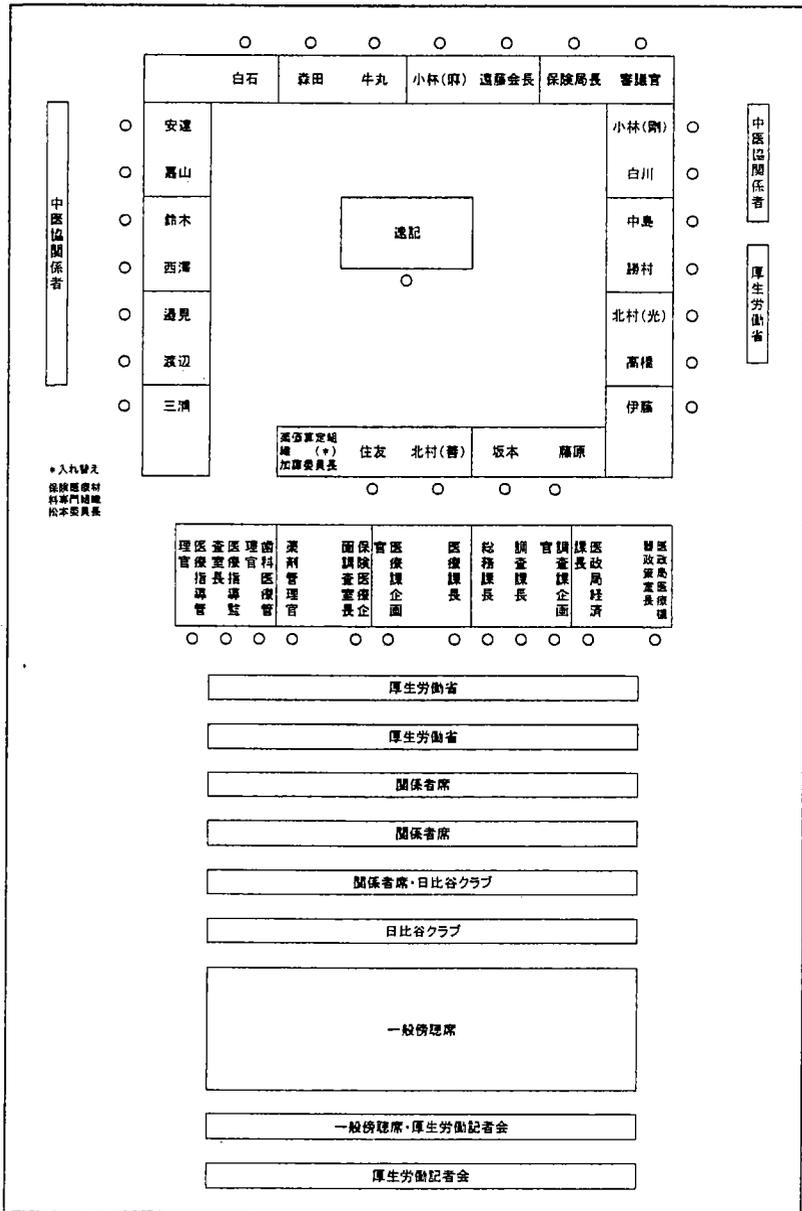


中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:平成22年1月29日(金) 9:20~12:00
 会場:厚生労働省講堂(低層棟2階)



中央社会保険医療協議会 総会 (第164回) 議事次第

平成22年1月29日(金)
 於 厚生労働省講堂

議題

- 平成22年度診療報酬改定について
 - ・ 平成22年度実施の薬価制度見直しの内容(案)について
 - ・ 市場拡大再算定品目について
 - ・ 平成22年度実施の保険医療材料制度見直しの内容(案)について
 - ・ 平成22年度実施の特定保険医療材料の機能区分の見直しについて
 - ・ DPCの機能評価係数について
 - ・ 平成22年度診療報酬改定における個別改定項目について
- その他

平成22年度実施の薬価算定基準等の見直しについて（案）

「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）において、次期薬価制度改革に当たって見直しを行うとされた事項等について、次のような内容で改正を行う。

また、こうした改正事項については、「薬価算定の基準について」（現行の薬価算定ルール）及び「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（現行の取扱いルール）の改正により明確化する。

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

《骨子》

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。

《骨子別紙》

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。

(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。

(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。

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。

【現行の薬価算定ルール】

《既収載品の薬価の改定》

第3章 既収載品の薬価の改定

第1節 既収載品の薬価の改定の原則

薬価改定においては、当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

【改正後】

《新薬創出・適応外薬解消等促進加算の試行的導入》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(1)～(4) (略)

(5) 平成22年度薬価改定においては、第3章第1節の規定に関わらず、次の要件の全てを満たす既収載品（第2章第3部6の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、薬価収載の日から15年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するもの並びに第3章第3節に定める再算定のいずれかの要件に該当するものを除く。）の薬価については、第3章第1節の規定により算定される額に、新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）として、別表13に定める算式により得られる額を加えた額に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

イ 新薬として薬価収載された既収載品であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていないもの（薬価収載の日から15年を経過した後の最初の薬価改定を経ていないものに限る。）

ロ 当該既収載品の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないもの

○ 別表13 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の計算方法

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品について第} \\ \text{3章第1節の規定により} \\ \text{算定される額（通常の薬} \\ \text{価改定後の薬価）} \end{array} \right) \times (\text{全ての既収載品の平均乖離率} - 2/100) \times 80/100$$

(6) (5)の規定に関わらず、(5)の要件に該当する既収載品であって、第3章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当するものについては、(5)の規定により算定される額と同章第2節の規定により算定される額のいずれか高い額を当該既収載品の薬価とする。

(7) (5)の規定により算定される額については、第3章第4節の規定を適用する。

(8) 平成22年度薬価改定後の薬価改定（以下「22年度以降の薬価改定」という。）における新薬創出等加算の実施の可否については、その財政影響や適応外薬等（欧米では使用が認められているが国内では承認されていない医薬品及び適応のことをいう。以下同じ。）の開発及び上市の状況、後発医薬品の使用状況等を検証した上で、判断する。

《骨子別紙》

(2) 当該加算の具体的内容

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に、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。

(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。

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《既収載品の薬価の改定》

第3章第1節のとおり

【改正後の薬価算定ルール】

《平成22年度薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となった既収載品の22年度以降の薬価改定における取扱い》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(9) 平成22年度薬価改定において新薬創出等加算の対象となった既収載品（以下「新薬創出等加算適用品」という。）が、22年度以降の薬価改定の際に、第3章第2節1に定める既収載品の薬価の改定の特例の要件に該当する場合には、同章第1節の規定により算定される額から、当該額に平成22年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された率（平成22年度薬価改定において同章第1節の規定により算定された額から（5）の規定により算定された額（ただし、平成22年度薬価改定前の薬価を上限とする。以下同じ。）までの加算の率（平成22年度薬価改定において同章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当した新薬創出等加算適用品であって、同章第2節の規定により算定された額が（5）の規定により算定された額よりも低かったものにあつては、当該加算の率から、同章第2節2（2）、3（2）又は4（2）の規定（当該新薬創出等加算適用品が該当した要件に係るものに限る。）により算定された補正加算率のうち最も大きな率を控除した率）をいう。以下同じ。）を乗じて得た額を控除した額に対して、同章第2節から第4節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の薬価とする。この場合において、別表7に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表7中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成22年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

(10) 新薬創出等加算適用品の製造販売業者に対しては、22年度以降の薬価改定までの間、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（仮称）」における検討結果を踏まえ厚生労働省が開発を要請する適応外薬等の開発や上市の状況を確認し、次の要件のいずれかに該当すると認められる場合には、22年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用しない。

イ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法第14条第1項若しくは第19条の2第1項の規定に基づく承認の申請又は第14条第9項の規定に基づく承認事項の一部変更承認の申請（以下、これらをまとめて「薬事法に基づく承認申請」という。）に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であり、臨床試験その他の

試験を新たに実施する必要がないと認められるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから六月以内に薬事法に基づく承認申請を行わなかった場合

- ロ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法に基づく承認申請に当たって、薬事法第2条第16項に規定する治験が必要となるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから一年以内に治験等に着手しなかった場合

なお、イ及びロにおける特段の合理的な理由として認められる場合としては、当該製造販売業者が同時期に多数の適応外薬等の開発の要請を受けている場合を基本とするが、なおその場合であっても、相当程度の適応外薬等について、イ又はロの区分に従い、当該各号に規定する期限内に薬事法に基づく承認申請を行っているもの又は治験等に着手しているものとする。

- (11) (10) イ又はロの要件に該当すると認められる製造販売業者の既収載品の薬価については、22年度以降の薬価改定において、次の手順により改定する。

- ① 当該製造販売業者の新薬創出等加算適用品について、第3章第1節の規定により算定される額から、当該額に平成22年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された率を乗じて得た額を控除した額に対して、同章第2節から第4節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の算定値として求める。この場合において、別表7に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表7中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成22年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。
- ② 当該製造販売業者の全ての新薬創出等加算適用品について、平成22年度薬価改定における新薬創出等加算の適用により得られた年間販売額（平成22年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額（平成22年度薬価改定において薬価改定前の薬価と同一の薬価に改定されたものについては、当該薬価までの加算の額）に年間販売量を乗じて求めた額をいう。）の合計額を求める。
- ③ 当該製造販売業者の全ての既収載品（第3章第4節2の最低薬価が適用されるものを除く。）の薬価について、同章の規定により算定される額（新薬創出等加算適用品については①の算定値）から、当該額に一定の割合を乗じて得た額を控除したとき（ただし、個々の既収載品について同章第4節2の最低薬価を下回らないものとする。）に減少することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を控除した額（当該額が同章同節2の最低薬価を下回る場合には当該最低薬価）に改定する。

なお、22年度以降の薬価改定後の薬価改定においては、全ての既収載品の薬価について、第3章の規定により算定される額に、当該額に一定の割合を乗じて得た額を加えたときに増加することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を加えた額に改定する。

【改正後の取扱いルール】

《平成22年度薬価改定後の薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象としない場合等の取扱い》

4 経過措置

- (1) 平成22年度薬価改定後の薬価改定の際に、中医協において、平成22年度薬価改定の際に新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となった既収載品の製造販売業者について薬価算定ルールの第4章3(10)イ又はロの要件への該当性を判断するに当たっては、必要に応じ、当該製造販売業者に意見陳述の機会を与えることとする。

《骨子別紙》

(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、その後通常の薬価改定を行うものとする。

【現行の薬価算定ルール】

《新規後発品の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第2部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合
イ 薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(I)によって算定される額(共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額)に100分の70を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ 有用性加算(II)の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算(II)の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算(II)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

ニ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格がない場合は、当該最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格があるものとして、類似薬効比較方式(I)により算定される額に100分の70を乗じて得た額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

【改正後】

《平成22年度薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となった既収載品に係る新規後発品の薬価算定》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(12) 22年度以降の薬価改定までの間、新薬創出等加算適用品に係る新規後発品の薬価については、当該新薬創出等加算適用品における新薬創出等加算を適用する前の算定値を最類似薬の薬価とみなして、第2章第2部1の規定を適用することにより算定する。

《骨子別紙》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《既収載品の薬価の改定》

第3章第1節のとおり

【改正後】

《後発品が薬価収載されている既収載品の取扱い》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(13) 平成22年度薬価改定においては、薬事法の規定に基づき昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除き、新薬として収載されたものの薬事法第14条の4第1項に規定する再審査期間中に当該新薬の製造販売業者と異なる製造販売業者が当該新薬と成分、分量、用法及び用量、効能及び効果が同一性を有するものとして薬事法に基づく承認申請を行い、承認を受けたもの、薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会の報告品目及び審議品目であって新薬以外のもののうち、薬価収載時に第2章第2部の規定以外の規定により薬価算定されたもの並びにこれらの既収載品に相当すると認められるものを含む。）であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されているもの（平成20年度薬価改定の後に当該全ての後発品が薬価基準から削除されたものを含む。）の薬価については、第3章の規定により算定される額から、同章第1節の規定により算定される額に100分の2.2を乗じて得た額を控除した額（当該額が第4節2の最低薬価を下回る場合には当該最低薬価）に改定する。

2. 再算定

《骨子》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

- 別表7 市場拡大再算定対象品、市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

$$X \text{ (市場規模拡大率)} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{市場拡大再算定対象品の同一組成} \\ \text{既記載品群の薬価改定前の薬価を} \\ \text{基に計算した年間販売額の合計額} \end{array} \right)}{\text{(当該同一組成既記載品群の基準年間販売額)}}$$

α (補正加算率) : 対象品について、市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合、有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率。ただし、 $5 \leq A \leq 10$ とする。

【改正後】

- 別表7 市場拡大再算定対象品、市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

$$X \text{ (市場規模拡大率)} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{市場拡大再算定対象品の同一組成} \\ \text{既記載品群の薬価改定前の薬価を} \\ \text{基に計算した年間販売額の合計額} \end{array} \right)}{\text{(当該同一組成既記載品群の基準年間販売額)}}$$

α (補正加算率) : 個別の市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品について、第3章第2節2から4までに定めるいずれかの要件に該当する場合、該当する要件ごとに有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率のうち最も大きな率。ただし、 $5 \leq A \leq 10$ とする。

(注) _____ は平成22年度薬価制度改革の骨子の第2のI 3. その他(1)による改正部分(p10~14参照)

《骨子》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《用法用量変化再算定》

第3章 既収載品の薬価の改定

第3節 再算定

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

直近の薬価改定後に、薬事法第14条第9項の規定に基づき、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既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品を除く。）については、別表9に定める算式により算定される額

(2) 用法用量変化再算定の特例

直近の薬価改定後に、薬価収載時又は効能及び効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表9に定める算式により算定される額。ただし、(1)に該当する既収載品については、(1)により算定される額とする

【改正後】

《用法用量変化再算定》

第3章 既収載品の薬価の改定

第3節 再算定

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

直近の薬価改定後に、薬事法第14条第9項の規定に基づき、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既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表9に定める算式により算定される額

(2) 用法用量変化再算定の特例

直近の薬価改定後に、薬価収載時又は効能及び効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表9に定める算式により算定される額。ただし、(1)に該当する既収載品については、(1)により算定される額とする

《骨子》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《不採算品再算定》

4 不採算品再算定

次の要件の全てを満たす既収載品については、原価計算方式によって算定される額(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額)

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限とする。

イ 中央社会保険医療協議会において、保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品

ロ 薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難である既収載品(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)

【改正後】

《不採算品再算定》

4 不採算品再算定

次のいずれかに該当する既収載品については、原価計算方式によって算定される額(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額)

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限とする。

(1) 次の要件の全てを満たす既収載品

イ 中央社会保険医療協議会において、保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品

ロ 薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難である既収載品(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)

(2) 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬(新規後発品として薬価収載されたものに限る。))がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。

3. その他

《骨子》

(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）。

【現行の薬価算定ルール】

《既収載医薬品の薬価改定》

第3章 既収載品の薬価の改定

第1節 既収載品の薬価の改定の原則

薬価改定においては、当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第2節 既収載品の薬価の改定の特例

1 特例の対象となる既収載品

本節の対象となる既収載品は、薬事法の規定に基づき昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。）であって、当該既収載品に係る最初の後発品（新規後発品として薬価収載されたものであって、当該既収載品と組成、投与形態及び薬効小分類が同一のもので最も早く薬価収載されたものをいう。以下同じ。）の新規収載後の最初の薬価改定に該当するもののうち、次のいずれにも該当しないもの。

イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ 漢方製剤及び生薬

ニ 薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された既収載品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ 第3節4の不採算品の要件を満たしている医薬品

ヘ 後発品の薬価を下回る医薬品又は第4節2の最低薬価を下回る医薬品（本節に規定する特例を適用した場合の算定値が下回る医薬品を含む。）

2 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、1に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額から、当該額に次の各号に掲げる区分に従い当該各号に規定する割合を乗じて得た額を控除した額に改定する。ただし、日本薬局方収載医薬品のうち銘柄毎に薬価収載されているものについては、当該割合に2分の1を乗じた割合を適用する。

（以下 略）

【改正後】

《薬価収載後に小児に係る効能及び効果が追加された既収載品等の薬価の改定の特例》

第3章 既収載品の薬価の改定

第1節 既収載品の薬価の改定の原則

薬価改定においては、当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第2節 既収載品の薬価の改定の特例

第1節の規定に関わらず、次の1から4までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、薬価改定の際に、該当する各号に掲げる額に薬価を改定する。ただし、1から4までのうち2以上に該当する場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に掲げる額に薬価を改定する。

(1) 1に定める要件及び2から4までに定める要件のうち1以上に該当する場合

第1節の規定により算定される額から、次のイに掲げる額を控除し、次のロに掲げる額を加えた額に改定する。

イ 第1節の規定により算定される額に、1(2)の各号に掲げる区分に従い当該各号に規定する割合を乗じて得た額

ロ 第1節の規定により算定される額に、2(2)、3(2)又は4(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額

(2) 2から4までに定める要件のうち2以上に該当する場合（(1)の場合を除く。）

第1節の規定により算定される額に、当該額に2(2)、3(2)又は4(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

1 初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、薬事法の規定に基づき昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。）であって、当該既収載品に係る最初の後発品（新規後発品として薬価収載されたものであって、当該既収載品と組成、投与形態及び薬効小分類が同一のもので最も早く薬価収載されたものをいう。以下同じ。）の新規収載後の最初の薬価改定に該当するもののうち、次のいずれにも該当しないもの。

イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ 漢方製剤及び生薬

ニ 薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された既収載品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ 第3節4の不採算品の要件を満たしている医薬品

ヘ 後発品の薬価を下回る医薬品又は第4節2の最低薬価を下回る医薬品（本節に規定する特例を適用した場合の算定値が下回る医薬品を含む。）

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額から、当該額に次の各号に掲げる区分に従い当該各号に規定す

る割合を乗じて得た額を控除した額に改定する。ただし、日本薬局方収載医薬品のうち銘柄毎に薬価収載されているものについては、当該割合に2分の1を乗じた割合を適用する。

(以下 略)

2 小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成20年4月1日以降に、薬事法第14条第9項の規定に基づき小児に係る効能及び効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

3 希少疾病に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成20年4月1日以降に、薬事法第14条第9項の規定に基づき希少疾病に係る効能及び効果又は用法及び用量が追加されたもの(薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定されたもの又はそれに相当すると認められるものに限る。)。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

4 市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成20年4月1日以降に、市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたもの。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準

用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

○ 別表2 補正加算の計算方法

1. 基本的考え方 (略)

2. 各補正加算率の計算方法

(1)、(2) (略)

(3) 第3章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例において、有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用する場合における補正加算率(α)の算式

イ) 内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

ロ) 注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

(注) A : 当該既収載品に対して適用される率 (%)

X : 億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群(当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。)の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、Aの範囲は、 $5 \leq A \leq 10$ ($0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$) とする。

《骨子》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《最低薬価》

下表の中欄のとおりである。

【改正後】

《最低薬価》

剤形区分別に見た場合の乖離率が全ての既収載品の平均乖離率を超える区分の最低薬価について、下表の右欄のとおり、平均乖離率を超える率に相当する額を引き下げる。

区 分	現行最低薬価	改定最低薬価
日本薬局方医薬品		
錠剤 1錠	9.70円	<u>9.60円</u>
カプセル剤 1カプセル	9.70円	<u>9.60円</u>
丸剤 1個	9.70円	<u>9.60円</u>
散剤（細粒剤を含む。） 1グラム※1	8.40円	<u>7.20円</u>
顆粒剤 1グラム※1	8.40円	<u>7.20円</u>
末剤 1グラム※1	8.40円	<u>7.20円</u>
注射剤 1管又は1瓶	97円	<u>92円</u>
坐剤 1個	20.80円	<u>19.30円</u>
点眼剤 5ミリリットル1瓶	85.60円	85.60円
1ミリリットル	17.10円	17.10円
内用液剤、シロップ剤 1日薬価 （小児への適応があるものを除く。）	9.70円	<u>9.30円</u>
内用液剤、シロップ剤 1ミリリットル※2 （小児への適応があるものに限る。）	9.70円	9.70円
外用液剤 10ミリリットル※1 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	9.70円	<u>9.50円</u>
その他の医薬品		
錠剤 1錠	6.10円	<u>5.60円</u>
カプセル剤 1カプセル	6.10円	<u>5.60円</u>
丸剤 1個	6.10円	<u>5.60円</u>
散剤（細粒剤を含む。） 1グラム※1	6.30円	<u>6.20円</u>
顆粒剤 1グラム※1	6.30円	<u>6.20円</u>
末剤 1グラム※1	6.30円	<u>6.20円</u>
注射剤 1管又は1瓶	60円	<u>56円</u>
坐剤 1個	20.40円	<u>19.30円</u>
点眼剤 5ミリリットル1瓶	84.80円	84.80円
1ミリリットル	17.10円	17.10円
内用液剤、シロップ剤 1日薬価 （小児への適応があるものを除く。）	6.40円	6.40円
内用液剤、シロップ剤 1ミリリットル※2 （小児への適応があるものに限る。）	6.40円	6.40円
外用液剤 10ミリリットル※1 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	6.30円	6.30円

※1 規格単位が10グラムの場合は10グラムと読み替える。

※2 規格単位が10ミリリットルの場合は10ミリリットルと読み替える。

【現行の薬価算定ルール】

《経過措置》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(1) (略)

(2) 平成12年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

(3) 点眼剤（規格が1ミリリットルのものに限る。）、内用液剤（小児への適応があるものを除く。）及びシロップ剤（小児への適応があるものを除く。）のうち、平成14年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用し、内用液剤（小児への適応があるものに限る。）及びシロップ剤（小児への適応があるものに限る。）のうち、平成16年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用し、外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）及び漢方製剤（別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に該当するものに限る。）のうち、平成18年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

【改正後】

《経過措置》

第4章 実施時期等

3 経過措置

(1) (略)

(2) 平成12年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

(3) 点眼剤（規格が1ミリリットルのものに限る。）、内用液剤（小児への適応があるものを除く。）及びシロップ剤（小児への適応があるものを除く。）のうち、平成14年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用し、内用液剤（小児への適応があるものに限る。）及びシロップ剤（小児への適応があるものに限る。）のうち、平成16年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用し、外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）及び漢方製剤（別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に該当するものに限る。）のうち、平成18年3月31日における

薬価が最低薬価を下回る既収載品については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

（4）平成22年度薬価改定においては、（2）及び（3）の規定にかかわらず、（2）又は（3）の規定において当該薬価を最低薬価とみなして第3章第4節2の規定を適用することとされている既収載品のうち、別表11の左欄に掲げる薬剤の区分別にみた場合の乖離率が全ての既収載品の平均乖離率（全ての既収載品の乖離率を加重平均した率をいう。以下同じ。）を超える区分に属するものについては、当該既収載品の薬価改定前の薬価から当該区分の乖離率が平均乖離率を超える率に相当する額を引き下げた価格を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用する。

Ⅱ 新規収載医薬品の薬価算定

1. 類似薬効比較方式

《骨子》

（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。

【現行の薬価算定ルール】

第2章 新規収載品の薬価算定

第1部 新薬の薬価算定

第1節 類似薬がある新薬の場合

2 新薬が補正加算の対象にならない場合

（1）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬が次の要件を全て満たす場合には、類似薬効比較方式（II）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

(イ) 当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が3以上であること。

(ロ) 当該新薬の薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日が、当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）のうち、最も早く薬価収載されたものの当該薬価収載の日から起算して3年を経過した日以後であること。

ハ、ニ （略）

(2) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合 （略）

② 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) 当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

【改正後】

第2章 新規収載品の薬価算定

第1部 新薬の薬価算定

第1節 類似薬がある新薬の場合

2 新薬が補正加算の対象にならない場合

(1) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(I)によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）が次の要件を全て満たす場合には、類似薬効比較方式(II)によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

(イ) 当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が3以上であること。

(ロ) 当該新薬の薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受

けた日が、当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）のうち、最も早く薬価収載されたものの当該薬価収載の日から起算して3年を経過した日以後であること。

ハ、ニ（略）

(2) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合（略）

② 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) 当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

2. 外国平均価格

《骨子》

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、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。

【現行の薬価算定ルール】

30 外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格（組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格をいう。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合において、類似薬効比較方式（Ⅰ）、類似薬効比較方式（Ⅱ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の2分の3に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）又は類似薬効比較方式（Ⅰ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含み、次のいずれかに該当する場合を除く。）に、別表3に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品の薬価とする調整方式をいう。

イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

（イ）～（二） （略）

ロ 外国平均価格が1ヶ国のみ価格に基づき算出されることとなる場合

ハ 外国の薬剤の国別の価格が2ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の5倍を上回る場合（類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が当該最高の価格を除いた外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合を除く。）

○ 別表3 外国平均価格調整の計算方法

（注）第1章30のハの括弧書の場合に該当することによって外国平均価格調整により引上げを行う場合、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いて外国平均価格を算出する。

【改正後】

30 外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格（組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格をいう。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合において、類似薬効比較方式（Ⅰ）、類似薬効比較方式（Ⅱ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の2分の3に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）又は類似薬効比較方式（Ⅰ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含み、次のいずれかに該当する場合を除く。）に、別表3に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品の薬価とする調整方式をいう。

イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

(イ) ~ (ニ) (略)

ロ 外国平均価格が1ヶ国のみ価格に基づき算出されることとなる場合

ハ 外国の薬剤の国別の価格が2ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の5倍を上回る場合（類似薬効比較方式（I）又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が当該最高の価格を除いた外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合を除く。）

ニ 外国の薬剤の国別の価格が3ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額（以下「最高価格除外平均価格」という。）の2倍を上回る場合（類似薬効比較方式（I）又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、当該最高の価格を最高価格除外平均価格の2倍に相当する額とみなして算出した外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合を除く。）

○ 別表3 外国平均価格調整の計算方法

(注1) 第1章30のハの括弧書の場合に該当することによって外国平均価格調整により引上げを行う場合、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いて外国平均価格を算出する。

(注2) 同章30のニの括弧書の場合に該当することによって外国平均価格調整により引上げを行う場合、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格については、それ以外の価格を相加平均した額の2倍に相当する額とみなして、外国平均価格を算出する。

3. その他

《骨子》

(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。

【現行の薬価算定ルール】

《最類似薬の定義》

16 最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項（新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められるときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

《新薬の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第1部 新薬の薬価算定

第1節 類似薬がある新薬の場合

1 新薬が補正加算の対象となる場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬（以下「新薬算定最類似薬」という。）を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

（中略）

2 新薬が補正加算の対象にならない場合

（1）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

（中略）

（2）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

（イ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式（I）によって算定され

る額

(ロ) 組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

(以下略)

【改正後】

《新医療用配合剤の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第3部 新規収載品の薬価算定の特例

6 新医療用配合剤の薬価算定

(1) 特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するもの。ただし、抗HIV薬である新医療用配合剤を除く。

イ 当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品（以下「単剤」という。）があること。

ロ 効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤の効能及び効果の組合せと同様であると認められること。

ハ 当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全ての単剤の投与形態が同一であること。

ニ 内用薬であること。

(2) 新医療用配合剤の特例

① 新医療用配合剤に係る全ての単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハマまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規

格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

(イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

(ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

② 新医療用配合剤に係る単剤の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

(イ) 新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

(ロ) 次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

(い) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がある有効成分について、当該単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額

(ろ) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

(イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

(ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

③ 新医療用配合剤に係る単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

④ 有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ 算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

《骨子》

（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。

【現行の薬価算定ルール】

《新薬の薬価算定》

第2章のとおり

【改正後】

《組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第3部 新規収載品の薬価算定の特例

7 組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬（主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を超える場合には、当該類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

《骨子》

（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。

【現行の薬価算定ルール】

《新規後発品の定義》

10 新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品をいう。

《新規後発品の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第2部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額(共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額)に100分の70を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

ニ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格がない場合は、当該最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格があるものとして、類似薬効比較方式(Ⅰ)により算定される額に100分の70を乗じて得た額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

【改正後】

《新規後発品の定義》

10 新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品(バイオ後続品を含む。)をいう。

《新規後発品の薬価算定》

第2章 新規収載品の薬価算定

第2部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額(共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額)に100分の70を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ バイオ後続品に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、イの規定により算定される額に、当該バイオ後続品の製造販売業者が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100分の10を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

三 規格間調整

イからハマでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量
- (ロ) イからハマでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ホ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格がない場合は、当該最類似薬と同一の有効成分の含有量の規格があるものとして、類似薬効比較方式(Ⅰ)により算定される額に100分の70を乗じて得た額(当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)又はバイオ後続品に係る特例の適用を受ける場合には、適用後の額)を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

市場拡大再算定品目について

第1回薬価算定組織：平成21年12月7日、第2回薬価算定組織：平成21年12月14日

	銘柄名	成分名	会社名	規格単位	現行薬価	対象品・類似品の別	薬効分類		補正加算
							内		
1	アクトス錠15 アクトス錠30	ピオグリタゾン塩酸塩	武田薬品工業(株)	15mg1錠 30mg1錠	98.60円 184.00円	市場拡大再算定対象品	内396	糖尿病用剤 (2型糖尿病用薬)	有 A=5 (=0.025)
2	グリベック錠100mg	イマチニブメシル酸塩	ノバルティス ファーマ(株)	100mg1錠	3,128.50円	市場拡大再算定対象品	内429	その他の腫瘍用薬 (慢性骨髄性白血病等用薬)	有 A=5 (=0.025)
3	タシグナカプセル200mg	ニロチニブ塩酸塩水和物	ノバルティス ファーマ(株)	200mg1カプセル	5,396.70円	市場拡大再算定類似品	内429	その他の腫瘍用薬 (イマチニブ抵抗性の慢性期又は移行期の慢性骨髄性白血病用薬)	無
4	スプリセル錠20mg スプリセル錠50mg	ダサチニブ水和物	ブリistol・マイヤーズ(株)	20mg1錠 50mg1錠	4,565.20円 10,793.30円	市場拡大再算定類似品	内429	その他の腫瘍用薬 (イマチニブ抵抗性の慢性骨髄性白血病等用薬)	無
5	ハーセプチン注射用60 ハーセプチン注射用150	トラスツズマブ(遺伝子組換え)	中外製薬(株)	60mg1瓶 (溶解液、希釈液付) 150mg1瓶 (溶解液、希釈液付)	29,241円 68,385円	市場拡大再算定対象品	注429	その他の腫瘍用薬 (HER2過剰発現が確認された転移性乳癌等用薬)	有 A=5 (=0.025)

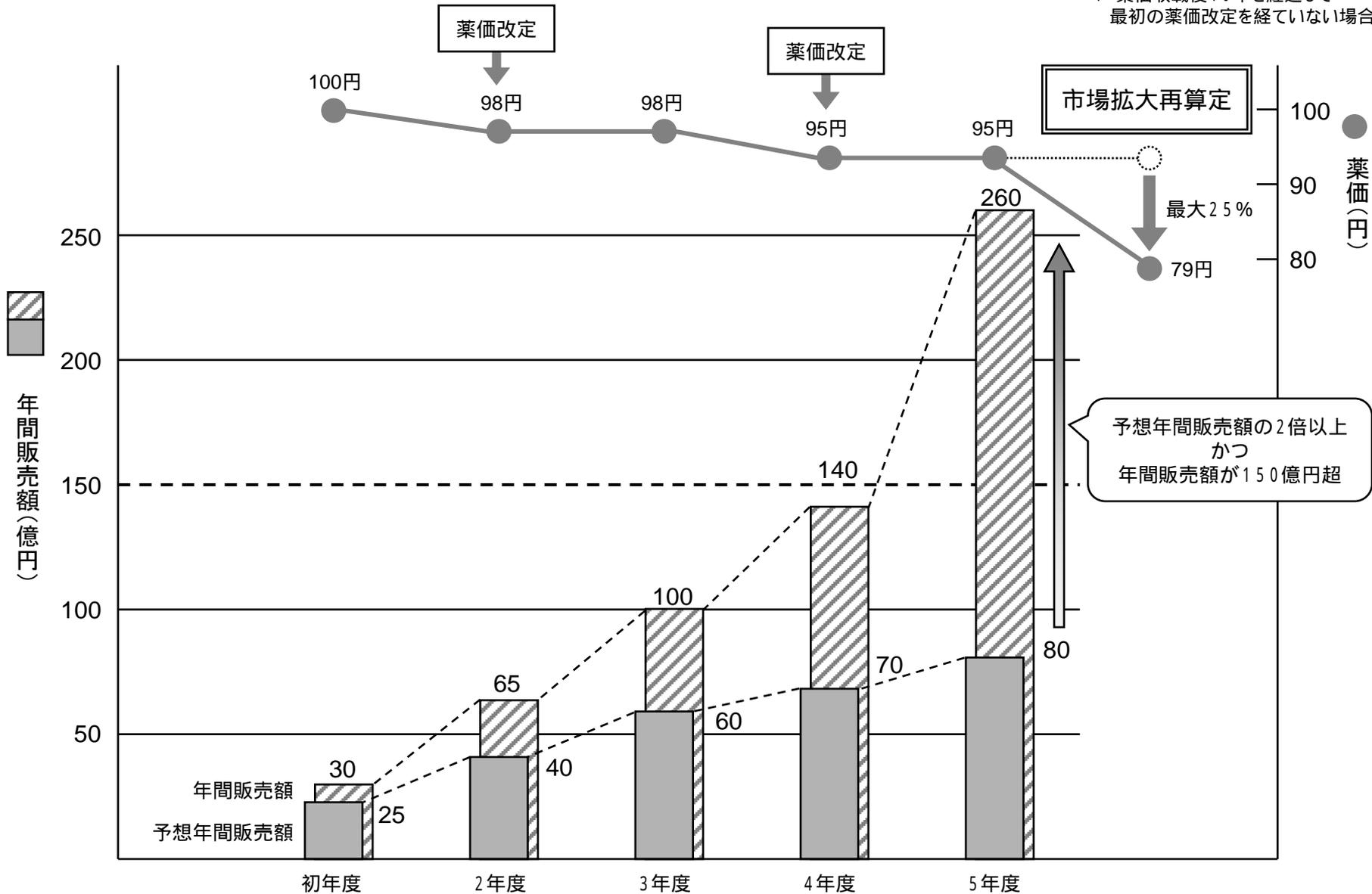
注)A:補正加算率(%), :市場規模に応じた傾斜配分に基づく実際の補正加算率

	成分数	品目数
内用薬	4	6
注射薬	1	2
外用薬	0	0
計	5	8

市場拡大再算定の概念図

(1) 原価計算方式で算定された新薬の場合 (薬価収載後10年以内の場合¹⁾)

