

平成 29 年 12 月 22 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
間	宮		清
宮	近	清	文
松	浦	満	晴
榊	原	純	夫

平成 30 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し、27 年度には 42 兆円を超えた。さらに、37 年度（2025 年）には団塊の世代が全て 75 歳以上となり、今後一層の増加が避けられない状況にある。このような中、患者中心の医療を実現しつつ国民皆保険制度を維持していくためには、患者の視点に立った診療報酬体系を目指し、限られた財源を効率的かつ効果的に配分することが不可欠である。
- 国内経済がデフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っていない中で、医療保険者の財政は一層深刻な状況に陥ることが見込まれており、保険料の負担は限界に達している。一方、医療機関の経営状況は全体としてやや悪化の傾向は見られるものの、国公立病院以外は概ね堅調に推移している。
- 今後とも高齢化による医療費の増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代である生産年齢人口は減少するため、国民皆保険制度の崩壊にも繋がりがねず、国民負担抑制のための方策を早急に講じる必要がある。このため、支払側は 12 月 13 日の総会で、「30 年度診療報酬はマイナス改定にすべきであり、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引き下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要がある」と主張したところである。
- 介護報酬との同時改定となる 30 年度診療報酬改定にあたっては、医療と介護の連携、効率化を主眼とした地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化のほか、前回改定で取り組んだ急性期入院医療を初めとする患者の状態像に応じた適切な評価や、調剤報酬の適正化、後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本とすべきである。

- 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) 入院基本料のあり方について

<基本的な考え方について>

- 入院医療は、個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、より効率的・効果的で質の高い医療が提供されることが望ましいことから、医療機能に応じた適切な患者像の受け入れに資する評価体系とすることが求められる。
- 一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件での段階的な評価体系とされているが、診療報酬は実際の診療行為（保険医療サービス）に対する対価であることを踏まえると、国民目線からも、入院患者の状態や診療密度に基づく医療機能に応じた評価を導入すべきである。
- このような視点において、現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」については、報酬算定のための評価手法、事務手続きの面から必ずしも適切な運用となっていないのではないかと指摘もあることを踏まえ、今後は、より合理的で客観性・公平性が担保された評価手法のあり方について検討を進めていくべきである。
- この検討にあたっては、一部の病棟で既に提出が要件化されている、診療報酬請求情報（以下、「DPC データ」）において、診療報酬で考慮すべき患者像を適切に把握可能か等の視点から、分析を十分慎重に進める一方、30年度診療報酬改定においても、現行の「重症度、医療・看護必要度」の測定手法として、可能な限りにおいて当該 DPC データの積極的な活用を図るべきである。

<入院基本料の評価体系について>

- 将来の医療ニーズの変化に対応する医療の提供体制確保を推進する観点から、弾力的で円滑な選択・変更が可能となるよう、入院医療の評価については、「看護職員配置等に応じた評価」（基本部分）と「診療実績に応じた段階的な評価」（実績部分）との組み合わせによる新たな評価体系を導入すべきである。

(2) 入院医療における機能分化・強化、連携に関して

- ① 高度急性期の入院医療について、救命救急入院料1及び3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、「重症度、医療・看護必要度」の測定を要件化すべきである。
 - ・ 特定集中治療室においては、アウトカム評価に資する項目として、DPC データの中に入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めるべきである。
 - ・ また、特定集中治療室においては、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取り組みを推進すべきである。
- ② 急性期の医療機能については、現行の一般病棟7対1と10対1を基本とした形の評価体系とし、実績評価部分での段階的な評価による「最も高い評価部分」については、現行の7対1相当の要件を適用すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合については、医療機関ごとの現行の該当患者割合の平均値や、評価項目の見直しの影響等を踏まえ、「最も高い評価部分」については、

