

社会保障の機能強化の工程表

「社会保障国民会議中間報告」及び「国民会議最終報告」に描かれた姿を基に作成

年金

医療・介護

少子化対策

共通

社会保障
国民会議最終
報告に基づく
機能強化の課題

基礎年金国庫負担割合2分の1の実現

基礎年金の最低保障機能強化

社会の構造変化に対する対応

(医療)

急性期医療の機能強化

医師等人材確保対策

(介護)

介護従事者の確保と処遇改善

居住系サービス拡充と在宅介護の強化

仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保

すべての家庭に対する子育て支援の強化

子育て支援サービスを一元的に提供する新たな制度体系の構築

社会保障番号・カードの導入

2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 (～2025)

財政検証

実現

制度設計・検討

法改正、順次実施

財政検証

- ・ 低年金・無年金者対策の推進 (保険料免除制度の見直し、受給資格期間の見直し、厚生年金適用拡大、保険料追納の弾力化)
- ・ 在職高齢年金制度の見直し等 (→ 高齢者の就労に配慮した検討・実施)
- ・ 育児期間中の保険料免除 (→ 他の少子化対策と歩調を合わせて検討・実施)
- など

診療報酬改定

診療報酬改定

診療報酬改定

(現行)都道府県医療計画(2008～12の5か年)

(新)都道府県医療計画(2013～17の5か年)

救急を含む急性期医療の新たな指針の作成

医師養成数の増加

(従事医師数の増加)

臨床研修の見直し・医師と看護師等との役割分担の推進(制度的対応)

レセプトの段階的なオンライン請求への切替え

レセプトオンライン化の完全実施

- ・ 救急・産科等の体制強化
- ・ 養成数、臨床研修、役割分担の見直し等の制度的対応による人材確保 など

- ・ 急性期の機能分化推進
- ・ 地域包括ケアの推進と在宅医療の強化・充実 など

2015年の姿

- 安心して出産できる体制
- 救急患者の受入れ、早期回復
- 社会復帰できる体制の構築

介護報酬改定

介護報酬改定

介護報酬改定

第4期介護計画(2009～11の3か年)

第5期介護計画(2012～14の3か年)

基本方針の策定

介護事業所の雇用管理の改善、介護従事者の定着支援、潜在的有資格者の再就職支援等

+3%改定

- ・ 専門性等のキャリアアップ、夜勤・看護体制の充実等の評価を通じた介護従事者の処遇改善と確保 など

- ・ 医療との連携強化
- ・ グループホーム等居住系サービスの拡充
- ・ 24時間対応の強化等在宅介護の強化・充実 など

連携
体系的見直し

2015年の姿

- 居住系サービスの拡充、24時間対応、小規模多機能サービス充実による在宅サービスの整備・機能強化
- 重度化対応、看取り機能、個室化・ユニット化等の施設機能の強化

「安心子ども基金」の設置

「生活対策」、「5つの安心プラン」に基づくサービス基盤整備(2008～10)

新たな制度体系の創設をにらんだサービス基盤緊急整備

新制度体系スタート

新たな制度体系の下での給付・サービスの整備

「安心子ども基金」の設置

- ・ 「安心子ども基金」による保育サービスの集中重点整備
- ・ 放課後児童クラブの緊急整備
- ・ 妊婦健診公費負担の拡充 など

- ・ 保育所整備に加え、保育サービス提供手段の多様化(家庭的保育、小規模保育等)、供給拡大
- ・ 一時預かりの利用助成と普及
- ・ 訪問支援事業や地域子育て支援拠点の基盤整備 など

2015年の姿

- すべての子ども・子育て家庭に必要な給付・サービスを保障
- ・ 休業中 — 所得保障(出産前後の継続就業率55%)
- ・ 働きに出る場合 — 保育サービス(3歳未満児保育利用率38～44%) (フランス、スウェーデン並み)
 - 両給付は統合又は選択・併用可能に(シームレス化)
- ・ 働いていない場合 — 月20時間程度の一時的な利用を支援
- ・ 学齢児 — 放課後児童クラブ(低学年利用率60%)
 - 「小1の壁」の解消

