

(保 228)

平成26年1月16日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 邦彦

平成26年度診療報酬改定に係る諮問書及び議論の整理（現時点の骨子）
の送付並びにパブリックコメント募集へのご投稿について（依頼）

平成26年1月15日に開催されました中医協総会におきまして、平成26年度診療報酬改定に関して厚生労働大臣より諮問が行われました。また、中医協におけるこれまでの議論の整理（現時点の骨子）について審議が行われ、そこでの意見を踏まえて本日、「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）」が公表され、同時にパブリックコメントの募集が開始されましたので、取り急ぎご連絡いたしますとともに、ご意見の投稿をよろしくお願い申し上げます。

中医協におきましては、前回（平成24年度）診療報酬改定以降、18項目に及ぶ「答申書」附帯意見に基づく検証調査等を実施した上で、データに基づく議論を継続的に行ってまいりました。この間、日本医師会といたしましては、社会保険診療報酬検討委員会等からのご指摘を踏まえ対応してきたところでございます。

今般、平成26年1月15日の総会において添付資料1のとおり、（別紙1）「診療報酬改定について」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・医療部会）」に基づき答申するよう厚生労働大臣より諮問されました。

平成26年度の診療報酬改定に対しましては、添付資料4のとおり、平成25年12月11日に中医協として厚生労働大臣に意見具申し、その後の審議において、診療側（2号）委員及び支払側（1号）委員それぞれより、添付資料5及び6のとおり平成26年度診療報酬改定に対する意見が提出されたものであります。

現時点の骨子は、本日から厚生労働省ホームページにおいて、パブリックコメントの募集が開始されました。（明日以降、日本医師会ホームページからリンクできるようにいたします。）

募集要領は添付資料2のとおりであり、ご意見は電子メールまたは郵送で1月16日（木）～1月24日（金）まで受け付けられます。非常に短期間ではありますが、貴職におかれましては、是非とも貴会会員にご周知いただき、ご意見を投稿いただきますよう特段のご配慮をお願い申し上げます。

<添付資料>

1. 諮問書（平成26年度診療報酬改定について）
（平26.1.16 厚生労働省発保0115第1号 厚生労働大臣）
（別紙1）診療報酬改定について
（別紙2）「平成26年度診療報酬改定の基本方針」
（平25.12.6 社会保障審議会医療保険部会・医療部会）
2. 「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）」
に関するご意見の募集について・意見提出様式
（平26.1.16 中央社会保険医療協議会）
3. 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）
（平26.1.16 中央社会保険医療協議会）
4. 平成26年度診療報酬改定について
（平25.12.11 中央社会保険医療協議会）
5. 国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
平成26年度診療報酬改定に関する二号（診療側）委員の意見
（平25.12.25 中医協二号委員）
6. 平成26年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の意見
（平25.12.25 中医協1号側（支払側）委員）

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26年度診療報酬改定について、皆様からの御意見をお聞かせ
いただきたいと思います。

「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)」に関するご意見の募集について

平成26年1月16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26年度診療報酬改定については、平成26年1月15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26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26年度診療報酬改定に関するこれまでの議論を踏まえ、「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)」を取りまとめました。

今後は、この「現時点の骨子」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26年度診療報酬に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」に対する御意見を募集することといたしました。

いただいた御意見については、今後、中医協の場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、御意見に個別に回答することは予定しておりませんので、その旨御了承下さい。

※「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)」の内容はこちら([PDF: 267KB](#))

参考1 「平成26年度診療報酬改定の基本方針」([PDF: 250KB](#))

参考2 「平成26年度診療報酬改定について(改定率)」([PDF: 44KB](#))

-----【意見提出用様式】----- (Excel: 66KB) (PDF: 117KB)

【御意見受付期間】

平成26年1月16日(木)～1月24日(金)[必着]

【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26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26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)」 への意見募集

このたびは、「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)」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、よろしくお願いいたします。

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

(※ 3～4ページ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： _____

◆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)」項目

※ 「平成26年度診療報酬改定の基本方針」より整理

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

項目番号	内容
1-1	入院医療について
1-2	外来医療の機能分化・連携の推進について
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
1-4	医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

2 「4つの視点Ⅰ」充実が求められる分野を適切に評価していく視点

項目番号	内容
2-1	緩和ケアを含むがん医療の推進について
2-2	精神疾患に対する医療の推進について
2-3	認知症への対策の推進について
2-4	救急医療、小児医療、周産期医療の推進について
2-5	リハビリテーションの推進について
2-6	歯科医療の推進について
2-7	的確な投薬管理・指導の推進について
2-8	手術等の医療技術の適切な評価
2-9	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
2-10	DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

3 「4つの視点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

項目番号	内容
3-1	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
3-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化
3-3	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

4 「4つの視点Ⅲ」医療従事者の負担を軽減する視点

項目番号	内容
4-1	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
4-2	チーム医療の推進について

5 「4つの視点Ⅳ」 効率化余地がある分野を適正化する視点

項目番号	内容
5-1	後発医薬品の使用促進策について
5-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて
5-3	平均在院日数の減少等について
5-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
5-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等

6 消費税率8%への引上げに伴う対応

項目番号	内容
6-1	消費税率8%への引上げに伴う対応

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。

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。

平成25年12月25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
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

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための 平成26年度診療報酬改定に関する二号（診療側）委員の意見

〔医科〕

I 基本的考え方

我が国では、国民皆保険の下、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成してきた。しかしながら、今世紀に入ってから4度にわたる診療報酬の引き下げ等により、国民が求める安心・安全で良質な医療を安定的に提供するために必要な費用は抑えられ続け、地域医療の崩壊が起きた。

