

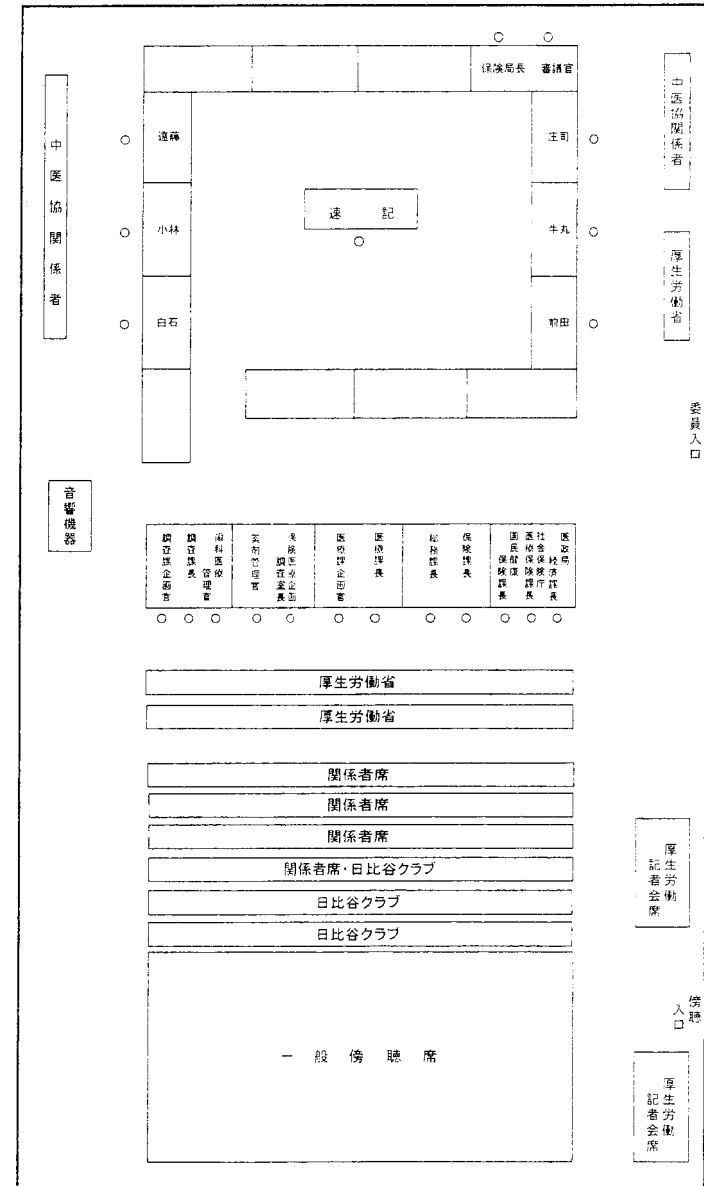
日時:平成20年5月21日(水) 11:00(目途)~12:00(目途)  
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会 (第17回)  
 議事次第

平成20年5月21日(水)  
 厚生労働省専用第18~20会議室

議 題

- 部会長の選挙について
- 平成20年度診療報酬改定の結果の検証について



平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目(案)について

項番	項目	検証の視点	具体的な調査方法
1	病院勤務医の負担軽減の実態調査	病院勤務医の負担が軽減されているか。	「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」等の届出医療機関に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・具体的な軽減策(処遇改善計画の内容)及びその実施状況 ・医師の負担感に関するアンケート ・医師数の変化 ・救急、産科、小児科医師等の病院勤務医の勤務実態の変化(当直回数、平均勤務時間、休日取得状況等)
2	明細書発行の一部義務化の実施状況調査	明細書発行状況はどうなっているのか。	医療機関を抽出し、医療機関及びその医療機関に受診した患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・明細書の発行数及び記載内容 ・明細書発行出来る旨の掲示の状況 ・実費徴収の有無・徴収額 ・明細書発行による患者の理解度及び満足度 ・明細書発行の周知方法 等
3	外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査	外来管理加算の見直しによって診療内容、算定状況はどうなったのか。	医療機関を抽出し、医療機関、また保険者を通じて医療機関を受診した経験のある患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・診療時間、診療内容の変化 ・患者の理解度及び満足度 等
4	医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査	医療機能の分化・連携が進んでいるか。又、医療機関の機能に応じて患者が移動しているか。	「亜急性期入院医療管理料」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」、「7対1入院基本料」等の届出医療機関に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・入院患者の調査(入院元、入院時の状況) ・退院患者の調査(退院先、在院日数、退院時の状況) ・医療機関の医療機能及び体制の変化 等
5	回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査	試行的に導入された「質の評価」により、患者の状態の改善の状況はどうなっているのか。又、患者の選別が行われていないか。	「回復期リハビリテーション病棟入院料」の届出医療機関等にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・患者の調査(入院時及び退院時の状態) 等

項番	項目	検証の視点	具体的な調査方法
6	歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査	歯科の医療安全体制はどうなっているのか。	「歯科外来診療環境体制加算」の届出医療機関及び医療機関を受診した患者に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・安心・安全な歯科医療を提供する環境の変化 ・歯科外来環境体制の整備の有効性 ・患者の満足度(安心感等) 等
7	後発医薬品の使用状況調査	処方せん様式の変更により後発医薬品の使用促進が進んでいるか。	医療機関、保険薬局等に対しアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・処方せん受付枚数、処方せんに「変更不可」と記された割合及び後発医薬品への変更枚数 ・後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化 等
8	後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査	後期高齢者診療料により、治療の内容や患者の受診行動はどうなったか。	「後期高齢者診療料」の届出医療機関及びその医療機関に受診した患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・診療計画書の内容 ・担当医となることによる治療内容の変化(必要な検査・治療等が行われているか等) ・患者の理解度及び満足度 ・患者の受診行動の変化 等
		後期高齢者終末期相談支援料に対する患者・家族の理解度はどうか。	医療機関を抽出し、医療機関及びその医療機関に受診した患者・家族にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・十分な説明、納得の上で算定されているか ・患者・家族の満足度 等
9	ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査	禁煙成功率の状況はどうなっているのか。	「ニコチン依存症管理料」の届出医療機関にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・指導終了一定期間経過後の禁煙継続の状況 等

