

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第115回）
議事次第

平成19年12月7日（金）

於 厚生労働省

専用第18～20会議室

議 題

- 後期高齢者の診療報酬点数表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
- これまでの宿題事項について
 - ・ 小児医療について②
 - ・ 人工腎臓について②
 - ・ 外来管理加算について②

後期高齢者の診療報酬点数表の在り方等について

第1 検討の背景

- 1 従前の老人診療報酬点数表の項目については、平成18年度改定の際に、平成20年の後期高齢者医療制度の施行に資するよう、整理する方向で見直しが行われたところ。
- 2 今般の診療報酬改定においても、同様の方向で見直しを進める必要があることから、平成18年度改定において新設された項目や平成20年度からの後期高齢者医療の新たな診療報酬との整合性を図る必要があることから、整理を行うもの。

第2 現行の診療報酬上の評価

老人独自の点数が設定されているもの

例 C113	寝たきり老人訪問指導管理料	430点
B011-3	薬剤情報提供料 老人加算	5点

C113 寝たきり老人訪問指導管理料 430点

注1 在宅寝たきり老人（老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。）に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。

B011-3 薬剤情報提供料 老人加算 5点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

注2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場

合に限る。)に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳(老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。)に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)所定点数に5点を加算する。

第3 論点

- 1 後期高齢者医療の新たな診療報酬については、75歳未満の者に対する診療報酬と重なる部分が多いこと、及び診療報酬体系の簡素化が求められていることを踏まえ、別個の診療報酬点数表を定める形式ではなく、一般の診療報酬点数表を基本とした上で、診療報酬点数表に現在検討を行っている診療報酬項目を後期高齢者を対象とするものとして盛り込む形式としてはどうか。
- 2 寝たきり老人訪問指導管理料に関しては在宅療養支援診療所の届出件数も約1万件に達するなど、一定程度その環境も整備されてきていること、より充実した評価としている在宅時医学総合管理料が新設されていること等から廃止することを検討してはどうか。
- 3 薬剤情報提供料の老人加算に関しては、後期高齢者医療制度の下で薬剤に関する情報を基本的にお薬手帳に記載することとすることから廃止することを検討してはどうか。

短期滞在手術基本料の見直しについて

第1 現状

- 1 短期滞在手術基本料については、日帰り手術及び1泊2日入院による手術を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断、麻酔管理を包括的に評価したものである。
- 2 患者から見て分かりやすい医療を実施する観点から、一層の診療報酬体系の簡素化が求められている。

第2 診療報酬上の評価

- | | | | |
|------|------------|------------------|-------------|
| A400 | 短期滞在手術基本料1 | 2800点 | (日帰り手術の場合) |
| | ・ K005 | 皮膚、皮下腫瘍摘出術等の15種類 | の手術が対象 |
| | 短期滞在手術基本料2 | 4800点 | (1泊2日入院の場合) |
| | ・ K067 | 関節鼠摘出術等の19種類 | の手術が対象 |

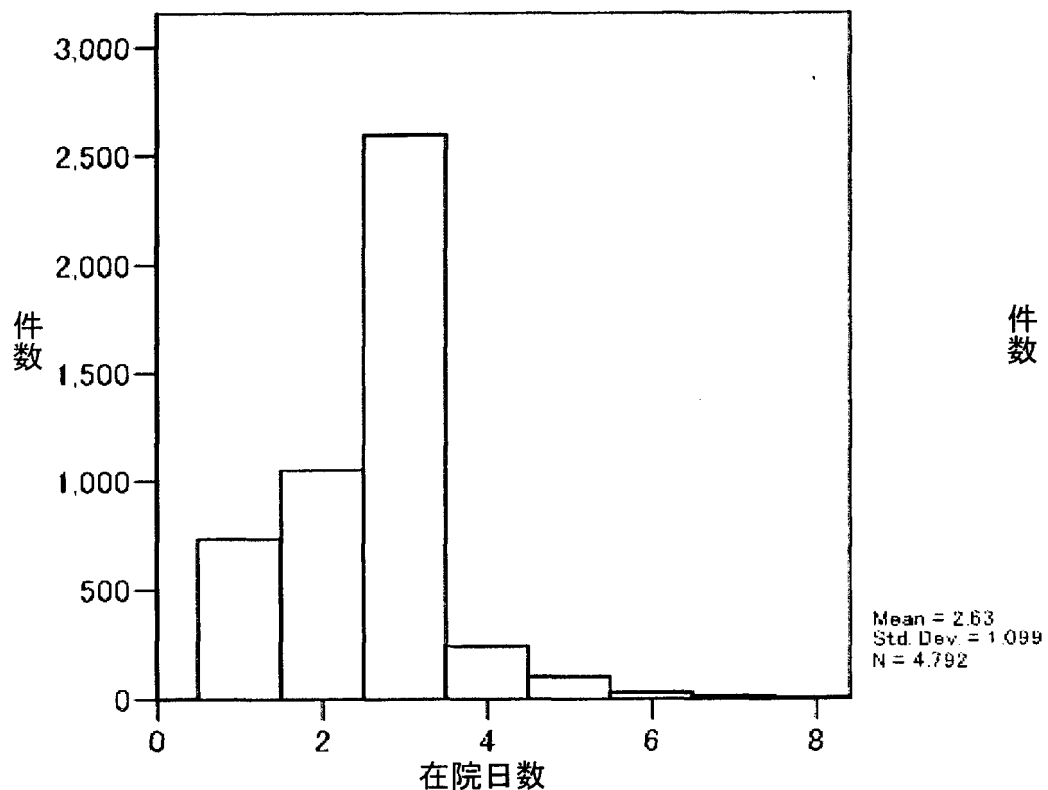
第3 論点

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用等に大きな変動がないものについては、術前の検査も含めて1手術当たりの療養に要する費用を定額で算定できることについて検討してはどうか。

