

「平成20年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

平成21年8月27日	資料
第33回社会保障審議会医療保険部会	2

基本方針	平成20年度改定での主な対応	実施状況
【緊急課題】産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減		
<p>(産科・小児科への重点評価)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の評価の充実（心疾患を合併している等のリスクの高い妊産婦に対し、妊娠及び分娩に係る入院診療を行った場合を評価） 妊産婦緊急搬送入院加算の新設（緊急搬送された妊産婦を入院させた場合を評価） 超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)の増点(継続して人工呼吸を行っている等の重症な小児に対して入院診療を行った場合を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数(H20.7) ハイリスク妊娠管理加算：1,722施設 ハイリスク分娩管理加算：623施設(708施設) 妊産婦救急搬送入院加算：1,273施設 算定状況(H20.6審査分) 超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)：12,739回 <p>(参考)産科・産婦人科を標榜する病院数：1,616施設(H17.10)、1,576施設(H18.10)、1,539施設(H19.10)</p>
<p>(診療所・病院の役割分担等)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 夜間・早朝等加算の新設(夜間・早朝の軽症の救急患者を診療所において診察した場合を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数 夜間・早朝等加算：36,881施設(H20.7) 算定状況(H20.6審査分) 夜間・早朝等加算：2,595,336回(診療所における初診・再診回数に対する3.2%) <p>(参考)診療所数：99,545施設(H21.3) 内科診療所：63,283施設(H17.10)</p>
<p>(病院勤務医の事務負担の軽減)</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時医学管理加算の見直し(複数の診療科による総合的な急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価) 医師事務作業補助体制加算の新設(医師の事務 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数(H21.6) 入院時医学管理加算：173施設(88施設) 医師事務作業補助体制加算：1,056施設(730施設)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>方について検討するべきである。</p>	<p>作業を補助する従事者を配置している場合を評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク分娩管理加算（前述）に、病院勤務医の負担軽減に資する体制を整備することを算定要件に追加 	<ul style="list-style-type: none"> 中医協検証部会における評価 <p>実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について、「静脈注射及び留置針によるルート確保」、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。</p>
<p>(1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点</p>		
<p>(医療費の内容の情報提供)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> レセプトのオンライン請求が義務化された医療機関に対して、患者から求めがあった場合の明細書発行の義務付け 	<ul style="list-style-type: none"> 中医協検証部会において、明細書の発行状況等に関する調査を実施中 <p>(参考) オンライン請求を行っている病院数：6,693施設（全病院の約76%）(H21.5)</p>
<p>(分かりやすい診療報酬体系等)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1入院あたりの支払方式の試行的導入（小児に鼠径ヘルニアの手術を行った場合について導入） 従来の歯科疾患別の医学管理の評価から、口腔を一単位とした評価（歯科疾患管理料）に統合し、簡素化 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況（H20.6審査分） 1入院あたりの支払方式による鼠径ヘルニア手術：922回 出来高支払方式による鼠径ヘルニア手術：10,090回
<p>(生活を重視した医療)</p> <p>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、</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外来放射線治療加算の新設（外来で放射線治療を行った場合を評価） 外来化学療法加算（外来で化学療法を行った場合の加算）について、医師の配置等による質の高 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数(H20.7) 外来放射線治療加算：412施設 外来化学療法加算(※)：1,146施設 糖尿病合併症管理料：507施設

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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）。</p>	<p>い体制を評価する区分の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病合併症管理料の新設（糖尿病の重症化予防のための外来での糖尿病足病変に対する重点的な指導・管理を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 外来放射線治療加算：138,177 回 ・ 外来化学療法加算（※）：95,801 回 ・ 糖尿病合併症管理料：612 回 <p>※ 20 年度改定で新設された区分のみを集計</p>
<p>（保険薬局の機能強化）</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間・休日等加算の新設（地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 夜間・休日等加算：1,705,060 回（処方せん受付回数に対する 3.3%）
<p>（2）質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p>		
<p>（質が高い効率的な入院医療の推進）</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 対象病院の拡大 ・ 地域連携診療計画管理料（診療計画を複数の連携医療機関間で共有し、一貫した診療を行った場合の評価）の対象疾患に脳卒中を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 対象病院：534 病院（H20.4）、1,283 病院（H21.7） ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 地域連携診療計画管理料：405 施設（209 施設） ・ 中医協検証部会において、地域連携診療計画管理料に関する調査を実施中
<p>（質の評価手法の検討）</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、寝たきり防止と家庭復帰を目的としてリハビリを集中的に行うことを目的とした回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率等の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 回復期リハビリテーション病棟：911 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料：1,085,337