新制度へのステップとなる制度改正

・ 児童福祉法、次世代法の改正

・ 育児・介護休業法の見直し

新たな制度体系の制度設計の検討

法制化

社会保障カード(仮称)の実現に向けた環境整備(実証実験の実施等)

→ 2011年度中を目途とした導入

12年以降の医療制度改革 一般病床「オール包括」へ 国際医療福祉大・高橋教授

2010年4月23日 提供：Japan Medicine（じほう）

国際医療福祉大大学院の高橋泰教授は19日、医療関連サービス振興会の月例セミナーで講演し、2012年以降の医療制度改革は「DPCに参入していない一般病床」が主要なターゲットになるとの見通しを示した。改革に向けた具体的な手法については「すべての一般病床を包括払いにすることになるだろう」と強調し、病院経営者に先を見据えた戦略の重要性を訴えた。

高橋教授は、日本の医療制度改革をマクロ的にみれば「病床削減」と「機能分化」の方向に確実に流れていると解説。「10年、20年のスパンで大きな流れをつかむことが経営戦略を考える第一歩」と強調した。

その上で、これまでの診療報酬改定を病床の機能レベルに着目して振り返り、03年の特定機能病院に対するDPC導入、04年の亜急性病床の新設、06年の医療区分導入と介護療養病床廃止の方針、08年の入院時医学管理加算と亜急性2病床の新設などを経て、10年度改定におけるDPC病院に対する調整係数の段階的廃止でDPCを中心とした高度急性期病床の改革は一段落ついたと説明。機能レベルが高い順に「DPC病床」「DPCに参入していない一般病床」「亜急性・回復期・療養病床」に分けて考えると、「手が付けられていないのは真ん中のDPCに参入していない一般病床」とし、12年以降にターゲットとなる可能性は高いとの見方を示した。

08年に政府の社会保障国民会議が発表した医療・介護の将来費用推計（シミュレーション）は今後の医療制度改革の方向性を検討する上で有用な資料になるとの見方も示し、その中に描かれたシナリオに沿って具体的な改革を進めるためには「すべての一般病床を包括払いにする『オール包括』以外に大規模な転換を進める手法は見当たらない」と強調。「一般病床を維持するならDPC病院の条件を満たす、その条件を満たせないなら亜急性・回復期病床に転換するなどの条件を設定し、病院経営者に将来の進路を選ばせる手法が有力な選択肢になる」と見通した。

DPC 導入に賛否も過少診療に懸念 医師調査で

公開日時 2010/06/07 05:00

ミクスオンライン

医師コミュニティサイト「MedPeer」を運営するメドピアは、会員医師を対象にDPCに対する意見をインターネットで調査したところ、導入してよかった27.8%、導入しない方がよかった18.5%、分からない29.1%などと意見が分かれた。

調査には1509の意見が寄せられた。導入してよかったと回答している医師は、収益が好転したことや、無駄な検査・投薬が減り、コストを考えた医療が行われるようになったこと、他の病院と比較できるようになったことを評価する意見がみられた。一方、否定的な回答では、必要な医療が行われないおそれを感じていることや、化学療法など最近の治療の進歩に対応してしていない、コスト優先の治療になるといった意見が寄せられた。

導入への評価は「分からない」とする医師からは、コストを減らせ、収益が増えることを評価する一方で、すべきことも制限されてしまうといった声や、在院日数の短縮を促すことが「患者本人のために本当に有益なのか」と、戸惑いの様子がうかがえた。

導入を評価する意見でも、「主病名以外に病気を認めたとき、その治療は収入に反映しないため、検査・治療の施行に心理的負担になる」「自分が納得できる医療を行おうとすれば、赤字を覚悟する必要がある」などといった意見がみられ、賛否いずれにおいても過少診療をおそれていた。

2008 年度財団リウマチの研修会

「看護師ができるケア」

看護師長

はじめに

私が療養型病床で、重度障害を持つ関節リウマチの患者様と関わって、その人らしく療養しつつ社会参加できるよう考え、私たちができる、療養中からケアを通してご家族や地域との連携、薬の調整をも含めた医師との連携をはじめとする保健・医療・福祉・介護関連スタッフとの連携を密にする事が重要であるとの思いに至りました。

