

第 385 回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）
議事次第

平成 30 年 1 月 19 日（金）13 時～15 時
於 千葉県千葉市（東京ベイ幕張ホール 2 階）

議 題

- 平成 30 年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）
- 意見発表者による意見発表、中医協委員からの質問

総会名簿

平成30年1月17日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 平 川 則 男 間 宮 清 宮 近 清 文 松 浦 満 晴 柳 原 純 夫	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 愛知県半田市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 純 一 今 村 聡 松 本 吉 郎 猪 口 雄 二 島 弘 志 遠 藤 秀 樹 安 部 好 弘	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒 井 耕 関 ふ 佐子 ◎ 田 辺 国 昭 中 村 洋 野 口 晴 子 松 原 由 美	一橋大学大学院商学研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 早稲田大学政治経済学術院教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専 門 委 員	岩 田 利 雄 菊 池 令 子 横 地 常 広 丹 沢 秀 樹	千葉県東庄町長 日本看護協会副会長 日本臨床衛生検査技師会専務理事 千葉大学大学院医学研究院（口腔科学分野）教授

◎印：会長

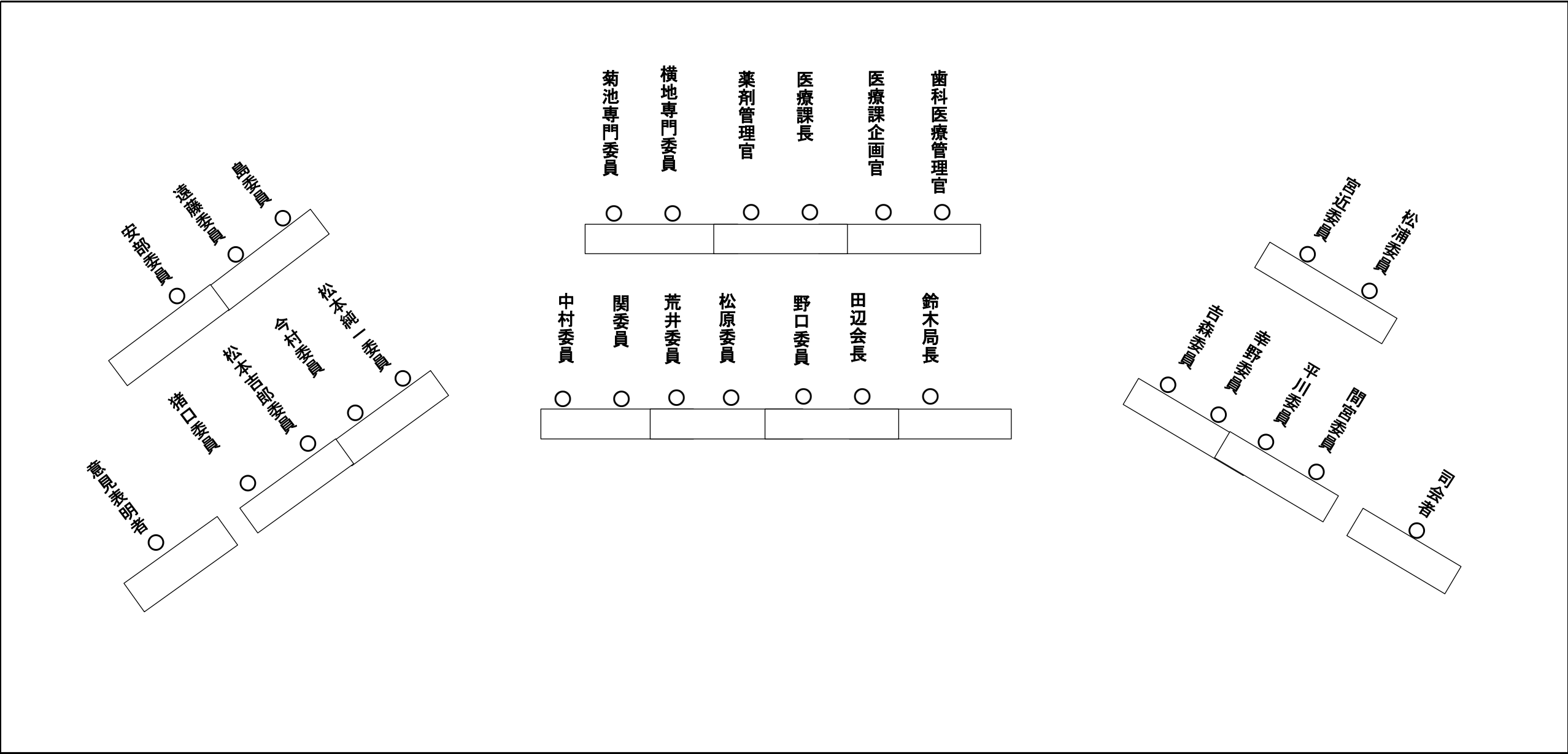
傍聴される方の留意事項

傍聴に当たっては、次の留意事項を遵守してください。これらを遵守できない場合は、退場していただくことがあります。

- 1 座席は「一般傍聴席」の中では、自由席となっております。できるだけ前の方から座席を詰めておかけ下さいますようお願いいたします。
- 2 事務局の指定した場所以外に立ち入ることはできません。
- 3 携帯電話等音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
- 4 写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできません（あらかじめ申し込まれた場合は、会議冒頭の頭撮りに限って写真撮影などを行うことができます。）。
- 5 会議進行の妨げとなる行為や発言は慎んでください。
- 6 その他、会長と事務局職員の指示に従ってください。

※資料とアンケート用紙をお配りしております。アンケートについては、会議終了後、受付にて回収しておりますので、ご協力をお願いします。

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）座席図



平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）

【留意事項】

この資料は、平成30年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成29年12月11日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成30年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

【目次】

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- I－1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- I－2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- I－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- I－4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- I－5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- I－6 国民の希望に応じた看取りの推進
- I－7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- II－1 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - II－1－1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - II－1－2 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - II－1－3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - II－1－4 難病患者に対する適切な医療の評価
 - II－1－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - II－1－6 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - II－1－7 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- Ⅱ－１－８ 薬剤師・薬局による対人業務の評価
- Ⅱ－２ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
- Ⅱ－３ データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進
- Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- Ⅲ－１ チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
- Ⅲ－２ 業務の効率化・合理化
- Ⅲ－３ ＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
- Ⅲ－４ 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
- Ⅲ－５ 外来医療の機能分化

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

- Ⅳ－１ 薬価制度の抜本改革の推進
- Ⅳ－２ 後発医薬品の使用促進
- Ⅳ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- Ⅳ－４ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- Ⅳ－５ 費用対効果の評価
- Ⅳ－６ 医薬品の適正使用の推進
- Ⅳ－７ 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進
- Ⅳ－８ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- (1) 患者の状態に応じた入退院支援や医療連携を推進する観点から、退院支援加算について「入退院支援加算」と改称するとともに、以下のような見直しを行う。
 - ① 入院予定の患者に対する入院前からの支援を評価する。
 - ② 入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な者が算定対象に含まれることを明確化する。
 - ③ 小児の退院支援を充実させる観点から、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。
 - ④ 地域連携診療計画を活用するため地域連携診療計画加算の算定対象病棟を拡大する。
- (2) 在宅復帰に係る指標について、以下のような見直しを行う。
 - ① 一般病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率について、自宅等への退院支援機能を評価する観点や病棟毎の機能を踏まえつつ、名称変更も含めて見直す。
 - ② 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算については、在宅復帰の機能をより推進する観点から、基準値を含め評価を見直す。
- (3) 医科と歯科の連携を推進する観点から、診療情報提供料(I)の歯科医療機関連携加算を算定できる歯科医療機関に、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科訪問診療を実施する歯科医療機関を追加するとともに、対象患者に摂食機能障害の患者を追加する。
- (4) 歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報のかかりつけ歯科医とかかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。
- (5) 地域包括診療料等について、院内処方が原則であるが、院外処方を行う場合での一元的な服薬管理等の取扱いについて明確化を行う。
- (6) 退院時共同指導料における関係機関による共同指導について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。
- (7) 診療情報提供料について、以下のような見直しを行う。
 - ① 退院時において、退院時共同指導ができない場合に限り、退院後の療養を支援する訪問看護ステーションや介護保険施設に対する情報提供を評価する。

- ② 介護支援連携指導料を算定しない入院中の患者について、居宅介護支援事業者等に対する情報提供を行った場合に算定が可能となるよう、要件を見直す。
- (8) 退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの共同指導や連携に関する評価を充実させる。また、共同指導等の連携に関する評価について、特別の関係にある関係機関が連携する場合の取扱いを見直す。
- (9) 医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。
- (10) 地域包括ケア病棟入院料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を有している場合について、評価を行う。
- (11) 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料について、在宅等からの患者の受入れに係る加算等の要件に、入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することなどを追加する。
- (12) 有床診療所入院基本料について、地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援するため、介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和するとともに、高齢患者の入院受入れに係る評価を新設する。併せて、有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件を緩和する。
- (13) 周術期口腔機能管理を更に推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 脳血管疾患等の手術を実施した患者で、術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や低栄養状態等の患者について、術後早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期口腔機能管理計画策定料及び周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)の対象となるよう見直す。
- ② 周術期口腔機能管理後手術加算の対象手術に造血幹細胞移植等を追加する。
- ③ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、周術期口腔機能管理の実績を選択可能な要件の一つとする。
- (14) 介護医療院の入所者や医療機関との連携に係る診療報酬の取扱いについて、介護療養型医療施設や介護老人保健施設等における取扱いを参考に対応する。

評価

- (1) かかりつけ医機能を推進する観点から、地域包括診療料等について以下のような見直しを行う。
 - ① 患者の同意に関する手続きや受診医療機関の把握を担う実施者の要件を緩和する。
 - ② 継続的に受診していた患者が通院困難となった場合に訪問診療を提供している実績がある場合の評価を充実させるとともに、24 時間の対応体制に係る要件を緩和する。
 - ③ 院内処方が原則であるが、院外処方を行う場合での一元的な服薬管理等の取扱いについて明確化を行う。(I－1 (5)再掲)
- (2) 小児患者に対するかかりつけ医機能を推進する観点から、小児かかりつけ診療料の夜間・休日の対応に関する要件について、地域の在宅当番医制等に協力する医師については、地域の在宅当番医等との連携でも可能とするよう緩和する。
- (3) 小児科療養指導料の対象患者に、医療的ケアが必要な小児を追加するとともに、学校との情報共有・連携を要件とする。
- (4) 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、療養計画書の記載項目への血糖や血圧の目標値の追加、特定健診・特定保健指導との連携及び学会のガイドライン等の診療支援情報等の活用に関する要件を追加する。
- (5) 地域連携及び継続的な口腔機能管理を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について以下のような見直しを行う。
 - ① 口腔疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績や地域連携に関する会議等への参加実績の追加と併せて関連する要件を見直す。
 - ② かかりつけ歯科医として必要な知識や技術の習得を推進する観点から、要件としている研修内容を見直す。
 - ③ 歯科訪問診療について、かかりつけ歯科医と在宅療養支援歯科診療所との連携実績を選択可能な要件の一つにする。
- (6) 歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報にかかりつけ歯科医とかかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。(I－1 (4)再掲)
- (7) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかり

- つけ薬剤師の取組を推進するため、同意取得時に薬剤師・患者双方のかかりつけ薬剤師の必要性の確認を要件とし、併せて同意取得の様式を整備する。
- (8) 処方せん集中率が高い等の薬局であっても、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合には、調剤基本料の特例対象から除く取扱いを見直す。
- (9) 地域医療に貢献する薬局について、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数等に加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例の報告や副作用報告体制の整備を要件とするほか、処方せん集中率が高い薬局等を含めて、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。これに伴い、基準調剤加算を廃止する。なお、医療資源の乏しい地域の薬局については、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- (1) 一般病棟入院基本料及び療養病棟入院基本料等について、急性期医療、急性期医療から長期療養、長期療養の3つの機能について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合することとし、一般病棟入院基本料について、以下のような見直しを行う。
- ① 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1及び15対1)について基本部分と実績部分を組み合わせた評価体系に再編・統合し、新たに、急性期一般入院料(仮称)、地域一般入院料(仮称)とする。
 - ② 急性期一般入院料(仮称)の実績部分の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及びその中間的な評価を設定する。また、中間的な評価は、7対1看護職員配置の届出実績があること及び重症度、医療・看護必要度の基準について診療実績データにより重症度、医療・看護必要度の基準値に係る判定を行うこと等を要件とする。
 - ③ 急性期一般入院料(仮称)のうち、現行の7対1一般病棟入院基本料相当の評価となる入院料には、7対1看護職員配置を要件とする。
 - ④ 現行の病棟群単位での届出及び200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、一定の配慮を行いつつ整理する。
- (2) 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度については、急性期の入院医療をより適切に評価する観点から、以下のような見直しを行う。

- ① 平成 28 年度改定で新たに追加した評価項目に関して、項目の定義や該当患者の判定基準の一部について以下のような見直しを行う。
 - ア 処置等を受ける認知症又はせん妄状態の患者をより適切に評価するよう重症度、医療・看護必要度の判定基準を見直す。
 - イ 手術に関する項目について、該当日数を一部適正化する。
 - ② 医療機関が一定の要件を満たす場合には、基準値の判定について、診療実績データを用いた判定方法を選択可能とする。
 - ③ 上記①、②の見直し及び入院医療の評価体系の再編・統合等を総合的に勘案して、基準値を設定する。
- (3) 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、以下のような見直しを行う。
 - ① 20 対 1 看護職員配置を要件とした療養病棟入院料(仮称)に一本化することとし、医療区分 2・3 の該当患者割合に応じた評価に見直す。
 - ② 現行の療養病棟入院基本料 2 については、病院における医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料(仮称)の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次期改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは 2 年間と設定する。
 - ③ 現行の療養病棟入院基本料 2 に関し、25 対 1 看護職員配置の要件を満たせない場合の経過措置(所定点数の 100 分の 95 を算定)については、必要な見直しを行った上で 2 年間延長する。
 - (4) 療養病棟入院基本料の医療区分 3 の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」については、より適正な評価となるよう取扱いを見直す。
 - (5) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算については、在宅復帰の機能をより推進する観点から、基準値を含め評価を見直す。(I-1(2)②再掲)
 - (6) 療養病棟における夜間のケアを充実させるため、看護職員等の夜間配置の評価を新設する。
 - (7) がんで入院中の患者が、高度な放射線療法を円滑に受けられるよう、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合に、入院中の他医療機関受診時の減算について取扱いを緩和するとともに、受診先医療機関において外来放射線治療加算の算定を可能とする。
 - (8) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和する。
 - (9) 結核病棟入院基本料について、より効率的な病棟運営が可能となるよう、

