

第162回中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）

議 事 次 第

平成22年1月22日（金）

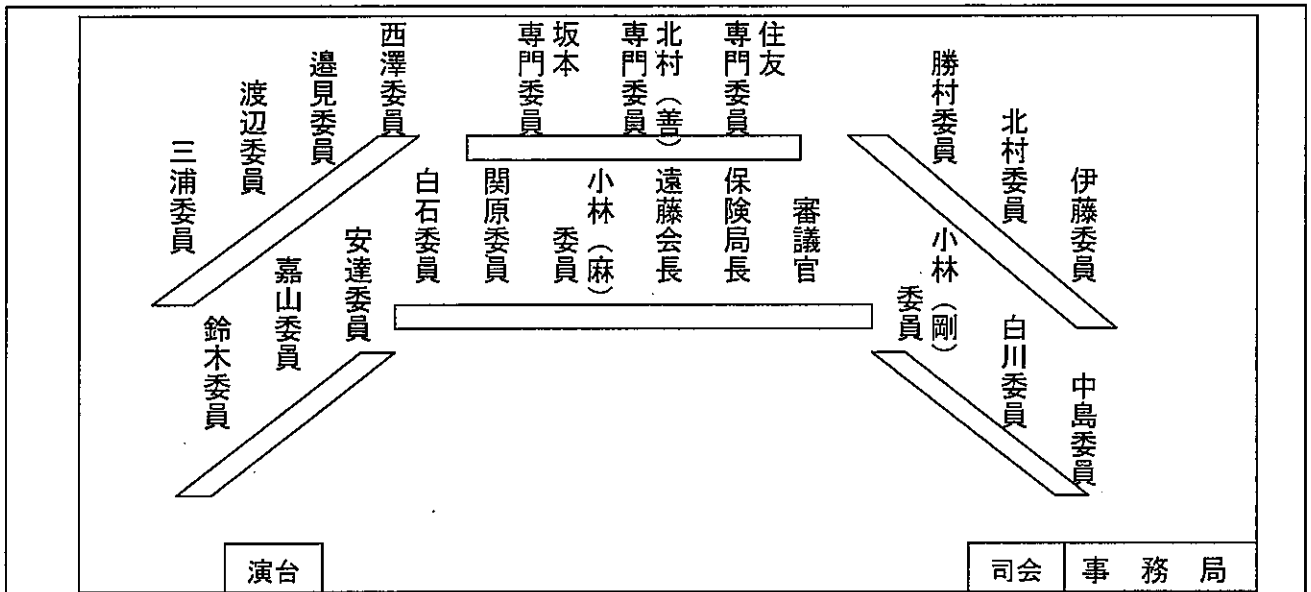
午後1時00分～

福島県文化センター 大ホール

議 題

- 平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）
- 意見発表者による意見発表

会 場 レ イ ア ウ ト



報道関係者席 (100席) 〔5～19列目〕	事務局席(7席)	意見発表者席(12席)〔1列目〕	事務局席(7席)	報道関係者席 (100席) 〔5～19列目〕
	関係者席(18席) 〔2・3列目〕	関係者席(24席) 〔2・3列目〕	関係者席(18席) 〔2・3列目〕	
	一般傍聴者席 (150席) 〔4～18列目〕	一般傍聴者席 (180席) 〔4～18列目〕	一般傍聴者席 (150席) 〔4～18列目〕	
	報道関係者席(撮影) (10席)〔19列〕	報道関係者席(撮影)(12席) 〔19列目〕	報道関係者席(撮影) (10席)〔19列〕	
自由席 (26席) 〔20～24列目〕	自由席 (70席) 〔20～27列目〕	自由席 (96席) 〔20～27列目〕	自由席 (70席) 〔20～27列目〕	自由席 (26席) 〔20～24列目〕

一般参加者 480席
 報道関係者 239席
 事務局等 74席
 自由席 288席
 計1,081席

中央社会保険医療協議会委員名簿

平成22年1月7日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	小林 剛 白川 修二 中島 圭子 勝村 久司 北村 光一 高橋 健二 伊藤 文郎	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会常務理事 日本労働組合総連合会総合政策局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経団連社会保障委員会医療改革部会部会長代理 全日本海員組合中央執行委員 愛知県津島市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	安達 秀樹 嘉山 孝正 鈴木 邦彦 西澤 寛俊 邊見 公雄 渡辺 三雄 三浦 洋嗣	京都府医師会副会長 山形大学医学部長 茨城県医師会理事 全日本病院協会会長 全国公私病院連盟副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会理事
3. 公益を代表する委員	牛丸 聡 ◎ 遠藤 久夫 小林 麻理 関原 健夫 白石 小百合 森田 朗	早稲田大学政治経済学術院教授 学習院大学経済学部教授 早稲田大学大学院公共経営研究科教授 財団法人日本対がん協会常務理事 横浜市立大学国際総合科学部教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	藤原 忠彦 長野 明 禰宜 寛治 松谷 高頭 松村 啓史 松本 晃 森 清一 坂本 すが 住友 雅人 北村 善明	長野県川上村長 第一三共株式会社常務執行役員信頼性保証本部長 武田薬品工業株式会社コーポレートオフィサー業務統括部長 東邦ホールディングス株式会社代表取締役会長 テルモ株式会社取締役専務執行役員 前ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社最高顧問 株式会社エムシー代表取締役社長 日本看護協会副会長 日本歯科大学生命歯学部教授・学部長 日本放射線技師会会長

