

第 269 回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）
議事次第

平成 26 年 1 月 24 日（金）13 時～15 時
於 宮城県仙台市（東京エレクトロンホール宮城 大ホール）

議 題

- 平成 26 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

中央社会保険医療協議会総会名簿

平成26年1月7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	矢内 邦夫 白川 修二 花井 圭子 花井 十伍 石山 恵司 田中 伸一 伊藤 文郎	全国健康保険協会東京支部長 健康保険組合連合会専務理事 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改革部会部会長代理 全日本海員組合副組合長 愛知県津島市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	鈴木 邦彦 安達 秀樹 中川 俊男 万代 恭嗣 長瀬 輝誼 堀 憲郎 三浦 洋嗣	日本医師会常任理事 日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長 日本医師会副会長 日本病院会常任理事 日本精神科病院協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	印南 一路 牛丸 聡 関原 健夫 西村 万里子 野口 晴子 ◎ 森田 朗	慶應義塾大学総合政策学部教授 早稲田大学政治経済学術院教授 公益財団法人日本対がん協会常務理事 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 学習院大学法学部教授
4. 専門委員	藤原 忠彦 福井 トシ子 宮島 喜文 丹沢 秀樹	長野県川上村長 日本看護協会常任理事 日本臨床衛生検査技師会会長 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することができます。）。
- 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。

1階 (1,206席)

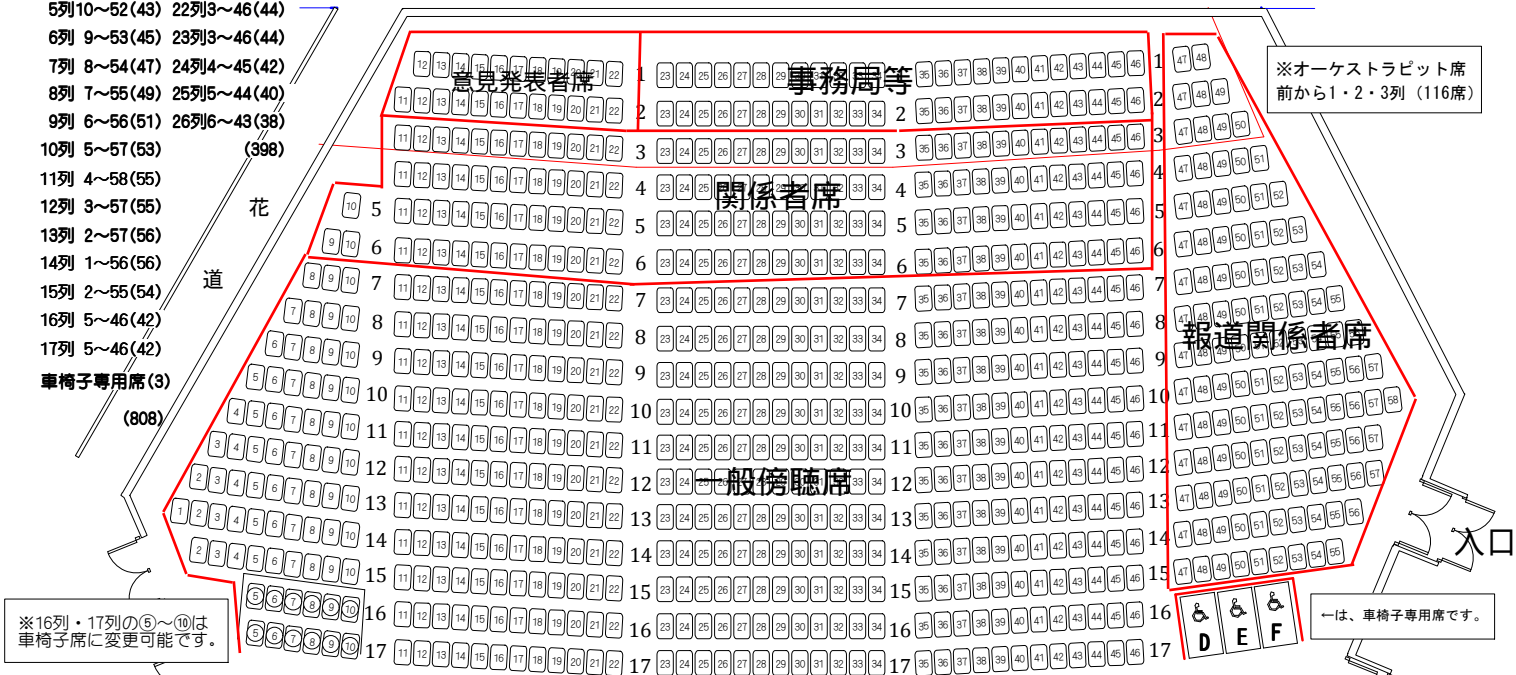
- 1列12~48(37) 18列1~48(48)
- 2列11~49(39) 19列1~48(48)
- 3列11~50(40) 20列1~48(48)
- 4列11~51(41) 21列2~47(46)
- 5列10~52(43) 22列3~46(44)
- 6列 9~53(45) 23列3~46(44)
- 7列 8~54(47) 24列4~45(42)
- 8列 7~55(49) 25列5~44(40)
- 9列 6~56(51) 26列6~43(38)
- 10列 5~57(53) (398)
- 11列 4~58(55)
- 12列 3~57(55)
- 13列 2~57(56)
- 14列 1~56(56)
- 15列 2~55(54)
- 16列 5~46(42)
- 17列 5~46(42)
- 車椅子専用席(3) (808)

東京エレクトロンホール宮城座席表

2012.4/1現在

〒980-0803
 仙台市青葉区国分町3-3-7
 TEL 022-225-8641 FAX 022-223-8728
 URL:http://www.miyagi-hall.jp/

(舞 台)



