

福岡県医第1882号(地)
平成20年 1月21日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

平成20年度診療報酬改定に係る諮問書および検討状況(現時点の骨子)
の送付並びにパブリックコメント募集へのご投稿について(依頼)

平成20年1月18日に開催されました中医協において、平成20年度診療報酬改定について厚生労働大臣より諮問が行われた旨、日本医師会より通知がありましたので、ご連絡申し上げます。

平成20年度の診療報酬改定につきましては、日本医師会より医療機関の倒産、病床の縮小など、地域医療の崩壊を食い止めるためにも5.7%の引き上げを強く要望されましたが、診療報酬本体の+0.38%(医科+0.42%)、薬価・材料価格-1.2%の改定率が決定したことは、すでにご案内のとおりであります。

18日の中医協総会において、**参考1**「平成20年度診療報酬改定について」、**参考2**「平成20年度診療報酬改定の基本方針」(平成19年12月3日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)および**参考3**「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)に基づき答申するよう厚生労働大臣から諮問が行われています。

また、同日開催の中医協診療報酬基本問題小委員会および総会では、改定内容の骨子となる「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」の各項目について議論を行ったうえでとりまとめを行い、なお中医協として合意が得られなかった項目については、別紙(添付資料4)として両論が併記された形でとりまとめられました。

特に、病院および診療所の再診料の点数格差(添付資料4の1ページ)に関しては、中医協の議論において、支払者側より「診療所の再診料を引き下げ、その財源を勤務医対策に充てるべき」との主張がありましたが、日本医師会としては、「医師の最も基本的かつ重要な技術料である再診料を引き下げることは、全く容認できる話ではなく、かねてより勤務医対策は国の施策として、十分な財源を確保して対処すべき」と主張してこられたたものであります。



現時点の骨子に関しましては、18日より厚生労働省ホームページからパブリックコメントの募集が添付資料5の募集要領のとおり開始されていますが、日本医師会より是非会員各位へ周知いただき、意見を厚生労働省あて投稿いただきたい旨の依頼があつています。

つきましては、募集期間が1月25日（金）までと大変短いですが、貴会役員をはじめ一人でも多くの会員より意見が提出されますよう特段のご配慮をお願いいたします。

なお、

- 1) 中でも、日本医師会の通知中2頁の記以下に示されている点につきましては、中医協においても診療側と支払者側で意見が分かれた部分でもあり、診療報酬の根幹にかかわる重要な問題でありますので、会員各位より多くのご意見をご投稿いただきますよう重ねてお願い申し上げます。
- 2) その他現時点の骨子各項目につきましては、反対である場合も、賛成である場合もご投稿をお願いいたします。

また、同時に可能であれば日本医師会保険医療課並びに福岡県医師会地域医療課あてにも、投稿した内容のご意見をご送付いただければ幸いに存じます。

送付先

①日本医師会保険医療課

〒113 - 8621 東京都文京区本駒込 2-2 8 - 16

(FAX) 03 - 3946 - 6295

(電子メール) h20iken@po.med.or.jp

②福岡県医師会地域医療課

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

(FAX) 092 - 411 - 6858

(電子メール) fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

厚生労働省によるパブリックコメントの募集につきましては、日本医師会並びに福岡県医師会ホームページからもリンクできるようにいたしますので、ご対応方よろしくお願い申し上げます。



厚生労働省発保第0118001号
平成20年1月18日

中央社会保険医療協議会
会長 土田 武史 殿

厚生労働大臣
舛 添 要 一

諮 問 書

(平成20年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項（第63条第2項及び第76条第2項（第149条において準用する場合を含む。）の定めに係る部分に限る。）、第85条第3項（第149条において準用する場合を含む。）、第85条の2第3項（第149条において準用する場合を含む。）、第86条第3項及び第88条第5項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第28条ノ5において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第28条ノ4第2項の規定による定めに係る部分に限る。）並びに健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）第7条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項（療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準に係る部分に限る。）、第74条第8項（同条第2項の規定による基準に係る部分に限る。）、第75条第5項（同条第2項の規定による基準に係る部分に限る。）、第76条第4項（評価療養、選定療養及び同条第2項第1号の規定による基準に係る部分に限る。）及び第78条第5項の規定に基づき、平成20年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「平成20年度診療報酬改定について」、別紙2「平成20年度診療報酬改定の基本方針」（平成19年12月3日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）及び別紙3「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」（平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会）に基づき行っていただくよう求めます。

平成20年度診療報酬改定について

全体改定率 ▲0.82%

1 診療報酬改定（本体）

改定率 +0.38%

各科改定率

医 科	+0.42%
歯 科	+0.42%
調 剤	+0.17%

2 薬価改定等

改定率 ▲1.2%

薬価改定 ▲1.1%（薬価ベース ▲5.2%）

材料価格改定 ▲0.1%

平成20年度診療報酬改定の基本方針

平成19年12月3日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠であり、各地域で必要な医療の確保を図るためにも、不断の取組が求められる。
- (2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」（平成17年11月）に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等（別紙参照）を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識して対応するべきである。
- (3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある。
- (4) 平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

