

平成22年度診療報酬改定について

全体改定率 +0.19%

1 診療報酬改定（本体）

改定率 +1.55%

各科改定率	医科	+1.74%
	〔入院	+3.03%〕
	〔外来	+0.31%〕
	歯科	+2.09%
	調剤	+0.52%

2 薬価改定等

改定率 ▲1.36%

薬価改定 ▲1.23% (薬価ベース ▲5.75%)

材料価格改定 ▲0.13%

(平成 22 年度予算大臣折衝資料)

協会けんぽの国庫負担及び診療報酬改定について (抄)

2 診療報酬改定

平成 22 年度診療報酬改定においては、我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくため、厳しい経済環境や保険財政の下ではあるが、配分の見直しや後発品の使用促進を図りつつ、診療報酬本体の引上げを行う。

(1) 診療報酬改定 (本体)

改定率 +1.55% (ネット +0.19%)

各科改定率	医科	+1.74%
	歯科	+2.09%
	調剤	+0.52%

医科については、急性期入院医療に概ね 4,000 億円程度を配分することとする。また、再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る。

(2) 薬価改定等

改定率 ▲1.36%

薬価改定	▲1.23%	(薬価ベース	▲5.75%)
材料価格改定	▲0.13%		

なお、別途、後発品の置き換え効果の精算を行う。

医薬品価格調査及び特定保険医療材料価格調査について

1. 医薬品価格調査

○ 平均乖離率 : 約 8.4%

注1) 平成21年9月取引分について、販売サイドから10月26日までに報告があったものの集計結果である。

注2) 平均乖離率とは、

$$\frac{(\text{現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

で計算される数値である。

2. 特定保険医療材料価格調査

○ 平均乖離率 : 約 7.6%

注1) 平成21年5~9月取引分(ただしダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分については平成21年9月取引分のみ)について、販売サイドから12月4日までに報告があったものの最終集計結果である。

注2) 平均乖離率とは、

$$\frac{(\text{現行材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{現行材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

で計算される数値である。

(参考)

医薬品価格調査（薬価本調査）の内訳

(1) 投与形態別

区 分	乖離率 (%)	薬価ベース占有率 (%)
内 用 薬	8.7	67.1
注 射 薬	7.9	22.8
外 用 薬	7.1	10.1
歯科用薬剤	1.4	0.0
合 計	8.4	100.0

(2) 主要薬効群別

	乖離率 (%)
(内 用 薬) 血圧降下剤	9.4%
消化性潰瘍用剤	9.9%
高脂血症用剤	9.8%
血管拡張剤	10.8%
精神神経用剤	8.2%
その他のアレルギー用薬	9.7%
その他の血液・体液用薬	8.6%
他に分類されない代謝性医薬品	8.3%
糖尿病用剤	8.6%
その他の腫瘍用薬	7.8%
(注 射 薬) 他に分類されない代謝性医薬品	11.2%
血液製剤類	3.4%
その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）	7.5%
その他の抗腫瘍薬	7.0%
主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの	8.8%
(外 用 薬) 鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	7.4%
眼科用剤	7.1%
その他の呼吸器官用薬	7.9%
(歯科用薬剤) 歯科用局所麻酔剤	1.2%

平成22年度薬価制度改革の骨子

〔平成21年12月22日〕
中央社会保険医療協議会了解

第1 基本的考え方

平成20年度薬価制度改革と同様、特許期間中の革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた新薬については、後発医薬品への置き換えが着実に進むような薬価制度としていくこととする。

具体的には、新規収載医薬品及び既収載医薬品に係る現行の薬価算定方式を基本とし、これまで薬価専門部会で審議してきた以下の点等を踏まえ、平成22年度薬価制度改革を行うこととする。

第2 具体的内容

I 既収載医薬品の薬価改定

1. 特許期間中又は再審査期間中の新薬の薬価改定

現行の薬価改定ルールの下では、市場実勢価格に基づき2年ごとにほぼ全ての新薬の薬価が下がる仕組みとなっているため、製薬企業にとっては開発コスト等の回収に時間がかかり、結果的に革新的な新薬の創出や適応外薬の問題などへの対応が遅れ、「ドラッグ・ラグ」の問題に繋がっているとの指摘がある。

このような状況にかんがみ、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させることを目的に、後発医薬品が上市されていない新薬のうちその乖離率が全既収載医薬品の加重平均乖離率の範囲内の新薬について、「市場実勢価格加重平均値＋調整幅2%で算定される薬価」（以下「市場実勢価格に基づく算定値」という。）に対して、「加重平均乖離率－2%」×0.8を加算（以下「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」という。）することとする。なお、改定前薬価を上限とする。

また、具体的な実施方法は別紙のとおりとする。

2. 再算定

- (1) 現行ルールでは、市場拡大再算定に当たって、対象品について市販後のデータにより真の臨床的有用性が検証されている場合には、類似品の臨床試験結果の有無や内容にかかわらず、全ての類似品について対象品と同率の補正加算を適用して引下げ率を緩和している。

しかし、対象品及び類似品についての真の臨床的有用性の評価は、各企業がそれぞれ独自に行った市販後臨床試験等の結果によって異なることから、対象品の補正加算率をそのまま全ての類似薬に対して適用するのではなく、個別の医薬品ごとにデータを評価して補正加算の適用の可否及び加算率を判断することとする。

- (2) 現行ルールでは、承認後、主たる効能及び効果に係る用法又は用量に変更があった医薬品については、変更後の1日薬価を変更前の1日薬価に合わせる再算定を行うこととしている。

しかし、副作用の問題から主たる効能及び効果の1日用量が減量となった医薬品の中には、それ以前から実質的な1日用量が減量となっている場合があることから、そのような場合には、当該再算定を適用しないこととする。

- (3) 現行ルールでは、不採算品再算定は、同一成分、同一剤形、同一規格の先発医薬品を含む全ての品目が不採算のため製造販売を継続することが困難となった場合に適用することとしている。

しかしながら、一般的に、後発医薬品は先発医薬品に比べ薬価改定時の下落率が大きいことから、累次の改定によりその薬価が大きく下がり、全ての後発医薬品が不採算となって販売中止となる場合がある。

このような場合、これまで当該後発医薬品を使用していた患者が継続して後発医薬品を使うことができなくなることから、先発医薬品が不採算ではなくても、成分が同一の後発医薬品が全て不採算のため供給困難な状況になった場合には、後発医薬品のみに対して不採算品再算定を適用することとする。

3. その他

- (1) 平成20年4月以降、小児適応又は希少疾病の効能追加又は用法・用量追加を行った場合や、市販後に当該医薬品の真の臨床的有用性を検証したデータが公表された場合には、市場実勢価格に基づく算定値に加算することとなっている。（「平成20年度薬価制度改革の骨子」（平成19年12月14日中医協了解））

当該加算の根拠となるデータや薬事承認の形態として、大学等の研究機関で独自に真の臨床的有用性のデータを検証した場合や、公知申請のように臨床試験を行わず、既存の文献等を使って承認を取得した場合などがあることから、これらのように当該企業の負担が相当程度低いと思われる事例については、加算の対象外とする。

なお、当該加算対象品目が他の加算も同時に対象となる場合(例えば、小児適応の効能追加を行った品目が希少疾病用の効能追加も行っている場合)は、市場実勢価格に基づく算定値に当該加算を行った額と他の加算を行った額のいずれか高い方を薬価とする(併算定不可)。

- (2) 最低薬価(見なし最低薬価を含む。)が適用されている品目の中には乖離率が大きなものも含まれていることから、その市場実勢価格を考慮して最低薬価を見直すこととする。

具体的には、乖離率が全既収載医薬品の加重平均乖離率を超える剤形区分の最低薬価については、加重平均乖離率を超える部分の率を引き下げることとする。

Ⅱ 新規収載医薬品の薬価算定

1. 類似薬効比較方式

- (1) 抗菌薬のように、医療上の必要性から既収載品の用法・用量を変更した新薬については、補正加算の有無にかかわらず、「類似薬効比較方式(Ⅰ)」により、最類似薬である同一成分の既収載品を比較薬として算定することとする。

ただし、ビスホスホネート系骨粗鬆症用薬のように、1日当たりの投与量が同一であり7日分で7倍の有効成分を含む製剤の場合など、規格間調整による算定が適切な場合を除くこととする。

2. 外国平均価格

1ヶ国の外国価格が外国平均価格を大きく引き上げる場合があることにかんがみ、平成18年度薬価制度改革以降、米英独仏国のうち2ヶ国以上のリスト価格があり、そのうち最高の価格が最低の価格に比べて5倍を上回る場合は、当該最高価格を除いた外国平均価格を採用している。

しかしながら、未だ1ヶ国の外国価格が外国平均価格に大きな影響を与えている事例があることから、上記ルールを残しつつ、3ヶ国以上のリスト価格があっても上記ルールの最高価格の除外が適用されない場合であっても、最高価格が「当該最高価格を除いた平均価格」の2倍を超える場合には、最高価格を当該平均価格の2倍とみなして外国平均価格を算出することとする。

3. その他

- (1) 配合剤の薬価算定について、製造経費、流通経費等の節減が見込めるため、下記条件の全てに該当する配合剤については、「配合成分の既収載品の薬価」の合計の0.8倍の価格を基本として算定し、補正加算の要件を満たす場合には当該補正加算を適用することとする。
- i) 全ての配合成分が単剤として薬価基準に収載されていること
 - ii) 既収載品と同様の効能効果を有すること
 - iii) 既収載品と投与経路が同一であること
 - iv) 内用の配合剤であること

ただし、この場合、以下のとおりとする。

- 1) 配合剤たる新薬の薬価は、各配合成分の既収載品の薬価を下回らないものとする。
- 2) 算定に用いる「配合成分の既収載品の薬価」は、配合剤たる新薬と同一企業の既収載品(以下「自社品」という。)がある場合には自社品の薬価とし、自社品がない場合には、他社の後発医薬品のうち最低の薬価とする。

また、成分によって自社品と他社品が混在する場合、配合剤たる新薬の薬価は以下のいずれか低い額とする。

- ① 「自社品の薬価」と「他社の先発医薬品の薬価」の合計の0.8倍
 - ② 「自社品の薬価の0.8倍」と「他社の後発医薬品のうち最低の薬価」の合計
- 3) 抗 HIV 薬については、米英独仏国では単剤の合計価格と配合剤の価格がほぼ同額であることを考慮し、上記ルールの対象外とする。

- (2) 成人対象の「同一成分・同一投与形態で効能・効果が異なる既収載品がある新薬」の薬価算定については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式により算定することとし、類似薬効比較方式による算定値(補正加算の要件を満たす場合には当該補正加算適用後の算定値)を上限とすることとする。

