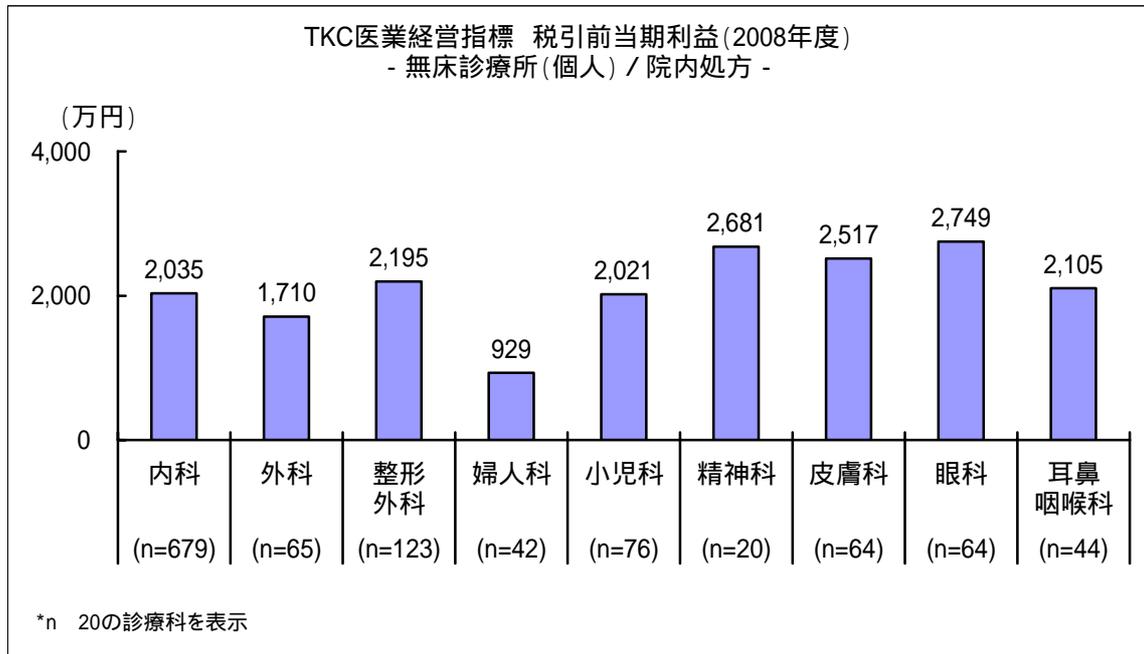
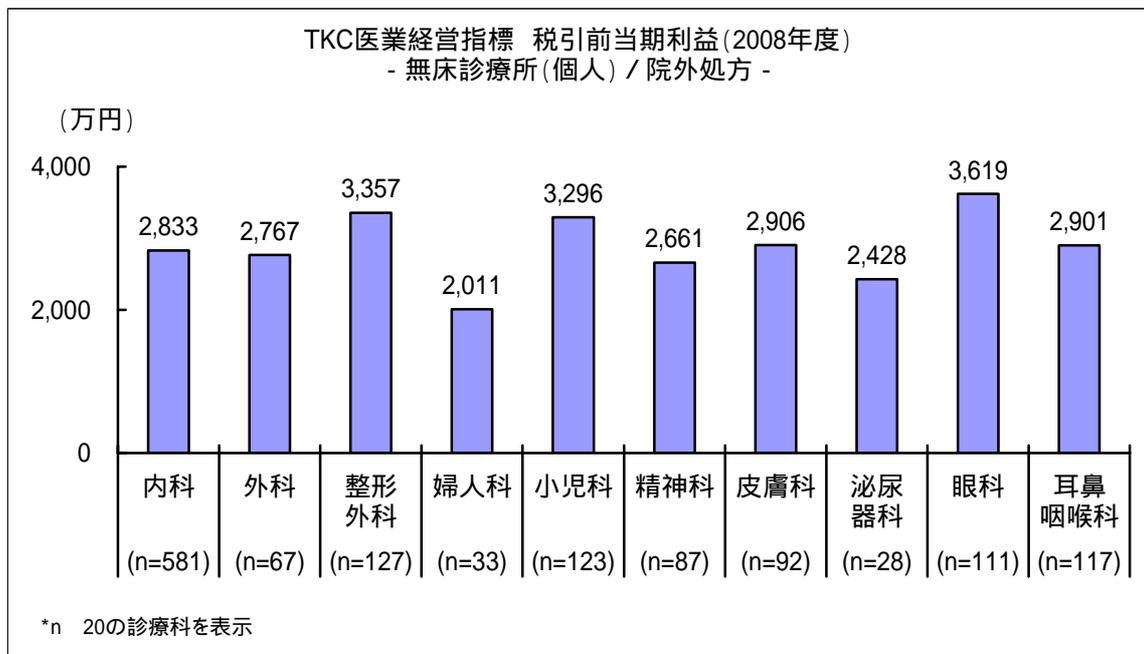