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>いくべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療療養病床における褥瘡評価実施加算（長期臥床等の患者については褥瘡の発症リスクが高いため、継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを評価） 	<p>回</p> <ul style="list-style-type: none"> 褥瘡評価実施加算：1,957,571回
<p>(医療ニーズに着目した評価)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 7対1入院基本料における看護必要度と医師配置基準の導入（手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入） 準7対1入院基本料の新設（7対1入院基本料の医師配置基準を満たさない場合の評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 算定件数（H20.6審査分） 7対1入院基本料：3,031,113回（2,282,155回） 中医協検証部会において、7対1入院基本料に関する調査を実施中
<p>(在宅医療の推進)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料（他の医療機関に診療状況を示す文書を添えての患者の紹介を評価）の加算要件の拡大（他院等への紹介について退院時のみではなく退院した月の翌月までに紹介した場合にも算定可能に変更） 在宅患者連携指導料の新設（医師、歯科医師、看護師等が患者の医療・福祉情報を共有し、療養上必要な助言を行うことの評価） 在宅療養支援歯科診療所の新設（在宅医療を歯科医療面から支援する歯科診療所の機能の評価） 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点（関係職種との一層の連携を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 在宅療養支援診療所：11,450施設（10,477施設） 在宅療養支援歯科診療所：3,039施設 （参考）歯科医療機関数：68,075施設（H20.7末） 算定状況（H20.6審査分） 診療情報提供料（退院時診療状況添付加算）：89,964回（77,914回） 在宅患者連携指導料：603回 在宅患者訪問薬剤管理指導料：24,220回（22,620回）

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(歯科医療の充実)</p> <p>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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科疾患管理料の新設（従来の歯科疾患別の医学管理の評価から、口腔を一単位とした継続的な歯科疾患管理の評価に統合） ・ 歯周疾患の治療体系の見直し（歯周基本治療の2回目以降の評価及び歯周病安定期治療の新設等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 歯科疾患管理料：9,663,420回 （参考）算定状況（H19.6 審査分） ・ 歯科口腔衛生指導料：1,932,476回 ・ 歯周疾患指導管理料：7,346,778回 ・ 歯科疾患総合指導料1及び2：138,677回 ・ 歯科疾患継続指導料：5,520回 ・ 歯科疾患継続管理診断料：1,214回 合計：9,424,665回 ・ 歯周基本治療：30,273,342回（28,959,872回）
<p>(3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p>		
<p>(がん医療の推進)</p> <p>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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来放射線治療加算の新設（外来で放射線治療を行った場合を評価） ・ 外来化学療法加算（外来で化学療法を行った場合の加算）について、医師の配置等による質の高い体制を評価する区分の新設 ・ がん性疼痛緩和指導管理料の新設（疼痛の緩和の目的で麻薬を投与している患者に対し、計画的な治療管理や指導を行った場合を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H20.7) ・ 外来放射線治療加算：412施設 ・ 外来化学療法加算(※)：1,146施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 外来化学療法加算(※)：95,801回 ・ がん性疼痛緩和指導管理料：6,872回 ※ 20年度改定で新設された区分のみを集計
<p>(脳卒中对策)</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携診療計画管理料（診療計画を複数の連携医療機関間で共有し、一貫した診療を行った場合の評価）の対象疾患に脳卒中を追加 ・ 超急性期脳卒中加算の新設（脳卒中患者に対して、発症早期にt-PA（血栓を溶解する薬剤）を用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H20.7) ・ 地域連携診療計画管理料：405施設（209施設） ・ 超急性期脳卒中加算：651施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 地域連携診療計画管理料：1,133回（247件）

