

平成 24 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)に対する意見(医科)

中医協の意見募集を受けて、以下それぞれの項目についてこれまでの要求及び年末、新年に行った緊急要望等に沿って意見案を作成した。保団連の意見案の部分は青色で表示している。

【重点課題1】急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

項目番号1-1

救急・周産期医療の推進について

(1) 救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度進んでいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

① 救命救急入院料1及び3について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。

② ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間(30分以上)診療を行っている場合の評価を新設する。

③ 身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

④ 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う。

⑤ 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を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて、運用がより円滑になるよう同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。

⑥ 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受け入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。

⑦ 一般病棟入院基本料(13 対 1、15 対 1 に限る。)においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。

(2) また、ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進な

ど、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

① NICUに長期入院を余儀なくされる児の数は多く、NICUから後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、新生児特定集中治療室退院調整加算のさらなる評価や算定回数の増加等の要件の変更を行う。

② リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

③ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13 対1、15 対1 に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。

⑤ 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

⑥ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

患者が必要な治療を受けられない事態とならないようにするべきである。

項目番号1-2

病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

(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、より勤務医の負担軽減につながる具体的な体制整備を要件とする。

(2) 医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。

(3) 医師と看護師等との業務分担は、勤務医の負担軽減策の中で効果が高いため、医師と看護師等との業務分担を推進することが重要である。そのために看護補助者の活用による看護職員の負担軽減を図るため、急性期看護補助体制加算等について看護補助者のより手厚い配置や夜間の配置について評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

(2) 医師事務作業補助体制加算のきめ細かい評価

中小病院でも算定できる評価とするべきである。

項目番号1-3

救急外来や外来診療の機能分化の推進について

(1)救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行う。

① 救急外来における院内トリアージについて、実際にトリアージを実施している医療機関の多くで年齢を制限せず、トリアージを実施していたことを踏まえ、地域連携小児夜間・休日診療料のトリアージ加算に代えて、医学管理料を新設する。

② 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

(2)地域医療がより円滑に推進されるよう、以下のような初・再診料及び関連する加算についての検討を行う。

① 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は、再診料を1回のみ算定することとされているが、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等の観点から、同一日の2科目の再診の評価を検討する。

② 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、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。

③ 地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の再編成について検討する。

④ 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。

(3)病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者に係る初診料等を適正な評価とし、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

(2)について

○再診料を診療所、病院ともに74点にするべきである。

11月2日に公表された医療経済実態調査結果では、すべての医科診療所の医業経営の指標である損益差額(可処分所得ではない)が、2001年調査と比してこの10年間で27.9%の減額となり、損益率も9.8ポイント悪化している窮状が浮き彫りとなっています。また中小病院も同様に悪化した状態から抜け出せていない。

こうした状況を生み出したのは、ここ十年來の診療報酬マイナス改定であり、再診料の相次ぐ引き下げに原因があります。急性期の病院勤務医の負担軽減等も当然重要ですが、地域医療の崩壊を食い止め、患者、国民が安心して医療を受けることができるようにするためには、診療所、中小病院の評価がどうしても必要です。そのためにまず、診療所の再診料を本格的なマイナス改定実施以前の水準(74点)まで回復するべきであり、中小病院についても同様に評価するべきである。

(2)①同一日の2科目の再診の評価について

同日にそれぞれ別に専任の医師が診療する場合は、すべての診療科で再診料の算定を認めるべきである。

(2)②入院患者の他医療機関受診

入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回し、入院料の減額や外来側の算定制限を廃止するべきである。

入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を30%あるいは70%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等の算定に制限が生じる取扱いとされている。これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減(減額)するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、断じて容認できない。

入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回し、入院料の減額や外来側の算定制限を廃止すべきである。

(2)④明細書の無料発行の促進

明細書発行義務化を廃止し、院内掲示義務化も撤回するべきである。

明細書発行の義務化に伴って生じる個人情報漏えい、精神疾患やがんなどの病名告知の問題などが指摘されていたにもかかわらず、十分な論議がされぬまま踏み切るという手続き上瑕疵があり、廃止すべきである。また院内掲示義務化も撤回すべきである。

