

第 324 回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）
議事次第

平成 28 年 1 月 22 日（金）13 時～15 時
於 埼玉県さいたま市（浦和ロイヤルパインズホテル 4 階）

議 題

- 平成 28 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27年12月1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 花 井 十 伍 石 山 惠 司 松 浦 満 晴 榊 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 中 川 俊 男 松 原 謙 二 万 代 恭 嗣 猪 口 雄 二 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 日本医師会副会長 日本病院会常任理事 全日本病院協会副会長 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 路 印 南 一 路 ◎ 田 辺 国 昭 西 村 万里子 野 口 晴 子 松 原 由 美 | 一橋大学大学院商学研究科教授 慶應義塾大学総合政策学部教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 明治学院大学法学部教授 早稲田大学政治経済学術院教授 明治安田生活福祉研究所医療・福祉政策研究部長 |
| 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 千葉大学医学部附属病院歯科・顎・口腔外科教授 |

◎印：会長

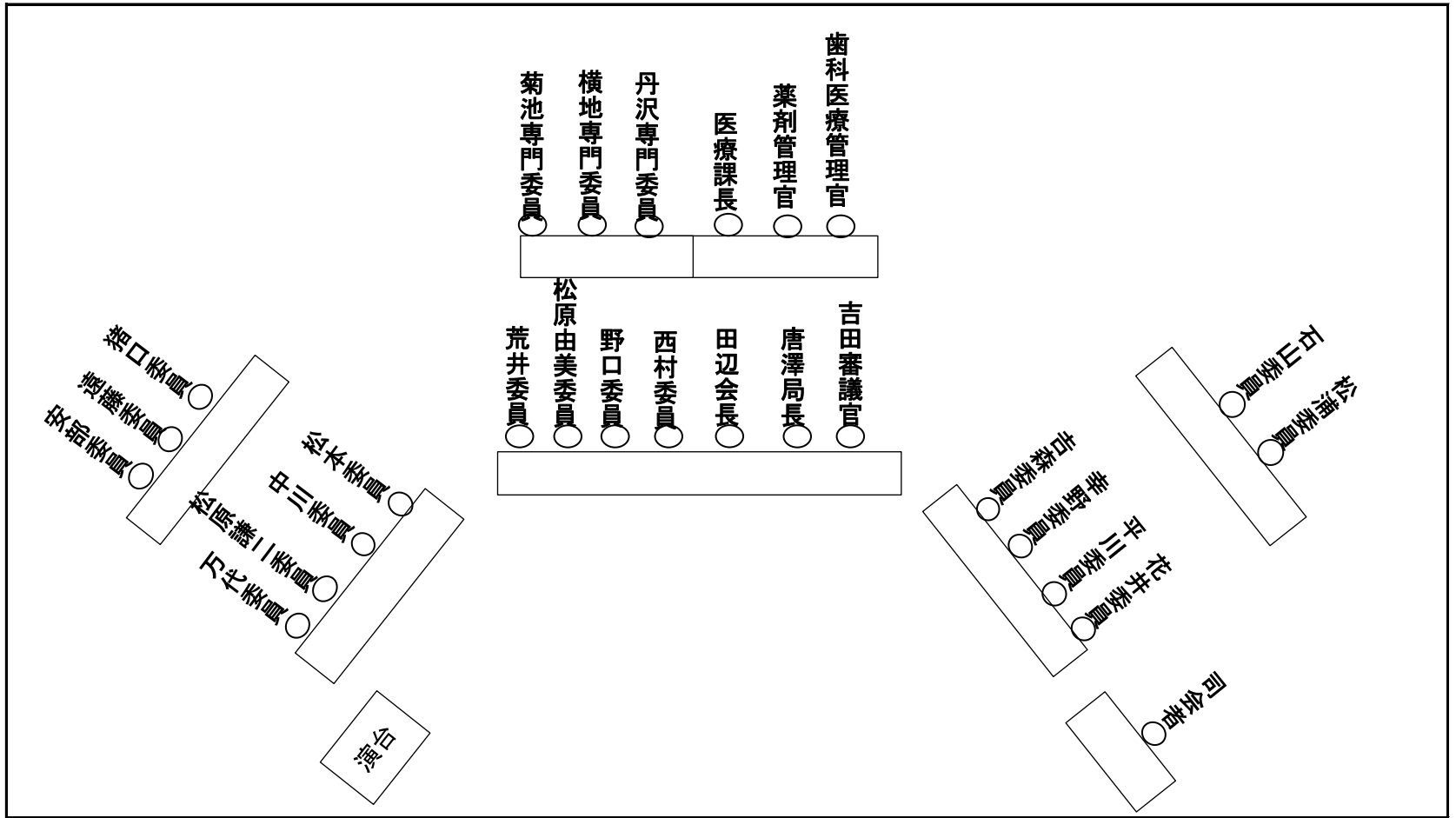
傍聴される方の留意事項

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 会議の妨げとならないよう静かにしてください。
- 6 その他、座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28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28年度診療報酬改定に向けて、これまで行われた議論を踏まえて、一応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27年12月7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28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推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- I-1 医療機能に応じた入院医療の評価について・・・P3
- I-2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について・・・P4
- I-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について・・・P5
 - I-3-1 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価について
 - I-3-2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組の強化等について
 - I-3-3 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組の推進について
- I-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について・・・P7
- I-5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について・・・P10

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- II-1 かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について・・・P11
- II-2 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について・・・P12
- II-3 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について・・・P12
- II-4 明細書無料発行の推進について・・・P13

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- Ⅲ－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について・・・P14
- Ⅲ－２ 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について・・・P14
- Ⅲ－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について・・・P14
- Ⅲ－４ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について・・・P16
- Ⅲ－５ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について・・・P16
- Ⅲ－６ 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について・・・P17
- Ⅲ－７ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について・・・P18
- Ⅲ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について・・・P19
- Ⅲ－９ DPCに基づく急性期医療の適切な評価について・・・P21

Ⅳ 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討・・・P22
- Ⅳ－２ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進・・・P22
- Ⅳ－３ 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進・・・P23
- Ⅳ－４ 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し・・・P24
- Ⅳ－５ 重症化予防の取組の推進・・・P24
- Ⅳ－６ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価・・・P25

