

医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の 外部機関による技術的評価の実施体制等

1. 平成25年9月4日に行われた中央社会保険医療協議会総会（以下、「総会」という。）において、「医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価に関する基本的考え方」が了承された。
2. 平成25年9月～10月に公募を行い、「独立行政法人国立がん研究センター」（以下、「国立がん研究センター」という。）を外部機関に選定した。（11月1日付で選定）
3. 平成25年11月14日に行われた先進医療会議において、「先進医療制度の運用の見直しの具体的方法について」が了承された。その後、11月27日の総会に報告し、了承された。
4. 3. に基づき、平成25年11月29日より、医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価の運用を開始しているところ。
5. なお、医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の技術的評価を行う外部機関が開催する評価委員会については、国立がん研究センターが設置し、その構成員等は、各臓器のがんの臨床の専門家、生物統計・臨床評価の専門家、生命倫理の専門家等から国立がん研究センターが選定し、厚生労働省の承認を得た者の中から、国立がん研究センターが任命した（下記参照）。

※ 構成員 : 毎回、評価委員会に出席する者
技術委員 : 個々の必要性の高い抗がん剤を用いた医療技術について技術的な観点から検討する者であって、座長が検討のため必要があると認めるときに評価委員会に出席する者

【構成員】

番号	氏名	現職	分野
1	足立 壮一	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授	小児白血病・リンパ腫
2	天野 慎介	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長	患者代表
3	上田 孝文	国立病院機構大阪医療センター統括診療部入院診療部長・整形外科科長	骨・軟部腫瘍・肉腫/外科
4	佐藤 雄一郎	東京学芸大学教育学部准教授	倫理
5	大門 貴志	兵庫医科大学医学部医学科数学教室准教授	生物統計
6	高橋 俊二	がん研有明病院総合腫瘍科部長	原発不明がん・薬理等
7	田島 優子	さわやか法律事務所弁護士	倫理
8	手良向 聡	金沢大学附属病院先端医療開発センター特任教授	生物統計
9	直江 知樹	国立病院機構名古屋医療センター院長	血液腫瘍/内科
10	中西 洋一	九州大学大学院医学研究院臨床医学部門内科学講座呼吸器内科学分野教授	肺がん/内科
11	藤原 恵一	埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科教授	婦人科腫瘍/外科
12	山口 俊晴	がん研有明病院副院長	胃がん/外科

【技術委員】

番号	氏名	現職	分野
1	西川 亮	埼玉医科大学国際医療センター脳脊髄腫瘍科教授	脳腫瘍/外科
2	三木 恒治	京都府立医科大学大学院医学研究科泌尿器外科学教室 教授	泌尿器科腫瘍/外科

先進医療制度の運用の見直しの具体的方法について（案）

1. 検討の必要性

- (1) 平成25年9月4日に行われた中央社会保険医療協議会総会（以下、「中医協」という。）において、「先進医療制度の運用の見直しについて」が了承され、今後、「医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価に関する基本的考え方」に沿って先進医療会議において、具体的な運用方法について検討することとされているため、具体的運用方法の検討を行う必要がある。

2. 具体的な検討内容

- (1) 先進医療の対象となる抗がん剤の公表について

『「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」（以下「未承認薬等検討会議」という）において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤については、未承認薬等検討会議における開発要望の募集の際に、海外における標準的使用状況（米国の承認状況等）の記載欄における標準的使用状況の情報を活用し、先進医療としての適格性等を先進医療会議において確認する』とされていることから、下記のような方法・手続きにより、確認を行い、結果を公表してはどうか。

- ①未承認薬等検討会議において、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤については、原則、翌々月までの先進医療会議において、必要な検討を行う。
- ②具体的には、未承認薬等検討会議に提出された「海外における標準的使用状況」（米国の承認状況等）の記載欄や未承認薬等検討会議の検討結果に記載されている『「医療上の必要性に係る基準」への該当性へのWGの評価』などを参考に、当該技術の先進医療としての適格性（安全性、有効性、技術的成熟度等）等を判断し、先進医療の外部評価の対象となる場合には、結果を公表するとともに、実施医療機関群（臨床研究中核病院、早期・探索的臨床試験拠点、特定機能病院及び都道府県がん診療連携拠点病院）に通知することとする。

(2) 医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療を外部機関における技術的評価によって実施する際の治験との連携について

- ①新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下、「新薬創出等加算」という。）の要件として、未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされた後に開発要請を受けた企業は、開発要請後1年以内に治験を開始することとされている。
- ②一方、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤は、速やかに先進医療の外部評価の対象とすることとされている。

※「企業に対する開発要請後1年を経過しても、特段の合理的理由無く治験に着手されなかった際は、新薬創出等加算を適応しない」等、これら従来の新薬創出等加算の取り扱いを変更するものではない。

- ③①及び②のいずれにも該当する同一の抗がん剤については、治験に先立って実施される先進医療の臨床データが薬事承認申請に活用されるように、先進医療、治験に携わるそれぞれの実施者が、先進医療を実施するに当たって事前に十分な連絡・調整等を行う必要がある。
- ④これを踏まえ、①及び②のいずれにも該当する抗がん剤について、先進医療の実施を計画している保険医療機関が、円滑に開発要請を受けた企業と十分に連絡・調整を行うことができるよう、外部機関は、事前相談等を行う際に、連絡・調整の状況を確認するものとしてはどうか。
- ⑤④に加えて、開発要請を受けた企業は、先進医療の実施を計画している保険医療機関から相談があった場合には、開発に係る情報提供を行うなど必要な対応を行うこととしてはどうか。