【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

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

（産科・小児科への重点評価）

ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。

（診療所・病院の役割分担等）

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。

（病院勤務医の事務負担の軽減）

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

(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

患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

（医療費の内容の情報提供）

ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討するべきである。

（分かりやすい診療報酬体系等）

イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、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について、さらに必要な見直しを行うべきである。

（生活を重視した医療）

ウ 患者の生活を重視する視点から、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の在り方について検討するべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方について、検討するべきである（緊急課題のイの一部再掲）。

（保険薬局の機能強化）

エ 診療所の夜間開業等に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位で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の在り方について検討するべきである。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」（緊急課題のウ）は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(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

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が安心・納得して早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを充実していくことが必要である。

（質が高い効率的な入院医療の推進）

ア 医療計画見直し等の医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き、検討するべきである。

（質の評価手法の検討）

イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討していくべきである。

（医療ニーズに着目した評価）

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。

（在宅医療の推進）

エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした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の在り方について検討するべきである。

（歯科医療の充実）

オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、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の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「診療所・病院の役割分担等」（同イ）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(2)の視点にも位置付けられる。

(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

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については、国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。

(脳卒中对策)

イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、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が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

(自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、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するべきである。

（イノベーション等の評価）

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、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について検討するべきである。

（オンライン化・IT化の促進）

カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(3)の視点にも位置付けられる。

(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

国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

（新しい技術への置換え）

ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、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するべきである（(3)のエの一部再掲）。

（後発品の使用促進等）

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、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について検討するべきである（(3)のオの再掲）。

（市場実勢価格の反映）

ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

（医療ニーズに着目した評価）

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである（(2)のウの再掲）。

（その他効率化や適正化すべき項目）

オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討するべきである。

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」（平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会）が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4 終わりに

中医協におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民・患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
- ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
- 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
 - 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
- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子

平成19年10月10日

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

- 第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議（平成18年6月13日）がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」とされた。
- 当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者医療の在り方について、平成18年秋より12回にわたり部会を開催し、議論等を重ねてきた。この中では、有識者からのヒアリングを行うとともに、本年4月に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」を取りまとめることと併せ、広く国民的な議論に供するべくパブリックコメントを実施するとともに、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において意見を聴取し、検討に当たっての参考としたところである。
- このような過程を経て、今般、平成20年4月に新たに創設される後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について、次のように取りまとめた。この趣旨を十分に踏まえた上で、今後、中央社会保険医療協議会におかれては、具体的な診療報酬案の検討が進められることを希望する。

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
 - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
 - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。
 - ・ 後期高齢者の生活を重視した医療
一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どの

ような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

- ・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

- ・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

- もとより、高血圧や糖尿病に対する各種指導や投薬・注射、骨折に対する手術等のように、後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個々人の状態に応じて提供されることが基本となる。

すなわち、医療の基本的な内容は、74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。

- これらのことから、後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、先に述べた後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という理念を基本としている。高齢者に対する医療についても、これまで、この考え方に基づくとともに、累次の老人診療報酬の改定等により、在宅医療の推進、入院療養環境の向上や長期入院の是正、あるいは漫然・画一的な診療は行わないことや、複数医療機関での受診や検査、投薬等はみだりに行わないことといった取組を行ってきたところである。

- 後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、診療報酬全体の在り方に係る検討を着実に進めながら、高齢者医療の現状を踏まえ、このような老人診療報酬の取組を更に進めるとともに、診療報酬全体の評価体系に加え、1. に述べた後期高齢者にふさわしい医療が提供されるよう、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1)外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

- 前述の後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。
 - ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること。
 - ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。
 - ・ 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること。
- 主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(薬歴管理)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なくなく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、他の医療や介護・福祉サービスが必要な場合や、現に受けている場合も少なくない。後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。
- 必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(2)入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

- 後期高齢者の生活を重視するという視点からも、慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、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うとともに、後期高齢者の入院時から、地域の主治医との適切

な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行う必要がある。

退院後の療養生活に円滑に移行するためには、個々人の状況に応じ、退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供されることが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

（入院中の評価とその結果の共有）

- 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた総合的な評価の情報が、在宅生活を支えることとなる医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。この入院中の評価の実施や、カンファレンス等を通じ、評価結果について在宅を支える関係者との共有が進むよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

（退院前後の支援）

- 患者は退院直後が最も不安となる場合が多いとの指摘があるが、このようなケースについては、退院直後の時期をまず重点的に支えることにより、円滑に在宅生活に移行することができるようにすることが重要である。このため、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

（3）在宅医療について

（情報共有と連携）

- 後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、主治医等が中心となって、医療従事者間の情報の共有や連携を図りながら、それぞれの役割をしっかりと担う必要がある。