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－1－(1)】

### 第1 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

現 行	改正案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） 1,000点</p> <p>〔対象者〕 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） <u>2,000点</u></p> <p>〔対象者〕 妊娠22週から<u>32週未満</u>の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、<u>前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u></p> <p>〔施設基準等〕 <u>病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること</u></p>

改

## 参 考 資 料

（中央社会保険医療協議会総会 平成20年2月13日資料「中医協

総－1」より抜粋）

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 1,000点（1日につき）

〔対象者〕

妊娠22週から32週未満の早産、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、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現行	改正案
<p>〔ノンストレステスト〕</p> <p>〔対象者〕</p> <p>妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合</p> <p>〔算定回数〕</p> <p>入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定</p>	<p>〔ノンストレステスト〕</p> <p>〔対象者〕</p> <p><u>40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦</u></p> <p>〔算定回数〕</p> <p>入院中では1週間につき3回に限り、入院中以外では1週間につき1回に限り算定</p>

改

地域で中核となる病院に勤務する医師の負担軽減の評価

骨子【緊急課題－2－(4)】

第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

第2 具体的な内容

新 入院時医学管理加算 120点（1日につき、14日を限度）

〔算定要件〕

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
  - (1) 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
  - (2) 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
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
  - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
  - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
  - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること  
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

## 勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題－3】

### 第1 基本的な考え方

病院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（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

入院基本料等加算の新設

#### 新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	2.5対1補助体制加算	355点
2	5.0対1補助体制加算	185点
3	7.5対1補助体制加算	130点
4	10.0対1補助体制加算	105点

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

#### 〔算定要件〕

- 地域の急性期医療を担う病院であって、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が整備されていること
- 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する

#### 〔施設基準〕

- 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
- 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

18年4月21日医政発第0421005号等）、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成19年3月30日医政発第0330033号）等に準拠した体制が整備されていること

- 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

#### 〔病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係〕

病院機能	2.5対1	5.0対1	7.5対1	10.0対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関*	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院（200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。）

#### 〔医師事務作業補助者の業務範囲〕

- 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）への対応を医師の指示の下に行う
- 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

## 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【I-1】

### 第1 基本的な考え方

#### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関<sup>※1</sup>については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける<sup>※2</sup>。その際、DPC対象病院においては、レセプト提出時に包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報が添付されることと合わせ、入院中に使用された医薬品及び行われた検査について、その名称を付記することが望ましい。明細書の発行の際、費用徴収を行う場合にあっても、実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。

※1 具体的な医療機関の範囲（平成20年度よりレセプトオンライン化が義務付けられる医療機関と同様）

- ① 医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
- ② レセプト電算システムが導入されていること

※2 レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う（別に明細書を発行する必要はない。）。

#### 2 電子化加算（初診料への加算）

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

### 第2 具体的な内容

#### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

第1の1※1に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

#### 2 電子化加算

〔算定要件〕

400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

〔施設基準〕

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

## 外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【I-2-(4)】

### 第1 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。

これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

### 第2 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

〔提供される診療内容〕

#### 1 問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

#### 2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

#### 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっています。」

「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いでしょう。」

#### 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

#### 5 1～4については、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。また、これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。

## 急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ-1-(3)】

### 第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

### 第2 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

**新** 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点  
(60日を限度。200床未満の病院に限る。)

[算定要件]

- 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。  
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床（転院）してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

## 回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、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。

### 第2 具体的な内容

- 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1,680点	【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 1,690点
[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること	[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること
[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること	[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること

## 7対1入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ-3】

### 第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等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する。

### 第2 具体的な内容

- 1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
  - (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。
  - (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
  - (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
  - (4) 特定機能病院には適用しない（ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。）。
- 2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
  - (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
  - (2) 特定機能病院には適用しない。

**新** 準7対1入院基本料 1,495点（7対1入院基本料から60点減じた点数）  
 ※へき地等の場合は、1,525点（7対1入院基本料から30点減じた点数）

#### 【経過措置】

- 1 準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 2 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算2（84点）又は看護補助加算3（56点）を算定できる

**新**

<p>【重症患者回復病棟加算】 50点（1日につき）</p> <p>【算定要件】 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</p> <p>【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること</p>
<p><b>改</b></p> <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料2】 1,595点</p> <p>【算定要件】 当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

- 2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

【施設基準】  
（現行）

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

**改**（改正案）

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

- 3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定することができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設については、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。



## 歯科医療の特性に配慮した安全で安心できる 総合的歯科医療環境の整備

骨子【Ⅱ-6-(5)】  
【V-2-(8)】

### 第1 基本的な考え方

歯科の外来診療においては、

- ① 誤嚥等のおそれのある細小な根管治療器具等の歯科治療機材やインレーやクラウン等の歯冠修復物が多用されていること
  - ② 処置に伴い局所麻酔を行う事例が多いこと
  - ③ 高齢社会の進展等に伴い、全身状態の把握・管理が必要な患者に対する歯科診療の機会が増大していること
  - ④ 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会も多いこと
- などの特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備を図る。

### 第2 具体的な内容

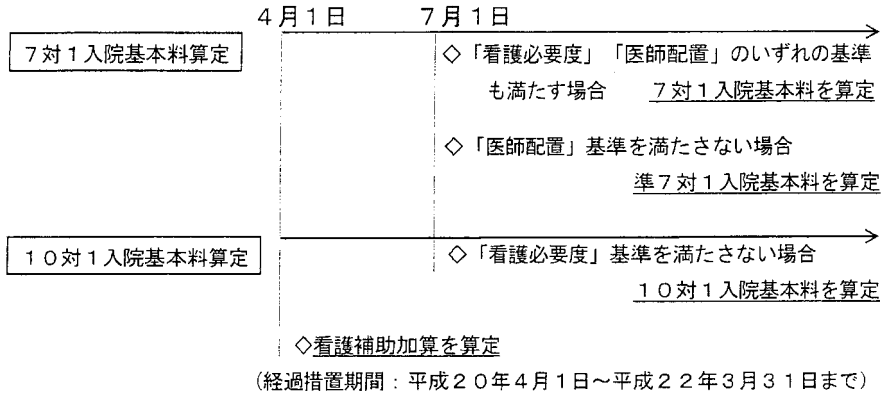
歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算を創設する。