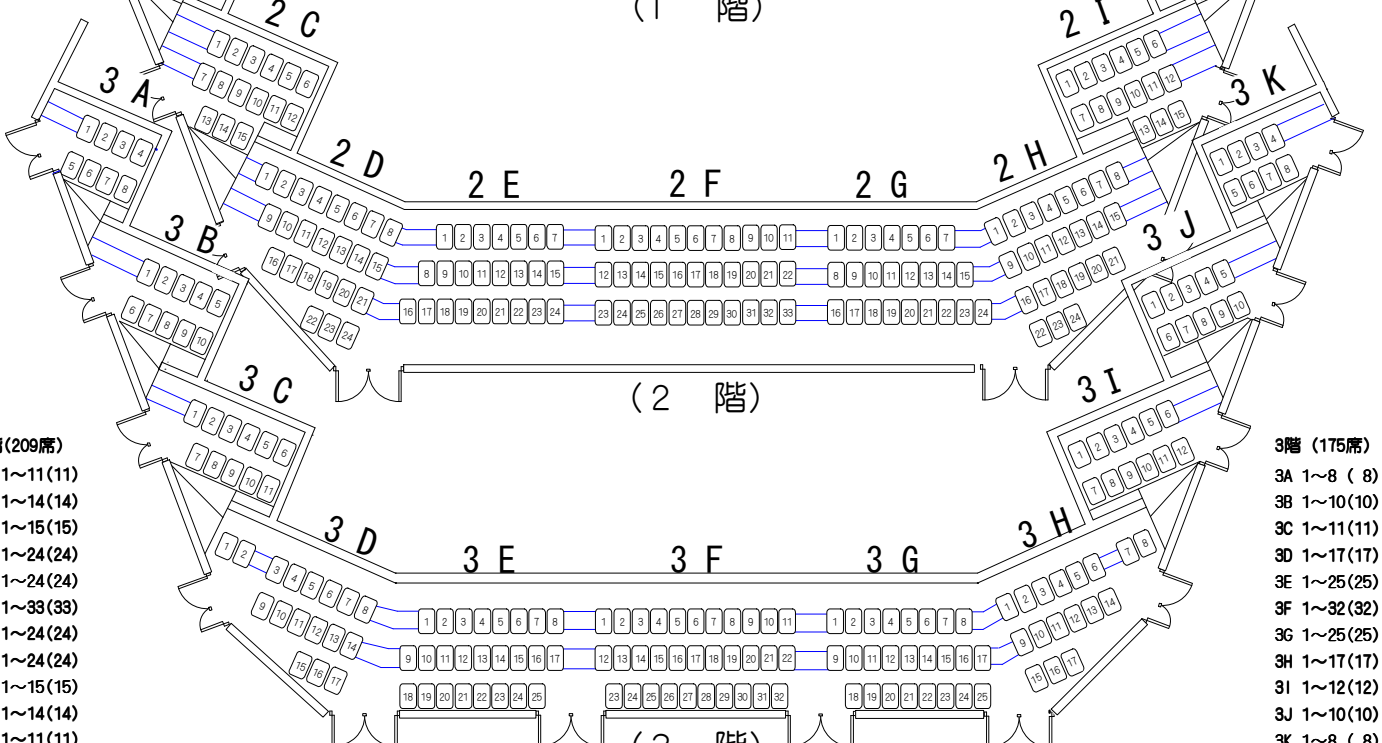
※16列・17列の5~10は
 車椅子席に変更可能です。

※オーケストラピット席
 前から1・2・3列 (116席)

—は、車椅子専用席です。



(1 階)



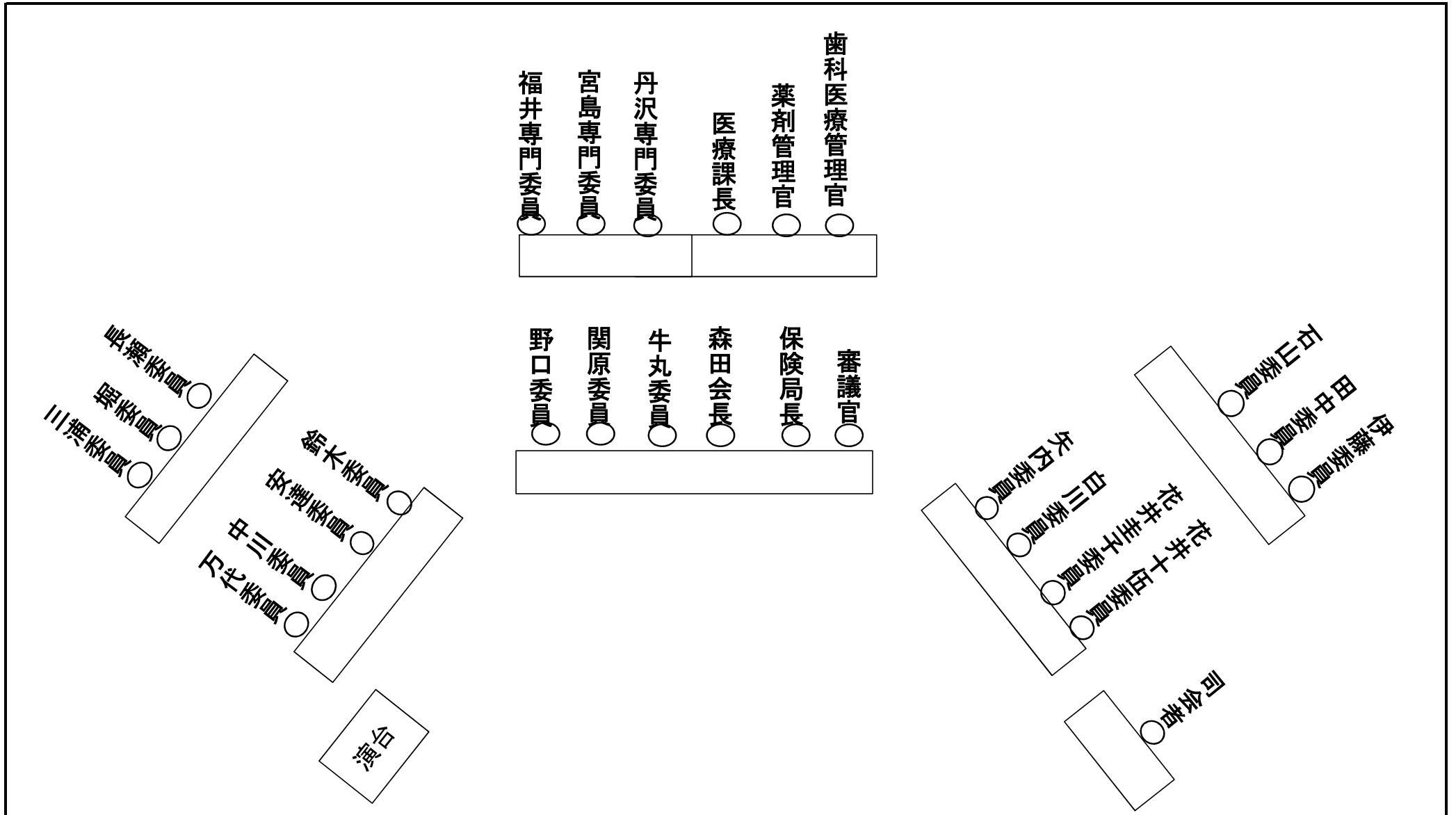
(2 階)

- 2階(209席)
- 2A 1~11(11)
- 2B 1~14(14)
- 2C 1~15(15)
- 2D 1~24(24)
- 2E 1~24(24)
- 2F 1~33(33)
- 2G 1~24(24)
- 2H 1~24(24)
- 2I 1~15(15)
- 2J 1~14(14)
- 2K 1~11(11)

