平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科
1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤
1. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科
1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
   1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実
   2）緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
   3）認知症の者に対する適切な医療の評価
   4）地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
   5）感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
   6）適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
   1）遠隔診療の評価
   2）手術等医療技術の適切な評価

歯科
1. 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

調剤
1. 薬局における対人業務の評価の充実

Ⅲ　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

平成30年度診療報酬改定の概要－歯科、調剤

歯科

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 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

調剤

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 薬局における対人業務の評価の充実

平成30年度診療報酬改定の概要（歯科）

かかりつけ歯科医の機能の見直し

- かかりつけ歯科医の機能として、継続的な管理による歯科疾患の重症化予防や地域連携の役割を明確化する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

改定後

・歯周病安定期治療、エナメル質初期う蝕管理等について、過去1年間の算定回数の要件を追加
・在宅医療・介護に関する会議等への参加等、地域連携に関する実績を追加

周術期等の口腔機能管理の推進

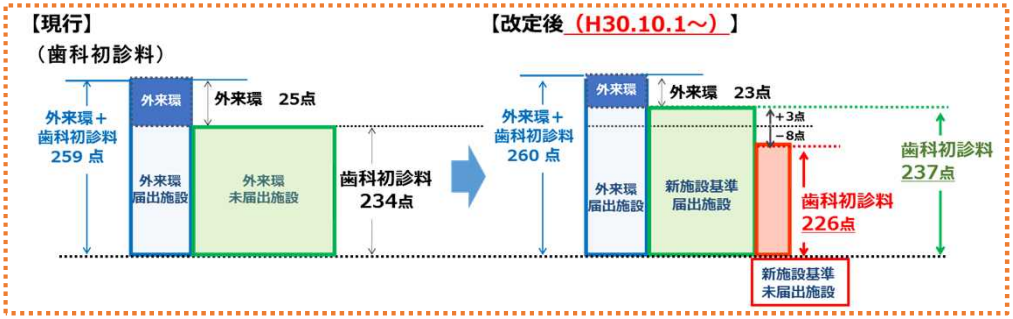
- 周術期等の口腔機能管理の対象患者に脳卒中に対する手術を実施する患者等を追加するとともに、緊急手術により術後に管理を開始する場合の算定を明確化
- 放射線療法又は化学療法に対する口腔機能管理の充実

在宅歯科医療の推進

- 歯科訪問診療料の見直し
  - 切削器具の常時携行を歯科訪問診療の要件化
  - 診療時間20分未満の場合の算定方法の見直し
  - 外来から歯科訪問診療に移行した場合の評価の新設
- 地域で在宅歯科医療を担う医療機関としての役割を明確化する観点から、機能に応じた評価となるよう、在宅療養支援歯科診療所の施設基準を2区分に細分化

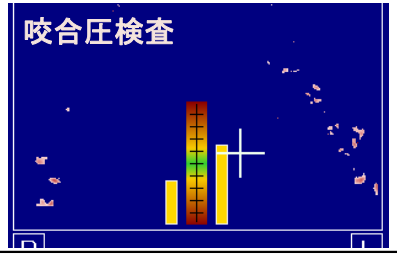
院内感染防止対策の推進

- 歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の引き上げと施設基準の新設
- 院内感染防止対策の施設基準の新設に伴う歯科外来診療環境体制加算の見直し



ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

- う蝕や歯周病等の個別の疾患の管理だけではなく、咀嚼など機能に着目した継続的な口腔機能管理に関する評価を新設
  - 口腔機能の発達不全を認める小児に対する評価の新設
  - 口腔機能の低下を認める高齢者に対する評価の新設
- 客観的な評価に基づく口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能評価に関する検査の新規導入
  - 咀嚼能力検査の新設
  - 咬合圧検査の新設



平成30年度診療報酬改定の概要（調剤）

薬局に対する地域支援体制加算の新設

○　かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

（新）　地域支援体制加算　　35点

➢ 地域支援体制加算の施設基準（抜粋）

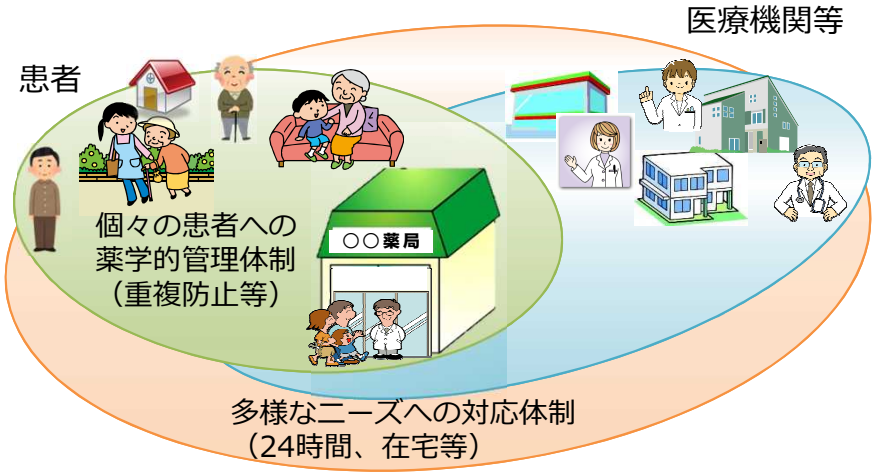
【施設基準】
- ○ 地域医療に貢献する一定の実績
- ○ 一定時間以上の開局
- ○ 一定品目以上の医薬品の備蓄
- ○ 24時間調剤、在宅対応実績
- ○ 医療安全に資する取組実績の共有

など

→ 左記実績の要件
薬剤師一人につき以下の取組
- ○ 夜間・休日等の対応
- ○ 医療機関等への情報提供
- ○ かかりつけ薬剤師
- ○ 重複投薬・相互作用等防止

など

➢ 地域支援体制加算のイメージ



薬局における多剤投薬適正化の取組の評価

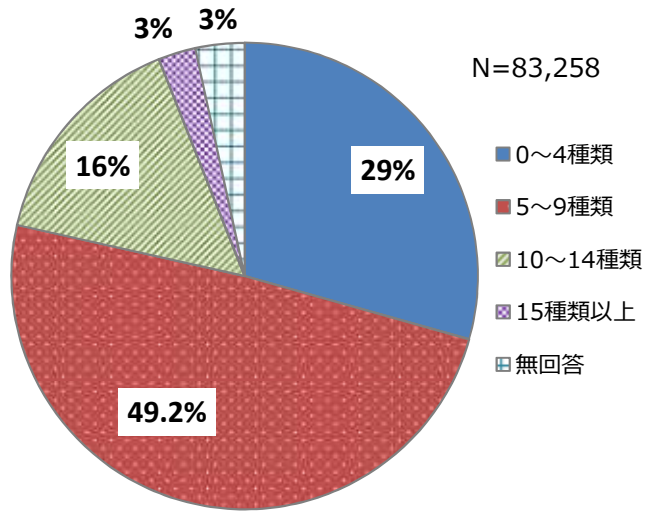
○　患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

（新）　服用薬剤調整支援料　　125点

［算定要件］
6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

➢ 現在服用している医療用医薬品の種類数（70歳以上）

平均6.6種類



平成28年度医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査）

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科
1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤
1. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科
1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
   1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実
   2）緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
   3）認知症の者に対する適切な医療の評価
   4）地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
   5）感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
   6）適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
   1）遠隔診療の評価
   2）手術等医療技術の適切な評価

歯科
1. 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

調剤
1. 薬局における対人業務の評価の充実

Ⅲ　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1.　チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

2.　業務の効率化・合理化

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

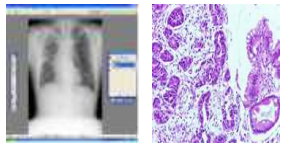
これまでの取組の充実

- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大

常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合は専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

➢ 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月１日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回（7月）の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回（7月）の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

評価項目の削除

➢　既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目について削除し、診療報酬点数表の簡素化を図る。。

K043-2　骨関節結核瘻孔摘出術
K043-3　骨髄炎手術（骨結核手術を含む）。
K052-2　多発性軟骨性外骨腫摘出術
K052-3　多発性骨腫摘出術
K084 1　四肢切断術　肩甲帯
K667-3　腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K781-2　ピンハンマー式尿路結石破砕術
I012　2　精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）
精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

経過措置のあるもの（平成32年3月31日まで）

D006 2　トロンボテスト
D006-3 2 mRNA定量（1以外のもの）
D007 9　ムコ蛋白
D007 24　膵分泌性トリプシンインヒビタ（PSTI）
D009 6　前立腺酸ホスファターゼ（PAP）

診療報酬明細書の添付資料の見直し

➢　診療報酬明細書の添付資料について、算定要件を満たすか否かの判断に不必要なものは廃止する。また、記載が必要なものでも、可能な限り診療報酬明細書（レセプト）に記載することとし、記載で置き換え可能な添付資料は廃止する。

例　療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に係る評価票の添付資料

【療養病棟入院基本料の施設基準告示】

現行	改定後
当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、<u>療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること</u>	当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、<u>記録していること</u>

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

診療情報の利活用の推進のための見直し

➢ 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。

① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書（レセプト）に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。

② 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、カタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。

③ 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

精神疾患の傷病名について、原則として、ICD−10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類（Kコード）に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード（STEM7）も記載することとする。

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科
1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤
1. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科
1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
   1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実
   2）緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
   3）認知症の者に対する適切な医療の評価
   4）地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
   5）感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
   6）適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
   1）遠隔診療の評価
   2）手術等医療技術の適切な評価

歯科
1. 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

調剤
1. 薬局における対人業務の評価の充実

Ⅲ　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1.　薬価制度の抜本改革の推進

2.　費用対効果の評価

3.　調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

薬価制度の抜本改革

● 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（Ｈ２８．１２）に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

新　薬

新薬創出等加算の抜本的見直し

・**対象品目**：**革新性・有用性**に着目して絞り込み

・**企業指標**：**企業指標**（革新的新薬の開発等）**の達成度に応じた加算**

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

・**対象**：**350億円以上***

・**頻度**：**年４回**（新薬収載の機会）

* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

新薬のイノベーション評価の見直し

・**加算対象範囲（類似薬のない新薬）**

：営業利益への加算　→　**薬価全体への加算**

（製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定）

外国平均価格調整の見直し

・**米国参照価格リスト**

：メーカー希望小売価格　→　**公的制度の価格リスト**

費用対効果評価の導入

・**試行的実施**

：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**

・**本格実施**

：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

長期収載品・後発品

長期収載品の薬価の見直し

・**対象**：後発品の上市後、**10年を経過**した**長期収載品**

・**見直し方法**：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

後発品価格の集約化

・**対　　象**：上市から**12年が経過**した**後発品**

・**価格帯数**：**１価格帯**を原則

毎年薬価調査・毎年薬価改定

・**対象範囲**：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**Ｈ32年中に設定**

費用対効果評価の試行的実施

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題（※）への対応策を整理する。併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