#### 新 歯科外来診療環境体制加算 30点（初診時1回）

【施設基準】

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

### 【7対1入院基本料改正基準の導入と経過措置について】



### < 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
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)	なし		あり
			A得点
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

## 後発医薬品の使用促進等

骨子【IV-2-(1)(2)(3)(4)(5)(6)】

(参考) 医療法により規定されている歯科診療に係る主な事項

- 医療安全管理者を配置していること
- 医療事故防止、院内感染防止及び歯科診療時の偶発症等緊急時の対応に係る医療安全マニュアルを作成していること
- 医療事故報告及びヒヤリ・ハット事例を収集し、保管していること
- 医療機器保守点検チェックシートを作成し、記録・保管していること
- 医薬品管理シートを作成し、記録・保管していること
- 毎年1回の医療安全に係る従事者の研修を実施し、研修会報告書を作成・保管していること

### 第1 基本的な考え方

これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするなどの対応を行ってきたが、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低いため、後発医薬品の更なる使用促進のために、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 処方せん様式の変更

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。（別紙）

- ※ 処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う薬局の薬剤師いずれもが、明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする
- ※ 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品（処方医が変更不可とした先発医薬品を除く。）を、後発医薬品に変更することができることとする

#### 2 後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

(1) 処方医が、処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

(2) 後発医薬品の銘柄を指定した処方が多いことによる薬局の負担軽減を図

るため、「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（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く。）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、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 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を引き下げた上で、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合の加算を創設することとする。

#### (1) 調剤基本料

現 行	改正案
【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 42点	【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 40点
処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。	処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。

#### 新 (2) 後発医薬品調剤体制加算 4点

〔施設基準〕

- 直近3か月間の当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること
- 後発医薬品調剤に積極的に対応している薬局である旨を、分かりやすい場所に掲示していること

#### 4 後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、「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促進のために行ってきた処方せん料の評価については廃止することとする。

現 行	改正案
【処方せん料】 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 イ 後発医薬品を含む場合 42点 ロ イ以外の場合 40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 70点 ロ イ以外の場合 68点	【処方せん料】 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点

### 5 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

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、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき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、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加することとする。

- ※ 分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。
- ※ 2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品の調剤又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。当該調剤においては、薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を除く。）を算定しない。

#### 新 後発医薬品分割調剤 5点

### 6 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、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。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

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、保険医療機関及び保険医療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は、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。

新たな処方せんの様式(案)

処 方 せ ん														
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)														
公費負担者番号								保険者番号						
公費負担医療の受給者番号								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号						
患 者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日	調 次 記 号	年	月	日	男・女	電話番号							
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名 (印)								
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	※に記載のある理由を除き、交付の日を定めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方 備 考	<p>現行の「後発医薬品への変更可」から変更</p> <p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印</p> <p>保険医署名</p>													
	調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名						(印)	公費負担医療の受給者番号							

## 後期高齢者の継続的な管理の評価

骨子【V-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

後期高齢者の外来医療に当たっては、治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、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。

### 第2 具体的な内容

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、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を評価する。

#### 新 後期高齢者診療料 600点（月1回）

[算定要件]

- 1 保険医療機関である診療所又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院
- 2 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる
- 3 診療計画には、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すること
- 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薬剤名を記載する
- 5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- 6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- 7 当該診療所（又は医療機関）に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること

研修事項

- ・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
- ・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

[対象疾患]

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症 等

## ガイドラインに沿った終末期における十分な情報提供等の評価

骨子【V-4-(1)】

### 第1 基本的な考え方

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

### 第2 具体的な内容

医師が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判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。

#### 1 医師又は歯科医師

#### 新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（以下、「文書等」という。）にまとめて提供した場合に算定する
- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3 入院中の患者の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること 等

## 2 薬局の薬剤師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

〔算定要件〕

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

## 3 看護師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援療養費 2,000円（1回に限る）  
（訪問看護療養費）

新 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）  
（在宅患者訪問看護・指導料）

〔算定要件〕

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

平成19年11月17日

## (社) 全日本病院協会 終末期医療の指針 (案)

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。平成19年5月に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対しても本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後がよくない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考えられる。更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。

医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

### 1. 終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

- (1) 終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。
- (2) 積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺補助のおそれがあり、認められない。
- (3) 消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。
- (4) 病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。

- (5) 国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾患、呼吸器疾患、心臓疾患、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。
- (6) 指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

### 2. 終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

- (1) 終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。
- (2) 本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増える。
- (3) 患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。

### 3. 消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

- (1) 本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。
- (2) 本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合っただけで対応を決める。
  - ① 日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。
  - ② 終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。
- (3) 以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

以上

参 考

終末期医療 書式集

- 書式 1 - 1 終末期の判断
- 書式 2 - 1 終末期医療における希望事項 (リビング・ウィル) 【本人】
- 書式 3 - 1 終末期医療における希望事項 (リビング・ウィル) 【家族】
- 書式 4 - 1 脳死判定後の治療中止承諾書
- 書式 4 - 2 脳死判定記録
- 書式 5 - 1 終末期の治療方針についての確認記録

書式 1 - 1

終末期の判断

「終末期」とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいいます。

1. 診断名
  2. 病状
  3. 治療効果が期待できないと判断する理由
  4. 予測される生存期間
    - (1) 2週間以内
    - (2) 1か月以内
    - (3) 数ヶ月以内
    - (4) 不明
- ・あくまで現時点の状況に基づいて予測したものです。
5. 本人のリビング・ウィル
    - (1) あり (書式 2 - 1 参照)
    - (2) なし (書式 3 - 1 参照)