- 3階 (175席)
- 3A 1~8 (8)
- 3B 1~10(10)
- 3C 1~11(11)
- 3D 1~17(17)
- 3E 1~25(25)
- 3F 1~32(32)
- 3G 1~25(25)
- 3H 1~17(17)
- 3I 1~12(12)
- 3J 1~10(10)
- 3K 1~8 (8)

(3 階)

中央社会保険医療協議会総会(公聴会)座席図



平成26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26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25年12月6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26年度診療報酬改定の基本方針」に則して行っている。

【目次】

重点課題1 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1-1	入院医療について	
1-1-1	高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価について	3
1-1-2	長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化について	4
1-1-3	急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について	5
1-1-4	地域の実情に配慮した評価について	5
1-1-5	有床診療所における入院医療の評価について	6
1-2	外来医療の機能分化・連携の推進について	6
1-3	在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	7
1-4	医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	9

<u>I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</u>	
I-1	緩和ケアを含むがん医療の推進について・・・・・・・・・・ 11
I-2	精神疾患に対する医療の推進について・・・・・・・・・・ 11
I-3	認知症への対策の推進について・・・・・・・・・・ 13
I-4	救急医療、小児医療、周産期医療の推進について・・・・・・・・ 13
I-5	リハビリテーションの推進について・・・・・・・・・・ 14
I-6	歯科医療の推進について・・・・・・・・・・ 16
I-7	的確な投薬管理・指導の推進について・・・・・・・・・・ 17
I-8	手術等の医療技術の適切な評価・・・・・・・・・・ 17
I-9	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価に ついて・・・・・・・・・・ 18
I-10	DPCに基づく急性期医療の適切な評価について・・・・・・・・ 18
<u>II 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点</u>	
II-1	患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ 提出等の推進について・・・・・・・・・・ 19
II-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化・・・・・・・・・・ 20
II-3	入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について・・・ 20
<u>III 医療従事者の負担を軽減する視点</u>	
III-1	救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価に ついて・・・・・・・・・・ 21
III-2	チーム医療の推進について・・・・・・・・・・ 21
<u>IV 効率化余地がある分野を適正化する視点</u>	
IV-1	後発医薬品の使用促進策について・・・・・・・・・・ 23
IV-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて・・・・・・・・ 23
IV-3	平均在院日数の減少等について・・・・・・・・・・ 24
IV-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価・・・・・・・・ 24
IV-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等・・・・・・・・・・ 24
<u>V 消費税率8%への引上げに伴う対応・・・・・・・・ 25</u>	

【重点課題1】医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

重点課題1-1 入院医療について

【1-1-1 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価について】

- (1) 病床の機能分化を図る観点から、7対1、10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟をはじめとする急性期を担う病棟について以下のような見直しを行う。
- ① 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。
 - ② 入院患者をより適切に評価する必要があることから、重症度・看護必要度について以下のような見直しを行う。
 - ア 「重症度・看護必要度」という名称を「重症度、医療・看護必要度」と変更し、評価項目の見直しを行う。また、専門病院入院基本料等(悪性腫瘍7割以上)について評価基準の見直しを行う。
 - イ 特定集中治療室管理料(ICU)について、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うとともに、重症度の評価方法の変更にあわせて、評価基準の見直しを行う。
 - ウ ハイケアユニット入院医療管理料についても、急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、重症度・看護必要度の項目等の見直しを行い、重症度の評価方法の変更にあわせて、評価基準の見直しを行う。
 - ③ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な手術・検査が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料の対象となる手術を拡大するとともに、一部の検査についても対象とする。また、包括範囲を含む評価のあり方を見直すとともに、当該評価の対象となる患者の平均在院日数の計算方法について、見直しを行う。
 - ④ 7対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、自宅等に退院した患者の割合に関する基準を新設する。
 - ⑤ 7対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、DPCデータの提出に関する基準を新設する。

- (2) 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
- (3) 新生児医療について適切な評価を行う観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 出生体重が1,500g以上の新生児であっても、一部の先天奇形等を有する患者について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限の見直しを行う。
 - ② 新生児特定集中治療室管理料1等の施設基準について、出生体重1,000g未満の患者の診療実績等の基準を新設する。また、新生児特定集中治療室管理料2についても、出生体重2,500g未満の患者の診療実績に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。
- (4) 小児特定集中治療室管理料における評価のあり方について、実態を踏まえて、必要な見直しを行う。

【1-1-2 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化について】

- (1) 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。(重1-1-1(1)①再掲)
- (2) 療養病棟等における透析患者、超重症児(者)等の受入を促進するため、療養病棟の慢性維持透析患者等に対する診療の評価を新設するとともに、超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算について療養病棟等における算定対象患者の拡大と、一般病棟における算定日数の見直しを行う。
- (3) 療養病棟における在宅復帰機能を評価する観点から、一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

【1-1-3 急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について】

- (1) 急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、現在の亜急性期入院医療管理料について、①一定の重症度・看護必要度基準を満たす患者の診療実績、②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること、③在宅復帰率の実績、④診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した上で、評価体系全般の見直しを行う。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟について、患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進するため、以下のような見直しを行う。
 - ① 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。
 - ② 回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。
 - ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、重症度・看護必要度の項目等の見直しを踏まえて、評価のあり方を見直す。
 - ④ 患者に適したリハビリテーションを実施するため、患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を踏まえた上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

【1-1-4 地域の実情に配慮した評価について】

- (1) 医療資源の乏しい地域について、対象医療圏は変更せずに、地域の実情に配慮して平成24年度診療報酬改定で行った対応に加えて以下のような評価を行う。
 - ① 亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直しを踏まえて、その要件を緩和した評価を新設する。
 - ② チーム医療等に関する専従要件等の緩和等を行い、それに応じた評価を新設する。
 - ③ 特定一般病棟入院料について、新たに一般病棟が1病棟のみの病院についても対象とする。

- (2) 平成 24 年度診療報酬改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に係る経過措置について、実態を踏まえて検討を行う。

【1-1-5 有床診療所における入院医療の評価について】

- (1) 有床診療所は地域で急変した患者を受け入れる機能をはじめとして、高齢者の受入れ、看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等、地域包括ケアシステムの中で多様な機能を担っていることを踏まえて、以下のような見直しを行う。
- ① 緊急時の入院が多い有床診療所ほど、看護職員や看護補助者の確保が負担となっていることから、有床診療所入院基本料の看護配置加算等について評価の見直しを検討する。
 - ② 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所について、有床診療所入院基本料の評価の見直しを検討する。
- (2) 有床診療所における管理栄養士の確保状況を踏まえて、入院患者の栄養管理の評価について以下のような見直しを行う。
- ① 平成 24 年度診療報酬改定で有床診療所の入院基本料に包括化された栄養管理実施加算について、有床診療所では管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえて、包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。
 - ② 有床診療所の入院患者の栄養管理を推進するため、常勤の管理栄養士の確保が難しい有床診療所について、栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