※例えば、治験が開始されることを受けて、先進医療を終了する際の連携のあり方等についての連絡・調整

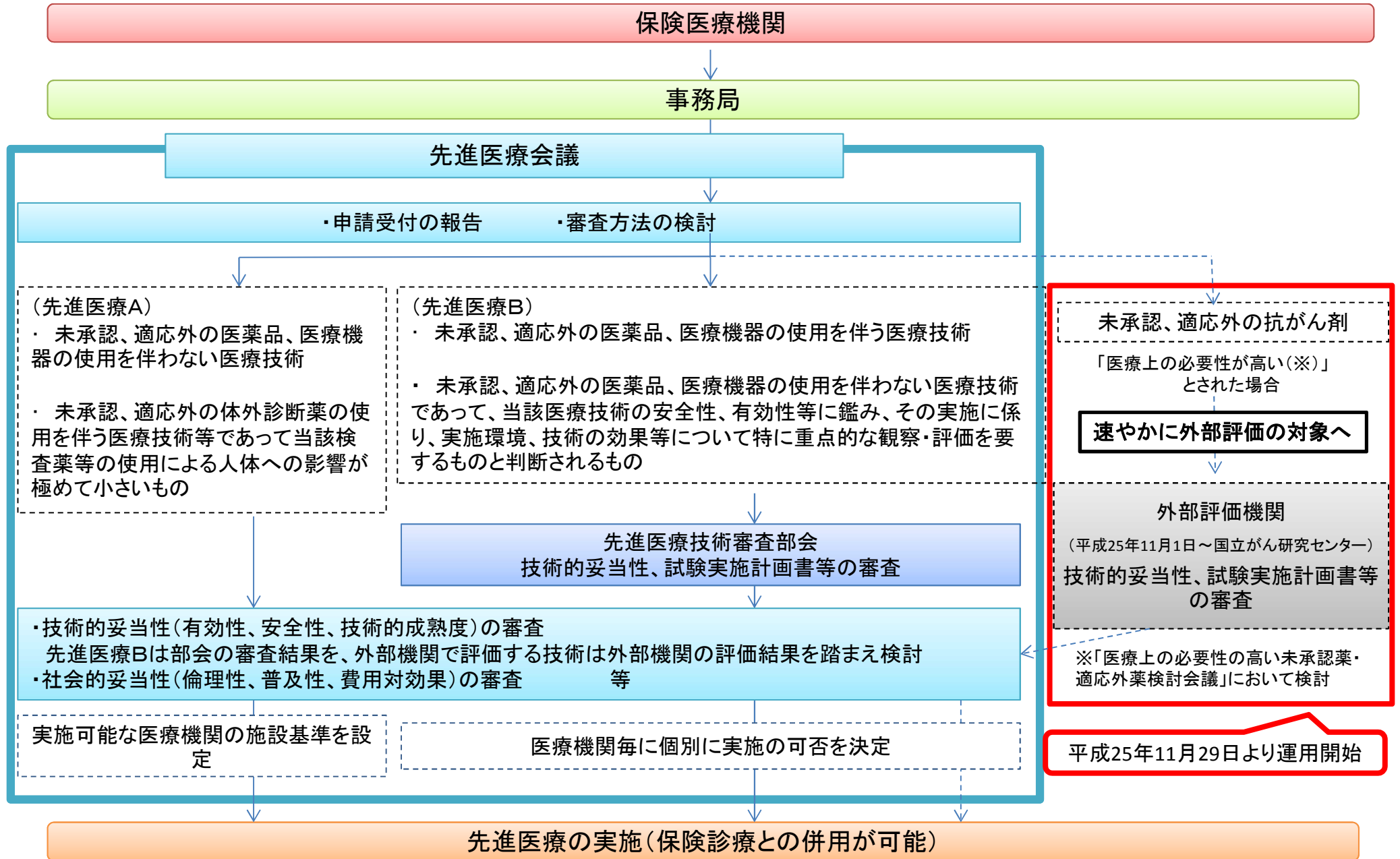
(3) その他（外部機関について）

- ①平成25年9月～10月に公募を行い、「独立行政法人国立がん研究センター」を外部機関に選定したところ。
- ②今後、「先進医療制度の運用の見直しについて（案）」（参考資料1）の2.（1）「外部機関について」に定められた基本的考え方に従って、評価委員会の運営等を進めていく。

(4) 今後のスケジュール等について

平成25年 11月末～（予定）医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価の運用を開始

先進医療の申請から保険適用までの流れについて



先進医療制度の運用の見直しについて（案）

（「医療上の必要性の高い抗がん剤」を用いる先進医療の外部機関における評価について）

1. 背景

我が国における、いわゆるドラッグラグ、デバイスラグや、我が国発の新医薬品の開発及び実用化の促進等といった課題については、研究開発の支援や、薬事承認の迅速化等が直接のアプローチとなるが、これに加えて、医療保険制度における先進医療制度についても、こうした課題に資するよう、下記のような見直しを行ってきた。

（1）これまでの経緯

- ① 新成長戦略（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）及び規制・制度改革に係る対処方針（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）において、新たな医薬品の創出等、医療の実用化促進を目的として、患者保護、最新医療の知見保持の観点で選定した医療機関において、先進医療の評価・確認手続きを簡素化することが求められた。
- ② 中医協において、「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方について」と題して、平成 22 年 10 月 15 日から平成 23 年 2 月 16 日までの 7 回にわたり検討され、平成 23 年 5 月 18 日の中医協において「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方」として報告され、以下の 3 点について了承された。（参考①）
 - （ア） 「医療上の必要性の高い抗がん剤」を用いる先進医療の外部機関における評価について
 - （イ） 先進医療の申請に必要な国内での数例の実績の効率化について
 - （ウ） 先進医療専門家会議及び高度医療評価会議における審査の整理について（先進医療・高度医療一本化）
- ③ 上記（イ）及び（ウ）については、平成 24 年 10 月 1 日より、運用を開始しているところ。
- ④ 日本再興戦略（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）において、「保険診療と保険外の安全な先進医療を幅広く併用して受けられるようにするため、新たに外部機関等による専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図る」とされた。（【本年秋を目途に抗がん剤から開始】）

2. 医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価に関する基本的考え方(案)

抗がん剤の外部機関における技術的評価について、本年秋を目途に開始するとされていることから、その実施に係る基本的考え方を下記の通り定めてはどうか。

(1) 外部機関について

① 先進医療会議（先進医療技術審査部会を含む。）と外部機関の関係について

(ア) 平成23年5月18日の中医協「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方」においては、「がん治療に高度の知見を有し、実施機関の申請及び実施段階での監査を行う機能を有する機関に委託するとされていること」とされていることから、当該条件を満たす医療機関に先進医療技術審査部会の業務を外部委託するという形式で実施する。

(イ) 外部委託を受けた機関は、下記の領域の専門家を含む専門家を参集し、評価委員会を設置することとする。

i 各臓器のがん臨床の専門家

ii 生物統計家・臨床評価の専門家

iii 生命倫理の専門家

(ウ) 外部委託を受けた機関内に評価委員会の事務局を設置することとする。

(エ) 評価委員会の開催要綱等については、先進医療技術審査部会に準じることとする。

② 外部機関における技術的評価の質の担保について

(ア) 先進医療技術審査部会の構成員は、上記評価委員会の傍聴等により、上記評価委員会における技術的評価のあり方について確認を行うとともに、必要に応じて外部機関に助言等を行い、外部機関における技術的評価の質を担保することとする。

③ 外部機関の体制及び利益相反について

(ア) 外部機関は、「がん治療に高度の知見を有し、実施機関の申請及び実施段階での監査を行う機能を有する機関」であり、がん領域の研究・開発に対して重要な役割を担っていることが想定されるため、「医療上の必要性の高い抗がん剤」を用いる先進医療を申請することが可能であることとする。

(イ) 外部機関の評価体制については、下記の要件を満たすこととする。

i 事務局の設置について

- ・ 先進医療の技術的評価を行う評価委員会の事務局を行う部署は、抗がん剤の臨床や研究開発を行う部署とは別な部署とし、異なる責任者を置いていること。

ii 評価委員会の構成員について

- ・ 構成員等については、外部機関が選定し、厚生労働省が承認した者の中から、外部機関が任命した者とすること。
- ・ 外部機関に所属する者は若干名とすること。

iii 外部機関自らが申請した医療技術の評価について

- ・ 外部機関が申請した医療技術の技術的評価を行う際は、当該外部機関に所属する評価委員会の構成員は評価に加わらないこと。

(2) 外部機関による評価の対象となる抗がん剤について

①前提

(ア) 平成 23 年 5 月 18 日の中医協「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方」においては、下記の通り定められている。

- i 「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」（以下「未承認薬等検討会議」という）において医療上の必要性が高いとされた医薬品については、開発要請を受けた企業又は開発の意思を申し出た企業により治験が着手され、又は薬事承認に係る公知申請がされることが原則であるが、これに加え、海外の実績等から一定の安全性等が確認されている抗がん剤については、開発企業の公募中等、長期間治験が見込まれない場合に、これに係る技術を先進医療の対象とすることとする。
- ii 未承認薬等検討会議における開発要望の募集の際に、海外における標準的使用状況（米国の承認状況等）の記載欄を設けることとしているが、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤については、この海外における標準的使用状況の情報を活用し、先進医療としての適格性等を先進医療会議において確認することにより、先進医療の対象技術として告示することとする。

(イ) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下、「新薬創出等加算」という。）の要件として、開発要請を受けた企業は、開発要請後 1 年以内に治験を開始することとされている。