15歳未満の鼠径ヘルニア症例における在院日数の分布

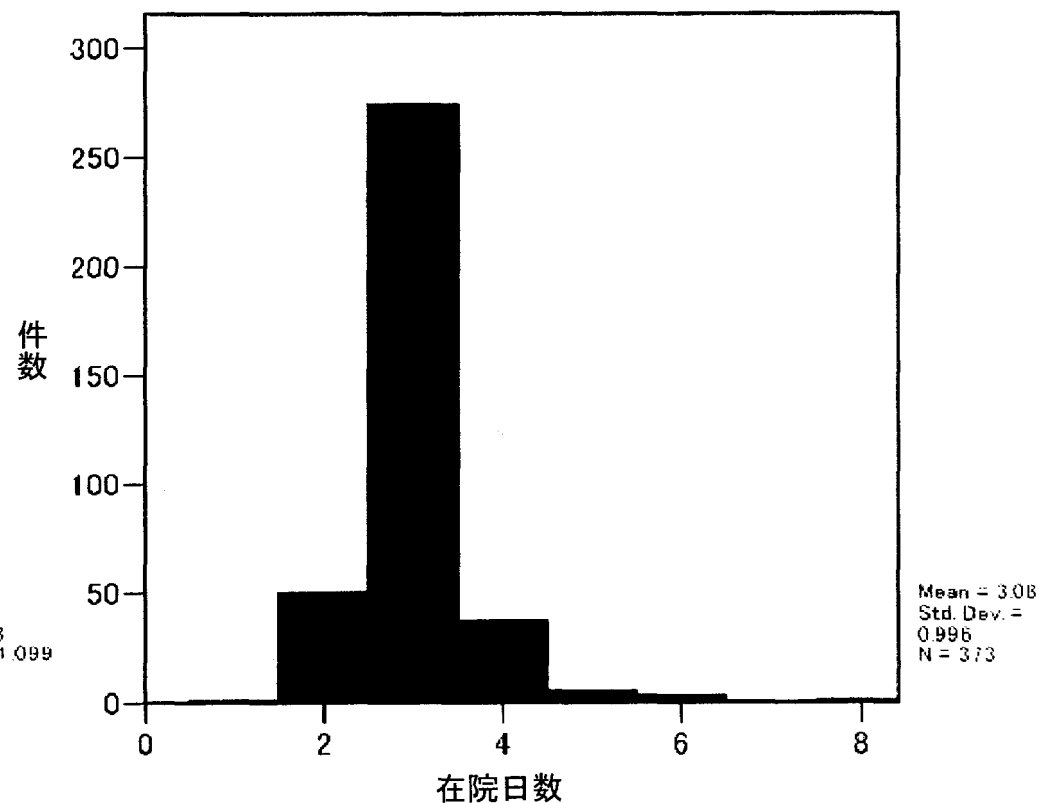
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア

データ数 4792例 在院日数の平均 2.63日
在院日数の中央値 3日



K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)

データ数 373例 在院日数の平均 3.08日
在院日数の中央値 3日



*平成18年度「DPC導入の影響評価に関する調査」より集計

D P Cについて②

(D P C評価分科会提案書に係る検討内容の整理)

提案書「第2 D P C対象病院のあり方について」に関しては、11月21日の本小委員会において、更に検討を要するとされたところ、以下に前回の検討内容の整理を行った。

第1 合意された事項

【論点1】(平成18年度基準の取扱について)

平成18年度の基準については、平成20年度以降のD P C対象病院も満たさなければならないこととする。

【論点2-1】(一定期間のデータ提出について)

季節変動等の不安定要素を除くには、本来通年で12ヶ月のデータの提出を求め、これを基に計算すべきである。D P C制度を安定的に運用するには、データの安定性が重要であり、そのためデータの質・量を確保する観点から、現状においては「2年間(合計で10ヶ月分のデータ)」とする。

【論点2-2】(適切なデータ提出について)

- イ 「適切にデータを提出できる」とは、提出期限の厳守及びデータの正確性等(例えば、適切に診断群分類が決定されていることや薬剤の使用量の入力ミス等がないこと等)が確保できることである。
- ロ 既にD P C対象病院となっている医療機関に対しても、同様に適切なデータの提出を求めるとともに、データの質に重大な疑問等があった場合については、当分科会でその原因等について調査し、改善を求めることとする。

【論点2-3】((データ/病床)比について)

(データ/病床)比=8.75*とする。

※ 平成16年度に要件としていた「3.5(7~10月の4ヶ月の期間で算定した場合)」に相当

第2 検討すべき事項

- 1 平成19年度DPC準備病院については、2年間分のデータ提出後の平成21年度にDPCの対象とするかどうか。
- 2 平成20年度DPC対象病院の基準については、以下の2案のいずれにするか。

【基準案1】

「軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする」
DPC対象病院の基準は、第1に掲げたものにする。

