

次期診療報酬改定に向けた今後の検討スケジュール(現時点での項目案)

		10月		11月		12月		
		前半	後半	前半	後半	前半		
(社会保障審議会医療部会・医療保険部会において議論中)	充実が求められる領域を適切に評価していく視点	・救急、周産期医療 ※22検証	・がん医療 ・感染症対策 ・生活習慣病対策	・認知症医療 ・精神科医療 ※23検証	・歯科医療 ※22検証 ・調剤報酬	・リハビリテーション ※23検証 ・薬価部会、材料部会からの報告 ・医療技術評価分科会からの報告		
	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	・明細書の無料発行 ※22検証		・相談支援体制		・医療安全対策等		
	等医療を通じて介護の現実が高効率と連携の医療を推進	医療と介護の機能分化と連携			・訪問看護 ・在宅歯科 ・在宅薬剤管理 ※23検証 ・在宅医療 ※23検証	・医療と介護の連携 ※23検証		
	効率化余地があると思われる領域を適正化する視点	社会保障・税一体改革成案	・医療提供体制と診療報酬総論 ・外来診療 ※22検証			・入院診療 ・外来診療 ・地域に配慮した評価	・医療従事者の負担軽減 ・チーム医療 ※23検証	
	災害に強い医療提供体制の構築等			・補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地の状況に応じた対応 ・災害に強い医療提供体制	・後発医薬品の使用促進 ※22検証、23検証	・平均在院日数の減少等	・薬価部会、材料部会からの報告(再掲) ・市場実勢価格を踏まえた検査の適正評価	

次期改定に向けた検討項目（案）

		社会保障・税 一体改革成案	附帯意見 (1号・2号)	これまでの 中医協の議論	結果検証
改定の4つの視点（案）（社会保障審議会医療部会・医療保険部会において議論中）	充実が求められる領域を適切に評価していく視点				
	緩和ケア、小児がん等のがん医療の充実	—	—	—	—
	感染症、生活習慣病対策	—	—	—	—
	認知症医療（専門医療機関との連携による早期診断、BPSDへの対応等）	—	○	23年5月～	23年度
	精神科医療（身体疾患と合併した患者への対応等）	—	○	23年5月～	23年度
	リハビリテーションの充実	—	○	—	23年度
	歯科医療の充実	—	—	22年6月～	22年度 (歯科技工)
	新しい医療技術等の適切な評価	—	—	—	—
	新しい医薬品、医療機器等の適正な評価	—	—	—	—
	その他	—	○	—	22年度 (救急、周産期等)
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					
明細書発行の義務化について	—	○	—	22年度	
医療安全対策等	—	—	—	—	
相談支援体制	—	—	—	—	
その他（診療報酬体系の簡素化等）	—	○	—	—	
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					
医療と介護の機能分化と連携	在宅医療の推進（在宅療養支援診療所・病院の役割分担と連携の充実、看取りや終末期の評価の在り方、退院後の支援の推進）	○	○ (優先)	23年12月～	23年度
	医療と介護の連携（維持期のリハビリにおける医療・介護の円滑な連携等） 訪問看護の充実（医療ニーズの高い患者に者に対する訪問看護の充実・推進等） 在宅療養における歯科医療及び薬剤管理の促進 その他				
社会保障・税一体改革成案	【入院診療】 高度急性期／急性期の適切な評価、慢性期入院の適正評価等	○	○ (優先)	—	—
	【外来診療】 高度急性期医療機関の専門的な外来の評価、地域医療貢献加算等の前回改定の結果を踏まえた検討等の外来診療に関する評価 医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築				
医療従事者の負担軽減に向けた勤務体制等の取組の促進	—	○(優先)	23年3月～	23年度	
病棟薬剤師や歯科等チーム医療の促進	—	○	—	—	
その他	—	—	—	—	

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進策	○	—	—	22年度 23年度
平均在院日数の減少等	○	—	—	—
医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	—	—	—	—
その他	—	—	—	—

災害に強い医療提供体制の構築等

補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地の状況に応じた対応	—	—	被災地訪問の報告	—
災害に強い医療提供体制の構築				

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・前回改定で示した二つの重点課題や4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保については今回も議論をすべき。(9/22 小島委員)
- ・前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、看護との関係が重要。「地域包括ケア」という文言も入れるべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅診療や訪問看護の評価が重要。救急搬送で受け入れ困難な精神疾患の患者を受け入れるような連携を強化すべき。(9/22 小島委員)
- ・医療と介護の連携は、包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)
- ・社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、どのような議論が行われたのかも分からない。それを基本方針の中に反映させる意味があるのか。(7/20 中川委員)
- ・税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、この中で診療