- (ウ) 公募を行い、企業が開発の意思を申し出る場合は概ね1年以内に申し出が行われている。

② 考え方

- (ア) 下記の条件を満たす場合に、医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価の対象とする。
 - i 企業に対する開発要請後、1年を経過しても治験に着手されなかった未承認薬または適応外薬
(適応外薬については、新薬創出等加算の適用の有無を問わない)
 - ii 開発企業の公募後、1年を経過しても開発の申し出がない未承認薬

- (イ) 開発要請又は公募から1年を経過した場合、先進医療の対象として告示するための手続きを速やかに進めるものとする。

(3) 実施医療機関群の要件について

① 前提

平成23年5月18日の中医協「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方」においては、下記の通り定められている。

- (ア) 先進医療会議において、当該抗がん剤を用いた先進医療を実施可能な医療機関の属性をあらかじめ特定する。(医療機関群)
- (イ) 医療機関の施設属性・・・臨床研究中核病院（ICH-GCP 水準の臨床研究を実施）都道府県がん診療連携拠点病院、特定機能病院等
- (ウ) 医療機関の施設要件・・・治験が適切に実施できる体制が整備されていること等

② 考え方

- (ア) 先進医療会議において、当該抗がん剤を用いた先進医療を実施可能な医療機関の属性をあらかじめ特定する際は、施設属性に沿って以下の取り扱いとする。
 - i 臨床研究中核病院、早期・探索的臨床試験拠点 … 質の高い臨床研究等を実施する体制や科学性、安全性、信頼性の観点から適切かつ透明性の高い倫理審査ができる体制、治験・臨床研究に精通する医師、臨床研究コーディネーター等人員の確保等の整備を行っていることから、原則として、全ての技術を実施可能とする。

ii 特定機能病院 … 施設の実情に応じて、技術ごとに先進医療の実施の可否を先進医療会議において検討する。

iii 都道府県がん診療連携拠点病院 … 施設の実情に応じて、技術（適応外薬を用いるものに限る）ごとに先進医療の実施の可否を先進医療会議において検討する。

(イ) 先進医療としての実施が認められた後は、従前と同様の取り扱いとして、協力医療機関の追加の可否を先進医療技術審査部会において検討する。

3. 今後の進め方について

(1) 「医療上の必要性の高い抗がん剤」を用いる先進医療の外部機関における評価について

上記2.(2)の「医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部機関における技術的評価に関する基本的考え方」に沿って先進医療会議において、具体的な運用方法について検討し、結果を中医協総会に報告し、了承を得ることとする。

(2) 再生医療、医療機器等の先進医療の申請に係る専門評価体制について

再生医療、医療機器等については、専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図ることとされていることから、今後、薬事法改正や再生医療の安全性の確保に関する法律案の国会審議状況等を踏まえ、その具体的なあり方を検討していくこととする。

4. 「外部機関による評価の対象となる抗がん剤」に係る今後の考え方について

引き続き、抗がん剤への迅速なアクセスを求める声が強いことや「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、患者や学会等から抗がん分野（小児がんを含む。）に係る多くの要望があることを踏まえ、「外部機関による評価の対象となる抗がん剤」について、今後、下記のように取り扱うことをどのように考えるか。

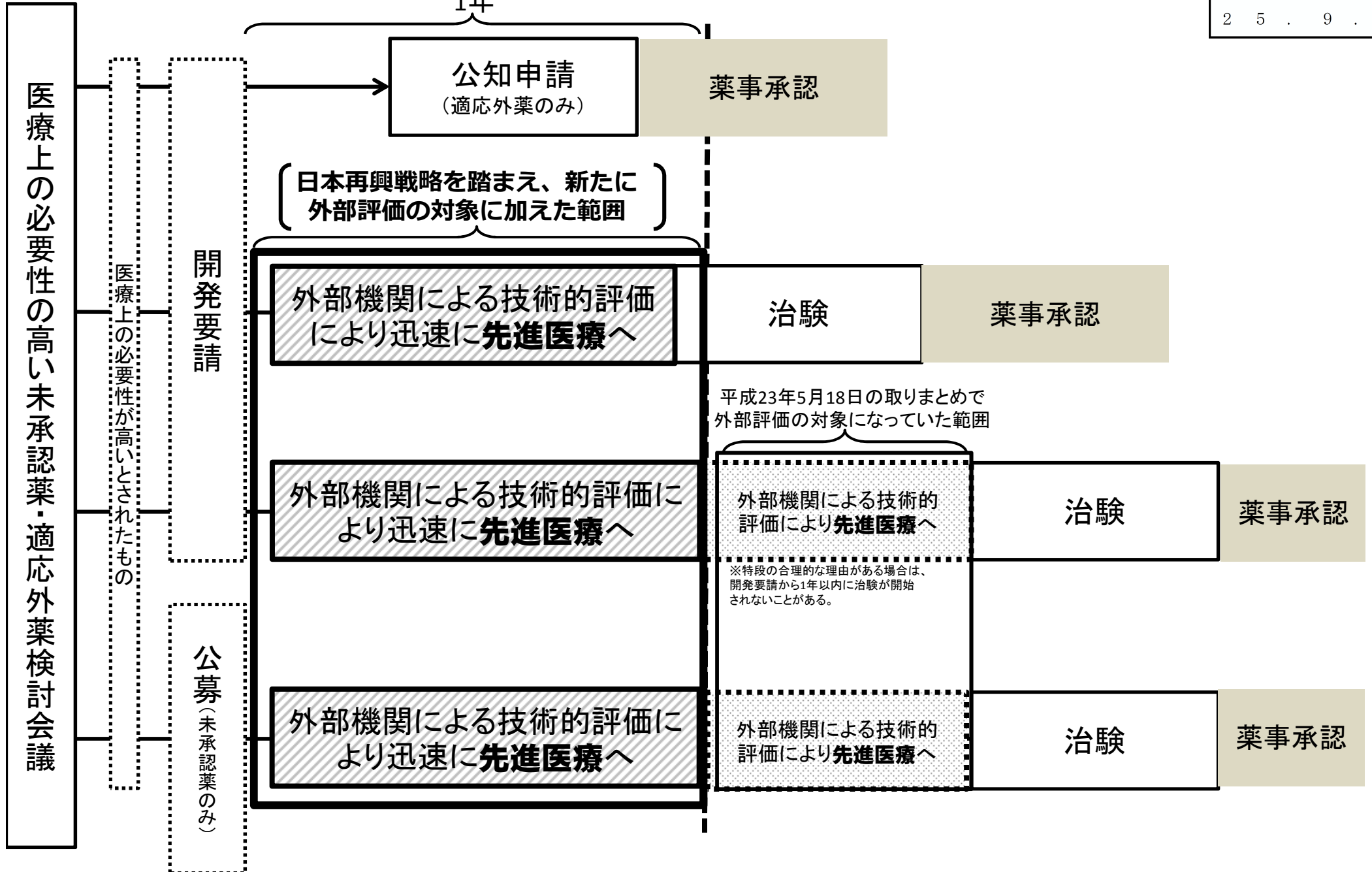
対応の方向性

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤は、速やかに先進医療の外部評価の対象とする。

（「企業に対する開発要請後 1 年を経過しても、特段の合理的理由無く治験に着手されなかった際は、新薬創出等加算を適応しない」等、これら従来の新薬創出等加算の取り扱いを変更するものではない。）

医療上の必要性の高い抗がん剤を用いる先進医療の外部評価の対象について

中医協 総-2-2 (改)
25.9.4



先進医療の外部評価の対象となる「医療上の必要性が高い抗がん剤」 について

- 現時点では、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤であって、治験の実施又は薬事承認に係る公知申請がなされていないものは、下記の通りであるため、これらについて、先進医療の外部評価が可能であるか等について検討を行う。

