

# 「診療報酬において後発医薬品調剤体制加算等の算定対象となる後発医薬品」の考え方について

## 第1 基本的な考え方

- 1 後発医薬品については、生物学的同等性試験の結果等から、品質、有効性及び安全性が先発医薬品と同等であることを確認した上で、薬事法に基づき承認されるものである。
- 2 後発医薬品は、開発に要する費用が先発医薬品よりも少なく済み、一般的に、先発医薬品の薬価よりも低い薬価であるため、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するという観点から、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきた。
- 3 また、診療報酬において後発医薬品調剤体制加算等の算定対象となる後発医薬品を公表しており、これまで、薬事法上の後発医薬品をリストに掲載してきたところである。

### <診療報酬上の評価項目>

○後発医薬品調剤体制加算（調剤）

後発医薬品を積極的に調剤する薬局に対する調剤基本料の加算

○後発医薬品調剤加算（調剤）

後発医薬品を調剤した場合の調剤料の加算

○後発医薬品情報提供料（調剤）

後発医薬品の品質、先発医薬品との薬剤料の差等に関する患者への情報提供に対する評価

○後発医薬品使用体制加算（医科：平成22年度から実施予定）

後発医薬品を積極的に使用する医療機関に対する入院基本料の加算

## 第2 平成22年度診療報酬改定における対応

- 1 今般、平成22年度薬価改定の結果、薬事法上の後発医薬品のうち、別紙に掲げる一部の品目の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであるところ、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対

象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととしたい。

- 2 なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目については、薬価改定の告示にあわせて公表し、当該取扱いは4月からの実施とするが、直近3か月間の実績に基づき診療報酬上の評価を行っている後発医薬品調剤体制加算については、経過措置を設けることとする。

具体的には、平成22年1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」に基づき算出することとするとともに、1月から3月の3か月実績で要件を満たす薬局については、7月から9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。

これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

（先発医薬品の品目名 [企業名]）

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

（先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン]）

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

（先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ]）

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

（先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠200mg [田辺三菱製薬]）

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

（先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬]）

（先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン]）

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

（先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬]）

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

（先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ]）

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

（先発医薬品；マルトース輸液 10%）[大塚製薬工場]

⑧ マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋））[日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

# 後発医薬品の使用促進について

## 第1 基本的な考え方

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

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

※ 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまで、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成22年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成22年4月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「          \*」を付すこととする。

## 第2 具体的な内容

### 1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以

上) を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

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

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき） 4点</p> <p>直近3か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品*の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること</p> <p>1 20%以上 ○○○点 改</p> <p>2 25%以上 ○○○点 改</p> <p>3 30%以上 ○○○点 改</p>

※ 1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

また、平成22年4月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する予定であるが、1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1月から3月の3か月実績で要件を満たす薬局については、7月から9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、こ

の場合、届出事務の手続き上 12 月調剤分から加算が適用されないということになる。

## 2. 薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品\* への変更調剤

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

- ① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、
- ② 患者に説明し同意を得ること

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

(注 1, 2) を認めることとする。

(注 1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

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

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

※ 類似した別剤形の例(各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能)

(内服薬の場合)

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

なお、外用薬については、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

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

(3) 処方医が、

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

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

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

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

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

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



#### 後発医薬品使用体制加算（入院初日） ○○○点

[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、  
入院初日に限り所定点数に加算する。



※ 該当する主な入院基本料は、一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（特別入院基本料を含む。）

[施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

#### 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

（先発医薬品の品目名 [企業名]）

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

（先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン]）

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

（先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ]）

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

（先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠200mg [田辺三菱製薬]）

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

（先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬]）

（先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン]）

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

（先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬]）

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

（先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ]）

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

（先発医薬品；マルトース輸液 10%）[大塚製薬工場]

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋））[日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

## 宿題事項等について

急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	1
一般病棟入院基本料等の評価について.....	2
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価.....	3

# 急性期医療に対する後方病床機能の評価（抜粋）

## 第1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

## 第2 具体的内容

### 2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟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、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についての評価を新設する。



### 救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日以内、1日につき）

〇〇〇点

#### [算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

#### [施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

# 一般病棟入院基本料等の評価について（抜粋）

## 第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

## 第2 具体的な内容

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

① 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 〇〇〇点※

② 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

③ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 〇〇〇点※

④ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

⑤ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

※該当入院基本料点数の〇〇〇%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 1カ月間を限度として算定できることとする

# 緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価（抜粋）

## 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

### 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>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>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>ア がん診療に携わる医師に対する</p>

