

(保 154)

平成28年1月13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
松本純一

平成28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28年1月13日に開催されました中医協総会におきまして、平成28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28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）」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26年度）診療報酬改定以降、15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、都道府県医師会等のご協力の下、「2014年度診療報酬改定に係る診療所調査－かかりつけ医機能と在宅医療を中心に－」の実施や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28年1月13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28年度診療報酬改定の基本方針（平成27年12月7日 社会保障審議会医療保険部会・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28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27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28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。（日本医師会ホームページからも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13日（水）～1月22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。

また、中医協においては、診療報酬改定にあたり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設けることを目的に、診療報酬改定の度に「公聴会」を開催しているところであります。

平成28年度診療報酬改定に向けた公聴会は、添付資料7のとおり、

日時：平成28年1月22日（金）13時00分～15時00分

会場：（埼玉県）浦和ロイヤルパインズホテル 4階「ロイヤルプリンセス」にて開催されることとなっておりますことを申し添えます。

<添付資料>

1. 諮問書（平成28年度診療報酬改定について）
（平28.1.13 厚生労働省発保0113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28年度診療報酬改定の基本方針」
（平27.12.7 社会保障審議会医療保険部会・医療部会）
2. 「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）」
に関するご意見の募集について・意見提出様式
（平28.1.13 中央社会保険医療協議会）
3. 平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）
（平28.1.13 中央社会保険医療協議会）
4. 平成28年度診療報酬改定について
（平27.12.11 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28年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見
（平27.12.25 中医協二号委員）
6. 平成28年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の意見
（平27.12.25 中医協1号側（支払側）委員）
7. 中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の開催及び意見発表者の募集について
（平28.1.6 厚生労働省 報道発表資料）

厚生労働省発保0113第1号
平成28年1月13日

中央社会保険医療協議会
会 長 田 辺 国 昭 殿

厚生労働大臣
塩 崎 恭 久

諮 問 書

(平成28年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第85条第3項、第85条の2第3項、第86条第3項、第88条第5項及び第92条第3項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第59条において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第65条第12項において準用する健康保険法第92条第3項（船員保険法第65条第10項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び国民健康保険法第54条の2第12項において準用する健康保険法第92条第3項、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項、第74条第8項、第75条第5項、第76条第4項、第78条第5項及び第79条第3項並びに持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）附則第18条の規定に基づき、平成28年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「診療報酬改定について」（平成27年12月21日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙2「平成28年度診療報酬改定の基本方針」（平成27年12月7日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていただくよう求めます。

診療報酬改定について

平成28年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

1. 診療報酬本体 +0.49%

各科改定率	医科	+0.56%
	歯科	+0.61%
	調剤	+0.17%

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.22%

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

② 材料価格 ▲0.11%

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

平成 28 年度診療報酬改定の基本方針

平成 27 年 12 月 7 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(超高齢社会における医療政策の基本方向)

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

(地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築)

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

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

(経済成長や財政健全化との調和)

- 医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要。「経済財政運営と改革の基本方針 2015」や「日本再興戦略 2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献にも留意することが必要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

【重点課題】

(基本的視点)

- 医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働するなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、在宅医療・訪問看護などの整備を含め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

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

ウ 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。
- ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。
- ・ 医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化。
- ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

エ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い在宅医療・訪問看護の提供体制を確保。

オ 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

- ・ 本年5月に成立した医療保険制度改革法も踏まえ、大病院と中小病院・診療所の機能分化を進めることについて検討。
- ・ 外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、診療所等における複数の慢性疾患を有する患者に療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施する機能を評価。

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

(基本的視点)

- 患者にとって、医療の安心・安全が確保されていることは当然のことであるが、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえれば、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき、患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、病気を治すだけでなく、「生活の質」を高める「治し、支える医療」を実現することが重要である。

(具体的方向性の例)

- ア かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康

管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)

- ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。(再掲)

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

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

ウ 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進

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

(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

(基本的視点)

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

(具体的方向性の例)

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

(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

(基本的視点)

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

(具体的方向性の例)

- ア 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
 - ・ 後発品の使用促進について、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな目標の実現に向けた診療報酬上の取組について見直し。
 - ・ 後発医薬品の価格適正化に向け、価格算定ルールを見直し。
 - ・ 前回改定の影響を踏まえつつ、現行の長期収載品の価格引下げルールの要件の見直し。
- イ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。(再掲)
- ウ 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬の削減を推進。
- エ 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
 - ・ 服薬情報の一元的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価するとともに、かかりつけ機能を発揮できていないいわゆる門前薬局の評価の適正化等を推進。
- オ 重症化予防の取組の推進
 - ・ 重症化予防に向けて、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- カ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。
 - ・ また、医薬品や医療機器等の費用対効果評価の試行的導入について検討。

3. 将来を見据えた課題

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

平成28年度診療報酬改定について、皆様からのご意見をお聞かせ
いただきたいと思います。

「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」に関するご意見の募集について

平成28年1月13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28年度診療報酬改定については、平成28年1月13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28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28年度診療報酬改定に向けて、当協議会においてこれまでに行われた議論を踏まえた一応の整理として、「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」を取りまとめました。(取りまとめに係る当協議会の議論の内容については、後日、厚生労働省のホームページに議事録等が掲載される予定です。)

今後は、この「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28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)」に対するご意見を募集することといたしました。

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

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

※「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」の内容はこちら([PDF: 533KB](#))

※厚生労働省のホームページは[こちら](#)

参考1 「平成28年度診療報酬改定の基本方針」([PDF: 253KB](#))

参考2 「平成28年度診療報酬改定について(改定率)」([PDF: 96KB](#))

-----【意見提出用様式】----- (Excel: 56KB) (PDF: 195KB)

【ご意見受付期間】

平成28年1月13日(水)～1月22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28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28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28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」 への意見募集

このたびは、「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」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

(※ 次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28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)」項目

※ 「平成28年度診療報酬改定の基本方針」より整理

1 「4つの視点Ⅰ」地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

項目番号	内容
1-1	医療機能に応じた入院医療の評価について
1-2	チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について
1-3	地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について
1-4	質の高い在宅医療・訪問看護の確保について
1-5	医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

2 「4つの視点Ⅱ」患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

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

3 「4つの視点Ⅲ」重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

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

4 「4つの視点Ⅳ」 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める 視点

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

平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）

【留意事項】

この資料は、平成28年度診療報酬改定に向けて、これまで行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成27年12月7日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成28年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

【目次】

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

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

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

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

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

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

Ⅳ 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

I-1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

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

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

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

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

I-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

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

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

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

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

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

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

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

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

I-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

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

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

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

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

I-5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進について

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

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

Ⅲ－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

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

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

Ⅲ－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

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

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

Ⅲ－４ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

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

Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した

歯科医療の推進について

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

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

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

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

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

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

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

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

- (8) 手術等の医療技術について、以下のような見直しを行う。
- ① 区分 C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療材料等について、それぞれ技術料の新設等を行う。
 - ② 外科的手術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
 - ③ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえて、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を見直す。
 - ④ 先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施されている医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。
- (9) 医師主導治験において使用する同種同効薬の投薬及び注射に係る費用について、保険外併用療養費の支給の対象とする。

Ⅲ－９ DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

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

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

IV-2 退院支援等の取組による在宅復帰の推進について

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

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

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

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

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

IV-4 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直しについて

患者本位の医薬分業を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

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

IV-5 重症化予防の取組の推進について

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

IV-6 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

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

平成 28 年度診療報酬改定について

平成 27 年 12 月 11 日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、平成 28 年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記のとおり整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 医療経済実態調査結果について

- 本協議会は、医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、第 20 回医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

2. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

- 薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約 8.8%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約 7.9%であった。

3. 平成 28 年度診療報酬改定について

- 我が国の医療については、2025 年（平成 37 年）に向けて、制度の持続可能性を確保し、国民皆保険を堅持しながら、高齢化の進展に伴うニーズの変化に対応して、国民がその状態に応じた安全で安心な質の高い医療を受けられるよう、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築等に取り組むことが重要な課題である。
- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「平成 28 年度診療報酬改定の基本方針」（以下「基本方針」という。）でも、重点的に取り組む課題として、医療機能の分化・強化、連携を含め、在宅医療や訪問看護の整備を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することが示された。
- 本協議会は、この基本方針に基づき、全ての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた。
- しかし、このような基本認識の下で、どのように平成 28 年度診療報酬改定に

