参考資料1

平成29年11月28日

第 24回　社会保障ワーキング・グループ

骨太方針2017、改革工程表の事項の取組状況について（参考資料）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health , Labour and Welfare

目　次

- 診療報酬改定の在り方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 病床機能の機能分化・連携、
  介護施設や在宅医療等への転換（②（iii））・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 介護サービス事業者に対するインセンティブ、介護保険における
  軽度者に係る給付や負担の見直し（㉗（ｉ））・・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
- 薬価制度の抜本改革・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・68

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。

内閣

医療費総額の決定

医療政策の方針決定

〇予算編成過程を通じて改定率を決定

医療費分配の決定

社会保障審議会
医療保険部会・医療部会

〇基本的な医療政策について審議
〇診療報酬改定に係る「基本方針」を策定

中央社会保険医療協議会

〇社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議
〇個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

平成30年度診療報酬改定のスケジュール（案）

平成29年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降　平成30年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月頃　平成30年度診療報酬改定の基本方針の策定

内　閣

12月中下旬　予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

平成30年

厚生労働大臣

1月頃
中医協に対し、
- 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- 社会保障審議会で策定された「基本方針」

に基づき改定案の調査･審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬頃　診療報酬改定に係る告示･通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月以降　入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

28改定の検証結果も含め、
個別項目について集中的に議論

11月頃　医療経済実態調査の結果報告

12月頃　薬価調査･材料価格調査の結果報告

1月以降　厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査･審議

（公聴会、パブリックコメントの実施）

2月上旬頃
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

平成30年4月1日　施行

近年の診療報酬改定率の推移

	全体（ネット）改定率		薬価等改定率（医療費ベース）	本体改定率（医療費ベース）
平成10年度（1998年度）	▲1．3%		▲2．8%	＋1．5%
平成12年度（2000年度）	＋0．2%		▲1．7%	＋1．9%
平成14年度（2002年度）	▲2．7%		▲1．4%	▲1．3%
平成16年度（2004年度）	▲1．0%		▲1．0%	±0%
平成18年度（2006年度）	▲3．16%		▲1．8%	▲1．36%
平成20年度（2008年度）	▲0．82%		▲1．2%	＋0．38%
平成22年度（2010年度）	＋0．19%		▲1．36%	＋1．55%
平成24年度（2012年度）	＋0．004%		▲1．375%	＋1．379%
平成26年度（2014年度）	通常改定分	▲1．26%	▲1．36%	＋0．1%
	消費税対応分	＋1．36%	＋0．73%	＋0．63%
	合計	＋0．1%	▲0．63%	＋0．73%
平成28年度（2016年度）	通常改定分	▲0．84%	▲1．33%	＋0．49%
	薬価市場拡大再算定（通常分）を加えたもの	▲1．03%	▲1．52%	＋0．49%

医療機関の経営をめぐる状況

医療経済実態調査

【損益状況】

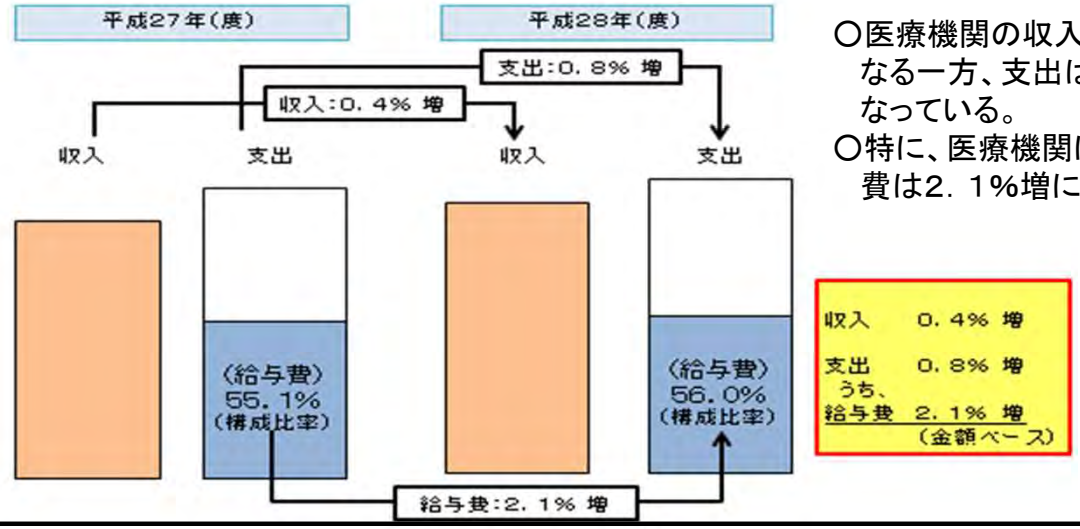
○一般病院全体の損益率は、悪化傾向にあり、28年度は▲4．2%となっている（19年▲5．6%、 20年▲4．4%に次ぐ低さ）。
○医療法人については、28年度は1．8%（17年1．3%、20年1．4%に次ぐ低さ）。

【一般病院の損益率】

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
全体	▲1.7%	▲3.1%	▲3.7%	▲4.2%
国公立を除く全体	0.4%	▲0.3%	0.4%	0.1%
医療法人	2.1%	2.0%	2.1%	1.8%
国立	3.3%	▲0.3%	▲1.3%	▲1.9%
公立	▲8.3%	▲11.3%	▲12.8%	▲13.7%

（注）国公立を除く全体には、医療法人のほか、日赤、済生会、厚生連等の公的医療機関が含まれる。

【収支状況】



○医療機関の収入は0．4%増となる一方、支出は0．8%増となっている。
○特に、医療機関における給与費は2．1%増になっている。

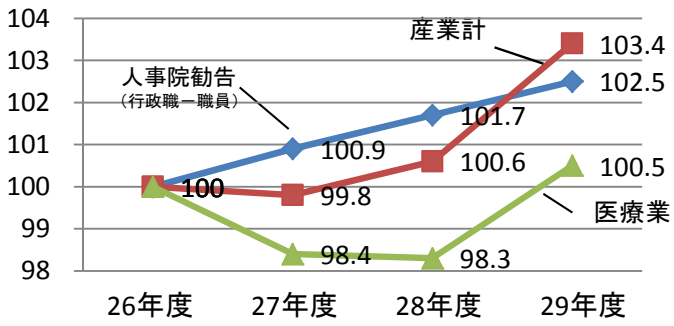
賃　金・物　価

○他産業の賃金の伸びと比べると、医療分野の賃金の伸びは低い。
○ 平成29年4月～8月の賃金は、平成28年までと比べると、上昇傾向にある。
○平成29年4月～8月の物価は、前年度同期と比べると、0．4%の上昇となっている。

【参考】 平成27年度　0．2%
平成28年度　▲0．1%
平成29年度　0．4%

【全産業と医療分野の賃金の伸びの比較】

（「人事院勧告」、「毎月勤労統計調査」について、26年を100として指数で表示）



※平成29年度は、4月～8月の数字。

平成３０年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

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
▶ 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）
▶ 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

改定の基本的視点と具体的方向性

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

【具体的方向性の例】
- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- かかりつけ医の機能の評価
- かかりつけ歯科医の機能の評価
- かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 国民の希望に応じた看取りの推進

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

【具体的方向性の例】
- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症の者に対する適切な医療の評価
- 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
- 難病患者に対する適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 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
- イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- アウトカムに着目した評価の推進

3　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】
- チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- 業務の効率化・合理化
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- 外来医療の機能分化（再掲）

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

【具体的方向性の例】
- 薬価制度の抜本改革の推進
- 後発医薬品の使用促進
- 医薬品の適正使用の推進
- 費用対効果の評価
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

● 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携

■ どこに住んでいても**適切な医療・介護サービスを切れ目なく**受けることができる体制を整備

具体的方向性（例）

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
○ 地域の状況や患者の状態等に応じた質の高い在宅医療・訪問看護の確保
○ 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
○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
○ 患者本人の意思を尊重した看取りの推進

Ⅱ　安心・安全で質の高い医療・介護の実現

■ 技術の進展、疾病構造の変化や新たなニーズ等を踏まえ、**安心・安全で質の高い医療・介護を実現**

具体的方向性（例）

○ がん、認知症等の重点的な対応が求められる分野への対応
○ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
○ 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進
○ 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減・悪化の防止に資する介護サービスの推進

Ⅲ　人材確保・働き方改革

■ 厳しい勤務環境の中、医療・介護人材を将来にわたって確保するため、**従事者の負担軽減等の取組を推進**

具体的方向性（例）

○ 多職種連携や人材の柔軟な配置等による効率的なサービス提供の推進
○ 遠隔診療を含むICT、介護ロボット等の有効活用
○ 届出・報告の簡素化等、業務の効率化・合理化の推進
○ 専門性等に応じた介護人材の有効活用

Ⅳ　制度の安定性・持続可能性の確保

■ 国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図ることにより**制度の安定性・持続可能性を確保**

具体的方向性（例）

○ 薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の導入
○ 医師・薬剤師の協力による多剤・重複投薬の防止等の医薬品の適正使用や後発医薬品の使用の推進、透析医療の適正化
○ いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化
○ 福祉用具貸与価格の上限の設定等

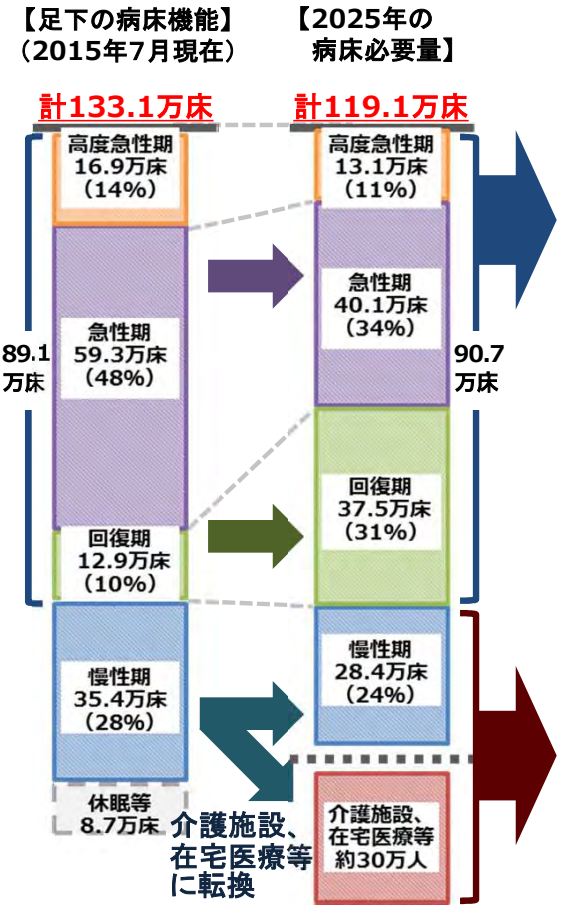
医療・介護提供体制の改革

平成29年10月26日
経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料

②（ⅲ）

地域医療構想

2016年度に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025年時点での病床の必要量を『見える化』



急性期・回復期

●個別の病院名や転換する病床数等の**具体的対応方針の速やかな策定**に向けて、**2年間程度で集中的に検討**
●**一般病棟入院基本料（7対1）の約5割強**を占める**公立・公的病院等**について、調整会議における**検討を促進**
●**地域医療介護総合確保基金**や、**診療報酬改定**においても、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

①「地域医療構想調整会議」における公立病院・公的病院等の議論の促進

公立病院・公的病院等の特徴	①**7対1病床**の**約5割強**	②地域によっては**政策医療の拠点**	③**病床利用率**は**約7割**（他は約8割）	④**知事**は構想推進のために**指示・命令が可能**（民間には要請・勧告）

公立病院
「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、**800病院**が**「新改革プラン」を策定**（**2016年度**）

地域医療構想調整会議
7月末までに**135病院**が**議論開始**

公的病院等
本年度中に、2025年に向けた病床整備等の方針をまとめた**「公的医療機関等2025プラン」を策定**するよう要請（本年8月）
※対象：**約780病院**（日赤、済生会、NHO、特定機能病院　等）

主に政策医療を担う病院：10～12月
その他の病院　　：来年1～3月
議論開始予定

プランが**地域医療構想と整合的でない**場合
⇩
調整会議の議論を踏まえて**プランを修正**

②地域医療介護総合確保基金の配分方針

H29　**病床の機能分化・連携関連に重点化**（504億円）

H30　**引き続き重点化**
解体撤去費等の対象拡大を検討

③H30診療報酬改定の方向性

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価を進め、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

慢性期

●**介護療養病床**（約6万床）：**介護医療院等への転換**を**2023年度末まで**に段階的・計画的に実施
●**医療療養病床**：入院医療の必要性に応じて**介護医療院等**における対応への**移行**を促進
●**在宅医療・介護サービス**：**高齢化の進展**や**病床の機能分化・連携**による**需要増大に対応**する提供体制構築

①介護医療院等への転換（同時改定での総合的な対応）

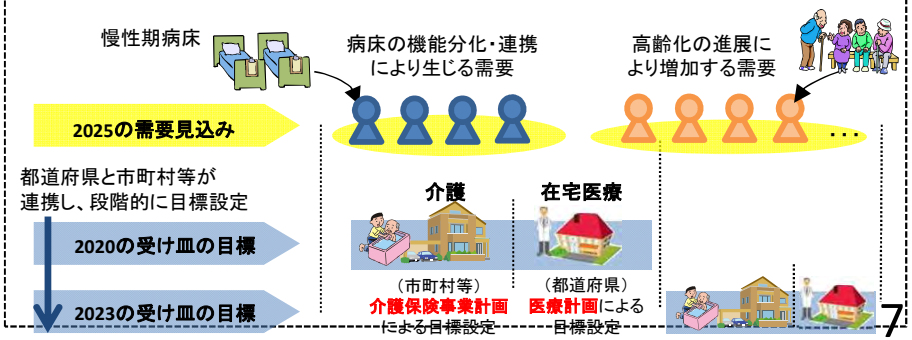
＜介護報酬＞
●介護医療院の基準・報酬は、入所者の状態等に応じ必要な医療が提供されるよう、**Ⅰ型（介護療養病床相当）とⅡ型（老健施設相当以上）**として、現行の介護療養病床や老健施設を参考に設定。

●**施設基準の経過措置**や**介護保険事業（支援）計画の弾力運用**等の転換支援策を用意。

＜診療報酬＞
●療養病棟入院基本料については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から見直し。

②在宅医療・介護サービスの提供体制の構築

●高齢化の進展や病床の機能分化・連携による在宅医療・介護サービスの**需要の増大に対応**するため、**都道府県と市町村等が連携**して**受け皿を構築**。



７対１・10対１入院基本料の対応について

②（iii）

７対１･10対１入院基本料の課題

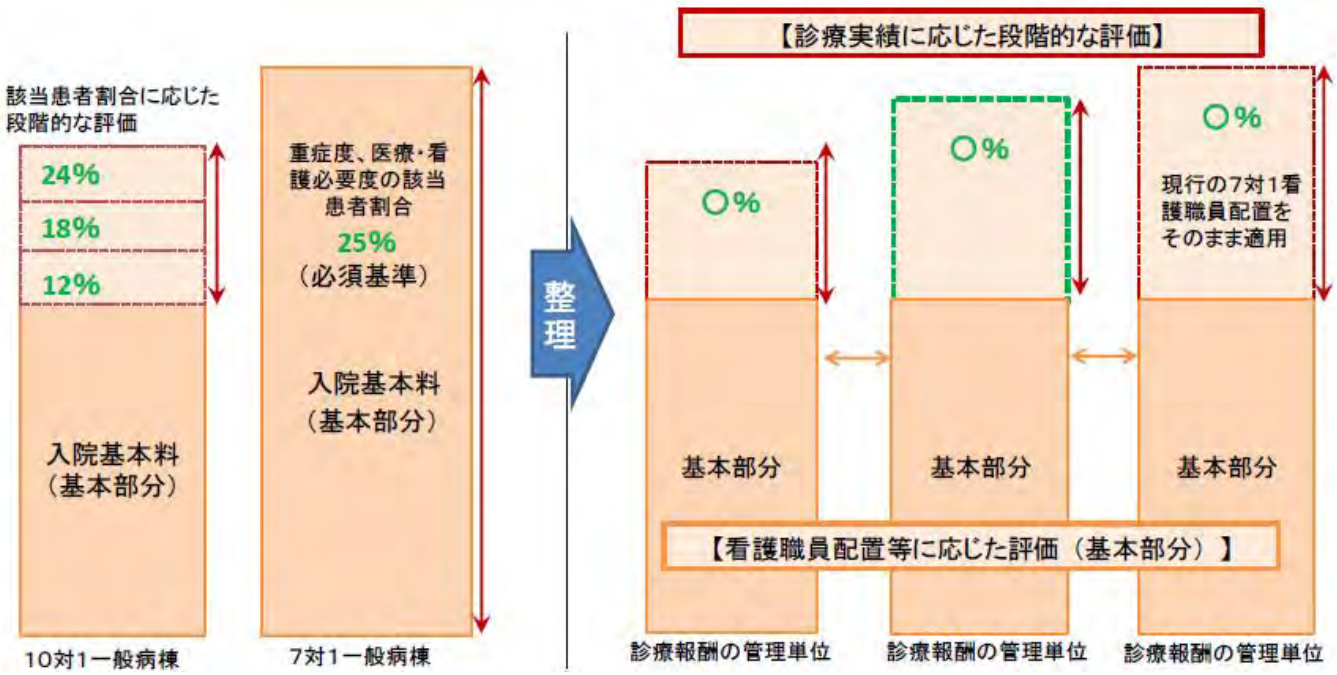
○　将来の入院医療ニーズは、人口構造の変化に伴う疾病構成の変化等により、より高い医療資源の投入が必要となる医療ニーズは横ばいから減少、中程度の医療資源の投入が必要となる医療ニーズは増加から横ばいになると予想される。

○　医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要。

○　７対１・10対１の一般病棟入院基本料について、より適切な医療提供を進める上では、診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせで評価することが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられる。

改定の方向性

＜一般病棟入院基本料（７対１、10対１）の評価体系（案）＞



７対１・10対１入院基本料について、例えば以下の点から評価の在り方を検討。

○　将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

○　現行の７対１一般病棟と10対１一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。　　など

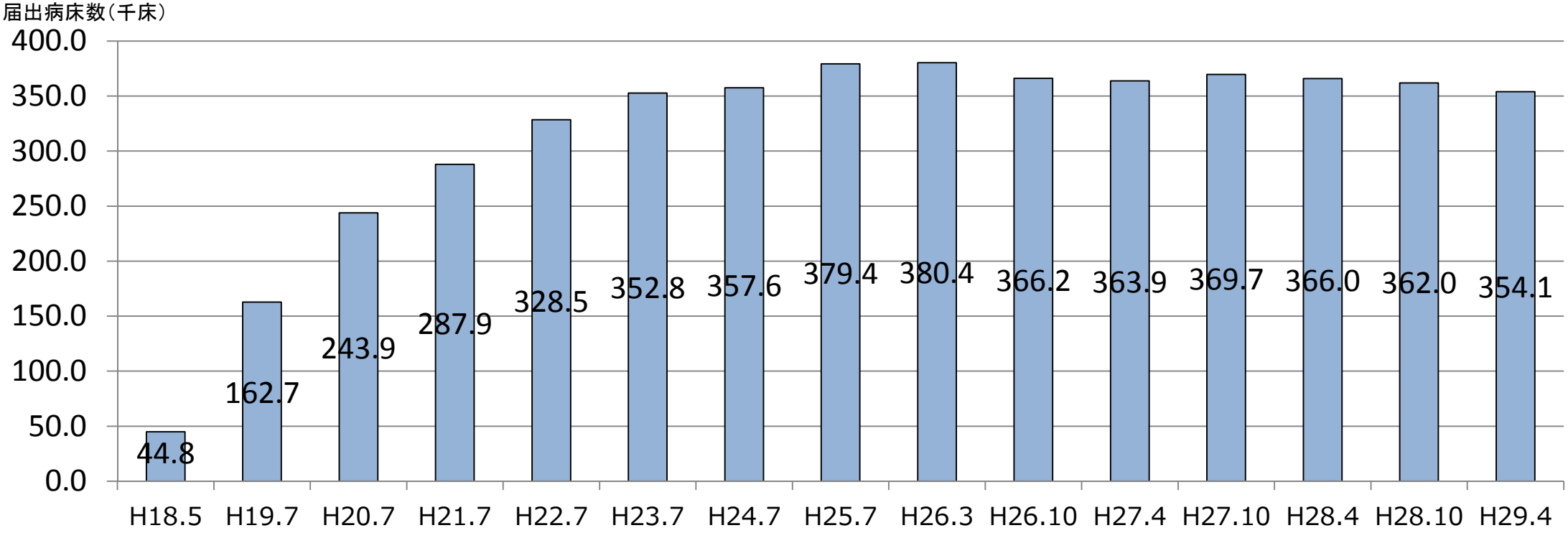
一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

②（iii）

	7対1	10対1	13対1	15対1
入院基本料	1,591点	1,332点	1,121点	960点
主な加算	14日以内　450点　15日以上30日以内　192点			
	急性期看護補助体制加算（14日まで） 25対1（5割以上）　160点　25対1（5割未満）　140点 50対1　120点、　75対1　80点		看護補助加算1　109点 看護補助加算2　84点 看護補助加算3　56点	
		看護必要度加算1　55点 看護必要度加算2　45点 看護必要度加算3　25点		
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上
	最小必要数の7割以上が看護師			最小必要数の4割以上が看護師
平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上（許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上）	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。		
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			
在宅復帰率	8割以上			