1) 在宅に向けて準備しておくこと

在宅への移行に向けて重要な事は、家族の受け入れと家屋の問題です。重度障害を持つ関節リウマチ患者様が在宅生活をスムーズに行うには、段差をなくしたバリアフリー家屋が望まれます。しかし、家屋の事情にたどり着くまでには、ご家族の受け入れに対する葛藤が幾重にもあり、障害になります。多くのご家族は受け入れたいと望まれますが、実現させるには困難なことが多く、在宅への移行の道は閉ざされてきました。患者様を在宅へ移行するにあたり、医師、PT、ケアマネ、MSW、看護師、訪問看護師、専門スタッフらによる合同のカンファレンスを何度も行い、在宅での環境、日常生活、通院など山積みする問題の解決を図り、いろいろと調整し、患者様・ご家族の不安の軽減に努めました。

関節リウマチの症状、痛みは個々に違いますが、在宅での生活は十分に可能であると考えています。そこに至るにはご家族の理解とご本人の努力が必要ですが、保健・医療・福祉・介護が連携し、これからの制度を十分に活用して、在宅への一步をサポートしていくことが大切です。

2) 入院中の患者様自身の準備と患者様への関わり

関節リウマチの症状の中でも疼痛のコントロールは患者様の生活の質に大きく影響をもたらします。いろいろな理由で長期化する療養生活も、薬なしでは考えられません。しかし、療養型病床となると、いわゆる「まるめ」の保健となりますので、病床運営上の制約が出てきます。ただし、抗リウマチ薬は高価なものが多く、施設や療養型病床での処方

厳しいのも確かです。大切な薬や循環器系の薬などは継続しますが、関節リウマチの症状は、効果的で廉価なステロイド薬の内服でコントロールすることも一つの方法だと考えます。

それよりも大切なことは、患者様の日々の訴えをよく聞くこと、そして、介助を受ける患者様の羞恥心にも気を配り、人としての尊厳を傷つけることなく、前向きに療養ができるような援助を心がける、患者様と医師との信頼関係と同様に、患者様と看護師との信頼関係を徹底的に築き、安心して受けられる治療、看護の場を提供したいと考えます。

医療自己負担、上限4万円に軽減…来年度にも

5月8日 14時40分 配信 読売新聞

政府は8日、医療費の窓口負担が一定額を超えた場合に払い戻す高額療養費制度について、70歳未満の年間所得約300万円以下世帯（住民税非課税世帯は除く）の負担上限額を現行の月額約8万円から月額約4万円に引き下げる方向で検討に入った。

年内に厚生労働相の諮問機関「社会保障審議会」で具体案をとりまとめ、2011年度にも実施したい考えだ。

新制度の適用を受ける対象者は、3000万人程度と想定している。

現行制度では、70歳未満の高額療養費の自己負担の月額上限額は、所得に応じて、「住民税非課税世帯」は3万5400円、「一般所得世帯」（年間所得600万円未満）は約8万円、「高額所得世帯」（年間所得600万円以上）は約15万円となっている。

高額療養費の対象となるのは、がんや神経性難病などの患者が多く、過去12か月以内に3回以上、高額療養費の支給を受けた場合は4回目から半額程度に軽減する特例が設けられている。

しかし、最近は景気低迷で医療費負担に苦しむ患者も増えていることや、効き目が大きい高価な抗がん剤が普及してきたことから、一般所得世帯のうち、約3分の1を占めると見られる所得世帯の負担軽減が必要だと判断した。

厚生労働省によると、高額療養費は、医療費ベースで年1・6兆円（2007年度）。同省の試算では、年間所得約300万円以下の世帯の上限額を半額に引き下げること、医療費ベースで4000億～5000億円程度、国庫ベースで1000億円以上の財源が必要となるという。実現に向けては財源の確保などの課題がある。