臨むべきかについては、次のような意見の相違が見られた。

まず、支払側は、政府の掲げる強い経済の実現は未だ道半ばであり、医療保険者の財政は深刻な状況に陥っている一方で、医療経済実態調査の結果では、医療機関等の経営は全体としてはおおむね堅調に推移していること、足下で賃金・物価に改善傾向が見られるとしても、長年に亘り賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られないことから、28年度改定において、診療報酬はマイナス改定とすべきとの意見であった。また、26年度改定と同様、薬価・特定保険医療材料価格の引下げ分を診療報酬本体に充当せず、国民に還元すべきとの意見であった。

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

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

- 本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を法定されており、医療保険制度を構成する当事者である支払側委員と診療側委員、そして公益委員が、医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

診療報酬改定は、基本方針に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保険医療材料価格の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行うものである。そのために、本協議会においては、これまでも医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続けていく。

- 厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成28年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。
- また、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金の活用や予防・健康づくりの取組など、幅広い医療施策を講じていく必要があり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。

平成27年12月25日

**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28年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見**

中央社会保険医療協議会
二号委員
松本純一
中川俊男
松原謙二
万代恭嗣
猪口雄二
遠藤秀樹
安部好弘

〔医科〕

I 基本的考え方

わが国では、世界に類を見ない人口の少子高齢社会が進展している中、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向けて、国民皆保険を堅持しつつ、持続可能な社会保障制度とすべく、地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の再構築等の取組が継続されている。

社会保障審議会がとりまとめた「改定の基本方針」では前回改定に引き続き「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」が重点課題と位置づけられた。国民が住み慣れた地域で質の高い医療を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護を提供できるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実が不可欠とできない。平成28年度診療報酬改定では引き続き、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるために必要な財源配分をすべきである。

我々は、地域医療を守る使命感と倫理観に基づき、将来にわたりわが国の医療制度を維持・発展させるため、平成28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. 不合理な診療報酬項目の見直し
2. あるべき医療提供体制コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
 - 「もの」と「技術」の分離の促進（ものから人へ）
 - 医学・医療の進歩に対する速やかな対応
 - 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
 - 出来高払いを原則として、包括払いとの適切な組み合わせの検討
3. 大病院、中小病院、診療所が各々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

- 急性期医療から回復期・慢性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
 - 救急医療、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健全に運営できる診療報酬の設定
 - 地域の診療所や中小病院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手厚い評価
4. 高齢化に伴う認知症患者の増加に対応した認知症対策に係る十分な評価
 5. 医療従事者の負担軽減策の更なる推進
 6. 医療と介護の同時改定に向けた対応
 7. 施設基準の簡素化と要件緩和
 8. その他必要事項の手当

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

地域包括ケアシステムの要である診療所・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（再診料の平成26年度改定における引き上げは消費税率引き上げに伴う補填目的であり、平成22年度引き下げ分の措置ではない）

(3) 同一医療機関における同一日複数科受診の評価

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・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

(4) かかりつけ医機能の更なる評価

地域包括ケアシステムの構築のためにも、かかりつけ医機能の評価は重要である
 具体的には、前回改定でかかりつけ医機能の評価として新設された「地域包括診療加算・地域包括診療料」を算定する医療機関が極めて少数にとどまっており、かかりつけ医機能をより充実させるため、救急指定や研修要件の緩和、24時間対応、患者への同意などの要件を見直すとともに、点数を引き上げること

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) 看護職員1人当たり月平均夜勤7.2時間ルールの緩和

看護職員の確保、医療・看護の質確保のため、7.2時間ルールを本来の夜勤加算に戻す

こと。現場では、夜勤のみを望む看護職員や家庭環境により夜勤が困難な看護職員など、働き方が多様化した職場環境を考慮し、計算方法の緩和が必要

(3) 入院中の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や特定入院料等の減算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

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でき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

(4) 「重症度、医療・看護必要度」基準の見直し

現行の基準は急性期の病状を必ずしも反映しておらず医療現場に歪みが生じているため、病床機能や患者病態像を加味した観点より見直すこと。7対1入院基本料算定病床の削減の手段とすることなく長期的な展望をもって見直すこと

(5) 入院基本料の病棟群単位での選択制導入

単独もしくは複数の病棟で病棟群を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料を算定できるようにすること

(6) 7対1入院基本料等の在宅復帰率計算式の見直し

有床診療所の病床機能の評価とその利活用の面からも、急性期以後の患者在宅復帰率に有床診療所への転院も加える
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、急性期医療に限らず、全病床種別での算定を可能とすること

また、医師事務作業補助者の勤務時間の8割以上が病棟又は外来での業務に限定されているが、実際にはそれ以外の部署でも医師の事務作業補助を行っている

さらに、除外業務となっている「診療報酬の請求事務」については、除外業務から削除することが望ましい

(3) 医療の安全管理・院内感染症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

(4) 急性期看護補助体制加算の見直し

現場の実情にあわせて、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

また、慢性期の病棟においても、高齢者・認知症等の患者を受け入れ、現実として看護補助者を配置しており、何らかの評価が必要である

(5) 地域包括ケア病棟入院料の算定要件の見直し

施設基準等の要件を緩和し、多くの中小病院が算定可能となるようにすべきである

1日に2単位以上のリハビリテーションを行うこととされ、リハビリテーションの費用が包括されている。早期退院を促し、在宅復帰率を高めるためには、2単位を超えるリハ

ビリテーションの出来高算定を認めること

在宅療養等の急性増悪に対する治療は本来の目的の一つであり、急性期対応（処置、手術、輸血、麻酔等）については出来高による算定とすべきである

(6) 短期滞在手術等基本料3における対象疾患の見直し

対称器官の見直し、透析患者及び全身麻酔時の適正な評価をすること 等

4. 基本診療料全般

(1) 地域包括ケアシステムにおけるICTを利用した連携体制の評価

(2) チーム医療における多職種連携の評価

多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やQOL向上に効果を上げており医療の質向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。

高齢化、がん・精神疾患等の患者の増加に合わせた評価と施設基準の緩和をすること

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見直し

一部の加算等を除き包括の点数となっており、医師の技術料を十分評価した点数へ引き上げ、対象年齢拡大、高点数の検査や診療情報提供料を包括から除外すること

(3) 特定疾患療養管理料の見直し

月1回450点を算定可能に

医療の進歩により、新しい疾患概念や治療法が増加したこと、超高齢社会による疾病構造の変化に適切に対応するために、対象疾患を見直す

白内障手術、ポリペクトミー等の1日入院の手術や短期間の検査等の入院も増えており、退院後1か月間算定不可の規定は、自院を退院した日から1か月以内に見直す

(4) 救急医療の評価の見直し

救急医療の24時間体制での提供には人的配置を含め多額のコストを費やしているにもかかわらず評価が不十分である。地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額・要件緩和、救急医療管理加算のさらなる評価、院内トリアージ実施料の要件緩和をすること

(5) 認知症診療の環境整備

認知症患者の診療は、単なる認知機能の評価にとどまらず、生活障害、行動・心理症状、家族の介護負担の評価等を包括的に行う必要がある。現在、認知症疾患医療センターで診断され、他の保険医療機関へ紹介された患者のみ認知症療養指導料の算定が可能であるため、認知症専門医やかかりつけ医でも算定可能とすること

