

【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

- (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。

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。

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。

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

(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。

I-3 生活を重視した医療について

(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。

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

- (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、	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

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)	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。

Ⅱ-4 在宅医療の推進について

(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

Ⅱ-6 歯科医療の充実について

(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。

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－４ 医療安全の推進と新しい技術等の評価について

- (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。
- (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、廃止する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。

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－２ 後発医薬品の使用促進等について

- (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。

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

- (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、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。

次期診療報酬改定における再診料の取扱いに関するこれまでの議論

1号側(支払側)

(1)「平成20年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)の意見」(平成19年12月14日)(抜粋)

1. 病院・診療所の役割分担と財源配分の見直し

- ① 基本診療料は、医療機関の機能に応じたものとするのが重要であり、見直していく必要がある。当面は、再診料について初診料と同様、病診間の格差是正をはかるほか、医師の指導により患者本人が行うことができる処置や軽微な処置等は基本診療料に含めるべきである。(後略)

(2) 中医協における発言(主なもの)

- ア 小児科・産科等の医師不足対策のためにも、再診料の引下げにより財源を捻出すべきではないか。
- イ 勤務医と開業医の待遇の格差解消のためにも、再診料を引き下げ、勤務医の待遇改善等につなげるべきではないか。
- ウ 患者の視点や、前回改定時からの格差是正の流れを踏まえれば、再診料は、病院と診療所で同一とすべきではないか。

2号側(診療側)

(1) 国民が望む安全・安心で良質な医療を安定的に提供するための診療報酬改定に関する診療側の意見(平成19年12月14日)(抜粋)

3. 適正な技術料評価の診療報酬体系の確立

- (1) 医師の基本技術に対する適正評価
初・再診料の引き上げ

(2) 中医協における発言(主なもの)

- ア 医療技術を適正に評価することが求められる中で、再診料の引下げは、この基本的な流れにそぐわないのではないかと。
- イ 病院は入院、診療所は外来という役割分担の中で、診療所の再診料が高く設定されてきた経緯を踏まえなければならないのではないかと。
- ウ 地域医療を守る視点からは、むしろ、初再診料の引上げが必要ではないかと。また、処置を包括化するなら、更に引き上げる必要があるのではないかと。

初診料・再診料の評価

	昭和59年	昭和60年	平成 4年	平成 6年	平成10年	平成12年	平成16年	平成18年	
初診料	初診時基本診療料 甲表160点 乙表135点	甲表180点 乙表150点	甲表208点 乙表205点	甲乙統一 221点	270点	270点	274点	病診統一 270点	
			甲表198点 乙表195点	甲乙統一 208点	250点	250点	255点		
再診料	再診時基本診療料 甲表 65点 乙表 38点	甲表 70点 乙表 39点	甲表 55点 乙表 53点	甲乙統一 61点	74点	74点	73点	71点	
		甲表 66点 乙表 38点	甲表 45点 乙表 43点	甲乙統一 50点	再診料 59点	再診料 59点	再診料 58点	再診料 57点	
					特定機能病院 外来診療料 90点	200床未満 再診料 59点	200床以上 外来診療料 70点	200床以上 外来診療料 72点 (包括範囲拡大)	外来診療料 70点
主な変更点		再診料について、診療所と病院での評価を設ける。	病院及び診療所について、それぞれ入院機能及び外来機能を重点的に評価。初診料について診療所と病院での評価を設ける。		再診料について、特定機能病院とその他の病院での評価を設ける。	外来診療料について、200床以上の病院において簡単な検査等を含む点数を設ける。		初診料について、診療所と病院との点数を統一する。	
被用者本人	昭和59年～	1割負担			平成 9年～	2割負担		平成12年～	3割負担

- 平成 4年 総合病院において、複数科受診時に初再診料を別に算定できる取扱いを廃止
- 平成 4年 慢性疾患外来医学管理料及び慢性疾患指導料を廃止し、特定疾患療養指導料を新設
- 平成 8年 200床以上の病院の初診（他の医療機関からの紹介を除く）を特定療養費化
- 平成 14年 200床以上の病院の再診（他の医療機関への紹介を行っていない場合等を除く）と特定療養費化再診料等について月内逓減制を設定、平成15年に廃止