◎印：会長

傍聴される方へのお願い

1. 座席は「一般傍聴席」内は自由となっております。できるだけ前の方から詰めてお座りくださいますようお願いいたします。
2. 携帯電話、PHS等音の出る機器は、電源をお切りいただくか、マナーモードに設定されるようお願いいたします。また、会場内での通話をご遠慮ください。
3. 静粛を旨とし、会議の妨害になるような行為は慎んでください。
4. 傍聴中、新聞等の閲覧や飲食及び喫煙をご遠慮ください。
5. 撮影は頭取りのみとします。なお、テレビカメラによる撮影は、事前に登録いただいた方に限り、事務局が指定した場所から中医協委員による意見発表（開始30分程度）まで可能とします。
6. 事務局が指定した場所以外は立ち入らないでください。
7. その他、事務局職員の指示に従うようお願いいたします。

第162回 中央社会保険医療協議会 総会（公聴会）

資 料

平成22年1月22日

厚 生 労 働 省

目 次

平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について (現時点の骨子)	1
(平成22年1月15日中央社会保険医療協議会)	
(参考資料)	
諮問書(平成22年度診療報酬改定について)	26
(平成22年1月15日)	
平成22年度診療報酬改定について	27
(平成21年12月23日)	
平成22年度診療報酬改定の基本方針	29
(平成21年12月8日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)	
平成22年度診療報酬改定について	35
(平成21年12月9日厚生労働省公表資料)	
平成22年度診療報酬改定に関する 1号側(支払側)の意見	36
(平成21年12月22日中央社会保険医療協議会総会支払側委員提出資料)	
国民が望む納得でき、安心・安全で良質な医療を安定的に 提供するための診療報酬改定に関する診療側の意見	41
(平成21年12月22日中央社会保険医療協議会総会診療側委員提出資料)	

平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）

〔平成 22 年 1 月 15 日〕
中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会は、以下のとおり、平成 21 年 9 月 30 日から平成 22 年 1 月 13 日までの計 16 回にわたり、平成 22 年度診療報酬改定を視野に入れて、診療報酬調査専門組織の調査結果等を踏まえつつ、調査・審議を行ってきた。この間の検討状況について、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」に沿って、「現時点の骨子」として取りまとめた。

日 付	議 題
平成 21 年 9 月 30 日	<ul style="list-style-type: none"> ・周産期・救急等について ・社会医療診療行為別調査について
10 月 30 日	<ul style="list-style-type: none"> ・小児医療等について ・病院勤務医の負担軽減策について①
11 月 4 日	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC について① ・病院勤務医の負担軽減策について② ・精神医療について
11 月 6 日	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者ヒアリング（周産期・救急等について） ・初・再診料について①
11 月 11 日	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対策について ・入院料について① ・在宅医療について ・訪問看護について
11 月 13 日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関連携について ・入院医療における多職種共同の取組みについて ・感染症対策について
11 月 18 日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療技術の評価について ・リハビリテーションについて ・医療安全に関する体制について

日 付	議 題
11月20日	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進について① ・療養病棟・有床診療所について
11月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療報酬について ・調剤報酬について
11月27日	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院について ・病院勤務医の負担軽減策について③ ・明細書等について
12月 2日	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料について②
12月 4日	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者に係る診療報酬について① ・介護保険との連携について ・専門的入院治療について
12月11日	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者ヒアリング（手術等について） ・手術等について ・DPCについて②
12月16日	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCについて③ ・がん対策等について ・後発医薬品の使用促進について② ・初・再診料について②
12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者に係る診療報酬について② ・長期入院患者に係る診療報酬について ・処方せん等の変更について ・地域特性への配慮について①
平成22年 1月13日	<ul style="list-style-type: none"> ・地域特性への配慮について②

【 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 5
- 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 . . . 6
- 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 7
- 1-4 手術の適正評価について 8

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 9
- 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 . . . 9
- 2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について 10
- 2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について 10

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 11
- I-2 認知症医療の推進について 12
- I-3 感染症対策の推進について 12
- I-4 肝炎対策の推進について 12
- I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について 12
- I-6 歯科医療の充実について 14
- I-7 手術以外の医療技術の適正評価について 14
- I-8 イノベーションの適切な評価について 15

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 15
- II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価
について 15
- II-3 医療安全対策の推進について 16
- 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 17

II-5	疾病の重症化予防について	18
III	<u>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	18
III-2	回復期リハビリテーション等の推進について	20
III-3	在宅医療の推進について	21
III-4	訪問看護の推進について	22
III-5	在宅歯科医療の推進について	22
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	23
III-7	調剤報酬について	23
IV	<u>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	24
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	25
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	25
V	<u>後期高齢者医療の診療報酬について</u>	25

