

## 「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

| 基本方針   | 平成 22 年度改定での主な対応  | 主な実施状況  |
|--|---|---|
| <b>1. 重点課題</b>   |   |   |
| <b>(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</b>  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携による救急患者の受入れの推進</li> <li>小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価</li> <li>新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価</li> <li>急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化</li> <li>手術の適正評価</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域における救急医療機関に緊急入院した後、状況の落ち着いた患者の早期転院支援を評価した救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算の新設</li> <li>地域の開業医等との連携により、救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関を評価した地域連携夜間・休日診療料の新設</li> <li>地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する院内トリアージ加算を新設</li> <li>合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院についてハイリスク分娩管理加算及び妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに対象疾患を拡大</li> <li>NICU の確保を推進するために新生児特定集中治療室管理料の評価の引上げ及び新生児特定集中治療室管理料 2 の新設</li> <li>外傷等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送患者地域連携紹介加算：506 施設</li> <li>救急搬送患者地域連携受入加算：1,879 施設</li> <li>地域連携夜間・休日診療料：180 施設</li> <li>ハイリスク分娩管理加算：692 施設 (632 施設)</li> <li>妊産婦緊急搬送入院加算：1,471 施設 (1,324 施設)</li> <li>新生児特定集中治療管理料：209 施設 (194 施設)</li> <li>救命救急入院料：333 施設 (211 施設)</li> <li>特定集中治療室管理料：639 施設 (616 施設)</li> <li>新生児治療回復室入院医療管理料：102 施設</li> </ul> </li> <li>H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>有床診療所一般病床初期加算：137,749 回</li> <li>地域連携小児夜間・休日診療料<br/>院内トリアージ加算：20,781 回</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要件緩和を行ったハイリスク分娩管理加算や超重症児 (者) 入院診療加算、新たな評価区分として見直しを行った新生児治療回復室入院医療管理料について大きく算定件数が増加。</li> <li>救急医療に従事する 1 施設当たりの医師数、看護職</li> </ul> |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | <p>入院料及び特定集中治療室管理料に小児加算を新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ NICU の満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、NICU からハイリスク児を直接受け入れる後方病床である新生児治療回復室（GCU）について、その受入れを評価する新生児治療回復室入院医療管理料の新設</li> <li>・ 地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者等を受け入れた場合の入院早期の評価として有床診療所一般病床初期加算の新設</li> <li>・ 外保連試算を活用した手術料の引上げ</li> </ul> | <p>員数について、専従・専任とも概ね増加。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改定による救急医療の充実についての自己評価は約半数が無回答であるが、充実できたとの回答は約2割となっており、その理由として、診療報酬のさらなる充実はもちろんのこと、医師や看護師などの人材不足をあげている医療機関が多かった。</li> </ul>  |
| <p><b>(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）</b></p>   |  |   |
| <p>○入院医療の充実を図る観点からの評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価</li> <li>・ 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価</li> </ul> <p>○医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療クラークの配置の促進</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性期入院医療について、病院勤務医負担軽減及び役割分担を推進するため、急性期看護補助体制加算の新設、他職種からなるチームによる取り組みを評価する栄養サポートチーム加算及び呼吸ケアチーム加算の新設</li> <li>・ 病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目の拡大</li> <li>・ 急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、書類作成業務が大きな負担となっていること等から医師事務作業補助者体制加算の引き上げを行うとともに、より多くの医師事務補助者を配置した場合の評価を新設</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数）</li> <li>・ 急性期看護補助体制加算：1,648 施設</li> <li>・ 栄養サポートチーム加算：431 施設</li> <li>・ 呼吸ケアチーム加算：179 施設</li> <li>・ 医師事務作業補助体制加算：1,605 施設<br/>(1,098 施設)</li> <li>・ 中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul> |
| <p>○診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が連携しつつ、それぞれの役割を果たしてい</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 慢性期病棟等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の新設</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数）</li> <li>・ 慢性期病棟等退院調整加算：3,306 施設</li> </ul>   |

