診療報酬改定勉強会

2018年度
診療報酬・介護報酬
同時改定のポイント
～概要編～

2018年5月17日
有限会社メディカルサポートシステムズ
認定医業経営ｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ　第5590号
神奈川県支部　副支部長
細　谷　　邦　夫

医介薬歯の大連合で対応！

改定の基本方針等

改定率（診療報酬等）

- 診療報酬本体改定率　＋0．55%（＋0．49%）
  - 各科改定率
    - 医科　＋0．63%（＋0．56%）
    - 歯科　＋0．69%（＋0．61%）
    - 調剤　＋0．19%（＋0．17%）
- 薬価改定等改定率　△1．74%（△1．33%）
  - 薬価改定　　△1．65%（△1．22%）
    - 実勢価格改定　△1．36%
    - 薬価制度の抜本改革　△0．29%
  - 材料価格改定　　△0．09%（△0．11%）
- （）内は前回改定分

改定率（介護報酬等）

- 介護報酬改定率　　＋0．54％（△2．27％）
- 介護報酬改定率　　＋0．47％
- 障害者福祉サービス　＋0、47％
  - 介護は6年ぶりのプラス改定
  - 障害者は前回はプラマイゼロ
  - 地域医療総合確保基金を30億円積み増し？

平成３０年度診療報酬改定の基本方針（案の概要）

平成29年12月7日 | 第110回社会保障審議会医療保険部会 | 資料1－1

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年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025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、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、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

【主な事項】

- ○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- ○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- ○ 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
- ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- ○ 認知症の人への対応の強化
- ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

Ⅱ　自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- ○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- ○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- ○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- ○ 身体的拘束等の適正化の推進

Ⅲ　多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- ○ 生活援助の担い手の拡大
- ○ 介護ロボットの活用の促進
- ○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

Ⅳ　介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

今次改定は大改定？

- 次期改定は同時改定
  - ６年ぶりの診療報酬と介護報酬の同時改定
  - 第７次医療計画と第７期介護保険事業計画がスタート
  - その他、障害福祉サービス等報酬改定、介護保険法改正、介護報酬改定、第3期医療費適正化計画、国民健康保険の都道府県化などもあり「トリプル改定」や「惑星直列」と言われている
- 政府４計画との関連
  - 骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針）
  - 未来投資戦略2017
  - 規制改革実施計画
  - まち・ひと・しごと・創生基本方針2017
- 医介薬歯の大連合で対応することが肝要！

かかりつけ医とかかりつけ医機能

「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。

かかりつけ医とかかりつけ医機能

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－2．外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価③

かかりつけ医機能評価の充実

・かかりつけ医とかかりつけ歯科医の間の情報共有の評価

・がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価

・末期のがん患者についてケアマネージャーと在宅主治医との連携を強化

情報共有・連携

情報共有・連携

連携

情報提供

訪問診療への移行

・生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

・かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価

・地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
（※）複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価

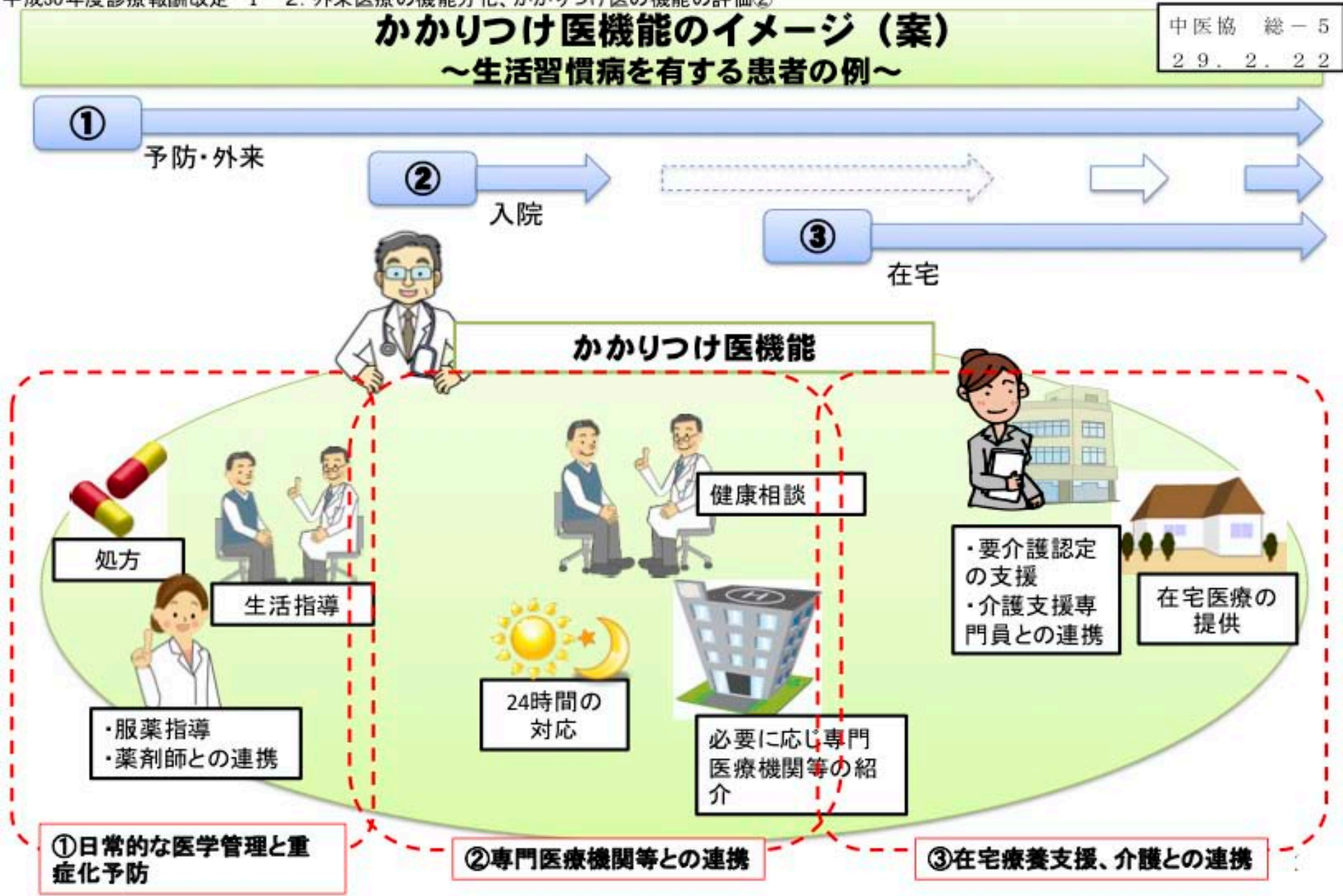
・小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

・外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価

かかりつけ医とかかりつけ医機能

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



かかりつけ薬局から健康サポート薬局へ

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**
- 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
- 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
- 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援　等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

☆ **副作用や効果**の継続的な確認

☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**

○ ＩＣＴ（電子版お薬手帳等）を活用し、
- 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
- 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
- 24時間の対応
- 在宅患者への薬学的管理・服薬指導

※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆ 疑義照会・処方提案　☆ 副作用・服薬状況のフィードバック　☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有　☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応　☆ 医療機関への受診勧奨

かかりつけ薬局から健康サポート薬局へ

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

薬中心の業務

・処方箋受取・保管
・調製(秤量、混合、分割)
・薬袋の作成
・報酬算定
・薬剤監査・交付
・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

専門性＋コミュニケーション能力の向上

患者中心の業務

・処方内容チェック
（重複投薬、飲み合わせ）
・医師への疑義照会
・丁寧な服薬指導
・在宅訪問での薬学管理
・副作用・服薬状況のフィードバック
・処方提案
・残薬解消