「真に急性期の患者を診る病棟」に相応しい基準値（30%以上）にまで引き上げるべきである。

- ・ 「中間的な評価部分」については、今後の7対1の医療ニーズ等を踏まえ、新たな評価体系の入院基本料の届出時点で10対1相当の医療機関については、「中間的な評価部分」への選択変更を不可とし、併せて当該評価部分に係る「重症度、医療・看護必要度」については、DPCデータを用いて判定することを要件化すべきである。
 - ・ 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目については、急性期の入院医療が真に必要な患者をより適切に評価できるよう見直すべきである。
 - ・ DPC データを活用して「重症度、医療・看護必要度」を測定することとした際の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案し、適切な基準値を設定すべきである。
 - ・ なお、現行で「重症度、医療・看護必要度」の基準値が経過措置として23%となっている200床未満の医療機関については、新たな評価体系への再編・統合を進める必要がある。
- ③ 地域包括ケア病棟については、自宅等からの受け入れ患者と、それ以外からの受け入れ患者とで提供する医療内容等が異なっていることから、急性期後の入院患者と在宅からの入院患者での診療実績等を踏まえ、地域性に配慮しつつ、財政中立を前提にこれらの評価を区別すべきである。
- ④ 慢性期入院医療に関して、医療療養病床について現行の療養病棟入院基本料1、2は、慢性期の医療機能を評価する体系として、「医療療養」としての役割を明確に示す形で一本化を図るべきである。
- ・ 療養病棟入院基本料2に関する医療法施行規則における療養病床看護配置に係る経過措置、及びこの施設基準を一部満たさない医療機関が、所定点数の95/100を算定する経過措置の延長については、いずれも2年間で廃止すべきである。なお、所定点数に係る経過措置における減算幅については、病棟の転換等に向けた意思決定を促す観点から拡大すべきである。
 - ・ また、一本化された新たな入院基本料における医療区分2、3の患者割合の基準値については、現行の療養病棟入院基本料1の要件である80%とすべきである。
 - ・ 医療区分については、特に当該項目のみで該当となっている患者の多い項目について、見直しを図るべきである。
 - ・ 在宅復帰機能強化加算については、在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準を引き上げるべきである。
 - ・ 療養病床における褥瘡対策が推進されるよう、褥瘡評価実施加算の要件にはアウトカム評価の要件を組み入れるべきである。
 - ・ 障害者施設等入院基本料については、患者の状態に応じた評価を推進する観点を踏まえ、医療区分等の患者の状態を踏まえた評価を行うべきである。
- ⑤ 有床診療所入院基本料については、主に専門医療を担う施設と地域医療を担う施設とで、それぞれの役割に応じた評価体系とすべきである。
- ・ 地域医療を担う施設については、地域における医療・介護のニーズや人材確保を含む医療提供実態等も踏まえ、入院医療と介護サービスとを組み合わせるモデルへの転換

を推進すべきである。

(3) 入院医療における個別課題

- ① 医療の質の向上に資するデータ利活用の観点から、現行でデータ提出が要件化されていない病棟のうち、▽200床未満の10対1入院基本料、▽回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、▽200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料3、▽200床以上の療養病棟入院基本料1-を算定する医療機関については、DPCデータの提出を要件化すべきである。
 - ・ また、上記以外の病棟についても、長めの準備期間を設けることや、提出データ項目の合理化を図ること等により、積極的なデータ提出を推進していくべきである。
 - ・ DPC対象病院における提出データの質に関する指標の見直しを踏まえ、未コード化傷病名の割合が特に高い医療機関については、データ提出加算の評価を見直すべきである。
- ② 在宅復帰率については、自院の他病棟への転棟患者は評価対象（分子）に含まない取り扱いとする等により、指標自体の意義の明確化を図るとともに、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求めるべきである。
 - ・ また地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率については、現行の施設基準を上回る医療機関が大勢を占めることを踏まえ、基準値を引き上げるべきである。
- ③ 二次救急医療機関において、夜間における救急搬送患者の受入体制は強化する必要があるが、医療安全や療養環境維持の観点において、病棟の看護体制の十分な確保は必要である。
- ④ 退院支援加算については、退院支援部門の設置や職員の配置といったストラクチャーや、退院困難な患者の早期抽出といったプロセスの他、在院日数の短縮といったアウトカムについても算定要件に加えるべきである。

