

## 施設基準の歴史

日本の診療報酬体系は、1922（大正 11）年に健康保険法が制定後、1927（昭和 2）年に施行されてからさまざまな変遷をたどり約 100 年ちかくが経ちました。

まず、現在の診療報酬は 1958（昭和 33）年に導入された「新医療費体系」が基本となっており、そこでは物と技術を分離し、医療行為ごとに全国一律の点数を定め、1 点 10 円で評価されました。

当初、この新医療費体系は技術料に重点をおいた甲表と旧来の点数表を踏襲した乙表が設けられましたが、1994（平成 6）年に一本化されました。

その後、1961（昭和 36）年に国民皆保険制度が導入され、いわゆる「フリーアクセス」と言われるように、医療機関を自由に受診できる日本独特の仕組みとなりました。

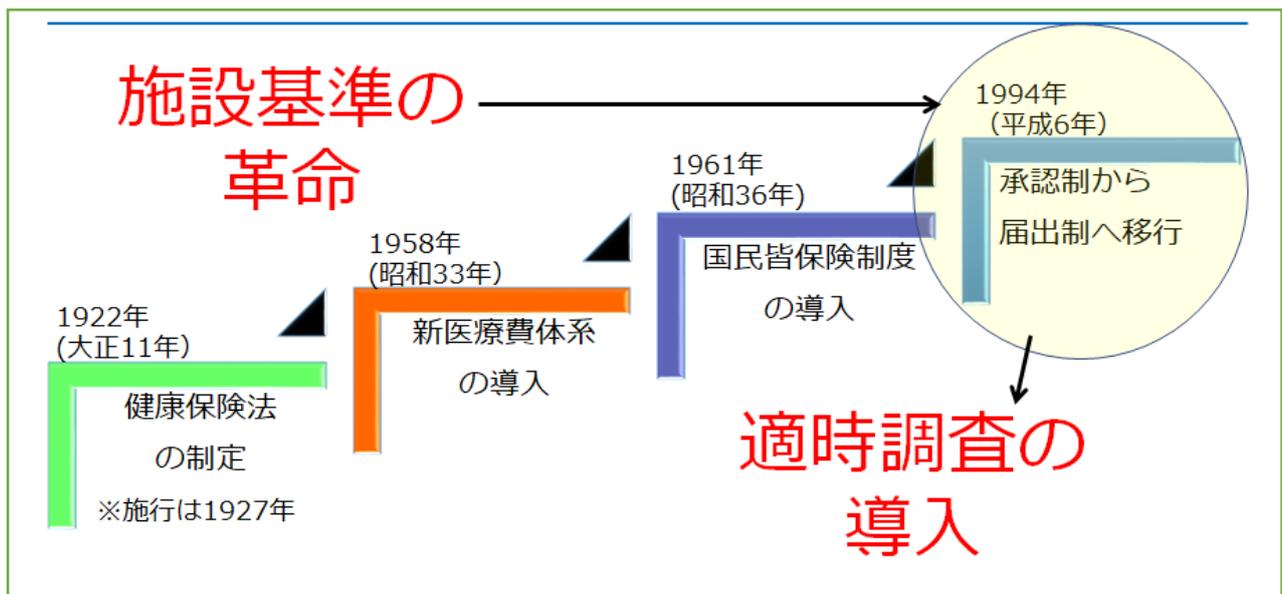
そして 1994 年の 10 月に施設基準は承認制から届出制に変更されました。これまでの施設基準は、書類や現地での確認などを行い、承認を受けてから診療報酬の算定が認められていました。そのため、承認まで長い時間を要していたため、診療報酬の算定期間が遅くなるというデメリットが生じていました。

しかし、施設基準の要件を満たしていたものに対して届出を行い受理されれば診療報酬を算定することが可能となった届出制になってからは、事前にチェックをしてもらう時間がなくなり算定開始は格段に速くなりました。これは施設基準の革命と言っても過言ではないでしょう。

ただし、この届出制は施設基準のルールを知らなければ届出ができない仕組みです。そのため、届出制に移行され、後日、厚生局による適時調査が行われるようになりました。

出典：国立社会保障・人口問題研究所ホームページ（<http://www.ipss.go.jp/>）

図表



## 1. 1994（平成6）年9月末までの改定

日本の医療保険制度は、1922（大正11）年に健康保険法が制定されて以降、さまざまな改良を加えながら約100年にわたり維持・運用されてきました。

当時の健康保険は被用者に対する保険に限定されており、診療報酬体系も簡易なもので、主に内科的診察と薬の処方が中心であったと言われており、施設基準などは現在のような多岐にわたるものではありませんでした。

1961（昭和36）年に国民皆保険制度が導入された以降も、当初は日本の入院医療における看護の提供等は、どのような疾患で入院した際にいくら位の医療資源を投入することになるのかなどが明確ではなく、また、差額ベッド代等の概念もない時代だったのです。

これが、疾病構造の多様化や日本の人口における年齢構成の急激な変化により、当時の診療報酬体系では患者のニーズに十分対応しきれなくなってきただけでなく、医療財源が十分に賄いきれなくなっており、必要な医療の提供を受けるためには状況に応じた診療報酬体系の改良の必要性が認められるようになってきました。