その後、直近2回の改定は全体（ネット）プラス改定となったが、財源の多くが必ずしも十分ではないものの大規模急性期病院に重点配分され、地域医療を支えている無床・有床診療所や中小病院への配慮に欠け「医療崩壊」を阻止するには至っていない。平成26年度診療報酬改定では診療所や中小病院に対する十分な財源配分をすべきである。

我が国では急速に高齢化が進行し、「多死社会」を迎えようとしている。厚生労働省が「地域包括ケアシステム」の構築を提唱しているが、高齢者が安心して生活するためには、「かかりつけ医」の役割は重要で、その評価体系は十分議論すべきである。ただし、フリーアクセスを規制した人頭割制度は、高齢者に必要な医療を可及的迅速に提供し続けるためには、絶対に避けるべきである。

また、これまでの診療報酬改定では、政策誘導等によって首尾一貫しない点数の設定と変更が繰り返されてきたために、各医療機関は将来の見通しを立てることができず、更なる経営上の困難に直面してきた。診療報酬改定においては、長期的な方向性と根拠に基づきながら、医療現場の実態や経営にもきめ細かく配慮した丁寧な対応が不可欠である。

社会保障費抑制策や市場経済原理主義的政策の再燃も危惧されるが、今こそ

真に国民に安心を与える公的医療保険制度の充実が求められており、その実現に向け必要な診療報酬体系を構築するため、平成26年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

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

1. 不合理な診療報酬についての見直し
2. あるべき医療提供コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
 - 2-1 「もの」と「技術」の分離の促進
 - 2-2 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
 - 2-3 出来高払いを原則としつつ、包括払いとの適切な組合せの検討
 - 2-4 医学・医療の進歩の速やかな反映
3. 大病院、中小病院、診療所がそれぞれに果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
 - 3-1 地域の中小病院や診療所の「かかりつけ医」が「地域包括ケアシステム」において担う中核的機能を踏まえた、中小病院、診療所に対する手厚い評価
 - 3-2 急性期医療から回復期に至るまで、良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
 - 3-3 救命救急、二次救急医療等の不採算医療を引き受けてきた医療機関が医療費（公費を含む）で健全に運営できる診療報酬の設定
 - 3-4 医療資源が乏しく医療提供が困難な地域に対する更なる配慮
4. 医療従事者の負担軽減策（チーム医療を含む）の更なる推進
5. 施設基準の要件緩和と簡素化
6. その他必要事項の手当て

II 具体的検討事項

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

1. 初・再診料

(1) 初・再診料の適切な評価（引き上げ）

初・再診料は医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営の原資となるものであり、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

(2) 再診料の見直し

診療所・中小病院の再診料の水準を平成22年度改定前の水準に戻すこと

(3) 外来診療料と再診料の同一化

外来診療料を再診料と同一にして検査・処置等の包括化をやめ、出来高算定できるようにすること

(4) 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、全ての診療科について、初診料及び再診料の区別なく、また減算することなく算定できるようにすること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

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

(2) 入院患者の他医療機関受診の取扱いの見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算（30%）や特定入院料等の減算（70%）は、懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害しているため、減算方式を撤廃すること

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

(3) 有床診療所の入院基本料の引き上げ

介護施設よりも評価が低いという有床診療所の入院基本料の不合理的を是正すること

(4) 入院基本料の算定要件とされた栄養管理体制の見直し

有床診療所・小規模病院、地域特性により基準を満たせない医療機関については加算に戻すこと

(5) 療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ

複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価を引き上げること

(6) 療養病棟入院基本料の医療区分1の評価の見直し

医療区分1における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げること

(7) 月平均夜勤72時間ルールの緩和

看護職員の確保並びに医療及び看護の質の確保のため、72時間ルールを加算に変更すること。現場では、夜勤のみを望む看護職員あるいは家庭環境により夜勤が困難な看護職員の存在を考慮すると、月平均夜勤時間の算定は夜勤専従を除く全看護職員の平均とすることが合理的である。

- (8) 一般病棟入院基本料1.5対1の引き上げ
一般病棟入院基本料1.5対1を最低でも平成22年度改定前の水準に戻すこと
- (9) 精神科病棟入院基本料の引き上げを含めた充実
精神科救急入院料や精神科救急・合併症入院料については、精神科救急を行っている病院が適切に算定できるように要件を緩和すること
また、精神科身体合併症管理加算の算定日数等について、適切な評価を行うこと
- (10) 退院時処方に係る薬剤料の取扱い
投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）
または特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、
転院時に転院先の医療機関から転院元の医療機関に対し、薬剤の投与の依頼があった場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定可能とする
こと 等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

- (1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施
- (2) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大
医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、特定機能病院、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床、診療所等においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟を拡大すること
また、配置数については、病院全体の急性期患者数ではなく、病床数を加味したものに変更すること
- (3) 急性期看護補助体制加算の見直し
現場の実情に合わせて急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること
- (4) 医療の安全管理・院内感染対策等に対する評価充実
実際にかかっている経費を保証する点数設定（手術時の医療安全管理に対する評価を含む）を行うこと
- (5) 包括支払病棟における出来高算定可能項目の整理
包括支払病棟（DPC、特定入院料、療養病棟等）における出来高算定可能項目は個々の点数設定のさまざまな算定規則で整合性に欠けているため
（特に精神科特定入院料）、基本的な考え方の整合性を図り内容を見直すこと
- (6) 亜急性期病棟の十分な評価
今回、亜急性期入院医療が、基本的に病室単位から病棟単位になる場合、
下記について十分な評価を行うこと
- 在宅患者、施設入居者等の急性増悪者を受け入れる場合、急性期対応の評価を行うこと
 - 在宅復帰支援、急性増悪者受け入れ等は、地域包括ケアを支援するもの