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

○ 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
○ 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

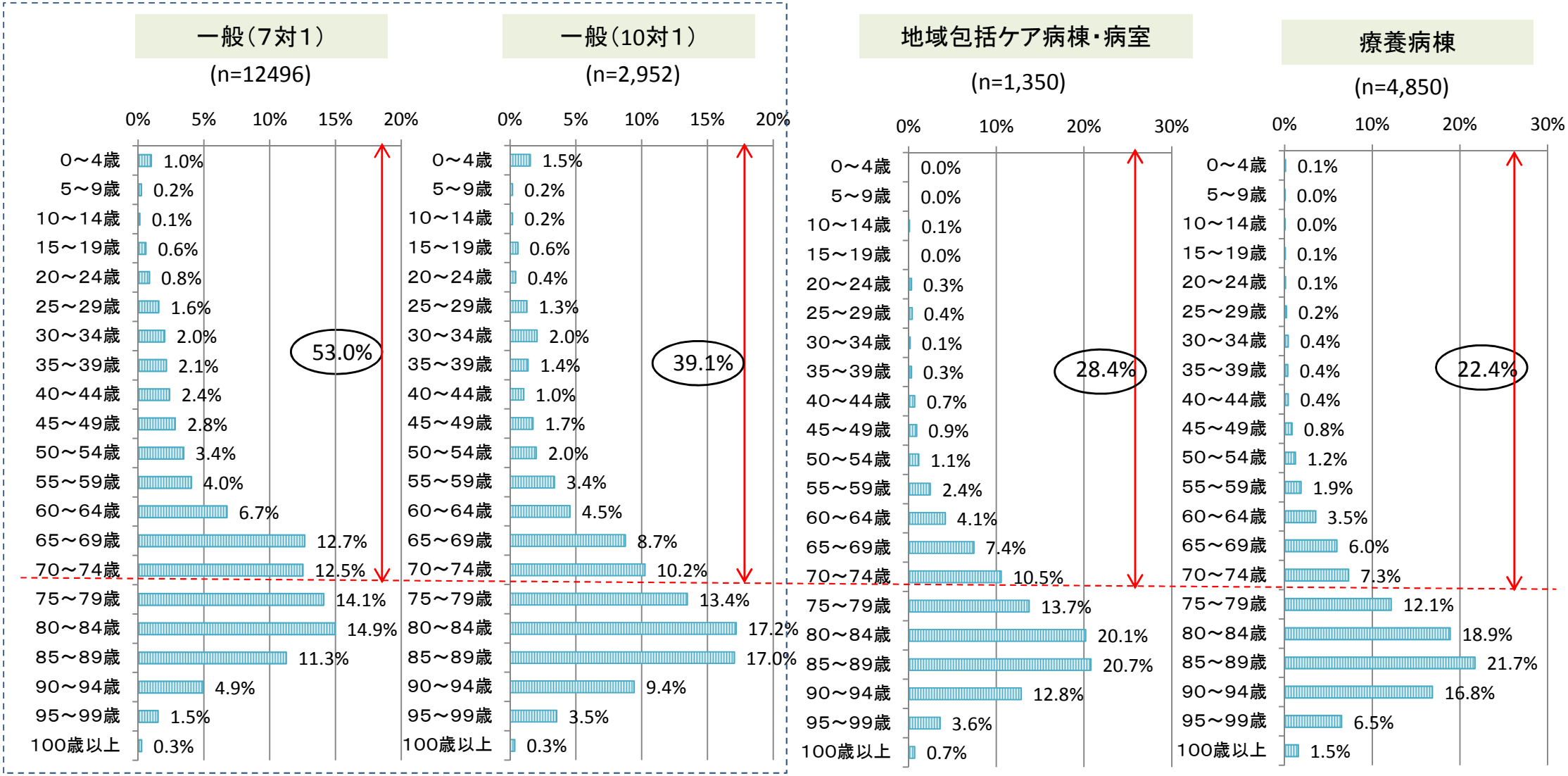
参考

一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

診調組 入-1
２９．６．７

②（iii）

○ 一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。

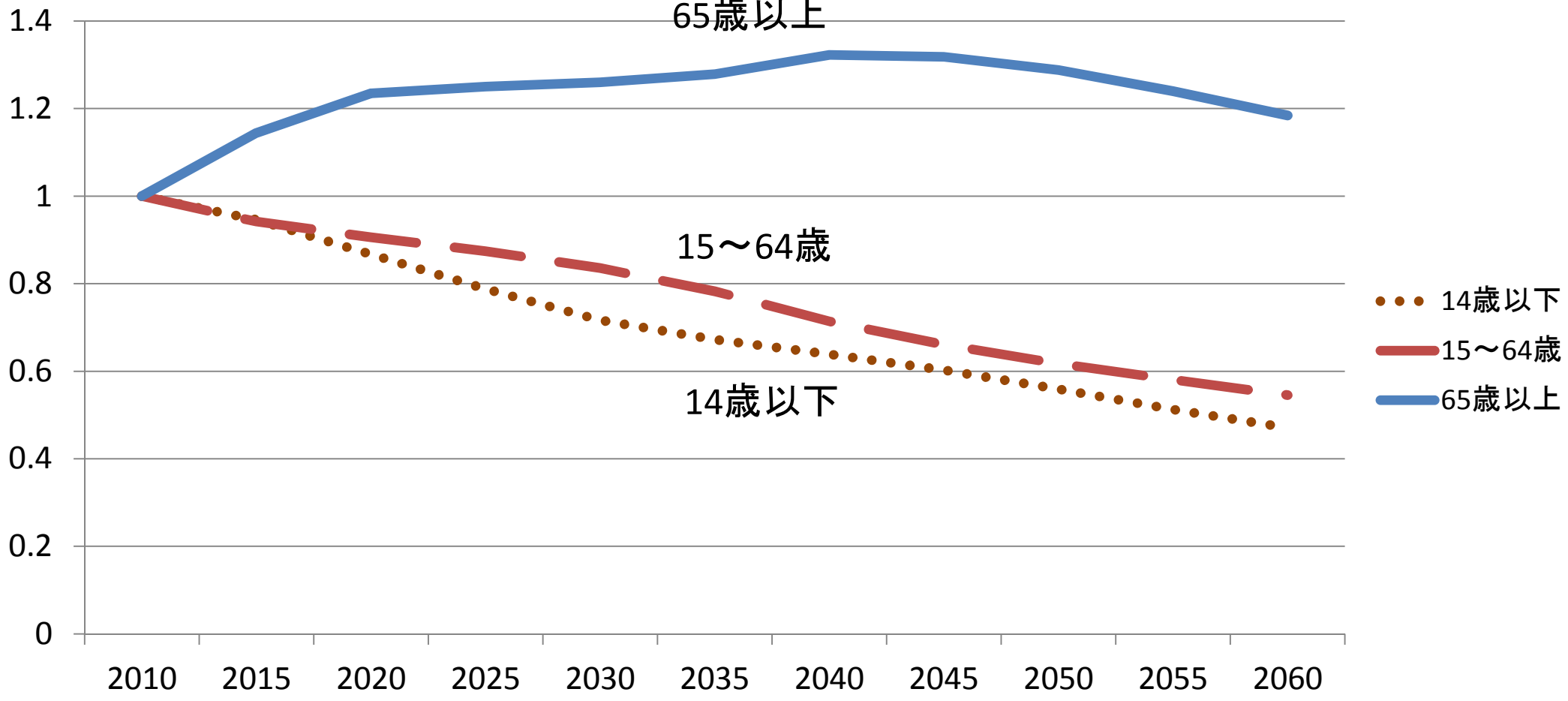


出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

（参考）年齢階層別の日本の人口の推移



※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

（出所） 総務省「国勢調査」、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）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
厚生労働省「人口動態統計」
（平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%）

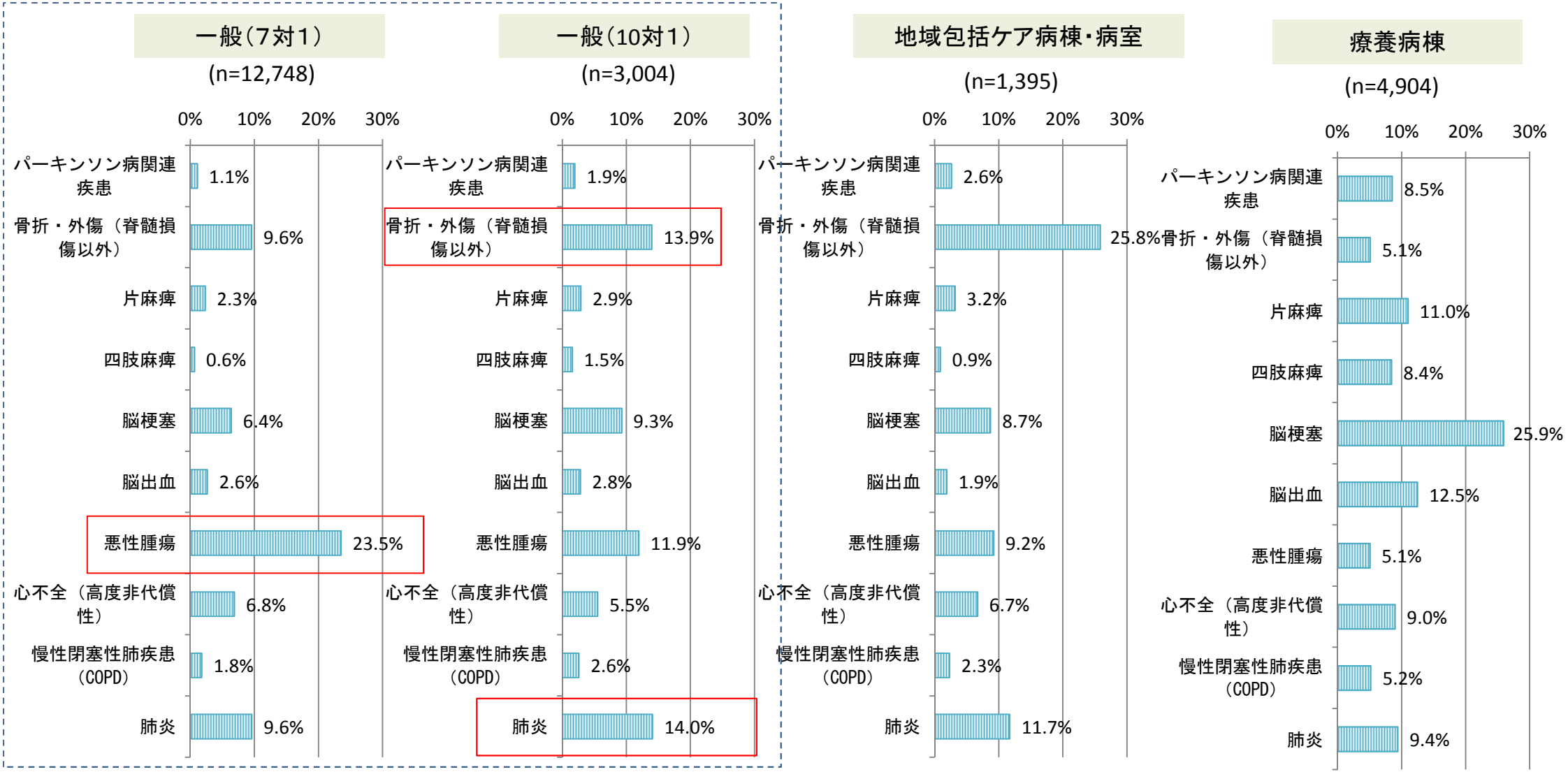
参考

一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

診調組 入-1
２９．６．７

②（iii）

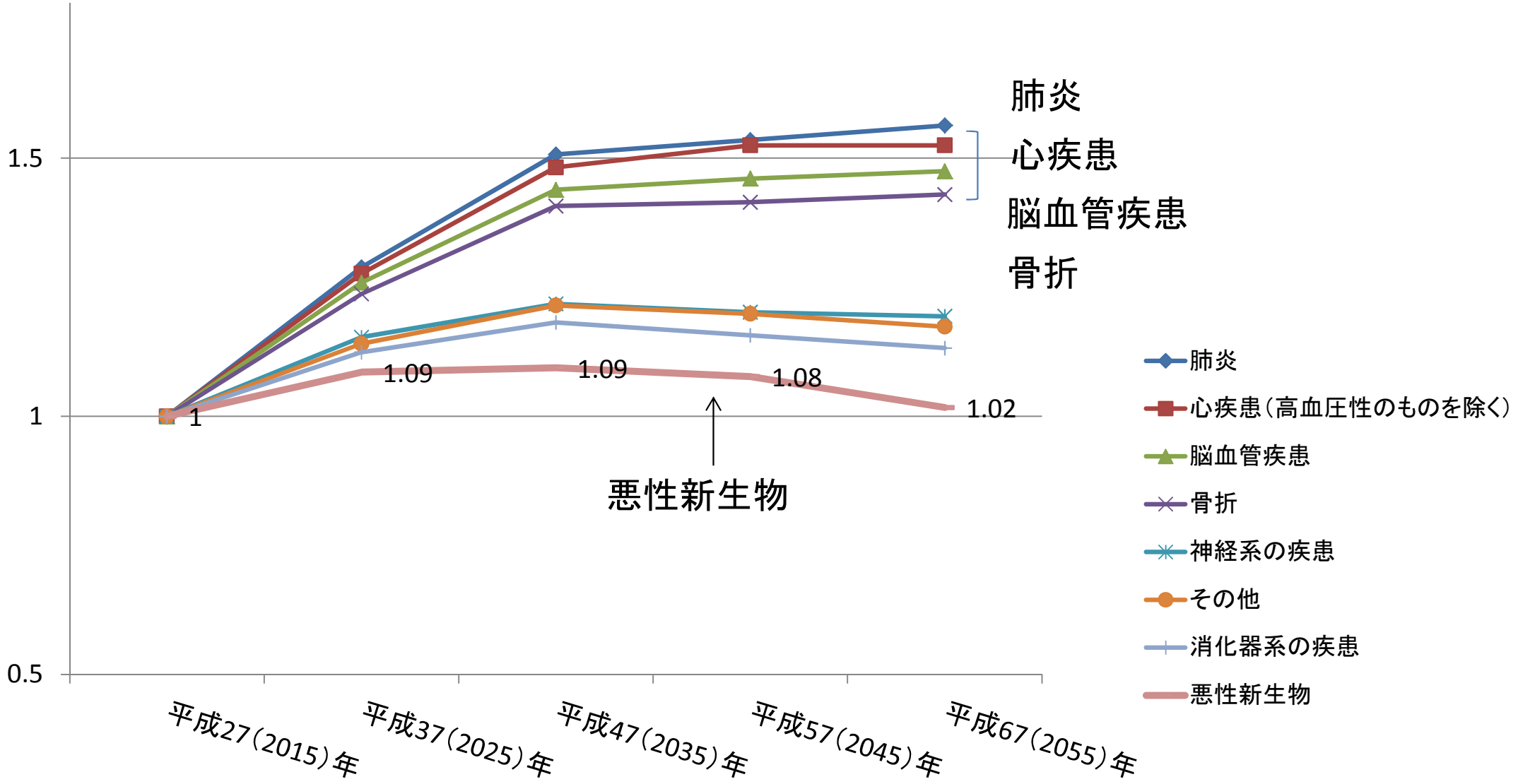
○ 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票） ※主要なものを事務局で抜粋

入院医療ニーズの将来予測②　～疾患構成～

（参考）入院患者の将来推計　2015年を１とした場合の増加率



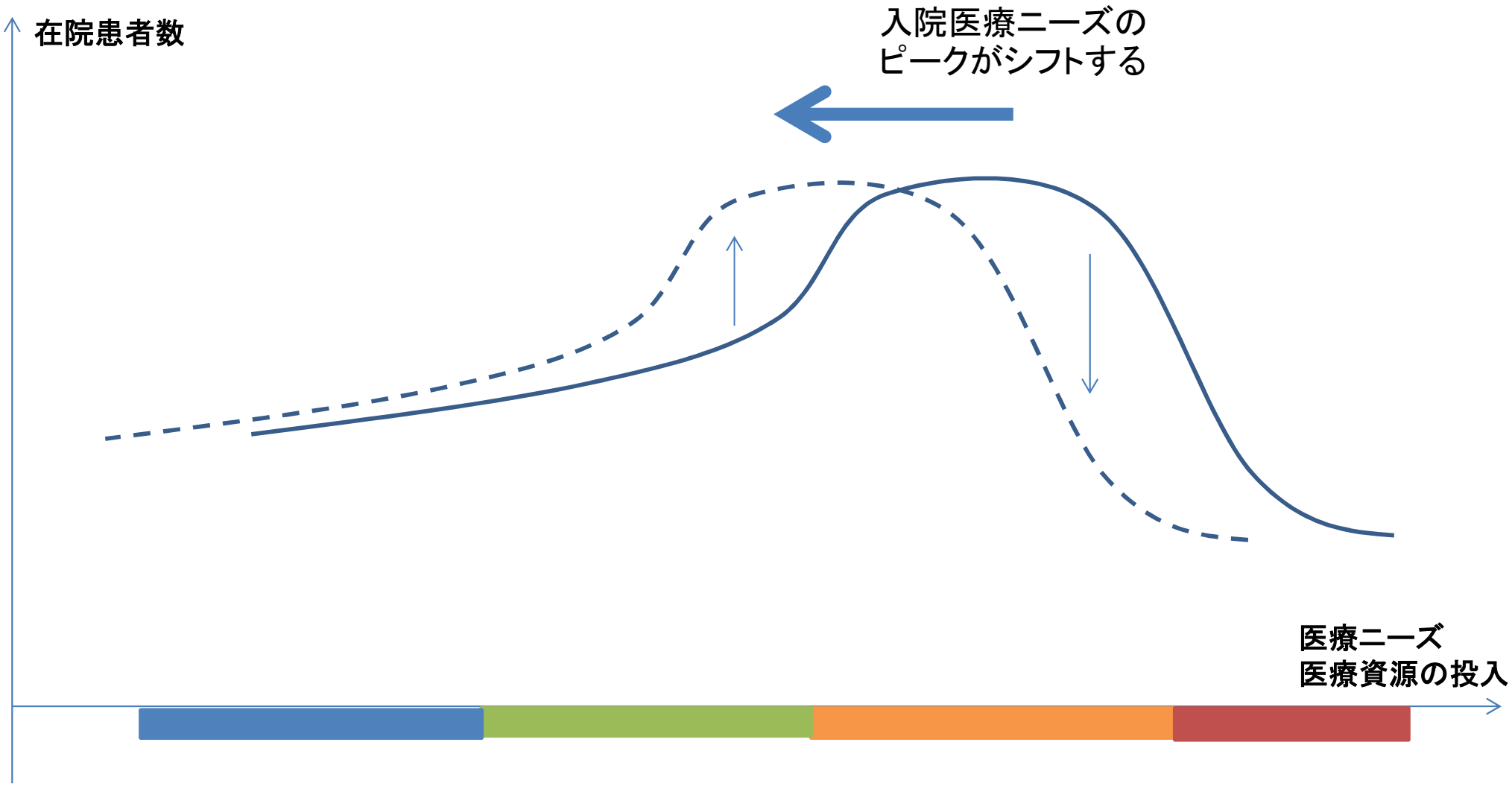
国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