図 2.4 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)
- 無床診療所 (個人) / 院外処方 -



TKC 医業経営指標によれば、法人の診療所においても、損益分岐点比率はほとんどの診療科で 95%以上の危機的状況にある（図 2.5・図 2.6）。一般に、損益分岐点比率は 80%以下で優良、90%以上で危険とされているが、ここに示したすべての診療科が 90%以上である。

また TKC 医業経営指標は定点調査であるので経年比較が可能であるが、ほとんどの診療科で損益分岐点比率が悪化している。

【TKC 全国会】

TKC 全国会は、会員数約 10,000 名の税理士、公認会計士のネットワークである。株式会社 TKC の開発した会計システムを利用して集積した関与先の財務データを「TKC 医業経営指標」として集計している。

「TKC 医業経営指標 (M-BAST)」の編集に際しては、TKC 会員、すなわち職業会計人の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々の TKC 会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除されています。また、一切の編集作業は、TKC 会員名および病医院の名称等を、あらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集されています。さらに、分類集計したデータが 2 件以下の場合は、全体のデータには含めていますが個別の表示は省略されています。（出典：TKC 医業経営指標 (M-BAST)）

图 2.5 TKC 医業経営指標 損益分岐点比率
- 無床診療所（法人）/ 院内処方 -

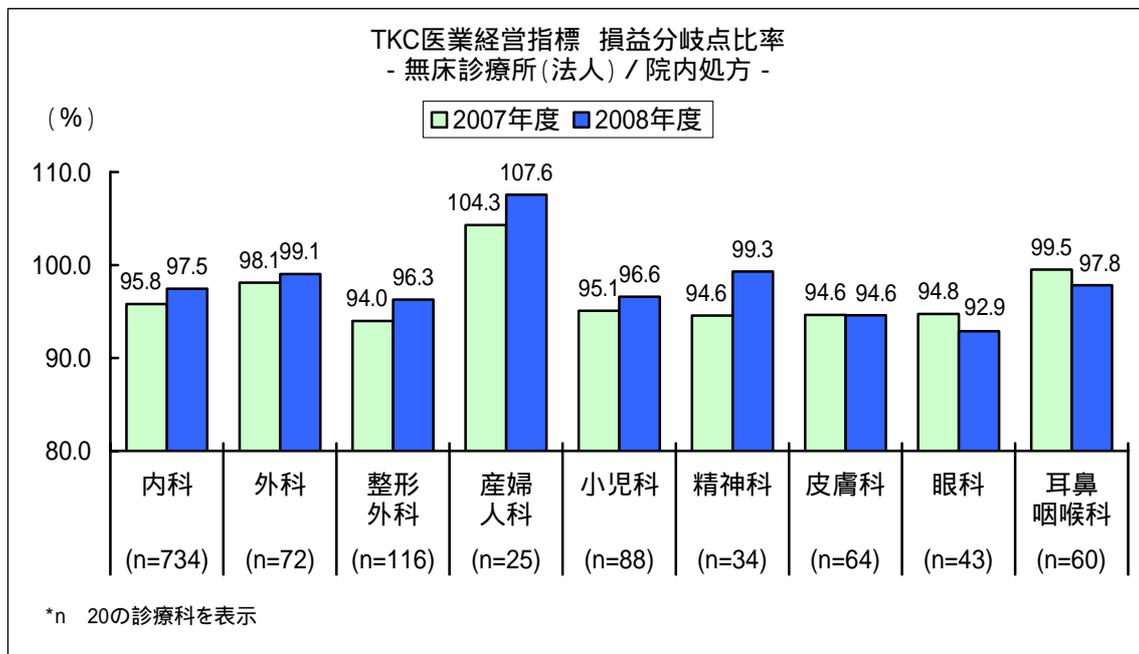
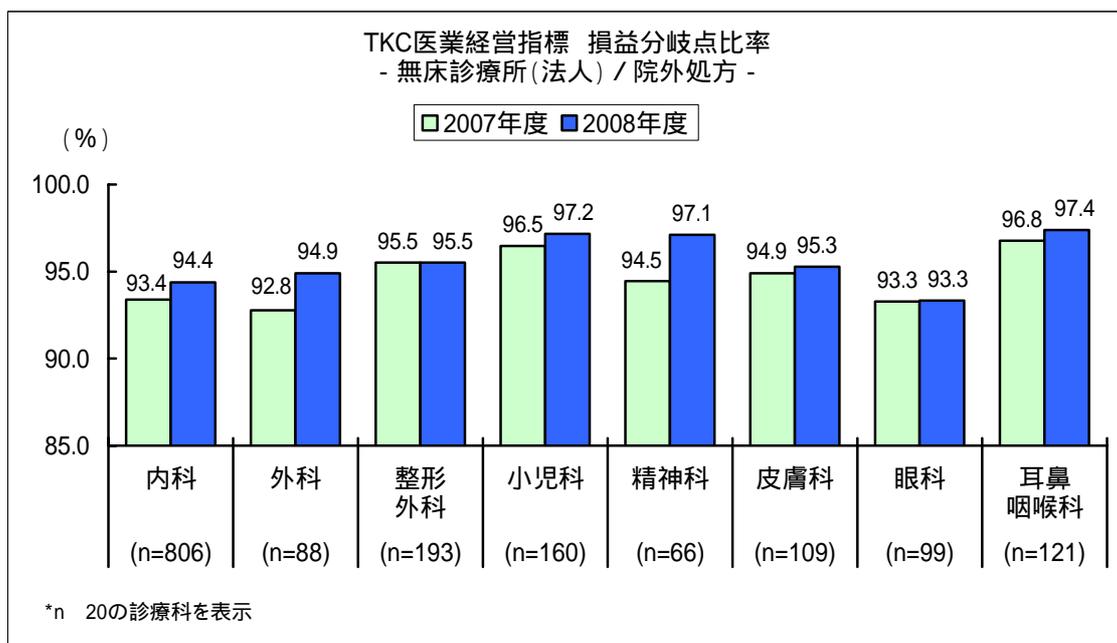


图 2.6 TKC 医業経営指標 損益分岐点比率
- 無床診療所（法人）/ 院外処方 -



診療科の役割、機能を精査せず、信頼性の担保されていない医療経済実態調査などから得られた収支格差を、加算で調整していくという方法論はきわめて安易である。にもかかわらず、財務当局が診療科間の配分の見直しを求めているのは、今後医療費を増加することであっても、診療所においては財政中立を維持するという布石であると危惧される。

これまで、財務当局は財政中立の下、病院と診療所の対立を図ってきた。さらに今回の診療科間の配分の見直しは、診療所間の無用な対立、分断を通じて医療全体の弱体化を招き、地域医療の崩壊がさらに深刻化する。医療再生が至上命令である中において、理念や根拠があいまいな配分の見直しを断じて容認することはできない。