

平成20年度診療報酬改定の概要

改定率: ▲0.82%
 (診療報酬(本体): +0.38%)
 薬価等: ▲1.2%

社会保障審議会の「基本方針」「骨子」
 病院勤務医の負担軽減策など
 後期高齢者を総合的に診る取組など

中央社会保険医療協議会(中医協)で、個別項目について議論(2月13日答申)

緊急課題への対応・重点的に評価する主な項目

(緊急課題への対応) 産科・小児科医療、病院勤務医の負担軽減、救急医療
 (重点的評価) 明細書の交付、がん対策、脳卒中对策、自殺対策

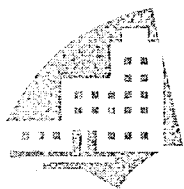
適正化・見直し等を行う主な項目

外来管理加算、7対1入院基本料、外来精神療法、後発医薬品の使用促進、処置の見直し、コンタクトレンズ検査料

後期高齢者にふさわしい医療

在宅療養生活の支援(退院時の支援、訪問看護の充実、介護サービスとの連携)
 外来における慢性疾患の継続的な医学的管理、「お薬手帳」の活用、終末期における情報提供

病院勤務医支援について(平成20年度診療報酬改定)



病院
 約9千ヶ所
 うち一般病床約90万床

医科プラス財源
 1千億円強
 (0.42%相当)



診療所
 約9万ヶ所

約1千5百億円

追加的な財政支援

4百億円強

産科・小児科・病院勤務医対策

- ・ハイリスク妊産婦、救急搬送の評価
- ・小児専門病院の評価
- ・外来縮小する中核病院の評価
- ・事務補助職員の配置の評価
- ・手術等技術料の適正な評価
- ・その他(安全対策、院内検査、夜間休日分担等)

具体的な支援策

- ・外来管理加算
- ・デジタル映像化処理加算
- ・検査判断料
- ・軽微な処置の初再診料への包括化

(金額は1年当たりの粗い試算)

緊急課題への対応・重点的に評価する主な項目

| | |
|-----------------------|--|
| 産科・小児科医療 | ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大、妊産婦救急搬送入院加算の創設、小児の高度な入院医療、障害を持つ乳幼児への手厚い医療、小児の外来医療の充実など |
| 病院勤務医の負担軽減 | 夜間等の軽症救急患者の診療所での受入れの促進、地域の中核病院の勤務医の負担軽減、事務作業を補助する職員(いわゆる「医療クレーク」)の配置など |
| 救急医療 | 極早期救急医療に対する評価を充実 |
| 明細書の交付 | レセプトのオンライン請求義務化の対象となる保険医療機関に、患者の求めがあった場合の明細書の交付を義務付け(400床以上の病院) |
| がん対策 脳卒中对策 自殺対策 | <ul style="list-style-type: none"> 放射線治療・化学療法等の充実、緩和ケアの普及と充実、がん診療連携拠点病院の評価 超急性期から回復期にわたる脳卒中医療の総合的評価 早期の精神科受診の促進、救命救急センターにおける精神医療の評価、子どもの心の外来医療及び入院医療の充実 |

3

適正化・見直し等を行う主な項目

| | |
|------------|---|
| 外来管理加算 | <p>患者への説明(※)及び患者の疑問や不安を解消するための取組を行うこととするとともに、そのための時間の目安を設ける</p> <p>※ 患者に対する症状の再確認を行いつつ、療養上の注意点等の説明</p> |
| 7:1入院基本料 | 「看護必要度」による基準を設けるとともに、医師数が一定数に満たない場合の減算を行う |
| 外来精神療法 | 通院精神療法について、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定するものとする |
| 後発医薬品の使用促進 | <p>後発医薬品の使用を促進するため、所要の措置(※)を講ずる</p> <p>※ ①処方せん様式の変更、②後発医薬品の調剤率30%以上の薬局の評価、③「お試し」のための分割調剤を可とすることなど</p> |
| 処置の見直し | <p>軽微な処置(※)について、基本診療料に包括する</p> <p>※ 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</p> |
| コンタクトレンズ | 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、更に適正化を図る |

後期高齢者にふさわしい医療

在宅療養生活の支援

訪問看護の充実、薬の一包化等による服薬支援、医療と介護サービスとの連携の強化、病状急変時の緊急入院の評価、退院後の生活を見越した入院医療の提供、退院時の支援

外来医療

慢性疾患等に対する継続的な管理の評価

- ※ 複数の疾病にかかり、療養生活が長期化することの多い後期高齢者に対し、医師が全人的かつ継続的に病状を把握する取組を評価するもの
- ※ この新しい仕組みは、後期高齢者が、自由に、自分の選んだ医療機関にかかる「フリーアクセス」を制限する仕組みではなく、後期高齢者は、これ以外の医療機関にかかることができ、また、これを変更することができる

