



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（医療・福祉・介護・経営・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：(株)ユアーズブレン 広島市中区国泰寺町1丁目3-29 3F TEL. 082-243-7331

平成30年度の診療報酬改定レポートを中医協総会の開催に合わせて、お届け致します。

平成29年10月4日 中医協 総会（第362回）

1. がんの提供体制、「小児がん」「ゲノム医療」に焦点
2. 緩和ケア病棟の平均待機期間が2週間超、評価の見直しへ
3. 「抗菌薬適正使用支援チーム（AST）」の取組を推進
4. 造血幹細胞移植のコーディネート期間を短縮へ

—詳細—

- 1 同日の議題は「個別事項（その2）」で、①がん、②緩和ケア、③感染症、④移植医療——の4項目に関する課題や論点が示された。このうち①では、「小児がん医療」と「がんゲノム医療」の提供体制に焦点を絞って論点を提示。小児がん医療については、「小児がん拠点病院が緩和ケアを含めて小児がん患者に必要な医療を提供することが求められていること、小児入院医療管理料の届出状況等を踏まえ、がん診療に係る加算等を見直してはどうか」と提案した。がんゲノム医療については、「がんゲノム診療の実用化に向け、より高度ながんの診療機能を有する拠点病院を中心とした医療体制が検討されており、今後の進捗状況等を踏まえて、診療報酬での評価のあり方を検討してはどうか」と提案した。
- 2 2つめのテーマである「緩和ケア」については、「緩和ケア病棟入院料」を見直す意向を示した。厚労省は「がん診療連携拠点病院のうち、約36%の病院で、緩和ケア病棟の平均待機期間が2週間を超えていた」と指摘し、「平均待機期間に係る現状や在宅緩和ケアとの連携等を考慮しつつ、評価の見直しを検討してはどうか」と提案。緩和ケアチームへの管理栄養士の参画にも言及し「緩和ケアチームのある病院のうち、管理栄養士がチームに参画できているのは約半数」との課題を挙げた。
- 3 「感染症」については、薬剤耐性（AMR）対策を進める必要性を指摘。特に抗菌薬の適正使用を推進するため、現行の感染防止対策加算を参考としつつ「抗菌薬適正使用支援チーム（AST）」の取組を推進するような評価の検討を提案した。
- 4 最後のテーマである「移植医療」については、造血幹細胞移植治療へのアクセスを向上させるため、造血幹細胞移植のコーディネート期間を短縮させるようなコーディネート体制がある場合には造血幹細胞移植の評価を見直す意向を示した。

平成 29 年 10 月 11 日 中医協 総会（第 363 回）

1. 救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直しへ
2. 小児特定集中治療室管理料対象年齢の上限を引き上げ
3. 妊娠中に産科疾患以外で外来受診した場合の評価を充実
4. 医療安全対策加算、「専従の医師」の配置を提案

—詳細—

- 1 この日の議題は「個別事項（その3）」で、①救急医療、②小児・周産期医療、③医療安全対策——の3項目に関する課題や論点が示された。このうち①では、救命救急入院料の「充実段階評価に係る加算」（A評価は1日につき1,000点、B評価は同500点）を見直す方針を示した。平成30年度から新たな充実段階評価が運用予定であるため、厚労省はこれを踏まえ「救命救急入院料の充実段階評価に係る加算についても見直すこととしてはどうか」と提案した。
- 2 小児医療については、「小児入院医療管理料」と「小児特定集中治療室管理料」の対象年齢が不整合であることを指摘し、「小児特定集中治療室管理料について、小児慢性特定疾病医療支援の対象となる患者については、小児入院医療管理料と同様に、対象年齢の上限を見直すこととしてはどうか」と提案した。現在、小児の入院医療管理料は20歳未満、特定集中治療室管理料は15歳未満までとなっている。
- 3 周産期医療については、妊産婦の外来管理に着目し、「妊娠中に産科疾患以外の疾患で外来を受診した場合、妊娠の継続や胎児に配慮した診療等、様々な合併症等を考慮した適切な診療が必要となることから、妊婦の外来管理に対する評価を検討してはどうか」と提案した。また、精神疾患を有する妊婦については、「地域において、産科と精神科、自治体等が有機的に連携して患者の診療を行う体制の推進に資する評価を検討してはどうか」と提案した。
- 4 医療安全対策について厚労省は、「現行の医療安全対策加算では、医師の配置は要件となっていない」と指摘。医療安全対策をさらに進めるため、「専従の医師、薬剤師及び看護師等を医療安全管理部門に配置している場合について、医療安全管理者の配置の現状も踏まえつつ、医療安全対策加算の評価の見直しを検討してはどうか」と提案した。現在、同加算1の施設基準では「専従の薬剤師、看護師等」の配置を求めている。一方、平成28年6月の医療法施行規則改正では、特定機能病院の承認要件の見直しに伴い、「専従の医師」らを配置した医療安全管理部門の設置が義務づけられた。厚労省は、特定機能病院以外の医療機関であっても、医療安全管理部門に医師が専従で関与することにより、医療安全対策を進めていきたい考え。

