

平成20年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【留意事項】

- この資料は、平成20年度診療報酬改定に向けて、平成19年10月から12月までの間における計19回の診療報酬基本問題小委員会において行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。
- この資料は、これまでの議論について、平成19年12月3日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成20年度診療報酬の基本方針」に則って、整理したものである。

【目次】

緊急課題 産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担の軽減

- 1 産科・小児科への重点評価について・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 診療所・病院の役割分担等について・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 3 病院勤務医の事務負担の軽減について・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 4 救急医療対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

I 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

- I-1 医療費の内容の情報提供について・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- I-2 分かりやすい診療報酬体系等について・・・・・・・・・・・・ 6
- I-3 生活を重視した医療について・・・・・・・・・・・・・・ 7
- I-4 保険薬局の機能強化について・・・・・・・・・・・・・・ 7

II 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

- II-1 質が高い効率的な入院医療の推進について・・・・・・・・ 8
- II-2 質の評価手法の検討について・・・・・・・・・・・・・・ 10
- II-3 医療ニーズに着目した評価について・・・・・・・・・・・・ 10
- II-4 在宅医療の推進について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

Ⅱ－５	精神障害者の療養生活支援について	12
Ⅱ－６	歯科医療の充実について	14
Ⅱ－７	調剤報酬の見直しについて	15

Ⅲ 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

Ⅲ－１	がん医療の推進について	16
Ⅲ－２	脳卒中対策について	17
Ⅲ－３	自殺対策・子どもの心の対策について	17
Ⅲ－４	医療安全の推進と新しい技術等の評価について	18
Ⅲ－５	イノベーション等の評価について	19
Ⅲ－６	オンライン化・IT化の促進について	19

Ⅳ 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

Ⅳ－１	新しい技術への置換えについて	20
Ⅳ－２	後発医薬品の使用促進等について	20
Ⅳ－３	市場実勢価格の反映について	21
Ⅳ－４	医療ニーズに着目した評価について（Ⅱ－３ 再掲）	21
Ⅳ－５	その他効率化や適正化すべき項目について	22

Ⅴ 後期高齢者医療制度における診療報酬について

V－１	入院医療について	22
V－２	在宅医療について	23
V－３	外来医療について	25
V－４	終末期医療について	26

【緊急課題】産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担の軽減

緊急課題－１ 産科・小児科への重点評価について

- (1) 低出生体重児や高齢出産等の、出産に伴う危険性が高い症例数の増加を踏まえ、診療報酬において評価している母体や胎児に合併症等の異常がある場合に行われる治療について、平成18年度改定において設けられたハイリス

ク分娩管理加算の対象者の拡大等充実を図る。

- ① リスクの高い分娩のうち、前置胎盤や心臓疾患等の合併妊娠等について、ハイリスク分娩管理加算の対象者の拡大を行う。

【追加される対象者の例】

妊娠22週超32週未満までの早産、前置胎盤、双胎間輸血症候群、血友病等の血液疾患、HIV陽性妊娠等

- ② 基礎疾患等を有する妊婦の妊娠管理について、特別に評価を行う。

【対象者の例】

妊娠22週超32週未満までの早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、血友病等の血液疾患、HIV陽性妊娠等

- ③ ハイリスク分娩管理加算の対象者の拡大及びハイリスク妊娠管理加算の創設に伴い、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象を拡大する。

- ④ 妊婦に対して行われる基本的検査である「ノンストレステスト」について、対象の拡大と算定回数の制限の緩和を行う。

【追加される対象者の例】

40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、腎疾患、血友病等の血液疾患等

- ⑤ 救急搬送されてきた妊産婦の診療には母体及び胎児の状態や合併症等高度な医学的判断が必要とされることにかんがみ、緊急の母体搬送の受け入れが円滑に行われるよう、緊急入院時の加算を創設する。

- ⑥ ハイリスク妊産婦共同管理料を届け出ている医療機関間において、検査結果や画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合に評価を行う。

- (2) 子ども病院を始めとする地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関において、現行の基準を超えた手厚い人員配置が行われている実態に即して、より高い評価を行う。

- (3) 超重症児や人工呼吸器を装着した患者が多い施設において、より手厚い看護配置を適切に評価する観点から、以下の措置を講ずる。

- ① 超重症児・準超重症児の中でも、状態が特に安定しない乳幼児期に係る部分について、重点的に評価を行う。

- ② 肢体不自由児(者)等を対象とする施設について、一定以上の割合で超重症児等が入院していることを条件として、障害者施設等入院基本料に7

対1入院基本料を創設する。

- (4) 小児の発達障害等による言語障害を有する患者や脳血管障害等による失語・構音障害に対するリハビリテーションの重要性にかんがみ、集団的に行われるコミュニケーション療法を評価する。
- (5) 児童福祉法に定める施設や医療機関に算定が限定されている障害児（者）リハビリテーション料について、これら以外の施設においても障害児（者）を多く受け入れて専門的なリハビリテーションを実施している医療機関がある実態に即して、対象となる医療機関を拡大する。併せて、障害児（者）リハビリテーションの特殊性・専門性に着目して、評価を引き上げる。