- (3) 通常の後発医薬品では、健康成人を対象に、先発医薬品との同等性を確認する臨床試験が行われるのに対し、バイオ後続品の場合には、健康成人を対象とした臨床試験だけではなく、患者を対象とした臨床試験も実施し、先行バイオ医薬品との同等性/同質性を確認する必要がある。

このような相違にかんがみて、バイオ後続品の薬価算定に当たっては、先行バイオ医薬品の0.7倍を基本に、患者を対象とした臨床試験の充実度に応じて、10%を上限として加算することとする。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の実施方法

1. 目的

現行の薬価改定ルールの下では、市場実勢価格に基づき2年ごとにほぼ全ての新薬の薬価が下がる仕組みとなっているため、製薬企業にとっては開発コスト等の回収に時間がかかり、結果的に革新的な新薬の創出や適応外薬の問題などへの対応が遅れ、「ドラッグ・ラグ」の問題に繋がっているとの指摘がある。

このような状況にかんがみ、後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に緩和することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させる。

2. 具体的な仕組み

(1) 当該加算対象となる新薬の範囲

以下の①及び②の要件に該当するもの。ただし、本文「第2 II 3. その他 (1)」で算定される配合剤又はそれに相当する既収載配合剤であって、薬価収載時に補正加算が適用されなかったもののうち、薬価収載後15年を超えた成分又は後発医薬品が上市されている成分を含むものは除く。

- ① 後発医薬品が上市されていない新薬（ただし、薬価収載後15年まで）
- ② 市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全既収載医薬品の加重平均乖離率を超えないもの

(2) 当該加算の具体的内容

- 1) 薬価改定時に、上記(1)に該当する新薬については、市場実勢価格に基づく算定値に対して、「加重平均乖離率－2%」×0.8を加算する。なお、改定前薬価を上限とする。
- 2) ただし、有識者会議（仮称）による評価結果等を踏まえ、次回の薬価改定時まで、当該加算対象品目を有する企業について、要請を受けた適応外薬等の品目の開発・上市状況を確認し、以下の場合には、当該企業の全ての新薬に対

して加算を適用しない。

- ① 公知申請が行える場合で、特段の合理的な理由^{※)}がなく、有識者会議からの開発要請より半年以内に薬事承認申請を行わなかった場合
- ② 開発に当たって治験が必要な場合で、特段の合理的な理由^{※)}がなく、有識者会議からの開発要請より1年以内に治験に着手しなかった場合

※)多数の品目の開発要請を同時期に受けていることを基本とするが、なおその場合であっても、所定の期限内に、相当程度の品目について承認申請を行うか、治験に着手していなければ「特段の合理的な理由」として認めないものとする。

(3) 加算対象となる期間

後発医薬品が上市された後の薬価改定までとし、また、後発医薬品が上市されない場合でも、薬価収載後15年を経過した後の薬価改定までとする。

(4) 加算対象となる期間中に、加算要件を満たさなくなった新薬の薬価改定

1) 上記(1)の要件を満たさなくなった場合

その直後の薬価改定時には当該加算を適用せず、市場実勢価格に基づき算定する。

2) 上記(2)2)に該当すると判断された場合

- ① 当該新薬の薬価は、これまでの加算された分を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。
- ② 前回の薬価改定時以降、当該加算により得られた販売額(薬価ベース)に、一定の利率(5%)を乗じた分を加えた販売額に相当する分について、当該企業の全既収載医薬品の薬価を、当該薬価改定時に限り、市場実勢価格に基づく算定値(当該加算を受けていた品目については上記①の薬価)から追加して引き下げることとし、その次の薬価改定では当該引下げ相当分を戻すこととする。

なお、中医協において当該加算の不適用を判断するに当たっては、必要に応じ、当該企業に意見陳述の機会を与えることとする。

(5) 薬価改定時に市場拡大再算定の対象となった場合

上記(1)の要件を満たす新薬であっても、薬価改定時に市場拡大再算定の対象となった場合には、当該薬価改定時には、当該加算を適用しないものとする。

(6) 後発医薬品上市後の新薬の薬価改定

後発医薬品上市後の最初の薬価改定時における新薬の薬価は、これまでの加算された分に加えて、特例引下げ分(現行4～6%)を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。

(7) 初めて収載される後発医薬品の薬価算定

初めて収載される後発医薬品の薬価算定は、「後発医薬品収載時の新薬の薬価からこれまでの期間累積分を引き下げた薬価」の0.7倍とし、その後通常薬価改定を行うものとする。

(8) 後発医薬品のある新薬の薬価引下げ

後発医薬品の使用が十分進んでいないことから、平成22年度薬価改定においては、後発医薬品のある新薬の薬価について、市場実勢価格に基づく算定値から2.2%更に引き下げることとする。

3. 実施時期及び実施方法

平成22年度限りの措置として試行的に導入することとし、その財政影響や適応外薬等の開発・上市状況、後発医薬品の使用状況などを検証した上で、次々期薬価制度改革時に、引き続き実施するかどうかについて判断することとする。

後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子

平成21年12月22日
中央社会保険医療協議会了解

第1 基本的考え方

- 1 これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の創設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。中でも、在庫管理の負担から後発医薬品の調剤に積極的でない場合が多い薬局において、後発医薬品の使用割合をどのように増やしていくかが大きな課題となっている。

また、患者の意識調査の結果から、診察時に、医師が後発医薬品について説明したり、使用の意向を尋ねたりすることが、患者における後発医薬品の選択を促す上で有用と考えられる。

- 2 これらの状況を踏まえ、平成22年度診療報酬改定においては、これまでの診療報酬基本問題小委員会における議論に基づき、後発医薬品の更なる使用促進のために、以下のような環境整備を行うこととする。

第2 具体的内容

- 1 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

(1) 多くの薬局が、後発医薬品調剤体制加算（要件：処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を算定している一方で、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が低いことにかんがみ、当該加算の要件を数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとする。

(2) 具体的には、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価することとする。

(3) なお、現状、後発医薬品の数量ベースでの使用割合を算出する場合、各医薬品について、薬価基準上の規格単位ごとに数えた上で計算しており（注）、経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）や特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出される傾向にある。

これらの医薬品には後発医薬品が存在せず、処方せんを受け付けた薬局における数量ベースでの後発医薬品の使用割合を大きく引き下げてしまうおそれがあることから、算出する際には、除外することとする。

（注）規格単位が 10mg 1錠であれば使用した錠数、10mL であれば、使用 mL 数を 10mL で除した値を各医薬品の数量として用いている。

2 薬局における含量違い又は剤形違いの後発医薬品への変更調剤

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等のない処方せん（以下「「変更不可」欄に署名等のない処方せん」という。）を受け付けた薬局において、
ア 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、
イ 患者に説明し同意を得ること
を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品の調剤（注）を認めることとする。

（注）例えば、処方せんに記載された先発医薬品の 10mg 錠 1錠に代えて後発医薬品の 5mg 錠 2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品の調剤（注）を認めることとする。

(注) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品：錠剤に変更
先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

(3) 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合

には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

(4) なお、上記（1）及び（2）において、含量規格が異なる後発医薬品又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

3 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価

(1) 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品の採用品目数の割合が 20%以上の医療機関について、

薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算として、診療報酬上の評価を行うこととする。

(2) なお、上記加算を適用するに当たっては、入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を求めることとする。

4 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

保険医療機関及び保険医療養担当規則等（以下「療養担当規則等」という。）において、保険医は、投薬等を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない旨を規定しているところである。

外来患者が、より後発医薬品を選択しやすくなるようにするためには、診察時に、医師が後発医薬品の使用の意向を尋ねたりすることが有用と考えられる。一方、医師にそのような取組を求めるためには、後発医薬品に対する医師の疑問を解消していくことが重要と考えられる。

このため、厚生労働省においては、後発医薬品の品質、有効性及び安全性が先発医薬品と同等であることについて、承認審査の方法や市販後の品質保証の方法、さらには医療現場からの種々の懸念について検討を行うジェネリック医薬品品質情報検討会の情報なども含めて更なる周知を図るべきである。

その上で、このような取組と併せて、療養担当規則等において、保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨を規定することとする。

地域の特性を考慮した診療報酬点数について

第1 平成21年12月18日の中医協での議論

現行の診療報酬の体系においては、地域の特性について、地域加算や離島加算等において評価されているに過ぎない。これを地域ごとに異なる点数とすると、

(1) 同一の医療サービスを受けても住んでいる地域により、患者の負担金額が異なる。

(2) 診療報酬が高い地域においては、保険者負担も高くなる。などの問題が生じる。

先日の基本問題小委においては、事務局よりこうした現状について提示したが、そこでは以下のような議論があった。

- ・今後の議論のためにも介護保険の特別地域加算との比較をして欲しい。
- ・地域加算や離島加算のようにその地域の保険医療機関に一律算定できるのではなく、入院時医学管理加算の届出医療機関ではないが同等の役割を果たしている医療機関に算定できるように要件緩和をして欲しい。
- ・2次医療圏で中心的に活動している10対1看護配置の病院が一番大変なので、要件緩和を中心とした地域加算は必要である。
- ・社会的インフラの整っていない過疎地域などで病院経営が成り立たないということが起こらないよう要件緩和をするかどうか。
- ・特別地域加算など介護保険制度も踏まえ、H24同時改定で体系的に見直してはどうか。
- ・地域ごとの診療報酬に差をつけるのは基本的に反対、議論している地域のイメージが異なり、具体的にどういった算定要件の緩和をするかについては慎重に検討が必要である。

ただし、「地域」と言っても、いわゆる過疎地域やあるいは地方都市全般を想定したものなど、様々な意味で用いられており、また、その評価の対象となる項目や方法についても、具体的ではない。

いずれにしても、地域に限定した、診療報酬上の要件緩和等の配慮については、試行的にも実施してみるべきとの意見であった。

第2 検討内容と結果

1. そこで、評価の対象としては、地域での確保の困難性がしばしば話題となる看護職員に絞ることとし、また、地域については、現在、データが入手可能な最小単位である2次医療圏^注について検討することとした。（参考資料P1）

注 2次医療圏の看護職員数には、外来や特定入院料を算定する病棟に勤務する看護職員などが含まれており、厳密には、入院基本料の算定要件となる入院患者当たりの看護職員の数に反映しているものとはいえないが、近似的に活用することとした。

2. 具体的には、2次医療圏ごとに一般病床のみで構成される一般病院の1日平均在院患者数100人当たりの看護職員数を算出し、その数が少ない2次医療圏を割り出した。（参考資料P1）
3. その結果、看護職員数が著しく少ない2次医療圏は9圏あり、大都市に隣接していたり、離島や県境にある医療圏等様々であった。また、その圏内の医療機関の多くは比較的看護配置区分が低い傾向であった。（参考資料P2～9）
4. そのうち、佐賀県東部保健医療圏および和歌山県那賀保健医療圏については、隣接している都市や医療圏に医療従事者が多く、結果的に看護職員数が少ない傾向にあるのではないかと考えられた。また、同医療圏は離島や山間地域等ではなく、さらに、過疎4法での対応もなく、地理的にも他の医療圏と同様の条件にあるとは言えない。（参考資料P7、9）

