

平成 2 2 年度保険医療材料制度改革の骨子（案）

第 1 基本的な考え方

1 革新的な新規の特定保険医療材料に対するイノベーションの評価については、類似機能区分方式における補正加算の見直し及び原価計算方式における革新性度合いに応じた調整の創設等の施策を実施してきたところである。

一方で、特定保険医療材料については、国際流動性が高まっているにもかかわらず、医療保険財政が厳しくなる状況の中で、内外価格差が大きいとの指摘がある。このため、これまでに外国価格調整や再算定の導入をはじめ、市場実勢価格加重平均値一定幅方式における一定幅の見直しや再算定における外国価格平均の倍率等の見直し等の施策に取り組んできたところであるが、依然として、内外価格差の存在が指摘されており、その是正に向けた更なる取組が求められている。

2 次期特定保険医療材料制度改革においては、保険財源の重点的、効率的配分を行う観点から、革新的な新規の医療材料についてはイノベーションの評価を行うなど引き続き適切な評価を行うこととし、なお著しい内外価格差を是正する観点から価格の更なる適正化を図ることを基本に見直しを行うものとする。

第2 具体的内容

1 新規の機能区分に関する事項

(1) 価格調整について

ア 価格調整の比較水準について

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。

イ 外国価格参照制度の対象国及び外国価格平均の算出方法について

現行では、外国価格参照制度の対象国は、米国、ドイツ、フランス、連合王国の4カ国となっているが、国により使用実態が大きく異なり、価格差が大きい場合がある。平成20年度の海外材料調査において、スウェーデン、イタリア、カナダ、オーストラリアにおける医療提供体制、薬事制度、医療保険制度や特定の医療材料の価格などの調査を実施したところであるが、調査対象国のうち、オーストラリアが我が国の保険償還制度と類似する制度を有する国として、追加の候補と成り得るものと

考えられる。したがって、我が国とオーストラリアの機能区分制度の相違について、詳細な調査を実施し、その結果等を踏まえ、対象国の追加の措置について、引き続き検討を行うこととする。

また、外国価格平均の算出方法については、それぞれの国の価格が他の国に比べて非常に高い場合等については、その国の価格を平均から除外するなどの方策について、上記の対象国の追加の措置に併せて実施することを引き続き検討することとする。

(2) 原価計算方式における製品原価の取扱について

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】

(3) イノベーションの評価について

ア 改良加算の要件の表現の見直しについて

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】

イ 保険収載の迅速化等について

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】

2 既存の機能区分に係る事項

(1) 市場実勢価格加重平均値一定幅方式による価格改定方式について

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】

(2) 再算定について

既存の特定保険医療材料価格は、当該材料の属する区分の保険償還価格が、当該区分に属する既収載品の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の相加平均値の1.7倍以上であるか、又は1.5倍以上であって、直近2回の材料価格改定を通じて保険償還価格の下落率が15%以内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を下限としている。

ア 再算定の妥当性を検討する区分の対象

次回改定においては、再算定の該当性を検討する区分の対象を前回同様に効率的に実施することに加え、償還価格が下落していない区分についても、外国価格の下落率や対象疾患等を勘案し、実施することとする。【平成22年度実施】

イ 再算定の対象区分

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。

ウ 再算定における外国価格参照制度の為替レートの平均値の対象期間

現行では、調査実施時期から直近の1年間を用いているところであるが、昨今の経済情勢等を勘案し、調査実施時期から直近の2年間とすることとする。【平成22年度実施】

(3) 既存の機能区分の見直しについて

ア 機能区分については、臨床上の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】

3 医療材料の安定供給に係る方策について

(1) 保険適用の取り下げに係るルールの明確化

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】

(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

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】

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

() 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。)

() 算定方法

原価計算方式により算定

4 歯科用貴金属材料の基準価格の随時改定

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】

5 その他

(1) 内外価格差について、我が国特有の流通システムや審査期間等が材料価格に与える影響の把握等を踏まえ、適正な内外価格差の範囲や内外価格差の是正に向けた取組等についての検討を引き続き行うこととする。

(2) 外国価格参照制度に用いている価格はリストプライス（業者希望価格）であり、実効的な価格となっていないという指摘があることから、市場実勢価格の把握やリストプライスの精緻化のための調査を行うなど外国価格参照制度のより適正な方策について引き続き検討することとする。

また、他の先進国における医療機器の流通や購入の状況等について、次年度以降調査を行うことの必要性も含め、引き続き検討を行う。

平成22年度薬価制度改革の骨子(案)