【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) 急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床を確保するとともに、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を必要に応じて入院させられる病床を確保すること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いてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

- ① 地域医療を支える有床診療所の一般病床において、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必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。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 病院の療養病床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必要に応じて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 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、新規手術の保険導入を行う。
- ③ 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等について、入院早期の加算の引上げを検討する。
 - 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) 病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、その処遇を改善し、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、より勤務医の処遇改善及び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必要に応じて受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。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おいて、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行うことを検討する。また、がん診療連携拠点病院を中心とした地域の医療機関との連携による一連の治療計画の整備が進んでおり、このように、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、その評価を行う。
- (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の評価を検討する。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（24 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 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。なお、その要件や内容については検討する。
- 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、その具体的な内容を検討する。
- 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、
 - ・その評価結果等に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。具体的な指標として、データ提出、効率性、複雑性、カバー率について導

入するとともに、救急医療及び地域医療について導入を検討する（指標の名称はいずれも仮称）。

また、病棟薬剤師の配置に着目した評価の導入について検討する。

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ったものとするため、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、H I V感染症に使用する抗ウイルス薬（H I V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 病院の療養病床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必要に応じて受

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 of 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等について、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要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、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。

(参 考 资 料)

厚生労働省発保0115第1号
平成22年1月15日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤 久夫 殿

厚生労働大臣
長 妻 昭

諮 問 書

(平成22年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第85条第3項、第85条の2第3項、第86条第3項、第88条第5項及び第92条第3項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第59条において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第65条第12項において準用する健康保険法第92条第3項（船員保険法第65条第10項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び国民健康保険法第54条の2第12項において準用する健康保険法第92条第3項並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項、第74条第8項、第75条第5項、第76条第4項、第78条第5項及び第79条第3項の規定に基づき、平成22年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「平成22年度診療報酬改定について」、別紙2「平成22年度診療報酬改定の基本方針」（平成21年12月8日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）及び別紙3「平成22年度診療報酬改定について」（平成21年12月9日厚生労働省公表資料）に基づき行っていただくよう求めます。

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%

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。

平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方**1. 基本認識・重点課題等**

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみてもGDPに対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「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）」**を改定の**重点課題として取り組む**べきである。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や用途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

2. 改定の視点

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「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）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、**「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、**「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」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、**「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」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置

付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

1. 重点課題

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 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には、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、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、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

(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）

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

2. 4つの視点

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

(2) 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

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、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ことが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、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、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

(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

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け

られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

IV 終わりに

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

(平成21年12月9日厚生労働省公表資料)

平成22年度診療報酬改定について

- 医療は国民の生活を支える最も重要な社会基盤の一つである。我が国の医療費対GDP比)は国際的に見ても低水準であるが、医療現場の努力により、効率的かつ質の高い医療を提供してきた。
- しかしながら、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊しており、特に救急・急性期の入院医療は危機的な状況にある。前回の診療報酬改定においても、厳しい勤務環境におかれている病院勤務医の負担軽減や、救急医療や周産期・小児医療の充実などを重点課題として取り組んだが、必ずしも十分な効果が出ていない現状にある。
- 例えば、有識者の研究によれば、急性期の入院医療を担うDPC対象病院の年間の赤字は総額3,500億円にのぼると推計されている。また、平成21年度医療経済実態調査によれば、年間の緊急入院患者受け入れが200名以上の病院の経営実態は、補助金等による補填を行った後の総損益差額ベースで見ても、1施設当たりで年間約1億円の赤字となっている。
- こうした状況の下、三党連立政権合意では「医療費（GDP比）」の先進国（OECD）並みの確保を目指す」ことが、また、民主党のマニフェストでは「医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する」ことが示されている。平成22年度診療報酬改定においては、これらを踏まえ、「国民の安全・安心を支える医療の再構築」に取り組んでいく必要がある。
- 具体的には、救急医療の充実など喫緊の課題に対応するため、急性期を中心とする入院医療に優先的かつ重点的に配分するとともに、急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能を強化する。さらに、手術等の医療技術の適正評価、医療の高度化への対応、医師補助業務の充実等を通じた勤務環境の改善、医療安全への取り組みなど、我が国の医療をめぐる課題に対応していくことが求められている。
- これらを総合的に勘案すれば、薬価改定と医療材料価格改定により捻出される約5,000億円を全て診療報酬本体の財源として充当するとしても、これを超える規模の財源が必要であり、全体としては10年ぶりのネットプラス改定を行うことが必要である。