報酬改定をどのように位置付けていくのかが重要。(9/22 尾形委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成24年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成24年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)
- ・診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部長)
- ・震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では医師等が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。入院基本料の様に3割標欠まで認められるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消されてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力しているところであり、例えば、改定では看護の人員配置などを変更すべきではない。(9/22 中川委員)
- ・災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)

- ・インフラの整備は公費、経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。被災地の人員不足は診療報酬で改善できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。医療の内容を理解し、単位について理解・啓発する。そういう視点も重要。(9/22 小島委員)
- ・患者から見て分かりやすいという視点が大事。地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいからいわれているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)

6 医療の効率化の視点

- ・皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22 小島委員)

7 歯科関連

- ・口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)
- ・「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と特記すべき。(9/22山本委員)
- ・ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注意が必要(9/22山本委員)
- ・訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(7/20山本委員(森参考人))

9 医療従事者の確保・処遇

- ・勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(7/20 横倉委員)
- ・22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(7/20 小島委員(伊藤参考人))

10 診療所の役割について

- ・有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作って欲しい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(7/20 横倉委員)
- ・有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないか。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないか。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)
- ・急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・診療所の機能の一つに、いわゆる日常生活の療養指導を確実にやっていただく機能を求めていきたい。(7/20 斎藤(訓)委員)
- ・外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者の生活に寄り添った医療的なアドバイスをする人材を作るべきである。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶという点を残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・診療報酬と医療計画がある程度連動性をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、

9/22 光山委員)

- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和 23 年に 40 対 1 となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 中医協の議論を先行させ、改正する事項を積み上げて、財源がないから、さらに大切な事項を先送りするということがないように。(9/22 中川委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の(方向の例)で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、精神科 3 次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15 対 1 の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13 対 1 や 15 対 1 が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。(9/22 邊見委員)
- ・ リハビリや、それを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中なので、この会議で結論はでない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、急性期病院からの退院する際の連携、退院支援が重要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定期間について

- ・賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤委員)
- ・次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということを見ると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。連携の視点、QOLの視点が重要。効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、患者・国民にどのような影響があるのか分かりやすく作って欲しい(9/16 小林委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になる、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)
- ・前回は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。地域医療と介護との連携、亜急性期、慢性期、在宅医療を充実させる必要がある。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症のサポートが課題。(9/16 逢見委員)
- ・健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき(9/16 横尾委員)

5 震災関連

- ・災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(7/21 岡崎委員)
- ・被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、基盤整備は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。(9/16 逢見委員)
- ・被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役割である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。(9/16 岩本委員)
- ・被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。(9/16 鈴木委員)

7 患者からみた視点

- ・「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・診療報酬を分かりやすくするのは重要。患者が見て直ぐに分かるのが大事(9/16 逢見委員)
- ・「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行って誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)
- ・明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要(9/16 堀委員)

8 医療の効率化の視点

- ・四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワークによる効率化を図るべき(9/16 白川委員)
- ・医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料負担が増えないようにしてほしい(9/16 山下委員)
- ・明細書発行義務化の定着が課題。レセプトの電子化についてもサポートすべき。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる(9/16 逢見委員)
- ・医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。県の医療計画と診療報酬との連動を考えるべき。(9/16 斎藤正憲委員(藤原参考人))

3 歯科関連

- ・前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。歯科医療については抜本的な見直しが必要（9/16 堀委員）

4 薬剤師・薬局関連

- ・DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。（7/21、9/16 高原委員）
- ・後発品の薬価は安いですが、実際には加算があつて、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。（7/21、9/16 高原委員）
- ・社会保障と税の一体改革における「市販薬医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があつて、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。（7/21 安部委員）
- ・後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。（9/16 安部委員）

6 医療従事者の確保・処遇

- ・看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も必要。人材不足、離職の問題、労働時間、処遇の問題など（9/16 邊見委員）
- ・全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保への配慮を記載して欲しい。（9/16 横尾委員）
- ・安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。（9/16 紙屋委員）

9 終末期医療

- ・年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方について検討すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を利用者としての資質を高めていくべき。（9/16 樋口委員）
- ・在宅で末期患者を診ることがあるが、ガンの場合は耐えられるが、慢性期や認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。（9/16 高原委員）
- ・終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックの役割が大事（9/16 横尾委員）

10 その他

- ・ガンの検診受診率を上げるべき。(9/16 横尾委員)
- ・「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき (9/16 横尾委員)
- ・日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、高齢社会では気軽に診療所に行けることが重要になる。(9/16 鈴木委員)

次期診療報酬改定の基本方針の検討について

1. これまでの基本方針

これまでの診療報酬改定の基本方針においては、「改定の視点」等を定めるとともに、この「視点」を踏まえた改定の「方向」を定めている。

(1) 平成18年度改定

改定の「視点」として以下の4点を定め、24時間診療ができる在宅医療に係る評価や、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価等の「方向」を定めた。

- ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質の向上(QOL)を高める医療を実現する視点
- ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

(2) 平成20年度改定

平成18年度改定の「基本的な医療政策の方向性」や「視点」等を継承するとともに、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」を緊急課題として位置づけ、ハイリスク妊産婦への対応に係る評価や、病院勤務医の事務負担の軽減に係る評価等の「方向」を定めた。

(3) 平成22年度改定

我が国の医療がおかれた危機的な状況を解消するため、重点課題として、

- ① 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - 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)
- を定め、地域連携による救急患者の受入れの推進の評価や、医療クラークの配置の促進等の医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価等の「方向」を定めた。

また、改定の「視点」としては、平成18年度改定及び平成20年度改定における「視点」も踏まえつつ、

- ① 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- 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

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

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

の4点を定め、それぞれ、がん医療の推進、認知症医療の推進等に対する評価、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等に対する評価、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価、市場実勢価格を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正な評価等の「方向」を定めた。

以上のような、過去に掲げてきた医療提供体制の充実及び適正な医療保険制度の運営に必要な視点を踏まえつつ、今回の診療報酬改定の基本方針においては、どのような「視点」や「方向」を盛り込むべきか、ご議論いただきたい。

2. 次期改定に向けた背景及び論点等

- 誰もが安心して質の高い医療を受けることができるとともに、限られた医療資源や財源を重点的かつ効率的に投入するために、前回の4つの「視点」について引き続き今回も「視点」として位置付けてはどうか。その際、修正すべき点はあるか。また、それぞれの具体的な検討の「方向」については、どのようなものが考えられるか。
- また、今般の診療報酬改定は、6年に1度の介護報酬との同時改定であり、医療・介護の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築に向けた評価の在り方の検討について、どのように基本方針に位置付けていくべきか。
- こうした検討において、社会保障・税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）において掲げられている、今後の医療・介護のあるべき姿として、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等についてどのように踏まえていくか。
- さらに、東日本大震災による被災により明らかとなった、災害時における医療提供体制の問題点等を踏まえた災害に強い医療の在り方に関する評価や、被災地への診療報酬上の対応の在り方について基本方針に位置付ける必要があるのではないか。

※「視点」や「方向」の例

(視点の例)

- 医療機関等の機能分化、質が高く効率的な医療の提供
- 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療

(方向の例)

- ・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
- ・ 慢性期入院医療の適正な評価
- ・ 医療従事者の負担軽減に向けた評価の在り方（勤務体制等の改善の評価、外来診療の適正な評価、医師と病棟薬剤師等の他職種と役割分担と連携等の評価）

(視点の例)

- 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

(方向の例)

- ・ 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
- ・ 認知症の早期診断等、認知症に対する精神科医療の適切な評価
- ・ 緩和ケア、小児がんを含む、がん医療の適切な評価
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価 等

(視点の例)

- 効率化余地がある領域を適正化する視点

(方向の例)

- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の評価 等

【医療と介護の機能強化・連携に関するもの】

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・ 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・ 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・ 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・ 維持期のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携
- ・ 介護施設における医療提供の評価の在り方

【東日本大震災を踏まえた災害対応に関するもの】

- ・ 今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方
- ・ 補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地における診療報酬上の対応策

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年改定	平成20年改定	平成22年改定
重点課題等		<p>【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進 	<p>【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携による救急患者の受入れの推進 ・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床、在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価
			<p>【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種との連携の評価
視点	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位の薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価 	<p>① 患者から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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬を患者等に分かりやすいものにするための検討 ・医療安全対策の推進に対する評価 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価 ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討 	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断群分類包括評価(DPC)の支払対象病院の在り方、拡大等 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価 	<p>② 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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価
	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産科や小児科、救急医療等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療技術の在り方について、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化 	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のための新しい取組に対する評価 ・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進 ・IT化の積極的な推進 	<p>③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の推進 ・認知症医療の推進 ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価
	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 ・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価 	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価

「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
1. 重点課題		
(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携による救急患者の受入れの推進 ・ 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・ 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・ 急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化 ・ 手術の適正評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数) ・ 救急搬送患者地域連携紹介加算：506 施設 ・ 救急搬送患者地域連携受入加算：1,879 施設 ・ 地域連携夜間・休日診療料：180 施設 ・ ハイリスク分娩管理加算：692 施設 (632 施設) ・ 妊産婦緊急搬送入院加算：1,471 施設 (1,324 施設) ・ 新生児特定集中治療管理料：209 施設 (194 施設) ・ 救命救急入院料：333 施設 (211 施設) ・ 特定集中治療室管理料：639 施設 (616 施設) ・ 新生児治療回復室入院医療管理料：102 施設 ・ H22.6 の算定状況 ・ 有床診療所一般病床初期加算：137,749 回 ・ 地域連携小児夜間・休日診療料 院内トリアージ加算：20,781 回 <p style="color: red;">＜中医協診療報酬改定結果検証部会の評価＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 救急医療に従事する 1 施設当たりの医師数、看護職