5. 一方で、和歌山県御坊保健医療圏は、患者数当たりの看護職員数は少ないが、人口当たりの医師数、看護職員数及び病床数は、大阪市や他の医療圏と比較しても多い傾向にあり、前述の2医療圏同様に他の6医療圏とは異なっているが、現在、過疎地域自立促進特別措置法等での対応もなされている状況も考慮する必要がある。
6. したがって、佐賀県東部保健医療圏、和歌山県那賀保健医療圏を除く7医療圏については、病床に必要な看護職員の確保に当たって診療報酬上の算定要件を満たせない場合に、何らかの緩和措置について検討する意義があると考えられる。

第3 論点

診療報酬体系における地域特性の評価については、評価すべき地域やその対象や方法について、今後も引き続き検討が必要であるが、当面、看護職員の確保が困難である地域については、現在、医療法上の許可病床が100床未満の病院等について認めている緩和措置についての適用拡大などを検討してはどうか。（参考資料 P13～15）

具体的な論点は以下の通り。

1. 現在、看護職員数の緩和措置について、地域の特性を考慮していないが、
 - ① 一部の地域の医療機関について、考慮することをどのように考えるか。
 - ② その場合、前述した7医療圏については、どのように考えるか。また、7医療圏以外の地域にある保険医療機関についてはどのように考えるか。

2. 考慮すべき地域として、2次医療圏単位で検討したが、その結果も含めて「地域」について、今後、どのように考えるか。

参考資料

地域の特性を考慮した診療報酬点数について

2次医療圏毎の看護職員数

一般病床のみで構成される病院の看護職員数

一般病床のみで構成される病院の1日平均在院患者100名

(医療施設調査)

【結果】

平均	87.6	最小	42.9
標準偏差	16.2	最大	172.9

【標本数:369(2次医療圏数396)】

著しく看護職員が少ない2次医療圏は9圏であった(-2SD以下をはずれ値とした)。

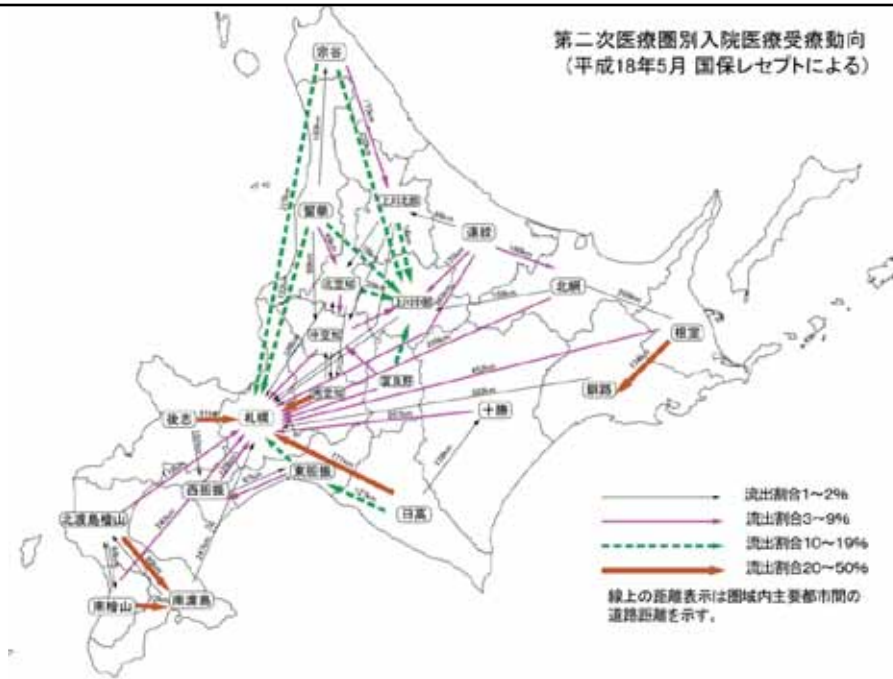
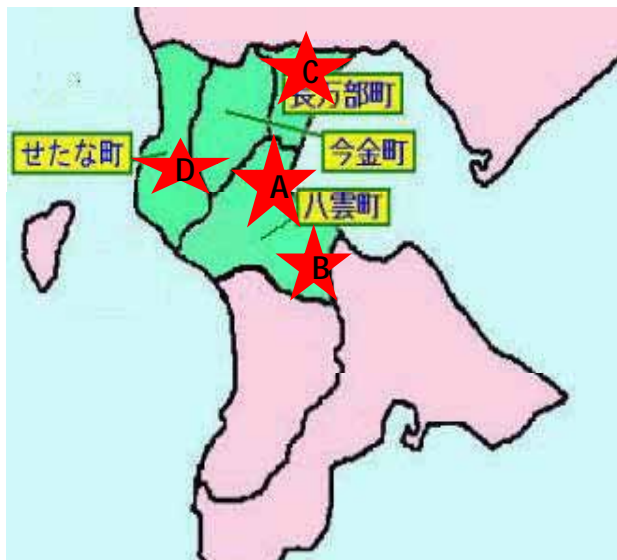
【北海道】北渡島檜山(45.3) 【群馬県】吾妻(48.9) 【静岡県】賀茂(50.8)

【愛知県】東三河北部(44.2) 【滋賀県】湖西(45.7) 【和歌山県】那賀(53.9) 御坊(47.4)

【徳島県】西部(42.9) 【佐賀県】東部(54.1)

参考)上記の医療圏にある一般病床を持つ医療機関の看護配置と隣接する医療圏の人口10万対医師数、看護職員数、人口千対看護職員数、病床数、療養病床数、一般病床数を掲載した。

北海道北渡島檜山保健医療圏



【一般病床をもつ医療機関】

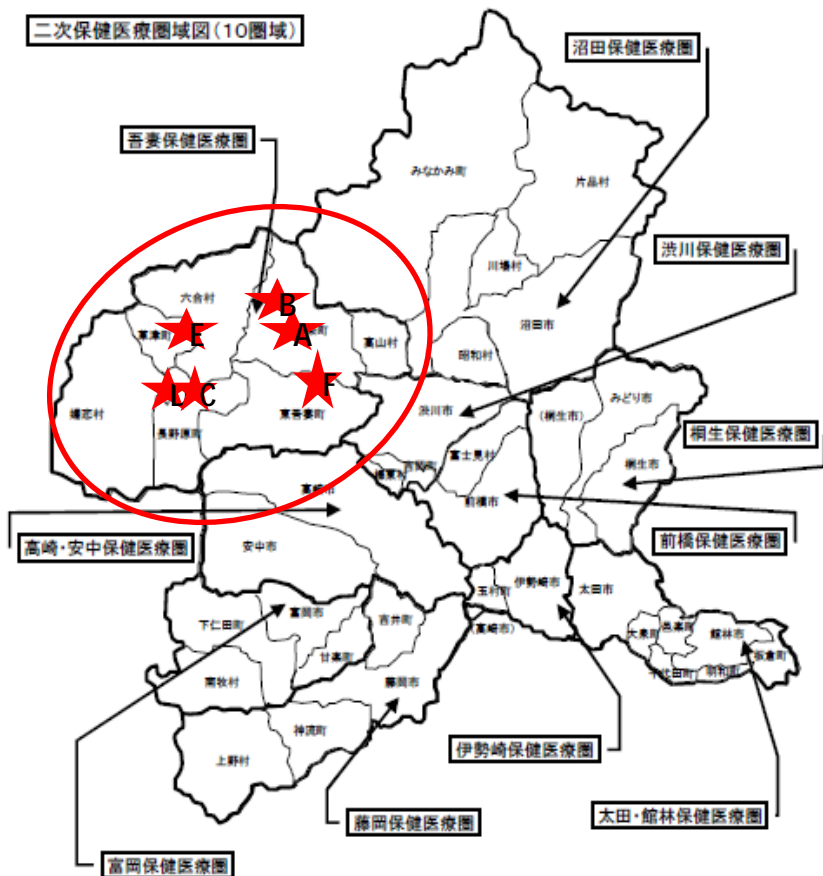
	届出区分	一般	療養
A	15対1	99	
B	10対1	214	40
C	15対1	30	30
D	10対1	58	39

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
01 北海道						
0101 南渡島	94.9	139.8	945.0	18.4	10.4	3.3
0102 南檜山		145.4	645.5	15.4	9.2	4.4
0103 北渡島檜山	45.3	116.6	1091.8	25.4	14.2	8.7
0105 後志	73.0	113.7	820.2	20.8	9.0	5.2
0109 西胆振	80.1	164.4	1155.1	27.2	10.0	9.1

「—」はデータ欠損

群馬県吾妻保健医療圏

二次保健医療圏域図(10圏域)



10 群馬県	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
1002 高崎・安中	80.5	97.1	528.7	11.2	6.4	2.6
1003 渋川	52.2	132.5	822.9	18.9	9.1	1.3
1006 吾妻	48.9	111.3	760.9	25.8	15.0	7.2
1010 太田・館林	65.7	89.5	498.4	9.8	6.0	2.2
15 新潟県						
1505 魚沼	87.4	87.0	639.2	12.5	8.0	1.8
20 長野県						
2001 佐久	110.2	165.8	823.4	13.1	8.6	2.1
2002 上小	93.6	86.6	608.8	14.0	6.1	5.0
2010 北信	91.3	104.8	624.1	10.7	8.3	