薬中心の業務

かかりつけ薬局から健康サポート薬局へ

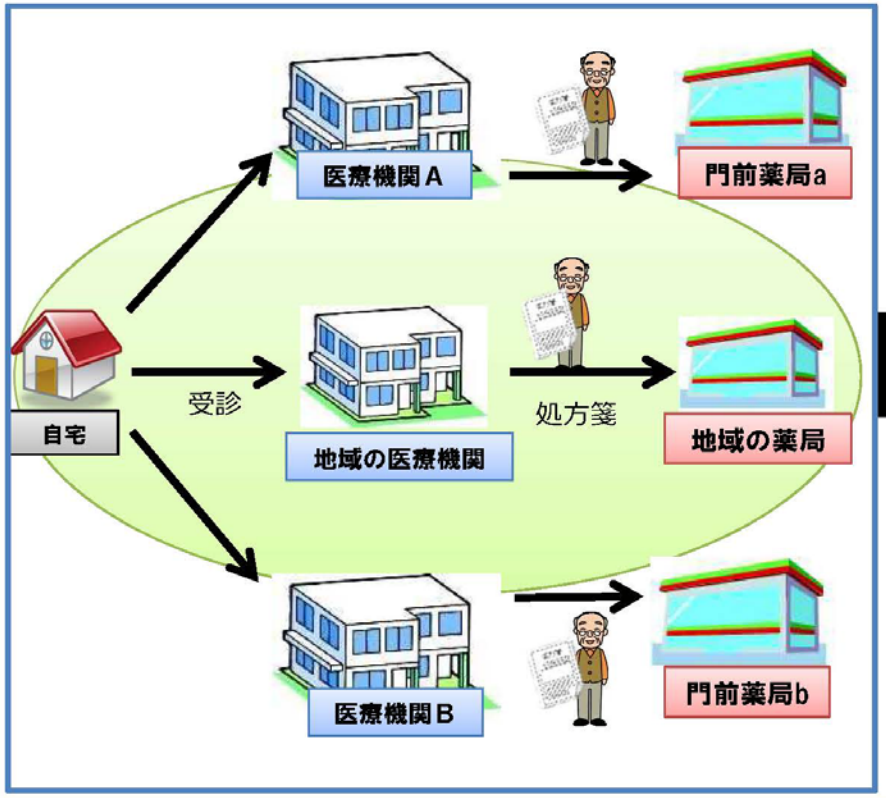
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

平成27年5月21日規制改革会議
健康・医療WG 厚生労働省提出資料（改）

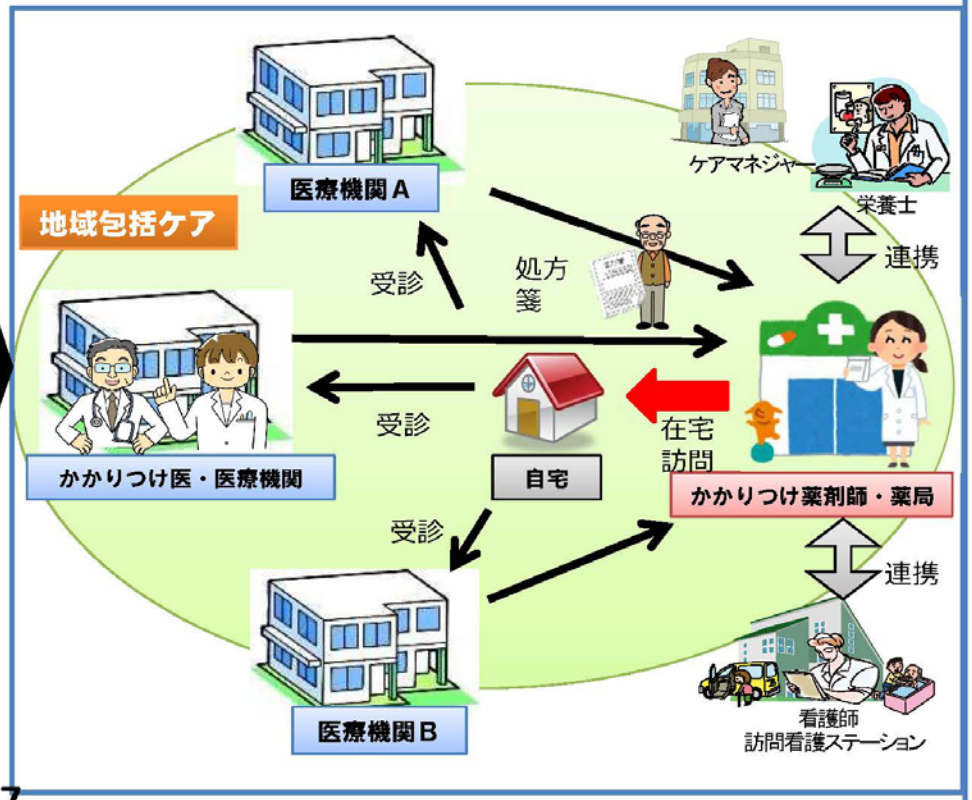
○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方（イメージ）

