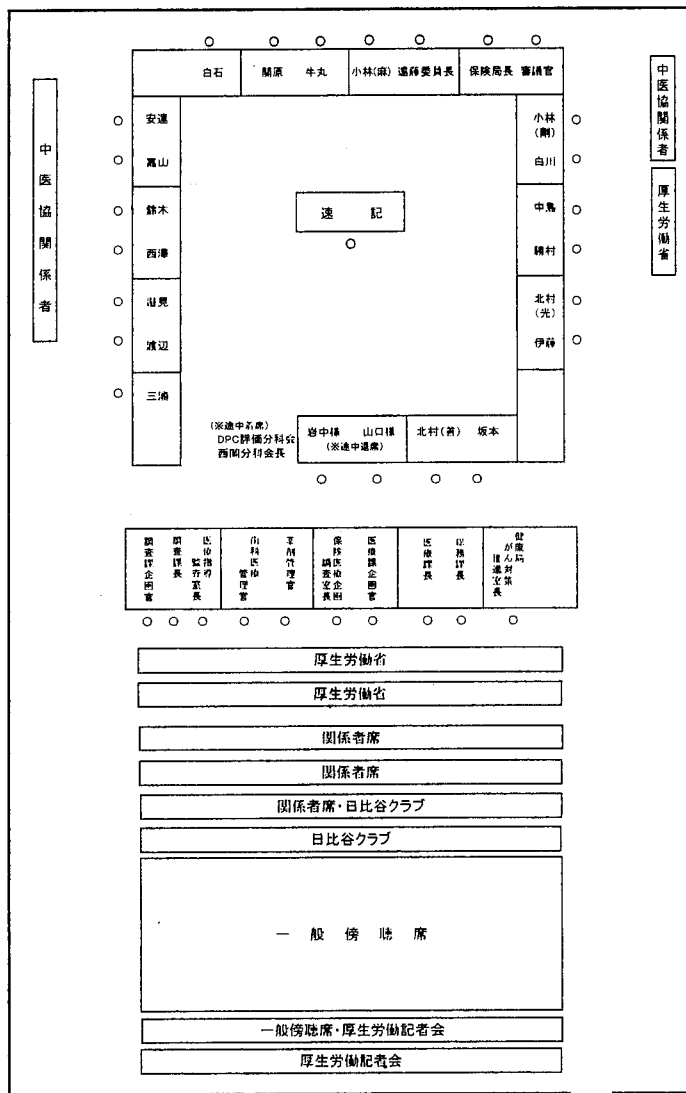


日時:平成21年12月11日(金) 11:00~13:00(目途)
会場:全国都市会館 第2会議室(3F)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第155回)
議事次第

平成21年12月11日(金)
於 全国都市会館

議題

- 手術等について
- DPCについて
- がん対策等について
- その他

- ① 外科医療の現状と医療技術の適正評価の必要性
- ② その他

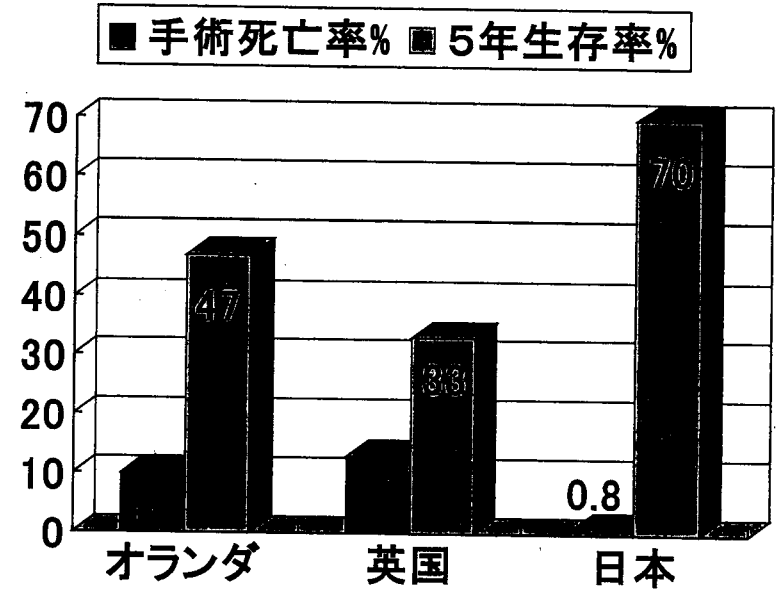
山口 俊晴 癌研有明病院 副院長
(外科系学会社会保険委員会連合 会長)

岩中 督 東京大学大学院医学系研究科小児外科教授
(外科系学会社会保険委員会連合 会長補佐、手術委員長)