平成 21 年 12 月 22 日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤 久夫 殿

中央社会保険医療協議会
1号側（支払側）委員
小 林 剛
白 川 修 二
中 島 圭 子
勝 村 久 司
北 村 光 一
高 橋 健 二
伊 藤 文 郎

平成 22 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- 平成 22 年度診療報酬の改定に当たって、支払側は去る 11 月 25 日の総会において、厳しい社会経済情勢や国民生活の状況、さらには保険者財政等を踏まえれば、診療報酬の引き上げを行う環境にはなく、必要度の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行う一方、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するよう見直していくことが不可欠であるとした基本的な考え方を提示したところである。
- この基本的な考え方に沿って、病院勤務医や看護師などの厳しい勤務状況や医療提供体制の地域間・診療科間の偏在といった医療現場の実態を鑑み、とくに産科・小児科・救急医療等の急性期を中心とした医療に、制度・予算上の措置との役割分担を明確にした上で、診療報酬上においても財源を重点的に配分するとともに、勤務医・看護師等の負担軽減に確実に繋がる評価を行う必要がある。
- 限られた財源の配分については、病院・診療所の経営状況を踏まえ、急性期等の病院に重点をおいた再配分を行うほか、再診料の統一を含めた病院・診療所間の格差是正を図る方向で適切に見直すべきである。また、診療所では、皮膚科、眼科など高い収益を上げている診療科と、内科、外科、小児科など収益が相対的に低い診療科のバランスを考慮した評価の見直しを検討すべきである。
- さらに、医療の機能分化と連携の観点から、在宅医療の充実や地域における医療連携体制の強化等を図るべきである。また、患者の視点に立って医療の効率化を推進することが不可欠であり、包括払いの推進、後発医薬品のさらなる使用促進等、あらゆる手立てを講じるべきである。薬剤や医療材料に関しては、イノベーションの評価を図る一方で、市場実勢価を踏

また価格の適正化等を図っていく必要がある。

- このほか、平成 24 年度診療報酬・介護報酬の同時改定を視野に、今回の改定においても、医療と介護の連携や充実・強化に向けた取組みを推進し、必要な医療・介護サービスを提供できる体制の確立を目指すべきである。
- 改定の具体的項目に関する意見は以下のとおりである。

1. 病院・診療所の機能・役割分担と財源配分の見直し

- ①病院勤務医の負担軽減については、補助金等の拡充も図りつつ、診療報酬上においては、医師事務作業補助者の適切な配置や医師、看護師、他の医療関係職種との役割分担、看護補助者の活用等、様々な方策を検討し評価すべきである。また、産科、小児科、救急医療に関しては、NICU の拡充や手厚い看護体制、小児救急や急性期の小児専門の治療が行える体制、救急患者の受け入れ状況など救急搬送体制を手厚く評価すべきである。
- ②基本診療料については、同一サービスは同一の報酬との観点から、病診格差がある再診料は、診療所を引き下げ、病院を引き上げる形で統一を図るべきである。外来管理加算については、患者の視点に立って、懇切丁寧な診察・説明等を担保する「5 分要件」の代替措置となり得る要件を設定すべきである。また、そのあり方については、廃止も含め必要な見直しを行っていくべきである。
- ③入院料については、医療機関の機能に応じて、入院基本料等加算や特定入院料でメリハリをつけた評価をするとともに、急性期医療の充実強化を図る方向での評価を検討すべきである。また、病床の機能分化を推進する観点から、一般病床における長期入院患者については、医療区分・ADL 区分に基づいた包括評価の導入に向けた作業に直ちに着手すべきである。亜急性期入院医療については、リハビリテーション提供機能の充実を図る際には、重症者の受け入れ割合や改善度合い等の試行的な導入についても検討すべきである。また、有床診療所については、在宅医療等の後方病床としての機能については評価すべきだが、入院期間や医療の必要度など患者実態等について検証すべきである。
- ④DPCについては、引き続き、医療の標準化や効率化を目指し、DPCデータの分析・検証による質の確保を図っていくなど、DPCを推進していくべきである。調整係数の廃止および新たな機能評価係数の設定に関して、病院の機能を適切に評価する指標を設定すべきである。また、段階的な導入を図る中で機能評価係数の妥当性を検証し、DPC病院の経営・運営面への影響も踏まえつつ、必要な見直しを図るべきである。
- ⑤慢性期入院医療における患者分類を用いた包括評価については、医療経済実態調査結果等を踏まえた療養病棟入院基本料の必要な見直しを行うとともに、医療サービスの質の向上に向けた評価や、評価指標のさらなる充実に向け、「医療区分・ADL区分に係る評価票」のレ

セプトへの添付を必須とするなどの運用の変更を図るべきである。また、慢性期入院医療のあり方を総合的に検討するため、調査専門組織において医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期の患者の実態把握など必要な検討を行うべきである。