(4) 外来医療について

医科の外来医療の医療費のうち、生活習慣病に関連する主な疾患の医療費は約3割（約4兆円）を占める中、生活習慣病患者のさらなる増加が見込まれることを踏まえ、今後はより質の高い医学管理や重症化予防に向けた取り組みを一層推進すべきである。併せて、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、さらには紹介状なしの大病院受診時に係る定額負担の強化により、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 生活習慣病の重症化予防に向けては、療養計画を策定して患者の行動変容を促すとともに、医師と保険者、行政等が連携し、患者を医師の継続的な医学管理の下に置くことにより、重症化予防からの脱落を防止する取り組みを推進すべきである。
 - ・ 生活習慣病等の医学管理料については、医師が患者の特定健診の受診の有無を確認する等、保険者との連携を要件化するとともに、医療機関における一定の成果を測るアウトカム評価を導入すべきである。
 - ・ 降圧剤の選択に関しては、各医療機関がフォーミュラリーを定めた上で、費用対効果を踏まえた医薬品の選択が可能となるような仕組みに見直すべきである。

- ・ 生活習慣病を対象とする医薬品については、原則として一般名処方とするような取り組みが求められる。
- ② 医療用保湿剤については、その使用実態等を踏まえ、適正使用に向けた措置を講ずるべきである。
- ③ 後発医薬品の使用促進に向け、後発医薬品使用体制加算、後発医薬品調剤体制加算については、後発医薬品の数量シェア目標（32年9月までに80%）に対応した算定要件に見直すとともに、処方せんについては後発医薬品への変更不可欄を削除した上で変更不可の理由を記載する様式へに見直すべきである。
- ④ 医師の指示に基づく分割調剤については、浸透していない状況を踏まえ、効率的に分割調剤を実施できるような処方せん様式に見直す必要がある。
- ⑤ 医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整については、医師が処方せんのチェック欄で残薬を確認した上で薬剤師が調整し、医師に事後報告する仕組みとすべきである。

(5) 在宅医療について

在宅医療は、多様化する患者の医療ニーズへの対応に向け、必要な患者に対して質の高い医療が提供されるような制度設計が必要である。また今後、多死社会を迎えるにあたり、人生の最終段階において患者本人が望む医療が行われた上で、住み慣れた自宅や介護施設など、本人が望む場所での看取りを進めていく観点から医療・介護が効率的かつ円滑に提供されるよう、関係機関が密接に連携して対応する取り組みを推進すべきである。

- ① 在宅時医学総合管理料の算定基準となる「重症患者」以外の患者像については、現行よりもきめ細かな基準を設定し、また軽度な患者については在宅患者訪問診療料も包括化すべきである。
- ② 併設する有料老人ホーム等の入居者を訪問診療する場合については、外来診療と訪問診療の中間的な取り扱いとなることを踏まえた医学管理に係る評価を新たに設けるべきである。
- ③ 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、診療報酬上に「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を要件として位置づけるべきである。
- ④ 複数医療機関による訪問診療については、主治医と異なる診療科の医師が訪問した場合のみ連携を認めることとし、患者・家族の同意取得、患者1人当たりに対する算定回数の上限定、主治医との情報連携の確実な実施を算定要件とすべきである。
- ⑤ 歯科訪問診療3については、患者に対する質の確保を担保した上で、同一建物に居住する患者数や診療に要した時間等を踏まえ、評価の細分化を図るとともに報酬水準の見直しを行うべきである。
- ⑥ 訪問看護の提供体制については、限られた保険財源の中で、診療報酬上の評価と介護報酬上の評価の整合性を図り、患者にとって必要となるサービスの重点化と適正化について検討する必要がある。
- ⑦ 複数名訪問看護加算については、医師の指示書に訪問頻度や報告内容を明記することを要件化するとともに、1回ごとに算定できる看護補助者との同行による複数名訪問看護加算を包括化とするよう見直すべきである。