【費用対効果評価の手順】

①品目の選定
（革新性が高く市場規模の大きな医薬品等を選定）

↓

②企業による分析・データ提出

↓

③第三者による再分析＊

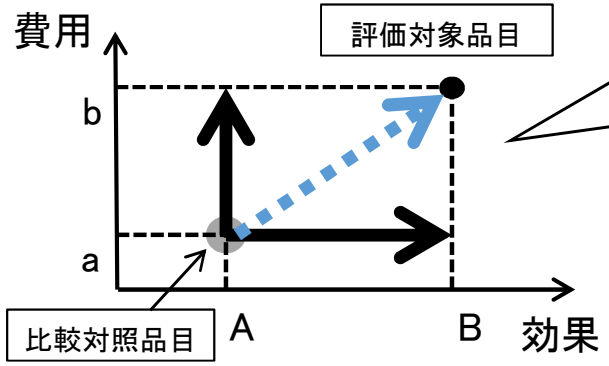
※再分析は厚生労働省が主体となって実施。

↓

④総合的評価

↓

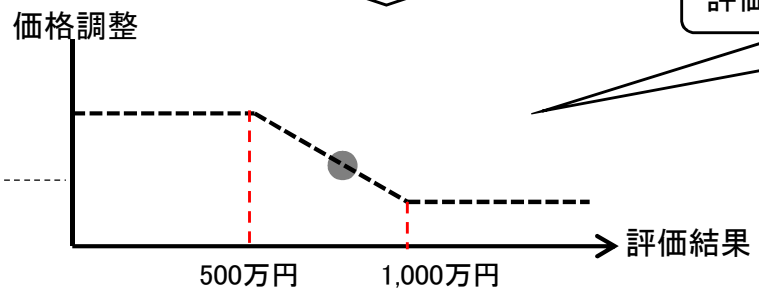
⑤費用対効果の評価結果に
基づく価格調整を実施



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。
健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

評価にあたっては、生命に関わる重篤な疾患での延命や希少な難病等の、倫理的、社会的影響も考慮

評価結果に応じて対象品目の価格を調整



※試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

＊ 導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①（特例の拡大）

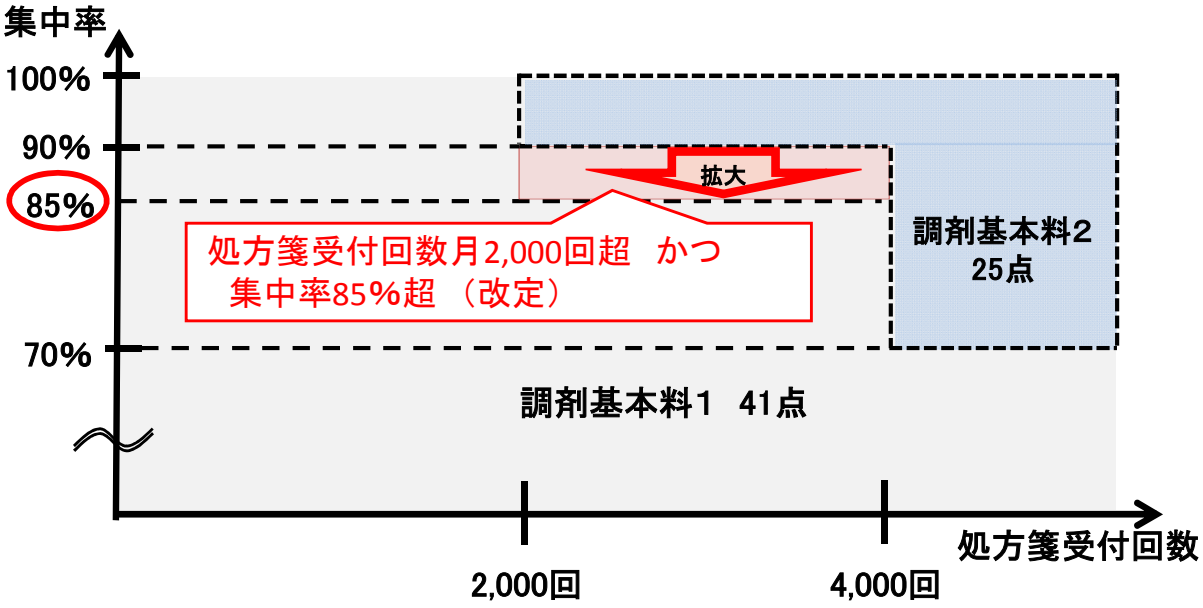
➢ 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】　⇒グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超

調剤基本料3－イ（グループ全体4万回超から40万回以下）　20点
①処方箋集中率が95%超の薬局　⇒　集中率が85%超の薬局（改正）
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

（新）調剤基本料3 －ロ（グループ全体40万回超）　15点
①処方箋集中率が85%超の薬局
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

➢ 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2　　25点
・処方箋受付回数月4,000回超　かつ集中率70%超
・処方箋受付回数月2,000回超　かつ集中率90%超
⇒処方箋受付回数月2,000回超　かつ　集中率85%超　（改正）

調剤基本料2　　25点
・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超
（集中率にかかわらず対象）
上記に以下の場合を追加
① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日　中央社会保険医療協議会

（入院医療）

1　今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2　データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

（DPC制度）

3　調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

（外来医療、在宅医療、かかりつけ機能）

4　外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

5　かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

（医薬品の適正使用）

6　向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

（生活習慣病の医学管理、オンライン診療等）

7　生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。

8　オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日　中央社会保険医療協議会

（医療と介護の連携）

9　介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
①　医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
②　維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
③　有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

（医療従事者の負担軽減、働き方改革）

10　常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

（データの利活用）

11　診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

12　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。

13　院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

14　服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日　中央社会保険医療協議会

（後発医薬品の使用促進）

15　後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（薬価制度の抜本改革）

16 「薬価制度の抜本改革について　骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

（費用対効果評価）

17　試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

（明細書の無料発行）

18　現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

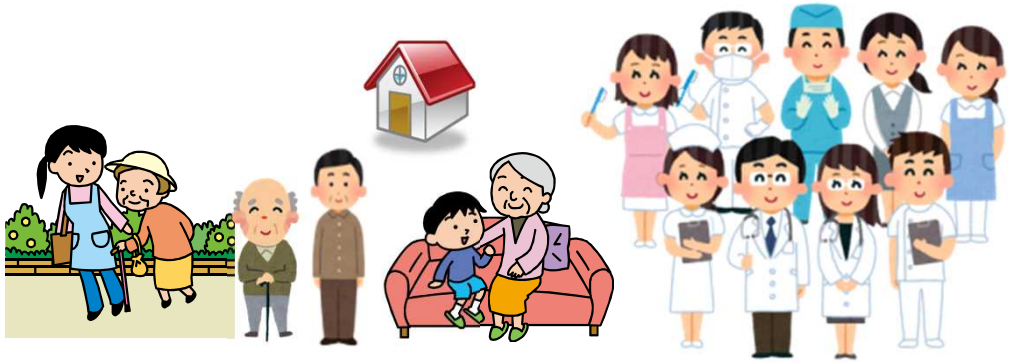
（医療技術の評価）

19　先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価（分類）について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

（その他）

20　ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

ご清聴ありがとうございました



参考

平成30年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

➢ 人生１００年時代を見据えた社会の実現

・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➢ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
・平成30年度は６年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➢ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

○　患者の状態等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・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。

○　医療機能の分化・強化、連携を進め、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していくことが必要。

2　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

○　国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、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が重要。

○　また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

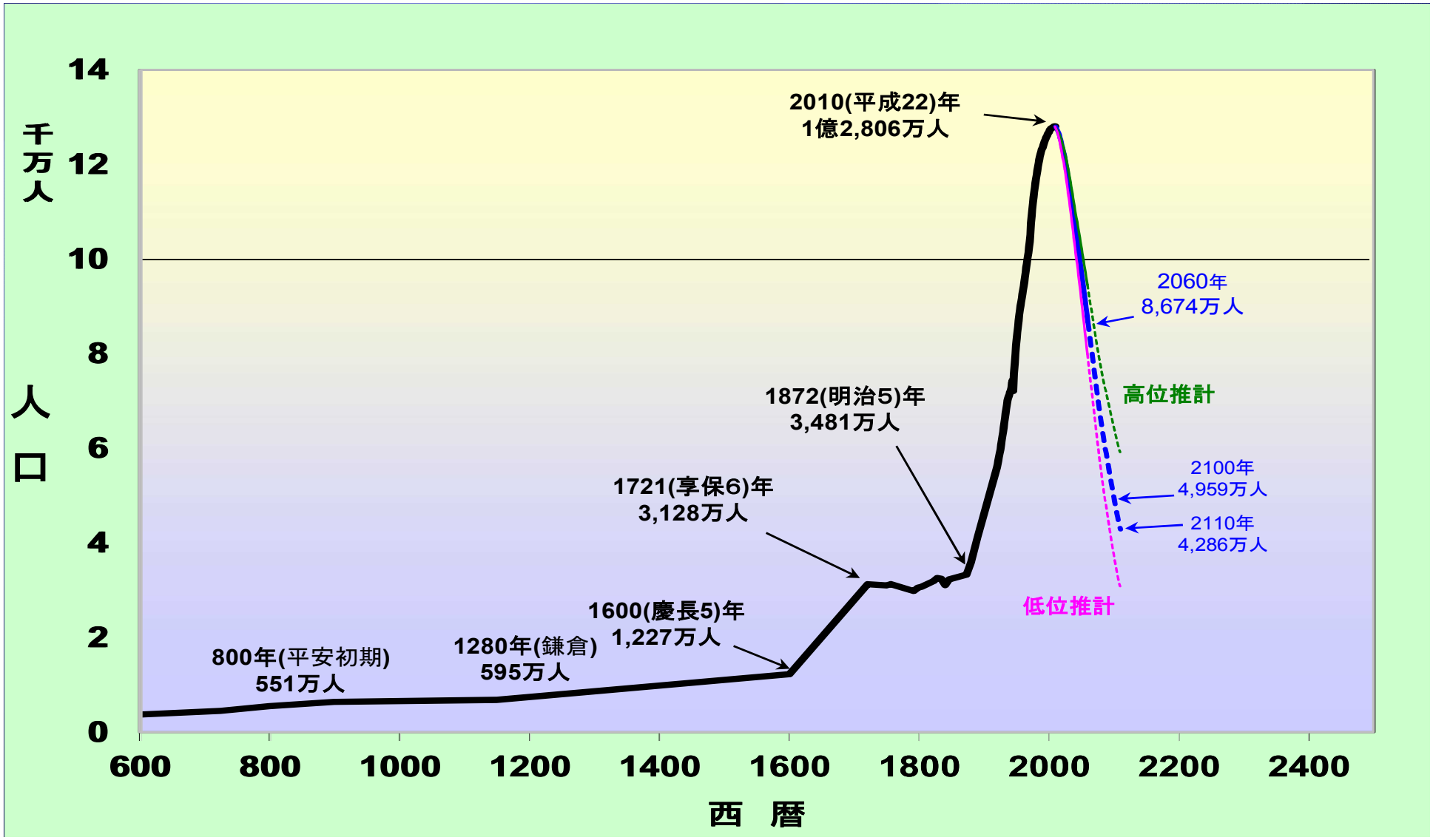
3　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

○　医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

4　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

○　国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、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、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

日本人口の歴史的推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計[死亡中位推計]）.

