

平成 25 年 12 月 25 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

矢	内	邦	夫
白	川	修	二
花	井	圭	子
花	井	十	伍
石	山	惠	司
田	中	伸	一
伊	藤	文	郎

平成 26 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- わが国の高齢化率は急速に進展しており、現行のまま医療費・介護給付費等が伸び続ければ社会保障制度を持続可能とすることは不可能である。このため、医療においては、社会保障・税一体改革に基づき、医療の機能分化・連携と地域包括ケアを構築するための医療と介護の連携を図るなど、効果的・効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- 平成 26 年度診療報酬改定に当たり、支払側は去る 11 月 27 日の総会において、厳しい国民生活の実態や経済成長を上回る国民医療費の伸びによる負担の拡大、さらには保険者財政が崩壊の危機にある一方、医療機関の経営は安定していることを踏まえると、診療報酬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ため、マイナス改定とすべきと主張した。併せて、薬価等改定分(引下げ分)は国民に還元するとともに、消費税率引上げに伴う診療報酬上の財源の算出にあたっては、薬価等も含めて消費税率引上げが消費者物価に与える影響を反映すべきとの考え方を提示したところである。
- 26 年度改定においては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼とし、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の合理化・効率化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費適正化を図るべきである。
- 特に、急性期病床(7 対 1 入院基本料)に求める医療の定義を明確にしたうえでの要件の設定とその機能に応じた適切な評価を行うとともに、急性期後の受け皿の強化を確実に実施すべきである。また、医療経済実態調査の結果に基づいた病院と診療所間の財源配分を適正化すべきである。

- 支払側としては、今回の診療報酬改定が国民の期待に応える改定となるよう強く望むものである。
- 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. 入院・外来における機能分化と在宅医療の推進

(1) 入院医療の機能分化等

入院医療は、超高齢社会に相応しい患者の状態像に合った切れ目のない医療提供体制を構築すべきである。このため、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うことを基本とすべきである。

- ① 高度急性期医療は3次救急としての24時間体制や高度な手術等を多数実施している総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関に対し、亜急性期入院医療管理料や療養病棟入院料を算定していないなど、要件を厳格化したうえで評価すべきである。
- ② 急性期医療については、7対1入院基本料の算定対象は「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、一定の期間集中して高度な医療を提供する医療機関」と明確に位置づけるべきである。
 - ・ そのうえで、10対1入院基本料も含めて特定除外制度を廃止し、急性期病床に相応しい患者に特化した医療を提供するべきである。
 - ・ 手術や検査の方法等が標準化された短期入院を平均在院日数の計算対象から除外すべきである。
 - ・ また、重症度・看護必要度の評価項目は急性期医療に則した体系に改めるため、喀痰吸引や血圧測定等を項目から除外するとともに、急性期病院の実態を把握するために、DPCデータの提出を要件とすべきである。
 - ・ さらに、現行の7対1入院基本料の経過措置を延長することなく、新たな7対1及び10対1入院基本料の見直しに係る激変緩和措置は長期化させずに適切な期間を設定すべきである。
- ③ 亜急性期医療については、急性期後の受け皿、在宅等の患者の急性増悪の受入れ、在宅への復帰支援を主な機能に位置付けたうえで、その機能に応じた評価をすべきである。
 - ・ また、亜急性期病床は現行の病室単位から病棟単位に改めるとともに、全ての病棟を亜急性期病棟とする医療機関を認めるべきである。
 - ・ さらに、亜急性期医療に適した重症度・看護必要度の基準を導入することに加え、提供している医療データの提出を要件とすべきである。
- ④ 慢性期医療については、社会的入院を是正する観点からも療養病棟の評価は在宅復帰率を要件に組み込む必要がある。
 - ・ また、療養病棟療養環境改善加算及び診療所療養病床療養環境改善加算については、改善計画が進んでいない療養病床等は加算の適正化を検討する必要がある。
- ⑤ 有床診療所は、医療経済実態調査の結果をみると経営は安定しており、院長収入も高く、入院基本料全体を引き上げる必要はない。地域包括ケアの一端を担う有床診については、病院からの早期退院患者の受入れ及び在宅患者の急変時の受入れなどの実績に基づいた

評価のあり方の検討が求められる。

- ・ 一方、長期入院に係る評価は、社会的入院の是正の観点からも慎重に検討すべきである。
- ⑥ 医療提供体制が十分ではない地域における医療機関に配慮した評価については、患者負担を考慮し、診療報酬上の要件緩和の対象となる地域を現行の 30 医療圏に限定したうえで、補助金を含めた一体的な支援が求められる。

(2) 外来医療の機能分化と財源配分の見直し

外来医療については、機能分化や病・診連携を推進する観点から、大病院の専門外来化の推進と中小病院、診療所における主治医機能の評価による外来受診の合理化・効率化を行うことを基本とすべきである。