平成 29 年 10 月 18 日 中医協 総会（第 364 回）

1. 措置入院の患者に退院後も継続的な支援体制を
2. 精神保健指定医の業務、「入院患者に係るものが主である」
3. 精神病床の退院先に、特養や老健を追加へ
4. 認知症専門診断管理料の評価を見直しへ

—詳細—

- 1 この日の議題は「個別事項（その4）」で、精神医療をテーマにした。主な項目は、①措置入院に係る医療、②精神保健指定医の取扱い、③長期入院患者の地域移行に向けた取組、④急性期医療を担う病棟の状況、⑤多様な精神疾患に対する医療救急医療——で、これらに関する課題や論点が示された。このうち①では、措置入院の患者に対して退院後も継続的な支援を充実させるため、「入院早期からの退院に向けた取組や自治体等との連携の推進に資する評価について、現行の精神科措置入院診療加算等による評価を踏まえて、どのように考えるか」との論点を示した。
- 2 ②については、「精神保健指定医の創設経緯や役割、指定医に求められている業務内容が入院患者に係るものが主であること等を踏まえ、通院・精神療法等における精神保健指定医の評価の見直しを検討してはどうか」と提案した。厚労省は、精神療法のうち精神保健指定医による「在宅精神療法」だけは60分以上実施した場合の評価を設けているとし、「入院精神療法」には60分以上の評価がないことを指摘。一方、「通院精神療法」は算定割合が減少しているとのデータを示した。
- 3 ③については、精神病床の入院患者が高齢化していることを踏まえ、地域への移行先（退院先）に関する要件について、自宅や精神障害者施設に加えて、特別養護老人ホームや介護老人保健施設を追加することを提案した。また、「在宅時・施設入居時医学総合管理料」と「精神科重症患者早期集中支援管理料」については、精神疾患の患者の地域移行の支援を充実させるため、「それぞれの点数設定の目的等を整理した上で、評価の在り方を見直し」とした。
- 4 ⑤については、認知症の早期の鑑別診断や専門的な医療体制を確保するため、認知症疾患医療センターの整備事業で、その類型が「診療所型」から「連携型」へ見直されたことを踏まえ、「認知症専門診断管理料の評価を見直ししてはどうか」と提案した。認知症疾患医療センターをめぐっては、約 500 か所の指定が目標となっており、平成 29 年度からは従前の「診療所型」に病院を追加したため「連携型」と改称された。厚労省は「病院である連携型認知症疾患医療センターは、現在、認知症専門診断管理料の評価の対象になっていない」との課題を挙げている。

平成 29 年 10 月 25 日 中医協 総会（第 365 回）

1. 回復期リハの実績指数、「27 以上である病棟割合は約 8 割」
2. 回リハ病棟を退棟後、早期のリハビリテーションを充実へ
3. 維持期リハ、「当面、平成 31 年 3 月 31 日まで延長する」