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| <p>けるような取組の評価</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>手厚い看護職員の配置を行う有床診療所入院基本料の評価を新設するとともに、実態を踏まえた評価区分の見直し</li> <li>地域連携診療計画において、退院後の通院医療等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供を評価するため、地域連携診療計画退院計画加算及び地域連携診療計画退院時指導料2の新設 <ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の医療機関の医師等がケアマネジャーと連携して患者に対して、退院後の介護サービスについて情報供給を行った場合の介護支援連携指導料を新設</li> </ul> </li> </ul> | <p>(2,895 施設)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>有床診療所入院基本料：7,175 施設 (7,842 施設)</li> <li>H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) <ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携診療計画退院時指導料 (I)：5,076 回 (2,027 回)</li> <li>地域連携診療計画退院計画加算：1,210 回</li> <li>介護支援連携指導料：12,972 回</li> </ul> </li> </ul> |
|-------------------|---|---|

## 2. 4つの視点

### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

|   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>がん医療の推進</li> <li>認知症医療の推進</li> <li>新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進</li> <li>肝炎対策の推進</li> <li>質の高い精神科入院医療の推進</li> <li>歯科医療の充実</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関ががん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うこと等を評価するがん治療連携計画策定料 (計画策定病院) 及びがん治療連携指導料 (連携医療機関) の新設</li> <li>認知症患者に対して、専門的な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評価した認知症専門診断管理料及び認知症専門医療機関連携加算の新設</li> <li>新型インフルエンザ等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として、二類感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携計画策定料：231 施設</li> <li>がん治療連携指導料：766 施設</li> <li>認知症専門診断管理料：193 施設</li> <li>肝炎インターフェロン治療計画料：1,262 施設</li> <li>精神科棟入院基本料：1,320 施設 (1,344 施設)</li> <li>歯科技工加算：7,178 施設</li> </ul> </li> <li>H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供料 (I) <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症専門医療機関連携加算：58 回</li> </ul> </li> <li>二類感染症患者療養環境特別加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>陰圧室加算：15,268 回</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
|---|---|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを評価した肝炎インターフェロン治療計画料の新設</li> <li>・ 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、精神科入院基本料 13 対 1 の新設</li> <li>・ 障害者の心身の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導を評価した歯科衛生実地指導料 2 の新設</li> <li>・ 歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用する取組を評価した歯科技工加算の新設</li> </ul> | <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 22 年度改定で新設された歯科技工加算について、現在の歯科診療所における入れ歯修理の期間については、内部の歯科技工室で修理する限り、9 割は当日の修理が完了しており、加算創設によるものとまではいえないが、患者の要望にあった修理が行われているという点において有効に活用されている。</li> <li>・ 精神入院医療、在宅歯科医療及び障害者歯科医療については、中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術以外の医療技術の適正評価</li> <li>・ 新しい医療技術や医薬品等について、イノベーションの適切な評価</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先進医療専門家会議や医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の先進医療技術及び新規保険収載提案技術の保険導入</li> <li>・ 新規に区分 C 2 で保険適用された医療材料について、技術料を新設するとともに、その他の医療材料についても診療行為の実態を踏まえて適切な評価体系に見直し</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 画像誘導放射線治療加算：179 施設</li> <li>・ 皮下連続式グルコース測定：194 施設</li> </ul> </li> <li>・ H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内視鏡検査（胃・十二指腸ファイバースコピー等）狭帯域光強調加算：18,626 回</li> </ul> </li> </ul>          |
| <p><b>(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点</b></p>  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の透明化や診療報酬を患者等に分かりやすいものとする</li> <li>・ 医療安全対策の推進</li> <li>・ 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現</li> <li>・ 疾病の重症化予防などに対する適切な評価</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の透明化や患者への情報提供の観点から明細書発行義務化の拡大</li> <li>・ 患者の納得、わかりやすさという観点から病院と診療所の再診料の統一</li> <li>・ 患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する地域医療貢献加算の新設</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 明細書発行体制加算：59,661 施設</li> <li>・ 地域医療貢献加算：19,556 施設</li> <li>・ 医療安全対策加算：2,639 施設（1,602 施設）</li> <li>・ 在宅血液透析指導管理料：104 施設</li> </ul> </li> </ul>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来管理加算における時間の目安を廃止し、「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から要件を追加</li> <li>・ 医療安全対策加算について、評価の引上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、要件を緩和した評価の新設</li> <li>・ 患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて、在宅血液透析指導管理料の評価を引き上げるとともに、要件の見直し</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 再診料：73,730,046 回<br/>（病院：13,553,002 回、診療所：63,622,086 回）</li> <li>・ 外来管理加算：33,494,820 回（33,919,070 回）</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 明細書無料発行の原則義務化については、平成 22 年度改定における措置により着実に進んでおり、患者の認知も進んでいる。</li> <li>・ 一方で、毎回同じ内容であることや、内容が分かりにくい等の理由により発行を希望しない患者も一定数おり、明細書の有効活用のためにも、患者への一層の周知を進める必要がある。</li> </ul> <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来管理加算の要件見直しについては、実際に診療内容等を変更した例は少なく、これまでと同様の診療内容で充分要件に該当しているようである。</li> <li>・ 地域医療貢献加算については、24 時間の電話対応や時間外診察対応等、患者に対して非常に手厚い対応を行っている。ただし、患者に対する時間外対応等の一層の周知が必要。</li> </ul> |
| <p><b>(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</b></p>                            |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院等の大規模病院においては高度な医療の提供が求められており、検査の質を確保す</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検体検査管理加算（I）：3,458 施設（3,647 施設）</li> </ul> </li> </ul>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療、訪問看護、在宅歯科医療の推進</li> </ul>                               | <p>る観点から、より充実した体制で検体検査を行う場合を評価した検体検査管理加算（Ⅳ）の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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、より充実した人員配置を評価した運動器リハビリテーション料の新設</li> <li>在宅医療における症状増悪等の対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう往診料の評価の引き上げ</li> <li>小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、訪問看護療養費の算定可能な訪問看護ステーション数の制限の緩和</li> <li>歯科訪問診療の実態も踏まえ、よりわかりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療料の算定要件の見直し</li> </ul> | <p>検体検査管理加算（Ⅱ）：2,018 施設（1,820 施設）<br/> 検体検査管理加算（Ⅲ）：214 施設（530 施設）<br/> 検体検査管理加算（Ⅳ）：461 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）：3,977 施設<br/> 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）<br/> ：5,156 施設（8,195 施設）<br/> 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）<br/> ：1,498 施設（1,610 施設）</li> <li>H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>往診料：153,809 回（228,114 回）</li> <li>歯科訪問診療料 1：155,417 回（154,169 回）<br/> 歯科訪問診療料 2：238,124 回（150,244 回）</li> </ul> </li> <li>中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul> |
| <p>○ 医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者総合評価加算について、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</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>総合評価加算：1,096 施設（1,318 施設）</li> </ul> </li> </ul>  |
| <p><b>(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</b></p>   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の使用促進</li> <li>市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件を数量ベースでの後発医薬品の使用割合に変更</li> <li>医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価</li> <li>検体検査の実施料の衛生検査所等調査に基づく</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品調剤体制加算：23,864 施設<br/> （37,520 施設）</li> <li>後発医薬品使用体制加算：1,520 施設</li> </ul> </li> </ul>   |