緊急課題－2 診療所・病院の役割分担等について

- (1) 病院及び診療所の再診料の点数格差については、診療所が主として地域において比較的軽度な医療や慢性疾患患者の管理等を担っていることについて包括的な評価を行っているものであり妥当であるとの意見がある一方で、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることを踏まえ、診療所の評価を引き下げることにについて、検討する。
- (2) 病院勤務医の負担となっている夜間等の軽症者の受入れについて、診療所によるさらなる協力を促すため、時間外加算の特例医療機関と同様に、診療所における夜間診療等の評価を行う。
【加算対象となる時間帯】
平日： 夜間（18～22時）、早朝（6～8時）の診療
土曜： 夜間等（12～22時）、早朝（6～8時）の診療
日曜： 夜間、早朝等（6～22時）の診療
※ 週30時間以上開業していること、開業時間を分かりやすい場所に掲示していること、等を要件とする。
- (3) 休日・夜間等の診療において、診療所で働く小児科医師のさらなる協力を促すため、地域連携小児夜間・休日診療料及び小児外来診療料の評価を引き上げる。

(4) 入院時医学管理加算の要件を見直し、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について、評価を行う。併せて、地域の他の医療機関との連携に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減策を講じていることを要件に追加する。

【主な要件】

- ・ 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
- ・ 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- ・ 入院患者のうち、全身麻酔件数が年間800件以上であること
- ・ 24時間の救急医療を提供していること
- ・ 外来診療を縮小するための体制を確保していること
- ・ 特定機能病院・専門病院は対象としないこと 等

緊急課題－3 病院勤務医の事務負担の軽減について

勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員を配置している場合に、救急医療等病院の担う機能及び配置された当該職員数に応じて、評価を行う。

緊急課題－4 救急医療対策について

医療資源の重点化をさらに進めるため、救急患者に対する極早期の急性期医療をさらに重点的に評価する。

I 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

I－1 医療費の内容の情報提供について

診療報酬上の算定項目の明細書について、オンライン請求義務化の対象となる病院については発行するための事務処理体制が整っていると考えられることから、実費徴収を認めつつ、患者の求めに応じて、明細書の発行を義務付ける。

I-2 分かりやすい診療報酬体系等について

- (1) 患者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、診療報酬体系の簡素化を図る。
- (2) 後期高齢者医療に係る診療報酬点数表について、診療報酬体系の簡素化を図るため、一般の診療報酬点数表との重複を排除して同表の中に盛り込む。
- (3) 診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分からないままに費用を負担しているものもあるとの指摘があることを踏まえ、個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものとなっているか、点検を行う。
- (4) 患者にとって分かりやすい診療報酬体系とするためにも、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等を評価している外来管理加算について、5分以上という時間の目安を設ける。
- (5) 平成19年4月の疾患別リハビリテーション料に係る一部見直しにより導入された逡減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなど患者にとって分かりにくいとの指摘があることから、以下の通り見直す。
 - ① 疾患別リハビリテーション料に係る逡減制・医学管理料を廃止し、点数の一本化を図る。
 - ② 発症後早期のリハビリテーション料について、「リハビリテーション早期実施加算」を設けて評価する。
 - ③ ADL加算について、病棟等におけるリハビリテーションが普及していることから廃止する。
 - ④ リハビリテーション総合計画評価料は、毎月1回算定できることとする。
- (6) 患者から見て分かりやすい診療報酬体系とするため、標準的な治療方法が確立しており、手術に伴う入院期間及び投入コストにおいて大きな変動がないものについて、1手術単位での支払方式を導入する。
【導入する手術】15歳未満の鼠径ヘルニア手術（5日以内の入院）

- (7) 病理学的検査の重要性にかんがみ、患者に対して適切に情報提供を行うため、現在第3部の中で評価されている病理学的検査を、「第13部 病理診断」として改めて評価する。併せて、主に急性期医療に関する特定入院料において包括して評価されている項目のうち、病理学的検査診断・判断料を、包括範囲外として出来高で評価を行う。