(6) 診療情報提供料（I）の見直し

少子高齢社会に対応した診療情報提供施設の見直し

中学生までの乳幼児・児童・学童に対する療養指導管理の要点を、行政・保健・福祉関連機関等へ情報提供した場合の算定を可能とする

その他、介護療養施設等への情報提供、職場「産業医」への社会復帰のための情報提供など、情報提供施設を拡大する 等

6. 在宅医療

- (1) 在宅医療における「1患者1医療機関」の見直し
在宅患者訪問診療料及び在宅療養指導管理料は、原則、1人の患者に対し1つの保険医療機関のみの算定となっている。高齢化の進展に伴い、多様で複雑な疾患をもつ患者が増加しており、在宅医療の充実のためには、主治医の専門以外の診療科の協力によるチーム医療が必須である
- (2) 在宅医療における同一建物居住者同一日診療の減算の緩和（引き上げ）
前回改定による大幅な減額措置は、地域医療を支えるかかりつけ医のモチベーションを奪う対応であった
同一の特定施設内入居者であっても、在宅医療に費やされる手間や労力は一般居宅と何ら変わらず、時により大きな負担を求められる。入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべきである
- (3) 在宅自己注射指導管理料の要件等の見直し
 - ① 在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療を行うことが要件となっているが、遠隔地患者（離島等）に対する例外規定がないため、地域医療を混乱させる要因となっている。導入前の要件規定は「導入期加算」の算定要件に限定すべき
 - ② 自己注射の対象疾患がますます増加している現状において、同一患者の異なる疾患に対して、各々の専門医療機関がそれぞれ異なる注射剤に対し、在宅自己注射指導管理を行った場合には、それぞれの算定を認めること 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
例えば、評価が低く原価割れのため標準的手順が省かれ、結果的に医療費を高騰させている生体検査（運動負荷、呼気ガス分析加算など）の再評価など
- (2) 画像診断管理加算は読影数や割合ではなく相応の常勤医の存在等の管理体制について設定すること
- (3) 遠隔画像診断の定義と内容の再分類、その効用を明確化し、画像診断管理と遠隔画像診断の有機的運用ができるよう改善を行うこと
- (4) 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・再診にかかわらず評価すること 等

8. 投薬

- (1) 7種類以上の内服薬処方時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の撤廃
高齢者は多数の疾患に罹患していることが多く、超高齢社会となった現在において、その傾向はますます顕著となり、それに伴い多剤投与が必要となるケースも増えている
糖尿病だけでも4種類の薬剤が必要な場合が少なくない。高血圧症、高コレステロール血症などが合併すると7種類以上になるケースが多い
- (2) 処方日数の適正化
超長期処方（例えば90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) 院内処方、院内調剤の適正評価

院内処方における一包化加算、後発医薬品に係る加算の新設、調剤料の引き上げ

(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、さら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

(1) 前回改定で外来化学療法加算Bの算定要件において、「皮内、皮下及び筋肉内注射により投与した場合は算定できない」とされた。前立腺がん患者で長期にわたり定期的に行われている注射による感染などの安全性が担保されていない

(2) 内科系の中心的な治療である薬物療法における処方技術評価の改善を図るために、「注射」の項に「処方料」を新設すること 等

10. リハビリテーション

(1) 維持期リハビリテーションの継続

平成28年4月1日以降も医療によるリハビリテーションが必要な患者が数多く存在する。一方、介護保険でのリハビリ提供体制の整備が不十分であるため、維持期リハビリテーションの算定を引き続き可能とすること

(2) 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

施設基準、人員配置等の要件が同じである脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ)と運動器リハビリテーション(Ⅰ)の点数の格差を是正

(3) 廃用症候群のリハビリテーションの見直し

心大血管リハ料、呼吸器リハ料、がん患者リハ料などの施設基準を有していないと、心不全、肺炎、がんなどによる廃用症候群が算定できないことの是正 等

11. 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法(初診時)の復点

前回改定において、何ら合理的な根拠なしに初診時の通院・在宅精神療法の点数が減点されたことは不合理である 等

12. 処置・手術・麻酔

(1) 休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の要件の見直し

施設基準要件に「当直等を行った日が年間12日以内」とされているが、病院全体の合計となっている。施設基準要件の①交替勤務制、②チーム制、③手当の支給等は、診療科ごとの要件となっていることにあわせ、診療科単位の年間当直日数とすべきである

(2) ディスポ製品の費用を考慮した点数設定

処置の実施において、感染予防等によりディスポ製品の使用が常識となっている現在において、長年低点数のまま据え置かれている処置項目については、技術料が含まれていないに等しい状況となっている(特に、外来管理加算よりも低点数の処置項目)

(3) 基本診療料に含まれる処置の見直し

処置の必要性は重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決めるものではない

(4) 手術料の適正な評価（外保連試案の意義を含めた見直し）

短時間で終了する手術が簡単なものという評価は適切ではない。先端医療機器の導入や医師の研鑽の結果による効率化や手術時間の短縮は正しく評価されるべき

(5) 同一手術野で実施する複数手術の評価

行った手術の手技料は、それぞれ算定できるようにすること 等

13. 放射線治療

放射線治療計画の策定や放射線物質の適切な管理等に対して、放射線治療計画チーム加算を新設する 等

14. DPC

内科系高度急性期医療を評価して、「特定内科診療」をⅡ群病院実績要件3へ導入および高度急性期病院の機能評価に導入すること 等

15. その他

(1) 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

医療機関が受ける消費税の影響などの経営指標等について、国の施策としてより精緻かつ多面的なコスト分析を進め、反映すること

(2) 診療報酬点数表の一層の簡素化・明確化

(3) 施設基準における専従要件について

(4) 改定時における点数表の早期告示、周知期間の確保、行政によるきめ細かな周知

(5) 医療保険と介護保険の給付調整

特別養護老人ホーム等施設入所者に対する配置医師による健康管理や療養上の指導は介護報酬に含まれるとして施設から配置医師報酬として支払われていた。平成27年4月以降、原則要介護3以上となり、中心静脈栄養、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅自己注射等の在宅医療をしていた患者が入所してきた場合、入所後在宅療法指導管理料の算定ができなくなるおそれがあるため給付調整の見直しが必要である

(6) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

平成元年より厚生労働省とともに始めた8020運動や国民の口腔への関心の高まりにより、高齢者の現在歯数は増加している。一方、超高齢社会の到来のなかで、様々な疾患を抱えたり、寝たきり等の要介護状態の高齢者も増加しており、生活の質が問われている。こうした中では、平均寿命と健康寿命の差を縮小することが重要視されている。歯科医療は口腔機能の維持・向上により、国民のQOLの改善と健康寿命の延伸を目指している。

財政難の中、平成28年度診療報酬改定は、本体で0.49%（歯科0.61%）のアップとなったが、目標達成は困難と思われる。医療経済実態調査の結果からも分かるように、歯科医院の経営は長期にわたる医療費抑制により危機的状況にあり、安全・安心で良質な医療提供の継続が限界に達している。厳しい状況ではあるが、国民の健康を支えるという歯科医療提供者の責務と果たすため、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。

- 基本診療料の充実
- 歯科固有の技術に対する評価
- 新規技術の導入と普及促進
- 医療連携・地域連携の推進と「かかりつけ歯科医機能」の評価
- 健康寿命の延伸のための口腔機能管理の充実
- 在宅歯科医療の推進
- 留意事項通知等の見直し
- その他必要な事項

II 具体的検討事項

1. 基本診療料の充実

歯科診療所における経営状況に改善のみられないなか、安全・安心な歯科医療を持続的に提供するため、初診料・再診料を引き上げること。

安全・安心な歯科医療の提供に欠かせない歯科外来診療環境体制加算の普及に係る評価をすること。

2. 歯科固有の技術に対する評価

歯科の臨床では繊細で困難な技術が多用されるが、その多くが低評価のまま据え置かれ、

採算割れの状態となっている。歯を残すことによる口腔機能の維持が健康寿命の延伸につながることから、タイムスタディー調査等も活用し、さらなる評価をすること。

重症化予防のため、長期間継続して管理することが増加しているが、診療項目によって初診一回限り等、実態と合わなくなっている項目があり、合理的な見直しが必要である。特に、補綴時診断料は個々の欠損補綴の診断・設計料であり、評価すること。

3. 新規技術の導入促進と適切な評価

歯科医療の進歩のため、新規技術を積極的に導入するとともに、その技術に見合った適切な評価をすること。

4. かかりつけ歯科医機能を活かした継続的管理の評価

生涯に亘る口腔機能の維持・向上により健康寿命の延伸をはかるための「かかりつけ歯科医機能」を活かした歯科医療技術の評価すること。

特に、う蝕・歯周疾患等の継続的維持管理を充実させること。

5. 周術期口腔機能管理の充実

医科・歯科連携による周術期口腔機能管理のさらなる推進を図るため、歯科のない病院や歯科があってもマンパワーの不足している病院との病診連携を評価すること。また術後における周術期口腔機能管理についてもさらなる評価をすること。