一方、医療分野における技術的な進歩や医療材料の精緻化等、さまざまな医療従事者の専門性の向上などがその発展性を後押ししています。

現在は、2年に1回診療報酬の改定が行われ、細かい改定が繰り返されており、このことは、新たな薬剤、材料の保険収載も含めて、多くの医療従事者が疾病保険としての役割を果たすための技術力や専門知識の習得等を促進させ、患者の希望や状況に応じた医療を提供し続けていくためにも適切な評価を行うことは必要であるでしょう。

### (1) 診療報酬

医療機関で提供する項目ごとに標準的な点数が定められ、それを1点10円として計算し、被用者保険の場合、3割を一部負担金として患者が負担し、残りの7割を保険者が支払う仕組みになっています。

診療報酬の算定請求を定めたルールには、告示と通知があり、告示とは厚生労働大臣により示された診療報酬請求の根拠になる部分であり、診療報酬点数表の告示では、各技術や項目ごとに、単価となる点数等が規定されています。通知とはその運用などが規定されており、診療報酬点数表の通知では、当該診療報酬を算定するにはどのようなことを行った場合なのかが規定されています。

具体的には、どの技術の場合、どのような材料等を使用して、そのことを診療録に記載するかなどで、例えば医学管理の場合は、管理計画書を策定し、患者に交付するとともに診療録に貼付するなど、単に管理をしたり手技を施したりするだけでなく、具体的に何をしなければ算定できないのかが規定されています。

さて、診療報酬点数表告示の中には、「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、…」と規定されるものがあり、これが施設基準の根拠です。

診療報酬点数表の構成は、基本診療料と特掲診療料に大別され、基本診療料は、初・再診料や入院医療に関して規定されており、ほぼすべての患者にいずれかの算定できる項目と費用が規定されています。特掲診療料は、患者の病状等によって必要な医療を提供した場合に算定できる項目と費用が規定されています。

従来から施設基準といわれるものの設定はありましたが、当初は届出制ではなく承認制でした。

### (2) 看護関連

現在の施設基準の前身として、3基準（看護、寝具設備、給食）といった看護等基準が設けられ、基準を満たした場合は「基準看護加算」等が算定できるというのが当時の取扱いでした。

この基準看護では、看護力の提供と付き添い看護が行われないことが主な要件であり、当初は看護要員の対患者比率によって1類、2類等の類別に区分けされ、それぞれに算定できる点数が規定されていました。

その後、入院料が室料、看護料、給食料に分けられ、入院料の類別も増す中で、基本看護料、その他の看護料、老人看護料といった「看護料」に変更されました。

1988（昭和63）年以降は、看護料に一般のほか結核、精神といった種別が新設され、より患者の病状に見

合った体制等でそれぞれふさわしい診療報酬を算定するように変化していくこととなります。

このような変遷をたどりながら、当時の施設基準は都道府県知事が承認した場合に限り算定することができることとされていたが、平成6年10月からは届出制に変更されました。

このことは保険医療機関の責任がより重視されたことを意味しており、単に責任を果たすだけでなく、行政との信頼関係の構築が不可欠と言えます。

施設基準が届出制となってからは、基準看護制度全般の見直しが行われ、基準給食は入院時食事療養へ変更となり、少しずつではあるが、現在の施設基準の状況に近い形態へと変化してきています。なお、この頃から医療機関の特性を踏まえた機能分担が図られることになりました。

2000（平成12）年4月からは機能分化を進めるため、看護の基準は入院基本料となり、基本的な体制を総合的に評価する仕組みに変わりました。特に、従来は別に要件を定めていた入院診療計画の基準や院内感染防止対策の基準が入院基本料の要件に包括されることになり、必須要件となりました。また、医療安全管理体制の基準は2002（平成14）年度改定から入院基本料等の要件に包括されました。

入院基本料に係る届出や適時調査の際は、雇用人数による要件の時は免許証、勤務実績表及び届出書添付書類でもある看護要員表をもとに平均入院患者数に対して何人の看護要員が雇用されているかで要件を満たしていればよいこととなっていました。

また、当時は夜間勤務等看護加算により、入院基本料とは別に夜間帯の勤務にかかる看護要員の評価を行っていました。

2006（平成18）年改定では、入院基本料の仕組みが、それまで「何人の患者さんに対して何人の看護要員を雇用しています」といった保険医療機関での雇用人数ベースの要件から、「各勤務帯において、実際に何人の患者さんに対して何人の看護要員が勤務しています」といった患者さんの目に見える形での配置要件に変更されました。

したがって、従来の2対1入院基本料、2.5対1入院基本料等という規定から7対1入院基本料、10対1入院基本料等という要件に変更されたのがこの時期です。また、夜間帯における複数配置や1人当たり月平均夜勤時間数にかかる要件が包括されたのもこの時からです。なお、褥瘡対策の基準及び栄養管理体制の基準は平成24年度改定から、入院基本料等の要件に包括されています。

2006（平成18）年以降の入院基本料に係る届出や適時調査では、実際に勤務を行った看護要員を勤務実績表に基づき、いわゆる様式9を用いて月の総労働時間をベースに要件を満たしているか確認していました。