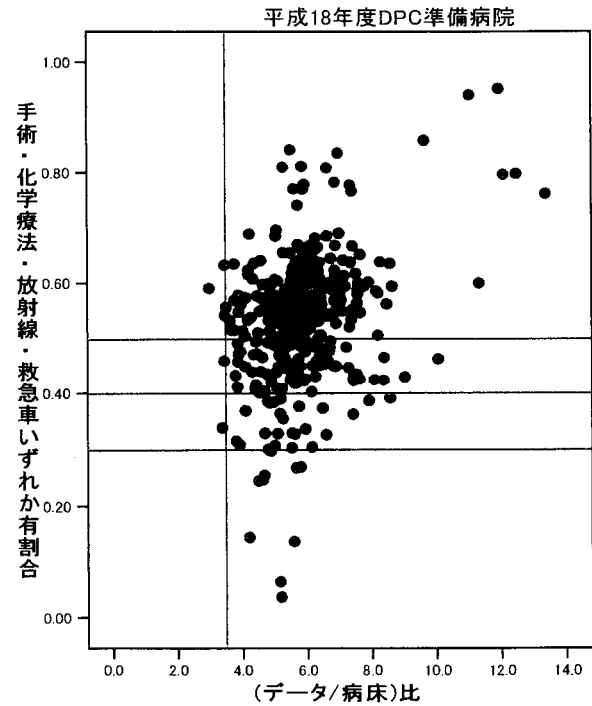
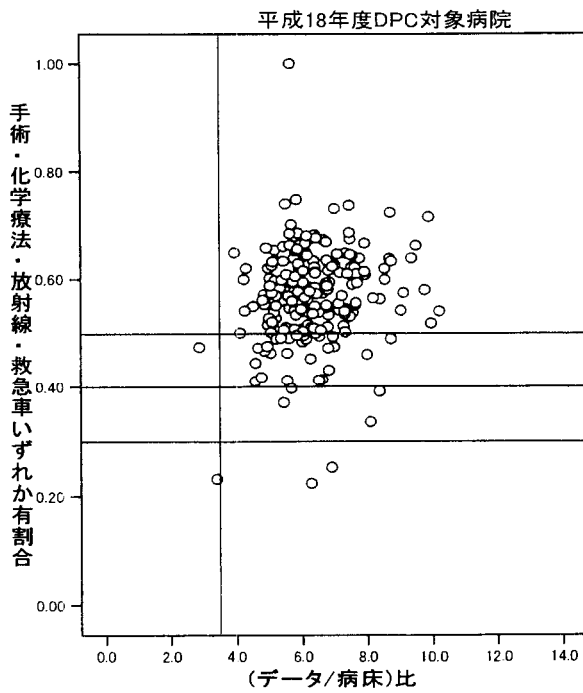
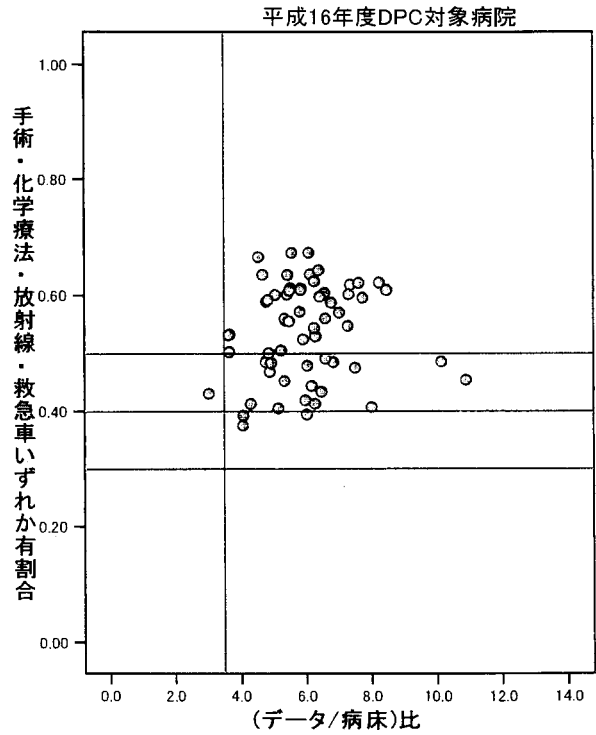
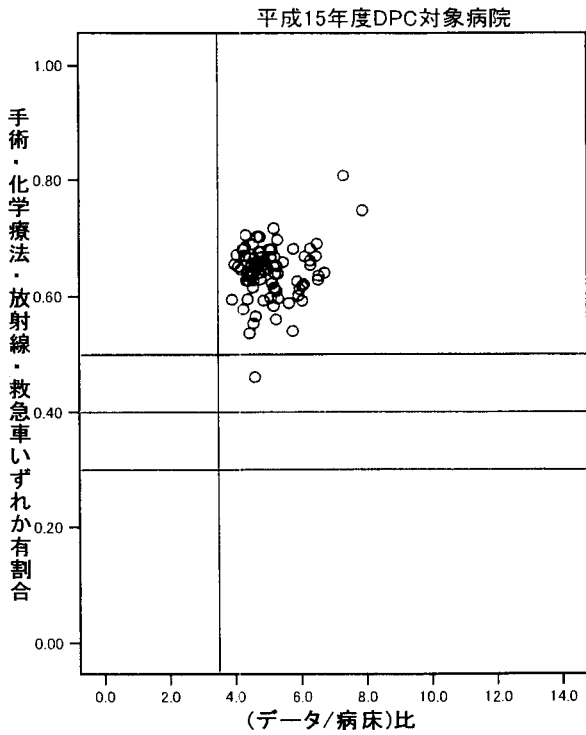
【基準案2】

「ある程度以上の重症の急性期入院医療をDPCの対象とする」
DPC対象病院の基準は、第1に掲げたものに加えて、ある程度の重症の急性期入院医療を提供していることとする。

なお、既にDPCの対象となっている病院が、平成20年度DPC対象病院の基準のうち、新たに設けられた事項を満たしていない場合の取扱いについては、一定の経過措置を設けた上で、その事項を満たすことを求めるべきである。

- 3 平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。
 - (1) 基準を満たすことのできないDPC対象病院等についてはDPCの対象としないこととするなど、その具体的なルールの在り方
 - (2) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

病院類型別手術・化学療法・放射線療法・救急車搬送いずれか有と(データ/病床)比の関係



※ (データ/病床)比の病床はDPC算定病床数

※ 当該データについては、平成18年度DPCデータを用いて試算したものである。

(データ/病床)比3.5未満及び全症例に占める手術・化学療法・放射線療法・救急車搬送いずれかを含む割合別医療機関数

① (データ/病床)比3.5未満の医療機関数

要件	15年 対象病院	16年 対象病院	18年 対象病院	18年 準備病院	計
(データ/病床)比 3.5未満	0	1	2	5	8

② 全症例に占める手術・化学療法・放射線療法・救急車搬送いずれかを含む割合別医療機関数 (①を除く)

要件	15年 対象病院	16年 対象病院	18年 対象病院	18年 準備病院	計
50%未満	1	19	31	86	137
45%未満	0	8	10	49	67
40%未満	0	2	5	21	28
35%未満	0	0	3	12	15
30%未満	0	0	2	6	8
25%未満	0	0	1	3	4

※ 平成18年度DPC調査データ(6ヶ月)による。

※ (データ/病床)比は6ヶ月分のデータを4ヶ月換算したもの。

※ (データ/病床)比の病床はDPC算定病床数

※ 当該データについては、平成18年度DPCデータを用いて試算したものである。

これまでの宿題事項について

—小児医療について②—

第1 小児の外来医療について

1 現状と課題

- (1) これまで、小児科医不足が深刻となり社会問題化したこと等を踏まえ、診療報酬上も、小児医療について重点的に評価を行ってきた。その結果、近年は小児科医数も増加しており（参考資料 図表1）、これまでの診療報酬上の評価が一定の効果を上げていると考えられる。
- (2) 一方で、18歳未満の軽症で救急搬送される患者の数や、その救急搬送に占める割合が増加してきており（参考資料 図表2）、こうしたことが病院勤務医の疲弊の原因の一つになっているとの指摘もある。
- (3) 診療所の医師が、在宅当番医制度や休日夜間急患センター、二次・三次救急へ協力している割合は、小児科では38.5%と高い（参考資料 図表3）。