後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報の共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

（病院等による後方支援）

- また、病状の急変時等入院が必要となった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするべきである。このような医療機関間の連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅歯科診療)

- 全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅療養における服薬支援)

- 後期高齢者の在宅療養において、薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による日々の服薬管理等の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(訪問看護)

- 安心で安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組みされるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(居住系施設等における医療)

- 居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者について、その施設等の中で提供されている医療の内容や施設の状況等も踏まえつつ、外部からの医療の提供に対する適正な評価の在り方について検討するべきである。

(4)終末期における医療について

(終末期の医療)

- 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(疼痛緩和ケア)

- 緩和ケアについては、入院、外来、在宅を問わず、疼痛緩和を目的に医療用麻薬を投与している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養

上必要な指導を行うことを評価することで、質の高い療養生活を送ることができる体制を整備する必要がある。また、在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、これらの取組が進むような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

3. 留意すべき事項

（後期高齢者を総合的に診る取組の推進について）

- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においては、後期高齢者を総合的に診る取組を行う主治医について、いわゆる主治医の「登録制度」を導入すべきという指摘や、患者のフリーアクセスの制限は適当でないという指摘があった。

本特別部会としては、現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している。中央社会保険医療協議会におかれては、これらを念頭に置いて具体的な診療報酬案の検討が進められるよう希望する。

また、診療報酬における検討に加え、研修、生涯教育等を通じて、主治医の役割をより適切に担うことができる医師が増加し、患者が生活する地域でこのような医師による診療を受けられるような環境整備が図られていくことも、併せて期待したい。

（その他の留意事項について）

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、述べてきたように、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須のものである。
- また、医療関係者の連携、情報共有等により、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、後期高齢者の心身への必要を超えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止するとともに、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。
- 併せて、今後の個々具体的な診療報酬体系の検討に当たっては、今回取りまとめた方向に沿った医療が第一線においてしっかりと提供されるための診療報酬上の評価の設定や、医療を受ける後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係にも十分配慮するべきである。
- さらに、新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

（以上）

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したもの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史麿	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年10月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

4月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」取りまとめ

4月11日～5月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」御意見の募集

6月18日 第8回開催

御意見の募集の結果について

後期高齢者の入院医療について

7月 6日 第9回開催

後期高齢者の外来医療について

後期高齢者の在宅医療について

7月30日 第10回開催

特別部会におけるこれまでの議論等について

9月 4日 第11回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）について

10月 4日 第12回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）について

平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）

平成20年1月18日
中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会は、診療報酬基本問題小委員会において、以下のとおり、平成19年10月3日から平成20年1月18日までの計21回にわたり、平成20年度診療報酬改定を視野に入れて、診療報酬調査専門組織の調査結果等を踏まえつつ、前回改定までの中医協における議論の経緯から引き続き検討することとされた事項等について調査・審議を行ってきた。この間の検討状況について、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「平成20年度診療報酬改定の基本方針」に沿って、「現時点の骨子」として取りまとめた。

日 付	議 題
平成19年10月 3日	・ 7対1入院基本料について ・ 小児医療について
10月 5日	・ 産科医療について ・ がん対策の推進について
10月12日	・ 後期高齢者医療について － 後期高齢者の診療報酬体系の骨子 － 入院医療について
10月17日	・ 後発医薬品使用促進のための環境整備について① ・ 患者の視点の重視について
10月19日	・ 医療安全対策について ・ 救急医療について ・ 心の問題への対応
10月26日	・ 後期高齢者医療について① – 在宅医療について
10月31日	・ 画像診断の評価について ・ 処置について ・ 地域医療について
11月 2日	・ 勤務医の負担軽減について① ① 医療事務について ② 初再診等の外来医療について ③ 入院時医学管理加算の見直しについて ・ 外来管理加算について ・ 後期高齢者医療について② – 外来医療について①
11月 7日	・ 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 ・ 入院医療の評価の在り方について ・ 有床診療所の評価について

日 付	議 題
11月 9日	・後発医薬品の使用促進のための環境整備について② ・訪問看護の充実について ・在宅医療を支援する病院の評価について ・疼痛緩和の推進について
11月14日	・手術について ・糖尿病対策について
11月16日	・検査の評価について ・精神医療について ・平成20年度診療報酬改定の基本方針の検討状況について（報告）
11月21日	・歯科診療報酬について① ・DPCについて①
11月28日	・療養病床から転換した介護老人保健施設における医療サービスの給付調整について ・療養病棟入院基本料について ・後期高齢者医療について③ – 薬歴管理、外来医療②
11月30日	・介護保険における維持期リハビリテーションについて ・リハビリテーションについて ・感染症対策について ・勤務医の負担軽減について② ・急性期医療に係る評価について（7対1入院基本料の基準の見直しについて）
12月 5日	・後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子について ・調剤報酬等について
12月 7日	・後期高齢者の診療報酬点数表等の在り方等について ・短期滞在手術基本料の見直しについて ・DPCについて② ・小児医医療について② ・人工腎臓について② ・外来管理加算について②
12月12日	・DPCについて③ ・コンタクトレンズ検査料の見直しについて ・肝炎対策について ・歯科診療報酬について② ・薬局における服薬支援等について
12月14日	・入院医療の評価の在り方について② ・在宅医療を支援する病院の評価について②
平成20年 1月16日	これまでの検討状況の整理について①
1月18日	これまでの検討状況の整理について②