(3)保険外併用療養費の枠組み利用

「患者の選択の拡大」を口実に、患者負担を増大させ患者の受療権を奪うことにつながる保険外併用療養費(混合診療)の拡大を行うべきではない。

項目番号1-4

病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取組を評価する。

① 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

② 栄養サポートチーム加算について検証調査の結果や学会等の研究成果を踏まえ、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

③ 臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

④ 外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、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、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

⑤ 歯科医師等によるチーム医療や医科医療機関との連携を推進する観点から、頭頸部領域のがん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価する。併せ

て、これらに関連した医療機関と連携した歯科医療機関における歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

⑥ 勤務医の負担軽減等の観点から、薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を一定以上実施している場合に対する評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントなし。

【重点課題2】医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

項目番号2-1

在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

(1) 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院(以下「在支診・在支病」という。)に対する評価について、以下のような見直しを行う。

① 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、緊急時・夜間の往診料のさらなる評価を行う。

② 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料のさらなる評価を行う。

③ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携する病院や診療所が在宅患者を受入れた場合のさらなる評価を行う。

(2) 今後、自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設入居者に対する訪問診療料について、さらなる評価を行う。

(3) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。

① 在宅における緩和ケアを充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して診療を行う場合について、評価を行う。

② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

③ 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。

④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。(重1-1(2)④再掲)

⑤ 在宅療養を行っている難治性皮膚疾患患者や経口摂取困難な小児患者等がより充実した

在宅療養を行えるよう、評価体系を見直す。

⑥ 在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。また、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

【上記項目に対する保団連の意見】

(1)在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する評価について

○1人医師の在宅療養支援診療所の診療報酬が引き下げとにならないようにするべきである。

在宅医療では24時間対応、急変時の対応、看取りの対応などの機能強化の必要性が強調され、今後のイメージとして複数医師の有床支援診、複数医師の無床支援診で緊急時に連携するパターン、連携し補完しあう支援診の3つを示している。しかし地域によっては実態として連携がとりづらいなど、様々な実態があると考えられる。中医協への提案では「医師が少なく、小規模な在宅療養支援診療所単独では、24時間対応や、急変時の対応、看取りを含めたターミナルケアまで行う体制の確保は、困難な場合もあるのではないか」との問題提起が出されている。一方で「今後、在宅医療を担う医療機関の機能分化と関係機関との連携による機能強化が必要ではないか」とも提起されており、示されたイメージでは、一人医師や連携が困難な支援診は今後「機能分化」の一環として整理されていくように読める。急激な機能分化と連携促進は地域医療を危うくする可能性も否定できないため、しっかりと実態を把握した上で、慎重に対応するべきである。

○在宅療養支援診療所、支援病院と連携する医療機関の報酬算定は個別に請求できるようにすべきである。

在宅療養支援診療所、支援病院と連携する医療機関の報酬算定について、個々の医療機関が算定するのではなく合議で行う方式は、個々の患者の治療格差に繋がる恐れがあることと、そもそも個別の医療機関の報酬算定を前提とした診療報酬点数表の趣旨にも反するため、個別算定方式に改めること。

○寝たきり患者訪問指導管理料を新設(復活)するべきである。

月2回の訪問診療を予定していたが、患者都合で1回となった場合や、在宅時医学総合管理料を算定できない病院の在宅療養に関する指導管理の評価として、同指導管理が必要である。

項目番号2-2

看取りに至るまでの医療の充実について

在宅医療の推進に伴い、在宅における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

① 在宅医療及び訪問看護における在宅ターミナルケア加算等については、手厚い対応が行われるよう、機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、評価体系を見直す。

② 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。(重2-1(3)③再掲)

③ 介護老人福祉施設(以下「特養」という。)における看取りの充実を図るため、特養の配置医

師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号2-3

早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

入院中から、在宅を担う医療機関や訪問看護等との連携を行うことにより、円滑に在宅へ移行することを推進する。

- ① 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法が異なること等、運用上煩雑な部分について整理を行う。
- ② さらに、退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。
- ③ 訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携について評価を行う。
- ④ 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。
- ⑤ 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号2-4

在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

(1) 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の見直し等を行う。

- ① 現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
- ② 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取組を評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
- ③ 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の評価を見直す。