化学療法・放射線治療における周術期口腔機能管理については、治療開始前や治療後の緩和ケア等においても有用であり、評価すること。

6. 全身疾患を抱える患者への対応の評価

超高齢社会の到来により、歯科診療所においても複数の全身疾患を抱えた患者を診療する機会が増加している。安全・安心な歯科医療の提供のためにも、全身状態の把握や急変への対応が求められており、必要に応じたモニタリングが欠かせないため、これを評価すること。

7. 加齢や障害等による口腔機能低下に対する対応の評価

超高齢社会の到来のなかで要介護状態となる事例も増加している。脳血管疾患等による口腔機能低下に対する医学的管理を含め歯科医療技術の評価すること。

8. 在宅歯科医療の充実

地域包括ケアシステムのなかで「かかりつけ歯科医機能」を発揮した歯科訪問診療を充実させること。特に、退院時カンファレンス等の連携を伴った歯科訪問診療については評価すること。居宅で夫婦等の家族を同時に診療した場合等や、歯科訪問診療で実施される診療行為については内容を検討して適切に評価すること。

同一建物内で多数の患者を訪問診療する場合には内容等を精査して適切に対応すること。また外来応需のない歯科訪問診療専門の医療機関を認めるに当たっては、医療の質を確保できるよう適切な基準を設け、慎重に対応すること。

9. 留意事項通知等の整理

臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務負担を求める不合理かつ詳細すぎる通知等の是正や煩雑な患者提供文書等を整理すること。

10. 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

地域包括ケアシステムの構築に向け、医療機能の分化・強化・連携や医療・介護の一体的な基盤整備が求められる中、薬剤師・薬局の役割と機能は地域完結型医療に対応すべく、自律的に変革しなければならない。

厚生労働省が示した「患者のための薬局ビジョン」では、患者本位の医薬分業の実現に向け、かかりつけ薬剤師・薬局による「服薬情報の一元的・継続的把握」、「24時間対応・在宅対応」、「医療機関等との連携」が求められており、これらを着実に推進し、患者への薬物療法の安全性・有効性確保と適切な医薬品供給を実現することが喫緊の課題である。

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな後発医薬品使用の目標実現に向け、薬剤師・薬局がこれまでの取り組みをより一層推進するとともに、国民および医療従事者が後発医薬品をより安心して使用できる環境整備に取り組んでいくことが肝要である。

こうした状況を踏まえ、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. かかりつけ薬剤師・薬局の推進
2. 対人業務の評価の充実
3. 在宅薬剤管理指導業務の推進
4. 医薬品の適正使用の推進
5. 後発医薬品の使用促進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師・薬局による
 - ・服薬情報の一元的・継続的な管理の推進
 - ・24時間の相談や在宅対応
 - ・医療機関等との連携 等
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた薬学的知見に基づく服薬管理・指導の評価
 - ・残薬の適正化
 - ・服薬モニタリング
 - ・薬物療法における医療安全の確保 等
3. 在宅医療における薬学的管理の評価
4. 後発医薬品の更なる使用促進に向けた環境整備
5. 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

超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実現に向けて、医療機関の機能分化・強化および連携が求められるなど、医療提供体制の変革が進められている。加えて、薬学の目覚ましい進歩、医療の高度化・多様化に伴い、薬剤師に求められる役割は大きく変化している。

さらに、平成26年には薬剤師法第25条の2が改正され、患者に対して「必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。」と規定された。これにより、法的に情報提供のみならず責任のある立場で薬学的指導を行うことが義務化され、薬剤師の責任は増大している。

こうした状況を踏まえ、病院・診療所における薬剤師には、病棟・外来業務の充実及びチーム医療の推進に向けて、これまで以上に質の高い薬剤業務の展開が求められる。

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急務であり、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた環境の整備を求める。

1. 薬剤師の病棟・外来業務の充実
2. チーム医療・医療連携における薬剤師の貢献
3. 医療安全の向上及び薬物療法の適正化に向けた取り組みの推進

II 具体的検討事項

1. 病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大
2. チーム医療・医療連携の推進に向けた薬剤師の薬学的管理の評価
3. 無菌製剤処理料「1」の算定対象の拡大
4. その他必要事項

平成 27 年 12 月 25 日

中央社会保険医療協議会
会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

吉	森	俊	和
幸	野	庄	司
平	川	則	男
花	井	十	伍
石	山	惠	司
松	浦	満	晴
榊	原	純	夫

平成 28 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- わが国は、急速な高齢化の進展に伴い、医療費は増加の一途を辿り、25 年度にはついに国民医療費が 40 兆円を超えた。今後、一段と高齢化が加速し、さらなる医療費の増加は避けられない中で、医療の質や安全を確保しつつ国民皆保険制度を維持していくためには、社会保障と税の一体改革に基づき、超高齢社会に対応しうる効率的な医療提供体制へ再構築することが不可欠である。
- 国内経済が回復の途上にある中で、医療費を含めた国民の社会保障費負担の増加を抑制しなければ経済成長が大きく鈍化しかねない懸念があり、こうした背景から政府は、いわゆる「骨太方針 2015」で社会保障関係費の伸びを高齢化等による増加の範囲内におさめることを目指している。
- 以上のような状況下で、医療保険者の財政は依然として深刻である一方、医療機関の経営状況は全体としては中期的におおむね堅調に推移していると見られ、足もとで賃金・物価が改善傾向にあるとしても、長年にわたり賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、診療報酬の引き上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られない。そのため、支払側は 12 月 2 日の総会において、28 年度改定はマイナス改定にすべきであり、薬価等の改定分（引き下げ分）については前回改定と同様に診療報酬本体に充当せず、国民に還元すべきと主張したところである。
- 28 年度改定においては、効果的かつ効率的な財源配分を前提としつつ、その上で医療機能に応じた入院医療の評価として急性期をはじめ患者の状態像に応じた適切な評価や在宅医療の充実を図るほか、医薬品等への費用対効果評価の導入、いわゆる「かかりつけ薬剤師」の機能の発揮などによる残薬解消や多剤投与の是正、調剤報酬の適正化、新たな目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として効率的で質の高い医療提供体制の構築と医療費の適

正化を図っていくことを基本とすべきである。

- この中で前回改定において重点的に取り組んだ入院および外来医療の機能分化・強化、連携の推進、長期入院の適正化、主治医機能の強化などの効果を検証し、さらに促進するための施策を講じるべきである。
- なお、改定の具体的項目に関する支払側の考え方や意見は以下のとおりである。

1. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進等

(1) 入院医療における機能分化・強化、連携

超高齢社会に対応しうる効果的で効率的な入院医療の提供体制へ再構築するためには、高度急性期から急性期、回復期、慢性期の各病床において、機能にあった患者像の受け入れを適切に評価することが最も重要である。

- ① 高度急性期の入院医療について、特定集中治療室管理料は、真に高度な医療を要する患者が同管理料で適切に評価されるよう特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のうち高い相関がみられる A 項目の評価は見直すべきである。
 - ・ 特定集中治療室・ハイケアユニット用の B 項目については、評価の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と揃えるべきである。
 - ・ 特定集中治療室など高度急性期の病棟において、薬剤業務を実施するため治療室内に薬剤師を配置した場合を評価する際は、効果を確認なものとするためにも専任の配置を要件とすべきである。
 - ・ 総合入院体制加算 2 についても、同加算の趣旨に鑑み一定の実績要件を設定すべきである。
- ② 7 対 1 入院基本料について、急性期入院医療が必要な患者をより適切に評価できるよう重症度、医療・看護必要度の評価項目を見直すべきである
 - ・ その上で、基準該当患者の水準は病床の機能分化が確実に進むところまで引き上げるべきで、この見直しは同基本料を算定する医療機関内における患者の負担の公平性・納得性を高める観点からも必須である。
 - ・ 平均在院日数要件についても、在院日数が長い医療機関は相対的に診療密度が低い傾向にあることを踏まえ、一定程度の見直しが必要である。
 - ・ 在宅復帰率要件は、患者が早期に住み慣れた地域へ帰ることを促進するために導入されたものであることを踏まえれば、自宅、高齢者住宅、グループホームなどへ直接在宅復帰した患者を最も高く評価できる計算式へ見直すとともに基準を引き上げるべきである。
- ③ 入院基本料の病棟群単位の届出を可能とすることに関して、まずは急性期入院医療の見直しの方向性を定め、これによる全体的な影響を見極めた上で必要に応じ検討すべきである。
 - ・ 検討の結果、7 対 1 入院基本料の施設基準見直しにかかる経過措置の必要性が確認された場合は、入院基本料は病院単位で算定するという原則は維持し、期限を区切った例外的な措置と明確に位置付けるべきである。
 - ・ さらに、対象病棟の条件は必要な医療機関に限られるよう慎重に検討すべきである。
- ④ 退院支援は早期の在宅復帰を円滑なものとするために重要であるため、平均在院日数など