【 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	4
2 診療所・病院の役割分担等について	5
3 病院勤務医の事務負担の軽減について	7
4 救急医療対策について	7

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	7
I－2 分かりやすい診療報酬体系等について	7
I－3 生活を重視した医療について	8
I－4 保険薬局の機能強化について	9

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	9
II－2 質の評価手法の検討について	11
II－3 医療ニーズに着目した評価について	12
II－4 在宅医療の推進について	13
II－5 精神障害者の療養生活支援について	14
II－6 歯科医療の充実について	16
II－7 調剤報酬の見直しについて	17

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	17
III－2 脳卒中对策について	19
III－3 自殺対策・子どもの心の対策について	19
III－4 医療安全の推進と新しい技術等の評価について	20
III－5 イノベーション等の評価について	21
III－6 オンライン化・IT化の促進について	21

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

て検討する視点

Ⅳ－１	新しい技術への置換えについて	２２
Ⅳ－２	後発医薬品の使用促進等について	２２
Ⅳ－３	市場実勢価格の反映について	２３
Ⅳ－４	医療ニーズに着目した評価について（Ⅱ－３ 再掲）	２３
Ⅳ－５	その他効率化や適正化すべき項目について	２３

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	２４
V－２	在宅医療について	２５
V－３	外来医療について	２７
V－４	終末期医療について	２８

【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、病院と診療所の格差是正について、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・祝日： 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べき、という意見があった一方、外来管理加算は無形の技術に対する評価であり、時間のみで算定について判断すべきではない、との意見があった。
- (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逓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逓減制・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、要した時間の長さに応じて人工透析を行った場合の評価を行う。
- (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HIV患者に対する血液製剤及びHIV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（その際、医療区分1・ADL区分3の評価について配慮する。）。
- 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、	1. 寝返り 2. 起きあがり 3. 座位保持 4. 移乗

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）	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、医療法基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を評価する。

- (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) 精神疾患患者等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を見直しを踏まえ、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-P A（アルテプラーゼ）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、通院精神療法において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、廃止すべきという

意見がある一方で、診療所や中小病院を中心として、なお必要があり存続すべきという意見があった。

- (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。

【主要要件等】

- 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べきであるという意見があった。その一方で、後期高齢者に対する再診は、若年者に対する再診よりも、注意深く、かつ、懇切丁寧に行われていることから、診療報酬上の評価を引き上げるべきという意見があった。

- (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、との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べきであるという意見がある一方で、Ⅰ－２(4)後段において記述した外来管理加算の特質からも、診療所の外来管理加算を引き下げるべきではないという意見があった。

- (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。

○平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）

〔特にご意見をいただきたい論点等〕（平成20年1月18日 日本医師会）

【緊急課題】産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担軽減

緊急課題－2 診療所・病院の役割分担等について

＜病院及び診療所の再診料の点数格差是正＞

- (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、病院と診療所の格差是正について、検討する。

＜夜間（早朝）の評価＞

- (2) 病院勤務医の負担となっている夜間等の軽症者の受け入れについて、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。

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－2 分かりやすい診療報酬体系等について

＜外来管理加算に時間の目安の設定＞

- (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べき、という意見があった一方、外来管理加算は無形の技術に対する評価であり、時間のみで算定について判断すべきではない、との意見があった。

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－2 質の評価手法の検討について

<療養病棟入院基本料の適正化>

- (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（その際、医療区分1・ADL区分3の評価について配慮する。）。
- 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

<7対1入院基本料の見直し>

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。

V 後期高齢者医療制度における診療報酬について

V-3 外来医療について

<後期高齢者の外来診療>

- (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。

【主要要件等】

- 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。

<後期高齢者に係る初・再診料（外来管理加算含）>

- (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べきであるという意見があった。その一方で、後期高齢者に対する再診は、若年者に対する再診よりも、注意が深く、かつ、懇切丁寧に行われていることから、診療報酬上の評価を引き上げるべきという意見があった。
- (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、との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べきであるという意見がある一方で、I－2(4)後段において記述した外来管理加算の特質からも、診療所の外来管理加算を引き下げるべきではないという意見があった。