であり、連携担当者に対する特定入院料の評価を行うこと

等

4. 基本診療料全般

- (1) ストラクチャー評価でなくプロセスを重視した評価の視点の拡大（中小病院等でも提供する各種加算サービスを算定できるような工夫（専従要件、面積要件等）を含む）
- (2) 地域差や地域の医療資源の実態を反映した施設基準の設定 等

5. 医学管理等

- (1) 主病は1つという考え方の是正
- (2) 小児科外来診療料の点数引き上げと算定要件見直し（対象年齢の拡大等）
- (3) 地域連携の取組みに対する更なる評価
精神疾患患者に対する地域連携パスを活用した取組みを評価すること
- (4) 外来リハビリテーション診療料の算定期間の延長と算定要件の緩和
- (5) がん登録に対する診療報酬上の評価
正確ながん登録が進み各種のクリニカル・インディケータの蓄積が進めば、個々の患者にとっても有益な情報となる。今般のがん登録推進法に伴う診療報酬上の評価を行うこと
- (6) 救急搬送医学管理料の再評価
現在、「夜間休日救急搬送医学管理料」が認められているが、救急対応を必要とする患者は昼夜を問わず搬送されてくるため、それに応じた人員配置が必要となることを踏まえ、同管理料について終日算定可能となるよう再評価すること
- (7) 自殺予防対策
かかりつけ医と精神科医療機関との連携によるうつ病の精査・治療連携管理料、うつ病連携医療加算の創設 等

6. 在宅医療

- (1) 強化型及び従来型の在宅療養支援診療所・病院及びそれ以外の診療所・病院との在宅点数格差是正
強化型及び従来型の在宅療養支援診療所（在支診）・病院（在支病）以外の診療所・病院についても、在支診・在支病と同じように在宅医療を行っている場合には、同様の評価をすること
- (2) 在宅患者訪問診療料の算定要件の見直し
同一建物居住者の不合理を是正するとともに、高齢化に伴い多様な疾患を持つ患者が増加しており、在宅医療においてもそうした患者に連携して対応するため複数医療機関での算定を認めること
- (3) 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大
在宅医療推進のために、医療保険での訪問看護、訪問リハ等の適応を拡大

すること（短期的には、医療療養病床の医療区分2・3にある疾患・状態を
採用する形での評価が考えられる）

(4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料の見直し

一般処置・排尿管理・栄養管理等に区分し、病診及び診診連携による在宅
医療の複数医療機関における併算定を可能にすること 等

7. 検査・画像診断

(1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

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

8. 投薬

(1) 7種類以上の内服薬投与時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の廃止

(2) 処方日数の適正化

長期処方（例えば30日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付
けるようにすること

(3) 院内調剤と院外調剤の格差是正（院内処方の一包化加算の新設も含む）

(4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

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

9. 注射

入院化学療法・外来化学療法についてそれぞれ適切に評価するとともに、チ
ーム医療によるプロトコル管理等に対する評価を行うこと 等

10. リハビリテーション

(1) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と一物二価の解消

(2) 維持期のリハビリテーションの継続と医療としての適正評価

1か月13単位の算定が認められている維持期リハビリテーションの算定
は平成26年3月までとされているが、介護保険下の通所リハビリテーショ
ンは、現状では質的・量的に整備不十分であり、維持期リハビリテーショ
ンの算定を引き続き算定可能とすること 等

11. 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法の時間区分の見直し

(2) 入院患者の退院促進

入院患者への精神科専門療法の同一日算定不可要件の緩和、入院精神療法
の回数制限の撤廃 等

1 2. 手術・処置・麻酔

(1) 「もの」と「技術」の分離の明確化と評価の見直し

手術及び処置の診療報酬は、例えば、心臓外科、肝臓外科など、縫合糸代だけで20%以上に達するものがあり、「もの」と「技術」の評価が分離しておらず、「技術」の評価が不明瞭となっている。したがって、手術及び処置において使用された医療材料等は別途算定可能とし、診療報酬点数において「もの」と「技術」の分離を明確にし、技術料として低すぎる処置料等の評価を見直すこと

(2) 緻密なコスト計算に基づく外保連方式の更なる導入

前回、前々回改定において多くの手術点数改定に用いられた外保連方式を他の手術や処置にも広く導入すること（検査・麻酔についても同様）

(3) 同時実施手術の評価

「従たる手術は1つに限り算定する」との取り扱いを廃止し、行った手術の手技料をそれぞれ算定できるようにすること 等

1 3. 放射線治療

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、その人数に応じた段階的な評価を行うとともに、放射線治療計画の策定や放射性物質の適切な管理等に対しても加算等による対応を行うこと 等

1 4. その他

(1) 診療報酬点数表の一層の簡素化・明確化

現行の診療報酬体系、施設基準体系は、告示・通知も含めて、極めて複雑であり運用上非効率であるばかりか、誤解や誤算定を起こしやすい内容となっているため、大幅な簡素化を図り、柔軟な運用を可能とする制度に変更すること

(2) 施設基準における専従要件について

診療報酬上「専従」の要件は明らかとはされていないものの、実態として他の業務を行うことは認められていないが、医療機関の医師をはじめとした業務の多様性や効率性を踏まえ、柔軟な対応を認めること