障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する場合であって、結核病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度に係る基準のみを満たさない場合の入院基本料の水準を見直す。

(10) 地域包括ケア病棟入院料について、以下のような見直しを行う。

- ① 入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を有している場合について、評価を行う。(I-1(10)再掲)
- ② 救急・在宅等支援病床初期加算について、在宅等からの入院と急性期医療を担う一般病棟からの転院・転棟で評価を区別し、評価の見直しを行う。
- ③ 在宅等からの患者の受入れに係る加算等の要件に、入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することなどを追加する。(I-1(11)再掲)

(11) 有床診療所入院基本料について、地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援するため、介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和するとともに、高齢患者の入院受入れに係る評価を新設する。併せて、有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件を緩和する。(I-1(12)再掲)

(12) 回復期リハビリテーション病棟入院料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、以下のような見直しを行う。

- ① リハビリテーションの提供による日常生活動作の改善(実績指数)等に応じた評価を一層推進する。
- ② 実績指数の高い入院料について、栄養状態の評価や栄養管理に係る取組を要件とするとともに、入院栄養食事指導料の算定を可能とする。
- ③ 回復期リハビリテーション病棟専従のリハビリテーション専門職について、一定の要件の下、外来や訪問でのリハビリテーションの提供を可能とする。

(13) 10対1入院基本料を算定する全ての医療機関や、一部の回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を算定する医療機関についても、データ提出加算の算定を入院料の要件とする。そのため、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件について、合理化の観点も含め整理する。また、未コード化傷病名等データの質についての評価を行う。

(14) 特定集中治療室におけるより質の高い医療の提供のために、特定集中治療室管理料について、以下のような見直しを行う。

- ① 多職種による早期離床の取組について評価する。
 - ② 特定集中治療室管理料 1 及び 2 の施設基準について、専門の研修を受けた看護師の配置を要件とする。
 - ③ 特定集中治療室管理料については、入室時の生理学的スコアの測定を要件とする。
- (15) 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、器材の効率的な使用の観点から、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は、他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。
- (16) 救命救急入院料 1 及び 3 並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。
- (17) 短期滞在手術等基本料について、入院基本料の平均在院日数や重症度、医療・看護必要度への影響にも配慮しつつ、DPC対象病院はDPC/PDPSによる評価を優先させるよう取扱いを見直す。
- (18) DPC制度について、以下のような見直しを行う。
- ① 調整係数について、基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了する。調整係数の置き換えに当たって行っていた激変緩和措置はその手法を見直した上で引き続き必要な措置を講じる。
 - ② 基礎係数を設定する医療機関群について、医療機関群の設定方法の基本的な考え方は維持し、各群の名称を見直す。
 - ③ 機能評価係数について、機能評価係数Ⅱの現行の 8 項目のうち、後発医薬品係数及び重症度係数については評価を廃止するとともに、後発医薬品使用体制加算に対応した機能評価係数Ⅰの算定を可能とする。また、その他の 6 項目及び機能評価係数Ⅰについても、必要な見直しを行う。
 - ④ 診断群分類やその他算定に係るルール及びDPCデータの調査項目等についても、簡素化を含めた必要な見直しを行う。
- (19) 入院患者に対する褥瘡対策を推進するため、以下のような見直しを行う。
- ① 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価の項目を見直すとともに、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象者に、医療関連機器の長期使用者を追加する。
 - ② ADL維持向上等体制加算の褥瘡に関する基準(院内褥瘡発生率)を見直す。
 - ③ 療養病床の褥瘡に係る加算について、アウトカムに着目した要件に見直す。
- (20) 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護職員及び看護補助者の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を減らす

取組の実施を求める。

- (21) 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。

I－4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

- (1) 紹介状なしで大病院を受診した初診の患者及び大病院において継続的な診療の必要性を認めない再診の患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大するとともに、初診料及び外来診療料の病床数の要件を見直す。
- (2) 大病院とその他の医療機関との機能分化を推進する観点から、病床数 500 床以上を要件としている診療報酬の取扱いについては、原則として、病床数 400 床以上に見直す。
- (3) 外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。
- (4) 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、現在検討中の「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等の未妥結減算に係る報告に併せて、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告を求めるなどの見直しを行う。
- (5) 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、療養計画書の記載項目への血糖や血圧の目標値の追加、特定健診・特定保健指導との連携及び学会のガイドライン等の診療支援情報等の活用に関する要件を追加する。(I－2(4) 再掲)
- (6) 糖尿病の透析予防を推進するため、糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算の対象患者を拡大する。

I－5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 在宅患者訪問診療料について、在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、複数の診療科の医師による訪問診療が可能となるよう、評価を見直す。
- (2) 在宅医療の提供体制を充実させるため、地域において複数の医療機関が連携して 24 時間体制の訪問診療を提供する場合の在宅時医学総合管理料等の評価を新設する。
- (3) 介護保険施設等に併設する医療機関の医師が、介護保険施設等の入居者に

対して訪問診療を行う場合の評価について、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、新たな評価を設定する。

- (4) 在宅時医学総合管理料等について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、算定患者の状態に係る要件を追加する。また、かかりつけ医機能を有する医療機関による在宅医療への円滑な移行を推進する観点から、在宅時医学総合管理料等及び地域包括診療料等の取扱いを見直す。
- (5) 往診料が算定可能となる場合がより明確となるよう算定要件を見直すとともに、緊急往診加算について、対象患者に看取り期の患者を追加する。また、夜間休日加算の取扱いを適正化する。
- (6) 訪問看護ステーションと医療機関等の連携を推進するため、以下のような見直しを行う。
 - ① 退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの共同指導や連携に関する評価を充実させる。また、共同指導等の連携に関する評価について、特別の関係にある関係機関が連携する場合の取扱いを見直す。(I-1(8)再掲)
 - ② 患者が在宅から療養場所を変更する際に、患者に合わせた療養生活の支援が継続されるよう、医療機関が訪問看護ステーションと連携して医療機関等に情報提供を行う場合を評価する。
- (7) 訪問看護ステーションと自治体等の関係機関の連携を推進するため、以下のような見直しを行う。
 - ① 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、利用者の状態等に基づく、要件の見直しにより、適正化を行う。
 - ② 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、在宅での療養生活を支援している訪問看護ステーションから医療的ケアの方法等の訪問看護に係る情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。
- (8) 喀痰吸引等の医療が継続的に必要な者が在宅で療養生活を継続することができるよう、医師の指示の下、介護職員等が喀痰吸引等の特定行為業務を実施する場合について、訪問看護ステーションが特定行為業務を行う介護職員等の支援を行った場合の連携に関する評価を新設する。
- (9) 病院に勤務する看護職員の訪問看護への参画や在宅医療への理解を推進し、地域包括ケアシステムの構築に資する訪問看護の提供体制を拡大する観点から、病院に併設されている訪問看護ステーションの取扱いを見直す。
- (10) 複数の実施主体で行われる訪問看護の効果的な実施を推進するため、以下のような見直しを行う。
 - ① 1人の利用者に対し、複数の実施主体から訪問看護が行われている場合

- に、訪問看護の目標や計画等の共有が求められることを明示する。
- ② 病院・診療所と訪問看護ステーションのうち、複数から訪問看護が行われている場合について、ターミナルケアに係る評価の算定について、整理し適正化する。
 - ③ 複数の訪問看護ステーションと関係機関との連携に関する加算について、連携を推進する観点から算定要件を見直す。
- (11) 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、機能強化型訪問看護ステーションの要件について、以下のような見直しを行う。
- ① 特定相談支援事業所等が同一敷地内に設置されている場合にも届出可能となるよう届出要件を見直す。
 - ② 訪問看護ステーションが、療養通所介護事業所、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所としても指定を受けている場合、人員の基準を緩和する。
- (12) 訪問看護ステーションにおける 24 時間対応体制と 24 時間連絡体制の評価を 24 時間対応体制に一本化し、評価を充実させる。
- (13) 訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問看護を実施する場合、看護職員と理学療法士等が連携することを明記する。
- (14) 複数の看護師等による指定訪問看護について、以下のような見直しを行う。
- ① 複数名による訪問看護加算について、算定回数の制限がない場合の算定方法を見直す。
 - ② 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件を見直す。
- (15) 個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉施設に入所中の複数の者に対し、同時に訪問看護を実施した評価である精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を廃止する。
- (16) 地域で生活する重症な精神疾患患者の支援を推進する観点から、精神科訪問看護の精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の要件等を見直す。
- (17) 長時間訪問看護加算を週 3 回利用可能な対象者に、医療的ケアが必要な小児を追加する。また、乳幼児加算及び幼児加算の評価を充実させる。
- (18) 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について以下のような見直しを行う。
- ① 訪問する利用者の居宅が過疎地域等に所在する場合、訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても、特別地域訪問看護加算の

算定を可能とするよう要件を緩和する。

- ② 在宅患者訪問看護・指導料等に特別地域訪問看護加算を新設し、過疎地域等において、医療機関が訪問看護を実施した場合に算定することを可能とする。
 - ③ 特別地域訪問看護加算の過疎地域等においては、複数の訪問看護ステーションが連携して 24 時間対応体制加算の基準を満たす体制を確保した場合にも当該加算の算定が可能となるよう、要件を見直す。
- (19) 複数の医療機関が連携して在宅医療を提供する場合の訪問看護の指示に係る主治医の要件を見直す。
- (20) 質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、以下のような見直しを行う。
- ① 歯科訪問診療料及び在宅患者等急性歯科疾患対応加算等の加算について、実態に合わせた評価となるよう見直す。
 - ② 在宅歯科医療における関係者との連携を推進する観点から、地域の医療や介護関係者との連携実績を施設基準に追加する等、在宅療養支援歯科診療所等の評価を見直す。
 - ③ 訪問歯科衛生指導料について、「1 複雑なもの」と「2 簡単なもの」による区分を廃止するとともに、以下のような見直しを行う。
 - ア 1 人の患者に対して 1 対 1 で 20 分以上の指導を行った場合について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。
 - イ 複数の患者に対して 40 分以上の指導を行った場合の評価を適正化するとともに、在宅療養患者に対する専門的口腔衛生処置の評価を新設する。
 - ウ 指導内容に口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加する。
 - ④ 入院患者や介護保険施設入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料の栄養サポートチーム連携加算について、以下のような見直しを行う。
 - ア 栄養サポートチームやミールラウンドに限らず、多職種チームや介護保険施設等での関係者会議等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能管理を評価する。
 - イ 要介護高齢者に対する口腔機能管理を充実させる観点から、栄養サポートチーム連携加算 2 について、認知症対応型共同生活介護等の利用者を対象に追加する。
 - ⑤ 在宅等で療養する患者の口腔機能管理を推進する観点から、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、以下のような見直しを行

う。

ア 30 分以上の指導管理という時間要件を緩和する。

イ 栄養サポートチーム等と連携して行った場合の評価を新設する。

⑥ 通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導・管理や口腔機能管理等を包括した評価を新設する。

(21) 薬剤師、管理栄養士の訪問指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

(22) かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

I－6 国民の希望に応じた看取りの推進

(1) 訪問診療のターミナルケアに係る評価について、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等も含めた対応をすることを要件とする。また、訪問看護のターミナルケアに係る評価について、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等も含めた対応をすることを要件とするとともに、その評価を充実させる。

(2) 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料について、在宅等からの患者の受入れに係る加算等の要件に、入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することなどを追加する。(I－1(11)再掲)

(3) 医療機関を含む関係機関等が連携し、患者の希望に沿った看取りを患者が入院した医療機関において行った場合も、入院するまでの間、当該患者に対して訪問診療を行っていた医療機関の看取り実績や訪問看護のターミナルケアの実績となるよう、取扱いを見直す。

(4) 要介護被保険者等である末期のがん患者に対し、訪問診療に係る医学管理料を算定する場合について、患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員との情報共有を要件とする。

(5) 訪問診療を提供する末期のがん患者のターミナルケアに際して、在宅で酸素療法を行う場合の評価を新設する。

(6) 特別養護老人ホーム等の入所者に対して、外部の医療機関や訪問看護ステーションがターミナルケアを含む往診・訪問診療等を提供した場合、施設の体制に応じて、ターミナルケアに係る診療報酬等の算定を可能とする。

I－7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

(1) 疾患別リハビリテーションについて、末梢神経損傷等の患者や回復期リハ

ハビリテーション病棟から退棟後 3 ヶ月以内の患者等を算定日数上限の除外対象に追加する。

- (2) 回復期リハビリテーション病棟専従のリハビリテーション専門職について、一定の要件の下、外来や訪問でのリハビリテーションの提供を可能とする。(I-3(12)③ 再掲)
- (3) 要介護被保険者等に対する維持期・生活期のリハビリテーションに係る疾患別リハビリテーション料を見直すとともに、算定が可能な期間を平成 30 年度末までとする。
- (4) 維持期・生活期のリハビリテーションについて、介護のリハビリテーションとの併用に係る施設や人員の要件を緩和する。
- (5) 医療機関と介護保険のリハビリテーション事業所で、リハビリテーション実施計画書を共有化できるよう、様式を見直すとともに、介護保険のリハビリテーションに移行する患者について、医療機関が介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書を提供した場合の評価を新設する。

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

Ⅱ－１ 重点的な対応が求められる医療分野の充実

【Ⅱ－１－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価】

- (1) 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、待機期間を踏まえた要件とするなど評価を見直す。
- (2) 緩和ケア診療加算について、末期の心不全の患者を対象に追加するとともに、がん患者に対する栄養・食事支援の取組を評価する。
- (3) 要介護被保険者等である末期のがん患者に対し、訪問診療に係る医学管理料を算定する場合について、患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員との情報共有を要件とする。（Ⅰ－６（４）再掲）
- (4) 訪問診療を提供する末期のがん患者のターミナルケアに際して、在宅で酸素療法を行う場合の評価を新設する。（Ⅰ－６（５）再掲）
- (5) 内服薬である医療用麻薬のうち、がん疼痛療法に適応のあるものについて、使用実態を踏まえて投薬期間の上限を見直す。
- (6) がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）が新たに指定されることを踏まえ、がん拠点病院加算の算定要件を見直す。
- (7) がんで入院中の患者が、高度な放射線療法を円滑に受けられるよう、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合に、入院中の他医療機関受診時の減算について取扱いを緩和するとともに、受診先医療機関において外来放射線治療加算の算定を可能とする。（Ⅰ－３（７）再掲）
- (8) がん患者の治療と仕事の両立支援の観点から、主治医と産業医の連携に係る評価を新設する。