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



院外処方箋様式変更

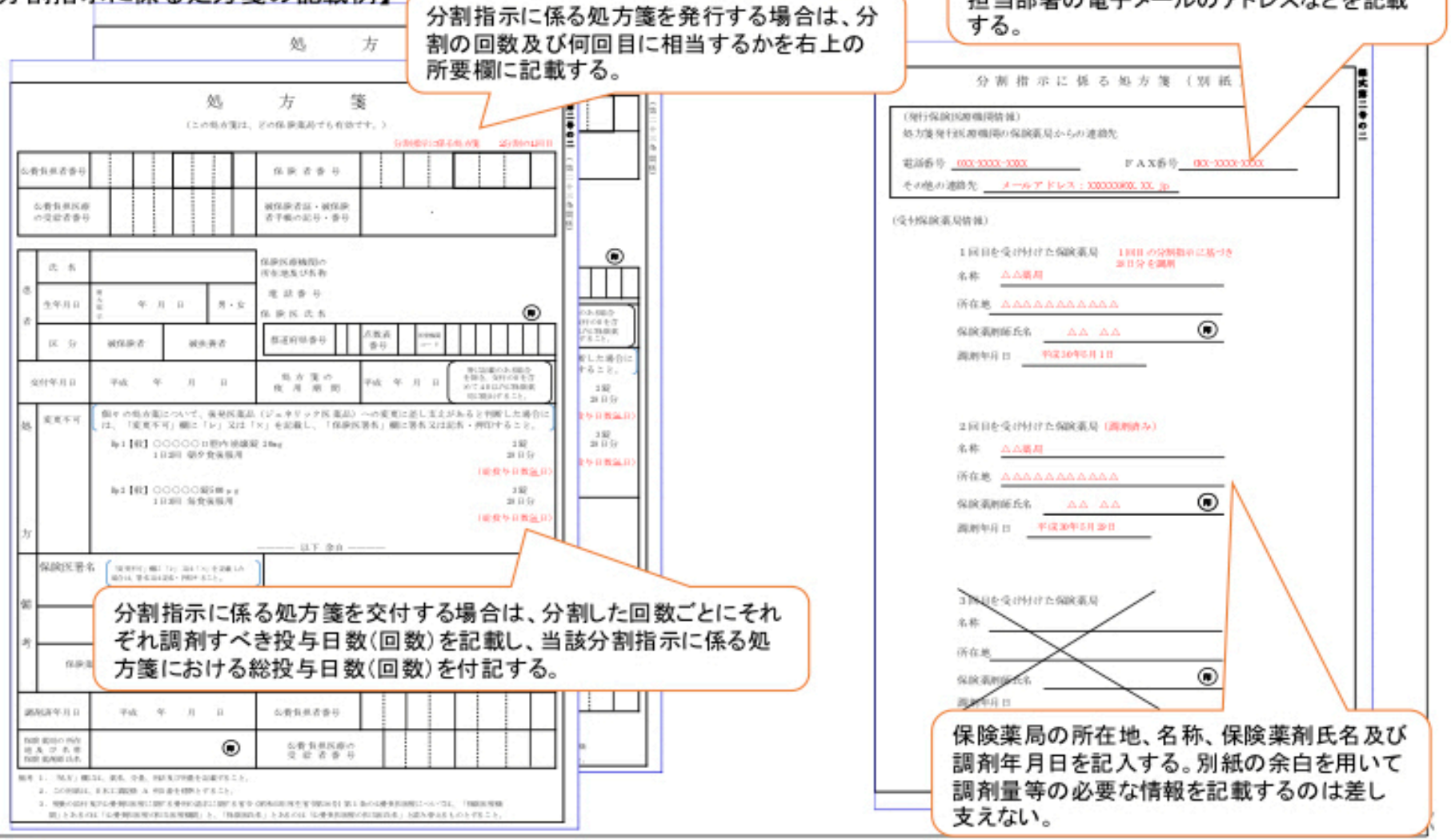
（様式p944）

平成30年度診療報酬改定

分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

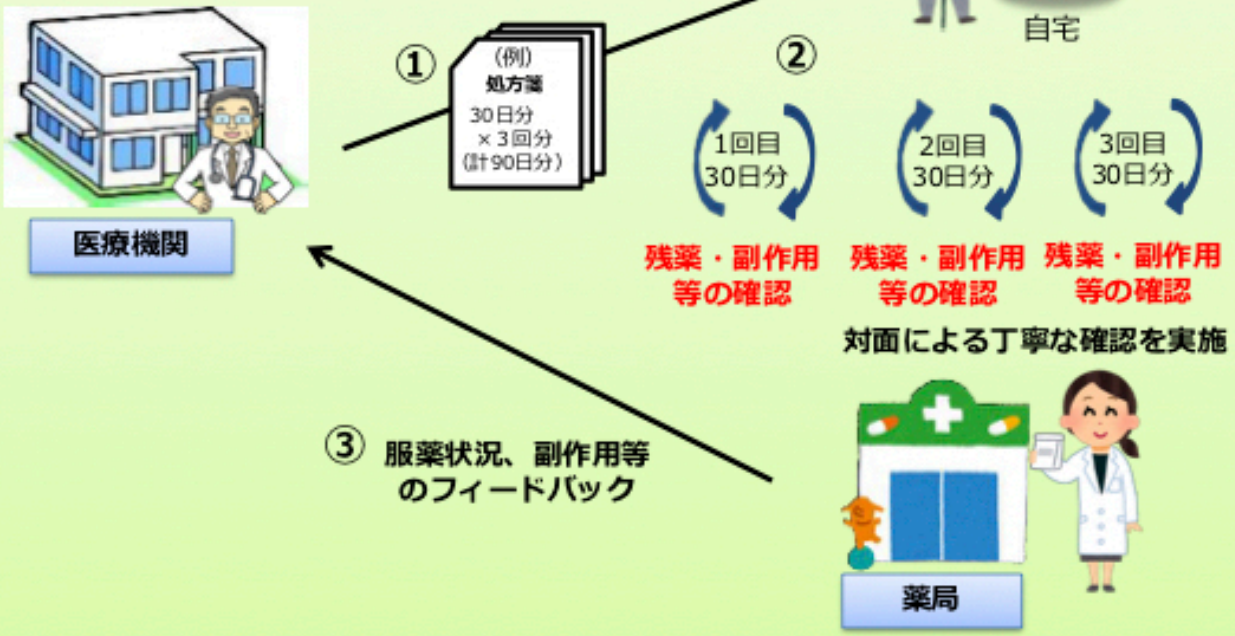


院外処方箋様式変更

平成30年度診療報酬改定

分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）



［分割調剤に係る留意事項］

ア　分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。

イ　患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ　患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

［その他］

ア　別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

残薬調整の取り扱いの明確化

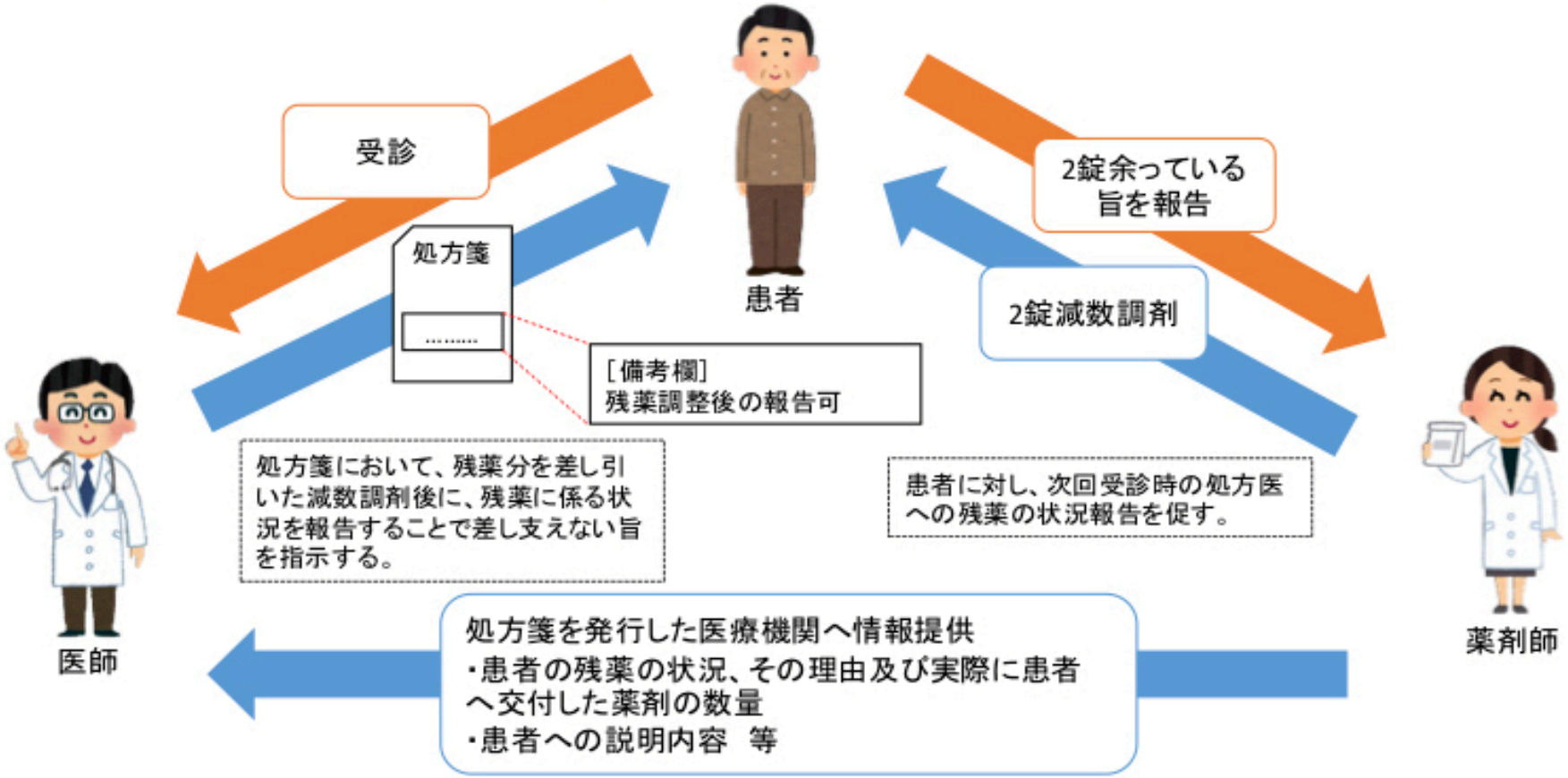
平成30年度診療報酬改定

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤：薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤（例）



残薬調整の取り扱いの明確化

平成30年度診療報酬改定

疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

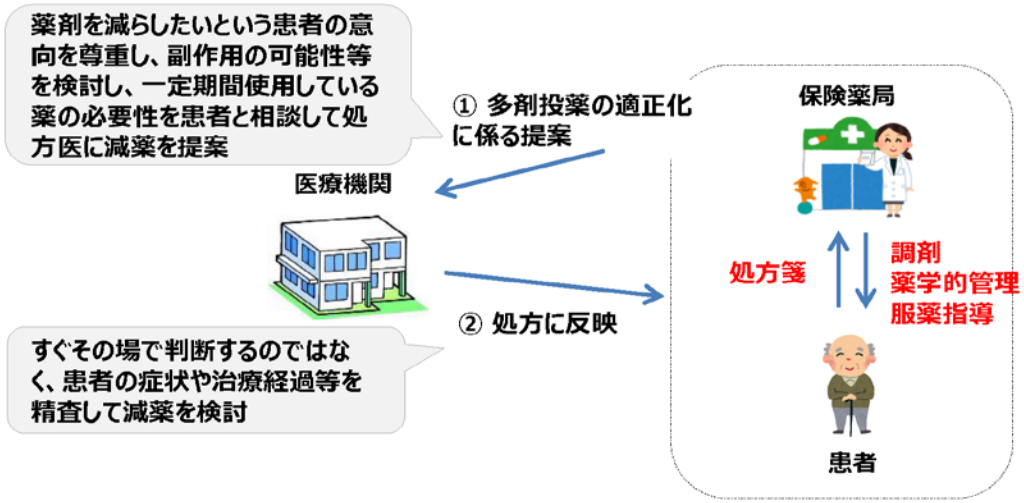
○ 疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案については、以下のように整理される。