(3) 改定時における点数表の早期告示と周知期間の確保

(4) 医療情報の標準化と診療報酬上の評価

医療情報の標準化によるデータ活用の推進は、日本の医療の安全・質向上に大いに貢献する。今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、医療情報標準化指針で示された規格に含まれる厚生労働省標準規格に適合した電子カルテ等の医療情報システムを使用し標準化されたデータを取り扱う場合には、診療報酬上十分な評価を行うこと

(5) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

過去に例のない速度で高齢化が進む我が国において、最後までいかに質の高い人生を全うするかは重要な課題であり、そこには新しい医療哲学が求められている。我々歯科医療提供者は、その視点において口腔機能の維持・向上が極めて重要な役割を果たすことをエビデンスをもって示しつつ「生きがいを支える歯科医療」としての位置づけの中で、歯科医療の果たす役割と責任を議論してきた。

これは消費税の増税による社会保障の充実という国の方針を、自らの負担増加にもかかわらず受け入れた国民の決断に対して、医療提供者として国民に示すべき最低限の内容であると共に、現政権の掲げる「健康寿命の延伸」という目標と完全に一致する理念であるが、今般決定された改定財源をみると、それらの実現は困難であると言わざるを得ない。長期に亘った我が国の医療費抑制策による歯科医療の崩壊状態から未だに脱却できない状況にあることを踏まえて、以下に示す事項を基本方針として定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

1. 歯科医療機関の大部分が経営基盤の脆弱な個人診療所であることに鑑み、更には歯科医療に係わる全ての者が誇りをもって働くために、歯科においてのみ評価の低い初・再診料の引き上げを行うこと
2. 長年財政的な理由により、評価を低く抑えられてきた基本的な歯科の技術料について、生活の質に配慮した歯を残す技術という観点から引き上げを行うこと。併せて新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価を行うこと
3. 特に高齢者における口腔機能の低下が、生活の質の低下に大きな影響を及ぼすことも含め、生涯に亘る口腔機能の維持・向上に向けて、口腔機能管理の充実へ向けての評価を行うこと
4. 在宅歯科医療、障がい者歯科医療は超高齢社会において、ますます需要が増加する分野であり、歯科医療機関が不採算覚悟で対応するような現状を改め、充実した評価をすること
5. 単科である歯科に特有な煩雑で多岐に亘る留意事項通知により、臨床現場が窮屈になっている現状がある。患者の視点に立って良質な歯科医療が円滑に提供できるよう、臨床医の裁量を確保する方向で整理をすること

6. その他必要な事項について検討し、見直して充実を図ること

II 具体的検討事項

1. 小規模経営である歯科診療所の基礎を支える初・再診料について段階的な引き上げを行い、安心かつ安全な歯科医療提供体制を確保するとともに、医科歯科格差の是正により、歯科医療に係わる全ての者が誇りをもって働ける環境の構築を図ること 等
2. 生活の質に配慮した歯科医療技術の適切な評価及び新規技術に関連した歯科医療の充実
 - (1) 日本歯科医学会のタイムスタディー調査等の客観的指標を参考にして、歯科医療における基本的技術料の見直しを行うこと
 - (2) 歯科医療提供環境の特殊性を踏まえた歯科外来診療環境体制加算の更なる充実を図ること
 - (3) 新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価の検討 等
3. 口腔機能の維持・向上の視点での歯科医療技術の評価
 - (1) 前回改定で導入された周術期口腔機能管理への取り組みの推進並びに病診連携の更なる推進。特に歯科の併設のない病院における評価の充実
 - (2) 周術期に限定せず、高齢者歯科医療、在宅歯科医療に共通する口腔機能低下に対する医学管理を含む歯科医療の充実
 - (3) 小児から高齢者まで、生涯に亘る口腔機能の維持・向上を目的とした歯科医療技術の評価 等
4. 在宅歯科医療の推進と適切な評価及び医療連携の充実
 - (1) 要介護者等における在宅歯科医療の需要に応えられる提供体制の確保に向けた評価の充実。特にかかりつけ歯科医機能を果たす居宅への訪問歯科診療への評価の充実
 - (2) 在宅歯科医療に関する多職種連携の推進。特に医科の在宅現場や訪問看護の現場から、歯科医療機関への連携が進むための評価
 - (3) 想定していない企業的な訪問歯科診療の抑止について、適切な訪問歯科診療を阻害しない視点での見直し。また診療室では評価されている50/100 困難加算が在宅現場では算定できないような通知運用の見直し 等
5. 特別な対応が必要な患者への歯科医療の評価
 - (1) 特別な対応が必要な患者への歯科医療の更なる評価
 - (2) 特別な対応が必要な患者への加算の内容、要件の見直しと適切な評価の検討

- (3) 専門性の高い医療機関と歯科診療所との連携推進のための評価 等
6. 患者の視点に立った質の高い歯科医療が、不合理な規制無く円滑に提供できるための留意事項通知等の整理
- (1) 臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務的負担を求める不合理かつ詳細に過ぎる通知の是正。診療録、レセプト摘要等の記載に関する見直し等、歯科医師の事務的作業の負担軽減
 - (2) レセプト請求の電子化により顕在化した問題への対応
 - (3) 治療の妨げとなるような、「歯周病の診断と治療に関する指針」等の誤った運用とその取扱いの見直し
 - (4) 主治医が必要と判断したときに、患者の要望や理解度に合わせて、過不足無く情報提供ができるような柔軟で有効な文書提供の仕組みへの見直し 等
7. その他必要な事項