第1 基本的考え方

平成20年度薬価制度改革と同様、特許期間中の革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた新薬については、後発医薬品への置き換えが着実に進むような薬価制度としていくこととする。

具体的には、新規収載医薬品及び既収載医薬品に係る現行の薬価算定方式を基本とし、これまで薬価専門部会で審議してきた以下の点等を踏まえ、平成22年度薬価制度改革を行うこととする。

第2 具体的内容

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

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「加重平均乖離率 - 2%」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。

2. 再算定

- (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。

- (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。

- (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きいことから、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。

3. その他

- (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)。

- (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。

新規収載医薬品の薬価算定

1. 類似薬効比較方式

- (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()」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。

2. 外国平均価格

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上記ルールの最高価格の除外が適用されない場合であっても、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。

3. その他

- (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。
-) 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
 -) 既収載品と同様の効能効果を有すること
 -) 既収載品と投与経路が同一であること
 -) 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。

「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

「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。
- (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。
- (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はなく、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。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の実施方法

1. 目的

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、後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に緩和することにより、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。

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 及び の要件に該当するもの。ただし、本文「第2 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。

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）

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、「加重平均乖離率 - 2%」を加算する。なお、改定前薬価を上限とする。
- 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、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。

公知申請が行える場合で、特段の合理的な理由^㉞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

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^㉞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

㉞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。

(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。

(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

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。

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。

(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。

(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。

(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。

(8) 後発医薬品のある新薬の引下げ

後発医薬品の使用が十分進んでいないことから、平成 2 2 年度薬価改定においては、後発医薬品のある新薬の市場実勢価格に基づく算定値から 2 % 更に引き下げることとする。

3 . 実施時期及び実施方法

平成 2 2 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。

後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子（案）

第1 基本的考え方

1 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、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、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。中でも、在庫管理の負担から後発医薬品の調剤に積極的でない場合が多い薬局において、後発医薬品の使用割合をどのように増やしていくかが大きな課題となっている。

また、患者の意識調査の結果から、診察時に、医師が後発医薬品について説明したり、使用の意向を尋ねたりすることが、患者における後発医薬品の選択を促す上で有用と考えられる。

2 これらの状況を踏まえ、平成22年度診療報酬改定においては、これまでの診療報酬基本問題小委員会における議論に基づき、後発医薬品の更なる使用促進のために、以下のような環境整備を行うこととする。

第2 具体的内容

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

(1) 多くの薬局が、後発医薬品調剤体制加算（要件：処方せんベースでの後発医薬品の調剤率30%以上）を算定している一方で、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が低いことにかんがみ、当該加算の要件を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。

(2) 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こととする。

(3) なお、現状、後発医薬品の数量ベースでの使用割合を算出する場合、各医薬品について、薬価基準上の規格単位ごとに数えた上で計算しており（注）、経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）や特殊ミルク製剤（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、1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出される傾向にある。

これらの医薬品には後発医薬品が存在せず、処方せんを受け付けた薬局における数量ベースでの後発医薬品の使用割合を大きく引き下げてしまうおそれがあることから、算出する際には、除外することとする。

（注）規格単位が 10mg 1錠であれば使用した錠数、10mL であれば、使用 mL 数を 10mL で除した値を各医薬品の数量として用いている。

2 薬局における含量違い又は剤形違い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」欄に処方医の署名等のない処方せん（以下「変更不可」欄に署名等のない処方せん」という。）を受け付けた薬局において、
ア 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、
イ 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）を認めることとする。

（注）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 5 mg 錠 2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、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。

(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は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は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。

(4) なお、上記(1)及び(2)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、原則として、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保険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

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

して、診療報酬上の評価を行うこととする。

- (2) なお、上記加算を適用するに当たっては、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求めることとする。

4 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

保険医療機関及び保険医療養担当規則等（以下「療養担当規則等」という。）において、保険医は、投薬等を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない旨を規定しているところである。

今般、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、療養担当規則等において、保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨を規定することとする。

平成 21 年 12 月 22 日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤 久夫 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

| | | |
|---|---|-----|
| 小 | 林 | 剛 |
| 白 | 川 | 修 二 |
| 中 | 島 | 圭 子 |
| 勝 | 村 | 久 司 |
| 北 | 村 | 光 一 |
| 高 | 橋 | 健 二 |
| 伊 | 藤 | 文 郎 |