の実績要件も組み込みながら、効果的かつ簡素な体系に整理することが求められる。

- ⑤ 急性期病院の患者像を把握するため、10対1入院基本料についてもDPCデータの提出を要件とすべきである。
- ⑥ 地域包括ケア病棟については、順調に届出数が増加しているため、平成28年度改定においては現行の評価体系を継続すべきである。
- ⑦ 慢性期入院医療について、医療療養病床の主な機能は医療必要度の高い患者の受け入れであることから、療養病棟入院基本料2についても医療区分2、3の患者受入割合を要件化すべきである。
 - ・ 状態が安定している患者と状態に変動がみられる患者が混在している医療区分2、3の項目については、患者の状態像を適切に評価できるよう精緻化すべきである。
 - ・ 療養病棟の在宅復帰機能強化加算の要件において、在宅復帰率の算出から1カ月未満を除外するルールの見直しに当たっては、ケアミックス病院が軽症患者を一般病棟から療養病棟へ転棟させ、直ぐに退院させることで要件を満たすといったモラルハザードを防止するための要件も組み込むべきである。
 - ・ また、同加算において急性期などから直接的に受け入れた患者の在宅復帰を評価することは急性期、回復期、慢性期から在宅へ至る流れをより円滑にする可能性がある。
 - ・ 特殊疾患病棟や障害者病棟の役割は、障害者手帳の交付や難病認定を受けた患者への適切な医療の継続であるため、脳卒中患者が、やむを得ず当該病棟に入院しなければならない場合で、かつ安定した状態であるならば療養病棟と同様の評価とすべきである。

(2)入院医療における包括化の推進

- ① 入院医療において、治療方法や在院日数に一定程度の標準化がみられた手術などについては、診療の標準化と効率化を図る観点から、包括化を推進すべきである。
 - ・ 短期滞在手術等基本料3について、現行の設定点数と出来高実績点数とで乖離が生じている手術や検査は出来高実績点数に応じた包括点数に改めることを基本とし、前回改定後の診療実態を踏まえた適切な包括点数を設定することが求められる。
 - ・ さらに、在院日数が短く診療の標準化が確認された手術や検査については、現行と同様の形で対象技術に追加すべきである。
- ② DPC制度は医療の透明化、効率化、標準化を促進する観点から推進していくべきだが、制度の肝となるデータの信頼性を損ねるアップコーディングについてはコーディングルールの精緻化や周知徹底のみならず、実態把握を継続すると同時に防止するための仕組みの検討が求められる。
 - ・ 機能評価係数Ⅱの後発医薬品指数については、後発医薬品の新たな目標値と連動して評価上限を引き上げるべきである。
 - ・ 再入院ルールや入院中の持参薬の使用を原則禁止する取り扱いについては、現行の仕組みを基本としつつ、適正化の観点からのルールの精緻化やより詳細なデータに基づく検討を行うべきである。
 - ・ DPCデータは、医療の可視化やエビデンスに基づく議論に不可欠であるため、重症度、医療・看護必要度や医療区分などを項目に追加すべきである。

(3) 入院医療の個別課題

- ① 身体疾患の治療のために入院する認知症患者のケアに、認知症専門家を含めた多職種チームが介入した場合を評価する際は、機能の発揮に必要な適切な人員配置要件のほか、在院日数の減少など期待される実績も要件化すべきである。
- ② 看護職員の月平均夜勤時間数の計算対象に含まれる従事者を一定程度拡大し計算方法を見直すことについては、人員削減と長時間夜勤を招き、医療安全と患者の利益を損ねることが懸念されるため、現在の計算方法を維持すべきである。
 - ・ また、月平均夜勤時間超過減算の届出医療機関はわずか 13 施設である中で、超過減算期間の延長および新たな超過減算の設定は行うべきではない。
- ③ 医療資源が少ない地域に配慮した評価について、対象は医療資源の少ない地域に限定すべきであるが、基本的に全国一律の診療報酬で地域の実情に配慮した柔軟な評価を行うことは難しいため、当該地域に対しては地域医療介護総合確保基金等の活用も含めた総合的な支援が必要である。
- ④ 国家公務員の地域手当の見直しを踏まえ、診療報酬上の地域手当の評価を拡大する場合は財政中立的に実施する観点から入院基本料の調整が必須である。
- ⑤ 入院中の他医療機関の受診について、他医療機関での診療の必要が生じた場合は転医か対診を求める原則を維持しつつ、減算率の緩和は真にやむ得ない場合に限定すべきである。

(4) 外来医療の機能分化

中小病院、診療所における主治医機能の強化による受診行動・服薬数の適正化、さらには医療保険制度改革法を踏まえた紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の導入により外来医療の機能分化や病・診連携をさらに推進すべきである。

- ① 慢性疾患を有する患者に対しては包括評価が適していると考えられることから、外来においても包括評価の拡大を検討していくべきである。
 - ・ 地域包括診療料など主治医機能の評価について、多剤服用の回避が推奨されている認知症患者に対しては7剤ルール適用を含め適切な服薬管理を推進すべきである。
 - ・ また、認知症とその他の慢性疾患を有する患者を対象として追加することについては、疾患の組み合わせごとの服薬状況などを確認した上で検討していくべきである。
 - ・ 7剤ルールについては、多剤投与による患者への影響を踏まえ、引き続き規制を堅持すべきである。
 - ・ 小児の主治医機能に関しては、対象とする年齢層のニーズに合った機能の発揮が重要であり、そのためには時間外対応加算を算定している医療機関の対応状況を検証した上で要件のあり方を検討すべきである。
- ② 紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担においては、特定機能病院および500床以上の地域医療支援病院を対象とし、初再診時に徴収する定額負担は病診の機能分化を進める観点から初診時で5,000円程度、再診時においても効果が期待できる水準の金額設定が求められる。
 - ・ なお、導入後の初診料、外来診療料の評価は現行の仕組みを維持すべきである。

(5) 在宅医療の推進

在宅医療は、超高齢社会における地域包括ケアシステムの中で不可欠な要素であり、必要な患者に対して質の確保が担保された在宅医療が提供されるよう、引き続き推進すべきである。

- ① 在宅医療における評価を患者の状態像に応じた体系へ転換する際は、長期にわたって医学管理の必要性が高い患者の基準を設定するとともに、訪問診療や往診の対象者である通院困難者の定義をより具体化する措置を合わせて講じるべきである。
- ② 患者の居住場所に応じた訪問診療時の評価区分は居宅等と高齢者向け集合住宅とに整理し、その上で同一建物における診療報酬上の評価は集合住宅内の診療患者数に応じた評価とすべきである。
 - ・ また、一般のアパートや団地で複数患者を診療した場合の一定の配慮については、調剤や歯科を含め、モラルハザードの防止を念頭においた明確な条件や点数の設定が求められる。
- ③ 訪問薬剤管理指導時に、重複投薬または相互作用の防止を目的に必要な応じて行う処方内容の疑義照会を評価する場合は、投薬数や薬剤費の減少につながったケースを重点的に評価すべきであり、例えば特定の医療機関からの処方せん受付割合が一定以下であるなどを要件とすべきである。
- ④ 介護施設における薬剤師の持参薬整理や、薬剤の管理等の取り組みの評価については、介護施設全般でどの程度の効果や必要性があるのか確認した上で慎重に判断すべきである。
- ⑤ 同一建物患者に対する歯科訪問診療については、依然として1カ月の患者総数が1,000人以上の医療機関が存在しているため、歯科訪問診療3の評価の適正化を含めた見直しを検討すべきである。
- ⑥ 歯科医療機関が病院等に対して歯科訪問診療を実施し、口腔機能管理を行った場合の評価については、検証調査の結果を踏まえ慎重にすべきである。
- ⑦ 在宅自己注射指導管理料については、疾患の医学管理に関する部分を切り離し、自己注射の指導と衛生材料等に応じた管理料にするとともに、疾患別に医学管理と重複する特掲診療料との整合性を踏まえつつ、自己注射の方法等に関する指導の部分については導入初期を重点的に評価する体系へ改めるべきである。
 - ・ また、本来自己注射に関する管理料は、在宅療養管理指導料とは性質を異にすることから、在宅療養管理指導料とは別途に扱うべきである。
- ⑧ 在宅専門の医療機関については在宅医療の提供体制を補完する観点から認めることとし、同一建物患者のみを訪問診療する形態が生じないよう、同一建物居住者の割合、要介護度別の患者の割合、看取り件数などに着目した要件を設定し、外来機能を有しない点を踏まえた評価とすべきである。
- ⑨ 訪問看護については、機能強化型訪問看護ステーションにおける看取りや重症児の対応機能の強化が求められる。