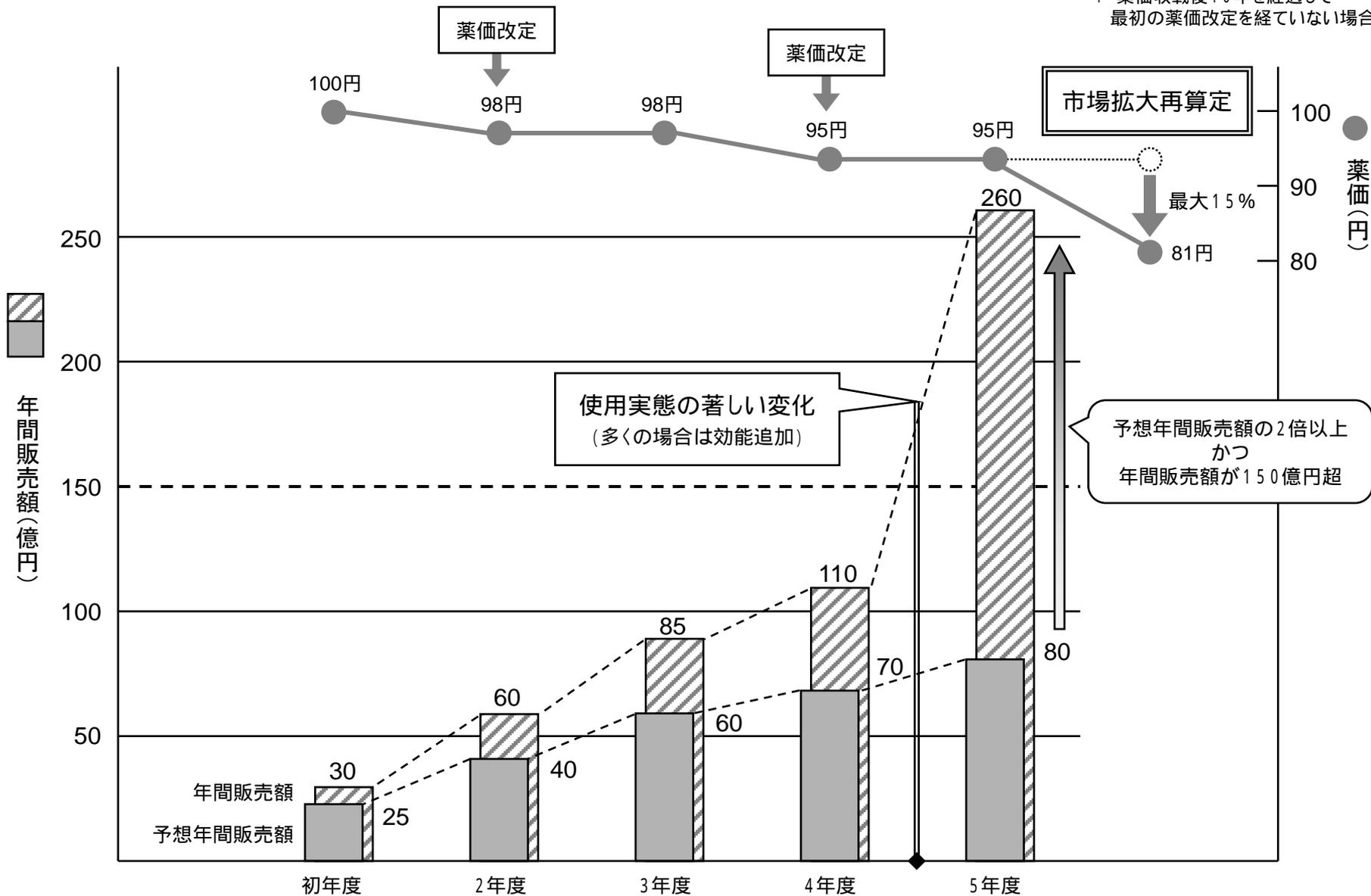
¹ 薬価収載後10年を経過して
最初の薬価改定を経ていない場合



市場拡大再算定の概念図

(2) 類似薬効比較方式で算定された新薬の場合 (薬価収載後10年以内の場合¹⁾)

¹ 薬価収載後10年を経過して
最初の薬価改定を経ていない場合

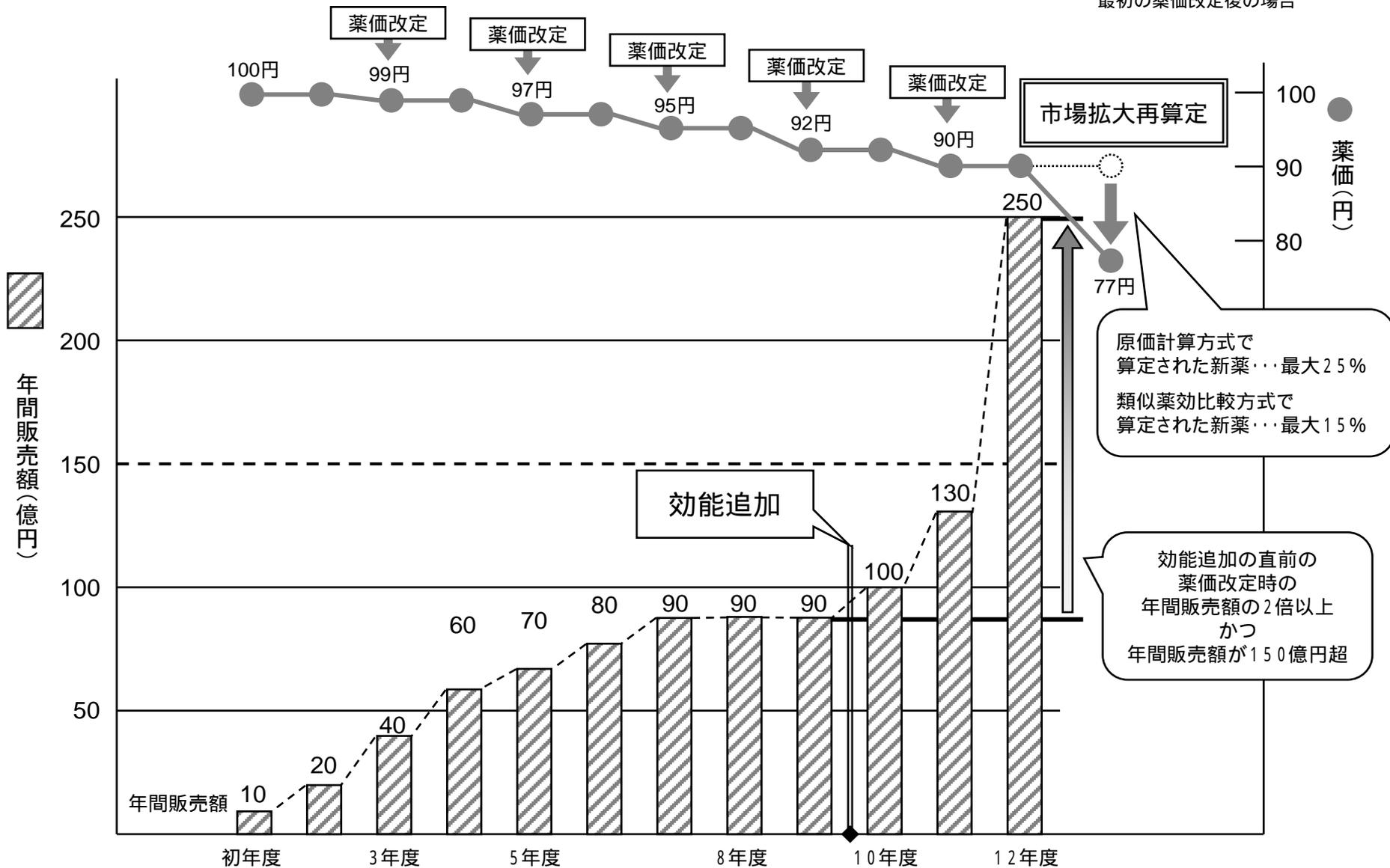


市場拡大再算定の概念図

(3) 効能追加を行った場合で、薬価収載後10年を経過している場合²

(原価計算方式で算定された新薬と、類似薬効比較方式で算定された新薬に共通)

² 薬価収載後10年を経過した後の最初の薬価改定後の場合



市場拡大再算定の要件について

《市場拡大再算定の要件》

以下に示す「市場拡大再算定対象品」又は「市場拡大再算定類似品」について、市場拡大再算定が実施される。

(1) 市場拡大再算定対象品

(次の要件イ～ハの全てに該当する既収載品)

イ 次のいずれかに該当する既収載品

(イ) 薬価収載された際、原価計算方式により薬価算定された既収載品

(ロ) 薬価収載された際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたものであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ 薬価収載の日(効能変更が承認された既収載品については、当該効能変更の承認を受けた日)から10年を経過した後の最初の薬価改定を経ていない既収載品

ハ 既収載品並びに組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬(同一組成既収載品群)の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額が、次に掲げる当該既収載品の薬価収載の日と当該薬価改定との関係の区分に従い、当該各号に規定する基準年間販売額の2倍以上となる既収載品(当該合計額が150億円以下のものを除く。)

(イ) 薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額

(ロ) 効能変更があった場合であって、薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定後の場合

基準年間販売額は、効能変更の承認を受けた日の直前の薬価改定の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額

(2) 市場拡大再算定類似品

(次のいずれかに該当する既収載品)

イ 当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ 市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

<薬理作用類似薬>

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ 同一の効能及び効果を有するものであって、当該効能及び効果に係る薬理作用が類似していること。

ロ 投与形態が同一であること。

市場拡大再算定に係る計算方法

市場拡大再算定対象品、市場拡大再算定類似品の改定後の新薬価は、次の(イ)と(ロ)により算定される額のいずれか低い額とする。

$$(イ) \quad \text{新薬価} = \text{改定前の薬価} \times \left\{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \right\}$$

$$X (\text{市場規模拡大率}) = \frac{\left(\begin{array}{l} \text{市場拡大再算定対象品の同一組成} \\ \text{既収載品群の薬価改定前の薬価を} \\ \text{基に計算した年間販売額の合計額} \end{array} \right)}{(\text{当該同一組成既収載品群の基準年間販売額})}$$

(補正加算率): 市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていると認められる場合の補正加算率。(当該の加算に関しては、次ページを参照)

(注) 上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した医薬品については薬価改定前の薬価の75/100に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した医薬品については薬価改定前の薬価の85/100を下回る場合には、当該額とする。

(ロ) 市場実勢価格加重平均値調整幅方式(市場実勢価格に基づく改定方式)により算定される額

市場拡大再算定における補正加算の適用（引下げ率の緩和）

（１）補正加算の要件

市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていると認められる場合、市場拡大再算定による薬価引下げ率を緩和（加算）する。

なお、加算の適用率（A（％））は、5 A 10の範囲内の値を用いる。

（２）実際に適用される補正加算率（ ）の算式

イ）対象品が内用薬及び外用薬の場合

$$= \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)} \quad (\text{ただし、} 2.5/100 \quad 15/100)$$

ロ）対象品が注射薬の場合

$$= \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)} \quad (\text{ただし、} 2.5/100 \quad 15/100)$$

（注）X：億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品又は当該市場拡大再算定類似品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

の範囲は、 $0.5A/100$ $1.5A/100$

平成22年度実施の保険医療材料制度見直しについて(案)

「平成22年度保険医療材料制度改革の骨子(平成21年12月18日中央社会保険医療協議会了解)」において、次期保険医療材料制度改革に当たって見直しを行うとされた事項等について、次のような内容で改正を行う。

また、こうした改正事項については、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」(現行の材料価格算定ルール)、及び「医療機器の保険適用に関する取扱いについて」(現行の取扱いルール)の改正により明確化する。

I 新規の機能区分(C1, C2)に係る事項

1. 価格調整

《骨子》

現行では「外国価格の相加平均の1.7倍以上の場合に1.7倍の価格」としているが、内外価格差に対する更なる取組が求められていることを踏まえ、価格調整については、「外国価格の相加平均の1.5倍以上の場合1.5倍の価格」とすることとする。【平成22年度実施】

ただし、この比較水準については、我が国の流通実態等を反映しつつ実質的な解消に向けて、引き続き検討することとする。

【現行の取扱いルール】

価格調整とは、外国平均価格(構造、使用目的、医療上の効能及び効果が当該新規収載品と最も類似している外国(アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。)の医療材料の国別の価格(当該国の医療材料に係る価格をいう。)を相加平均した額をいう。以下同じ。)が計算できる場合(三カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。)において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値(補正加算を含む。)が、外国平均価格の1.7倍に相当する額を上回る場合に、別表2に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

別表2

価格調整の計算方法

当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の1.7倍に相当する額を超える場合
次の算式により算定される額
外国価格 × 1.7

【改正後】

価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（三カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の1.5倍に相当する額を上回る場合に、別表2に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

別表2

価格調整の計算方法

当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の1.5倍に相当する額を超える場合
次の算式により算定される額

$$\text{外国価格} \times \underline{1.5}$$

2. 原価計算方式における製品原価の取扱について

《骨子》

原価計算方式において製品原価として移転価格を用いる場合、移転価格の設定根拠等が不明瞭な場合があることから、保険医療材料専門組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることとする。【平成22年度実施】

【現行の取扱いルール】

決定区分C1（新機能）又はC2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器の機能区分設定等に関し、次の事項について保険医療材料専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。

（略）

オ 製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

【改正後】

（略）

オ 製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

3. イノベーションの評価

(1) 改良加算の要件の表現の見直しについて

《骨子》

我が国での新医療機器開発や実用化に対するインセンティブを高めるため、補正加算の要件の一部の表現について、わかりやすい表現に改めることとする。【平成 22 年度実施】

【現行の取扱いルール】

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。）に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。
- ハ 類似機能区分に属する既収載品に比して、低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。
- ニ 小型化、軽量化等により、それまで類似機能区分に属する既収載品で不可能であった、小児等への使用が可能となったことが、客観的に示されていること。

【改正後】

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。）に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。
- ハ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。
- ニ 小型化、軽量化等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。
- ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

(2) 保険収載の迅速化等について

《骨子》

決定区分C2（新機能・新技術）と決定された医療機器について、「保険適用開始月の3月前の末日までに決定されたものに限る」とされているが、早期に患者が有用な医療技術を受けることが出来るよう、事務処理を簡略化すること等により、「保険適用開始月の2月前の末日までに決定されたものに限る」と短縮することとし、併せて、決定区分C1（新機能）と決定された医療機器について、C2と同じ期間とすることとする。【平成22年度実施】

また、決定区分C1及びC2の中医協の決定から保険収載までの期間が同じとなったことを踏まえ、保険収載の時期に併せて保険医療材料専門組織の開催日程等を調整して定期的に運営することとする。【平成22年度実施】

【現行の取扱いルール】

<保険適用時期>

決定区分C1（新機能）と決定された医療機器については、毎年1月、4月、7月及び10月を基準として保険適用する。ただし、保険適用開始月の1月前の末日までに決定区分C1（新機能）と決定されたものに限る。

決定区分C2（新機能・新技術）と決定された医療機器については、毎年1月、4月、7月及び10月を基準として保険適用する。ただし、保険適用開始月の3月前の末日までに決定区分C2（新機能・新技術）と決定されたものに限る。

【改正後】

決定区分C1（新機能）及びC2（新機能・新技術）と決定された医療機器については、1月、4月、7月及び10月を基準として保険適用する。ただし、保険適用開始月の2月前の末日までに決定区分C1（新機能）及びC2（新機能・新技術）と決定されたものに限る。

II 既存の機能区分に係る事項

1. 基準材料価格改定

《骨子》

ダイアライザーについては、他の特定保険医療材料よりも大きな一定幅が設定されているが（ダイアライザー7.5%、他の保険医療材料4%）、他の製品と比較して大きな一定幅を付与する特段の理由がないことから、より適正なものとなるよう縮小を行うこととする（ダイアライザー4%）。【平成22年度実施】

【現行の取扱いルール】

平成20年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の4/100に相当する額とする。ただし、ダイアライザーに係る機能区分における平成20年度の基準材料価格の一定幅は、改定前の基準材料価格の7.5/100に相当する額とする。

【改正後】

平成22年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の4/100に相当する額とする。

2. 再算定

(1) 再算定の対象

《骨子》

次回改定では、外国における国別価格の相加平均値の1.5倍以上である場合に再算定を行い、再算定後の額は、価格改定前の材料価格の75/100を下限とすることとする。【平成22年度実施】

ただし、この比較水準については、我が国の流通実態等を反映しつつ実質的な解消に向けて、引き続き検討することとする。

【現行の取扱いルール】

当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）における国別の価格が計算できる場合（三カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格」という。）の1.7倍以上である場合、又は次の要件のいずれもが満たされる場合については、別表4に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

【改正後】

当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）における国別の価格が計算できる場合（三カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格」という。）の1.5倍以上である場合、別表4に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

3. 既存の機能区分の見直しについて

《骨子》

- ア 機能区分については、臨床上的利用実態等を踏まえ、該当製品の存在しない機能区分について、経過措置をおくなどして、順次削除することとする。また、供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しには一定の配慮をするなど、より適切なものとなるよう実施することとする。【平成 22 年度実施】
- イ 価格や機能に差がなくなっている複数の機能区分については、機能区分の合理化を検討することとする。【平成 22 年度実施】
- ウ 一つの製品が複数の異なった機能区分に属しているため、異なった価格で償還されている製品については、機能区分を見直すこととする。【平成 22 年度実施】
これらの機能区分の見直しに当たっては、安全性に配慮して実施することとする。

Ⅲ 医療機器の安定供給に係る事項

1. 保険適用の取り下げに係るルールの明確化

《骨子》

医療材料の安定供給が維持できない等の理由により、保険適用の取り下げ等があった場合については、一定の猶予期間を設定し、保険から削除する等の措置を講ずることとする。【平成 22 年度実施】

【現行の取扱いルール】

当該医療機器が、市場の相当を占めているにも拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。

【改正後】

当該医療機器が、市場の相当を占めているにも拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。

報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

2. 供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料の手続きの明確化

《骨子》

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料については、平成20年度制度改定において、その価格を上げることができるよう措置を講じたところであり、当該措置の適用となる基準を以下のとおり定めることとする。【平成22年度実施】

【現行の取扱いルール】

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

【改正後】

別途基準を策定。

I 供給が著しく困難で十分償還されていない医療材料の償還価格の見直しの基準

(i) 対象区分選定の規準

ア 代替するものがない特定保険医療材料であること

イ 保険医療上の必要性が特に高いこと

（関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等）

ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと

（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。）

(ii) 算定方法

原価計算方式により算定

IV 歯科用貴金属材料の基準価格の随時改定に係る事項

《骨子》

歯科用貴金属については、6ヶ月毎にその価格の変動幅が10%を超えた場合に材料価格基準の見直しを行うこととなっているが、医療現場や患者に混乱を招かないよう価格改定の頻度を6ヶ月毎とし、その変動幅が5%を超えた場合に行うこととする。

【平成22年度実施】

【現行の取扱いルール】

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して6ヶ月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表6に定める算式により算定される額に改定する。

（別表6に定める算式）

2 随時改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に係} \\ \text{る随時改定時前の} \\ \text{基準材料価格} \end{array} \right) + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

$$\text{補正幅} = X - Y$$

X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格

Y = 当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

（注）上記の算式により算定される額が次の条件に該当する場合には、基準材料価格を改定しない。

$$0.9 \leq \frac{\text{2により算定される額}}{\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}} \leq 1.1$$

【改正後】

（注）上記の算式により算定される額が次の条件に該当する場合には、基準材料価格を改定しない。

$$0.95 \leq \frac{\text{2により算定される額}}{\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}} \leq 1.05$$

平成22年度特定保険医療材料に係る機能区分の見直し(案)

1 見直しの趣旨

現行の機能区分については、臨床上的利用実態を踏まえる等の観点から、必要に応じ見直しを行うこととしているが、次の観点から見直す区分を選定し実施する。

- (1) 機能区分の細分化に関するもの
- (2) 機能区分の合理化に関するもの
- (3) 機能区分の新規評価に関するもの
- (4) 機能区分の簡素化に関するもの

2 見直しの概要

14分類について見直しを行う（うち2分類は重複）

- | | |
|--------------------|----------|
| (1) の観点から見直しを行った分類 | 4分類（重複1） |
| (2) の観点から見直しを行った分類 | 4分類 |
| (3) の観点から見直しを行った分類 | 3分類 |
| (4) の観点から見直しを行った分類 | 3分類（重複1） |

【参考】 平成20年度における機能区分の見直し

24分類について見直しを行った

- | | |
|---------------------|------|
| (1) 機能区分の細分化に関するもの | 8分類 |
| (2) 機能区分の合理化に関するもの | 2分類 |
| (3) 機能区分の新規評価に関するもの | 2分類 |
| (4) 機能区分の簡素化に関するもの | 12分類 |

特定保険医療材料機能区分の見直し等（案）

1 機能区分の細分化に関するもの

【細分化①】

現在の機能区分	新機能区分（案）
医科009 血管造影用カテーテル （1）一般用 （2）バルーン型（Ⅰ） （3）バルーン型（Ⅱ） （4）心臓マルチパーパス型	医科009 血管造影用カテーテル （1）一般用 （2）バルーン型（Ⅰ） （3）バルーン型（Ⅱ） （4）心臓マルチパーパス型 <u>（5）サイジング機能付加型</u>

<見直し理由>

ステントグラフト等を留置する際、透視下において動脈瘤等の大きさを計測する必要がある場合には、エックス線不透過のマーカを有する血管造影用カテーテルが用いられる。また、価格差もあることから区別するために細分化するもの。

【細分化②】

現行の機能区分	新機能区分（案）
<p>医科021 中心静脈用カテーテル 歯科002 中心静脈用カテーテル</p> <p>(1) 標準型</p> <p>① シングルルーメン <u>ア スルーザカニューラ型)</u> <u>イ セルジンガー型</u></p> <p>② マルチルーメン <u>ア スルーザカニューラ型</u> <u>イ セルジンガー型</u></p> <p>(2) 抗血栓性型 (3) 極細型 (4) カフ付き (5) 酸素飽和度測定機能付き</p>	<p>医科021 中心静脈用カテーテル 歯科002 中心静脈用カテーテル</p> <p>(1) 標準型</p> <p>① シングルルーメン <u>ア スルーザカニューラ型)</u> <u>イ セルジンガー型</u></p> <p>② マルチルーメン <u>ア スルーザカニューラ型</u> <u>イ セルジンガー型</u></p> <p>(2) 抗血栓性型 (3) 極細型 (4) カフ付き (5) 酸素飽和度測定機能付き <u>(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き</u></p>

<見直し理由>

末梢留置型中心静脈カテーテルは、鎖骨下静脈や内頸静脈から挿入する従来からの中心静脈カテーテルに比べ、末梢静脈から挿入でき挿入時に高い安全性を有しており、また留置時の感染症発生率が低い。大きな価格差があるため区別して評価する。

当該区分は医科点数表及び歯科点数表のいずれにも掲載されているため同時に見直す。

【細分化③】

現行の機能区分	新機能区分案
<p>医科057 人工股関節用材料</p> <p>(1) 骨盤側材料</p> <p>① 臼蓋形成用カップ (I)</p> <p>② 臼蓋形成用カップ (II)</p> <p>③ ライナー</p>	<p>医科057 人工股関節用材料</p> <p>(1) 骨盤側材料</p> <p>① 臼蓋形成用カップ (I)</p> <p>② 臼蓋形成用カップ (II)</p> <p>③ <u>ライナー一体型 (II)</u></p> <p>④ ライナー</p>

<見直し理由>

人工股関節の臼蓋側は「臼蓋形成用カップ」と「ライナー」とを組み合わせで使用するのが標準的である。現在、これらを組み合わせた製品が発売されており、現行では二区分の合計金額を請求してよいこととなっている。しかし、この中には金属だけでできている一体型の製品とポリエチレンだけでできている一体型の製品が混在し、これらにおいては、その耐久性および性能に相違があると考えられ、それぞれの材料が適切に評価されるよう機能区分を見直す。

(II) とは間接固定（骨への固定に骨セメントを用いる必要がある）であることを示しており、ポリエチレンだけでできている一体型の製品は間接固定の区分に属している。金属だけでできている一体型の製品（すなわち直接固定の製品）については、材料専門組織の議論において、現行通りの評価でよいとの結論に至ったため区分の見直しはない。

2 機能区分の合理化に関するもの

【合理化①】

現行の機能区分	新機能区分案
医科042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル (2) ダブルルーメン以上 ① 一般型 ② 特殊型 ③ カフ型	医科042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル (2) ダブルルーメン以上 ① 一般型 ② 削除 (上へ統合) ③ カフ型

<見直し理由>

へパリンコーティングされている特殊型が普及してきている実態を踏まえ、機能区分を見直す。

【合理化②】

現行の機能区分	新機能区分案
<p>医科058 人工膝関節用材料</p> <p>(3) 膝蓋骨材料</p> <p>① <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅰ）</u></p> <p>② <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅱ）</u></p> <p>③ <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅲ）</u></p> <p>④ <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅳ）</u></p>	<p>医科058 人工膝関節用材料</p> <p>(3) 膝蓋骨材料</p> <p>① <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅰ）</u></p> <p>② <u>削除（上へ統合）</u></p> <p>③ <u>膝蓋骨置換用材料（Ⅲ）</u></p> <p>④ <u>削除（上へ統合）</u></p>

<見直し理由>

膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料については直接固定（骨への固定に骨セメントを用いる必要がない）と間接固定（骨への固定に骨セメントを用いる必要がある）とに分ける臨床上の意義に乏しいと考えられる為、機能区分を見直すもの。

（補足）

（Ⅰ）（Ⅱ）は従前より存在していた機能区分。

（Ⅲ）（Ⅳ）は平成21年12月18日中医協総会で承認された「ブレンドE（ナカシマメディカル株式会社）」において新設された区分。

（Ⅰ）（Ⅲ）が直接固定で、（Ⅱ）（Ⅳ）が間接固定となっている。

【合理化③】

現行の機能区分	新機能区分案
<p>医科 1 1 2 ペースメーカー</p> <p>(1) シングルチャンバ (I 型) (991,000 円)</p> <p>(2) シングルチャンバ (II 型) (1,030,000 円)</p> <p>(3) デュアルチャンバ (I 型) (1,040,000 円)</p> <p>(4) デュアルチャンバ (II 型) (1,050,000 円)</p> <p>(5) デュアルチャンバ (III 型)</p> <p>(6) デュアルチャンバ (IV 型)</p> <p>(7) トリプルチャンバ</p>	<p>医科 1 1 2 ペースメーカー</p> <p>(1) シングルチャンバ</p> <p>(2) 削除 (上へ統合)</p> <p>(3) デュアルチャンバ (I 型・II 型)</p> <p>(4) 削除 (上へ統合)</p> <p>(5) デュアルチャンバ (III 型)</p> <p>(6) デュアルチャンバ (IV 型)</p> <p>(7) トリプルチャンバ</p>

<見直し理由>

上記の 4 区分については流通量も少なく、I 型及び II 型の差異に臨床的意義がなくなってきたと考えられるため、機能区分を見直すもの。

【合理化④】

現行の機能区分	新機能区分案
<p>歯科 0 2 3 歯周組織再生材料</p> <p>(1) 吸収型</p> <p>(2) 非吸収型</p>	<p>歯科 0 2 3 歯周組織再生材料</p> <p>(統合)</p>

<見直し理由>

吸収型と非吸収型の区別があるが、その使用状況から機能区分を分ける必要性に乏しいことから統合するもの。

3 機能区分の新規評価に関するもの

【新規評価】

現在の機能区分	新設機能区分（案）
(なし)	<p><u>医科在宅007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプセット</u></p> <p><u>医科在宅008 皮膚欠損用創傷被覆材</u></p> <p><u>(1) 真皮に至る創傷用</u></p> <p><u>(2) 皮下組織に至る創傷用</u></p> <p><u>① 標準型</u></p> <p><u>② 異形型</u></p> <p><u>(3) 筋・骨に至る創傷用</u></p> <p><u>医科在宅009 非固着性シリコンガーゼ</u></p> <p><u>(1) 広範囲熱傷用</u></p> <p><u>(2) 平坦部位用</u></p> <p><u>(3) 凹凸部位用</u></p>

<新設理由>

在宅医療における使用要望があり、現在では医科点数表の他の区分で規定されている特定保険医療材料を在宅医療においても使用できるよう区分を新設する。

4 機能区分の簡素化に関するもの

【簡素化】

現行の機能区分	新機能区分案
医科050 遠心分離式白血球除去用材料	(廃止)
医科091 鼻中隔プロテーゼ	(廃止)
歯科009 鼻中隔プロテーゼ	(廃止)

<見直し理由>

企業より供給停止している旨報告があったため、区分を廃止するもの。

再算定対象機能区分（案）について

平成20年度

再算定の要件への該当性を検証した機能区分	150区分
再算定対象となった機能区分	14区分
引き下げ率 25%のもの	3区分
引き下げ率 20～25%のもの	3区分
引き下げ率 15～20%のもの	1区分
引き下げ率 10～15%のもの	2区分
引き下げ率 5～10%のもの	3区分
引き下げ率 0～5%のもの	2区分

平成22年度

再算定の要件への該当性を検証した機能区分	181区分
再算定対象となった機能区分（案）	17区分
引き下げ率 25%のもの	1区分
引き下げ率 20～25%のもの	1区分
引き下げ率 15～20%のもの	3区分
引き下げ率 10～15%のもの	3区分
引き下げ率 5～10%のもの	5区分
引き下げ率 0～5%のもの	4区分

再算定対象機能区分（案）

機 能 区 分	
1	061 固定用内副子(プレート)(9)その他のプレート ① 標準 エ頭蓋骨閉鎖用 ii クランプ型
2	062 大腿骨外側固定用内副子(1)つばなしプレート(生体用合金 I)
3	062 大腿骨外側固定用内副子(3)つばつきプレート(生体用合金 I)
4	062 大腿骨外側固定用内副子(5)ラグスクリュー(生体用合金 I)
5	070 下肢再建用人工関節用材料 (6)再建用脛骨表面置換用材料
6	073 髓内釘 (1) 髓内釘 ②横止め型
7	073 髓内釘 (2) 横止めスクリュー ①標準型
8	073 髓内釘 (2) 横止めスクリュー ②大腿骨頸部型
9	075 固定用金属線(1)金属線 ②ケーブル
10	120 生体弁(1)異種大動脈弁
11	121 弁付きグラフト(生体弁)
12	127 人工心肺回路(6)個別機能品 ⑦血液学的パラメーター測定用セル
13	133 血管内手術用カテーテル (1)経皮的脳血管形成術用カテーテル ①先端閉鎖型
14	134 人工血管 (1) 永久留置型 ①大血管用 ア 分岐なし
15	134 人工血管 (1) 永久留置型 ①大血管用 ウ 2分岐以上
16	134 人工血管 (1) 永久留置型 ①大血管用 エ 腹大動脈分岐用
17	136 胆道結石除去用カテーテルセット (2) 経内視鏡バルーンカテーテル ③十二指腸乳頭拡張機能付き

D P Cにおける新たな機能評価係数の導入に関する 対応について

平成２２年度診療報酬改定までに策定すべき事項

1. 評価手法の確定

- ・〔項目５〕「救急医療（仮称）」に係る評価手法
- ・〔項目６〕「地域医療（仮称）」に係る評価手法
- ・〔項目１〕「正確なデータ提出（仮称）」の算出方法
- ・各項目の更新頻度

2. 導入する新機能評価係数・設定方法の確定

- ・現行の調整係数のうち、どの程度の割合を新たな機能評価係数に置き換えるか
- ・最終的な評価項目と各項目の重みづけ
- ・各項目の名称

第１ 評価手法の最終案

1. 〔項目５〕救急医療に係る評価（総－５－３）P 2

- 緊急入院において、初期治療及び確定診断を行うために要する費用に相当する係数を医療機関毎に設定。
- 具体的には緊急入院患者と全入院患者の入院２日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関毎に診断群分類及び救急患者の数に応じて評価。

2. 〔項目６〕地域医療に係る評価（総－５－３）P 3

- 地域医療の向上に資するような各病院の取組みを評価。
- 具体的には、地域住民の健康保持や医療確保のために求められる事業や体制構築に貢献するという観点から、都道府県が地域医療計画において定める４疾病（がん、高血圧、糖尿病、脳卒中）５事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）に係る対策の推進に一定の役割を担っている病院を評価。

- 平成22年度診療報酬改定では、現時点で実施されている関係事業や対策等の現状を踏まえ、以下のような視点から各項目1ポイントの総ポイント数（0～5ポイント）で各病院の貢献を総合的に評価する。

- ・「がん」について、地域がん登録への参画の有無。
- ・「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター。
- ・「災害時における医療」について、DMAT（災害派遣医療チーム）の指定の有無。
- ・「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定の有無。
- ・「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無。

※評価事項や評価方法のあり方については平成22年度診療報酬改定後も引き続き検討する。

3. その他の具体的な設定方法

- (1) [項目1] 正確なデータ提出の取扱
「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。
- (2) [項目2～4] の指標から係数を設定する際には、各指標の平均±2SDを上限、下限とする。

4. 更新頻度及び施行時期

- (1) [項目1] 「正確なデータ提出」のうち、データの遅滞についてはその翌々月に反映。
「部位不明、詳細不明のコード使用割合が40%以上」については過去1年間のデータを反映。
- (2) [項目2～6] については過去1年間の実績等に基づき1年毎に設定（但し、平成22年度については、届け出や集計等に要する事務処理期間を踏まえて、実施時期を調整）。

- (3) [項目1]「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」の取扱いについては、今後、集計の対象となるICD10コードを明示し、医療機関に対して周知を図る予定であることから、「部位不明・詳細不明のコード使用割合」については平成23年度から評価対象とする。

第2 新たな機能評価係数・設定方法の確定

これまで検討した各項目の評価手法（案）、データ及び診断群分類等の取扱い（※）に基づき、試算した結果（シミュレーション）を踏まえ、最終的な設定方法を検討する。

※ 平成20年度、21年度の全DPC対象病院暫定版データ及び暫定版診断群分類を使用。なお、最終的な診療報酬改定では更に精査した確定版を使用する。

1. シミュレーションの条件

(1) 割り当てる配分総額

現行の調整係数による“上積み相当部分”のうち、一定の割合を新たな機能評価係数に置き換える。シミュレーションでは、15、25、35%で推計。

(2) 各項目の取扱い（重み付け等）

○ [項目5] 救急医療については、充当する配分総額を算出し、評価配分する。

○ [項目5] を差し引いた残りの配分総額について、[項目5] 以外の項目で配分。シミュレーションでは、各項目を等分に配分。また、[項目6] については現時点での集計に基づき暫定値で算出。

2. シミュレーションの結果

現行の調整係数による“上積み相当部分”のうち、15%、25%、35%を置き換える3つのパターンについて、以下の2つのケースを試算。

① 導入が確定している4つの項目（データ提出、効率性、複

雑性、カバー率)のみを評価に用いた「新機能評価係数+暫定調整係数」と「現行調整係数」との比較(総-5-4)。

- ② 導入が確定している4項目に導入が検討されている2項目の合計を合わせた6項目を評価に用いた「新機能評価係数+暫定調整係数」と「現行調整係数」の変動(総-5-5)。

3. 論点

シミュレーション結果を踏まえ、以下について最終的にどのように考えるか。

- (1) 現行の調整係数のうち、新たな機能評価係数に置き換える割合(シミュレーションでは15%、25%、35%)。
- (2) 評価項目の決定(4~6項目)及びその名称
- (3) 各項目の重み付け
※〔項目5〕救急医療は除く。

新たな機能評価係数の設定(案)

< 導入が決定している項目 >

	名称(案)	考え方	設定方法
1	データ提出指数 データ提供指数 提出データの質指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	〔指数〕 「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。 「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については当該評価を5%・1年の間、減じる。 非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	効率性指数 相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	〔指数〕 = 〔全DPC対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3	複雑性指数 患者構成指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院あたり包括点数の相対値により評価	〔指数〕 = 〔当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4	カバー率指数 総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	〔指数〕 = 〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 / 〔全診断群分類数〕 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。