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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。</p>	<p>いた治療を行うことを評価する項目)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 超急性期脳卒中加算：412 回
<p>(自殺対策・子どもの心の対策)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料（他の医療機関に診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行うことを評価）について、精神科医連携加算を新設 救命救急入院料について、自殺企図による患者を精神保健指定医が診察した場合の加算の新設 児童・思春期精神科入院医学管理加算の増点等（児童及び思春期の精神疾患患者に対して入院診療を行った場合の評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況（H20.6 審査分） 診療情報提供料の精神科医連携加算：757 回 救命救急入院料の自殺企図による患者を精神保健指定医が診察した場合の加算：160 回 児童・思春期精神科入院医療管理加算：3,264 回（3,174 回）
<p>(医療安全の推進と新しい技術等の評価)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理料の新設（医療機器の安全管理のために臨床工学技士等を配置していることを評価） 難治性骨折の超音波治療等の先進医療技術や、中医協医療技術評価分科会において優先的に保険導入すべきとされた小児の食物アレルギー検査等の新規医療技術 66 技術について保険導入 歯科外来診療環境体制加算の新設（歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境整備を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 医療機器安全管理料：2,477 施設 歯科外来診療環境体制加算：2,868 施設（参考）歯科医療機関数：68,075 施設（H20.7 末） 算定状況（H20.6 審査分） 歯科外来診療環境体制加算：207,973 回 中医協検証部会において、歯科外来診療環境体制加算に関する調査を実施中

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(イノベーション等の評価)</p> <p>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。</p>	<p><薬価制度等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新薬の補正加算率の引上げ及び加算要件の緩和(革新的な新薬の適切な評価) ・ 原価計算において営業利益率にメリハリをつける算定方式を導入(革新的な新薬の適切な評価) ・ 迅速な保険導入(決定区分 C1(新機能)決定後保険適用までの期間の短縮) ・ 補正加算の見直し(有用性加算の統合、改良加算の新設、原価計算方式における営業利益率調整)(革新的な医療機器の適切な評価) <p><後発医薬品></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処方せん様式の見直し(処方医が処方薬の後発医薬品への変更にし支えがあると判断する場合にのみ、処方せんに署名) ・ 療養担当規則等において、保険医や保険薬剤師に対する後発医薬品の使用又は調剤の努力義務を規定 ・ 後発医薬品調剤体制加算の新設(後発医薬品の調剤率が処方せんベースで30%以上の薬局を評価) 	<p><医薬品></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 改正された薬価算定の基準に基づき、新薬の薬価算定を適切に実施 ・ 原価計算における営業利益率調整 10 成分(うち 1 成分は減算)(H20 改定以降 H21.6 薬価収載分迄) <p><医療機器></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 決定区分 C1 は 10 製品(※) ・ 有用性加算 4 製品、改良加算 1 製品、原価計算方式営業利益率調整 1 製品(※) <p>※ H20 改定以降 H21.8.1 迄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 届出薬局数(H20.7) ・ 後発医薬品調剤体制加算：34,941 施設(参考)保険薬局数：50,933 施設(H20.4) ・ 算定状況(H20.6 審査分) ・ 後発医薬品調剤体制加算：38,470,240 回 ・ 中医協検証部会における評価 ・ 後発医薬品の使用の広がりあまり感じられない。 ・ 薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。 ・ 患者調査の結果から、実際に後発医薬品を使用することがその後の積極的な使用につながる面があると考えられる。
---	---	---