検討の対象となる抗がん剤（一覧）

成分名	開発内容 (対象疾患等)	未承認/ 適応外の 別	外部評価の可 否に関する 事務局案	実施医療機関に関する 事務局案
ドキソルビシン塩酸 塩リポソーム注射剤	多発性骨髄腫	適応外	外部評価可能	・臨床研究中核病院(全て) ・早期・探索的臨床試験拠点(全て) ・特定機能病院(全て) ・都道府県がん診療連携拠点病院(全て)
3-ヨードベンジルグ アニジン(131I)	神経芽腫	未承認	外部評価可能	・臨床研究中核病院(全て) ・早期・探索的臨床試験拠点(全て) ・特定機能病院(全て)
3-ヨードベンジルグ アニジン(131I)	褐色細胞腫	未承認	外部評価可能	・臨床研究中核病院(全て) ・早期・探索的臨床試験拠点(全て) ・特定機能病院(全て)
3-ヨードベンジルグ アニジン(131I)	甲状腺髄様癌	未承認	外部評価可能	・臨床研究中核病院(全て) ・早期・探索的臨床試験拠点(全て) ・特定機能病院(全て)

費用対効果評価の今後の検討について（案）

1. 基本的考え方

- (1) 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点から可能な範囲で導入することについては、中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会を平成24年4月に設置し、以後計14回の議論を行い、「議論の中間的な整理」をとりまとめたところである。

今後、医療技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入することについて、我が国に当てはめた場合の具体例を用いた検討（検討方法の詳細等を含む。）を含めた検討を進めていくとされており、検討が必要な項目が複数挙げられているため、検討を着実に進めていく必要がある。

- (2) 以上を踏まえ、具体例を用いた検討を含めた平成26年度以降の検討等について、具体的には、下記2. の通りとしてはどうか。

2. 具体的内容

(1) データ・分析の提出に基づく具体例を用いた検討について

- ① 具体的な医薬品、医療機器等を例とした検討を行う際には、企業が収集したデータおよびそのデータに基づく分析（以下、「データ・分析」という。）を提出し、提出されたデータ・分析を元に検討を行うことにより、着実に検討を進めることができるのではないかという指摘等があったことを踏まえ、医薬品、医療機器について、企業に費用対効果が評価可能となるようなデータ・分析の提出を要請することとし、それに基づいて、具体的な検討を行ってはどうか。
- ② ただし、提出されたデータ・分析の評価結果を活用して、保険収載の可否の決定や保険償還価格への反映は行わず、当面は、検討材料として使用するにとどめることとしてはどうか。

③データ・分析の提出を求める対象

- (ア) 収載から一定期間が経過している医薬品、医療機器であって、費用や市場の大きさ、海外の公的組織における費用対効果評価の実績等を踏まえて本部会において選定したものについて、提出を要請していくこととしてはどうか。
- (イ) 新規収載される医薬品、医療機器であって、原価計算方式、画期性加算、有用性加算によって算定された品目のうち必要なものについては、海外の公的組織における費用対効果評価の実績等を踏まえてデータの収集・分析の実施可能性等を勘案した上で、提出を要請していくこととしてはどうか。

④提出されたデータ・分析について、当面は、参考人等が提出データを用いた再分析等の検証を行い、その結果について、費用対効果評価の導入を本部会で検討する際の検討材料に用いることとするが、引き続き、提出されたデータ・分析の検証の仕組みを検討していくこととしてはどうか。

⑤提出を求めるデータ・分析については、当面は「議論の中間的な整理」を踏まえ、下記の通りとしつつ、必要に応じて、本部会で検討を行い、修正を行っていくこととしてはどうか。

(ア) 効果指標

- ・ 質調整生存年 (QALY)、生存年 (LY)、臨床検査値、治癒率、重症度、発生率等から、当該医薬品、医療機器の効果を最もよく表すと考えられる指標を選択する。なお、複数の指標を用いることも可能とする。

(イ) 費用の範囲

- ・ 公的医療費のみを費用の範囲に含めることを原則としながら、公的介護費、生産性損失を費用に含めた分析を同時に提出することを可能とする。

(ウ) 比較対照

- ・ 幅広く臨床現場等で使用されており、当該技術が導入されたときに、最も置き換わりうると想定されるものを原則とする。

(エ) 効果データの取り扱い

- ・ 幅広に関連する効果データの検索を行う等、網羅性を担保することとする。また、対象集団や診療実態の違い（例えば海外データの場合、医療技術の使用実態のわが国との違い等）等に留意しつつ、原則としてエビデンスレベルが高いデータを優先する。

(オ) 費用データの取り扱い

- ・ 原則として、「単価」は、診療報酬点数表、薬価基準、特定保険医療材料価格基準等を用いることとし、「回数」は、わが国の診療実態を適切に反映していると考えられるデータ（例：「ガイドライン等」に示された標準的な診療過程、「実際の診療を分析したデータ」）を用いる。

⑥データ・分析の提出を求める際は、企業側の準備期間に配慮し、数ヶ月程度の猶予を置くこととしてはどうか。

(2) 提出されたデータ・分析を用いた検討の内容について

①分析(assessment)の手法、具体的な評価の活用手法

(ア) 「議論の中間的な整理」では、分析(assessment)の手法のうち、特に効果指標については、「質調整生存年 (QALY)、生存年 (LY)、臨床検査値、治癒率、重症度、発生率等を効果指標とする際の運用方法やそれらの組み合わせのあり方」等を今後検討することとされているため、具体例を用いて、これらの検討を行ってはどうか。

(イ) 具体的な評価の活用手法については、「保険償還の可否の判断」や「保険償還価格の決定」に医療技術の費用対効果評価の結果を活用することについて、今後検討することとされているため、具体例を用いて、これらの検討を行ってはどうか。

②ガイドライン等

我が国においても、分析(assessment)の透明性、再現性、科学的妥当性等を向上させるため、標準的な手法を定めるべきではないかという指摘があったことを踏まえ、提出されたデータ・分析を用いた検討が一定程度蓄積された段階で、それまでの検討を振り返り、提出されたデータ・分析の内容等の精査を行い、分析(assessment)の方法等について定めるガイドライン等の整備の必要性やその内容等について、検討を行ってはどうか。

③評価 (appraisal)

- (ア) 諸外国においては、分析(assessment)の結果をもって一律に意思決定(decision)を行っているわけではなく、評価(appraisal)によって、より幅広い社会的側面も勘案していることが一般的であることから、我が国においても、評価(appraisal)のプロセスは非常に重要である。
- (イ) このことから、品目ごとに、提出されたデータ・分析の結果に基づいて、部会において、試行的に Appraisal と同様の検討を行うこととしてはどうか。
- (ウ) このような検討例が一定程度蓄積された段階で、それまでの検討を振り返り、実施するたびに結果が異なっていないか等の検証を行った上で、必要に応じて、評価 (appraisal) を実施する際の基準・方法等について一定の考え方を取りまとめる等の対応を行うこととしてはどうか。

(3) 評価対象技術の範囲について

- ①諸外国の実施状況を参照すると、対象技術としては、医薬品、医療機器が中心であり、医療者等の技術を対象としていることは、ほとんどないことから、評価対象技術について、医薬品、医療機器を中心にする事として、検討を進めてはどうかという指摘があったことを踏まえ、当面の間、基本的に医薬品、医療機器を評価対象技術として、検討を進めていくこととしてはどうか。
- ②ただし、先進医療として実施している医療者等の技術の一部に、費用対効果評価の考え方を適用する可能性があるのではないかという指摘があったことを踏まえ、当面、先進医療として実施している医療者等の技術を対象に、医療者等の技術の費用対効果評価のあり方を検討する。なお、その際は医薬品、医療機器とは別の仕組みにおいて、具体例を用いることも検討してはどうか。
- ③検討を進めていく中で必要がある場合は、評価対象技術の範囲について見直しを行うこととしてはどうか。