—詳細—

- 1 この日の主な議題は「個別事項（その 5）」で、リハビリテーションをテーマにした。主な項目は、①回復期リハビリテーション病棟入院料（その 2）、疾患別リハビリテーション（その 2）——の 2 項目で、いずれも 2 回目の審議となる。このうち①では、「アウトカム評価」「栄養管理」「退院後のリハビリテーションの実施状況」の 3 点を課題に挙げた。厚労省は、回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価をさらに進めていく意向を示した上で、病棟に配置された管理栄養士の役割にも着目。「リハビリテーションの提供、栄養管理等の取組状況も踏まえつつ、実績指数に基づく評価の在り方について、どのように考えるか」との論点を挙げた。厚労省は「実績指数が 27 以上である病棟割合は、入院料 1 では約 8 割」と指摘し、さらに引き上げる構えを見せている。
- 2 ①についてはまた、退院後に早期のリハビリテーションを充実させる意向も示した。厚労省の調査によると、退棟月の FIM（運動項目）が 21～75 点と ADL が高くない患者であっても、回復期リハビリテーション病棟を退棟後にリハビリテーションを実施しているのは約 3 割だった。こうした状況を踏まえ、「退院後早期の患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限の除外対象としてはどうか」と提案。また、そうした患者にも対応できるようにするため、「病棟に専従で配置されている理学療法士等が退院後のリハビリテーションを提供できるよう専従の取扱いの見直しを検討してはどうか」と提案した。
- 3 ②について審議した 9 月 13 日の総会では、「維持期・生活期のリハビリテーション」（維持期リハ）と、「リハビリテーションに係る情報共有」に関する論点が示された。このうち、維持期リハについては、「必要な見直しを検討」との記載にとどまっていた。今回は、「要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の算定に係る経過期間については、当面、平成 31 年 3 月 31 日まで延長することとしてはどうか」とし、経過措置を 1 年延長することを提案した。その条件として、「医療保険のリハビリテーションが必要な患者にリハビリテーションが提供できるよう対応を行うこと等」を挙げた。具体的には、「施設基準のうち、職員配置や設備を共用できるよう取扱いを見直ししてはどうか」としている。このほか、標準的算定日数の上限の除外対象疾患に明確に位置づけられていないが、リハビリテーションに長期間

を要する状態として外傷性の肩関節腱板損傷等があることも課題に挙げている。

平成 29 年 10 月 27 日 中医協 総会（第 366 回）

1. 中医協、「水・金」開催の週 2 日ペースに突入
2. 選定療養の見直し、82 件のうち 2 件について対応
3. 患者の求めで画像や動画を提供する場合の費用徴収を可能に

—詳細—

- 1 この日の議題は「選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応」の 1 項目で、平成 30 年度改定に向けた審議は“一休み”となった。25 日の水曜日に続く開催となり、「水・金」の週 2 回ペースに突入したが、改定に向けた議論がなかったこともあり、約 1 時間を残して閉会となった。この日は、午前 9 時から薬価専門部会、続いて保険医療材料専門部会、総会を開催。12 時までの 3 時間を予定していたが、すべての審議が終了したのは 10 時 48 分だった。このため、日本医師会の委員から「もちろん議論伯仲して、なかなか收拾がつかないということも当然あり得ると思うが、いったい事務局（保険局医療課）は、水、金の週 2 日になり、その 3 時間にどういう議題を持ってくるか、いかに考えているのか」との厳しい指摘があった。厚労省の担当者は「調整不足で本当に平に申し訳ない。なるべく改善するようにしたい」と陳謝したが、この日は診療側の万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）が中医協委員を退任する日。万代委員は、選定療養の見直しについて関係学会などの要望を代弁する立場にあり、「選定療養をめぐる議論が紛糾することも予想されたので、事務局は時間を多めに用意した」との指摘もある。
- 2 厚労省は同日の会合で、選定療養の見直しについて病院団体などから寄せられた 82 件のうち 2 件について対応するとの方針を示した。この日の中医協で退任する診療側の万代委員が「私どもは多くの提案をしたが、今後対応していただけるのか」と詰め寄ったが、ほかの診療側委員から同様の主張はなかった。厚労省の担当者は「頂いたご提案をすべて精査し、結論として、この 2 件について対応させていただきたい。本日のご審議で基本的には結論を頂きたい」と万代委員の要望を退けた。

- 3 厚労省が示した「選定療養の見直しに関する対応方針」は了承された。患者の求めに応じ、画像や動画情報を提供する場合などの費用について、療養の給付と直接関係ないサービス等として費用徴収を可能にする。厚労省は同日の総会で、①既存の選定療養の対象範囲を見直すもの、②療養の給付と直接関係ないサービスに追加するもの——の2項目について、それぞれ1件ずつ計2件の対応方針を示した。関係団体などから①については56件、②については26件の意見や要望などが寄せられており、厚労省は7月5日の総会で「今後は事務局でさらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協で議論」としていた。