以上

平成20年度診療報酬改定について、皆様からの御意見をお聞かせ
いただきたいと思います。

「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」に
関するご意見の募集について

平成20年1月18日

中央社会保険医療協議会

〔事務局:厚生労働省保険局医療課〕

平成20年度診療報酬改定については、本日、厚生労働大臣から中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)に対し、昨年末の予算編成過程で決定された改定率と、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された「平成20年度診療報酬改定の基本方針」及び社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会において策定された「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」に基づいて診療報酬点数の改定案を作成するよう、諮問が行われました。

これを受けて、当協議会では、平成20年度診療報酬改定に関するこれまでの議論を踏まえ、「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」を取りまとめました。

今後は、この「現時点の骨子」を基に具体的な議論を行っていくこととしておりますが、医療の現場や患者等国民の皆様の御意見を踏まえながら、幅広く議論を進めるという観点から、今般、以下の要領により「平成20年度診療報酬に係る検討状況について(現時点の骨子)」に対する御意見を募集することといたしました。

いただいた御意見については、今後、中医協の場等で公表させていただく場合があります(個人が特定されるような情報は秘匿いたします。)

また、御意見に個別に回答することは予定しておりませんので、その旨御了承下さい。

※「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」の内容
はこちら(1～〇ページ([PDF: 〇〇KB](#)) 〇～〇ページ([PDF: 〇〇KB](#)))

(参考)

「平成20年度診療報酬改定の基本方針」([PDF: OKB](#))

「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」([PDF: OKB](#))

「平成20年度診療報酬改定について(改定率)」([PDF: OKB](#))

-----【意見提出用様式】----- (Word:OKB) (PDF:OKB)

【御意見受付期間】

平成20年1月18日(金)～1月25日(金)[必着]

【提出先】

○ 電子メールの場合

- ・kaitei@mhlw.go.jpまでお寄せ下さい。
- ・メールの題名は「平成20年度診療報酬改定に関する意見」として下さい。
- ・ご意見につきましては、必ず上に示す様式に記入の上、ファイルを電子メールに添付して提出していただきますようお願いいたします。

○ 郵送の場合

送付先

〒100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生労働省保険局医療課 平成20年度診療報酬改定に関する意見募集担当
宛

郵送による場合も、ご意見につきましては必ず上に示す様式に記入の上、提出していただきますようお願いいたします。

※ 電話によるご意見はお受けできかねますので、あらかじめご了承ください。

「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」

へのご意見募集

このたびは、「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」にご意見を提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿ってご意見を提出いただきますよう、よろしくお願いします。

1. ご自身の属性について（※ 必ずご記入ください。）

①年齢：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳～39歳 | 3. 40歳～64歳 |
| 4. 65歳～74歳 | 5. 75歳以上 | |

②性別：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

③職業：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

<医療関係者以外>

- | | | |
|--------------|---------|-----------|
| 1. 会社員 | 2. 会社役員 | 3. 自営業 |
| 4. 公務員 | 5. 教員 | 6. 社会福祉関係 |
| 7. パート・アルバイト | 8. 学生 | 9. 無職 |

<医療関係者>

- | | | |
|---------------|------------------|---------------|
| 10. 医療機関経営 | 11. 医療機関職員（医療事務） | 12. 医師（勤務） |
| 13. 医師（開業） | 14. 歯科医師（勤務） | 15. 歯科医師（開業） |
| 16. 看護師 | 17. 准看護師 | 18. 保健師 |
| 19. 助産師 | 20. 薬剤師（薬局勤務） | 21. 薬剤師（病院勤務） |
| 22. その他医療関係職種 | | |

2. ご意見について

(1-1) ご意見を提出される点

(※ 4～5頁の項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号： _____

◆内 容： _____ について

(1-2) 上記項目に対するご意見

(つづき)

(2-1) ご意見を提出される点

(※ 4～5頁の項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号： _____

◆内 容： _____ について

(2-2) 上記項目に対するご意見

「平成２０年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」項目一覧

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

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

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

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

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

項目番号	内 容
II－１	質が高い効率的な入院医療の推進について
II－２	質の評価手法の検討について
II－３	医療ニーズに着目した評価について
II－４	在宅医療の推進について
II－５	精神障害者の療養生活支援について
II－６	歯科医療の充実について
II－７	調剤報酬の見直しについて

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

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

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

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

V 後期高齢者医療制度に係る診療報酬について

項目番号	内 容
V-1	入院医療について
V-2	在宅医療について
V-3	外来医療について
V-4	終末期医療について

「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」

へのご意見募集

このたびは、「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」にご意見を提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿ってご意見を提出いただきますよう、よろしくお願いします。

1. ご自身の属性について（※ 必ずご記入ください。）

①年齢：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳～39歳 | 3. 40歳～64歳 |
| 4. 65歳～74歳 | 5. 75歳以上 | |

②性別：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

③職業：_____（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

<医療関係者以外>

- | | | |
|--------------|---------|-----------|
| 1. 会社員 | 2. 会社役員 | 3. 自営業 |
| 4. 公務員 | 5. 教員 | 6. 社会福祉関係 |
| 7. パート・アルバイト | 8. 学生 | 9. 無職 |