現在では、申し送りにかかる取り扱いや他病棟との兼務の際の表記の仕方等が変更されてきています。

2008（平成20）年4月からは、後期高齢者医療制度の創設により、老人診療報酬点数が廃止され、現在は医科点数表の中で、後期高齢者に関する取扱いも含めて規定されています。

### (3) 給食関連

3基準（看護、寝具設備、給食）でもあった食事療養は、1948（昭和23）年に病院給食制度が誕生後、昭和25年には入院患者の補食を必要としない完全給食制度となり、1958（昭和33）年から基準給食制度に改められました。

当初、基準給食は栄養士又は患者の給食に関して専門知識を有する者が行うこととされていたが、その後栄養士に限られ、現在は管理栄養士によるところが大部分となっています。

基準給食は栄養士等による給食の提供や適正栄養量の確保等が要件として定められていたが、1961（昭和36）年には特別食加算が診療報酬点数として認められ、その後、適時適温なども要件とされ、1994（平成6）年10月から入院時食事療養費として届出の対象となりました。

その間、国民の食に対する消費水準は高度化・多様化し、疾病構造等が変化したことなどもあって特別食の加算対象が拡大されたり、一般食の栄養所要量などがルール化されたりしました。1994（平成6）年10月改定では、選択メニュー、食堂加算、栄養食事指導なども評価の対象となったが、当時の届出は、栄養士等の所在、適時（夕食の提供時刻）、適温（保温保冷配膳車の台数、保温食器の個数等）の状況を届け出るのが主であり、特別食は献立を添付させることによりその提供状況を確認していました。

2006（平成18）年4月の改定では、前年の介護保険の制度改革により、入院時生活療養が新設され、同年

10月からは療養病棟に入院する70歳以上の患者については、食費・居住費の負担の見直しが行われました。

また、食事療養の費用の算定単位が、1日当たりの費用から1食あたりで費用を負担する仕組みに変更されました。

#### (4)基本診療料

##### ①入院基本料等加算

2000（平成12）年に看護の基準が入院基本料となったことを機に入院基本料等加算が創設されました。

当初は療養環境加算や重症者等療養環境特別加算など、入院環境に配慮した施設基準が中心でしたが、施設基準に定める看護配置以上のより手厚い看護要員を配置した場合の評価として、看護配置加算、看護補助加算等が設定されたり、看護師の研修等におけるプラスアルファのスキルをもって、より適切な看護を実施した場合の評価をするべく超急性期脳卒中加算や緩和ケア診療加算等が新設されたりしてきています。

また、入院基本料に変更となった平成12年当時には単に包括的な要件のみだった院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策等は、その後必須としての要件はそのままに、より万全の態勢を整備した場合などはそれぞれ院内感染対策加算、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算等、有資格者の配置や専門性を持った取組みを行うことを要件とした施設基準が設定されました。

さらに、現代病ともいえるべき妊産婦患者の病態に見合った体制等を評価したハイリスク分娩管理加算、高齢化による認知症患者の増加に対応するための認知症ケア加算等、入院患者の在宅復帰を促進し、患者が過ごしやすい環境等に配慮できるよう地域との連携を評価するための入退院支援加算のような施設基準も新設されました。

精神科領域においても精神科応急入院施設管理加算、精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算、精神科リエゾンチーム加算等が新設されました。

現在では、患者サポート体制充実加算や入退院支援加算等の施設基準も新設され、患者に寄り添った看護の提供を行った際の評価が施設基準化されてきています。

いずれも有か無かではなく、それぞれの病院等において実情に見合った体制や他院等との連携体制が確立されている旨を届け出ることによって評価される仕組みとなっています。

##### ②特定入院料

特定入院料は承認制においても規定されていたものの、さまざまな保険医療機関の体制や設備・構造に応じた中で、適切な医療を提供した場合の評価として、細分化が進められています。

例えば、救命救急入院料は主に救命救急センターが設置されていて都道府県が定める救急医療計画に基づいて運営される救命救急センターを有している場合に施設基準を届け出ることができたが、特定集中治療室としての機能を有し、より手厚い医療を提供できる体制を整備している場合を救命救急入院料2として増設されました。

また、従来は別の施設基準として規定されていた広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、突発的な震災等の影響を踏まえて主に救急搬送患者であること等から救命救急センターであって広範囲熱傷にも対応できる施設として救命救急入院料3及び4として増設されました。

特定集中治療室管理料は、現状1から4に区分けされているほか、小児に対する集中治療を対応すべく小児特定集中治療室管理料が新設されました。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、平成30年改定で区分6まで細分化されています。

その他にも、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料等が新設され、さまざまな患者の病態等に応じたより適切な医療が提供できる体制を評価する仕組みとなってきています。

また、精神科領域においては、1994（平成6）年当時は精神療養病棟入院料のみでしたが、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料などが新設され、精神科領域においても急性期対応の重要性が診療報酬でも評価の対象となり、さまざまな疾患の患者の病態に応じた入院医療体制を確保することを目的とした特定入院料が設けられてきています。