- ① 500 床以上の大病院の専門外来化については、外来の機能分化はもとより勤務医の負担軽減の観点からも重要であるため、紹介・逆紹介率の基準の強化を行うべきである。
- ② 中小病院及び診療所の外来については、主治医機能を強化し、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し、全人的かつ計画的に診る評価を導入すべきである。
 - ・ 具体的には、複数の生活習慣病と認知症を罹患している患者一人に対して一医療機関が算定することを前提に、服薬管理や後発医薬品の積極的な使用、24 時間の対応、在宅医療への関与、重複検査等の防止などを要件とするとともに、指導料や処方料、外来管理加算などの各種加算を包括化した評価体系とすべきである。
 - ・ また、7 剤ルールについては、多剤投与による患者の身体への影響を踏まえ、規制を堅持すべきである。

(3) 在宅医療の推進等

在宅医療については、超高齢社会においても住み慣れた地域で安心して暮らすために、入院から在宅までの切れ目のない医療が提供できるよう、地域包括ケアシステムを構築する観点から、引き続き推進することが求められる。その際には、不適正事例に対応できる規定を整備すべきである。

- ① 在支診・病については、その対象となる全ての医療機関に対し、体制整備にとどまらず、緊急往診や看取りの件数といった実績を十分に上げることを求めていくべきである。
 - ・ このうち、機能強化型の在支診・病については、緊急往診や看取りの件数を厳格化するとともに、連携型の機能強化型在支診・病においてもそれぞれの医療機関に実績要件を設定すべきである。
- ② 不適正事例を未然に防ぐ観点からは、療養担当規則を改正し、紹介業者からの患者紹介に対する紹介料の提供を禁止するとともに、在宅患者訪問診療料の要件に診療実績の記載や患者・家族への説明に加え、同一建物内の評価の適正化を行うべきである。
 - ・ 在宅時医療総合管理料及び特定施設入居時医学総合管理料については、同一建物内の基準を新たに設定したうえで、適正な評価とすべきである。
- ③ また、在宅歯科医療についても過剰診療を是正するため、「歯科訪問診療 2」の評価を適正化すべきである。訪問看護ステーションについては、24 時間体制、看取り、重症度の高い患者の受入れなどの実績を踏まえた機能強化型の施設要件を検討することが求めら

れる。

- ④ 在宅自己注射管理料については、一律の評価を改め、在宅自己注射開始時から一定期間が経過した後の評価を適正化すべきである。

2. 個別課題について

(1) 診療報酬の標準化・包括化の推進

- ① 診療報酬体系については、治療方法等が標準化された技術等については、包括化を推進すべきである。
 - ・ 具体的には、入院医療については、治療または検査の方法が標準化されている短期間の入院については、包括評価とするとともに、一入院包括とすべきである。
- ② DPC 制度については、医療の標準化や効率化を目指し、DPC データの分析を進めるとともに、一入院包括への移行や急性期病院として合致しないケアミックス型病院への評価のあり方などを引き続き検討することが重要である。
 - ・ また、DPC 制度における後発医薬品指数の評価上限の設定にあたっては、新指標の 60% に拘らず、より高い上限を設定するとともに、将来的には包括評価の点数設定は、先発品を用いるのではなく後発品を用いて設定することを検討すべきである。
 - ・ 併せて、○再入院ルールの見直し、○併存傷病名の記載要領の見直しなどを検討すべきである。

(2) 病院医療従事者の負担軽減策及び救急・小児医療等について

- ① 急性期の病院医療従事者の負担軽減策については、医師と他職種との役割分担や医師の交代制勤務、地域の他の医療機関との連携といった取組みを条件に休日・時間外・深夜の手術を評価するとともに、重症度の高い患者の割合が高い病棟における看護職員夜間加算を評価することが重要である。
 - ・ また、病棟薬剤師の評価については、療養病棟・精神病棟の加算期間の延長は慎重に検討すべきである。
- ② 一般病棟の 13 対 1 及び 15 対 1、その他の入院基本料については、看護師の月平均夜勤時間が満たせない場合だけに算定可能な減額措置の創設は行うべきでない。なお、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料については、同様の減額措置を見直すことを検討すべきである。
- ③ 救急医療については、精神疾患及び薬物中毒患者に対する医師の負担に配慮した評価を検討する一方で、救急医療管理加算は「その他」に該当する患者の取扱いを厳格化すべきである。
- ④ 周産期・小児医療については、NICU における退院調整および退院支援を充実させることが求められる。

(3) 精神医療・認知症対策について

- ① 精神医療については、患者の早期の社会復帰等を目指す観点から、諸外国に比べ極端に長い平均在院日数の短縮に向けた早期退院と地域移行への評価の検討が必要である。なお、自殺予防対策の推進が重要と考えられる。