「—」はデータ欠損

【一般病床をもつ医療機関】

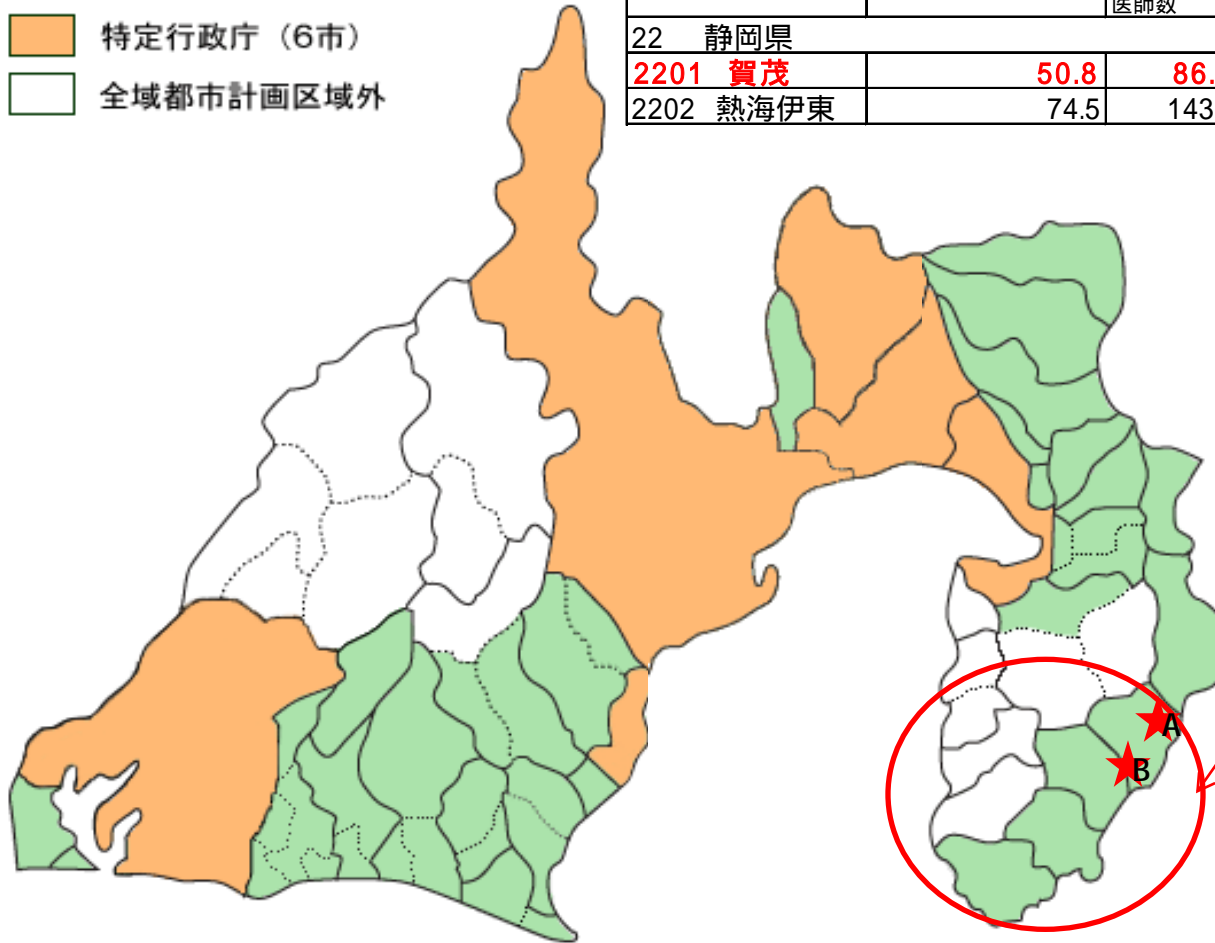
	届出区分	一般	療養
A	特別入院基本料	43	71
B	15対1	21	49
C	10対1	74	37
D	15対1	39	
E	13対1	568	
F	10対1	184	39

静岡県賀茂保健医療圏

凡例

- 静岡県の指定する市町
- 特定行政庁（6市）
- 全域都市計画区域外

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
22 静岡県						
2201 賀茂	50.8	86.2	583.7	20.0	4.9	9.3
2202 熱海伊東	74.5	143.1	400.4	9.7	5.9	3.8



【一般病床をもつ医療機関】

	届出区分	一般	療養
A	特別入院基本料	55	
B	15対1	51	

西伊豆町、松崎町、
南伊豆町、下田市、
河津町、東伊豆町

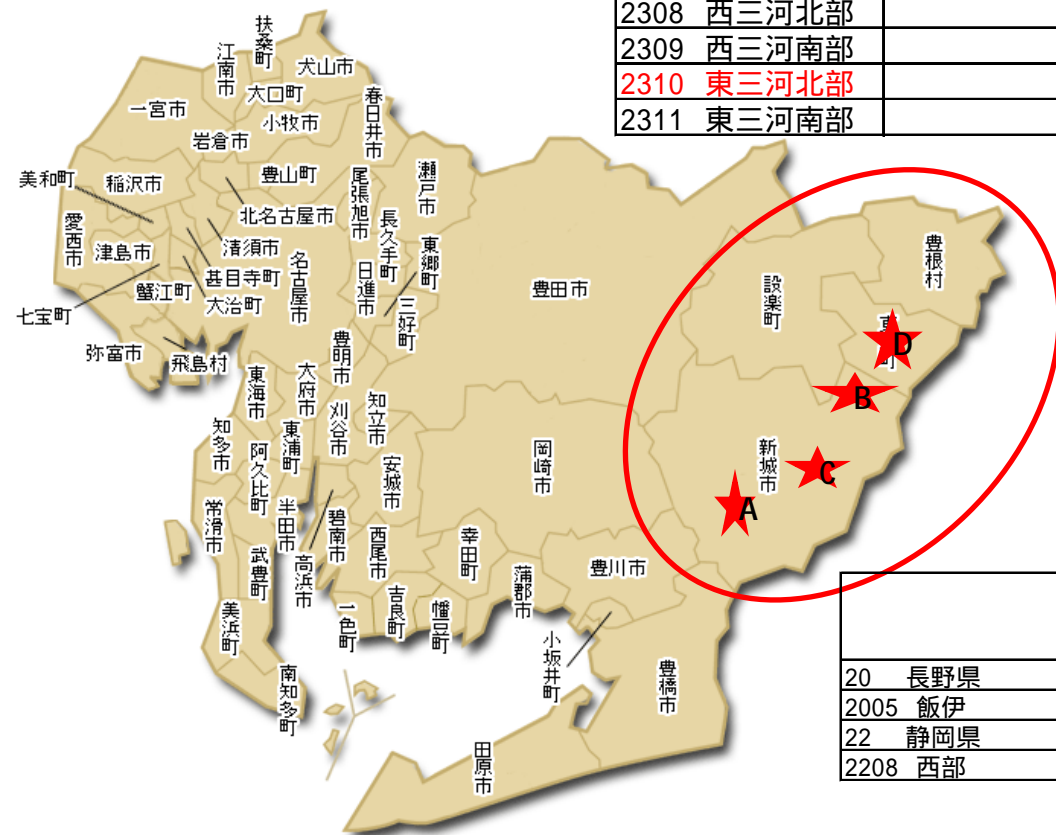
愛知県東三河北部保健医療圏

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対	
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数	
23 愛知県							
2308 西三河北部		110.8	102.0	450.2	7.2	4.4	1.1
2309 西三河南部		102.2	91.5	415.6	7.3	4.0	2.0
2310 東三河北部		44.2	72.4	404.1	9.0	5.6	3.3
2311 東三河南部		88.3	97.3	552.5	11.4	4.8	4.2

【一般病床をもつ医療機関】

届出区分		一般	療養
A	7対1	255	16
B	特別入院基本料	4	16
C	特別入院基本料	60	
D	13対1	40	30

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対	
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数	
20 長野県							
2005 飯伊		98.1	117.8	692.5	10.3	6.2	2.4
22 静岡県							
2208 西部		106	152.5	588.9	11.7	6.0	3.4



Copyright © 2009 AICHI Prefecture All rights reserved.

滋賀県湖西保健医療圏

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
18 福井県						
1804 嶺南		118.8	683.3	14.5	7.5	3.2

「ー」はデータ欠損

【一般病床をもつ医療機関】

	届出区分	一般	療養
A	13対1	120	
B	10対1	40	40
C	10対1	206	

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
25 滋賀県						
2501 大津	64.8	239.5	766.6	12.9	7.5	2.2
2506 湖北		123.2	661.8	9.8	6.6	1.3
2507 湖西	45.7	78.6	440.6	7.6	6.8	0.7

「ー」はデータ欠損

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
26 京都府						
2603 南丹	68.8	120.0	508.6	10.0	7.6	2.3
2604 京都・乙訓	82.0	240.9	827.2	16.5	10.3	3.0



和歌山県那賀保健医療圏・御坊保健医療圏

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
27 大阪府						
2705 南河内	99	189.8	712.2	13.5	7.9	2.8
2706 堺市	90.4	131.2	685.6	15.3	6.5	5.2
2707 泉州	117.4	134.5	729.1	16.2	5.0	4.6
2708 大阪市	87.6	215.7	779.9	13.3	10.4	2.7

【一般病床をもつ医療機関】

	届出区分	一般	療養
A	10対1	60	
B	10対1	300	
C	15対1		66
D	10対1	59	
E	15対1	47	
F	10対1	132	

【一般病床をもつ医療機関】

	届出区分	一般	療養
A	10対1	300	
B	7対1	131	51
C	15対1	100	
D	10対1	355	

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
30 和歌山県						
3001 和歌山	82.1	239.5	829.8	15.6	10.4	2.6
3002 那賀	53.9	82.5	421.6	9.2	5.5	1.8
3003 橋本	75.3	103.5	515.2	9.8	7.9	0.7
3004 有田		79.4	597.3	11.7	5.1	2.9
3005 御坊	47.4	129.9	788.0	15.1	12.6	0.7
3006 田辺	75.1	125.3	737.3	12.8	7.1	3.9
3007 新宮	139.1	124.9	728.8	16.7	7.5	4.9