(2) 在宅薬剤管理指導業務をより一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価

を新設する。

② 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。

③ 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。

④ 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患者までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

コメントしない。

項目番号2-5

訪問看護の充実について

(1) 在宅医療における訪問看護が担う役割は大きいが、年齢や疾患によって介護保険が優先されるため、要介護被保険者であっても、例えば、退院直後など一時的に医療ニーズが高くなった場合には、ニーズに対応した訪問看護を提供することが必要であり、柔軟な対応が求められることから、以下の見直しを行う。

① 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。(重2-3⑤再掲)

② 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。(重2-3④再掲)

(2) 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

① 現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設する。

② 医療保険の重症者管理加算は、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、ドレーンチューブ、人工肛門、在宅患者訪問点滴注射管理指導、真皮を超える褥瘡等の特別な管理を評価したものであるが、介護保険においても同趣旨の特別管理加算があり、名称等が異なるため、円滑な運用に資するよう整理する。

③ 介護報酬改定において新サービスの創設や介護職員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、一部、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な整理を行う。

(3) また、在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズも多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応し、効率的かつ質の高い訪問看護の推進するために必要な見直しを行う。

① 訪問看護の際の看護補助者との同行訪問について評価を行う。

② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い

看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。(重2-1(3)②再掲)

③ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。(重1-1(2)⑥再掲)

④ 一般診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

⑤ 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

コメントしない。

項目番号2-6

医療・介護の円滑な連携について

(1) 急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、評価の見直しを行う。なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。

(2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。

また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。

(3) 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設入居者に対する訪問診療料について、さらなる評価を行う。(重2-1(2)再掲)

(4) 特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、評価を行う。(重2-2③再掲)

(5) 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。(重2-3②再掲)

(6) 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。(重2-3⑤再掲)

(7) 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

① 現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費

を徴収しているが、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設する。
(重2-5(2)①再掲)

② 医療保険の重症者管理加算は、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、ドレーンチューブ、人工肛門、在宅患者訪問点滴注射管理指導、真皮を超える褥瘡等の特別な管理を評価したものであるが、介護保険においても同趣旨の特別管理加算があり、名称等が異なるため、円滑な運用に資するよう整理する。(重2-5(2)②再掲)

③ 介護報酬改定において新サービスの創設や介護職員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、一部、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な整理を行う。(重2-5(2)③再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

(1) (2)維持期リハビリテーションについて

「維持期リハビリテーション」の給付抑制を廃止し、必要な患者には医療保険からの給付が行われるようにすべきである。

維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するOT、PT、ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきものである。また今回提案された介護保険への移行措置では、介護保険の対象外である40歳未満の患者や要介護、要支援認定なしの患者の行き場が無くなり大変問題がある。

【4つの視点 I】 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

項目番号3-1

がん医療の推進について

(1) 緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来や在宅への円滑な移行を支援する体制をとっている緩和ケア病棟のさらなる評価を行う。

(2) 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている病院については、評価を行う等充実を図る。

(3) 外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOL が改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、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、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。(重1-4④再掲)

(4) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。

① 在宅における緩和ケアを充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して診療を行う場合について、評価を行う。(重2-1(3)①再掲)

② 入院中以外の緩和ケアニーズのあるがん患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。(重2-1(3)②再掲)

③ 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。(重2-1(3)③再掲)

(5)緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤については、30日分処方に変更する。

- ・ コデインリン酸塩(内用)
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩(内用)
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射)
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)

(6)地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、下記のような要件の見直しを行う。

① がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者や、外来化学療法等を受けた患者についても算定できるよう要件を変更する。

② がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合や、患者の状態等の変化により計画の変更が必要になった場合についても算定可能とする。

③ がん治療連携計画に基づきリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行っている場合には、紹介先の医療機関において当該指導管理の評価を行う。

(7)患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、安心・安全な放射線治療を行うための、医師の包括的な指示による看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する等、放射線治療の推進を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号3-2

生活習慣病対策の推進について

(1)透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

(2)受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号3-3

精神疾患に対する医療の充実について

(1) 精神科急性期入院医療の評価

- ① 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、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院後に再算定できるように要件の変更を行う。
- ② 精神科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、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。
- ③ 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。