	<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"> ・ 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 ・ 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 ・ 外保連試算を活用した手術料の引上げ 	<p>員数について、専従・専任とも概ね増加。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
<p>(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）</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"> ・ 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ・ 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 <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"> ・ 医療クラークの配置の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） ・ 急性期看護補助体制加算：1,648 施設 ・ 栄養サポートチーム加算：431 施設 ・ 呼吸ケアチーム加算：179 施設 ・ 医師事務作業補助体制加算：1,605 施設 (1,098 施設) ・ 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
<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"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） ・ 慢性期病棟等退院調整加算：3,306 施設

<p>けるような取組の評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 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"> 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 	<p>(2,895 施設)</p> <ul style="list-style-type: none"> 有床診療所入院基本料：7,175 施設 (7,842 施設) H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) <ul style="list-style-type: none"> 地域連携診療計画退院時指導料 (I)：5,076 回 (2,027 回) 地域連携診療計画退院計画加算：1,210 回 介護支援連携指導料：12,972 回
-------------------	---	---

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"> がん医療の推進 認知症医療の推進 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 肝炎対策の推進 質の高い精神科入院医療の推進 歯科医療の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> がん診療連携計画策定料：231 施設 がん治療連携指導料：766 施設 認知症専門診断管理料：193 施設 肝炎インターフェロン治療計画料：1,262 施設 精神科棟入院基本料：1,320 施設 (1,344 施設) 歯科技工加算：7,178 施設 H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 (I) <ul style="list-style-type: none"> 認知症専門医療機関連携加算：58 回 二類感染症患者療養環境特別加算 <ul style="list-style-type: none"> 陰圧室加算：15,268 回
---	---	---

	<p>新設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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、精神科病棟入院基本料 13 対 1 の新設 ・ 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 ・ 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 	<p>< 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 22 年度改定で新設された歯科技工加算については、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。 ・ 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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術以外の医療技術の適正評価 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.7 の届出医療機関数 <ul style="list-style-type: none"> ・ 画像誘導放射線治療加算：179 施設 ・ 皮下連続式グルコース測定：194 施設 ・ H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>(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</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医療安全対策の推進 ・ 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ・ 疾病の重症化予防などに対する適切な評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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"> ・ 明細書発行体制加算：59,661 施設 ・ 地域医療貢献加算：19,556 施設 ・ 医療安全対策加算：2,639 施設（1,602 施設） ・ 在宅血液透析指導管理料：104 施設

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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、要件を緩和した評価の新設 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> ・ 再診料：73,730,046 回 （病院：13,553,002 回、診療所：63,622,086 回） ・ 外来管理加算：33,494,820 回（33,919,070 回） <p><中医協診療報酬改定結果検証部会の評価></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 <p><中医協診療報酬改定結果検証部会の評価></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。
<p>(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</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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"> ・ 検体検査管理加算（I）：3,458 施設（3,647 施設）

<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療、訪問看護、在宅歯科医療の推進 	<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"> 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 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 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 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 	<p>検体検査管理加算（Ⅱ）：2,018 施設（1,820 施設） 検体検査管理加算（Ⅲ）：214 施設（530 施設） 検体検査管理加算（Ⅳ）：461 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）：3,977 施設 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） ：5,156 施設（8,195 施設） 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） ：1,498 施設（1,610 施設） H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> 往診料：153,809 回（228,114 回） 歯科訪問診療料 1：155,417 回（154,169 回） 歯科訪問診療料 2：238,124 回（150,244 回） 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
<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"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 総合評価加算：1,096 施設（1,318 施設）
<p>(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用促進 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 検体検査の実施料の衛生検査所等調査に基づく 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 後発医薬品調剤体制加算：23,864 施設 （37,520 施設） 後発医薬品使用体制加算：1,520 施設

	適正化	<p>< 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) ・ 単純撮影 デジタル撮影 : 6,504,901 回 (単純撮影 デジタル映像化処理加算 : 2,477,613 回) ・ 造影剤使用撮影 デジタル撮影 : 80,832 回 (造影剤使用撮影 デジタル映像化処理加算 : 40,907 回)
後期高齢者医療の診療報酬について		
<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"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) ・ 薬剤情報提供料 手帳記載加算 : 2,052,517 回 (1,289,944 回)

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。