〔調剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

我が国の医薬分業は、近年、急速に進展しており、国民・患者にとって身近な存在となったといっても過言ではない。

薬剤師による薬学的管理は、医薬品の適正使用のために不可欠である。重複投与や相互作用の防止、副作用の早期発見・回避をはじめ、服薬における患者の安全確保、後発医薬品の使用促進に関するロードマップで示された新たな目標(5年後までに数量ベース 60%以上)の達成に向けた更なる対応、残薬に関する問題の改善などについて積極的に取り組んでいくことが肝要である。

また、在宅医療の推進という喫緊の課題の中で、在宅医療で必要な注射薬の無菌製剤や医療用麻薬等の供給体制の整備をはじめ、在宅薬剤管理指導業務への取り組みも求められている。

一方、医療経済実態調査の結果からわかるように、後発医薬品の普及促進への取り組みや投与日数の長期化に伴う備蓄医薬品の品目数・数量・高額医薬品の増加、廃棄損耗の増加等により、保険薬局の経営は圧迫されている。

こうした状況を踏まえ、保険薬局の経営基盤の強化が急務であり、以下の事項を基本方針とする取り組みを進めていくことを求める。

1. 医薬品の適正使用の推進
2. かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局機能の推進
3. 薬学的管理指導の充実
4. 在宅医療への積極的な参画
5. 後発医薬品の更なる使用促進

II 具体的検討事項

1. 地域に根差したかかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局機能の評価
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた的確な投薬管理・指導の評価
(医療安全の確保、残薬管理等)
3. 在宅医療推進のための体制整備の評価
4. 後発医薬品の更なる使用促進に向けた体制整備の評価
5. 無菌製剤処理(麻薬注射剤、小児の無菌製剤等)に関する評価
6. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

医療の急激な進展に伴い、それぞれ高い専門性をもつ医療従事者が協働して患者中心の医療を実践するチーム医療を推進することの重要性が強く認識されるようになった。このような状況を背景に、厚生労働省に設置された「チーム医療推進に関する検討会」の報告書（平成22年3月19日）を踏まえて、平成22年4月30日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が発出された。

医療環境が激変するなかで、「多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療」の推進が急務となっている。病院・診療所等において、医療スタッフの十分なコミュニケーションを前提とするチーム医療に薬剤師が積極的に参画し、薬の専門家として医療に貢献することが重要となっている。

薬剤師が医療安全の確保と薬物療法の質の向上に努め、チーム医療に貢献できる体制の確保が不可欠である。そこで、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた取り組みが可能となる環境の整備を求める。

1. 薬剤師の病棟業務の充実
2. 医療安全及び薬物療法の質の向上に向けた取り組みの推進
3. チーム医療における薬剤師の貢献

II 具体的検討事項

1. 療養病棟・精神病棟における病棟薬剤業務実施加算の4週制限の緩和
2. がん患者に対する薬剤師の薬学的管理の評価
3. 地域連携のための外来患者に対する薬学的管理の評価
4. 無菌製剤処理料「1」の算定対象の拡大
5. 後発医薬品の使用促進の取り組みに対する評価
6. その他必要事項

平成 25 年 12 月 25 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）の意見

- わが国の高齢化率は急速に進展しており、現行のまま医療費・介護給付費等が伸び続ければ社会保障制度を持続可能とすることは不可能である。このため、医療においては、社会保障・税一体改革に基づき、医療の機能分化・連携と地域包括ケアを構築するための医療と介護の連携を図るなど、効果的・効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- 平成 26 年度診療報酬改定に当たり、支払側は去る 11 月 27 日の総会において、厳しい国民生活の実態や経済成長を上回る国民医療費の伸びによる負担の拡大、さらには保険者財政が崩壊の危機にある一方、医療機関の経営は安定していることを踏まえると、診療報酬の引き上げを行うことは国民の理解と納得が得られないため、マイナス改定とすべきと主張した。併せて、薬価等改定分(引下げ分)は国民に還元するとともに、消費税率引上げに伴う診療報酬上の財源の算出にあたっては、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との考え方を提示したところである。
- 26 年度改定においては、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とし、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合理化・効率化、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べきである。
- 特に、急性期病床(7 対 1 入院基本料)に求める医療の定義を明確にしたうえでの要件の設定とその機能に応じた適切な評価を行うとともに、急性期後の受け皿の強化を確実に実施すべきである。また、医療経済実態調査の結果に基づいた病院と診療所間の財源配分を適正化すべきである。

- 支払側としては、今回の診療報酬改定が国民の期待に応える改定となるよう強く望むものである。
- なお、改定の具体的項目に関する意見は以下のとおりである。

1. 入院・外来における機能分化と在宅医療の推進

(1) 入院医療の機能分化等

入院医療は、超高齢社会に相応しい患者の状態像に合った切れ目のない医療提供体制を構築すべきである。このため、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ことを基本とすべきである。