平成 19 年 11 月 26 日

厚生労働省保険局

局長 水田 邦雄 殿

社団法人 日本透析医学会
理事長 西澤 良記

社団法人 日本透析医会
会長 山崎 親雄

透析時間と生命予後に関する見解と、診療報酬上での透析時間区分復活のお願い

平成 20 年の診療報酬改定に向け、中央社会保険医療審議会・診療報酬基本問題小委員会では、透析時間区分に従った診療報酬に関する検討が始まったと聞き及んでおります。

そこで、この度、透析専門家集団である日本透析医学会と日本透析医会は、時間区分に基づく透析診療の復活が、良質な透析医療を保障するものであり、透析患者にとって大いなる福音であることをお示しし、是非、時間区分が復活するよう強く要望します。

1. 透析時間決定

透析時間は、担当医と患者双方の了解の上で決められます。医師は、生命予後や合併症予防などを考え、また体格や残腎機能などを考慮し、もっとも適切な透析時間を提示することが原則です。一方患者は、医師の説明を理解した上で、提示された透析時間に同意するものですが、少しでも短い方が良いとする考えは、当然理解できる心理です。その結果、一般的には、日本人の標準的な体格などから考え、4時間前後の透析が実施され、とても体の大きい患者や、活動量の多い患者では5時間以上透析も選択されます。逆に、極めて体格の小さな高齢者や、透析導入時になお一定の尿量が残る、残腎機能に期待が持てる場合には、4時間未満透析が選択される場合もあります。糖尿病性腎症や後期高齢者では、随伴することが多いネフローゼ症候群による全身の溢水や心不全のため比較的早期の透析導入となり、透析が安定した時期でも残腎機能が残っているため、4時間未満透析頻度も多くなる傾向にあります。

2. 4時間透析が標準と考えられる理由

透析技術料に時間区分の概念が導入されたのは昭和 53 年でした。当時 9 時間以上透析という区分もありました。その後ダイアライザーの改良・透析液の改良・透析方法の改良・機器の改良などにより次第に短時間透析が可能となり、昭和 60 年には 4 時間以上・未満による診療報酬が設定されました。これを契機に平均的な透析時間は限りなく 4 時間に収斂されて行き、透析を提供するスタッフ配置を含む診療体制も、この 4 時間が基本となりました。日本人の体格や、透析時の循環動態の安定性（血圧低下などの少ないことなど）、透析効率などより考え、ほぼ至適な透析時間と考えられていました。

3. 透析時間と生命予後

ところが平成6年に、日本透析医学会統計調査委員会は、初めて透析時間と死亡に対する相対危険度の関係を報告しました。表1¹⁾は、直近のデータを用いた分析ですが、4時間透析に比べて3時間半未満の透析では、死亡する確率が約86%も増加するというものです。また、Saranら²⁾は、透析OUTCOMEに関する国際比較研究(DOPPS)の中で、長時間透析と緩徐な除水(水分除去)が死亡率を減少させると報告しています。日本透析医学会の調査は後ろ向き研究ではありますが、13万人余の膨大なデータを用いており、またDOPPS研究は、7カ国・8,000人余のデータを用いた前向き調査で、いずれもエビデンスとするに十分な調査報告と考えております。

平成14年の診療報酬改定で、透析時間区分が廃止され、4時間未満透析比率が増加しており、今後、わが国の透析治療成績が悪化する可能性があることを危惧するところです。

4. 4時間区分以上・未満の時間区分による透析診療報酬再設定についてのお願い

短時間透析の生命予後が不良なことは述べたとおりです。

この他、たとえば長期合併症である透析アミロイドーシスの原因となる β 2-MGなど分子量の大きい溶質の除去は、透析時間が最大の規定因子で、透析では時間をかけないと除去できません。

また、短時間透析では、血管内老廃物の除去は十分でも、組織間液や、細胞内液からの除去には、十分な時間をかけることが重要です。

この他、短時間透析では急激な体液量および溶質濃度の変化により、急激な血圧低下や不均衡症候群と呼ばれる苦痛を伴う副作用が出現する可能性が増加します。先に示したまだ残腎機能がある糖尿病性腎症透析患者でも、あるいはこうした患者ほど、短時間透析では副作用が出現しやすく、むしろ時間をかけた透析のほうが安全で無症状であるといえます。