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

I-1 医療機能に応じた入院医療の評価について

- (1) 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、手術直後の患者、救急搬送後の患者、認知症・せん妄の患者等の急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目、重症者の割合に関する基準等を見直す。
- (2) 一般病棟入院基本料の届出について、7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換する際に、病棟群単位での届出により、雇用等の急激な変動を緩和する仕組みを設ける。
- (3) 在宅復帰を一層促す観点から、7対1入院基本料等の施設基準となっている自宅等に退院した患者の割合に関する基準を見直す。
- (4) 特定集中治療室等における重症患者に対する評価を充実させるため、特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目について評価を見直すとともに、特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」のB項目について、評価の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。
- (5) 一定程度治療法の標準化した手術等を短期滞在手術等基本料3の対象とするとともに、診療の実態を踏まえ、一部の手術等の評価の精緻化等を行う。
- (6) 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 総合入院体制加算1について、化学療法の要件を見直すとともに、新たに急性期患者に対する医療の提供密度に関する要件等を追加する。
 - ② 総合入院体制加算2について、一定程度の実績要件、認知症・精神疾患患者等の受入体制に関する要件等を追加した上で評価を見直す。
- (7) 地域包括ケアシステムにおいて比較的軽度な急性期患者に対する入院医療を整備する観点から、地域包括ケア病棟入院料の包括範囲等を見直す。
- (8) 医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料2を算定する病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう、医療区分の高い患者の受入れに関する基準を設ける。
- (9) 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直す。

- (10) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、在宅復帰率の計算式及び指標を見直す。
- (11) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等について、意識障害を有する脳卒中患者等、療養病棟の患者と同一の状態にある者について適正な評価となるよう評価体系を見直す。
- (12) 入院中の患者が、異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、入院中の他医療機関受診時の減算について、特に診療科の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和する。
- (13) 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。
- (14) 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、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直す。
- (15) 一類感染症患者入院医療管理料の評価について、発生時に必要となった検査、注射等に対応しやすい体系とするとともに、感染症法の入院措置中であれば算定できるよう見直す。
- (16) 結核病棟入院基本料について、標準的な入院期間の患者の早期退院を促すよう評価を見直す。

I-2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

- (1) 勤務医の負担軽減をより一層推進する観点から、医師事務作業補助体制加算の加算1の評価及び当該加算の算定対象を拡充する。
- (2) 看護職員の夜勤体制について、夜勤従事者を確保する観点等から、月平均夜勤時間の計算方法を見直すとともに、月平均夜勤時間数の基準のみ満たさなくなった場合については、早期の改善を促すことに引き続き留意しつつ、算定できる入院基本料の水準等を見直す。
- (3) 夜間の看護業務の負担軽減を促進するために、以下のように看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。
 - ① 7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護職員の手厚い夜間配置の評価を充実する。
 - ② 7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を充実する。

- ③ 13 対 1 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を新設する。
- (4) 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう、看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化する。
- (5) 診療報酬制度上の常勤の取扱いについて、産前・産後休業、育児・介護休業、短時間勤務等に関する取扱いを明確化し、柔軟な勤務形態に対応する。
- (6) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について、医療機関の外にいる医師が、夜間等に迅速に診療上の判断ができる体制が整備されている場合に、配置医師に関する要件の緩和を行う。
- (7) 画像診断管理加算について、医療機関の常勤医師が夜間休日に当該医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて取り扱う。
- (8) 手術・処置の時間外等加算 1 について、病院全体で届出をする場合に限り、予定手術の前日における当直等の日数の上限を規模に応じて緩和する。
- (9) 周術期口腔機能管理を推進する上で、医療機関相互の連携等が重要であることから、以下のような見直しを行う。
- ① 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を拡充する。
- ② 病院における周術期口腔機能管理を推進する観点から、歯科を標榜している病院に係る歯科訪問診療料の要件を見直す。
- ③ がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者に対する周術期口腔機能管理料(Ⅲ)について、対象患者及び対象期間を見直すとともに、当該患者に対する周術期専門的口腔衛生処置を評価する。
- (10) 医科と歯科の連携による栄養サポートの推進を図るため、院内及び院外の歯科医師が、栄養サポートチームの一員として診療を実施した場合を評価する。

I-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

【I-3-1 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価について】

- (1) 主治医機能の評価を推進するため、地域包括診療料又は地域包括診療加算の対象となる患者の範囲を、脂質異常症、高血圧症、糖尿病以外の疾患を有する認知症患者に広げる等の拡充を行う。

- (2) 小児科のかかりつけ医機能を更に推進する観点から、継続的に受診する患者の同意の下、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価する。
- (3) 地域包括ケアシステムの中で地域完結型医療を推進する上で、定期的・継続的な口腔管理により口腔疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図るかかりつけ歯科医の機能を評価するため、以下のような見直しを行う。
 - ① エナメル質初期う蝕に対する定期的かつ継続的な管理を評価する。
 - ② 歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する定期的かつ継続的な管理を評価する。
 - ③ 口腔機能の低下により摂食機能障害を有する在宅患者に対する包括的な管理を評価する。
- (4) 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を以下のように評価する。
 - ① 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。
 - ② ①の評価に加え、地域包括診療料又は地域包括診療加算が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。
 - ③ かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能を評価するため、基準調剤加算について、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。
 - ④ 患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

【I-3-2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組の強化等について】

- (1) 特定集中治療室等の高度急性期医療を担う治療室において、薬剤関連業務を実施するために薬剤師を配置し、多職種の連携を推進している場合を評価する。
- (2) 管理栄養士が行う栄養食事指導の対象をがん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に拡大するとともに、外来・入院におけるより充実した指導を評価する。また、在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

- (3) 周術期口腔機能管理を推進するため、医療機関相互の連携等が重要であることから、以下のような見直しを行う。(I-2(9)再掲)
- ① 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を拡充する。
 - ② 病院における周術期口腔機能管理を推進する観点から、歯科を標榜している病院に係る歯科訪問診療料の要件を見直す。
 - ③ がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者に対する周術期口腔機能管理料(Ⅲ)について、対象患者及び対象期間の見直しを行うとともに、当該患者に対する周術期専門的口腔衛生処置を評価する。
- (4) 医科と歯科の連携による栄養サポートの推進を図るため、院内及び院外の歯科医師が、栄養サポートチームの一員として診療を実施した場合を評価する。(I-2(10)再掲)

【I-3-3 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組の推進について】

- (1) 退院支援の更なる推進を図るため、退院支援に積極的に取り組んでいる医療機関や医療機関間の連携に対する評価を推進する。
- ① 病棟への退院支援職員の配置を行う等、積極的な退院支援を実施している医療機関に対する評価を充実する。
 - ② 新生児特定集中治療室からの退院や地域連携診療計画を活用した医療機関間の連携について、簡素化及び更なる推進を図る観点から評価を見直す。
 - ③ 退院支援に係る評価のうち、算定回数が少ない一部の項目を廃止する。
- (2) 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援及び訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導について評価する。