終末期医療

終末期における診療方針等について、医療関係職種が共同し、患者・家族等と話し合い、書面でまとめて提供した場合に評価

- ※ 書面の作成は、患者の自由な意志に基づいて行われる
(作成の強要はあってはならない)
- ※ 作成後の変更も、何度でも自由に行うことができる
(変更を妨げられることは、あってはならない)

(注)このように、後期高齢者が受けられる医療は、後期高齢者の療養生活を支えていくため、上記のような工夫が加えられるもので、75歳になったからと言って、必要な医療が受けられなくなるものではない

5

産科医療

周産期医療を担う地域のネットワークの支援

➤ 救急搬送とされた妊産婦の受入れを評価

⑧ 妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点(入院初日)

➤ ハイリスク妊産婦の診療に当たる医療機関の連携を評価

ハイリスク妊産婦共同管理料 対象拡大(I 500点/II 350点)

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

➤ ハイリスク妊婦の入院管理を評価

⑧ ハイリスク妊娠管理加算 1,000点(1日につき)

➤ ハイリスク妊産婦の分娩管理の評価の充実

ハイリスク分娩管理加算 1,000点 → 2,000点(1日につき)、対象拡大

➤ ハイリスク妊婦の検査の充実

ノンストレステスト 対象拡大、入院中 1週間につき1回 → 3回
外来 1月につき1回 → 1週間につき1回

3

6

小児医療

小児の入院医療の充実

- 高度な小児医療を提供する医療機関・子ども専門病院の評価
 - ① 小児入院医療管理料 1(区分新設) 4,500点
- 障害を持つ乳幼児の入院医療の評価
 - 超重症児(者)入院診療加算 300点 → 6歳未満 600点
 - 準超重症児(者)入院診療加算 100点 → 6歳未満 200点

小児の外来医療の評価の充実

- 病院・診療所の小児科医師の連携による救急医療体制の評価
 - 地域連携小児夜間・休日診療料1 300点 → 350点
 - 地域連携小児夜間・休日診療料2 450点 → 500点
- 乳幼児の外来医療の評価
 - 小児科外来診療料 処方せんを交付する場合 初診時 550点 → 560点 等

7

病院勤務医の負担軽減策①

地域の中核病院の勤務医負担の軽減

- 地域の急性期医療を担っている病院で、勤務医負担軽減策が具体的に計画されている場合を評価
 - ①外来縮小計画 ②外部の医療機関との診療分担の推進
 - ③院内の職種間の業務分担の推進 ④当直明けの勤務の軽減 等
 - 入院時医学管理加算 120点 (14日まで)

病院勤務医の事務負担の軽減

- 地域の急性期医療を担っている病院で、医師の事務作業を補助する職員を配置している等、病院勤務医の事務作業負担を軽減する体制を評価

① 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)
 一般病床数に対する医師事務作業補助員の配置割合によって評価

| | | | |
|-------|------|------|-------|
| 25対1* | 50対1 | 75対1 | 100対1 |
| 355点 | 185点 | 130点 | 105点 |

※高度な救急医療を担う医療機関のみ

病院勤務医の負担軽減策②

病院の時間外救急負担の軽減

➤ 病院の軽症の時間外救急患者を、診療所で受けとめる体制を推進するため、診療所での夜間・早朝等の診療を新たに評価

平日 : 6~8時、18~22時

土曜 : 6~8時、12~22時

日祝日 : 6~22時 (新) 初・再診料 夜間・早朝等加算 50点

医師負担が大きい技術の再評価

➤ 既存の手術の技術料を、医師の負担を踏まえて適正に評価
(手術72項目について平均約3割引上げ)

➤ 感染症患者の手術における加算の引上げ

➤ 帝王切開術における麻酔管理の加算を創設

➤ 先天性心疾患等の患者の高度な全身麻酔を評価

➤ 穿刺技術の評価の引上げ(上顎洞穿刺等の再評価) 等

明細書の交付

○ レセプトのオンライン請求義務化の対象となる保険医療機関に、患者の求めがあった場合の明細書の交付を義務付ける

- * 実費徴収を行う場合にあって、実質的に明細書の入手の妨げとならないように設定すること
- * DPCに関しては、入院中に使用された医薬品及び行われた検査に係る情報について提供することが望ましい

