

平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【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の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) 内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を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C 2 (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。
（I－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 0 1 1 2 第 1 号
平 成 3 0 年 1 月 1 2 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ICT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30年度診療報酬改定について、皆様からのご意見をお聞かせ
いただきたいと思います。

「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」に関する ご意見の募集について

平成30年 月 日
中央社会保険医療協議会
〔事務局：厚生労働省保険局医療課〕

平成30年度診療報酬改定については、平成30年 月 日に厚生労働大臣から中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)に対し、昨年末の予算編成過程で決定された改定率と、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された「平成30年度診療報酬改定の基本方針」に基づいて診療報酬点数の改定案を作成するよう、諮問が行われました。

これを受けて、当協議会では、平成30年度診療報酬改定に向けて、「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」を取りまとめました。(取りまとめに係る当協議会の議論の内容については、後日、厚生労働省のホームページに議事録等が掲載される予定です。)

今後は、この「議論の整理(案)」を基に具体的な議論を行っていくこととしておりますが、医療の現場や患者等国民の皆様のご意見を踏まえながら、幅広く議論を進めるという観点から、今般、以下の要領により「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」に対するご意見を募集することといたしました。

いただいたご意見については、今後、中医協の場合等で公表させていただく場合があります(個人が特定されるような情報は秘匿いたします。)

また、ご意見に個別に回答することは予定しておりませんので、その旨ご了承下さい。

※「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」の内容は
[こちら\(PDF: OKB\)](#)

※厚生労働省のホームページは[こちら](#)

参考1 「平成30年度診療報酬改定の基本方針」([PDF: OKB](#))

参考2 「平成30年度診療報酬改定について(改定率)」([PDF: OKB](#))

-----【意見提出用様式】----- (Excel: OKB) (PDF: OKB)

【ご意見受付期間】

平成30年 月 日()～ 月 日() [必着]

1週間程度

【提出先】

○ 電子メールの場合

- ・kaitei@mhlw.go.jpまでお寄せ下さい。
- ・メールの題名は「平成30年度診療報酬改定に関する意見」として下さい。
- ・ご意見につきましては、必ず上に示す様式に記入の上、ファイルを電子メールに添付して提出していただきますようお願いいたします。

○ 郵送の場合

送付先

〒100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生労働省保険局医療課 平成30年度診療報酬改定への意見募集担当宛

郵送による場合も、ご意見につきましては必ず上に示す様式に記入の上、提出していただきますようお願いいたします。

※ 電話によるご意見はお受けできかねますので、あらかじめご了承下さい。

意見提出様式

「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」 への意見募集

このたびは、「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」にご意見を提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿ってご意見を提出いただきますよう、よろしくお願いします。

提出されたご意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先のご記入をお願いします。

氏 名 _____ 郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

1. ご自身の属性について (※ ①・②に必ず全てご記入ください。)

①年齢: _____ (※ 下記1～5より対応する番号をご記入ください。)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳～39歳 | 3. 40歳～64歳 |
| 4. 65歳～74歳 | 5. 75歳以上 | |

②職業: _____ (※ 下記1～11より対応する番号をご記入ください。)

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 |
| 3. 薬剤師 | 4. 看護師 |
| 5. その他の医療従事者 | 6. 会社員(医療関係の企業) |
| 7. 会社員(6以外) | 8. 自営業 |
| 9. 学生 | 10. 無職 |
| 11. その他() | |

2. ご意見について

○ ご意見を提出される点

(※ 次ページ以降の項目一覧をごらんになり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、様式をコピーの
上、項目番号ごとにシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号: 一

◆内 容 : _____ について

※(項目番号・内容を必ずご記入ください。)

○ 上記項目に対するご意見



「平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」項目

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

項目番号	内容
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

項目番号	内容
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

項目番号	内容
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

項目番号	内容
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

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ICT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。

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。