

診療報酬改定

- 診療報酬改定については、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）（吉森理事が委員）において議論され、2月7日に改定案が取りまとめられ、3月5日に診療報酬関連告示・通知が発出された。

診療報酬改定の主なポイント

<入院>

- ・ 看護師配置等による評価から診療実績に基づく評価体系に見直し
- ・ 看護師配置7対1から10対1の病床への移行促進（右図）
- ・ 療養病棟入院基本料を20対1に一本化（25対1は経過措置）

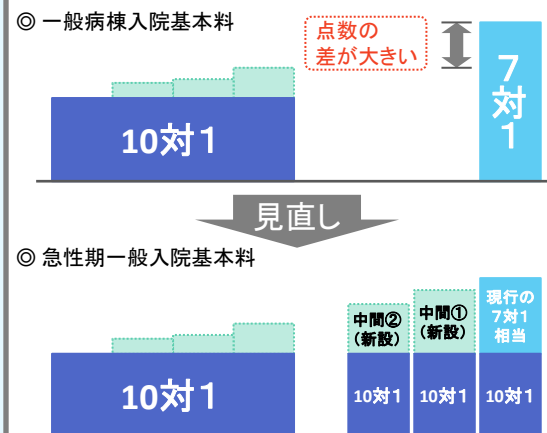
<外来>

- ・ かかりつけ医機能を持つ診療所の初診料に機能強化加算（80点）の新設
- ・ オンライン診療料（※）の新設
 ※ 初診以外の患者で、初診から6ヶ月以上を経過して、その間、特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料等を毎月算定する患者が対象。連続する3ヶ月は算定できない。
- ・ 小児の外来で説明により抗菌薬を使用しなかった場合の加算の創設
- ・ 紹介状なしの受診時定額負担の対象病院を拡大（500床以上→400床以上）
- ・ 人工透析における長時間治療の評価の引上げ

<調剤>

- ・ 後発医薬品調剤体制加算（薬局）における要件の引上げ（右図）、後発医薬品使用割合20%以下の薬局の調剤基本料の減算（▲2点）
- ・ 大型門前薬局・同一敷地内薬局等の評価の適正化（グループ全体で処方箋受付回数が月40万回超の場合の調剤基本料の新設等）
- ・ 薬局における医療機関と連携した重複投薬等に係る取組の評価

cf. 入院医療の新たな評価体系



cf. 後発医薬品調剤体制加算

現行	改定後
数量割合 65%以上 18点	75%以上 18点
75%以上 22点	80%以上 22点
	85%以上 26点

- 介護報酬改定については、介護給付費分科会（安藤理事長が委員）において議論され、1月26日に改定案が取りまとめられた。

介護報酬改定の主なポイント

<地域包括ケアシステムの推進>

- ・ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院(※)の創設
※ 現行の介護療養病床(療養機能強化型A・B)と転換老健に相当する2つの類型を設け、それぞれ同等の報酬を設定。また、介護又は医療の療養病床等から介護医療院に転換する場合には、1年間に限り移行定着支援加算(93単位/日)を算定可。
- ・ 介護老人福祉施設(特養)の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価の新設、特養内で利用者を看取った場合の評価の充実

<自立支援・重度化防止>

- ・ リハビリテーションにおける医師が関与した場合の評価の引上げや、アウトカム評価の拡充
- ・ 訪問介護における身体介護中心型と生活援助中心型の報酬のメリハリ付けや、生活援助中心型では新たな研修を受けた者も担い手となる仕組みに見直し

<多様な人材の確保>

- ・ 介護ロボット(見守り機器)を導入した場合の夜勤職員配置加算における基準の緩和(最低基準プラス1名分の人員配置→プラス0.9名分)
- ・ ICT(テレビ電話等)を活用したリハビリテーション会議への医師の参加

<サービスの適正化・重点化を通じた制度の持続可能性の確保>

- ・ 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算対象施設の拡大や、事業所と同一又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者数が月50人以上の場合の減算幅の拡大(10%減算→15%減算)
- ・ 訪問看護ステーションにおけるリハビリ専門職(PT,OT,ST)の訪問看護について職員との連携が確保できる仕組みの導入

○ 審議会における診療報酬改定に関する発言（一部抜粋）

第351回 中医協総会（H29.5.17開催）（出席：吉森理事）

議題	入院医療（地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料）
発言	地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟は、患者の在宅復帰や自立に向けたアウトカムを適正に評価していくことが重要。リハビリテーションを早期かつ集中的に行う場合に、退院支援に向けて患者状態に応じたリハビリ計画などを実施前に作成し、改善指標に対する達成度などのエビデンスにより評価できる体系を構築していくべき。