高額医療費「負担感」年々増加 「金の切れ目、命の切れ目」

2010年5月9日 提供：毎日新聞社

高額医療費：「負担感」年々増加 「金の切れ目、命の切れ目」

「がんは一生付き合わなければならない。今は、わずかな収入と蓄えがあるが、働けなくなったらどうなるのか」。乳がんに侵された東京都内の女性（47）は、将来を考えると、不安にかられる。

女性は01年に乳がんが見つかった。08年秋以降、左肺、肺のリンパ節、座骨へ転移し、抗がん剤治療を続けている。

昨年の治療費負担は、高額療養費制度を使っても年約50万円になり、髪が抜けた頭を隠すかつら代などを含めると、支出総額は約80万円に上った。派遣社員として旅行の添乗員の仕事をしていたが、治療で休みがちになり、昨年の収入は約50万円。傷病手当の年約100万円を加えても、到底足りない。

昨年末、派遣会社を退職したが、生活費と治療費で毎月計約18万円かかる。このため、無理してでも添乗員のアルバイトに出掛け一方、預貯金を取り崩してしのいでいる。

女性は年金生活の母親（73）と2人暮らし。「今は元気な母が病気になったらと思うと……」。そう言ったきり言葉を詰まらせた。



高額化した治療費を稼ぐため、病気で思うようにならない体で、働き続けるしかない患者の苦しみは深い。

東北大が実施し、06年度にまとめたがん患者らへの調査では、抗がん剤治療を受ける患者の自己負担額の平均は年103万円になった。前立腺がんなどを切らずに治療する粒子線治療の場合は平均年473万円に達した。

一方、児玉有子・東京大医科学研究所特任研究員らが昨年、慢性骨髄性白血病患者約560人を対象に実施した調査によると、患者の年収は00年に比べて08年は約3割減った。治療費に負担感を持つ患者は00年の42%から05年は60%、08年には75%と増えていた。

児玉さんは「収入が減り、医療費の負担感が増えている人は、『治療中断予備群』といえる。早急な対策が必要だ」と分析する。



昨年10月、東京都足立区で、53歳の白血病の長女を77歳の乳がんの母親が殺害する事件が起きた。長女は高価な特効薬グリベックを服用しており、警察の取り調べに母親は「（自分も含め）治療に金がかかる」と将来を悲観する供述をした。事件は今後、裁判員裁判で審理が行われる予定だ。他にも08年に岡山県で肝がんの医療費を工面できないため心中を図り、内縁の夫を窒息死させたとして女性が承諾殺人罪で実刑判決を受けるなど、治療費の負担を苦にして事件に発展するケースが各地で相次いでいる。

医療費の負担に耐えきれない患者や家族の悲鳴が広がっている。都内の診療所で抗がん剤治療にあたる医師は、自らの体験を振り返り、患者の負担軽減を訴える。「（以前勤務した）公立病院では、毎月2万円の治療費が支払えず、治療をあきらめた乳がん患者がたくさんいた。『金の切れ目が命の切れ目』になりかねない状況になっている」

高額医療「治療の中断から患者救って」 保団連、負担軽減求め要請書 医療者側で初

2010 年 5 月 28 日 提供：毎日新聞社

高額医療：「治療の中断から患者救って」 保団連、負担軽減求め要請書 医療者側で初

開業医中心の「全国保険医団体連合会」（住江憲勇会長、会員数約 10 万 3000 人）は 27 日、国の高額療養費制度の改善で患者の負担軽減を求める要請書を長妻昭厚生労働相らに提出した。これまで患者支援団体が同様の要請をしていたが、医療者側の要請は初めて。

（12 面に「論点」）

高額療養費制度は、医療費の自己負担に年齢や所得に応じて上限額を設けている。要請書では、最も多い「一般所得者」（70 歳未満で月収 53 万円未満の場合、上限額は月 8 万円超）のうち所得の低い患者や、高額な医療費負担が長期にわたる患者などについて、上限額を現行の半分程度に引き下げるよう要望したほか、制度を使いやすくするため手続きの簡素化を求めた。

がんや糖尿病など慢性疾患患者の約 7 割が医療費の支払いに負担を感じ、4 割近くが治療中止を考えたとする東京大医科学研究所の調査結果など高額医療の実態を毎日新聞が報じたことから、要請書の提出を決めた。