I-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

- (1) 在宅医療では、比較的重症患者から軽症な患者まで幅広い患者に対し診療が行われていることから、患者の状態及び居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。
- ① 特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設を見直すとともに、名称の変更を行う。

- ② 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料について、以下のような見直しを行う。
- ア 月1回の訪問診療による管理料の新設
 - イ 重症度が高い患者の評価の拡充
 - ウ 「同一建物居住者の場合」の定義の見直し及び同一建物での診療人数による評価の細分化
- ③ 在宅患者訪問診療料に係る「同一建物居住者の場合」の評価を見直す。
- (2) 小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する観点から、機能強化型在宅療養支援診療所等の実績として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。
- (3) 在宅医療の提供体制を補完するため、外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所を評価する。
- (4) 在宅医療において、より充実した診療を行っている医療機関を評価する観点から、休日の往診及び十分な看取りの実績を有する医療機関に関する評価の充実を図る。
- (5) 在宅自己注射の適正な評価を行うため、以下のような見直しを行う。
- ① 疾患の医学管理に関する評価を踏まえつつ、現行の注射指導回数に応じた評価の差を縮小する。
 - ② 2以上の医療機関で異なる疾患に対して、同一の患者に対して当該指導管理を行った場合、それぞれの医療機関において当該指導管理料を算定できることとする。
- (6) 在宅呼吸療法の円滑な継続を図るとともに適正な評価を行うため、以下のような見直しを行う。
- ① 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、医師の判断に基づき患者が受診しない月においても、材料等に相当する費用の算定を可能とする。
 - ② 睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全を合併している患者に対するASV療法について、その有効性を踏まえ、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における評価を見直すとともに、在宅療養指導管理材料加算を新設する。
- (7) 効果的・効率的で質の高い訪問看護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 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションの実績要件を実情に即して評価するとともに、重症児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

- ② 在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保するために、病院・診療所からの訪問看護の評価の充実を行う。
 - ③ 訪問看護を指示した医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したことについて評価する。
 - ④ 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。
 - ⑤ 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍、神経難病等の利用者に限られるよう見直す。
 - ⑥ 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションからの訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所目の訪問看護ステーションが緊急訪問を実施した場合を評価する。
- (8) 歯科における効率的で質の高い在宅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 在宅を中心としつつ、地域の病院等とも連携して歯科訪問診療を実施している歯科診療所を評価する観点から、在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準及び名称の見直しを行う。
 - ② 口腔機能が低下し摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理について、包括的な評価を行う。
 - ③ 歯科訪問診療料について、歯科訪問診療の実態に即したものとするため、以下のような見直しを行う。
 - ア 同一建物で1人に対して歯科訪問診療を行う場合において、患者の全身状態等により診療時間が20分未満となる場合の評価を見直す。
 - イ 同居する同一世帯の複数の患者に対して診療をした場合等、同一の患者において2人以上歯科訪問診療を行った場合の評価を見直す。
 - ウ 歯科訪問診療を行う歯科医療機関と「特別の関係」にある施設等に訪問して歯科訪問診療を行った場合の評価を見直す。
 - ④ 同一建物において同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合等について、歯科訪問診療料の適正化を行う。
 - ⑤ 歯科訪問診療で求められる診療の重要性及び困難性を考慮し、歯科訪問診療で行う処置等について、評価を見直す。
 - ⑥ 歯科の標榜がない病院に入院中又は介護保険施設に入所中の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その評価に基づいて歯科訪問診療を行った場合を評価する。

- (9) 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。
 - ② 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、薬剤師1人が行う算定制限と、同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。
 - ③ 介護老人福祉施設に入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、当該施設を訪問して保険薬剤師が行う薬学的管理を評価する。
- (10) 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、I-4(9)②に合わせて見直す。

I-5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

- (1) 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、以下のような見直しを行う。
- ① 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の枠組みにおいて、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、最低金額は医科・歯科で異なる設定とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合(緊急の患者・公費負担医療制度の対象患者・無料低額診療事業の対象患者・HIV感染者)については、定額負担を求めない患者・ケースとする。
 - ④ その他、定額負担を求めなくて良い患者・ケースを定める。

Ⅱ 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

Ⅱ－１ かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について

- (1) 主治医機能の評価を推進するため、地域包括診療料又は地域包括診療加算の対象となる患者の範囲を、脂質異常症、高血圧症、糖尿病以外の疾患を有する認知症患者に広げる等の拡充を行う。(Ⅰ－３－１(1)再掲)
- (2) 小児外来医療について、継続的に受診する患者の同意の下、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを総合的に評価する。(Ⅰ－３－１(2)再掲)
- (3) 地域包括ケアシステムの中で地域完結型医療を推進する上で、定期的かつ継続的な口腔管理により口腔疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図るかかりつけ歯科医の機能の評価するため、以下のような見直しを行う。(Ⅰ－３－１(3)再掲)
 - ① エナメル質初期う蝕に対する定期的かつ継続的な管理を評価する。
 - ② 歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する定期的かつ継続的な管理を評価する。
 - ③ 口腔機能の低下により摂食機能障害を有する在宅患者に対する包括的な管理を評価する。
- (4) 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を以下のように評価する。(Ⅰ－３－１(4)再掲)
 - ① 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。
 - ② ①の評価に加え、地域包括診療料又は地域包括診療加算が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。
 - ③ かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算について、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。
 - ④ 患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対して丁寧な情報提供を推進する。

Ⅱ－２ 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について

- (1) 現在、署名・捺印した上で文書によって提供することが求められている診療情報提供書等について、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受することを可能とする。また、診療情報提供書と併せて検査結果・画像情報等を電子的に送受・共有する場合及び電子的に共有された検査結果・画像情報を活用した場合について評価する。
- (2) 急性期を担う医療機関の機能及び役割を適切に分析・評価するため、10対1入院基本料についても、データの提出に関する基準を新設する。
- (3) 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医師の判断により、患者の状態等に応じて、最大12か月までで受診間隔を選択し、その間の月数に応じて、次回来院時に遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を上乗せすることを可能とする。
- (4) お薬手帳については、電子版の手帳であっても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いを可能とする。