平成 22 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

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

まえた価格の適正化等を図っていく必要がある。

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

1. 病院・診療所の機能・役割分担と財源配分の見直し

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

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

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

2. 医療機関等の連携の強化

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

3. 在宅医療・訪問看護の推進

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

4. 歯科診療報酬について

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

5. 調剤報酬について

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

6. 後発医薬品のさらなる使用促進

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

7. 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ①薬価制度および保険医療材料制度は、公的医療保険制度のもとで必要な医薬品等を確保するため、革新的な新薬は適切に評価しつつ、市場の実勢を踏まえた適正な価格を設定することが基本である。
- ②上記の観点から、薬価については薬価調査に基づいた改定を行うほか、イノベーションの評価も含め革新的な新薬は適切に評価していくべきである。また、新薬創出・適応外薬解消等

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

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

8. 後期高齢者医療の診療報酬について

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

9. 患者の視点に立った医療の推進

- ①医療に対する理解、関心を深め、患者・国民が医療に積極的に参加できるよう、原則、全患者への明細書の無料交付を義務づけるべきである。明細書発行の患者への周知については、国、医療機関、保険者等で必要な取組みを一層推進すべきである。また、患者と医師の信頼関係の構築や協働の推進といった観点から、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンの充実などに取り組むべきである。
- ②現行の複雑な診療報酬体系を簡素・合理化し、患者・国民にわかりやすい体系とするとともに、審査・支払いの円滑化と疾病動向や医療費に関する分析を容易にする観点から、医科、歯科、調剤すべてのレセプトの電子化など医療保険実務のIT化を推進するほか、▽標準傷病名の記載の義務づけ▽診療行為実施日の記載の義務づけ▽傷病名と診療行為のリンク付け▽調剤レセプトへの医療機関コード記載の義務づけーなど、レセプト様式および記載要領の見直しを図るべきである。

10. その他

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

平成21年12月22日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤久夫 殿

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

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

〔医 科〕

I 基本的考え方

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

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

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

また、この改定においては、病院勤務医の負担軽減対策のための財源として、

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

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

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

II 具体的検討事項

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

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

3. 適切な技術料評価の診療報酬体系の確立

- (1) 医師の基本技術に対する適正評価

初・再診料の引き上げ

手術における医療材料等「もの」の包括の廃止と、採算のとれる手術料の設定

薬剤の投与種類数による医師の技術料である処方点数の逡減廃止

等

- (2) 入院医療の評価

入院基本料の引き上げ

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

7対1、10対1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設

- (3) 各診療科固有の専門技術に対する適切な評価

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

- (4) 現行の技術評価算定方式の不合理是正

「もの」と「技術」の包括化の撤廃

(特に、手術時に使用する医療材料・ディスポ製品等の正当な評価)

- (5) チーム医療の評価

- (6) 不合理な施設基準の是正

夜勤を行う看護職員1人当たり月平均夜勤時間数72時間以下の要件
2人夜勤体制の要件

リハビリテーションの面積要件

専従要件 等

- (7) 同時実施手術の評価 等

4. 小児医療・産科・救急医療・外科医療等への対応

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

5. がん医療

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

6. 高齢者に対する医療

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

7. 後発医薬品の使用促進

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

8. 医療機関機能の明確化及び連携の強化に対する診療報酬上の対応

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

9. 医療経営基盤の安定確保等

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

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

10. その他

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

〔歯 科〕

I 基本的考え方

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

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

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

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

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

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

II 具体的検討事項

1. 安心・安全な歯科医療と安定的な歯科医療体制の確保への評価

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

2. 歯科医療の充実のための歯科固有の技術の適切な評価

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

3. 患者の視点に立った適切な歯科医療提供の推進

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

4. 在宅歯科医療の推進と適切な評価

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

5. 地域歯科医療体制における病院歯科の充実

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

6. 障害者歯科医療の更なる充実

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

7. 重症化予防と生活の質（QOL）の向上の評価

かかりつけ歯科医による定期検診と医学管理の評価

8. 医療保険と介護保険の効果的な連携の推進

地域医療・介護ネットワークの推進と評価

9. 歯科診療所における医療事務作業の合理化

診療録、レセプトの記載要件の簡素化による医療事務作業の合理化

〔調 剤〕

<保険薬局における調剤報酬関係>

I 基本的考え方

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

II 具体的検討事項

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

<病院・診療所における薬剤師業務関係>

I 基本的考え方

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

II 具体的検討事項

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