2 診療報酬上の評価

- (1) 小児科（小児外科を含む）を標榜する医療機関における夜間、休日又は深夜の診療については、特例が設けられており、表示する診療時間内であっても、時間外加算等を算定することができることとしている。
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料において、保険医療機関が地域の小児科医と連携をとり、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価している。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 300点
あらかじめ決められた時間（夜間・休日）に診療が行われた場合。
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 450点
24時間診療することを周知した上で診療が行われている場合。

3 論点

病院勤務医の負担軽減のため、診療所で働く小児科医のさらなる協力を得るため、地域連携小児夜間・休日診療料等、休日や夜間の診療についての評価を引き上げることを検討してはどうか。

第2 重症心身障害児(者)に対する医療について

1 現状と課題

- (1) 重症心身障害児(者)の療育は、従来より国立や社会福祉法人の施設が中心となって担ってきた(参考資料 図表4)。
- (2) 現在、重症心身障害児(者)施設においては、医療処置等を集中的に必要とする患児の割合が高くなっている(参考資料 図表5)。このため、超重症児や人工呼吸器管理を要する患者の多い施設では、より手厚い看護配置を行っているが(参考資料 図表6)、十分な診療報酬上の評価がなされていないとの指摘がある。
- (3) 日本小児科学会による8府県の超重症児・準重症児(以下「超重症児等」という。)を対象とした調査^{※1}によれば、超重症児等は、高率に医療処置を必要としており(参考資料 図表7)、またその障害は多くが新生児期に発生していることが判明している(参考資料 図表8)。また、この超重症児等のうち、入院中の者は29%であり、また急性期の治療を行った病院にそのまま入院し続けている超重症児は15%であった。

※1 日本小児科学会倫理委員会
「超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点 -全国8府県のアンケート調査-」
- (4) NICU等からの超重症児(者)の移行が円滑に進んでいないということが指摘されているが、このように患者の医療ニーズに適合する手厚い看護配置を行っている施設が少ないためと考えられる。

2 診療報酬上の評価

A106 障害者施設等入院基本料(1日につき)

- 1 10対1入院基本料 1,269点
- 2 13対1入院基本料 1,092点
- 3 15対1入院基本料 954点

障害者施設等入院基本料とは、次の各号いずれかに該当する病棟において算定される。

号	該当する施設	入院患者の構成	看護基準
イ	児童福祉法に規定され、厚生労働大臣の指定する以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センター ・ 国立病院機構の設置する医療機関	—	—
ロ	上記イに定めたもの以外	以下の患者を概ね7割以上入院させていること ・ 重度の肢体不自由児(者)※1 ・ 脊髄損傷等の重度障害者※2 ・ 重度の意識障害者 ・ 筋ジストロフィー患者 ・ 難病患者等	10:1以上 (看護補助者を 含む。夜勤時は看護職員1を含む2以上)

※1 身体障害者福祉法施行規則・別表第5号における肢体不自由の1、2級に該当する範囲

※2 当該疾病の後遺症として※1と同程度と判断されるもの

A 2 1 2 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
(1日につき)

- 1 超重症児(者)入院診療加算 300点
- 2 準超重症児(者)入院診療加算 100点

○対象患者

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合に、それぞれのスコアを合算する。

- 1 運動機能：座位まで
- 2 判定スコア

呼吸管理	1	レスピレーター管理	10
	2	気管内挿管・気管切開	10
	3	鼻咽頭エアウェイ	8
	4	O ₂ 又はSaO ₂ 90%以下の状態が10%以上 (+インスピロンによる場合)(加算)	5
			3
	5	1回/時間以上頻回の吸引 (又は6回/日以上以上の頻回の吸引)	8
3			
6	ネブライザー常時使用 又はネブライザー3回/日以上使用	5	
		3	
食事機能	1	IVH	10
	2	経管、経口全介助 (胃、十二指腸チューブなどを含める)	5
消化器症状の有無	1	姿勢制御、手術などにもかかわらず、 内服剤で抑制できないコーヒー様の嘔吐がある場合	5
他の項目	1	血液透析	10
	2	定期導尿(3回/日以上)・人工肛門	5
	3	体位交換(全介助、6回/日以上)	3
	4	過緊張により3回/週以上の臨時薬を要する	3

<判定>

運動機能が座位までで、かつ

判定スコアの合計が25点以上 →超重症児(者)