I-3 生活を重視した医療について

- (1) 生活習慣病管理料について、治療計画に基づいた治療管理の普及促進を行うため、療養計画書の簡素化や患者への療養計画書の交付頻度の減（内容に変更がない場合、3ヶ月に1回以上交付から4ヶ月に1回以上交付へ）を行うことに併せ、患者の負担を考慮して評価の引下げを行う。また、2型糖尿病の管理について、血糖コントロールと患者教育の観点から、非インスリン患者に対して自己血糖測定用キットに関する指導を行った場合の加算を新設する。
- (2) 糖尿病合併症のうち、合併症の兆候の早期発見や治療・指導のためのガイドラインが示されており、これに基づく治療・指導により進行を抑えることが報告されている「糖尿病足病変」について、適切な体制を備えて、これを併発する糖尿病患者に対して重点的な指導・管理を行った場合に評価を行う。
- (3) 人工透析について、副作用等により透析に長時間を要する患者が一定数いるという実態や、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を踏まえ、長時間の人工透析を行った場合に評価を行う。
- (4) 外来医療における迅速検査は患者にとって医療機関の受診回数を減らすことができる等の利点があることや、異常値出現時の速やかな医師への確認依頼等の業務の重要性にかんがみ、院内検査の評価を引き上げるとともに、検査判断料について引き下げる。
- (5) 遺伝学的検査の普及に適切に対応するため、遺伝学的検査を行う場合に、臨床遺伝学の専門的知識を持つ医師が、本人及び家族に対して心理社会的支援を行った場合の評価（加算）を創設する。

I-4 保険薬局の機能強化について

地域の救急医療体制や診療所の夜間・早朝開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、常態として夜間、休日等に開局し、調剤を行っている薬局においても、時間外加算等を算定できることとする。

Ⅱ 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

Ⅱ-1 質が高い効率的な入院医療の推進について

- (1) 診断群分類別包括評価（DPC）について、以下のとおり、DPCによる支払対象病院を拡大する。
 - ① 平成20年度DPC対象病院の基準として、平成18年度DPC対象病院の基準に、2年間のデータ提出、提出されたデータが適切なものであること、及びデータと病床の比率が8.75以上であることを加える。
※ 平成20年度に新たにDPCの対象となる医療機関は、平成18年度DPC準備病院（371病院）のうち、この基準を満たすものとする。
 - ② DPC対象病院の基準として新たな事項が設けられたことを踏まえて、これを満たさない病院について、一定の猶予期間を経た後、対象から除外する。
 - ③ 医療機関別に設定される調整係数については、平成20年度改定において、他の診療報酬点数の改定状況を勘案して見直す。
 - ④ 医療機関別に調整係数を設定する制度の廃止に伴う新たな機能評価係数等を含めたDPC制度の在り方について、平成20年度改定後速やかに検討に着手し、その結果を踏まえて、平成21年度以降のDPC対象病院の取扱を検討する。
- (2) DPCに係る診断群分類ごとの診療報酬点数について、平成20年度改定における診療報酬点数の見直しを踏まえた見直しを行うほか、診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会における検討結果を踏まえ、医療資源の同等性、臨床的類似性、分類の簡素化及び精緻化、アップコーディングの防止等の観点から、診断群分類の見直し等を行う。
- (3) 平均在院日数の短縮の流れに適切に対応するため、急性期治療を経過した患者を受け入れる病室として機能する亜急性期入院医療管理料の要件緩和

を図る。

- (4) 長期入院患者等が住み慣れた居宅等での療養生活に円滑に移行することを支援するため、必要な体制を整えた医療機関が、患者の同意の下で、退院計画を立案した場合に評価を行う。
- (5) 地域における医療連携を促進する観点から、急性期医療を担う病院から地域の医療機関への転院や外来への引継ぎを円滑に進めるため、退院時に算定される画像等を添付した場合の診療情報提供料の算定要件を緩和し、退院日の翌月に行われた場合における算定を認める。
- (6) 平成20年3月31日に廃止予定であった特殊疾患療養病棟入院料等について、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。
- ① 疾患の見直しの具体的内容：入院患者の概ね8割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。
※ 準備期間を半年間設け、平成20年10月1日実施とする。
- ② 特殊疾患療養病棟から療養病床に転換した場合等について、激変緩和措置として、一定の経過措置を設ける。
- ③ 名称を「特殊疾患病棟入院料」とする。
- (7) 障害者施設等入院基本料について、本来設けられた趣旨・目的に照らして、(6) ①及び②と同様の措置を講ずる。
- (8) 感染症対策の拡充のため、入院期間中の以下の薬剤費について、包括評価を行っている入院料の包括範囲の対象外とする。
- ・ 血友病を伴うH I V患者に対する血液製剤及びH I V治療薬の薬剤費
 - ・ B型・C型肝炎患者に対するインターフェロン等の薬剤費
- 【包括外の対象となる入院料の例】
療養病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料 等
- (9) 感染症患者の治療に当たって、院内における二次感染防止をさらに進めるため、二類感染症患者（排菌量の少ない患者等を除く。）に係る個室での療

養環境の確保について、評価を創設する。

- (10) 医療法改正により、診療所においても48時間を超える入院が認められたことを踏まえて、入院患者の病状急変に備え、医師、看護師が対応できる体制が整った診療所における入院医療を評価する。