重点課題 1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について

- (1) 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、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を行う。
- (2) 特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院（以下「特定機能病院等」という。）の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く 500 床以上の病院（一部を除く。）についても、紹介率・

逆紹介率を高める取り組みの推進を行う。

- ① 特定機能病院等の紹介率・逆紹介率の診療報酬上の基準について見直しを行う。
- ② 特定機能病院等を除く 500 床以上の病院（一部を除く。）について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。
- ③ 紹介率・逆紹介率の低い大病院について、長期投薬の適正化を検討する。

重点課題 1－3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

- (1) 機能を強化した在宅療養支援診療所（以下「在支診」という。）又は在宅療養支援病院（以下「在支病」という。）に関する施設基準について、実績要件の見直しを行うとともに、複数の医療機関が連携している場合について、各医療機関それぞれの実績に関する基準を新設する。
- (2) 常勤医師は 3 名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。
- (3) 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。
- (4) 在宅医療を担う医療機関の量的確保を図るとともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を推進する。
 - ① 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、在支診・在支病以外の在宅医療を担う医療機関の評価を行う。
 - 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、同一建物における同一日の複数訪問時の点数を新設し、適正化を行う。
 - ③ 在宅患者訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における同一日の評価の適正化を行う。

- ④ 保険医療機関等が経済的誘引により不適切に患者紹介を受けることを禁止する。
- (5) 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等を行っている機能の高い訪問看護ステーションについて評価を行う。
- (6) 介護保険の訪問看護を受けている患者に対し、点滴注射を一定程度行った場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるよう評価の見直しを行う。
- (7) 在宅療養に必要な衛生材料等について、訪問看護ステーションから主治医に報告し、在宅療養中の患者に対し、必要な衛生材料等が提供できるようにするとともに、主治医が「衛生材料を供給できる体制を有している」旨を届出しており、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に対して、必要な衛生材料等の種類や量について指示し、患者宅等へ提供される仕組みを整備する。
- (8) 訪問看護ステーションにおいて褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等の報告や、訪問看護を利用している患者に対する褥瘡のリスク評価の実施を求める。
- (9) 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。
- (10) 在宅自己注射指導管理料について、実態を踏まえて評価の見直しを行う。
- (11) 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。
- (12) 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。

- (13) 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。
- (14) 歯科訪問診療が20分未満であった場合の歯科訪問診療の評価体系を見直すとともに、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。
- (15) 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
- ① 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。
 - ② 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。
- (16) 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、以下の対応を行う。
- ① 医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。
 - ② 無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。
- (17) チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

重点課題1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

- (1) 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、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

価を行う。(重1-2(1)再掲)

(2) 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(以下「特定機能病院等」という。)の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の病院(一部を除く。)についても、紹介率・逆紹介率を高める取り組みの推進を行う。

① 特定機能病院等の紹介率・逆紹介率の診療報酬上の基準について見直しを行う。(重1-2(2)①再掲)

② 特定機能病院等を除く500床以上の病院(一部を除く。)について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。(重1-2(2)②再掲)

③ 紹介率・逆紹介率の低い大病院について、長期投薬の適正化を検討する。(重1-2(2)③再掲)

(3) 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。(重1-3(3)再掲)

(4) 要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションについて、医療と介護の役割分担の観点から、以下のような見直しを行う。

① 要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を原則として平成28年度改定までに限り延長する。なお、次回改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。

② 維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。

- (5) 介護保険事業所等だけではなく、特定の研修を受けた教員によって喀痰吸引等が行われる特別支援学校等の学校に対して、保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の評価を行う。
- (6) 周術期における口腔機能管理を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、周術期における口腔機能管理が必要な患者に対して、歯科を標榜していない医科医療機関から歯科医療機関への情報提供を評価するとともに、歯科医師による周術期の口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料を評価する等、周術期口腔機能管理の充実を図る。

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 緩和ケアを含むがん医療の推進について

- (1) がん患者に対する精神的なケアや抗がん剤の副作用管理等の重要性が増してきていることを踏まえて、がん患者の継続的な管理指導に対する評価を新設する。
- (2) 外来化学療法加算について、加算の対象となる投与方法の拡大等に伴い、入院で行う必要のない化学療法を外来で実施するための体制に対する評価という本来の趣旨が不明瞭になりつつあること、対象薬剤が不明確との指摘があること、一部の薬剤が在宅自己注射指導管理料の対象薬剤にも含まれていること等を踏まえて、評価のあり方について見直しを行う。
- (3) 在宅自己注射指導管理料について、実態を踏まえて評価の見直しを行う。
(重 1-3 (10) 再掲)

I-2 精神疾患に対する医療の推進について

- (1) 精神病床の機能分化を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 精神科急性期治療病棟入院料について、密度の高い医療を提供し、平均在院日数の短縮を図る観点から、医師を重点的に配置した場合の評価を新設する。

- ② 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいて医療を提供した場合の評価を新設する。
 - ③ 精神療養病棟入院料において入院患者の病態が比較的安定していること、精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束等が少ないこと等を踏まえて、精神保健指定医の配置基準等について見直しを行う。
 - ④ 精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料について、平均在院日数の短縮を図る観点から、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。
 - ⑤ 精神科救急入院料等について、措置入院、緊急措置入院及び応急入院が全体として減少している現状を踏まえて、これらの実績要件等を見直す。
- (2) 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着を推進する観点から、以下のよう
な見直しを行う。
- ① 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する
観点から、24 時間体制の多職種チームによる在宅医療について評価を新
設する。
 - ② 在宅で行われる通院・在宅精神療法について、精神科の在宅医療の診療
時間が長いことを踏まえて、長時間診療の評価を新設する。
 - ③ 精神科デイ・ケア等を1年以上利用している患者は、手段的日常生活動
作（IADL）がほぼ横ばいとなっていることから、長期間にわたり精神科デ
イ・ケア等を提供している場合の評価を見直す。
- (3) 身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療を推進する観点から、以
下のような見直しを行う。
- ① 精神科救急・合併症入院料について、精神科単科病院から受け入れた患
者等についても算定できるよう見直しを行う。また、手術等により一時期
ICU 等で治療を受けた後に再入棟した場合についても算定できるよう見直
しを行う。
 - ② 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が、精神疾患を発症し、
当該医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満
加算を算定できるよう見直しを行う。
 - ③ 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身
体合併症管理加算の評価のあり方について検討を行う。