年 月 日

医師氏名



書式 2 - 1

終末期医療における希望事項（リビング・ウィル）

私は、下記の医療行為について、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

- ① 輸液 (1) 希望する (2) 希望しない
- ② 中心静脈栄養 (1) 希望する (2) 希望しない
- ③ 経管栄養（胃瘻を含む） (1) 希望する (2) 希望しない
- ④ 昇圧剤の投与 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑤ 人工呼吸器 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑥ 蘇生術 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑦ その他（具体的に： )

書式は必ずしもこの形である必要はない。

年 月 日

氏名

医師氏名

看護師氏名

書式 3 - 1

終末期医療における希望事項（リビング・ウィル）

患者 の親族として、本人の病状について説明を聞きました。また、下記の医療行為について、具体的な内容の説明を受けた上で、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

- ① 輸液 (1) 希望する (2) 希望しない
- ② 中心静脈栄養 (1) 希望する (2) 希望しない
- ③ 経管栄養（胃瘻を含む） (1) 希望する (2) 希望しない
- ④ 昇圧剤の投与 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑤ 人工呼吸器 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑥ 蘇生術 (1) 希望する (2) 希望しない
- ⑦ その他（具体的に： )

年 月 日

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他

脳死判定後の治療中止承諾書

患者 \_\_\_\_\_ の親族として、本人が脳死状態にあることの説明を聞きました。脳死は個人の死であるとの認識のもとに、生命維持を目的とした治療を中止することに同意いたします。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親族代表氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

親族代表氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

脳死判定記録

1. 臨床診断名 \_\_\_\_\_

2. 除外 以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

原因不明

6歳未満の小児

急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒

低体温：直腸温で32℃以下

代謝、内分泌性障害

3. 判定（第1回判定）

① 意識状態 JCS ( \_\_\_\_\_ ) グラスゴーコーマスケール ( \_\_\_\_\_ )

② 無呼吸テスト 自発呼吸 あり なし

③ 瞳孔：固定 (あり なし) 径 左 ( \_\_\_\_\_ )ミリ、右 ( \_\_\_\_\_ )ミリ

④ 対光反射 あり なし

⑤ 角膜反射 あり なし

⑥ 毛様脊髄反射 あり なし

⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象） あり なし

⑧ 前庭反射（温度試験） あり なし

⑨ 咽頭反射 あり なし

⑩ 咳反射 あり なし

⑪ 平坦脳波（脳波記録は別途保管すること） あり なし

総合評価 脳死診断基準を 満たす 満たさない

実施日時 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

判定医師氏名 \_\_\_\_\_

判定医師氏名 \_\_\_\_\_

脳死判定記録

1. 臨床診断名

2. 除外 以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

- 原因不明
- 6歳未満の小児
- 急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒
- 低体温：直腸温で32℃以下
- 代謝、内分泌性障害

3. 判定（第2回判定）

- ① 意識状態 JCS ( ) グラスゴーコーマスケール ( )
- ② 無呼吸テスト 自発呼吸 あり なし
- ③ 瞳孔：固定 (あり なし) 径 左 ( ) ミリ、右 ( ) ミリ
- ④ 光反射 あり なし
- ⑤ 角膜反射 あり なし
- ⑥ 毛様脊髄反射 あり なし
- ⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象） あり なし
- ⑧ 前庭反射（温度試験） あり なし
- ⑨ 咽頭反射 あり なし
- ⑩ 咳反射 あり なし
- ⑪ 平坦脳波（脳波記録は別途保管すること） あり なし

総合評価 脳死診断基準を 満たす 満たさない

実施日時 年 月 日 午前・午後 時 分

判定医師氏名

判定医師氏名

書式5-1

終末期の治療方針についての確認記録

（前提条件を問わず終末期医療に関する確認で用いるべき書式、書式2-1、3-1を補完するもの）

1. 患者氏名 年齢 ( ) 歳

2. 臨床診断

3. 病状と予想される経過

4. 本人意思、および家族の希望（本人意思不明かつ家族が参加しない場合には、その理由）

(1) 本人意思

(2) 家族の希望

5. 主要な確認事項

- ① 輸液 (1) 実施する (2) 実施しない
- ② 中心静脈栄養 (1) 実施する (2) 実施しない
- ③ 経管栄養（胃瘻を含む） (1) 実施する (2) 実施しない
- ④ 昇圧剤の投与 (1) 実施する (2) 実施しない
- ⑤ 人工呼吸器 (1) 実施する (2) 実施しない
- ⑥ 蘇生術 (1) 実施する (2) 実施しない
- ⑦ その他（具体的に： )

6. 不明な点についての確認・緊急の場合に親族を代表して意思決定を行う方の氏名・連絡先・続柄（署名者と異なる場合）

**終末期医療に関するガイドライン策定検討会  
第1回 議事次第**

氏名 続柄

連絡先

上記について、患者、患者の親族、および医療チームが相談し、治療方針として確認しました。

年 月 日

患者氏名

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他

日 時 平成19年12月21日（金）午後5時～午後6時30分

場 所 全日本病院協会 6F大会議室

- 議 題
1. 会長挨拶
  2. 委員自己紹介
  3. 座長選出
  4. 今後の進め方について
  5. 各団体で作成の終末期医療に関する指針等について
  6. 次回検討会の開催日時について
  7. その他

<配布資料>

○今後の進め方について

資料1 「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」今後の進め方について(案)

○各団体で作成の終末期医療に関する指針等について

資料2 (社)全日本病院協会 終末期医療の指針(平成19年11月17日)

資料3 日本医師会提出資料

3-1 「末期医療に望む医師のあり方」についての報告(平成4年3月 日本医師会生命倫理想談会)

3-2 「医療の実践と生命倫理」についての報告(平成16年2月 日本医師会生命倫理想談会)

3-3 終末期医療をめぐる法的諸問題について(平成16年3月 日本医師会医事法関係委員会)

3-4 日本医師会「医師の職業倫理指針」(平成16年)より終末期医療の倫理部分抜粋

3-5 「ふたたび終末期医療について」の報告(平成18年2月 日本医師会生命倫理想談会)

3-6 終末期医療に関するガイドラインについて(中間答申)(平成19年8月 日本医師会生命倫理想談会)