## (5)特掲診療料

医師以外の医療従事者の評価につながる施設基準や地域間での連携協力体制等を評価する施設基準が随時新設されています。

### ①医学管理

従来は高度難聴指導管理料、開放型病院、薬剤管理指導料の施設基準のみでしたが、その後、ニコチン依存症管理料、認知症専門診断管理料等、その時代に求められた課題の解決に向けた施設基準が新設され、患者との共同管理に着目した施設基準が評価の対象とされてきました。

また、がん患者指導管理料や地域連携小児夜間・休日診療料では、他院との連携により、地域医療を全体で支える仕組みに寄与することができる施設基準が新設されました。

### ②在宅医療

在宅療養支援診療所や地域連携診療計画管理料等の施設基準が創設され、在宅移行をスムーズにし、地域のかかりつけ医等との連携を図りつつ、病院と診療所の役割分担が明確化されただけでなく、自宅等において療養を行う患者の全身管理が行える体制を、自院だけでなく薬局、訪問看護ステーション等とも連携して行える体制を整備するべく創設されてきました。

今後も地域間での病床数の調整のほか、患者ニーズとして在宅復帰が望まれていることもあり、継続して充実が図られる必要があることから、自治体や介護との連携等、さらなる連携体制を構築していく必要があります。

### ③検査

基本的検体検査判断料として高度な医療を提供する病院のみが対象であったものが、検体検査管理加算に係る施設基準の創設以降、広く取り扱うことが可能となったのみでなく、さまざまな検査が施設基準として設定されることにより、多くの医師、臨床検査技師の取り組みが評価される仕組みとなりました。

コンタクトレンズ検査料や小児食物アレルギー検査等が新設された以降、先進医療から保険収載されるケースも多く、今後もさまざまな検査が施設基準として創設されることが予想されます。

最近では、長期継続頭蓋内脳波検査や脳波検査判断料のような専門的な検査を実施する場合の専門性を評価する施設基準も新設されています。また、遠隔脳波診断のような、全国どこでも同等の検査結果が共有される仕組みを評価する施設基準も創設されました。

### ④画像診断

画像診断管理の施設基準のみであったものが、医師、診療放射線技師の取り組みが評価される仕組みとして創設されましたが、平成30年改定では区分3が新設されました。

また、CT撮影やMRI撮影に係る施設基準が新設されて以降、現在では技術的な進歩も相まって、部位ごとに特化した撮影が評価された施設基準などが新設されてきています。さらに核医学診断などを行うに当たり、より多くの専門的知識と経験を有した医師及び医療従事者の配置が要件とされた施設基準も創設されてきています。

### ⑤投薬

後発医薬品使用体制加算の施設基準が新設されました。後発医薬品の使用促進については療養担当規則にも規定されており、医療従事者のみならず、患者へも周知徹底することが求められており、医療費の抑制に効果が期待される施設基準です。

### ⑥注射

無菌製剤処理に係る施設基準は従来からあったが、外来化学療法加算、抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準が新設され、がん医療における充実を求めるだけでなく、看護師、薬剤師等の連携・協力により、外来でも患者の安楽を担うのに必要な体制が求められることとなりました。

### ⑦リハビリテーション

心疾患リハビリテーションは従前からあったものの、従来は運動機能の回復を目的とした理学療法、日常

生活活動動作の訓練を目的とした作業療法、そして発声発語や咀嚼嚥下訓練を目的とした言語聴覚療法と、治療の目的ごとに施設基準が規定されていましたが、平成18年4月改定により、疾患別リハビリテーションに変更となりました。

脳血管疾患、運動器、呼吸器の病状を一定程度以上回復させるためのリハビリテーションを主目的とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が主体となり、多職種が共同して患者の病状の回復に寄与する仕組みとなっています。

また、疾患別以外にも障害者リハビリテーション、難病患者リハビリテーション、がん患者リハビリテーション等、患者の特殊性を鑑みた訓練の必要性を評価する施設基準が新設され、介護との連携だけでなく、今まで以上に患者の病状に応じた対応が可能となり、また、病状の回復も見込める体制が評価されることとなりました。

#### ⑧精神科専門療法

精神保健福祉士や臨床心理士等も加わり、社会復帰を促進させる手助けを評価する仕組みとなっています。

精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケアなどは従来から存在していましたが、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアなどは患者ごとの生活リズムに配慮するものです。

また、近年では、医療保護入院等診療料、認知療法・認知行動療法、依存症集団療法、児童思春期精神科専門管理加算等の施設基準が新設され、年齢や病状を踏まえて、社会復帰を目指す訓練を医療において行えるようになってきています。

さらに、抗精神病特定薬剤治療指導管理料、精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準など、早期に、かつ、適切な対応を行うことによって病状の回復や患者の自立を支援する体制等を評価する施設基準も新設されてきています。

#### ⑨処置、手術

高度化する医療技術や新たに保険収載された医療機器等を施設基準として評価することにより、患者が治療を受けやすく、より回復を見込んだ医療行為や治療を受ける機会といった選択肢を増やすことが可能となります。

逆に医療を提供するに当たり、より安全で効果が見込まれるものを施設基準として設定することにより、その有効性、安全性等を極力担保していこうというものです。

2002（平成14）年度に通則に規定する手術が施設基準となって以降、先進医療から保険収載されたものも含めて多くの技術が施設基準として規定されました。

手術の分野では、技術の進歩だけでなく、安全性を担保するために必要な基準ではありますが、術式が相違するだけで、診療科や担当医は同じだという施設基準が存在し、混乱のもととなっていたため、今後は統合が進められ、簡略化されることが期待されます。