	<p>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>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 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span></p>
--	--



○がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、がん診療連携拠点病院の指定は受けていないが、地域のがん診療の中核となる病院として都道府県が認定している病院を指し、10都道府県で77病院が該当する。(平成21年9月時点)

都道府県認定 がん診療病院数について (H21.9.2版)				
	都道府県名	2次医療圏数	現在の拠点病院数	都道府県認定病院数
1	北海道	21	20	0
2	青森県	6	5	0
3	岩手県	9	9	0
4	宮城県	7	7	0
5	秋田県	8	9	0
6	山形県	4	6	0
7	福島県	7	7	0
8	茨城県	9	8	8
9	栃木県	5	6	0
10	群馬県	10	11	0
11	埼玉県	9	12	3
12	千葉県	9	13	0
13	東京都	13	14	10
14	神奈川県	11	12	0
15	新潟県	7	8	0
16	富山県	4	8	0
17	石川県	4	5	0
18	福井県	4	5	0
19	山梨県	4	4	0
20	長野県	10	8	0
21	岐阜県	5	7	0
22	静岡県	8	10	8
23	愛知県	11	14	0
24	三重県	4	5	0
25	滋賀県	7	5	3
26	京都府	6	9	4
27	大阪府	8	15	23
28	兵庫県	10	14	0
29	奈良県	5	6	0
30	和歌山県	7	6	0
31	鳥取県	3	5	0
32	島根県	7	6	0
33	岡山県	5	7	0
34	広島県	7	10	0
35	山口県	8	7	4
36	徳島県	6	3	0
37	香川県	5	5	0
38	愛媛県	6	7	0
39	高知県	4	3	0
40	福岡県	13	15	0
41	佐賀県	5	4	0
42	長崎県	9	6	4
43	熊本県	11	8	0
44	大分県	6	5	0
45	宮崎県	7	5	0
46	鹿児島県	9	7	10
47	沖縄県	5	4	0
	合計	348	375	77

## 宿題事項について(外来管理加算)

外来管理加算の算定回数は平成 19 年から 20 年にかけてどの程度減少したのか。(2 月 5 日 安達委員)

(答)

社会医療診療行為別調査より、再診料、外来管理加算の算定回数は以下の通り。

(平成 20 年 5 月診療分)

	総数	病院	診療所
再診料算定回数(電話再診は含まない)	76,860,026	14,278,774	62,581,252
外来管理加算算定回数	32,336,222	6,405,122	25,931,100
外来管理加算算定割合	42.1%	44.9%	41.4%

(平成 19 年 5 月診療分)

	総数	病院	診療所
再診料算定回数(電話再診は含まない)	92,547,703	13,879,460	78,668,243
外来管理加算算定回数	51,943,533	8,088,349	43,855,184
外来管理加算算定割合	56.1%	58.3%	55.7%

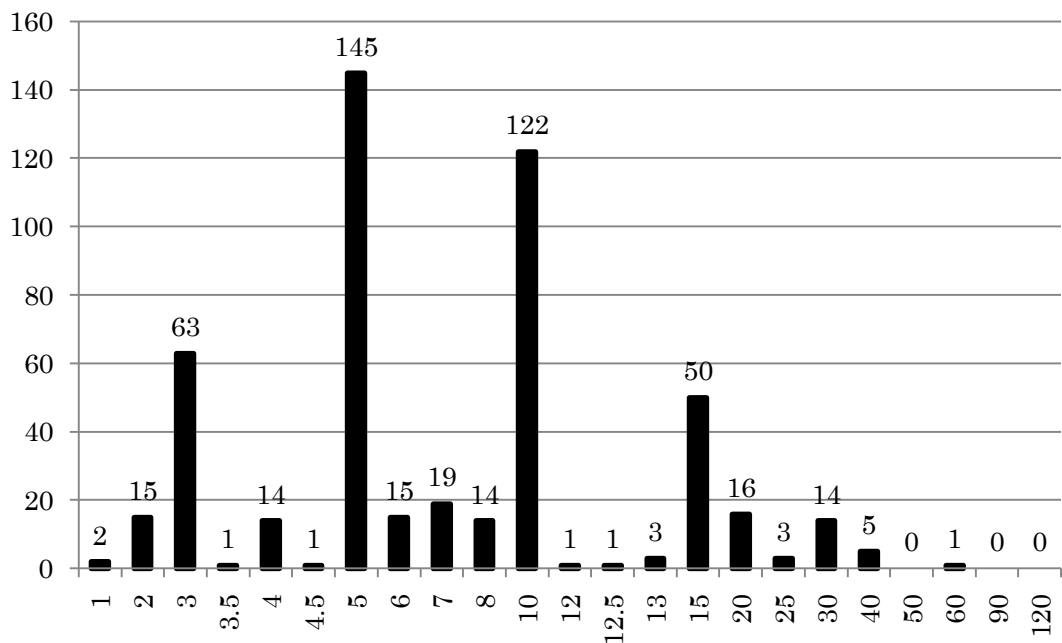
以上より、平成 20 年における外来管理加算割合を平成 19 年と比較すると、以下の通り。