明細書では、個別の診療報酬点数の算定項目が分かることとなる

| | | | | | | | |
|----|----|---|---|-----|----|------------------------|---------|
| 60 | 検査 | 1 | 回 | 900 | 60 | 膀胱尿道ファイバースコープ | 900 X 1 |
| | 薬剤 | 9 | | | | キノロカインゼリ-2% 10ml | |
| | | | | | | デブソール水(0.025W/V%) 10ml | 9 X 1 |

○診療報酬明細書 (患者用控え)

診療所 医療機関コード

患者氏名: 〇〇〇〇〇〇

生年月日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療科: 〇〇

医師: 〇〇

患者ID: 〇〇〇〇〇〇〇〇

診療内容:

| | | | | | | | |
|----|----|---|---|-------|----|------------------------|---------|
| 11 | 診察 | 1 | 回 | 900 | 60 | 膀胱尿道ファイバースコープ | 900 X 1 |
| 12 | 検査 | 9 | | | | キノロカインゼリ-2% 10ml | |
| 13 | 薬剤 | | | | | デブソール水(0.025W/V%) 10ml | 9 X 1 |
| 合計 | | | | 6,205 | | | |

歯科医療の充実①

歯科診療における初・再診料の引き上げ

- 比較的簡単で必要時間の短い、一部の処置等に係る既存の技術を基本診療料において評価し、基本診療料を引き上げる

初診料 180点 → 182点
再診料 38点 → 40点

歯科診療における患者への文書による情報提供の見直し

- 医療機関の負担と患者の療養の質及び患者の歯科疾患に関する理解向上を勘案し、歯科診療における患者への文書による情報提供の時期、頻度及びその内容等を見直し

- 3項目について、口腔内の状況に変化があった時期や、指導管理の内容に変更があった時期など、歯科治療等の進行状況に合わせて行うこととし、3ヶ月に1回以上の交付頻度とする
- 6項目については、文書提供要件を廃止する

※ この他、7項目については、評価項目自体が廃止された

11

歯科医療の充実②

患者との協働による歯科疾患の継続的管理の推進

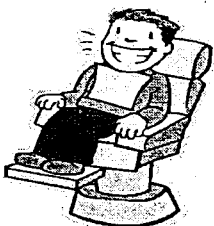
- 従来とう蝕(むし歯)や歯周病といった疾患別の指導管理体系を見直し、患者の生活習慣を踏まえたよりきめ細かな、お口全体の継続的な歯科疾患の管理を評価



⑨ 歯科疾患管理料(月1回)
1回目 130点
2回目以降 110点

むし歯(う蝕)に対するレーザーによる無痛的治療の保険導入

- レーザー応用によるう蝕(むし歯)除去等に係る加算を創設

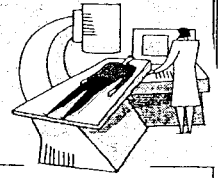


⑨ う蝕歯無痛的窩洞形成加算(1歯につき) 20点

【算定要件】

う蝕歯に対して、レーザー照射により、無痛的に窩洞形成又はう蝕歯即時充填形成を行った場合に加算

がん医療の推進について①

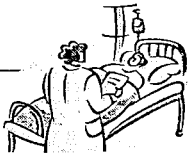


放射線治療の充実

- ▶ 副作用が少ない新しい放射線治療法を保険導入
① 強度変調放射線治療(IMRT) 3,000点(1回目)
- ▶ 放射線治療における充実した安全管理体制の評価
① 医療機器安全管理料2 1,000点
- ▶ 日常生活を送りながら、通院で受けられる体制の評価
① 外来放射線治療加算 100点

化学療法 of 充実

- ▶ 日常生活を送りながら、通院で受けられる充実した体制の評価
① 外来化学療法加算1(区分新設) 500点



がん診療連携拠点病院の評価

- ▶ 地域のがん診療の確保のため「がん診療連携拠点病院」の評価を充実
がん診療連携拠点病院加算 200点 → 400点



がん医療の推進について②

緩和ケアの普及と充実 ～痛みのないがん治療を目指す～

- ▶ WHO方式によるがん性疼痛治療法に従って、麻薬を処方し痛みを緩和することに対する評価を創設
① がん性疼痛緩和 management 指導料 100点
- ▶ 緩和ケアチームを充実し評価を引き上げ
緩和ケア診療加算 250点 → 300点
- ▶ 緩和ケア病棟の役割の見直し(終末期だけでなく緩和ケアの導入や在宅がん患者を診る医師の後方支援を行う)
- ▶ 在宅で使用する麻薬等の注射薬、医療材料の対象範囲の拡大