#### ⑩放射線治療

当初電磁波温熱療法という施設基準が存在しましたが、その後放射線治療専任加算が新設され、現在は高エネルギー放射線治療や直線加速器による定位放射線治療等、さまざまな治療法が施設基準として新設されてきています。

2016（平成28）年改定では、粒子線治療が施設基準となり、治療の選択肢がさらに増えたこととなります。

#### ⑪病理診断

2010（平成22）年から術中迅速細胞診の施設基準が創設されましたが、その後病理診断として改変されました。病理診断は、確定診断を下すうえで必要となる設備やスキルを規定した施設基準が創設されることによって、病理医の存在等が評価されるだけでなく、病気の早期発見及び適切な治療法の選択につながる極めて重要な施設基準であるといえます。

#### ⑫歯科

診療報酬点数は一部区分けされているものの、歯科医師の存在や歯科技工士、歯科衛生士の存在や歯科治療に必要な設備等を有していることを評価した施設基準もあり、さまざまな患者の治療に必要な施設基準を

設定することにより、いずれかの保険医療機関において患者が求める医療が実施できる体制等を確保するということが重要です。

### ⑬保険外併用療養費

一方、いわゆる混合診療が禁止される中、一部の保険診療との併用が認められているのが保険外併用療養費です。

保険外併用療養費には「評価療養」と「選定療養」があり、「評価療養」は、将来的に保険導入するための評価を行うことが必要なものであり、「選定療養」は特に保険導入を前提とはしていないが、特別の療養環境の提供など患者の選定により、ニーズに対応することを目的としています。

例えば、評価療養では、先進医療や治験等が該当し、選定療養では、特別の療養環境の提供（いわゆる差額ベッド）や大病院の初診等が該当します。

この「評価療養」及び「選定療養」を受けた時には、療養全体にかかる費用のうち基礎的部分については保険給付がされ、特別料金部分については全額自己負担することによって患者の選択の幅を広げようとするものです。

特別の療養環境の提供（いわゆる差額ベッド）においては、そのルールや取扱いを最も熟知していなければならないもののひとつであり、1988（昭和 63）年頃から特別の病室の提供として同様の取扱いはあったが、時代の変化とともに説明者と受け手の齟齬を解消していくなど、その取扱いには十分に留意しましょう。

## 2. 1994（平成 6）年 10 月改定

1994（平成 6）年 4 月改定により、同年の 9 月 30 日現在承認を受けている事項については、当該事項に該当する届出が行われたものとみなし、新たな届出は要しないこととされました。

〈参考〉 承認事項等の届出化状況等一覧表

★印は、名称が変更されたもの

☆印は、新設されたもの

項 目	改定前	4月1日現在	10月1日から
<b>基本診療料</b>			
<b>初診料</b>			
紹介患者初診料（紹介外来型病院）	大臣指定	大臣指定	大臣指定
初診料（病院の場合）			
特定機能病院の紹介患者加算	知事承認	知事承認	知事届出
<b>入院料</b>			
<b>入院環境料</b>			
基準寝具設備	知事承認	加算の廃止	
病衣貸与加算	知事承認	知事届出	知事届出
★療養環境加算	知事届出	知事届出	知事届出
★療養型病床群療養環境加算 [施設基準]	知事承認	知事届出	知事届出
★重症者等療養環境特別加算 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
（7%を超える場合）	大臣内議	大臣内議	廃止
<b>看護料</b>			
<b>基準看護</b>			
特 3 類特例（30日超）（高度専門医療病院）	大臣内議	大臣承認	大臣承認

特定看護	知事承認	知事承認	知事届出
夜間勤務等看護加算	知事承認	知事承認	知事届出
その他看護	知事承認	知事承認	知事届出
☆診療所の看護	—	知事届出	知事届出
給食料			
基準給食	知事承認	知事承認	知事届出
特別管理給食加算	知事承認	知事承認	知事届出
特殊疾患収容施設管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
精神科応急入院施設管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
特定機能病院入院施設管理料	知事承認	知事承認	知事届出
入院時医学管理料			
加算入院時医学管理料	知事届出	知事届出	知事届出
特定入院料			
救命救急入院料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
特定集中治療室管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
新生児特定集中治療室管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
広範囲熱傷特定集中治療室管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
緩和ケア病棟入院料 [施設基準]	大臣承認	大臣承認	知事届出
療養型病床群入院医療管理料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
☆精神療養病棟入院料 [施設基準]	—	知事届出	知事届出
☆特殊疾患療養病棟入院料 [施設基準]	—	知事届出	知事届出
特掲診療料			
指導管理等			
特定疾患治療管理料			
在宅療養指導料	知事届出	届出の廃止	
☆高度難聴指導管理料 [施設基準]	—	知事届出	知事届出
開放型病院共同指導料 [施設基準]	大臣承認	大臣承認	知事届出
★薬剤管理指導料 [施設基準]	知事承認	知事承認	知事届出
在宅医療			
往診料			
特別往診料	大臣承認	大臣承認	大臣承認
☆在宅時医学管理料 [施設基準]	—	知事届出	知事届出
☆在宅末期医学総合診療料 [施設基準]	—	知事届出	知事届出
在宅療養指導管理料			
在宅自己腹膜灌流指導管理料	知事届出	} 届出廃止	
在宅酸素療法指導管理料	知事届出		
在宅中心静脈栄養法指導管理料	知事届出		