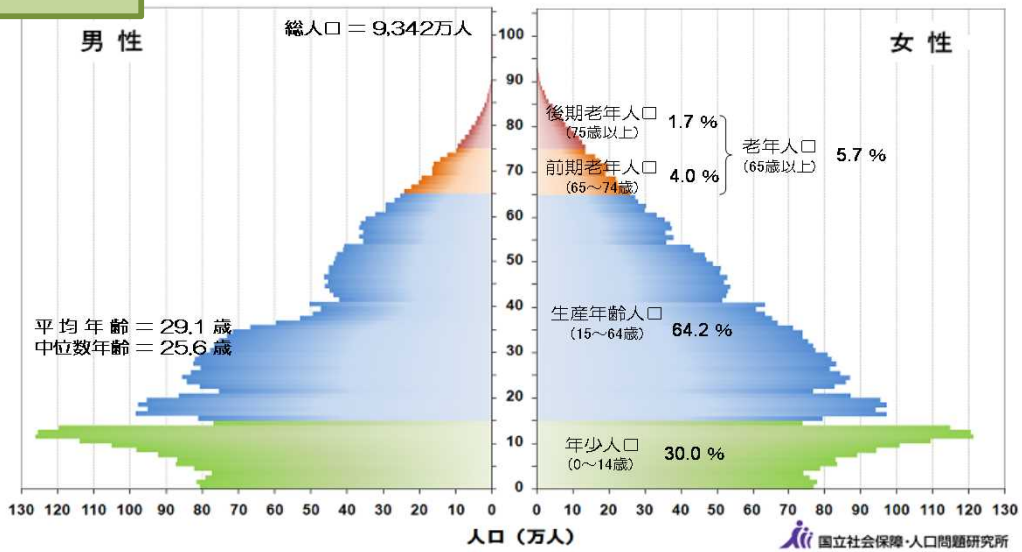
提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

中医協　総－２参考
２８.１２.１４より

人口ピラミッドの変化 ： 実績 1960 年, 2010 年

1960年

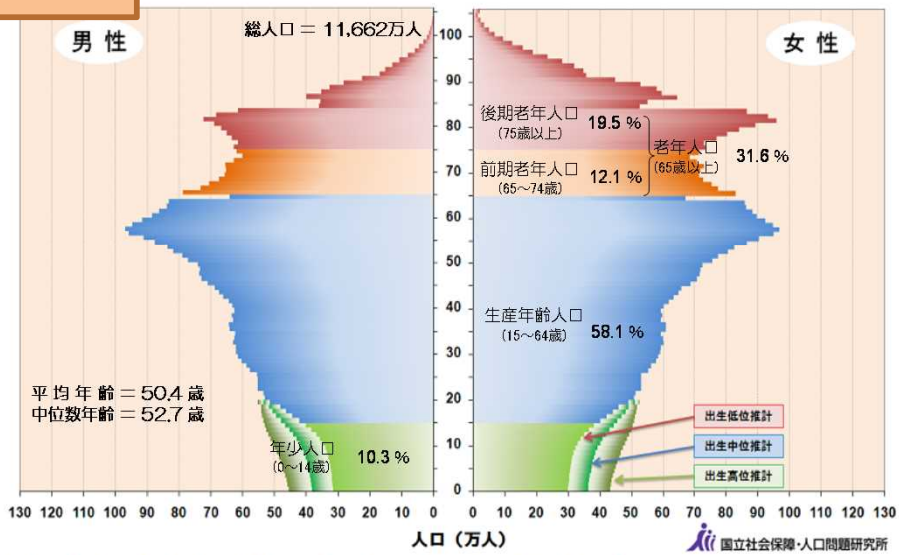
(1) 1960 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2030年

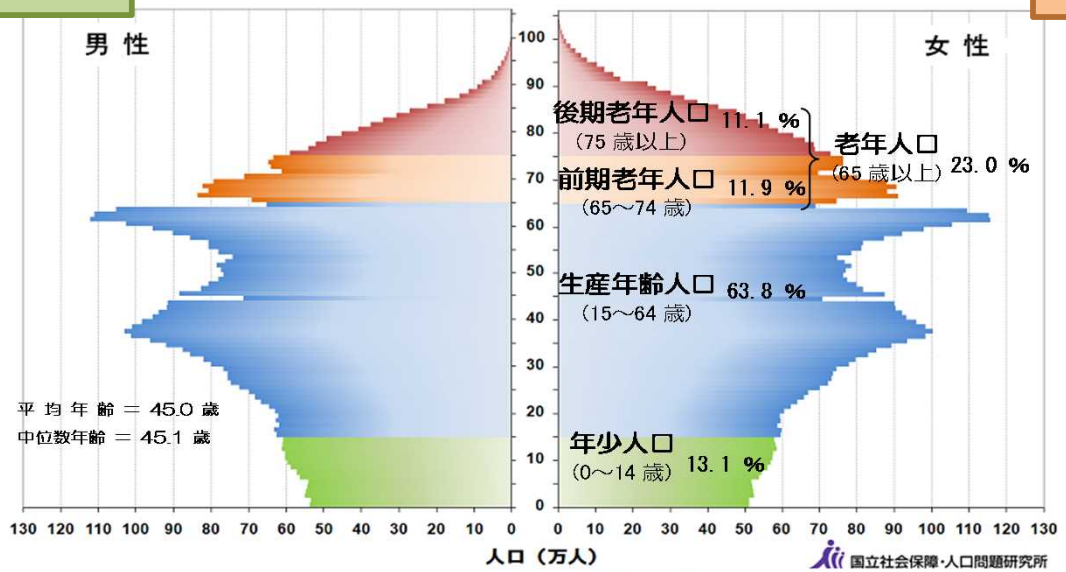
(3) 2030 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2010年

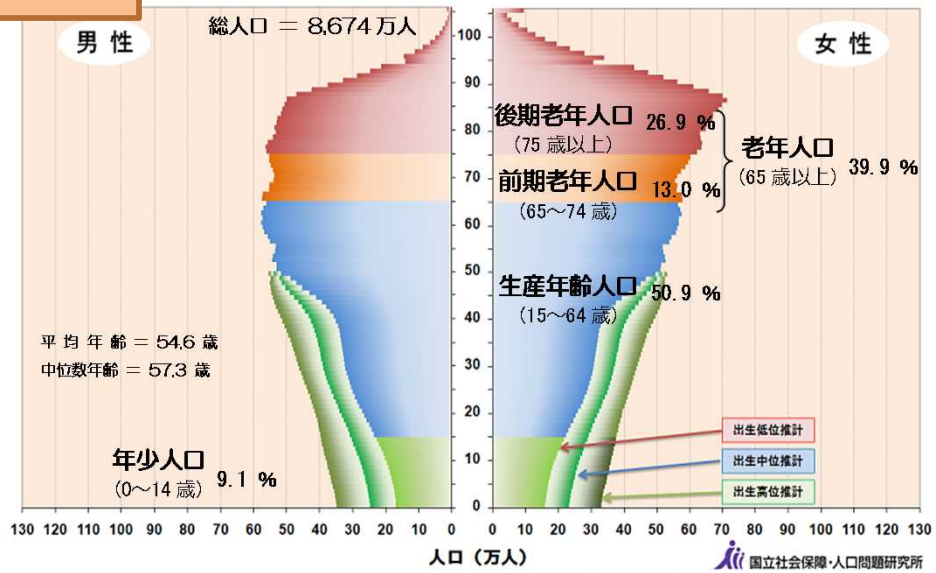
(2) 2010 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2060年

(3) 2060 年



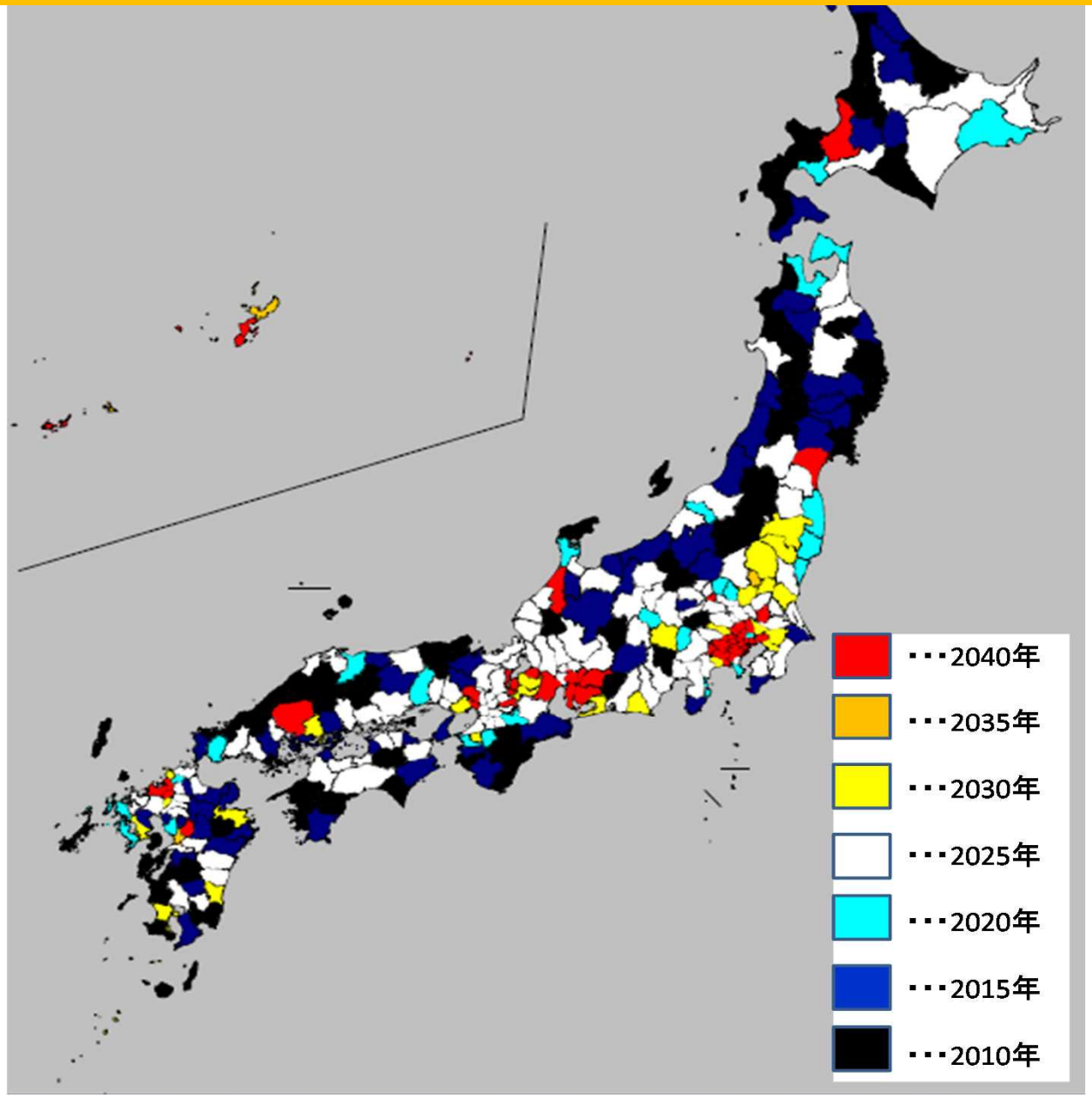
資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