(2) 精神科慢性期入院医療の評価

- ① 精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため同加算について検討する。
- ② 精神療養病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(3) 地域における精神医療の評価

- ① 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。(重2-5(3)⑤再掲)
 - ② 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を検討する。また、入院中の患者が精神科デイ・ケアを利用した場合の評価をデイ・ケア中の入院料の適正な評価と併せて検討する。
 - ③ 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を行う。
 - ④ 認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化する。
 - ⑤ 向精神薬は多量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、多剤・多量投与の適正化について、精神科継続外来支援・指導料の要件を見直す。
 - ⑥ 治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を行う。
- (4) 一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。(重1-4①再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

(3)③通院・在宅精神療法の要件見直しについて

通院・在宅精神療法の回数制限を廃止し、1以外の場合のロ.30分未満の場合を20点引き上げて元に戻すべきである。

急性増悪の場合には点数表どおりの回数(週1回等)では治療が進まない。主治医が必要と認めた場合には算定できるようにすること。また、30分未満の評価が低すぎる。元に戻すべきである。

項目番号3-4

認知症対策の推進について

(1) 認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状(BPSD)が概ね1カ月程度の治療で改善するとの報告があり、短期集中的な認知症治療、早期退院を推進する。

① 認知症治療病棟入院料の入院30日以内についてさらなる評価を行い、夜間の看護補助配置の評価を新設するとともに、入院61日以降の長期入院の評価を見直す。

② 認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。

(2) 認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、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を新設する。

(3) 認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(4) 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号3-5

感染症対策の推進について

(1) 診療報酬上、退院基準に関する規定のない結核病棟について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

(2) 入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等(院内DOTS)を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

(3) 二類感染症患者療養環境特別加算(陰圧室加算)について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌

治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

(4)院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号3-6

リハビリテーションの充実について

(1)患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

(2)発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

(3)外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系の見直しを行う。

(4)訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とするよう要件を変更する。

(5)急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、評価の見直しを行う。なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。(重2-6(1)再掲)

(6)医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。

また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。(重2-6(2)再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

(3)外来リハビリの評価体系の見直しについて

リハビリテーション実施前に診察を行った場合は、すべての患者について、再診料など基本診療料の算定を従来通り行えるようにするべきである。さらに一定期間ごとのリハビリテーション実施管理を行った患者の場合には、それに対する管理料を診療報酬点数表上別に設定し、算定できるようにするべきである。

2011年12月7日の中医協では「外来リハビリテーション管理料」の提案が出されたが、従来の再診料を算定し、かつリハビリテーションも行う診療形態についての言及はない。状態の変動や原疾患の再発など、考慮が必要な患者もおり、リハビリテーション実施前ごとに診察が必要なケースも存在する。

項目番号3-7

生活の質に配慮した歯科医療の推進について

(1) 著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下のとおり見直しを行う。

① 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

② 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を追加し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の対象者の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「(仮称)歯科診療特別対応加算」に改める。

(2) 歯や口腔機能を長期的に維持する技術等、歯周病の治療や歯の保存治療(修復治療、歯内治療)等について評価する。

① 糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があること等を踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療の一連の診療報酬の評価を見直す。

② 歯の喪失リスクであるう蝕は歯周病と同様に年齢とともに増加傾向であることから、歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術の評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。

(3) その他、歯科医療における新たな技術については医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、適切な評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

歯科

項目番号3-8

医療技術の適切な評価について

(1) 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医

療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

① 平成 22 年診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。また、医療現場における胸腔鏡や腹腔鏡といった鏡視下手術の普及状況や有用性等を踏まえ診療報酬上適切に評価するとともに、緊急性の高い手術など外科医の負担が大きい手術を重点的に評価する。

② また、外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等の状況に応じた植込み型の医療機器の調整など外来で高度な技術を用いて行う複雑で定期的な医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(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、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、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。

【上記項目に対する保団連の意見】

(2) (3)について

「評価療養」の保険給付への評価を速やかに行うとともに、「選定療養」の項目でも保険給付の対象にするか否かを検討し、保険給付の拡大をはかるべきである。

項目番号3-9

イノベーションの適切な評価について

(1) 薬価専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成 24 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取りまとめられた「平成 24 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。