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	知事届出	}	届出廃止
在宅自己導尿指導管理料	知事届出		
在宅人工呼吸指導管理料	知事届出		
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	知事届出		
在宅寝たきり患者処置指導管理料	知事届出		
在宅自己疼痛管理指導管理料	知事届出		
検査			
基本的検体検査判断料（高度の医療を提供する病院）	大臣指定	大臣指定	大臣指定
人工臓腑【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
注射			
点滴注射・中心静脈注射			
無菌製剤処理加算【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
リハビリテーション			
心疾患リハビリテーション【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
理学療法（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
作業療法（Ⅰ、Ⅱ）【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
精神科専門療法			
精神科作業療法【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
精神科デイ・ケア（大、小）【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
精神科ナイト・ケア【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
処置			
人工腎臓			
透析用灌流液の水処理加算	知事届出	加算の廃止	
手術			
☆人口内耳埋込術【施設基準】	—	知事届出	知事届出
☆胸腔鏡化肺切除術【施設基準】	—	知事届出	知事届出
☆補助人工心臓【施設基準】	—	知事届出	知事届出
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
体外衝撃波胆石破碎術【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出
放射線治療			
電磁波温熱療法（放射線治療と併用するもの） 【施設基準】	知事承認	知事承認	知事届出

### 3. 1996（平成8）年4月改定

1996（平成8）年度の改定は、療養型病床群の整備の促進、急性期医療と長期療養の適正な評価、病院・診療所の機能分担の推進等診療報酬の面から医療機関の機能分担と連携を積極的に推進するとともに、薬価の設定方式の見直しと併せて、医薬品の適正使用や適正な医薬分業を推進する診療報酬上の措置を講ずることにより、薬剤費の問題について構造的な施策を講ずる等、診療報酬の合理化に取り組むこととされました。

また、薬剤費の適正化等の一方、急性期医療、小児医療、精神医療、歯周疾患治療等二一ズの高い分野については技術料が重点的に評価され、良質な医療の確保に視点が置かれました。

さらに、患者の医療二一ズの高度化等に対応するため、患者に対する情報提供を推進するとともに、患者の選択を前提に特定療養費制度の活用を図ることとされています。

#### 4. 1998（平成10）年4月改定

1998（平成10）年度の改定は、医療機関等における人件費・物件費の上昇に相当するものとしてプラス1.5%の改定（医科1.5%、歯科1.5%、調剤0.7%）が行われるとともに、医科については、長期入院の是正や検査・画像診断の適正化等の合理化が行われ、その合理化相当分の財源を急性期医療の評価や患者に対する情報提供の推進等に充てることとされました。

#### 5. 2000（平成12）年4月改定

2000（平成12）年度診療報酬改定においては、「診療報酬体系（医科、歯科、調剤）の在り方に関する中間報告（1999（平成11）年12月1日）」に示された主要課題に従い、医療機関の機能分担と連携を促進する観点、医療技術を適正に評価する観点及び出来高払いと包括払いの最善の組み合わせを実現する観点から、基本診療料、手術料を中心に体系的な見直しに着手され、包括払いの範囲が拡大されました。

また、2000（平成12）年度薬価制度改革にあわせて、薬剤使用の適正化策の拡大及び薬剤関連技術料の適正な評価を行います。

さらに医療の質の向上と患者サービスの向上のため、小児医療の充実、回復期リハビリテーションの充実、逡減制の見直しを含む長期療養患者の必要な医療の確保、有効性・効率性の高い新規技術の保険導入、歯科医療技術の評価、患者の必要な情報提供の確保、在宅医療の充実等が図られました。

このため、医科、歯科、調剤別に、質的、量的双方の面における現行報酬の合理化・簡素化を図ることにより生じる0.9%の財源に、1.9%を加えた財源が、現時点で必要度の高いこれらの分野に重点的に配分されました。

なお、この年の改定より、看護の基準等が入院基本料等に改められました。

#### 6. 2002（平成14）年4月改定

2002（平成14）年度診療報酬改定は、賃金・物価の動向や最近の厳しい経済動向等を踏まえ、マイナス1.3%の改定率でした。また、基本診療料を含めた広範な項目についての合理化が行われるとともに、医療の質の向上等の観点から重点的な評価が行われました。

具体的には、効率的な医療提供体制の確保、患者の特性に応じた医療の評価、医療技術の適正評価などの観点から、所要の見直しを行うとともに、体系的な見直しを進める観点から、長期入院に係る保険給付の範囲の見直しや、特定機能病院等における医療機関別包括評価の導入、患者二一ズの多様化に対応するための特定療養費制度の見直しなどです。