Ⅱ－３ 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

- (1) リハビリテーションの質に応じた評価を推進するため、回復期リハビリテーション病棟においてアウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。
- (2) 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算を届け出る医療機関において、入院時と退院後の医療についてつながりを保って提供できるよう、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。
- (3) 急性期における早期からのリハビリテーションの実施を促進するため、現行のADL維持向上等体制加算の評価及び施設基準を一部見直すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。
- (4) 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算及び早期リハビリテーション加算の評価を適正化する。
 - ① 慢性疾患については、原則として、初期加算及び早期リハビリテーション加算の対象としないこととする。
 - ② 疾患別リハビリテーション料における初期加算及び早期リハビリテーション加算の算定起算日を見直す。

- ③ 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。
- (5) 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションに対する評価を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。
 - (6) 医療と介護の役割分担の観点から、①要介護被保険者に対する維持期リハビリテーションの介護保険への移行を図る。移行を円滑に行う観点等から、②要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設し、③医療保険と介護保険のリハビリテーションに係る併給を拡大する。
 - (7) 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準を緩和し、心大血管疾患リハビリテーションの普及を図る。
 - (8) 社会復帰等を指向したリハビリテーションを促進するため、IADL（手段的日常生活活動）及び社会生活における活動能力の獲得のために、入院患者に対し実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める。
 - (9) 施設基準に応じて疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。
 - (10) リハビリテーション専門職が効率的に勤務できるよう、難病患者リハビリテーション料等における専従規定を緩和する。
 - (11) リンパ浮腫の患者に対する治療を充実する観点から、リンパ浮腫に対する複合的治療に係る項目の新設等を行う。
 - (12) 摂食機能療法を推進する観点から、①対象となる患者の範囲を拡大し、②経口摂取回復促進加算について、要件を緩和した新たな区分を設ける。

Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進について

公費負担医療の対象である患者等、一部負担金の支払いがない患者に対する明細書の無料発行について、更なる促進策を講じる。

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

Ⅲ－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

- (1) がん医療の更なる均てん化のため、今般整備された「地域がん診療病院」及び小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価する。
- (2) 外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価する。
- (3) 緩和ケア病棟が在宅生活を支援する役割を更に果たすことができるよう、在宅緩和ケアを受ける患者の増悪時の受入れ等、地域連携の取組等について評価する。
- (4) がん性疼痛緩和指導管理料について、がん診療に関わる全ての医師が緩和ケアに係る研修を受けることを要件とする。
- (5) 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

Ⅲ－２ 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

- (1) 身体疾患により入院した認知症患者に対する病棟の対応力及びケアの質の向上を図るため、病棟での取組及び多職種チームによる介入を評価する。
- (2) 診療所型認知症疾患医療センターの設置が開始されたことを踏まえ、診療所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。

Ⅲ－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

- (1) 退院支援職種を重点的に配置した上で、退院後の地域生活に直結した訓練、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の検討、準備等の支援を行い、長期入院患者の地域移行及び精神病床数の適正化に取り組む精神病棟への評価を新設する等、地域移行に関する評価を充実する。
- (2) 長期入院後の精神疾患の患者及び病状が不安定な患者に対する集中的な支援の普及を図るため、精神科重症患者早期集中支援管理料における障害福祉サービスを同時に利用する患者の取扱い、夜間の往診及び訪問看護の体制

- の確保等について、実態を踏まえた要件に見直す。
- (3) 長期にわたり、頻回にデイ・ケアを実施している場合について、就労・就学、障害福祉サービスの利用等を含め、より自立した生活への移行を促すよう、必要な適正化を行う。
 - (4) 身体合併症を有する精神疾患患者に対する必要な医療提供体制を確保する観点から、以下の評価を拡充する。
 - ① 精神科病院からの求めに応じ、身体合併症治療のため精神疾患患者の転院を受け入れた場合の評価
 - ② 身体症状と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ患者が救急搬送された際に、精神科医が診断治療等を行った場合の評価
 - ③ いわゆる「総合病院」において、身体合併症への対応を強化する観点から、精神病棟に、精神科の医師を手厚く配置した場合の評価
 - (5) 精神症状を有する入院患者に対する多職種での診療の普及を図るため、精神科リエゾンチーム加算について、チームを構成する看護師、精神医療の経験を有する精神保健福祉士等をより柔軟に確保できるよう、評価を充実させるとともに施設基準を見直す。
 - (6) 自殺企図により入院した重症の精神疾患の患者に対し、入院直後から退院後の一定期間、継続的に生活上の課題、精神疾患の治療上の課題等を確認し、指導を行った場合の評価を新設する。
 - (7) 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する評価を見直す。
 - (8) 児童・思春期の精神科医療の医療提供体制を確保するため、専門的な外来診療を提供している医療機関について、以下の対応を講じる。
 - ① 16歳未満の患者の精神療法について、入院医療体制を有する病院と同様、一定期間継続して評価を受けられる仕組みを設ける。
 - ② 20歳未満の患者の初診時等に、より専門的な評価や診療方針の検討を行った場合の評価を新設する。
 - (9) 薬物依存症に対し、一定の効果を有する集団認知行動療法プログラムを実施した際の評価を新設する。
 - (10) 認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減する観点から、医師の指示の下、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部分を実施する形式の療法について評価を行う。
 - (11) 精神病床における結核等の二類感染症患者の受入れ及び療養環境の確保について評価を行う。

Ⅲ－４ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

- (1) 「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行に伴い、新たに指定された指定難病について、希少で長期療養を必要とする疾病であることから、これまでの難病と同様に評価を行う。併せて、小児慢性特定疾病の患者の医学管理に関する評価を行う。
- (2) 「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行を踏まえ、指定難病の診断に必須とされている遺伝学的検査について、新たに関係学会が作成する指針に基づき実施される場合に限り、評価を行う。

Ⅲ－５ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

- (1) 重症小児の在宅移行を推進するため、小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算等、在宅医療の導入に係る項目を退院月にも算定可能とする。また、小児入院医療管理料3, 4又は5を算定している医療機関であって、重症新生児等の受入体制が整っている医療機関に関する評価の充実を図る。
- (2) 医療型短期入所サービスにおける重症児の受け入れを促進するため、入所中の医療処置等について、診療報酬上の取扱いを明確にする。
- (3) 小児慢性特定疾患治療研究事業の対象者等、長期にわたって小児科での診療を要する患者について、継続的な医療支援を確保する観点から、小児入院医療管理料の算定対象年齢の延長を行う。
- (4) 算定日数を超えて集中的な治療を行う必要性が高い児について、新生児特定集中治療室・小児特定集中治療室の算定日数上限を引き上げる。
- (5) 精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、精神疾患合併妊娠・分娩の管理を評価する。
- (6) 高齢化等により増加する救急患者の受入体制を充実するため、以下の評価を行う。
 - ① 夜間休日における再診後の緊急入院を評価する。
 - ② 二次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れの評価を充実する。
- (7) 救急医療管理加算2の対象となる状態のうち、脳梗塞でt-PA等の実施が必要な状態及び狭心症等で緊急に冠動脈の検査・治療が必要な状態を救急医療管理加算1の対象に加える等、加算1の評価をより充実するよう見直す。
- (8) 小児医療の更なる充実を図るため、小児等における生体検査、画像診断、処置及び放射線治療の実施並びに救急搬送に係る評価を見直す。