疑義照会：薬の受け渡し時における、処方内容に係る照会

重複投薬・相互作用等防止加算（40点又は30点）

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に加算。

多剤投薬の適正化に係る提案：薬の受け渡し時以外の、患者の意向を尊重した薬学的観点からの処方医への提案



服用薬剤調整支援料（125点）

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回に限り算定。

【参考】調剤報酬で医療機関との連携を要する報酬

投薬

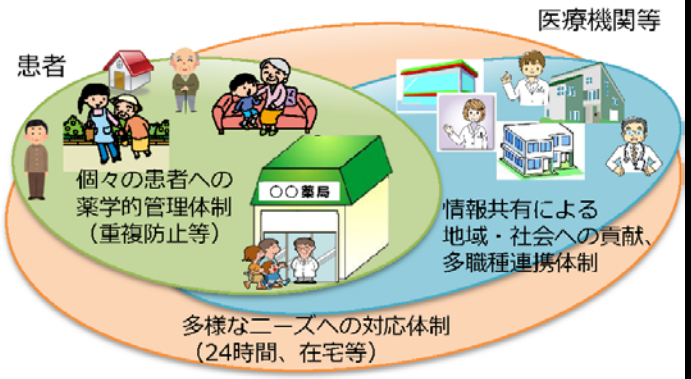
◆（新）地域支援体制加算　35点

地域支援体制加算の概念

地域支援体制加算について

これからの薬局には①かかりつけ薬剤師による適切な薬学的管理の提供、②あらゆる処方箋に対していつでも調剤サービスを提供できる体制の整備に加え、③安全性向上に資する事例の共有（プレアボイドへの取組）なども含め、地域支援等に積極的に貢献することが求められている。これを踏まえ、地域包括ケアの中で、地域医療に貢献する薬局を評価する「地域支援体制加算」を新設。

要件設定のイメージ



個別要件の分類

	実績要件８項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料	■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 ■ かかりつけ薬剤師届出
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	■ 服薬情報等提供料	■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者と連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算	■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績

※　基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

調剤基本料１の薬局に求める要件

【参考】調剤薬局と他施設、患者とのかかわり

ライフステージにおける患者と薬剤師・薬局のかかわり（イメージ）

乳幼児・小児期

成人期

中年期

高齢期・後期高齢期

急性疾患

急性疾患

慢性疾患

ADL低下

患者が抱える課題

- ■成長に応じた投与量
- ■家族の心配
- ■アレルギーの心配
- ■いろんな薬剤師と同じ話をするのは面倒
- ■薬がうまく飲めない
- ■前に副作用が出た薬と同じでないか不安
- ■誤飲、飲み忘れの対応がわからない
- ■同じ効き目なら安い薬が良い
- ■服用後の体調変化が気になる
- ■症状がないと飲み忘れる
- ■薬の数が増える
- ■薬が余る
- ■疾患の悪化による、より作用の強い薬への処方変更
- ■薬が飲みづらい
- ■飲み忘れが多くなる
- ■薬への理解が難しくなる
- ■緩和ケアをうけたい
- ■普段の生活と薬の関係について知りたい
- ■副作用かなと思ったらすぐ相談したい
- ■代謝・排泄能力の低下による効果・副作用の変化
- ■薬が重複してないかわからない
- ■家でも注射薬が必要

専門医・専門医療機関

かかりつけ医

入院医療機関

訪問看護師、ケアマネ等

自宅等

薬剤師・薬局のかかわり

多職種連携

■残薬・副作用の共有　■受診勧奨　■薬剤に係る提案、疑義照会　■入退院時の情報共有　■訪問看護師、ケアマネ等との連携

薬学的管理・指導

処方監査、薬学的管理・指導等を通じ、薬物療法の有効性・安全性向上に貢献

- ■投与量、回数等の確認
- ■飲みやすさの改善
- ■閉局時の電話相談
- ■食品やOTC医薬品との相互作用の確認
- ■後発医薬品の推奨
- ■多剤服用の適正化
- ■残薬の適正化
- ■薬の重複・相互作用の防止
- ■服薬アドヒアランスの確保
- ■ハイリスク薬への注意
- ■副作用等の問題の早期発見
- ■服用期間中の電話等でのフォロー
- ■家族等への情報提供
- ■在宅薬剤管理
- ■無菌調剤
- ■緊急時対応

検診等の受診勧奨、健康相談

かかりつけ薬剤師・薬局による一元的・継続的なかかわりが重要

厚生労働省保険局医療課にて作成

在宅医療の見直しのイメージ

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4．質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療**（裾野の拡大）**が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月１回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

医療と介護の連携

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－5．医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

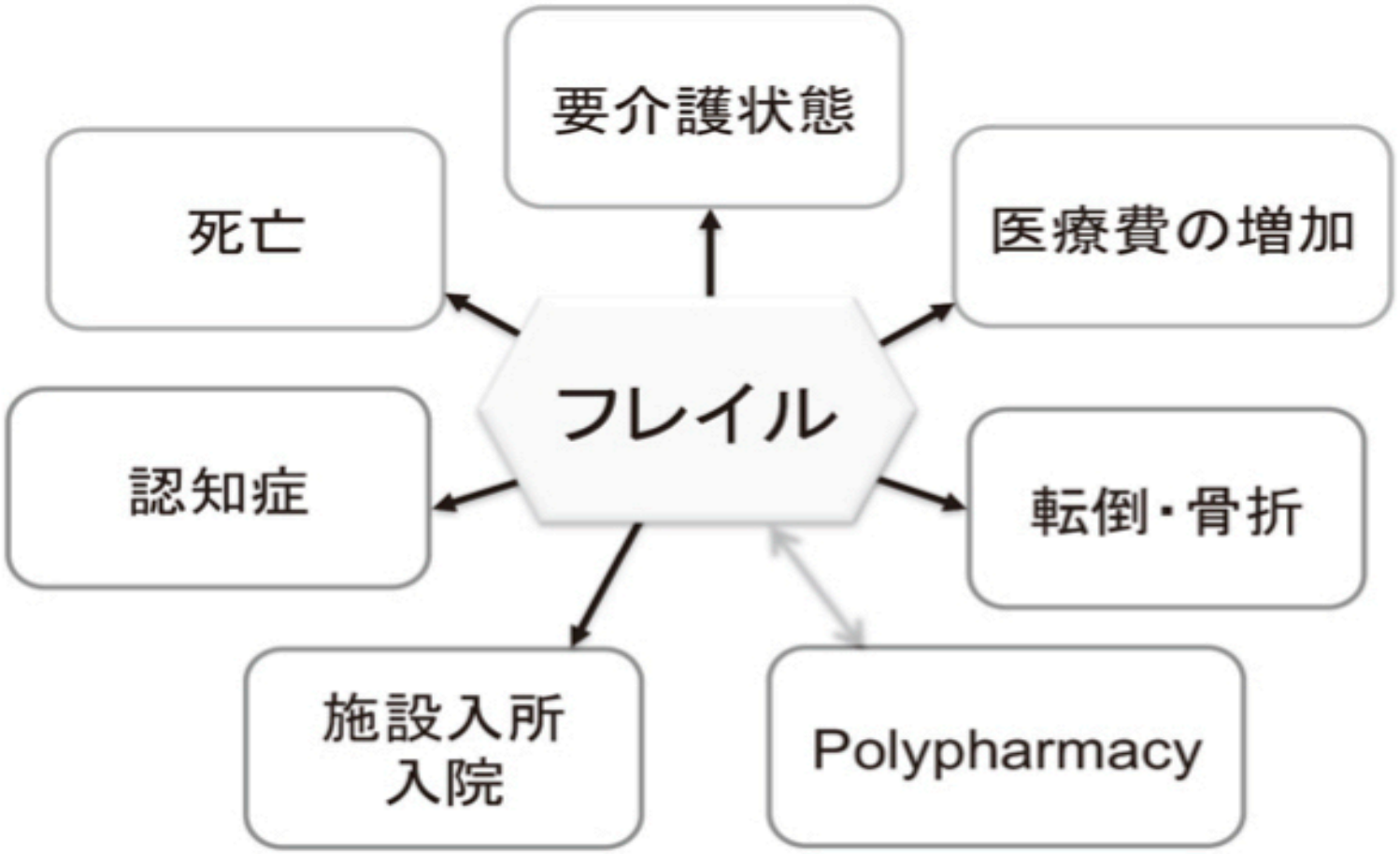
- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