中医協　総－２参考
２８.１２.１４より

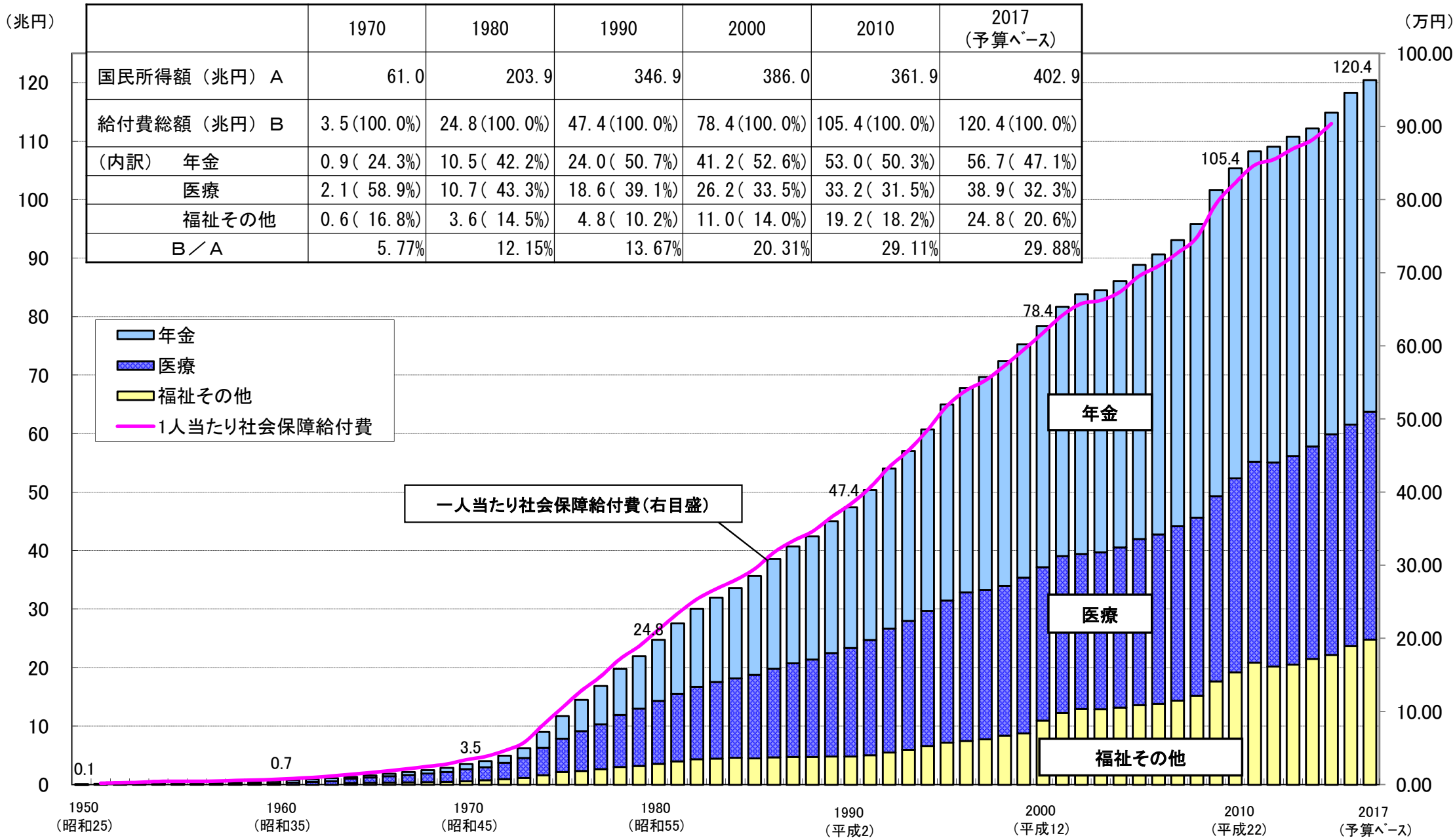
地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



出典：社会保障制度国民会議 資料 （平成25年4月19日 第9回
資料3－3　国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

社会保障給付費の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2017（予算ベース）
国民所得額（兆円）Ａ	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	402.9
給付費総額（兆円）Ｂ	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.4（100.0%）	105.4（100.0%）	120.4（100.0%）
（内訳）　年金	0.9（ 24.3%）	10.5（ 42.2%）	24.0（ 50.7%）	41.2（ 52.6%）	53.0（ 50.3%）	56.7（ 47.1%）
医療	2.1（ 58.9%）	10.7（ 43.3%）	18.6（ 39.1%）	26.2（ 33.5%）	33.2（ 31.5%）	38.9（ 32.3%）
福祉その他	0.6（ 16.8%）	3.6（ 14.5%）	4.8（ 10.2%）	11.0（ 14.0%）	19.2（ 18.2%）	24.8（ 20.6%）
Ｂ／Ａ	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.88%



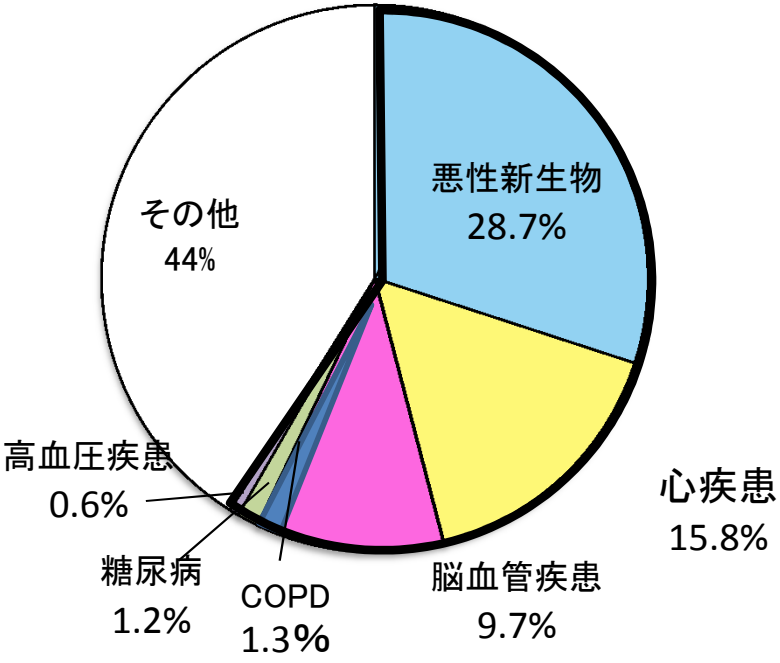
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2017年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成30年1月22日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2017年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

我が国における疾病構造

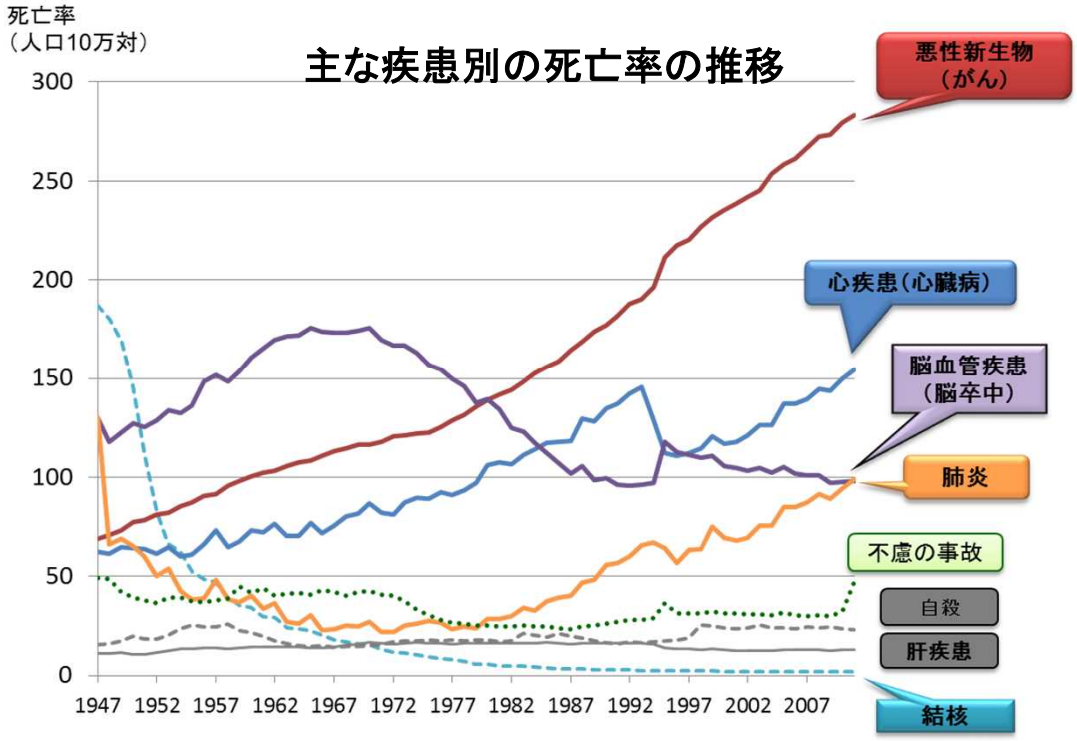
生活習慣病は死亡割合の約6割

我が国の疾病構造は感染症から
生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合（平成24年）
生活習慣病・・・57.2%



（出所）「平成24年度人口動態統計」

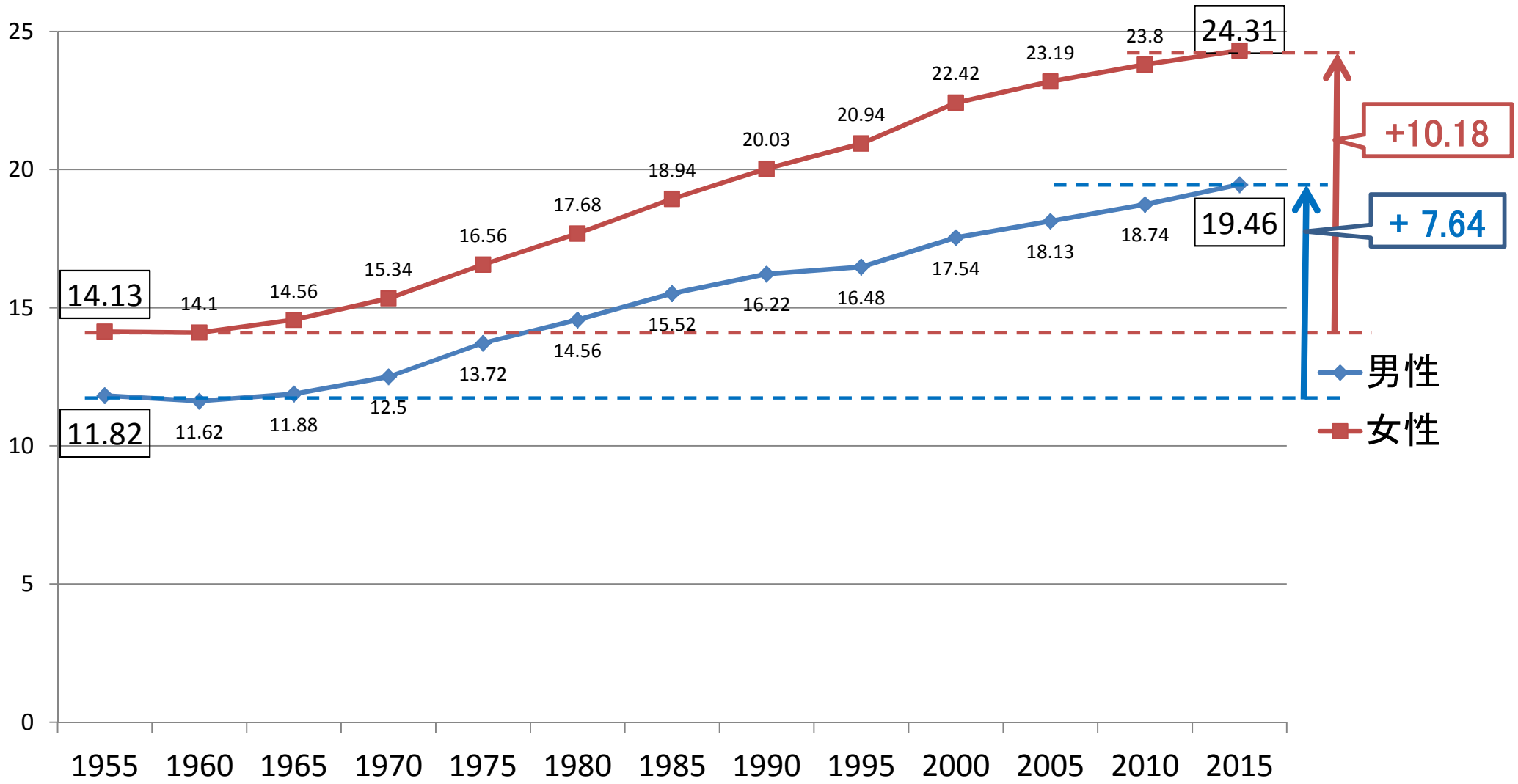


（出所）「人口動態統計（1947～2011年）」

※　生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費（28.3兆円）の約3割（8.9兆円）を占める。　（出所）「平成24年度国民医療費」