Ⅱ-2 質の評価手法の検討について

- (1) 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に適確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入れ割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。
- (2) 慢性期入院医療の包括評価分科会での検討結果を踏まえて、以下の見直しを行う。併せて、医療経済実態調査結果等を踏まえて、療養病棟入院基本料を適正化する。
- ① 将来的に医療の質の評価を行うことを目的として、ケアの質を反映する褥瘡の発生割合や、ADLの低下等を継続的に測定・評価し、記録する。
 - ② 医療区分・ADL区分の評価について、毎日ではなく、患者病態の変化時に行うこととする。
 - ③ 医療区分の評価項目の見直し
 - ア 「酸素療法」について、毎月、必要とされる病態か否か確認を行い、診療録等に記載する。
 - イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」について、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。
 - ウ 「脱水」及び「おう吐」について、発熱を伴うものに限定する。
 - ④ 認知機能障害加算を廃止する。

Ⅱ-3 医療ニーズに着目した評価について

平成19年1月の建議等を踏まえ、7対1入院基本料について、以下のとおりの見直しを行う。

- ① 7対1入院基本料について、「看護必要度」による基準を満たす病院のみが届け出ることができることとする。

【新たに導入される「看護必要度」判定基準の概要】

ハイケアユニットにおいて用いられている「重症度・看護必要度」の指標を基に、一般病棟における急性期入院医療に係る治療・処置に対応するとともに、病院での負担を勘案して評価項目を簡素化したものとする。

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1. 創傷処置、2. 血圧測定、3. 時間尿測定、 4. 呼吸ケア、5. 点滴ライン同時3本以上、 6. 心電図モニター、7. シリンジポンプの使用、 8. 輸血や血液製剤の使用、 9. 専門的な治療、処置（①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、 ④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理）	1. 寝返り 2. 起きあがり 3. 座位保持 4. 移乗 5. 口腔清潔 6. 食事摂取 7. 衣服の着脱

※1 産科患者及び小児科患者は「看護必要度」の測定対象から除外する。

※2 救命救急センターを設置する病院は、「看護必要度」による基準を満たさない場合であっても、7対1入院基本料の届出ができることとする。

※3 準備期間を3ヶ月間設け、平成20年7月1日実施とする。

※4 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定している病院であって「看護必要度」の基準を満たせないものについては、激変緩和措置として、平成22年3月31日までの間、10対1入院基本料に加えて「看護補助加算」の算定を認める。

※5 特定機能病院には適用しない。

- ② 7対1入院基本料について、医師数が病床数に対して10分の1以上であり、かつ、医療法標準を満たしている病院以外については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。併せて、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。

※ 特定機能病院には適用しない。

Ⅱ-4 在宅医療の推進について

(1) 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院について、在宅医療の主な担い手となっていることに着目し、在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

※ 在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

(2) 療養病床から転換した介護老人保健施設において、夜間又は休日に、施設のオンコール医師が、医師による対応の必要性を認め、かつ、当該オンコール医師による対応ができない場合に、当該オンコール医師の求めに応じて、併設する医療機関の医師が訪問して診療を行うことを評価する。

(3) 療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬の算定が可能な項目を拡大する。

【算定可能とする項目の例】

創傷処理、咽頭異物摘出術（複雑なもの）、心電図検査（判断料）、点滴・注射（手技料）、麻薬投与（手技料）等

(4) 訪問看護については、後期高齢者とそれ以外の患者とで同様のニーズがあると考えられることから、後期高齢者における対応を75歳未満の者に対しても導入する。

Ⅱ-5 精神障害者の療養生活支援について

(1) 精神病床での入院期間が1年以上の長期入院患者に対して、退院後に安心して地域での生活を営めるよう、退院支援計画に基づいて行う精神科地域移行支援について手厚い評価を行う。

(2) 精神病床における長期入院患者が退院後も安心して地域での生活を営めるよう、退院調整を行い、計画的に地域移行を進めている医療機関に対して、入院期間が5年以上の入院患者数が一定割合以上減少した場合の加算を創設する。

(3) 入院の長期化を防止するため、精神科退院前訪問看護・指導の対象者を拡大し、入院期間が3ヶ月未満の患者に対する精神科退院前訪問指導の実施を評価する。

- (4) 精神障害者が安心して地域での生活を営めるよう、服薬中断等により精神症状が急性増悪した場合に、重点的な精神科訪問看護の実施を評価する。
【重点的な実施の内容】 服薬中断等により精神症状が急性増悪した場合であって、医師が必要を認めた場合には、週7回以内
- (5) 精神病床に入院する患者の地域移行を推進する観点から、入院期間に応じた加算について、長期入院患者の評価を見直す。
- (6) 精神科救急医療を担う地域の中核病院等の精神病床であって、精神科治療に合わせて身体合併症の治療を行うことの加算を創設する。
- (7) 精神科救急入院料について、精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消を図るとともに、入院早期から在宅への移行支援をさらに推進する観点から、算定要件を見直す。
- (8) 精神病床に入院している精神障害者であって、身体疾患を併せ持つものに対して、精神科と精神科以外の診療科とが協力して治療する体制が整った医療機関において、治療早期の加算を創設する。
- (9) 精神病床・結核病床入院患者のうち、特に肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、重篤化予防のための必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定を認める。
- (10) 認知症患者について、入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対してより手厚い医療が必要となることにかんがみ、入院早期の評価を引き上げる一方、長期入院について適正化を行う。
- (11) 今後の後期高齢者の増加による認知症患者の増加に対応するため、認知症の疑われる患者について、かかりつけ医が、その患者又は家族の同意を得て、認知症疾患の専門的診断ができる医療機関に対して、認知症の兆候について記載した文書等を添えて紹介した場合の評価を創設する。
- (12) 精神科外来における精神療法について、患者の状態に応じて診療時間に大きな差が見られる実態に即して、時間の目安を設けるとともに、長時間に

