

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。