以上より、身体状況と生活リズムに見合った透析時間の設定は重要で、特に「ゆっくり」な透析は、長生きで透析合併症を減らし、安全かつ無症状透析を提供することが可能となります。

このことより、透析時間を加味した適切な診療報酬点数の設定は、短時間透析への流れをとどめ、安全かつ無症状で長生きという良質な透析を誘導することになり、本来の厚生行政のあり方に合致するものと信じております。

透析医療の専門集団である日本透析医学会および日本透析医会は共同で、透析時間区分が復活することを節に要望するところであります。

文献

- 1) (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
- 2) Saran R et al : Longer treatment time and slow ultrafiltration in Hemodialysis : Association with reduced mortality in the DOPPS. *Kidney Int.* 2006, 69 ; 1222-1228

表 1

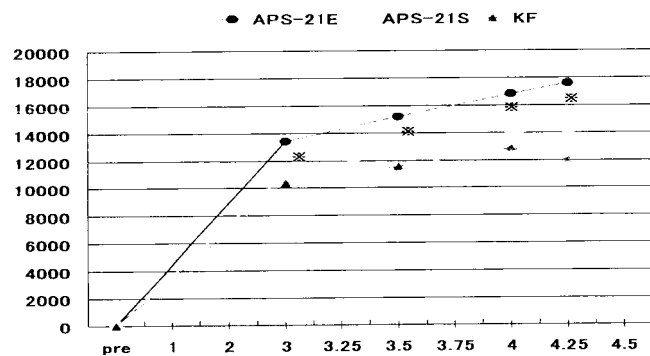
透析時間と生命予後（基礎的な因子で補正・全年齢）

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

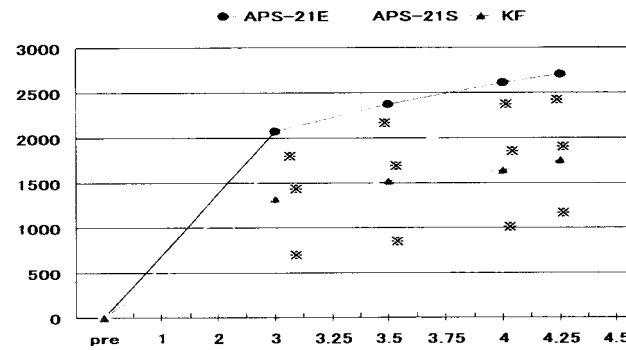
（社）日本透析医学会 統計調査委員会.

「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

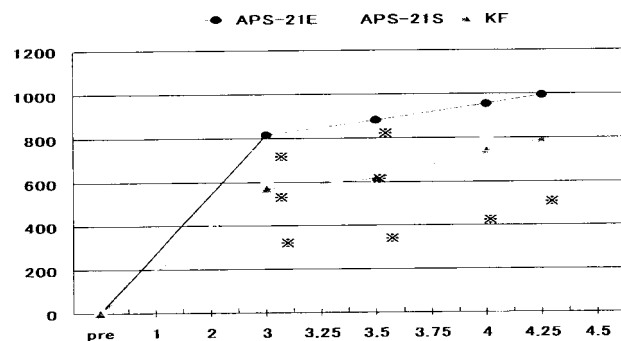
図 1



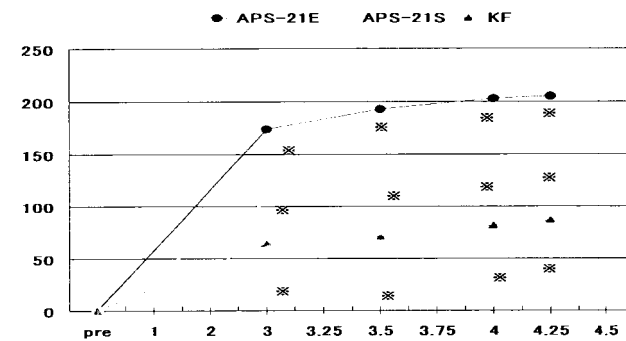
Urea除去量の変化



Crea除去量の変化



Pi除去量の変化



β2-MG除去量の変化

Dialyzer別除去量の比較

内野順司ほか：透析量測定時の指標に関する検討.

日本臨床工学技士会雑誌 2004, 21 ; 92-94