「—」はデータ欠損

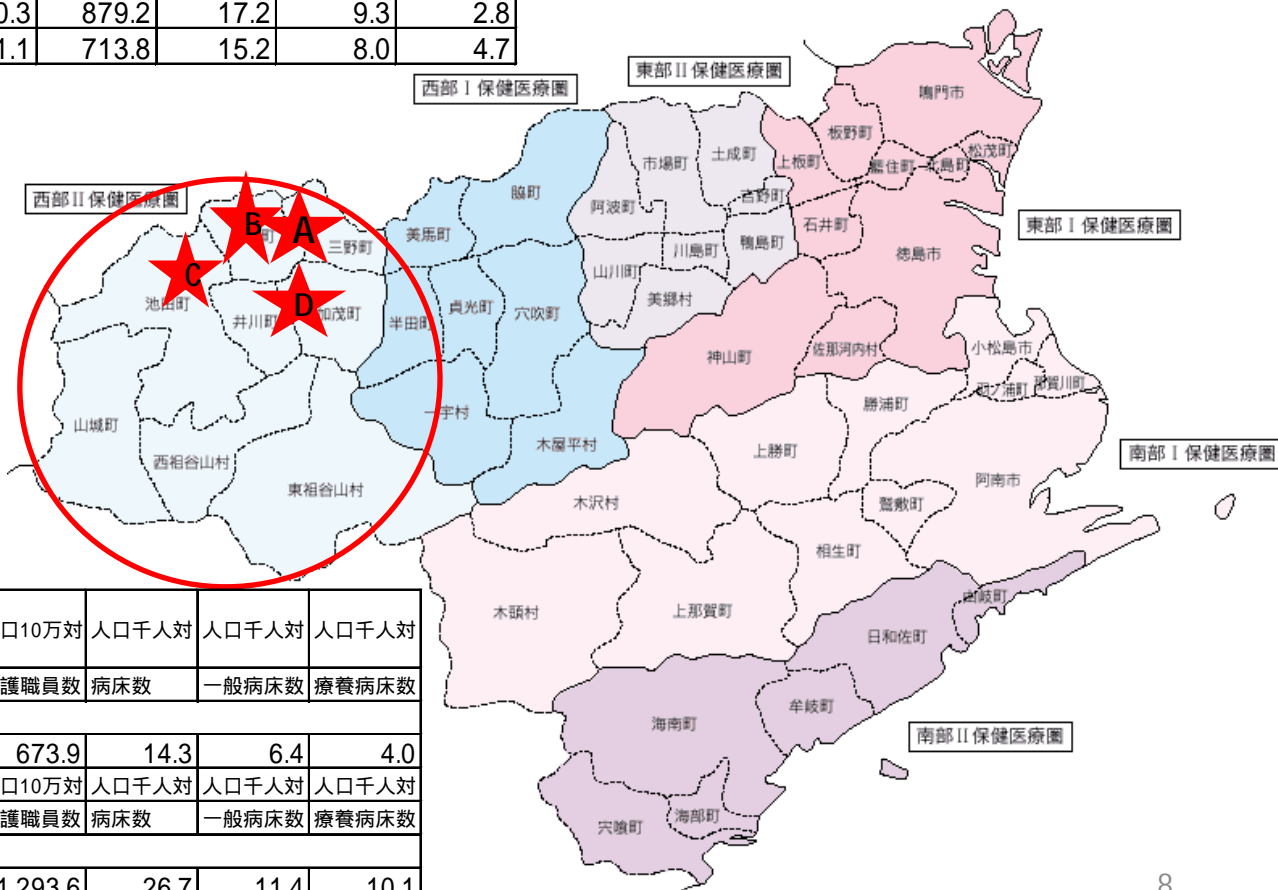


徳島県西部 保健医療圏

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
36 徳島県						
3606 西部		42.9	154.6	915.2	22.0	8.5
37 香川県						
3703 高松		80.3	211.4	877.6	15.7	11.0
3704 中讃		87.8	150.3	879.2	17.2	9.3
3705 三豊		83.2	131.1	713.8	15.2	8.0

【一般病床をもつ医療機関】

	届出区分	一般	療養
A	15対1	65	
B	13対1	99	
C	10対1	206	
D	13対1	48	144



	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
38 愛媛県						
3801 宇摩		103.8	673.9	14.3	6.4	4.0
		人口10万対	人口10万対	人口千人対	人口千人対	人口千人対
		医師数	看護職員数	病床数	一般病床数	療養病床数
39 高知県						
3902 中央		100.7	247.7	1,293.6	26.7	11.4

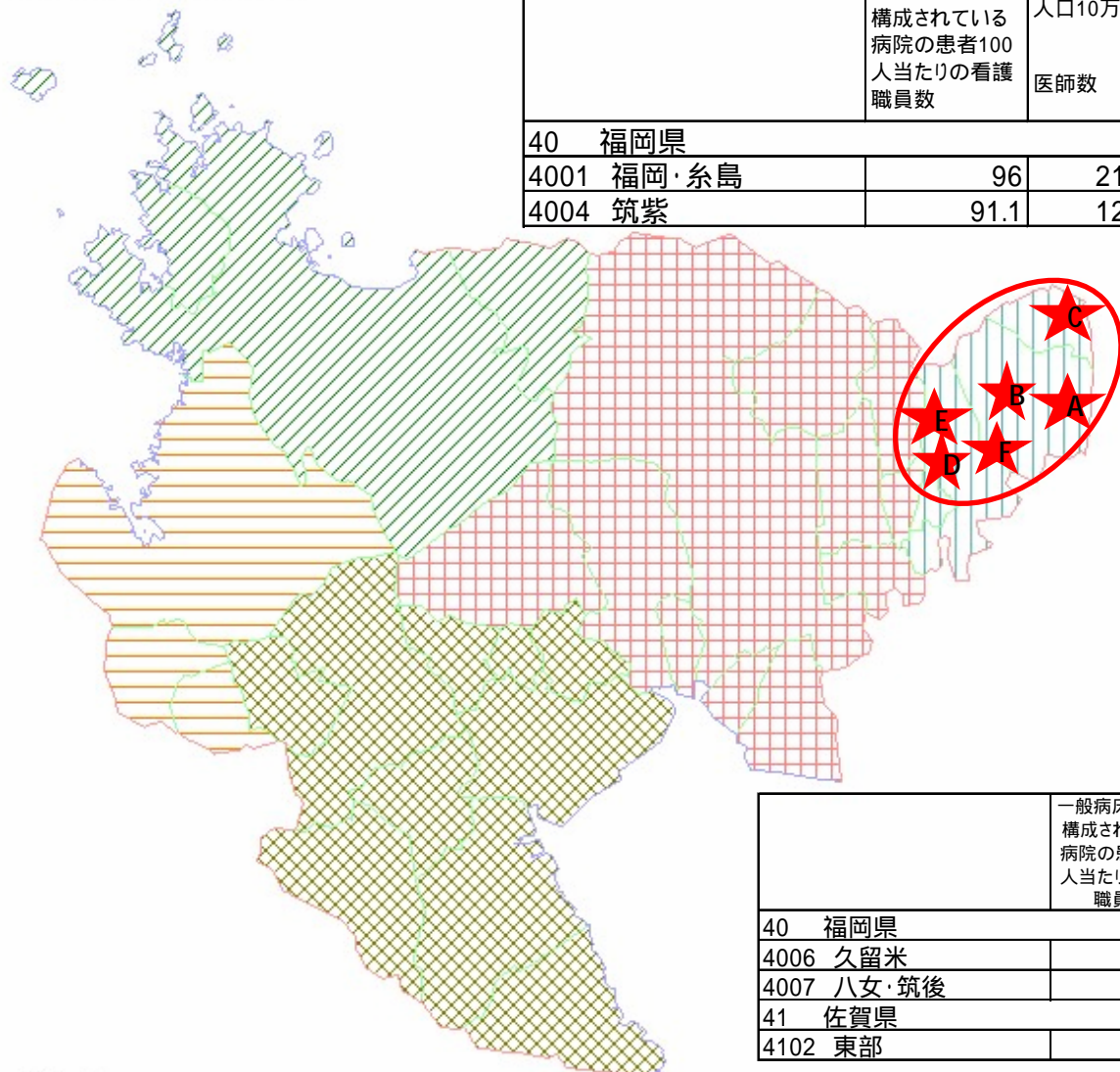
「—」はデータ欠損

地図: 徳島県庁HPより データ: 医療課調べ

佐賀県東部保健医療圏

国土地理院承認 平14総複 第149号

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対 医師数	人口10万対 看護職員数	人口千人対 病床数	人口千人対 一般病床数	人口千人対 療養病床数
40 福岡県						
4001 福岡・糸島	96	219.8	889.4	15.6	8.6	3.8
4004 筑紫	91.1	121.5	544.9	12.0	5.1	3.8



【一般病床をもつ医療機関】

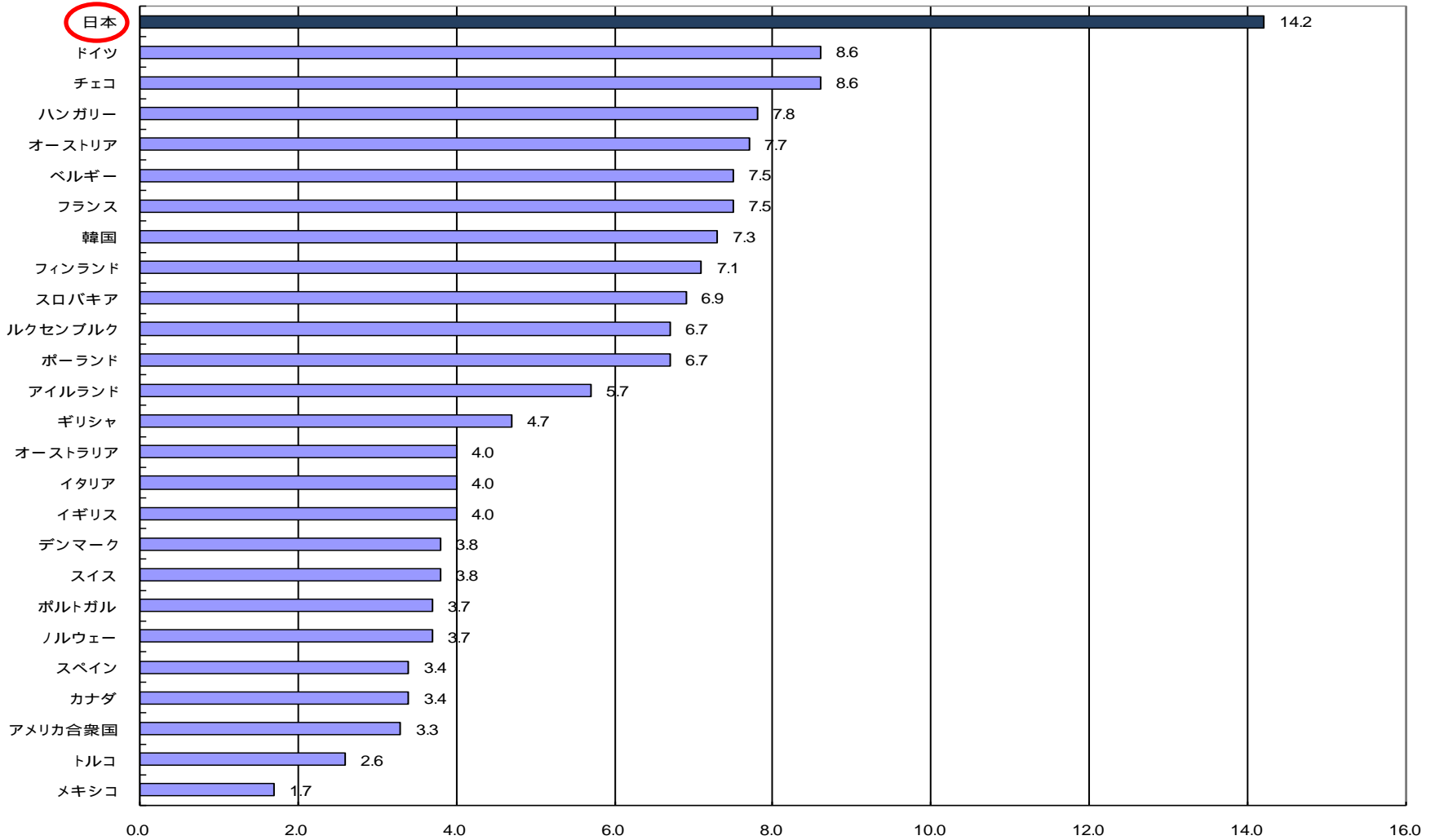
	届出区分	一般	療養
A	7対1	90	89
B	15対1	24	26
C	7対1	102	50
D	13対1	40	16
E	10対1	360	
F	7対1	24	26