Ⅲ－６ 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

歯科医療の推進について

- (1) 患者にとって安心・安全な歯科外来診療を行うための総合的な環境整備に係る取組を推進する観点から、歯科外来環境体制加算について、初診時及び再診時の評価を見直す。
- (2) 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 全身的な疾患を有する患者の歯科治療を行う際に、治療内容等の必要に応じてバイタルサインのモニタリングを行った場合を評価する。
 - ② 糖尿病を有する患者の歯周病治療において、歯周組織の炎症の改善を図り、歯周基本治療をより効果的に行う観点から、歯周基本治療に先行して局所抗菌剤の投与が可能となるよう、医科と歯科の連携を含めて、歯周疾患処置の算定要件を見直す。
- (3) 口腔疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクを低減する観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① エナメル質初期う蝕の積極的な再石灰化を促進し、う蝕の重症化を予防する観点から、フッ化物塗布の適応の見直しを行う。
 - ② 歯周病の重症化を予防する観点から、歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する管理である歯周病安定期治療の算定要件を見直す。
- (4) 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下のような見直しを行う。
 - ① 有床義歯又は舌接触補助床を装着した患者に対して、口腔機能の客観的な評価を行うため、咀嚼機能検査等を実施した場合を評価する。
 - ② 口唇口蓋裂患者に対するホッツ床等の口腔内装置の装着を行った患者に対して、当該装置に係る調整及び指導等を実施した場合を評価する。
- (5) 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 マイクロスコープ（歯科用実体顕微鏡）及び歯科用3次元エックス線断層撮影を用いて歯の根管の数及び形態を正確に把握した上で根管治療を実施した場合を評価する。
 - ② 歯科疾患管理料を含む医学管理等において、文書提供等の要件を見直し、実態に即した評価を行う。
 - ③ 抜歯手術について、抜歯部位に応じた評価となるように難抜歯の評価を見直す。
 - ④ 補綴時診断料、平行測定検査等について、臨床の実態に即した評価となるよう見直す。

- ⑤ 義歯新製から6か月以内に実施する有床義歯内面適合法について、有床義歯修理の評価と整合性を図る。
- ⑥ 歯科用アマルガム等、歯科医療技術の進歩に伴い実施頻度が減少している技術及び新たな材料の普及により使用頻度が減少している特定保険医療材料について、廃止を含めて見直す。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、適切な評価を行う。

Ⅲ－７ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について

- (1) 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を以下のように評価する。
(I－3－1(4)再掲)
 - ① 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。
 - ② ①の評価に加え、地域包括診療料又は地域包括診療加算が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。
 - ③ かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算について、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。
 - ④ 患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対して丁寧な情報提供を推進する。
- (2) 薬剤師・薬局による対人業務の評価を充実する観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 薬剤服用歴管理指導料は、業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるため、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。ただし、調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は除く。
 - ② 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

- ③ 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。
- ア 患者宅にある服用薬を保険薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。
 - イ 現行の対象に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。
- ④ 継続的な薬学的管理を評価した服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、類似の業務内容を評価するものであることから、統合する。
- ⑤ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料や一包化加算の評価を見直すとともに、対人業務に係る①の薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。
- ⑥ お薬手帳については、電子版の手帳であっても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いを可能とする。(Ⅱ-2(4)再掲)
- ⑦ お薬手帳について、薬剤服用歴管理指導料による点数の差を設けている現行の取扱いを見直し、患者が手帳を持参して来局することで①の低い点数が算定できるようにする。
- (3) 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下のような見直しを行う。(Ⅰ-4(9)再掲)
- ① 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。
 - ② 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬剤師1人が行う算定制限及び同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。
 - ③ 介護老人福祉施設に入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬局又は当該施設において保険薬剤師が行う薬学的管理を評価する。

Ⅲ-8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「平成28年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「平成28年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。

- (2) 医薬品・医療機器の価格算定に当たって費用対効果の観点を考慮することについては、選定基準に沿って対象品目を選定し、総合的評価（アプレイザル）を実施する専門組織を新設することにより、平成 28 年度診療報酬改定において試行的導入を実施する。
- (3) 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 体外診断用医薬品の保険適用に係る取扱いについて、保険医療材料専門組織及び保険医療材料専門部会において議論を行うこととし、中医協議事規則等の変更を行う。
 - ③ 保険適用希望書が提出された体外診断用医薬品について、医療機器と同様に、保険適用希望書提出後から保険適用されるまでの間、評価療養に追加し、保険外併用療養費の支給の対象とする。
 - ④ 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。
- (4) 画像診断の適切な評価を行うため、以下のような見直しを行う。
- ① 64 列以上のマルチスライス型 CT 及び 3 テスラ以上の MRI について評価を充実するとともに、適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに多施設で共同して利用することを評価する。
 - ② ポジトロン断層撮影の施設共同利用率の要件について、更なる共同利用の推進を図る観点から要件を見直す。
- (5) 新たなコンセプトの医療材料保険適用を見据え、診療報酬の算定方法の放射線治療の部に、特定保険医療材料の節を新設する。
- (6) 保険医療機関間の連携による病理診断に関して、診療情報の提供をした上で衛生検査所等と連携を行なっている場合や、外部精度管理に参加し、かつ、複数の常勤医師により鏡検を行っている等の質の担保を行っている場合についても評価を行う。
- (7) 胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算について、以下のような見直しを行う。
- ① 胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準要件となっている「経口摂取回復率 35%以上」の要件について、当該要件と別途、施設における嚥下機能及びその回復の見込みを適切に評価できる体制並びに嚥下機能の維持・向上に対する取組に関する要件を新たに設定する。
 - ② 術前の嚥下機能検査実施の要件について、全例検査の除外対象とされている項目を見直す。