- ① 高度急性期医療は3次救急としての24時間体制や高度な手術等を多数実施している総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関に対し、亜急性期入院医療管理料や療養病棟入院料を算定していないなど、要件を厳格化したうえで評価すべきである。
- ② 急性期医療については、7対1入院基本料の算定対象は「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、一定の期間集中して高度な医療を提供する医療機関」と明確に位置づけるべきである。
 - ・ そのうえで、10対1入院基本料も含めて特定除外制度を廃止し、急性期病床に相応しい患者に特化した医療を提供すべきである。
 - ・ 手術や検査の方法等が標準化された短期入院を平均在院日数の計算対象から除外すべきである。
 - ・ また、重症度・看護必要度の評価項目は急性期医療に則した体系に改めるため、喀痰吸引や血圧測定等を項目から除外するとともに、急性期病院の実態を把握するために、DPCデータの提出を要件とすべきである。
 - ・ さらに、現行の7対1入院基本料の経過措置を延長することなく、新たな7対1及び10対1入院基本料の見直しに係る激変緩和措置は長期化させずに適切な期間を設定すべきである。
- ③ 亜急性期医療については、急性期後の受け皿、在宅等の患者の急性増悪の受入れ、在宅への復帰支援を主な機能に位置付けたうえで、その機能に応じた評価をすべきである。
 - ・ また、亜急性期病床は現行の病室単位から病棟単位に改めるとともに、全ての病棟を亜急性期病棟とする医療機関を認めるべきである。
 - ・ さらに、亜急性期医療に適した重症度・看護必要度の基準を導入することに加え、提供している医療データの提出を要件とすべきである。
- ④ 慢性期医療については、社会的入院を是正する観点からも療養病棟の評価は在宅復帰率を要件に組み込む必要がある。
 - ・ また、療養病棟療養環境改善加算及び診療所療養病床療養環境改善加算については、改善計画が進んでいない療養病床等は加算の適正化を検討する必要がある。
- ⑤ 有床診療所は、医療経済実態調査の結果をみると経営は安定しており、院長収入も高く、入院基本料全体を引き上げる必要はない。地域包括ケアの一端を担う有床診については、病院からの早期退院患者の受入れ及び在宅患者の急変時の受入れなどの実績に基づいた

評価のあり方の検討が求められる。

- ・ 一方、長期入院に係る評価は、社会的入院の是正の観点からも慎重に検討すべきである。
- ⑥ 医療提供体制が十分ではない地域における医療機関に配慮した評価については、患者負担を考慮し、診療報酬上の要件緩和の対象となる地域を現行の 30 医療圏に限定したうえで、補助金を含めた一体的な支援が求められる。

(2) 外来医療の機能分化と財源配分の見直し

外来医療については、機能分化や病・診連携を推進する観点から、大病院の専門外来化の推進と中小病院、診療所における主治医機能の評価による外来受診の合理化・効率化を行うことを基本とすべきである。

- ① 500 床以上の大病院の専門外来化については、外来の機能分化はもとより勤務医の負担軽減の観点からも重要であるため、紹介・逆紹介率の基準の強化を行うべきである。
- ② 中小病院及び診療所の外来については、主治医機能を強化し、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し、全人的かつ計画的に診る評価を導入すべきである。
 - ・ 具体的には、複数の生活習慣病と認知症を罹患している患者一人に対して一医療機関が算定することを前提に、服薬管理や後発医薬品の積極的な使用、24 時間の対応、在宅医療への関与、重複検査等の防止などを要件とするとともに、指導料や処方料、外来管理加算などの各種加算を包括化した評価体系とすべきである。
 - ・ また、7 剤ルールについては、多剤投与による患者の身体への影響を踏まえ、規制を堅持すべきである。

(3) 在宅医療の推進等

在宅医療については、超高齢社会においても住み慣れた地域で安心して暮らすために、入院から在宅までの切れ目のない医療が提供できるよう、地域包括ケアシステムを構築する観点から、引き続き推進することが求められる。その際には、不適正事例に対応できる規定を整備すべきである。

- ① 在支診・病については、その対象となる全ての医療機関に対し、体制整備にとどまらず、緊急往診や看取りの件数といった実績を十分に上げることを求めていくべきである。
 - ・ このうち、機能強化型の在支診・病については、緊急往診や看取りの件数を厳格化するとともに、連携型の機能強化型在支診・病においてもそれぞれの医療機関に実績要件を設定すべきである。
- ② 不適正事例を未然に防ぐ観点からは、療養担当規則を改正し、紹介業者からの患者紹介に対する紹介料の提供を禁止するとともに、在宅患者訪問診療料の要件に診療実績の記載や患者・家族への説明に加え、同一建物内の評価の適正化を行うべきである。
 - ・ 在宅時医療総合管理料及び特定施設入居時医学総合管理料については、同一建物内の基準を新たに設定したうえで、適正な評価とすべきである。
- ③ また、在宅歯科医療についても過剰診療を是正するため、「歯科訪問診療 2」の評価を適正化すべきである。訪問看護ステーションについては、24 時間体制、看取り、重症度の高い患者の受入れなどの実績を踏まえた機能強化型の施設要件を検討することが求めら

れる。

- ④ 在宅自己注射管理料については、一律の評価を改め、在宅自己注射開始時から一定期間が経過した後の評価を適正化すべきである。

2. 個別課題について

(1) 診療報酬の標準化・包括化の推進

- ① 診療報酬体系については、治療方法等が標準化された技術等については、包括化を推進すべきである。
 - ・ 具体的には、入院医療については、治療または検査の方法が標準化されている短期間の入院については、包括評価とするとともに、一入院包括とすべきである。
- ② DPC 制度については、医療の標準化や効率化を目指し、DPC データの分析を進めるとともに、一入院包括への移行や急性期病院として合致しないケアミックス型病院への評価のあり方などを引き続き検討することが重要である。
 - ・ また、DPC 制度における後発医薬品指数の評価上限の設定にあたっては、新指標の 60% に拘らず、より高い上限を設定するとともに、将来的には包括評価の点数設定は、先発品を用いるのではなく後発品を用いて設定することを検討すべきである。
 - ・ 併せて、○再入院ルールの見直し、○併存傷病名の記載要領の見直しなどを検討すべきである。