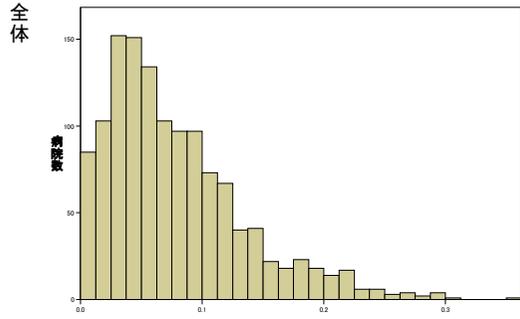
< 導入の可否が検討されている項目 >

	名称(案)	考え方	設定方法
5	救急医療指数 救急初期対応指数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	<p>[指数] = 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関毎に診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p> <p>具体的には: [指数] = $\sum \{ \text{診断群分類毎の緊急入院と全入院での初期治療の費用の差額} \times (\text{診断群分類毎の当該医療機関の救急患者数} / \text{診断群分類毎の全DPC対象病院の救急患者数}) \}$</p>
6	地域医療指数 地域貢献指数	地域医療の向上に資するような各病院の取組みを評価	<p>[指数] = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0～5ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「がん」について、地域がん登録への参画の有無。 ・「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター。 ・「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無。 ・「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定の有無。 ・「周産期医療」については、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無。

各評価指標の分布状況

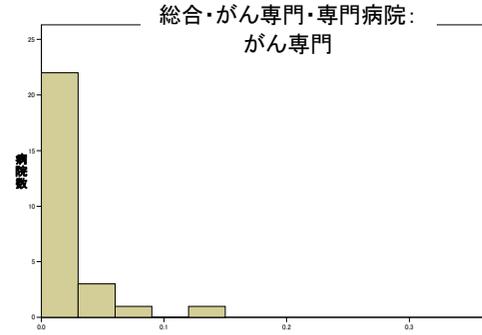
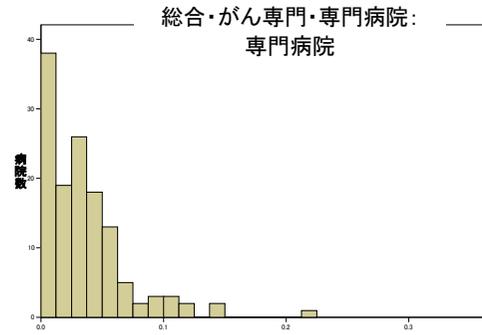
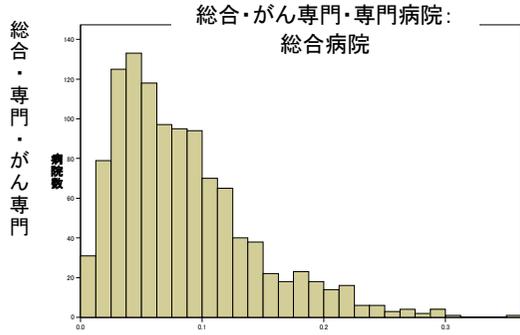
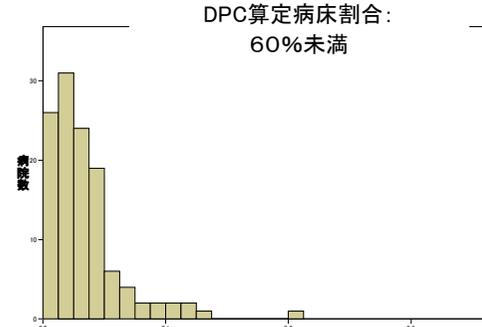
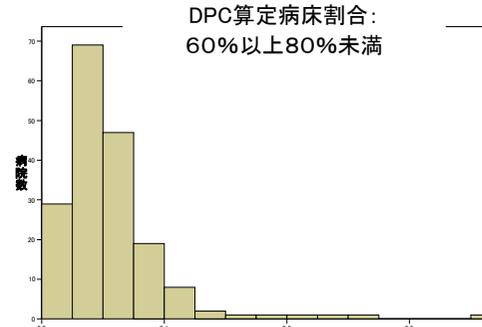
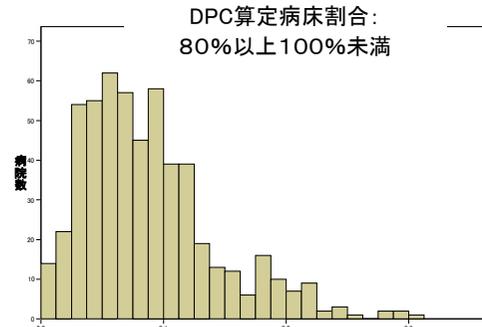
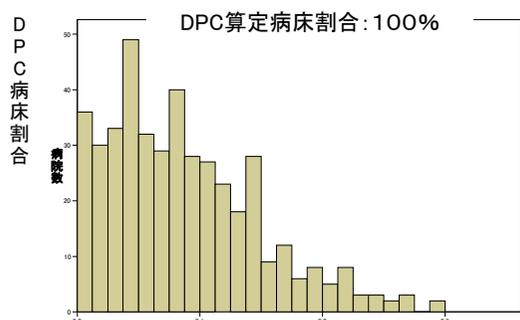
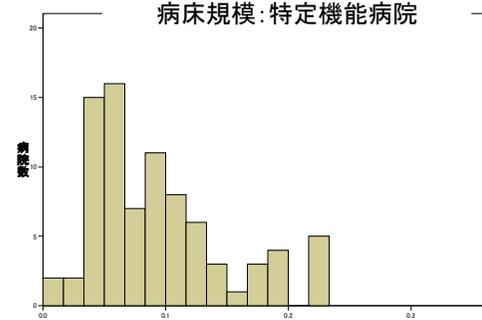
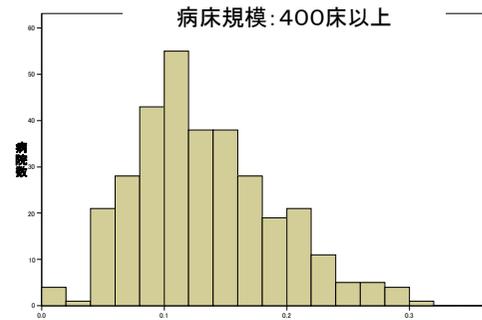
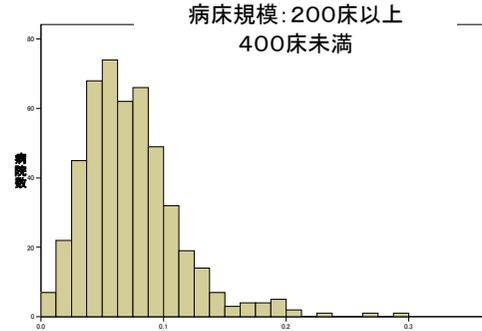
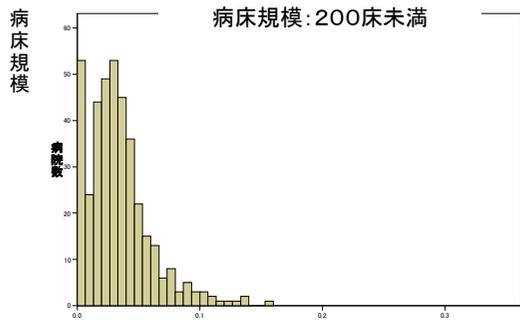
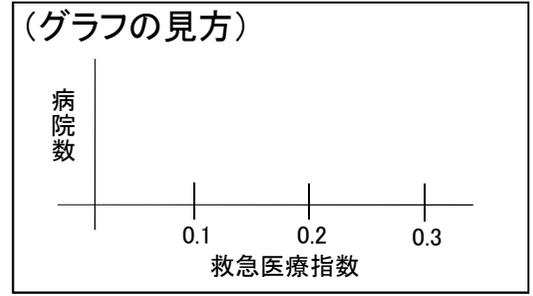
- ・ 病床規模は、DPC対象病床数により分類
- ・ DPC算定病床割合は、DPC対象病床を全医療保険対象病床で除した値により分類
- ・ 総合／専門病院／がん専門病院は、以下により分類
 - がん専門病院: 全入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
 - 専門病院: がん専門病院以外の病院で、全入院患者に占める特定のMDCの患者の割合が40%以上の病院
 - 総合病院: それ以外の病院

[項目5]救急医療の入院初期診療に係る評価

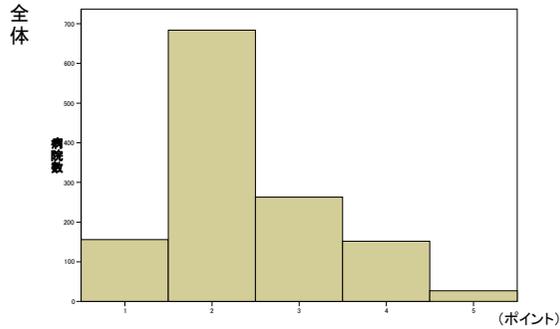


○設定方法〔指数〕
 = 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関毎に
 診断群分類及び救急患者の数に応じて評価

具体的には:
 〔指数〕
 = $\frac{\sum \{ \text{診断群分類毎の緊急入院と全入院での初期治療の費用の差額} \times (\text{診断群分類毎の当該医療機関の救急患者数} / \text{診断群分類毎の全DPC対象病院の救急患者数}) \}}{\text{当該医療機関の救急患者数}}$

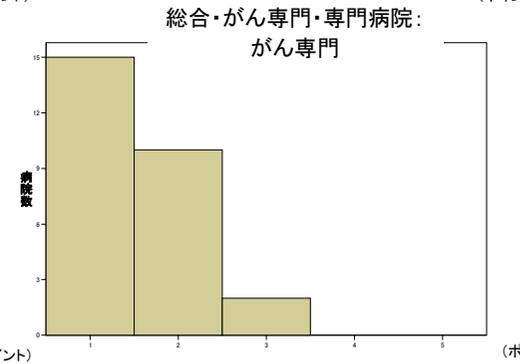
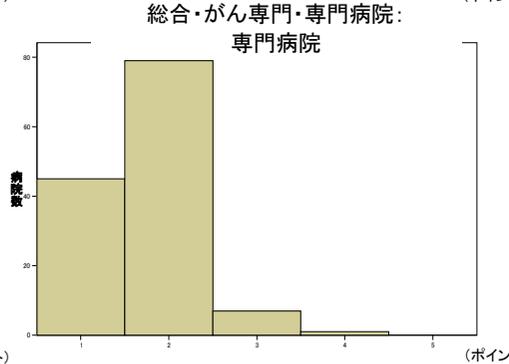
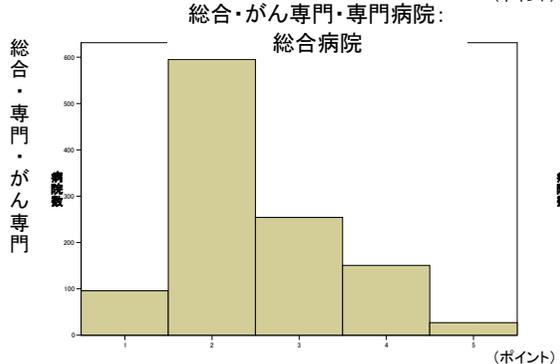
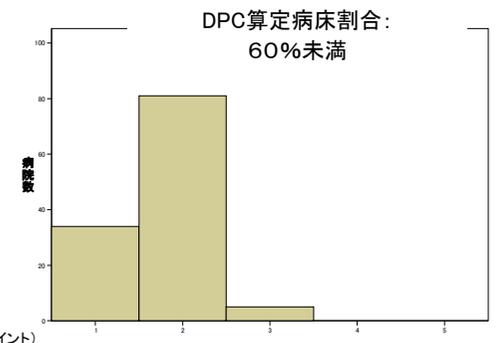
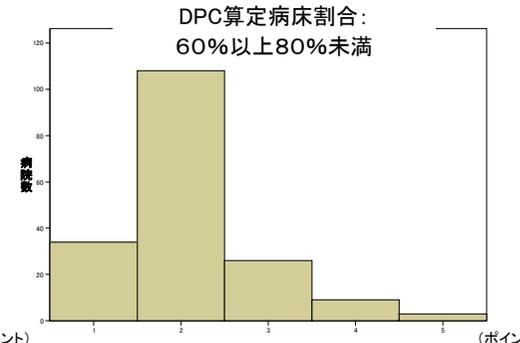
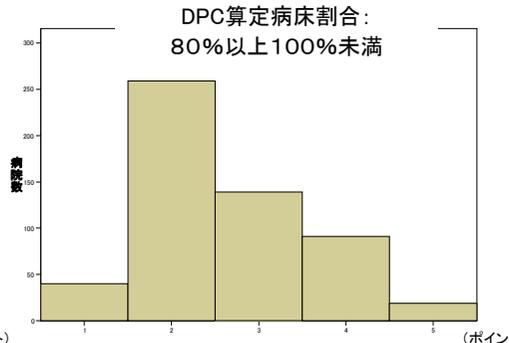
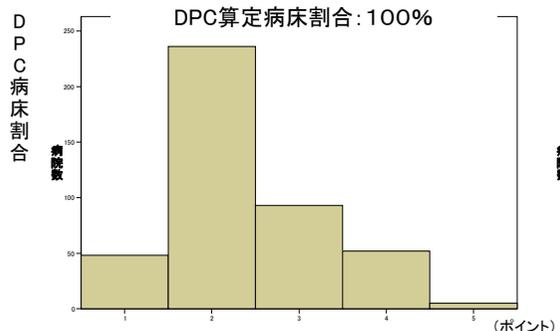
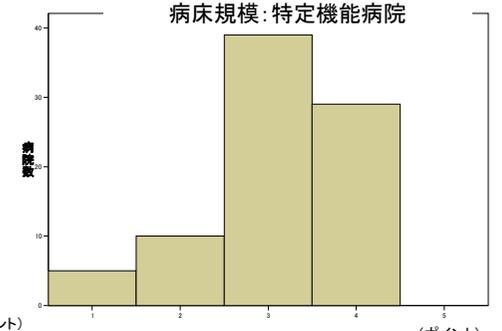
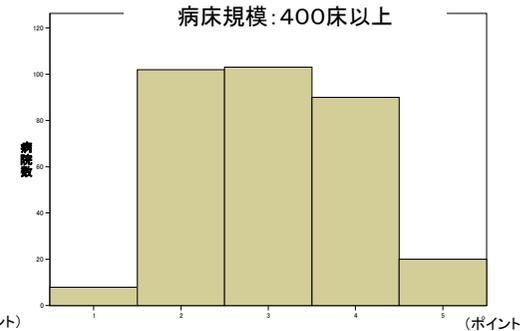
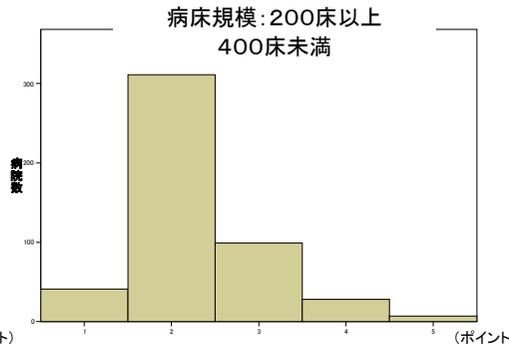
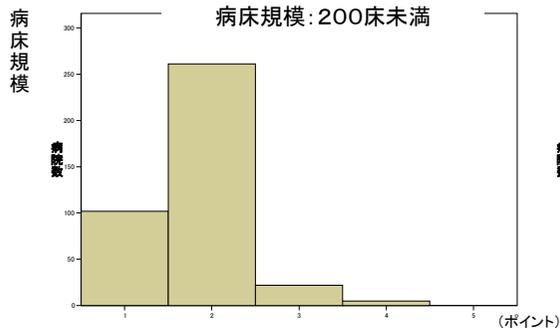
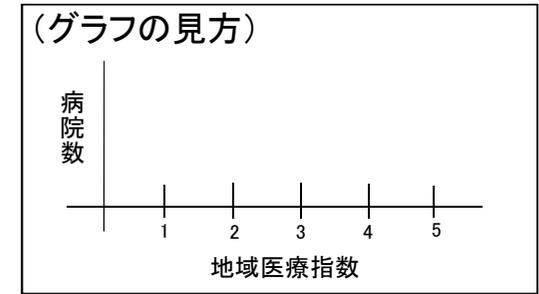


[項目6]地域医療に係る評価 5項目(「救急医療」「周産期医療」「へき地の医療」「災害時における医療」「がん」)



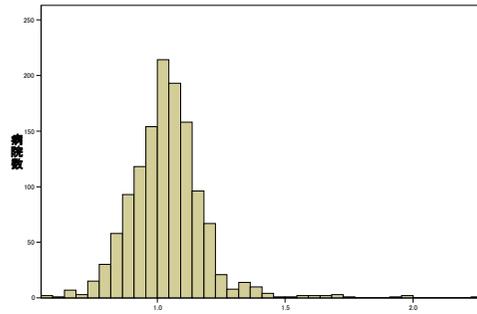
○設定方法
 [指数]
 =以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~5ポイント)

- ・「がん」について、地域がん登録への参画の有無。
 - ・「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター。
 - ・「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無。
 - ・「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定の有無。
 - ・「周産期医療」については、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無。
- ※がんについては、地域がん登録に参画している医療機関の把握が出来なかったため、全ての医療機関に1ポイントを付与している。



〔項目2〕効率化に対する評価

全体



○設定方法
〔指数〕

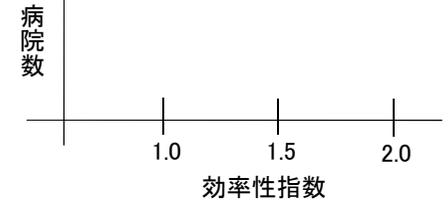
= 〔全DPC対象病院の平均在院日数〕

／ 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕

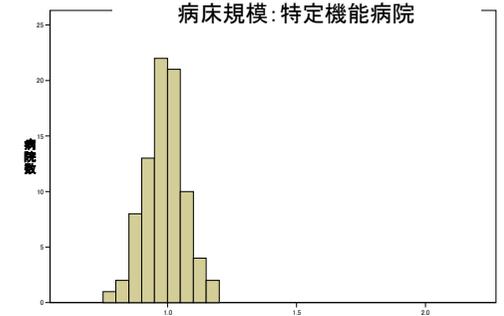
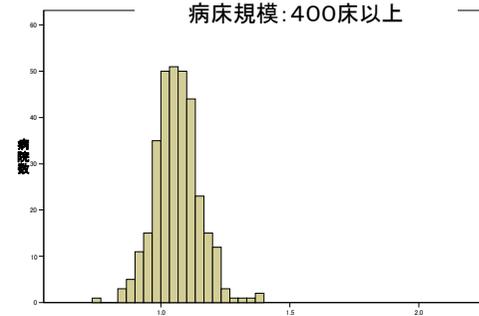
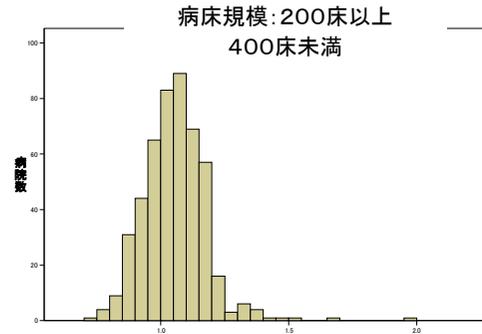
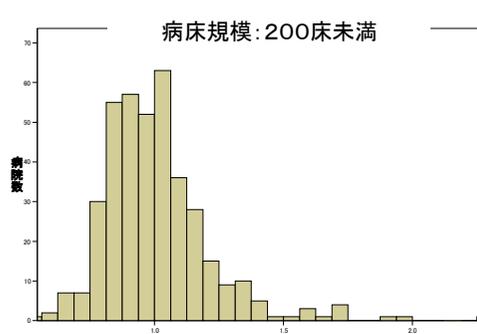
※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

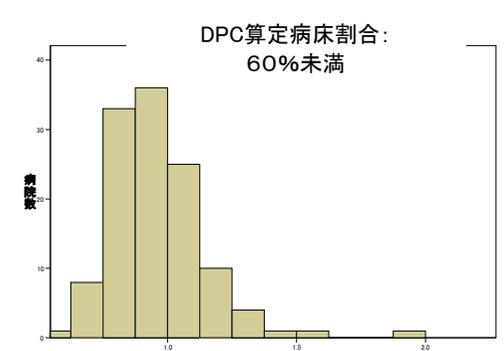
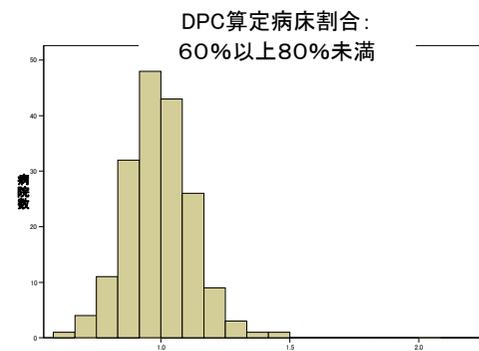
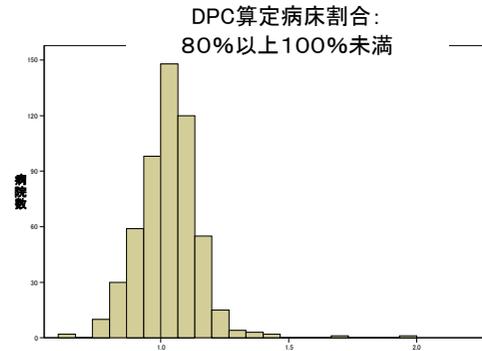
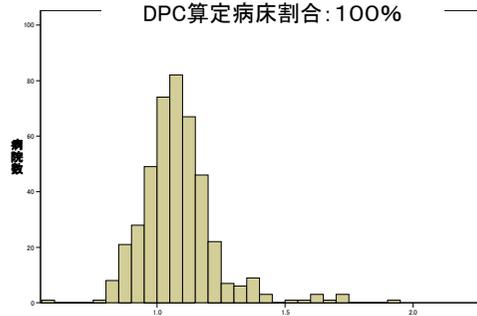
（グラフの見方）



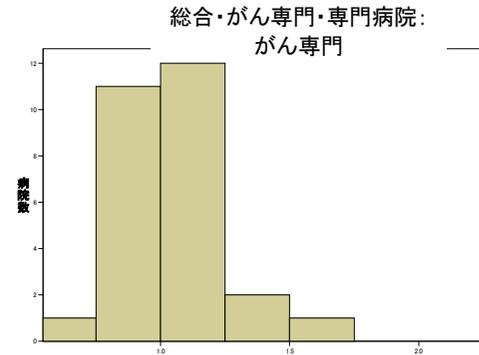
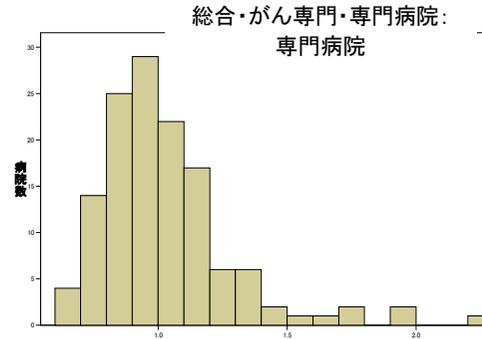
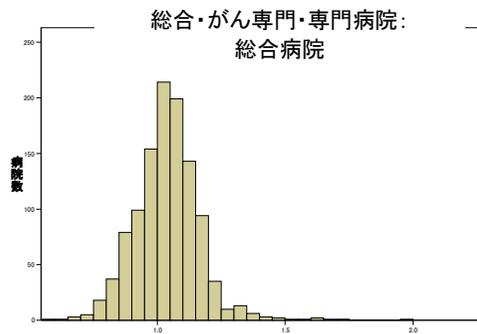
病床規模



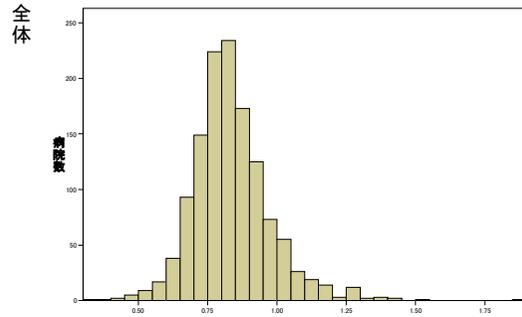
DPC病床割合



総合・専門・がん専門



[項目3]複雑性に関する評価



○設定方法

〔指数〕

= 〔当該医療機関の包括点数（一入院あたり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数〕

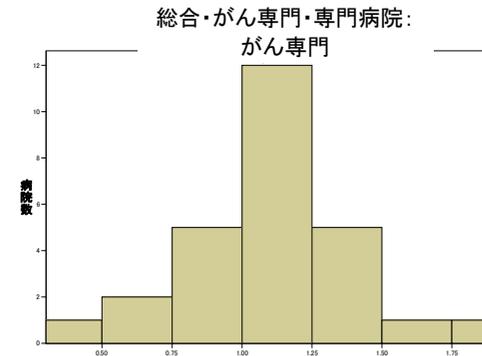
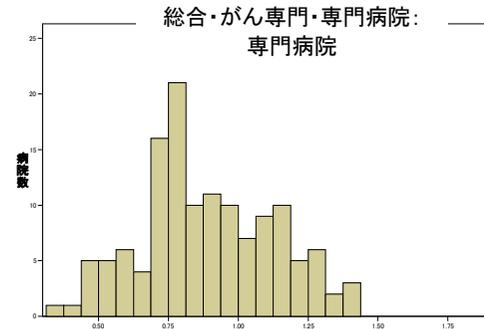
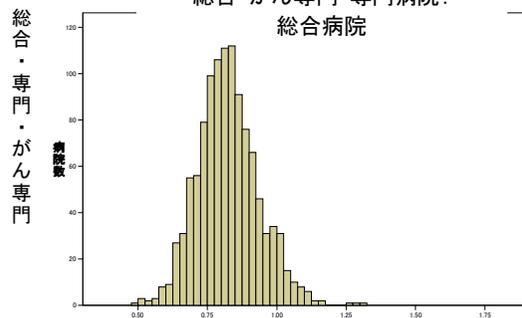
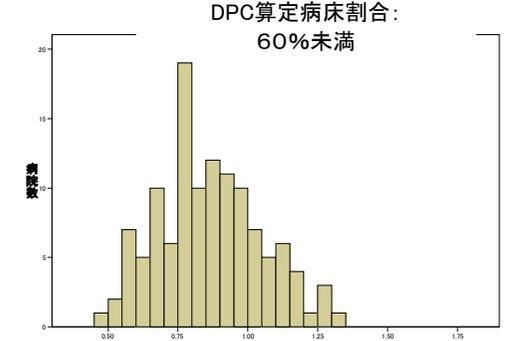
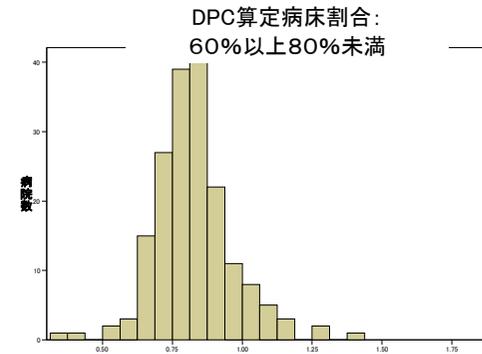
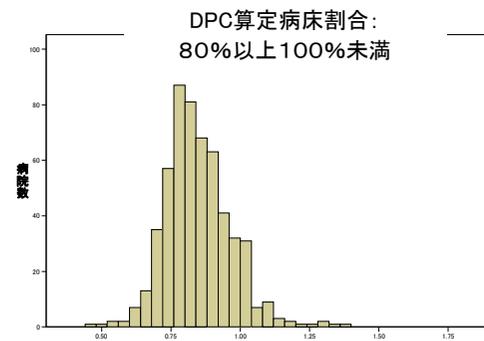
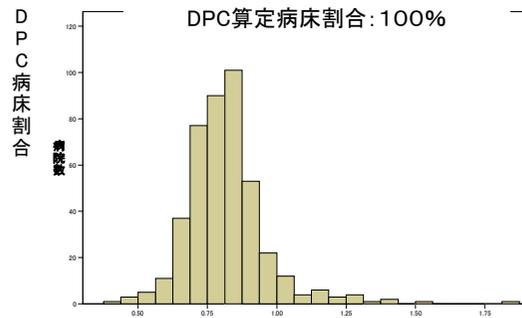
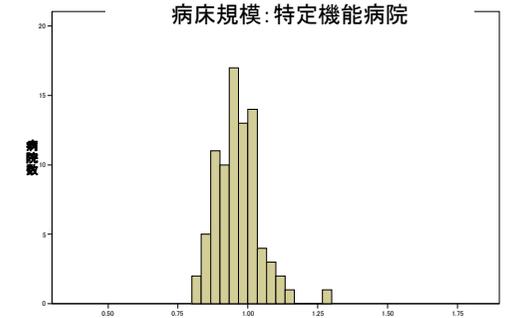
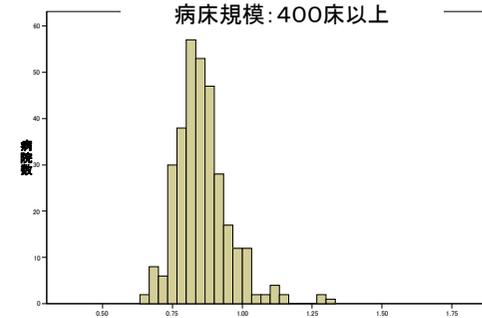
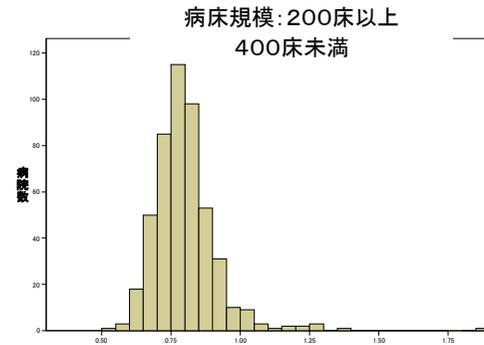
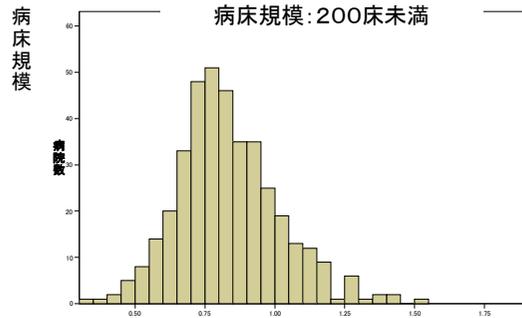
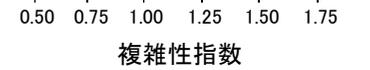
／ 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

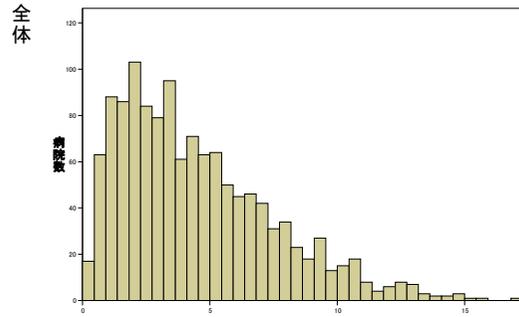
※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

(グラフの見方)

病院数

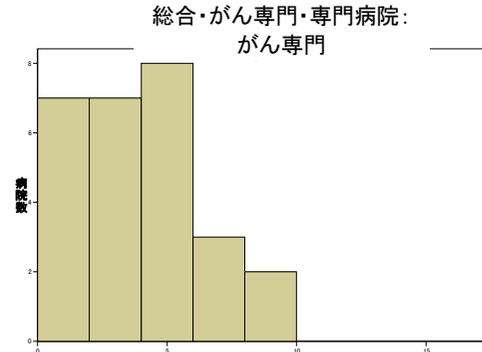
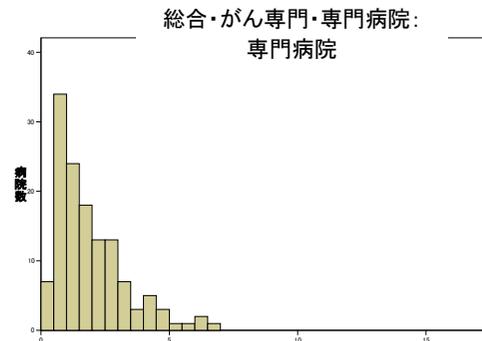
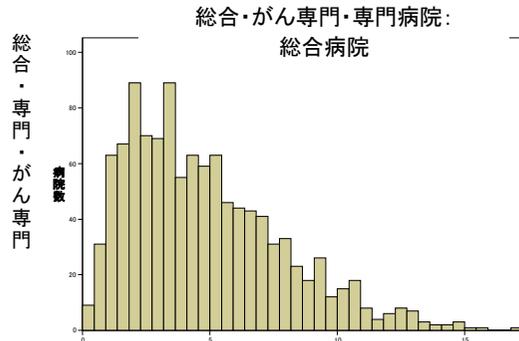
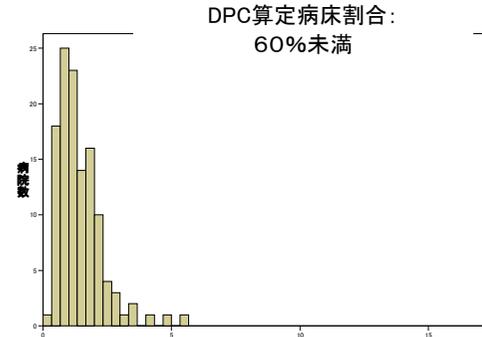
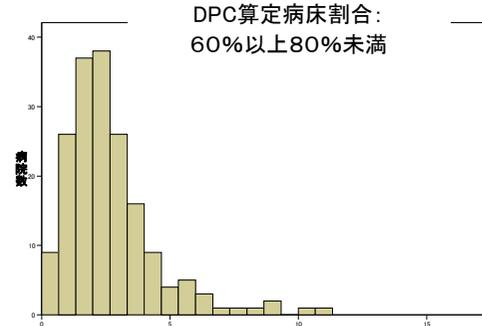
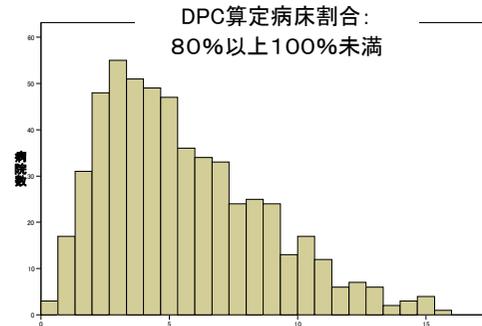
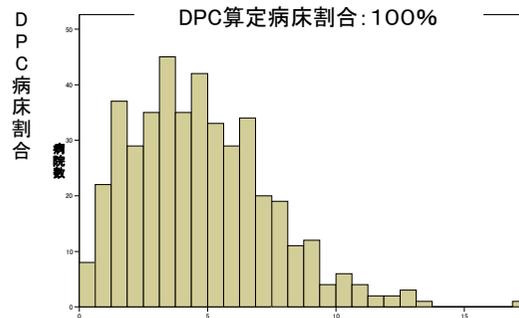
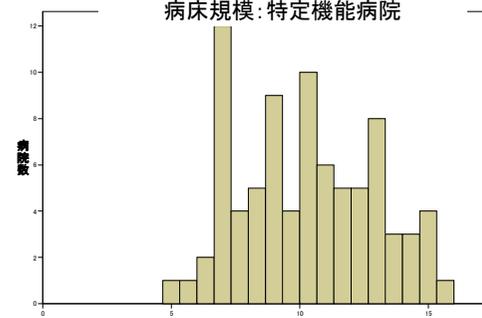
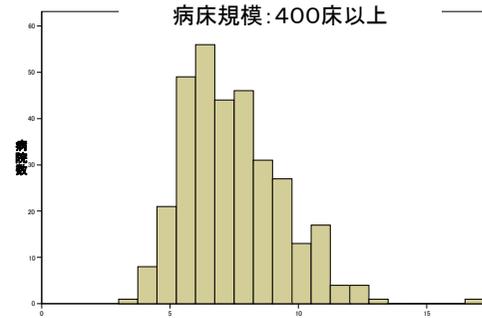
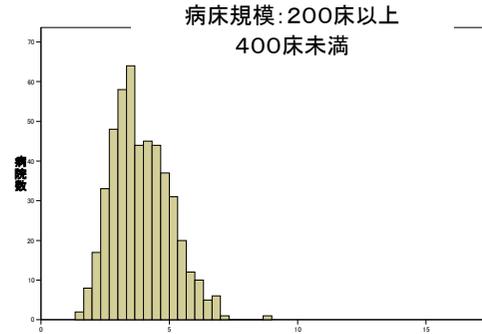
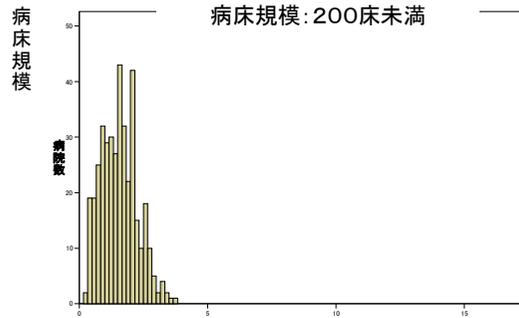
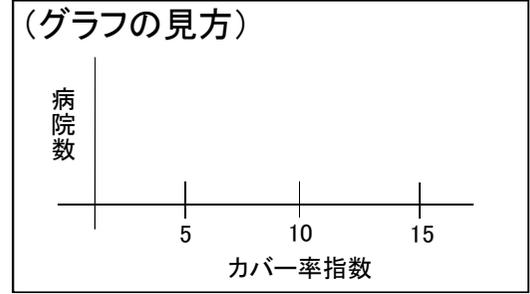