(4) 実施体制等について

- ①我が国でも、評価を実施する際には、その透明性、公平性、利益相反の管理の徹底等のため、データの分析・提出等のあり方や評価を実施する組織のあり方等について検討することは重要である。
- ②一方、評価組織のあり方について、検討が必要な項目が多岐にわたるため、まずは具体例を用いた検討を進めてもよいのではないかという指摘があったことも踏まえ、当面は(2)の提出されたデータ・分析を用いた検討等を本部会で行うこととし、並行して、評価を実施する組織のあり方等についての検討も行っていくこととしてはどうか。

(5) 費用対効果評価の導入時期について

医療技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入する時期については、上記(2)～(4)の結果も踏まえ、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討していったらどうか。

(6) その他

- ①我が国の医療保険制度における医療技術の費用対効果評価の導入のあり方の検討を行う際には、現在の各医療技術の算定や保険導入の方法等との整合性について一定の考え方をまとめておくべきではないかという指摘があったことを踏まえ、これらについて、必要に応じて検討を行ってはどうか。
- ②現在検討している分析手法については、いずれも増分費用効果比(ICER: incremental cost-effectiveness ratio)を用いるものであることから、増分費用効果比を解釈する際の考え方について一定の考え方をまとめておくべきではないかという指摘があったことを踏まえ、上記(2)の検討を行いながら、これらについて、必要に応じて検討を行ってはどうか。また、ドイツにおいて検討されている効率性フロンティア法についても、必要に応じて検討を行ってはどうか。

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係るこれまでの議論の整理（案）

【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・・・・・・・・・・ 20
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。
 - 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、歯科医療機関と内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内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不明確であることから、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とともに、当該加算の届出のあった歯科医療機関において、長時間歯科診療を行った場合の評価を行う。
- (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。

I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

- (1) 長期投与された患者の残薬の状況等を把握し、保険薬局における適切な薬学的管理・指導が必要であると考えられていることから、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院において長期処方された場合のあらかじめ定められた日数の分割調剤の試行的導入を行う。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。
- (2) 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。
- (3) 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とともに、医療安全等の環境が整備されている歯科医師臨床研修施設については、その届出をもって当該施設基準を満たすこととする。
- (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 後発医薬品置き換え率20%未満の先発品の引下げ幅：2.0%
 - ② 後発医薬品置き換え率40%未満の先発品の引下げ幅：1.75%
 - ③ 後発医薬品置き換え率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。

第10回「医療機関等における消費税負担に関する分科会」 (平成26年1月8日)における議論の概要

1. 初・再診料、調剤基本料等の引上げ方、個別項目への財源配分について (【論点1】【論点6】【論点7】)

○ 支払側委員からは、

- 患者・医療機関の納得感・公平感を高める観点から、仕入れ消費税負担が大きいと考えられる個別項目を特定し、積極的に財源を配分すべきであり、案2（医科、歯科において財源をほぼ全額、基本診療料に配分）は受け入れられない、
- 消費税増税分+3%に対し、案2では初診料、再診料が4%引き上げられることとなる。初診料、再診料のみが算定されるケースもありうる中で、消費税増税分以上の負担増を求めることには、国民の理解が得られない、
という趣旨の意見が述べられた。

○ 診療側委員からは、

- 個別項目への配分については、診療側でも検討したが、医療経済実態調査のデータの制約等から、実際には患者等の納得感・公平感を高める個別項目の特定は難しく、一部の個別項目へ財源配分することは、むしろ納得感・公平感が損なわれかねないため、案2で対応すべき、
- 診療側としては、消費税10%時に税制による抜本的な対応を要望しており、それが実現した場合のことも考えれば、基本診療料のようなわかりやすい点数へ配分すべき、
- 調剤基本料については、事務局案を支持する、
という趣旨の意見が述べられた。

○ 診療側委員と支払側委員の議論を受けて、公益側委員からは、

- 高額投資に配慮する観点から個別項目への上乗せをした場合、消費税増税前に投資した医療機関も上乗せ点数を算定できることになり、不公平である、
- 入院料間の配分は課税経費率に応じたものとなり、特定機能病院のような設備投資の多い病院には多く配分されるため、基本診療料による対応でも仕入に係る消費税負担に応じたメリハリが、ある程度つけられるはず、
- 支払側の意見は「筋論」として理解するが、データの制約等から、誰もが納得するような形での個別項目の特定ができない中、一部の個別項目へ上乗せすれば不公平感を増すことになるため、現実的には案2で対応すべき、
という趣旨の意見があった。

2. 外来診療料の引上げ方について（【論点2】）

- 外来診療料の点数（現行70点）を再診料（現行69点）と点数を揃える（再診料よりも引上げ点数を1点抑える）という考え方について、肯定的な意見もあったが、再診料と外来診療料の点数とでは、元々報酬がカバーしている範囲が異なり、点数の相違には政策的な意味があることから、消費税対応の診療報酬改定ではなく通常の改定の議論において対応すべき、という趣旨の意見が多く述べられた。

3. 入院料間の財源配分について（【論点3】【論点4】）

- 入院料間の財源配分に係る課税経費率について、入院基本料種別ごとの平均値を適用する、
- DPC点数については、出来高的な積み上げ方式により、DPC点数ごとに上乘せ額を計算する、
との事務局案について、委員から特段の異論はなかった。

4. 訪問看護ステーションへの財源配分について（【論点5】）

- 医科の財源から、訪問看護ステーションが算定する訪問看護管理療養費に財源を配分するとの事務局案について、委員から特段の異論はなかった。

5. 薬価、特定保険医療材料価格に係る消費税対応分の表示方法について（【論点8】）

- 医療機関等が発行する患者への明細書の様式の欄外に「薬価・医療材料価格には、消費税相当額が含まれています」といった簡易な文言を記載する、との事務局に対して、委員からは、
 - 薬価・医療材料価格だけではなく、本体報酬を含めた診療報酬全体に消費税対応分が含まれている旨を、明細書だけでなく領収書にも記載すべき、
 - 「消費税相当額」との文言は不正確であり、「医療機関等の仕入に係る消費税負担額」と、より正確に記載すべき、
 - 医療機関と卸業者の間でやりとりされる文書においても、何らかの対応を行うべき、といった意見が述べられ、事務局において引き続き検討することとされた。