<医療関係者>

- | | | |
|---------------|------------------|---------------|
| 10. 医療機関経営 | 11. 医療機関職員（医療事務） | 12. 医師（勤務） |
| 13. 医師（開業） | 14. 歯科医師（勤務） | 15. 歯科医師（開業） |
| 16. 看護師 | 17. 准看護師 | 18. 保健師 |
| 19. 助産師 | 20. 薬剤師（薬局勤務） | 21. 薬剤師（病院勤務） |
| 22. その他医療関係職種 | | |

2. ご意見について

(1-1) ご意見を提出される点

(※ 4～5頁の項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号： _____

◆内 容： _____ について

(1-2) 上記項目に対するご意見

(つづき)

(2-1) ご意見を提出される点

(※ 4～5頁の項目一覧をご覧になり、番号を一つ選択の上、ご記入ください。
なお、複数の項目についてご意見をいただける場合は、それぞれの項目についてシートを分けてご記入ください。)

◆項目番号： _____

◆内 容： _____ について

(2-2) 上記項目に対するご意見

「平成２０年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」項目一覧

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

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

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

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

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

項目番号	内 容
Ⅱ－１	質が高い効率的な入院医療の推進について
Ⅱ－２	質の評価手法の検討について
Ⅱ－３	医療ニーズに着目した評価について
Ⅱ－４	在宅医療の推進について
Ⅱ－５	精神障害者の療養生活支援について
Ⅱ－６	歯科医療の充実について
Ⅱ－７	調剤報酬の見直しについて

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

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

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

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

Ⅴ 後期高齢者医療制度に係る診療報酬について

項目番号	内 容
Ⅴ－１	入院医療について
Ⅴ－２	在宅医療について
Ⅴ－３	外来医療について
Ⅴ－４	終末期医療について

平成20年度診療報酬改定項目に対する
日本医師会の主張等
(中医協 平成20年1月16日・18日意見)

2008年1月18日
社団法人 日本医師会

平成20年度診療報酬改定について〔総論〕

社会保障審議会 医療保険部会・医療部会の基本方針は、診療報酬改定率が決定する前に議論されたものである。

今回の改定率は微増であり、これまで基本問題小委員会で議論してきたすべての項目に対応するのは無理がある。「今回の改定で実施すべきもの」と「継続審議するもの」とに分けて、緊急課題に絞って議論すべき。

勤務医対策については、診療報酬だけでは手当てできないということとは中医協の共通認識である。
国としてどのような施策で進めるのかを明確にした上で、診療報酬を決めていかなければならない。

診療所の再診料について

病院は入院、診療所は外来という機能分担のもと、診療所の再診料を高く評価してきた経緯がある。

	診療所	病院	備 考
1985	70	66	診療所・病院を区分
1986	74	66	病院は入院を高く評価
1988	76	66	
1990	81	71	
1992	55	45	外来管理加算導入を考慮した措置
1994	61	50	
1996	70	59	
1998	74	59	
2000	74	59	継続管理加算導入
2002	▲2. 7%の中で逡減制を導入するが1年で廃止		
2003	73	58	
2006	71	57	▲3.16%に伴う緊急避難的措置。

診療所の再診料の引き下げ(つづき)

再診料はむしろ引き上げられなければならない(歯科は引き上げ予定)。

点数格差の是正に反対しているわけではない。
診療報酬のモノサシをきちんと決めずに、課題とされてきた
「モノと技術(ドクターフィー)の分離」が何十年も放置されてきている状況の中で、平成20年度改定で突然、再診料を引き下げるという話は了承できない。

今回の改定で勤務医対策に重点をおくという点では異論はない。

日本医師会の会員の半分は勤務医であり、勤務医の窮状を見て見ぬふりをすることはあってはならない。

医科改定率+0.42%は、すべて勤務医に充てられてしかるべきである。

しかし、病院の収益改善を診療報酬のみで対応することは無理がある。消費税、未収金等の問題もある。

今回、すでに診療所から大幅に引き下げられる項目が、多数挙げられていることは理解すべきである。

診療所の再診料の引き下げ(つづき)