中医協　総－２参考
２８.１２.１４より

６５歳時の平均余命の推移

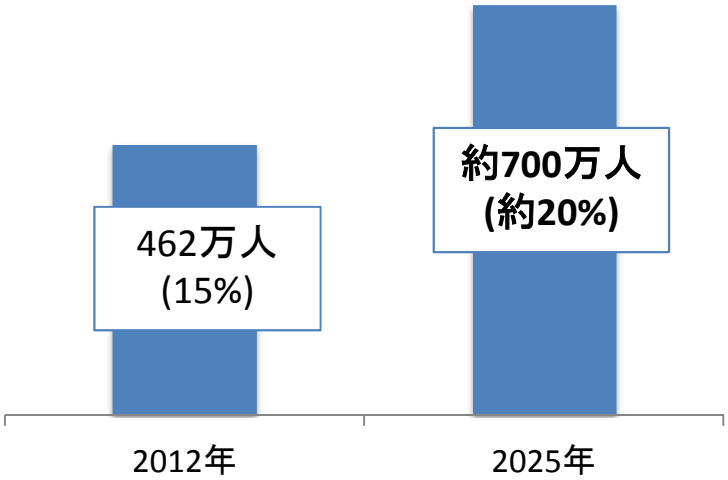


平成27年「簡易生命表の概況」参考資料2　主な年齢の平均余命の年次推移より作成

認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

（括弧内は65歳以上人口対比）

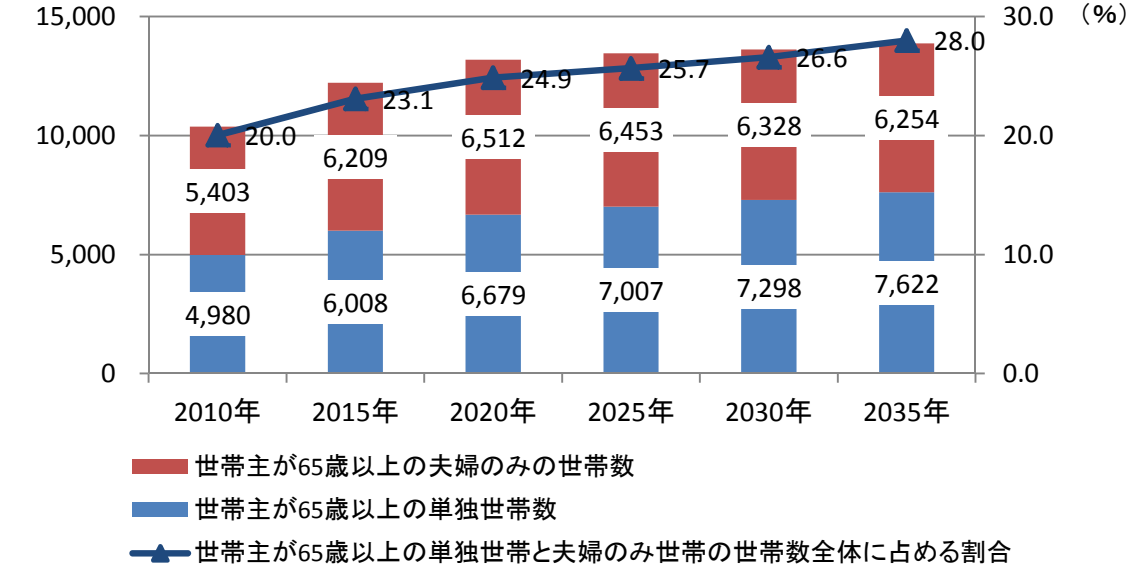


※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

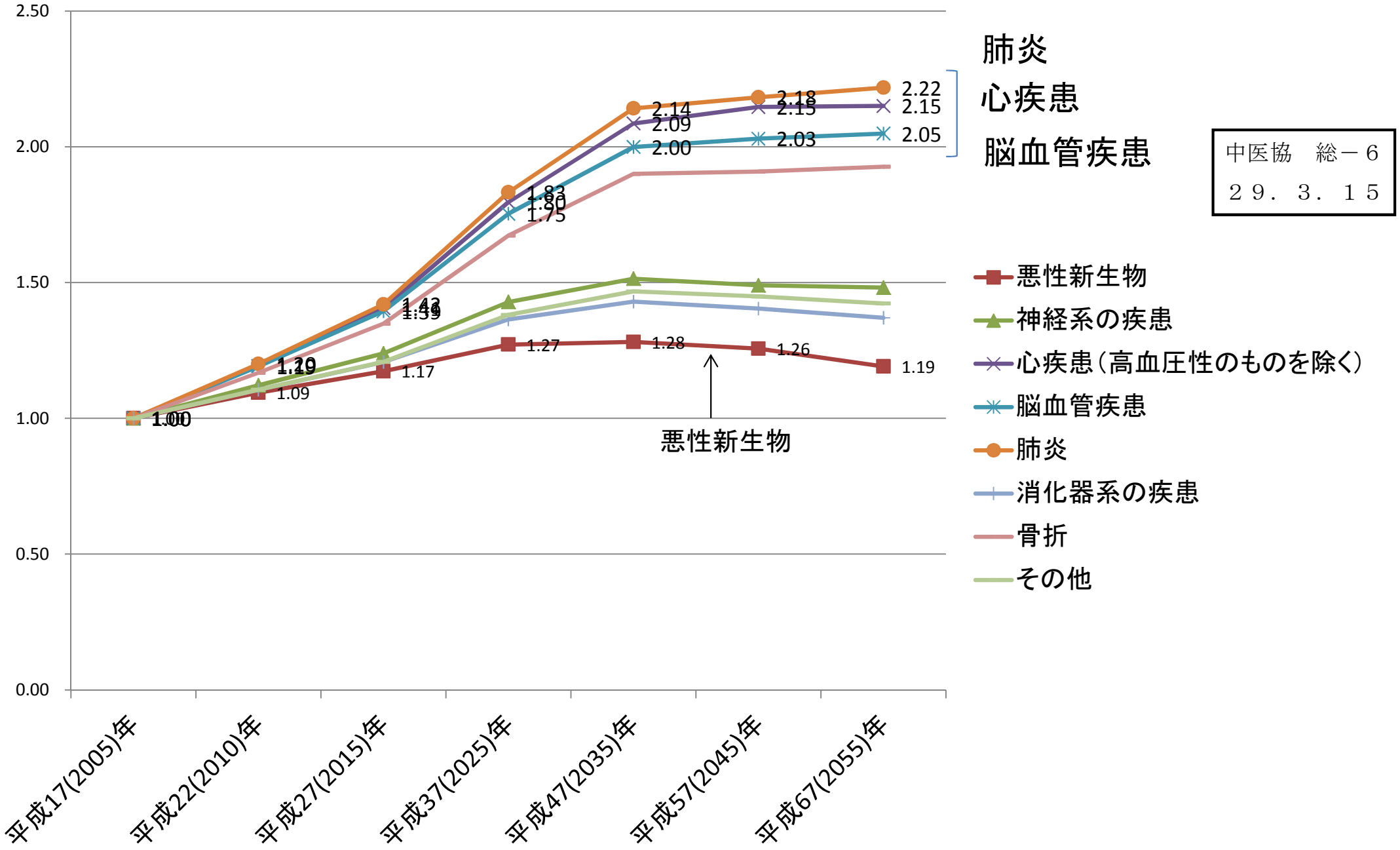
世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）
（平成25（2013））年1月推計）」より作成

中医協　総－２参考
２８.１２.１４より

（参考）入院患者の将来推計　2005年を１とした場合の増加率



中医協　総－６
２９．３．１５

国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

世界売上上位15品目（2001年・2014年）

中医協　総－２参考
２８.１２.１４より

○　2001年と2014年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、１品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

2001年

	製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高（百万ドル）	前年比伸び率
1	ゾコール(リポバス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
2	リピトール	アトルバスタチン	高脂血症薬	ファイザー	6,449	28%
3	オメプラール/プリロセック	オメプラゾール	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684	▲7%
4	ノルバスク	アムロジピン	降圧剤Ca拮抗剤	ファイザー	3,582	7%
5	メバロチン/プラバコール	プラバスタチン	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
6	プロクリット/エプレックス	エポエチンアルファ	腎性貧血	J&J	3,430	27%
7	タケプロン	ランソプラゾール	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/TAP	3,212	25%
8	クラリチン/D	ロラタジン	抗ヒスタミン剤	シェリング・プラウ	3,159	5%
9	セレブレックス	セレコキシブ	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114	19%
10	ジプレキサ	オランザピン	精神分裂病薬	イーライ・リリー	3,087	31%
11	グルコファージ	メトフォルミン	糖尿病薬	独メルク/BMS	2,682	55%
12	セロクサット/パキシル	パロキセチン	抗うつ剤SSRI	グラクソ・スミスクライン	2,674	16%
13	バイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
14	ゾロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
15	エポジェン(エスポー)	エポエチンアルファ	腎性貧血	アムジェン	2,150	10%

2014年

	製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高（百万ドル）	前年比伸び率
1	ヒュミラ	アダリムマブ	関節リウマチ/クローン病	アッヴィ/エーザイ	12,902	17%
2	ソバルディ/ハーボニ	ソフォスブビル/レディパスビル	慢性C型肝炎	ギリアド・サイエンシズ	12,410	NEW
3	レミケード	インフリキシマブ	関節リウマチ/クローン病	J&J/メルク/田辺三菱	9,909	2%
4	エンブレル	エタネルセプト	関節リウマチ/クローン病	アムジェン/ファイザー/武田	8,927	2%
5	リツキサン	リツキシマブ	抗がん剤/抗リウマチ	ロシュ/バイオジェン	8,744	▲2%
6	ランタス	インスリングラルギン	糖尿/インスリンアナログ	サノフィ	8,432	12%
7	アバスチン	ベバシズマブ	転移性結腸がん	ロシュ/中外製薬	7,021	6%
8	ハーセプチン	トラスツズマブ	HER2乳がん	ロシュ/中外製薬	6,865	7%
9	アドエア/セレタイド	サルメテロール/フルチカゾン	抗喘息/COPD	GSK/アルミラル	6,620	▲24%
10	クレストール	ロスバスタチン	高脂血症/スタチン	塩野義/アストラゼネカ	6,372	▲5%
11	ジャヌビア	シタグリプチン/配合剤	2型糖尿病/DPP4	メルク/小野薬品/アルミラル	6,355	1%
12	エビリファイ	アリピプラゾール(経口)	総合失調症	大塚製薬/BMS	5,928	17%
13	リリカ	プレガバリン	神経疼痛/てんかん	ファイザー/エーザイ	5,389	12%
14	レブリミッド/レブラミド	レナリドミド	多発性骨髄腫	セルジーン	4,980	16%
15	ノボラピッド/ノボミックス	インスリンアスパルト/混合	糖尿/インスリンアナログ	ノボ・ノルディスク	4,871	3%