[項目4]診断群分類カバー率による評価



○設定方法
 [指数]
 = [当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数]
 / [全診断群分類数]

※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。



新たな機能評価係数に係るシミュレーション

(導入が決定した4項目による集計)

- ・ 病床規模は、DPC対象病床数により分類
- ・ DPC算定病床割合は、DPC対象病床を全医療保険対象病床で除した値により分類
- ・ 総合／専門病院／がん専門病院は、以下により分類
 - がん専門病院: 全入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
 - 専門病院: がん専門病院以外の病院で、全入院患者に占める特定のMDCの患者の割合が40%以上の病院
 - 総合病院: それ以外の病院

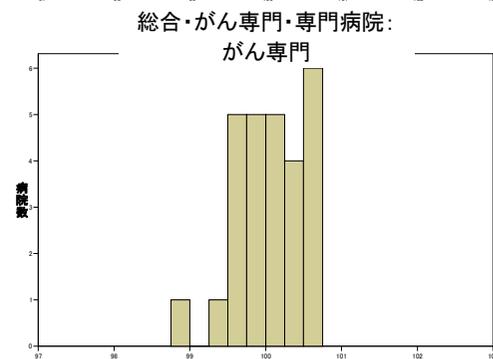
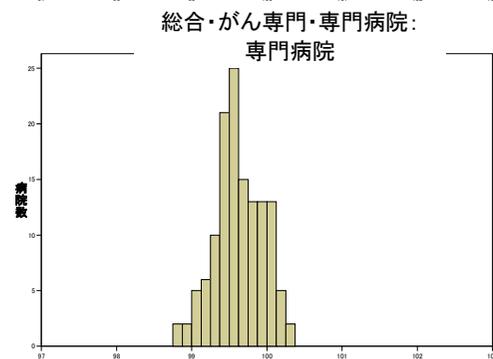
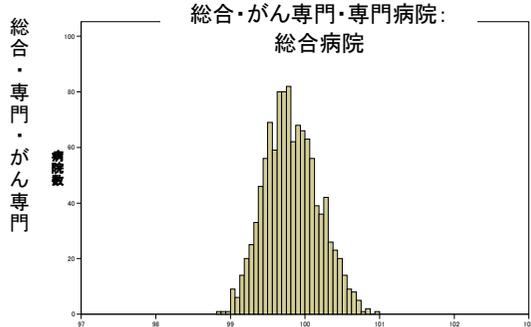
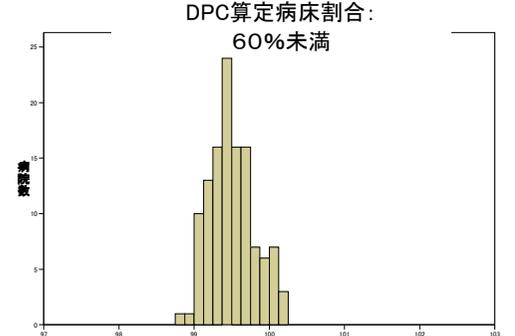
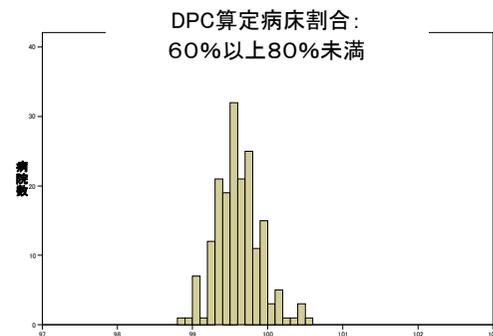
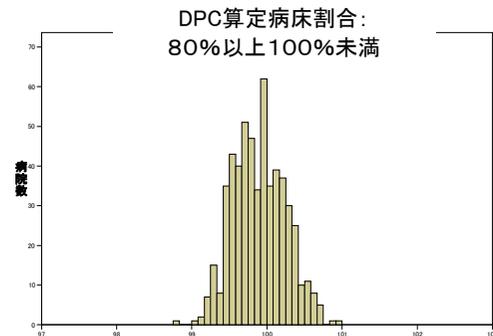
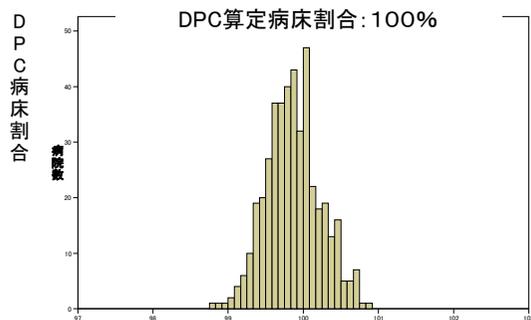
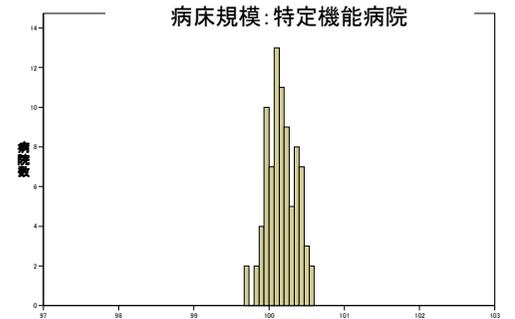
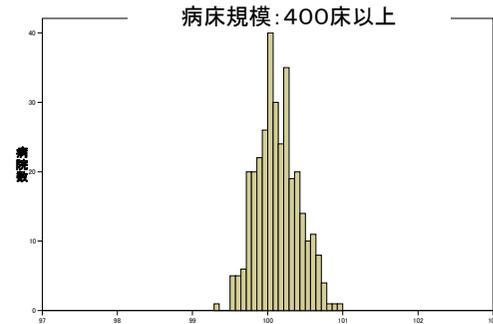
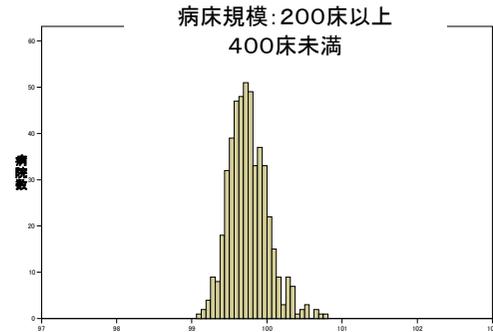
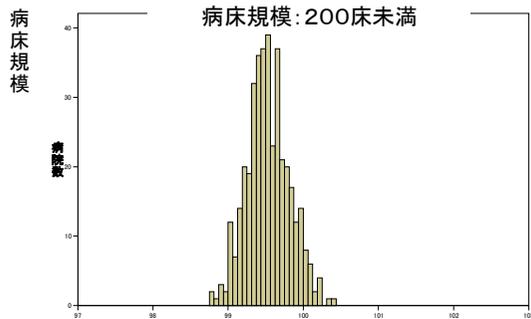
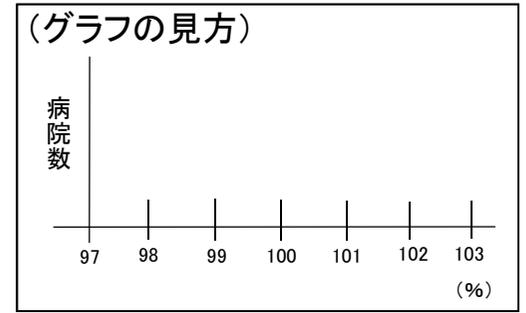
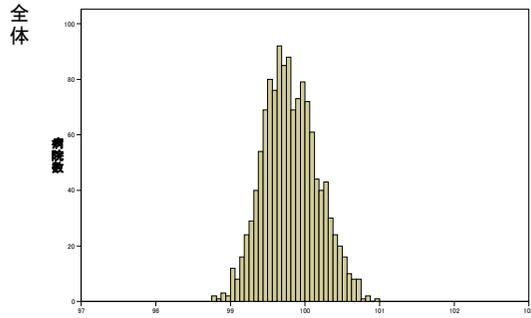
(設定方法)

- ・ 新たな機能評価係数の導入による影響を見るため、従来の方法で算出した平成22年度調整係数と新たな手法で算出した[暫定調整係数+新たな機能評価係数]を比較した。

$$\text{変動率} = [\text{暫定調整係数} + \text{新たな機能評価係数}] \div \text{平成22年度調整係数}$$

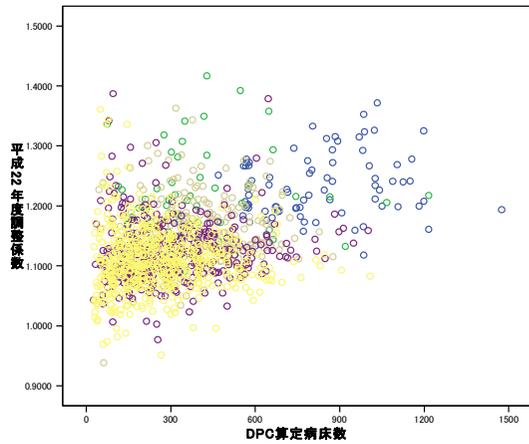
- ・ 平成22年度調整係数: 従来の調整係数の算出方法で平成22年度調整係数を推計
- ・ 暫定調整係数: 従来の調整係数から置き換え割合に応じて一定割合を減じた係数

4項目 : 変動率(置換え割合:15%)

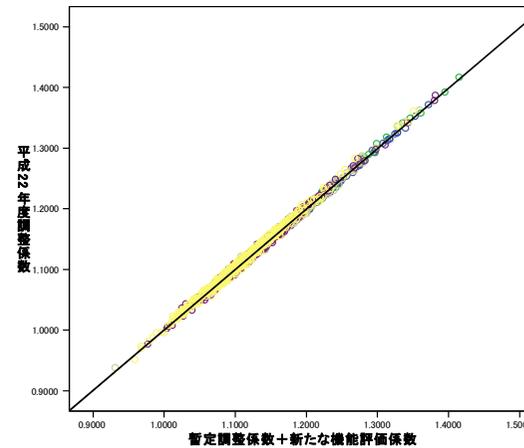


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率15%・4項目)

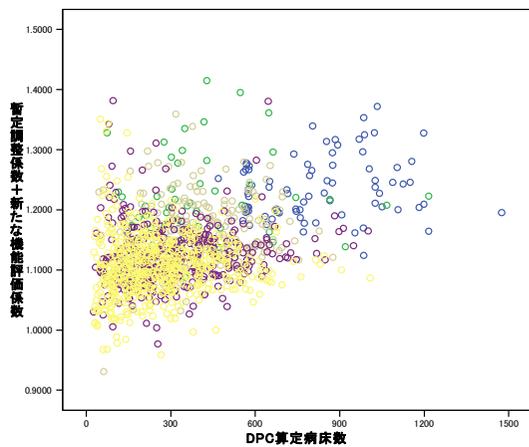
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



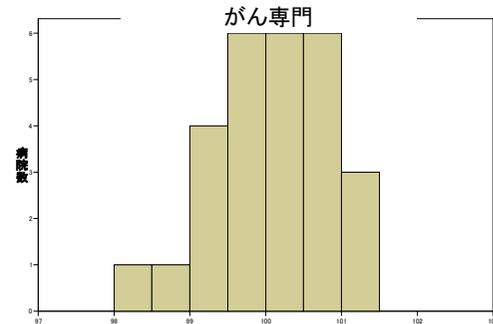
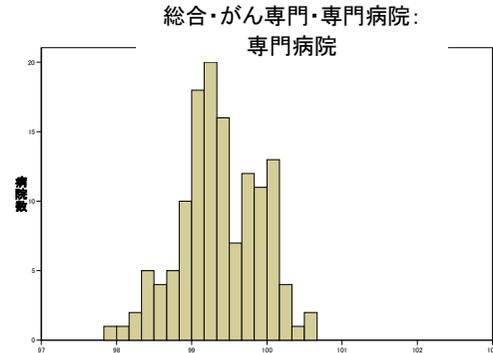
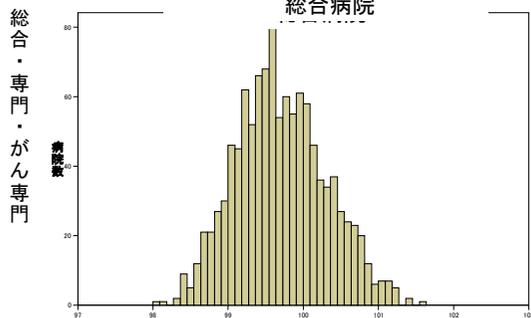
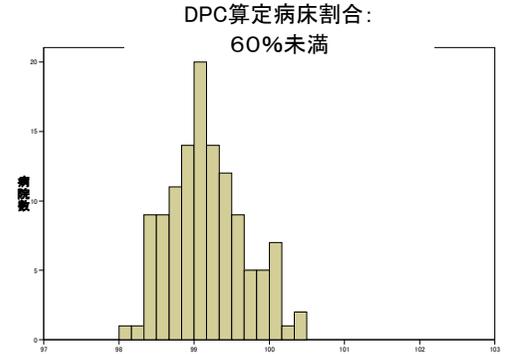
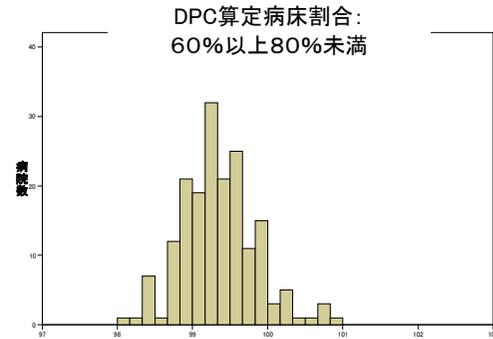
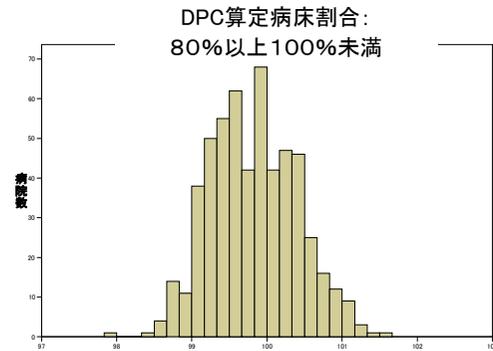
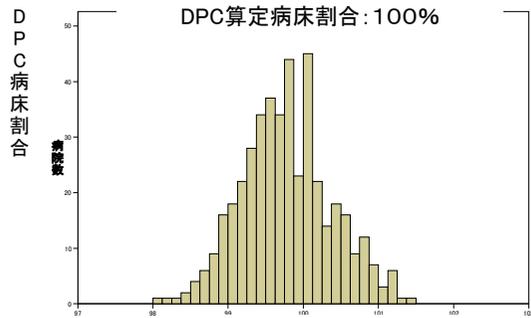
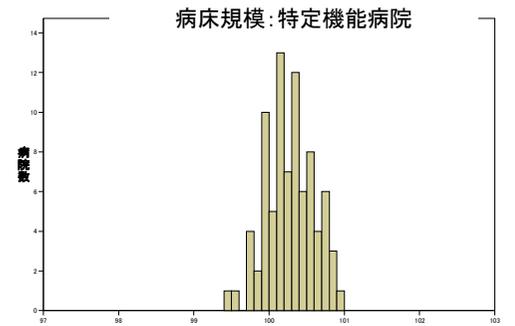
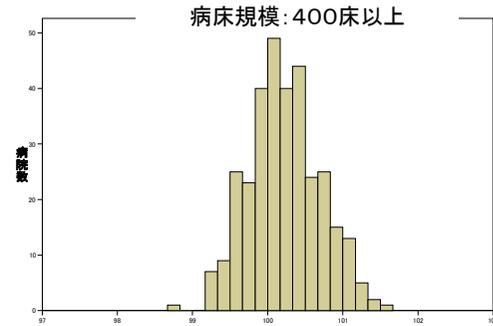
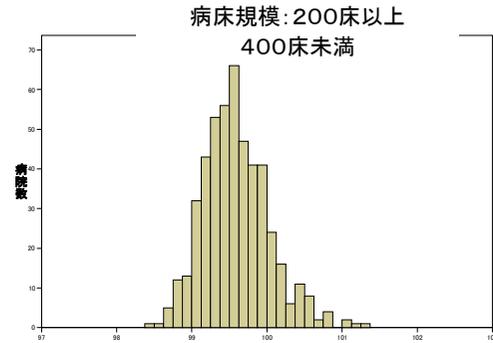
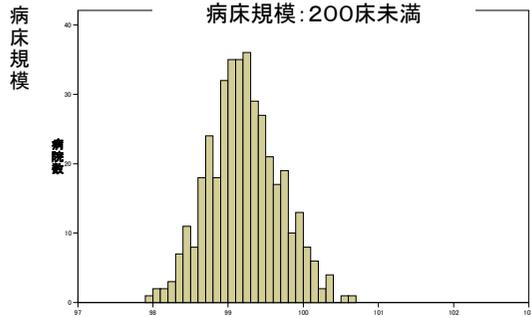
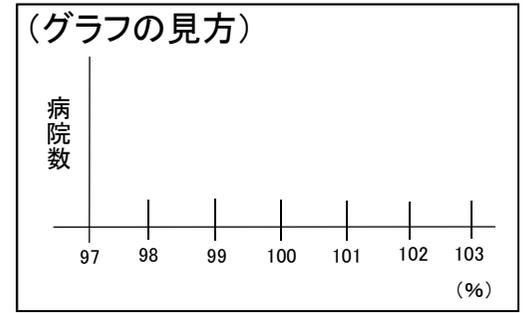
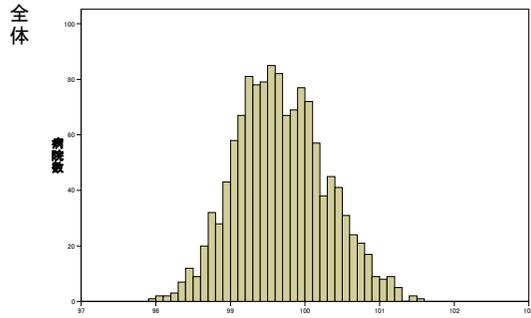
「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係



暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況

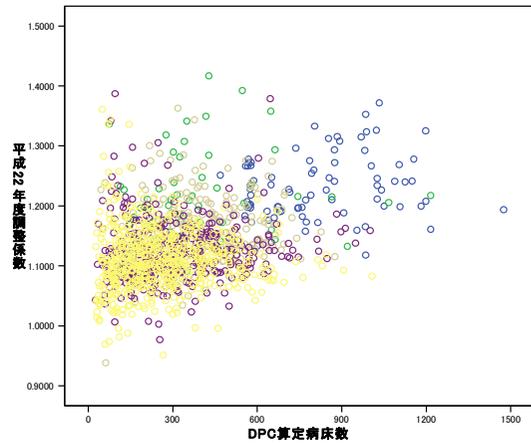


4項目 : 変動率(置換え割合:25%)

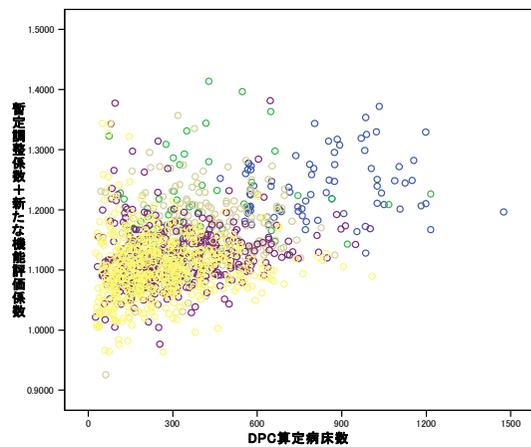


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率25%・4項目)

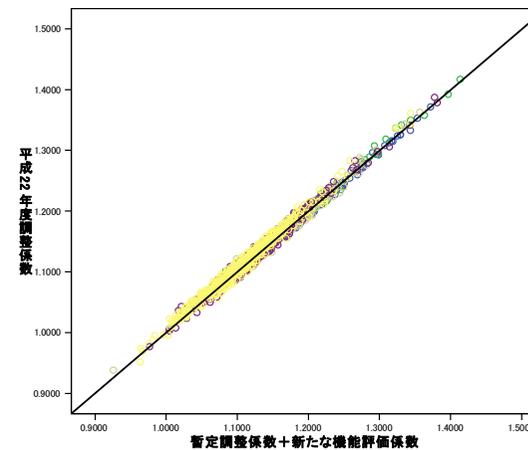
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



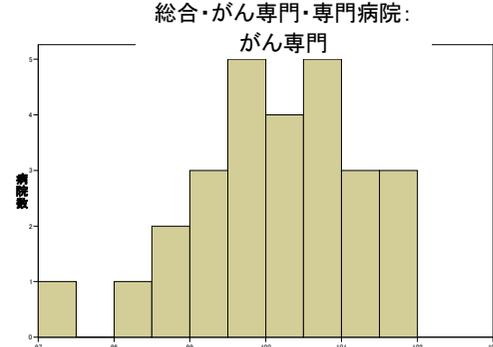
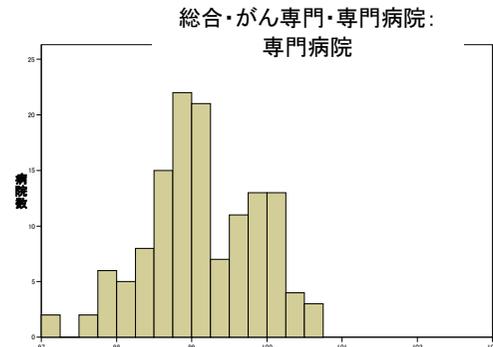
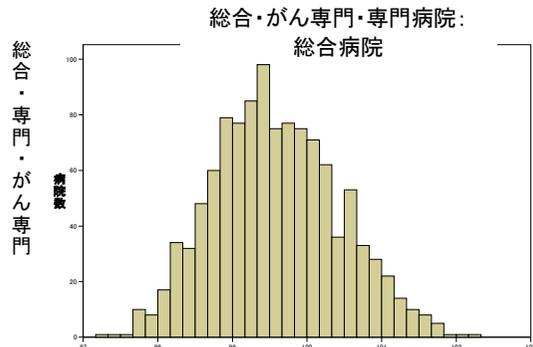
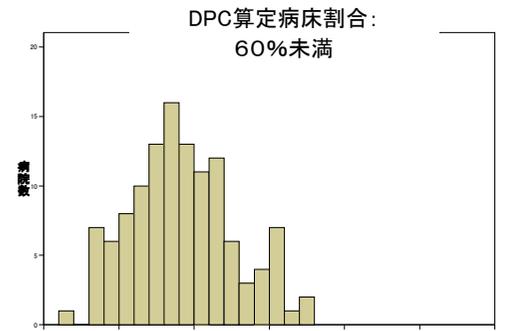
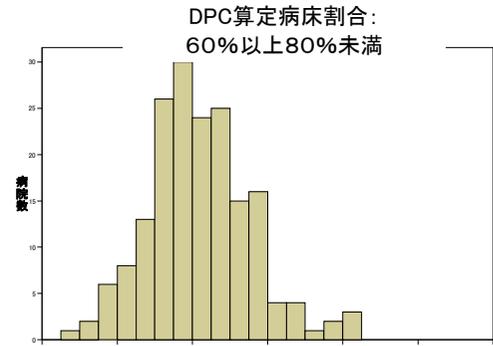
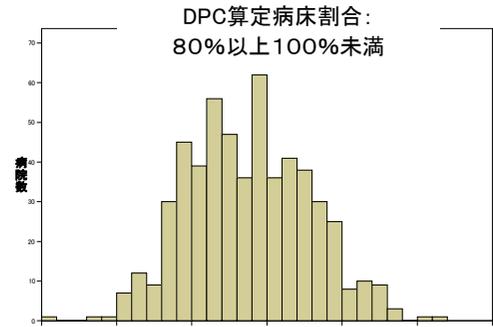
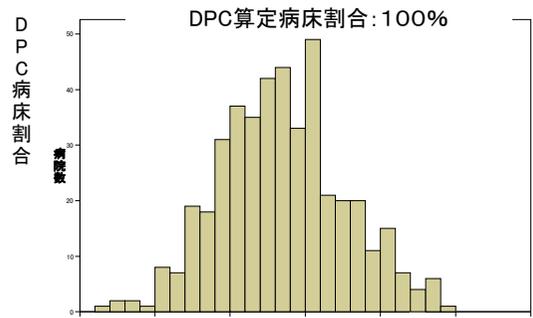
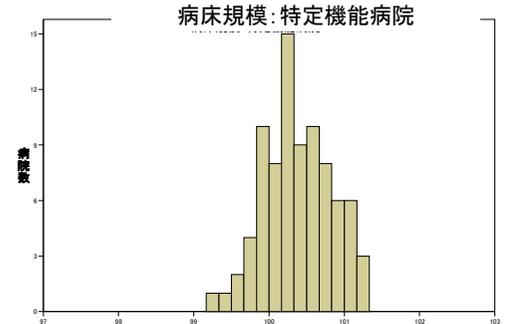
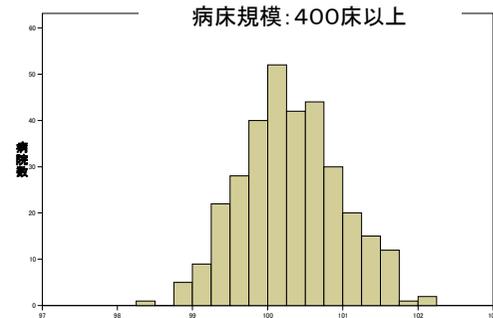
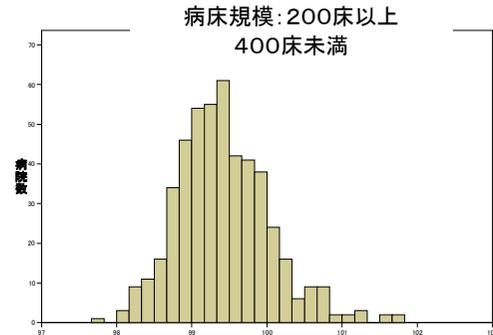
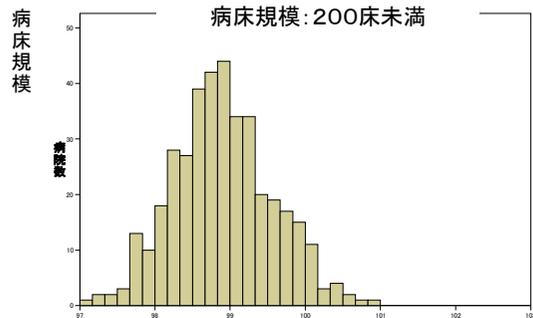
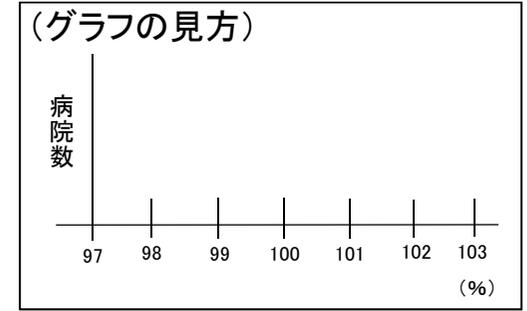
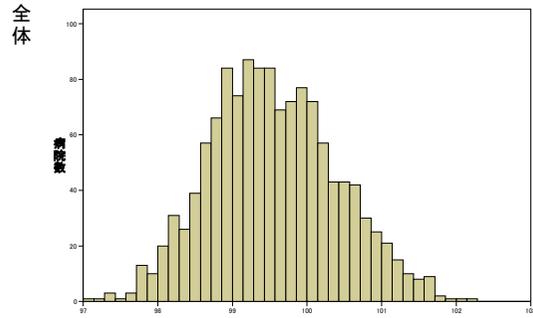
暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況



「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係

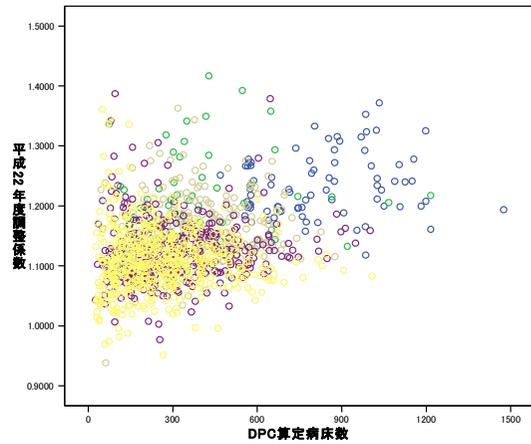


4項目 : 変動率(置換え割合:35%)

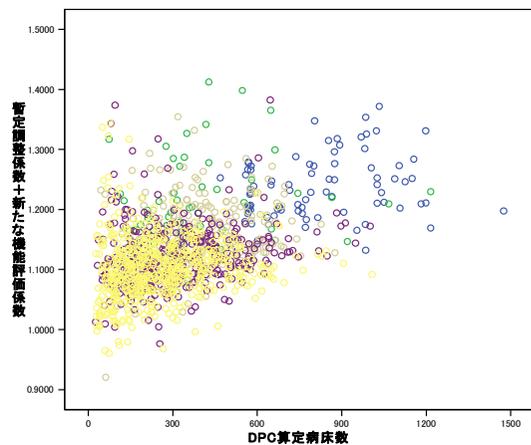


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率35%・4項目)

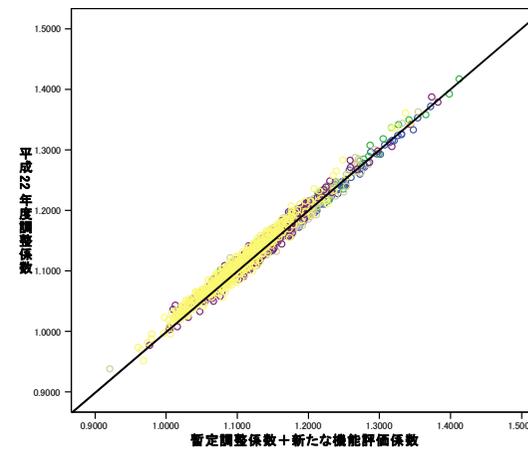
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況



「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係



4項目：変動率

病床規模	置換え率 15%					25%					35%				
	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	98.75	99.55	100.40	0.28	390	97.92	99.25	100.67	0.47	390	97.09	98.95	100.93	0.66
200床以上400床未満	486	99.07	99.80	100.75	0.27	486	98.45	99.66	101.25	0.44	486	97.83	99.52	101.76	0.62
400床以上	323	99.29	100.19	100.94	0.28	323	98.82	100.32	101.57	0.47	323	98.35	100.44	102.20	0.66
特定機能病院	83	99.69	100.19	100.55	0.19	83	99.49	100.31	100.92	0.32	83	99.28	100.43	101.29	0.45
合計	1,282	98.75	100.00	100.94	0.37	1,282	97.92	100.00	101.57	0.61	1,282	97.09	100.00	102.20	0.85

DPC算定病床割合	置換え率 15%					25%					35%				
	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	434	98.80	100.03	100.84	0.36	434	98.01	100.04	101.41	0.60	434	97.21	100.06	101.97	0.83
80%以上100%未満	548	98.75	100.05	100.94	0.35	548	97.92	100.08	101.57	0.58	548	97.09	100.11	102.20	0.81
60%以上80%未満	180	98.89	99.72	100.53	0.30	180	98.16	99.54	100.89	0.49	180	97.42	99.36	101.24	0.69
60%未満	120	98.85	99.57	100.24	0.30	120	98.08	99.29	100.41	0.50	120	97.31	99.00	100.57	0.70
合計	1,282	98.75	100.00	100.94	0.37	1,282	97.92	100.00	101.57	0.61	1,282	97.09	100.00	102.20	0.85

総合・がん専門・専門病院	置換え率 15%					25%					35%				
	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	98.85	100.01	100.94	0.36	1,123	98.08	100.01	101.57	0.60	1,123	97.31	100.01	102.20	0.84
専門病院	132	98.75	99.71	100.32	0.32	132	97.92	99.51	100.53	0.54	132	97.09	99.32	100.75	0.75
がん専門	27	98.89	100.28	100.72	0.45	27	98.15	100.46	101.19	0.75	27	97.41	100.65	101.67	1.05
合計	1,282	98.75	100.00	100.94	0.37	1,282	97.92	100.00	101.57	0.61	1,282	97.09	100.00	102.20	0.85