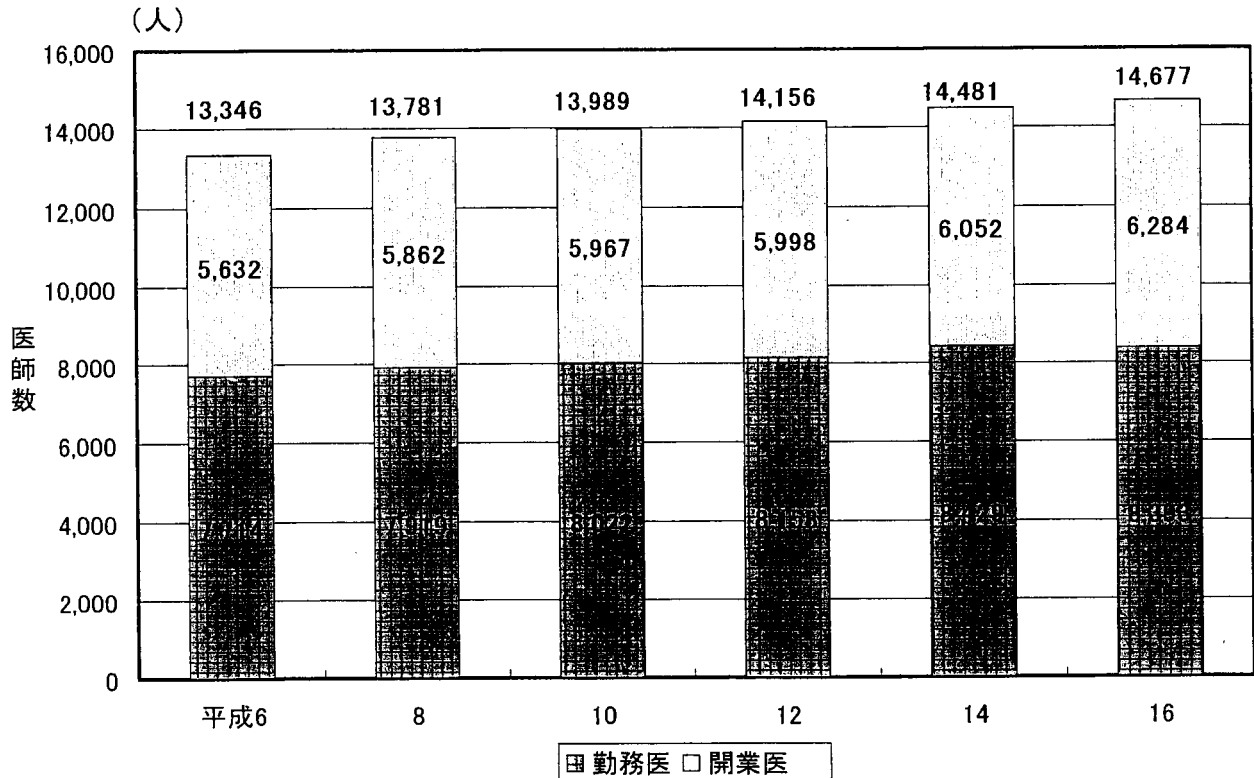
10点以上25点未満 →準超重症児(者) とする。

3 論点

- (1) 超重症児等に係る入院基本料の加算について、状態が特に安定しない乳幼児期に係る部分を重点的に評価することを検討してはどうか。
- (2) 重症心身障害児(者)を対象とする施設に限り、障害者施設等入院基本料に、超重症児等の入院比率を条件として7対1入院基本料の新設を検討してはどうか。

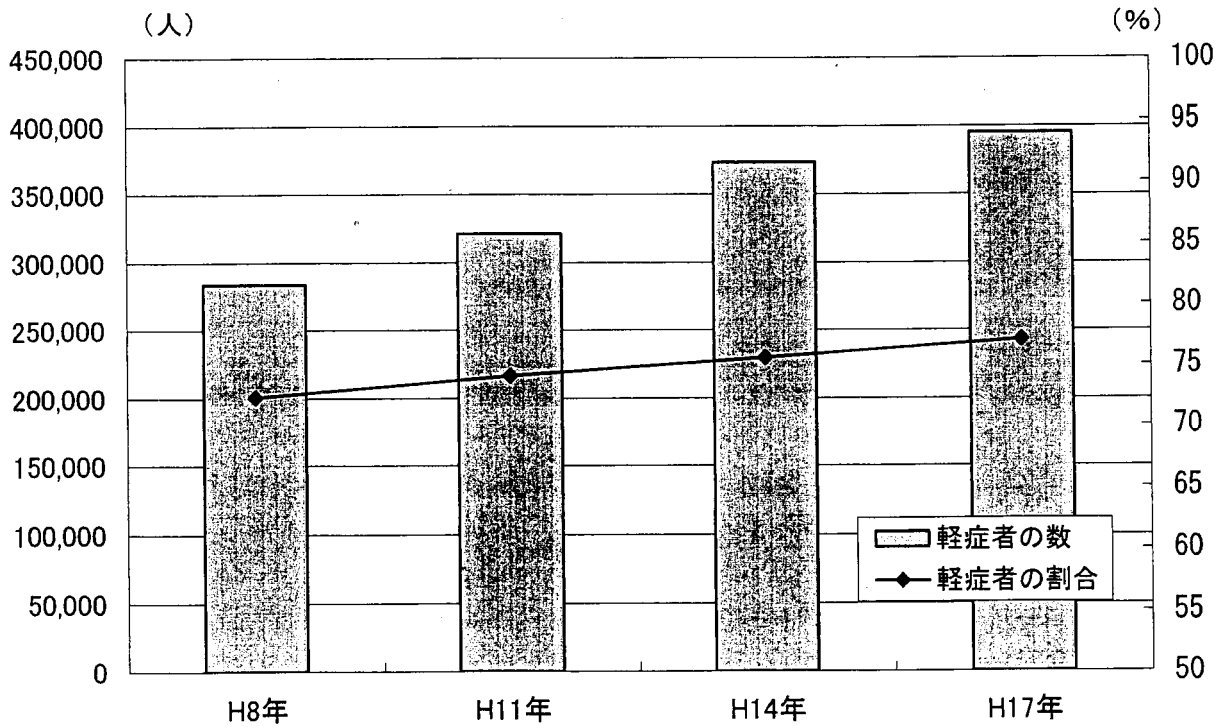
これまでの宿題事項について
—小児医療について②—
(参考資料)