(2) 新たに区分 C2(新機能・新技術)として保険適用された医療機器に伴う技術料を適切に設定し評価するとともに、その他の医療材料や医薬品に係る管理料等についても、診療上の使用実態を踏まえ適切な評価を行う。

① 新たに区分 C2 として保険適用された医療材料について、新たに技術料を設定する。

② 特定薬剤治療管理料や外来化学療法加算など、薬剤の管理料等について、新たに保険適用された医薬品の使用実態等を踏まえ評価の見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

【4つの視点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

項目番号4-1

医療安全対策等の推進について

- (1) 医療安全対策等を推進するため、以下の見直しを行う。
- ① 院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。(I-5(4)再掲)
 - ② 医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。
- (2) 高齢者等に対する安心で安全な歯科医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。
 - ② 医科医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、口腔内に合併症を引き起こす疾患(放射線治療若しくは化学療法の開始前や治療期間中の患者又は骨粗鬆症等によるビスフォスホネート系製剤の服用患者等)を追加する。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号4-2

患者に対する相談支援体制の充実等について

- (1) 医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。
- (2) 入院早期から退院支援が必要な者を明確化し、また、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明した場合の評価を新設し、退院支援を行うことについての評価を行う。なお、退院調整加算と退院時共同指導料を算定する場合には、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明することを要件化する。また、その結果、早期に退院した場合の評価を見直す。
- (3) 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。(重1-3(2)④再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

(3) 前述の通り。

項目番号4-3

診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

(1) 診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について、以下のような見直しを行う。

① 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算については、算定している医療機関が多いため、当該加算の実施体制が全医療機関で確保されつつあることを踏まえ、簡素化の観点から入院基本料及び特定入院料で包括して評価を行う。

② 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算の一部について、医療法の基準を踏まえた見直しを行う。

(2) 患者からみて難解と思われる歯科用語や臨床上行われていない行為については、歯科診療報酬点数表の用語の平易化や簡素化を図る。

【上記項目に対する保団連の意見】

(1) ①栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の包括化

多くの医療機関が算定している「栄養管理実施加算」、「褥瘡患者管理加算」について、「診療報酬項目の簡素化の観点」との理由のみによる入院基本料への包括化はやめるべきである。

入院基本料等加算の整理が提案されている中で、「診療報酬項目の簡素化の観点」との理由で、多くの医療機関が算定している「栄養管理実施加算」、「褥瘡患者管理加算」が入院基本料、特定入院料に包括され、要件化される提案が出されている。これは人手も手間もかかる内容であり、単なる整理という理由では済まされない。このような医療費削減策の一環としての加算の包括化はやめること。

【4つの視点Ⅲ】医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

項目番号5-1

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(1) 一般病棟の多くを占める 7 対 1 一般病棟入院基本料において、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(以下「看護必要度等の基準を満たす患者割合」という。)や平均在院日数、複雑性指数等の指標で見るとばらつきが大きい現状にあり、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から検討を行う。

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合)の見直しを行う。

② 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の10対1入院基本料等についても看護必要度等に係る評価を行うことを要件化し、看護必要度等の基準を満たす患者割合が一定程度以上の医療機関については、評価を行う。

(2) 一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について検討を行う。

① 金曜入院、月曜退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の

割合が明らかに高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正化を行う。

② 退院日について、昼食前の退院が3/4を占めているが、入院基本料は他の入院日と同様の評価となっている。一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関において、午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、一定期間以上の入院であって、高度な処置等の伴わない場合に、退院日の入院基本料の適正化を行う。

(3) 亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーション病棟入院料と比較しつつ、適切な評価体系に整理する。

(4) 救命救急入院料1及び3について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。(重1-1(1)①再掲)

(5) 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う。(重1-1(1)④再掲)

(6) DPC/ PDPS (急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度) について以下の見直しを行う。

① 調整係数については、今後段階的に基礎係数(包括範囲・平均出来高点数に相当)と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。