新たな機能評価係数に係るシミュレーション

(「導入が決定した4項目」及び「導入が検討されている2項目」による集計)

- ・ 病床規模は、DPC対象病床数により分類
- ・ DPC算定病床割合は、DPC対象病床を全医療保険対象病床で除した値により分類
- ・ 総合／専門病院／がん専門病院は、以下により分類
 - がん専門病院: 全入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
 - 専門病院: がん専門病院以外の病院で、全入院患者に占める特定のMDCの患者の割合が40%以上の病院
 - 総合病院: それ以外の病院

(設定方法)

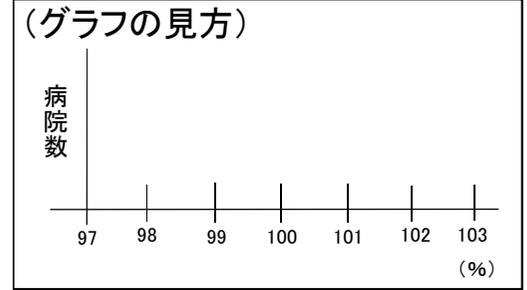
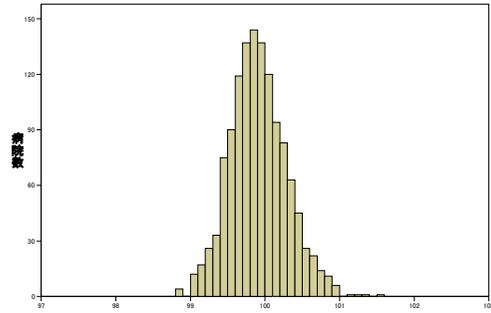
- ・ 新たな機能評価係数の導入による影響を見るため、従来の方法で算出した平成22年度調整係数と新たな手法で算出した[暫定調整係数+新たな機能評価係数]を比較した。

$$\text{変動率} = [\text{暫定調整係数} + \text{新たな機能評価係数}] \div \text{平成22年度調整係数}$$

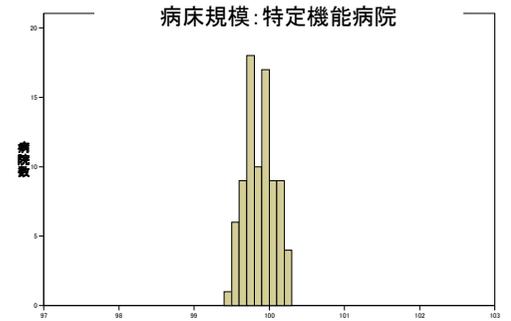
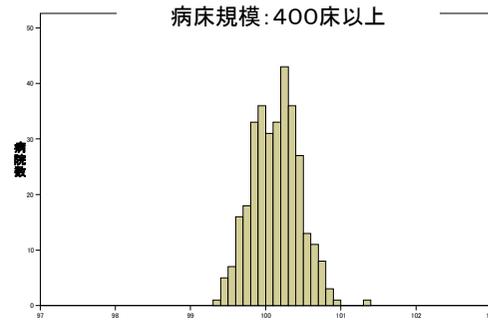
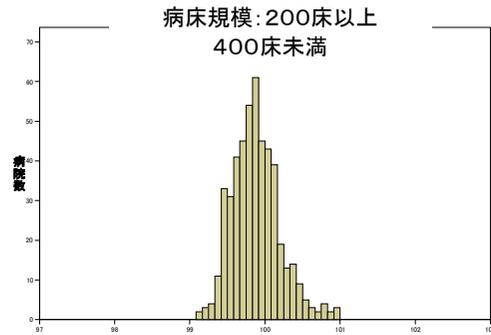
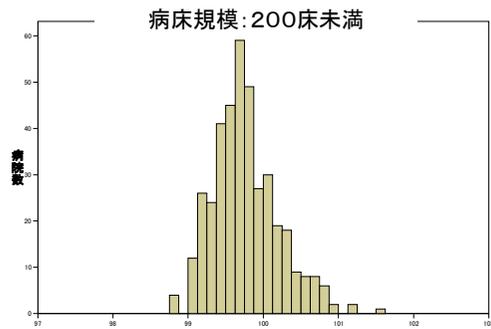
- ・ 平成22年度調整係数: 従来の調整係数の算出方法で平成22年度調整係数を推計
- ・ 暫定調整係数: 従来の調整係数から置き換え割合に応じて一定割合を減じた係数

6項目 : 変動率(置換え割合:15%)

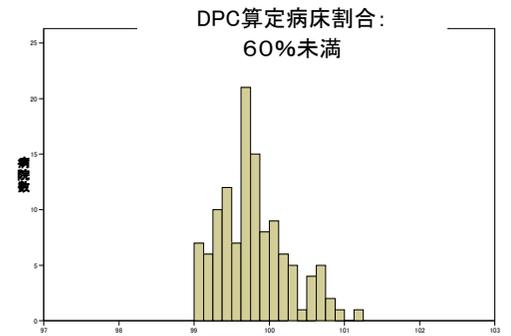
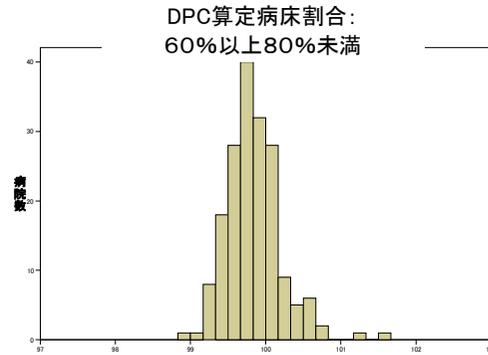
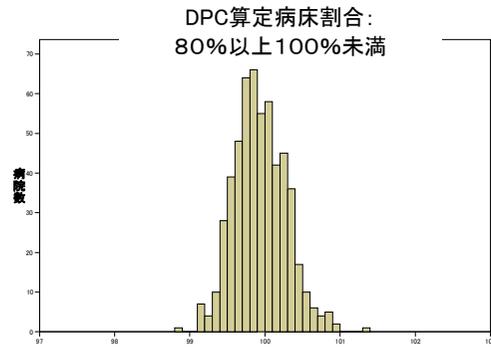
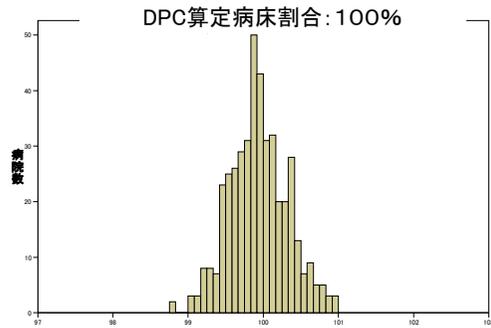
全体



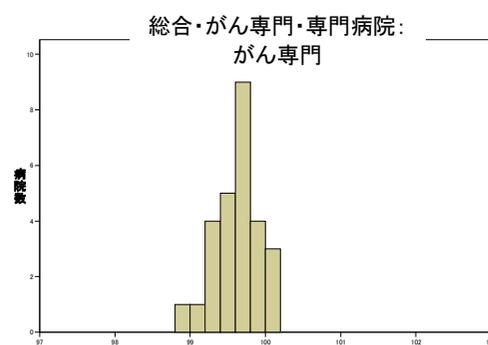
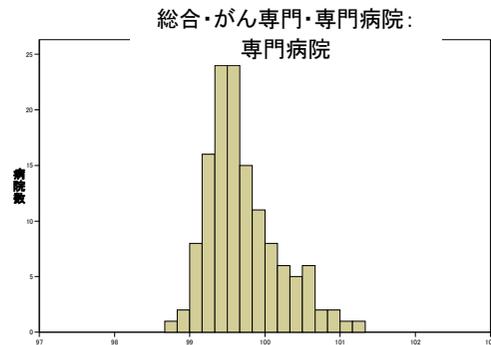
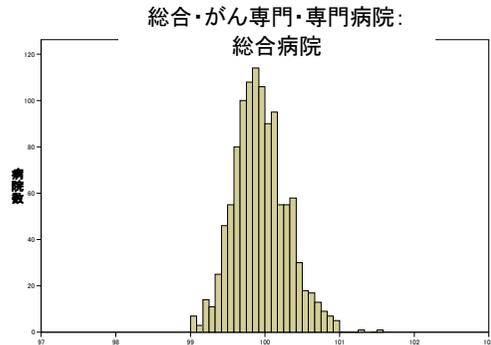
病床規模



DPC病床割合

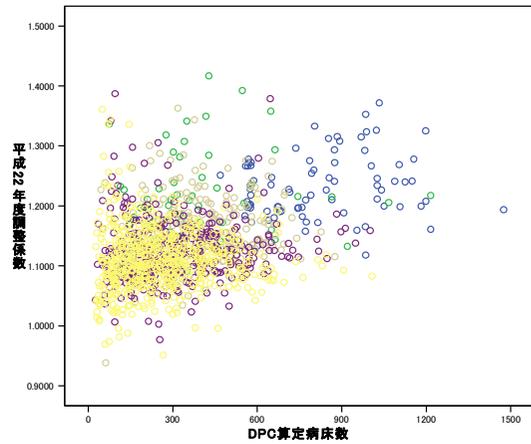


総合・専門・がん専門

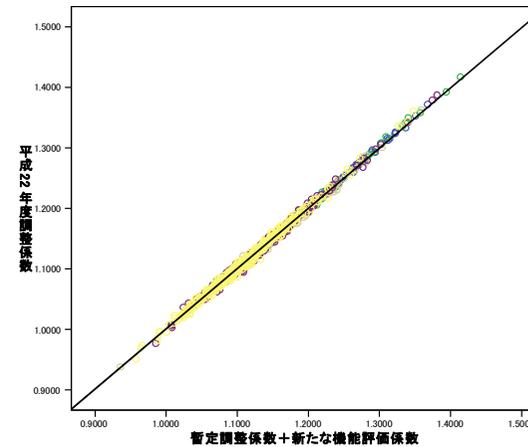


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率:15%・6項目)

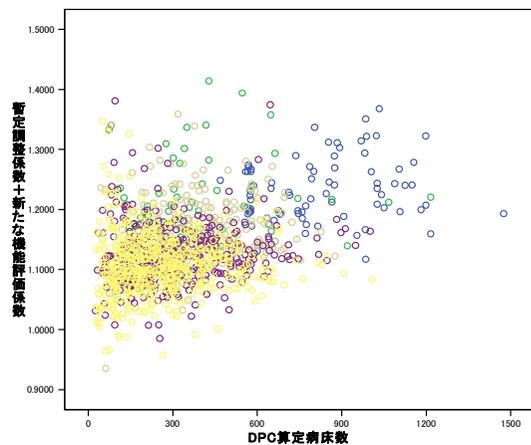
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



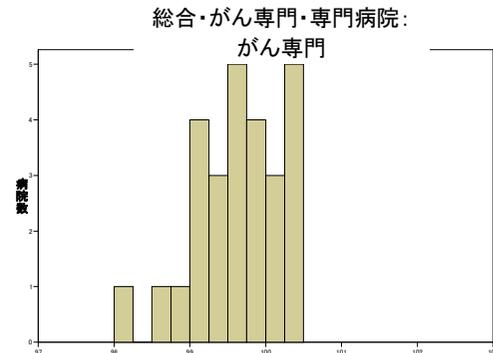
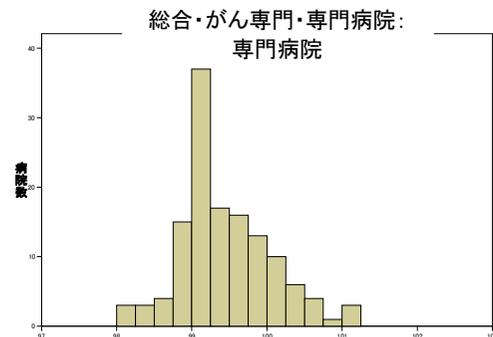
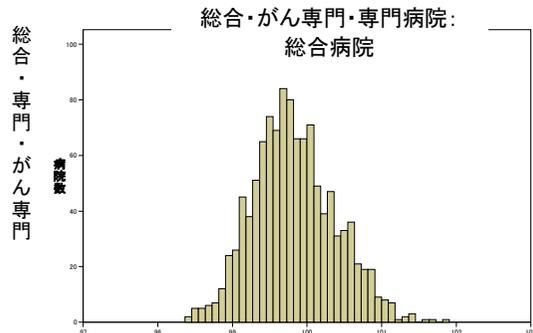
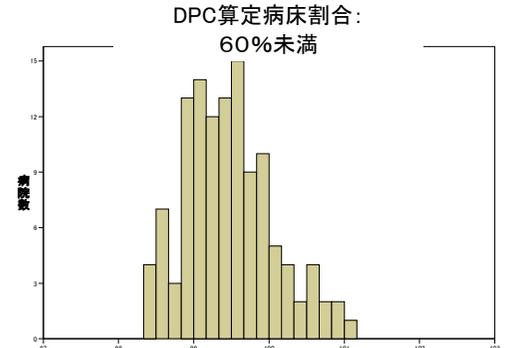
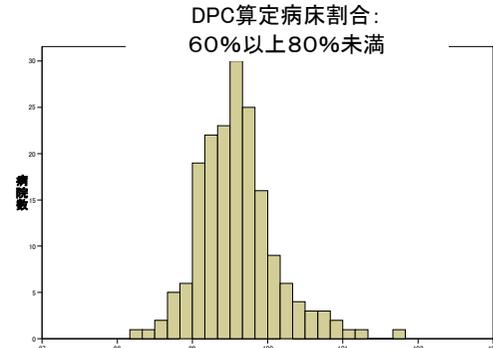
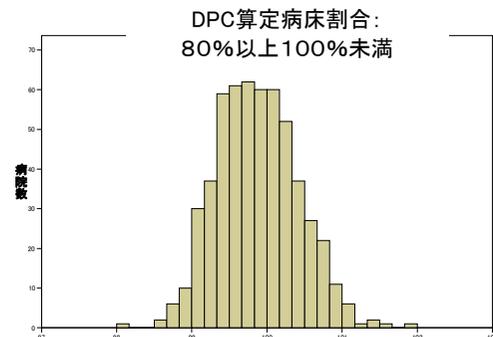
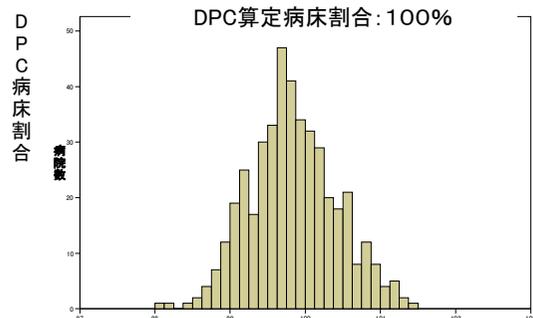
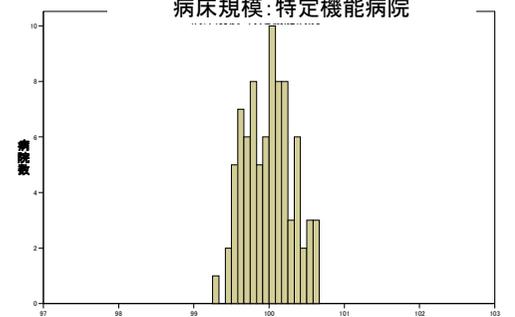
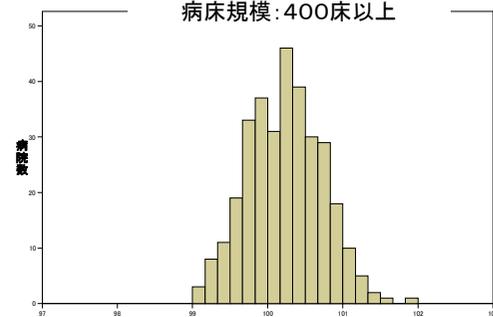
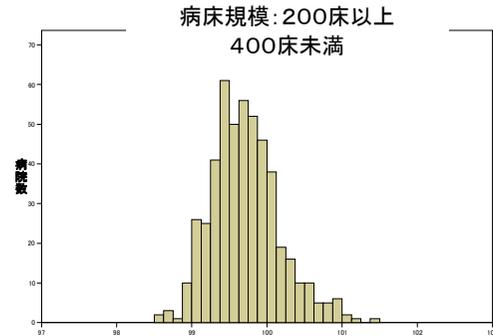
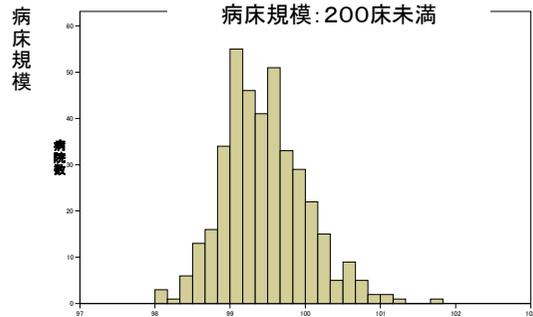
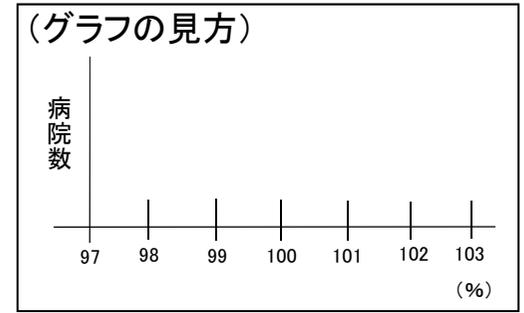
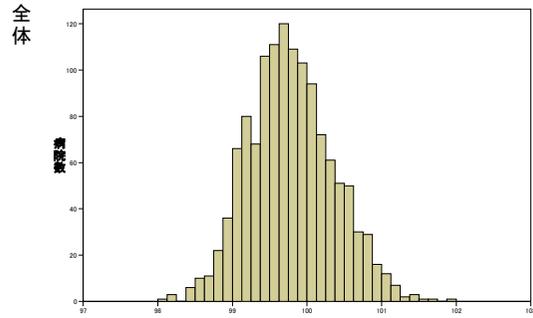
「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係



暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況

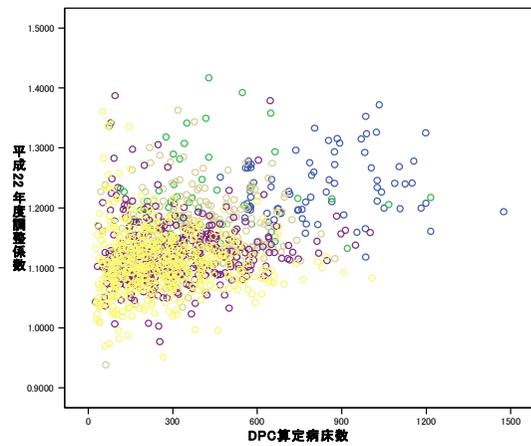


6項目 : 変動率(置換え割合:25%)

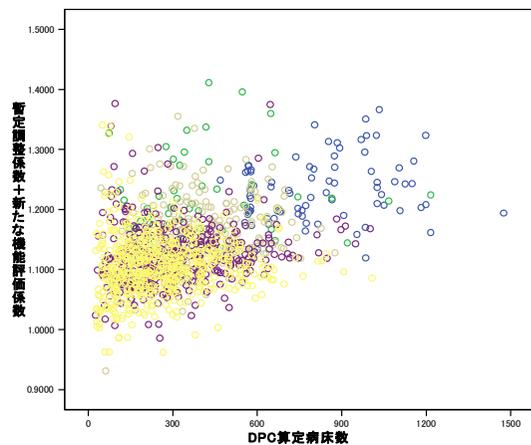


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率:25%・6項目)

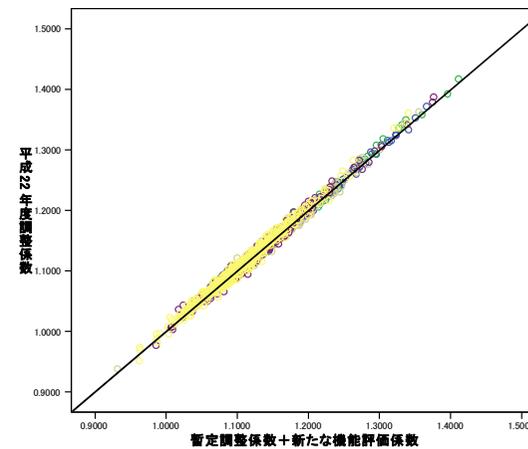
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



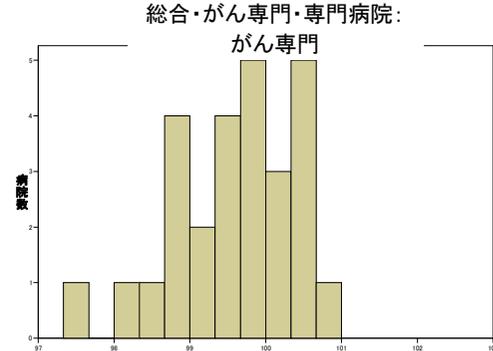
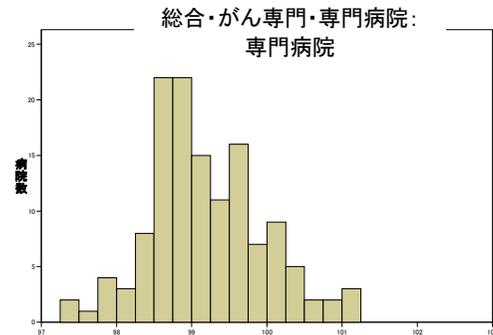
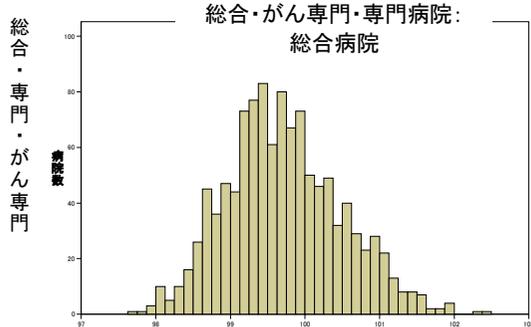
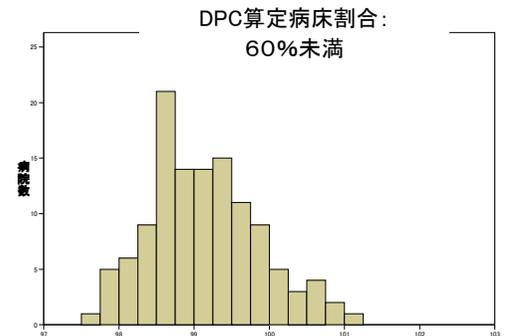
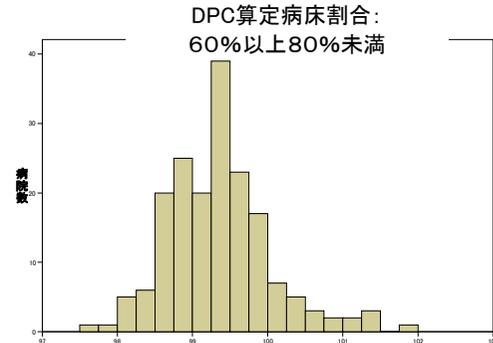
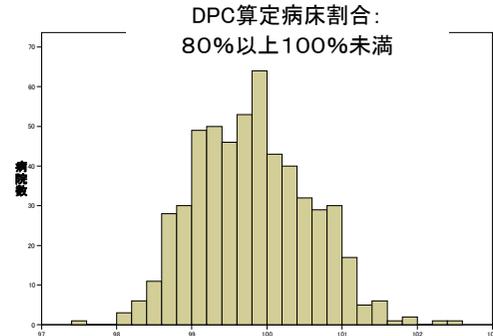
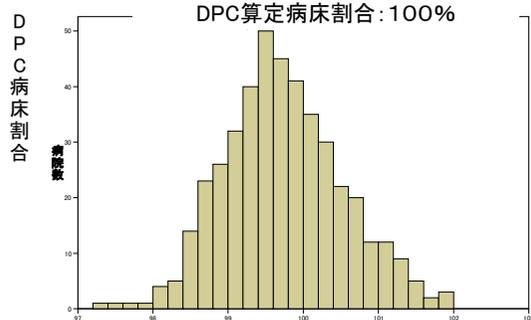
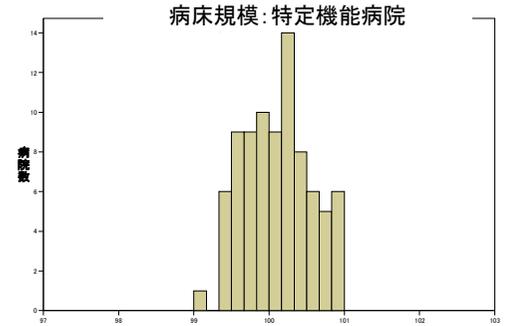
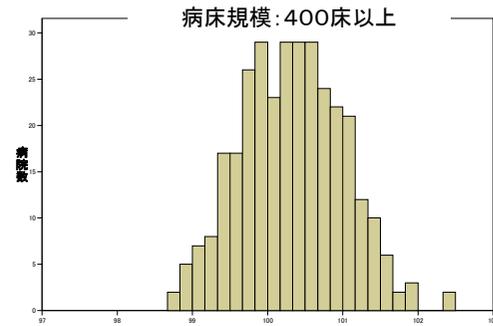
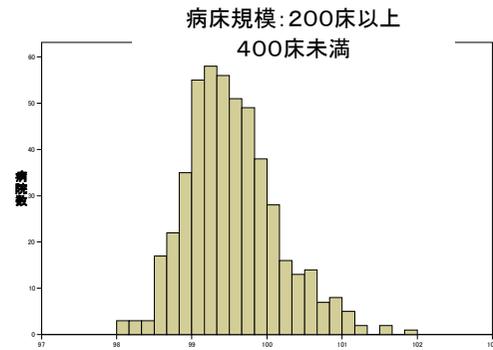
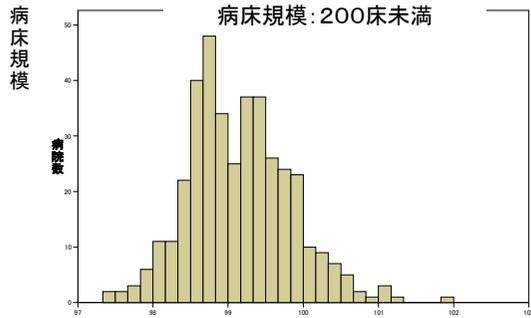
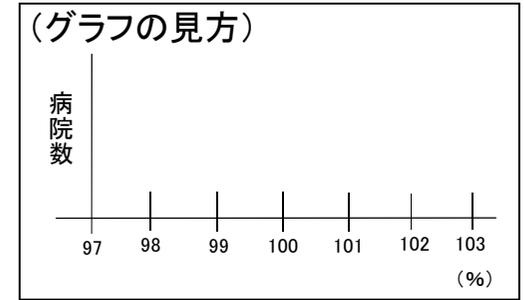
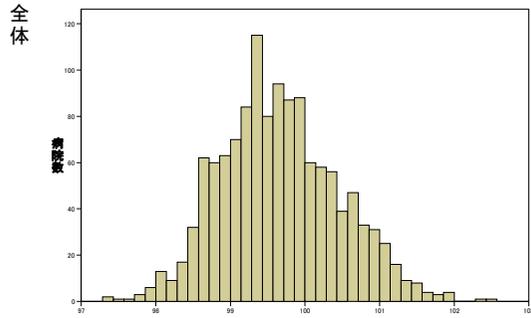
暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況



「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係

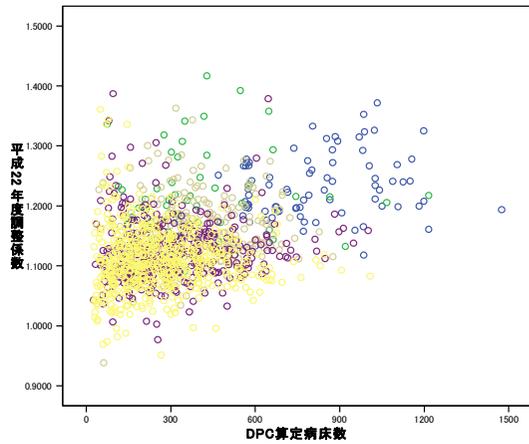


6項目 : 変動率(置換え割合:35%)

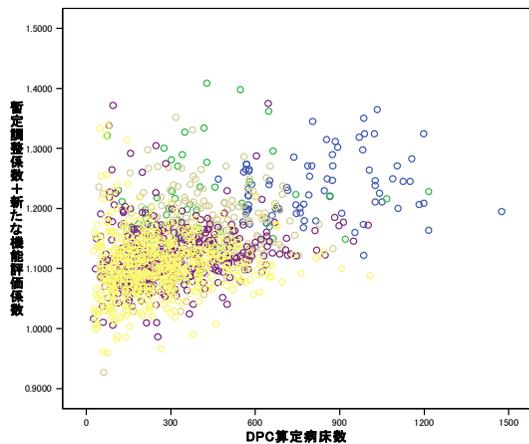


新たな機能評価係数の導入による係数の変化 (置換え率: 35%・6項目)

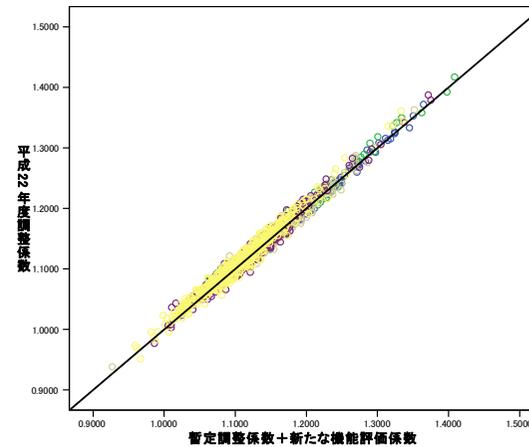
現行の計算方法で計算した調整係数の分布状況



暫定調整係数と新たな評価係数の合計の分布状況



「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と
「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係



6項目：変動率

病床規模	置換え率 15%					25%					35%				
	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	98.80	99.79	101.57	0.44	390	98.09	99.49	101.71	0.55	390	97.38	99.19	101.85	0.68
200床以上400床未満	486	99.13	99.90	100.96	0.32	486	98.60	99.76	101.43	0.45	486	98.03	99.62	101.94	0.61
400床以上	323	99.32	100.17	101.32	0.32	323	99.07	100.30	101.88	0.49	323	98.79	100.43	102.44	0.69
特定機能病院	83	99.49	99.90	100.29	0.19	83	99.32	100.03	100.62	0.31	83	99.16	100.16	100.96	0.44
合計	1,282	98.80	100.00	101.57	0.38	1,282	98.09	100.00	101.88	0.57	1,282	97.38	100.00	102.44	0.79

DPC算定病床割合	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	434	98.80	100.05	100.96	0.39	434	98.09	100.05	101.38	0.58	434	97.38	100.06	101.90	0.79
80%以上100%未満	548	98.87	100.00	101.32	0.34	548	98.14	100.04	101.88	0.54	548	97.42	100.07	102.44	0.76
60%以上80%未満	180	98.86	99.91	101.57	0.37	180	98.23	99.74	101.71	0.52	180	97.61	99.58	101.85	0.69
60%未満	120	99.01	99.84	101.15	0.47	120	98.43	99.55	101.10	0.59	120	97.73	99.26	101.06	0.73
合計	1,282	98.80	100.00	101.57	0.38	1,282	98.09	100.00	101.88	0.57	1,282	97.38	100.00	102.44	0.79

総合・がん専門・専門病院	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	99.01	100.02	101.57	0.35	1,123	98.43	100.03	101.88	0.55	1,123	97.73	100.04	102.44	0.77
専門病院	132	98.80	99.73	101.25	0.48	132	98.09	99.51	101.22	0.61	132	97.38	99.29	101.18	0.76
がん専門	27	98.80	99.76	100.18	0.32	27	98.16	99.86	100.38	0.56	27	97.51	99.97	100.72	0.81
合計	1,282	98.80	100.00	101.57	0.38	1,282	98.09	100.00	101.88	0.57	1,282	97.38	100.00	102.44	0.79

骨子における重要課題関連項目（入院）及び
「四つの視点」関連項目（入院を中心に）

地域における医療機関の連携に対する評価	1
地域医療を支える有床診療所の評価	3
在宅復帰後を見越した地域連携の評価	5
がん診療連携拠点病院の評価	7
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	8
認知症医療の推進について	11
新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	13
精神科急性期入院医療に係る評価	16
精神科慢性期入院医療に係る評価について	20
精神科専門的入院医療に係る評価	22
地域における精神医療の評価	24
医療安全対策の推進について	27
急性期の医療機関における入院患者の重症度等の評価について	30
検体検査評価の充実について	31
安全な麻酔管理体制の評価	32
医療療養病棟の評価に係る見直し	33
疾患別リハビリテーションの充実について	35
回復期等における充実したリハビリテーションの評価	39
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価	43
ケアマネージャーとの連携の評価等について	45

地域における医療機関の連携に対する評価

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

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。

現 行	改定案
<p>【退院調整加算】</p> <p>1 退院支援計画作成加算(入院中1回)</p> <p>2 退院加算(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p>	<p>【慢性期病棟等退院調整加算】</p> <p>1 退院支援計画作成加算(入院中1回)</p> <p>2 退院加算1(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 ㊦</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 ㊦</p> <p>3 退院加算2(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士</p>

<p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。 ㊦</p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
--	---

2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



急性期病棟等退院調整加算 1	〇〇〇点（退院時 1 回）
急性期病棟等退院調整加算 2	〇〇〇点（退院時 1 回）

[算定要件]

(1) 対象患者

65 歳以上の患者又は 40 歳以上の特定疾病患者であって、一般病棟入院基本料（特定入院基本料を除く。）を算定している患者

(2) 適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算 2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

地域医療を支える有床診療所の評価

第1 基本的な考え方

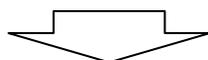
地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第2 具体的な内容

② 1. 有床診療所入院基本料の再編成

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とともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～14 日	660 点
		15～30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～4 人)	7 日以内	640 点
		8～14 日	480 点
		15～30 日	320 点
		31 日以上	280 点



改 定 案	有床診療所入院基本料 <u>1</u> (看護職員 <u>7 人以上</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点
	有床診療所入院基本料 <u>2</u> (看護職員 <u>4～6 人</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点
	有床診療所入院基本料 <u>3</u> (看護職員 <u>1～3 人</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点

2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設〔1月27日提示済み〕

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した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の入院早期の評価を新設する。

(2) 医師配置加算の見直し〔1月27日提示済み〕

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。

(3) 重症児等の受入れの評価〔1月27日提示済み〕

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等との連携の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・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。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時1回) 600点</p>	<p>【<u>地域連携診療計画退院時指導料1</u>】 (退院時1回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 ○○○点 ㊦</p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料1に加算する。</p>

	<p>【地域連携診療計画退院時指導料 2】</p> <p>(退院時 1 回) 〇〇〇点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、通院あるいは在宅医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	--

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師又は医師の指示を受けた看護師等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。



介護支援連携指導料 〇〇〇点 (入院中 2 回)

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

がん診療連携拠点病院の評価

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 400点	【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 〇〇〇点 ②

緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

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、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケア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。