以上

平成２６年度診療報酬改定率（消費税率引上げ対応分）を踏まえた財源配分について
 （基本的な考え方についての論点メモ）

1. 平成２６年度診療報酬改定率（消費税率引上げ対応分）について

（１）改定率

全体改定率 ＋１．３６％（約５６００億円）

診療報酬改定（本体）＋０．６３％（約２６００億円）

各科改定率 医科 ＋０．７１％（約２２００億円）

 歯科 ＋０．８７％（約 ２００億円）

 調剤 ＋０．１８％（約 １００億円）

※３科の改定率は、薬剤費、特定保険医療材料費を除いた課税経費率（減価償却分を含む）に応じたものとなっている。

医科、歯科、調剤間での財源配分についての「議論の中間整理」での記述

②消費税率引上げに伴う改定財源の配分の考え方について

○ 消費税率引上げに伴う本体報酬に係る改定財源の配分については、以下の算式で得られる数値により財源を按分することを基本とする。

①医科、歯科、調剤間での財源配分

〈医科、歯科、調剤ごとの医療費シェア〉×〈医科、歯科、調剤ごとの課税経費率〉

薬価改定等 ＋０．７３％（約３０００億円）

薬価改定 ＋０．６４％（約２６００億円）

材料価格改定 ＋０．０９％（約 ４００億円）

（２）改定率の計算式

①診療報酬本体

$$(17.39\% (\text{その他課税費用}) + 4.59\% (\text{減価償却費})) \times 3/105 = 0.63\%$$

②薬価改定

$$22.55\% (\text{医薬品費}) \times 3/105 = 0.64\%$$

③材料価格改定

$$3.19\% (\text{特定保険医療材料費}) \times 3/105 = 0.09\%$$

2. 医科の本体報酬に係る財源（約 2200 億円）の病院・診療所間の分配について

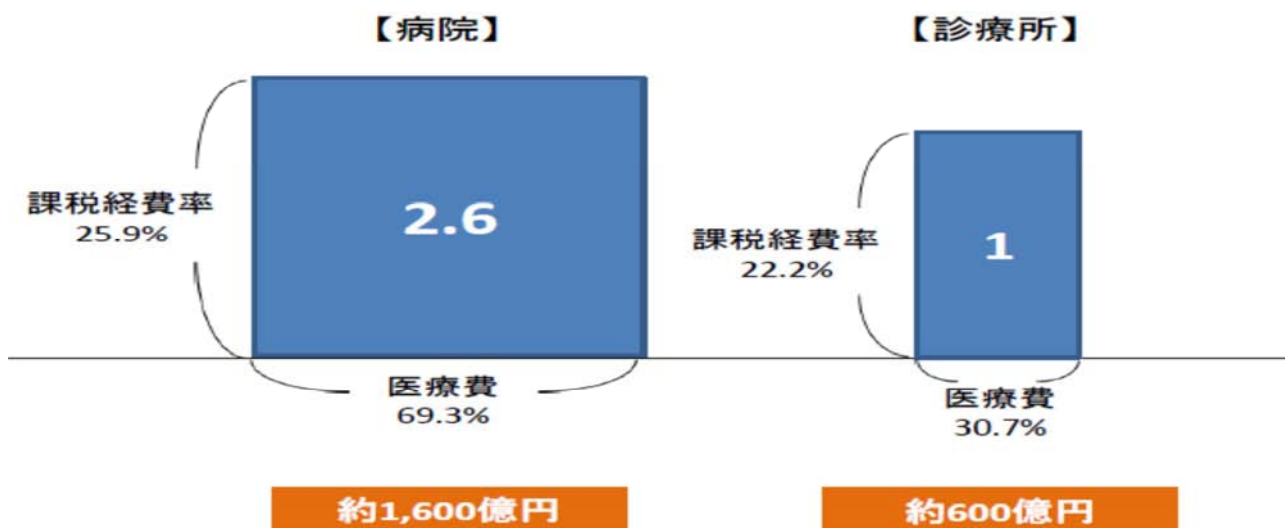
- 病院・診療所間での財源配分は、議論の中間整理において、以下の算式で得られる数値により財源を按分することを基本とする、とされていたところ。

〈病院、診療所ごとの医療費シェア〉 × 〈病院、診療所ごとの課税経費率〉

- 病院・診療所の医療費の相対比（69.3% : 30.7%）、課税経費率（本体分）の相対比（25.9% : 22.2%）であることから、医科に配分される財源約 2200 億円は、病院に約 1600 億円、診療所に約 600 億円配分されることとなる。

※ $69.3\% \times 25.9\% : 30.7\% \times 22.2\% \approx 2.6 : 1 \approx 1600 : 600$

< 病院と診療所間の財源配分（約 2,200 億円） >



3. 財源配分等に係る論点について

<論点の一覧>

論点1： 診療所の初・再診料、有床診療所入院基本料の引上げ方をどうするか。
個別項目への財源配分をどうするか。

論点2： 外来診療料の引上げ方をどうするか（再診料と同じ点数引き上げるか、引上げ
点数を1点抑えて、再診料と点数をそろえるか）

論点3： 入院基本料ごとの課税経費率の適用について、どう取り扱うか

論点4： DPC点数の取扱いについて

→ 出来高的な積み上げ方式により、DPC点数ごとに上乗せ額を計算することとして
はどうか

論点5： 訪問看護ステーションへの財源配分をどうするか

→ 訪問看護ステーションが算定する訪問看護管理療養費について、一定の財源を配分す
ることとしてはどうか

論点6： 歯科の初・再診料の引上げ方をどうするか。
個別項目への財源配分をどうするか。

論点7： 調剤基本料の引上げ方をどうするか

→ 調剤基本料（40点/24点）について、それぞれ+1点とすることでどうか

論点8： 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ど
のように行うか

→ 医療機関等が発行する明細書の様式の欄外に「薬価・医療材料価格には、消費税相当
額が含まれています（詳しくは厚生労働省のホームページで）」といった文言を記載す
ることかどうか

(1) 医科

① 診療所に係る本体報酬の配分（約 600 億円）について

論点 1： 診療所の初・再診料、有床診療所入院基本料の引上げ方をどうするか
個別項目への財源配分をどうするか。

○ 診療所に配分される財源についての財源構成については、個別項目への配分の考え方に応じて、例えば以下の 2 つの考え方がありうるが、どう考えるか。

(案 1) 初診料+8 点、再診料+2 点、有床診療所入院基本料 2%程度引き上げ

(考え方)

- ・診療所の財源の 3 分の 2 程度を基本診療料に配分
- ・初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率 (270:69) と概ね整合的
- ・個別項目については、例えば医療機器等を使用した検査・処置・手術等に財源を配分するなどの対応をする。

(案 2) 初診料+12 点、再診料+3 点、有床診療所入院基本料 2%程度引上げ

(考え方)

- ・診療所の財源をほぼ全額、基本診療料に配分
- ・初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率 (270:69) と概ね整合的
- ・有床診療所入院基本料の引上げ率が、病院の入院料の引上げ率 (後述) と均衡
- ・財源に残りが出れば、補完的に個別項目に上乘せすることとする

② 病院に係る本体報酬の配分（約 1600 億円）について

(ア) 病院に配分される財源については、議論の中間整理の内容に従えば、診療所に乗せた点数と同じ点数を初・再診料（外来診療料）に上乘せし、余った財源を入院料に上乘せすることとなるが、初・再診料の引上げ方が仮に①で示した案 2 のとおりとすれば、財源の 9 割弱（約 1400 億円）が入院料に配分されることとなり、平均的には入院料が 2%弱程度引き上げられることとなる。

論点2 外来診療料の引上げ方をどうするか

- (イ) 外来診療料（70点：一般病床の病床数が200床以上の病院において算定）については、議論の中間整理においては、再診料（69点）と同じ点数だけ引き上げることとされているが、病院の財源配分について、入院基本料への配分を重視する考え方からは、再診料と点数を揃える（再診料よりも引上げ点数を1点抑える）という考え方もあり得るところ、この外来診療料の引き上げ方について、どう考えるか
- (ウ) 議論の中間整理においては、入院料間での財源配分については、「各入院料ごとの医療費シェア×各入院料ごとの課税経費率」に応じた配分を行うこととされており、基本的には議論の中間整理の趣旨に沿って配分することとするが、以下の論点については、どのように取り扱うべきか。

論点3 入院基本料ごとの課税経費率の適用について、どう取り扱うか

医療経済実態調査において、費用構造の把握が可能なはずであった入院基本料等について、全体的に必ずしも十分にデータを把握できなかった（具体的には別表のとおり）ため、適用する課税経費率について、どのように取り扱うべきか