入院医療ニーズの将来予測③　～変化のイメージ～

中医協 総 2
２９．１１．２４
②（ⅲ）

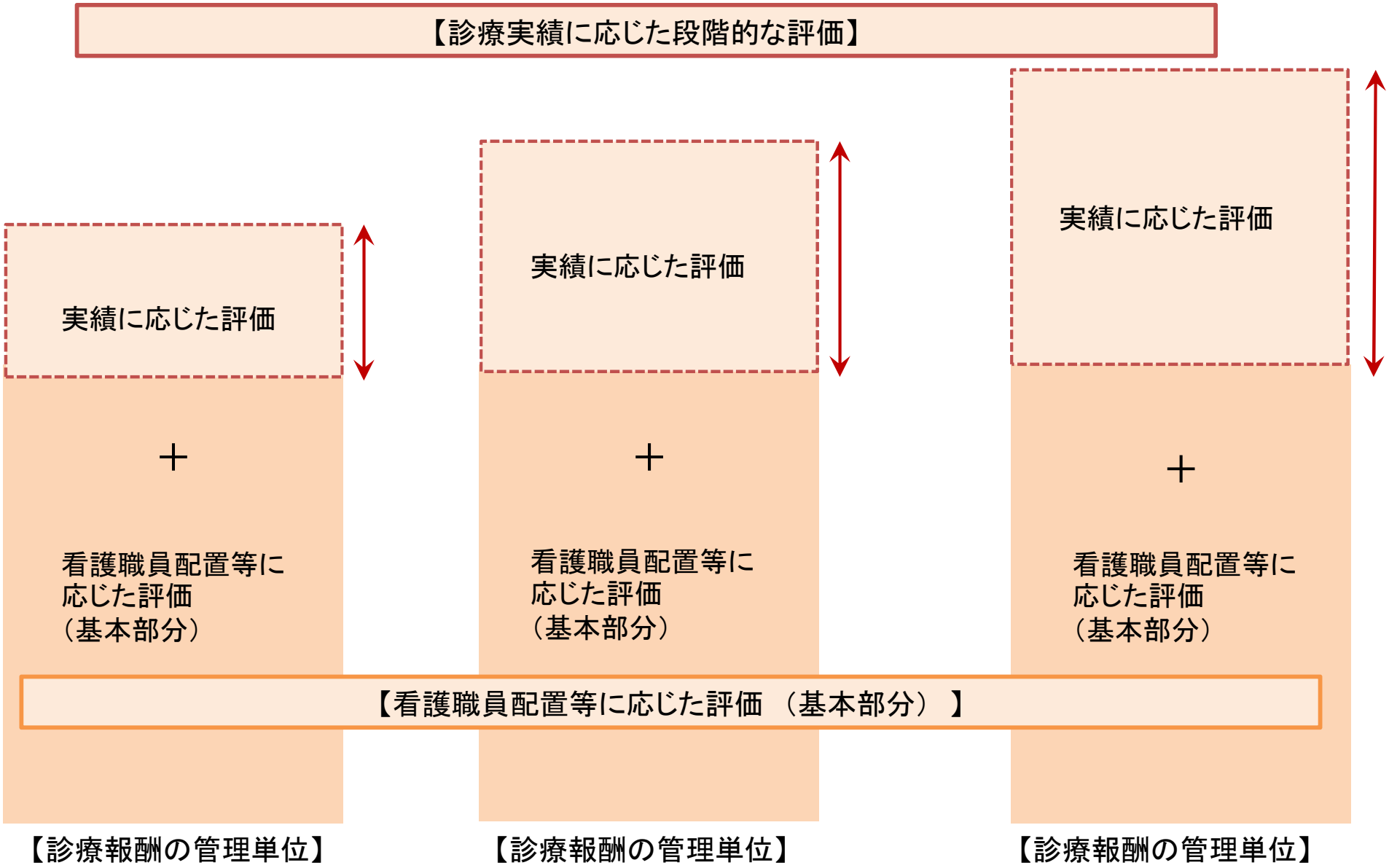
○　予防医療の普及や高齢化の進展などで、将来の入院患者の疾患構成と年齢構成は大きく変化すると考えられる。

○　このため、入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。



二つの評価手法を組み合わせた評価体系（イメージ）

○　将来の入院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、基本部分と段階的な評価部分との組み合わせによる評価手法を導入することが望ましいのではないか。



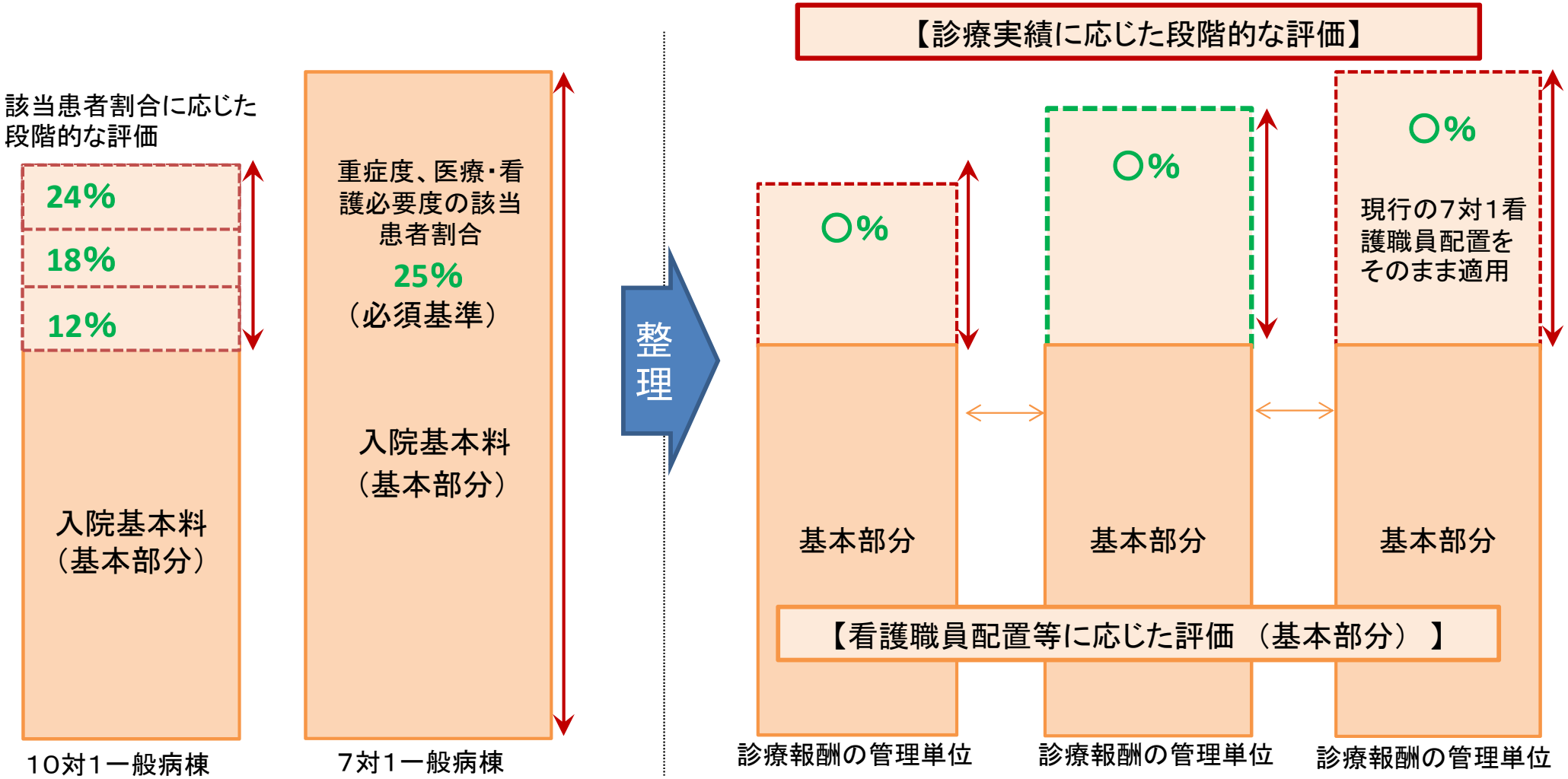
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価体系（案）

中医協 総 ② （iii）
２９．１１．２４

○ 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

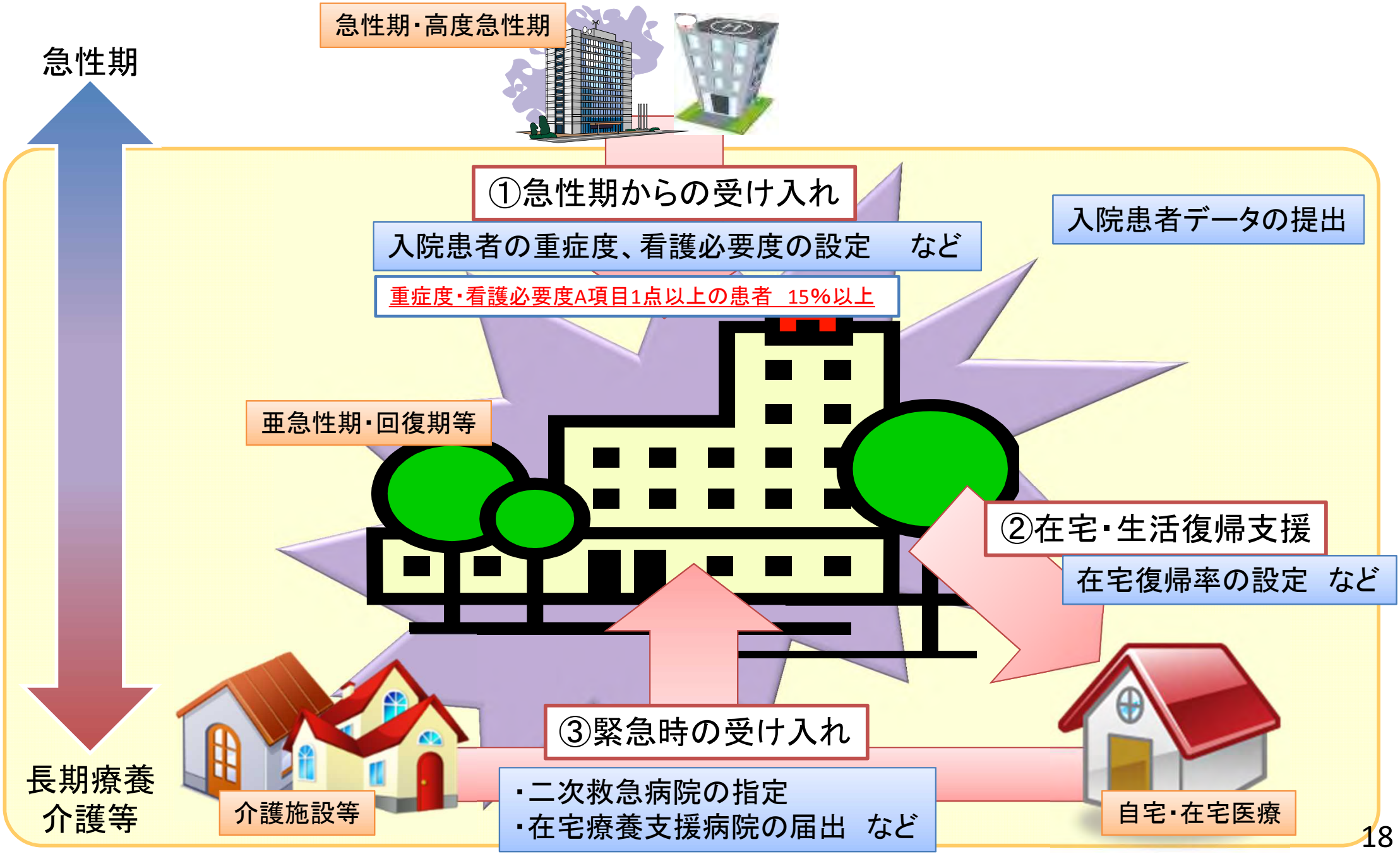
なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。

○ また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。



地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



地域包括ケア病棟入院料等の主な算定要件・施設基準

②（iii）

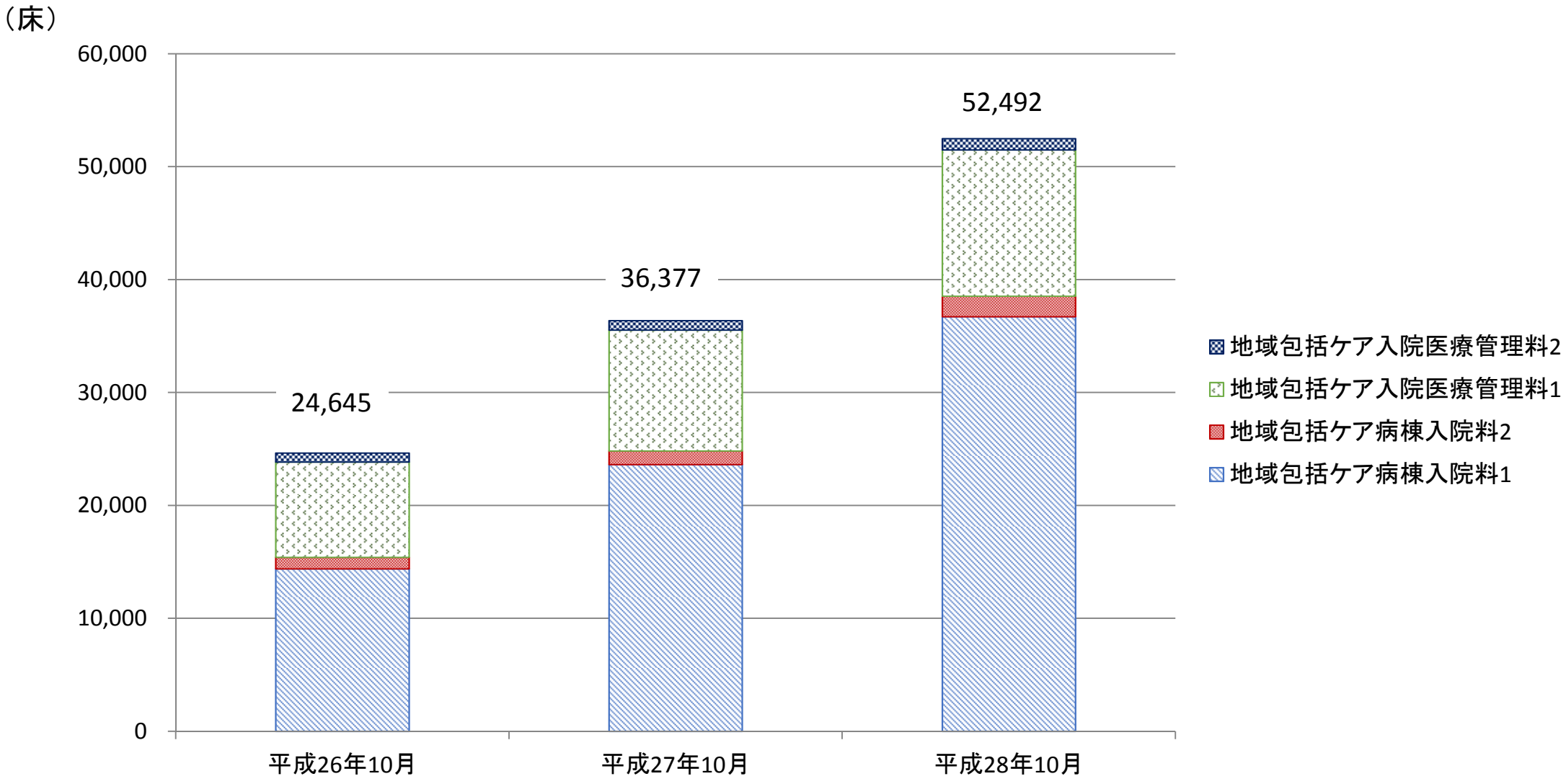
	地域包括ケア病棟入院料1	地域包括ケア入院医療管理料1	地域包括ケア病棟入院料2	地域包括ケア入院医療管理料2
点数（日）	2,558点	2,558点	2,058点	2,058点
算定上限	60日			
看護配置	13対1			
その他の職員配置	専任の在宅復帰支援担当者1名以上、専従の常勤理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1名以上			
リハビリテーションの提供	リハビリテーションを提供する患者について1日平均2単位以上			
面積	1人あたり6.4㎡以上		―	
重症度、医療・看護必要度	A項目又はC項目1点以上の患者の割合が1割以上			
在宅復帰率	7割以上		―	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室
その他	―	許可病床数200床未満	―	許可病床数200床未満

地域包括ケア病棟の届出病床数の推移

中医協 総－5
29.1.25

②（iii）

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向である。



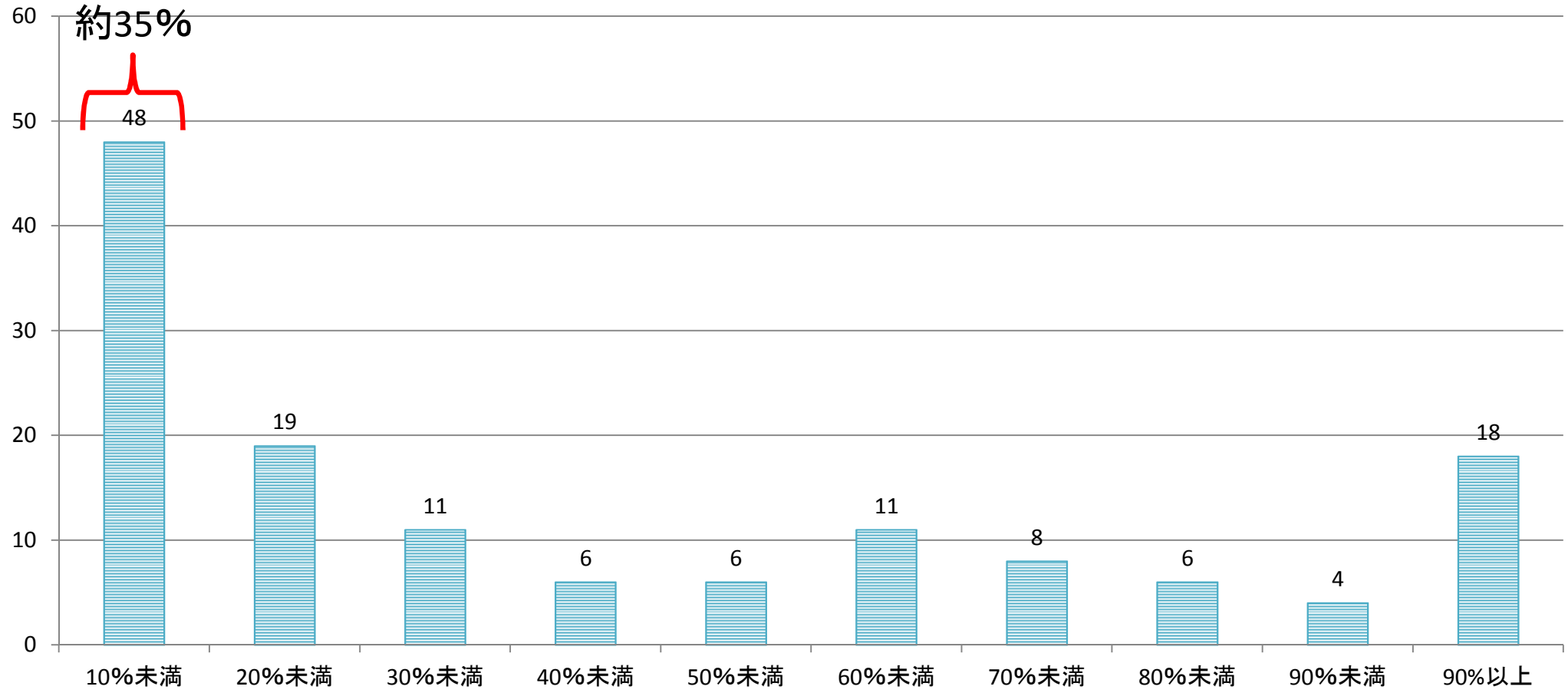
出典：保険局医療課調べ

入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟（病室）の状況

診調② (iii) 1
29.7.21

○ 回答施設のうち、地域包括ケア病棟（病室）を有する医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合をみると、その割合が「10%未満」の医療機関が、全体の約35%を占める。

（医療機関数）（n=137）



（各医療機関における、入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合）

※自宅等：自宅、介護老人福祉施設（特養）、居住系介護施設、障害者支援施設

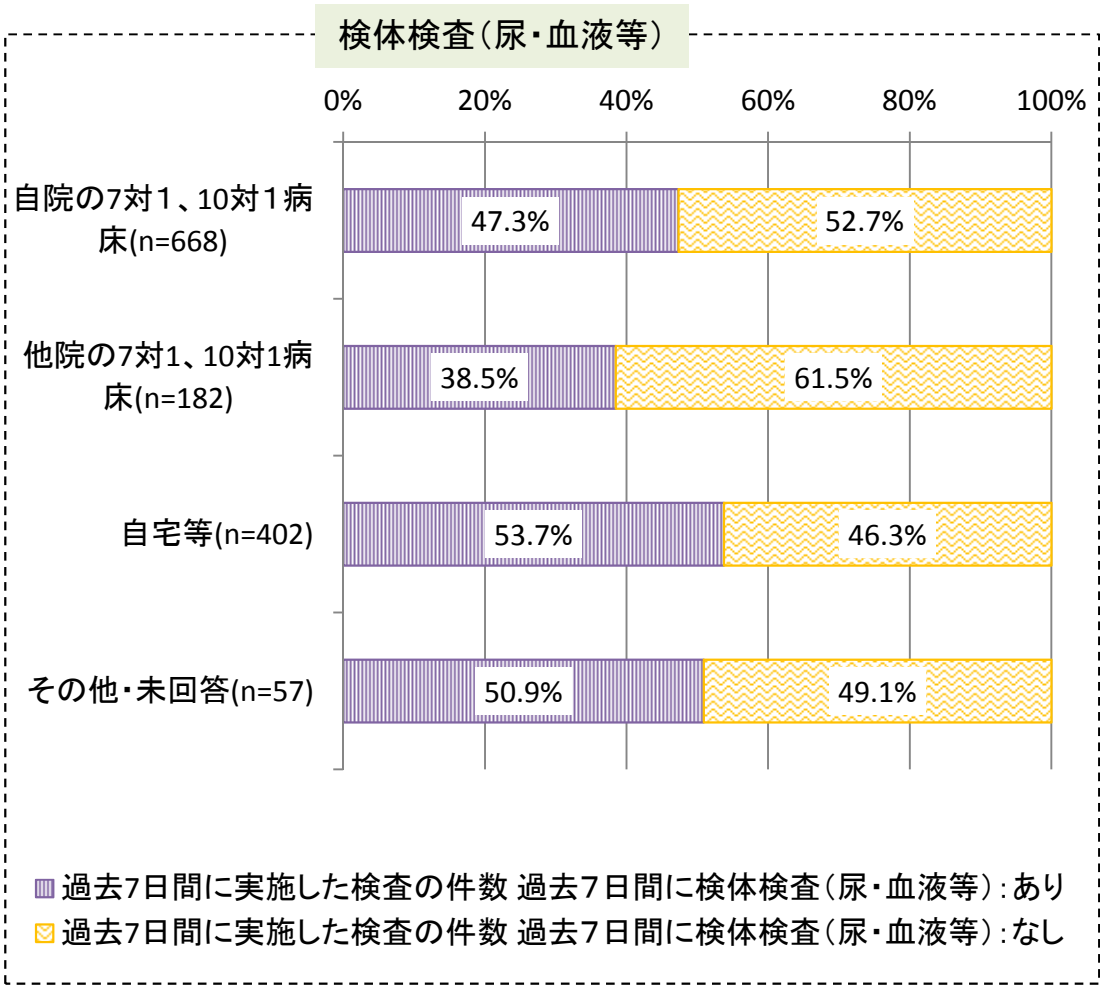
出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