第2 具体的な内容

1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん疼痛緩和管理に携わる医師に対し、緩和ケアに関する講習会を受けて診療に当たることを要件とする。

② がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

[算定要件]

診療に関わる医師について、以下の研修会のうちいずれかを終了していること。

- ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和

和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する講習会を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。さらに、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点 ②</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u> ②</p> <p>(2) 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</p> <p style="padding-left: 2em;">ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</p> <p style="padding-left: 2em;">イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等 ③</p>

3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取り組みを評価する。



がん患者リハビリテーション料（1単位につき） 〇〇〇点

[算定要件]

がんの治療のため入院中の患者に対して 20 分以上の個別リハビリテーションを提供した場合に 1 日 6 単位を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から 2 名が配置されていること。
- (3) 100m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

認知症医療の推進について

第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等に対する対応などが重要な役割であることから、これらへの手厚い対応が必要な早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

現 行	改定案
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)	【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,330点	イ <u>60日以内の期間</u> <u>〇〇〇点</u> ㊦
ロ 91日以上期間 1,180点	ロ <u>61日以上期間</u> 1,180点 ㊦
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)	【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,070点	イ <u>60日以内の期間</u> 1,070点 ㊦
ロ 91日以上期間 1,020点	ロ <u>61日以上期間</u> <u>〇〇〇点</u> ㊦

(2) また、入院期間が6ヶ月を超える患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。



認知症治療病棟退院調整加算 〇〇〇点（退院時 1 回）

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士及び専従する臨床心理技術者が勤務していること。

2. 認知症外来医療の評価

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を新設する。



認知症専門診断管理料 〇〇〇点（1人につき 1 回）

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。



認知症患者地域連携加算 〇〇〇点（月 1 回）

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状の増悪や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料（I）に加算する。

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

第1 基本的な考え方

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療養病床を使用する場合について、配慮を行う。その際、検査や投薬等について出来高での算定を可能として、病床を確保する。
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、陰圧室管理環境整備に対する評価を行う。
3. 結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

大流行時に新型インフルエンザ患者が療養病棟に入院する場合、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とする。

2. 陰圧室管理の評価

現 行	改定案
【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300点 [算定対象] 二類感染症（急性灰白髄炎（ポリ	【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300点 <u>2 陰圧室加算 〇〇〇点</u> ⑧ [算定対象] 二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、

オ)、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、 <u>鳥インフルエンザ（H5N1）</u> の患者又は <u>新型インフルエンザ等感染症の患者</u> であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者 ㊦
---	---

3. 結核病棟について

(1) 結核病棟における平均在院日数要件の見直し

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件の見直しを行う。

現 行	改定案
【結核病棟入院基本料】 （1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数25日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数25日以内 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】 （1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数28日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数28日以内 13対1入院基本料 949点 平均在院日数36日以内	【結核病棟入院基本料】 （1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】 （1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 13対1入院基本料 949点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦

(2) 小規模な結核病棟の取扱について

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。

現 行	改定案
<p><入院料等の施設基準等>（通知） ・・・（略）・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）</p>	<p><入院料等の施設基準等>（通知） ・・・（略）・・・一般病棟（<u>一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟</u>）と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）・・・ 改</p>

精神科急性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

精神科救急及び身体合併症治療については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、その評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 精神科入院基本料の見直し

- (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。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 〇〇〇点

[算定要件]

- ① 新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ② 身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえてその平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。また、入院基本料の加算をより早期に重点化する。



精神病棟入院基本料 10対1入院基本料 1,240点

[算定要件]

- ① 平均在院日数が40日以内であること。

②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

現 行		改定案	
【入院基本料加算】		【入院基本料加算】	
14日以内	459点	14日以内	〇〇〇点 改
15日以上30日以内	242点	15日以上30日以内	〇〇〇点 改
31日以上90日以内	125点	31日以上90日以内	125点 改
91日以上180日以内	20点	91日以上180日以内	〇〇〇点 改
181日以上1年以内	5点	181日以上1年以内	〇〇〇点 改

(3) なお、特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても同様の見直しを行う。

2. 精神科急性期入院料の引き上げ

(1) 精神科救急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。

現 行		改定案	
【精神科救急入院料】 （1日につき）		【精神科救急入院料】 （1日につき）	
1 精神科救急入院料 1		1 精神科救急入院料 1	
30日以内	3,431点	30日以内	〇〇〇点 改
31日以上	3,031点	31日以上	3,031点
2 精神科救急入院料 2		2 精神科救急入院料 2	
30日以内	3,231点	30日以内	〇〇〇点 改
31日以上	2,831点	31日以上	2,831点
【精神科救急・合併症入院料】 （1日につき）		【精神科救急・合併症入院料】 （1日につき）	
30日以内	3,431点	30日以内	〇〇〇点 改
31日以上	3,031点	31日以上	3,031点

(2) また、精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] 当該病院の全病床数の7割以上又は200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である。</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 ○○○点 ㊦ 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 ○○○点 ㊦ 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] (削除) ㊦</p>

(3) なお、精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受入れた場合の算定を認めるとともに、受入れた月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

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。

現 行	改定案
<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) ○○○点 ㊦</p>

<p style="text-align: right;">300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る））を算定している患者の場合</p> <p style="text-align: right;">200点</p>	<p>[算定要件]</p> <p>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>
---	---

精神科慢性期入院医療に係る評価について

第1 基本的な考え方

平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により取りまとめられた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させ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。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 〇〇〇点 ㊦

2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

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について、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価する。

現 行	改定案
【非定型抗精神病薬加算】	【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき)

<p>(1日につき) 10点</p> <p>以下の特定入院料に加算</p> <p>A311 精神科救急入院料</p> <p>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料</p> <p>A311-3 精神科救急・合併症入院料</p> <p>A312 精神療養病棟入院料</p>	<p>1 非定型抗精神病薬加算 1 〇〇〇点^新</p> <p>2 非定型抗精神病薬加算 2 〇〇〇点^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 非定型抗精神病薬加算 1 使用している抗精神病薬の種類が 2 種類以下であること</p> <p>2 非定型抗精神病薬加算 2 1 以外の場合</p>
---	---

3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

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。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき)</p> <p style="text-align: right;">1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき)</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点 ^改</p> <p><u>重症者加算(1日につき)</u> 〇〇〇点 ^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のGAFスコアが40以下であること。</p>

精神科専門的入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 ②

2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

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、新たな評価を設ける。



強度行動障害入院医療管理加算 (1日あたり) 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコア 24点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日あたり）

<u>30日以内</u>	<u>〇〇〇点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>〇〇〇点</u>

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 摂食障害に対する入院医療の評価

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新たな評価を設ける。



摂食障害入院医療管理加算（1日あたり）

<u>30日以内</u>	<u>〇〇〇点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>〇〇〇点</u>

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

地域における精神医療の評価

第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年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。

精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科専門療法の見直し

- (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。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 <div style="text-align: right;">500点</div>	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 <div style="text-align: right;">500点</div>
2 1以外の場合 イ 病院の場合 (1) 30分以上の場合 360点 (2) 30分未満の場合 330点 ロ 診療所の場合 (1) 30分以上の場合 360点 (2) 30分未満の場合 350点	2 1以外の場合 イ <u>30分以上の場合</u> ○○○点 ㊦ ロ <u>30分未満の場合</u> ○○○点 ㊦

(2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法（1日あたり） 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者に対して一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき 16 回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

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。

現 行	改定案
<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p>2 大規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p>

<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p>
---	---

医療安全対策の推進について

第1 基本的な考え方

1. 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、更なる普及が進むよう、評価を行う。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り組みの評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全使用のため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き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。

現 行	改定案
【医療安全対策加算】(入院初日) 50点	【医療安全対策加算】(入院初日) 1 医療安全対策加算 1 〇〇〇点 改 2 医療安全対策加算 2 〇〇〇点 新 [算定要件]

	<p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日1回） ○○○点 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>
--	--

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

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、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

薬剤管理指導料



医薬品安全性情報等管理体制加算 ○○○点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

3. 医療機器安全管理料の充実

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。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	〇〇〇点 ②改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	〇〇〇点 ②改

急性期の医療機関における入院患者の 重症度等の評価について

第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の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に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。



一般病棟看護必要度評価加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること
- ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を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に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生（支）局長に報告すること。

検体検査評価の充実について

第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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いる。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 〇〇〇点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ②当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査加算】 〇〇〇点/件（最大5件まで）⑨

安全な麻酔管理体制の評価

第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



麻酔管理料（Ⅱ）

1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）
2	全身麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）

[算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

[施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

医療療養病棟の評価に係る見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

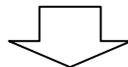
1. 療養病棟入院基本料の見直し

(1) 療養病棟入院基本料の再編成

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。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

- ① 看護職員及び看護補助者が20対1配置以上であること。
- ② 医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

(改定案) 療養病棟入院基本料 2

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

(2) データ提出の要件化

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。

2. 療養病床における後方病床機能の評価 [1 月 27 日提示済み]

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。

3. 経過措置の延長

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。

疾患別リハビリテーションの充実について

第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なリハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(I)(II)の評価を引き上げる。また、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。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) 100点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) <u>(1) (2)以外の場合 〇〇〇点</u> 改 <u>(2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点</u> 新</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) <u>(1) (2)以外の場合 〇〇〇点</u> 改 <u>(2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点</u> 新</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) <u>(1) (2)以外の場合 100点</u> 改 <u>(2) 廃用症候群の場合 100点</u> 新</p>

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、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。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 〇〇〇点^新</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 〇〇〇点^改</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点</p> <p>[運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の算 定要件]</p> <p>入院中の患者に対し、運動器リハビリ テーションを行った場合に算定する。</p> <p>[運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施 設基準]</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担当 する専任の常勤医師が1名以上配置 されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担当 する常勤の理学療法士、作業療法士 等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行う につき十分な施設を有しているこ と。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行う につき必要な機械、器具が具備され ていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1 単位につき)</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1 単位につき)</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</u> <u>なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u> 改</p>

2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】 (1 単位につき)</p> <p>30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】 (1 単位につき)</p> <p>〇〇〇点 改</p>

3. 維持期のリハビリテーションについて

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、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供すること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。

回復期等における充実した リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
 - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)

<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2)当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p>	<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 〇〇〇点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p><u>(2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3)当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割以上が重症の患者であること</u></p> <p>(4)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p>
<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 〇〇〇点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p><u>(2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

(2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、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。



休日リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

リハビリテーション充実加算（1日につき）〇〇〇点

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、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。



リハビリテーション提供体制加算（1日につき）〇〇〇点

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、平均週 16 単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改定案
<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であ</p>

<p>下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る</p> <p>(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p>	<p>ること。<u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が10%以上である場合は3割以下であること（最大60床まで）。</u> ㊦</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る</p> <p>(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、他医療機関の7対1入院基本料等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。</u> ㊦</p>
---	--

がん患者や難病患者に対する リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取り組みを評価する。〔p. 9再掲〕

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なリハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げを行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】</p> <p>(1日につき) 600点</p> <p>注2 難病患者リハビリテーション料を行なった場合に食事を提供した時は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】</p> <p>(1日につき) 〇〇〇点^改</p> <p><u>短期集中リハビリテーション実施加算</u></p> <p><u>(1日につき)</u>^新</p> <p><u>退院後1月以内</u> 〇〇〇点</p> <p><u>退院後1月を超え3月以内</u> 〇〇〇点</p>

ケアマネージャーとの連携の評価等について

第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネージャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について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。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 (入院中1回) 保険医療機関が、入院中の患者（<u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者</u>であって<u>介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る</u>）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

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師又は医師の指示を受けた看護師等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。〔p. 6再掲〕

カンサーボードについて

1. 概要

カンサーボードとは、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのことをいう。

「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成 20 年 3 月 1 日付け健発第 0301001 号厚生労働省健康局長通知) において、がん診療連携拠点病院の指定要件として、カンサーボードの設置及び定期的開催が位置づけられている。

2. カンサーボードの実施が要件として位置づけられている医療機関

がん診療連携拠点病院 (平成 21 年 4 月 1 日現在 375 病院)

3. 実際の活動内容 (「消化器カンサーボード」における事例)

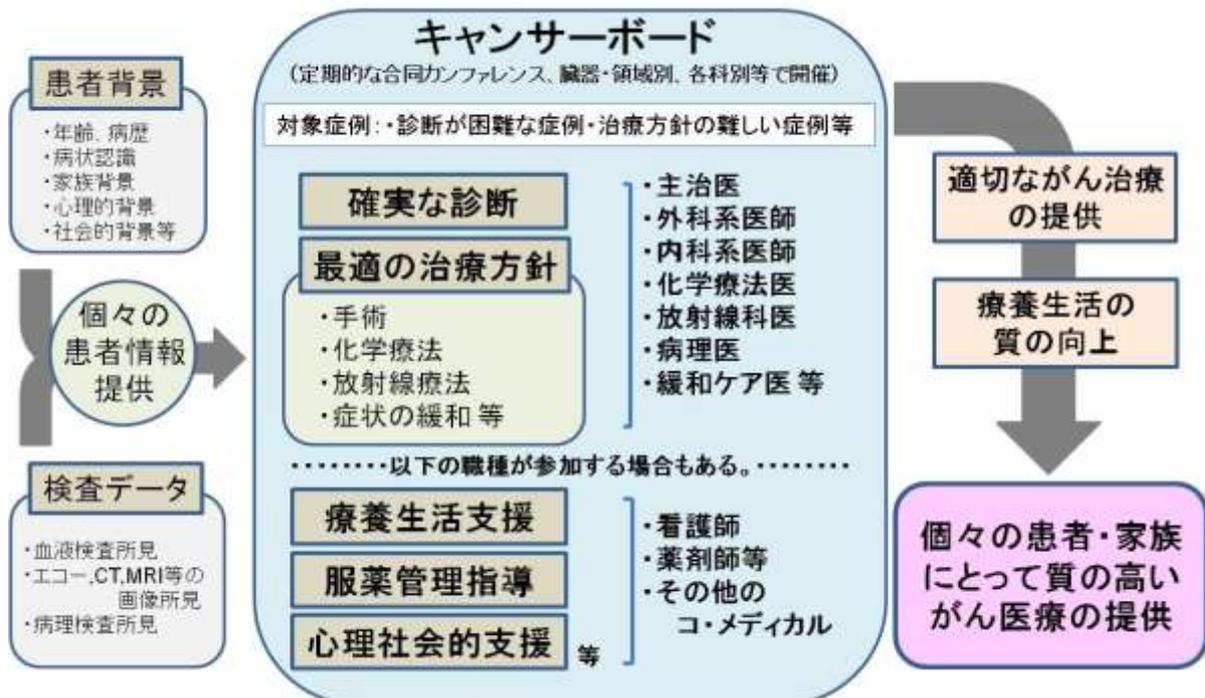
○参集メンバー: 消化器外科医、消化器内科医、化学療法医、放射線治療医、画像診断医、緩和ケア医、病理医、看護師、薬剤師 他

○開催頻度 : 2 回/週 ~ 1 回/2 ヶ月

○時間 : 15 分 ~ 2.5 時間

○検討症例 : 3 名 ~ 20 名程度の新規治療開始患者

○内容 : 新規治療開始患者の治療方針の決定及び経過報告を行う。



I. ボードによる治療成績の改善を示す学術論文

食道がんの5年生存率が10%から52%に改善した (*Dis Esophagus* (2006) 19(3):164- 71.)。

肺がんで化学療法実施率が高くなり、生存期間中央値が3.2ヶ月から6.6ヶ月に延長した (*British Journal of Cancer* (2005) 93, 977 – 978.)。

卵巣がんでボード開催が有意な予後因子である。 (*Br J Cancer* (1994) 70, 363- 370.)。

高率に治療方針が変更となるという文献も複数あり。例えば乳癌では52%で治療法変更 (*Cancer* (2006))。山形大学でも概ね20- 30%で治療法に変更が加えられている。

逆にいうとボードなしでは高い確率で不適切な治療が選択されるおそれがある。

Dis Esophagus. 2006;19(3):164-71.

Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer.

Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE, Lord I, Blackshaw GR, Hodzovic I, Thomas GV, Roberts SA, Crosby TD, Gent C, Allison MC, Shute K.

Gwent Healthcare NHS Trust, Royal Gwent Hospital, Newport, UK.

Comment in:

Dis Esophagus. 2006;19(6):417-8.

We aim to compare the outcomes of patients undergoing R0 esophagectomy by a multidisciplinary team (MDT) with outcomes after surgery alone performed by surgeons working independently in a UK cancer unit. An historical control group of 77 consecutive patients diagnosed with esophageal cancer and undergoing surgery with curative intent by six general surgeons between 1991 and 1997 (54 R0 esophagectomies) were compared with a group of 67 consecutive patients managed by the MDT between 1998 and 2003 (53 R0 esophagectomies, 26 patients received multimodal therapy). The proportion of patients undergoing open and closed laparotomy and thoracotomy decreased from 21% and 5%, respectively, in control patients, to 13% and 0% in MDT patients (chi2 = 11.90, DF = 1, P = 0.001; chi2 = 5.45, DF = 1, P = 0.02 respectively). MDT patients had lower operative mortality (5.7%vs. 26%; chi2 = 8.22, DF = 1, P = 0.004) than control patients, and were more likely to survive 5 years (52%vs. 10%, chi2 = 15.05, P = 0.0001). In a multivariate analysis, MDT management (HR = 0.337, 95% CI = 0.201-0.564, P < 0.001), lymph node metastases (HR = 1.728, 95% CI = 1.070-2.792, P = 0.025), and American Society of Anesthesiologists grade (HR = 2.207, 95% CI = 1.412-3.450, P = 0.001) were independently associated with duration of survival. Multidisciplinary team management and surgical subspecialization improved outcomes after surgery significantly for patients diagnosed with esophageal cancer.



An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer

LM Forrest¹, DC McMillan^{*,1}, CS McArdle¹ and DJ Dunlop²

¹University Department of Surgery, Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER, UK; ²Department of Medical Oncology, Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER, UK

Treatment and survival of patients with inoperable Non-small-cell lung cancer in 1997 ($n = 117$) and 2001 ($n = 126$), before and after the introduction of a multidisciplinary team, was examined in a single centre. There were no differences in age, sex and extent of deprivation between the two years. However, in 2001, 23% of patients received chemotherapy treatment compared with 7% in 1997 ($P < 0.001$). Median survival in 2001 was 6.6 months compared with 3.2 months in 1997 ($P < 0.001$).

British Journal of Cancer (2005) **93**, 977–978. doi:10.1038/sj.bjc.6602825 www.bjcancer.com

Published online 18 October 2005

© 2005 Cancer Research UK



Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters

E.J. Junor, D.J. Hole & C.R. Gillis

West of Scotland Cancer Surveillance Unit, Ruchill Hospital, Glasgow G20 9NB, UK.

Summary Differences in survival outcome for patients with ovarian cancer in Scotland led to an investigation of whether these differences were due to variation in presenting prognostic features or to the organisation and delivery of cancer services. A retrospective study of all 533 cases of ovarian cancer registered in Scotland in 1987 was carried out. After adjustment for age, stage, pathology, degree of differentiation and presence of ascites, survival improved when patients (1) were first seen by a gynaecologist ($P < 0.05$); (2) were operated on by a gynaecologist ($P < 0.05$); (3) had residual disease of less than 2 cm post-operatively ($P < 0.001$); (4) were prescribed platinum chemotherapy ($P < 0.05$); and (5) were referred to a joint clinic ($P < 0.001$). When gynaecologists operated the likelihood of smaller residual disease increased ($P < 0.001$). The improved survival from management by a multidisciplinary team at a joint clinic was not solely due to the prescription of platinum chemotherapy. The results of this study support the contents of the 1991 Department of Health report on present acceptable practice in the management of ovarian cancer, circulated to gynaecologists and surgeons in Scotland in 1992. The new finding that in a common cancer management by a multidisciplinary team at a joint clinic directly affects survival requires urgent attention.



Changes in Surgical Management Resulting From Case Review at a Breast Cancer Multidisciplinary Tumor Board

Erika A. Newman, MD¹
Amy B. Guest, MD²
Mark A. Helvie, MD²
Marilyn A Roubidoux, MD²
Alfred E. Chang, MD¹
Celina G. Kleer, MD³
Kathleen M. Diehl, MD¹
Vincent M. Cimmino, MD¹
Lori Pierce, MD⁴
Daniel Hayes, MD⁵
Lisa A. Newman, MD¹
Michael S. Sabel, MD¹

¹ Department of Surgery, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, Michigan.

² Department of Radiology, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, Michigan.

³ Department of Pathology, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, Michigan.

⁴ Department of Radiation Oncology, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, Michigan.

⁵ Department of Medical Oncology, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, Michigan.

BACKGROUND. The treatment of breast cancer requires a multidisciplinary approach, and patients are often referred to a multidisciplinary cancer clinic. The purpose of the current study was to evaluate the impact of this approach on the surgical management of breast cancer.

METHODS. The medical records of 149 consecutive patients referred to a multidisciplinary breast cancer clinic over a 1-year period with a diagnosis of breast cancer were reviewed retrospectively for alterations in radiologic, pathologic, surgical, and medical interpretations and the effect that these alterations had on recommendations for surgical management.

RESULTS. A review of the imaging studies resulted in changes in interpretations in 67 of the 149 patients studied (45%). This resulted in a change in surgical management in 11% of patients. Review of the pathology resulted in changes in the interpretation for 43 of the 149 patients (29%). Thirteen patients (9%) had surgical management changes made solely as a result of pathologic reinterpretation. In 51 patients (34%), a change in surgical management was recommended after discussion with the surgeons, medical oncologists, and radiation oncologists that was not based on reinterpretation of the radiologic or pathologic findings. Overall, a second evaluation of patients referred to a multidisciplinary tumor board led to changes in the recommendations for surgical management in 77 of 149 of those patients studied (52%).

CONCLUSIONS. The changes in management stemmed from differences in mammographic interpretation, pathologic interpretation, and evaluation by medical and radiation oncologists and surgical breast specialists. Multidisciplinary review can provide patients with useful additional information when making difficult treatment decisions. *Cancer* 2006;107:2346–51. © 2006 American Cancer Society.



II. がん化学療法、放射線治療の実施率 (欧米との比較) データ2枚・まとめ

(資料)日本において、がん患者における放射線治療の実施率は欧米と比較して著しく低くなっている(欧米は60%前後、日本はわずか25%)。

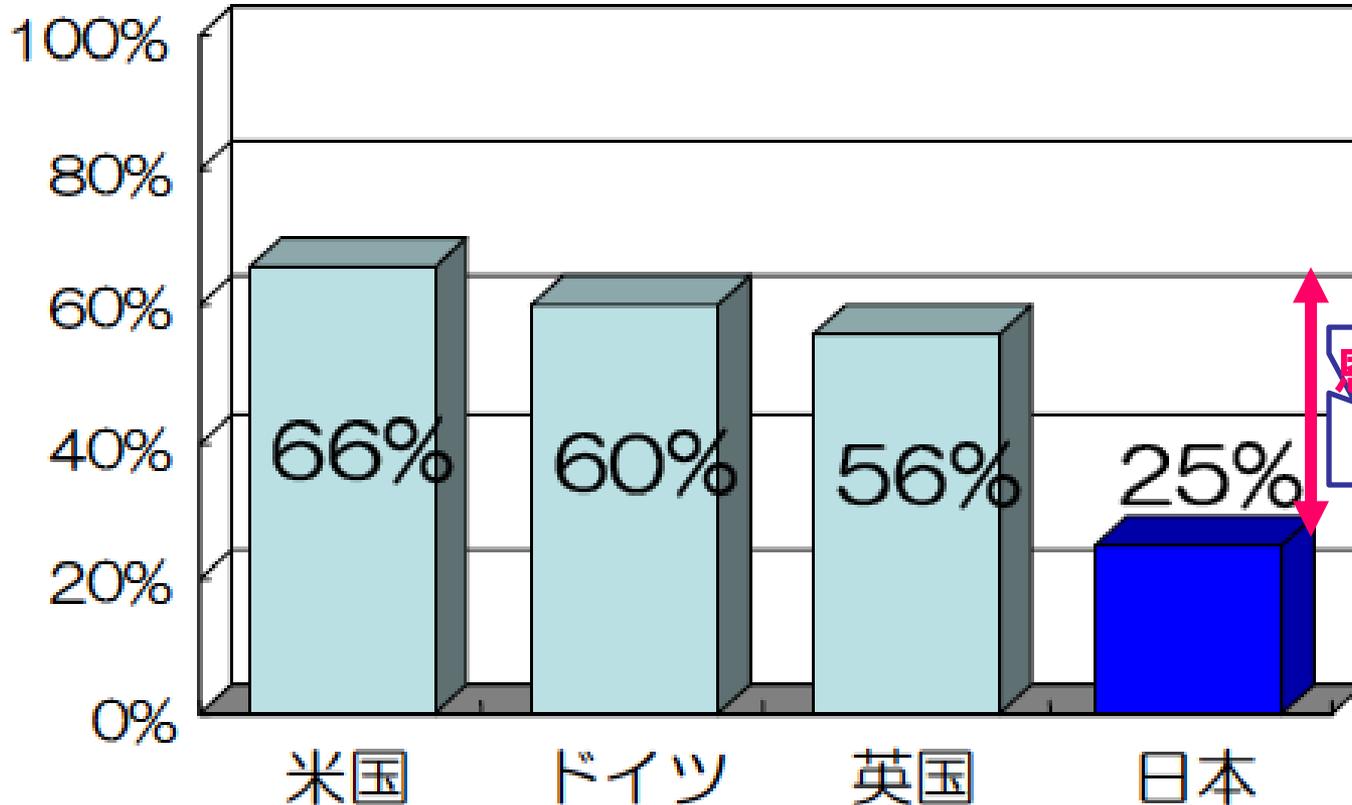
(資料)また、県別に放射線治療の実施率をしらべると2倍の開きがある。トップの東京ですら30%少々と欧米の半分

！ 抗がん剤の使い方の差の国際比較データは、日本の抗がん剤の使い方が施設ごとにあまりにバラバラなためデータがとれていない。

！ 抗がん剤の使用率は高いが、化学療法を専門とする腫瘍内科医は米国の約1%しかおらず、必ずしも適正な使用がなされてこなかった(資料 参照)

資料 ・ がんへの放射線治療適用率

がん患者のうち放射線治療(併用も含む)を実施している患者数



恩恵を得ない患者の存在

出典) 第3回がん対策推進協議会における中川恵一委員(東京大学)からの提出資料をもとに作成 7 厚生労働省HP Yamagata University T. Kayama



治療を受ける患者は増えているが……

放射線治療の地域間格差は約2倍

資料

2005年に新しく放射線治療を受けたがん患者数は約16万2000人との推定値が報告された。2003年の新規放射線治療患者数に比べて、2年間で1万人以上増加したことになる。また、継続して放射線治療を受けている患者も含めると、2005年には約19万8000人が放射線治療を受けていたと推定された。

しかし、「同じ日本国内でも、地域により放射線治療を受けている患者に大きなばらつきが存在していることが明らかになった。がん治療均てん化のためにも、この地域間格差は改善する必要がある」というのは、山形大学医学部がん臨床センターセンター長の根本健二氏。

東京	32.6	徳島	21.9	山形	19.4
北海道	28.4	大分	21.7	長野	19.4
鳥取	27.7	和歌山	21.5	岐阜	19.3
石川	27.4	新潟	21.5	香川	19
広島	27.4	熊本	21.3	佐賀	18.6
宮城	26.9	千葉	21.2	鹿児島	18.6
群馬	26.8	岡山	21.1	三重	17.8
栃木	26.2	山梨	21	青森	17.8
静岡	25.7	愛媛	20.9	沖縄	17.8
福岡	24.9	島根	20.8	滋賀	17.7
兵庫	24.7	愛知	20.8	福島	17.4
奈良	24.6	長崎	20.7	茨城	17.3
大阪	23.4	京都	20.6	埼玉	15.5
神奈川	23.1	高知	20.5		
宮崎	22.9	山口	20.3		
秋田	22.4	福井	19.9		
富山	22.4	岩手	19.7		

日経メディカルオンライン

http://cancernavi.nikkeibp.co.jp/report/0424_radiology.html



III. 米国において(化学療法、放射線治療の実施によって)がん治療の予後が改善している(日本では改善していない)データ3枚・まとめ

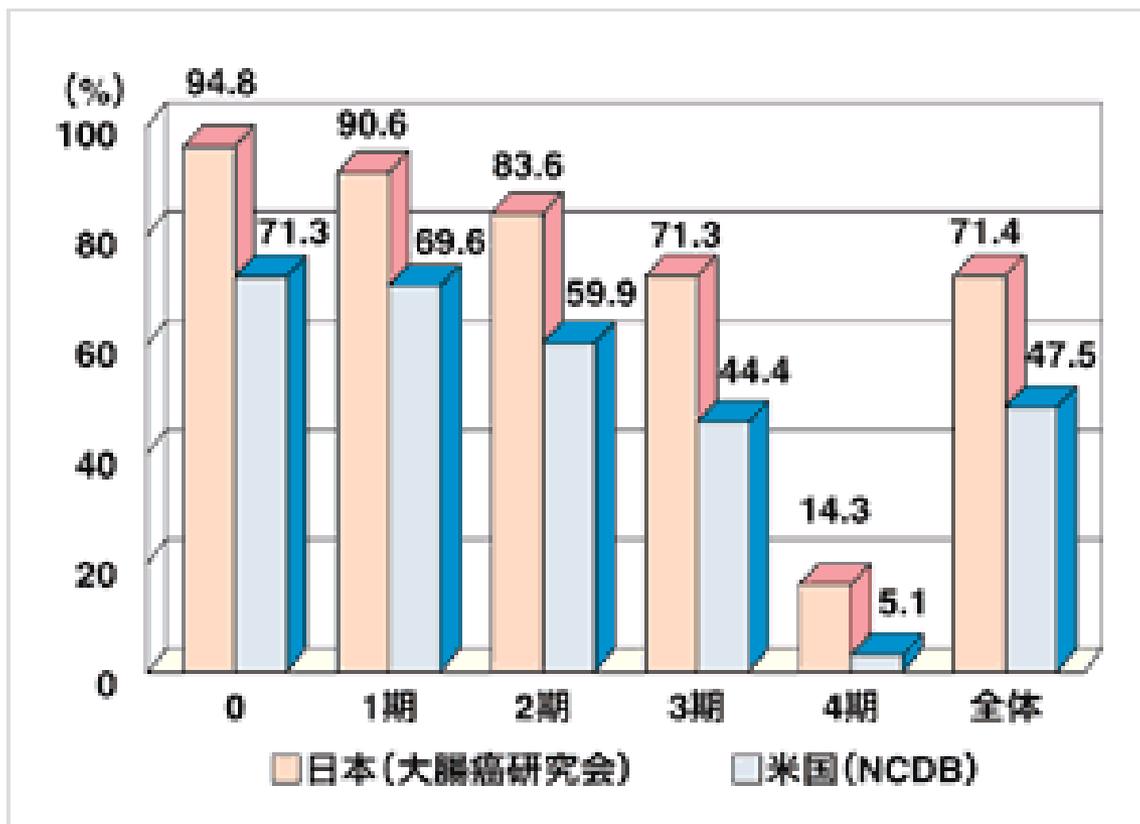
(資料)大腸癌の手術成績は日本の外科医の技術が良好なこともあり、米国にくらべて大変優れている

(資料)ところが国別の大腸がんの治療成績で日本は米国と同程度

その背景には手術が行われなかった大腸がんの治療成績が米国と比べて劣っていること、つまり抗がん剤の使い方で劣っていた可能性がきわめて高い

(資料)また、手術が主体の消化器癌などは日本の成績は良好であるものの、抗がん剤や放射線の使い方が重要な疾患(直腸癌、乳癌、前立腺癌、リンパ腫、白血病など)では日本の成績が劣っており、年度別の治療成績の改善の度合いも小さい。

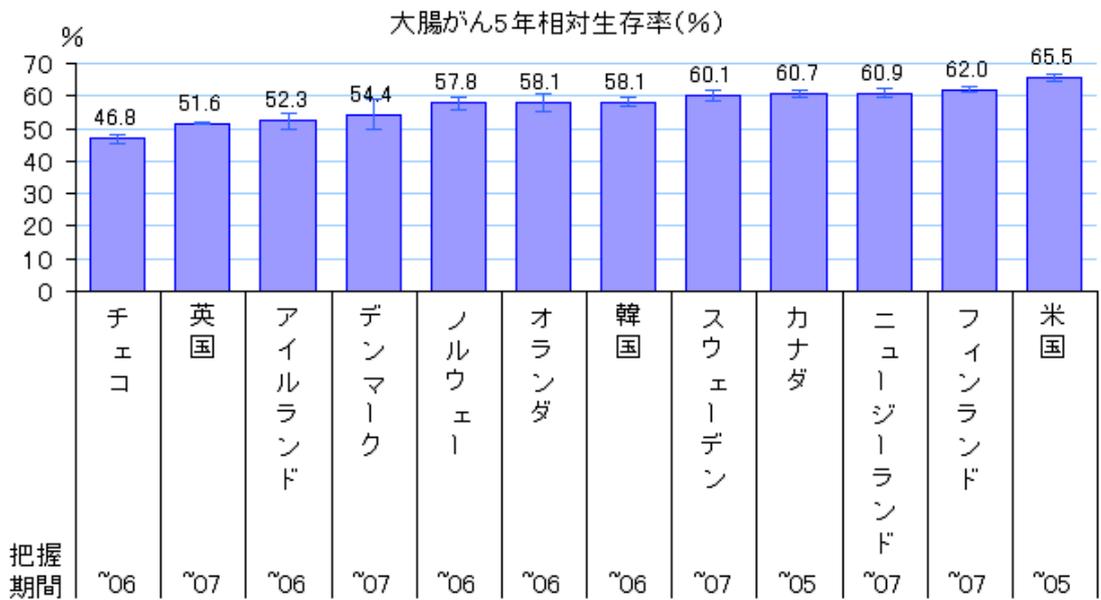
資料 ・ 大腸がん手術成績の日米比較 (5年生存率)



NCDB: National Cancer Database

大腸がんの手術成績は、圧倒的に日本が良好だが.....