- ・ データを把握できなかった「専門病院入院基本料」「特殊疾患病棟入院料」「特定一般病棟入院料」については、一般病院全体の課税経費率を適用することでよいか
- ・ 「特定機能病院入院基本料」については、看護配置別のN数があまり多くないこと、結核病棟のデータがほとんどないこと等から、一般・結核・精神の区分や看護配置による区分をせず、特定機能病院全体の課税経費率の平均値を適用することでよいか。
- ・ 「結核病棟入院基本料」「精神病棟入院基本料」「障害者施設等入院基本料」については、看護配置別のN数が少ないこと等から、看護配置による区別はせずに、入院基本料種別ごとの課税経費率の平均値を適用することでよいか
- ・ 一般病棟入院基本料や療養病棟入院基本料についても、他の入院基本料種別との均衡等の観点から、看護配置による区別はせずに、入院基本料種別ごとの課税経費率の平均値を適用することでよいか。

論点4 DPC点数の取扱いについて

<議論の中間整理における関連の記述>

本体報酬に薬価、特定保険医療材料価格が包括されている入院料（DPC制度における診療報酬の包括評価部分を含む。）については、医薬品、特定保険医療材料に係る仕入れを含めた課税仕入れ割合を課税経費率として計算する必要があること

DPC点数については、

- ・ 各DPC点数に組み込まれている入院料、医薬品等が異なるため、「DPC点数全体の課税経費率の平均」により一律の上乗せを行うことはなじまないと考えられること
- ・ DPC点数ごとの課税経費率を把握することは技術的に困難である一方、各DPC点数に組み込まれている入院料、医薬品等が明らかになっているため、それらの構成要素に係る消費税引き上げに応じた上乗せ額（入院料については、入院料間の財源配分の結果としての上乗せ点数／医薬品費については、薬価上乗せ相当分）を、DPC点数ごとに出来高的に積み上げて計算することが技術的に可能であることから、DPC点数については、出来高的な積み上げ方式により、DPC点数ごとに上乗せ額を計算することとしてはどうか。

(エ) なお、入院料間での財源配分を行うに際しては、以下の理由から、薬価が包括されている入院料（以下「包括入院料」という）に係る医薬品費に関する消費税対応財源（便宜上、薬価改定分の改定率により確保されている財源）を配分財源に含めて計算する必要がある。

- ・ 医療経済実態調査に基づく費用構造推計においては、医薬品費については、包括入院料に係るものも含め、すべて医療機関等の仕入れベースでの金額が把握され、これについての消費税率引き上げに伴うコスト増に対応するための財源は、すべて薬価改定分の改定率により確保されているところ。
- ・ しかしながら、包括入院料については、薬価を別個に請求しないため、薬価に上乗せされた消費税対応分の手当てを享受できない。したがって、包括入院料に関して使用する医薬品に係る消費税コストの増加分は、入院料への上乗せで対応する必要があり、その財源は、便宜上、薬価改定分の改定率により確保されているものである。

③ 訪問看護管理療養費への財源配分について

論点5： 訪問看護ステーションへの財源配分をどうするか

医科の財源から配分する個別項目として、訪問看護ステーションが算定する訪問看護管理療養費について、平成9年時の診療報酬対応（7000円→7050円）、今回の消費税対応として介護保険における訪問看護の介護報酬が引き上げられることとなったこととの均衡を踏まえ、一定の財源を配分することとしてはどうか（これを行わないと、訪問看護ステーションについては診療報酬上、消費税対応がなんら行われないうこととなる）。

（参考）

※訪問看護管理療養費（現行）

月の初日の訪問の場合	7300円
月の2日目以降の訪問の場合	2950円

※介護保険における訪問看護（ステーション）の費用構造推計結果： 課税経費率 16.4%

(2) 歯科

論点6： 歯科の初・再診料の引上げ方をどうするか。個別項目への財源配分をどうするか。

- 歯科に配分される財源規模（約 200 億円）と、議論の中間整理の内容を踏まえ、歯科初診料（218 点）、歯科再診料（42 点）の引き上げ方については、例えば以下の2つの考え方がありうるが、どう考えるか。

(案1) 歯科初診料+10点、歯科再診料+2点

(考え方)

- ・ 歯科に配分される財源の3分の2程度を初再診料に配分
- ・ 初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率（218：42）と概ね整合的
- ・ 個別項目については、例えば医療機器等を使用した検査・処置・歯冠修復等に財源を配分する等の対応をする。

(案2) 歯科初診料+16点、歯科再診料+3点

(考え方)

- ・ 歯科に配分される財源をほぼ全額、初再診料に配分
- ・ 初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率（218:42）と概ね整合的
- ・ 財源の残りは、補完的に個別項目に上乗せすることとする

(3) 調剤

論点7： 調剤基本料の引上げ方をどうするか

- 調剤に配分される財源規模（約 100 億円）と、議論の中間整理の内容を踏まえ、調剤基本料（40 点/24 点）の引き上げについては、以下のとおりとしてはどうか。

(案) 調剤基本料（40点/24点）について、それぞれ+1点

(考え方)

- ・ 議論の中間整理に則して、調剤に配分される財源の大半を調剤基本料に配分する案
- ・ 財源の残りは、補完的に個別項目に上乗せすることとする

(4) 薬価、特定保険医療材料価格に係る消費税対応分の表示方法について

論点8 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どのように行うか

- 議論の中間整理においては「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ことを基本とする。(具体的な表示方法については引き続き検討する。)」とされたところ。
- これについては、例えば、医療機関等が発行する患者への明細書の様式の欄外に「薬価・医療材料価格には、消費税相当額が含まれています」といった簡易な文言を記載する(保険局長通知「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」の明細書様式の改正により対応する)ことが考えられるのではないか。
- ただし、以下の問題点について、どう考えるか(厚生労働省のホームページに丁寧な解説を掲載することを前提に、「(詳しくは厚生労働省のホームページで)」と誘導することでよいか)。

(問題点)

- ・「医療材料価格」という用語が患者に理解されないおそれ(明細書には、「画像記録用フィルム(半切)1枚」などと記載されるが、「(特定保険)医療材料」という用語の記載は想定されていない)
- ・「消費税相当額」(=医療機関等が仕入れ時に負担する消費税額)という用語が患者に理解されないおそれ(窓口で「非課税なのに、なぜ消費税を取られるのか」との苦情につながるおそれ)
- ・診療報酬本体については、消費税対応の点数上乗せが全くなされていないとの誤解を招くおそれ

以上

「医療機関等における消費税負担に関する分科会」における 議論の中間整理

平成 25 年 9 月 25 日

当分科会では、「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律（平成 24 年法律第 68 号。以下「法」という。）」第 7 条第 1 号トの規定に基づき、医療機関等の仕入れに係る消費税負担について、主に、消費税率 8 % への引上げが予定されている平成 26 年 4 月に向けた、診療報酬制度等における対応等に関する検討を行ってきた。

これまでの 8 回にわたる議論を踏まえ、消費税率 8 % への引上げ時の対応としては、原則として以下のとおりとする。ただし、意見が一致していない部分等については、今後議論が必要である。