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(オンライン化・IT化の促進)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電子化加算の算定要件について、レセプトオンライン化が義務化される医療機関を対象から除外 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数(H20.7) 電子化加算：91,643施設(75,884施設) 算定状況(H20.6審査分) 電子化加算 12,100,000回(14,464,165回)
<p>(4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p>		
<p>(新しい技術への置換え)</p> <p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 検査項目の適正化(統廃合) 点眼等の高度な技術を要しない処置を基本診療料に包括化 中耳炎等の専門的医学管理や指導の評価を新設 歯科における一部の処置等の評価の見直し(既存のラバーダム防湿処置及び歯肉息肉除去術に係る費用を基本診療料に包括) 	<ul style="list-style-type: none"> 検査項目統廃合(728→710項目へ適正化)
<p>(後発品の使用促進等)</p> <p>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)</p>	<p>(3)のオを参照)</p>	<p>(3)のオを参照)</p>

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(市場実勢価格の反映)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬価調査の結果に基づき薬価改定を実施 ・ 11成分30品目について市場拡大再算定を実施 ・ 医療機器等の海外平均価格をもとに14区分で再算定を実施 ・ 医療機器の市場実勢価格を踏まえた評価を全区分について実施し、488区分において価格を引き下げ(全714区分) ・ 臨床検査料金の調査に基づいた検査料金の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬価について▲1.1%、医療材料について▲0.1%の引下げ
<p>(医療ニーズに着目した評価)</p> <p>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)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 7対1入院基本料における看護必要度と医師の配置基準の導入(手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入) ・ 準7対1入院基本料の新設(7対1入院基本料の医師配置基準を満たさない場合の評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定件数(H20.6審査分) <ul style="list-style-type: none"> ・ 7対1入院基本料:3,031,113回(2,282,155回) ・ 平成21年度検証部会調査において、7対1入院基本料に関する調査を実施中。
<p>(その他効率化や適正化すべき項目)</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンタクトレンズ検査料の見直し(コンタクトレンズ装用目的で受診した患者に対する検査等を包括的に評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況(H20.6審査分) <ul style="list-style-type: none"> ・ コンタクトレンズ検査料:927,270回(1,175,216回)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子関係

(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るべきである。

- ・ 後期高齢者診療料の新設（定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことに対する評価）

- ・ 届出医療機関数（H20.7）
 - ・ 後期高齢者診療料：9,563 施設
 - ・ 算定状況（H20.6 審査分）
 - ・ 後期高齢者診療料：42,736 回
- (参考) 診療所数：99,545 施設（H21.3）
内科診療所数：63,283 施設（H17.10）
- ・ 中医協検証部会における評価
 - ・ 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定しておらず、今後の課題である。
 - ・ 患者においては、診療が良くなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在しており、一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。

(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るべきである。

- ・ 療養担当規則等において、医師が診察する場合や保険薬剤師が調剤を行う場合に患者の服薬状況や薬剤服用歴を確認することを規定
- ・ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の新設（「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有に対する評価）
- ・ 外来服薬支援料の新設（患者が薬局に持参した調剤済みの薬剤について、一包化等により服薬管理を支援した場合を評価）