【Ⅱ－１－２ 認知症の者に対する適切な医療の評価】

- (1) 処置等を受ける認知症又はせん妄状態の患者をより適切に評価するよう重症度、医療・看護必要度の判定基準を見直す。（Ⅰ－３（２）①ア再掲）
- (2) 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟について、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。
- (3) 老人性認知症疾患療養病棟に係る介護保険制度の改正や認知症治療病棟における入院患者の現状等を踏まえ、長期に療養が必要な認知症患者等に配慮した評価等を充実させる。
- (4) 認知症疾患医療センター運営事業の見直しを踏まえ、連携型認知症疾患医

療センターとかかりつけ医が連携した取組について評価を行う。また、認知症患者の診療を担当するかかりつけ医が、認知症専門医等と連携して行う質の高い医療の提供を評価する。

【Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価】

- (1) 措置入院患者に対して、入院中から自治体と連携するなどして退院後も継続した支援を行う取組に対する評価を新設する。
- (2) 通院・在宅精神療法について、措置入院を経て退院した患者に対する評価を充実させる。また、通院精神療法について、精神保健指定医による評価を適正化するとともに、初診時における長時間の診察の評価を見直す。
- (3) 精神科重症患者早期集中支援管理料について、在宅時医学総合管理料等との関係を整理するとともに、重症患者等に対し継続的な支援が可能となるよう、算定対象の拡大や評価の充実等を行う。
- (4) 地域で生活する重症な精神疾患患者の支援を推進する観点から、精神科訪問看護の精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の要件等を見直す。(Ⅰ－５(16)再掲)
- (5) 発達障害児・者に対する専門治療の提供を推進するため、青年期の発達障害の患者に対し、標準的なプログラムに沿って行う精神科ショート・ケアの評価を新設するとともに、小児特定疾患カウンセリング料の算定対象の拡大及び施設基準の緩和を行う。
- (6) 医師の指示を受けた看護師が一部を実施する形式の認知療法・認知行動療法について、実態を踏まえて、看護師の研修要件を見直す。
- (7) 高齢の精神科入院患者の増加等を踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等における在宅移行に係る要件について、在宅への移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加するとともに、当該要件の基準を見直す。
- (8) 精神科救急入院料について、地域においてより重症の精神疾患患者を受け入れる機能をより明確化するよう要件を見直すとともに、届出可能な病床数に上限を設ける。
- (9) 精神科救急入院料等における身体的拘束等の行動制限の最小化の取組を推進するため、看護職員の夜間配置に係る評価を新設する。
- (10) 精神科入院患者の地域移行を推進するため、精神療養病棟入院料等について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外するとともに、当該入院料における非定型抗精神病薬加算を見直す。
- (11) 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、公認心理師に統一する。

【Ⅱ－１－４ 難病患者に対する適切な医療の評価】

- (1) 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について診療報酬上の評価の対象を拡大する。
- (2) スティーブンス・ジョンソン症候群と中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する特殊な治療用コンタクトレンズを使用する治療法を保険適用の対象とする。
- (3) 難病外来指導管理料について、有効性や安全性等への配慮や対面診療の原則といった一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を活用した医学管理の評価を新設する。

【Ⅱ－１－５ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実】

- (1) 小児入院医療管理料１及び２について、その診療実態を踏まえ、がん拠点病院加算、緩和ケア診療加算の算定を可能とする。
- (2) 小児特定集中治療室管理料の対象患者について、小児慢性特定疾病の対象患者については、20歳未満の患者まで拡大する。
- (3) 退院支援に係る評価について、小児の退院支援を充実させる観点から、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。（Ⅰ－１(1)③再掲）
- (4) 運動器疾患を有する小児の患者について、小児科のかかりつけ医と整形外科の医師が連携して行う定期的な医学管理に対する評価を新設する。
- (5) 妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、初診料等における妊婦加算(仮称)を新設する。
- (6) 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科と精神科、自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。
- (7) 夜間における救急患者への対応をより強化するため、二次救急外来における夜間の看護体制の評価を新設するとともに、院内トリアージの評価を充実させる。
- (8) 病床規模の小さい病院において、夜間の救急外来と病棟の看護職員体制を効率的に確保する場合においても、入院基本料が一定程度算定できるよう取扱いを見直す。
- (9) 救命救急センターの充実段階評価の見直しに伴い、救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直す。

【Ⅱ－１－６ 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進】

- (1) 感染防止対策加算について、抗菌薬適正使用支援チームの取組に係る加算を新設する。
- (2) 薬剤耐性対策を普及し推進する観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること等を要件とする。
 - ② 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料について、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること等を要件とするとともに、抗菌薬の適正使用に資する説明を行った場合の評価を新設する。
- (3) 医療安全対策加算について、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価を新設する。

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進】

- (1) 歯科外来診療の特徴を踏まえ、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 初診料及び再診料の引上げを行うとともに、初診料及び再診料に院内感染防止対策に関する施設基準を新設する。
 - ② ①で新たに設ける院内感染防止対策に関する施設基準の届出がない医療機関については、初診料及び再診料を減算する。
- (2) 初診料及び再診料の院内感染防止対策に関する施設基準の新設に伴い、歯科外来診療における歯科治療の総合的な環境整備を評価した歯科外来診療環境体制加算について、施設基準及び評価を見直す。
- (3) ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、口腔機能管理に関する考え方を明確化するとともに、以下のような見直しを行う。
 - ① 口腔機能の発達不全が認められる小児のうち、特に機能不全が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。
 - ② 老化等に伴い口腔機能の低下が認められる高齢者のうち、特に機能低下が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。
- (4) 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療を充実させる観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 歯科特定疾患療養管理料の対象を薬剤性又は放射線性による骨露出を伴う顎骨壊死の患者に拡大する。
 - ② 歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)

を廃止するとともに、歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)及び在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)の対象患者を見直す。

- ③ 歯科治療を行うに当たり総合的医療管理が必要な全身的な疾患を有する患者に対して、医科の担当医等と診療情報を共有した上で継続的な管理を行う場合に算定する歯科疾患管理料の加算を新設する。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者について、舌悪性腫瘍による舌切除等の後天的な器質変化に起因する音声・構音障害を有する患者を追加する。
- (6) 歯科固有の技術の評価について、以下のような見直しを行う。
 - ① 口腔内写真検査については、口腔疾患の管理に当たって口腔内写真を活用した場合の評価として、位置付けを見直す。
 - ② 口腔衛生管理について、自己管理が困難な患者等に対する機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。
 - ③ 有床義歯内面適合法の軟質材料を用いる場合について、歯科技工士を活用し義歯を預かった当日又は翌日に床裏装を行い装着した場合の評価を新設する。
 - ④ その他、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。
- (7) 歯科の診療報酬における特定薬剤料等の算定方法について、他の薬剤料と同じ算定方法となるよう見直す。

【Ⅱ－１－８ 薬剤師・薬局による対人業務の評価】

- (1) 薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。
- (2) 適切な薬学的管理・指導の推進の観点から、薬剤服用歴管理指導料について、適切な手帳の活用実績を要件とし、当該要件に応じた評価に見直す。
- (3) 継続的な薬学的管理・指導等を推進するため、薬剤服用歴の記録に次の服薬指導の計画を追加することなどを通じ、薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。
- (4) 重複投薬の防止等の薬学的管理を推進する観点から、重複投薬・相互作用等防止加算等について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。
- (5) 医療機関の求めに応じた、調剤後の患者の服薬状況の継続的な把握と医療機関との共有を推進するため、服薬情報等提供料の評価を見直す。
- (6) かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用

などの評価を見直す。(Ⅰ－5(22)再掲)

- (7) 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料を充実させる。

Ⅱ－2 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「薬価制度の抜本改革について 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30年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、以下のような見直しを行う。
- ① 新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について、検査実施料を新設する。
 - ② 遺伝学的検査の診療報酬上の評価について、検査に要する費用を踏まえ、見直す。
 - ③ 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について診療報酬上の評価の対象を拡大する。(Ⅱ－1－4(1)再掲)
- (3) 麻酔科の診療に係る評価について、診療の質を高める観点から、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう見直す。
- (4) がんで入院中の患者が、高度な放射線療法を円滑に受けられるよう、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合に、入院中の他医療機関受診時の減算について取扱いを緩和するとともに、受診先医療機関において外来放射線治療加算の算定を可能とする。(Ⅰ－3(7)再掲)
- (5) 病理診断について、その精度を担保しつつ、デジタル病理画像のみを用いて行う場合や、医療機関の病理医が自宅等においてデジタル病理画像を用いて行う場合、医療機関間の連携により受取側の医療機関において標本作製を行う場合にも病理診断料の算定を可能とする。
- (6) 移植医療を適切に推進するため、以下のような見直しを行う。
- ① 臓器移植患者の予後改善のため、移植術後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。
 - ② 造血幹細胞移植へのアクセス向上の観点から、造血幹細胞移植のコーディネート期間の短縮に資するようなコーディネート体制がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。
 - ③ 組織移植のうち心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植について、質を担保する取組の実施を前提として、安定した組織の供給に係る費用を踏まえ、評価を見直す。

- (7) 性同一性障害患者に対する性別適合手術について、診療報酬上の評価を行う。
- (8) 手術等の医療技術について、以下のような見直しを行う。
 - ① 区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療材料等について、それぞれ技術料の新設等を行う。
 - ② 外科的手術等の医療技術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に、診療報酬における相対的な評価を見直す。
 - ③ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえて、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術(先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を見直す。
- (9) 情報通信機器を活用した診療(オンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理)について、有効性や安全性等への配慮や対面診療の原則といった一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上の評価を新設する。
- (10) 上記と併せて、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、電話等による再診料の要件を見直す。
- (11) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、治療機器の装着状況等を遠隔でモニタリングする等により指導管理を行った場合の評価を新設する。
- (12) 在宅酸素療法指導管理料について、頻回の外来受診が困難な患者に対する情報通信機器を併用した指導管理を評価する。
- (13) ガイドライン等に基づき行われる、ICTを用いた死亡診断について、診療報酬上の取扱いを明確化する。

Ⅱ－３ データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料について、リハビリテーションの提供による日常生活動作の改善(実績指数)等に応じた評価を一層推進する。
(Ⅰ－３(12)①再掲)
- (2) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算については、在宅復帰の機能をより推進する観点から、基準値を含め評価を見直す。(Ⅰ－１(2)②再掲)
- (3) 特定集中治療室管理料については、入室時の生理学的スコアの測定を要件とする。(Ⅰ－３(14)③再掲)
- (4) 救命救急入院料１及び３並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(Ⅰ－３(16)再掲)
- (5) 療養病床の褥瘡に係る加算について、アウトカムに着目した要件に見直す。

(Ⅰ－３(19)③再掲)

Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進

領収証と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、現行レセプト様式の見直しが平成 32 年度に予定されていることを踏まえつつ、明細書無料発行の取組を進める。

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

Ⅲ－１ チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

- (1) 安全で質の高い医療を提供する観点から、総合入院体制加算等について、医師をはじめとした医療従事者の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件を見直すとともに、負担軽減及び勤務環境改善の取組に係る手続きの合理化を行う。
- (2) 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。
- (3) 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の要件について、育児・介護時の例外的な取扱いを調剤報酬において明確化する。
- (4) 救命救急治療室等に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、当該治療室等に従事する医師の勤務場所に係る要件を見直すとともに、放射線画像診断等に従事する医師について、一定の要件の下にＩＣＴを活用した柔軟な働き方を可能とする。
- (5) 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・共同を促進し、身体的拘束の低減等、より質の高い療養環境を提供するため、以下のような見直しを行う。
 - ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護職員及び看護補助者の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を減らす取組の実施を求める。(Ⅰ－３(20)再掲)
 - ② 障害者施設等入院基本料(7対1又は10対1)を算定する病棟について、看護補助者の配置に係る評価を新設する。
 - ③ 夜間75対1看護補助加算を算定することができる対象病棟を拡大する。
 - ④ 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟について、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。(Ⅱ－１－２(2)再掲)
 - ⑤ 急性期一般入院料(仮称)のうち中間的な評価の病棟について、夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。また、看護職員夜間12対1配置加算1の評価を充実する。
- (6) より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件について、以下のような見直しを行う。
 - ① 緩和ケア診療加算等のチームで医療を提供するものや精神科作業療法等の精神科専門療法について、より弾力的な運用が可能となるように専従要

件を見直す。

- ② 回復期リハビリテーション病棟専従のリハビリテーション専門職について、一定の要件の下、外来や訪問でのリハビリテーションの提供を可能とする。(Ⅰ－3(12)③再掲)
- (7) かかりつけ医機能を推進する観点から、地域包括診療料について以下のような見直しを行う。(Ⅰ－2(1)再掲)
 - ① 患者の同意に関する手続きや受診医療機関の把握を担う実施者の要件を緩和する。
 - ② 継続的に受診していた患者が通院困難となった場合に訪問診療を提供している実績がある場合の評価を充実させるとともに、24時間の対応体制に係る要件を緩和する。
 - ③ 院内処方が原則であるが、院外処方を行う場合での一元的な服薬管理等の取扱いについて明確化を行う。(Ⅰ－1(5)再掲)
- (8) 小児科療養指導料の算定患者に行う療養上の指導について、医師以外の職種が実施した場合でも算定を可能とする。
- (9) 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、感染防止対策加算や退院時共同指導料等について、連携会議や情報共有等にICTを活用することができるよう、要件を緩和する。
- (10) 麻酔科の診療に係る評価について、診療の質を高める観点から、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう見直す。(Ⅱ－2(3)再掲)

Ⅲ－2 業務の効率化・合理化

- (1) 業務の効率化・合理化の観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 入院基本料等に係る診療録への記載項目や様式等を見直す。
 - ② 医療機関と介護保険のリハビリテーション事業所で、リハビリテーション実施計画書を共有化できるよう、様式を見直す。(Ⅰ－7(5)再掲)
 - ③ 診療報酬明細書(レセプト)について、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。
- (2) 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 電子レセプト等については、患者氏名にカタカナ併記の協力を求める。
 - ② DPCデータの提出項目について、急性期の入院患者だけでなく、慢性期等の入院患者も対象となりつつあることから、提出データがそれぞれの診療実態に則した内容となるよう、簡素化も含めた必要な見直しを行う。

