

<現在、論点になっている主な改革項目>

		経済財政諮問会議（社会保障WG）	財政審・財政制度分科会
診療報酬	入院	7：1入院基本料は重症度・看護必要度など算定要件を一層厳格化。看護職員配置ではなく、提供している医療機能によって評価される仕組みを導入する。	
		—	療養病床の報酬水準や算定要件を適正・厳格化。医療の必要性が低い患者を対象としている病床は生活機能を兼ね備えたより効率的な受け皿への移行を促す。
	調剤	調剤報酬については、2018年度診療報酬改定においても、対物業務から対人業務へ評価を重点化し、さらなる抜本的な適正化を行う。	
薬価制度改革	既存薬の薬価見直し	●効能効果の追加などにより、保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合、市場拡大再算定も参考に年4回の新薬収載の機会を活用した薬価を引き下げる仕組みを導入。 ●改定の中間年に大手医薬品販売事業者などを対象に薬価調査を実施。価格乖離（かいり）の大きな品目の薬価を改定する。	
	新薬の薬価算定方式	●新薬創出・適応外薬解消等促進加算をゼロベースで抜本的に見直し。 ●原価計算方式や類似薬効比較方式で一定の加算を行う場合、費用対効果評価を義務付け、効果が悪い場合は価格を下げる。	
	後発医薬品の使用推進	●骨太方針2017で、後発医薬品使用割合80%の目標の達成時期の設定と、患者へのインセンティブなどの効果的な推進策を検討する。 ●長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）の給付基準額を後発医薬品の平均価格まで引き下げ、超過分は全額患者が自己負担する。	
	適正使用など	生活習慣病治療薬などについて、適正使用の観点から処方ルールを設定する。	
医療提供体制		●病床機能分化・連携のため、民間医療機関が要請・勧告に従わない場合に病床単位で保険医療機関の指定取り消しを可能にするなど、実効的な権限を都道府県知事に付与。 ●在宅医療への移行など、慢性期機能の再編を想定した権限のあり方を検討する。	
患者負担		●かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担を導入する。 ●紹介状無しで大病院を受診する場合の定額負担について、現行の選定医療による定額負担を診療報酬への上乗せではなく、保険財政の負担軽減につながる仕組みに見直し、対象範囲を拡大する。 ●2019年度以降に75歳となる人の自己負担を2割に引き上げ。2019年時点で既に75歳以上の人の自己負担割合は、数年かけて段階的に2割負担に引き上げる。 ●金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みを高齢者の医療費負担にも拡大。まずは現行制度下で、入院時生活療養費等の負担能力判定に金融資産を勘案する仕組みを適用。 ●市販品と医療用医薬品とのバランスやリスクに応じた自己負担を踏まえ、諸外国の例も参考に、薬剤自己負担の引き上げを速やかに実施する。	
介護報酬	在宅サービスの介護報酬適正化	通所介護の給付の適正化のため、機能訓練などの自立支援・重症化予防に向けたサービスがほとんど行われていない場合は、基本報酬の減算措置も含めた対策を講じる。	
	介護報酬におけるインセンティブ	自立支援・重症化防止を促す介護報酬上のインセンティブとして、利用者の要介護度の改善度合いに応じた介護報酬のメリハリ付けを行う。	



Welfare policy Information Center
厚生政策情報センター