わたる場合には評価を引き上げる。また、地域で療養生活を送る精神障害者の継続的な受診機会確保のため、精神科医の訪問診療において、精神療法の算定を認める。

- (13) 精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援を促進するため、医師が病状や服薬状況・副作用の有無の確認等を主な内容とした援助を行うことについての評価を創設する。これに合わせて、医師の指示の下、保健師等が患者の地域生活や社会復帰に向けた援助、指導を行った場合の加算を設ける。
- (14) 精神疾患患者の社会復帰を促進する観点から、一部の必要な薬剤について、一定期間症状の安定性が予見できる患者に対して、現在14日分に制限されている処方日数を見直し、30日処方とする。
【緩和の対象となる薬剤の例】 トリアゾラム、塩酸モルヒネ 等
- (15) 医療法標準との整合を図るため、25対1以上の看護配置を行っている場合の経過措置を、当分の間、延長する。

Ⅱ-6 歯科医療の充実について

- (1) 歯科医療の特性を踏まえた口腔全体の指導管理体系や患者から見て分かりやすい指導管理体系を構築するため、指導管理体系の見直しを行う。
- (2) 歯科治療における診療指針等の見直しを踏まえ、歯周疾患の治療体系及び有床義歯の管理の評価体系の見直しを行う。
- (3) 病院歯科の機能評価について、専門的な歯科診療機能を有する病院としての機能を明確化する観点から、地域歯科診療支援病院の施設基準を見直し、適切な機能評価を行う。
- (4) 歯科診療における患者への文書による情報提供の在り方について、診療報酬改定結果検証部会の検証結果等を踏まえ、算定要件とされる項目、情報提供を行う頻度、提供される情報の内容等について検討を加え、必要な見直しを行う。

- (5) 患者にとって安心・安全な歯科医療を提供する観点から、歯科医療の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価する。
- (6) 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、以下の措置を講ずる。
- ① 一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的に再評価を行う。
 - ② 医科診療報酬における見直しと同様に対応が求められる技術について、必要な評価の見直しを行う。
 - ③ 歯科治療上の重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえて、既存の歯科医療技術の評価の見直しを行うとともに、一部の処置及び手術等に係る技術について、基本診療料において包括的に評価する。

Ⅱ-7 調剤報酬の見直しについて

- (1) 治療上の必要性から行われている一包化薬の調剤料について、現行では多くの種類の内服薬が処方されていても、服用時点が全て同一の場合には算定できないとされているが、一包化に要する手間にかんがみ、一定の要件を満たした場合には算定できることとするとともに、その評価を見直す。
- (2) 投薬量、投与日数等にかかわらず1調剤当たりの評価とされている自家製剤加算のうち、錠剤の半割について、他の自家製剤に比し調剤に要する手間が少ないことにかんがみ、投与日数を考慮した評価に改める。
- (3) 薬局においては、調剤に際して服薬状況や薬剤服用歴の確認を行うこととし、患者に対する必要な服薬指導を充実させ、服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素化を図るため、薬剤服用歴管理料とその加算である服薬指導加算を統合し、その中で、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導することを評価する。
- (4) 長期投薬情報提供料1の算定回数に比し、実際に患者等に対して情報提供した回数が少ない実態を踏まえ、あらかじめ同意の得られた患者に対して、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

Ⅲ 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

Ⅲ-1 がん医療の推進について

- (1) 放射線治療の質の向上を図るため、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び治療計画策定の体制が整った医療機関において、放射線治療を必要とする患者に対して、治療計画が策定された場合の加算を創設する。
- (2) がん患者の療養生活の質の向上を図るとともに、疼痛緩和を目的とした放射線治療実施例の増加に対応するため、必要な体制が整った医療機関において、外来で放射線治療を行った場合の加算を創設する。
- (3) 専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より質の高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において施行される化学療法について、評価を行うほか、当該評価を動脈注射等についても拡大する。
- (4) がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な医学管理と療養上必要な指導を継続的に行うことを評価する。
- (5) 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、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師の勤務要件を緩和し、連携する他の医療機関からの紹介に応じて外来診療に当たることを認める。
- (6) 緩和ケア病棟について、終末期のケアに加えて、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えた病棟とするため、位置付けにおいて明確化するとともに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等を要件とする。
- (7) がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化に合わせて、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