- ③ D P Cデータの提出様式の中に、医科点数表の手術等のコード（Kコード）について、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード（7桁）併記の欄を設ける。
- ④ 精神疾患の傷病名について、原則として、I C D 1 0に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

Ⅲ－3 I C T等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入

- (1) 情報通信機器を活用した診療（オンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理）について、有効性や安全性等への配慮や対面診療の原則といった一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上の評価を新設する。（Ⅱ－2 (9)再掲）
- (2) 上記と併せて、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、電話等による再診料の要件を見直す。（Ⅱ－2 (10)再掲）
- (3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、治療機器の装着状況等を遠隔でモニタリングする等により指導管理を行った場合の評価を新設する。（Ⅱ－2 (11)再掲）
- (4) 在宅酸素療法指導管理料について、頻回の外来受診が困難な患者に対する情報通信機器等を併用した指導管理を評価する。（Ⅱ－2 (12)再掲）
- (5) ガイドライン等に基づき行われる、I C Tを用いた死亡診断について、診療報酬上の取扱いを明確化する。（Ⅱ－2 (13)再掲）

Ⅲ－4 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化

- (1) 医科と歯科の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の歯科医療機関連携加算を算定できる歯科医療機関に、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科訪問診療を実施する歯科医療機関を追加するとともに、対象患者に摂食機能障害の患者を追加する。（Ⅰ－1 (3)再掲）
- (2) 歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報のかかりつけ歯科医とかかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。（Ⅰ－1 (4)再掲）
- (3) 地域包括診療料等について、院内処方が原則であるが、院外処方を行う場合での一元的な服薬管理等の取扱いについて明確化を行う。（Ⅰ－1 (5)再掲）
- (4) 退院時共同指導料における関係機関による共同指導について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直

す。(Ⅰ－１(6)再掲)

(5) 診療情報提供料について、以下のような見直しを行う。(Ⅰ－１(7)再掲)

① 退院時において、退院時共同指導ができない場合に限り、退院後の療養を支援する訪問看護ステーションや介護保険施設に対する情報提供を評価する。

② 介護支援連携指導料を算定しない入院中の患者について、居宅介護支援事業者等に対する情報提供を行った場合に算定が可能となるよう、要件を見直す。

(6) 退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの共同指導や連携に関する評価。また、共同指導等の連携に関する評価について、特別の関係にある関係機関が連携する場合の取扱いを見直す。(Ⅰ－１(8)再掲)

(7) 医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。(Ⅰ－１(9)再掲)

Ⅲ－５ 外来医療の機能分化

(1) 紹介状なしで大病院を受診した初診の患者及び大病院において継続的な診療の必要性を認めない再診の患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大するとともに、初診料及び外来診療料の病床数の要件を見直す。(Ⅰ－４(1)再掲)

(2) 大病院とその他の医療機関との機能分化を推進する観点から、病床数 500 床以上を要件としている診療報酬の取扱いについては、原則として、病床数 400 床以上に見直す。(Ⅰ－４(2)再掲)

(3) 外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。(Ⅰ－４(3)再掲)

(4) 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、現在検討中の「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等の未妥結減算に係る報告に併せて、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告を求めるなどの見直しを行う。(Ⅰ－４(4)再掲)

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

IV－1 薬価制度の抜本改革の推進

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき対応する。
- (2) 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、現在検討中の「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等の未妥結減算に係る報告に併せて、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告を求めるなどの見直しを行う。(I－4(4)再掲)

IV－2 後発医薬品の使用促進

- (1) 薬局における後発医薬品調剤体制加算等について、新たな政府目標を踏まえ評価を見直す。
- (2) 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな政府目標を踏まえ、評価を見直す。
- (3) 一般名処方加算について、一般名による処方が後発品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。
- (4) DPC制度の機能評価係数について、機能評価係数Ⅱの現行の8項目のうち、後発医薬品係数及び重症度係数については評価を廃止するとともに、後発医薬品使用体制加算に対応した機能評価係数Ⅰの算定を可能とする。
(1－3(18)③再掲)

IV－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)

- (1) 一般病棟入院基本料及び療養病棟入院基本料等について、急性期医療、急性期医療から長期療養、長期療養の3つの機能について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合することとし、一般病棟入院基本料について、以下のような見直しを行う。
 - ① 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1及び15対1)について基本部分と実績部分を組み合わせた評価体系に再編・統合し、新たに、急性期一般入院料(仮称)、地域一般入院料(仮称)とする。
 - ② 急性期一般入院料(仮称)の実績部分の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及びその中間的な

評価を設定する。また、中間的な評価は、7対1看護職員配置の届出実績があること及び重症度、医療・看護必要度の基準について診療実績データにより重症度、医療・看護必要度の基準値に係る判定を行うこと等を要件とする。

- ③ 急性期一般入院料(仮称)のうち、現行の7対1一般病棟入院基本料相当の評価となる入院料には、7対1看護職員配置を要件とする。
 - ④ 現行の病棟群単位での届出及び200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、一定の配慮を行いつつ整理する。
- (2) 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度については、急性期の入院医療をより適切に評価する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 平成28年度改定で新たに追加した評価項目に関して、項目の定義や該当患者の判定基準の一部について以下のような見直しを行う。
 - ア 処置等を受ける認知症又はせん妄状態の患者をより適切に評価するよう重症度、医療・看護必要度の判定基準を見直す。
 - イ 手術に関する項目について、該当日数を一部適正化する。
 - ② 医療機関が一定の要件を満たす場合には、基準値の判定について、診療実績データを用いた判定方法を選択可能とする。
 - ③ 上記①、②の見直し及び入院医療の評価体系の再編・統合等を総合的に勘案して、基準値を設定する。
- (3) 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、以下のような見直しを行う。
- ① 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料(仮称)に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた評価に見直す。
 - ② 現行の療養病棟入院基本料2については、病院における医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次期改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。
 - ③ 現行の療養病棟入院基本料2に関し、25対1看護職員配置の要件を満たせない場合の経過措置(所定点数の100分の95を算定)については、必要な見直しを行った上で2年間延長する。
- (4) 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」については、より適正な評価となるよう取扱いを見直す。
- (5) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算については、在宅復帰の機能

- をより推進する観点から、基準値を含め評価を見直す。(I-1(2)②再掲)
- (6) 療養病棟における夜間のケアを充実させるため、看護職員等の夜間配置の評価を新設する。
- (7) がんで入院中の患者が、高度な放射線療法を円滑に受けられるよう、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合に、入院中の他医療機関受診時の減算について取扱いを緩和するとともに、受診先医療機関において外来放射線治療加算の算定を可能とする。
- (8) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和する。
- (9) 結核病棟入院基本料について、より効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する場合であって、結核病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度に係る基準のみを満たさない場合の入院基本料の水準を見直す。
- (10) 地域包括ケア病棟入院料について、以下のような見直しを行う。
- ① 入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を有している場合について、評価を行う。(I-1(10)再掲)
 - ② 救急・在宅等支援病床初期加算について、在宅等からの入院と急性期医療を担う一般病棟からの転院・転棟で評価を区別し、評価の見直しを行う。
 - ③ 在宅等からの患者の受入れに係る加算等の要件に、入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することなどを追加する。(I-1(11)再掲)
- (11) 有床診療所入院基本料について、地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援するため、介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和するとともに、高齢患者の入院受入れに係る評価を新設する。併せて、有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件を緩和する。(I-1(12)再掲)
- (12) 回復期リハビリテーション病棟入院料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、以下のような見直しを行う。
- ① リハビリテーションの提供による日常生活動作の改善(実績指数)等に応じた評価を一層推進する。
 - ② 実績指数の高い入院料について、栄養状態の評価や栄養管理に係る取組を要件とするとともに、入院栄養食事指導料の算定を可能とする。
 - ③ 回復期リハビリテーション病棟専従のリハビリテーション専門職につい

て、一定の要件の下、外来や訪問でのリハビリテーションの提供を可能とする。

- (13) 10 対 1 入院基本料を算定する全ての医療機関や、一部の回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を算定する医療機関についても、データ提出加算の算定を入院料の要件とする。そのため、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件について、合理化の観点も含め整理する。また、未コード化傷病名等データの質についての評価を行う。
- (14) 特定集中治療室におけるより質の高い医療の提供のために、特定集中治療室管理料について、以下のような見直しを行う。
 - ① 多職種による早期離床の取組について評価する。
 - ② 特定集中治療室管理料 1 及び 2 の施設基準について、専門の研修を受けた看護師の配置を要件とする。
 - ③ 特定集中治療室管理料については、入室時の生理学的スコアの測定を要件とする。
- (15) 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、器材の効率的な使用の観点から、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は、他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。
- (16) 救命救急入院料 1 及び 3 並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。
- (17) 短期滞在手術等基本料について、入院基本料の平均在院日数や重症度、医療・看護必要度への影響にも配慮しつつ、DPC 対象病院は DPC/PDPS による評価を優先させるよう取扱いを見直す。
- (18) DPC 制度について、以下のような見直しを行う。
 - ① 調整係数について、基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了する。調整係数の置き換えに当たって行っていた激変緩和措置はその手法を見直した上で引き続き必要な措置を講じる。
 - ② 基礎係数を設定する医療機関群について、医療機関群の設定方法の基本的な考え方は維持し、各群の名称を見直す。
 - ③ 機能評価係数について、機能評価係数Ⅱの現行の 8 項目のうち、後発医薬品係数及び重症度係数については評価を廃止するとともに、後発医薬品使用体制加算に対応した機能評価係数Ⅰの算定を可能とする。また、その他の 6 項目及び機能評価係数Ⅰについても、必要な見直しを行う。
 - ④ 診断群分類やその他算定に係るルール及び DPC データの調査項目等についても、簡素化を含めた必要な見直しを行う。

- (19) 入院患者に対する褥瘡対策を推進するため、以下のような見直しを行う。
- ① 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価の項目を見直すとともに、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象者に、医療関連機器の長期使用者を追加する。
 - ② ADL維持向上等体制加算の褥瘡に関する基準(院内褥瘡発生率)を見直す。
 - ③ 療養病床の褥瘡に係る加算について、アウトカムに着目した要件に見直す。
- (20) 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護職員及び看護補助者の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を減らす取組の実施を求める。
- (21) 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。

IV－4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

- (1) 紹介状なしで大病院を受診した初診の患者及び大病院において継続的な診療の必要性を認めない再診の患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大するとともに、初診料及び外来診療料の病床数の要件を見直す。
- (2) 大病院とその他の医療機関との機能分化を推進する観点から、病床数 500 床以上を要件としている診療報酬の取扱いについては、原則として、病床数 400 床以上に見直す。
- (3) 外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。
- (4) 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、現在検討中の「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等の未妥結減算に係る報告に併せて、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告を求めるなどの見直しを行う。
- (5) 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、療養計画書の記載項目への血糖や血圧の目標値の追加、特定健診・特定保健指導との連携及び学会のガイドライン等の診療支援情報等の活用に関する要件を追加する。(I－2(4) 再掲)
- (6) 糖尿病の透析予防を推進するため、糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期

患者指導加算の対象患者を拡大する。

IV－5 費用対効果の評価

原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。これに向けて、試行的実施の対象となっている 13 品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成 30 年 4 月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理する。

IV－6 医薬品の適正使用の推進

- (1) かかりつけ医が入院医療機関や介護保険施設等と連携して行う医薬品の適正使用に係る取組を評価する。
- (2) 入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に地域包括ケア病棟入院料を追加する。
- (3) 向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、向精神薬を処方する場合の処方料及び処方せん料に係る要件を見直す。また、向精神薬の多剤処方等の状態にある患者に対し、医師が薬剤師と連携して減薬に取り組んだ場合の評価を新設する。
- (4) 薬剤耐性対策を普及し推進する観点から、以下のような見直しを行う。(Ⅱ－1－6 (2)再掲)
 - ① 地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること等を要件とする。
 - ② 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料について、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること等を要件とするとともに、抗菌薬の適正使用に資する説明を行った場合の評価を新設する。
- (5) 医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、長期処方や残薬に係る疑義照会についてその取扱いを見直す。
- (6) 上記に加え、長期処方に係る分割指示の取扱いを見直す。
- (7) 薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。(Ⅱ－1－8 (1)再掲)

IV－7 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進

- (1) 医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等も踏まえ、大型のいわゆる門前薬局等に対する評価を適正化する観点から、現行の処方せん受付回数及び現行の特定の医療機関に係る処方せんによる

調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲を拡大する。

- (2) 医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等も踏まえ、特に大型のいわゆる門前薬局の評価を更に適正化する。
- (3) (1)及び(2)と同様に医薬品の備蓄の効率性も考慮し、いわゆる同一敷地内薬局の評価を適正化する。
- (4) 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、現在検討中の「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等の未妥結減算に係る報告に併せて、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告を求めるなどの見直しを行う。(Ⅰ－4(4)再掲)

Ⅳ－8 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「薬価制度の抜本改革について 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30年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。(Ⅱ－2(1)再掲)
- (2) 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。
- (3) 検体検査の実施料について、実態を踏まえ、以下のような見直しを行う。
 - ① 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ見直す。
 - ② 悪性腫瘍遺伝子検査について、同一検体から複数遺伝子検査を行う場合の重複する作業工程を考慮した適正化を行う。
- (4) 医療技術について、実態を踏まえ、以下のような評価の適正化を行う。
 - ① 腎代替療法について、腹膜透析や腎移植の推進に資する取組等について評価を行うとともに、効率性等を踏まえた評価の適正化を行う。
 - ② 安定冠動脈疾患に対して待機的に行う経皮的冠動脈インターベンションについて、術前の検査等による機能的虚血の確認を要件とする。
 - ③ 漏心性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法について、要件の明確化を行う。
 - ④ 血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)の使用実態等を踏まえ、保険給付の適正化の観点から、必要な対応を行う。
- (5) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費(Ⅱ)について、自己負担額が費用の額を超えないように見直す。