医療と介護の連携

フレイルは多岐にわたり悪影響を及ぼす



荒井秀典．体力科学 第65 巻 第3 号 337 - 341 (2016) 出典：日医かかりつけ医機能研修制度平成29年度応用研修会資料

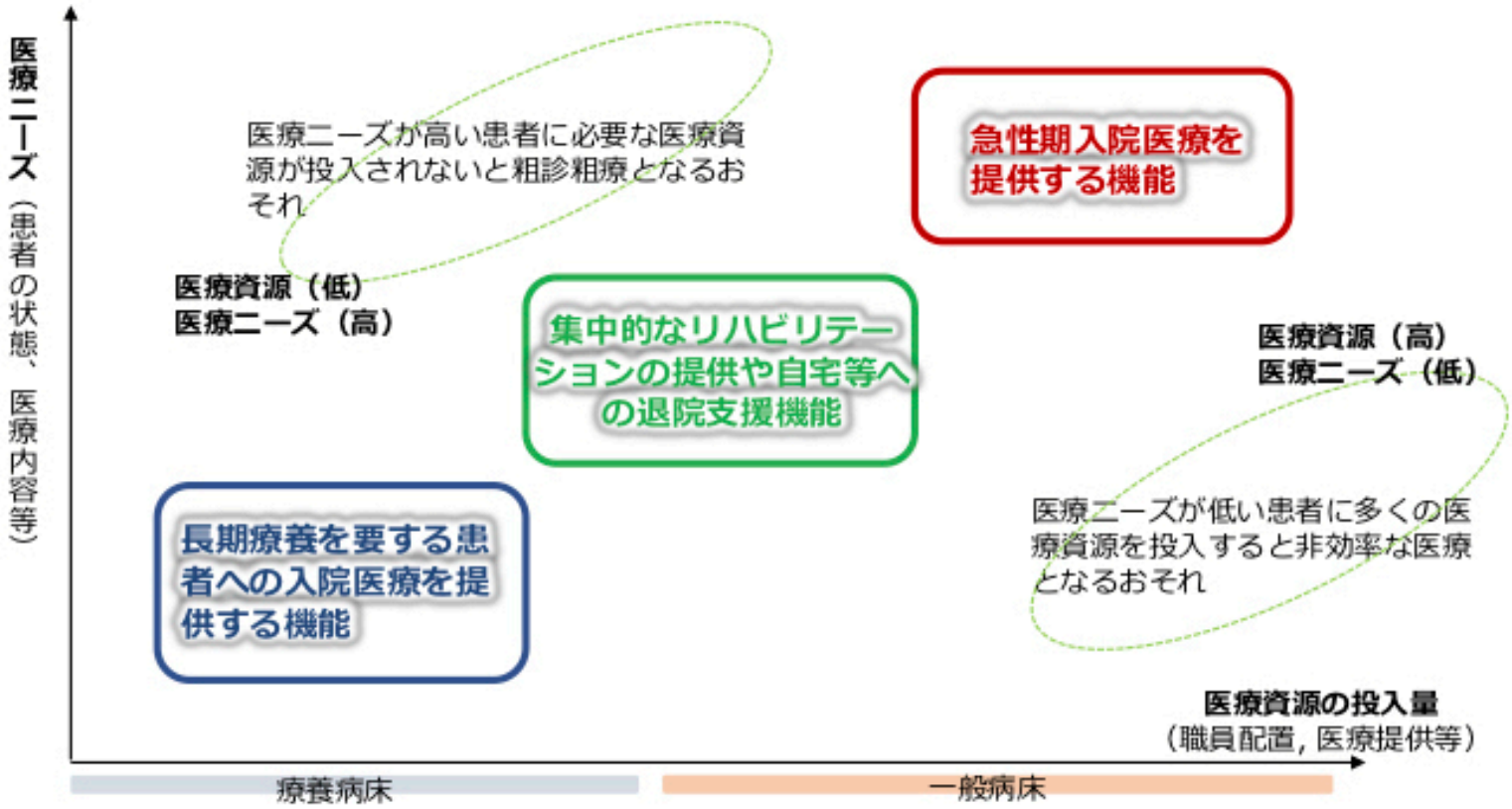
社会保障改革に向けた基本的考え方の流れ

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－1．医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価①

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

○　入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。

○　患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。

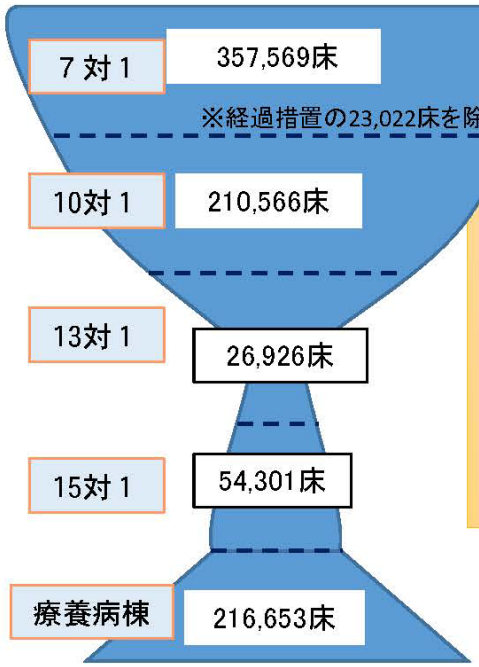


社会保障改革に向けた基本的考え方の流れ

平成26年度診療報酬改定

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」（概要）
（平成25年９月６日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会）

＜現在の姿＞



基本的な考え方

＜高度急性期・一般急性期＞

○病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- 平均在院日数の短縮
- 長期入院患者の評価の適正化
- 重症度・看護必要度の見直し
- 入院早期からのリハビリの推進　等

＜回復期（亜急性期入院医療管理料等）＞

○急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- 急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価　等