- ⑥入院医療における多職種共同の取組み（チーム医療）については、医療・療養の質向上を目指し、チームによる対応の必要性や対象、効果や実態等を十分に考慮した上で評価すべきである。
- ⑦リハビリテーションについては、身体機能の維持・回復や寝たきりの防止、早期の在宅復帰などを目指し、急性期、とくに発症後早期のリハビリテーションをさらに充実させるほか、患者の必要度に応じた十分なリハビリテーションが行われるような評価を検討すべきである。また、リハビリテーションの質の確保に向け、回復期リハビリテーション病棟で導入した「質の評価」を引き続き実施するとともに、身体機能の改善度合いを評価する指標の導入方策の検討を進めるべきである。
- ⑧認知症対策については、周辺症状や身体合併症の対応等の充実や、医療と介護の連携体制を整備する方向で評価すべきである。また、患者の病態像を把握・分析し、医療必要度や ADL の状態に基づく評価の導入を検討すべきである。
- ⑨精神医療に関しては、精神保健医療福祉の改革ビジョン等の趣旨・目的を十分に踏まえ、地域移行への支援や薬物療法以外の精神科専門療法、抗精神病薬の適切な選択などを推進すべきである。
- ⑩医療安全対策のさらなる推進を図る観点から、薬害の再発防止など医薬品の安全管理体制の強化については、専従の安全管理責任者の配置や取組みなどを要件として評価すべきである。
- ⑪がん対策については、がん対策推進基本計画に基づき、さらなる推進を図るべく、緩和ケアの充実や在宅でのケアの支援、放射線療法や外来化学療法の推進、地域連携などを評価すべきである。
- ⑫手術等の医療技術に関しては、適切な評価を図ることとし、新規技術を保険導入する一方、既存の技術については廃止等も含めた適切な再評価を検討すべきである。

2. 医療機関等の連携の強化

医療機関等の連携については、医療機関間の連携や医療機関と介護施設等の連携、患者の適切な療養環境へのスムーズな移行と医療・介護サービスの継続的な提供を促進するため、退院調整のさらなる充実や診療情報の共有の推進、退院後のリハビリや介護サービスも含めた連携の強化等を適切に評価すべきである。なお、連携等の評価に当たっては、職種や内容、算定要件などの整合性を確保しつつ、整理・体系化すべきである。

3. 在宅医療・訪問看護の推進

国民・患者のニーズを考慮し、在宅医療のさらなる充実を図るため、在宅療養支援診療所を中心に医療機関間および施設間の情報共有や連携、緊急入院体制の確保等の推進を評価すべきである。在宅療養支援病院については地域特性等を十分に考慮した上で、要件の緩和等を検討すべき。また、質の高い在宅医療・訪問看護を評価するとともに、訪問看護については介護保険との整合性を踏まえた見直しを図っていくべきである。

4. 歯科診療報酬について

歯科診療報酬については、患者からみて分かりやすいものとする観点から、文書による情報提供内容や難解な用語の見直しを図るほか、歯科疾患や有床義歯の指導・管理体系の見直しなど、歯科診療報酬体系の簡素・合理化を図るべきである。また、在宅歯科医療については、患者の満足度等を踏まえ、より一層の推進に向けた検討を進めるべきである。

5. 調剤報酬について

調剤報酬については、医薬分業の趣旨や服薬管理・指導、情報提供などの調剤薬局が果たすべき役割、取組み状況を十分に踏まえて調剤技術料、薬学管理料を適切に見直すべきである。また、患者の視点や負担を考慮し、ハイリスク薬の薬学的管理・指導について評価するほか、一包化薬や長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直しや、調剤基本料の特例に関しては、夜間・休日対応など地域医療への貢献を踏まえた見直しを図るべきである。

6. 後発医薬品のさらなる使用促進

後発医薬品の使用促進に関しては、政府目標（24年度までに数量ベースで30%）に向けたより一層の取組みが必要であり、政府は患者や医療関係者等を含めた国民全体に対して、後発医薬品に関する国の方針や考え方、安全性等の情報について、分かりやすく、繰り返し情報提供し、理解を求めていくことが必要と考える。診療報酬上においては、後発医薬品調剤体制加算について、調剤率（数量ベース）に応じた段階的な評価を導入するなど、算定要件の見直しを図るべきである。また、患者が後発医薬品を選択しやすくするため、療養担当規則に医師による後発品に関する説明、情報提供等の取組みを規定することや、薬局・薬剤師における後発品に関する説明義務の徹底とともに、剤形・規格の異なる調剤など変更調剤が進むよう見直すべきである。

7. 薬価・保険医療材料価格の見直し

①薬価制度および保険医療材料制度は、公的医療保険制度のもとで必要な医薬品等を確保するため、革新的な新薬は適切に評価しつつ、市場の実勢を踏まえた適正な価格を設定することが基本である。

②上記の観点から、薬価については薬価調査に基づいた改定を行うほか、イノベーションの評価も含め革新的な新薬は適切に評価していくべきである。また、新薬創出・適応外薬解消等

促進加算（薬価維持特例）の試行的な導入に関しては、未承認薬・未承認適応の解消に向けた取組み等が確実に実施される仕組みの構築が前提条件となる。さらに、対象範囲の検討や改定毎の検証及び必要な見直しについて検討を深めるべきである。外国平均価格調整については、外国平均価格の計算方法を見直すほか、配合剤については、適正な価格となるよう必要な見直しを図るべきである。

③保険医療材料価格については、内外価格差の是正に引き続き取り組むとともに、海外における価格動向について市場実勢価格の把握方法等必要な検討を行うべきである。また、補正加算の算定状況等を踏まえ、イノベーションを推進するために必要な見直しを図るほか、機能区分の適切な見直しを行うべきである。