② 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて、以下の見直しを行う。

・ 機能評価係数Ⅰ

出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

・ 機能評価係数Ⅱ

現行の機能評価係数Ⅱ(6項目)を基本として必要な見直しを行う。

また、その際、項目により各医療機関群の特性に対応した評価手法を導入する(複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数)。

③ その他

・ 特定入院料の取扱い(評価のあり方)、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/ PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。

・ 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める(大学病院本院及び(仮称)高診療密度病院群の施設は必須とし、その他急性期病院群の施設は任意とする)。

(7) DPC対象病院ではない出来高算定病院(7対1一般病棟入院基本料を算定している医療機関等)が、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

(1)について

施設基準の強化による急性期病院の細分化、病床削減を強引に進めるべきではない。

一般病棟の7対1、10対1入院基本料の施設基準における看護必要度や平均在院日数要件の強化により、病院の振り分けが行われようとしている。画一的な適用は地域の救急、急性期医療を損なう恐れが高い。

(2)について

「金曜入院」、「月曜退院」の是正の提案や、「退院日の入院料の適正化」の提案について、治療上の必要から入退院日を決めているケース等の検討なしに、安易に実施するべきではない。

「金曜入院」、「月曜退院」の是正の提案や、「退院日の入院料の適正化」の提案は、平均在院日数の削減や医療費適正化のために、単なる数値上の調査結果だけを基に提案されたものであり、個々の患者や医療機関の実態調査を基に提案されたものではない。

(3)について

亜急性期病床、回復期病床については柔軟な運用を認めるべきである。

亜急性期病床や回復期病床を整理するとあるが、入院患者像が決められていたり、病床比率、重症者の受け入れ、在宅復帰率などの施設基準で細かく規制されている。また、診療報酬も包括(定額)評価を基本としているので、合併症や容態の変動に応じた医療には不向きである。柔軟な運用を認めることが必要である。

項目番号5-2

慢性期入院医療の適切な評価について

(1) 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行い、①又は②の評価とする。

① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。

② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択できるようにする。

(2) 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。(I-3(1)③再掲)

(3) 療養病棟における急性期の医療機関との連携推進、医療の質の向上の観点から、褥瘡の治療に係る評価を行う。

(4) 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、現場の対応を踏まえた措置を検討する。

(5) 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を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて運用がより円滑になるよう、同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。(重1-1(1)⑤再掲)

(6) 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受け入れを行った場合につ

いて、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。(重1-1(1)⑥再掲)

(7) ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

① 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料(13 対1、15 対1に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。(重1-1(2)③再掲)

② 超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児(者)、準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。(重1-1(2)⑤再掲)

(8) 栄養サポートチーム加算について検証調査の結果や学会等の研究成果を踏まえ、一般病棟入院基本料(13 対1、15 対1)、療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。(重1-4②再掲)

(9) 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。(重2-3②再掲)

(10) 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。

(I-4(4)再掲)

(11) 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算の一部について、医療法の基準を踏まえた見直しを行う。(II-3(1)②再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

(1) 一般病棟に90日を超えて長期に入院する患者の取扱いについて

一般病棟に90日を超えて長期に入院する患者の取扱いについて、平均在院日数削減や機能分化の目的のために強引な再編を行うのはやめるべきである。

一般病棟に90日を超えて長期に入院する患者の取扱いを再編する案が示されているが、個々の患者の病態によって長期の入院治療が必要な場合には入院を保障すべきである。

また地方で二次救急を担っている病院や急性期医療のあとを引き受ける後方病院に厳しい規制をかけることになり、人手確保に苦労しつつ地域医療を担ってきた病院を切り捨てることになる。

項目番号5-3

医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

2次医療圏において自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

① 自己完結型の医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある病院等を対象とする。ただし、一定規模以上の病院等を除く。

② それらの地域の病院においては、看護要件の緩和、入院料等の柔軟な運用、専従要件の緩和等について検討を行う。なお、特に小規模な病院について配慮することとする。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号5-4

診療所の機能に着目した評価について

(1) 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。

(2) 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。

① 有床診療所の入院料の評価は一般、療養で区別されているが、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じ、柔軟な算定を可能とする。