＜長期療養＞

○長期療養患者の受け皿の確保

＜その他＞

○医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
○有床診療所の機能に応じた評価

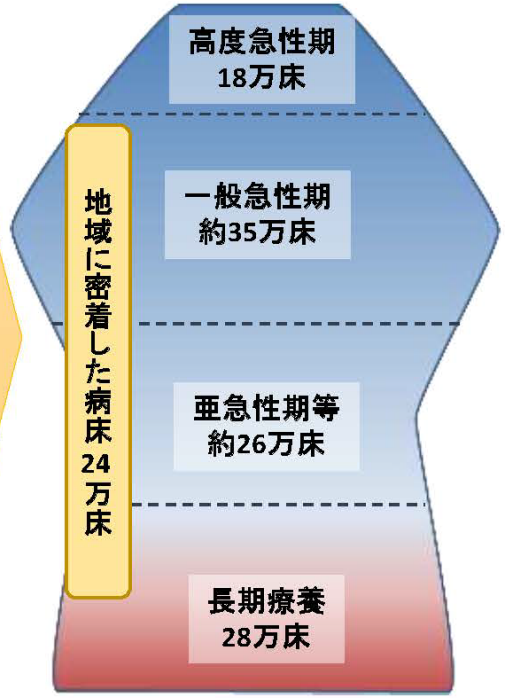
＜外来医療＞

○外来の機能分化の推進
- 主治医機能の評価　等

＜在宅医療＞

○質の高い在宅医療の提供の推進
- 在宅療養支援診療所・病院の機能強化　等

＜2025年(平成37年)の姿＞



外来医療

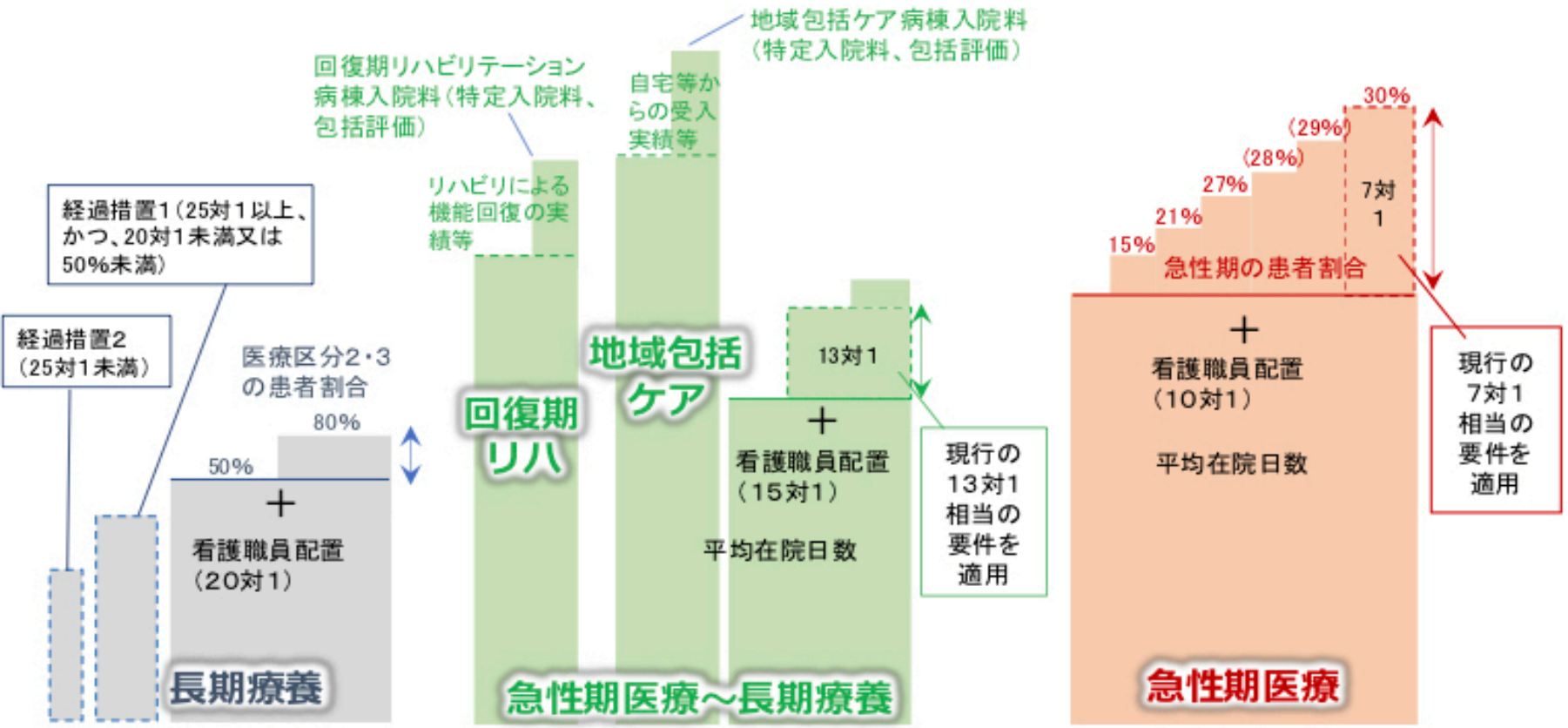
在宅医療

社会保障改革に向けた基本的考え方の流れ

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－1．医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価②

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（２０対１、２５対１）を再編・統合

一般病棟入院基本料（１３対１、１５対１）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）を再編・統合

※　特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

レセプト業務に関する動向

事務の効率化・合理化１

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2

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。

支払基金業務効率化・高度化計画

支払基金業務効率化・高度化計画　工程表の概要

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告書（平成29年1月12日）

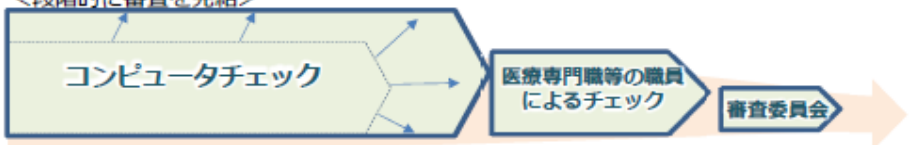
審査業務の効率化	●新たなシステムへの刷新を行い、レセプト審査におけるコンピュータチェックの寄与度を高め、徹底的な審査業務の効率化を行う
審査基準の統一化	●地域ごとに差異のある審査基準の統一化についてはコンピュータチェックルール等について、差異の継続的な見える化を行い、審査基準の統一化に向けた定期的なPDCAを回していく
支部組織の体制の在り方	●47都道府県に配置されている支部の体制について、業務効率化を踏まえ、必要最小限のものに縮小する ●審査委員の利益相反の禁止等について、現在運用上で行っている取扱いを規則として明確化していく

支払基金の業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

目指すべき審査支払プロセス

・**コンピュータチェックの高度化**（医療機関等で事前チェックできる仕組み等の活用を図る）
・コンピュータチェック、職員チェック、審査委員会にいたる**審査を段階的に完結させる**
・**AIをフル活用して審査能力全体の向上を常に図る**

<段階的に審査を完結>



審査支払新システムの構築等

・**受付、審査、支払機能のモジュール化**
・各支部に設置されている**業務サーバーを本部へ一元化**
・**AI等の導入・活用**により**審査支払を支援する仕組みを順次導入・推進**

※国保中央会等においても、支払基金と双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現することで、コスト削減を目指す。

<受付、審査、支払機能のモジュール化>

審査業務の効率化

・コンピュータチェックに適した**レセプト様式の見直し**
・返戻査定理由の明確化
・医療機関等で**請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組み**の導入
・レセプト受付処理の平準化の仕組みの推進等

〃支払基金業務効率化・高度化計画

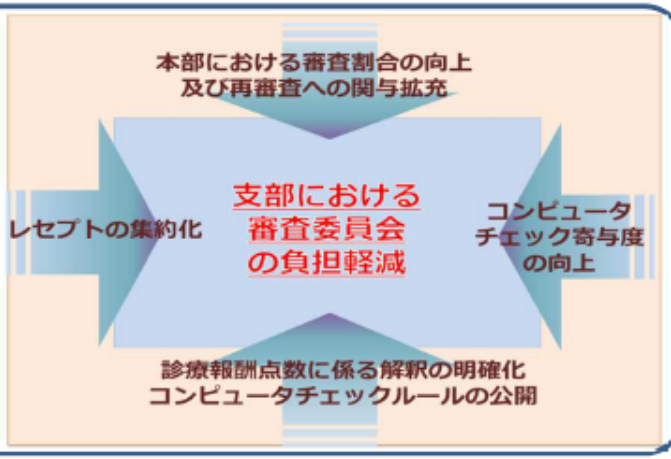
支払基金業務効率化・高度化計画　工程表の概要

支部間差異の解消

・既存のコンピュータチェックルールはその効果や妥当性を検討して、付せん数の大幅な減少を目指す
・診療報酬点数に係る**審査基準（告示・通知等）を明確化**し、**医療機関等のICTに組み込めるように基準**並びに**システムを標準化**
・国民皆保険の下、支部間・審査支払機関間（※）の差異の見える化は直ちに開始し、差異の解消を図る
・明確化・標準化された審査基準をコンピュータチェック機能に取り込む
・併せて、過去の審査データの統計分析等により、**統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やしていく**
・新システムには、**差異を解消していく仕組み**を組み込む【自動的なレポーティング機能で抽出・速やかに対処】

審査委員会のガバナンス強化

・重点審査の審査決定に際し、**診療側と保険者側で意見が相違する事案等**が生じた際に**中立な立場にある公益委員が判断**
・高額レセプトの対象範囲の拡大や専門性の高いレセプト等を対象とすることにより本部審査の対象を拡大
・再審査のガバナンス強化（**原審査と異なる医師が行い、本部の中立した視点を持って関与する仕組みの構築**）
・専門医の少ない診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用など本部を含め複数の都道府県単位での合同審査を推進
・万全な情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の実現
・審査委員の**利益相反の禁止ルール等の厳格化・明文化により、中立性を徹底**



組織・体制の見直し

・支部組織の見直し：**モデル事業の実施**（支部集約化について問題点の検証等）【遅くとも平成30年度までに実施】
・支払基金の人員体制：**現行定員の20%（800人程度）の削減**を計画的に進めるとともに、医療専門職、IT等専門人材の採用拡大等**「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化**を格段に図り、新たな医療やIT、AI等に対応する。
・育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する**常勤医師・看護師など医療専門職等の活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。**

（※）改革を進めるに当たっては、国保中央会等についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組を進める。