リンパ浮腫に関する評価

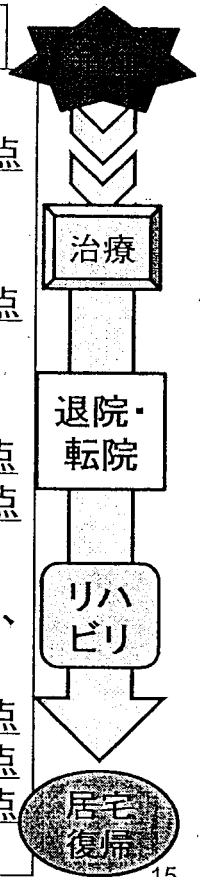
- ▶ がんの手術に際し、リンパ浮腫を防止するための指導を評価
① リンパ浮腫指導管理料 100点
- ▶ リンパ浮腫の重篤化予防のための弾性着衣(ストッキング等)を保険導入(療養費払い)
① (年間2回計4セット給付)



脳卒中対策について

超急性期から回復期にわたる脳卒中医療の総合的評価

- 超急性期の治療(t-PAによる治療)の評価
 (新) 超急性期脳卒中加算 12,000点
- 急性期後の入院医療を行った場合の評価
 (新) 亜急性期入院医療管理料2 2,050点
- 地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)の対象疾患に脳卒中を追加
 地域連携診療計画管理料 900点
 地域連携診療計画退院時指導料 600点
- 回復期リハビリテーション病棟の、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合といった、質に着目した評価
 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点
 重症者回復病棟加算 50点
 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点



15

こころの問題

子どもの心の診療の充実

- 子どもの心の診療の特性に応じた外来の評価
 (精神科)
 通院精神療法 20歳未満の患者に対して行った場合の加算 6月以内 → 1年以内
 (小児科)
 小児特定疾患カウンセリング料 1年に限り 月1回に限り 710点
 → 2年に限り、月の1回目500点、2回目400点
- 子どもの心の診療の特性に応じた入院の評価
 児童・思春期精神科入院医学管理加算(1日につき) 350点 → 650点

自殺対策

- 早期の精神科への受診につながる紹介を評価
 (新) (診療情報提供料) 精神科医連携加算 200点
- 自殺未遂者等への救命救急センターにおける精神医療の評価
 (新) (救命救急入院料) 精神保健指定医による診療の加算 3,000点

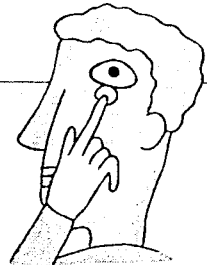
コンタクトレンズ検査料の見直しについて

コンタクトレンズ検査料1の施設基準の厳格化

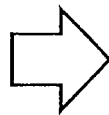
- 従来はコンタクトレンズ診療の割合が70%未満であることを要件としていたが、30%未満に引下げ・厳格化
(なお、眼科診療の経験が10年以上ある常勤医師がいる場合は、40%未満)

初回装用と既装用の見直し

- 装用歴については、客観性に乏しいことから、初回装用と既装用の区別をなくし、一本化



| 従来 | 見直し後 |
|---------------------------------------|----------------------|
| コンタクトレンズ検査料1 初回装用 387点 既装用 112点 | コンタクトレンズ検査料1 200点 |
| コンタクトレンズ検査料2 初回装用 193点 既装用 56点 | コンタクトレンズ検査料2 56点 |



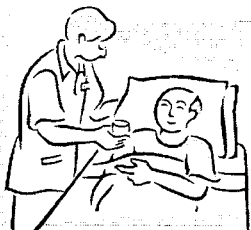
17

後期高齢者の診療報酬について①

入院医療について

入院の前後で継続的な診療が行われるような取組の評価

- 退院後の生活に配慮するため、日常生活能力を評価し、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することを評価
(新) 後期高齢者総合評価加算 50点、後期高齢者退院調整加算 100点
- 入院前の主治医の求めに応じて連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価
(新) 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500点、在宅患者緊急入院加算 1,300点
- 退院後に、入院前の主治医の外来に継続して通院した場合の評価
(新) 後期高齢者外来継続指導料 200点



後期高齢者の診療報酬について②

在宅医療について

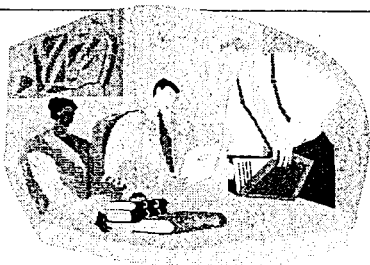
在宅医療を担う関係者間の情報共有の評価及び様々な居住系施設入居者に対する在宅医療の新しい枠組みの創設