第107回 医療保険部会（H29.10.4開催）（出席：安藤理事長）

議題	次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性
発言	加入者に対して必要な医療が確実に提供されることは当然であり、限られた財源や医療資源をどのように効率的に配分するかを常に念頭に置き、制度の持続可能性を高めていかなければならない。

第367回 中医協総会（H29.11.1開催）（出席：吉森理事）

議題	遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）
発言	特定の疾病で比較的症状も安定している場合において、一定期間内に定期的なモニタリングとして行うものについては、対面診療の補完として評価していくべき。患者の同意取得を前提とし、事前の治療計画の作成や、症状悪化等の場合における医療機関との連携等を算定要件に入れ、不適切な受診の防止として算定回数の制限を設けることを検討すべき。

第371回 中医協総会（H29.11.17開催）（出席：吉森理事）

議題	入院医療（療養病棟入院基本料）
発言	療養病棟入院基本料2（療養2、25対1）は、人員配置の経過措置の終了に向けて療養病棟入院基本料1（療養1、20対1）や介護医療院等への転換を進めていくべき。現在療養2にいる患者が不利益を被ることのないよう一定の配慮は必要と考えるが、患者の状態に応じた機能分化の促進を図り、介護医療院等への円滑な移行を図っていくことを踏まえれば、今後療養2の新規の算定は認めない形で対応すべき。

第140回 中医協薬価専門部会(H29.11.22開催)(出席:吉森理事)

議題 薬価制度の抜本改革(長期収載品の薬価等の見直し)

発言 政府として後発医薬品の使用割合を80%にする目標を立て、長期収載品依存から、より創薬力を持つ産業構造への転換を進めていくことを明確にしており、その時間軸から勘案しても長期収載品を後発医薬品に置き換える期間にはよりスピード感が必要。

第376回 中医協総会(H29.12.6開催)(出席:吉森理事)

議題 入院医療の評価体系

発言 看護配置等による基本的な評価部分と診療実績に応じた評価部分を組み合わせる新たな評価体系には賛同。急性期においては、少なくとも現行よりは患者実態に即した、真に急性期にふさわしい医療を提供する医療機関がより適切に評価されるような制度設計にすべきであり、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の現行基準もしっかり見直していくべき。

第382回 中医協総会(H30.1.10開催)(出席:吉森理事)

議題 病診連携・機能分化(かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価)

発言 かかりつけ医機能の評価は、よりの確で質の高い診療機能が明確に担保され、患者の予期せぬところで安易な算定がなされないよう厳格な要件設定をしていくべきであり、またその範囲についても必要最小限度に留めるようにすべき。

第386回 中医協総会(H30.1.24開催)(出席:吉森理事)

議題 個別改定項目(紹介状なしの大病院受診時の定額負担)

発言 機能分化をより推進するために、紹介状なしの定額負担は現行の500床以上から200床以上の地域医療支援病院への拡大を要望してきたため、400床以上への見直しは踏込み不足。今回見直しによる効果を速やかに把握し、更なる対象医療機関の拡大に向けて不断の検証をしていくべき。

第387回 中医協総会（H30.1.26開催）（出席：吉森理事）

議題	個別改定項目（後発医薬品の使用促進）
発言	調剤数量割合が著しく低い薬局には新たに調剤基本料の減算規定が盛り込まれた一方で、医療機関で算定する使用体制加算においては数量シェアの見直しのみで減算規定は盛り込まれていない。後発医薬品の使用促進の観点から、著しく使用割合が低い医療機関においても減算規定を検討すべき。

○ 審議会における介護報酬改定に関する発言（一部抜粋）※ 詳細は厚生労働省HPを参照。

第137回 介護給付費分科会（H29.4.26開催）（出席：小林前理事長）

議題	平成30年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方
発言	今回改定は、地域包括ケアシステムを本格的に構築する2025年に向けて重要な同時改定であり、医療と介護の連携という点が大きな課題。退院から在宅介護にスムーズに移行できるような配慮が必要。また、ICTを活用した介護サービスや事務の効率化についても報酬上どのような評価が可能となるか検討すべき。