- (4) 適切な向精神薬の投薬を推進する観点から、通院・在宅精神療法等について、向精神薬を多剤処方した場合について適正化を行う。
- (5) 通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価において、児童・思春期の精神疾患患者に適切な医療を提供するため、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者も含めた適切な指導等を行うことについて検討を行う。

I-3 認知症への対策の推進について

- (1) 重度認知症加算について、認知症の行動・心理症状（BPSD）の改善に要する期間が概ね1か月であることを踏まえて、評価の見直しを行う。
- (2) 認知症治療病棟入院料等において、患者の早期回復を図るため、精神症状や行動異常の改善を目的とした、短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

- (1) 救急医療について、評価対象の明確化等を行うとともに、精神疾患を合併する救急患者等の受入の推進を図る。
- ① 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があることを踏まえ、適正化の観点から評価の見直しを行う。
 - ② 救命救急入院料における急性薬毒物中毒患者の評価について、基準が不明確であることから評価を見直すとともに、算定可能な施設の対象を拡大する。
 - ③ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者について、搬送先医療機関の決定に時間がかかることを踏まえて、受入を促進するための見直しを行う。
 - ④ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。（重1-3(3)再掲）

- (2) 在宅医療を含む小児医療を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。(重1-3(11)再掲)
 - ② 小児科外来診療料について高額な薬剤を用いた場合の評価のあり方等について見直しを行う。
- (3) 小児特定集中治療室管理料における評価のあり方について、実態を踏まえて、必要な見直しを行う。(重1-1-1(4)再掲)
- (4) 新生児医療について適切な評価を行う観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 出生体重が1,500g以上の新生児であっても、一部の先天奇形等を有する患者について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限の見直しを行う。(重1-1-1(3)①再掲)
 - ② 新生児特定集中治療室管理料1等の施設基準について、出生体重1,000g未満の患者の診療実績等の基準を新設する。また、新生児特定集中治療室管理料2についても、出生体重2,500g未満の患者の診療実績に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。(重1-1-1(3)②再掲)
- (5) NICUに長期入院している児もいることから、NICUをもつ医療機関から後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、以下のような見直しを行う。
- ① 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院早期から退院調整を開始すること等、評価の見直しを行う。
 - ② 周産期医療センター等と連携して、NICUに入院していた児の転院を受け入れる医療機関について、自宅への退院に向けた調整を行った場合の評価を新設する。

I-5 リハビリテーションの推進について

- (1) リハビリテーションの早期からの実施による入院中のADL低下の防止や、リハビリテーションを提供している患者の入院から外来への円滑な移行を推進するため、以下のような見直しを行う。

- ① 急性期病棟に入院している患者について、ADL の低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーションスタッフの配置等についての評価を新設する。
 - ② 疾患別リハビリテーションの初期加算等について、外来への早期移行を推進する観点から、一部の疾患について評価のあり方を見直す。
 - ③ 運動器リハビリテーション料Ⅰについて、外来への早期移行を推進する観点から、評価のあり方について見直しを行う。
- (2) 廃用症候群に対するリハビリテーションにおける対象患者の明確化や評価の適正化等を含め、疾患別リハビリテーション等の適切な評価を行うために必要な見直しを検討する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟について、患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進するため、以下のような見直しを行う。
- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰを算定する病棟において、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。(重1-1-3(2)①再掲)
 - ② 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰの休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。(重1-1-3(2)②再掲)
 - ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰについて、重症度・看護必要度の項目等の見直しを踏まえて、評価のあり方を見直す。(重1-1-3(2)③再掲)
 - ④ 患者に適したリハビリテーションを実施するため、患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を踏まえた上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。(重1-1-3(2)④再掲)
- (4) 要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションについて、医療と介護の役割分担の観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を原則として次回改定までに限り延長する。なお、次回改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き

確認する。(重1-4(4)①再掲)

- ② 維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。
(重1-4(4)②再掲)

I-6 歯科医療の推進について

- (1) 全身的な疾患を有し、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直す。
- (2) 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
- ① 小児期において、正常な口腔機能の獲得・成長を促すために、第一乳臼歯の早期喪失症例に対する小児保隙装置を評価するとともに、外傷による歯の欠損症例に対する小児義歯を評価する。
- ② 成人期において、口腔機能の維持・向上を図るために、舌接触補助床等の床装置を用いた訓練を評価するとともに、歯周治療用装置については、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。
- ③ その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化や評価の位置づけの見直しを行うとともに、口腔機能の管理等に係る文書提供等については患者の視点と事務負担を考慮して適切に対応を行う。
- (3) 歯の喪失のリスク増加に着目して、以下の対応を行う。
- ① 歯周病の病状安定後の包括評価である歯周病安定期治療の評価体系を一口腔単位から歯数単位に見直す。
- ② 根面う蝕については、自立度が低下した在宅等で療養を行っている者の初期根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布の評価を行う。
- ③ 根管治療については、治療の実態に合わせて適正に評価を行う。
その他、口腔機能の維持・向上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。
- (4) 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。(重1-3(12)再掲)

- (5) 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。
(重 1 - 3 (13) 再掲)

I - 7 的確な投薬管理・指導の推進について

- (1) 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。(重 1 - 3 (15)① 再掲)
- (2) チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。(重 1 - 3 (17) 再掲)
- (3) お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前とするよう見直す。

I - 8 手術等の医療技術の適切な評価

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術、専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

- (1) 現状に即した外科的手術の適正な評価を行うため、最新の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。
- (2) 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の見直しを行う。

- (3) 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し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。
- (4) 胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価の新設、高い割合で経口摂取可能な状態に回復させている場合の摂食機能療法の評価の充実等を行う。

I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション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 26 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 26 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。
- (2) 新たに区分 C2（新機能・新技術）又は E3（新項目）として保険適用された医療機器や検体検査に伴う技術料を適切に設定し、評価するとともに、その他の医療機器や医薬品に係る管理料等についても、診療上の使用実態を踏まえて適切な評価を行う。
- (3) 技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。

I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）について以下のような見直しを行う。

- (1) 調整係数については、今回を含め、3 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に置換えることとされており、平成 26 年度改定においても、調整部分の 50%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 機能評価係数Ⅰ

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 機能評価係数Ⅱ

現行の機能評価係数Ⅱの6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）に加え、後発医薬品の使用割合による評価方法である「後発医薬品指数」を導入する。

また、現行の6項目についても、必要な見直しを行う。

(3) その他

① 3日以内に再入院した際に一連の入院と見なすルール、持参薬の取り扱い等、現行のDPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について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、DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須とする等、必要な見直しを行う。

Ⅱ 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

Ⅱ-1 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について

(1) がん患者に対する精神的なケアや抗がん剤の副作用管理等の重要性が増してきていることを踏まえて、がん患者の継続的な管理指導に対する評価を新設する。（Ⅰ-1（1）再掲）