(図表 1) 小児科医数の推移



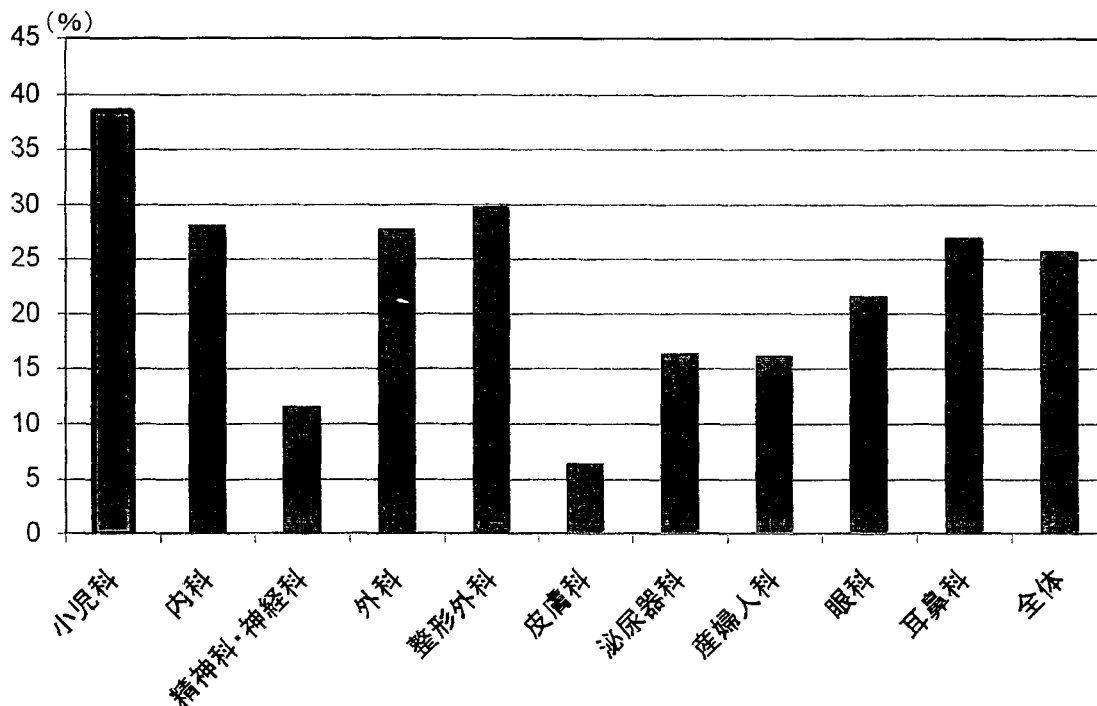
(出典) 厚生労働省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(図表 2) 18歳未満の救急搬送人員のうち、軽症者の数と割合



(出典) 総務省消防庁「救急・救助の現況」

(図表3) 在宅当番医及び休日夜間急患センター、二次・三次救急へ協力している診療所の割合 (主たる診療科別)



厚生労働省保険局医療課調べ

(図表4)

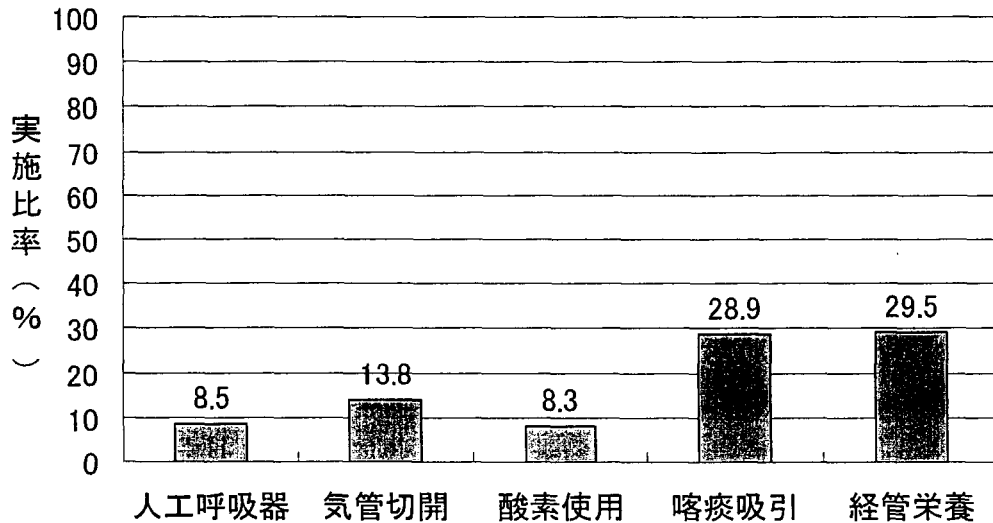
障害者施設等入院基本料を算定する
重症心身障害児施設等の設立者別内訳

設立者	患者数(人)	割合 (%)
1. 国立	9,531	62.1
2. 公立	1,516	9.9
3. 公的	160	1.0
4. 社会保険関係	0	0.0
5. 医療法人	0	0.0
6. 社会福祉法人	4,107	26.7
7. その他の法人・個人	45	0.3
合計	15,359	100.0

※平成19年7月～8月難病患者の実態調査

(図表5)

障害者施設等入院基本料を算定する重症心身障害者施設等での医療内容



平成19年7月～8月難病患者の実態調査

(図表6)

7対1以上の看護配置を取っている病棟の状況

		病棟数	病床数	患者数	人工呼吸器 使用者数	(割合)
超重症児 1病棟 (者)お ける 割合	10%未満	39	1676	1194	40	3.4
	10～20%未満	13	525	448	53	11.8
	20～30%未満	9	375	266	41	15.4
	30～40%未満	11	455	356	180	50.6
	40～50%未満	8	335	260	106	40.8
	50～60%未満	4	156	150	51	34.0
	60～70%未満	3	118	109	32	29.4
	70～80%未満	3	105	66	47	71.2
	80%～	1	29	28	25	89.3

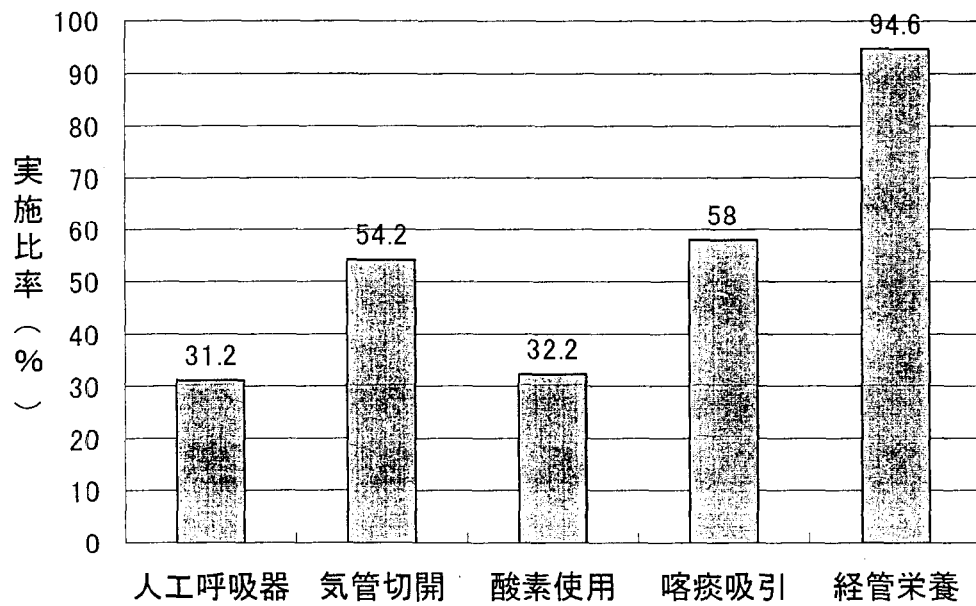
※平成19年7月～8月難病患者の実態調査

※10：1入院基本料を算定している病棟の中から集計。

※超重症児等の数、人工呼吸器使用者数について併せて報告があった病棟についてのみ集計

(図表 7)