オンライン資格確認１

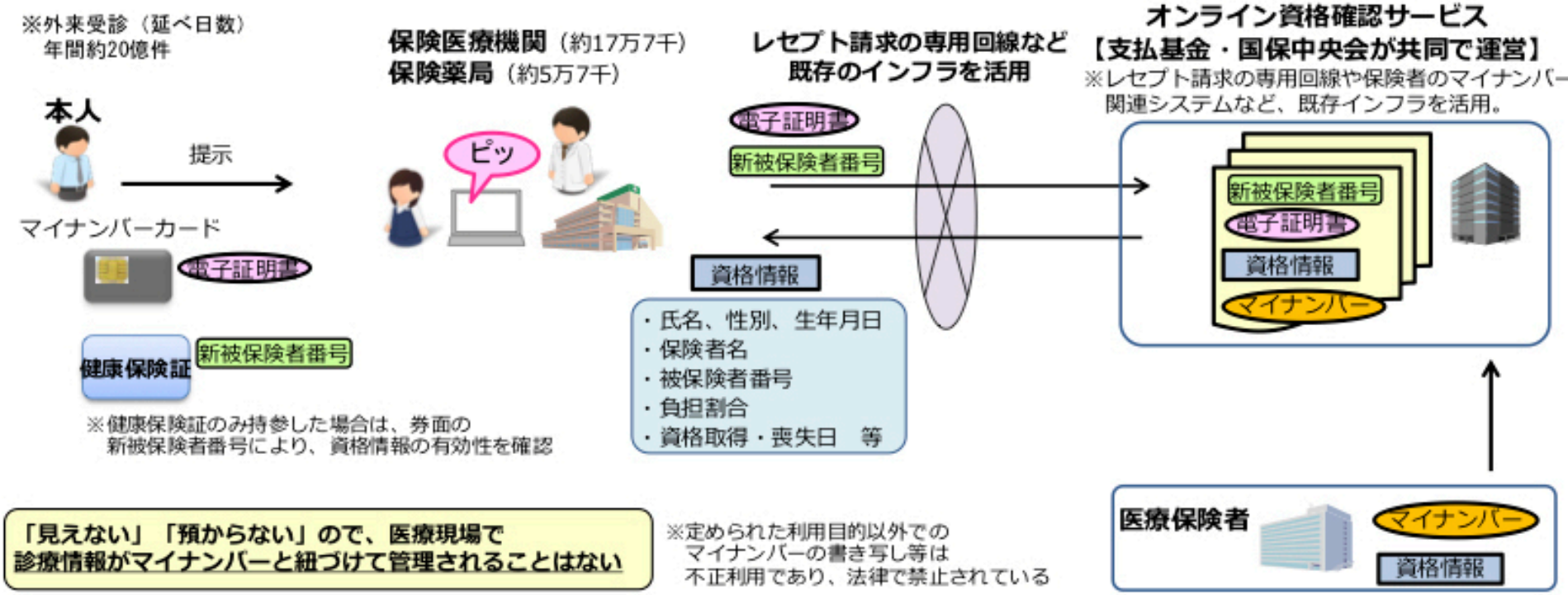
オンライン資格確認

現状・課題

・　現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の未回収の保険証による受診や、それに伴う過誤請求が請求時に判明。保険者・医療機関等の双方に負担が発生。

対応方針

・　マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等に**オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備**する。