- (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 外科的手術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
 - 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の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を見直す。
 - ④ 先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施されている医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。
- (9) 医師主導治験において使用する同種同効薬の投薬及び注射に係る費用について、保険外併用療養費の支給の対象とする。

Ⅲ－９ DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

- (1) 調整係数については、今回を含め、2回の診療報酬改定において段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置き換えることとされており、平成28年度改定においても、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換える等、必要な措置を講じる。
- (2) 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて、以下のような見直しを行う。
- ① 出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」、「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
 - ② 現行の機能評価係数Ⅱの7項目（データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数、後発医薬品指数）に加え、診断群分類点数表で表現しきれない重症患者への対応を評価する「重症度指数」を導入する。また、現行の7項目についても、必要な見直しを行う。
- (3) その他
- ① 請求の仕組みについて、精緻化・簡素化の観点から必要な見直しを行う。
 - ② DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、検討に資する調査項目となるよう、簡素化を含めた必要な見直しを行う。

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

IV-1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

- (1) 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな数量シェア目標値を踏まえ要件を見直す。また、後発医薬品調剤体制加算とは別の後発医薬品使用促進策として、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤割合が高く、後発医薬品の調剤数量の割合が低い保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。
 - ② 医療機関における後発医薬品の使用促進のため、以下のような見直しを行う。
 - ア 後発医薬品使用体制加算の評価について、後発医薬品調剤体制加算と同様の計算式（新指標）に改める。
 - イ 院内処方における後発医薬品の使用促進の取組を評価する。
 - ウ DPC対象病院における後発医薬品係数の評価上限を見直す。
 - ③ 一般名での処方を促進するための評価の見直しを行う。
 - ④ 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。
- (2) 新規後発医薬品の薬価は「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とすることとされているが、「先発品の100分の50を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の40を乗じた額）」とする。
- (3) 長期収載品の薬価における、一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られていない場合の「特例的な引下げ」の対象となる後発医薬品の置換え率について、新たな数量シェア目標を踏まえ、「20%未満」、「20%以上40%未満」、「40%以上60%未満」の3区分をそれぞれ「30%未満」、「30%以上50%未満」、「50%以上70%未満」と引き上げる。

IV-2 退院支援等の取組による在宅復帰の推進について

- (1) 退院支援の更なる推進を図るため、退院支援に積極的に取り組んでいる医療機関や医療機関間の連携に対する評価を推進する。（I-3-3再掲）

- ① 病棟への退院支援職員の配置を行う等、積極的な退院支援を実施している医療機関に対する評価を新設する。
 - ② 新生児特定集中治療室からの退院や地域連携診療計画を活用した医療機関間の連携について、簡素化及び更なる推進を図る観点から評価を見直す。
 - ③ 退院支援に係る評価のうち、算定回数が少ない一部の項目を廃止する。
- (2) 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援及び訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導について評価する。(I-3-3(2)再掲)

IV-3 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

- (1) 多種類の内服薬を服用している患者について、服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、当該患者に対して処方薬剤を減少させる取組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価する。
- (2) 残薬、重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組等、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。
 - ① 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。(Ⅲ-7(2)②再掲)
 - ② 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。(Ⅲ-7(2)③再掲)
 - ア 患者宅にある服用薬を薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。
 - イ 現行の基準に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。
 - ③ 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。(I-4(9)①再掲)
 - ④ 保険医療機関と保険薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- (3) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

IV-4 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直しについて

患者本位の医薬分業を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

- (1) 現行の処方せん受付回数及び特定の保険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について拡大する。
- (2) 大型駅前薬局の評価の適正化のため、医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性等も踏まえ、規模の大きい薬局グループであって、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が極めて高い等のいわゆる大型駅前薬局については、調剤基本料の評価を見直す。
- (3) (1)又は(2)で特例の対象となった保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合には特例の対象から除外する。これに伴い、現在の特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止する。
- (4) 妥結率が低い場合に調剤基本料の特例対象とする取扱いについては、薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、一部見直す。
- (5) 調剤基本料として算定する点数が随時把握できるように、算定する基本料の点数を施設基準の内容に含め、地方厚生（支）局へ届け出ることとする。
- (6) 前述の「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」（I-3-1(4)）、「在宅薬剤管理指導業務の推進」（I-4(9)）及び「対人業務の評価の充実」（III-7）に係る調剤報酬の算定回数を踏まえ、かかりつけ機能に係る業務を一定期間行っていないと判断される薬局については評価を見直す。

IV-5 重症化予防の取組の推進について

- (1) 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行的な糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。
- (2) ニコチン依存症管理料について、標準的な回数の治療の実施を促す観点から評価を見直すとともに、若年層のニコチン依存症患者にもニコチン依存症治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和する。
- (3) 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾病について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

IV-6 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

- (1) 医薬品、医療機器、検査等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。
- (2) 検査が包括されている管理料等について、検査項目の追加等に対応して記載整備を行う。
- (3) コンタクトレンズを院内で交付する医療機関について、コンタクトレンズ検査料の見直し等により、患者の自由な選択を担保するための取組を促す。
- (4) 人工腎臓の適正な評価を行うため、以下のような見直しを行う。
 - ① 人工腎臓の評価の中に包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価を適正化する。
 - ② 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対する加算の対象となっている難病（特定疾患）について、「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行に伴い新たに指定した指定難病についても、評価の対象を拡大する。
 - ③ 在宅維持透析指導管理料について、適切な実施が行われるよう、要件の明確化を行う。
- (5) 一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 一定枚数を超えて湿布薬を処方する場合には、原則として処方せん料、処方料、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず一度に一定枚数以上投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することとする。
 - ② 湿布薬の処方時は、処方せんや診療報酬明細書に、投薬全量のほか、具体的な用量等を記載することとする。
- (6) 食品である経腸栄養用製品について、医薬品である経腸栄養用製品との給付額の均衡を図る観点から、以下のような見直しを行う。
 - ① 食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しを行う。
 - ② 特別食加算を算定できる取扱いについて見直し、食品である経腸栄養用製品のみを使用する場合には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費に含まれることとする。

厚生労働省発保0113第1号
平成28年1月13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
塩 崎 恭 久

諮 問 書

(平成28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、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項並びに持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）附則第18条の規定に基づき、平成28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「診療報酬改定について」（平成27年12月21日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙2「平成28年度診療報酬改定の基本方針」（平成27年12月7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

平成28年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

1. 診療報酬本体 +0.49%

| | | |
|-------|----|--------|
| 各科改定率 | 医科 | +0.56% |
| | 歯科 | +0.61% |
| | 調剤 | +0.17% |