8. 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者の診療報酬については、同医療制度の見直しに先行して診療報酬項目を廃止することは理解するが、高齢者の心身の特性に配慮して設定した各診療報酬項目の趣旨、目的等を踏まえ、患者特性や必要性、全年齢適用拡大の是非、介護保険との整合などを十分に精査した上で、要件緩和、名称変更、廃止等を慎重に検討すべきである。また、後期高齢者診療料については、患者を総合的かつ計画的に医師（「総合診療医」など）が診るという考え方は、今後も検討していくべきである。

9. 患者の視点に立った医療の推進

①医療に対する理解、関心を深め、患者・国民が医療に積極的に参加できるよう、原則、全患者への明細書の無料交付を義務づけるべきである。明細書発行の患者への周知については、国、医療機関、保険者等で必要な取組みを一層推進すべきである。また、患者と医師の信頼関係の構築や協働の推進といった観点から、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンの充実などに取り組むべきである。

②現行の複雑な診療報酬体系を簡素・合理化し、患者・国民にわかりやすい体系とするとともに、審査・支払いの円滑化と疾病動向や医療費に関する分析を容易にする観点から、医科、歯科、調剤すべてのレセプトの電子化など医療保険実務のIT化を推進するほか、▽標準傷病名の記載の義務づけ▽診療行為実施日の記載の義務づけ▽傷病名と診療行為のリンク付け▽調剤レセプトへの医療機関コード記載の義務づけーなど、レセプト様式および記載要領の見直しを図るべきである。

10. その他

産科、小児科、救急医療の充実といった喫緊の課題をはじめ、わが国の医療をめぐる様々な課題については、診療報酬上の対応だけで全てが解決できるものではない。公費投入なども含めた幅広い取組みが不可欠であり、そうした視点での総合的な施策展開が求められる。

平成21年12月22日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤久夫 殿

中央社会保険医療協議会委員
安 達 秀 樹
嘉 山 孝 正
鈴 木 邦 彦
西 澤 寛 俊
邊 見 公 雄
渡 辺 三 雄
三 浦 洋 嗣

国民が望む納得でき、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための
診療報酬改定に関する診療側の意見

〔医 科〕

I 基本的考え方

社会保障の最も根幹を成す保健・医療は、長年の市場原理主義的政策運用の下で、国民の生命を軽視した医療費抑制策により「医療崩壊」が起きた。

とりわけ救急医療、外科医療、周産期医療、小児医療などでは、マンパワー不足とその評価の低さから、いわゆる医師の「立ち去り」現象が相次いで起こり、多くの施設において医療提供体制を維持することが不可能となっている。また、急性期の入院医療、手術などの分野は、医療の実態の変化に診療報酬制度が追いつかず、低評価のまま取り残されてきた。さらに、大学病院等の特定機能病院は、これまで中医協で議論されてこなかった高度先進医療等の不採算部門を引き受けてきたにもかかわらず、医療費抑制策のなかで、運営費交付金も毎年大幅に削減されてきた。その結果として、勤務医の過酷な勤務環境がさらに悪化するなど、特定機能病院の医療提供体制の維持も不可能な状態になっている。つまり、国民の健康の「最後の砦」は限界点を超えており、日本の医療の全面的崩壊は間近に迫っている。

平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減策が緊急課題と位置付けられたが、改定内容は十分な負担軽減には至らなかった。さらに、地域医療を担う中小病院等への支援は皆無であり、全体として事態の改善につながったという評価はできない。

また、この改定においては、病院勤務医の負担軽減対策のための財源として、

診療所分からの財源移譲が行われ、その結果地域医療の受け皿となる診療所にも大きな打撃を与え、地域医療崩壊に拍車をかけた。

そのため、平成22年度の診療報酬改定に当たっては、国民に必要な最低限の社会保障は国が責任を持って維持するとの立場をとり、地域医療の崩壊に歯止めをかけ、安定的な医療提供を可能とする体系の再構築のため、財政中立、病院・診療所間での財政移譲等による診療報酬改定や政策誘導的な診療報酬改定は認められるものではなく、国民皆保険体制のもと、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

1. 医療提供コスト（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
2. 「もの」と「技術」の分離の促進と、無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
3. 出来高払いと包括払いの適切な組合せの検討
4. 医学・医療の進歩の速やかな反映
5. 真に勤務医の過重労働の軽減に繋がる対策の検討
6. 大病院と中小病院と診療所の機能の明確化と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
7. 高度先進医療を引き受けてきた特定機能病院が、「医療費」（公費を含む）で健全に自立できるような診療報酬の設定
8. 地域医療を担う中小病院・診療所への支援
9. その他必要事項の手当て