平成 29 年 11 月 1 日 中医協 総会（第 367 回）

1. 生活習慣病の重症化予防へ、生活習慣病管理料を見直し
2. オンライン診療、先駆的な事例等を踏まえ推進へ
3. 薬剤師が積極的に処方提案し、薬剤が減少した場合を評価へ

—詳細—

- 1 この日の主な議題は「外来医療（その3）」で、①生活習慣病の重症化予防、②遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）、③後発医薬品の使用促進、④多剤・重複投薬等の適正化——の4項目に関する課題や論点が示された。このうち①では、「生活習慣病管理料の見直しを検討してはどうか」と提案した。厚労省は見直しの視点として、「療養計画の内容（検査値の目標、特定健診・特定保健指導の受診勧奨等）」や、「ガイドラインやデータに基づく診療支援」を提示。これにより、「効果的・効率的な指導管理の取組み」を促す意向を示している。また、糖尿病透析予防指導管理料における「腎不全期指導加算」については、「より糖尿病性腎症の重症化予防に資するよう、対象患者の見直しを検討してはどうか」と提案した。
- 2 ②については、情報通信機器を用いた「診察」と「遠隔モニタリング」を課題に挙げた。このうち「診察」については、対面診療と適切に組み合わせて行われるものとの原則を確認した上で、患者や医療提供者の負担軽減などにも有用と考えられる事例を紹介。福岡市健康先進都市戦略「かかりつけ医」機能強化事業で、訪問診療や外来診療など対面による診療行為を補完するものとしてオンライン診療が位置づけられていることを指摘した上で、「先駆的な実践事例等を踏まえつつ、診療報酬上の評価の観点から、より適切と考えられる対象患者や実施条件などについて、どのように考えるか」との論点を示した。「遠隔モニタリング」については、持続陽圧呼吸療法（CPAP療法）では受診間隔が空いても遠隔モニタリングを併用することで一定の治療効果が確認できたとの研究結果を紹介し、「遠隔モニタリ

ングによる管理について評価の見直しを検討してはどうか」と提案している。

- 3 ④については、医師と薬剤師の連携による多剤投薬の適正化をさらに進める必要性を指摘し、「薬剤師の積極的な処方提案により医師が処方を変更し、結果として患者が服用する薬剤が減少した場合の評価を検討してはどうか」と提案した。また、医師の指示に基づく分割調剤については、服薬アドヒアランスの向上に資する医師と薬剤師の連携を進めるため、「医師の指示事項の明確化や処方箋への記載方法の合理化などといった視点で、具体的な方策を検討してはどうか」と提案。残薬調整については、「医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整に関する医師の判断がより明確になるよう処方箋の様式を見直してはどうか」と提案した。

平成 29 年 11 月 8 日 中医協 総会（第 368 回）

1. 一般病院の損益率、改定前より 0.5 ポイント悪化
2. 勤務医の負担軽減策、医療機関の取組がさらに進むよう見直し
3. 紹介状なし大病院受診の定額負担、対象医療機関の範囲を拡大

—詳細—

- 1 この日の議題は、①調査実施小委員会からの報告、②横断的事項（その4）——の2項目。このうち①については、「第21回医療経済実態調査」の結果が報告された。それによると、一般病院（全体）の損益率は、平成28年度改定前のマイナス3.7%からマイナス4.2%と0.5ポイント悪化した。その原因について厚労省の担当者は「収益の伸びよりも費用の伸びのほうが大きくなっている。特に給与費が伸びていることがこうした収支差の背景になっている」と説明した。この結果について総会では発言がなかったが、総会に先立って開かれた調査実施小委員会では、診療側委員が「いかに病院の経営が悪化しているかということははっきりしている。民間の医療法人については、もうこれ以上経営が続けることが厳しいというところまで悪化している」と訴えた。一方、支払側委員は「ただいま示されたばかりなので、この場では議論せず、改めて分析した上で、なるべく早い段階で中医協の場で分析結果を示して改めて議論させていただきたい」と述べるにとどまった。
- 2 平成30年度改定に向けた「横断的事項（その4）」は、政府が推進する「働き方改革」を踏まえたテーマを中心に構成し、▼医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減、▼診療報酬における病床数の取扱い、▼地域の実情を踏まえた対応——の3項目を挙げた。勤務医の負担軽減策については、医師事務作業補助体制加算の効果を評価し、「加算や特定入院料で評価されてきた勤務医の負担軽減策については、医療機関の取組がさらに進むよう見直してはどうか」と提案した。また、医師の常勤