保団連は「経済的理由から患者が治療を中断する例が少ない。国は患者負担が軽減されるよう、制度を早急に見直してほしい」と話す。【河内敏康】

39%で負担重く治療中断 保団連の医療機関調査

2010年6月18日 提供：共同通信社

全国保険医団体連合会（保団連）は17日、医療機関の39%が半年以内に、治療費負担が重いなどの患者側の理由で治療を中断したことがあるとの調査結果を公表した。保団連は「原則3割の窓口負担が高すぎるので、軽減するべきだ」としている。

調査は5月中旬以降に全国で実施。茨城、福岡など7都府県の病院や内科診療所、歯科診療所の2829施設分を中間集計した。

患者の経済的理由で治療が中断した例があったと回答したのは1097施設（39%）。歯科診療所は、ほぼ半数が「あった」とした。

患者が検査や治療、投薬を断った事例を経験した医療機関は43%。患者が窓口で支払う治療費の未収金があるとしたのは45%に上った。

保団連によると、治療を中断した疾病は高血圧、糖尿病、歯周疾患などの慢性疾患が中心で、患者が断ったのは血液検査や内視鏡、心電図、エックス線検査などが目立ったという。

「年金や給料が出るまで受診を延ばす」「所持金の範囲内での治療を希望する」などの例も多く、患者の受診回数自体が減少したとの指摘も多くみられた。

厚労省、混合診療の範囲拡大 難病治療の患者負担軽く

2010/6/6 0:11 日本経済新聞

厚生労働省は健康保険の対象となる診療と非対象の先進医療を組み合わせた「混合診療」の容認範囲を拡大する方針だ。混合診療は原則禁止されており、先進治療を受けると、患者は入院代や検査費用まで全額自己負担する必要がある。このため、同省は患者が希望する先進的な治療法を今までより幅広く認め、患者負担を軽減する。がんや難病の先進治療が受けやすくなる見込みだ。

厚労省は今回の方針を行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会に伝えた。

同省は一部の先進的な医療に限って混合診療を認める「先進医療制度」を見直し、容認対象となる治療法と治療を受けられる病院を増やす考え。同制度は専門家が対象となる治療法を審査するのに時間がかかり、医療の進歩の速度に対応できないとの指摘があった。

今回、厚労省は新たに第三者機関を設置、審査体制を拡充して数日で審査を終える方向で検討する。大学病院や国立がん研究センターなど最新の医療設備を持つ医療機関が混合診療を希望した場合、海外で異常がなければ原則として認める案が有力だ。今年度内に制度の詳細を詰める。

日本は薬や医療技術の保険適用の承認に時間がかかる。欧米で一般的な抗がん剤なども日本で使うと治療代がすべて自己負担となってしまうケースがあった。患者からは負担を軽くするため混合診療を幅広く認めるように要望が出ていた。

混合診療、先進医療制度と異なる仕組みを

政府の行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会（分科会長＝大塚耕平・内閣府副大臣）は6月7日、医療や介護などの規制改革の対処方針を示した第一次報告書案を大筋で了承した。焦点となっていた保険外併用療養（混合診療）の範囲拡大については、現在の先進医療制度より手続きが迅速な新たな仕組みを検討し、年度内に結論を出すとしている。分科会終了後の記者会見で大塚副大臣は、「規制・制度改革について不断の取り組みが行えるような法律をつくることも必要かもしれない」と述べ、継続的に規制を見直す法整備の必要性を示した。同分科会では、菅新内閣発足後、新たな行政刷新担当相の下で最終調整を行い、月内の閣議決定を目指す方針だ。

同分科会は3月末に設置され、医療・介護、農業、環境の各ワーキンググループがそれぞれの分野の規制・制度改革について、約2か月にわたって検討を重ねてきた。報告書案に盛り込まれた医療・介護分野の対処方針は、▽混合診療の範囲拡大▽再生医療の推進▽医療ツーリズムへの取り組み▽EPA（経済連携協定）に基づく看護師、介護士候補者への配慮—など17項目。