【機能強化の具体的内容】

相談支援センターの充実、手術・放射線治療・化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施等

- (8) がん患者の療養生活の質の向上を図るため、広範囲なリンパ節郭清後に発生が多く見られる四肢のリンパ浮腫について、発症抑制を目的として、患者自らが行うリンパ・ドレナージについて指導を行った場合の評価を創設する。
- (9) 在宅での緩和ケアの推進には在宅における麻薬の服用、保管、廃棄等が確実に行われることが重要であることから、在宅患者に対する麻薬管理指導加算の算定要件に、薬剤師が、定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことを追加する。また、麻薬が処方されている外来患者についても、麻薬の服用、保管等が確実に行われるよう、薬局の薬剤師が行う麻薬の服用に係る薬学的管理及び指導要件の厳格化及び評価の引上げを行う。
- (10) がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、包括評価を行っている入院料の包括範囲の対象外とするとともに、介護老人保健施設入所者についても医療保険において給付を行うこととする。また、在宅がん患者の疼痛緩和等を進めるため、保険薬局での必要な注射薬及び携帯型ディスプレイポンプ器の交付を認める。

Ⅲ－２ 脳卒中対策について

- (1) 診療報酬改定結果検証結果等を踏まえ、地域連携診療計画の評価を以下の通り見直す。
- ① 疾患の特性及び医療機関間の連携の重要性にかんがみ脳卒中を対象疾患に追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行うこととする。
 - ② 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する。
 - ③ 対象患者や連携医療機関数の増加等を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる。
- (2) 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に適確に対応するため、高度な医療機能を有し適切な体制が整った医療機関において、脳梗塞の救急患者に対して、関係学会のガイドラインを踏まえて、t-PA（アルテプラゼ）が適切に投与された場合に、評価を行う。

Ⅲ－３ 自殺対策・子どもの心の対策について

- (1) うつ病等の精神疾患患者について早期からの精神科受診を促すため、身体症状を訴えて内科等を受診した際うつ病等の精神疾患が疑われる場合に、患者の同意を得て、受診日を含めて精神科医に紹介した場合に、診療情報提供料の加算を創設する。
- (2) 医師が救命救急入院を必要と認めた重篤な救急患者であって、自殺企図等の精神症状を伴うものに対し、精神保健指定医が治療計画を立てて治療を行った場合の加算を創設する。
- (3) 外来における子どもの心の診療において、診察に長時間を要する場合や治療期間が1年を超える場合が多いという実態を踏まえ、評価を見直すとともに、算定期間を延長する。
- (4) 子どもの心の診療に関して、未成年者の精神科外来診療は長期間にわたることが多いため、通院精神療法に於いて20歳未満の患者に対する加算の算定期間を延長する。
- (5) 子どもの心の入院医療を専門的に行う医療機関における入院医療の評価を引き上げるとともに、算定要件を緩和しユニット単位での評価も可能とする。

Ⅲ-4 医療安全の推進と新しい技術等の評価について

- (1) 医療機関における医療機器の安全確保や適正使用を一層推進するため、特に安全管理の必要性が高い、生命の維持に直接関与する医療機器の専門知識を有する臨床工学技士が配置された医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合の評価を創設する。
【対象となる医療機器の例】人工心肺装置、補助循環装置、人工呼吸器等
- (2) 医療安全対策を医療機関全体で行う体制整備を進めるため、医療安全対策加算の要件に、医療安全管理部門に診療部門、看護部門、薬剤部門、事務部門等すべての部門の職員が配置されていることを追加する。
- (3) 入院患者に対する薬剤師の薬学的管理及び指導について、投与量の加減に

より重篤な副作用が発現しやすい薬剤（ハイリスク薬）を使用する患者及び特定集中治療室管理料等の算定対象となる重篤な病状の患者に対して実施した場合を重点的に評価するとともに、有床診療所において病院と同等の施設基準を満たす場合に病院と同様の評価を行う。

- (4) 手術に係る点数について、高度な専門性及びその集約性が求められる手術の評価を引き上げる。
- (5) 画像のデジタル化処理を推進する目的で設けられた加算について、技術の普及により本来の役割を終えたと考えられることから、廃止する。
- (6) 画像処理技術の進歩に対応し、コンピューターでの画像管理の対象を拡大するとともに、適切な画像管理体制に係る評価を引き上げる。
- (7) 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
- (8) 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

Ⅲ-5 イノベーション等の評価について

※1 イノベーションの評価については、薬価専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成20年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえてとりまとめられた「平成20年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。