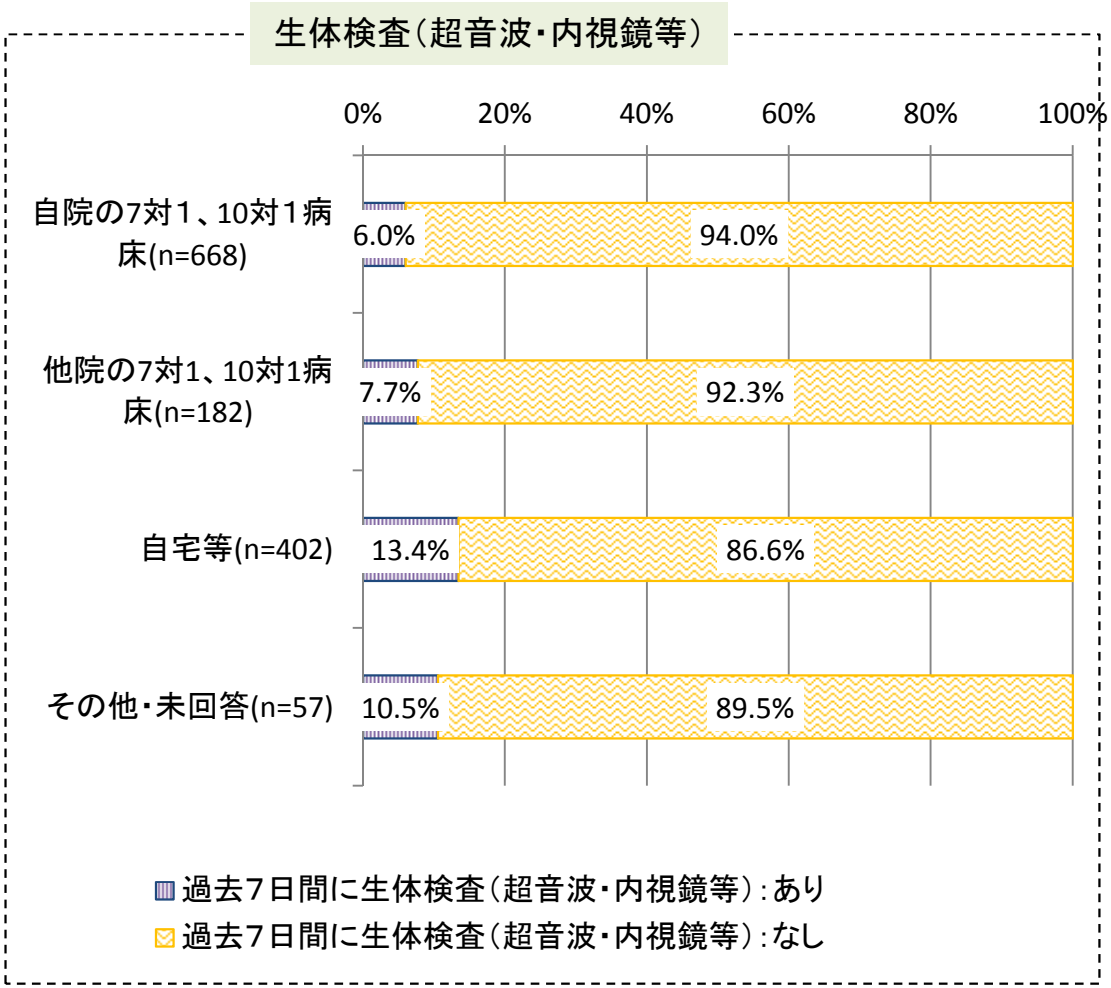
地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の検査等の実施状況

診 調 ② (iii)
２ ９ . ８ . ２４

○ 入棟前の居場所別の検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1，10対1病床」の群に比べ、検体検査、生体検査を実施した患者の割合が多い。

＜調査日から過去7日間に検体検査、生体検査を受けた患者の割合＞





出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患、大腿骨頚部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟。
- 構造設備、医師及びリハビリテーション専門職の配置、リハビリテーションの実績等による施設基準をみたす病棟に、回復期リハビリテーションを要する状態（※）の患者を入院させた場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する。

（※）脳血管疾患、骨折、廃用症候群、神経・筋・靭帯損傷、股関節又は膝関節の置換術後等。
それぞれの状態により、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が規定されている。

区分	１日あたり点数 上段：生活療養なし 下段：生活療養あり	届出医療機関数	病床数 上段：一般 下段：療養	月あたり算定回数
入院料１	2,025点 2,011点	602病院	14,653床 24,057床	984,744回
入院料２	1,811点 1,796点	707病院	14,020床 20,276床	818,889回
入院料３	1,657点 1,642点	148病院	3,320床 2,704床	116,856回

出典：届出医療機関数・病床数は保険局医療課調べ、算定回数は社会医療診療行為別調査（平成28年6月審査分）

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要（続き）

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象（回復期リハビリテーションを要する状態）

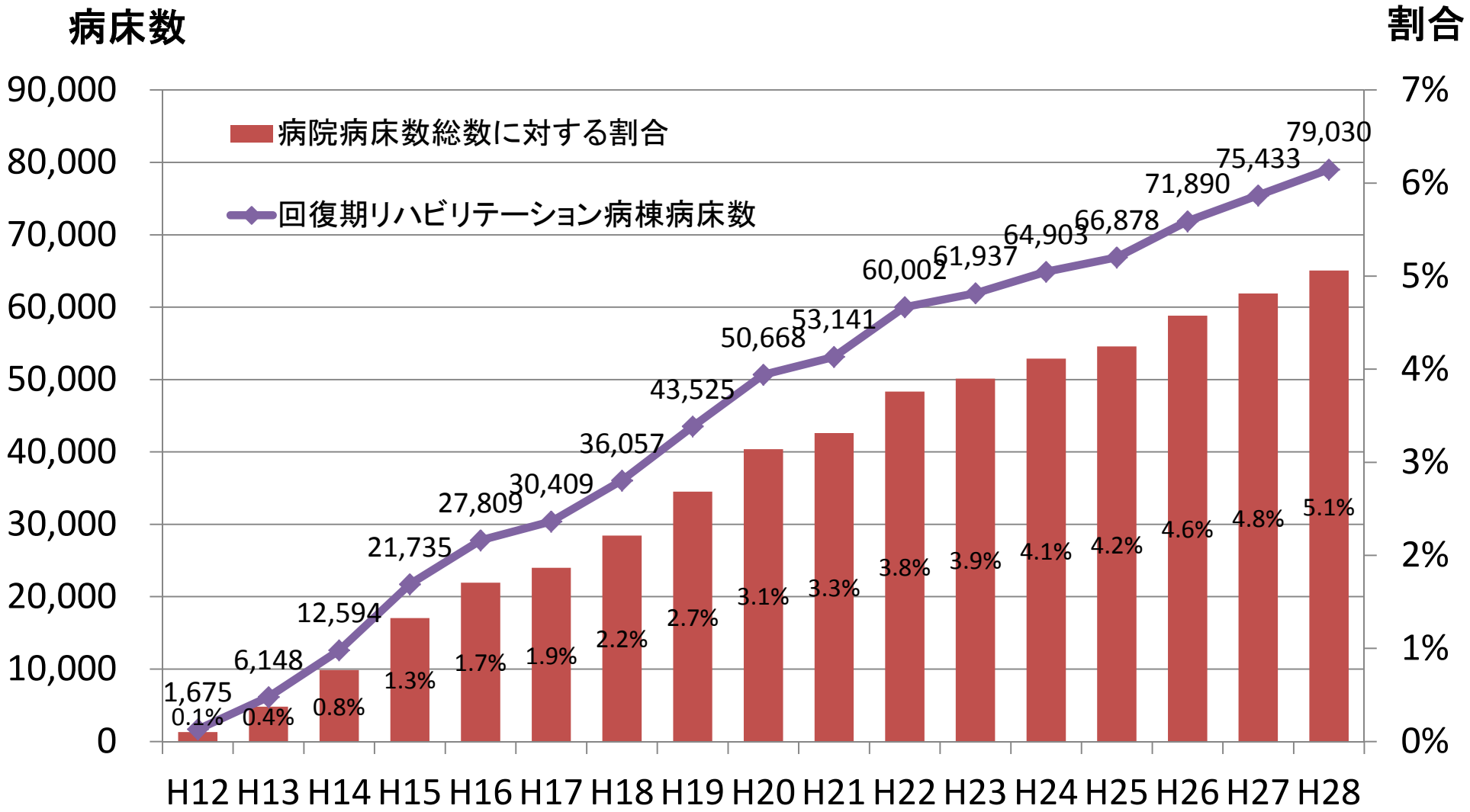
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

施設基準（抄）

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上（うち7割以上が看護師）	15対1以上（うち4割以上が看護師）	
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要	
新規入院患者のうち「重症者」（日常生活機能評価10点以上）の割合	3割以上	2割以上	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上	6割以上	規定なし
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が5%以上	規定なし	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要（体制を備えた場合には加算あり）	

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数の推移

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は、約8万床で直近10年でおよそ2．2倍に増加している。



出典：回復期リハビリテーション病棟の病床数は保険局医療課調べ
総病床数は平成12-28年医療施設（動態）調査・病院報告（毎年6月末 病院病床数）

質の高いリハビリテーションの評価等

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

➢ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

改定前	改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定	リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括**（※））

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない場合が、3か月ごとの集計で2回連続した場合。

注）

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]
平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

療養病棟入院基本料の対応について

療養病棟入院基本料の課題

○ 医療療養病床（医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の対象となっているもの）については、慢性期の患者の状態に応じた適切な入院医療を提供する観点から、入院医療の必要に応じて、介護施設・在宅医療等における対応への移行を促進する必要がある。

○ 療養病棟入院基本料は、看護配置と医療区分２・３該当患者割合の要件で１と２に分かれているが、療養２の病棟単位でみると、療養１相当の基準を満たす病棟も一定程度存在しており、その機能は多様である。

	療養病棟入院基本料１（療養1）	療養病棟入院基本料２（療養2）
入院料	医療区分１　814点～967点 医療区分２　1,230～1,412点 医療区分３　1,468～1,810点	医療区分1　750点～902点 医療区分2　1,165点～1,347点 医療区分3　1,403点～1,745点
看護職員※	20：1 （医療法で４：１相当）	25：1
看護補助者※	20：1 （医療法で４：１相当）	25：1
その他	・医療区分2と3の患者の合計が8割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価	・医療区分2と3の患者の合計が5割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員及び看護補助者の人員配置は、本則上4:1（診療報酬基準でいう20:1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6:1（診療報酬基準でいう30:1に相当）以上とされている。
※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

改定の方向性

療養病棟入院基本料について、
例えば以下の点から評価の在り方を検討。

○ 療養病棟入院基本料の看護配置と医療区分２・３該当患者割合の要件を整理し、入院基本料を一本化してはどうか。

○ 療養病棟入院基本料２については、介護医療院等への円滑な移行を図るため、経過的な取扱いとしてはどうか。

療養病棟入院基本料について（平成28年4月以降）

② （iii）

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】
①看護配置：20：1以上　②**医療区分2・3の患者が8割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，810点	1，412点	967点
ADL区分2	1，755点	1，384点	919点
ADL区分1	1，468点	1，230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】
①看護配置25：1以上　②**医療区分2・3の患者が5割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，745点	1，347点	902点
ADL区分2	1，691点	1，320点	854点
ADL区分1	1，403点	1，165点	750点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン　・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴　・中心静脈栄養　・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内　・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） 【医療処置】 ・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3：　23点以上
ADL区分2：　11点以上～23点未満
ADL区分1：　11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、
4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	0～6
b　移乗	0～6
C　食事	0～6
d　トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

療養病床の在り方等に関する特別部会
「療養病床の在り方等に関する議論の整理」（抜粋）

平成28年12月20日

1．基本的な方向性

○　平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床及び医療療養病床（医療法施行規則の人員配置標準の特例の対象となっているものに限る。）については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目しつつ、

・今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、

・各地域での地域包括ケアシステムの構築

に向けて、地域の実情に応じた柔軟性を確保した上で、必要な機能を維持・確保していくことが重要である。

○　こうした基本的な方向性を実現していくためには、

・介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、

・　その入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえて、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、

新たな施設類型を創設すべきである。

4．経過措置の設定等について

（1）転換に係る準備のための経過期間

○　また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。

なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

5．療養病棟入院基本料について

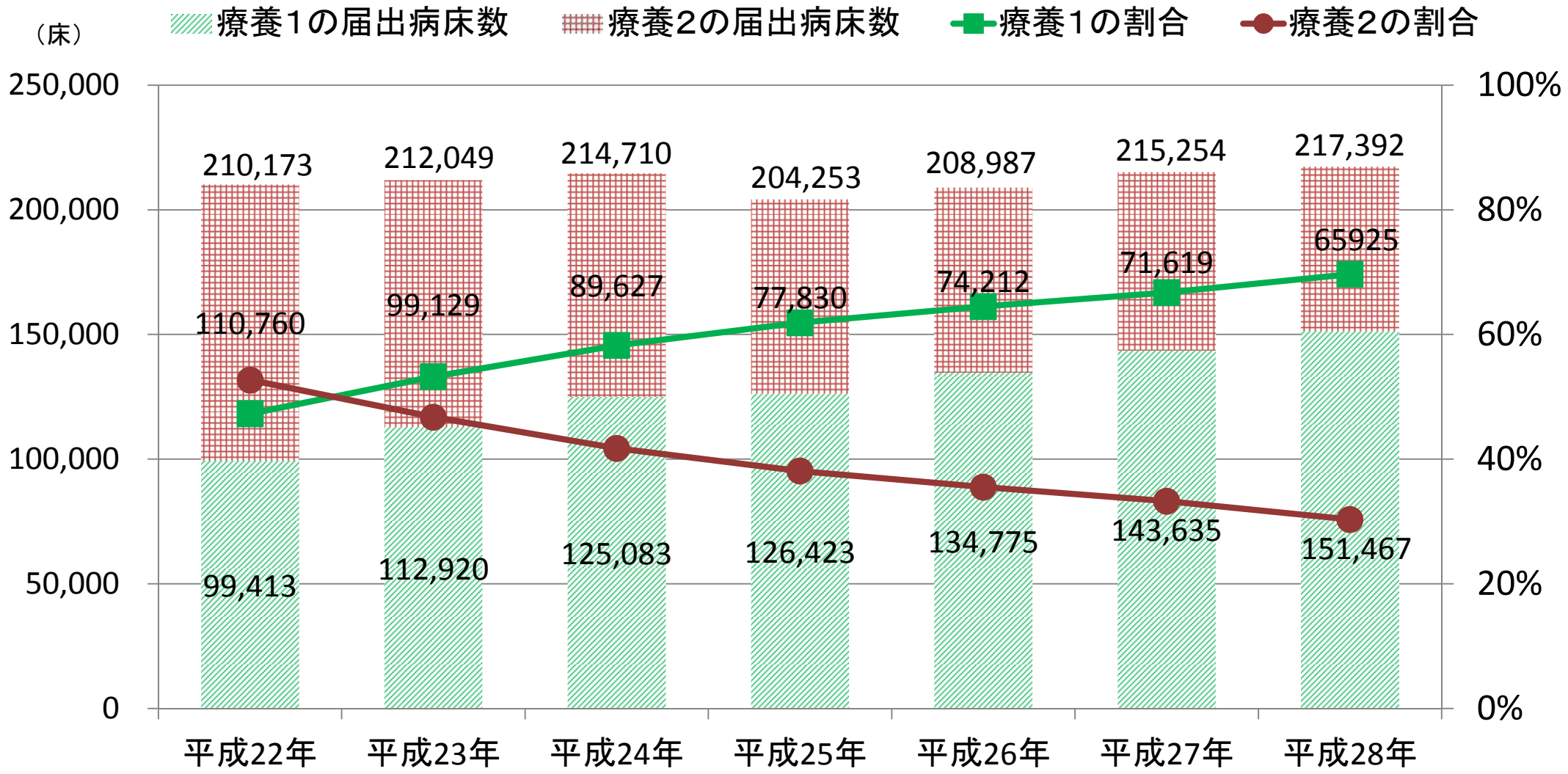
○　いわゆる25対1（療養病棟入院基本料2）の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討することが適当である。

○　なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から10年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

中医協 総-5
29．1．25（改）
②（iii）

○ 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
○ 療養1の病床数は増加傾向。



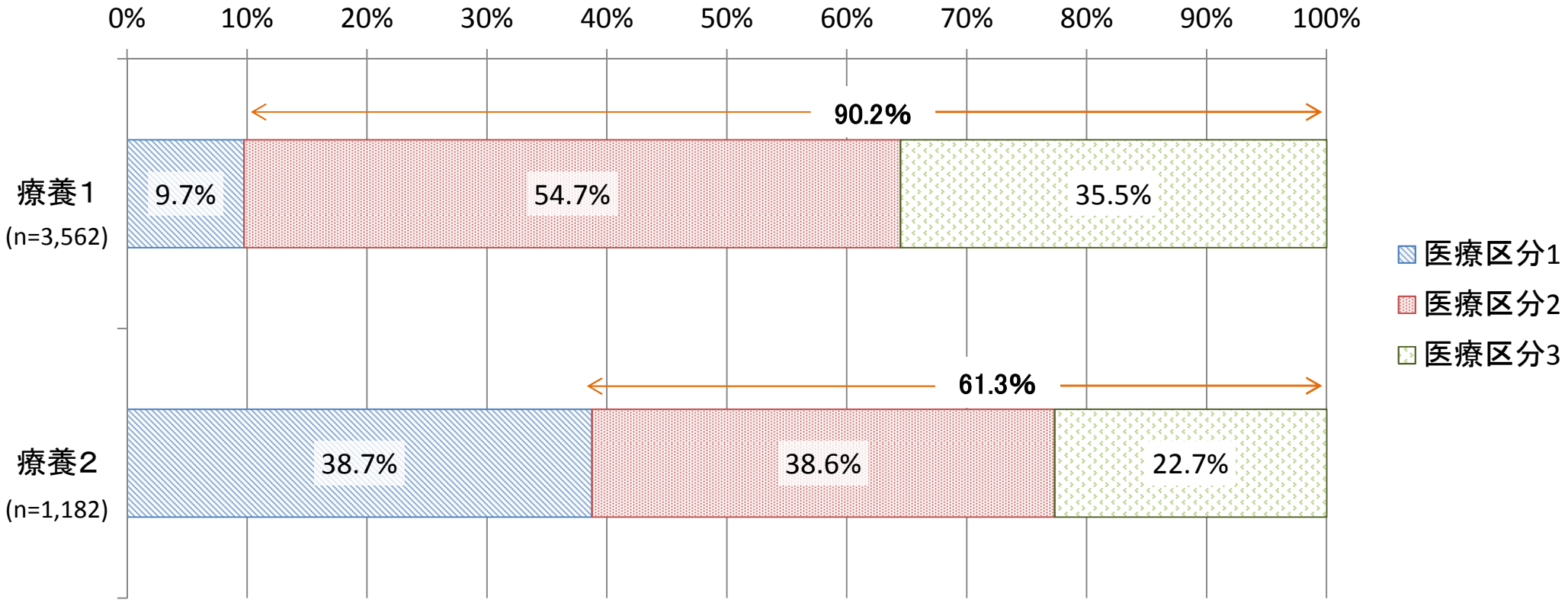
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
２９．６．７
②（iii）