- ⑧ 病院併設の訪問看護ステーションについては、在宅への移行や訪問看護職員の人材確保、訪問看護の提供体制を拡充する観点から、その機能や特性の一層の強化が求められる。

(6) 横断的事項について

- ① 外来医療のニーズの変化や多様性も踏まえ、より質の高い適切な外来医療が提供できるよう、遠隔診療や遠隔モニタリング等については、画像転送による診断や在宅における療養指導・助言に加え、慢性疾患の重症化予防や健康指導・管理といった多様なサービス提供モデルにおいて実用化に向けた取り組みを推進すべきである。
- ・ オンライン診察についてはガイドラインを策定し、具体的に行う診療内容等についてある程度明確化を図るとともに、主治医が行うことを基本とすべきである。
 - ・ オンライン診察については診察の実態を踏まえ、現行の電話等再診と区別した報酬体系とし、診察時間や頻度に様々な提供ケースが想定されることを踏まえ、算定の上限を月1回までとし、定額化すべきである。
 - ・ オンラインによる計画的な診療を行う際の処方せん料についても、処方せん原本の郵送等に係る現行の取り扱いと同様とすべきである。
- ② 地域包括診療料・加算について、在宅医療の提供や24時間対応に係る要件を別とする際は、現行の点数設定を適正化する方向で見直すべきである。
- ③ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担に関しては、外来の機能分化の推進に向け、実効性を考慮し対象医療機関の範囲を原則200床以上の医療機関に拡大することについて検討すべきである。ただし、地域によっては医療資源に格差があることや患者の受診行動に悪影響を及ぼす恐れがあることから、その要件は柔軟に設定すべきである。
- ・ 一方で国民に対し、受診時定額負担の制度上の意義について理解を得るとともに、受療行動の変容を促すための取り組みが求められる。
- ④ 医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減については、負担軽減策に有効とされる医師事務作業補助体制加算等がさらに効果的になるよう要件を見直す一方、医療従事者の常勤要件の緩和については、医療の質・安全の確保を前提に、人員配置・労務管理も含めた対応が求められる。
- ⑤ 医療資源の少ない地域における病床数を要件とした診療報酬については、医療提供体制における地域差が生じないように一定の配慮を行うべきである。
- ⑥ 患者の住所地の郵便番号を記載するレセプト様式の見直しについては、保険者が地域における患者の受診行動を把握し分析事業で活用する上で有意義な見直しである。今後関連する被保険者番号の個人単位化や、マイナンバー制度の活用を含めて検討を進めていく必要がある。

2. 個別課題について

(1) 調剤報酬について

- ① かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料については、まずは高齢者などの服薬情報の一元的・継続的な管理が必要な対象患者に限定した上で進めるべきである。また、かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料に係る同意書については様式を統一し、▽かかりつけ薬剤師が

必要な理由・メリット▽かかりつけ薬剤師の業務▽指導料や自己負担額ーを明示する等、患者がかかりつけ薬剤師を理解した上で同意する仕組みへと見直すことが求められる。

- ② 薬剤服用歴管理指導料については、患者がお薬手帳を通常の薬局に持参した場合、持参しない場合に比べ低い点数が算定されるが、いわゆる門前薬局等の調剤基本料の特例対象薬局の場合、お薬手帳を持参した場合でも高い点数が算定される問題があり、患者の負担を軽減する観点から点数設計を見直す必要がある。併せて、薬剤服用歴管理指導料については、服薬指導により重複投薬や不適切な多剤投薬を減らすことが重要であり、服薬指導の必要性に対応した点数設計が求められる。
- ③ 基準調剤加算については、医療機関と薬局が連名で副作用報告をデータで提出することを要件に追加すべきである。
- ④ 内服薬の調剤料及び一包化加算については、院外調剤業務の機械化や技術進歩を踏まえ、投与日数や剤数に応じて業務コストが増加することを前提とした仕組みを抜本的に見直し、適正化する必要がある。
- ⑤ いわゆる門前薬局、大型チェーン薬局の調剤基本料については、収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、処方せん集中率と受付回数による特例対象の要件を拡大し、さらなる適正化を図る必要がある。
 - ・ 同一敷地内薬局は大型チェーン薬局を上回る適正化対策を講じる必要がある。
 - ・ 医療資源の乏しい地域で役割を果たしている薬局の評価のあり方について検討することが求められる。
 - ・ また、薬局の機能に応じた評価の一貫として、特例対象を除外するための施設基準は廃止することが求められる。