資料



5年生存率は、
ずばぬけてはいない



非手術例の化学療法の使
い方が遅れているのが要
因と考えられる。
特に標準的抗がん剤治療
が行われていなかったこ
とが大きいと考えられてい
る

(注) OECD HCQI(保健医療品質指標)データ2009による。生存率は国際がん生存標準人口の年齢構成を基に調整されている。95%信頼区間はHで示されている。把握期間「~07」は「2002~2007年」を示す。

日本のがん5年相対生存率の把握例(%)

	乳がん	結腸がん	直腸がん	診断年
全がん協	87.3	74.6	73.7	1997-2000年初回入院治療症例
地域がん登録(6登録)	85.5	68.9	65.2	1997~99年診断例
大阪府	83.6	56.3	53.5	2000年診断例
同上(大阪市を除く)	82.9	56.4	53.8	2000年診断例

(注) 全がん協: 全国がん(成人病)センター協議会(国立病院・国立がんセンター、県立中央病院・がんセンターの32病院)

地域がん登録: 6府県(宮城、山形、新潟、福井、大阪、長崎)の実績

大阪府: 大阪府下医療機関の地域がん登録事業による結果

(資料) 全がん協、財団法人がん研究振興財団「がんの統計」、大阪府健康福祉部・大阪府医師会・大阪府成人病センター『大阪府におけるがん登録』

(OECDには、日本のデータが無いため参考に掲載)



資料 ・がんの治療成績の推移(日米比較)

5年相対生存率	日本 93年	日本 03年	米国 93年	米国 03年
全部位	36.9 (%)	40.6	52.0	62.4
食道	12	18	8	13
胃	39	47	15	21
直腸	42	53	54	61
膵臓	2	4	2	4
肺	10	13	13	14
乳房	78	79	77	86
前立腺	51	52	74	97
悪性リンパ腫	29	37	51	53
白血病	20	27	35	47

- 聖路加国際病院 鹿間直人
- がんの統計'03およびSEERのデータから

がん登録について

1. 概要

がん登録とは、がん患者について、診断、治療及びその後の転帰に関する情報を収集し、保管、整理、解析する仕組みのことを言う。

がん対策の企画立案や評価に際して、その基礎となるデータの把握・提供等をするためにがん登録は必要な制度であることから、がん対策基本法の附帯決議においては、「院内がん登録制度、地域がん登録制度の更なる推進と登録精度の向上並びに個人情報の保護を徹底するための措置について、(中略) 所要の措置を講ずること」とされ、また、がん対策推進基本計画においても、「重点的に取り組むべき課題」の一つとして位置づけられているところ。

2. がん登録の種類

- ① 地域がん登録：都道府県等が主体となり、管内のがんの状況を把握。地域のがん患者の発生状況等の把握を通じて、罹患、地域較差等を評価。
- ② 院内がん登録：医療機関が院内のがんに関するデータを把握。個々の医療機関におけるがん診療実態等を評価。
- ③ 臓器がん登録：学会等が主体となって臓器別のがんに関するデータを収集。病期分類、診断、治療等を評価。

3. 地域がん登録について

地域がん登録実施地方公共団体は以下の35道府県1市となっている。

地域がん登録を実施している地方公共団体

○ 実施 35道府県1市

(北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、岐阜県、愛知県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、鳥取県、岡山県、広島県、広島市、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県、沖縄県)

(平成21年12月現在)

- : 地域がん登録事業実施県
- : 地域がん登録事業未実施県



地域がん登録により登録されたがん罹患数(2004)は315,263件

4. 院内がん登録について

全国集計で年間約 33 万件の情報を収集（がん診療連携拠点病院院内がん登録 2007 年全国集計報告書）

がん診療連携拠点病院における院内がん登録実務者の経費等については、現在、がん診療連携拠点病院機能強化事業として国からの補助を行っている。

<参考>

○がん対策基本法附帯決議（平成 18 年 6 月参議院厚生労働委員会）

「院内がん登録制度、地域がん登録制度の更なる推進と登録制度の向上並びに個人情報の保護を徹底するための措置について、本法成立後、検討を行い、所要の措置を講ずること」

○がん対策推進基本計画（平成 19 年 6 月閣議決定）

「がん登録はがん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの罹患率及び生存率など、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対して科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものである。」

審議会等の委員手当額(いわゆる謝金)

	手当額
会長	29,700円
公益委員	27,200円
一号・二号側、専門委員	20,200円

- ※ 審議会等とは、国家行政組織法第8条並びに内閣府設置法第37条及び第54条の審議会等をいい、中央社会保険医療協議会は、これに該当する。
- ※ 委員手当は、中医協開催の1日につき1回支払う。
- ※ 委員手当は、国家公務員が公務として出席する場合は支給しない。また、委員手当の受取を辞退している委員がいる。
- ※ 国家公務員等の旅費に関する法律に基づき、一部の委員に旅費、日当(雑費)、必要に応じて宿泊費を支給している。

四病院団体協議会 「看護基準に関する緊急アンケート」報告

四病院団体協議会

(社)日本病院会・(社)全日本病院協会・(社)日本医療法人協会・(社)日本精神科病院協会

2010年1月29日

1

看護基準に関する緊急アンケート まとめ①

本アンケートは四病院団体協議会(日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会)の会員病院の中から無作為に抽出した496病院を対象に実施した。

平成22年1月19日～21日の3日間の調査期間にもかかわらず411病院から回答があった。(回答率82.9%)

回答者は、看護部長・師長もしくは看護職員配置責任者であり、回答率の高さは、現在の看護基準における月平均夜勤72時間規制に対する何らかの改善を望む現場の声であると考え。

1. 看護師の就労の現状について

- 「看護師の充足状況」については、71.8%が大いに不足もしくは不足と回答
- 「看護師求人の反応」については、82.9%が極めて悪いもしくは悪いと回答
➢ 看護師の充足については、多くの病院が不足しており、採用については厳しいと答えている。

2. 看護基準における夜勤平均72時間規制及びその影響について

- 「毎月行う夜勤72時間の勤務調整」については、71.1%が、極めて困難もしくは困難と回答
- 「72時間規制後の夜勤状況」については、71.1%がとても厳しくなったもしくは厳しくなったと回答
- 「医療安全への寄与」については、71.5%が、逆効果もしくは効果はないと回答
➢ 月平均夜勤72時間規制による勤務調整は難しく、また夜勤状況も厳しくなったと感じている。

看護基準に関する緊急アンケート まとめ②

3. 今後の看護基準について(複数回答)

- 「柔軟な勤務体系にできることが望ましい」を希望する回答は73.5%
- 「現行より緩やかな規制が望ましい」が62.8%
- 「現行の基準が適当」は11.7%及び「月平均時間はもっと短縮すべき」が6.8%
 >現場では月平均夜勤72時間規制に対する緩和を求める声大きいことがわかる。

4. 設立主体別(国公立・公的)

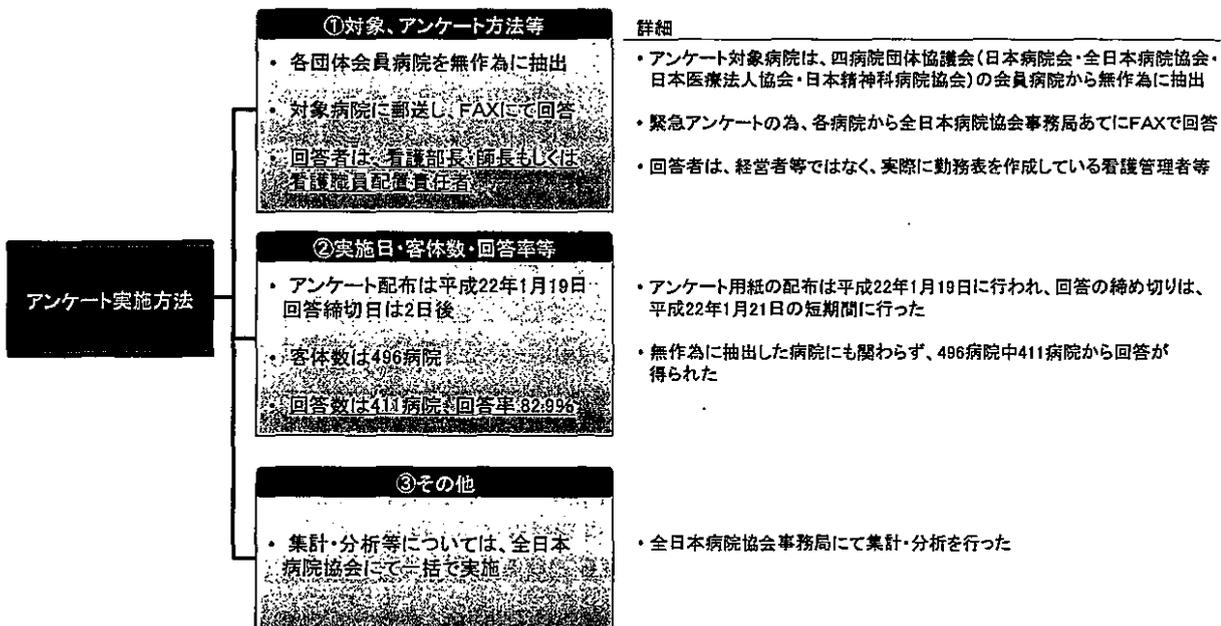
- 「毎月行う夜勤72時間の勤務調整」について、「困難」と回答している割合が41.9%と全体回答62.8%より20ポイント程度低い
- 「72時間規制後の夜勤状況」については、「厳しくなった」と回答している割合が34.9%と全体回答62.8%より28ポイント程度低い
 >国公立・公的病院は他の設置主体より、月平均夜勤72時間規制に困っていない状況が伺える。

5. 病床規模別

- 「毎月行う夜勤72時間の勤務調整」について、「199床以下」は「200床以上」より、「極めて困難」及び「困難」と回答している割合が8ポイント程度低い
- 「72時間規制後の夜勤状況」については、「とても厳しくなった」及び「厳しくなった」と回答している割合が10ポイント程度低い
 >病床規模が小さいほど苦勞している状況が伺える。

無作為抽出、短期間にて実施したアンケートであったが、80%を超える回答が得られた・・・関心の高さが伺える

アンケートの実施方法



調査票の項目は、以下の通り

アンケート内容

I. 属性について

1. 所在地 ()都道府県
2. 設立主体 ①国公立 ②公的 ③医療法人 ④個人 ⑤その他
3. 病床種別 一般病院 _____床 療養病床 _____床 精神病床 _____床 全病床計 _____床

II. 算定している看護基準をお教え下さい

- 一般病床 ①7:1 ②10:1 ③13:1 ④15:1
療養病床 ⑤20:1 ⑥25:1
精神病床 ⑦10:1 ⑧15:1 ⑨18:1 ⑩20:1

III. 看護師(准看護師除く)就労の現状についてお答えください

1. 看護師の充足度合はいかがですか ①大いに不足 ②不足 ③充足 ④十分充足
2. 看護師求人への反応はいかがですか ①極めて悪い ②悪い ③良好 ④極めて良好

IV. 夜勤平均72時間規制についてお答えください

1. 毎月行う夜勤72時間の勤務調整はいかがですか ①極めて困難 ②困難 ③容易 ④極めて容易
2. 72時間規制後、夜勤の状況はどう変化しましたか ①とても厳しくなった ②厳しくなった ③楽になった ④とても楽になった
3. 72時間規制は医療安全に寄与しましたか ①逆効果である ②効果はない ③寄与した ④大いに寄与した

V. 今後の看護基準はどのようにすべきだと考えますか(複数回答可)

- ①看護師個々のライフスタイルに適した柔軟な勤務体系にできることが望ましい
- ②現行より緩やかな規制が望ましい
- ③現行の基準が適当である
- ④月夜勤平均時間は、もっと短縮すべきである

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

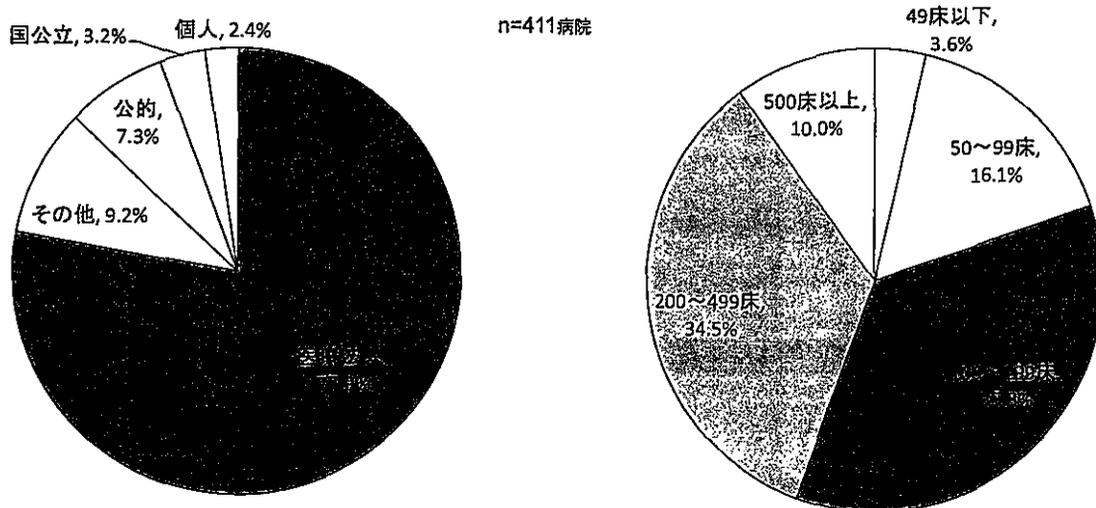
5

アンケート結果

6

設立母体の約8割は医療法人であり、病床規模は100～199床と200～499床未満で全体の約7割を占める

設立母体・病床規模

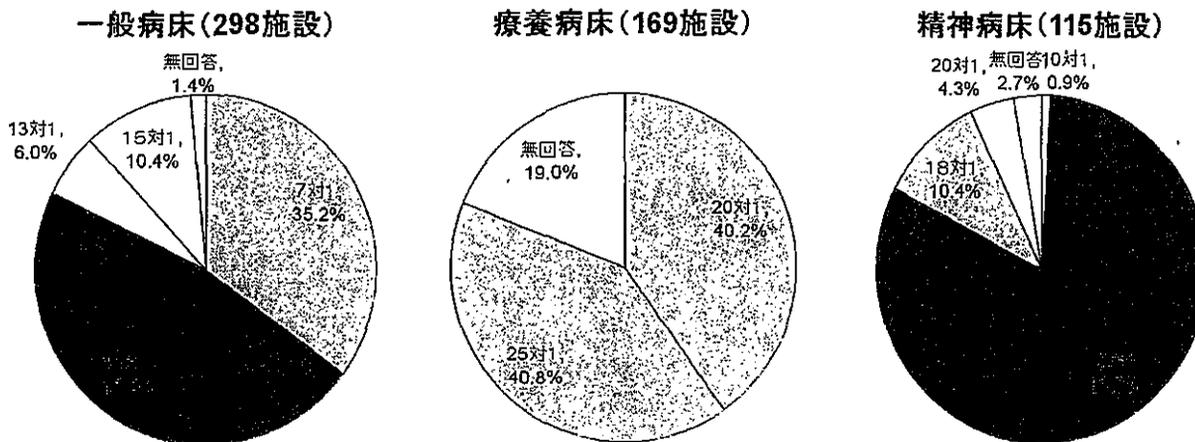


四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

7

一般病床では、7対1及び10対1が8割強、療養病床では、20対1と25対1は約4割ずつとほぼ同じ、精神病床では15対1が全体の8割強であった

病床種別・看護基準



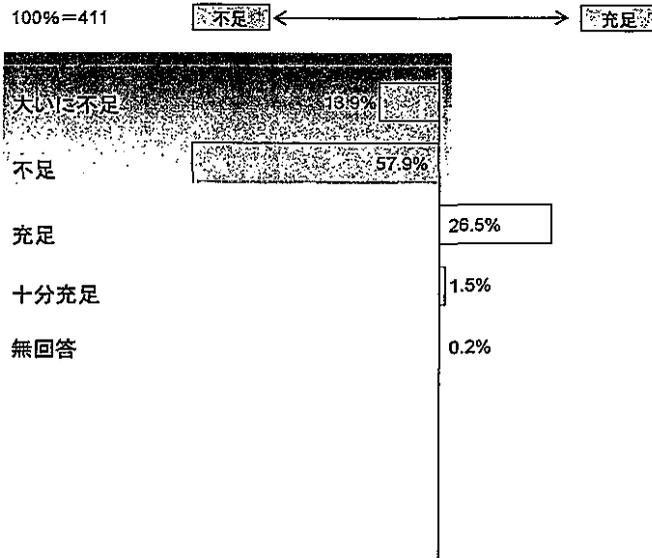
* 複合でそれぞれの病床を持つ病院があるため、施設数の合計と回答病院数の合計は一致しない
 * 無回答の多くは特定入院料を算定している病床

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

8

全体の約70%が、看護師は大いに不足または不足と回答している

看護師の充足度

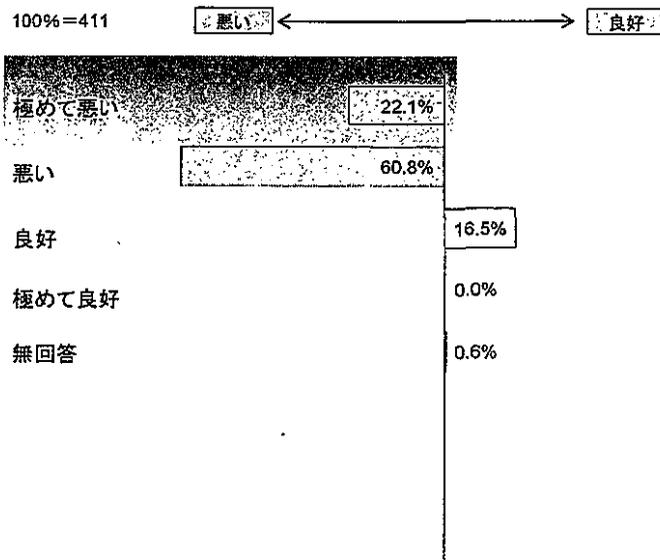


四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

9

全体の8割強が、看護師求人への反応が極めて悪いもしくは悪いと回答している

看護師求人への反応

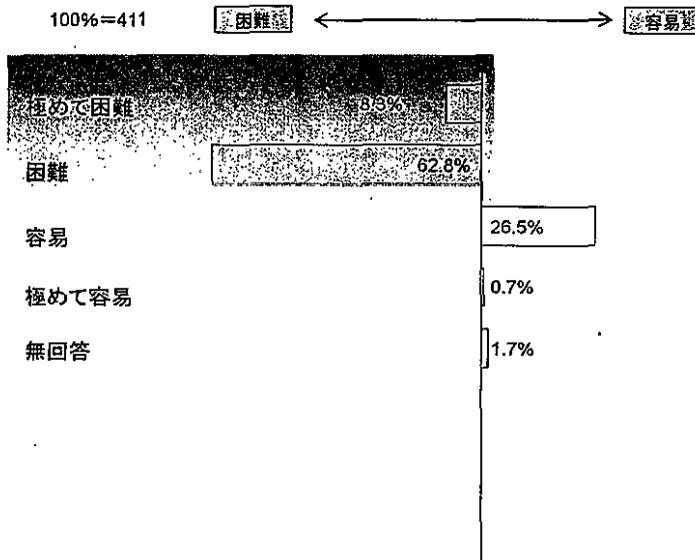


四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

10

全体の7割強が、夜勤調整は極めて困難もしくは困難と回答している

夜勤72時間の勤務調整



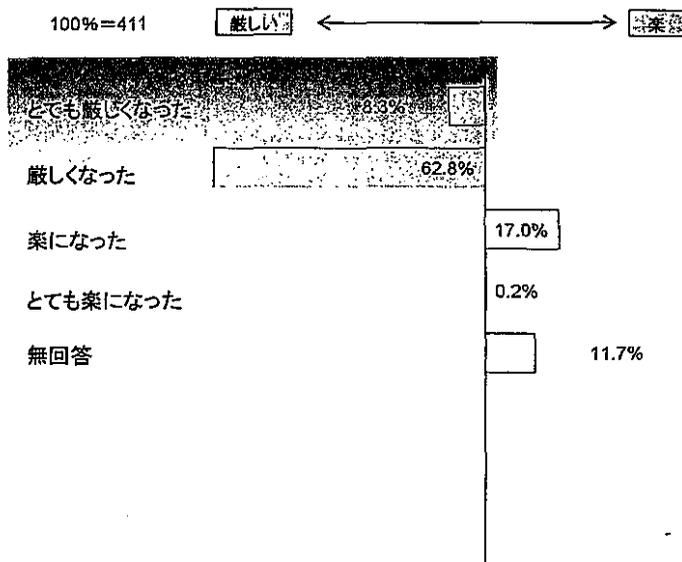
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

10

11

全体の7割強が、72時間規制後の夜勤状況はとてもしんどくなったもしくは厳しくなったと回答している

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化



※無回答のうち6割強は、「変わらない」と回答している

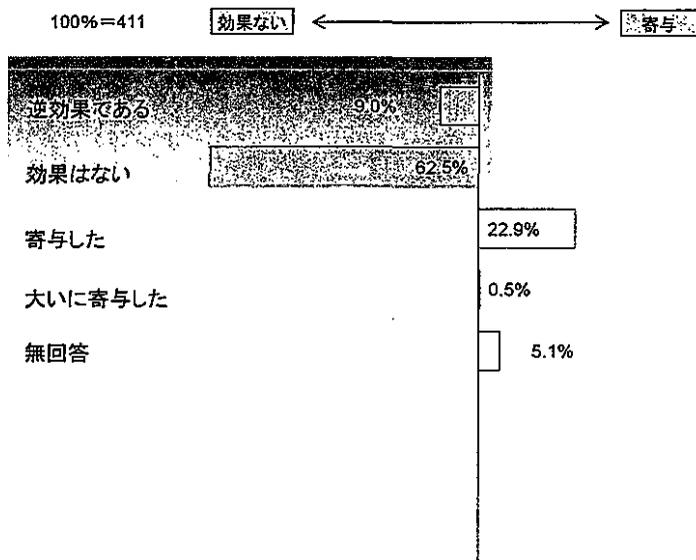
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

11

12

全体の7割強が、夜勤72時間規制後の医療安全への寄与は、逆効果もしくは効果はないと回答している

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)



※無回答のうち半数は、「変わらない」と回答している

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約7割が柔軟な勤務体系を望む、約6割が現行より緩やかな規制を望むと回答している

今後の看護基準について

100%=411

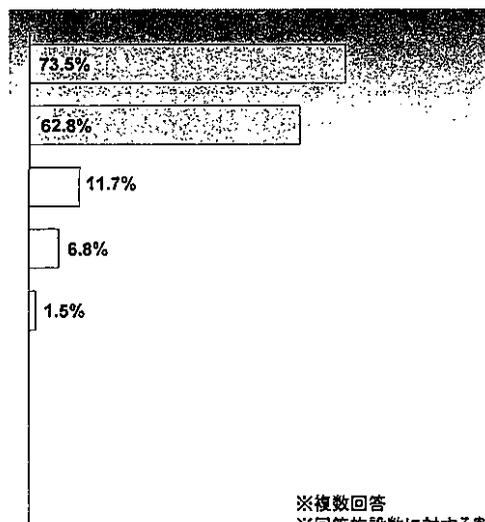
柔軟な勤務体系にできることが望ましい

現行より緩やかな規制が望ましい

現行の基準が適当

月平均夜勤時間はもっと短縮すべき

無回答



※複数回答
※回答施設数に対する割合

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

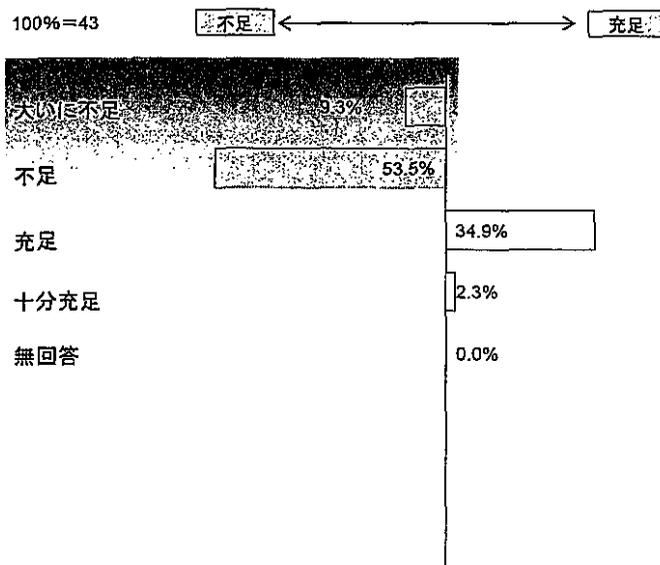
アンケート結果 設立主体別 (再掲)

15

全調査と比較すると、「大いに不足」と答えている率は低く、「充足」と答えている率は少し高い

看護師の充足度

国公立・公的



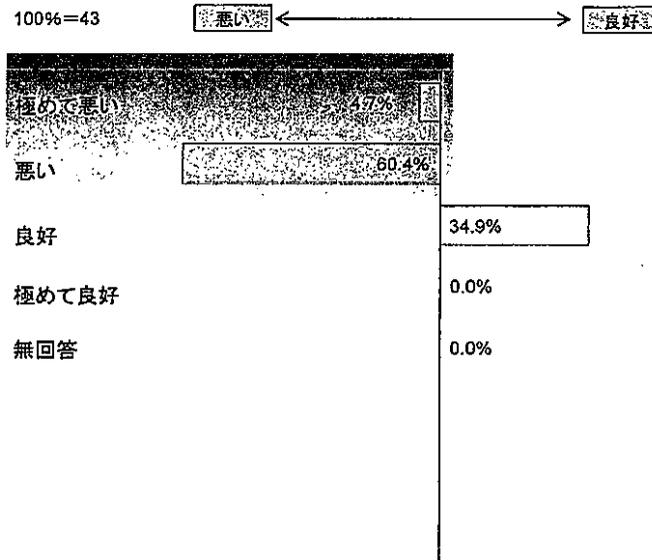
全体回答	
大いに不足	13.9%
不足	57.9%
充足	26.5%
十分充足	1.5%
無回答	0.2%

16

全調査と比較すると「極めて悪い」は少ない。また「良好」と答えている率はかなり高い

看護師求人の反応

国公立・公的



全体回答	
極めて悪い	22.1%
悪い	60.8%
良好	16.5%
極めて良好	0.0%
無回答	0.5%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

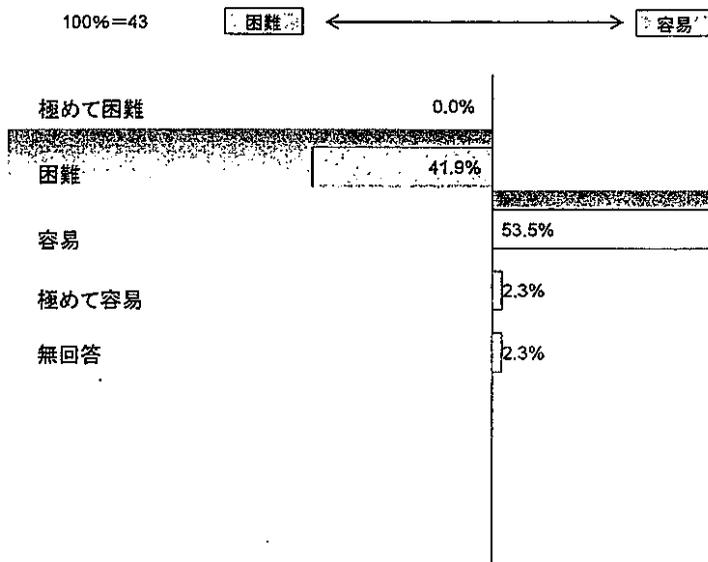
16

17

「困難」と答えているところと、「容易」と答えているところが2分されている・・・全調査と比較すると「容易」と答えている率が高い

夜勤72時間の勤務調整

国公立・公的



全体回答	
極めて困難	8.3%
困難	62.8%
容易	26.5%
極めて容易	0.7%
無回答	1.7%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

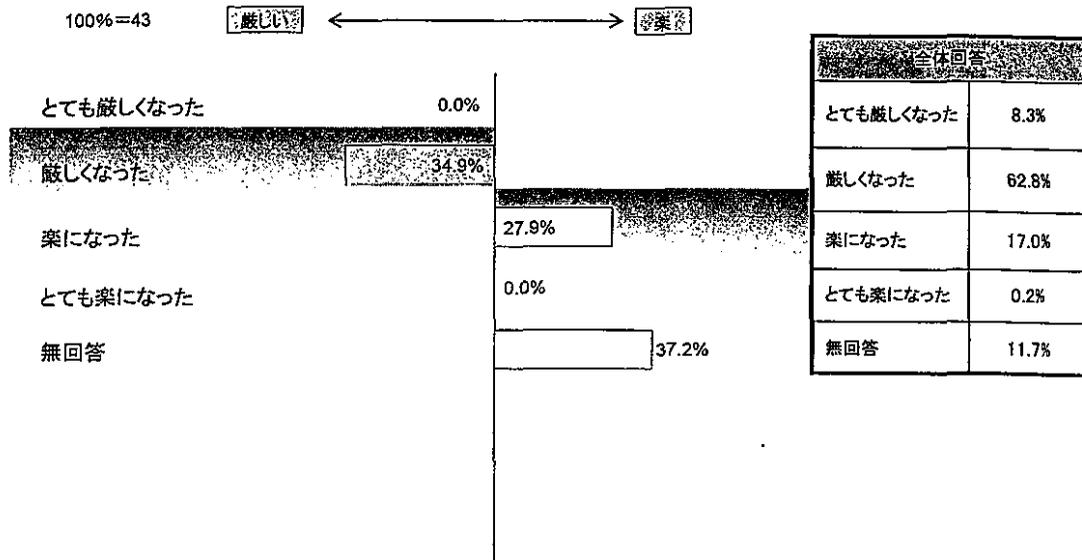
17

18

全調査と比較すると、「厳しくなった」と回答している比率は低く、逆に「楽になった」と答えている率が高い

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化

国公立・公的

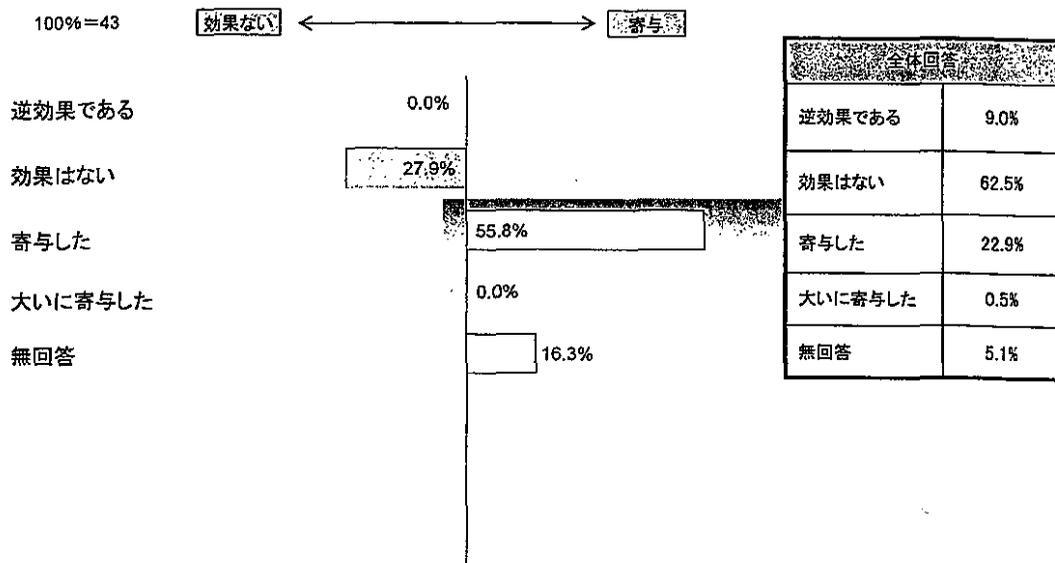


※無回答のうちのほとんどは、「変わらない」と回答している
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

過半数が、夜勤72時間規制後は、医療安全へ寄与したと答えている・・・全調査と比較すると「寄与した」と回答している割合が高い

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)

国公立・公的



※無回答のうち約5割は、「変わらない」と回答している
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

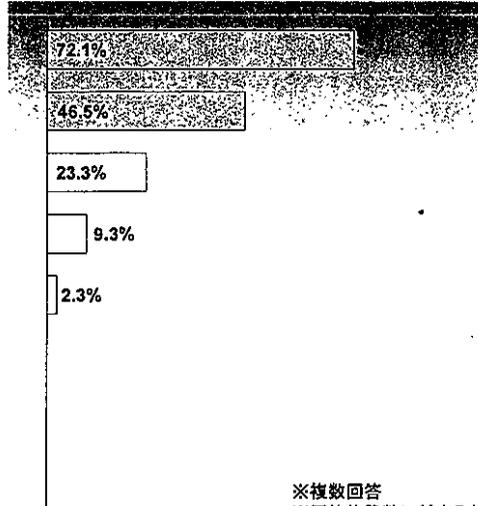
7割強が柔軟な勤務体系を望む、5割弱が現行より緩やかな規制を望むと回答している

今後の看護基準について

国公立・公的

100%=43

- 柔軟な勤務体系にできることが望ましい
- 現行より緩やかな規制が望ましい
- 現行の基準が適当
- 月平均夜勤時間はもっと短縮すべき
- 無回答



※複数回答
※回答施設数に対する割合

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

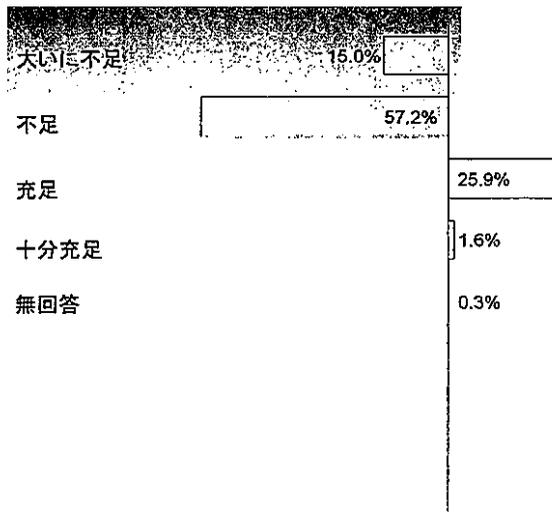
約7割が、看護師は大いに不足または不足と回答している

看護師の充足度

医療法人

100%=320

不足 ← → 充足



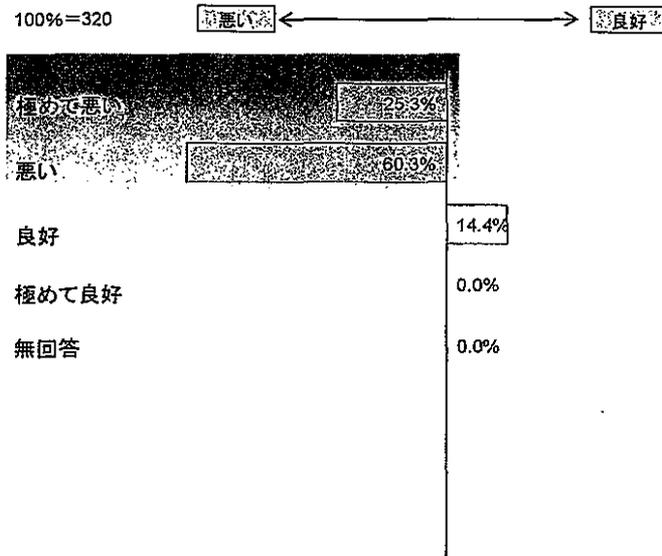
全体回答	
大いに不足	13.9%
不足	57.9%
充足	26.5%
十分充足	1.5%
無回答	0.2%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約85%が、看護師求人の反応が極めて悪いもしくは悪いと回答している