※　網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所：ユートブレーン（ファルマ・フューチャー2002 NO.136）、ゼジデム・ストラテジックデータ（株）ユート・ブレーン事業部刊「Pharma Future（2015年5月号）」をもとに厚生労働省が作成した資料から引用。

2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

ビッグデータ活用や AIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な
検査・診断、治療が受けられる。

ICTを活用した 遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、
専門医療や生活支援が受けられる。

地域や全国の 健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

ビッグデータ活用による イノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、
最適な治療や新たな薬が届けられる。
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、
自身に合ったサポートが受けられる。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

― 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 ―

「かかりつけ医」とは（定義）

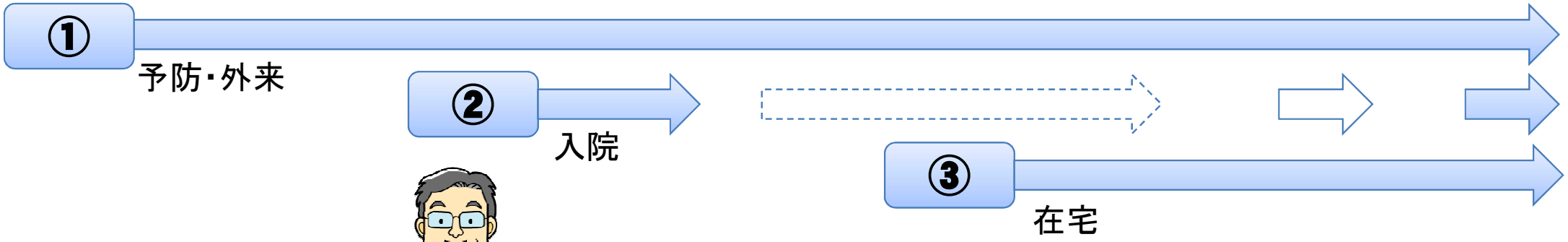
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

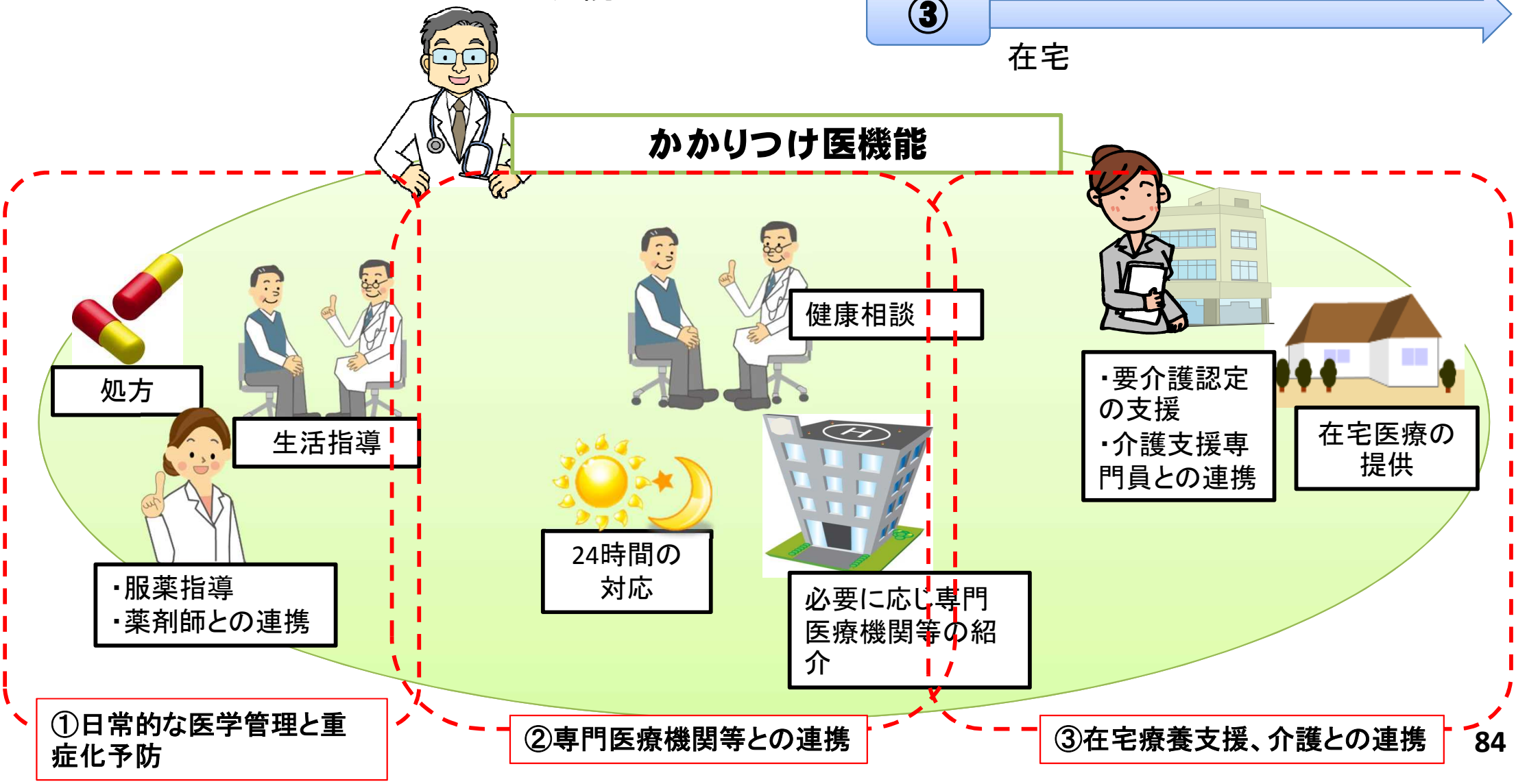
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能のイメージ（案）
～生活習慣病を有する患者の例～

中医協　総－５
２９．２．２２

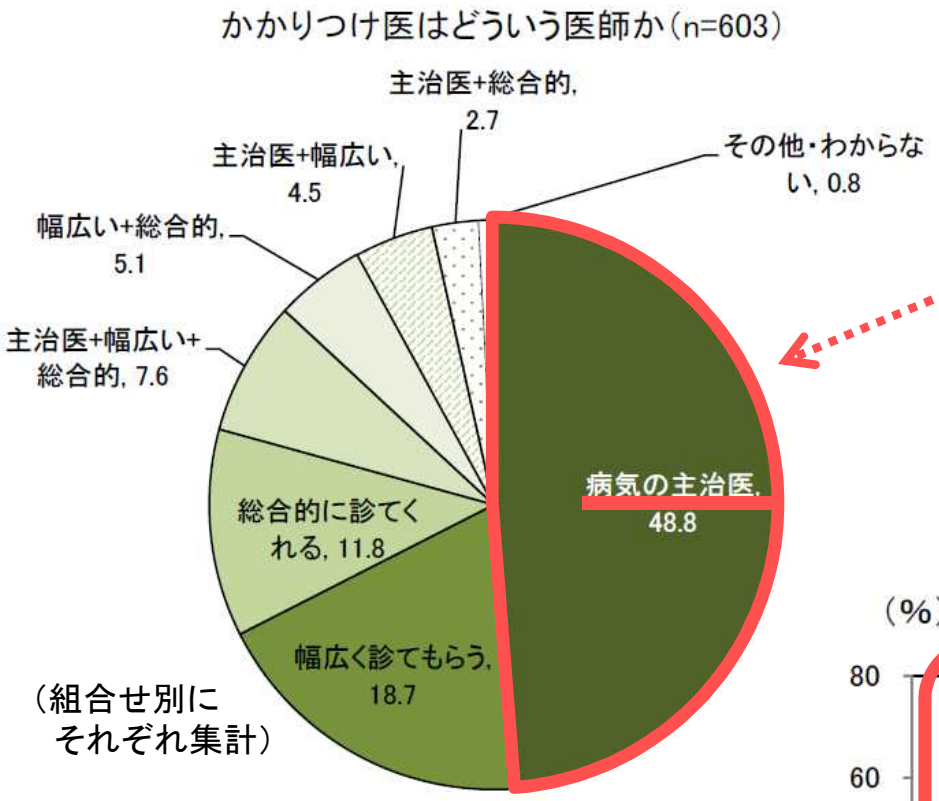


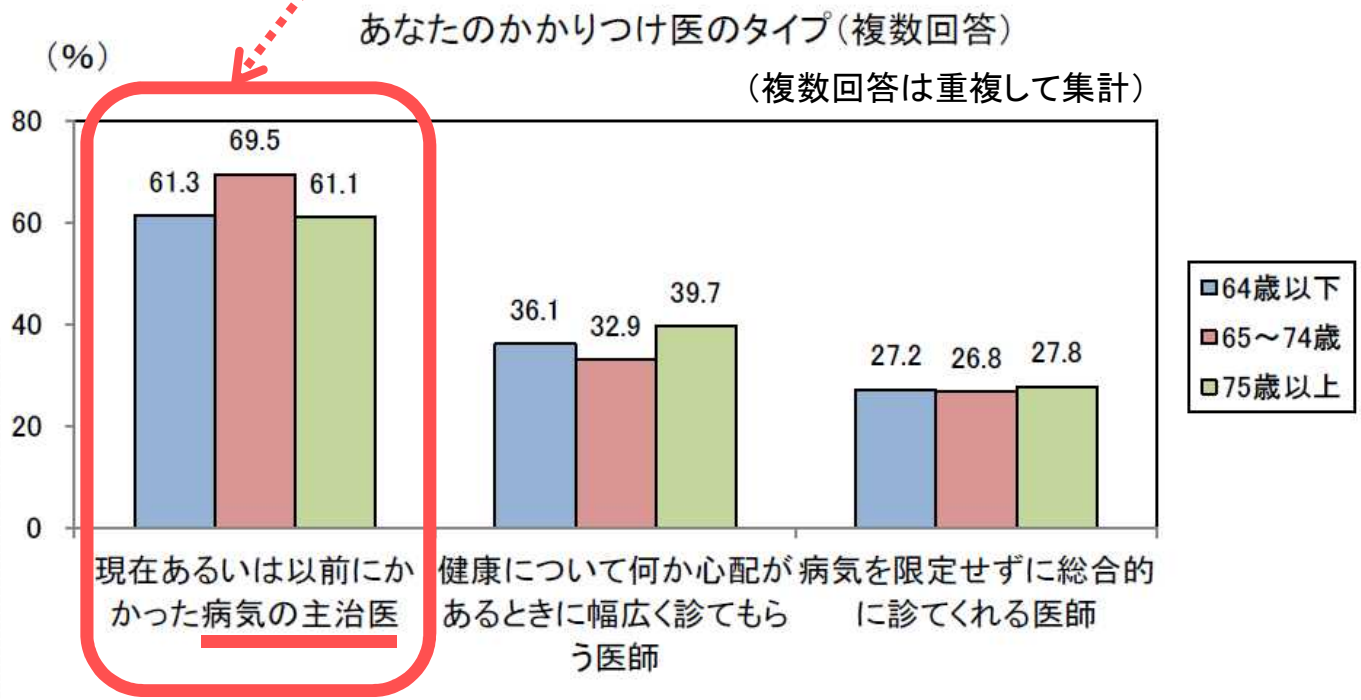


かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）

○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「病気の主治医」のみを選択した者の割合は約50%。
　また、「幅広く診てもらう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台（32.9～39.7%）と約27%。