第141回 介護給付費分科会（H29.6.21開催）（出席：小林前理事長）

議題	通所介護
発言	利用者の社会的孤立感の解消やその家族の身体的・精神的負担の軽減を図るといった機能は十分理解するが、介護保険制度の持続可能性や要介護者の自立の促進という点を勘案すれば、やはり利用者の自立支援・重度化防止に向けた機能訓練などを行う事業者の評価を重点化していくべき。

第142回 介護給付費分科会（H29.7.5開催）（出席：小林前理事長）

議題	訪問介護
発言	生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の見直し及び報酬については、サービス水準に与える影響にも配慮する必要があるが、限られた介護人材を有効活用する意味でも、より多くの人材が生活援助を実施できるよう基準を見直し、それに伴い報酬水準の適正化を図っていくべき。

第137回 介護給付費分科会(H29.4.26開催)(出席:小林前理事長)

議題 介護老人福祉施設

発言 最期を特養で迎えたいというニーズも多いと考えられるため、配置医に対して勤務日以外の連携を強化していくことに加え、配置医以外の医師との連携が広がるよう環境を整備していくべき。

第145回 介護給付費分科会(H29.8.23開催)(出席:小林前理事長)

議題 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ

発言 介護報酬は自立に向けた支援を行う部分に評価を重点化していく必要があり、評価方法についてもストラクチャー評価とプロセス評価に係る加算等はある程度設定されているが、アウトカム評価については数が少ない状況にある。サービスによってもたらされる利用者の状態改善に着目した加算など、アウトカムを重視した評価に見直していくべき。

第149回 介護給付費分科会(H29.11.1開催)(出席:安藤理事長)

議題 訪問介護

発言 身体介護にメリハリを付けていくことは当然として、生活援助については、1日単位で算定回数の上限を設けるか、それが困難であれば、一定回数以上は報酬を定額化していくことが必要。

第152回 介護給付費分科会(H29.11.22開催)(出席:安藤理事長)

議題 介護療養型医療施設、介護医療院

発言 介護医療院の基本報酬と加算について、現行の介護療養病床の療養機能強化型や老健施設の報酬を参考にしつつも、提供される医療処置や入所者の病状等に応じてメリハリを付けるべき。また、介護医療院への転換支援策について新たな加算を設ける場合は、当然ながら期限を設け、加えて、例えば平成30年度の加算額を最も高くし、翌年以降は段階的に逡減させるなど、より早期に転換が進む処置をとるべき。

第153回 介護給付費分科会(H29.11.29開催)(出席:安藤理事長)

議題 介護ロボット

発言 将来的には人材確保と介護職の負担軽減の観点から、ロボットの活用についてスピード感を持って検証していくべき。安全性の担保も含め、実証実験の参加者が増え、活用効果をフィードバックして更なる機能向上につながることを期待する。

第156回 介護給付費分科会(H29.12.13開催)(出席:安藤理事長)

議題 審議報告の取りまとめ

発言 必要な方に必要なサービスが提供されることは当然ではあるが、それは無制限に認められるものではなく、そもそも制度の持続可能性が担保されてこそそのもの。現役世代の負担が限界水準にあることも踏まえ、引き続き制度の重点化・効率化について精力的に検討していくべき。また、介護サービスは労働集約型のサービスと言われているが、それも時代の変化とともに形を変えつつある。例えば、今回の改定で一部評価を行った介護ロボットの活用や、AIを活用したケアプランの作成支援など、ICT技術の活用の余地はまだまだある状況であり、介護報酬の中でもそうした生産性の向上や介護職員の負担軽減に資する点は評価を高めていくべき。加えて、サービス類型の簡素化についても、これは報酬だけでなく制度全体として在り方を更に検討していくべき。

第157回 介護給付費分科会(H30.1.17開催)(出席:安藤理事長)

議題 運営基準等に関する事項に係る諮問

発言 昨年末の予算編成過程において、今回の介護報酬改定の改定率はプラス0.54%とすることが決定された。介護人材の処遇改善に対応するための平成29年度の介護報酬改定も1.14%のプラス改定であり、このような2年連続でのプラス改定は、費用負担者である現役世代の負担増への配慮を欠くもの。そもそも、骨太の方針2015で定められた経済財政計画・改革工程表では、社会保障費の伸びを3年間で1.5兆円、単年度では5,000億円とすることが定められている。一方で、これは5,000億円を前提とするのではなく、更に深堀りをして、コスト削減に繋げていく必要がある。今回はたまたま財源の目途が立ったため、本来必要とされる以上のプラスの改定をしている印象も拭いきれない。