(6) 勤務医等の負担軽減について

- ① 急性期病院の医療従事者の負担軽減策については、医師事務作業補助体制加算や夜間急性期看護補助体制加算をさらに効果的なものとする観点から要件を見直すとともに業務範

困の明確化が重要であるが、勤務医等の負担軽減は診療報酬上の措置だけで解決される課題ではないため、総合的な対応が求められる。

- ② チーム医療の推進については、医療の質や安全性の向上につながる確かなエビデンスが確認される場合に限り、適切な人員配置のほか、期待される成果を実績要件に組み込んで評価することが不可欠である。
- ③ 常勤の従事者が育児・介護休業を取得した場合の一定期間を対象に、複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことについては対象を当該期間に限定するとともに、同等の資質を有する複数の非常勤従事者でなされることを担保すべきである。
- ④ 医師の負担軽減の観点から看護師が行う認知療法・認知行動療法を評価する場合は、十分な知識と経験に関する具体的な要件を設定すべきであり、医師のみが提供した場合とでは評価に差をつけるべきである。

2. 個別課題について

(1) 薬剤使用の適正化について

- ① 長期処方では病状が安定している患者の通院の負担軽減の観点等から今後も認めるべきで、患者の適正な服薬に係る課題については、分割調剤や主治医機能の強化による適切な服薬管理の推進で解決を図るべきである。
 - ・ ただし、新薬の処方日数制限（14日まで）については、安全性確保の観点から厳守すべきである。
- ② 医師が患者の服薬状況を確認の上で、適正な処方に努めることを基本としつつ、高齢者への多剤処方や他医療機関からの重複投薬に起因する有害事象の防止を図るため、医師と薬剤師の連携により、多種類の服薬を行っている患者等への処方薬剤を減少させる取り組みを推進すべきである。
- ③ 合併症や認知症など、服薬数が多い高齢者等の残薬削減に向け、調剤時以外においても医師の事前の了解の下で、患者に残薬があれば薬剤師の判断で日数調整を可能とするなど、薬剤師による残薬削減にむけた取り組みを推進すべきである。
- ④ 現行の分割調剤については、新たな患者負担が発生しないことを前提に、処方時に患者の同意の下で医師が指示した場合には、薬局で分割調剤が可能となるように見直すべきである。また、一定期間内の処方せんを繰り返し利用する「リフィル制度」の導入についても今後検討すべきである。
- ⑤ 薬剤師による服薬管理を促進するため、正当な理由なく指導に従わない患者について、保険者への通知が行われるよう、薬担規則を改正すべきである。

(2) 調剤報酬について

- ① ▽服薬情報の一元的・継続的把握、▽24時間対応・在宅対応、▽医療機関等との連携—といった、かかりつけ薬剤師・薬局に求める機能・要件等を診療報酬上明確にし、かかりつけ薬剤師が医師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握する業務を評価する報酬体系とすべきである。
 - ・ また、継続的な薬学的管理を進めるため、薬剤師による自主的かつ積極的な残薬削減の取

り組みを要件化すべきである。

- ② 薬剤服用歴管理指導料については、求められる要件に即して評価の適正化を図るとともに、個別に加算で評価するのではなく、かかりつけ薬剤師の包括的な評価とすべきである。
 - ・ 基準調剤加算は、備蓄薬剤の品目数等を評価するのではなく、在宅業務の実績、開局時間、相談時のプライバシーに配慮した要件の追加や、24時間対応に関する実態に即した要件の明確化など、かかりつけ機能を有する薬局が評価されるよう、抜本的な見直しが必要である。
 - ・ さらに、かかりつけ機能を有する薬局に一定期間・一定時間以上勤務する薬剤師を配置することを、基準調剤加算の要件に追加すべきである。
 - ・ 調剤料及びその加算（一包化加算等）については、調剤日数に応じて評価される体系を見直し、適正化すべきである。
 - ・ 重複投薬・相互作用防止加算について、医師と連携の上、減薬等にかかる適切な疑義照会を進めることは薬剤師の本来業務であるため、加算できる範囲の見直しなど評価の充実は慎重にすべきで、むしろ処方変更につながったケースを重点的に評価すべきである。
- ③ お薬手帳については、更なる機能性の向上の観点から、規格の統一化を図った上で電子化を推進し、算定上、紙媒体と同様の取り扱いが可能とする方向で検討すべきである。
 - ・ かかりつけ薬剤師の普及を推進する観点から、2回目以降にお薬手帳を持参した患者については、薬剤服用歴管理指導料を引き下げるべきである。
- ④ いわゆる門前薬局の評価の適正化に向け、処方せん受付回数と集中率による特例対象の要件については、次期改定以降、段階的に拡大するとともに、医療機関と特定の関係を有する薬局等も対象とすべきである。また、特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止すべきである。
- ⑤ 未妥結減算制度は制度を継続することとし、対象薬局の範囲は維持すべきである。

(3) 後発医薬品のより一層の使用促進について

- ① 後発医薬品の使用促進に向け、国は科学的な視点も踏まえ、後発品と先発品の同等性・安全性を患者、薬局、また医療従事者等に対して周知するなど、信頼性の確保に向けた取り組みを、より一層推進する必要がある。
- ② 薬局における後発医薬品調剤体制加算については、政府目標（「骨太方針2015」）を見据えた基準に見直すとともに、後発品の調剤割合の低い薬局については、減算措置も設定すべきである。
 - ・ また、病院における後発医薬品使用体制加算についても、指標を数量ベースに改めるべきである。
- ③ さらに一般名処方の推進に向け、処方せん料については、一般名処方の場合とそれ以外の場合で評価の差が広がるよう見直すべきである。
- ④ 特定の医療機関からの処方せん集中率が多い薬局における後発医薬品調剤体制加算については、後発品の備蓄状況等を踏まえ、見直すことを検討すべきである。
- ⑤ 後発品の銘柄を指定し、変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めるべきである。

(4) リハビリテーションについて

- ① 回復期リハビリテーション病棟のリハビリについては、患者のADLの向上度合いといった医療機関毎の実績に着目して評価する体系へ転換すべきである。
 - ・ 具体的には、一定の実績基準を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供を入院料に包括するとともにリハビリテーション充実加算の算定対象から除外すべきである。
- ② 廃用症候群に対するリハビリテーションは現行の評価を維持したまま独立した項目とし、他の疾患を有していても廃用症候群に該当する患者に対しては廃用症候群のリハビリが提供されるようにすること、及び「急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群」の基準を明確化するなど、他の疾患別のリハビリと併せて患者の状態像に応じたリハビリが適切に行われるために運用の適正化を図る必要がある。
 - ・ また、運動器不安定症の「長期臥床後の運動器廃用のみ」の場合については、医師の診断により回復の見込みのある患者を対象とし、要介護度が比較的高い患者等「現状維持」を目的とするリハビリテーションとの整理が必要である。
 - ・ なお、「急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群」に対するリハビリテーションと「長期臥床後の運動器廃用のみ」に対するリハビリテーションとでその評価に差をつけるべきである。
- ③ 維持期のリハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の明確化の観点から経過措置の延長は行わないこととし、移行対象外とされているものを除き介護保険への移行を進めるべきである。
 - ・ また、移行の推進を目的とした評価を新設する場合は、介護保険リハビリテーション移行支援料等の既存の評価を整理する必要がある。
- ④ リハビリテーションの施設基準における人員配置要件を弾力化する場合は、サービスに応じた適正な点数を設定すべきである。
- ⑤ ADL維持向上等体制加算については、急性期における入院時のADLの維持・回復等の質を求める点は維持しつつ、機能の低下を招かない水準での要件の見直しが求められる。
- ⑥ 疾患別リハビリ料の初期加算、早期加算はその目的に鑑み、発症や手術の日に基づいて起算することを原則とした上で慢性疾患は対象外とすべきであり、早期のリハビリ全般については質を評価する方向で整理するための検討が求められる。
- ⑦ 社会復帰が目的の訓練は、むしろ介護でカバーする分野であり、疾患別リハビリを医療機関外で実施する訓練まで拡大すべきではない。
- ⑧ リンパ浮腫指導管理料の算定要件を緩和する場合、リンパ浮腫とその他の浮腫との線引きを明確にした上で、期間と頻度については明確な基準の設定が必須である。
 - ・ リンパ浮腫に対する複合的治療については、対象期間、頻度の具体的な基準を設定するとともに、同一医療機関内の医師による指導・監督の下での実施に限ることとし、複合的治療に含まれるそれぞれの治療を行う資質を有する従事者の範囲も限定すべきである。