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.22%

上記のほか、
・市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の
特例の実施により、▲0.28%

② 材料価格 ▲0.11%

なお、上記のほか、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

平成 28 年度診療報酬改定の基本方針

平成 27 年 12 月 7 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

(超高齢社会における医療政策の基本方向)

- いわゆる「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）に向けて、制度の持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安全・安心で質が高く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。
- 同時に、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められるとともに、健康寿命の延伸の観点から予防・健康づくりの取組が重要となってくる。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが重要である。
- また、この「超高齢社会」という問題に加えて、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、医療保険制度の持続可能性の確保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。こうした多面的な問題に対応するためには、地域の実情も考慮しつつ、平成 26 年度に設置された地域医療介護総合確保基金をはじめ、診療報酬、予防・健康づくり、更には介護保険制度も含め、それぞれの政策ツールの特性・限界等を踏まえた総合的な政策の構築が不可欠である。
- さらに、2035 年に向けて保健医療の価値を高めるための目標を掲げた「保健医療 2035」も踏まえ、「患者にとっての価値」を考慮した報酬体系を目指していくことが必要である。

(地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築)

- 「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成 30 年度（2018 年度）に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025 年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていく。
- 特に、地域包括ケアシステムや効果的・効率的で質の高い医療提供体制の整備には、質の高い人材を継続的に確保していくことが不可欠である。人口の

減少傾向や現下の人材不足の状況に鑑み、医療従事者の確保・定着に向けて、地域医療介護総合確保基金による対応との役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要である。

(経済成長や財政健全化との調和)

- 医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要。「経済財政運営と改革の基本方針 2015」や「日本再興戦略 2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や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にも留意することが必要である。

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推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点 【重点課題】

(基本的視点)

- 医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態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・協働するなど、切れ目ない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、在宅医療・訪問看護などの整備を含め、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)

- ア 医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 効果的・効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進。
- イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した医療従事者の確保・養成等と併せて、多職種の利用によるチーム医療の評価、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を進め、医療従事者の負担を軽減。

- ウ 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- ・ 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、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。
 - ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元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・薬局の機能を評価。
 - ・ 医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化。
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。
- エ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い在宅医療・訪問看護の提供体制を確保。
- オ 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化
- ・ 本年5月に成立した医療保険制度改革法も踏まえ、大病院と中小病院・診療所の機能分化を進めることについて検討。
 - ・ 外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、診療所等における複数の慢性疾患を有する患者に療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施する機能を評価。

(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

(基本的視点)

- 患者にとって、医療の安心・安全が確保されていることは当然のことであるが、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえれば、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することや、病気を治すだけでなく、「生活の質」を高める「治し、支える医療」を実現することが重要である。

(具体的方向性の例)

- ア かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- ・ 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、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)

- ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元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・薬局の機能を評価。(再掲)

イ 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進

- ・ 情報通信技術（ICT）が一層進歩する中で、患者や医療関係者の視点に立って、ICTを活用した医療連携による医療サービスの向上の評価を進めるとともに、医療に関するデータの収集・利活用を推進することで、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

ウ 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を進め、患者の早期の機能回復を推進。

(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

(基本的視点)

- 国民の疾病による死亡の最大の原因となっているがんや心疾患、肺炎、脳卒中に加え、高齢化の進展に伴い今後増加が見込まれる認知症や救急医療など、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野については、国民の安心・安全を確保する観点から、時々の診療報酬改定においても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)

- 上記の基本的視点から、以下の事項について検討を行う必要。
 - ア 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - イ 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
 - ウ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
 - エ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
 - オ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
 - カ 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
 - キ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
 - ク 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価 等

(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

(基本的視点)

- 今後、医療費が増大していくことが見込まれる中で、国民皆保険を維持するためには、制度の持続可能性を高める不断の取組が必要である。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、医療費の効率化・適正化を図ることが求められる。

(具体的方向性の例)

- ア 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
 - ・ 後発品の使用促進について、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな目標の実現に向けた診療報酬上の取組について見直し。
 - ・ 後発医薬品の価格適正化に向け、価格算定ルールを見直し。
 - ・ 前回改定の影響を踏まえつつ、現行の長期収載品の価格引下げルールの要件の見直し。
- イ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。(再掲)
- ウ 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など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、残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬の削減を推進。
- エ 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
 - ・ 服薬情報の一元的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・薬局の機能を評価するとともに、かかりつけ機能を発揮できていないいわゆる門前薬局の評価の適正化等を推進。
- オ 重症化予防の取組の推進
 - ・ 重症化予防に向けて、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。
- カ 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。
 - ・ また、医薬品や医療機器等の費用対効果評価の試行的導入について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 地域医療構想を踏まえた第7次医療計画が開始される平成30年度に向け、実情に応じて必要な医療機能が地域全体としてバランスよく提供されるよう、今後、診療報酬と地域医療介護総合確保基金の役割を踏まえながら、診療報酬においても必要な対応を検討すべきである。
- 平成30年度の同時改定を見据え、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療の普及や情報通信技術（ICT）の活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討を行う必要がある。
- 患者にとって安心・納得できる医療を提供していくためには、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくしていくための取組を継続していくことが求められる。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。
- 国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア・セルフメディケーションの推進、保険外併用療養の活用等について広く議論が求められる。

平成27年12月2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
花 井 十 伍
石 山 惠 司
松 浦 満 晴
榊 原 純 夫

平成28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

- わが国は、急速な高齢化の進展に伴い、医療費は増加の一途を辿り、25年度にはついに国民医療費が40兆円を超えた。今後、一段と高齢化が加速する中にあるのは、さらなる増加は避けられない状況にある。
- 国内経済は、足もとでは緩やかな回復基調が続いているものの、政府の掲げる強い経済の実現には未だ道半ばである。医療費を含めた国民の社会保障費負担の増加を抑制しなければ、労働者の手取賃金の伸びが抑えられ、消費の下押し要因となるほか、企業においても事業コストの増大に直結することから、国内外からの投資が減退し、経済成長が大きく鈍化するのではないかと懸念される。
- このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針2015」において、社会保険料を含む国民の負担増は極力抑制するとの方向性の中で「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引き上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめること」を目指すこととしている。
- 医療保険者の財政は、保険料収入の伸びを上回る医療費の伸びに加え、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増大などにより深刻な状況に陥っている。被用者保険では、20年度の現行制度創設以降、大幅な保険料率の