(2) 病院医療従事者の負担軽減策及び救急・小児医療等について

- ① 急性期の病院医療従事者の負担軽減策については、医師と他職種との役割分担や医師の交代制勤務、地域の他の医療機関との連携といった取組みを条件に休日・時間外・深夜の手術を評価するとともに、重症度の高い患者の割合が高い病棟における看護職員夜間加算を評価することが重要である。
 - ・ また、病棟薬剤師の評価については、療養病棟・精神病棟の加算期間の延長は慎重に検討すべきである。
- ② 一般病棟の 13 対 1 及び 15 対 1、その他の入院基本料については、看護師の月平均夜勤時間が満たせない場合だけに算定可能な減額措置の創設は行うべきでない。なお、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料については、同様の減額措置を見直すことを検討すべきである。
- ③ 救急医療については、精神疾患及び薬物中毒患者に対する医師の負担に配慮した評価を検討する一方で、救急医療管理加算は「その他」に該当する患者の取扱いを厳格化すべきである。
- ④ 周産期・小児医療については、NICU における退院調整および退院支援を充実させることが求められる。

(3) 精神医療・認知症対策について

- ① 精神医療については、患者の早期の社会復帰等を目指す観点から、諸外国に比べ極端に長い平均在院日数の短縮に向けた早期退院と地域移行への評価の検討が必要である。なお、自殺予防対策の推進が重要と考えられる。

- ・併せて、諸外国に比べ向精神薬の投薬数が極端に多いことを是正するため、○非定型抗精神薬加算 2 の廃止、○多量・大量処方 of 厳格化、○減算対象薬剤に抗精神病薬の追加などを実施するとともに、精神科デイケアの 1 年以上の長期利用については、減算や回数を制限するなど、適正利用を推進すべきである。
- ② 認知症対策については、地域移行と地域定着を推進し、認知症治療病棟の平均在院日数を短縮する必要がある。
- ③ 早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)を新たに評価するとともに、重度認知症加算については短期間の重点的な評価に改めることが求められる。

(4) がん対策について

- ① がん対策については、がん対策推進基本計画に基づき、がん医療の均てん化は必要であるが、手術等を含めた高度がん医療の集約化を進め、症例の集中により医療機関の熟練度を高めるべきである。
- ・併せて、在宅におけるがん医療については、医療機関の連携と緩和ケアの推進を検討することが重要である。
- ・また、外来化学療法加算については、対象となる薬剤を厳格化すべきである。

(5) たばこ対策について

- ① たばこ対策については、ニコチン依存管理料の対象拡大は慎重に検討するとともに、同管理料の効果を検証し、そのあり方を検討すべきである。

(6) リハビリテーションについて

- ① 急性期病棟の早期リハビリテーションに理学療法士を配置した場合の評価は、対象疾患を限定し、ADL の低下の割合等のアウトカム評価も行うことを条件に導入することが求められる。
- ② 廃用症候群については、疾患別のリハビリが適切に実施されるよう運用の厳格化と評価を適正化すべきである。
- ③ 維持期リハビリテーションについては、介護保険への移行を進める観点から、経過措置を継続する場合は算定可能な単位の厳格化及び点数設定の適正化を条件とするほか、その期間を明確に限定すべきである。

(7) 手術について

- ① 手術については、過去 2 回の改定において大幅な引上げを実施したことを踏まえ、エビデンスに基づき費用対効果の高い新規手術を評価する方向で検討することが重要である。
- ・併せて、症例数の集約化により医療機関の熟練度を高めることは、医療の質の向上並びに医療材料価格等の適正化に資するため、手術数に応じたアウトカム評価を検討すべきである。

(8) 明細書無料発行の推進など患者の視点に立った医療の実現について

- ① 明細書については、国民が受けた医療サービスを理解・納得する貴重な情報源であるため、免除規定を廃止し、全ての医療機関に対し、無料発行の義務化への道筋を示すとともに、完全義務化を実施すべきである。当面、病院においては平成 28 年 4 月から義務化すべきである。
 - ・ また、窓口負担のない患者への無料発行の義務化や明細書発行手数料の適正化を進めるべきである。
 - ・ なお、次期療養費改定に向けては、柔道整復施術療養費の請求の電子化と療養費全体における明細書の無料発行の義務化を目指すべきである。
- ② 診療報酬体系については、簡素化と包括化を推進することが重要である。
- ③ 併せて、早期のレセプトの完全電子化を実現するとともに、○未コード化傷病名の廃止、○傷病名の統一と主傷病名の明示、○院外処方も含めて傷病名と診療内容・薬剤が紐付け可能なレセプト様式・記載要領の改善、○医療費等の分析に資するためのレセプト様式の見直しなどを図るべきである。
- ④ 医療機関における褥瘡の有病率や院内発生率等の基礎データを収集し、院内および在宅における褥瘡対策を充実すべきである。

(9) 歯科診療報酬について

- ① 歯科診療報酬については、周術期等の口腔機能の管理に係る評価は、在院日数削減に資するものについて、引き続き評価することが重要である。
- ② 一方、歯科外来診療環境加算を見直す際には、財政中立を前提に見直すべきである。
- ③ 併せて、根管治療については、治療回数の頻度及び治療期間が極端なケースを是正する仕組みとすべきである。