(5) 精神医療について

- ① 精神医療については、長期入院患者の地域移行を一層推進し、長期入院患者数や病床数の

適正化に向けた取り組みを徹底する必要がある。

- ② 児童・思春期患者への専門的な外来診療の提供体制の充実や、自殺予防対策の推進も求められる。
- ③ 抗精神薬については、患者の副作用等のリスク増大を防ぐ観点から、十分な指導によらず大量処方を行う場合の評価を見直すなど、安全性に配慮しながら減薬する取り組みを強化することが重要である。
- ④ 長期にわたる精神科デイ・ケアの頻回の利用については、日中の活動の場を提供する障害福祉サービスの利用等を含め、より自立した生活への移行を促すよう評価を見直すべきである。

(6) がん対策について

- ① がん対策については、拠点病院の無い空白の2次医療圏に対する、がん医療のさらなる均てん化に向けた取り組みが求められるが、「地域がん診療病院」の整備については、地域の医療ニーズや、周辺の2次医療圏における整備状況を踏まえた検討が求められる。
- ② 緩和ケアの充実に向け、外来での化学療法から在宅緩和ケアへの連携や、在宅緩和ケアから緩和ケア病棟への連携を推進すべきである。

(7) たばこ対策について

- ① たばこ対策について、ニコチン依存症管理料を算定できる要件として、治療完了者の割合を設定すべきである。また、同管理料の適用対象拡大は、治療効果を踏まえた上で慎重に検討すべきである。

(8) 救急医療について

- ① 救急出動件数、搬送人数が増加傾向にある中、救急医療については軽症患者や時間外・深夜・休日対応等への対策が求められるが、医療機関の受け入れ体制のみではなく、受け入れ実績を評価する仕組みが必要である。
- ② 救急医療管理加算は、より重篤な状態の患者に対して、密度の高い医療を提供するものを評価するものであることを踏まえ、特に救急医療管理加算2については、適正な運用が図られるよう算定基準を精査すべきであり、その上で重篤な救急患者のみを評価する加算に統合することの検討が必要である。

(9) 小児・周産期医療について

- ① 小児医療については、NICUにおける退院調整や退院支援、長期の療養が必要な児の在宅移行支援策の充実など、少子化対策の視点も踏まえた施策が求められる。
- ② 周産期医療について、精神疾患を合併する妊娠に対する評価については、対象となる疾患の範囲は慎重に検討すべきである。

(10) 医科・歯科連携による栄養管理について

- ① 歯科医師との連携による栄養サポートを推進するにあたり、院内に歯科医師を配置した場

合と、院外の歯科医師と連携した場合では評価に差を設けるべきである。

(11) 栄養食事指導について

- ① 栄養食事指導について、入院及び外来栄養食事指導の評価については、長時間の指導の必要性も踏まえた上で検討すべきである。

(12) 手術など新たな医療技術の評価・再評価について

- ① 手術など新たな医療技術の評価・再評価に当たっては、確かなエビデンスに基づく有用性や既存技術と比較した効率性などを十分確認した上で評価・再評価することが重要である。
 - ・ 技術の進歩とともに医療現場で使用されなくなった診療報酬項目については、廃止を含めた簡素化の検討が必要である。
 - ・ 先進医療の中で特に高額な医療技術の保険収載については、既存の医療技術と比べた有効性や費用対効果を検討した上で、慎重に判断すべきである。

(13) 明細書無料発行の完全義務化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、患者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とともに、医師との信頼関係を強固にするために必要であり、電子レセプト請求を行っている医療機関においては、窓口負担のない患者への無料発行を義務化すべきである。
 - ・ 病院においては、予定どおり、平成 28 年 4 月から完全義務化すべきである。
- ② 併せて、レセプトの再審査請求及び返戻レセプトに係る再請求を含めた完全電子化を実現するとともに、例えば院外処方も含めて傷病名と診療内容・薬剤が紐付け可能とするなど審査や分析に資するレセプト様式の見直しを図るべきである。
- ③ 患者の QOL 向上の観点から胃ろうの造設を適正化するため、嚥下機能の維持・向上と経口摂取の回復に向けた取組みを一層推進すべきである。
- ④ 院内および在宅における褥瘡対策の質向上に向けた検討を行うためには、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の収集が重要である。
- ⑤ 遠隔診療など ICT の利活用による診療報酬上の評価については、患者の利便性向上や勤務医の負担軽減、さらには業務の効率化の観点から、医療上の有効性・安全性だけでなく情報セキュリティ上の安全性も担保した上で推進すべきである。

(14) 歯科診療報酬について

- ① かかりつけの歯科医を大半の患者が有している状況下で当該歯科医の機能を評価するのであれば、歯の喪失リスクの低減、口腔疾患の重症化予防に関する実績を要件に組み込むべきで、高い機能を発揮している歯科医療機関のみが評価されるようにすべきである。
- ② 歯科外来診療環境体制加算の初診料と再診料の点数配分の見直しは、平成 24 年度、26 年度改定で実施されていることから、次期改定で行うべきではない。

(15) 医薬品の適正給付等について

- ① 湿布薬、ビタミン剤、うがい薬などの市販品類似薬は負担の公平性の観点から保険給付か

ら除外すべきであり、関係審議会において当該事案の検討が求められるが、その際は、低所得者の医療へのアクセスを損なわないよう留意する必要がある。差し当たり、平成 28 年度改定では以下の措置を講じるべきである。

- ・ 湿布薬については適正な給付を促す観点から 1 回当たり 70 枚の処方上限とすべきであり、その上で、処方日数の記載ならびに 70 枚を超える処方が必要な場合はその理由をレセプトに記載することを義務化すべきである。
 - ・ 合成ビタミン D 製剤以外のビタミン製剤の投与は必要な場合に限定すべきであり、こうした観点から当該ビタミン製剤が処方できる疾患名を限定すべきである。
- ② コンタクトレンズ検査料は、患者の自由な選択を担保するための取組みを促すことを目的として、院内交付の割合に応じて評価に差をつけるべきである。
 - ③ 食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額については医薬品である同製品との給付費額との均衡を図る観点から見直すなどの措置を講じる必要がある。
 - ④ 高機能の CT・MRI を用いた診断の評価については前回改定で充実が図られたが、さらなる評価は当該機器の機能向上などの必要性が確認されない限り実施すべきではない。
 - ⑤ CT・MRI の設置台数は増加傾向にあり、また、海外と比較して国内の CT・MRI の設置台数が多い傾向にあることを踏まえれば、適正かつ効率的な利用こそ推進すべきである。
 - ⑥ 進行した糖尿病性腎症の患者に対し、透析導入の予防を目的とした運動指導を行った場合をさらに評価する場合は、一定の実績要件を設定するとともに既存の評価を適正化すべきである。
 - ・ 糖尿病透析予防指導管理料について、効果的な重症化予防を推進する観点から、保険者との情報共有などの連携に関する実績要件を盛り込むことの検討が求められる。
 - ⑦ 検体検査において、当該施設が「国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている」ことは新たに評価するのではなく、施設基準として要件化する方向で検討すべきである。