厚生労働省発保 0112 第1号
平成 30 年 1 月 12 日

中央社会保険医療協議会
会 長 田辺 国昭 殿

厚生労働大臣
加 藤 勝 信

諮 問 書

(平成 30 年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 82 条第 1 項、第 85 条第 3 項、第 85 条の 2 第 3 項、第 86 条第 3 項、第 88 条第 5 項及び第 92 条第 3 項、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）第 59 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項（船員保険法第 54 条第 2 項及び第 58 条第 2 項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第 65 条第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第 3 項（船員保険法第 65 条第 10 項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 46 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項及び国民健康保険法第 54 条の 2 第 12 項において準用する健康保険法第 92 条第 3 項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 71 条第 1 項、第 74 条第 8 項、第 75 条第 5 項、第 76 条第 4 項、第 78 条第 5 項及び第 79 条第 3 項の規定に基づき、平成 30 年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙 1「大臣折衝事項」（平成 29 年 12 月 18 日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙 2「平成 30 年度診療報酬改定の基本方針」（平成 29 年 12 月 11 日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていただくよう求めます。

診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

② 材料価格 ▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

平成29年12月11日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(人生100年時代を見据えた社会の実現)

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

(どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築))

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な

節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

(制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進)

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
 - ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。

- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。
- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利

活用の推進

- ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたＩＣＴ等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

○ アウトカムに着目した評価の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたＩＣＴ等の有効活用を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。(再掲)

- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

○ 薬価制度の抜本改革の推進

- ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。

○ 後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)

○ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
- ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、

疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)

- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。
- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年、団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及や I C T の活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者が安心・納得できる医療を受けられるようにするためには、診療報酬

制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。

- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民に必要な支援を行うとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

平成 29 年 12 月 13 日

中央社会保険医療協議会
会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会
1 号側（支払側）委員
吉 森 俊 和
幸 野 庄 司
平 川 則 男
間 宮 清
宮 近 清 文
松 浦 満 晴
榊 原 純 夫

平成 30 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の基本的考え方

- わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し続け、27 年度には 42 兆円を超えた。また、団塊の世代が 75 歳以上となる 37 年度(2025 年)にあつては、約 61 兆円(27 年 6 月 19 日 厚生労働省保険局総務課資料「医療保険制度改革について」)に達するとの推計もあるなど、今後さらなる増加は避けられない状況にある。
- 国内経済は、緩やかな回復基調にあるものの、デフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っていない。このような状況のなかで、医療費を含めた社会保障費の増大は、保険料負担の増加を通じて、企業と個人の経済活動の足枷ともなり、結果として経済成長が大きく鈍化することが懸念される。
- 医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対する拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれる。被用者保険では、これまで度重なる保険料率の引き上げ等により財政危機を凌いできたが、負担は限界にきている。また、国民健康保険においても、改革は進められているものの、依然として厳しい財政状況が続いている。

- このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針 2017」において、「人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する」こととしている。
- 一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、全体として経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去 5 年間を見ても国公立病院以外は概ね堅調である。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しないデフレの下で、診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、両者のギャップは大きな状況にある。今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがかねない。したがって、国民負担抑制のための方策を早急に講じなくては 37 年度(2025 年)以降を乗り切れるとは到底思えない。
- このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30 年度改定において診療報酬はマイナス改定とすべきである。併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要がある。
- 介護報酬との同時改定となる 30 年度改定にあたっては、医療と介護の連携、効率化を主眼に地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化を推進するための施策を講ずるべきである。また、前回改定において取組んだ急性期をはじめとする患者の状態像に応じた適切な評価をさらに推進するほか、患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の適正化や「骨太方針 2017」で示された目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本方針とすべきである。薬価制度に関しては、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」の方向性に沿い、医薬品等に関する費用対効果評価の導入も含め、医療保険財政の影響に配慮した抜本的な見直しを講ずるべきである。
- なお、患者の視点に立った報酬体系を目指し、限られた財源を効率的かつ効果的に配分する必要があることから、個別項目については、今後の審議の進捗状況も踏まえ、改めて意見を提示することとしたい。

平成30年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

松本純一

今村聡

松本吉郎

猪口雄二

島弘志

遠藤秀樹

安部好弘

診療報酬は、医療機関等にとって経営の原資であることはもとより、国民に安心・安全で納得できる医療を提供するためには医療機関等の経営が健全であることが重要である。その上で、最適な医療を提供するために医療の進歩に伴う設備投資の他、患者ニーズの多様化に対応した多職種の従事者増等のコストを賄っている。

診療報酬改定は2年毎に改定されることから、その間の物価・賃金の動向や医療の高度化を反映するものであり、いわば地域医療を確保していくための経費であると言える。

医療機関等は国民生活のセーフティネット機能を果たしていることから、医療現場ではその社会的使命感によって、国民が求める質の高い医療に応えている。

診療報酬を増やすと、国庫負担増、国民負担増に直結するという考え方ではなく、国が国民にどのようなレベルの医療を提供するのかという国民との約束や責任・使命を果たすための費用であると、本来、考えるべきである。

以下に述べる背景から、

平成30年度の医療と介護の同時改定にあたり、改革を継続し、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、今回、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とするべきである。

◇ 人生100年時代に必要な医療のあり方

かつて人類が経験したことのない長寿社会において、多くの方々の共通の願いは、住み慣れたまちで、安心して、自分らしく年齢を重ねながら、人生を謳歌していくことである。そのため、地域医療構想で明日の医療を描き、持続可能な医療提供体制を構築していくとともに、地域包括ケアシステムにより、いつまでも質の高い生活を人生の最期までおくれるようにする。そのいずれにおいても、かかりつけ医を中心に多職種が連携して、国民1人1人の人生の生と死に寄り添い続けていくことが、人生100年時代に必要な医療のあり方である。

国民が住み慣れた地域において、質の高い医療・介護を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保すべきである。

◇ 医療機関等は総じて経営悪化となった

今回の医療経済実態調査の結果等から、医療機関等は総じて経営悪化となったことが示された。過去 2 回の診療報酬改定で薬価改定財源を診療報酬本体の改定財源に充当せずネットでマイナス改定になったこと、自然増が過度に抑制されていることなどが、経営悪化に繋がったと見られる。

また、医療の質の確保、患者ニーズの多様化に応えるため、様々な職種の従事者が増え、給与費率は上昇している。

◇ 社会保障と経済は相互作用の関係にある

近年、わが国では「骨太の方針」などの政策に基づき、経済の発展と財政の健全化の両立を図ろうとする中で、国民医療費の伸びを抑えようとする圧力が続いている。しかしながら、本来、政府の目的とは、国民に安全と安心を保障しながら、国民生活を豊かにすることであり、経済発展と財政健全化はいずれもその手段に過ぎない。すなわち、社会保障を充実するための政策を大胆に展開することで、将来に対する国民の負担を和らげ、国民のさらなる経済活動を助長し、ひいては経済発展による豊かさを国民に還元していく中で、税収増による財政健全化への道筋を立てる。これこそが、本来の政府の目的に適った考え方ではないか。

現在の消費低迷は将来の社会保障不安も主因であるが、安心して社会保障が受けられる環境となれば、消費も増え、経済が活性化し、税収も増え、結果的に財政再建につながる。

◇ 医療は経済成長を促し地方創生への貢献につながる

アベノミクスによる賃金上昇の方向性と整合性を取るべき

医療機関の費用に占める人件費の割合は 2000 年度から 2012 年度にかけて約 1 割減少している。しかし、医療機関には全国で 300 万人以上が従事しており、その数も 2002 年から 2014 年にかけて約 2 割増加している。診療報酬の技術料には医師、看護師など医療従事者 300 万人以上の人件費だけでなく、医業経営の原資を司る設備関係費・ランニングコストや、医療機器・機材費等も含まれている。

医療分野は他の産業よりも雇用誘発効果が大きく、医療に財源投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

安倍総理大臣は 10 月に開催された経済財政諮問会議で、来春の労使交渉における 3% の賃上げを要請された。日本では医療・介護に就業者全体の 11.9% が就業しており、政府が経済界に賃金アップを要求している中で、医療に携わる人間だけが景気回復の恩恵から取り残される状況になっている。医療従事者のみがアベノミクスから取り残されることのないよう所得向上につながるよう適切な手当てが必要である。

◇ ICT 活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を

4 月に開催された未来投資会議で、安倍総理大臣から「病気になった時、重症化を防ぎ回復を早めるため、かかりつけ医による継続的な経過観察が大切であり、対面診療とオンラインでの遠隔診療を組み合わせれば、これを無理なく効果的に受けられるようになる。こうした新しい医療を次の診療報酬改定でしっかり評価いたします」との発言があった。

ICT 活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充て、イノベーションを促進すべきである。これにより、医療分野に留まらず、日本が得意とするものづくりや情報技術産業などを波及的に発展させて内需拡大するとともに、アジア諸国等への輸出も見込まれ、さらなる経済成長へと繋がる。

アベノミクスをさらに加速させるためには、医療従事者への手当が必要であり、ICT 活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充てイノベーションを促進すべきである。

◇ 薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべき

医薬品費は制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。平成 24 年度は薬価改定財源が診療報酬本体に活用されネットプラス改定となった。しかし、平成 26 年度は薬価改定財源が消費税対応に活用され、診療報酬本体に活用されなかった。平成 28 年度は平成 26 年度を前例としたために、薬価改定財源が診療報酬本体に活用されることはなかったが、今回の改定ではそのようなことがあってはならない。

なお、現在、処方せんベースでの医薬分業率は 70%を超えているが、入院時の投薬等、金額ベースでは病院が高く、薬価引き下げに伴う経営への影響は病院が大きくなる。地域医療を支える医療機関は経営努力によって得られた薬価差を含めて運営しており、薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべきである。

◇ 国民医療費の実績値は推計値を 3 兆円下回っている

平成 28 年度医療費の伸びがマイナスに転じた。C 型肝炎治療薬の薬価引き下げや治療薬を必要とする患者さんに行き渡った結果等と考えられる。今後、C 型肝炎の減少による肝硬変・肝不全の減少が見込まれ、これは正にイノベーションの成果であるとともに、国民の幸福の原点は健康であり、病に苦しむ人を何としても助けたいという医療人の願いが実現された結果と言える。

このような技術革新、健康寿命の延伸や日本健康会議での取組などにより、国民医療費は過去の推計値を約 3 兆円下回っている。今後も医療側から過不足のない医療提供ができるよう努力していく。

◇ 社会保障の充実によって国民不安を解消する提案

被用者保険の保険料率を協会けんぽの水準に合わせると、約 1 兆円の財源が出る。特に、国家公務員共済組合の保険料率は現在 8.3%であるが、これを地方公務員の 9.94%に合わせることも考えるべきである。

企業の内部留保を給与に還元することなどを通じて、社会保障が充実し、需要の創出・雇用拡大や地方創生、経済成長に繋がり、さらに賃金を上昇させるといった経済の好循環を生み出し、国民不安も解消していくと考える。

合わせて、たばこ税を増税して社会保障財源とすることや、さらには高所得者や現役所得並みの高齢者からもう少し負担をいただく応能負担を徹底するなどの改革も進めていく必要がある。

平成 30 年度診療報酬改定について

平成 29 年 12 月 15 日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、平成 30 年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 医療経済実態調査の結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第 21 回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約 9.1%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約 7.0%であった。

3. 平成 30 年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生 100 年時代を見据えた社会の実現が求められる中で、今後の医療ニーズの変化や技術革新等を踏まえつつ、医療現場の人材確保を含め、制度の安定性・持続可能性を確保し、国民皆保険を堅持しながら、国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるよう、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築等に取り組むことが重要な課題である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「平成 30 年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）でも、重点的に取り組む課題として、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することが示された。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。
- しかし、このような基本認識の下で、どのように平成 30 年度診療報酬改定に

臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。

まず、支払側は、国内経済はデフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っておらず、医療保険者の財政もより一層深刻な状況に陥ることが見込まれる一方で、医療経済実態調査の結果では、国公立病院以外は概ね堅調であり、高齢化と生産年齢人口の減少による国民負担の増大を抑制するための方策を早急に講じなくては 2025 年以降を乗り切れるとは到底思えないこと等から、平成 30 年度改定において、診療報酬はマイナス改定とすべきとの意見であった。また、薬価・特定保険医療材料価格改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要があるとの意見であった。

- これに対し、診療側は、人生 100 年時代に必要な医療の在り方として、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保すべきである一方、医療経済実態調査の結果等から、医療機関等は総じて経営悪化となったこと、社会保障と経済は相互作用の関係にあること、雇用誘発効果が大きい医療分野に財源を投入すれば、経済成長を促し、地方創生への貢献に繋がること、政府による賃金上昇の方向性と整合性を取り、医療従事者への適切な手当が必要であること等から、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、平成 30 年度改定において、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とすべきとの意見であった。
- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。
- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成 30 年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- また、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金の活用や予防・健康づくりの取組など、幅広い医療施策を講じていく必要があり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。

平成 29 年 12 月 22 日

中央社会保険医療協議会

会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

吉	森	俊	和
幸	野	庄	司
平	川	則	男
間	宮		清
宮	近	清	文
松	浦	満	晴
榊	原	純	夫

平成 30 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し、27 年度には 42 兆円を超えた。さらに、37 年度（2025 年）には団塊の世代が全て 75 歳以上となり、今後一層の増加が避けられない状況にある。このような中、患者中心の医療を実現しつつ国民皆保険制度を維持していくためには、患者の視点に立った診療報酬体系を目指し、限られた財源を効率的かつ効果的に配分することが不可欠である。
- 国内経済がデフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っていない中で、医療保険者の財政は一層深刻な状況に陥ることが見込まれており、保険料の負担は限界に達している。一方、医療機関の経営状況は全体としてやや悪化の傾向は見られるものの、国公立病院以外は概ね堅調に推移している。
- 今後とも高齢化による医療費の増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代である生産年齢人口は減少するため、国民皆保険制度の崩壊にも繋がりがねず、国民負担抑制のための方策を早急に講じる必要がある。このため、支払側は 12 月 13 日の総会で、「30 年度診療報酬はマイナス改定にすべきであり、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引き下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要がある」と主張したところである。
- 介護報酬との同時改定となる 30 年度診療報酬改定にあたっては、医療と介護の連携、効率化を主眼とした地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化のほか、前回改定で取り組んだ急性期入院医療を初めとする患者の状態像に応じた適切な評価や、調剤報酬の適正化、後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本とすべきである。