- 在宅患者の病状の急変や診療方針の大きな変更などの際、関係者が情報を共有する場合の評価

⑨ 在宅患者連携指導料 900点、在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

- 後期高齢者等が多く生活する施設(有料老人ホーム、特定施設等)入居者に対する新たな枠組みを創設

⑨ 訪問診療料2 200点、特定施設等入所時医学総合管理料 3,000点/1,500点等



19

後期高齢者の診療報酬について③

外来医療について

高齢者の心身の特性を踏まえた慢性疾患等に対する継続的な管理を評価

- 他の医療機関での診療スケジュールも含めた診療計画を作成し、心身にわたる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を評価

⑨ 後期高齢者診療料 600点

終末期医療について

患者本人が終末期の医療の内容を決定するための、医療従事者からの情報提供と説明を評価

- 患者と家族が医療従事者と、終末期における診療方針等について話し合いを行った場合の評価

※ 書面の作成は、患者の自由な意志に基づいて行われる
(作成の強要はあってはならない)

※ 作成後の変更も、何度でも自由に行うことができる
(変更を妨げられることは、あってはならない)

⑨ 後期高齢者終末期相談支援料 200点



患者が安心して薬を使用できる方策の充実①

「お薬手帳」の活用による重複投薬等の防止(後期高齢者)

- ▶ 「お薬手帳」を活用して、医師及び薬剤師は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴等を確認

服薬支援の充実による飲み忘れ等の防止

- ▶ 服用する薬剤が多く、飲み忘れの多い患者等のため、
 - ①調剤時の薬の一包化の対象を拡大
 - ②患者が持参した薬剤の薬局での整理・服薬支援を新たに評価
- (新) 外来服薬支援料 185点

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

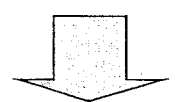
- ▶ 患者が後発医薬品を入手しやすくするため、後発医薬品を積極的に調剤する薬局(調剤率30%以上)を評価
- (新) 後発医薬品調剤体制加算 4点

患者が安心して薬を使用できる方策の充実②

後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式を変更

| 処方せん | |
|-------------------------|--------------------|
| (この処方せんは、この調剤薬局でも有効です。) | |
| 公費負担診療号 | 保険番号 |
| 公費負担患者の受給番号 | 受給資格証・受給者番号等の記号・番号 |
| 氏名 | 後発医薬品調剤の所在薬局及び名称 |
| 生年月日 | 電話番号 |
| 性別 | 性別 |
| 住所 | 調剤薬局名 |
| 交付年月日 | 処方せんの発行年月日 |
| 調剤年月日 | 調剤年月日 |
| 調剤薬局の名称 | 調剤薬局名 |
| 調剤薬局の所在地 | 調剤薬局の所在地 |
| 調剤薬局の電話番号 | 調剤薬局の電話番号 |

【医師】
 後発医薬品への変更が全て不可の場合、署名又は記名・押印



【保険薬局】
 署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、記載された先発医薬品に代えて後発医薬品の調剤が可能

訪問看護の推進について①

24時間体制の訪問看護の推進

- 訪問看護基本料の引上げ（看護師の場合）

訪問看護基本療養費 5,300円 → 5,550円
在宅患者訪問看護・指導料 530点 → 555点

- 24時間電話対応や緊急訪問ができる体制の充実

⑨ 24時間対応体制加算 5,400円（月1回）

退院前後の支援の充実

- 安心して在宅療養を開始することができるよう、在宅療養上必要な指導を、退院前及び退院日に実施

退院時共同指導加算 6,000円

※ 末期の悪性腫瘍の患者等には2回まで算定可

⑨ 退院支援指導加算 6,000円

※ 対象：末期の悪性腫瘍の患者等

23

訪問看護の推進について②

利用者の状態に応じた訪問看護の提供

- 人工呼吸器を使っている者に長時間にわたる訪問看護を提供

⑨ 長時間訪問看護加算 5,200円

※ 2時間を超えた場合、週1日に限り加算

- 頻回の吸引等が必要な状態にある気管カニューレを使っている者、重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者に対して、頻回の訪問看護を提供

特別訪問看護指示書 1月に1回 → 1月に2回

終末期の支援体制の充実

- 在宅で終末期を過ごす上での様々な不安や病状の急激な変化等に対し、細やかに電話対応や訪問看護ができるための体制の充実

⑨ ターミナルケア療養費 12,000円/15,000円 → 20,000円

⑨ 在宅ターミナルケア加算 1,200点/1,500点 → 2,000点