【設問と選択肢】
Q9．－SQ1
あなたにとって、かかりつけ医はどういう医師ですか。
　この中から当てはまるものをすべてあげてください。
（ア）現在あるいは以前にかかった病気の主治医
（イ）健康について何か心配があるときに幅広く診てもらう医師
（ウ）病気を限定せずに総合的に診てくれる医師
（エ）その他
　　わからない

出典：日本医師会総合政策研究機構　第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）

医療機関の受診のあり方に関する考え

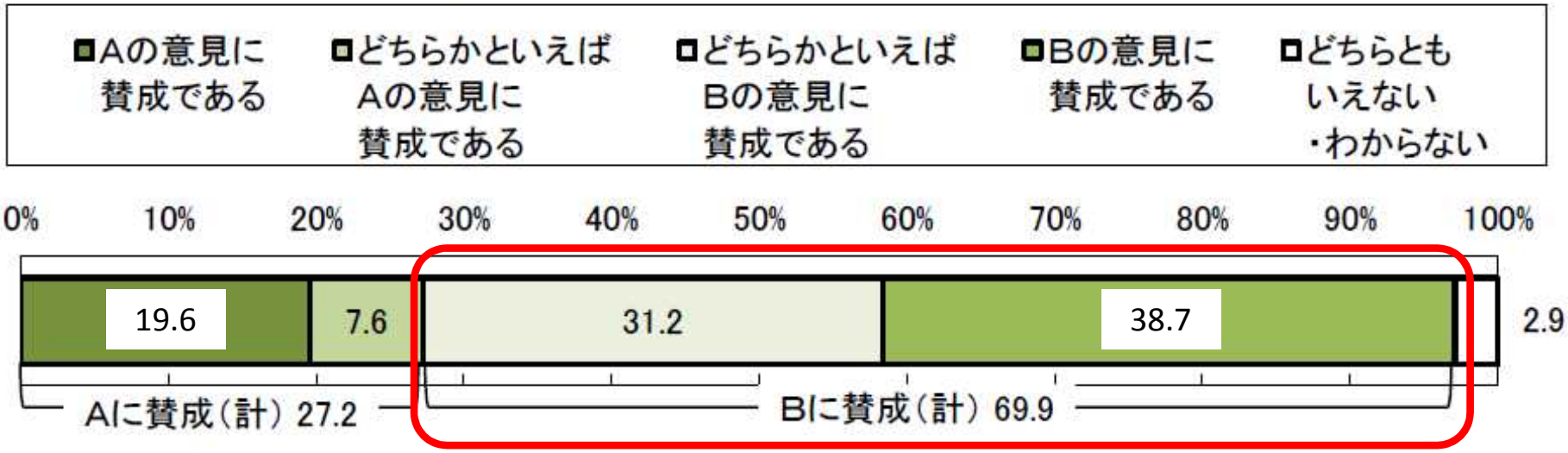
○　医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21　医療機関の受診のあり方として、次のＡとＢの２つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

Ａ　病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する

Ｂ　最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する

医療機関の受診のあり方について(n=1,122)

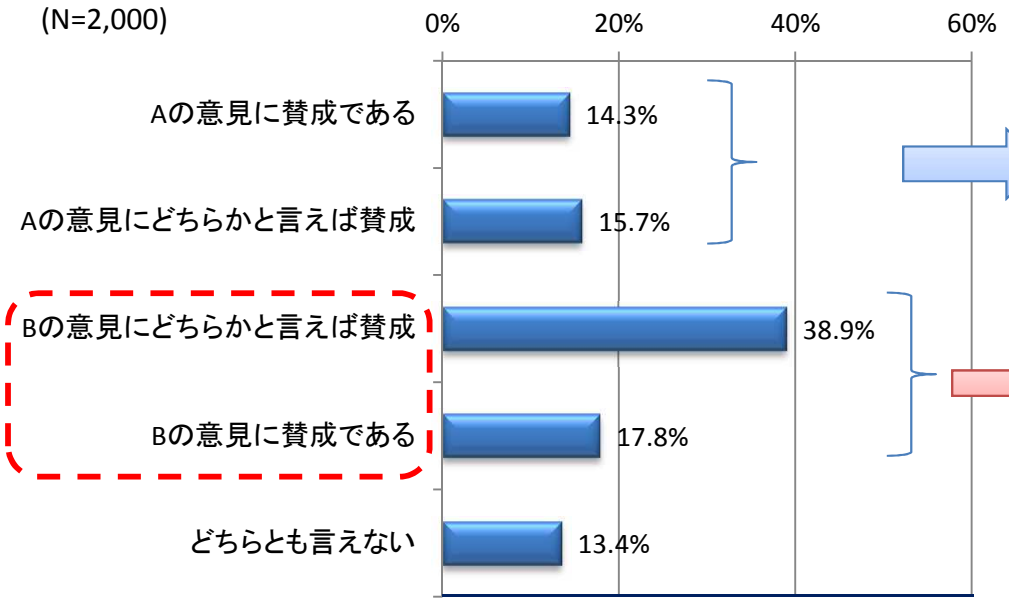


出典：日本医師会総合政策研究機構　第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）

（参考）

医療機関の受診のあり方に関する考え

○ 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた
A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する



[N=599]	件数	割合
その都度、そのときの症状に応じて専門医に診察をしてほしいから	447	74.6%
いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから	114	19.0%
いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから	109	18.2%
その他	18	3.0%
わからない	27	4.5%

[N=1,133]	件数	割合
自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから	659	58.2%
まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから	655	57.8%
医師によって診断結果が異なるのが不安だから	128	11.3%
その他	30	2.6%
わからない	16	1.4%

出典：平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」―調査結果報告の要旨―健康保険組合連合会

○ 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合計30.0%（前回調査※33.0%）。
○ 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合計56.7%（前回調査※53.0%）と上昇。
○ 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」と答えた人のうち、**「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」**と答えた人が58.2%、**「まずは、自分のことをよく 知っている医師に受診した方が安心だから」**と答えた人が57.8%存在した。

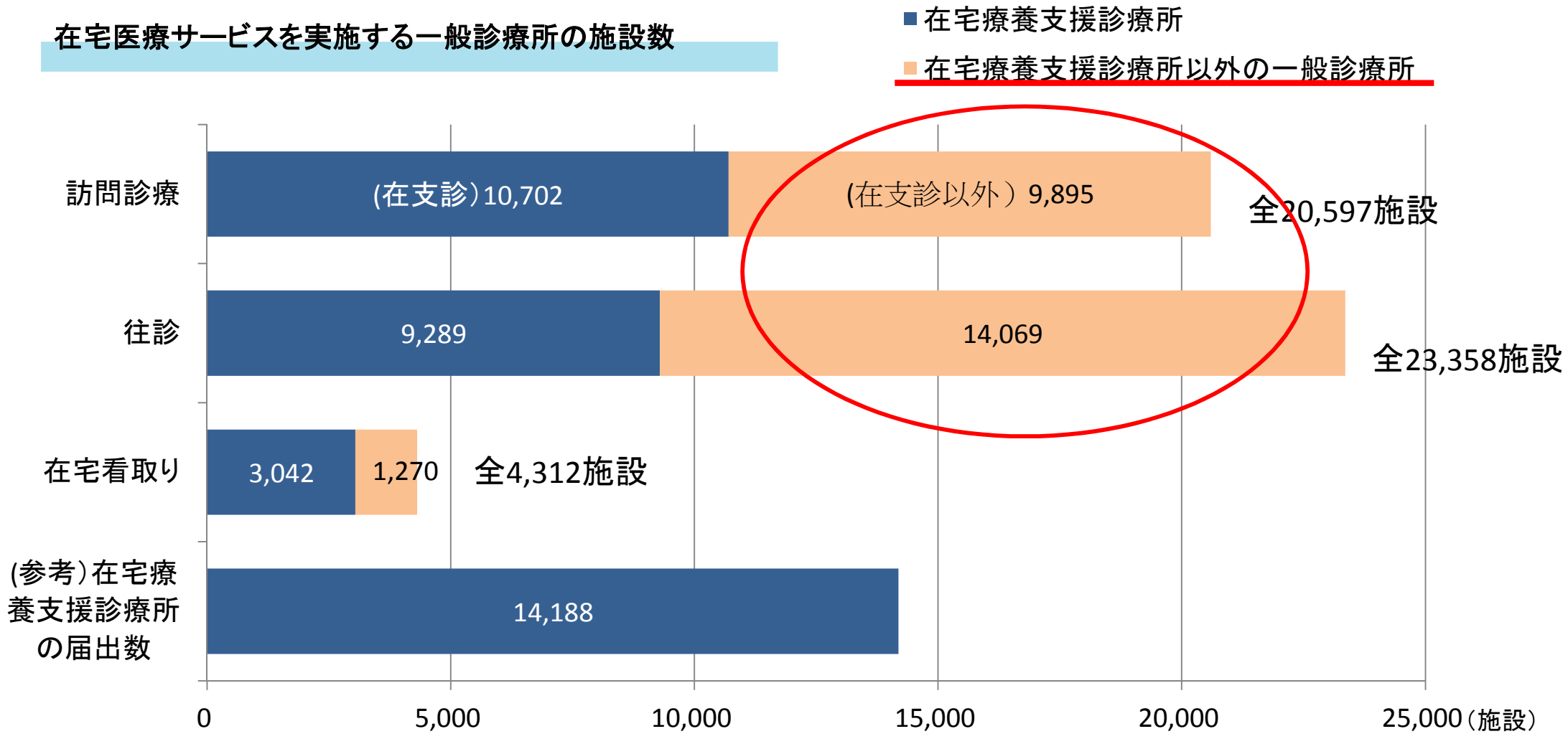
※ 前回調査は平成19年度に実施

在宅医療サービスを実施する診療所の属性

○　在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所（在支診）ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。