処置の一部が基本診療料に包括される状況において、再診料が引き上げられないということは、実質的に再診料は引き下げられることと同じである。

病診格差の是正ということならば、病院の再診料を引き上げるという選択肢も考えるべきである。

「病院は入院、診療所は外来」という機能分担を図り、点数の格差付けが始まり、その考え方は現在も変わっていない。
診療所の外来評価は引き下げべきでない。

過去の改定においては、病院は入院を評価し、診療所は外来を評価してきたという経緯がある。

病院と診療所は機能を別にしていて、競い合うのではなく、連携するのが筋であり、地域医療の根底を支えているのは中小病院と診療所である。

病院が苦しいのはわかるが、病院、診療所お互い痛みを分け合わなければならない。

したがって、診療所の再診料だけ引き下げることでは、連携する意味がない。

再診料の引き下げは承服できない。

診療所の夜間診療等の加算

診療所の夜間（早朝）加算の見直しは、勤務医の負担軽減にはつながらない。

勤務医の負担の原因は、昼間の大勢の患者、その後の病棟勤務、事務作業などの間接業務、そして当直等にある。

平均在院日数が短くなり、スピードアップした結果、業務が濃縮されていることも問題である。

全国一律の時間外加算は、社会保障の基本的スタンスとしても問題がある。軽症で病院の救急外来を受診しないよう、保険者から被保険者への教育、啓発も必要である。

今回の限られた財源の中で、優先順位を考えると、これは努力して解決すべき課題である。

外来管理加算

外来管理加算の算定について、5分という時間で善し悪しを判断することは問題である。

医療の質は時間では計れない。
予約制であっても、急病の患者さんが入れば、フレキシブルに対応せざるを得ない。

外来管理加算は、計画的な医学管理を行った場合に算定できるものであり、次に診察に来るまでの期間、責任をもって管理するという性格のものである。時間だけが問題にされるべきことではない。

療養病棟入院基本料

参議院の附帯決議において、「エビデンスに基づいて検証すること」が義務づけられているが、基本問題小委員会では報告のみにとどまっており、検証されたとは理解していない。エビデンスに基づく改定を行うべきである。

地域ケア構想もまだ結果が出ておらず、受け皿整備がなされていない状況である。

法的に認められていない医療処置を介護領域で行わせるということにつながる。

収益が高いから下げるという話であるが、地域のケアミックス40床前後の医療機関は大変厳しい状況である。

国として全体的、横断的なビジョンを示し、慎重に決めるべきである。

前回改定では、ケアや処置の時間が逆転しているデータが示されずに、医療費抑制のために政策的判断がなされた。しかし、その前提には介護療養型病床の存在がある。この状況において、入院料全体の引き下げは了承できるものではない。

中小病院に対する影響が大きい。前回改定の上に、さらに追い打ちを掛けることになる。

7対1入院基本料

7対1入院基本料に関しては、昨年の秋頃に施設要件を予め提示し、半年の猶予を与えたうえで実施するという話があったが、今回突然医師要件が提示され、「建議書」の内容とも矛盾している。経過措置的な猶予が必要である。

医師要件により中小病院から医師が引き抜かれ、医師不足に拍車を掛けることになることを懸念する。予測にもとづく対応をするべきである。

入院基本料関連では、前回改定で設定された夜勤72時間以下の要件により、手厚い3人夜勤の体制がとれなくなり、夜間の患者に対する看護量は落ちている。

72時間の要件を満たせない場合、特別入院基本料まで一気に落ちるという仕組みも問題である。

72時間の要件緩和は患者さんのためでもあるので、ぜひ検証し、反映するべきである。

デジタル化処理加算の廃止

病院と特定の診療科の診療所が大きな影響を受ける。
突然廃止では、医療機関が事業計画を立てられない。経過措置（アナウンス）期間が必要である。
現場では、代替点数であるコンピュータ画像管理に再投資できるような状況にない。
大幅な改定をする場合には、必ず事前のアナウンスが必要である。

デジタル化は普及してきたというが、診療所は十分普及したとはいえない。

後期高齢者の外来診療 高齢者担当医、再診料の引き下げ

後期高齢者は予防、予見的な医療が重要である。継続的医学管理、専門医への紹介、生活の視点、高齢者の心のケアへの配慮、本人の意向確認、介護者への視点などが必要である。細かい点に気づき、時間を要して、人とのかかわりを重視することが大事である。

再診料の引き下げは、反対である。

高齢者担当医は、包括的な点数であり、慢性疾患に対する継続的な管理の評価は、出来高においても必要な視点である。

再診料は一般と後期高齢者とで分けるべきではない。

後期高齢者の外来管理加算

病院を上げることは問題ないが、医師の重要な技術料であり、診療所を下げることは問題である。

「75歳前後における医療の連続性に配慮し」とある。財源が別であっても、診療報酬が異なるのは問題である。

患者さんにとって分かりにくい点数であることは理解している。

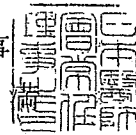
(保 181)

平成20年1月18日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

鈴木



平成20年度診療報酬改定に係る諮問書および検討状況(現時点の骨子)の送付
並びにパブリックコメント募集へのご投稿について(依頼)

本日開催されました中医協において、平成20年度診療報酬改定について厚生労働大臣より諮問されましたので、ご連絡申し上げます。

平成20年度の診療報酬改定につきましては、本会より医療機関の倒産、病床の縮小など、地域医療の崩壊を食い止めるためにも5.7%の引き上げを強く要望しましたが、診療報酬本体の+0.38%(医科+0.42%)、薬価・材料価格-1.2%の改定率が決定したことは、すでにご案内のとおりであります。