総数	病院	診療所
75.0%	77.0%	74.3%

外来管理加算について、5分の要件を廃止した場合の影響額を試算するための参考となる資料を提供してほしい。(2月5日 白川委員)

○ 外来管理加算を算定されていない患者の診察時間は以下のような分布を示した。

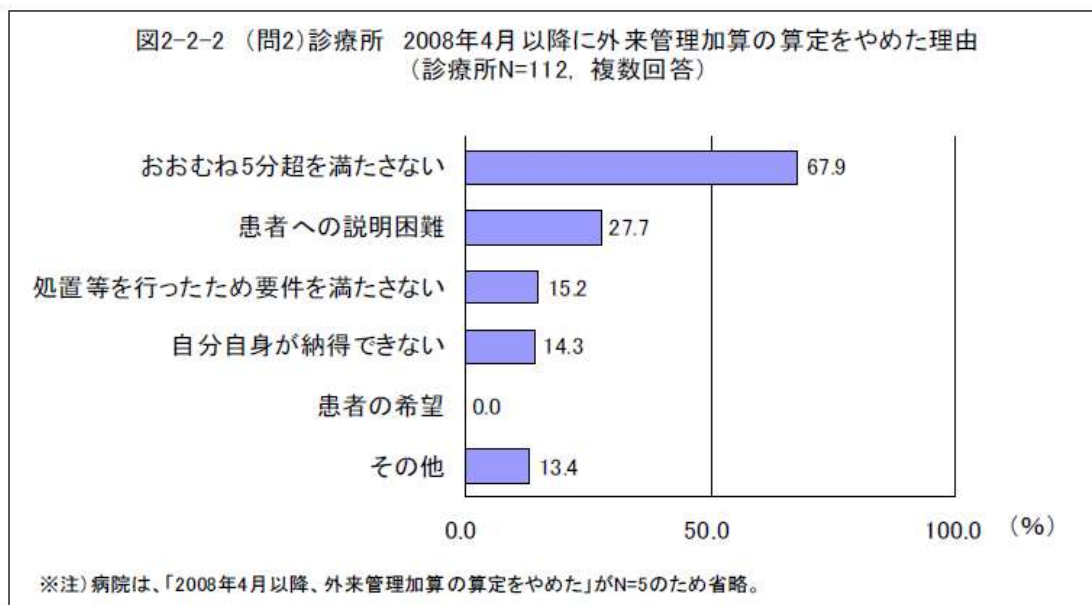
【外来管理加算が算定されていない患者の診察時間】



(平成20年度診療報酬改定結果検証部会「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」患者票より集計)

※検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者のうち、外来管理加算が算定されていない患者を対象としている。

- 日本医師会より1月14日に中医協に提出されたデータによると、外来管理加算の算定をやめた理由は以下の通り。



(外来管理加算に関するアンケート調査結果速報(要約)平成21年1月14日中医協基本小委・委員提出資料より抜粋)

答申書附帯意見（案）

- 1 再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 平成22年度診療報酬改定で講じることとした、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果を検証するとともに、その結果等を踏まえ、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと。
- 4 救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行うこと。
- 5 看護職員の配置や夜勤時間に関する要件については、看護職員の勤務実態等を十分把握した上で、その在り方も含めて、検討を行うこと。
- 6 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 7 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 8 リハビリテーションや精神医療など、平成22年度診療報酬改定で大幅な見直しを行った分野については、その影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 9 平成22年度診療報酬改定以降順次実施するDPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行うこと。
- 10 地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行うこと。
- 11 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。
  - (1) 明細書発行の実施状況
  - (2) チーム医療に関する評価創設後の医療内容の変化及び病院勤務医の負担軽減の状況
  - (3) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
  - (4) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
  - (5) 義歯修理の実施状況、義歯に関する患者満足度の状況及び歯科技工士の雇用状況
  - (6) 後発医薬品の処方・調剤の状況