(2) 感染防止対策加算1について、院内感染対策を推進するためには院内及び地域の状況を適切に把握することが重要であることから、現在望ましいとされているサーベイランス事業への参加に関する基準を見直す。

(3) 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、患者にとって、安全で安心できる歯科医療を提供できる総合的な環境整備を行うために必要な施設基準を満た

した歯科医療機関における再診を評価する。

- (4) 前回改定時に 400 床以上の病院に対して義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。
- (5) データ提出加算、診療録管理体制加算について、幅広い医療機関の機能や役割を適切に分析評価する観点から評価のあり方について見直しを行う。
- (6) 7 対 1 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、DPC データの提出に関する基準を新設する。(重 1-1-1 (1)⑤ 再掲)

II-2 診療報酬点数表の平易化・簡素化

- (1) 臨床上行われていない行為等については、医療技術評価分科会における議論等を踏まえて、診療報酬点数表等の簡素化を図る。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。(重 1-1-3 (2)② 再掲)

II-3 入院中の ADL (日常生活動作) 低下の予防と褥瘡対策について

- (1) 急性期病棟に入院している患者について、ADL の低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーションスタッフの配置等についての評価を新設する。(I-5 (1)① 再掲)
- (2) 褥瘡対策の推進のため、褥瘡発生状況等の把握や在宅における褥瘡対策について評価を行う。
 - ① 医療機関において、褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等を報告することを求める。
 - ② 訪問看護ステーションにおいて褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等の報告や、訪問看護を利用している患者に対する褥瘡のリスク評価の実施を求める。(重 1-3 (8) 再掲)
 - ③ 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。(重 1-3 (9) 再掲)

Ⅲ 医療従事者の負担を軽減する視点

Ⅲ－１ 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について

- (1) 手術や一部の処置における休日・時間外・深夜加算について、勤務医の負担が大きいことを踏まえて、交代勤務制の実施又は休日等の手術や処置に係る手当の支給等を行っている場合について評価を充実させる。また、内視鏡検査について、休日・時間外・深夜加算を新設する等の見直しを行う。
- (2) 看護補助者の雇用や役割分担により、看護職員の負担軽減を促進し、医療の質の向上を図るため、特に人員が手薄になる夜間における看護補助者の評価を充実する。
- (3) 夜勤における看護職員の負担を軽減する観点から、「夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間が 72 時間以下である」という入院基本料の通則は現行どおりとする。ただし、当該要件のみが満たされない場合の評価について、一般病棟 7 対 1、10 対 1 入院基本料における取扱いを踏まえて検討を行う。
- (4) 医師事務作業補助者の勤務場所等に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減の更なる評価を行う。
- (5) 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者について、搬送先医療機関の決定に時間がかかることを踏まえて、受入を促進するための見直しを行う。
(I - 4 (1) ③ 再掲)

Ⅲ－２ チーム医療の推進について

- (1) 療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が 4 週間以降も継続して病棟薬剤業務をしていることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

- (2) 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。(重1-3(9)再掲)
- (3) 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいて医療を提供した場合の評価を新設する。(I-2(1)②再掲)
- (4) 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療について評価を新設する。(I-2(2)①再掲)
- (5) 急性期病棟に入院している患者について、ADLの低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーションスタッフの配置等についての評価を新設する。(I-5(1)①再掲)
- (6) 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。(重1-3(13)再掲)
- (7) 周術期における口腔機能管理を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、周術期における口腔機能管理が必要な患者に対して、歯科を標榜していない医科医療機関から歯科医療機関への情報提供を評価するとともに、歯科医師による周術期の口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料を評価する等、周術期口腔機能管理の充実を図る。(重1-4(6)再掲)
- (8) 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
- ① 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。(重1-3(15)①再掲)
 - ② 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。(重1-3(15)②再掲)

(9) 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、以下の対応を行う。

- ① 医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。(重 1-3(16)① 再掲)
- ② 無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。(重 1-3(16)② 再掲)

IV 効率化余地がある分野を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進策について

- (1) 保険薬局の後発医薬品調剤体制加算の要件である調剤割合を見直し、後発医薬品調剤率が高い方により重点をおいた評価とする。
- (2) 後発医薬品の調剤割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いる。新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、数量シェアが高くなる可能性があることから、後発医薬品調剤体制加算の対象外とするよう適正化を図る。
- (3) 一般名処方が行われた医薬品については、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明し、後発医薬品を選択するよう努める旨を明確化する。

IV-2 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

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ない場合には、「特例的な引下げ」を行う。

- (1) 後発医薬品が薬価収載後、5年を経過した最初の改定以降の改定において、後発医薬品の置き換え率がロードマップに規定されている60%未満の個々の先発品を対象に、後発医薬品置き換え率に応じて以下の特例的な引下げを行う。

- ① 後発医薬品置換え率 20%未満の先発品の引下げ幅：2.0%
- ② 後発医薬品置換え率 40%未満の先発品の引下げ幅：1.75%
- ③ 後発医薬品置換え率 60%未満の先発品の引下げ幅：1.5%

(2) 「特例的な引下げ」の導入に当たり、「初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例」を廃止する。

IV-3 平均在院日数の減少等について

- (1) 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。(重1-1-1(1)①再掲)
- (2) 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な手術・検査が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料の対象となる手術を拡大するとともに、一部の検査についても対象とする。また、包括範囲を含む評価のあり方を見直すとともに、当該評価の対象となる患者の平均在院日数の計算方法について、見直しを行う。(重1-1-1(1)③再掲)

IV-4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

- (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。検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づき見直しを実施するとともに、臨床的な観点に基づき名称の変更等を行う。
- (2) 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方の評価を見直す。

IV-5 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

- (1) 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。

- (2) 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。

V 消費税率8%への引上げに伴う対応

- (1) 診療報酬による対応について、医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、「個別項目」への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とする。
- (2) 基本診療料・調剤基本料への上乗せ方法については、以下のとおりとする。
- ① 医科診療報酬では、
 - ア 診療所については、初・再診料及び有床診療所入院基本料に上乗せする。
 - イ 病院については、診療所と初・再診料の点数を変えないようにするため、診療所に乗せた点数と同じ点数を初・再診料（外来診療料を含む。）に上乗せし、余った財源を入院料等に上乗せする。
 - ② 歯科診療報酬では、初・再診料に上乗せする。
 - ③ 調剤報酬は、調剤基本料に上乗せする。
- (3) 薬価、特定保険医療材料価格については、現行上、市場実勢価格に消費税率を上乗せする仕組みとしていることから、消費税率8%への引上げ時にも同様の対応をする。
- (4) 消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乗せされている旨の表示を簡略な方法で行う。

厚生労働省発保0115第1号
平成26年1月15日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

厚生労働大臣
田 村 憲 久

諮 問 書

(平成26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26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25年12月20日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙2「平成26年度診療報酬改定の基本方針」（平成25年12月6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26年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