3-7 終末期医療のガイドライン(グランドデザイン2007より)(平成19年8月 日本医師会)

資料4 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を使用するにあたって(日本救急医学会)

資料5 日本における尊厳死の法的課題(委員提出資料)

参考1 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月 厚生労働省)

参考2 終末期医療に関するガイドライン策定検討会 委員名簿

終末期医療に関するガイドライン策定検討会  
第2回 議事次第

日 時 平成20年2月4日(月) 午後6時～午後8時

場 所 全日本病院協会 6F大会議室

- 議 題
1. 今後の進め方について
  2. 「終末期」の定義について
  3. 「終末期医療のガイドライン」策定に向けての意見交換
  4. その他

<配布資料>

○今後の進め方について

資料1 「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」今後の進め方について  
(第1回確認事項)

○「終末期」の定義について

資料2 各ガイドライン等における「終末期」の定義一覧

- 参考1 第1回終末期医療に関する調査等検討会資料(抜粋)【H20.1.24 厚生労働省】  
参考2 終末期医療のガイドライン(グランドデザイン2007より)(平成19年8月 日本医師会)  
参考3 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を使用するにあたって(日本救急医学会)  
参考4 (社)全日本病院協会 終末期医療の指針(平成19年11月17日)  
参考5 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月 厚生労働省)  
参考6 第1回終末期医療に関するガイドライン策定検討会 議事報告書



一健やかに老い、安らかに眠るために—  
長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する  
日本看護協会の声明

平成20年4月から開始された、75歳以上が対象の後期高齢者医療制度。初日に名称が「長寿医療制度」と変えられたり、保険証が届かなかつたり、制度の複雑さもあり、保険料負担への不安など高齢者医療の混乱が指摘されています。

社団法人日本看護協会(会長・久常節子)は、後期高齢者医療制度創設の本質に立ち戻り、高齢者の尊厳を守り総合的な療養生活を支援する職能団体の立場から、4月14日付けで、「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する日本看護協会の声明」を公表いたしました。

声明の中では、新制度について「退院から在宅での看取りまで、切れ目なく安心して必要な医療が受けられるようになるための基盤整備の第一歩である」と、制度の始まりであることを指摘。さらに、20年度の診療報酬改定における訪問看護のさまざまな加算などの評価が、多職種連携による支援体制や訪問看護機能の充実を後押しすること、また、職能団体として本制度の整備に参画し、国民が願う「健やかに老い、安らかに眠る」ことが実現できる社会づくりに貢献したいと、表明しています。

報道関係者におかれましては、本会の趣旨にご理解をいただき、さまざまな機会にご紹介いただきますよう、よろしくお願いたします。

<関連資料>

■ ニュースリリース

2008年2月28日「平成20年度診療報酬改定に関する日本看護協会の意見」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080228-1.pdf>

■ 要望書

2007年9月20日「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案についての意見」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2007pdf/20070914.pdf>

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する  
日本看護協会の声明

平成20年4月より長寿医療制度(後期高齢者医療制度)が実施されました。社団法人日本看護協会(以下本会という。)は、高齢者の尊厳を守り、暮らしの中での総合的な療養支援を強力に推進する立場から、以下のことを表明します。

1. この制度の創設は、慢性疾患やターミナル等の高齢者が必要な医療を、外来・入院、そして退院から在宅での看取りまで、切れ目なく安心して受けられるようになるための基盤整備の第一歩であると考えます。
2. 特に、在宅療養の支援については、住み慣れた地域で身近な人に囲まれて最期を迎えたいという希望を実現できる24時間365日のスムーズな多職種連携による支援体制が求められています。
3. このたびの診療報酬改定においては、生活の場へ出向いて療養を支援し、安らかに尊厳のある死を支える訪問看護の技術が評価され、「訪問看護基本療養費」や「ターミナル療養費」が拡充されるとともに、「24時間対応体制加算」、「長時間訪問看護加算」、「後期高齢者終末期相談支援療養費」等が新設されました。このような見直しは、全国の各地域における医師、薬剤師等多職種との連携強化と、訪問看護機能の一層の充実を後押しするものであります。本会は、この期待に応え、訪問看護のさらなる発展のために訪問看護推進事業を強力に進めて参ります。
4. 訪問看護の拡充策を確実に進めることによって、介護保険制度との連携を含めた長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の更なる整備に参画し、国民が願う「健やかに老い、安らかに眠る」ことが実現できる社会づくりに貢献します。

以上

## 後期高齢者医療の在り方に関する日本看護協会の意見

1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充
2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備
3. 終末期等における過剰な医療の見直し

### 1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充 【資料 1】

- (1) 24 時間体制・ターミナリングケアを提供する訪問看護ステーションの適正な評価  
訪問看護に係る現行の制度では、1)24 時間体制の加算が低い、2)夜間・早期の緊急訪問の加算がない、3)ターミナルケアの評価が低い、4)週 4 日以上訪問看護は対象者が制限される、5)訪問看護ステーションの質と量の拡充に向けて、24 時間体制で医療ニーズの高い利用者を看護する事業所が適正な評価を受ける必要がある。  
○訪問看護ステーションにおける衛生材料\*の常備  
薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備する。\*生理食塩水、キシロカインゼリー、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等
  - (2) 訪問看護の量を拡大  
○「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の業務とする。  
○緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。  
○住診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。
  - (3) 拠点訪問看護ステーションの設立、かかりつけ訪問看護ステーションの推進  
○拠点訪問看護ステーションは、後期高齢者の疾病管理を担う拠点機関として、市町村を単位として、24 時間体制で専門性の高い看護職を配置、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理し、かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや困難事例への対応を行う。  
○かかりつけ訪問看護ステーションは、拠点訪問看護ステーションにより振り分けられた後期高齢者の、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
  - (4) 訪問看護の質の向上に向けて、研修体制を整備する。  
○訪問看護認定看護師を活用する。
- ### 2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備 【資料 2】
- (1) 在宅移行支援の整備  
病院から在宅へ切れ目のない安心な療養生活が送れるよう、病院と診療所・訪問看護等の連携を推進する。入院当初から在宅ケアまでの地域連携クリティカルパスの開発と普及、病院の退院調整部門の拡充、退院当日の居室への訪問看護を実施可能とする。
  - (2) 小規模の療養生活支援ホーム（ファミリーホーム）の創設  
疾患の管理が必要な場合でも、施設でない、自宅のような暮らしと看取りの場が必要である。療養通所介護の機能を拡大し、医療ニーズが高い利用者を中心に看取りまで受け入れる。
  - (3) 急性増悪時の後方病床の整備  
家族の介護負担や急変時の対応の必要性を鑑み、高齢者や家族が負担なく自宅での看取りが可能となるまで当面の間、有床診療所等に在宅ターミナル高齢者の入院要請への体制整備を行う。
- ### 3. 終末期等における過剰な医療の見直し 【資料 3】
- (1) 過剰な医療の見直し  
後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、00L 向上に寄与する総合的ケアの視点で看取りを行う。後期高齢者は医療と介護のニーズを併せもちことから医療保険と介護保険の一体的運用について具体的な検討を行う。
  - (2) 受益者参加型の療養計画  
療養計画の策定には、看護師及び後期高齢者・家族を含め、個別性を尊重しニーズに応じた療養が選択できるようにする。かかりつけ訪問看護ステーションが、療養方針の選択に係る情報提供と意思決定の支援を提供する。