(2) 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、実績指数の高さにより一定の効果が認められたアウトカム評価を一層推進するため、実績指数の引き上げが求められる。また、実績指数を回復期リハビリテーション病棟入院料やリハビリテーション充実加算の算定要件に追加することを検討すべきである。
- ② 維持期・生活期のリハビリテーションについては、医療と介護の同時改定の機会を契機に、医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの施設基準や計画書の統一化等の対応を図った上で、介護保険への移行を進めていく必要がある。

(3) 精神医療について

- ① 向精神薬の取り扱いについては、依存性リスクの高いベンゾジアゼピン系の精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料および薬剤料に対して、1回の処方における抗不安薬と睡眠薬の種類数を制限すべきである。合わせて、精神科を標榜していない医療機関における抗不安薬や睡眠薬の長期処方に対する診療報酬上の取り扱いを見直す必要がある。
- ② 精神病棟に入院する必要がない患者が在宅復帰できない状況の改善に向け、障害福祉サービスと連携して適切に対応することが求められる。

(4) がん、感染症等について

- ① がん対策については、国家戦略として推進されていることを踏まえ、国家予算による対応と診療報酬による対応の棲み分けを整理する必要がある。
- ② がん患者に対する緩和ケアについては、地域包括ケアシステムの構築に向け、緩和ケア病棟と在宅医療等との切れ目の無い連携が求められる。

(5) 救急・小児・周産期等について

- ① 救命救急入院料の充実段階評価に係る加算については、ストラクチャーを中心とした評価から客観的・定量的なプロセス評価に転換したうえで、財政中立の観点から診療報酬の設定を見直すべきである。ただし、現場の混乱を招き医療安全を損なうことのないよう、慎重に検討する必要がある。
- ② 妊婦の外来管理に対する評価は、診療科による区分や対象となる疾患の範囲について検討する必要がある。
- ③ 精神疾患を有する妊婦に対する評価については、精神科の医師の要件や妊婦への具体的な配慮等に対する評価を明確化すべきである。

(6) 技術的事項について

- ① 性同一性障害患者に対する性別適合手術については、保険給付の対象とすることとし、対象となる患者や実施する医療機関を施設基準等で明確化した上で、適切な包括点数を設定することが求められる。
- ② 組織移植については、組織バンクより安定的で質が高い供給体制を確保することが必要であり、患者と医療機関と組織バンクの在り方を整理した上で診療報酬上の評価を検討する必要がある。
- ③ 高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の入院基本料については、現行の減算措置を維持すべきである。

(7) 歯科診療報酬について

- ① かかりつけ歯科医について、患者はおのずと特定の歯科診療所を受診することが一般的であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、診療行為について診療報酬上で一般診療所との差別化を図るのではなく、医療機関との連携等、地域包括ケアシステム構築の推進に向けた機能に着目して評価を行うべきである。
- ② 歯科疾患の継続的な管理を評価する歯科疾患管理料については、継続的な管理を行った場合に限定して算定できるよう現行の算定要件を見直すべきである。また、継続的な管理については、長期的な重症化予防に対するアウトカム評価の導入が求められる。
- ③ 歯科外来診療における院内感染について、本来患者の安全・安心を第一の視点に防止対策を講じることは、歯科医療機関の当然の業務である。仮に診療報酬によって対応するのであれば、少なくとも給付の拡大に結びつかない形で、現行の点数設定を見直すべきである。