1. 診療報酬とは別建ての高額投資対応について

- 医療機関等における高額の投資に係る消費税の負担については、法第 7 条第 1 号トにおいて、「新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずることを検討」することとされている。このため、「医療機関等の設備投資に関する調査」を行うとともに、平成 26 年 4 月の消費税率 8 % への引上げ時に、診療報酬とは別建ての高額投資対応を行うこと（例えば、高額投資対応に必要な財源をプールして基金を造成し、医療機関等からの申請に基づいて、審査・支給する仕組みを創設すること）について検討を行った。
- 診療側委員からは、
 - ・ 診療報酬による対応は補填部分が不明確となり限界があるため、消費税率 10 % への引上げ時には税制上の抜本的な対応が必要であり、8 % への引上げ時点においては、複雑な対応をすべきではない、
 - ・ 高額投資対応の財源を診療報酬改定の財源に求めるのであれば、高額投資を行った医療機関に対して、高額な投資を行っていない医療機関が負担することになるため、別の意味の不公平感が生じる、という意見など、診療報酬とは別建ての高額投資対応を行うことに対する反対意見が多数述べられた。

- 支払側委員からも、
 - ・ 医療機関が独自の経営判断で行う設備投資に対して、患者や保険者が事後的に補填することは理屈に合わず、加入者、事業者の理解を得るのが困難、
 - ・ 今回の引上げ分のみ対応することとすると、不公平感が完全には解消しないのに、システム改修等に膨大なコストがかかるため、効果がコストに見合わない、などの意見が述べられた。

- また、「医療機関等の設備投資に関する調査」の結果等によれば、医療機関等の投資実績に応じた償還に必要な財源規模を正確に見込むことは困難と考えられる。（詳細は別紙「医療機関等の設備投資に関する調査（結果の概要）」参照）

- 以上のとおり、診療側委員、支払側委員の意見が一致したことから、消費税率の8%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（調剤報酬改定を含む。以下同じ。）により対応することとする。

2. 診療報酬による対応について

- 消費税率8%への引上げ時の診療報酬改定については、改定項目の詳細や具体的な引上げ幅は、今後、内閣により決定される消費税対応分の改定率を踏まえて、中医協総会で検討すべき事項である。このため、当分科会では、消費税引上げに伴う改定財源及びその配分方法に関する基本的な考え方について議論を行った。

(1) 本体報酬

① 上乗せの対象項目について

- 報酬上乗せを行う報酬項目等については、透明性・公平性の観点から、基本診療料・調剤基本料への上乗せで対応すべきとの意見に加え、高額な投資に一定の配慮をする観点から、基本診療料・調剤基本料への上乗せに「個別項目」への上乗せも組み合わせるべきとの意見もあった。以上より、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。

(参考：事務局から提示された案)

【本体報酬への上乗せ方法】

案1：基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ

案2：消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて、消費税対応分を上乗せ
(個別項目)

案3：1点単価に消費税対応分を上乗せ

- また、基本診療料・調剤基本料へ上乗せする場合の上乗せ方法については、基本的に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。

②消費税引上げに伴う改定財源の配分の考え方について

○ 消費税引上げに伴う本体報酬に係る改定財源の配分については、以下の算式で得られる数値により財源を按分することを基本とする。

①医科、歯科、調剤間での財源配分

〈医科、歯科、調剤ごとの医療費シェア〉 × 〈医科、歯科、調剤ごとの課税経費率〉

②病院、診療所間での財源配分

〈病院、診療所ごとの医療費シェア〉 × 〈病院、診療所ごとの課税経費率〉

③入院料間での財源配分

〈各入院料ごとの医療費シェア〉 × 〈各入院料ごとの課税経費率〉

※課税経費率：医療経済実態調査等より算出した、当該分類ごとの費用と損益差額の合計額に占める課税仕入れ（原則として、医薬品、特定保険医療材料に係るものを除く）の割合

○ なお、上記③の入院料間の財源配分を行う際は、

- ・ 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料などの特定入院料については、医療経済実態調査から当該入院料ごとの課税経費率が把握できないため、当該入院料を算定している病院が最も多く算定している入院基本料（一般病棟7対1入院基本料など）と同じ課税経費率であるとみなす等の工夫が必要であること、
- ・ 本体報酬に薬価、特定保険医療材料価格が包括されている入院料（DPC制度における診療報酬の包括評価部分を含む。）については、医薬品、特定保険医療材料に係る仕入れを含めた課税仕入れ割合を課税経費率として計算する必要があること

に留意が必要である。

(2) 薬価、特定保険医療材料価格

①改定方式について

- 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ことを基本とする。

改定後価格＝

販売価格の加重平均値（消費税抜きの市場実勢価格×108%）＋（現行価格×調整幅）

②薬価、特定保険医療材料価格に係る消費税対応分の表示方法について

- 医療関係者や患者にとって、薬価や特定保険医療材料価格に消費税対応分が上乗せされていることが理解しづらいため、消費税対応分についての表示をすべきであるが、いわゆる「調整幅」があるため、単純に価格に税率を乗じたものが消費税対応分となるわけではなく、正確な金額を明細書等に表示しようとするると複雑な表記をするためのシステム改修が必要となり、患者にとっても理解が難しいといった問題がある。
- このため、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ことを基本とする。（具体的な表示方法については引き続き検討する。）

（参考：事務局から提示された案）

【薬価、特定保険医療材料価格等に係る消費税対応分の表示方法】

案1：薬価、特定保険医療材料価格について、消費税対応分を告示等で区分して表示

案2：案1に加えて、医療機関等が発行する患者への明細書、薬剤情報提供文書等において当該患者の薬剤又は保険医療材料の「薬価及びそのうちの消費税対応分」「特定保険医療材料及びそのうちの消費税対応分」を表示

(3) 財源について

- 当分科会において、過去の消費税対応を中心に議論を行ったところ、消費税が導入・引上げされた平成元年、9年における対応については、例えば、診療側委員からは、
 - ・ 本体報酬に係る改定財源の計算式において、「消費者物価への影響」の率を乗じていることなど財源規模の考え方に問題があり、これまでの診療報酬による補填額を上回る控除対象外消費税が発生しているという意見があった一方、支払側委員からは、
 - ・ 控除対象外消費税については、これまでの診療報酬改定の中で全体として手当されているという意見があった。

- 今回の消費税引上げ時の対応については、診療側委員から、病院、診療所、歯科、調剤ごとに、課税経費率を基に消費税負担額を算出し積み上げた額と、既存の手当分との差額を手当てすべきであり、具体的な負担額について、今後議論すべきとの意見があった。

(参考：平成9年の計算式)

①薬価基準分 (薬剤費の割合) × (105/103-1)

②特定保険医療材料 (特定保険医療材料の割合) × (105/103-1)

③診療報酬本体分

{100 - (人件費の割合) - (薬剤費の割合) - (特定保険医療材料の割合)
- (非課税品目の割合)} × 1.5/100 (消費者物価への影響)

※「消費者物価への影響」の1.5/100という数字は、平成9年の消費税引上げ時に、経済企画庁が消費税率引上げが国内物価に与える影響として試算した数値に基づいている。

- いずれにせよ、今回の消費税引上げ時の対応については、現在実施中の医療経済実態調査の結果等により適切に医療機関等の課税経費率を把握した上で、今回の消費税率引上げによる消費税負担の増加分に対して適切に手当がなされるよう、内閣において、適切にその財源規模を決定すべきである。

以上

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検討状況について(現時点の骨子)」に 関するご意見の募集について

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

平成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検討状況について(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御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検討状況について(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検討状況について(現時点の骨子)」の内容
はこちら([PDF: 275KB](#))

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: 61KB) (PDF: 119KB)

【御意見受付期間】

平成 年 月 日()~ 月 日() [必着]

【提出先】

1週間程度

○ 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検討状況について(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検討状況について(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

(※ 5～6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検討状況について(現時点の骨子)」項目(案)

※ 「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。

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での保険適用除外などの措置を講ずる。