本日の中医協総会において、参考1「平成20年度診療報酬改定について」、参考2「平成20年度診療報酬改定の基本方針」(平成19年12月3日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)および参考3「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)に基づき答申するよう厚生労働大臣から諮問されました。

また、同日開催の中医協診療報酬基本問題小委員会および総会では、改定内容の骨子となる「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」の各項目について議論を行ったうえでとりまとめを行い、なお中医協として合意が得られなかった項目については、別紙(添付資料4)として両論が併記された形でとりまとめられました。

特に、病院および診療所の再診料の点数格差(添付資料4の1ページ)に関しては、中医協の議論において、支払者側より「診療所の再診料を引き下げ、その財源を勤務医対策に充てるべき」との主張がありましたが、日本医師会としては、「医師の最も基本的かつ重要な技術料である再診料を引き下げること、全く容認できる話ではなく、かねてより勤務医対策は国の施策として、十分な財源を確保して対処すべき」と主張してきたものであります。

現時点の骨子に関しましては、本日より厚生労働省ホームページからパブリックコメントの募集を開始いたします。募集要領は添付資料5のとおりであり、コメントは電子メールまたは郵送で1月25日(金)まで受け付けられます。募集期間が大変短いですが、貴職におかれましては、是非とも貴会会員にご周知いただき、ご意見を厚生労働省あてに投稿していただきますよう特段のご配慮をお願いいたします。

中でも、下記に示す点につきましては、中医協においても診療側と支払者側で意見が分か

れた部分でもあり、診療報酬の根幹にかかわる重要な問題でありますので、会員各位より多くのご意見をご投稿いただきたく、重ねてお願い申し上げます。

なお、その他現時点の骨子各項目につきましては、反対である場合も、賛成である場合もご投稿をお願いいたします。

また、同時に可能であれば日本医師会保険医療課あてにも、投稿した内容のご意見をご送付いただければ幸いに存じます。

【送付先：日本医師会保険医療課】

(郵送) 〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

(FAX) 03-3946-6295

(電子メール) h20iken@po.med.or.jp

厚生労働省によるパブリックコメントの募集につきましては、募集が開始され次第、日本医師会ホームページからもリンクできるようにいたしますので、ご対応方よろしくお願い申し上げます。

先生方の絶大なるお力添えをいただきたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

○平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）

[特にご意見をいただきたい論点等]

【緊急課題】産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担軽減

緊急課題－2 診療所・病院の役割分担等について

＜病院及び診療所の再診料の点数格差是正（添付資料4（別紙）1ページ）＞

- (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、病院と診療所の格差是正について、検討する。

＜夜間（早朝）の評価（添付資料4（別紙）1ページ）＞

- (2) 病院勤務医の負担となっている夜間等の軽症者の受け入れについて、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。

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-2 分かりやすい診療報酬体系等について

＜外来管理加算に時間の目安の設定（添付資料4（別紙）2ページ）＞

- (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べき、という意見があった一方、外来管理加算は無形の技術に対する評価であり、時間のみで算定について判断すべきではない、との意見があった。

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-2 質の評価手法の検討について

＜療養病棟入院基本料の適正化（添付資料4（別紙）3ページ）＞

- (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（その際、医療区分1・ADL区分3の評価について配慮する。）。
- 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

＜7対1入院基本料の見直し（添付資料4（別紙）3ページ）＞

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。

V 後期高齢者医療制度における診療報酬について

V-3 外来医療について

<後期高齢者の外来診療（添付資料3（現時点の骨子）24ページ）>

- (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。

【主要要件等】

- 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。

<後期高齢者に係る初・再診料（外来管理加算含）（添付資料4（別紙）5ページ）>

- (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べきであるという意見があった。その一方で、後期高齢者に対する再診は、若年者に対する再診よりも、注意が深く、かつ、懇切丁寧に行われていることから、診療報酬上の評価を引き上げるべきという意見があった。
- (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、との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べきであるという意見がある一方で、I-2(4)後段において記述した外来管理加算の特質からも、診療所の外来管理加算を引き下げるべきではないという意見があった。

以上

[添付資料]

- 1. 諮問書（平成20年度診療報酬改定について）
（平20.1.18 厚生労働省発保第0118001号 厚生労働大臣）
- 2. 参考1 「平成20年度診療報酬改定について」
参考2 「平成20年度診療報酬改定の基本方針」
（平19.12.3日 社会保障審議会医療保険部会・医療部会）
参考3 「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」
（平19.10.10 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会）
- 3. 平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）
（平20.1.18 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料）
- 4. （別紙）現時点の骨子における両論併記となった項目
（平20.1.18 中央社会保険医療協議会 総会資料）
- 5. 「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」に関するご意見の募集について（平20.1.18 中央社会保険医療協議会 総会資料）
- 6. 平成20年度診療報酬改定項目に対する日本医師会の主張等
（中医協 平成20年1月16日・18日意見）