- ・ 算定状況（H20.6 審査分）
 - ・ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料：13,050,960 回
- (参考) 処方せん受付回数：14,226,840 回
- ・ 外来服薬支援料：4,400 回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(関係者、患者・家族との情報共有と連携)</p> <p>○ 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るべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者診療料の新設（定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことに対する評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 後期高齢者診療料：9,563施設 算定状況（H20.6審査分） 後期高齢者診療料：42,736回 中医協検証部会における評価 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定しておらず、今後の課題である。 患者においては、診療が良くなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在しており、一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
<p>(2)入院医療について</p>		
<p>(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)</p> <p>○ 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者総合評価加算の新設（退院後の生活を念頭に病状の安定が見込まれる早期に、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機能評価を行ったことに対する評価） 後期高齢者退院調整加算の新設（適切な退院先に退院できるよう、退院困難要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことに対する評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 後期高齢者総合評価加算：1,041施設 後期高齢者退院調整加算：2,621施設 算定状況（H20.6審査分） 後期高齢者総合評価加算：2,049回 後期高齢者退院調整加算：4,807回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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べきである。</p>		
<p>(入院中の評価とその結果の共有)</p> <p>○ 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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導料の見直し（入院中の医療機関の医療従事者と在宅療養を担う医療機関の医師が共同で行う指導について、医師以外の他職種の医療関係者で行う場合を評価） ・ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料の新設（入院中に使用した主な薬剤の情報管理と共有を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 退院時共同指導料：1,618 回 ・ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料：34,639 回
<p>(退院前後の支援)</p> <p>○ 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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者退院調整加算の新設（適切な退院先に退院できるよう、退院困難な要因を有する後期高齢者患者に対する退院調整を評価） ・ 後期高齢者外来継続指導料の新設（入院中に行われた診療内容等について、退院後に外来を担当する医師に円滑に引き継がれる取組を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 後期高齢者退院調整加算：2,621 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 後期高齢者退院調整加算：4,807 回 ・ 後期高齢者外来継続指導料：51 回
<p>(3)在宅医療について</p>		
<p>(情報共有と連携)</p> <p>○ 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。</p> <p>後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者の</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者連携指導料の新設（医師、歯科医師、看護師等が患者の医療・福祉に関する情報を共有し、療養上必要な助言を行うことの評価） ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の新設（患者の急変等に際し、関係する医療従事者が一堂に 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 在宅患者連携指導料：603 回 ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料：50 回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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べきである。</p>	<p>会しカンファレンスを開催することに対する評価)</p>	
<p>(病院等による後方支援)</p> <p>○ 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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算の新設(後期高齢者の病状の急変時における入院を評価) ・ 在宅患者緊急入院診療加算の評価の充実(在宅療養支援診療所等の医師と入院医療機関が連携して緊急入院先を事前に定めていることを評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算：50 回 ・ 在宅患者緊急入院診療加算：493 回
<p>(在宅歯科診療)</p> <p>○ 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べきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の新設(在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料：22,627 回(参考) 歯科訪問診療料の算定状況 (H20.6 審査分)：146,093 回
<p>(在宅療養における服薬支援)</p> <p>○ 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点(関係職種との一層の連携を評価) ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の新設(患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料：24,220 回(22,620 回)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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。</p>	<p>の急変時など緊急的な訪問薬剤管理指導を評価)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料：3,760回
<p>(訪問看護)</p> <p>○ 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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導料の見直し(地域での在宅療養を担う医師が実施する共同指導について、看護師等による実施についても評価) 長時間訪問看護・指導加算の新設(人工呼吸器を使用している患者の2時間を超える訪問看護を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況(H20.6審査分) 退院時共同指導料：1,618回 長時間訪問看護・指導加算：176回 <p>(参考)訪問看護ステーション数：5,407施設(H19.10)</p>
<p>(居住系施設等における医療)</p> <p>○ 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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 居住系施設入居者等への在宅患者訪問診療料の新設(特別養護老人ホーム等の施設入居者であって通院が困難な者に対する訪問診療を評価) 特定施設入居時医学総合管理料の新設(特別養護老人ホーム等の施設入居者であって通院が困難な者に対する計画的な医学的管理を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況(H20.6審査分) 在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者)：196,955回 特定施設入院時医学総合管理料：30,162回
<p>(4) 終末期における医療について</p>		
<p>(終末期の医療)</p> <p>○ 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。</p> <p>また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や</p>	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者終末期相談支援料の新設(後期高齢者の終末期において、医師、看護師、その他の関係職種と患者及びその家族等がその後の診療方針について話し合うことを評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年7月より凍結措置中 中医協検証部会における評価 <p>一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。</p>

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>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。</p>		
<p>(疼痛緩和ケア)</p> <p>○ 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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅及び外来患者に対する麻薬管理指導加算において、薬剤師による麻薬の保管状況等の確認及び残薬の適切な取扱方法等に関する指導を要件化するとともに、外来については増点。 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況（H20.6 審査分） 薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算：18,600回 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算：5,760回 <p>(参考：H19 の外来患者の麻薬管理指導加算は全体で38,340回)</p>

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。