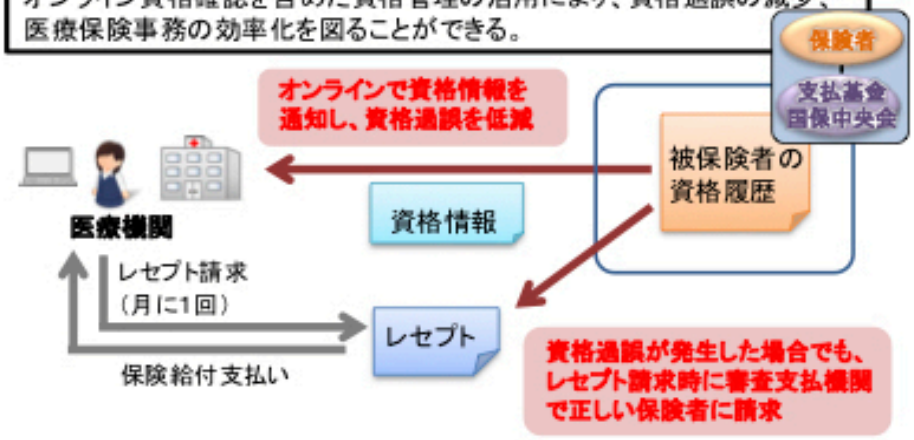


オンライン資格確認2

被保険者番号の活用可能性

1. 医療保険事務の効率化

オンライン資格確認を含めた資格管理の活用により、資格過誤の減少、医療保険事務の効率化を図ることができる。

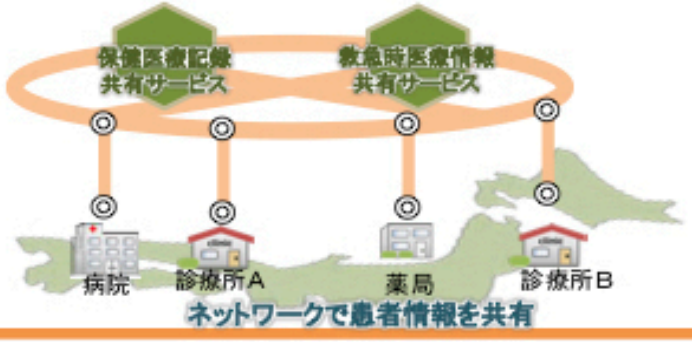


2. 保健医療データの個人向け提供サービス

個人単位の資格履歴を活用し、加入者が自らの健診情報等を閲覧することで、行動変容、生活習慣病予防につながる。

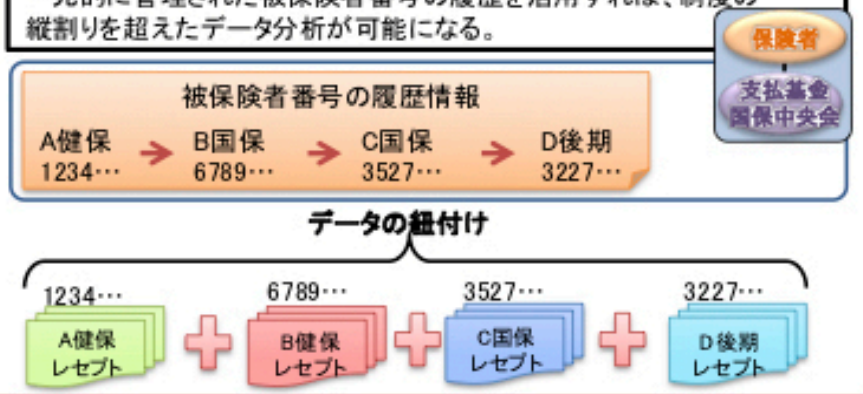
3. 保健医療情報の連携推進

新被保険者番号の活用で、医療機関・薬局等での情報連携が推進され、患者情報の共有により医療の質の向上や適正化等の効果も期待される。



4. 制度の縦割りを超えた保健医療データ分析

一元的に管理された被保険者番号の履歴を活用すれば、制度の縦割りを超えたデータ分析が可能になる。



※　個人単位化された被保険者番号は、医療等分野の情報連携に用いる識別子（ID）としての活用も見込まれる。

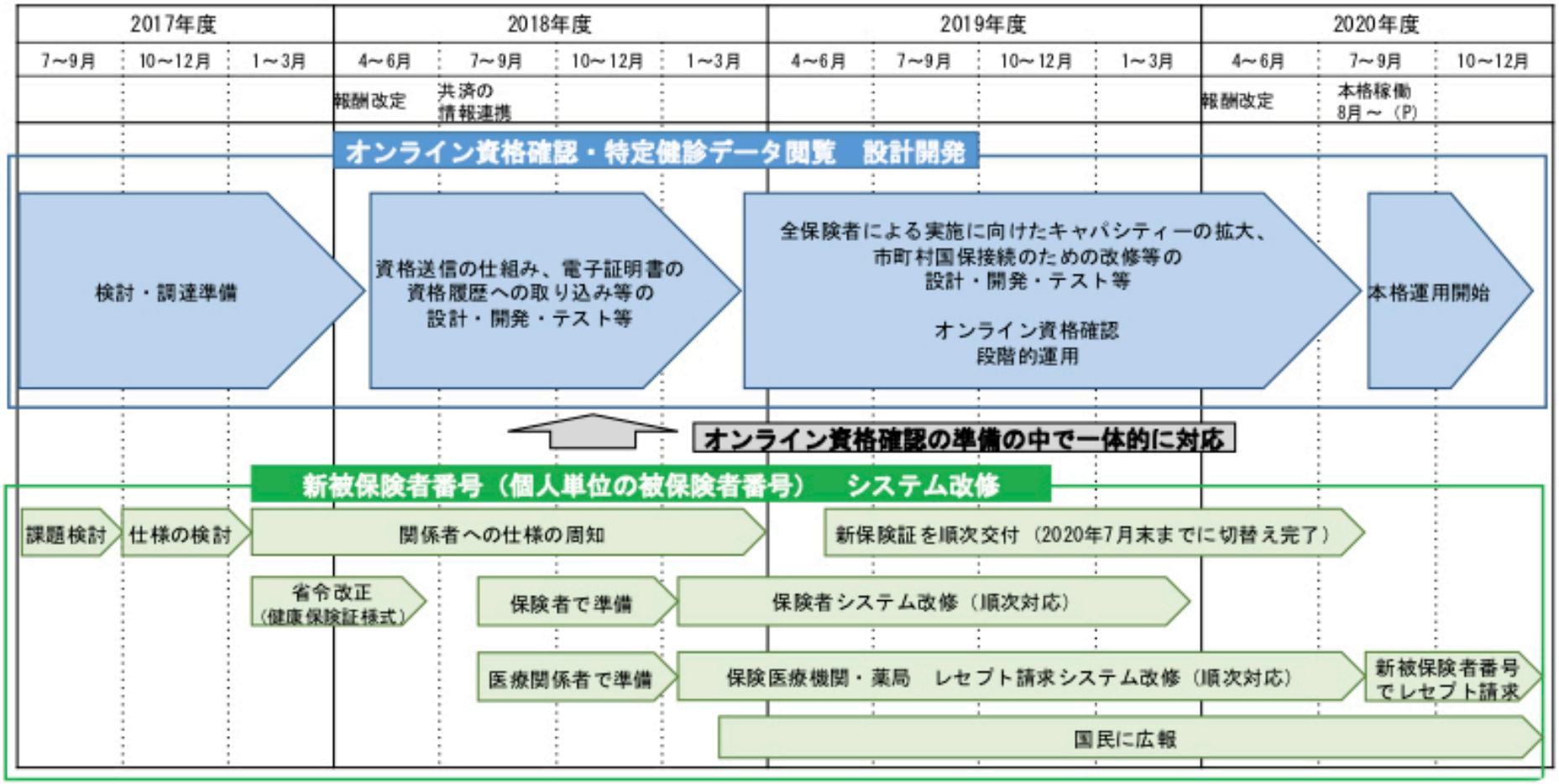
オンライン資格確認3

被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認のスケジュール（検討中）

○ **新被保険者番号（個人単位の被保険者番号）**は、オンライン資格確認の前提になるので、**オンライン資格確認と一体的に準備を進める必要**がある。保険者や保険医療機関等におけるシステム改修の着手は、**早くても、2018年4月の都道府県国保や診療報酬改定の円滑な施行を待ってから対応**する必要がある。

○ **新被保険者番号を記載した新しい健康保険証**は、既存の加入者へは、早ければ、①被用者保険は定時決定（2019年7月1日）後から順次発行、②市町村国保は2019年10月頃（定期的な発行時）から順次発行し、**2020年7月末までに完了**（**2020年8月診療分、9月請求分から新被保険者番号でレセプト請求**）するスケジュールについて**関係者と調整**する。

○ **健康保険証には、当分の間、世帯単位の被保険者番号と新被保険者番号を併記**する。



患者負担に関わる変更

高額療養費制度の改正１

高額療養費制度の見直しについて

制度概要

○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
（※）入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し内容

○ 第１段階目（29年８月～30年７月）では、現行の枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多数回該当を設定。
○ 第２段階目（30年８月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
○ 一般区分については、１年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

○現行（70歳以上）

区分	外来（個人）	限度額（世帯※1）
現役並み（年収370万円以上） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円＋1% ＜44,400円＞
一般（年収156万～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○1段目（29年８月～30年７月）

区分	外来（個人）	限度額（世帯※1）
現役並み	57,600円	80,100円＋1% ＜44,400円＞
一般	14,000円（年間14.4万円上限）	57,600円 ＜44,400円＞
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○2段目（30年８月～）

区分（年収）	外来（個人）	限度額（世帯※1）
年収約1160万～ 標報83万円以上 課税所得690万以上	252,600円＋1% ＜140,100円＞	
年収770万～1160万 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円＋1% ＜93,000円＞	
年収370万～770万 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円＋1% ＜44,400円＞	
一般（年収156万～370万円）	18,000円（年間14.4万円上限）	57,600円 ＜44,400円＞
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

※1　同じ世帯で同じ保険者に属する者　　※2　収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む

高額療養費制度の改正２

高額介護合算療養費制度の見直しについて

制度概要

○ 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における１年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。

※ 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が限度額を超えた場合に支給。

※ 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担。

見直し内容

○ 現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。

○ 一般区分については、限度額を据え置く。

＜現行＞

	70歳以上（注2）
現役並み（年収370万円～） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般（年収156～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1）	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円（注3）

細分化＋上限引き上げ

据え置き

＜平成30年8月～＞

	70歳以上（注2）	［参考］70歳未満（注2）
年収約1160万～ 標報83万円以上 課税所得690万以上	212万円	212万円
年収770万～1160万 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円	141万円
年収370万～770万 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円	67万円
一般（年収156～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1）	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円（注3）	

（注1） 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

（注2） 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

（注3） 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

2020年度改定に向けて

自院の環境の再確認

- 地域における連携の再確認
  - 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出や連携
  - 医介薬歯の連携の再確認
    - 病院・診療所のみならず介護や歯科、調剤薬局、訪問看護ステーションとの連携を深める
- 在宅医療の推進や、連携によって算定可能な点数の確認
  - 在宅医療で算定できる加算等の漏れはないか？
  - 他院からの紹介等で算定出来るもの
    - 在宅患者訪問診療料2、診療情報連携共有料　等
  - 自院からの紹介等で算定できるもの
    - 診療情報提供料の各種加算、向精神薬調整連携加算　等
- 患者層の再確認
  - 維持期リハビリテーションの経過措置は今回も延期されたが1年後には？
  - 10年後の自院の平均患者像を想定した対策
    - バリアフリー化や院内アメニティの見直し

加速する高齢化１

今後急速に高齢化が進む都市部（その１）

都道府県別の高齢者（65歳以上）人口の推移

	2010年時点の高齢者人口（万人）	2025年時点の高齢者人口（万人）	増加数（万人）	増加率	順位
沖縄県	24.3	35.3	11.1	+46%	1
埼玉県	147.0	198.2	51.2	+35%	2
千葉県	133.9	179.8	45.8	+34%	3
神奈川県	183.0	244.8	61.8	+34%	4
滋賀県	29.2	38.5	9.3	+32%	5
（愛知県）	150.6	194.3	43.7	+29%	（10）
（東京都）	267.9	332.2	64.3	+24%	（13）
（大阪府）	198.5	245.7	47.2	+24%	（16）
山口県	40.6	45.1	4.5	+11%	43
和歌山県	27.4	30.3	2.9	+10%	44
秋田県	32.1	35.3	3.2	+10%	45
高知県	22.0	24.2	2.1	+10%	46
島根県	20.9	22.6	1.8	+8%	47
全国	2,948.4	3,657.3	709.0	+24%	

【資料】2010年高齢者人口：「平成22年国勢調査」（総務省統計局）
2025年高齢者人口：「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

加速する高齢化２

今後急速に高齢化が進む都市部（その２）

都道府県別の高齢者（75歳以上）人口の推移

	2010年時点の高齢者人口（万人）	2025年時点の高齢者人口（万人）	増加数（万人）	増加率	順位
埼玉県	58.9	117.7	58.8	+100%	1
千葉県	56.3	108.2	52.0	+92%	2
神奈川県	79.4	148.5	69.2	+87%	3
大阪府	84.3	152.8	68.5	+81%	4
愛知県	66.0	116.6	50.6	+77%	5
（東京都）	123.4	197.7	74.3	+60%	（8）
岩手県	19.3	23.4	4.1	+21%	43
秋田県	17.5	20.5	3.0	+17%	44
鹿児島県	25.4	29.5	4.1	+16%	45
島根県	11.9	13.7	1.8	+15%	46
山形県	18.1	20.7	2.6	+14%	47
全国	1,419.4	2,178.6	759.2	+53%	

【資料】2010年高齢者人口：「平成22年国勢調査」（総務省統計局）
2025年高齢者人口：「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

次回改定に向けた付帯意見１

平成30年度診療報酬改定

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。

次回改定に向けた付帯意見2

平成30年度診療報酬改定

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。

次回改定に向けた付帯意見3

平成30年度診療報酬改定

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