以上

## 参考資料



### 【1】24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価

○ 持続点滴や尿道留置カテーテルのトラブル、認知症による不穏行動など、医療ニーズの高い利用者は夜間に訪問看護が必要な場合が多い。医療保険の「24時間連絡体制加算」は、1月につき2,500円(介護保険「緊急時訪問看護加算」は5,400円)。サービスに見合った報酬ではなく、経営上、24時間体制をとることが困難。

○ ターミナルケアとは、終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援などである。

※訪問看護の「ターミナルケア加算」は15,000円だが、医師の「在宅ターミナルケア加算」は、看取りに立ち会うと100,000円

### 【2】訪問看護ステーションにおける衛生材料※の常備

○ 褥瘡の処置、尿道留置カテーテルの交換、点滴など、処置をする看護師が、薬事法により衛生材料を管理できないことにより、患者負担の増大と迅速な処置対応の阻害による在宅医療の質の低下をきたしている。夜間の尿閉、点滴のつまりなどのトラブルが発生した場合、訪問看護ステーションに衛生材料を常備していないため、すみやかに的確な対応を行うことが困難。救急車で病院に搬送する例もある。

⇒薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備できるようにする必要がある。

※衛生材料：生理食塩水、キシロカインゼリー(尿道カテーテル交換に使用)、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

### 【3】訪問看護の裁量を拡大

○ 訪問看護指示書には、療養生活に関する指示は出ていない。「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。

○ 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。

○ 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

### ※ その他の訪問看護の評価における課題

○ 退院調整の評価が低い。認知症や医療機器を装着したまま退院となる神経難病、がん末期の患者等、在宅に向けた退院指導が1回(6,000円)しか算定できない。2回目以降は無償となっている。

※医師の場合は10,000円2回まで算定可

○ 退院当日の訪問看護が認められていない。重症度の高い患者(がん末期、神経難病等)には無償で実施している実態がある。

○ 週4回以上の訪問の対象者が限定されている。

インシュリン注射、胃ろう・経管栄養・吸引・吸入等のケアは、毎日訪問が必要

**【4】 地域連携の推進 ⇒ 拠点訪問看護ステーション※の設立**

**かかりつけ訪問看護ステーションの推進**

**【説明】**

地域包括支援センターと拠点訪問看護ステーションが連携する。  
一人ひとりの高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションが担当し、疾患の管理や家族への相談・指導などを行う。  
地域包括支援センターでは、年1回の生活機能評価を義務付け、全ての後期高齢者について健康状態と医療・介護ニーズの把握・対応を行う。事前指示書(リビング・ウィル)により、高齢者の尊厳(意思決定)を確認する。  
拠点訪問看護ステーションとそれらの情報を共有し、かかりつけ訪問看護ステーションが支援を提供する。  
後期高齢者は困ったときに、気軽に相談や看取りの意思決定に対する支援を受けることができる。

**※拠点訪問看護ステーション**

- ①後期高齢者の疾病管理を担う機関として、各市町村に拠点訪問看護ステーションを設置する。
- ②地域包括支援センターと連携し、後期高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションに振り分け、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
- ③拠点訪問看護ステーションには、認定看護師・専門看護師等の専門性の高い看護師を配置する。かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや、困難事例に対応する。
- ④拠点訪問看護ステーションは24時間体制をとり、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理する。

**【5】 訪問看護を担う人材の養成**

○在宅医療の推進と質の向上に向けて、人材育成が喫緊の課題。訪問看護師が認知症やターミナルケア等後期高齢者のニーズに対応できるよう、研修体制の整備を行う。

○訪問看護認定看護師の活用 … 現在18名が活躍中(2006年度開始)

**在宅医療の推進には、訪問看護の拡がりが重要**

○訪問看護ステーションが実施するケア

「病状観察・医療処置等」、「療養上の世話・予防」が中心。

○利用者への具体的な医療処置

バイタルサインのチェック、栄養・排泄・呼吸・心理面など全身状態のアセスメント、経管経腸栄養、人工肛門・人工膀胱の管理、膀胱留置カテーテルの交換・導尿、点滴・注射、褥瘡の予防処置・創傷処置、人工呼吸器・酸素療法の管理、モニター測定機器の管理、リハビリテーションなど。

○ターミナルケア

訪問看護ステーションは、ターミナルケア(終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援等)を実施。