- ・併せて、諸外国に比べ向精神薬の投薬数が極端に多いことを是正するため、○非定型抗精神薬加算 2 の廃止、○多量・大量処方 の厳格化、○減算対象薬剤に抗精神病薬の追加一などを実施するとともに、精神科デイケアの 1 年以上の長期利用については、減算や回数 を制限するなど、適正利用を推進すべきである。
- ② 認知症対策については、地域移行と地域定着を推進し、認知症治療病棟の平均在院日数を短縮する必要がある。
- ③ 早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)を新たに評価するとともに、重度認知症加算については短期間の重点的な評価に改めることが求められる。

(4) がん対策について

- ① がん対策については、がん対策推進基本計画に基づき、がん医療の均てん化は必要であるが、手術等を含めた高度がん医療の集約化を進め、症例の集中により医療機関の熟練度を高めるべきである。
- ・併せて、在宅におけるがん医療については、医療機関の連携と緩和ケアの推進を検討することが重要である。
- ・また、外来化学療法加算については、対象となる薬剤を厳格化すべきである。

(5) たばこ対策について

- ① たばこ対策については、ニコチン依存管理料の対象拡大は慎重に検討するとともに、同管理料の効果を検証し、そのあり方を検討すべきである。

(6) リハビリテーションについて

- ① 急性期病棟の早期リハビリテーションに理学療法士を配置した場合の評価は、対象疾患を限定し、ADL の低下の割合等のアウトカム評価も行うことを条件に導入することが求められる。
- ② 廃用症候群については、疾患別のリハビリが適切に実施されるよう運用の厳格化と評価を適正化すべきである。
- ③ 維持期リハビリテーションについては、介護保険への移行を進める観点から、経過措置を継続する場合は算定可能な単位の厳格化及び点数設定の適正化を条件とするほか、その期間を明確に限定すべきである。

(7) 手術について

- ① 手術については、過去 2 回の改定において大幅な引上げを実施したことを踏まえ、エビデンスに基づき費用対効果の高い新規手術を評価する方向で検討することが重要である。
- ・併せて、症例数の集約化により医療機関の熟練度を高めることは、医療の質の向上並びに医療材料価格等の適正化に資するため、手術数に応じたアウトカム評価を検討すべきである。

(8) 明細書無料発行の推進など患者の視点に立った医療の実現について

- ① 明細書については、国民が受けた医療サービスを理解・納得する貴重な情報源であるため、免除規定を廃止し、全ての医療機関に対し、無料発行の義務化への道筋を示すとともに、完全義務化を実施すべきである。当面、病院においては平成 28 年 4 月から義務化すべきである。
 - ・ また、窓口負担のない患者への無料発行の義務化や明細書発行手数料の適正化を進めるべきである。
 - ・ なお、次期療養費改定に向けては、柔道整復施術療養費の請求の電子化と療養費全体における明細書の無料発行の義務化を目指すべきである。
- ② 診療報酬体系については、簡素化と包括化を推進することが重要である。
- ③ 併せて、早期のレセプトの完全電子化を実現するとともに、○未コード化傷病名の廃止、○傷病名の統一と主傷病名の明示、○院外処方も含めて傷病名と診療内容・薬剤が紐付け可能なレセプト様式・記載要領の改善、○医療費等の分析に資するためのレセプト様式の見直しなどを図るべきである。
- ④ 医療機関における褥瘡の有病率や院内発生率等の基礎データを収集し、院内および在宅における褥瘡対策を充実すべきである。

(9) 歯科診療報酬について

- ① 歯科診療報酬については、周術期等の口腔機能の管理に係る評価は、在院日数削減に資するものについて、引き続き評価することが重要である。
- ② 一方、歯科外来診療環境加算を見直す際には、財政中立を前提に見直すべきである。
- ③ 併せて、根管治療については、治療回数の頻度及び治療期間が極端なケースを是正する仕組みとすべきである。

(10) 後発医薬品のさらなる使用促進

- ① 後発医薬品の使用促進に向けては、ロードマップが定めた 5 年で数量ベース 60%を達成する目標の早期達成を図るため、後発医薬品の品質は十分であることを、国が医療従事者や患者に周知し続ける取り組みが不可欠である。
- ② そのうえで、後発医薬品調剤体制加算については、ロードマップに基づく新指標等を踏まえ、財政中立を前提に後発医薬品の調剤数量割合がより高い調剤薬局を評価する方向に見直すべきである。
- ③ さらに、療養担当規則に一般名処方の努力規定を設けるとともに、一般名で処方された医薬品が原則後発医薬品として選択されるよう、保険薬局・薬剤師が後発医薬品の安全性等に関する説明を行うことの努力規定も設けるべきである。