(10) 後発医薬品のさらなる使用促進

- ① 後発医薬品の使用促進に向けては、ロードマップが定めた 5 年で数量ベース 60%を達成する目標の早期達成を図るため、後発医薬品の品質は十分であることを、国が医療従事者や患者に周知し続ける取り組みが不可欠である。
- ② そのうえで、後発医薬品調剤体制加算については、ロードマップに基づく新指標等を踏まえ、財政中立を前提に後発医薬品の調剤数量割合がより高い調剤薬局を評価する方向に見直すべきである。
- ③ さらに、療養担当規則に一般名処方の努力規定を設けるとともに、一般名で処方された医薬品が原則後発医薬品として選択されるよう、保険薬局・薬剤師が後発医薬品の安全性等に関する説明を行うことの努力規定も設けるべきである。

(11) 調剤報酬について

- ① 調剤報酬体系を簡素化・合理化する観点から、調剤基本料と各種加算の包括化を推進すべきである。
- ② 調剤報酬については、同一法人の店舗数が多い調剤薬局の利益率が高い傾向にあるなど医

療経済実態調査の結果を踏まえ、適正化を図るべきである。

- ・ 具体的には、同一法人の店舗数、処方せん枚数や特定の医療機関の処方せんに基づく調剤割合等に注目したうえで、調剤基本料を適正化すべきである。
- ③ 残薬対策のための分割調剤は、患者負担が増加しないことや効果を検証することを条件に試行的な実施が求められる。
- ・ また、残薬の適正化は、処方せん受付時に残薬状況等を確認することに加え、主治医機能による服薬管理と組み合わせて対応することが重要である。

(12) 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ① 薬価基準制度および保険医療材料価格制度は、公的医療保険制度のもとに必要な医薬品、医療材料・機器を確保するため、有用性の高い革新的な新薬等を適切に評価するとともに、既収載品については、市場実勢価格を踏まえ、適正に価格を設定することを基本に見直すべきである。
- ② 試行継続中の新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象は、○適応外薬・未承認薬の開発要請品目及び公募品目の研究・開発、○真に医療の質の向上に貢献する医薬品（小児、オーファンドラッグ、アンメットメディカルニーズ対応品）の研究・開発—に限定すべきである。
 - ・ 真に医療の質の向上に貢献する医薬品については、当該研究・開発品目を登録したうえで、その研究・開発状況を適切に確認・検証する仕組みを構築すべきである。
 - ・ また、市場実勢価格との乖離率が全収載品の平均乖離率を超えないとする要件の見直しが必要で、医薬品自体を評価する方式に向けた検討が必要であるため、試行を継続すべきである。
- ③ 長期収載品の薬価は、市場実勢価格の反映を原則としつつ、一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない場合は、後発品への適切な置き換えを後押しする観点から、新たに特例的な引下げを行うべきである。
 - ・ 引下げ幅については、後発品への置き換え状況に応じた率を段階的に設定するとともに、現行の特例引下げだけでなく、過去の追加引下げも考慮して設定することが求められる。
 - ・ また、新たな特例的引下げの対象となる医薬品は、改定を経るたびに減少することも考えられることから、引下げ率は薬価調査の結果等を踏まえ、改定毎に見直す必要がある。
- ④ 新規収載後発医薬品の薬価は、市場実勢価格の下落率を踏まえ、先発品薬価の 6 割を原則とし、内用薬については銘柄数が 10 を超える場合は、5 割とすべきである。
 - ・ また、次々回改定に向けては、薬価調査の結果等を踏まえ、先発品薬価の 5 割を原則とするこの検討が必要である。
 - ・ 既収載後発品の薬価については、最高価格の 30%以下の後発医薬品は統一名・統一価格収載、同 30%~50%及び 50%以上は加重平均した価格をそれぞれ設定し、価格帯を 3 つに削減すべきである。さらに、将来的には統一名・統一価格を目指す必要がある。
- ⑤ 新薬におけるイノベーションの評価は、価格決定の納得性を高めるためにも、定量的な評価手法を導入すべきである。
 - ・ 世界に先駆けて日本で承認した新薬の評価は、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける新薬に限定すべきである。
 - ・ 一方、外国平均価格調整の引き下げ対象を 1.25 倍とするなど必要な見直しを行うべきであ

る。

- ・ さらに、次々回改定に向けては医薬品購入の妥結率への対応を検討すべきである。
- ⑥ 保険医療材料価格について、イノベーションの評価に対しては、薬価と同様に定量的な評価方法を導入すべきである。
- ・ 機能区分の特例については、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける医療機器等に限定すべきである。
- ・ また、外国価格調整では、内外価格差のさらなる是正に向けた取り組みを継続すべきである。
- ・ さらに、現行の機能区分については、機能に応じた適切な合理化・細分化の実施が求められる。

(13) 消費税引上げに伴う診療報酬上の対応について

- ① 消費税引上げに伴う診療報酬上の手当てについては、患者が受けた医療サービスに応じて負担するという観点から、基本診療料と特掲診療料の双方で対応すべきである。
- ・ このうち、特掲診療料での対応は医療機関における消費税負担と対応可能と考えられる医療機器等を使用した検査・処置・手術に関連する項目などにより行うべきである。

(14) 医療技術における費用対効果評価について

- ① 患者がエビデンスに基づく医療を適正な負担で受けるためには、医薬品、医療材料・機器等の評価に費用対効果の視点を導入することが欠かせない。
- ② 次々回改定における制度化に向けて、わが国の具体例を踏まえた検討を行うためにも、医薬品、医療材料・機器等の保険適用を希望する際は、費用対効果の検証に資する統一的なデータ提出を必須とすべきである。
- ③ なお、先進医療の中で特に高額な技術の保険収載については、QOL の改善等の費用対効果も考慮したうえで、慎重に判断することが求められる。