○　在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数



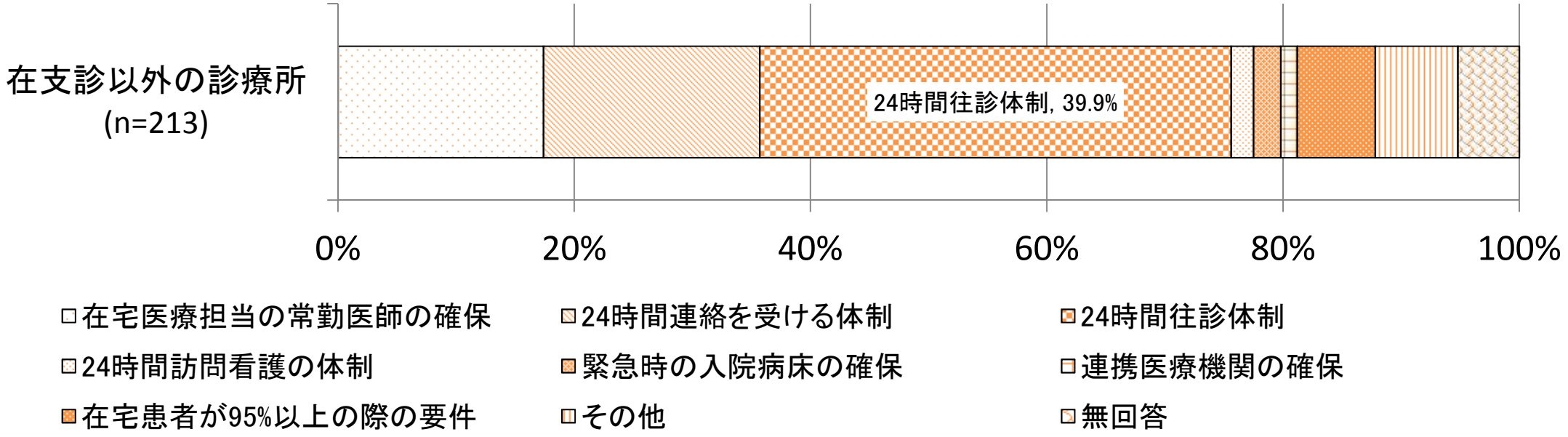
出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省）（特別集計）

在支診以外の診療所の意向

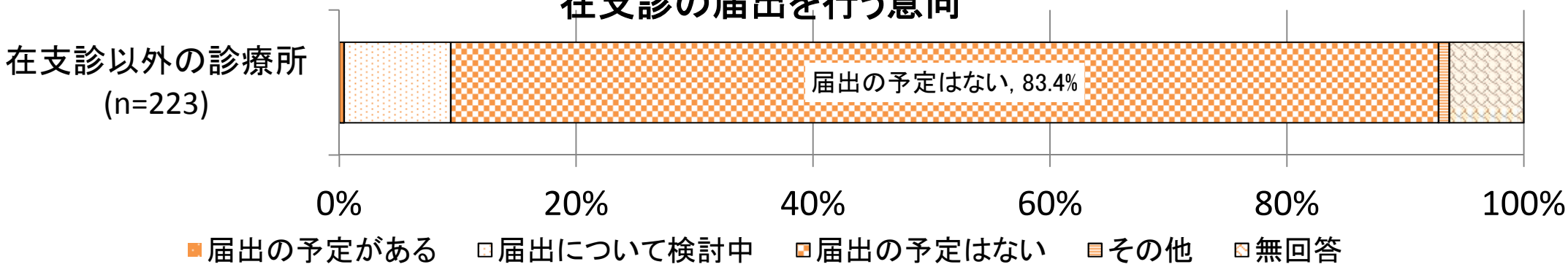
○　在宅医療を行っている診療所が在支診の届出をしていない場合の理由をみると、約40%の診療所が24時間の往診体制が困難なためと回答した。

○　在支診の届出を行う意向の有無については、約80%の診療所が「届出の予定はない」と回答した。

在支診の届出をしていない最大の理由



在支診の届出を行う意向



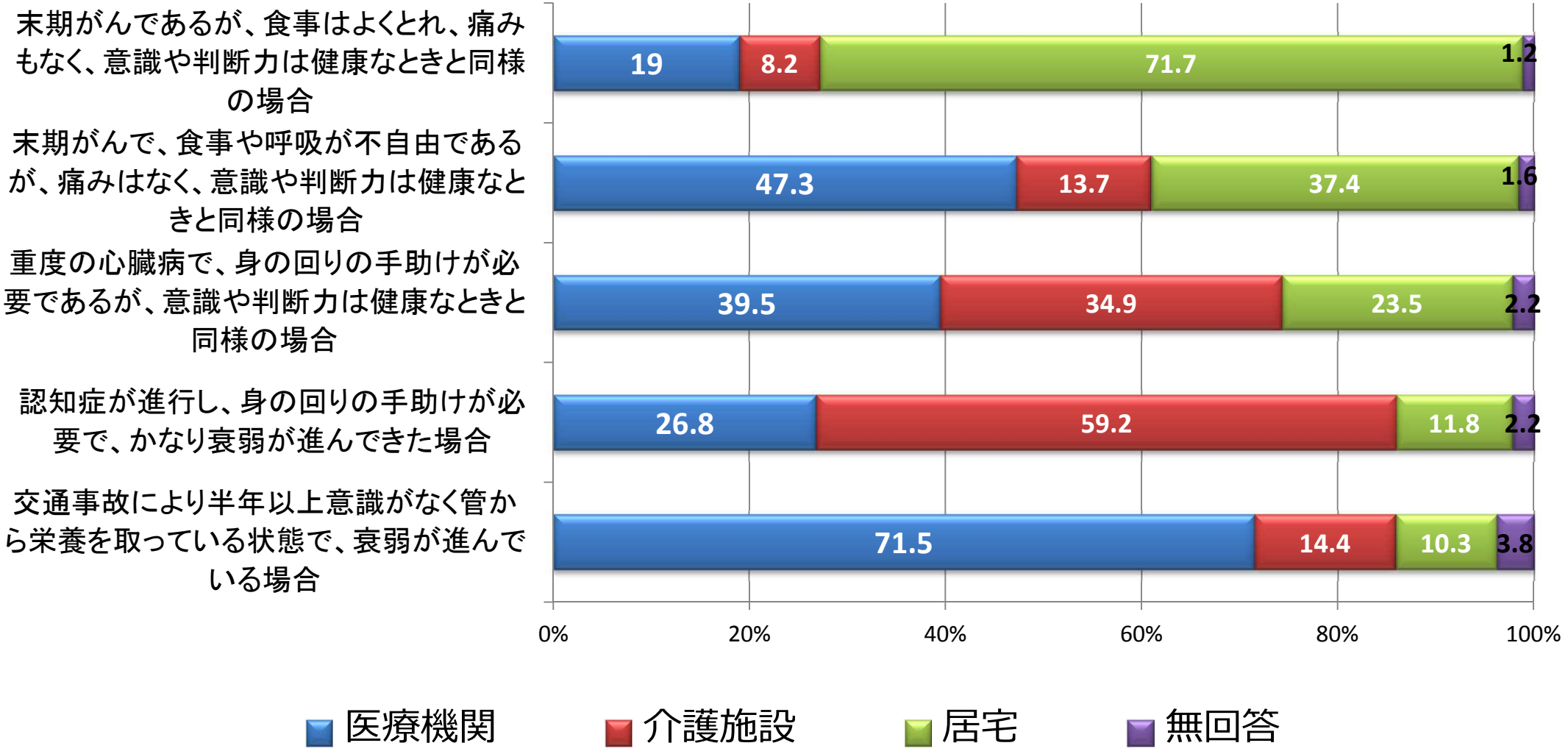
※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

参考：さまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所

中医協　総－３
２９.４.１２

■人生の最終段階を過ごしたい場所（一般国民による回答、n＝2,179）



出典：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（平成26年3月）

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

十分な情報の提供

患者の意思が**確認できる**

患者と医療従事者とが十分に話し合い、

患者が意思決定を行う

家族が患者の意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、

患者にとって最善の治療方針をとる

患者の意思が**確認できない**

・家族が患者の意思を推定できない
・家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、

医療・ケアチームで慎重に判断

（※家族がいる場合は十分に話し合う）

人生の最終段階における医療とケアの方針決定

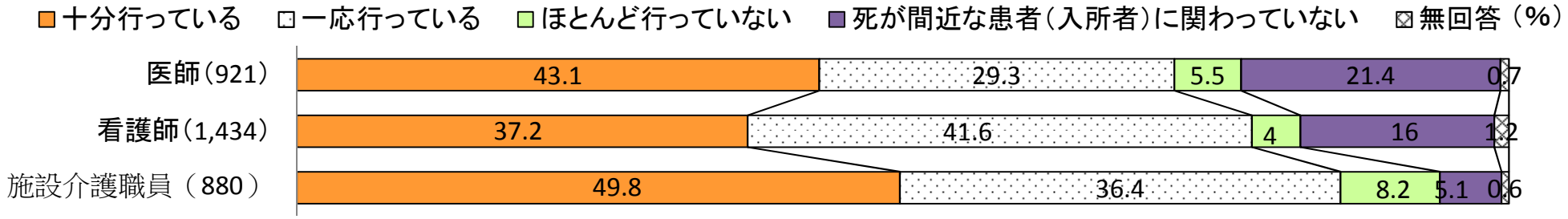
・病態などにより医療内容の決定が困難
・家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→**複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言**

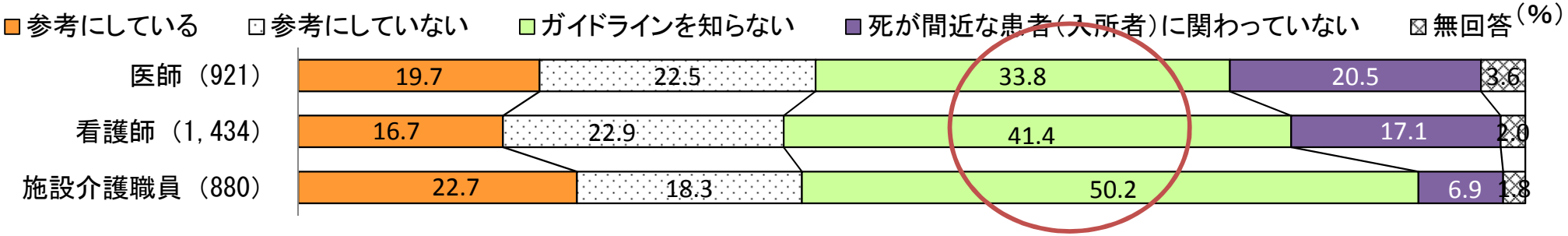
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換　資料－２参考１
２９．３．２２

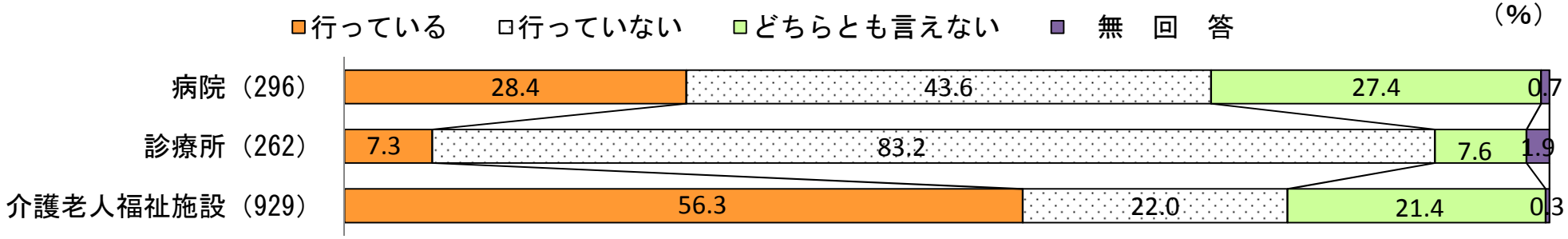
■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



出典：人生の最終段階における医療に関する調査（平成25年）