② 介護療養病床入院患者が急性増悪時に医療保険より算定できるのは2室8床に限っているが、より柔軟な運用を可能とする。

【上記項目に対する保団連の意見】

(2)について

○有床診療所の入院基本料は、入院外を含めた看護職員配置数による方式と、病床数対職員比率で入院基本料を決める方式を併用し、医療機関の選択で選べるようにすべきである。また病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げるべきである。

具体的には、配置人数1人以上、5人以上に加えて、3人以上、7人以上、10人以上の基本料を新設し、それぞれ引き上げること、及び10:1、15:1、15:1未満の入院基本料を新設すべきである。

○看護職員の配置の実態を踏まえ、看護師比率加算、看護補助加算、複数夜勤体制加算を加算評価とするべきである。

○「有床診療所」における療養病床の点数区分については、廃止するべきである。なお、診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とするべきである。

「有床診療所」は一般病床と療養病床のケアミックスであり、病院における一般病床、療養病床の概念とは異なる。従ってその実態に見合った点数とするべきであり、療養病床の点数区分については廃止するべきである。

項目番号5-5

医療機関間の連携に着目した評価について

(1) 救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度は進んでいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

① 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を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて、運用がより円滑になるよう同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。(重1-1(1)⑤再掲)

② 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受け入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。(重1-1(1)⑥再掲)

③ 一般病棟入院基本料(13 対 1、15 対 1 に限る。)においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。(重1-1(1)⑦再掲)

(2) ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

① NICUに長期入院を余儀なくされる児の数は多く、NICUから後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、新生児特定集中治療室退院調整加算のさらなる評価や算定回数が増加等の要件の変更を行う。(重1-1(2)①再掲)

② 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料(13 対1、15 対1 に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。(重1-1(2)③再掲)

③ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。(重1-1(2)④再掲)

④ 超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児(者)、準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。(重1-1(2)⑤再掲)

⑤ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医

療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。(重1-1(2)⑥再掲)

(3) 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在支診・在支病に対する評価について、以下のような見直しを行う。

① 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、緊急時・夜間の往診料のさらなる評価を行う。(重2-1(1)①再掲)

② 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病について、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料のさらなる評価を行う。(重2-1(1)②再掲)

③ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携する病院や診療所が在宅患者を受入れた場合のさらなる評価を行う。(重2-1(1)③再掲)

(4) 入院中から、在宅を担う医療機関や訪問看護等との連携を行うことにより、円滑に在宅へ移行することを推進する。

① 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法が異なること等、運用上煩雑な部分について整理を行う。(重点課題2-3①再掲)

② さらに、退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。(重2-3②再掲)

③ 訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携について評価を行う。(重2-3③再掲)

④ 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。(重2-3④再掲)

⑤ 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。(重2-3⑤再掲)

(5) 地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、下記のような要件の見直しを行う。

① がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者や、外来化学療法等を受けた患者についても算定できるよう要件を変更する。(I-1(6)①再掲)

② がん診療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合や、患者の状態等の変化により計画の変更が必要になった場合についても算定可能とする。(I-1(6)②再掲)

③ がん診療連携計画に基づきリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行っている場合には、紹介先の医療機関において当該指導管理の評価を行う。(I-1(6)③再掲)

(6) 精神科急性期入院医療の評価

① 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、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院後に再算定できるように要件の変更を行う。(I-3(1)①再掲)

② 精神科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、あらかじめ連

携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。(I-3(1)②再掲)

(7) 認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。(I-4(1)②再掲)

(8) 認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、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を新設する。(I-4(2)再掲)

(9) 療養病床に入院中の者が BPSD の増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が再び転院を受け入れた場合の評価を行う。(I-4(4)再掲)

(10) 療養病棟における急性期の医療機関との連携推進、医療の質の向上の観点から、褥瘡の治療に係る評価を行う。(III-2(3)再掲)

(11) 歯科医療機関間若しくは歯科医療機関と医科医療機関との連携を推進する観点から、以下とおりに見直しを図る。

① 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。(I-7(1)①再掲)

② 医科医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、口腔内に合併症を引き起こす疾患(放射線治療若しくは化学療法を開始前や治療期間中の患者又は骨粗鬆症等によるビスフォスホネート系製剤の服用患者等)を追加する。(II-1(2)②再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