※2 後発医薬品の使用促進等については、[Ⅳ-2 後発医薬品の使用促進等について（20頁）](#)を参照のこと。

Ⅲ-6 オンライン化・IT化の促進について

- (1) オンライン請求促進を目的として設定されている電子化加算について、平成20年4月から開始されるオンライン請求義務化の段階実施に対応して、

義務化されていない医療機関がオンライン請求を行った場合に限り算定できることとする。

- (2) 電子点数表への適切な対応も考慮に入れて、診療報酬点数表の体系全般について点検を行い、ロジックの明確化を徹底する。

IV 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

IV-1 新しい技術への置換えについて

- (1) 医師による診断と適切な指導があれば患者本人又は家人により行うことが可能であり、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を必要としない処置について、基本診療料において包括的に評価する。併せて、耳鼻咽喉科及び皮膚科領域における専門的な指導管理について、評価を行う。
- (2) 虫垂切除術について、病状に応じた技術の評価を行う。
- (3) 心臓超音波検査におけるドプラ法について、普及により先進的な技術としての役割を果たしたと考えられることから、基本検査料において評価する。

IV-2 後発医薬品の使用促進等について

- (1) 後発医薬品の使用促進のため、処方せんの様式を変更し、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に、署名又は記名・押印することとする。これに伴い、「変更不可」欄に署名等がない処方せんが数多く患者に交付されることが予想されることから、これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の特別な評価について廃止する。
- (2) 後発医薬品の銘柄処方が多いことによる薬局の負担にかんがみ、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品について、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

- (3) 薬局における後発医薬品の調剤をより進める観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担にかんがみ、薬局の調剤基本料を見直した上で、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合を評価する。
- (4) 後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、短期間、後発医薬品を試せるように分割して調剤することを、分割調剤を行うことができる場合に追加する。
- (5) 薬局において、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、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。
- (6) 後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等において、以下のとおり規定する。
- ① 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。
 - ② 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が薬価収載されている場合であって、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
 - ③ 保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たって、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。

IV-3 市場実勢価格の反映について

医薬品、医療材料、検査等について、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

IV-4 医療ニーズに着目した評価について

II-3 医療ニーズに着目した評価について(10頁)を参照のこと。

IV-5 その他効率化や適正化すべき項目について

平成18年度改定において導入されたコンタクトレンズ検査料について、不適切な診療報酬請求事例が多く見られたことから、以下の通り見直す。

- ① 算定要件として、コンタクトレンズ処方に係る受診費用の院内掲示及び患者に対する受診費用の情報提供を追加する。
- ② 初回装用者と既装用者の区分を廃止する。
- ③ コンタクトレンズ診療に特化した医療機関を峻別するため、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合による区分の基準を、現行の70%から30%（眼科診療を専ら担当する常勤医師がいる場合には、40%）に引き下げる。

V 後期高齢者医療制度における診療報酬について

75歳前後における医療の連続性に配慮し、後期高齢者医療制度における診療報酬の基本的内容については、これまでの老人保健法に基づく診療報酬と同様に、74歳以下の者に対して行われた場合の診療報酬を適用する。また、後期高齢者の心身の特性等に応じて、以下の項目について特別に評価を行うとともに、一部については74歳以下も同様の評価を行う。

V-1 入院医療について

- (1) 後期高齢者に対して、入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要であることから、病状安定後早期に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評価を行う。
- (2) 後期高齢者が希望する場合に安心して在宅（居住系施設を含む。）での療養生活を送ることができるよう、退院後の生活を見越した支援体制を整えるため、充実した体制を備えて退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に評価を行う。
- (3) 後期高齢者の退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅医療を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合に評価を行う（後期高齢者以外についても同様に評価）。

- (4) 後期高齢者が、地域での療養生活を安心して送ることができるよう、あらかじめ主治医との連携が図られている病院・診療所が、主治医の求めに応じて、病状急変時等に入院を受け入れた場合に評価を行うとともに、在宅患者の緊急入院に係る評価を引き上げる（在宅患者に係るものについては、後期高齢者以外についても同様に評価）。
- (5) 医師等は、患者の入院時に、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴の確認を行うこととする。また、入院中の薬剤に関する情報を患者や地域の主治医等が確認できるよう、入院中に使用した主な薬剤について「お薬手帳」に記載した場合等に評価を行う（前段は後期高齢者以外についても同様に評価）。
- (6) 後期高齢者の退院直後の時期を重点的に支えるため、末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等による退院時の支援、指導の評価を行う。
- (7) 後期高齢者に対して、入院前後において一貫した診療方針の下で継続的な診療連携を行うことができるよう、入院前に外来診療を担当していた医師が退院後に再び外来診療を継続した場合に評価を行う。
- (8) 入院中に行われている栄養管理が退院後においても継続的に行われるよう、退院の際に、管理栄養士が患者又は家族等に退院後の栄養・食事指導及び情報提供を行った場合に評価を行う。