訪問看護の推進を阻む要因  
訪問看護に対する評価が低いため、経営が成り立たず、人事管理(採用・定着)も難しいことから、事業の開始・継続が困難。

○訪問看護ステーション事業所数

平成17年は5,309カ所であり、ゴールドプラン21策定時の目標9,900カ所の約5割しか到達していない

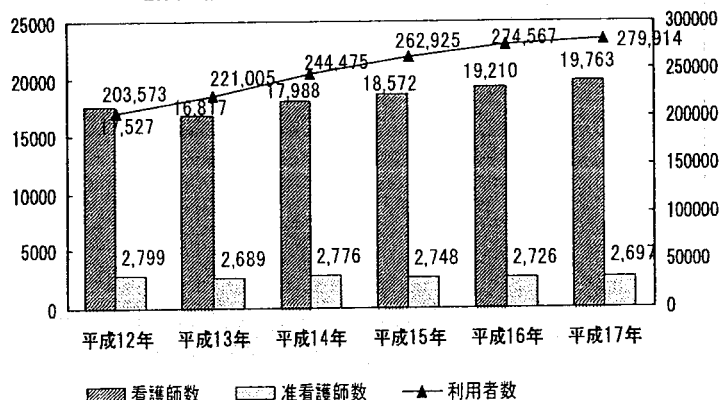
看護職は後期高齢者の在宅医療や終末期医療において、人間らしさを尊重した生活を支援する上で欠かせない存在。

**(在宅ケア先進国では、在宅医療は看護職が中心)**

高齢者やその家族に寄り添い、療養生活の具体的支援や精神的サポートを行う訪問看護の包括的ケアは重要

ターミナルケアを提供しているのは看護職

訪問看護ステーション看護職員数と利用者数の推移



※看護師数には保健師、助産師を含む。

出典:介護サービス施設・事業所調査

**適正な評価による訪問看護の拡充を!**

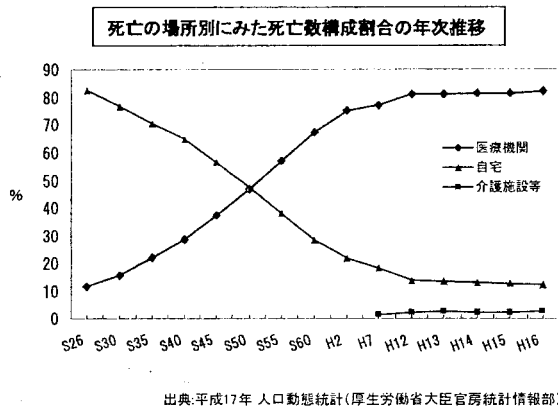
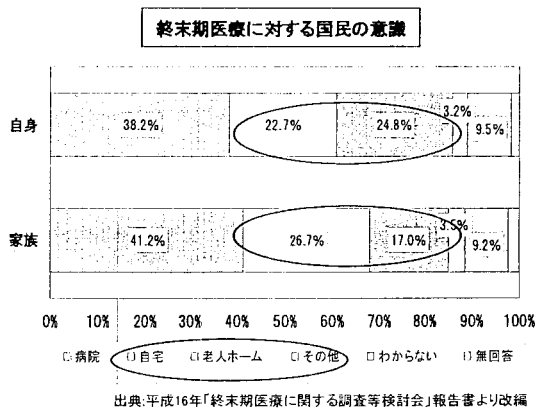
高齢者が自宅以外で生活できる居住と看取りの場の充実

⇒ 医療ニーズが高い利用者を対象とした

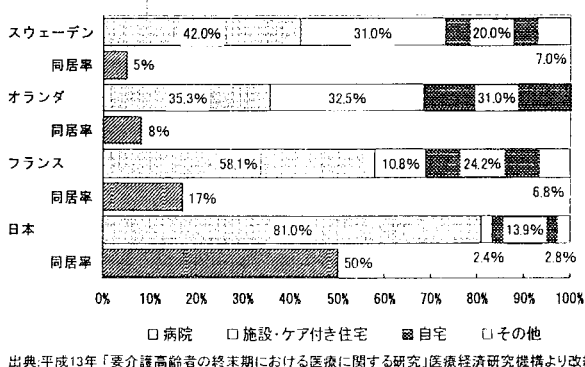
療養通所介護の機能の拡大

- 訪問看護ステーションに、通所、ショートステイ、入所機能を持つ小規模の療養生活支援の場(ナーシングホームなど)を併設し、ケアハウス、グループホームで看ることが困難な医療ニーズの高い利用者を中心に、看取りまで受け入れる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護保険の適用とする。
- ナーシングホームでは、介護保険施設のような医師の配置を設けず、看護職が施設長となる。かかりつけ医の訪問診療を外部サービスとして、費用の適正化を図る。

【資料2】



要介護高齢者の死亡場所と同居率



○国民のおよそ5割が終末期の療養場所として「病院以外」を希望。  
 ○しかし、昭和52～53年を境に、「医療機関」における死亡が「自宅」における死亡を上回り増加の一途。  
 ○「介護施設等」における死亡は依然として少数派。

○わが国では核家族化による独居高齢者・老老世帯の増加により、介護力のない世帯が増加。  
 ○他の先進諸国では同居率が低くても在宅死の割合は高い(オランダでは同居率8% 在宅死31.0%)。

○訪問看護利用終了者(入院・入所を含む)で死亡した者(利用者全体の38.7%)のうち自宅での死亡は48%  
 平成17年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

在宅医療では、医療と介護の両方について、ケアニーズを持つ高齢者が多い。  
しかし、現行の保険制度では、身体の状態に応じて医療保険と介護保険を使い分ける必要があり、国民にとって複雑で非常に分かりづらい体系である。

65歳以上の要介護認定者の場合、診療は医療保険、介護は介護保険。訪問看護は介護保険優先だが、厚生労働大臣の指定する特定疾病患者、がんターミナル患者と急性増悪により医師から特別訪問看護指示書が交付された患者(2週間に限る)については医療保険で算定する。

【例】ターミナルケアの算定要件

- ・死亡前2週間以内に複数回の訪問看護、24時間以内にターミナルケアを実施(医療保険)
- ・死亡前24時間以内にターミナルケアを実施、24時間体制、訪問看護記録書への記録(介護保険)