看護師求人の反応

医療法人



全体回答	
極めて悪い	22.1%
悪い	60.8%
良好	16.5%
極めて良好	0.0%
無回答	0.5%

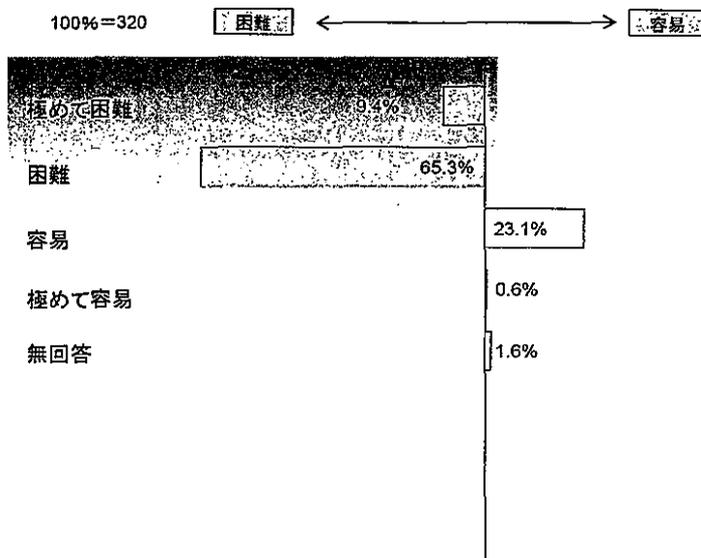
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

23

約75%が、夜勤調整は極めて困難もしくは困難と回答している

夜勤72時間の勤務調整

医療法人



全体回答	
極めて困難	8.3%
困難	62.8%
容易	26.5%
極めて容易	0.7%
無回答	1.7%

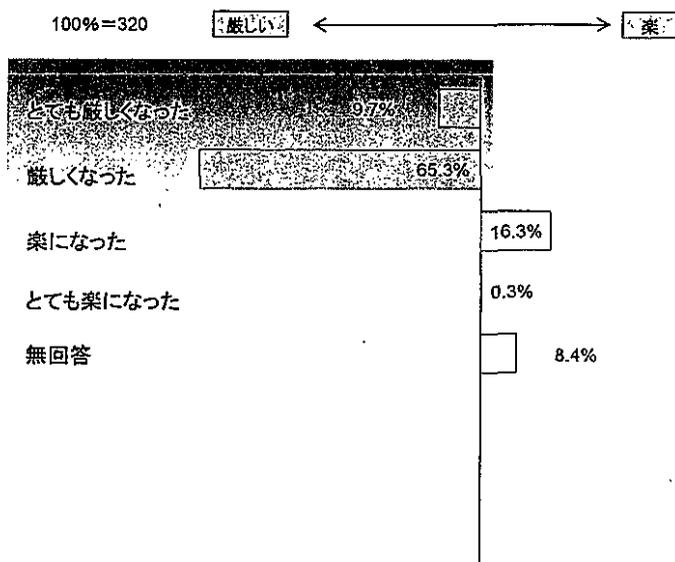
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

24

75%が、72時間規制後の夜勤状況はとて厳しくなったもしくは厳しくなったと回答している

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化

医療法人



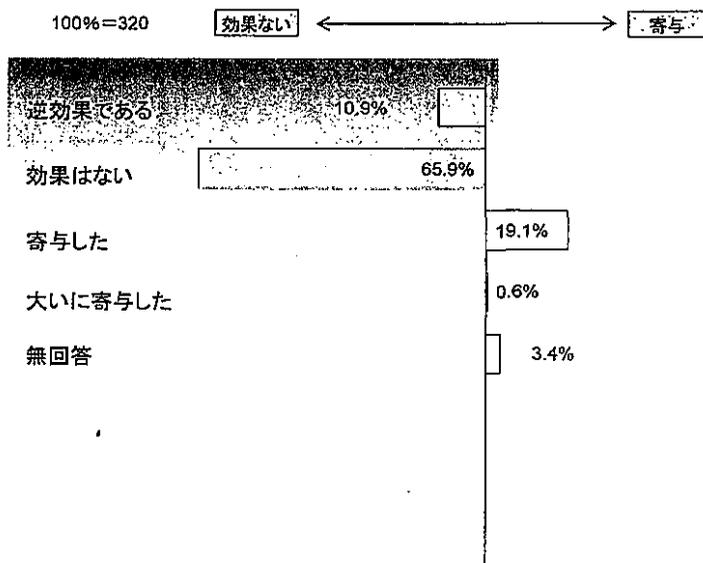
全体回答	
とても厳しくなった	8.3%
厳しくなった	62.8%
楽になった	17.0%
とても楽になった	0.2%
無回答	11.7%

※無回答のうち約6割は、「変わらない」と回答している
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

75%強が、夜勤72時間規制後の医療安全への寄与は、逆効果もしくは効果はないと回答している

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)

医療法人



全体回答	
逆効果である	9.0%
効果はない	62.5%
寄与した	22.9%
大いに寄与した	0.5%
無回答	5.1%

※無回答のうち約4割は、「変わらない」と回答している
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

7割強が柔軟な勤務体系を望む、7割弱が現行より緩やかな規制を望むと回答している

今後の看護基準について

医療法人

100%=320

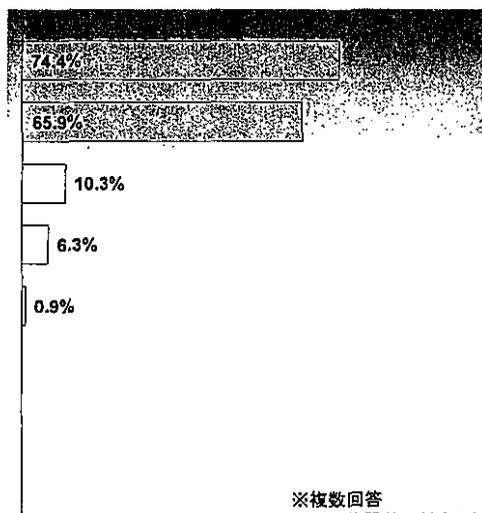
柔軟な勤務体系にできることが望ましい

現行より緩やかな規制が望ましい

現行の基準が適当

月平均夜勤時間はもっと短縮すべき

無回答



※複数回答
※回答施設数に対する割合

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

26

27

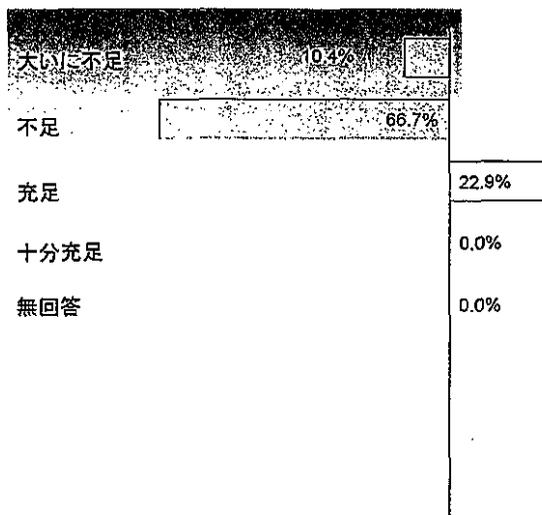
約8割が、看護師は大いに不足または不足と回答している…全調査より高い

看護師の充足度

個人・その他

100%=48

不足 ← → 充足



全体回答	
大いに不足	13.9%
不足	57.9%
充足	26.5%
十分充足	1.5%
無回答	0.2%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

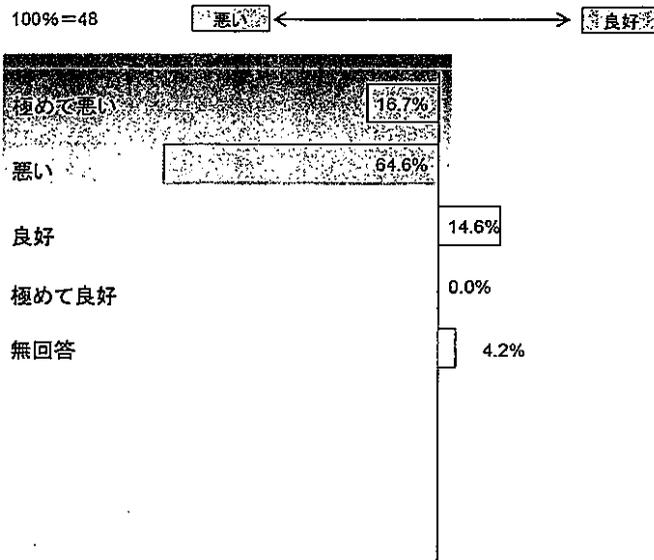
27

28

約8割強が、看護師求人への反応が極めて悪いもしくは悪いと回答している・・・全調査より高い

看護師求人への反応

個人・その他



全体回答	
極めて悪い	22.1%
悪い	60.8%
良好	16.5%
極めて良好	0.0%
無回答	0.5%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

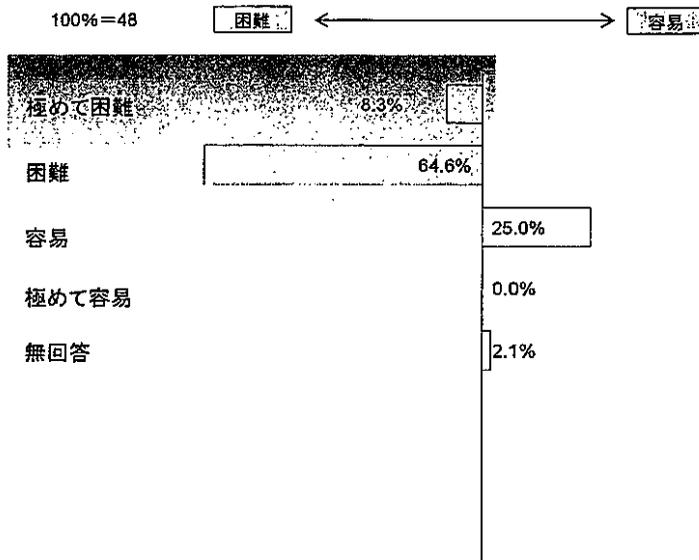
28

29

約7割強が、夜勤調整は極めて困難もしくは困難と回答している

夜勤72時間の勤務調整

個人・その他



全体回答	
極めて困難	8.3%
困難	62.8%
容易	26.5%
極めて容易	0.7%
無回答	1.7%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

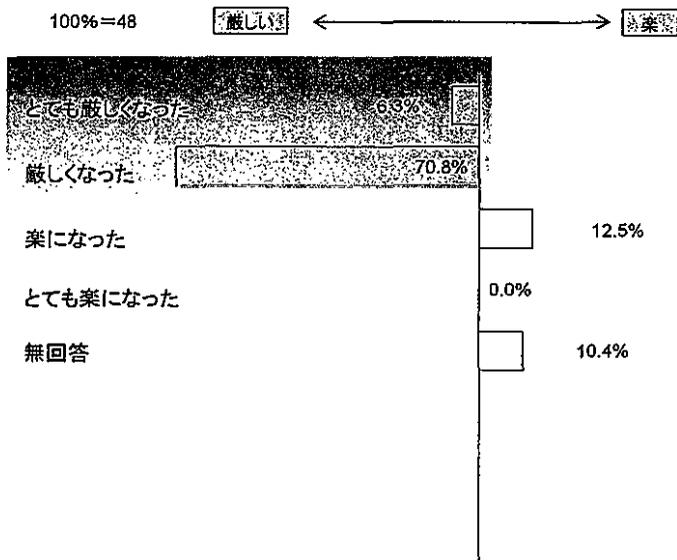
29

30

全調査と比較すると、「厳しくなった」と回答している率が高い

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化

個人・その他



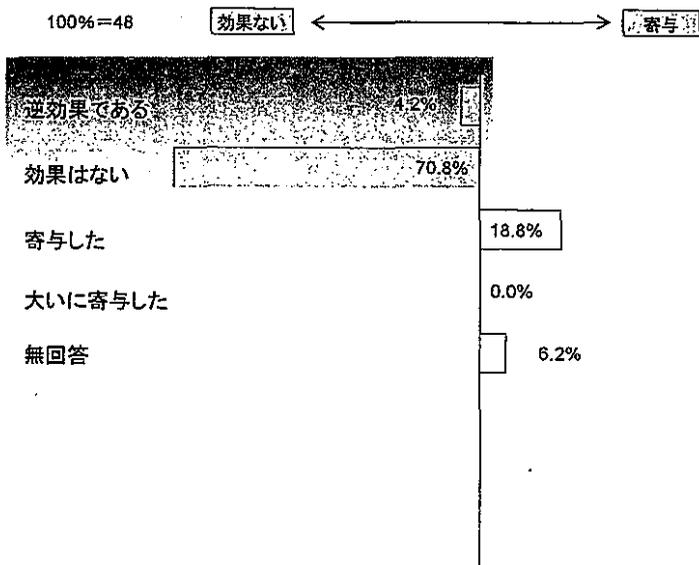
全体回答	
とても厳しくなった	8.3%
厳しくなった	62.8%
楽になった	17.0%
とても楽になった	0.2%
無回答	11.7%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

75%が、夜勤72時間規制後の医療安全への寄与は、逆効果もしくは効果はないと回答している

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)

個人・その他



全体回答	
逆効果である	9.0%
効果はない	62.5%
寄与した	22.9%
大いに寄与した	0.5%
無回答	5.1%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

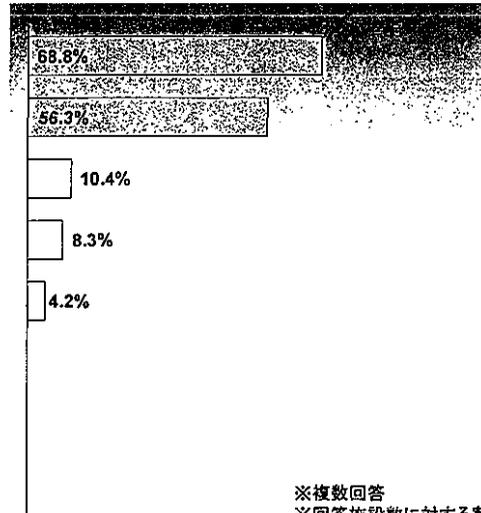
約7割が柔軟な勤務体系を望む、約6割が現行より緩やかな規制を望むと回答している

今後の看護基準について

個人・その他

100%=48

- 柔軟な勤務体系にできることが望ましい
- 現行より緩やかな規制が望ましい
- 現行の基準が適当
- 月平均夜勤時間はもっと短縮すべき
- 無回答



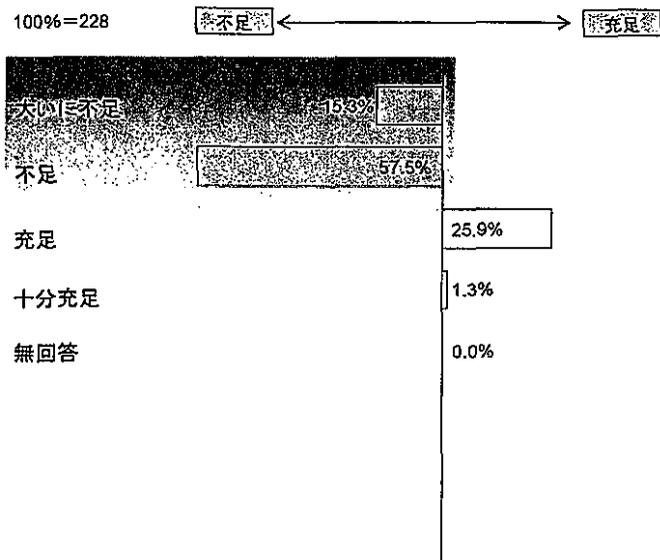
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

アンケート結果 病床規模別 (再掲)

約7割強が、看護師は大いに不足または不足と回答している

看護師の充足度

199床以下



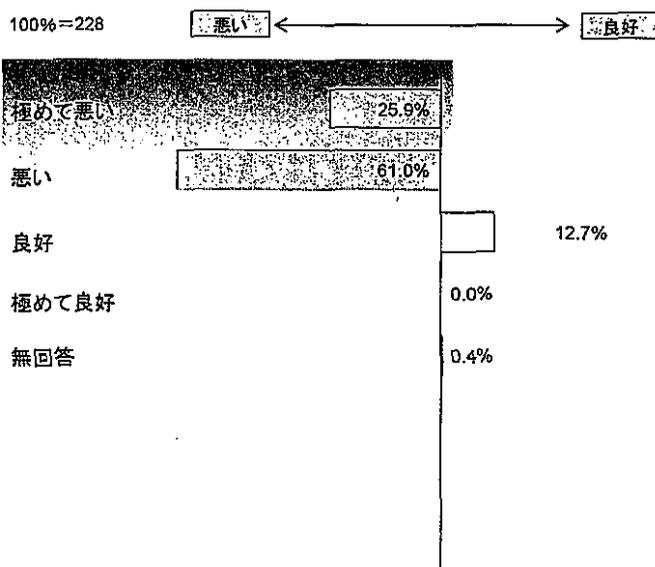
全体回答	
大いに不足	13.9%
不足	57.9%
充足	26.5%
十分充足	1.5%
無回答	0.2%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約9割弱が、看護師求人への反応が極めて悪いもしくは悪いと回答している

看護師求人への反応

199床以下



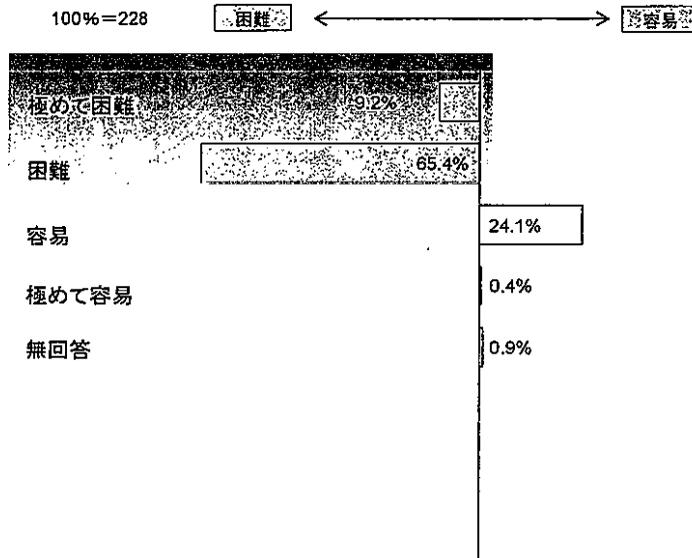
全体回答	
極めて悪い	22.1%
悪い	60.8%
良好	16.5%
極めて良好	0.0%
無回答	0.5%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約75%が、夜勤調整は極めて困難もしくは困難と回答している

夜勤72時間の勤務調整

199床以下



全体回答	
極めて困難	8.3%
困難	62.8%
容易	26.5%
極めて容易	0.7%
無回答	1.7%

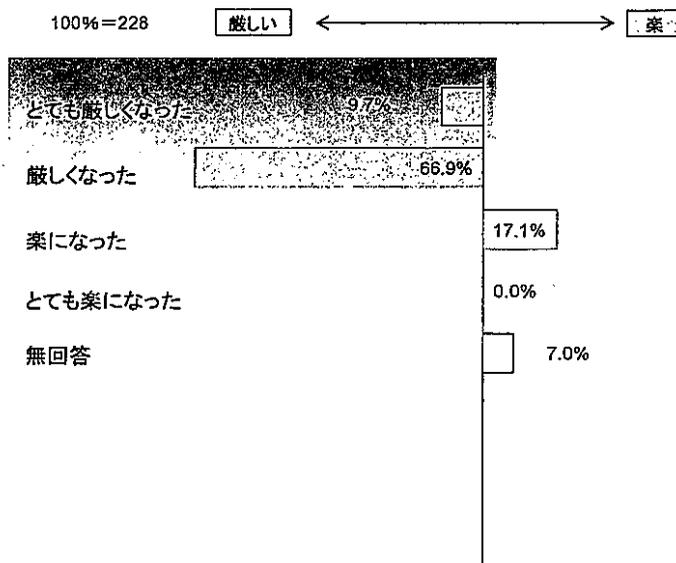
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

37

約75%が、72時間規制後の夜勤状況はとて厳しくなったもしくは厳しくなったと回答している

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化

199床以下



全体回答	
とても厳しくなった	8.3%
厳しくなった	62.8%
楽になった	17.0%
とても楽になった	0.2%
無回答	11.7%

※無回答のうち約4割は、「変わらない」と回答している

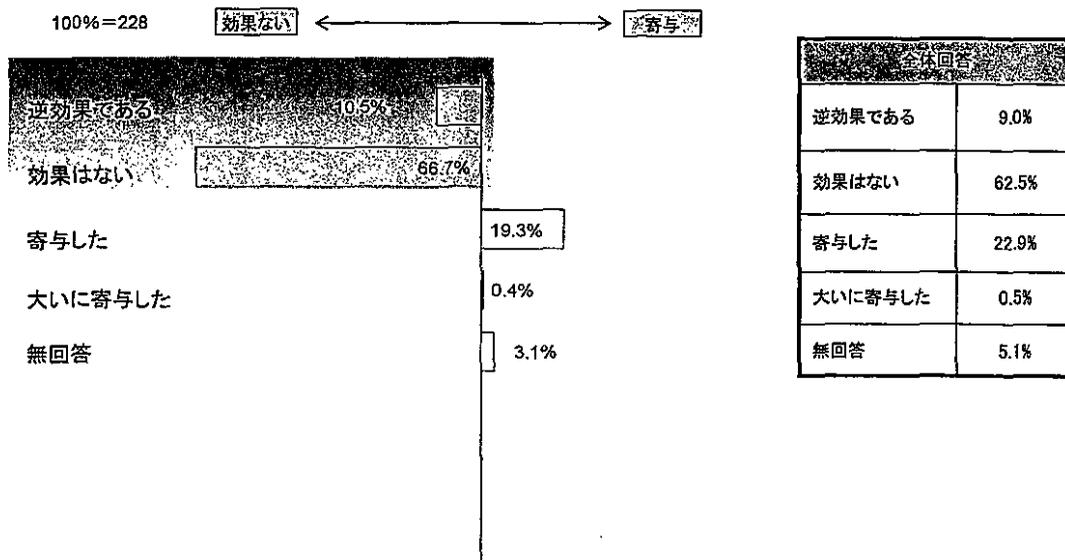
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

38

約8割弱が、夜勤72時間規制後の医療安全への寄与は、逆効果もしくは効果はないと回答している

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)

199床以下



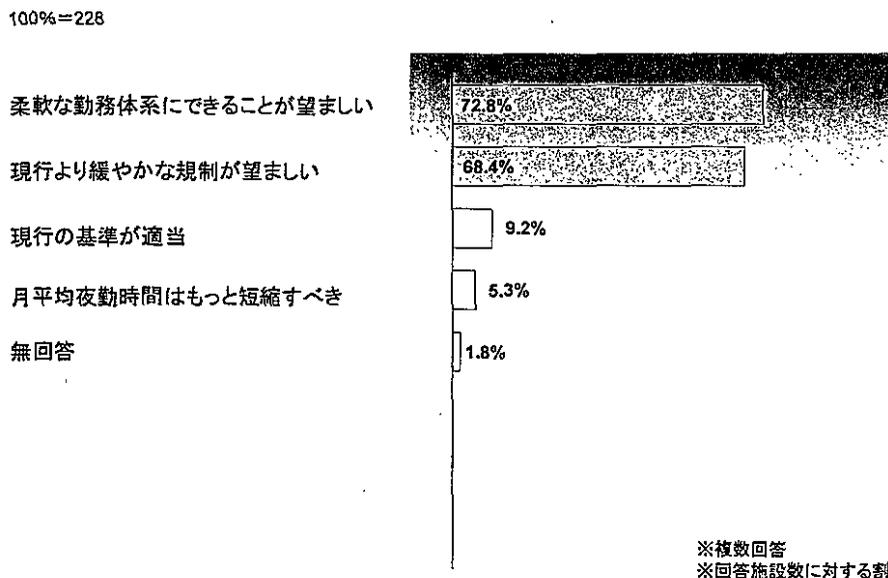
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

39

柔軟な勤務体系を望む、現行より緩やかな規制を望むと約7割が回答している

今後の看護基準について

199床以下



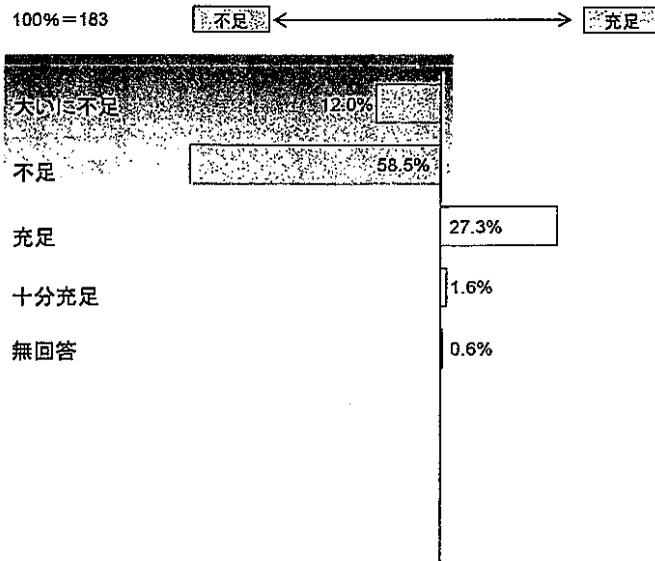
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

40

約7割が、看護師は大いに不足または不足と回答している

看護師の充足度

200床以上



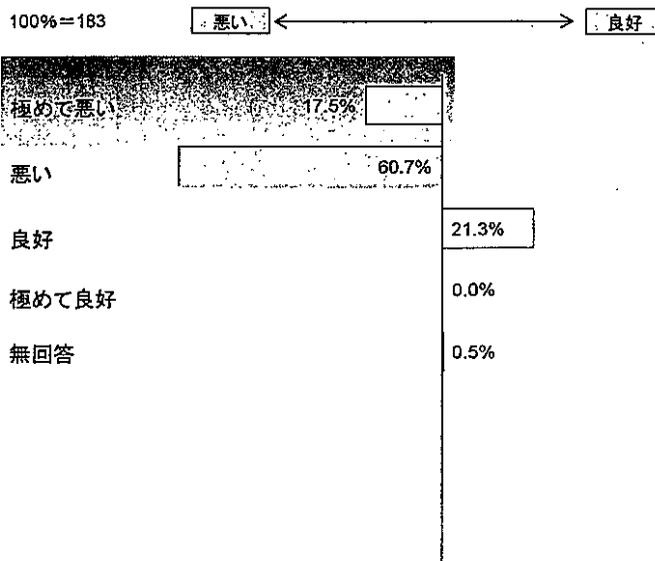
全体回答	
大いに不足	13.9%
不足	57.9%
充足	26.5%
十分充足	1.5%
無回答	0.2%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

8割弱が、看護師求人の反応が極めて悪いもしくは悪いと回答している

看護師求人の反応

200床以上



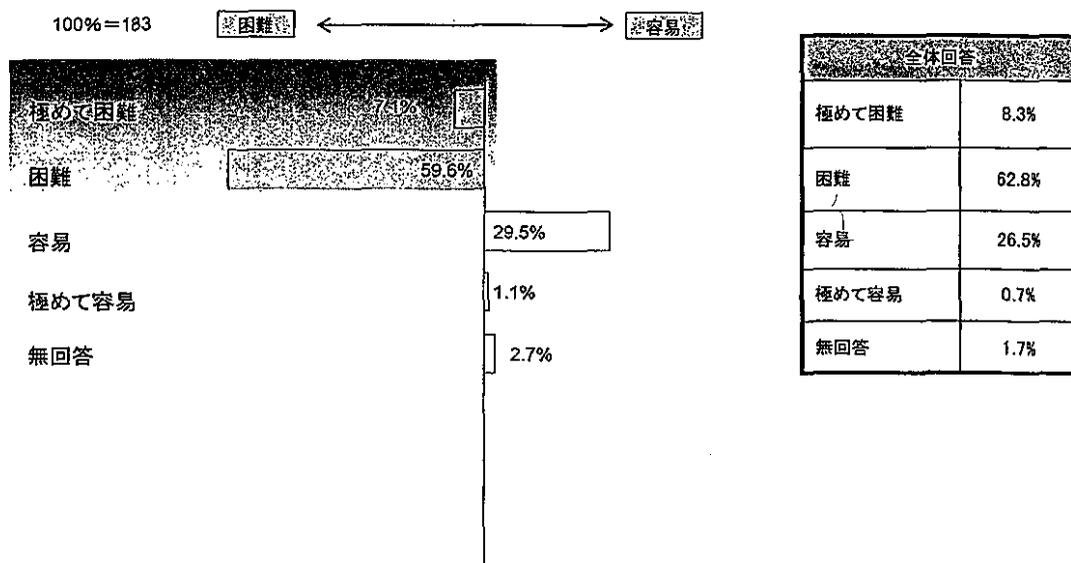
全体回答	
極めて悪い	22.1%
悪い	60.8%
良好	16.5%
極めて良好	0.0%
無回答	0.5%

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

7割弱が、夜勤調整は極めて困難もしくは困難と回答している

夜勤72時間の勤務調整

200床以上

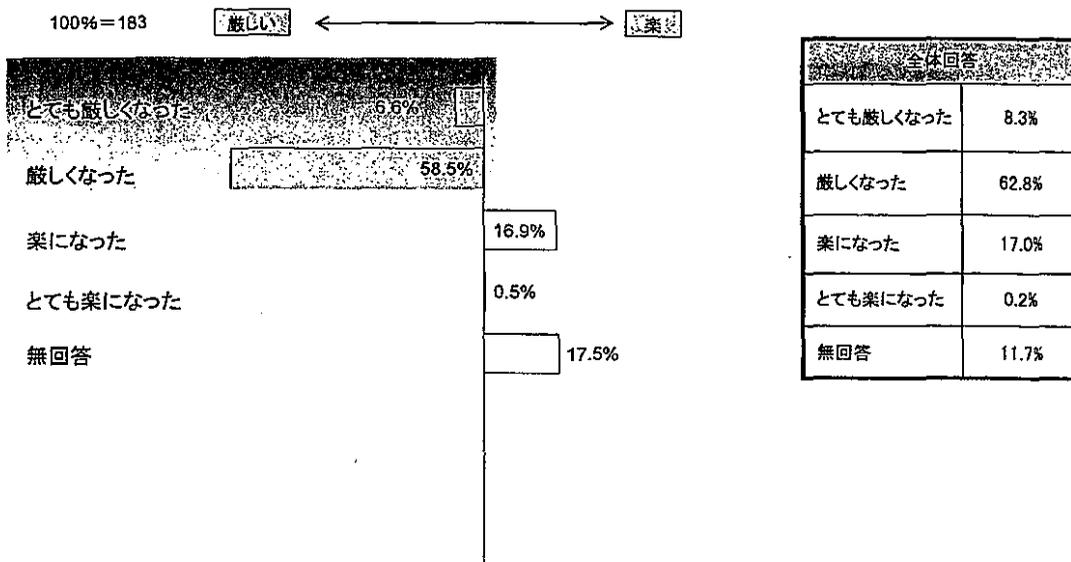


四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約65%が、72時間規制後の夜勤状況はとて厳しくなったもしくは厳しくなったと回答している

夜勤72時間規制後の夜勤状況の変化

200床以上



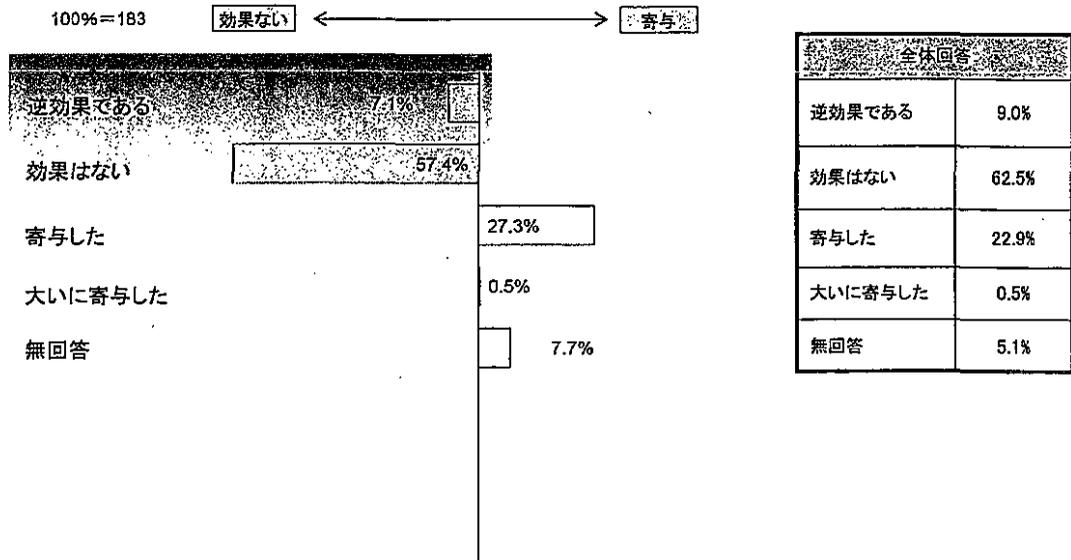
※無回答のうち約6割は、「変わらない」と回答している

四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約65%が、夜勤72時間規制後の医療安全への寄与は、逆効果もしくは効果はないと回答している

医療安全への寄与(夜勤72時間規制後)

200床以上

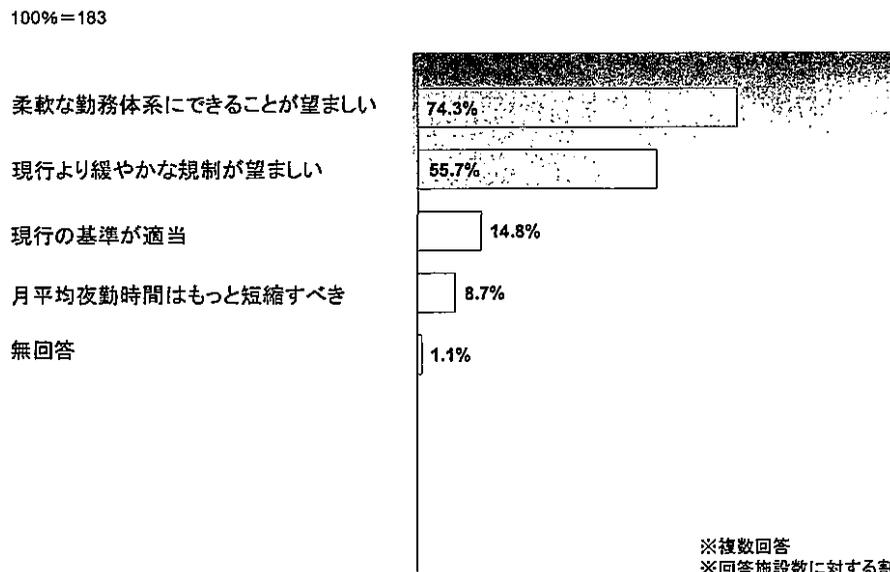


※無回答のうち約6割は、「変わらない」と回答している
四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」

約75%が柔軟な勤務体系を望む、約55%が現行より緩やかな規制を望むと回答している

今後の看護基準について

200床以上



四病院団体協議会「看護基準に関する緊急アンケート」