要件を見直すことも提案。小児科や産婦人科、その他専門性の高い特定の領域や、夜間等の緊急対応の必要性が低い項目については、「週一定時間の勤務を行っている複数の医師の組み合わせ」により常勤医師の配置とみなす方針を示した。

- 3 「診療報酬における病床数の取扱い」では、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担に関する論点を挙げ、対象医療機関の範囲を拡大する意向を示した。範囲の拡大に際し、「自治体による条例改正が必要な公的医療機関については、6ヶ月の経過措置を設けてはどうか」としている。設定金額については、「検証調査の結果等を踏まえつつ、更なる引上げの効果は現時点で不明であることから、現在のまま」とした。対象除外患者の範囲については、「制度趣旨にそぐわないものとして定められているものであり、現在のまま」としている。

平成 29 年 11 月 10 日 中医協 総会（第 369 回）

1. 併設する介護施設、「外来診療と訪問診療の中間的な取扱い」
2. ガイドラインを踏まえた看取り、「診療報酬上の位置づけを検討」
3. 往診料の緊急加算、対象患者の要件を見直しへ
4. 無菌製剤など積極的対応を要する在宅薬剤管理を評価

—詳細—

- 1 この日の主な議題は「在宅医療（その3）」で、①医療と介護の連携、②訪問診療、③在宅歯科医療、④在宅薬剤管理——の4項目に関する課題や論点が示された。このうち①では、併設する有料老人ホーム等の入居者等を訪問診療する場合について「実態としては、外来診療と訪問診療の中間的な取扱い」との考えを示し、「そうした患者への医学管理に係る評価を新たに設けてはどうか」と提案した。また、介護医療院について「入所者として想定されている患者の状態や医療ニーズを踏まえつつ、介護療養型医療施設や介護老人保健施設における取扱いを参考に、医療保険と介護保険に係る給付調整の取扱いを整理してはどうか」と提案している。
- 2 ①については、「医療機関とケアマネジャーとの連携」「看取り」に関する論点も示した。このうち、ケアマネとの連携については、末期がんの在宅患者の急変に迅速に対応するため、医療機関とケアマネとの情報共有や連携等を在宅時医学総合管理料等の要件とする方針を示した。看取りについては、患者や家族の希望に応じた看取りを推進するため、「ガイドラインを参考に行われる医療等の提供方針の決定プロセスについて、診療報酬上の位置づけを検討してはどうか」と提案。在宅で療養している患者が、在宅の主治医と病院との連携の下で、本人や家族の希望に基づいて最期を入院で看取った場合の評価を検討することも提案した。

- 3 ②については、緊急加算を算定している割合が往診料を算定回数のうち約5%であるとのデータを示した上で、「往診料の緊急加算の算定要件とされている病態については、医療提供に係る実態を踏まえて、対象患者の要件を見直してはどうか」と提案した。現行では、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合に算定できる取扱いとなっている。
- 4 ④については、「無菌製剤といった積極的な対応を要する在宅薬剤管理の伸びは緩やかである」、「無菌製剤の提供体制は都道府県によりばらつきがある」と指摘。無菌製剤など積極的な対応を要する在宅薬剤管理をより広く進めるため、「専門的な技術を要する在宅薬剤管理の実績や地域の薬局への支援等に着目した評価を検討してはどうか」と提案した。また、小児に対する在宅薬剤管理について、「服薬方法が特殊であることなどから負担が大きい」と指摘し、「小児に対する在宅薬剤管理に対する評価を検討してはどうか」と提案している。

平成 29 年 11 月 15 日 中医協 総会（第 370 回）

1. 緊急時に訪問看護を行う「24 時間対応体制加算」に一本化
2. 利用者の安全のため、複数名訪問看護加算の要件を見直し
3. 病院併設の訪問看護ステーションを診療報酬上で支援
4. 訪問看護情報提供療養費、「算定する利用者について要件」
5. 主治医機能を評価する「地域包括診療加算」が増加に転じる