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合



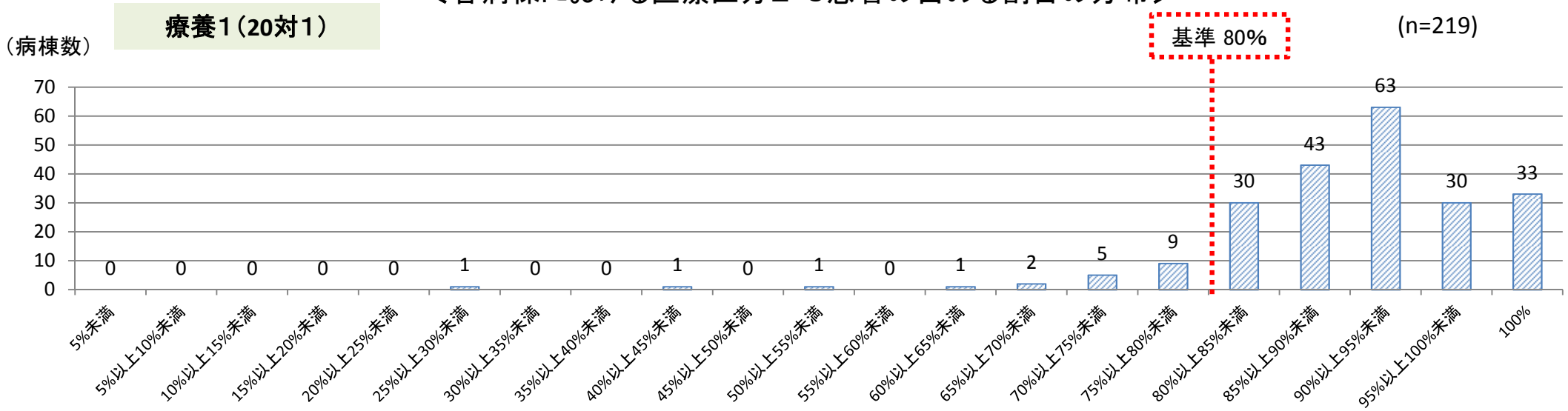
出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

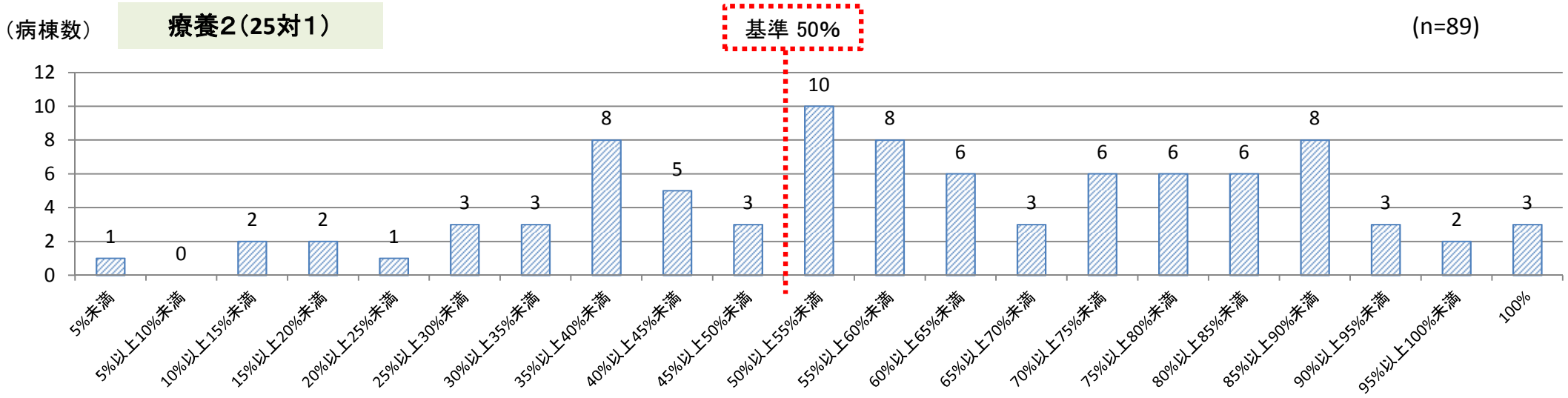
各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

診調組入-1
2 9 . 6 . 7
②(iii)

○ 療養1(20対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、90%を超える医療機関は全体の6割弱であった
○ 療養2(25対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、50%を超える医療機関は全体の7割弱であった。

＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



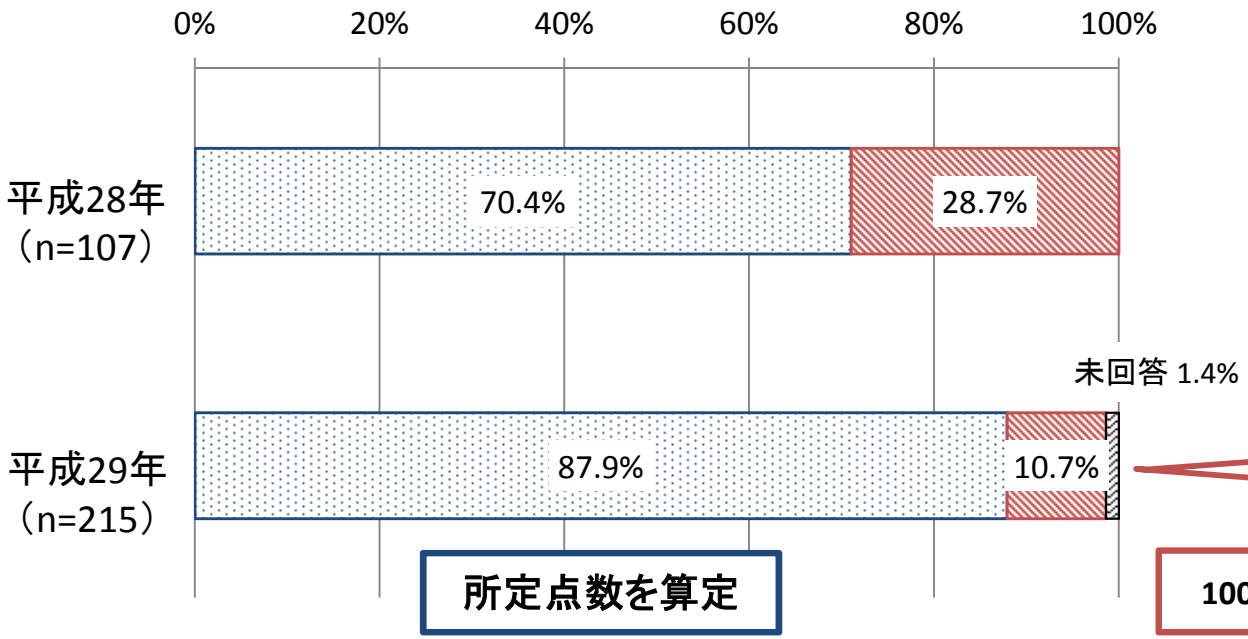


出典:平成28年度入院医療等の調査(病棟票)

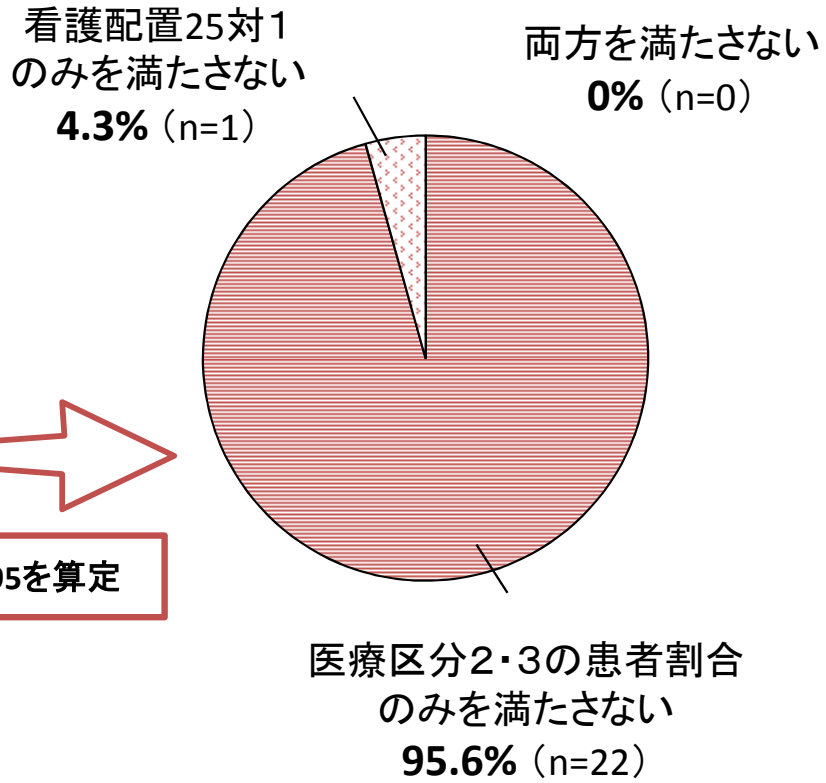
療養病棟入院基本料2の算定の内訳

○　療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
○　100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。

療養病棟入院基本料2の算定の内訳



100分の95を算定する理由（n=23）



出典：平成28年度・29年度入院医療等の調査（病棟票）

状態等に応じた質の高い在宅医療・看取りの対応について

患者の状態等に応じた訪問診療の確保

課題

○　訪問診療に関連する診療報酬では、比較的状態が安定しているが定期的な診療が必要な患者に対応した評価が設けられていない。

○　有料老人ホーム等、高齢者向け住まいに併設する医療機関では、一定の自立度を有する患者にも訪問診療が提供されている可能性がある。

改定の方向性

○　比較的状態の安定した患者に対する訪問診療について、新たな評価を設けてはどうか。

○　併設する高齢者向け住まいへの訪問診療について、外来診療と訪問診療の中間的な性質であることを踏まえ、評価を新設してはどうか。

患者本人の意思を尊重した看取りの推進

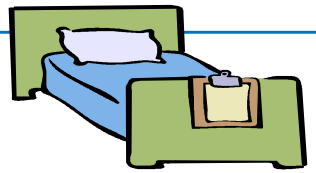
課題

○　人生の最終段階における医療等については、医療従事者から適切な情報提供がなされた上で、患者と医療従事者らが話し合い、患者の意思に基づき方針決定することが重要。

○　「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」を策定・周知してきたが、従事者の34～50%が「ガイドラインを知らない」と回答している。

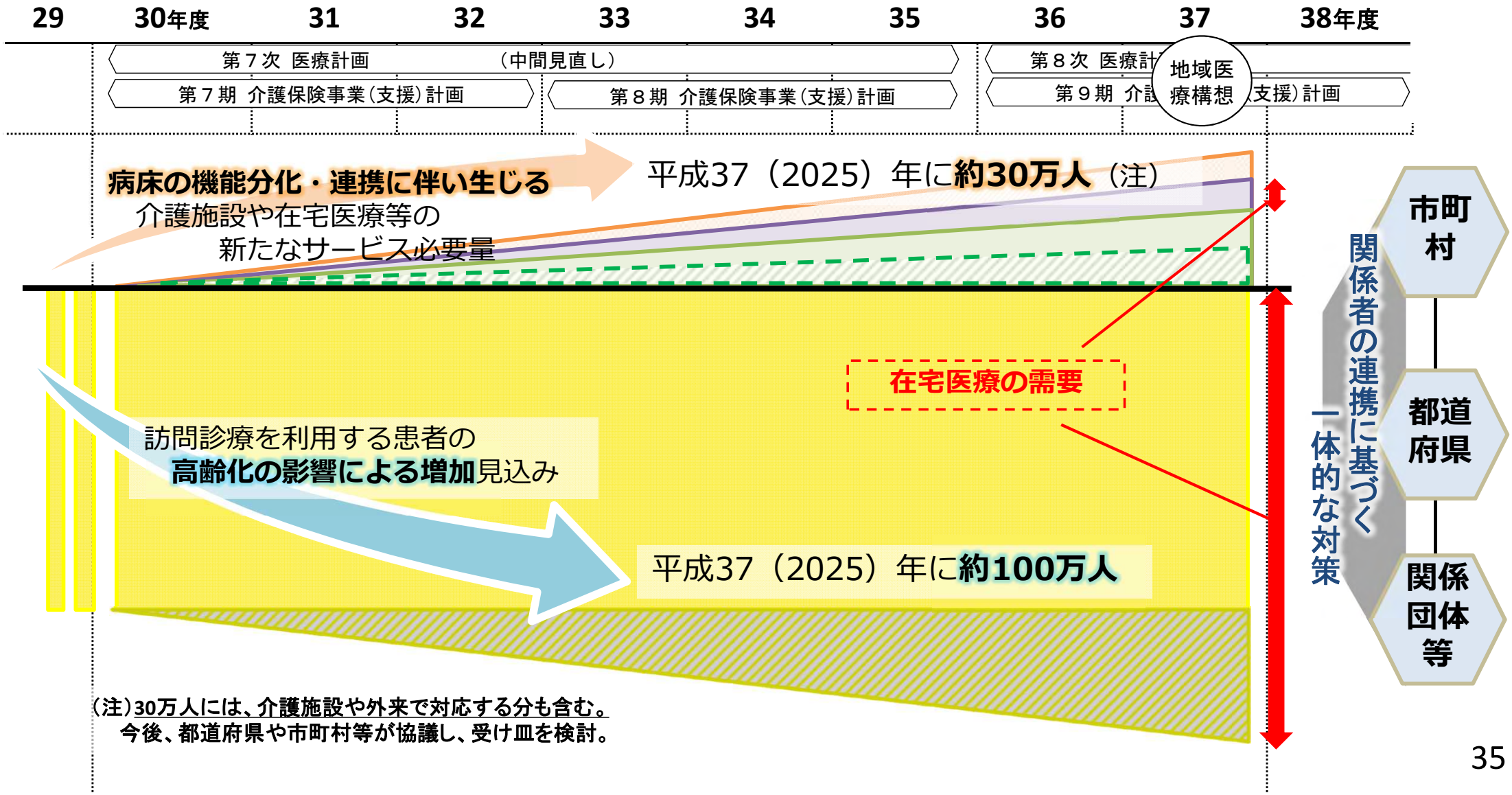
改定の方向性

○　人生の最終段階における医療等の提供方針の決定について、ガイドラインを参考にしたプロセスがとられるよう、ターミナルケアに関連する診療報酬における活用を検討してはどうか。



2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、**「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**してくことが重要。



（注）30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。
今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度）

②（iii）

○　在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

○　上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

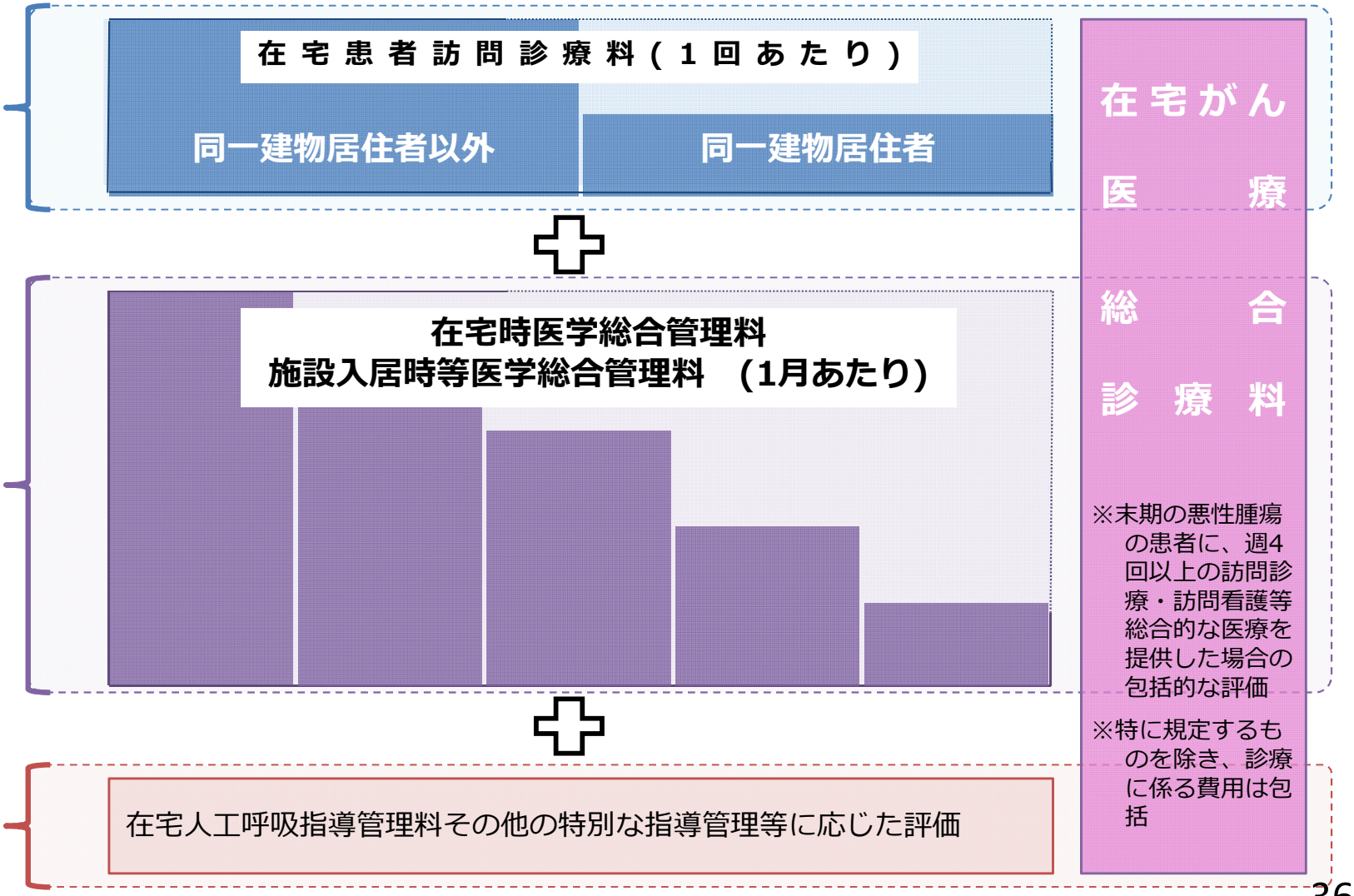
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価

③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料（平成28年度～）

②（iii）

在宅患者訪問 診療料（1日につき）	同一建物居住者以外の場合	833点
	同一建物居住者の場合	203点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,000点	5,000点	4,000点	3,000点
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,000点	6,000点		
＋在宅療養実績加算1			4,750点	
＋在宅療養実績加算2			4,500点	

看取り加算　在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算　患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■
○乳幼児加算　・幼児加算　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

在宅時医学総合管理料（平成28年度～）

② （iii）

		①機能強化型在支診（病床あり） 機能強化型在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	5,400点	4,600点	2,760点
	2～9人	4,500点	2,500点	1,500点
	10人以上	2,880点	1,300点	780点

		②機能強化型在支診（病床なし） 機能強化型在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	5,000点	4,200点	2,520点
	2～9人	4,140点	2,300点	1,380点
	10人以上	2,640点	1,200点	720点

		③ ①②以外の在支診・在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	4,600点	3,800点	2,280点
	2～9人	3,780点	2,100点	1,260点
	10人以上	2,400点	1,100点	660点

		④ その他の保険医療機関		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	3,450点	2,850点	1,710点
	2～9人	2,835点	1,575点	945点
	10人以上	1,800点	850点	510点

施設入居時等医学総合管理料（平成28年度～）

②（iii）

		①機能強化型在支診（病床あり） 機能強化型在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	3,900点	3,300点	1,980点
	2～9人	3,240点	1,800点	1,080点
	10人以上	2,880点	1,300点	780点

		②機能強化型在支診（病床なし） 機能強化型在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	3,600点	3,000点	1,800点
	2～9人	2,970点	1,650点	990点
	10人以上	2,640点	1,200点	720点

		③ ①②以外の在支診・在支病		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	3,300点	2,700点	1,620点
	2～9人	2,700点	1,500点	900点
	10人以上	2,400点	1,100点	660点

		④ その他の保険医療機関		
		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	2,450点	2,050点	1,230点
	2～9人	2,025点	1,125点	675点
	10人以上	1,800点	850点	510点

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

②（iii）

中医協 総－3
29．1．11

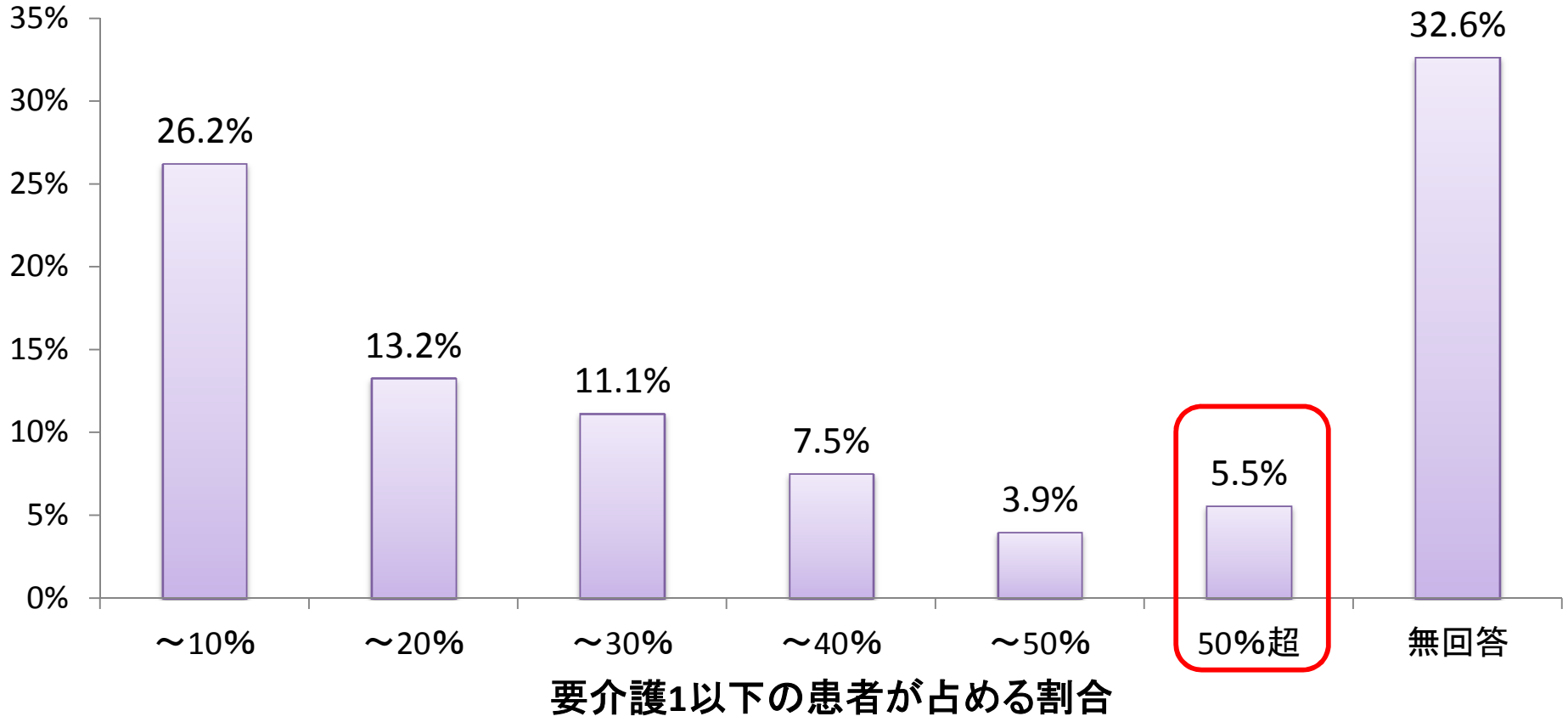
	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（1）許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
（2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