(16) 医療技術における費用対効果評価の試行導入について

- ① 試行導入時に再算定の対象とする医薬品、医療機器については、保険収載から一定期間を経たもののうち、○原価計算方式算定品目、○類似薬効（機能区分）比較方式算定品目であって一定の補正加算が認められたもの、○ピーク時売上高の高い品目一の中から選定し、希少疾患などは対象から除外した上で、当該要件については試行導入の状況を検証しながら見直していくべきである。
- ② 非公開の費用対効果評価専門組織（仮称）が対象医薬品・医療機器の分析結果を総合評価する上において、費用対効果を判断する基準は極めて重要となるため、試行導入段階では研究班の考え方に基づく額を目安としながら、本格導入に向けてわが国独自の閾値を検討することが求められる。
- ③ 再算定の具体的な方法については、薬価算定組織または保険医療材料専門組織が通常の価格算定を行った後、さらに実施する位置づけとすることが現実的である。
- ・ その上で、既存の再算定との関係を整理し、薬価基準・材料価格基準上の新たなルールを

策定するための検討が必須である。

- ④ 医薬品、医療機器の新規収載に当たって、試行導入段階では、保険適用希望書の提出とあわせて、可能な範囲でガイドラインに則った分析結果の提出を求めるとし、本格導入に向けてドラッグラグ、デバイスラグを生じさせないデータ提出や評価方法のあり方を検討していくべきである。

(17) 薬価・保険医療材料価格の見直しについて

- ① 新薬創出・適応外薬解消等促進加算については、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の創薬への取り組みを、製薬企業の開発努力の指標のみではなく、開発による具体的な成果も検証することを前提に、試行を継続すべきである。
- ② 新規収載後発品の薬価については、政府目標で示された新たな後発品数量シェア目標を踏まえ、より一層の使用促進を図る上でも、引き下げるべきである。
 - ・ また、一定の銘柄数を超える後発品に適用される特例については、製薬企業の後発品市場への参入制限を強める方向で、現行の基準（10品目を超えた場合は先発品の5割）を引き下げるべきである。
 - ・ 既収載後発品薬価の価格帯については、先発品の薬価を基準に設定し、品質の信頼性向上を図る上でも、最終的には1価格帯に収斂すべきである。
- ③ 長期収載品の特例引き下げ（Z2）についても、政府目標を踏まえ、置き換え率の区分の上限を「50%以上70%未満」にまで引き上げ、また下限もこれに連動して「30%未満」に引き上げるべきである。
- ④ 長期間にわたり臨床現場での実績がある医療上必要性の高い医薬品について、この安定供給に係る薬価上の措置は、当該医薬品の保険収載年数や使用実態、薬価の乖離率等を踏まえ、真に必要性が認められる品目に限定した上で、最低薬価となる前の薬価を下支えする仕組みとすべきであり、また、該当する製薬企業から今後の安定供給が担保されることが重要である。
- ⑤ 市場拡大再算定については、国民皆保険を維持する観点から、巨額な品目についても、再算定となる条件を設定すべきである。
- ⑥ 画期的な新薬等の迅速な実用化に向け、先駆け審査指定制度の試行を踏まえて導入する「先駆け審査指定制度加算」については、加算率は10%を原則とすべきである。また、イノベーションの評価の観点から、真に我が国の医療に高く貢献した医薬品のみを対象に、20%まで加算できる制度とすべきである。
- ⑦ 類似薬効比較方式（Ⅱ）の除外規定である承認時期（最も早く薬価収載された医薬品の収載日から3年以内）については、撤廃すべきである。
 - ・ 後発医薬品対策と考えられるような新規性に乏しい新薬については、既収載品より低い評価とすべきである。
- ⑧ 保険医療材料価格について、新規収載品の価格調整の比較水準については、イノベーションの評価を適切に維持しつつ、これを引き下げるべきである。
 - ・ 既収載品についても、再算定の比較水準や外国平均価格の算出方法を見直すことなどにより、内外価格差のさらなる是正を図るべきである。

- ⑨ 開発要請を受けた品目など、医療ニーズの高い医療機器については、企業による開発がさらに促進されるための仕組みが必要である。
- ⑩ 平成 29 年 4 月の消費税率 10%への引き上げを見据え、これに対応した薬価調査を実施することについて検討する必要がある。

公開
頭撮り可

平成28年1月6日

保険局医療課

庶務係 松田、青木(内線3277)

(代表番号)03(5253)1111

(直通番号)03(3595)2577

(F A X)03(3508)2746

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の開催 及び意見発表者の募集について

中央社会保険医療協議会では、平成28年度診療報酬改定にあたり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中央社会保険医療協議会委員が国民の皆様方の声を聴く機会を設けることを目的とし、以下のとおり「公聴会」を開催することといたしましたのでお知らせいたします。

また、当日の公聴会において意見発表をしていただける方を募集いたします。平成28年度診療報酬改定に関するご意見を会場で発表できる方は、ご意見の内容を簡潔に記載の上、電子メール又は郵送により、平成28年1月13日（水）17時までに事務局へお申し込みください。（※意見募集のHPアドレス等については、「別紙1」を参照願います。）

なお、当日会場において意見発表をお願いする方については、後日、事務局からご連絡させていただきます。（※なお、会場への旅費等は御自身でご負担頂きますので了承願います。）

日 時：平成28年1月22日（金）

13時00分 ～ 15時00分（受付開始時間12時00分）

場 所：浦和ロイヤルパインズホテル 4階「ロイヤルプリンセス」
埼玉県さいたま市浦和区仲町2-5-1（別添「会場案内図」参照）

議 題：○平成28年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）

○意見発表者（8名程度）による意見発表（1人5分程度）、中医協委員からの質問 等

傍聴等について

傍聴については、当日、先着順にて受付を行います。

座席に限りがあるため傍聴できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。（※会場は500名程度の座席のご用意がございます。）

また、傍聴に際しましては、別紙2「傍聴される方の留意事項」を遵守して下さい。

資料について

資料については、会議開始にあわせて、厚生労働省ホームページに掲載いたしますので、こちらをご確認願います。

（掲載場所）

厚生労働省トップページ → 厚生労働省からのご案内（政策について） → お知らせ → 審議会・研究会等 → 中央社会保険医療協議会 → 中央社会保険医療協議会総会

(別紙1) 意見発表者の募集について

○公聴会において意見発表を希望される方は、ご意見の内容を簡潔に記載の上、平成28年1月13日(水)(必着)までにお申し込みください。選定の上、意見発表をお願いする方に対しては、後日、事務局よりご連絡いたします。

1 電子メールによる場合

メールの件名を「中医協公聴会(1月22日)意見発表希望」とし、メール本文に、氏名、所属又は職業、住所、電話番号・FAX番号を明記し、ご意見の内容を簡潔にまとめ(200字程度)、下記のアドレスに送信してください。

申込先メールアドレス: 28kaitei@mhlw.go.jp

2 郵送による場合

官製はがきでお申し込みください。

<表>

<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">50</div>	〒100-8916
東京都千代田区霞が関1-2-2	
厚生労働省保険局 医療課内 「中医協公聴会」担当あて	

<裏>

「中医協公聴会(1月22日)意見発表者希望」
(氏名)
(所属又は職業)
(住所)
(電話番号・FAX番号)
(ご意見の内容)

※取得した個人情報は、公聴会での意見発表をお願いする方への連絡のみに使用します。

(別紙2)

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 座席は自由となっております。できるだけ前の方から詰めておかけ下さいますようお願いいたします。
- 2 事務局の指定した場所以外に立ち入ることはできません。
- 3 携帯電話等音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
- 4 写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできません（あらかじめ申し込まれた場合は、会議冒頭の頭撮りに限って写真撮影などを行うことができます。）。
- 5 会議の妨げとならないよう静かにしてください。
- 6 その他、座長と事務局職員の指示に従ってください。

会場案内図

○浦和ロイヤルパインズホテル 4階「ロイヤルプリンセス」

住 所：埼玉県さいたま市浦和区仲町 2-5-1

電話番号：048-827-1111

・(交通手段)

○鉄道

・JR浦和駅アトレ北口より徒歩5分

○車

・[東北自動車道]浦和出口 約9km、[首都高速5号池袋線・埼玉大宮線]戸田南出口 約6km

[首都高速5号池袋線・埼玉大宮線]浦和南出口 約4km、[東京外環自動車道]外環浦和出口 約5km