V-2 在宅医療について

- (1) 在宅で療養生活を送る後期高齢者にサービスを提供する医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等医療関連職種が、利用されている医療サービス・福祉サービスに関する情報を共有し、療養生活を送る上で必要な指導及び助言を行った場合に評価を行う（介護保険のサービスを利用している者を除く。後期高齢者以外についても同様に評価）。
- (2) 医師等の医療関連職種が、在宅で療養生活を行っている後期高齢者の病状の急変や診療方針の変更等のため、他の医療関連職種とのカンファレンスを

開催し、必要な指導等を行った場合に評価を行う（後期高齢者以外についても同様に評価）。

- (3) 在宅で安心して療養生活を送ることが出来る環境を整えるため、訪問看護基本療養費を引き上げる。また、24時間の電話対応に加えて、24時間緊急訪問対応が可能な体制が整っている訪問看護ステーションから訪問看護を受けた場合に加算を行う。
- (4) 人工呼吸器装着患者に対して、現行の医療保険の標準的な時間（2時間）を超える長時間の訪問看護を実施し、患者の病態に応じた手厚いケアを行っている実態を適切に評価するため、長時間訪問看護について評価を行う。
- (5) 重度の褥瘡がある患者や、気管切開を行っている患者に対して、週4日以上の訪問看護の実施を内容とする「特別訪問看護指示書」の交付を1月に2回まで認めるとともに、これに基づく訪問看護を評価する。
- (6) 様々な居住系施設等における疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設を利用する後期高齢者に対して提供される医療サービスについて、以下の通り、適切な評価を行う（後期高齢者以外についても同様に評価）。
 - ① 後期高齢者が多く生活する施設に居住する患者に対して医療関連職種が訪問診療等を行った場合について、評価の適正化を行う。
 - ② 特定施設に入居する後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外の医師の在宅時医学総合管理について評価を行う。
- (7) 寝たきり老人訪問指導管理料について、在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の普及により、本来の役割を終えたと考えられることから、廃止する。
- (8) 在宅歯科医療を適切に推進するため、以下の措置を講ずる。
 - ① 後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養生活を歯科医療面から支援する機能を有する歯科診療所を評価する。
 - ② 後期高齢者の口腔機能の維持・管理を含めた継続的な口腔管理を評価する。

- ③ 適切な歯科訪問診療を提供する観点から、歯科疾患の急性症状等の発症時等に即応できる環境整備を評価するとともに、歯科診療所の在宅歯科診療を後方支援する病院歯科との連携についても評価する。

- (9) 薬局の薬剤師が、在宅患者に対して、薬学的管理指導計画に基づき計画的に患家を訪問して行う薬学的管理及び指導の評価を適切に見直すとともに、患者の病状が急変した場合等、処方医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を評価する。また、在宅患者が薬学的管理指導に係る原疾患と異なる疾患にり患した場合等臨時の処方が行われ調剤した場合に評価を行う（後期高齢者以外についても同様に評価）。

V-3 外来医療について

- (1) 後期高齢者の外来診療について、治療の長期化や複数疾患のり患が多いこと等の心身の特性を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価する。

【主な要件等】

- ① 診療所又は周囲に診療所が存在しない病院において、全身的な医学管理の下に、計画的な診療を提供する。
- ② 患者に対し丁寧な説明を行った上で、その同意を得て、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載した診療計画を定期的に交付する。
- ③ 後期高齢者の心身の特性等や機能評価、定期的な診療計画の作成等に関する研修を受けた常勤の医師（高齢者担当医（仮称））がいる。
- ④ 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等による情報提供を行う。
- ⑤ 患者の主病と認められる慢性疾患の治療を行う1医療機関のみにおいて算定する。
- ⑥ 医学管理等、検査、画像診断、処置（高額なものを除く。）について、包括的に評価する。

- (2) 後期高齢者は、初診時に、既往歴、受診歴、服薬歴、利用している医療サービス、福祉・介護サービス等を詳細に確認する必要があることから、初診

に係る診療報酬上の評価を引き上げる一方、後期高齢者に対する再診については、長期化する治療の経過観察や慢性疾患に対する継続的な指導・管理が中心となることから、再診料に係る診療報酬上の評価を引き下げることに ついて、検討する。

- (3) 外来管理加算における病院及び診療所の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることを踏まえ、診療所の点数を病院の点数に統一する。
- (4) 後期高齢者は複数診療科受診が多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、調剤報酬における薬剤情報提供料を統合し「お薬手帳」の活用を一層推進する。
- (5) 医師等は、診療に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴の確認を行うこととする。また、(1)の管理を行う患者以外の患者についても、手帳等による情報提供について評価を行う（(1)④参照。前段は後期高齢者以外についても同様。）。
- (6) 服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した 場合を評価する（後期高齢者以外についても同様に評価）。

V-4 終末期医療について

- (1) 一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと医師が判断した後期高齢者について、患者本人の同意を得て、医師、看護師、その他の医療関連職種が共同し、患者本人及び主に患者の看護を行う家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、書面等にまとめて提供した場合に評価を行う。
- (2) 在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を行っている実態に即して、より高い評価を行う。