混合診療に関しては、海外で一般的に使用されている未承認薬や、代替の治療法が存在しない患者に対する治験中の療法の一部について、一定の施設要件を満たす医療機関が実施する場合は、安全性などの評価を厚生労働省以外の第三者機関が行うことも検討課題とした。対処方針の当初案では、混合診療の一部を届け出制とすることが盛り込まれていたが、厚労省側が

難色を示したため、最終案への明記は見送られた。会見で大塚副大臣は、「例えば届け出制による混合診療の活用等も、成長戦略や特区の政策課題、あるいはチャレンジとして、今後さらに議論していく余地があると思っている」と述べた。

■医薬品ネット販売、国試受験機会の拡大は新政務三役で協議

医療ツーリズムについては、短期滞在ビザに「医療目的」を明示するとともに、外国人医師の国内での診療目的に臨床の修練だけでなく、医療技術の教授なども認めるための制度改正を行う。また、外国人看護師・介護福祉士候補者が受験する国家試験問題での振り仮名の導入などを年度内に検討し、問題作成に反映させるほか、特定看護師(仮称)の制度化については、2012年度中に業務範囲などの結論を出すとした。

さらに、医師会や保険者、研究機関などが幅広く利用できるよう、レセプト情報を一元化したデータベースの活用のルールを年度内に決定し、周知するほか、2年後の診療報酬改定に向けて、疾病などの国際統計分類「ICD10コード」の採用を含むレセプト様式(DPCレセプトも含む)の見直しを検討するとした。

一方、一般用医薬品のインターネット販売については、「対面販売の原則を維持する」との表現を入れることに全委員が反対したため、新政務三役の間で協議することになった。また、外国人看護師・介護福祉士候補者の国試受験機会の拡大に関しても、新内閣発足後に最終調整を行う。

(2010 年 06 月 07 日 18:57 キャリアブレイン)

平成22年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率

+0.19% (約700億円)

⇒ 10年ぶりのネットプラス改定

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

入院 +3.03%
(約4,400億円)

外来 +0.31%
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等

▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

- 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

救急医療の評価の充実について

救急入院医療の充実

- 充実した体制の救命救急センターの評価
救命救急入院料 充実度評価A加算 500点 → 1,000点
- 二次救急医療機関における入院医療の評価
救急医療管理加算 600点 → 800点
乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点
- 手厚い急性期入院医療の評価
ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

地域の連携による救急外来の評価

- 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価
地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点
地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点
- 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価
(新)地域連携夜間・休日診療料 100点

産科・小児医療の評価の充実にについて

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

新生児集中治療の評価

➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

小児の入院医療の充実

➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

病院勤務医の負担の軽減について

病院勤務医の事務負担の軽減

➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算（入院初日）

25対1	50対1	75対1	100対1	15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

手厚い人員体制による入院医療の評価

➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

- ⑨ 急性期看護補助体制加算1（50対1配置） 120点（14日まで）
- ⑨ 急性期看護補助体制加算2（75対1配置） 80点（14日まで）

多職種からなるチームによる取組の評価

➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

⑨ 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

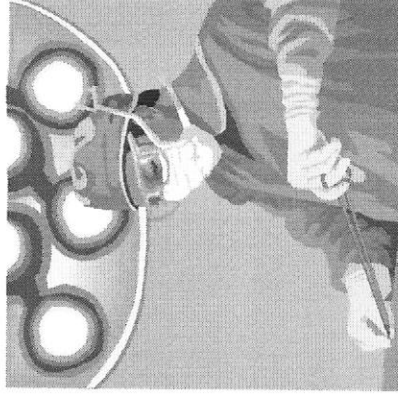
⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

手術料の適正な評価について

外保連試算を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、

脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など
約1800項目のうちの約半数程度を増点



小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても乳幼児加算の対象とする

新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。
腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入

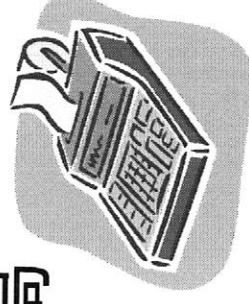
明細書発行の推進について

明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
⇨ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
⇨ 明細書発行に関する状況を院内掲示する



院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など

診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価
(新) 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)