訪問診療を提供する患者の要介護度の状況

○　訪問診療を受ける患者のうち、要介護１以下（要介護１、要支援又は自立）の患者が割合が50%を超える医療機関が6%程度あった。

＜要介護1以下の患者が占める割合別の医療機関の分布（n=764）＞



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）

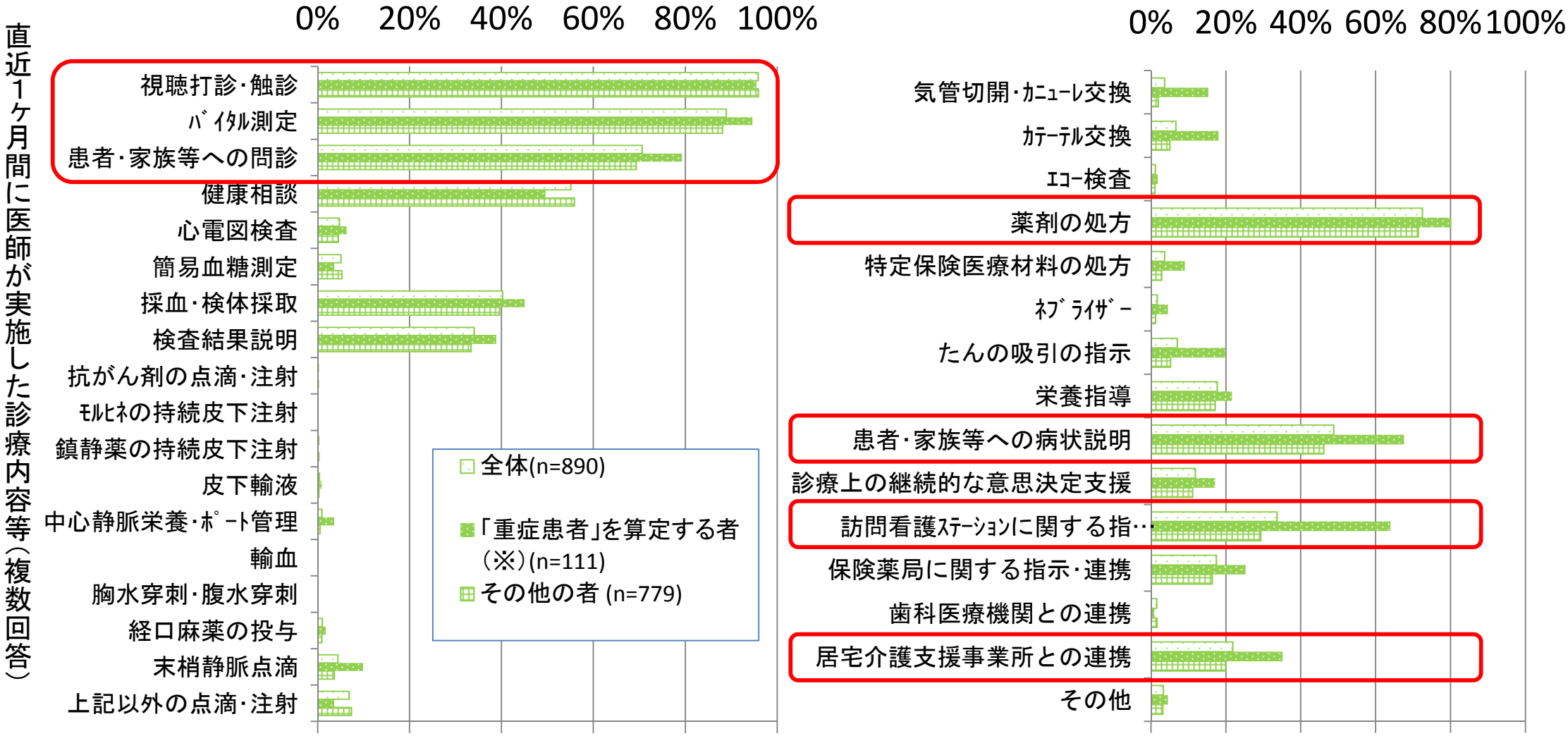
訪問診療時に医師が行った診療内容等①

中医協 総-3
29.4.12改
②(ⅲ)

○ 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等では、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「問診」「薬剤の処方」と回答した割合が多かった。

○ 「『重症患者』を算定する者(※)」については、それ以外の患者に比べ、「患者・家族等への病状説明」「訪問看護ステーションに関する指示」「居宅介護支援事業所との連携」と回答した割合が多かった。

(※)重症患者を対象とした在総管・施設総管を算定する患者



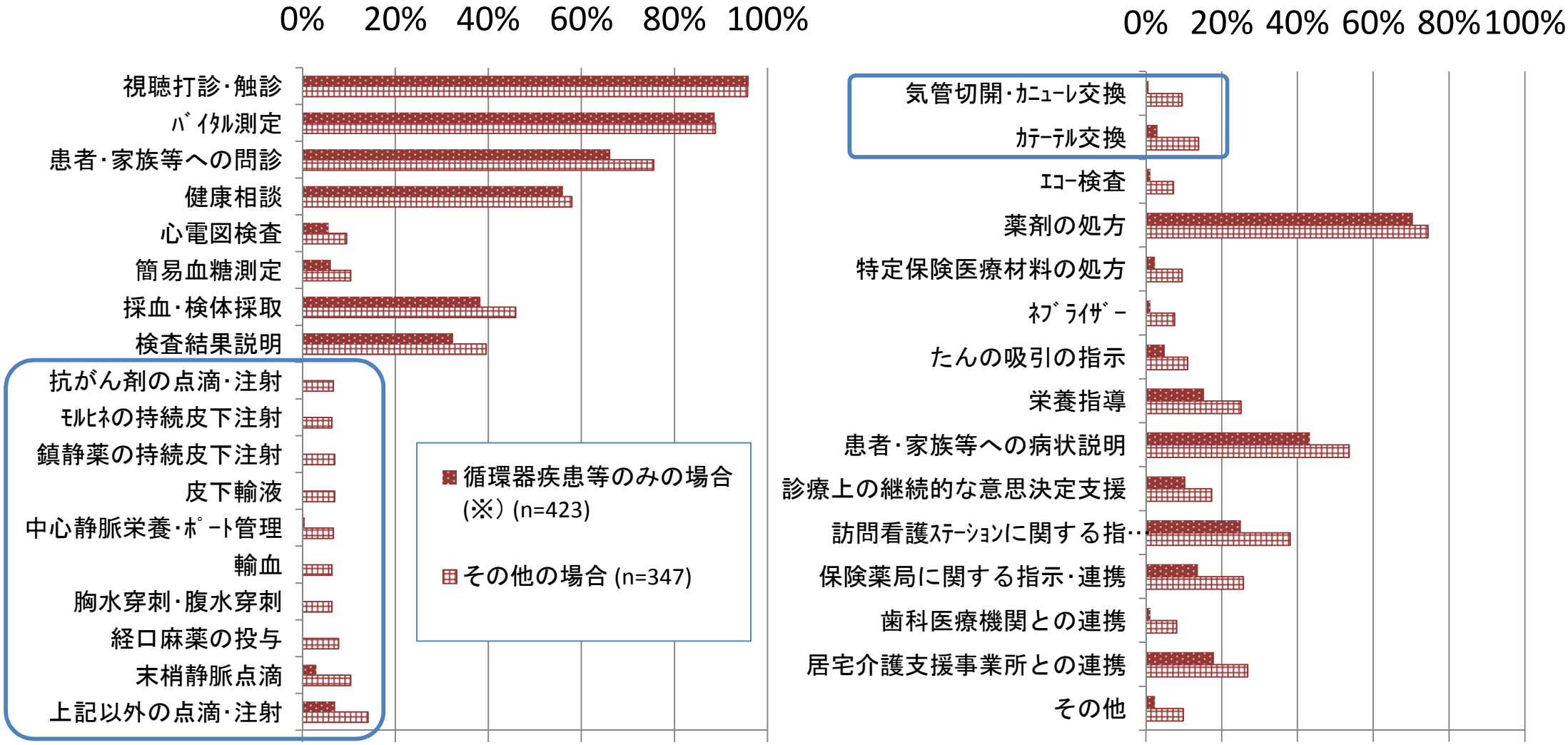
(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

訪問診療時に医師が行った診療内容等②

中医協 総-3
29.4.12改
②(iii)

○ 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等について、循環器疾患等のみを有する患者(※)は、それ以外の患者に比べ、点滴や注射、カテーテル交換などの医療処置に関する項目で、回答した割合が少なかった。

(※)訪問診療の対象疾患が「循環器疾患」「脳血管疾患」「認知症」「糖尿病」「骨折・筋骨格系疾患」のみの場合



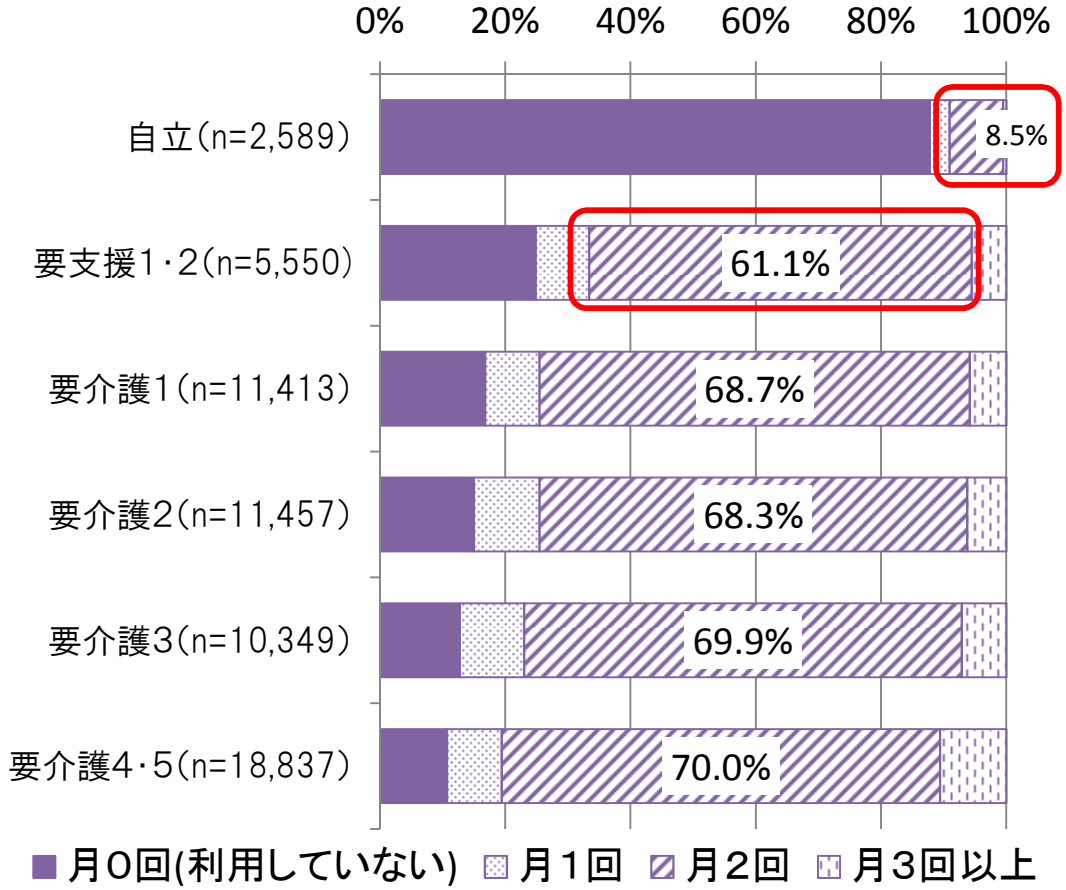
(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

特定施設等の入居者における訪問診療の受診状況

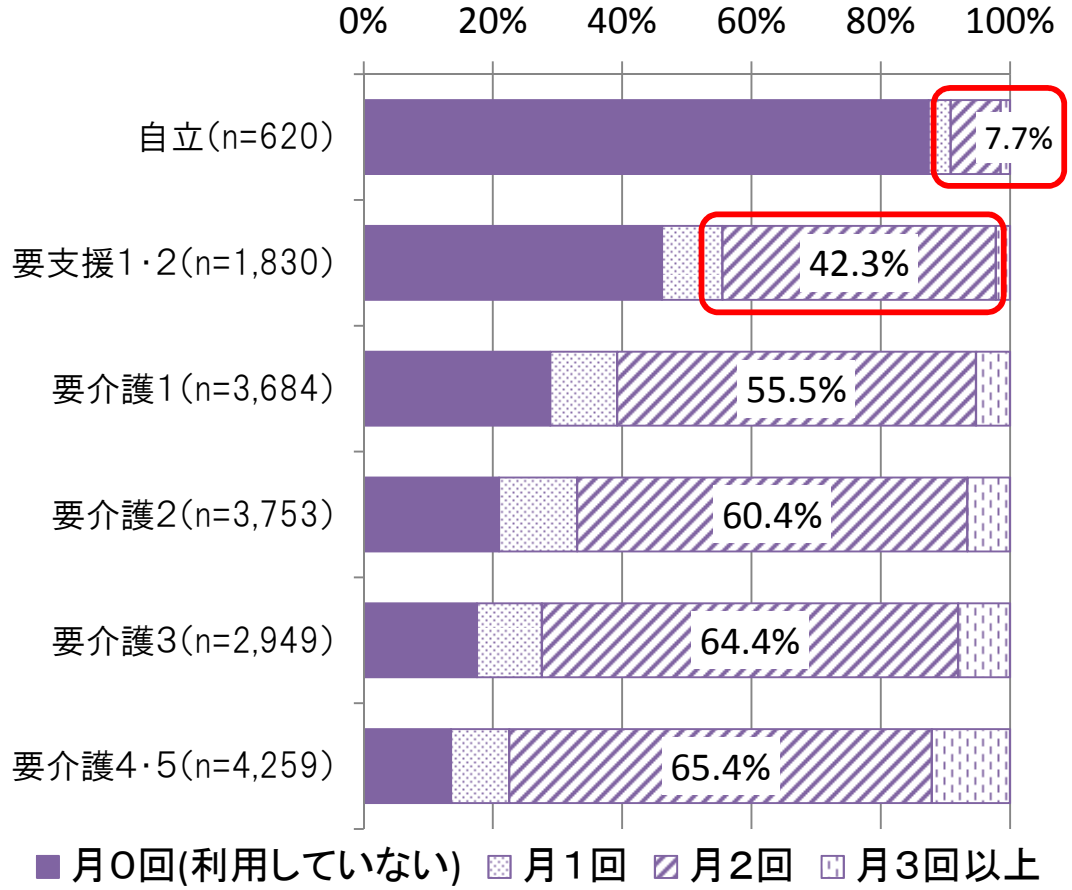
②（iii）

○ 要介護度別の訪問診療の受診状況を見ると、
- 有料老人ホームでは、要介護度が自立の入居者の9%、要支援の入居者の61%が月2回の訪問診療を受診していた。
- サ高住では、要介護度が自立の入居者の8%、要支援の入居者の42%が月2回の訪問診療を受診していた。

＜有料老人ホーム入居者の訪問診療の受診状況＞



＜サ高住入居者の訪問診療の受診状況＞



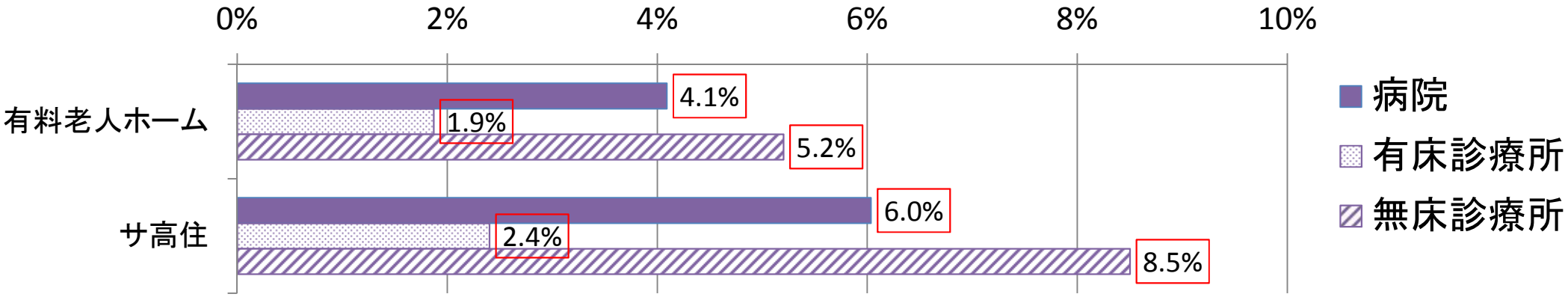
出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」（株式会社野村総合研究所）

特定施設等における医療機関の併設・隣接の状況

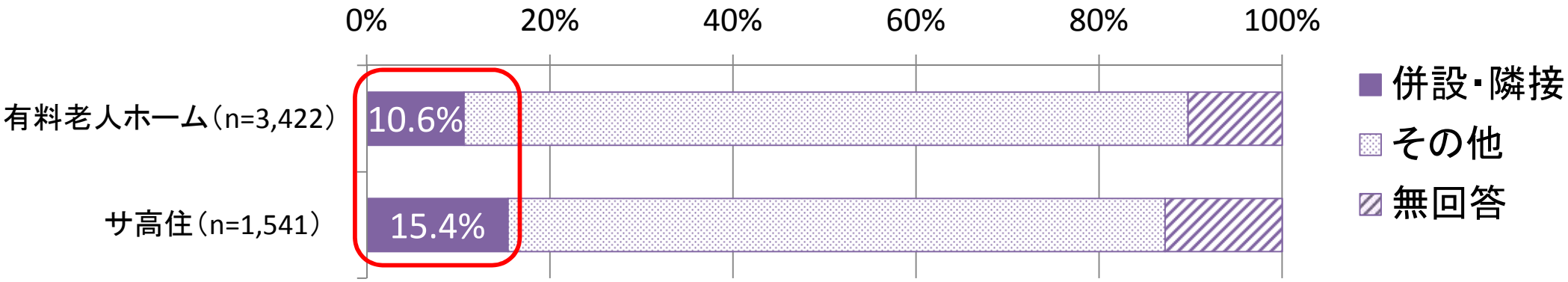
②（iii）

○ 有料老人ホームの11%、サービス付き高齢者住宅（サ高住）の17%に、併設又は隣接する医療機関があった。
○ 入居者が最も利用する医療機関について、有料老人ホームのうち11%、サ高住の15%が併設又は隣接の医療機関と回答した。

＜併設又は隣接する医療機関の有無＞



＜入居者が最も利用する医療機関の属性＞



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」（株式会社野村総合研究所）

「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」

②（ⅲ）

策定の背景

○　平成18年３月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。

○　平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。

○　パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成１９年５月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「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」に改称。

ガイドラインの概要

1　人生の最終段階における医療及びケアの在り方

○　医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、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終末期医療を進めることが重要。

○　人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2　人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

○　患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。

○　患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

○　患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

「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）

②（ⅲ）

意見交換　資料－２参考１
２９．３．２２

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

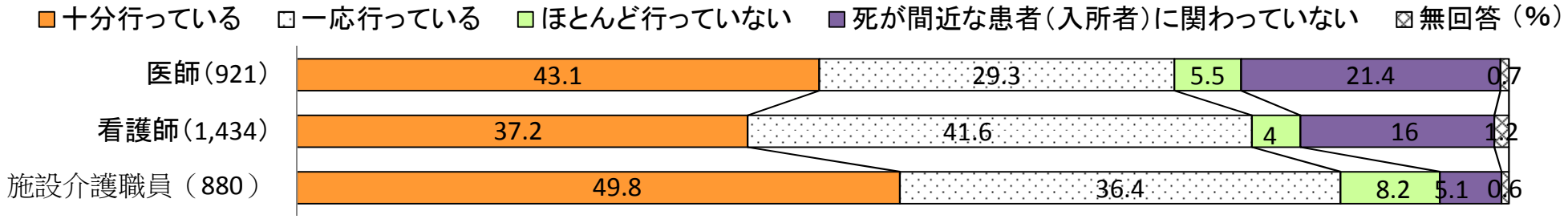
→**複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言**