II 具体的検討事項

1. 平成20年度改定で大きな問題を惹起し医療を混乱に陥れた不合理の是正
 - (1) 根拠なく設定された「外来管理加算」の時間要件の撤廃
 - (2) 療養病棟入院基本料のコストに見合った評価への是正及び医療と介護の切れ目のない提供体制の構築
 - (3) 維持期のリハビリテーションに対する医療としての適正評価
 - (4) 診療現場の実態とかけ離れた「後期高齢者診療料」の撤廃
 - (5) 軽微な処置の基本診療料への包括評価は、軽微であっても専門的な知識と技術を持つ医師による必要な処置であり、基本診療料に包括された各種処置料の復活等

2. 医療の安全確保

- (1) 医療の安全管理・院内感染対策等の評価

- (2) 感染症や危険物等ハイリスクの廃棄物処理に対する評価
(感染性廃棄物、X線フィルム処理廃液、デスポ用品等) 等

3. 適切な技術料評価の診療報酬体系の確立

- (1) 医師の基本技術に対する適正評価

初・再診料の引き上げ

手術における医療材料等「もの」の包括の廃止と、採算のとれる手術料の設定

薬剤の投与種類数による医師の技術料である処方点数の逡減廃止

等

- (2) 入院医療の評価

入院基本料の引き上げ

とりわけ、これまで特定機能病院が担ってきた高度先進医療（たとえば、重症の、急性大動脈解離、心筋梗塞、超急性期脳卒中、小児救急疾患、ハイリスク分娩、極低出生体重児、周産期先天性疾患、多発外傷、および広範囲重症熱傷などに対するチーム医療・医療安全を含む医療体制）は、診療報酬で適切に評価されておらず、これらの不採算部門を解消し健全化するために、特定機能病院に対して、入院料を+0.5倍、DPC係数を1.9に引き上げ

7対1、10対1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設

- (3) 各診療科固有の専門技術に対する適切な評価

基本診療料に包括された処置点数の復活、標準的算定日数を超えた場合のリハビリテーション算定単位（月13単位）の廃止、処置点数、検査点数、画像診断等の不合理見直し 等

- (4) 現行の技術評価算定方式の不合理是正

「もの」と「技術」の包括化の撤廃

(特に、手術時に使用する医療材料・デスポ製品等の正当な評価)

- (5) チーム医療の評価

- (6) 不合理な施設基準の是正

夜勤を行う看護職員1人当たり月平均夜勤時間数7.2時間以下の要件

2人夜勤体制の要件

リハビリテーションの面積要件

専従要件 等

- (7) 同時実施手術の評価 等

4. 小児医療・産科・救急医療・外科医療等への対応

- (1) 小児医療の評価及び乳幼児医療を重視する診療報酬上の配慮と義務教育期間の負担率の検討
- (2) 救急医療の評価
- (3) 産科医療の提供体制の確保のための診療報酬上の評価
- (4) 国際的に見ても最低の外科手術手技料の大幅な増額 等

5. がん医療

がん対策基本法に基づき、「がん登録」を含むがん医療全体（放射線療法、外来・入院化学療法、緩和ケア等）に対して手厚い診療報酬の設定

6. 高齢者に対する医療

- (1) 年齢区分によって提供する医療に違いがあってはならない
- (2) 認知症における早期発見と重症化予防への対応の評価
- (3) 医療保険と介護保険の給付調整の再検討並びに精緻化された連携体制の構築 等

7. 後発医薬品の使用促進

- (1) 後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消するための早急な基盤整備
- (2) 患者や医師が安心して後発医薬品を使うためのチェックシステムの設置 等

8. 医療機関機能の明確化及び連携の強化に対する診療報酬上の対応

- (1) 病診連携体制の再構築、医療と介護の連携、医療関係職種との連携
- (2) 調査結果を重視した療養病床の診療報酬の適切な評価
- (3) DPC制度の在り方の検討
- (4) 中小病院・有床診療所の位置づけの明確化及び適切な評価
- (5) 特定機能病院・地域医療支援病院の診療報酬の再検討 等

9. 医療経営基盤の安定確保等

- (1) 医療機関の設備投資・維持管理費用に対する評価
- (2) 入院部門における医療経営基盤の安定確保
- (3) 入院中の患者の他医療機関への受診に係る適切な評価

- (4) 不採算診療項目の適切な評価
- (5) 医療従事者の人件費の適切な評価
- (6) 電子化加算の継続と点数引上げ 等

10. その他

- (1) 国民に理解できる診療報酬体系の構築
- (2) 長期投薬に伴う管理の評価と超長期投薬の是正
- (3) 届出等が必要な算定要件の見直し
- (4) 医療材料価格の適正化（内外価格差の是正）
- (5) 公私医療機関の経営基盤の違いを配慮
- (6) 診療報酬点数表の整理並びに請求事務の簡素化
- (7) 指導大綱及び療養担当規則等の見直し
- (8) 改定時における点数表の早期告示と周知期間の確保
- (9) 地域の現場を考慮した医療費の配分を行うこと 等

〔歯 科〕

I 基本的考え方

長年の医療費抑制策等により、歯科医療は今、疲弊の極みの中にある。それは医療経済実態調査による損益差額が過去の6割台にまで激減していることから明白である。

しかし歯科界は、そのような状況の中でも、歯科医療費の増加にブレーキがかかることを自覚しつつ、小児・学童のう蝕予防に積極的に取り組み、その罹患率は急速に低下しているが、その努力は全く評価されていない。