1. 診療報酬本体

改定率 +0.73% (+0.63%)

各科改定率	医科	+0.82% (+0.71%)
	歯科	+0.99% (+0.87%)
	調剤	+0.22% (+0.18%)

2. 薬価改定等

改定率 ▲0.63% (+0.73%)

薬価改定	▲0.58% (+0.64%)
材料価格改定	▲0.05% (+0.09%)

なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方保険適用除外などの措置を講ずる。

平成 26 年度診療報酬改定の基本方針

平成 25 年 12 月 6 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

I 平成 26 年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

- ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。
- イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組み、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。
- ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組み、2025(平成 37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図ることとされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、
- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
 - ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
 - ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。
- エ 団塊の世代が 75 歳以上となる 2025(平成 37)年に向けて、急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、主治医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。
- オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、平成 26 年度診療報酬改定において、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。
- 消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

2. 重点課題

(1) 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

ア 平成 26 年度診療報酬改定においては、上記のような基本認識の下、社会保障・税一体改革において、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている中で、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組むべきである。

イ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

ウ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、そして介護事業所等に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応じていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

エ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向があり、例えば地域医療再生基金では、主に五疾病五事業等に活用された結果として公立病院等に多く配分されている。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当である。

オ また、効率化余地がある分野については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討していくことが必要である。

3. 改定の視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア がん医療、認知症対策など、国民が安心して生活することができるために必要な分野を充実していくことが重要であり、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

ア 患者の立場から、必要な情報に基づき、納得して医療に参加していけること、また、生活の質という観点も含め、患者が心身の状態に合った質の高い医療を受けられることが重要であり、「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(3) 医療従事者の負担を軽減する視点

ア 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、勤務医、看護職、リハビリテーション専門職等の医療従事者の負担を軽減することが重要であり、「医療従事者の負担を軽減する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(4) 効率化余地がある分野を適正化する視点

ア 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、厳しい医療保険財政の下、効率化余地のある分野は適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要であり、「効率化余地がある分野を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

II 平成 26 年度診療報酬改定の基本方針

1. 重点課題

(1) 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

① 入院医療

i 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

ii 慢性期(長期療養)について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ i のアのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

iii 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なリハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実が求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

iv 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

v 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有している。

イ 地域包括ケアシステムの構築を目指していく中で、有床診療所の評価について検討を行う必要がある。

② 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近な主治医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、主治医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 診療所や中小病院における主治医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

③ 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。主治医を中心として、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

④ 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに患者の立場に立った地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等のネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供すること、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

2. 改定の視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア 我が国の医療において、充実が求められる分野については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保することが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 緩和ケアを含むがん医療の推進
- ・ 精神病床の機能分化、自殺予防等の観点から、精神疾患に対する医療の推進
- ・ 若年性認知症を含む認知症への対策の推進
- ・ 救急医療、小児医療、周産期医療の推進

- ・ 在宅復帰を目指したリハビリテーションの推進
- ・ 口腔機能の維持・向上を図るとともに、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ かかりつけ薬局機能を活用し、患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導の推進
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価 等

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

ア 患者の視点に立った質の高い医療の実現のため、患者等から見て、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくするための取組等を継続させていくことが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 医療安全対策等の推進
- ・ 患者に対する相談指導の支援
- ・ 明細書無料発行の推進
- ・ 診療報酬点数表の平易化・簡素化
- ・ 入院中のADL(日常生活動作)低下の予防
- ・ 患者データの提出 等

(3) 医療従事者の負担を軽減する視点

ア 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、勤務医、看護職、リハビリテーション専門職等の医療従事者の負担を軽減することが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 医療従事者の負担軽減の取組
- ・ 救急外来の機能分化の推進
- ・ チーム医療の推進 等

(4) 効率化余地がある分野を適正化する視点

ア 厳しい医療保険財政の下、今後医療費が増大していくことが見込まれる中で、効率化余地がある分野については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 長期収載品の薬価の特例的な引下げ
- ・ 平均在院日数の減少、いわゆる社会的入院の是正
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・ 大規模薬局の調剤報酬の適正化 等

Ⅲ 消費税率8%への引上げに伴う対応

ア 平成26年4月から消費税率8%への引上げが予定されているが、これに伴い、医療機関等に実質的な負担が生じることのないよう、消費税率8%への引上げ時には、診療報酬とは別建ての高額投資対応は実施せず、診療報酬改定により対応することとすべきである。

イ また、診療報酬による対応においては、医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とし、この消費税対応分が明確になるよう配慮すべきである。

IV 将来を見据えた課題

- ア 超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成 26 年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成 37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。
- イ その際には、官民の役割分担や連携も踏まえ、改正医療法に位置付けられる病床機能報告制度の運用状況や地域医療ビジョン等の取組と連携を図りながら、地域の実情に応じて、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制が構築できるよう、検討していく必要がある。
- ウ また、医療分野のイノベーションの進展によって、より高い治療効果等が期待される医療技術が選択できるようになる一方で、費用の大きな医療技術の中には、必ずしも治療効果等が十分に高いとは言えないものがあるという指摘がある。これらの課題も踏まえ、医薬品、医療機器等の医療技術の費用対効果評価について検討を行っていく必要がある。
- エ さらに、「地域完結型」の医療を提供していく中で、ICTを活用して、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等における医療情報の共有を推進し、より円滑な連携を図っていく必要がある。
- オ このほか、保険医療機関・保険薬局の医薬品購入の未妥結状況への対応、医療機関等の実態についてのより適切な把握、厳しい状況にある診療科の評価等についても検討を進める必要がある。

平成 25 年 11 月 27 日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会
1 号側（支払側）委員
矢 内 邦 夫
白 川 修 二
花 井 圭 子
花 井 十 伍
石 山 惠 司
田 中 伸 一
伊 藤 文 郎

平成 26 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

- わが国の経済・社会情勢は、アベノミクスによる金融緩和政策等により景気や雇用は持ち直しつつあるものの、賃金が伸び悩むなかで物価が上昇傾向にあるなど、国民生活は依然として厳しい状況にある。これまで、国民医療費は経済成長を上回る勢いで伸びており、デフレ不況が長引くなかで急増する医療費負担が国民生活を圧迫し続けてきた。今後は、さらなる少子・高齢化の進展により、現役世代を中心に社会保障負担は一層増加するものと見込まれる。
- こうしたなかで医療保険財政は、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加等で危機的な状況に陥っている。一方、医療機関の経営状況は、第 19 回医療経済実態調査をみると、病院、診療所、薬局とも安定している。他産業と比較しても、例えば一般診療所(医療法人・無床)は、業種別の利益率比較で上位にある業種と同等の利益率を計上している。
- また、26 年度からの消費税率引上げに伴って国民の負担が増加するなかで、さらに診療報酬が引上げられ、国民や事業主の保険料負担が一段と増加することになれば、消費や賃金の伸びを大きく抑制し、足もとの経済再生の動きにブレーキをかけることにもなりかねない。
- 従って、26 年度の診療報酬改定率をプラスとすることは、国民の理解と納得が得られない。これまで賃金・物価の伸びを上回る改定が行われてきていることや、年間 1 兆円以上の医療費の自然増があることを踏まえるとともに、現下の賃金・物価の動