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）

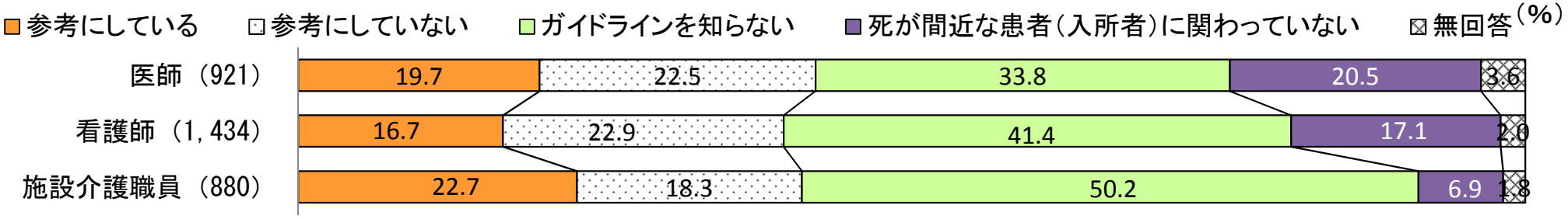
②（iii）

意見交換　資料－２参考１
２９．３．２２

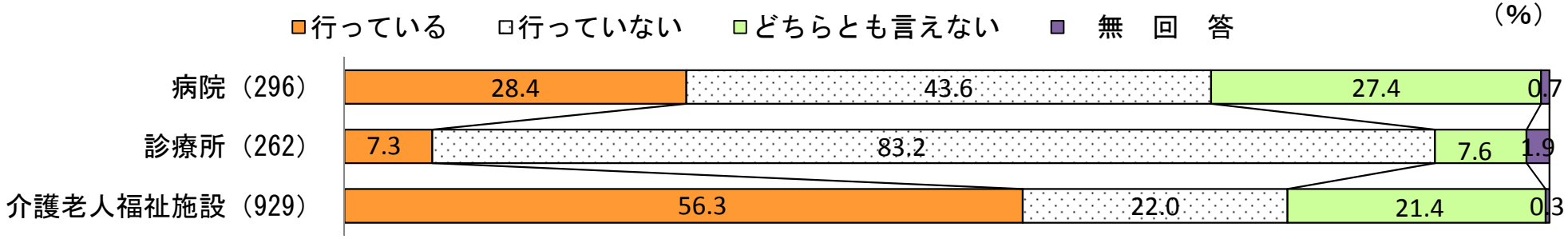
■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「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

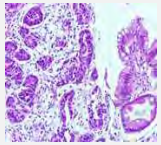


出典：人生の最終段階における医療に関する調査（平成25年）

遠隔診療に関する対応について

②（iii）

現行の診療報酬上の評価

	診療形態			診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの			**・遠隔画像診断/遠隔病理診断** 他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの		**・電話等による再診** 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの		**・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算）** 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

改定の方向性

○　遠隔診療について、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う。

遠隔診療について、例えば以下の点から評価の在り方を検討。

○　遠隔診療の適用については、患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないか。

○　遠隔診療における医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないか。　　など

遠隔診療・介護ロボットの導入推進

第７回未来投資会議（２９．４．２４）
厚生労働大臣提出資料
②（iii）

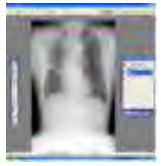
遠隔診療：かかりつけ医による効率的な医療の提供

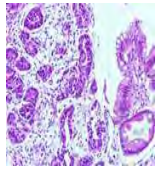
●最新の技術進歩を取り入れることで、**医療の質や生産性が向上するよう、診療報酬上の評価**を行っていく。
●例えば、対面診療と適切に組み合わせて提供することで、**かかりつけ医による日常的な健康指導や疾病管理が飛躍的に向上。**慢性疾患の重症化予防等の領域で活用。

画像の質の向上等の技術進歩

診療報酬における評価

［医師対医師］
例）・遠隔画像診断　・遠隔病理診断





［医師対患者］
例）心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

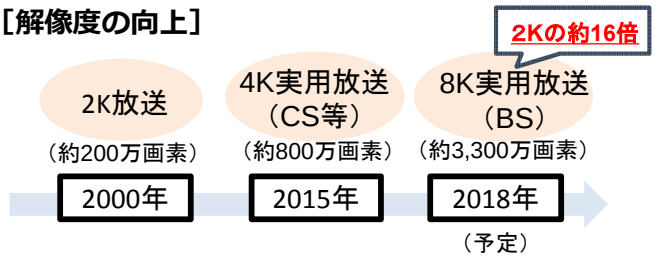
更なる技術革新 提供サービスの多様化

2018（平成30）年度改定に向けて、診療報酬上の評価。

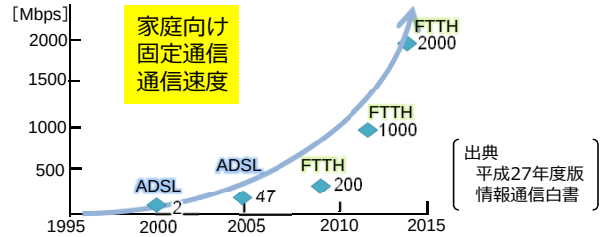
（例）
・オンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理
・血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用した、早期の重症化予防

さらに有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020（平成32）年度以降の改定でも更に反映。

［解像度の向上］



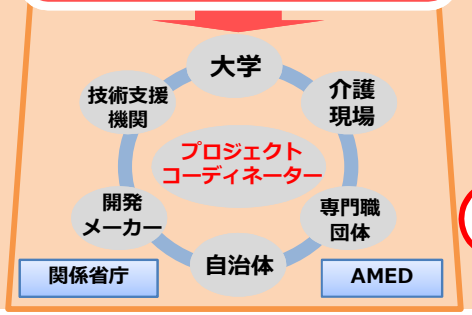
［データ転送速度の向上］



介護ロボット：厚労省が現場とともに「受け身」から「攻め」の開発へ転換

●現場主導の開発と普及の加速化により、**利用者の生活の質の維持・向上**と**介護者の負担軽減**を実現する。

厚労省
【ロボット開発の司令塔】
現場ニーズの蓄積・開発のコーディネート



【現場主導の開発への転換】

■**利用者・介護者双方の視点で開発スタート**
➢ 企業・現場関係者が協議する10の開発プロジェクト

■**企業主導から現場主導の開発へ転換**
➢ **現場ニーズと開発シーズをつなぎ、プロジェクトを強力に牽引する「プロジェクトコーディネーター」を育成・配置**
➢ **2018年度からの新たな開発戦略を検討**

新

開発と普及の好循環

【普及の加速化】

■**導入支援の進展と導入効果の実証・評価**
➢ 約5000事業所に約50種類のロボットを導入済
（例）見守り、移乗支援等のためのロボット
➢ 利用者の生活状況の把握を中心に効果実証

■**さらなる導入と活用の促進**
➢ **実証結果を踏まえ、2018（平成30）年度介護報酬改定等での評価**
➢ 導入経費の支援等

新

未来投資戦略2017（平成29年６月９日閣議決定）（抄)

Ⅰ　Society5.0に向けた戦略分野

１．健康・医療・介護

（２）新たに講ずべき具体的施策

③・AI等のICTやゲノム情報等を活用した医療

遠隔診療について、例えばオンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者への効果的な指導・管理や、血圧・血糖等の遠隔モニタリングを活用した早期の重症化予防等、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う。更に有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020年度以降の改定でも反映させていく。

情報通信機器を用いた診療において想定される課題

- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）は、対面診療と適切に組み合わせて行われ、対面診療を補完するものとして位置づけられており、その適用については、患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないか。

- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）における医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないか。

- 仮に遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を、診療報酬で評価するとした場合は、上記のような内容を要件として求めるべきではないか。

- なお、現行の電話等による再診（電話等再診料）は、患者又はその看護に当たっている者から治療上の意見を求められ指示をした場合にのみ算定可能となっており、仮に評価するとした場合は、電話等再診料との整理が必要となる。

介護医療院の創設（地域包括ケア強化法による改正）

②（iii）

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

＜新たな介護保険施設の概要＞

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

介護医療院の基準について

論点１

○ 介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。

○ また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。

○ 併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。

対応案

【サービス提供単位】

○　介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとしてはどうか。

　ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービスを可能としてはどうか。

【人員配置】

○　開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、

①　医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、

②　リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定することとしてはどうか。

介護医療院の基準について

対応案（続き）

【設備】

○　療養室については、定員４名以下、１人あたり床面積を8.0m²/人とし、療養環境をより充実する観点から、４名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとしてはどうか。

○　また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとしてはどうか。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性を図ることとしてはどうか。

【運営】

○　運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定してはどうか。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとしてはどうか。ただし、一定の条件を満たす場合については、医師の宿直が必要ないこととしてはどうか。

【医療機関との併設】

○　医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能としてはどうか。

【ユニットケア】

○ 介護医療院におけるユニットケアについては、他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でも設定してはどうか。

介護医療院の基本報酬等について

論点２

○　介護医療院の基本報酬及び加算等について、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、どのように考えるか。

対応案

○　介護医療院の基本報酬に求められる基準については、
- Ⅰ型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- Ⅱ型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとしてはどうか。

○　その上で、介護医療院の基本報酬については、Ⅰ型、Ⅱ型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価してはどうか。

介護医療院の基本報酬等について

対応案（続き）

○　介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とすることとしてはどうか。なお、必要に応じて加算等の名称を変更してはどうか。

（参考）退院時指導等加算　→　退所時指導等加算
　　特定診療費　→　特別診療費

○　介護医療院については、病院・診療所ではないものの、医療施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととしてはどうか。

（参考）
緊急時施設療養費
入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬検査、注射、処置等を行ったとき等を評価。
※対象となる入所者は、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、ショック、その他薬物中毒等で重篤なものとしている。

○　併せて、重度の認知症疾患への対応については、入院患者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとしてはどうか。

介護医療院等への転換について

論点３

○　社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。

○　併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

対応案

○　療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。

○　また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、１年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年３月末までの期限を設けてはどうか。

○　介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

身体介護と生活援助の在り方

論点１

○　要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようにするためには、必要な訪問介護（身体介護・生活援助）を受けられることが重要。

○　訪問介護は、要介護高齢者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを支援するものであるが、訪問介護のサービス提供においても、高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止等に向けた取組を効果的に進めていくことが必要。

○　また、介護人材が不足する中で必要な訪問介護を確保していくためには、限られた人材の有効活用の他、人材確保の裾野を広げることも必要。

○上記を踏まえ、

（１）リハビリ専門職と連携した訪問介護計画の作成による身体介護の実施（対応案①）や「自立生活支援のための見守り的援助」の適切な実施の促進（対応案②）により、身体介護の自立支援の機能を高めてはどうか。

（２）自立支援・重度化防止に資する訪問介護を進める観点から、身体介護と生活援助の報酬を検討してはどうか（対応案③）。

（３）訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、（対応案④）

・身体に直接触れる身体介護について、自立支援の機能を高めることも踏まえ、現在の訪問介護員（130時間以上の研修を修了した者）が中心に担うことを進めるとともに、

・生活援助について、必要な量を確保するために人材確保の裾野を広げつつ、生活援助の自立支援の機能等を確保するため、生活援助中心型の新研修（後述）の修了を必要としてはどうか。

身体介護と生活援助の在り方

対応案

①生活機能向上連携加算の見直し

○　生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、リハビリ専門職との連携を促進するため、これらの評価を充実してはどうか。

※ 生活機能向上連携加算の取得率　：156件　（出典）平成29年4月審査分（介護給付費等実態調査）

○　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を進めるため、

・　訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること

・　当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリ等のサービス提供の場において、又はＩＣＴを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

を定期的に行うことを評価してはどうか。

②「自立生活支援のための見守り的援助」の明確化

○　自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守り的援助」を明確化してはどうか。

③身体介護と生活援助の報酬

○　自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつけてはどうか。

身体介護と生活援助の在り方

対応案

④生活援助中心型の担い手の拡大（基準の緩和）

○　訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととしてはどうか。

○　このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとしてはどうか。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点としてはどうか。

○　また、訪問介護事業者ごとに訪問介護員等を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとしてはどうか。

○　この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様としてはどうか。

○　なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくことが必要ではないか。

訪問介護の報酬・基準

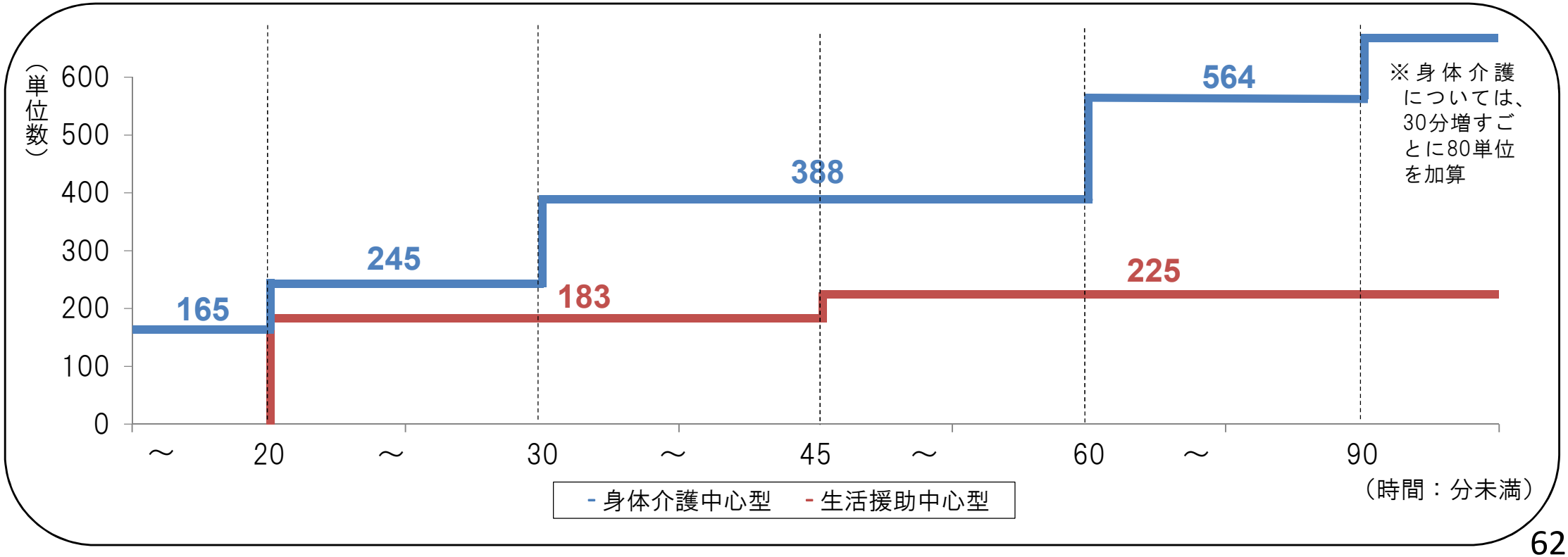
1．訪問介護の人員基準（訪問介護員等の資格要件）

【身体介護中心型・生活援助中心型いずれも同一の基準】

○　介護福祉士、実務者研修修了者（450H）、介護職員初任者研修修了者（130H）

○　旧介護職員基礎研修修了者（500H）、旧訪問介護員１級（230H）又は旧２級課程修了者（130H）

2．訪問介護の介護報酬（1回あたり）



外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による機能訓練の推進（生活機能向上連携加算の創設）について

論点１

○　現行の個別機能訓練加算は機能訓練指導員を専従で置く必要があり、特に小規模事業所では、新たな職員を雇用することが困難なために加算を取得できないとの声がある。

○　このような事業所においても質の高い個別機能訓練を行えるようにするための評価を創設してはどうか。

対応案

○　自立支援・重度化防止に資する通所介護を推進するため、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることについて評価してはどうか。

○　具体的には、

- 訪問・通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- リハビリテーション専門職と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと

を評価してはどうか。

基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて

論点２

○　通所介護の基本報酬は、２時間ごとの設定としている（３時間以上５時間未満、５時間以上７時間未満、７時間以上９時間未満）。

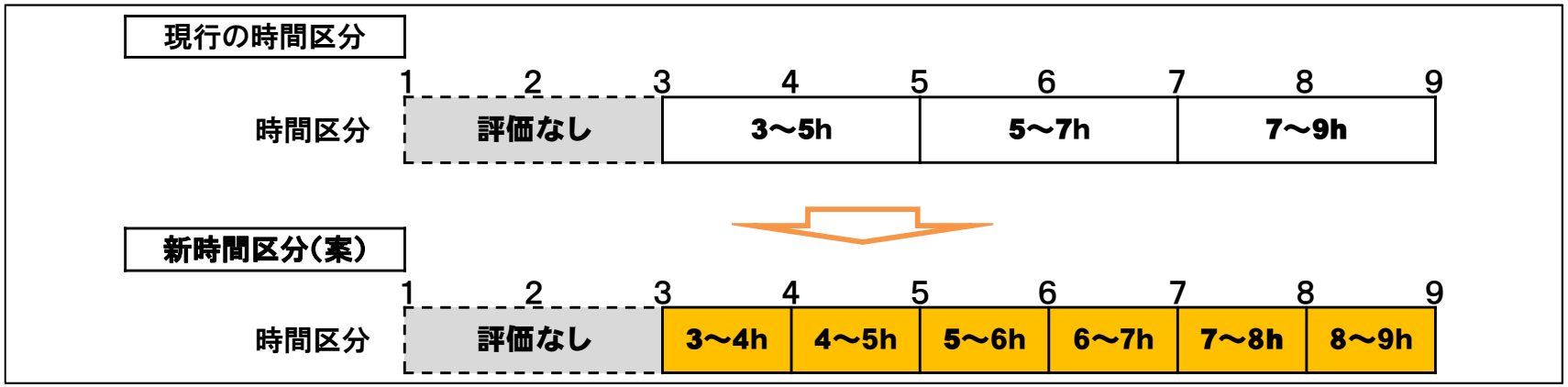
※ 2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者が算定。

○　事業所の実際のサービス提供時間を見ると、３時間以上５時間未満は「３時間以上３時間半未満」にピークがあり、５時間以上７時間未満は「６時間以上６時間半未満」に、７時間以上９時間未満は「７時間以上７時間半未満」にピークがある。

○　このサービス提供時間の実態を踏まえて、現行の基本報酬のサービス提供時間区分を見直してはどうか。

対応案

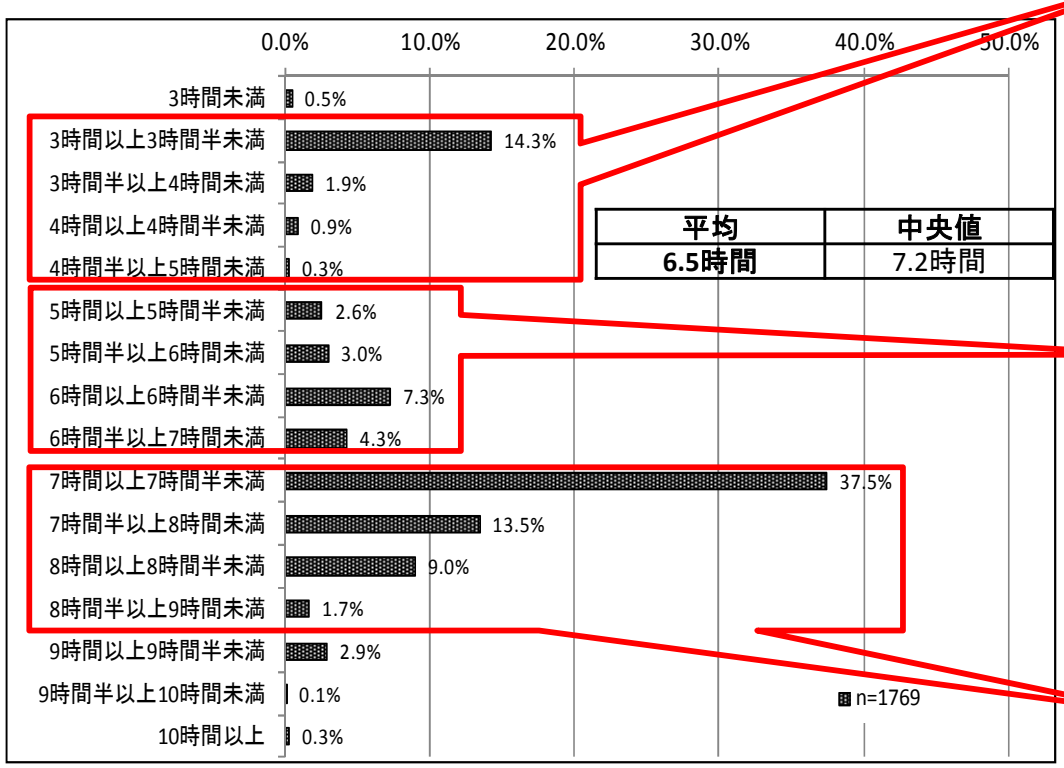
○　サービス提供実態を適切に評価する観点から、時間区分を１時間ごとに見直してはどうか。