一方、超高齢社会を迎えて、8020達成者はもちろん非達成者も義歯装着により健康長寿を保つこと、さらに要介護者の在宅歯科医療や口腔ケアがQOLを高めることを証明する綿密なコホート研究が次々と提示され、歯科医療が「健康という幸福」で国民を支えられることを証明している。

われわれは歯科医療を「日々を生きる国民の生きる力と生きがいを根底から支える生活の医療」と定義してきたが、先に述べた疲弊の極みにある歯科医療の現場では、もはやその役割を果たすことが困難になっている。

このような現状と歯科の使命を考慮し、その安定かつ適切な提供体制の確保のために、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

1. 安心・安全な歯科医療体制の確保のために基本診療料を適切に評価すること
2. 歯科医療の充実のために歯科固有の技術を適切に評価すること
3. 患者の視点に立った歯科医療の提供を推進すること
4. 在宅歯科医療の更なる推進をすること
5. 地域歯科医療体制における病院歯科の機能を評価すること
6. 障害者歯科医療の更なる充実を図ること
7. 重症化予防と生活の質に配慮した歯科医療を充実すること
8. 医療保険と介護保険の効果的な連携を推進すること
9. その他必要な事項を推進、充実すること

II 具体的検討事項

1. 安心・安全な歯科医療と安定的な歯科医療体制の確保への評価

安心・安全のための費用の評価と、かかりつけ歯科医による歯科医療の安定的提供を踏まえ、歯科診療所における初・再診料を病院歯科と同等の評価への見直し

2. 歯科医療の充実のための歯科固有の技術の適切な評価

- (1) 「歯を残す技術」と「口腔機能回復のための技術」の適切な評価
- (2) 診療行為の実態に即した適切な評価
- (3) 長年に亘り、据え置きとなっている技術の再評価

3. 患者の視点に立った適切な歯科医療提供の推進

- (1) 新規技術の保険導入と普及
- (2) 保険外併用療養費制度の活用
- (3) 患者の主訴に即した医学管理とわかりやすい情報の提供
- (4) 患者の状況を考慮した歯科医療の提供体制の確立

4. 在宅歯科医療の推進と適切な評価

- (1) 患者の求めに応じた訪問診療の推進と評価
- (2) 口腔機能訓練および専門的口腔ケアの適切な評価
- (3) 困難な状況下における診療の適切な評価
- (4) 在宅患者の長期にわたる口腔機能維持・管理の評価

5. 地域歯科医療体制における病院歯科の充実

- (1) 二次歯科医療機関としての後方支援機能の充実と高次医療への評価
- (2) 院内患者の口腔管理の評価とチーム医療の推進
- (3) 退院時・後の連携の拠点としての機能と評価

6. 障害者歯科医療の更なる充実

- (1) 障害者診療における適切な評価
- (2) 障害者加算対象の適切な再評価
- (3) 病院歯科による支援機能の評価

7. 重症化予防と生活の質（QOL）の向上の評価

かかりつけ歯科医による定期検診と医学管理の評価

8. 医療保険と介護保険の効果的な連携の推進

地域医療・介護ネットワークの推進と評価

9. 歯科診療所における医療事務作業の合理化

診療録、レセプトの記載要件の簡素化による医療事務作業の合理化

〔調 剤〕
＜保険薬局における調剤報酬関係＞

I 基本的考え方

1. 患者に分かりやすい調剤報酬体系の確立
2. かかりつけ薬剤師の役割の評価
3. 患者ニーズに対応した技術の評価
4. 医薬品適正使用の推進

II 具体的検討事項

1. かかりつけ薬剤師の役割を踏まえた薬学的管理指導の拡充・評価
2. 投与日数の長期化に対応した調剤技術、薬学的管理指導の評価
3. 難易度や手間に応じた調剤技術等の評価（小児医療、漢方生薬調剤等）
4. 医薬品適正使用のための薬剤情報提供の評価（お薬手帳の活用、後発医薬品に関する情報提供等）
5. 後発医薬品の使用促進への対応や時間外・夜間対応等を含む保険薬局の体制整備の評価
6. 療養環境等に応じた在宅医療への対応の評価
7. その他必要事項

<病院・診療所における薬剤師業務関係>

I 基本的考え方

1. 医療安全及び医薬品適正使用への取り組みの推進
2. チーム医療における薬剤師の貢献
3. 薬剤師の病棟業務の充実
4. 病院・診療所薬剤師の薬物療法における役割の進展

II 具体的検討事項

1. 薬剤師を病棟に常時配置することに対する評価
2. チーム医療における薬剤師の役割の評価
3. 抗悪性腫瘍剤に係る無菌製剤処理技術の評価
4. 分子標的薬などの多様な医薬品の臨床使用を踏まえた、医薬品適正使用のための情報の収集と提供の評価
5. 後発医薬品の使用促進と適正使用の評価
6. 医薬品管理と供給の評価
7. その他必要事項