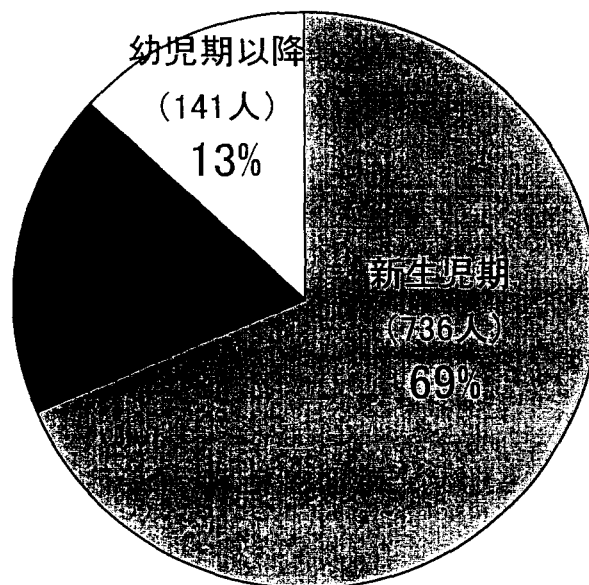
超重症児(者)等における医療内容



日本小児科学会倫理委員会 全国 8 府県のアンケート調査より

(図表 8)

調査対象児の発症時期



日本小児科学会倫理委員会 全国 8 府県のアンケート調査より

これまでの宿題事項について

—人工腎臓について②—

第1 前回の論点

副作用等により透析時間を長く設定せざる得ない患者もいることから、長時間かけて透析を行った場合に、診療報酬上で高く評価することとしてはどうか。

第2 前回の議論の内容

透析時間が短縮することの問題点について、整理して確認する必要があるとの指摘が多くあった。

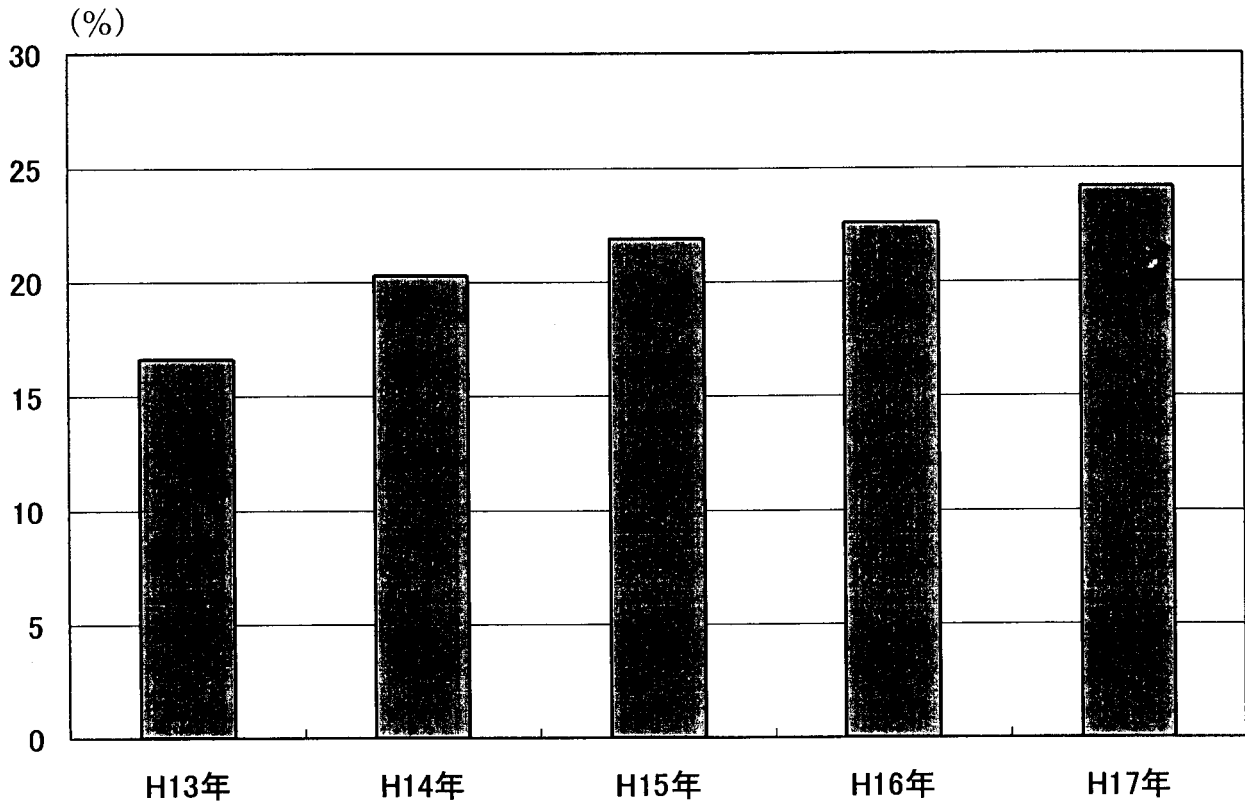
第3 透析時間の現状とその問題点

- 1 4時間未満で行われる透析の割合は増加し続けている（図表1）。
- 2 長時間臥位を保つことは苦痛を伴うものであり、患者自身が透析時間の短縮を希望することも少なからずある。また、医療機関にとっては、透析時間が短くなれば、それだけ透析に係るコストも減少する。
これらの理由により、4時間未満の透析の割合が少しずつ増加しているとの指摘がある。
- 3 4時間未満で透析が行われている患者では、4時間以上で透析が行われている患者に比べ、死亡率が高率である可能性があるとの指摘がある（図表2）。一方で、透析導入期や、体重30kg未満など、短時間の透析でも治療成績に問題がないとされている患者も少数ではあるが存在する。