過剰な医療により、高齢者のQOLの低下をきたしている。

- ・90歳代の認知症高齢者に、身体拘束をしながら透析治療を継続する。
- ・誤嚥性肺炎の高齢者は管理の簡便性だけを目的とした胃管や胃ろう留置により表情が乏しくなる。一口でも経口摂取へ移行することにより、「口から食べる」楽しみ、喜びで表情が明るくなる。
- ・本人の意思が明確でないまま、医療処置を開始せざるを得ない救急医療の現状。リビングウィルがないため家族も延命治療に疑問を持ちつつ意思決定ができない。

過剰な医療を制限し、国民にとって分かりやすい報酬体系を導入。

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する総合的ケアの視点を重視した報酬体系とする。

「差しかえ分」

中医協 総一1-2  
20.5.21

1. 医科  
新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成20年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
20100BZZ00347000	携帯型自動血圧計 TM-2420	株式会社イー・アット・ティ	長時間自由行動下血圧計
20200BZZ01249000	携帯型自動血圧計 AB-100 携帯型自動血圧計 TM-2421 携帯型自動血圧計 AM-200		
20900BZY00205000	ハンフリーOCTスキャナー OCT	カルツァイスメディテック株式会社	眼底三次元画像解析装置
21000BZZ00455000	携帯型自動血圧計 TM-243 携帯型自動血圧計 AB-10 携帯型自動血圧計 Kenz BPM AM300	株式会社イー・アット・ティ	長時間自由行動下血圧計
21000BZZ00455A01	携帯型自動血圧計 Kenz BPM AM300		
21300BZY00575000	神経線維層解析装置 GDx アクセス	カルツァイスメディテック株式会社	眼底三次元画像解析装置
21400BZY00289000	OCT スキャナー OCT3000		
21500BZY00379000	スピリット	株式会社小池メディカル	酸素供給調節器
21500BZY00403A01	インテリベーションエントスコプ	エム・シー・メディカル株式会社	内視鏡
21700BZY00277000	ソノライン G40	特田シーメンスメディカルシステム株式会社	超音波検査装置(Ⅱ)
219AABZ000175000	電子内視鏡 EN-450P5/20	アジアン株式会社	内視鏡
219AABZ000176000	電子内視鏡 EN-450T5/W		
219ABBZ00010000	乳房X線撮影装置 MGU-1000A形 MAMMOREX Peru.ru	東芝メディカル製造株式会社	診断用X線装置
219ABBZ00019000	近接型X線透視撮影装置 MRAD-F32SF形 FREX		
219ABBZ00164000	デジタル一般X線撮影装置 MRAD-D50S形 RADREX		
219ABBZ00211000	フルードメイン OCT RTVue-100	中央産業貿易株式会社	眼底三次元画像解析装置
219ABBZ00231000	デジタル一般X線撮影装置 MRAD-D80S形 RADREX	東芝メディカル製造株式会社	診断用X線装置
219AHBZ00011000	シラス HD-OCT	カルツァイスメディテック株式会社	眼底三次元画像解析装置
219AIBZ00057000	プロフォーカス	株式会社アムコ	超音波検査装置(Ⅰ)
22000BZ00005000	アプリアンクⅡ	ミクインターナショナル株式会社	終夜睡眠診断装置(Ⅰ)
22000BZ00123000	サトマンホケット	タイコヘルスケアジャパン株式会社	終夜睡眠診断装置(Ⅱ)
22000BZ00190000	白内障手術装置 インフュニビジョンシステム	日本アルコン株式会社	超音波白内障手術装置
22000BZ00236000	ヒスラス 532s	カルツァイスメディテック株式会社	眼科用光凝固装置
22000BZ00285000	体外式DDDペースメーカー 3085	アグ電子株式会社	体外型心臓ペースメーカー
22000BZ00387000	ハイソソ ホーダブル	帝人ファーマ株式会社	酸素供給装置(Ⅰ)
220AABZ00003000	無散瞳眼底カメラ TRC-NW8	株式会社トコソ	眼底カメラ(Ⅰ)
220ABBZ00015000	汎用超音波画像診断装置 Vivid S6	ジーイー横河メディカルシステム株式会社	超音波検査装置(Ⅱ)
220ABBZ00023000	乳房X線撮影装置 MGU-1000D形 MAMMOREX Peru.ru DIGITAL	東芝メディカル製造株式会社	診断用X線装置
220ABBZ00103000	診断用X線装置 X'sy Pro	株式会社島津製作所	診断用X線装置
220ABBZ00109000	X線撮影装置 CLINIX Ⅱ	株式会社日立メディコ	診断用X線装置
220ADBZ00036000	シビエ	シーメンス旭メディテック株式会社	EMissionCT装置
220ADBZ00037000	Cカム		
220ADBZ00043000	高分解能心電計 HRES-1000	アグ電子株式会社	心電計(Ⅱ)
220ADBZ00044000	SN関節鏡/ENTスコプ	スミス・アンド・ネフュー・イントラスコピック株式会社	内視鏡
220ADBZ00062000	セーフス SAFHS 4000J	帝人ファーマ株式会社	超音波骨折治療器
220AGBZ00029000	コーナン 前眼部撮影装置 KATS-1000	株式会社コーナンメディカル	角膜曲率半径計測装置
220AGBZ00035000	マックスカイン MK-130G	ミナ医療科学株式会社	低周波治療器
220AGBZ00037000	富士コンピュータラジオグラフィ CR-IR 364T型	富士フイルム株式会社	デジタル映像化処理装置
220AGBZ00038000	富士コンピュータラジオグラフィ CR-IR 364UM型		

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成20年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
220AGBZ00042000	コーワ ER-80	興和株式会社	視覚誘発電位検査装置
220AHBZ00004000	眼底カメラ FF450 Plus	カルツァイスメディテック株式会社	眼底カメラ(Ⅱ)
220AHBZ00005000	アフラネーショトメーター AT030		眼圧計
220AHBZ00006000	アフラネーショトメーター AT020		
220AIBZ00007000	トノペン AVIA	アルイメディカル株式会社	眼圧計
220AKBZ00030000	ミニコアネプロスコプ	エム・シー・メディカル株式会社	内視鏡