—詳細—

- 1 この日の議題は、定例の報告事項などのほか、次期改定に向けて「在宅医療（その4）」をテーマに審議した。「在宅医療（その4）」では、①訪問看護の提供体制（総論）、②利用者の様々な状況に対応する訪問看護、③病院併設の訪問看護ステーション、④関係機関との連携——の4項目を提示。このうち②では、24 時間対応体制の整備や緊急時の対応を進めるため、「利用者からのニーズや訪問看護の提供状況を考慮し、訪問看護ステーションの24 時間対応の評価について、24 時間対応体制に一本化し、見直してはどうか」と提案した。
- 2 ②ではこのほか、患者の身体的理由で複数名による訪問看護が必要な患者でも複数名訪問看護加算の対象とならない場合があることを指摘し、「利用者の安全のために、利用者の身体的理由をもって複数名訪問を実施した場合にも加算の算定を行えるよう、複数名訪問看護加算の要件を見直してはどうか」と提案した。
- 3 ③については、訪問看護に従事する看護職員の確保と訪問看護の提供体制を拡充するため、「重症度の高い利用者の受け入れや人材育成等、病院に併設している訪問看護ステーションの機能や特性についてどう考えるか」との論点を提示。病院併設

の訪問看護ステーションを診療報酬上で支援する意向を示した。

- 4 ④については、▼機能強化型訪問看護ステーションにおける障害福祉サービスとの連携、▼自治体との連携、▼学校との連携、▼介護職員等との連携、▼医療機関等との連携——に関する論点を提示。このうち「自治体との連携」では、自治体への情報提供を評価する訪問看護情報提供療養費の対象者について「特に規定はない」と指摘した上で、「情報の有効な活用といった観点から、算定する利用者について要件を設ける」との方針を示した。

同日の総会では最後の議題として、平成28年7月1日現在の「主な施設基準の届出状況等」が示された。それによると、外来の機能分化を進めるために平成26年度診療報酬改定で新設された「地域包括診療加算」は前年の4,701施設から627施設増の5,238施設となった。同加算は、高脂血症や糖尿病などを抱える患者に対し療養上必要な指導等を行う診療所医師の主治医機能を評価するもの。平成26年7月1日時点では6,536施設だったが、平成27年は4,701施設に減少。平成28年は増加に転じた。

平成 29 年 11 月 17 日 中医協 総会（第 371 回）

1. 看護必要度の判定、「DPCデータを用いることも可能」
2. 療養病棟の一本化、医療区分2・3の患者割合で議論に
3. 地域医療を担う有床診、「地域包括ケアモデル」への転換を推進
4. 入院時食事療養費を5円引き上げて460円に見直し

—詳細—

- 1 この日は、改定の審議に先立ち、先進医療会議の検討結果のほか、診療報酬基本問題小委員会からの報告を受けた。議論はなかった。診療報酬基本問題小委員会からの報告は、中医協下部の「入院医療等の調査・評価分科会」がまとめた報告書で、急性期から回復期、慢性期、有床診療所など入院医療に関する調査結果を分析した上で今後の方向性を示している。同分科会で議論のあった「現行の重症度、医療・看護必要度の測定手法へのDPCデータの活用」については、「一定の配慮を行えば、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を判定する際に、その一部の項目についてDPCデータ（EF統合ファイル）を用いることも、可能ではないかと考えられた」とまとめている。
- 2 次期改定に向けた今回のテーマは「入院医療（その6）」で、①療養病棟入院基本料、②有床診療所入院基本料、③障害者施設等入院基本料等、④入院時食事療養費等——の4項目に関する課題や論点を示した。このうち①では、「療養病棟入院基本料の要件を整理してはどうか」と提案した。会合では、療養1への「一本化」を前提に経過措置を設けることは合意したが、療養1の施設基準である医療区分2・

- 3の患者割合（8割以上）が議論になった。診療側委員は「すべての療養病棟が8割は無理。（療養2の基準である）5割と、（療養1の基準である）8割の2本で評価すべき」と主張したが、支払側委員は「8割を満たさない所には何らかの減算措置を入れるべき」と主張。減産方法については、「段階的な設定」を提案した。
- 3 ②については、▼内科や外科などの主に地域医療を担う有床診療所、▼眼科、耳鼻咽喉科など主に専門医療を担う有床診療所——などに分類した上で、前者を「地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）」と位置づけ、「入院医療と介護サービスとを組み合わせるモデル（地域包括ケアモデル）への転換を推進することが必要ではないか」、「このような視点から、介護サービスの提供を行っている有床診療所について、評価の見直しを検討してはどうか」と提案した。
- 4 ④では、現在455円となっている入院時食事療養費について、「平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額（460円）に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460円に見直すこととしてはどうか」と提案した。