通所介護のサービス提供時間

○ 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、７時間以上９時間未満は「７時間以上７時間半未満」にピークがあり、５時間以上７時間未満は「６時間以上６時間半未満」に、３時間以上５時間未満は「３時間以上３時間半未満」にピークがある。

サービス提供時間（平日）

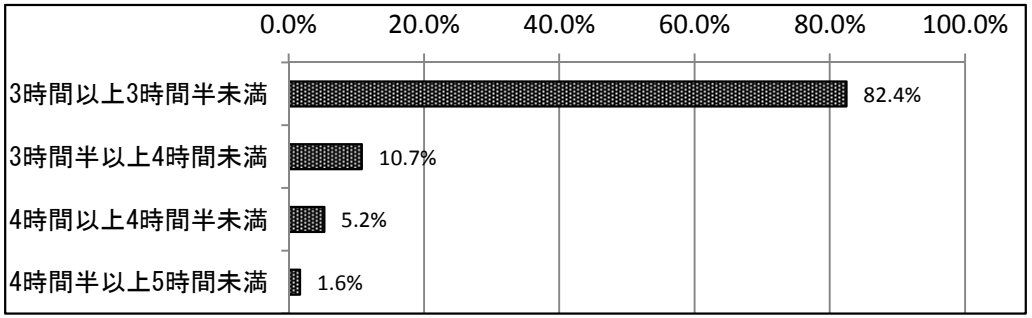


平均	中央値
6.5時間	7.2時間

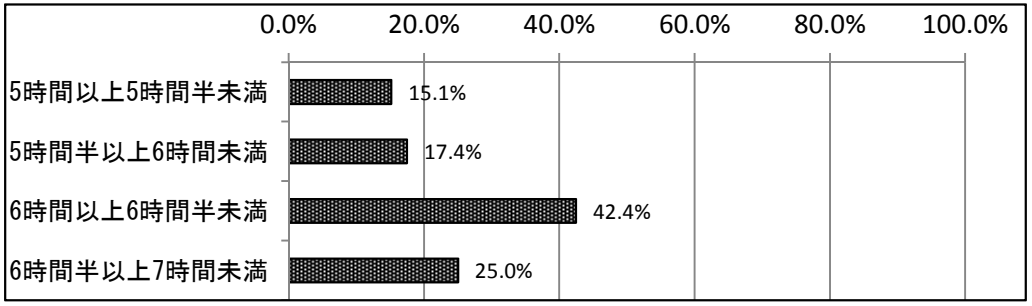
サービス提供開始･終了時間（平日）

	開始時間	終了時間
全体	9:33	16:01
3時間以上5時間未満：午前開始	9:03	13:08
3時間以上5時間未満：午後開始	13:28	16:38
5時間以上7時間未満	9:33	15:48
7時間以上9時間未満	9:09	16:32

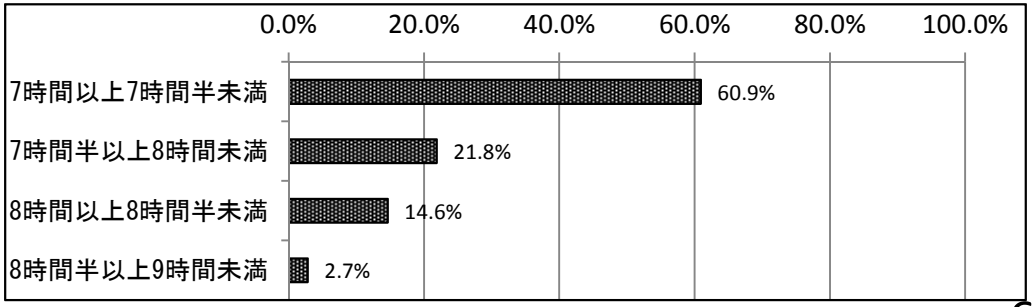
3時間以上5時間未満



5時間以上7時間未満



7時間以上9時間未満



【出典】平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「通所介護等の今後のあり方に関する調査研究事業」（平成29年３月）

基本報酬の見直しについて

論点３

○　通所介護の基本報酬は、事業所規模（地域密着型、通常規模型、大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ））に応じた設定としており、サービス提供１人当たりの管理的経費を考慮し、大規模型は報酬単価が低く設定されている（通常規模型に比して、大規模型（Ⅰ）は約２％、大規模型（Ⅱ）は約４％）。

○　直近の通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっている。

○　また、直近の管理的経費の実績を見ると、大規模型におけるサービス提供１人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型（Ⅰ）は約11%、大規模型（Ⅱ）は約12%低い結果となっている。

○　これらの実態を踏まえて、基本報酬についてどう考えるか。

対応案

○　基本報酬について、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直しを行ってはどうか。

通所介護の経営状況とサービス提供1人当たりの管理的経費

○　通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっている。
○　管理的経費の実績を見ると、大規模型におけるサービス提供１人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型（Ⅰ）は約11%、大規模型（Ⅱ）は約12%低い結果となっている。

（出典）厚生労働省「平成29年度介護事業経営実態調査」

＜収支差率＞

	地域密着型通所介護（定員18人以下）	通所介護（定員19人以上）		
1月当たり延べ利用者数（報酬上の区分）	ー（小規模型）	750人以下（通常規模型）	751～900人（大規模型（Ⅰ））	901人以上（大規模型（Ⅱ））
収支差率 ※ 収支差率＝税引前利益（収入ー支出）／収入。括弧内は税引後収支差率。	2.0%（1.6%）	3.4%（3.2%）	7.9%（7.7%）	10.0%（9.5%）
		4.9%（4.7%）		
	4.2%（3.9%）			

＜大規模型と通常規模型の管理的経費＞（サービス提供１人当たりの比較）

通常規模型	大規模型（Ⅰ）	大規模型（Ⅱ）
2,715円	2,405円	2,400円

※　サービス提供１人当たりに要する管理的経費を事業所規模別で比較すると大規模型（Ⅰ）が11.4%、大規模型（Ⅱ）が11.6%低い（≒スケールメリットが働いている）。

薬価制度の抜本改革における主要テーマ

① 新薬創出等加算の見直し（㉛、㉝）

② 改定年の間の年における改定について（㉝）

③ 効能追加等に伴う市場拡大への対応（㉝）

④ 長期収載品の薬価等の見直し（㉙、㉛、㉝）

新薬創出等加算の見直し（品目要件）

㉛、㉝

現行制度の概要

○ 対象品目は、後発品上市までの間、改定による薬価引下げを猶予

〔企業要件〕厚労省からの医薬品開発の要請に応じていること
〔品目要件〕乖離率（薬価差）が全医薬品の平均以下であること

課題

○ 企業に着目した制度であり、企業要件さえ満たせば、事実上、すべての新薬が対象となる。そのため、革新性の低い医薬品も薬価が維持される。

○ 乖離率が平均以下という品目要件があることで、対象外になることを回避したい企業が仕切価を高く設定し、価格が高止まりしているとの指摘もある。

改革の方向性（品目要件の見直し）

現行

低い ← → 高い

右記以外の品目	平均乖離率を上回っている品目

見直し後

- 画期性加算・有用性加算の補正加算のついた医薬品
- 営業利益に補正された医薬品
- 希少疾病用医薬品
- 新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性・有用性が認められるものに限る）等

- 医療用配合剤
- ラセミ体が存在する医薬品
- 類似薬効比較方式（Ⅱ）で算定された医薬品
- その他基準に照らして革新性・有用性が認められない医薬品

新薬創出等加算の見直し（企業指標）

㉛、㉝

○　未承認薬・適応外薬の解消に取り組むため、国からの開発要請に適切に対応することを前提条件とする

○　企業が更なる革新的新薬開発に取り組むインセンティブとするため、革新的新薬の開発やドラッグ・ラグ解消の実績・取組を指標とし、これらの指標の達成度に応じて、加算率を３段階に設定

現行

企業要件

①開発要請等を受けた企業
（適切に対応しない企業を除く）

②真に医療の質向上に貢献する医薬品の開発企業
（開発要請等を受けていない企業のうち）

※　開発要請を受けていない企業に対し、②の基準により対象企業かどうかを判定

見直し後

企業指標

A 革新的新薬創出の実績・取組

B ドラッグ・ラグ解消の実績・取組

C 世界に先駆けた新薬の開発

＊　開発要請に対して適切に対応しない企業は、そもそも新薬創出等加算の対象外とする。

【指標の達成度・充足度の評価方法】（イメージ）

○　次に掲げるに関する指標の達成度・充足度に応じた加算率とする。

（A）革新的新薬創出　（B）ドラッグ・ラグ対策　（C）世界に先駆けた新薬開発

医療系ベンチャーについては、新薬開発に係る実績・今後の取組が限られている一方で、革新的新薬創出の重要な役割を果たすことが期待されており、企業指標にかかわらず加算率を設定

新薬創出等加算の見直し（全体像）

㉛、㉝

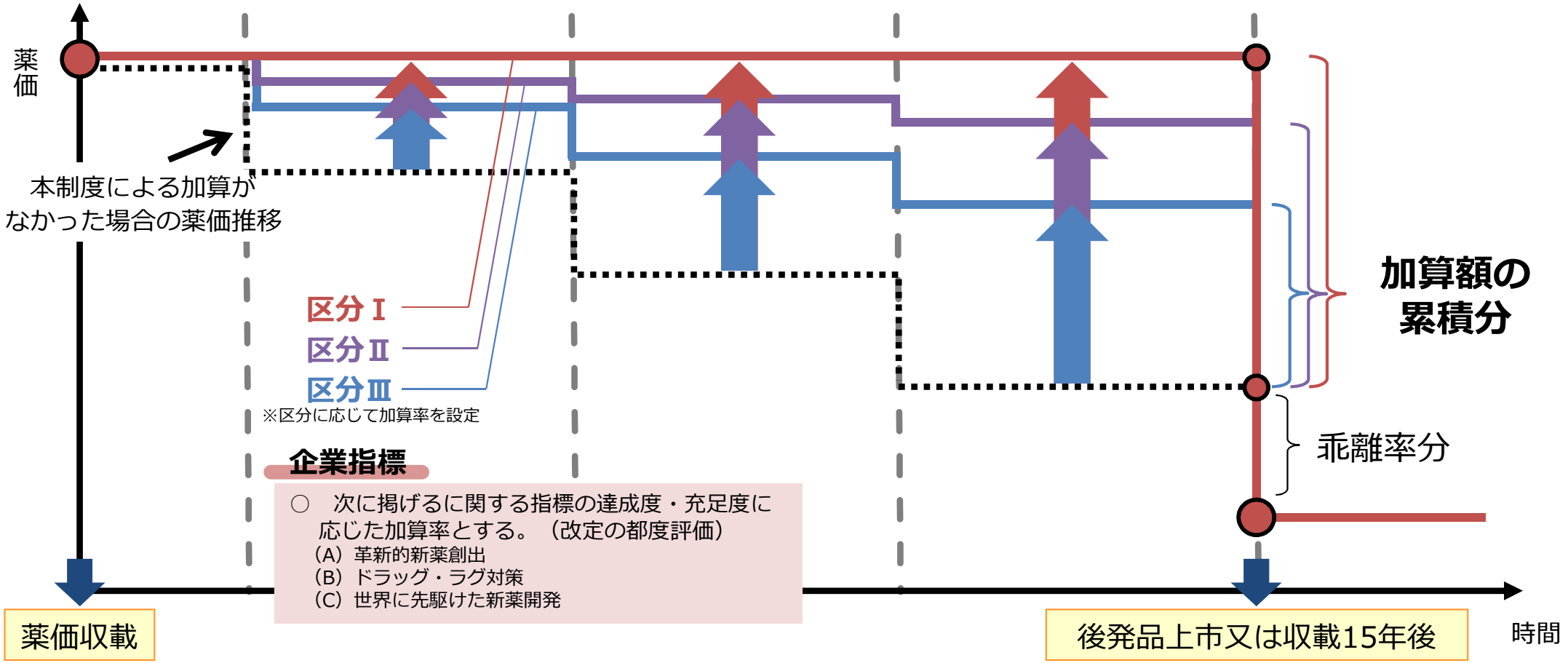
制度の位置づけ

○　革新的新薬の創出を促進するための効率的・効果的な仕組みへと抜本的に見直した上で、制度化を検討。

品目要件

○　医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断

画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品、希少疾病用医薬品、新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性、有用性が認められるものに限る。）等に絞り込み。



企業指標

○　次に掲げるに関する指標の達成度・充足度に応じた加算率とする。（改定の都度評価）

（A）革新的新薬創出
（B）ドラッグ・ラグ対策
（C）世界に先駆けた新薬開発

※　なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

毎年薬価調査・毎年薬価改定

現行制度の概要

○　通常、薬価は２年に１度、市場実勢価格に応じて改定（全医薬品を対象）。

○　改定の前年に、卸売業者に対し、医療機関等への納入価格を調査する。

○　市場実勢価格に調整幅（改定前薬価の２％）を加えた額を改定後の薬価とする。

課題

○　市場実勢価格が低下しても、２年間、薬価が据え置かれることから、国民負担の軽減の観点を踏まえた対応を検討する必要がある。

毎年薬価調査・毎年薬価改定について

改革の方向性

＜薬価調査の対象範囲＞

○　市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、２年に１度の薬価改定の間の年度（薬価改定年度）において、全ての医薬品卸から、大手事業者を含め調査対象を抽出し、全品目の薬価調査を実施することとし、その結果に基づき、薬価を改定する。

＜対象品目の範囲＞

○　対象品目の範囲については、平成33年度（2021年度）に向けて※、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

*平成31年（2019年）は、消費税率の引上げが予定されており、全品目の薬価改定が行われるため、薬価改定年度の最初の年は平成33年度（2021年度）となる。

○　平成30年度（2018年度）から平成32年度（2020年度）までの３年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、平成32年（2020年）中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。

（参考）　対象品目の範囲と医療費への影響（試算※）

ア）平均乖離率2.0倍以上（約31百品目、全品目の約２割）　▲500～800億円程度

イ）平均乖離率1.5倍以上（約50百品目、全品目の約３割）　▲750～1,100億円程度

ウ）平均乖離率1.2倍以上（約66百品目、全品目の約４割）　▲1,200～1,800億円程度

エ）平均乖離率１倍超　（約81百品目、全品目の約５割）　▲1,900～2,900億円程度

※　これまでの2年分の価格乖離の1/2～3/4が薬価改定年度に発生するものと仮定して、27年度の薬価調査実績に基づき試算

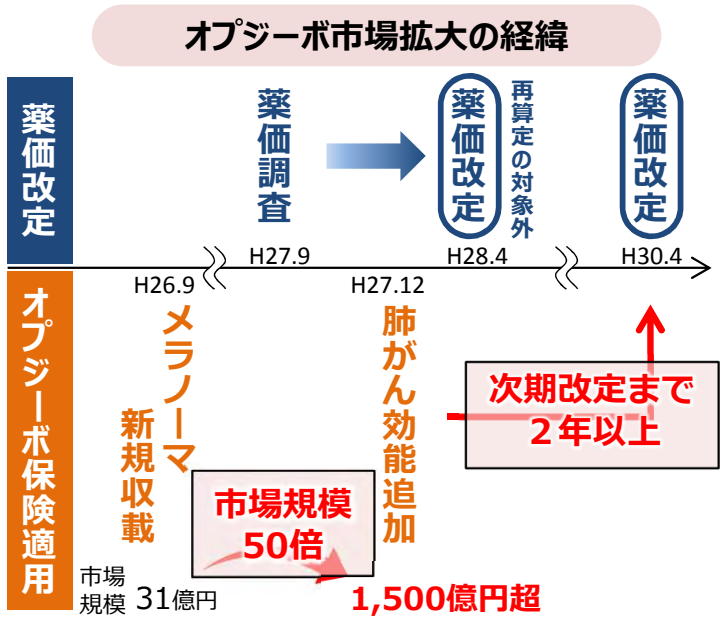
効能追加等に伴う市場拡大への対応

現行制度の概要

○　これまで、効能追加等により市場規模が拡大した医薬品の薬価については、２年に１回の薬価改定時において、市場拡大再算定等により、薬価を引下げ。

課題

○　オプジーボのように、効能追加等により市場規模が急激に拡大した場合には、迅速かつ機動的に、薬価を引き下げられるようにする仕組みの導入が必要。



オプジーボ経緯	
○　平成26年７月	オプジーボ承認（日本発のメラノーマへの画期的治療薬として世界に先駆け登場）
○　平成27年12月	非小細胞肺がんの適応追加（販売額が急激に拡大）
○　平成28年11月	国民負担への影響を踏まえ、緊急的に薬価を50%引下げ（平成29年２月施行）

改革の方向性

○　以下の方法により、保険収載後の状況の変化に対応。

【市場拡大の把握方法】　NDBにより使用量を把握し、一定規模以上の市場拡大を把握

【把握する品目】　効能追加等がなされたすべての医薬品をフォロー

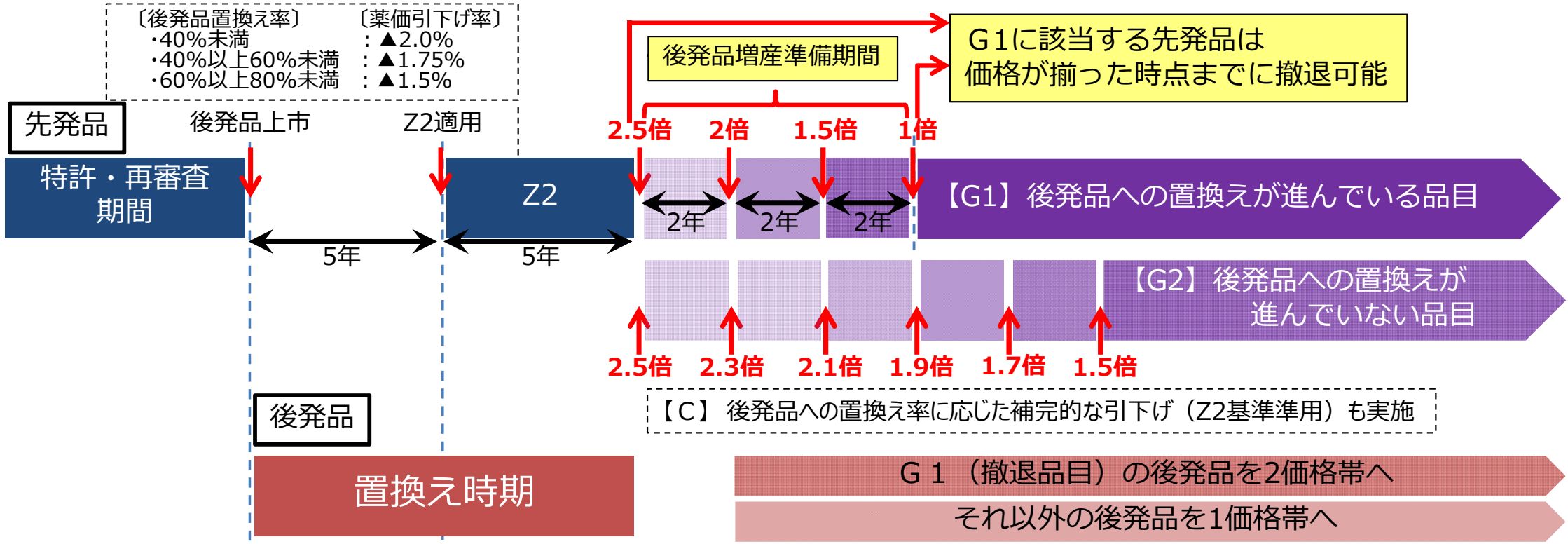
【引下げ対象・方法】　市場規模350億円超の品目について、新薬収載の機会（年４回）を活用し、市場拡大再算定のルールに従い薬価改定

※過去10年間に再算定の対象となった品目では、市場規模350億円超の品目を対象とすると、品目を半数に限定しつつ、市場シェアの４分の３を捕捉できる。

長期収載品の薬価等の見直し

㉙、㉛、㉝

○　我が国の製薬産業の構造を、長期収載品依存から、より高い創薬力を持つものへと転換する観点から、後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。



長期収載品の価格引下げ

○　①　後発品置換率が80%以上の品目は、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引き下げ、その後、６年間かけて段階的に後発品の薬価まで引き下げる。

②　後発品置換率が80%未満の段階であっても、同様に、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引下げ、その後、10年間かけて段階的に後発品の薬価の1.5倍まで引き下げる。

○　その際、後発品よりコストのかかる主たる要因である、長期収載品への事実上の情報提供義務にもかかわらず、後発品と薬価を揃えることになるため、先発品は市場から撤退できるものとする。

○　引下げ幅が著しく大きくなる品目等については、円滑実施の観点から、適切な配慮措置を講ずる。

後発品の価格帯集約

○　上市から12年が経過した後発品については1価格帯を原則とする。

○　ただし、後発品置換率が80%以上であって、先発品企業が撤退する品目については、安定供給に貢献する後発品企業（先発品企業撤退分の増産対応を担う企業）の品目とそれ以外の後発品企業の品目に分けた２価格帯に集約する