- なお、改定の具体的項目に関する支払側の考え方や意見は以下のとおりである。

1. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進等

(1) 入院基本料のあり方について

<基本的な考え方について>

- 入院医療は、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、より効率的・効果的で質の高い医療が提供されることが望ましいことから、医療機能に応じた適切な患者像の受け入れに資する評価体系とすることが求められる。
- 一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件での段階的な評価体系とされているが、診療報酬は実際の診療行為（保険医療サービス）に対する対価であることを踏まえると、国民目線からも、入院患者の状態や診療密度に基づく医療機能に応じた評価を導入すべきである。
- このような視点において、現行の一般病棟入院基本料（7 対 1、10 対 1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」については、報酬算定のための評価手法、事務手続きの面から必ずしも適切な運用となっていないのではないかと指摘もあることを踏まえ、今後は、より合理的で客観性・公平性が担保された評価手法のあり方について検討を進めていくべきである。
- この検討にあたっては、一部の病棟で既に提出が要件化されている、診療報酬請求情報（以下、「DPC データ」）において、診療報酬で考慮すべき患者像を適切に把握可能か等の観点から、分析を十分慎重に進める一方、30 年度診療報酬改定においても、現行の「重症度、医療・看護必要度」の測定手法として、可能な限りにおいて当該 DPC データの積極的な活用を図るべきである。

<入院基本料の評価体系について>

- 将来の医療ニーズの変化に対応する医療の提供体制確保を推進する観点から、弾力的で円滑な選択・変更が可能となるよう、入院医療の評価については、「看護職員配置等に応じた評価」（基本部分）と「診療実績に応じた段階的な評価」（実績部分）との組み合わせによる新たな評価体系を導入すべきである。

(2) 入院医療における機能分化・強化、連携に関して

- ① 高度急性期の入院医療について、救命救急入院料 1 及び 3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、「重症度、医療・看護必要度」の測定を要件化すべきである。
 - ・ 特定集中治療室においては、アウトカム評価に資する項目として、DPC データの中に入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めるべきである。
 - ・ また、特定集中治療室においては、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取り組みを推進すべきである。
- ② 急性期の医療機能については、現行の一般病棟 7 対 1 と 10 対 1 を基本とした形の評価体系とし、実績評価部分での段階的な評価による「最も高い評価部分」については、現行の 7 対 1 相当の要件を適用すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合については、医療機関ごとの現行の該当患者割合の平均値や、評価項目の見直しの影響等を踏まえ、「最も高い評価部分」については、

「真に急性期の患者を診る病棟」に相応しい基準値（30%以上）にまで引き上げるべきである。

- ・ 「中間的な評価部分」については、今後の 7 対 1 の医療ニーズ等を踏まえ、新たな評価体系の入院基本料の届出時点で 10 対 1 相当の医療機関については、「中間的な評価部分」への選択変更を不可とし、併せて当該評価部分に係る「重症度、医療・看護必要度」については、DPC データを用いて判定することを要件化すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目については、急性期の入院医療が真に必要な患者をより適切に評価できるよう見直すべきである。
 - ・ DPC データを活用して「重症度、医療・看護必要度」を測定することとした際の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案し、適切な基準値を設定すべきである。
 - ・ なお、現行で「重症度、医療・看護必要度」の基準値が経過措置として 23%となっている 200 床未満の医療機関については、新たな評価体系への再編・統合を進める必要がある。
- ③ 地域包括ケア病棟については、自宅等からの受け入れ患者と、それ以外からの受け入れ患者とで提供する医療内容等が異なっていることから、急性期後の入院患者と在宅からの入院患者での診療実績等を踏まえ、地域性に配慮しつつ、財政中立を前提にこれらの評価を区別すべきである。
- ④ 慢性期入院医療に関して、医療療養病床について現行の療養病床入院基本料 1、2 は、慢性期の医療機能を評価する体系として、「医療療養」としての役割を明確に示す形で一本化を図るべきである。
- ・ 療養病床入院基本料 2 に関する医療法施行規則における療養病床看護配置に係る経過措置、及びこの施設基準を一部満たさない医療機関が、所定点数の 95/100 を算定する経過措置の延長については、いずれも 2 年間で廃止すべきである。なお、所定点数に係る経過措置における減算幅については、病棟の転換等に向けた意思決定を促す観点から拡大すべきである。
 - ・ また、一本化された新たな入院基本料における医療区分 2、3 の患者割合の基準値については、現行の療養病床入院基本料 1 の要件である 80%とすべきである。
 - ・ 医療区分については、特に当該項目のみで該当となっている患者の多い項目について、見直しを図るべきである。
 - ・ 在宅復帰機能強化加算については、在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準を引き上げるべきである。
 - ・ 療養病床における褥瘡対策が推進されるよう、褥瘡評価実施加算の要件にはアウトカム評価の要件を組み入れるべきである。
 - ・ 障害者施設等入院基本料については、患者の状態に応じた評価を推進する観点を踏まえ、医療区分等の患者の状態を踏まえた評価を行うべきである。
- ⑤ 有床診療所入院基本料については、主に専門医療を担う施設と地域医療を担う施設とで、それぞれの役割に応じた評価体系とすべきである。
- ・ 地域医療を担う施設については、地域における医療・介護のニーズや人材確保を含む医療提供実態等も踏まえ、入院医療と介護サービスとを組み合わせるモデルへの転換

を推進すべきである。

（３）入院医療における個別課題

- ① 医療の質の向上に資するデータ利活用の観点から、現行でデータ提出が要件化されていない病棟のうち、▽200床未満の10対1入院基本料、▽回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、▽200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料3、▽200床以上の療養病棟入院基本料1ーを算定する医療機関については、DPCデータの提出を要件化すべきである。
 - ・ また、上記以外の病棟についても、長めの準備期間を設けることや、提出データ項目の合理化を図ること等により、積極的なデータ提出を推進していくべきである。
 - ・ DPC対象病院における提出データの質に関する指標の見直しを踏まえ、未コード化傷病名の割合が特に高い医療機関については、データ提出加算の評価を見直すべきである。
- ② 在宅復帰率については、自院の他病棟への転棟患者は評価対象（分子）に含まない取り扱いとする等により、指標自体の意義の明確化を図るとともに、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求めるべきである。
 - ・ また地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率については、現行の施設基準を上回る医療機関が大勢を占めることを踏まえ、基準値を引き上げるべきである。
- ③ 二次救急医療機関において、夜間における救急搬送患者の受入体制は強化する必要があるが、医療安全や療養環境維持の観点において、病棟の看護体制の十分な確保は必要である。
- ④ 退院支援加算については、退院支援部門の設置や職員の配置といったストラクチャーや、退院困難な患者の早期抽出といったプロセスの他、在院日数の短縮といったアウトカムについても算定要件に加えるべきである。

（４）外来医療について

医科の外来医療の医療費のうち、生活習慣病に関連する主な疾患の医療費は約3割（約4兆円）を占める中、生活習慣病患者のさらなる増加が見込まれることを踏まえ、今後はより質の高い医学管理や重症化予防に向けた取り組みを一層推進すべきである。併せて、中小病院、診療所における主治医機能の強化による受診行動・服薬数の適正化、さらには紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の強化により、外来医療の機能分化や病・診連携をさらに推進すべきである。

- ① 生活習慣病の重症化予防に向けては、療養計画を策定して患者の行動変容を促すとともに、医師と保険者、行政等が連携し、患者を医師の継続的な医学管理の下に置くことにより、重症化予防からの脱落を防止する取り組みを推進すべきである。
 - ・ 生活習慣病等の医学管理料については、医師が患者の特定健診の受診の有無を確認する等、保険者との連携を要件化するとともに、医療機関における一定の成果を測るアウトカム評価を導入すべきである。
 - ・ 降圧剤の選択に関しては、各医療機関がフォーミュラリーを定めた上で、費用対効果を踏まえた医薬品の選択が可能となるような仕組みに見直すべきである。

- ・ 生活習慣病を対象とする医薬品については、原則として一般名処方とするような取り組みが求められる。
- ② 医療用保湿剤については、その使用実態等を踏まえ、適正使用に向けた措置を講ずるべきである。
- ③ 後発医薬品の使用促進に向け、後発医薬品使用体制加算、後発医薬品調剤体制加算については、後発医薬品の数量シェア目標（32 年 9 月までに 80%）に対応した算定要件に見直すとともに、処方せんについては後発医薬品への変更不可欄を削除した上で変更不可の理由を記載する様式へと見直すべきである。
- ④ 医師の指示に基づく分割調剤については、浸透していない状況を踏まえ、効率的に分割調剤を実施できるような処方せん様式に見直すことが必要である。
- ⑤ 医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整については、医師が処方せんのチェック欄で残薬を確認した上で薬剤師が調整し、医師に事後報告する仕組みとすべきである。

（５）在宅医療について

在宅医療は、多様化する患者の医療ニーズへの対応に向け、必要な患者に対して質の高い医療が提供されるような制度設計が必要である。また今後、多死社会を迎えるにあたり、人生の最終段階において患者本人が望む医療が行われた上で、住み慣れた自宅や介護施設など、本人が望む場所での看取りを進めていく観点から医療・介護が効率的かつ円滑に提供されるよう、関係機関が密接に連携して対応する取り組みを推進すべきである。

- ① 在宅時医学総合管理料の算定基準となる「重症患者」以外の患者像については、現行よりもきめ細かな基準を設定し、また軽度な患者については在宅患者訪問診療料も包括化すべきである。
- ② 併設する有料老人ホーム等の入居者を訪問診療する場合については、外来診療と訪問診療の中間的な取り扱いとなることを踏まえた医学管理に係る評価を新たに設けるべきである。
- ③ 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、診療報酬上に「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を要件として位置づけるべきである。
- ④ 複数医療機関による訪問診療については、主治医と異なる診療科の医師が訪問した場合のみ連携を認めることとし、患者・家族の同意取得、患者 1 人当たりに対する算定回数の上限設定、主治医との情報連携の確実な実施を算定要件とすべきである。
- ⑤ 歯科訪問診療 3 については、患者に対する質の確保を担保した上で、同一建物に居住する患者数や診療に要した時間等を踏まえ、評価の細分化を図るとともに報酬水準の見直しを行うべきである。
- ⑥ 訪問看護の提供体制については、限られた保険財源の中で、診療報酬上の評価と介護報酬上の評価の整合性を図り、患者にとって必要となるサービスの重点化と適正化について検討する必要がある。
- ⑦ 複数名訪問看護加算については、医師の指示書に訪問頻度や報告内容を明記することを要件化するとともに、1 回ごとに算定できる看護補助者との同行による複数名訪問看護加算を包括化とするよう見直すべきである。

- ⑧ 病院併設の訪問看護ステーションについては、在宅への移行や訪問看護職員の人材確保、訪問看護の提供体制を拡充する観点から、その機能や特性の一層の強化が求められる。

（６）横断的事項について

- ① 外来医療のニーズの変化や多様性も踏まえ、より質の高い適切な外来医療が提供できるよう、遠隔診療や遠隔モニタリング等については、画像転送による診断や在宅における療養指導・助言に加え、慢性疾患の重症化予防や健康指導・管理といった多様なサービス提供モデルにおいて実用化に向けた取り組みを推進すべきである。
- ・ オンライン診察についてはガイドラインを策定し、具体的に行う診療内容等についてある程度明確化を図るとともに、主治医が行うことを基本とすべきである。
 - ・ オンライン診察については診察の実態を踏まえ、現行の電話等再診と区別した報酬体系とし、診察時間や頻度に様々な提供ケースが想定されることを踏まえ、算定の上限を月１回までとし、定額化すべきである。
 - ・ オンラインによる計画的な診療を行う際の処方せん料についても、処方せん原本の郵送等に係る現行の取り扱いと同様とすべきである。
- ② 地域包括診療料・加算について、在宅医療の提供や２４時間対応に係る要件を別とする際は、現行の点数設定を適正化する方向で見直すべきである。
- ③ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担に関しては、外来の機能分化の推進に向け、実効性を考慮し対象医療機関の範囲を原則２００床以上の医療機関に拡大することについて検討すべきである。ただし、地域によっては医療資源に格差があることや患者の受診行動に悪影響を及ぼす恐れがあることから、その要件は柔軟に設定すべきである。
- ・ 一方で国民に対し、受診時定額負担の制度上の意義について理解を得るとともに、受療行動の変容を促すための取り組みが求められる。
- ④ 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減については、負担軽減策に有効とされる医師事務作業補助体制加算等がさらに効果的になるよう要件を見直す一方、医療従事者の常勤要件の緩和については、医療の質・安全の確保を前提に、人員配置・労務管理も含めた対応が求められる。
- ⑤ 医療資源の少ない地域における病床数を要件とした診療報酬については、医療提供体制における地域差が生じないよう一定の配慮を行うべきである。
- ⑥ 患者の住所地の郵便番号を記載するレセプト様式の見直しについては、保険者が地域における患者の受診行動を把握し分析事業で活用する上で有意義な見直しである。今後関連する被保険者番号の個人単位化や、マイナンバー制度の活用を含めて検討を進めていく必要がある。

２．個別課題について

（１）調剤報酬について

- ① かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料については、まずは高齢者などの服薬情報の一元的・継続的な管理が必要な対象患者に限定した上で進めるべきである。また、かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料に係る同意書については様式を統一し、▽かかりつけ薬剤師が

必要な理由・メリット▽かかりつけ薬剤師の業務▽指導料や自己負担額ーを明示する等、患者がかかりつけ薬剤師を理解した上で同意する仕組みへと見直すことが求められる。

- ② 薬剤服用歴管理指導料については、患者がお薬手帳を通常の薬局に持参した場合、持参しない場合に比べ低い点数が算定されるが、いわゆる門前薬局等の調剤基本料の特例対象薬局の場合、お薬手帳を持参した場合でも高い点数が算定される問題があり、患者の負担を軽減する観点から点数設計を見直す必要がある。併せて、薬剤服用歴管理指導料については、服薬指導により重複投薬や不適切な多剤投薬を減らすことが重要であり、服薬指導の必要性に対応した点数設計が求められる。
- ③ 基準調剤加算については、医療機関と薬局が連名で副作用報告をデータで提出することを要件に追加すべきである。
- ④ 内服薬の調剤料及び一包化加算については、院外調剤業務の機械化や技術進歩を踏まえ、投与日数や剤数に応じて業務コストが増加することを前提とした仕組みを抜本的に見直し、適正化する必要がある。
- ⑤ いわゆる門前薬局、大型チェーン薬局の調剤基本料については、収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、処方せん集中率と受付回数による特例対象の要件を拡大し、さらなる適正化を図る必要がある。
 - ・ 同一敷地内薬局は大型チェーン薬局を上回る適正化対策を講じる必要がある。
 - ・ 医療資源の乏しい地域で役割を果たしている薬局の評価のあり方について検討することが求められる。
 - ・ また、薬局の機能に応じた評価の一貫として、特例対象を除外するための施設基準は廃止することが求められる。