	一般病床のみで構成されている病院の患者100人当たりの看護職員数	人口10万対 医師数	人口10万対 看護職員数	人口千人対 病床数	人口千人対 一般病床数	人口千人対 療養病床数
40 福岡県						
4006 久留米	80.6	297.4	1,122.0	20.3	10.8	4.9
4007 八女・筑後	100.8	131.6	835.5	16.5	7.0	6.2
41 佐賀県						
4102 東部	54.1	100.8	859.1	20.2	6.2	7.1

OECD諸国の病床数について(2004年)

人口1000当たりの病床数は14.2と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

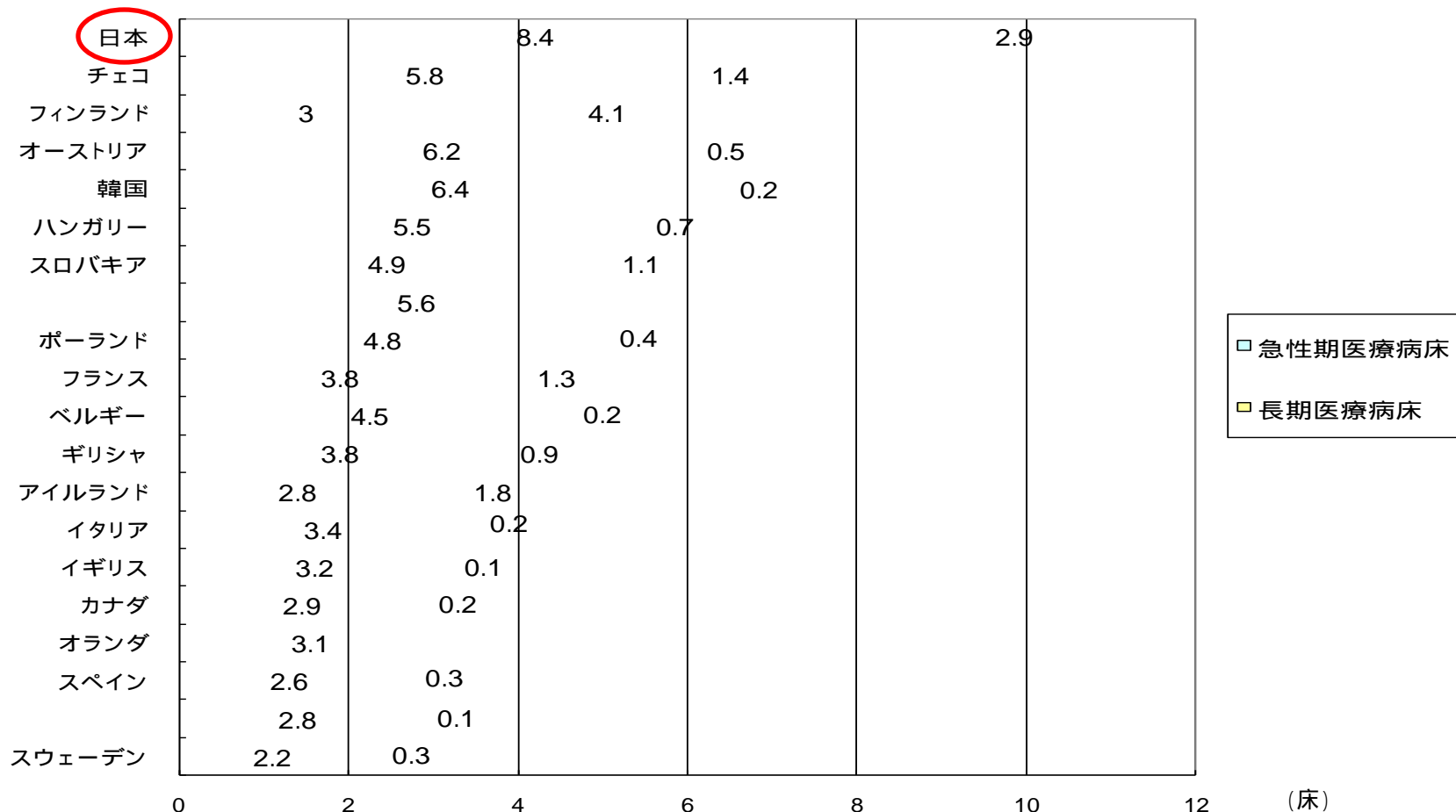
OECD諸国の人口1000当たり病床数(2004年)



OECD諸国の人口1000人当たりの急性期医療病床数、長期医療病床数

日本は人口1000人当たりの急性期医療病床数と長期医療病床数は、他国と比べてともに多い。

OECD諸国の人口1000人当たりの急性期医療病床数及び長期医療病床数(2004)



出典: OECD Health Data 2007

注1) 急性期医療病床: 治療に有効なケアを行うための病床(病院内のものに限る。)

注2) 長期医療病床: 慢性的な病気やADL (Activities of Daily Living) における自立度の減少のため、長期のケアが必要とされる患者を収容する病床(病院内のものに限る)。

注3) 国によりそれぞれの病床に含まれる基準が異なっているため、完全には定義と一致していないものもある。

9医療圏における過疎4法での対応

- ・離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項に基づいて指定された離島振興対策実施地域
- ・辺地にかかる公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和37年法律第88号)第2条第1号に規定する地域
- ・山村振興法(昭和40年法律第64号)第7条1項に基づいて指定された振興山村
- ・過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に基づいて公示された過疎地域

都道府県名	2次医療圏		過疎4法での対応			
			離島	辺地	山村	過疎
北海道	北渡島檜山	長万部町、今金町、八雲町、せたな町				
群馬県	吾妻	中之条町、長野原町、嬭恋村、草津町、六合村、高山村、東吾妻町				
静岡県	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町				
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村				
滋賀県	湖西	高島市				
和歌山県	那賀	岩出町、打田町、粉河町、那賀町、桃山町、貴志川町				
	御坊	由良町、日高町、御坊市、川辺町、印南町、中津村、美山村				
徳島県	西部	三好市、東みよし町				
佐賀県	東部	上峰町、みやき町、鳥栖市、基山町				12

【参考】 届出受理後の措置

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(中略)

(3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師(以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(4) 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院及び特別入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、1日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(中略)

2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の 基準並びに入院基本料の算定方法について

(平成20.3.28保医発0328001)

第2 医師若しくは歯科医師の員数および入院基本料の算定方法

1 離島等所在保険医療機関以外の場合

2に該当する保険医療機関以外の保険医療機関であって、「別紙2」に規定する基準に該当するものについては、医科点数表若しくは歯科点数表に規定する入院基本料又は老人入院基本料の所定点数から、「別紙2」の各欄に規定する数を乗じて得た点数とする。

2 離島等所在保険医療機関の場合

次に掲げる地域を含む市町村に所在する保険医療機関(以下「離島等所在保険医療機関」という。)であって、「別紙2」に規定する基準に該当するものについては、医科点数表又は歯科点数表に規定する入院基本料の所定点数に、「別紙2」の各欄に規定する数を乗じて得た点数とする。

- ア 離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項に基づいて指定された離島振興対策実施地域
- イ 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和37年法律第88号)第2条第1項に規定する辺地
- ウ 山村振興法(昭和40年法律第64号)第7条第1項に基づいて指定された振興山村
- エ 過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に基づいて公示された過疎地域

別紙2

1. 医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料(第3の3により届出された入院基本料および特別入院基本料を含む)の算定方法

	医師若しくは歯科医師の員数の基準	
	70/100以下	50/100以下
離島等所在保険医療機関以外の場合	90/100	85/100
離島等所在保険医療機関	98/100	97/100

2. 以下略

医療保険と介護保険との比較(地域に対する加算について)

項 目	医 療 保 険		介 護 保 険		
	A218-2離島加算	入院基本料の減算の特例	特別地域加算	中山間地域等における小規模事業所加算(注1)	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(注1)
加 算	18点	医療法標準を一定の割合で満たさない場合の減算の割合を緩和	100分の15を加算	100分の10を加算	100分の5を加算
要 件	別に大臣が定める地域に所在する保険医療機関	人口5万人未満の市町村であって、次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域	① 大臣が定める地域に所在する事業所	① 大臣が定める地域に所在する事業所 ② 利用者が少ないなどの基準に適合する事業所	① 大臣が定める地域に居住している利用者に対し ② 通常の実施地域を越えてサービスを提供した場合
1	離島振興法第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域	○	○	○	○
2	奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域	○	○	○	○
3	小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域	○	○	○	○
4	沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島	○	○	○	○
5	山村振興法第7条第1項の規定により指定された振興山村	○	○	○	○
6	豪雪地帯対策特別措置法第2条第1項の規定により指定された豪雪地帯及び同条第2項の規定により指定された特別豪雪地帯	○	○ (注2)	○ (注3)	○
7	辺地に係る公的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律第2条第1項に規定する辺地	○	○ (注2)	○ (注3)	○
8	過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域	○	○ (注2)	○ (注3)	○
9	半島振興法第2条第1項の規定により指定された半島振興対策実施地域	○	○	○ (注3)	○
10	特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律第2条第1項に規定する特定農山村地域	○	○	○ (注3)	○

注1) 平成21年度介護報酬改定において創設されたもの。

注2) 当該地域のうち、サービスの確保が著しく困難であると認められる地域であって、厚生労働大臣が別に定める地域に限る。

注3) 特別地域加算対象地域等を除く。

注4) 医療保険においては、移動費用は報酬に含まれておらず、患者から別途実費徴収できるが、介護保険においては、基本的に移動費用は報酬に含まれており、患者からの実費徴収はできない。

平成 22 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【留意事項】

この資料は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて、平成 21 年 9 月から 12 月までの間における計 15 回の診療報酬基本問題小委員会において行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成 21 年 12 月 8 日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」に則して行っている。

【目次】

重点課題 1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について	3
1-2 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 評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について . .	4
1-3 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につ いて	5
1-4 手術の適正評価について	6

**重点課題 2 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）**

2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について	7
2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について . .	7
2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について	8
2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について	8

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について	9
I-2 認知症医療の推進について	9
I-3 感染症対策の推進について	10
I-4 肝炎対策の推進について	10

I-5	質の高い精神科入院医療等の推進について	10
I-6	歯科医療の充実について	11
I-7	手術以外の医療技術の適正評価について	12
I-8	イノベーションの適切な評価について	12
<u>II 患者からみ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</u>		
II-1	医療の透明化に対する評価について	13
II-2	診療報酬を患者等に分かりやすいものとする ことに対する評価について	13
II-3	医療安全対策の推進について	14
II-4	患者一人一人の心身の特性や生活の質に 配慮した医療の実現に対する評価について	15
II-5	疾病の重症化予防について	15
<u>III 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</u>		
III-1	質が高く効率的な急性期入院医療等の 推進について	16
III-2	回復期リハビリテーション等の 推進について	17
III-3	在宅医療の推進について	19
III-4	訪問看護の推進について	19
III-5	在宅歯科医療の推進について	20
III-6	介護関係者を含めた多職種間の 連携の評価について	20
III-7	調剤報酬について	21
<u>IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</u>		
IV-1	後発医薬品の使用促進について	21
IV-2	市場実勢価格等を踏まえた医薬品・ 医療材料・検査の適正評価について	23
IV-3	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	23
<u>V 後期高齢者医療の診療報酬について</u>		
		23