向、保険者の財政状況、医療機関の経営状況等を考慮して改定するという本来あるべき原則に基づいた対応を行うべきである。

- 併せて、これまでの改定でしばしば行われてきた薬価・特定保険医療材料改定分（引下げ分）を診療報酬本体の引上げに充当するやり方を取り止め、薬価等改定分は国民に還元する必要がある。このため、診療報酬全体では、マイナス改定とすべきである。
- 加えて、消費税率引上げに伴う診療報酬上の財源規模の算出にあたっては、自由診療に係る設備投資や過剰な設備投資等も考えられるため、消費税負担の中身を精査するとともに、薬価等も含めて消費税率引上げが消費者物価に与える影響を反映すべきである。
- 26年度改定にあたっては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の適正化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費適正化を図ることが重要である。このほか、患者が適正な負担でエビデンスに基づいた医療サービスを受けられるようにするためには、医療技術等における費用対効果評価の試行が必要である。
- さらに、改定にあたっては、診療報酬改定結果検証部会や調査専門組織の報告書、医療経済実態調査等の結果を考慮することに加え、患者の視点、納得性の観点から、診療報酬体系の簡素・合理化、医療の透明化、ICTの利活用による効果的な適正化も推進すべきである。なお、個別項目に対応する考え方については、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 25 年 11 月 27 日

平成 26 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

鈴木 邦彦

安達 秀樹

中川 俊男

万代 恭嗣

長瀬 輝誼

堀 憲郎

三浦 洋嗣

診療報酬プラス改定の必要性

政府が進める社会保障・税一体改革において、消費税増収による財源を社会保障の充実に充てることは国民との約束事項である。国民に提供する安心・安全な医療のさらなる充実・強化のため、「消費税率引き上げ対応分を除き全体（ネット）プラス改定」、「消費税率引き上げ対応分に対する完全な補填」を要求する。

記

1. 消費税率引き上げ対応分を除き、全体（ネット）プラス改定とすること

(1) 医療再興、医療の充実・機能強化のための財源を確保すること

今回の医療経済実態調査の結果等から医業機関経営がほとんど改善していないことが明らかになった。直近 2 回の改定は全体（ネット）プラス改定であったが、いまだにそれまでの厳しい医療費抑制の下で直面した医療崩壊の危機から脱することができていない。このままでは、医療再興、ましてや医療提供体制の機能強化は不可能である。消費税率引き上げ対応分を除いた全体（ネット）プラス改定は必須である。

(2) 中小病院、診療所をはじめ地域包括ケアシステムの構築を担う医療機関等へ手厚い配分を行うこと

超高齢社会に対応するために、地域包括ケアシステムの確立は重要課題のひとつである。そしてその中核的機能を担うのは、地域の中小病院や診療所の「かかりつけ医」である。また地域に密着した病院は在宅医療等の後方支援病院としての機能、有床診療所は病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能を担っている。直近の改定は大規模急性期病院中心の配分であった。次期改定では全体的な底上げに加え、中小病院、診療所への十分な評価を要求する。

(3) 歯科診療所においても必要な手当を行うこと

歯科においては、国民の生活の質の確保のため、基本診療料や基本的技術料等の評価を行うことで、超高齢社会での役割が果たせる経営基盤強化を求める。

(4) 保険薬局においても必要な手当を行うこと

薬局においては、地域に根ざした調剤・在宅業務充実のため、かかりつけ機能の評価とともに、安定した経営基盤の確立を求める。

(5) 薬価等引き下げ分は本体改定財源に充当すること

診察、薬剤の支給、処置等は不可分一体であり、その財源を切り分けることは不適當である。医療再興を確実にするためにも、従来どおり薬価引き下げ財源を診療報酬全体の改定財源として活用することを要求する。

2. 消費税率8%引き上げにあたっては、医療機関等に負担が生じないように引き上げ対応分に対する完全な補填をすることはもちろん、通常の診療報酬改定とは明確に区分して対応すること

以上

政府は、経済の好循環実現に向けて賃上げの要請を行い、経済界等も前向きである。診療報酬による医療従事者の処遇改善を実現し、これをもって医療界としても経済成長に寄与し、かつ国民が活力を持って働き、安心して過ごせるよう、国民の生命と健康をこれまで以上にしっかりと守っていきたい。

平成 26 年度診療報酬改定について

平成 25 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 26 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 19 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 8.2%、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 8.9%であった。

3. 平成 26 年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、今後さらに高齢化が進展する中で、国民の健康を守っていくため、国民皆保険を堅持しつつ、医療ニーズの変化に対応して、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 26 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、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等を図ることが示された。
- 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 26 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、賃金が伸び悩む中で物価が上昇傾向にあるなど、国民生活は依然として厳しい状況にあり、医療保険財政が危機的な状況に陥っている一方で、医療機関の経営状況は、病院、診療所、薬局とも安定していることから、これまでの改定でしばしば行

われてきた薬価・特定保険医療材料改定分(引下げ分)を診療報酬本体の引上げに充当するやり方を取り止め、診療報酬全体ではマイナス改定とすべき、との意見であった。また、消費税率引上げに伴う診療報酬上の財源規模の算出に当たっては、消費税負担の中身を精査するとともに、薬価等も含めて消費税率引上げが消費者物価に与える影響を反映すべきである、との意見であった。

一方、診療側は、直近2回の改定は全体(ネット)プラス改定であったが、いまだにそれまでの厳しい医療費抑制の下で直面した医療崩壊の危機から脱することができておらず、このままでは医療再興、ましてや医療提供体制の機能強化は不可能であるため、消費税率引上げ対応分を除いた全体(ネット)プラス改定は必須であり、従来どおり薬価引下げ財源を診療報酬全体の改定財源として活用すべき、との意見であった。また、消費税率8%引上げに当たっては、医療機関等に負担が生じないように引上げ対応分に対する完全な補填をすることはもちろん、通常の診療報酬改定とは明確に区分して対応すべき、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、「診療報酬改定の基本方針」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て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。今後とも本協議会こそが、責任をもって診療報酬改定の具体的検討を行う場である。

- 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26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問題を解決するためには、診療報酬のみならず、幅広い医療施策が講じられることが必要であり、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。