(2) リハビリテーションについて

- ① 回復期リハビリテーション病棟のリハビリについては、実績指数の高さにより一定の効果が認められたアウトカム評価を一層推進するため、実績指数の引き上げが求められる。また、実績指数を回復期リハビリテーション病棟入院料やリハビリテーション充実加算の算定要件に追加することを検討すべきである。
- ② 維持期・生活期のリハビリテーションについては、医療と介護の同時改定の機会を契機に、医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの施設基準や計画書の統一化等の対応を図った上で、介護保険への移行を進めていく必要がある。

(3) 精神医療について

- ① 向精神薬の取り扱いについては、依存性リスクの高いベンゾジアゼピン系の精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料および薬剤料に対して、1回の処方における抗不安薬と睡眠薬の種類数を制限すべきである。合わせて、精神科を標榜していない医療機関における抗不安薬や睡眠薬の長期処方に対する診療報酬上の取り扱いを見直す必要がある。
- ② 精神病棟に入院する必要がない患者が在宅復帰できない状況の改善に向け、障害福祉サービスと連携して適切に対応することが求められる。

(4) がん、感染症等について

- ① がん対策については、国家戦略として推進されていることを踏まえ、国家予算による対応と診療報酬による対応の棲み分けを整理する必要がある。
- ② がん患者に対する緩和ケアについては、地域包括ケアシステムの構築に向け、緩和ケア病棟と在宅医療等との切れ目の無い連携が求められる。

(5) 救急・小児・周産期等について

- ① 救命救急入院料の充実段階評価に係る加算については、ストラクチャーを中心とした評価から客観的・定量的なプロセス評価に転換したうえで、財政中立の観点から診療報酬の設定を見直すべきである。ただし、現場の混乱を招き医療安全を損なうことのないよう、慎重に検討する必要がある。
- ② 妊婦の外来管理に対する評価は、診療科による区分や対象となる疾患の範囲について検討する必要がある。
- ③ 精神疾患を有する妊婦に対する評価については、精神科の医師の要件や妊婦への具体的な配慮等に対する評価を明確化すべきである。

(6) 技術的事項について

- ① 性同一性障害患者に対する性別適合手術については、保険給付の対象とすることとし、対象となる患者や実施する医療機関を施設基準等で明確化した上で、適切な包括点数を設定することが求められる。
- ② 組織移植については、組織バンクより安定的で質が高い供給体制を確保することが必要であり、患者と医療機関と組織バンクの在り方を整理した上で診療報酬上の評価を検討する必要がある。
- ③ 高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の入院基本料については、現行の減算措置を維持すべきである。

(7) 歯科診療報酬について

- ① かかりつけ歯科医について、患者はおのずと特定の歯科診療所を受診することが一般的であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、診療行為について診療報酬上で一般診療所との差別化を図るのではなく、医療機関との連携等、地域包括ケアシステム構築の推進に向けた機能に着目して評価を行うべきである。
- ② 歯科疾患の継続的な管理を評価する歯科疾患管理料については、継続的な管理を行った場合に限定して算定できるよう現行の算定要件を見直すべきである。また、継続的な管理については、長期的な重症化予防に対するアウトカム評価の導入が求められる。
- ③ 歯科外来診療における院内感染について、本来患者の安全・安心を第一の視点に防止対策を講じることは、歯科医療機関の当然の業務である。仮に診療報酬によって対応するのであれば、少なくとも給付の拡大に結びつかない形で、現行の点数設定を見直すべきである。

(8) 腎代替療法について

- ① 透析医療に係る診療報酬上の評価については、透析医療の実態に応じた評価に見直すべきであり、長時間の透析については、合併症のある患者に対し、より質の高い治療となることを踏まえ、人工腎臓に係る 6 時間以上の慢性維持透析を評価する一方、6 時間未満の透析の評価については適正化を図るべきである。
- ・ また、透析医療については、透析実施患者数によって効率性が異なっている実態を踏まえ、透析機器 1 台あたり患者数等に応じ、診療報酬上の評価を適正化する必要がある。

(9) 医療従事者の多様な働き方について

- ① 週一定時間の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組み合わせによりリハビリ専門職が常勤配置されているものとみなす取り扱いについては、これまでの医療提供の質の確保を前提として要件を明確にすべきである。また、医療従事者の専従要件についても、専従が ADL 改善等の要素となっていることを踏まえ、限定的な取り扱いとすることが求められる。

(10) 明細書の無料発行について

- ① 明細書については、患者が受けた具体的な診療行為や医療費の詳細な内訳を理解・納得するための貴重な情報源であることに加え、安全な医療や健康リテラシーの向上、医療機関の請求内容の精査にも資する必要なツールであり、患者の視点に立った医療の実現に向けて、明細書無料発行の完全実施を実現すべきである。なお、明細書のあり方については、▽領収証との役割分担▽レセプト様式の見直し▽レセプトの完全電子化―等への対応を踏まえつつ検討していくことが求められる。

(11) 新医薬品の処方日数制限の取り扱いについて

- ① 新規医薬品における 14 日間の処方日数制限については、患者の安全性を確保する観点から原則として厳守すべきである。

(12) 医療機関と薬局の情報共有・連携について

- ① 医療機関からかかりつけ薬剤師に検査値等を情報提供する場合の評価については、▽患者の同意▽かかりつけ医とかかりつけ薬剤師間の情報連携▽提供する情報や医療機関の窓口担当者の明確化▽情報連携を進めるための様式の統一を前提とした算定要件とすべきである。

(13) 外来における相談・連携について

- ① 外来患者への相談支援に対する診療報酬上の評価については、これまでの相談支援の実績が損なわれないように配慮しつつ、治療の一環として真に必要な相談内容を明確化した上で、慎重に算定要件・施設基準の検討を進めることが求められる。

(14) たばこ対策について

- ① ニコチン依存症管理料については、28 年度の診療報酬改定で対象患者を拡大する見直しを行ったが、29 年度調査によると、禁煙継続の割合は 21 年度から後退していることが明ら

かになっている。対象患者を拡大したにも関わらず、7割を超える患者が禁煙に成功していないという実態を踏まえ、ニコチン依存症管理料の算定要件や施設基準を見直す必要がある。

(15) 薬価・保険医療材料価格の見直しについて

薬価と保険医療材料価格については、薬価制度の抜本改革、保険医療材料制度改革の内容を踏まえ、着実に見直しを進めていくべきである。

(16) 費用対効果評価の試行的導入について

- ① 試行的導入時に企業分析の結果と再分析の結果が大きく異なっている品目のうち、アプレイザルの過程まで到達した品目については、両分析のうち価格変動のより少なくなる方の結果を採用して、平成30年4月の価格調整を行うべきである。
 - ・ 併せて両分析については、平成30年4月の価格調整以降も、引き続きより妥当性の高い分析のあり方を検討するため検証を行い、当該検証（分析）から得られた評価結果に基づき最終的な価格調整を行うこととすべきである。
- ② 費用対効果評価専門組織における倫理的・社会的考慮要素への該当性を含めたアプレイザルについては、該当する品目の要件をより明確化した上で実施して、価格調整を行う前段階において中医協に報告することとし、中医協での意見を踏まえた上で、薬価・保険医療材料専門組織で最終的な価格決定を行う仕組みとすべきである。

**国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
平成30年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見**

中央社会保険医療協議会

二号委員

松本純一

今村聡

松本吉郎

猪口雄二

島弘志

遠藤秀樹

安部好弘

〔医科〕

I 基本的考え方

わが国は、世界に類を見ない少子高齢社会に直面している。今後、国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける人生100年時代を見据えた社会を実現していくためには、国民皆保険を堅持しつつ、持続可能な社会保障制度の確立が不可欠であり、そのため地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の再構築等の改革が継続されている。

社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）がとりまとめた『平成30年度診療報酬改定の基本方針』では「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」が引き続き重点課題として位置づけられた。国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実が不可欠である。平成30年度診療報酬改定では引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要財源を配分すべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、平成30年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然である。

1. 診療報酬体系の見直し

○医療機関の創意工夫による運営を可能とする告示、通知等を含めた抜本的な見直し、簡素化

2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映

○「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）

○医学・医療の進歩への速やかな対応

○無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視

- 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
- 3. 大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
 - 急性期医療から回復期・慢性期に至るまで良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
 - 救急医療、二次救急医療等の不採算医療・政策医療を引き受けてきた医療機関が健全に運営できる診療報酬の設定
 - 地域の診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいて担う中核的機能を踏まえた手厚い評価
- 4. 認知症対策に係る充実評価
- 5. 医療従事者の働き方の実状を踏まえた診療報酬上の対応
 - 医療従事者の負担軽減策の更なる推進（複数非常勤従事者の常勤換算 等）
 - 専従要件である所定労働時間や配置場所の大幅な基準緩和
- 6. 医療と介護の同時改定を踏まえた対応
- 7. 施設基準の簡素化と要件緩和
- 8. 小児・周産期医療の充実
- 9. 不合理な診療報酬項目の見直し
- 10. その他必要事項の手当

Ⅱ 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

1. 初・再診料

- (1) 初・再診料、外来診療料の適切な評価（引き上げ）

医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営原資となるものである。高齢者の増加に伴い診療時間が長くなっている。医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること
- (2) 再診料の見直し

地域包括ケアシステムの要である診療所・中小病院の再診料の水準を平成 22 年度改定前の水準に戻すこと（再診料の平成 26 年度改定における引き上げは消費税率引き上げに伴う補填目的であり、平成 22 年度引き下げ分の措置ではない）
- (3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

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、全ての診療科について、初・再診料の区別なく、また逡減することなく算定できるようにすること
- (4) かかりつけ医機能の更なる評価

超高齢社会を乗り切るための最重要課題である地域包括ケアシステムの確立に向け、診療報酬上のかかりつけ医機能をより充実させる必要がある。具体的には、地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに、点数を引き上げること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

(2) 看護職員 1 人当たり月平均夜勤 72 時間ルールの変更

現場では、夜勤のみを望む看護職員や家庭環境により夜勤が困難な看護職員など、働き方が多様化した職場環境を考慮し、計算方法の緩和が必要

(3) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いのさらなる見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算や特定入院料等の減算は懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害している

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すらできず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(4) 重症度、医療・看護必要度

①評価体系の導入に伴う配慮

現行の経過措置として定められている 200 床未満の 7 対 1 病棟における 23%要件について、入院医療の新たな評価体系の導入に当たっては、緩和措置の対象となっている医療機関に適切に配慮したものとすること

②評価指標の検討

診療報酬請求区分（DPCデータ）を使った該当患者割合の分布や相関などを中長期的に引き続き詳細に検証し、重症度、医療・看護必要度については、多職種配置を基本とした新たな評価指標の創設に向けて検討を行うこと

(5) 7 対 1 入院基本料等の在宅復帰率の名称等の見直し

評価内容をよりの確に反映する観点から、名称を変更するとともに、評価対象等の見直しを行う

(6) 入院基本料の病棟群単位での届出制度

前回改定で限定的に導入されたが、入院医療の新たな評価体系の導入に当たり、病棟群単位での届出を行っている医療機関が医療提供に支障を来さぬよう、現行の届出制度との整合性に配慮すること

(7) 医療療養病床の経過措置延長

介護療養病床の新類型（介護医療院）への移行期間に合わせ、医療療養病床（25 対 1）についても看護職員配置 25 対 1 以下、医療区分 2・3 の患者割合 5 割以下、等について今後 6 年間の経過措置を設けること

(8) 地域包括ケアシステムに欠かせない有床診療所の評価

複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院料の引き上げ
配置加算、地域の実情に合わせた有床診療所の評価

3 床程度で給食や看護職員などの規制を緩和した小規模入院病床やレスパイト支援等で一時的に処置や投薬を行える病床の創設

(9) 精神疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方

精神疾患はその個別性の故に一律の期限を定めた入院や安易な退院促進は馴染まないため、診療報酬上の配慮が必要である。また、長期在院者の多くは高齢者であり、認知症や合併症に対する評価はもちろんのこと、受け皿としての介護保険での施設や地域生活介護における精神科医療の必要性は明らかであり、医療・福祉・介護各分野における精神保健福祉法上での切れ目のない一連の体制整備の評価が必要等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

(1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施

(2) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、全病床種別での算定を可能とすること。また、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

(3) 医療の安全管理・院内感染症対策等に対する評価充実

実際にかかっている経費を保証する点数設定(手術時の医療安全管理に対する評価を含む)を行うこと

(4) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

(5) 病棟薬剤業務実施加算の要件等の見直し

薬剤業務は病床数や診療科により、薬剤の使用頻度や量に差があるため、時間要件を全病棟で個別に満たすのではなく、対象病棟全ての合算で満たせばよいものとするとともに、対象病棟を拡大する

(6) 特定入院料に係る算定上限日数等の要件緩和

適正な診療を行う上で算定上限日数を超えて管理を要する症例が多くある

特定集中治療室の場合は、患者の病態に応じた日数の延長、新生児特定集中治療室及び新生児治療回復室などの2つ以上の特定入院料算定治療室に入室した場合の算定期間の通算ルールを廃止

(7) 特定入院料における高額薬剤等の包括除外

患者の生命維持や治療に不可欠で代替困難な薬剤や放射線治療等の高額医療を特定入院料の包括から除外すること

(8) 地域包括ケア病棟入院料の算定要件及び包括範囲の見直し

手術、麻酔が包括から除外されたが、患者の生命維持や治療に不可欠でかつ代替困難な高額薬剤等についても包括から除外すべき

1日に2単位以上のリハビリテーションを行うこととされ、リハビリテーションの費用が包括されている。早期退院を促し、在宅復帰率を高めるためには、2単位を超えるリハビリテーションの出来高算定を認めること

(9) 地域包括ケア病棟における在宅等からの受入機能の評価

(10) 短期滞在手術等基本料 3

- 小児、認知症患者への全身麻酔時の適正な評価をすること
手術件数の少ない地方でも経営が成り立つ点数設定への変更
(11) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟の現状と合わない算定要件の是正
様々な要件により、地域偏在の大きな要因となり、機能に応じた病院間の連携を阻んでいる、重装備が必要でない患者も多く入院しており、性急な退院促進を招き再入院のリスクを高めている 等

4. 基本診療料全般

- (1) 地域包括ケアシステムにおける I C T を利用した連携体制の評価
(2) チーム医療における多職種の連携の評価
多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院や Q O L 向上に効果을 上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。
高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準の緩和をすること 等