さらに、2002（平成14）年度薬価制度改革、保険医療材料制度改革にあわせて、薬剤関連技術料の見直しや医療技術に係る施設要件の見直し等が行われました。

#### 7. 2004（平成16）年4月改定

この年の診療報酬改定は、フリーアクセスを原則としつつ、国民皆保険体制を持続可能なものとし、患者中心の質が良く安心できる効率的な医療を確立するという基本的考え方に立って、「平成16年度診療報酬改定の基本方針」に沿った合理的でメリハリのついたものを目指しました。しかし、現状の厳しい経済社会情勢を反映する中で、医療の安全・質の担保、具体的には、DPC、小児医療・精神医療等が重点的に評価されました。

## 8. 2006（平成 18）年 4 月改定

患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点から、診療報酬体系の簡素化、医療費の内容の分かる領収証の交付、患者の視点の重視のほか、生活習慣病等の重症化予防及び手術に係る評価の結果、見直し等が行われました。なお、この年の改正から、それぞれの勤務帯で看護職員 1 人が何人の入院患者を実際に受け持っているかを要件とする入院基本料等に変更されています。

また、質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点から、在宅医療、初・再診、DPC、リハビリテーション及び精神医療に係る評価の結果、見直し等が行われました。なお、この年の改正から、従来のリハビリテーションから疾患別リハビリテーションに変更されています。

一方、我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点から、小児医療及び小児救急医療、産科医療、麻酔、病理診断、急性期入院医療、医療のIT化、医療安全対策等及び医療技術に係る評価の結果、見直し等が行われました。

その他に、医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点から、慢性期入院医療、入院時の食事、コンタクトレンズに係る診療、検査、歯科診療報酬及び調剤報酬についての評価の結果、見直し等が行われました。

## 9. 2008（平成 20）年 4 月改定

この年の改定では、緊急課題に産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減をテーマとして、産科・小児科への重点評価をはじめ、診療所・病院の役割分担等、病院勤務医の事務負担の軽減、救急医療対策についての評価が行われました。ポイントは以下の5つです。

- (1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
  - ・医療費の内容の情報提供、分かりやすい診療報酬体系等、生活を重視した医療及び保険薬局の機能強化等
- (2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
  - ・質の高い効率的な入院医療の推進、質の評価手法の検討、医療ニーズに着目した評価、在宅医療推進、精神障害者の療養生活支援、歯科医療の充実及び調剤報酬の見直しについての評価
- (3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
  - ・がん医療の推進、脳卒中对策、自殺対策・子どもの心の対策、医療安全の推進と新しい技術等の評価及びオンライン化・IT化の促進についての評価
- (4) 医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点
  - ・新しい技術への置き換え及び後発医薬品の使用促進等についての評価の見直し
- (5) 後期高齢者の診療報酬
  - ・入院、在宅、外来、終末期医療のそれぞれについて見直し等

## 10. 2010（平成 22）年 4 月改定

この年の改定では、2つの重点課題について検討等が図られました。

重点課題1では、救急、産科、小児、外科等の医療の再建として、地域連携による救急患者の受け入れの推進、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化及び手術の適正評価について見直し等が行われました。

重点課題2では、病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）として、入院医療の充実を図る観点からの評価、医師の業務そのものを減少させる取り組みに対する評価、地域の医療機関の連携に対する評価及び医療・介護関係職種との連携に対する評価について見直し等が行われました。また、具体的な検討項目として、5つのポイントが挙げられました。

- (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
  - ・がん医療、認知症医療、感染症対策、肝炎対策及び質の高い精神科入院医療等の推進について見直し等
  - ・歯科医療の充実、手術以外の医療技術の適正評価についての評価
- (2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
  - ・医療の透明化、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに對する評価及び医療安全対策の推進について見直し等
  - ・患者一人ひとりの心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に對する評価や疾病の重症化予防についての評価
- (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - ・質が高く効率的な急性期入院医療等、回復期リハビリテーション等、在宅医療及び訪問看護の推進について見直し等
- (4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
  - ・後発医薬品の使用促進について、市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査及び相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について見直し等
- (5) 後期高齢者医療の診療報酬
  - ・各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者が全年齢に拡大

## 11. 2012（平成 24）年 4 月改定

この年の改定では、2つの重点課題について検討等が図られました。

重点課題1では、急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減として、救急・周産期医療の推進、病院医療従事者の勤務体制の改善等の取り組み、救急外来や外来診療の機能分化の推進及び病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について見直し等が行われました。

重点課題2では、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実として、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実及び医療・介護の円滑な連携について見直し等が行われました。また、具体的な検討項目として、4つのポイントが挙げられました。

- (1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
  - ・がん医療、生活習慣病対策、精神疾患に對する医療の充実、認知症対策、感染症対策、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療、医療技術及びイノベーションの適切な評価について見直し等
- (2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
  - ・医療安全対策等、患者に對する相談支援対策の充実等及び診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について見直し等
- (3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - ・病院機能に合わせた効率的な入院医療等、慢性期入院医療の適切な評価、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関の連携に着目した評価及び調剤報酬について見直し等
- (4) 効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点
  - ・後発医薬品の使用促進、平均在院日数の減少や長期入院の是正に對した取り組み、市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価及び相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について見直し等