(11) 調剤報酬について

- ① 調剤報酬体系を簡素化・合理化する観点から、調剤基本料と各種加算の包括化を推進すべきである。
- ② 調剤報酬については、同一法人の店舗数が多い調剤薬局の利益率が高い傾向にあるなど医

療経済実態調査の結果を踏まえ、適正化を図るべきである。

- ・ 具体的には、同一法人の店舗数、処方せん枚数や特定の医療機関の処方せんに基づく調剤割合等に注目したうえで、調剤基本料を適正化すべきである。
- ③ 残薬対策のための分割調剤は、患者負担が増加しないことや効果を検証することを条件に試行的な実施が求められる。
- ・ また、残薬の適正化は、処方せん受付時に残薬状況等を確認することに加え、主治医機能による服薬管理と組み合わせて対応することが重要である。

(12) 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ① 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、医療材料・機器を確保するため、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、市場実勢価格を踏まえ、適正に価格を設定することを基本に見直すべきである。
- ② 試行継続中の新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象は、○適応外薬・未承認薬の開発要請品目及び公募品目の研究・開発、○真に医療の質の向上に貢献する医薬品（小児、オーファンドラッグ、アンメットメディカルニーズ対応品）の研究・開発—に限定すべきである。
 - ・ 真に医療の質の向上に貢献する医薬品については、当該研究・開発品目を登録したうえで、その研究・開発状況を適切に確認・検証する仕組みを構築すべきである。
 - ・ また、市場実勢価格との乖離率が全収載品の平均乖離率を超えないとする要件の見直しが必要で、医薬品自体を評価する方式に向けた検討が必要であるため、試行を継続すべきである。
- ③ 長期収載品の薬価は、市場実勢価格の反映を原則としつつ、一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない場合は、後発品への適切な置き換えを後押しする観点から、新たに特例的な引下げを行うべきである。
 - ・ 引下げ幅については、後発品への置き換え状況に応じた率を段階的に設定するとともに、現行の特例引下げだけでなく、過去の追加引下げも考慮して設定することが求められる。
 - ・ また、新たな特例的引下げの対象となる医薬品は、改定を経るたびに減少することも考えられることから、引下げ率は薬価調査の結果等を踏まえ、改定毎に見直す必要がある。
- ④ 新規収載後発医薬品の薬価は、市場実勢価格の下落率を踏まえ、先発品薬価の6割を原則とし、内用薬については銘柄数が10を超える場合は、5割とすべきである。
 - ・ また、次々回改定に向けては、薬価調査の結果等を踏まえ、先発品薬価の5割を原則とするなどの検討が必要である。
 - ・ 既収載後発品の薬価については、最高価格の30%以下の後発医薬品は統一名・統一価格収載、同30%~50%及び50%以上は加重平均した価格をそれぞれ設定し、価格帯を3つに削減すべきである。さらに、将来的には統一名・統一価格を目指す必要がある。
- ⑤ 新薬におけるイノベーションの評価は、価格決定の納得性を高めるためにも、定量的な評価手法を導入すべきである。
 - ・ 世界に先駆けて日本で承認した新薬の評価は、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける新薬に限定すべきである。
 - ・ 一方、外国平均価格調整の引き下げ対象を1.25倍とするなど必要な見直しを行うべきであ

る。

- ・ さらに、次々回改定に向けては医薬品購入の妥結率への対応を検討すべきである。
- ⑥ 保険医療材料価格について、イノベーションの評価に対しては、薬価と同様に定量的な評価方法を導入すべきである。
- ・ 機能区分の特例については、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける医療機器等に限定すべきである。
- ・ また、外国価格調整では、内外価格差のさらなる是正に向けた取り組みを継続すべきである。
- ・ さらに、現行の機能区分については、機能に応じた適切な合理化・細分化の実施が求められる。

(13) 消費税引上げに伴う診療報酬上の対応について

- ① 消費税引上げに伴う診療報酬上の手当てについては、患者が受けた医療サービスに応じて負担するという観点から、基本診療料と特掲診療料の双方で対応すべきである。
- ・ このうち、特掲診療料での対応は医療機関における消費税負担と対応可能と考えられる医療機器等を使用した検査・処置・手術に関連する項目などにより行うべきである。

(14) 医療技術における費用対効果評価について

- ① 患者がエビデンスに基づく医療を適正な負担で受けるためには、医薬品、医療材料・機器等の評価に費用対効果の視点を導入することが欠かせない。
- ② 次々回改定における制度化に向けて、わが国の具体例を踏まえた検討を行うためにも、医薬品、医療材料・機器等の保険適用を希望する際は、費用対効果の検証に資する統一的なデータ提出を必須とすべきである。
- ③ なお、先進医療の中で特に高額な技術の保険取載については、QOLの改善等の費用対効果も考慮したうえで、慎重に判断することが求められる。