【重点課題1】救急、産科、小児、外科等の医療の再建

重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

(1) 我が国における救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

① 救命救急入院料については救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般、充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、充実度評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、救命救急入院料及び特定集中治療管理料の一項目として評価を行う。また、特定集中治療室（ICU）を持っていない医療機関等において、手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について評価を引き上げるとともに、要件の緩和を行う。

③ 救急搬送受入の中心を担っている2次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

なお、入院時医学管理加算については、平成20年度診療報酬改定で十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

④ 地域における救急搬送受入の中核を担う救急医療機関が地域の連携によって、その機能を十分発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

(2) 救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等度の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様の評価を検討する。

重点課題 1－2 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及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について

- (1) 産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送入院についても評価を充実する。
- ① 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を追加する。また、ハイリスク妊娠管理加算についても同様の対象者の追加を行う。
 - ② 妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入を評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においてもこの加算を算定できることとする。
- (2) この 20 年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の割合が増加しているため、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を 1.5 倍にすることとなっている。そうした状況を踏まえ、NICU の評価をさらに充実するとともに、要件の緩和等を行う。また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。
- ① NICU を評価した点数である新生児集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務をする場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。また、NICU 満床時に緊急受入のためにやむを得ず、一時的に超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。
【一時的な超過入院の緩和基準】
 - ・ 看護配置は、常時 4 : 1 を超えない範囲で 24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整
 - ・ 超過病床数は、2 床まで
 - ② 新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入を推進するため救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

(3) 地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率は相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。さらに、地域の小児科医が連携して特定の医療機関に小児科の診療を行う医師を集め、夜間等に小児の診療が可能な体制を確保することについての評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を検討する。

① 小児入院医療管理料の再編成を行う。

ア 常勤小児科医が9名以上の場合の医療機関の評価を新設する。

イ 常勤小児科医が9名以上の医療機関においては、小児救急医療等（NICU、PICUを含む。）の提供を行っていることを要件とする。

ウ 特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を可能にすることを検討する。

② 救命救急センター等において、専任の小児科医が常時、当該医療機関内に勤務し、15歳未満の重篤な小児救急患者に対して、救命救急医療が行われた場合の加算を救命救急入院料と特定集中治療室管理料に新設する。

③ 小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取組の評価を引き上げるとともに、多数の小児救急患者に対して、診療優先順位付けを行うことにより、緊急度の高い患者を優先して治療する体制（院内トリアージ）についての評価を検討する。

④ 外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算の引上げを検討する。

重点課題 1－3 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 について

(1) NICUの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、NICU入院中の患者等についての退院支援を評価する。また、NICUの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようNICUの後方病床について評価の引上げを行う。

① NICUに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

② NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（GCU）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな

評価区分を新設する。

- ③ 超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。
- ④ 障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

(2) 急性期医療又は在宅医療を受けている患者や介護施設の入所者については、病状の急変の際に速やかに必要な医療を提供できる後方病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や療養病棟における後方病床機能の評価を拡充する。

- ① 地域医療を支える有床診療所における後方病床機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。
- ② 病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

重点課題 1－4 手術の適正評価について

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料については、重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」の精密化が進んでいるため、これを活用する。

- ① 「手術報酬に関する外保連試案第7版」を活用し、概ね手術料全体の評価を引き上げる。また外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を必要とする手術をより高く評価する。
- ② 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規保険収載提案手術の評価を行い、新規技術の保険導入を行う。

【重点課題2】 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）

重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

- (1) 人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う観点から、以下の見直しを行う。
- ① 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算の引上げを行う。
 - ② 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間を72時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設する。
 - ③ 入院基本料の届出の状況等にかんがみ、準7対1入院基本料を廃止する。
 - ④ 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における15対1入院基本料の評価を適正化することを検討する。
 - ⑤ 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。
- (2) 手厚い人員体制により、多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
- ① 急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が一定以上等の場合に、看護補助者の配置の評価を新設する。
 - ② 栄養管理や呼吸器装着患者の離脱に向けた管理等について、多職種からなるチームによる取組の評価を試行的に導入するとともに、導入後にその影響について検証を行う。また、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

- (1) 軽症救急の増加等により、病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、その負担を軽減するための取組を推進するため、以下の見直しを行う。
- ① 病院勤務医の負担を軽減する体制を要件とした診療報酬項目を拡大するとともに、より勤務医の負担軽減につながる体制を要件とする。

- ② 救急病院等を受診した軽症患者について、一定の条件を満たした場合には、医療保険の自己負担とは別に、患者から特別な料金を徴収することを可能にすることを検討する。

- (2) 医師事務作業補助体制加算について、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げ及び要件の緩和を行う。

重点課題 2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

- (1) 地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。
- ② 後期高齢者退院調整加算について、退院後に介護サービスを導入する際に必要な調整を評価する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

- (2) 地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

- ① 手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設する。
- ② 地域医療を支える有床診療所における後方病床機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。(重点課題 1-3-(2)-① 再掲)
- ③ 有床診療所における重症児等の受入れを評価する。(重点課題 1-3-(1)-③ 再掲)

重点課題 2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

入院後早期から、退院後の生活を見通した診療計画を策定し、それに基づいた医療・介護の連携を行うことが重要であることから、以下の評価を行う。

- ① 地域連携診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価を新設する。

- ② 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設することを検討する。

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

- (1) がん医療については、がん対策推進基本計画に基づき、がん診療連携拠点病院を中心とした地域の診療所等との連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。このため、患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組の評価を行う。
- (2) がん治療においては治療法が多様化しており、これを適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 複雑化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。また、質を担保した上で、老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤の注射の算定を可能にする。
 - ② 放射線治療病室のさらなる評価を行う。
 - ③ 患者ががんの診断を受け告知される際には多面的な配慮がなされた環境で十分な説明を受ける必要があることからその評価を検討する。
- (3) がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがん性疼痛緩和の質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

I-2 認知症医療の推進について

- (1) 認知症に係る入院医療については、入院早期における認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等に対する対応が重要であることから、入院早期を重点的に評価することを検討するとともに、名称を変更する。

- (2) 認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価の新設を検討する。

I-3 感染症対策の推進について

- (1) 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合について、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等については出来高での算定を可能にする。
- (2) 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧管理環境整備に対する評価を行う。また、結核医療については、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。
- ① 結核病棟における平均在院日数要件を見直す。
 - ② 患者数の減少等を踏まえ、小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

I-4 肝炎対策の推進について

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮して専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組についての評価を新設する。

I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

- (1) 精神科急性期入院医療の評価
- ① 精神科病棟において、15 対 1 を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。
 - ② 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、その早期の評価を引き上げるとともに、精神科急性期治療病棟入院料の施設基準の見直しや、医療観察法に基づく入院患者に関する要件緩和を行う。
 - ③ 精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神

科身体合併症管理加算を引き上げる。

(2) 精神科慢性期入院医療の評価

- ① 入院期間が5年を超える長期入院患者が直近1年間で5%以上減じた実績のある医療機関を評価する精神科地域移行実施加算について、評価を引き上げる。
- ② 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることを評価することを検討する。
- ③ 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

(3) 専門的入院医療の評価

- ① 発達障害や思春期うつ病などの児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟の評価を引き上げる。
- ② 個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療についての評価を新設する。
- ③ 自殺との関連性も指摘されている重度のアルコール依存症治療に関して、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たに評価を行うことを検討する。
- ④ 治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する評価を新設する。

(4) 地域における精神医療の評価

- ① 精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価になっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについての評価を引き上げる。また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。
- ② 精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行う。

I-6 歯科医療の充実について

- (1) 障害者歯科医療の充実を図る観点から、障害者のう蝕や歯周疾患等が一般の患者に比べて重症化しやすいことを踏まえ、よりきめ細かな口腔衛生指導等の評価を行うとともに、歯科治療が困難な障害者を受け入れている

病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。

- (2) 歯科疾患や義歯の管理に係る情報提供については、患者の視点に立って、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、必要な見直しを行う。
- (3) 生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、義歯修理等において、歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。また、先天性疾患を有する小児患者に対する義歯の適応症の拡大及び脳血管障害等の患者に対する歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善の評価を行う。
- (4) 歯科医療技術については、医療技術評価分科会や先進医療専門家会議における検討を踏まえつつ、併せて、以下のとおり、適切な評価を行う。
 - ① 歯周疾患やう蝕等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、適切な評価を行う。
 - ② 有床義歯の治療について、義歯管理体系の更なる定着を図る観点から、診療実態も踏まえて、義歯調整等の評価を行う。
 - ③ 診療報酬体系の簡素化等を図る観点から、歯科医療技術の特性や普及・定着度等を踏まえ、評価の在り方等必要な見直しを行う。
 - ④ 医科歯科共通の医療技術のうち、医科診療報酬の検討と並行して検討すべき歯科医療技術について、評価の在り方等必要な見直しを行う。

I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

- (1) 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
- (2) 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

I-8 イノベーションの適切な評価について

- ※1 イノベーションの評価については、薬価専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成 22 年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専

門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成 22 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。

※2 後発医薬品の使用促進等については、IV-1 後発医薬品の使用促進について（21 頁）を参照のこと。

II 患者からみ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

II-1 医療の透明化に対する評価について

医療の透明化を推進する観点から以下の取組を行う。

- ① レセプト電子請求の義務化拡大に沿って、患者から求めがあった場合に明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大する。また、保険薬局についても同様に義務付けを行う。
- ② 電子化加算について、医療のIT化や明細書の発行の推進のための点数として見直す。
- ③ 調剤レセプトと医科レセプト等の突合を効率的に行えるようにする観点から、処方箋及び調剤レセプトの様式を見直し、医療機関コード等を記載することとする。

II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに対する評価について

(1) 再診料、外来管理加算等

- ① 再診料について、病院と診療所の機能分担の観点からそれぞれ異なる点数が設定されているが、同一のサービスには同一の価格であることが分かりやすいことから、病院と診療所の再診料を統一する方向で検討する。
- ② 外来管理加算については、一定の処置や検査、リハビリテーション等を必要としない患者に対して、それらを行わずに計画的な医学管理を行った際の評価であったが、平成 20 年度診療報酬改定において、概ね5分以上の懇切丁寧な説明を行った際の加算として意義づけの見直しを行った。この見直しについては、必ずしも5分という時間の要件が診察の満足度等に関係するとは言えないことから、時間の目安は廃止した上で、点数設定や新たな要件について検討する。