## 12. 2014（平成26）年4月改定

この年は4月の消費税率8%引上げに伴い、診療報酬本体や薬価に対して増税分が上乗せされました。診療報酬改定については重点課題として、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等について、検討が図られました。

入院医療については、高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価、長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化、急性期後・回復期（亜急性期入院医療管理料等）の病床の充実と機能に応じた評価、地域の実情に配慮した評価及び有床診療所における入院医療の評価が行われたほか、外来医療の機能分化・連携の推進、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進及び医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について見直し等が行われました。また、具体的な検討項目として、5つのポイントが挙げられました。

### （1）充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- ・緩和ケアを含むがん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進、認知症への対策の推進、救急医療、小児医療、周産期医療の推進、リハビリテーションの推進、歯科医療の推進、的確な投薬管理・指導の推進、手術等の医療技術の適切な評価、医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価及びDPCに基づく急性期医療の適切な評価について見直し等

### （2）患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

- ・患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進、診療報酬点数表の平易化・簡素化及び入院中のADL（日常生活動作）低下の予防と褥瘡対策について見直し等

### （3）医療従事者の負担を軽減する視点

- ・救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価及びチーム医療の推進について見直し等

### （4）効率化余地がある分野を適正化する視点

- ・後発医薬品の使用促進策、長期収載品の薬価の特例的な引き下げ、平均在院日数の減少等、医薬品、医療機器、検査等の適正な評価及び大規模薬局の調剤報酬の適正化等について見直し等

### （5）消費税への対応

- ・消費税率8%への引き上げに伴い、医療機関、薬局等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、診療報酬において、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、補完的に個別項目に上乗せする。

## 13. 2016（平成28）年4月改定

この年の改定では、2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を中心とした方針が示されました。改定の具体的な検討項目としては次の4つのポイントとなっています。

### （1）地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- ・医療機能に応じた入院医療の評価、チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保、地域包括ケアシステム推進のための取り組みの強化、質の高い在宅医療・訪問看護の確保及び医療保険制度改革も踏まえた外来医療の機能分化について見直し等
- ・地域包括ケアシステム推進のための取り組みの強化については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取り組みの強化等及び患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取り組みの推進について重点的に検討

### （2）患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点

- ・かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価、質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進及び明細書無料発行の推進等について見直し等

### （3）重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価、「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価、地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価難病法の施行を踏

まえた難病患者への適切な医療の評価、小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実、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医療の推進、かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化、医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価及びDPCに基づく急性期医療の適切な評価について見直し等

(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- ・後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討、退院支援等の取り組みによる在宅復帰の推進、残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取り組みなど医薬品の適正使用の推進、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し、重症化予防の取り組みの推進及び医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について見直し等

## 14. 2018（平成30）年4月改定

この年の改定でも引き続き団塊世代が75歳以上となる2025年にと、その先の社会情勢を見据えた対応がなされました。改定の具体的な検討項目としては次の4つのポイントとなっています。

(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

- ・地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、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、重症化予防の取り組みの推進、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及びリハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進について見直し等

(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

- ・重点的な対応が求められる医療分野の充実、医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入、データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進及び明細書無料発行の推進について見直し等
- ・とりわけ、重点的な対応が求められる医療分野の充実については、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、感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進、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及び薬剤師・薬局による対人業務の評価について見直し等

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- ・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、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着実な導入、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り組みの強化及び外来医療の機能分化について見直し等

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

- ・薬価制度の抜本改革の推進、後発医薬品の使用促進、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、重症化予防の取り組みの推進（再掲）、医薬品の適正使用の推進、備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進及び医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について見直し等

## 15. 2019（令和元）年10月改定

消費税10%引き上げに対応し、診療報酬本体（初・再診料、入院基本料、特定入院料）、薬価・特定保険医療材料価格について見直しがされました。

## 16. 2020（令和2）年4月改定

この年の改定では、平成30年4月改定に引きつづき、団塊世代が75歳以上となる2025年以降の社会情勢を見据えた医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を推進するとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上に向けた対応がなされました。

た。改定の具体的な検討項目としては次の4つのポイントとなっています。

(1) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価、医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価、タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進、業務の効率化に資するICTの利活用の推進 等

(2) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- ・かかりつけ機能の評価、患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進、アウトカムにも着目した評価の推進、重点的な対応が求められる分野の適切な評価、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価、医療におけるICTの利活用 等

(3) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- ・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、質の高い在宅医療・訪問看護の確保、地域包括ケアシステムの推進のための取組 等

(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

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、費用対効果評価制度の活用、市場実勢価格を踏まえた適正な評価等、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、医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

## 17. 2022（令和4）年4月改定

今般の改定では、これまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応がおこなわれ、補助金等の予算措置を含めた新興感染症への対応の全体的な視点の中で、診療行為に対する対価である診療報酬の見直しがされました。また、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組が行われました。改定の具体的な検討項目としては次の4つのポイントとなっています。

(1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

- ・当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- ・医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- ・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等
- ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

(2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

- ・医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- ・各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- ・令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

(3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- ・患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- ・医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- ・アウトカムにも着目した評価の推進

- ・重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

(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

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・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等（再掲）
- ・重症化予防の取組の推進
- ・医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進