(8) 腎代替療法について

- ① 透析医療に係る診療報酬上の評価については、透析医療の実態に応じた評価に見直すべきであり、長時間の透析については、合併症のある患者に対し、より質の高い治療となることを踏まえ、人工腎臓に係る6時間以上の慢性維持透析を評価する一方、6時間未満の透析の評価については適正化を図るべきである。
- ・ また、透析医療については、透析実施患者数によって効率性が異なっている実態を踏まえ、透析機器1台あたり患者数等に応じ、診療報酬上の評価を適正化する必要がある。

(9) 医療従事者の多様な働き方について

- ① 週一定時間の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組み合わせによりリハビリ専門職が常勤配置されているものとみなす取り扱いについては、これまでの医療提供の質の確保を前提として要件を明確にすべきである。また、医療従事者の専従要件についても、専従がADL改善等の要素となっていることを踏まえ、限定的な取り扱いとすることが求められる。

(10) 明細書の無料発行について

- ① 明細書については、患者が受けた具体的な診療行為や医療費の詳細な内訳を理解・納得するための貴重な情報源であることに加え、安全な医療や健康リテラシーの向上、医療機関の請求内容の精査にも資する必要なツールであり、患者の視点に立った医療の実現に向けて、明細書無料発行の完全実施を実現すべきである。なお、明細書のあり方については、▽領収証との役割分担▽レセプト様式の見直し▽レセプトの完全電子化―等への対応を踏まえつつ検討していくことが求められる。

(11) 新医薬品の処方日数制限の取り扱いについて

- ① 新規医薬品における14日間の処方日数制限については、患者の安全性を確保する観点から原則として厳守すべきである。

(12) 医療機関と薬局の情報共有・連携について

- ① 医療機関からかかりつけ薬剤師に検査値等を情報提供する場合の評価については、▽患者の同意▽かかりつけ医とかかりつけ薬剤師間の情報連携▽提供する情報や医療機関の窓口担当者の明確化▽情報連携を進めるための様式の統一―を前提とした算定要件とすべきである。

(13) 外来における相談・連携について

- ① 外来患者への相談支援に対する診療報酬上の評価については、これまでの相談支援の実績が損なわれないように配慮しつつ、治療の一環として真に必要な相談内容を明確化した上で、慎重に算定要件・施設基準の検討を進めることが求められる。

(14) たばこ対策について

- ① ニコチン依存症管理料については、28年度の診療報酬改定で対象患者を拡大する見直しを行ったが、29年度調査によると、禁煙継続の割合は21年度から後退していることが明らか

かになっている。対象患者を拡大したにも関わらず、7割を超える患者が禁煙に成功していないという実態を踏まえ、ニコチン依存症管理料の算定要件や施設基準を見直す必要がある。

(15) 薬価・保険医療材料価格の見直しについて

薬価と保険医療材料価格については、薬価制度の抜本改革、保険医療材料制度改革の内容を踏まえ、着実に見直しを進めていくべきである。

(16) 費用対効果評価の試行的導入について

- ① 試行的導入時に企業分析の結果と再分析の結果が大きく異なっている品目のうち、アプレイザルの過程まで到達した品目については、両分析のうち価格変動のより少なくなる方の結果を採用して、平成30年4月の価格調整を行うべきである。
 - ・ 併せて両分析については、平成30年4月の価格調整以降も、引き続きより妥当性の高い分析のあり方を検討するため検証を行い、当該検証（分析）から得られた評価結果に基づき最終的な価格調整を行うこととすべきである。
- ② 費用対効果評価専門組織における倫理的・社会的考慮要素への該当性を含めたアプレイザルについては、該当する品目の要件をより明確化した上で実施して、価格調整を行う前段階において中医協に報告することとし、中医協での意見を踏まえた上で、薬価・保険医療材料専門組織で最終的な価格決定を行う仕組みとすべきである。