(2) 患者からみて難解と思われる歯科用語の見直しや、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について、算定項目として明示する等の見直しを行う。

(3) 在宅訪問診療

- ① 在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度診療報酬改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能にしたところ。一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンションなどに居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、点数設定の不都合が指摘されているところ。このような状況を踏まえ、在宅患者訪問診療料 1・2 の算定対象の見直しを行う。
- ② 居住系施設入居者等訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費(Ⅲ)についても同様に算定対象を見直す。

(4) わかりやすい点数設定について

- ① 特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して特定入院料を引き上げる。
- ② 入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、現場の状況を確認した上で、分かりやすい体系に整理する。

Ⅱ－3 医療安全対策の推進について

医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる充実を図る必要があることから、以下の見直しを行う。

- ① 医療安全対策加算については、評価の引上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。
- ② 医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、
 - ・専任の医薬品安全管理責任者を配置し、

- ・医薬品情報管理室において、医薬品の投薬及び注射の状況や外部から入手した副作用等の情報を一元的に管理するとともに、
 - ・その評価結果等を関連する医療関係者に速やかに周知し、必要な措置を速やかに講じることができる体制の評価を行う。
- ③ 医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。
- ④ 専任の医師又は専任の臨床工学技士を配置し、使用する透析液についての安全性を確保して人工透析を実施する場合の評価について検討する。

Ⅱ－４ 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について

(1) 現在、人工腎臓は入院と外来において評価が分かれているが、全身状態が安定している入院中の患者に対して慢性維持透析を実施する場合は、外来と同様の医療が提供されていると考えられることから、実態に合わせた評価体系に見直すことを検討する。

また、人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についての安全性を向上させるためのより厳しい水質基準への取組を評価することを検討する。(Ⅱ－３－④ 再掲)

(2) 医療技術の進歩により、在宅で提供できる医療の分野が拡大していることから、患者が在宅で、より専門的な医療を受けることができるように、在宅の血液透析をさらに評価するとともに、在宅血液透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする。併せて、在宅腹膜透析を行う際についても同様に人工腎臓の算定を可能にすることを検討する。また、難治性皮膚疾患に関する指導管理料を新設する。

(3) 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図るため、重度の褥瘡の処置等への評価や、医療依存度が高い等利用者の身体的理由や暴力・迷惑行為による看護の困難事例等に対し、複数名で訪問を行う場合について評価を新設する。

Ⅱ－５ 疾病の重症化予防について

(1) リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後に発症する四

肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合のリンパ浮腫指導管理料の算定を可能にする。

- (2) 障害者歯科医療の充実を図る観点から、障害者のう蝕や歯周疾患等が一般の患者に比べて重症化しやすいことを踏まえ、よりきめ細かな口腔衛生指導等の評価を行うとともに、歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。(I-6-(1) 再掲)

Ⅲ 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

Ⅲ-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

- (1) DPC（急性期入院医療の診断群分類に基づく日額包括評価）

DPCは、病院から詳細な診療内容に係るデータを収集し、そのデータに基づき診療報酬を規定する包括評価制度であり、医療の効率化や透明化等について一定の効果があつたと認められているところである。

- ① DPCにおける診療報酬においては、これまで、制度の円滑な導入のため調整係数を用いて評価を行ってきた。この調整係数の役割として
- ア 出来高から包括に移行する際の、激変緩和としての前年度並の収入確保
 - イ 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、診断群分類に基づく評価のみでは対応できない病院機能の評価
- 等を果たしていたと考えられるが、「ア」の役割については段階的に廃止するとともに、「イ」の役割について新たな機能評価係数として評価する。
- ② 診断群分類点数表については、
- ア 臨床現場の診療実態や技術革新等に基づく分類の精緻化
 - イ 実際の入院期間毎の医療資源の投入量にあつたものとするため、診断群分類ごとの入院期間に応じた点数設定の3種類への変更等の対応を行う。
- ③ 診断群分類点数表において包括的に評価してきた項目のうち、無菌製剤処理料、術中迅速病理組織標本作製、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤及び慢

性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流については、出来高により評価することとする。

また、検体検査管理加算については、機能評価係数により評価することとする。

- (2) 一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟）の10対1入院基本料について、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的な測定を行い、その結果に基づき評価を行っていることを要件とする加算を新設する。
- (3) 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められており、検査の質を確保する観点から、検体管理加算により充実した体制の評価を新設する。また、複数の麻酔科標榜医の監督下において安全な麻酔管理を行う場合の評価を麻酔管理料に新設する。
- (4) 急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。
 - ① 医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。また、慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化することを検討する。
 - ② 病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。（重点課題1-3-(2)-② 再掲）
 - ③ 平成18年度改定及び平成20年度改定において実施した特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成23年度末まで延長する。

Ⅲ-2 回復期リハビリテーション等の推進について

- (1) 各疾患の特性を踏まえた発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、疾患別のリハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
 - ① 脳血管疾患等リハビリテーション(I)及び(II)の評価を引き上げるとともに、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に

応じた評価を行う。

- ② 運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーションについて、質を担保しながら実施可能な施設の充実を図る観点から、配置されている医師の要件等について見直しを行う。
- ④ 発症早期に行われるリハビリテーションを評価するため、早期リハビリテーション加算を引き上げる。
- ⑤ 維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況にかんがみ、今回の診療報酬改定においては、介護サービスが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

(2) 回復期や亜急性期における質の高いリハビリテーションの提供を評価する観点から、リハビリテーションを目的として入院する病棟の評価について、以下の見直しを行う。

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料について、その病棟において提供すべき単位数の基準の設定や、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の重症患者の割合の引上げを行うとともに、入院料を引き上げる。
- ② 回復期リハビリテーション病棟において、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。
- ③ 亜急性期入院医療を提供する病室において、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

(3) がん患者や難病患者などに対する疾患の特性に配慮したリハビリテーションを提供する観点から、以下の見直しを行う。

- ① がんに対して入院加療を行っている患者に対して、疾患特性に配慮し、個別のリハビリテーションを提供した場合のリハビリテーション料を新設する。(I-1-(3) 再掲)
- ② 難病患者リハビリテーション料を引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者

デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

Ⅲ－３ 在宅医療の推進について

- (1) 患者が安心して在宅医療を受けることができるように、在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時医学総合管理料に在宅移行早期を評価した加算を検討するとともに、在宅療養支援診療所等と他医療機関が連携して在宅医療を行った場合に在宅療養指導管理料の算定を可能にする。また、在宅療養支援病院については要件の変更を行うことにより拡充を図る。
- (2) 患者・家族が在宅医療を受けるにあたって、症状増悪の緊急時や看取り等の対応への不安は強いため、このような場合に手厚い対応が行われるように往診料の評価を引き上げる方向で検討するとともに、ターミナルケア加算の要件を緩和する。また、小児における在宅医療については、患者数が少ないことや専門性を要するため十分に普及していない状況にかんがみ、在宅患者訪問診療料に小児加算を新設する。
- (3) 医療技術の進歩により、在宅で提供できる医療の分野が拡大していることから、患者が在宅で、より専門的な医療を受けることができるように、在宅の血液透析をさらに評価するとともに、在宅血液透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする。併せて、在宅腹膜透析を行う際についても同様に人工腎臓の算定を可能にすることを検討する。また、難治性皮膚疾患に関する指導管理料を新設する。（Ⅱ－４－(2) 再掲）
さらに、在宅医療に移行した重症児（者）等に関する療養の継続を支援する観点から、病院や有床診療所が在宅医療の後方病床として入院を受け入れた場合の評価を新設する。（重点課題 1－3－(1)－③ 再掲）

Ⅲ－４ 訪問看護の推進について

- (1) 患者のニーズに応じた訪問看護の推進として、週４日以上訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費の算定が可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。また、訪問看護管理療養費を引き上げるとともに、訪問看護管理療養費の算定の要件として安全管理体制の整備を加え、訪問看護の質のさらなる向上を図る。

- (2) 乳幼児への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療的処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6歳未満の乳幼児への訪問看護について評価を行う。
- (3) 在宅患者の看取りについては、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護などによるターミナルケアを行っている場合には、死亡診断を目的として医療機関に搬送された場合においても評価を行う。
- (4) 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図るため、重度の褥瘡の処置等への評価や、医療依存度が高い等利用者の身体的理由や暴力・迷惑行為による看護の困難事例等に対し、複数名で訪問を行う場合について評価を新設する。(Ⅱ-4-(3) 再掲)

Ⅲ-5 在宅歯科医療の推進について

在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ① 現在の歯科訪問診療の評価体系について、歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするために、必要な見直しを行う。
- ② 在宅歯科医療が必要な患者の心身の特性を踏まえたよりきめ細かな歯科疾患の管理について、必要な評価を行う。
- ③ 在宅における歯科治療が困難な患者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う。
- ④ 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関や介護関係者等との連携促進を図る観点から、必要な評価の見直しを行う。

Ⅲ-6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

退院後の介護サービスのスムーズな導入を図るため入院後早期からの介護サービス導入の必要性の検討や、ケアマネージャーとの連携の評価を行う。

- ① 病状の安定後早期に総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

- ② 退院後に介護保険サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医療関係職種がケアマネージャーと共同で患者に対し、介護サービスの必要性等について相談や指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を検討する。（重点課題 2-4-② 再掲）

Ⅲ-7 調剤報酬について

- (1) 長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化するなど、患者に分かりやすい点数体系とする。
また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行 22 日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。
- (2) 湯薬の調剤料について、投薬日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。
- (3) 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の自覚症状の有無を確認するとともに、服薬中の注意事項等について詳細に説明した場合の評価を新設する。
- (4) 処方せん受付回数が 4,000 回超/月等の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が 1 つしかないために、結果として適用となる場合があることから、時間外加算等や在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定に係る処方せんについて受付回数から除いた上で特例の適用の可否を判断することや評価の引上げを行うことなど、所要の見直しを行う。

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ-1 後発医薬品の使用促進について

- (1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調

剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとする。

具体的には、使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価することとする。

(2) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品の調剤を認めることとする。

また、同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品の調剤を認めることとする。

なお、薬局において、含量規格が異なる後発医薬品又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

(3) 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えとともに、後発医薬品の採用品目数の割合が 20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算として、評価を行う。

(4) 外来患者が、より後発医薬品を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨を規定することとする。

IV-2 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

医薬品、医療材料、検査等について、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

IV-3 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

- (1) 画像診断において、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価体系に見直す。
- (2) 検査、処置及び手術については、診療行為の実態や用いている医療機器の価格を踏まえて診療科間の平準化を図る観点から、適正な評価体系に見直す。

V 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料は廃止する。これ以外の項目については、「後期高齢者」という名称は用いないこととするとともに、各項目の趣旨を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。