5. 医学管理等

- (1) 小児科外来診療料の見直し
一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大、高点数の検査や診療情報提供料を包括から除外すること
(2) 特定疾患療養管理料の見直し
月 1 回 450 点を算定可能に
医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す
(3) 救急医療の評価の見直し
救急医療の 24 時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、救急医療管理加算のさらなる評価、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること
(4) 認知症診療の環境整備
認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること
(5) 診療情報提供料（I）の見直し
少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し
中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする
その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、診療情報提供施設を拡大する 等

6. 在宅医療

- (1) 在宅医療における「1 患者 1 医療機関」の見直し

在宅患者訪問診療料及び在宅療養指導管理料は、原則、1人の患者に対し1つの保険医療機関のみの算定となっている。高齢化の進展に伴い、多様で複雑な疾患をもつ患者が増加しており、在宅医療の充実のためには、主治医の専門以外の診療科の協力によるチーム医療が必須である

- (2) 在宅医療における同一建物居住者・単一建物診療患者の同一日診療の減算の緩和（引き上げ）

同一の特定施設内入居者であっても、在宅医療に費やされる手間や労力は一般居宅と何ら変わらず、時により大きな負担を求められる。入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正に評価すべきである

- (3) 在宅自己注射指導管理料の要件等の見直し

自己注射の対象疾患がますます増加している現状において、同一患者の異なる疾患に対して、各々の専門医療機関がそれぞれ異なる注射剤に対し、在宅自己注射指導管理を行った場合には、それぞれの算定を認めること

- (4) 医療的ケア児を必要とする子どもたちへの対策

すべての子どもたちが病気によらず公平に過ごせる環境を提供するため、保険医の指示の下、訪問看護師等が学校、幼稚園、保育園等の教育・保育の職員と連携することの評価すること

- (5) 在宅療養指導管理料における在宅療養指導管理材料加算について、実勢価格等を踏まえ適正化すること。併せて、医学管理等に係る技術を適切に評価すること 等

7. 検査・画像診断

- (1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など

- (2) 画像診断管理加算は読影数や割合ではなく相応の常勤医の存在等の管理体制について設定すること

- (3) 遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと

- (4) コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影は初診・再診にかかわらず評価すること 等

8. 投薬

- (1) 7種類以上の内服薬処方時及び向精神薬多剤投与時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の撤廃

多数の疾患を抱える患者、特に高齢者をかかりつけ医が担当するためには多剤投与が必要となるケースは避けられない。多剤投与の方が投薬管理は複雑になり加算も検討すべきであり、減算される仕組みは不合理である

糖尿病だけでも4種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると7種類以上になるケースが多い

- (2) 処方日数の適正化

前回改定で30日を超える長期投薬について、取扱いの明確化が図られたが、さらなる

長期投薬を減らす取組みを導入、例えば、超長期処方（例えば 90 日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすること

(3) 院内処方、院内調剤の適正評価

同一の調剤技術料に対し、院内と調剤薬局の報酬の格差が大きいため、院内の評価を見直す、例えば、院内処方における一包化加算、後発医薬品に係る加算の新設、処方料、調剤料の引き上げ

(4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備を行うこと、さらに患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムを設置すること 等

9. 注射

内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること 等

10. リハビリテーション

(1) 維持期リハビリテーションの継続

当面、平成 31 年 3 月 31 日まで延長されることには賛成するが、リハビリ難民が出ないことやリハビリの質の検証、必要な時には医療のリハビリに戻れるという問題が解消されなければいけない。

(2) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と点数格差の是正

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）と運動器リハビリテーション（Ⅰ）の点数格差の是正 等

11. 精神科専門療法

(1) 精神科専門療法の同一日算定

3 か月以内を急性期入院治療期間と位置づけて高密度の治療を短期集中的に行い退院促進する政策的方向性が打ち出されている一方、精神科専門療法に同一日／同一週併算定を妨げる要件が設定されているのは不合理である

入院精神療法ⅠとⅡの同一週併算定、抗精神病特定薬剤治療指導管理料と精神科デイ・ケア等の同一日算定等を可能とする

(2) 通院・在宅精神療法の評価

精神科専門の医療として、診療時間の長短にかかわらず、精神療法の適正な評価とすることまた、20 歳未満の加算について、発達障害、虐待、初期の精神疾患に対し、多職種で対応するがその評価が不足している 等

12. 処置・手術・麻酔

(1) 休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1 の要件の見直し

前回改定で当直の要件の緩和等が行われたが、届出施設は少なく、外科医の勤務環境改善は進んでいるとはいえない、当直明け外科医が手術に参加するあり方の見直しが必要

(2) ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている（特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目）

(3) 基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(4) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

(5) 同一手術野で実施する複数手術の評価

行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること

(6) 自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大

等

13. 放射線治療

放射線治療計画の策定や放射線物質の適切な管理等に対して、放射線治療計画チーム加算を新設する

等

14. DPC

高度急性期病院の機能を評価すること

少子高齢化社会の中で子育て世代のセーフティーネット機能として小児科診療が機能するような見直し

等

15. その他

(1) 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

医療機関が受ける消費税の影響などの経営指標等について、国の施策としてより精緻かつ多面的なコスト分析を進め、反映すること

(2) 改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

(3) 医療保険と介護保険の給付調整

特別養護老人ホーム等施設入所者に対する配置医師による健康管理や療養上の指導は介護報酬に含まれるとして施設から配置医師報酬として支払われていた。平成 27 年 4 月以降、原則要介護 3 以上となり、中心静脈栄養、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅自己注射等の在宅医療をしていた患者が入所してきた場合、入所後、在宅療養指導管理料の算定ができなくなるおそれがあるため給付調整の見直しが必要である

(4) 電子カルテ規格の標準化

(5) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

歯科においては生活を支える医療として長年にわたる対応を重ねており、長期的視野に立った口腔健康管理の推進や国民の口腔に対する意識の向上も相まって、残存歯数は増加を続け、8020達成者は半数を超える状況である。また、口腔の健康は全身の健康に密接に関わるとの認識も広まっている。一方、超高齢社会にあっては要介護者や様々な疾患を抱える高齢者が増加したことで、生活の質の確保が課題となり、我々は歯科医療と口腔健康管理の充実による口腔機能の維持・向上を通じ、国民のQOLの改善と健康寿命の延伸を目指している。

厳しい財政状況のもとで平成30年度診療報酬改定は、目標達成には十分とは考えていない。医療経済実態調査の結果からも、小規模の診療所がほとんどの歯科医院の経営は低迷が続き、設備投資やスタッフの待遇改善もままならない状況であり、安全・安心で良質な歯科医療提供が困難となっている。しかしながら厳しい環境の中でも、国民の健康を支えるという歯科医療提供者の責務を果たすため、以下に示す事項を基本方針と定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

- * 基本診療料の引き上げ
- * 歯科固有の技術に対する評価
- * 新規技術の導入と普及促進
- * 医療と介護の同時改定におけるシームレスな連携推進
- * 健康寿命の延伸のための口腔衛生管理・口腔機能管理の充実
- * かかりつけ歯科医機能の評価と医療連携・地域・多職種連携の推進
- * 在宅歯科医療の推進と在宅療養支援歯科診療所の充実
- * 不合理な留意事項通知等の見直し
- * その他必要事項

Ⅱ 具体的検討事項

基本診療料の充実

歯科診療所の経営状態は依然として厳しい状況が続いている。安全・安心で良質な歯科医療提供のため、そのホスピタルフィーである初診料・再診料を引き上げること。

歯科疾患の管理の充実

診療内容や診療日数の如何に関わらず、長期的視野に立った管理は重要であり、そうした努力がう蝕を減少させ、8020達成者の著しい増加をもたらした。あらゆる歯科疾患において管理は必須であるが、歯科における主たる管理料は歯科疾患管理料であり、対象疾患の拡大を含む充実を求める。

歯科医療機関における感染対策への対応

安全・安心で良質な歯科医療提供のためには院内の感染防止対策は欠かせない。医療技術の向上や医療を取り巻く環境の変化とともに求められる水準も厳しくなっており、これらへの対応を評価すること。

歯科固有の技術に対する評価

「歯科診療行為のタイムスタディー調査」によれば、歯科医療における基本的技術料は未だ低評価のまま据え置かれており不採算となっている。良質な歯科医療の提供により健康寿命の延伸のため、タイムスタディー調査に基づいた適正な評価をすること。

新規技術の導入促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入すると共に、その技術に見合った適切な評価をすること。

継続的な維持・管理の評価

ライフステージに応じた生涯にわたる口腔機能の維持・向上により健康寿命の延伸のため、「かかりつけ歯科医機能」を活かした歯科医療技術の評価すること。

う蝕・歯周疾患のみならず、口腔機能低下に対応できる継続的維持管理を充実させること。

長期にわたる維持管理を推進するに当たって、阻害要因となりかねない規定を見直すこと。特に1初診1回の算定制限については見直しが必要である。

医療連携・地域連携の充実

歯科における地域医療連携の核になっている歯科併設の病院や歯科標榜のない病院と地域歯科医療連携室等との連携機能を評価すること。

また、医科歯科間の医療連携に欠かせない医療情報の共有を評価すること。

周術期口腔機能管理の更なる充実

手術後等における口腔衛生管理は肺炎等の感染予防に大きな効果がある。現在は対象疾患が限定されているが、有効な対象疾患・患者へ拡大すること。

全身疾患を抱える患者への対応

超高齢社会において、要介護状態や多様な疾患を抱えた事例が増加しており、これらに対応するための医療連携のもとでの歯科医療提供について評価すること。また、歯科診療におけるバイタルサインのモニタリングについては充実をさせること。

障害児（者）への対応

障害児（者）の生活に合わせ、歯科医療の提供には居宅、施設、外来等のシームレスな対応が求められ、病院併設歯科や障害児（者）医療施設等と歯科診療所の連携・管理、さらに歯科訪問診療の充実も求められる。

近年増加傾向にある重度障害の乳幼児の口腔（衛生・機能）管理について評価すること。

口腔機能低下に対する対応の評価

フレイル（オーラルフレイル）の概念も確立され、介護予防や脳血管疾患等による口腔機能低下に対応する必要がある、これらに対する医学的管理を含め歯科医療技術の評価すること。特に、歯の喪失による有床義歯装着に際しては舌圧測定、咀嚼機能検査、咬合圧検査等の口腔機能検査の充実や適応拡大を図り、口腔機能の維持・向上に係る歯科医療技術の評価すること。

なお、有床義歯の6ヶ月規制に関しては、既に導入時の目的は果たしており、現状では運用上の不都合が出ており、見直すこと。

口腔衛生管理の充実

近年歯科医療の充実による全身疾患の改善や感染予防またQOLの改善等につきエビデンスが示されている。特に口腔衛生管理として、歯科衛生実地指導、訪問歯科衛生指導、機械的歯面清掃処置等を充実させること。

また、障害児（者）や周産期への対応を評価すること。

在宅歯科医療の充実

歯科訪問診療は増加傾向にあるが、更なる充実のため、在宅療養支援歯科診療所の強化を計ること。また、質の高い在宅歯科医療提供のため、専門的歯科医療機関のあり方を検討し、地域における連携を強化すること。

在宅歯科医療の充実には入院時からの連携が欠かせないが、特に退院時の連携を強化すること。

在宅における口腔衛生管理は重要であり、訪問歯科衛生指導料は介護保険との給付調整も含め一体的な見直しをすること。

入院・入所時の栄養サポートチーム連携加算については、実態に合わせた見直しと評価をすること。

患者・家族の利便性や安全・安心な歯科医療提供のため、デイサービスにおける歯科訪問診療を検討すること。

留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等を是正すること。

その他必要事項

〔調剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

平成 30 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定にあたり、薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムの一員として、患者本位の医薬分業の推進、積極的な医療・介護連携の推進により一層取り組んでいく必要がある。

かかりつけ薬剤師・薬局による国民への安全な薬物療法の提供や適正な医薬品供給等を確保するとともに、医師を中心とする多職種と連携を図り、「服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導」、「24 時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」、「ポリファーマシーへの対応」に向けた取り組みをさらに推進することは喫緊の課題である。また、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた「平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合 80%」という目標を達成するためにも、薬剤師・薬局による更なるジェネリック医薬品の普及促進への取り組みと環境整備が肝要である。

こうした状況を踏まえ、以下の事項を基本とする取り組みを進めていくことを求める。

1. かかりつけ薬剤師・薬局機能の充実と拡大
2. 対人業務の評価の充実
3. 医療・介護連携、在宅薬剤管理指導業務の推進
4. 医薬品の適正使用、医療安全確保に向けた病診薬連携・薬学的管理・指導の充実
5. ジェネリック医薬品の普及促進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師・薬局による取り組みに対する評価
 - ・服薬情報の一元的・継続的な把握の更なる推進
 - ・かかりつけ医や医療機関等との情報共有の推進など、さらなる多職種連携の強化
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた薬学的知見に基づく管理・指導の評価
 - ・残薬問題の改善、ポリファーマシーへの対応
 - ・服薬モニタリング
 - ・お薬手帳のさらなる推進と有効活用に向けての取り組み
 - ・薬物療法における医療安全の確保に資する薬学的関与の充実 等
3. 医療・介護連携、在宅医療における薬学的管理・指導の評価
4. ジェネリック医薬品の普及促進に向けた更なる環境整備
5. その他必要事項

<病院・診療所における薬剤師業務関係>

I 基本的考え方

超高齢社会に伴う医療提供体制の改革が進められ、医療機能は、急性期、回復期、慢性期と分化され、入院医療から在宅・外来医療へと多様化してきている。このような状況の中で、患者により良い医療を提供するためのチーム医療の実践や地域包括ケアシステム構築のための地域連携体制を構築し、急速に変化する医療環境に対応することが求められている。

また、薬学の目覚ましい進歩、医療の高度化・多様化に伴い、薬剤師はより一層の医療安全の確保と薬物療法の質の向上に努めなければならない。

こうした状況を踏まえ、病院・診療所における薬剤師がチーム医療・地域医療に貢献できる体制の確保が急務であり、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. チーム医療・地域医療における薬剤師業務の充実
2. 病棟・外来における薬剤師業務の充実
3. 医療安全の向上及び薬物療法の最適化に向けた取り組みの推進

II 具体的検討事項

1. 地域包括ケアシステム構築のための地域連携に関する評価
2. 病棟における薬剤師業務の更なる推進
3. ポリファーマシーへの対応の推進
4. ジェネリック医薬品の更なる普及推進に向けた評価
5. 医薬品の安全管理に対する評価
6. その他必要事項