|   |   |   |
|---|---|---|
|   | 適正化   | <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬局における後発医薬品の調剤は二極化していることがうかがえる。後発医薬品の調剤にあまり積極的に取り組まない薬局は昨年より減少しているものの2割以上存在している。</li> <li>・ また、後発医薬品に対する医師の疑問を解消していくための更なる取組が必要。</li> <li>・ なお、後発医薬品の使用状況については、平成 23 年度も調査を実施中。</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ デジタルエックス線撮影について、アナログ撮影と比較して多くの利点を有していることから、平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、アナログ撮影と区別を明確化するためデジタルエックス線撮影料を新設</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況)</li> <li>・ 単純撮影 デジタル撮影 : 6,504,901 回<br/>(単純撮影 デジタル映像化処理加算 : 2,477,613 回)</li> <li>・ 造影剤使用撮影 デジタル撮影 : 80,832 回<br/>(造影剤使用撮影 デジタル映像化処理加算 : 40,907 回)</li> </ul>                                       |
| <b>後期高齢者医療の診療報酬について</b>   |   |   |
| <p>○ このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとすべきである。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算については、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳に記載し、管理できる取組を評価しているが、こうした取組は年齢を問わず重要であることから、名称を手帳記載加算とし、対象者を全年齢に拡大</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況)</li> <li>・ 薬剤情報提供料 手帳記載加算 : 2,052,517 回<br/>(1,289,944 回)</li> </ul>   |

注：届出医療機関数については、平成 23 年 9 月 6 日時点の医療課調べの数値である。