再掲については前述の通り。

項目番号5-6

調剤報酬について

(1) 薬学的な管理・指導の充実を図る観点から、以下の見直しを行う。

① お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。

② 特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。

③ 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料(自家製剤加算及び計量混合加算)の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含

め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

(2) 調剤報酬の中で適正化できるものについては、以下の見直しを行う。

① 基準調剤加算の施設基準については、算定要件である備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とすること、また、特定の医療機関の開業時間等に応じた開局時間を設定している薬局は算定要件を満たさないこととするよう見直しを行う。

② 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

【4つの視点Ⅳ】効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

項目番号6-1

後発医薬品の使用促進について

(1) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料については、後発医薬品調剤体制加算の見直し等にあわせて、整理合理化するとともに、保険薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件を見直す。

具体的には、現行の加算の要件(数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上)について、22%以上、30%以上及び 35%以上に改めるとともに、評価については、軽重をつける。

なお、現状、「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」は、1 回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出されること、かつ後発医薬品が存在しないことから、後発医薬品の使用割合(数量ベース)を算出する際に除外しているところであるが、同様の観点から、「漢方製剤」及び「生薬」についても除外する。

(2) 後発医薬品に関する患者への情報提供を充実させる手段として、保険薬局での調剤に際し患者に渡される「薬剤情報提供文書」において後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無、価格、在庫情報)を提供した場合に限り、薬学管理料の中で評価を行う。

(3) 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件(後発医薬品の採用品目割合 20%以上)に「30%以上」の評価を加える。

(4) 保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する場合には、一般名による処方を行うことを推進する。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

(5) 現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する。

(6) 「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施している

ところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

- ① 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する。
- ② ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

【上記項目に対する保団連の意見】

(1)～(6)全体について

後発医薬品の一般名処方への推進など、安全性確保の上からも問題がある後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回するべきである。

後発医薬品の使用促進策として、一般名処方の推進方針が打ち出された。しかし後発医薬品が先発医薬品と同じ成分であっても、効能・効果が異なる場合があることや、有効性と安全性が先発医薬品と全く同等であることの保証がないことなどの問題が指摘されている。まして今回の一般名処方の提案は中医協でも審査上の問題や「7種類ルール」の問題などが指摘されている。また、後発品使用促進策の前提条件となる情報提供や安定供給の体制確立も不十分なままであり、あと改定実施まで3カ月あまりの期間の中で実施に移せば、医療現場が混乱しかねない。安全性確保の上からも問題がある後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回すること。

項目番号6-2

平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

(1)一般病棟の多くを占める7対1一般病棟入院基本料において、一般病棟用の看護必要度等の基準を満たす患者割合や平均在院日数、複雑性指数等の指標で見るとばらつきが大きい現状にあり、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から検討を行う。

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合)の見直しを行う。(Ⅲ-1(1)①再掲)

(2)一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について検討する。

① 金曜入院、月曜退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の割合が高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正化を行う。(Ⅲ-1(2)①再掲)

(3)一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行い、①又は②の評価とする。

① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。(Ⅲ-2(1)①再掲)

② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。(Ⅲ-2(1)②再掲)

上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択できるようにする。

(4)精神療養病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。(Ⅰ-3(2)②再掲)

(5)認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。(Ⅰ-4(1)②再掲)

【上記項目に対する保団連の意見】

再掲については前述の通り。

項目番号6-3

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

医薬品、医療材料、検査等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づき見直しを実施するとともに、臨床的な観点に基づき区分や名称の変更を行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。

項目番号6-4

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)検査、画像診断、投薬、注射、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等を踏まえ、診療科間の平準化を図る観点等から、医療技術評価分科会への提案等も踏まえ適正な評価に見直す。

(2)人工腎臓について、包括されている医薬品の実勢価格やエリスロポエチン製剤等の使用実態を踏まえた点数の見直しを行うとともに、慢性維持透析の合併症等に対して、有効性が明らかになりつつある新しい血液透析濾過についての評価の新設等を行う。

(3)コンタクトレンズに係る診療報酬上の評価については、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間取りまとめ報告書」の指摘を踏まえ、検査に係る必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

【上記項目に対する保団連の意見】

特にコメントしない。