引き上げを余儀なくされ、被保険者に重い負担を求めることで、財政危機をしのいでいるが、今後さらなる引き上げも懸念される。また、国民健康保険においても、依然として財政状況は窮迫しており、今次法改正により財政運営主体等の見直しとともに消費税財源を用いて財政支援の拡大措置がとられた。

- 一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、一部の病院の経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、医療機関等の経営は全体としては中期的におおむね堅調に推移していると思われる。足もとで賃金・物価に改善傾向が見られるとしても、長年に亘り賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、次期改定において患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引き上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られないものと考えられる。
- このため、28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、26年度改定と同様に薬価・特定保険医療材料改定分（引き下げ分）を診療報酬本体に充当せず、国民に還元する必要がある。
- 28年度改定にあたっては、医療機能に応じた入院医療の評価として急性期をはじめ患者の状態像に応じた適切な評価や在宅医療の充実を図るほか、医薬品等への費用対効果評価の導入、いわゆる「かかりつけ薬剤師」の機能の発揮などによる残薬解消や多剤投与の是正、調剤報酬の適正化、新たな目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として効率的で質の高い医療提供体制の構築と医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきである。また、その中で前回改定において重点的に取り組んだ入院および外来医療の機能分化・強化、連携の推進、長期入院の適正化、主治医機能の強化などの効果を検証し、さらに促進するための施策を講じるべきである。
- 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28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

中川俊男

松原謙二

万代恭嗣

猪口雄二

遠藤秀樹

安部好弘

◇ 実調の結果を見ると医療機関等の経営は悪化傾向

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。前回診療報酬改定が実質▲1.26%のマイナス改定であったことや、消費税率引き上げに伴う補填も同時に行われたため、多額の設備投資等があり、控除対象外消費税負担が大きい医療機関では、補填が十分ではなく、経営悪化に繋がったと見られる。

◇ 超高齢社会に対応するため、地域包括ケアシステムの確立を含め、国民の安心・安全の基盤のためには過不足ない財源投入が必要

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年に、持続可能な社会保障制度を実現するためには、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護を提供できるよう地域包括ケアシステムの確立も重要である。

あと10年という短期間の中で、地域における医療資源を有効活用しながら、超高齢社会にふさわしい医療機能の分化・連携体制をさらに推進するためには、継続して改革を進めなければならない。国民の安心・安全の基盤のためには、過不足ない財源投入が必要である。

◇ 医療には経済波及効果、雇用創出効果もあり、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

国民が適切な医療を受けるためには、過不足のない診療報酬の確保が重要である。また、診療報酬は国民皆保険体制の中で、実質的に医業経営の原資を司るものであり、医業の再生産の可能性を左右し、ひいては医療提供体制の存続に直結する。

医療用消耗品や医療機器などの価格は、技術料から包括して償還されており、価格が上昇したことにより、結果として人件費が圧迫された。医療機関の費用構造における人件費の割合は、2000年の50.2%から、2012年は46.4%へと大きく減少している。

アベノミクスの成果により、1人平均月間現金給与総額は2009年を100とすると、2014年は製造業が109.3、全産業で100.4であるのに対し、医療は98.0に落ち込んでいる。また、2010年と比べて2014年は、物価は消費税率の引き上げも含めて2.8%、賃金は2.4%

と大きく上昇している。

11月24日に開催された経済財政諮問会議では甘利経済財政政策担当大臣から「希望を生み出す強い経済実現に向けた緊急対策（案）」が出され、「賃金・最低賃金引き上げを通じた消費の喚起」が提案された。

医療には全国で約300万人以上が従事しており、特に地方において雇用誘発効果が高くなっている。医療機関が経営的にも安定し、給与等の形で医療従事者に還元されれば、特に地方の経済も活性化し、地方創生への多大な貢献につながるものと期待できる。したがって、医療において適切な財源を確保することにより、甘利大臣が提案するように賃金引き上げを通じて消費の喚起が期待できる。

◇ 薬価等引き下げ分は本体改定財源に充当すること

薬価差は、制度発足時に十分な技術評価ができなかったことから生じたものであり、その不足分に相当する潜在的技術料である。薬価改定財源は、1972年の中医協の「建議」以来、診療報酬へ充当されてきた経緯があり、歴代の厚生大臣や総理も薬価改定財源を技術料に充当されるべきと述べている。また、健康保険法では、診察、薬剤の支給、処置などの療養の給付を受けることができるとされており、健康保険法において薬剤は診察等と不可分一体である。その財源を切り分けることは不適當である。

◇ 医療界も改革すべき点は改革しながら

社会保障費は医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれるため、時代に即した改革が必要である。未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持し、持続可能な社会保障を実現するためには、我々医療側から、財政主導ではなく、過不足ない医療提供ができる適切な医療環境の整備を提言していかなければならないと考えている。

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、国民に適切な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。さらに、そこから国民に医療提供するために不可欠な医療の進歩に伴う設備投資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。

今回、マイナス改定を行うことになれば医療崩壊の再来を招くことになる。政府は必要財源を確保し、診療報酬本体はプラス改定とするべきである。

平成 28 年度診療報酬改定について

平成 27 年 12 月 11 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 28 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 20 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 8.8%、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 7.9%であった。

3. 平成 28 年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、2025 年（平成 37 年）に向けて、制度の持続可能性を確保し、国民皆保険を堅持しながら、高齢化の進展に伴うニーズの変化に対応して、国民がその状態に応じた安全で安心な質の高い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 28 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、連携を含め、在宅医療や訪問看護の整備を進め、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 28 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、政府の掲げる強い経済の実現は未だ道半ばであり、医療保険者の財政は深刻な状況に陥っている一方で、医療経済実態調査の結果では、医療機関等の経営は全体としてはおおむね堅調に推移していること、足下で賃金・物価に改善傾向が見られるとしても、長年に亘り賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られないことから、28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、26年度改定と同様、薬価・特定保険医療材料価格の引下げ分を診療報酬本体に充当せず、国民に還元すべきとの意見であった。

- 一方、診療側は、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、超高齢社会に対応し、地域包括ケアシステムの確立を含め、国民の安心・安全の基盤を整備するためには、過不足ない財源投入が必要であること、医療には経済波及効果、雇用創出効果もあり、アベノミクスの成果による賃金上昇を医療従事者にももたらす必要があることから、必要な財源を確保し、診療報酬本体はプラス改定とすべきとの意見であった。

また、薬剤と診察等とは不可分一体で、その財源を切り分けることは適当でなく、薬価等の引下げ分は本体改定財源に充当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28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。