第4 論点

透析時間の短縮は、一般的には、副作用や生命予後を考慮すると望ましいことではない。しかし、病態等により、患者ごとに適切な透析時間は異なることも考え、そのコストに合わせ、透析時間に応じた診療報酬上の評価を行うことを検討してはどうか。

(図表 1) 短時間 (4 時間未満) で透析が行われる患者の割合



(出典)日本透析医学会調べ

(図表 2) 透析時間と生命予後について

透析時間と生命予後 (基礎的な因子で補正・全年齢)

透析時間 (時間)	ハザード比	(95%信頼区間)	p 値
< 3.5	1.862	(1.719~2.017)	<.0001
3.5 ≦ < 4.0	1.285	(1.167~1.414)	<.0001
4.0 ≦ < 4.5	1.000	(対照)	対照
4.5 ≦ < 5.0	0.708	(0.608~0.825)	<.0001
5.0 ≦	0.653	(0.557~0.767)	<.0001

(出典) (社) 日本透析医学会 統計調査委員会.

「わが国の慢性透析療法の現況(2006年12月31日現在)」CD-ROM版 日本透析医学会, 2007,

東京

※ハザード比は、性別、年齢、透析歴、原疾患の基礎的な因子を補正して計算している。

これまでの宿題事項について

—外来管理加算について②—

第1 前回の整理

1 前回提示した論点

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に要する時間等の目安を設けてはどうか。

2 前回出た主な意見

- 外来管理加算は医師の技術料としての位置付けであり、処置や投薬なしに、きちんとした指導をしても算定が困難な要件とするのは反対である。
- 患者の視点からは不都合な点もあるが、余分な検査や投薬を行わない内科的な診療を行った場合に算定できる項目がなければ、外来管理加算が担っている配分調整機能が失われ、医業経営に支障を来す。
- 患者にも理解できるような、はっきりとした算定要件を定める必要がある。

第2 意見を受けた分析

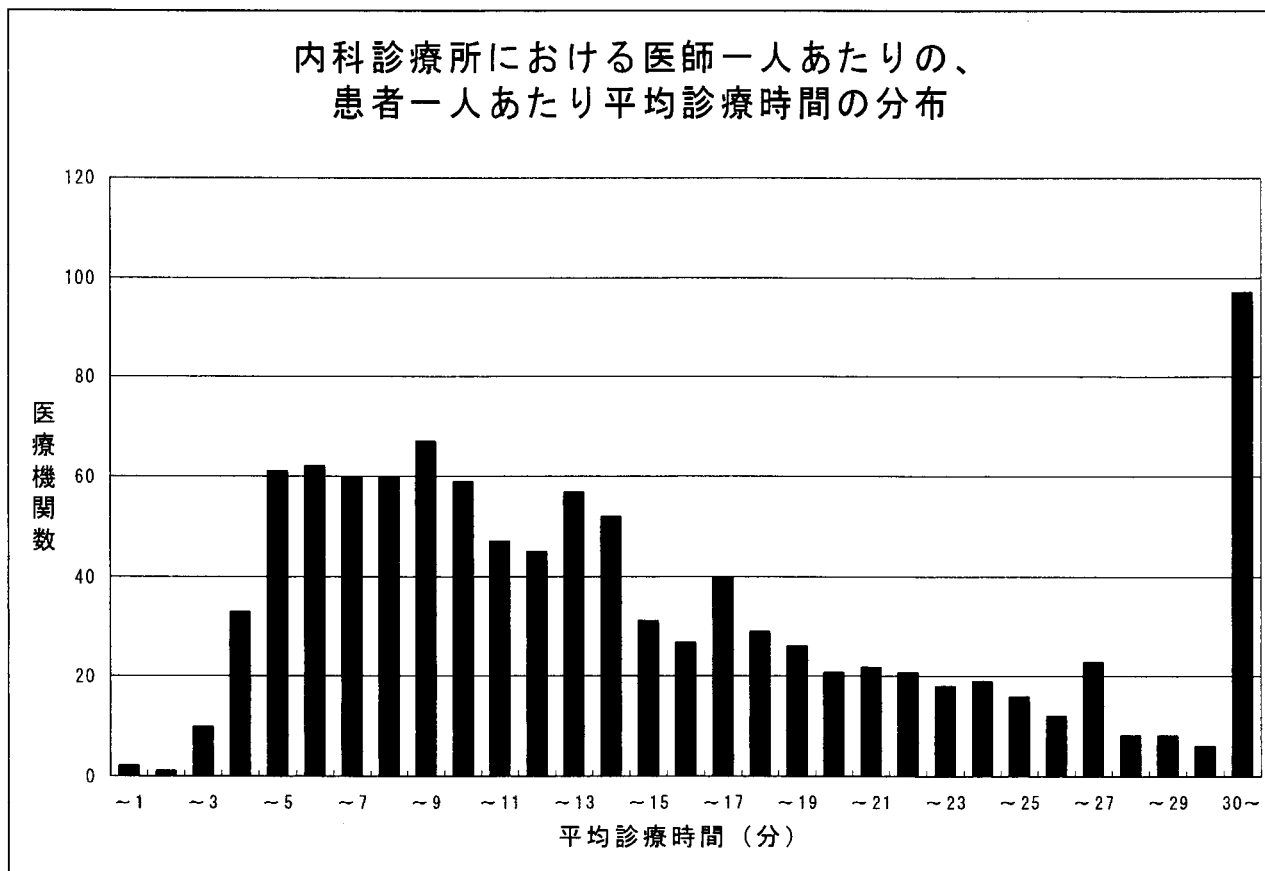
内科を主たる標榜科とする診療所において、医師一人当たりの、患者一人当たり平均診療時間の分布を調査したところ、平均診療時間が5分以上である医療機関が9割（10分以上では6割）という結果であった。

第3 論点

内科診療所においては、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理を行うだけの、時間をかけた診療が概ね行われていることから、その部分は引き続き評価する必要がある。

ただし、患者の視点からは現行の外来管理加算の体系は分かりにくいため、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要する時間の目安を設けることを検討してはどうか。

(参考資料)



(出典) 保険局医療課調べ