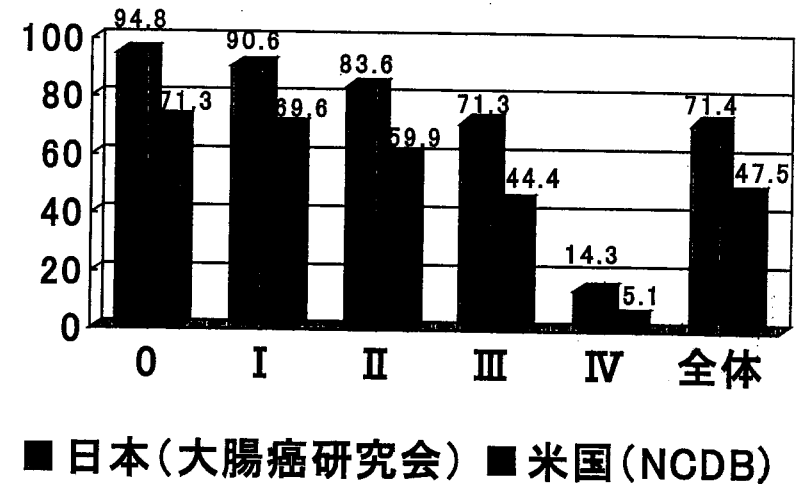
外科医療の現状

- ・ わが国の外科手術の技術レベル(国際比較)
- ・ 減少する外科医数
- ・ 増加する負担(労働時間、当直、手術数など)
- ・ 適切な医療評価が外科医の減少を防ぐ
- ・ 外保連試案の問題点と今後の展望

胃癌手術成績の国際比較

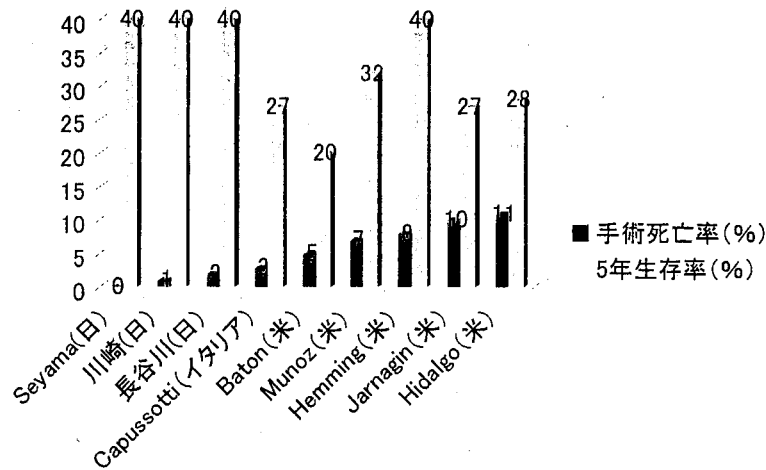


大腸癌手術成績の日米比較 (5年生存率%)



「肝門部胆管癌の手術成績」

北大腫瘍外科 近藤 哲(外保連ニュース10号2008年11月より抜粋)



5

外科医療の崩壊

- 外科志望者の減少
- 救急医療の崩壊
- 病院医療の崩壊
- 医療の質の低下?

7

「わが国における腹部大動脈瘤の手術成績」

日本血管外科学会 東京医科大学外科学第2 講座 小櫃由樹生
(外保連ニュース11号2009年3月より)

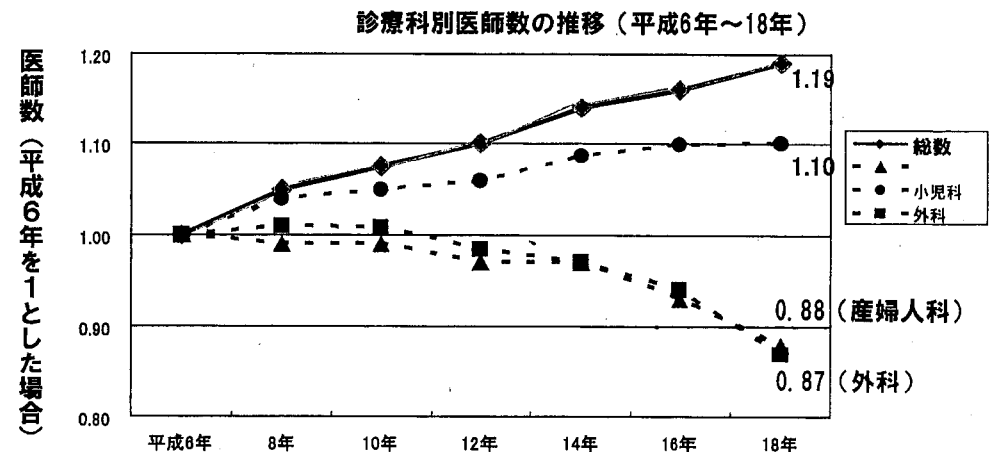
表1. 待機手術成績

	観察期間	症例数	年齢	手術死亡率 (%)
単施設				
Zarins and Harris	1987-1992	2,162		2.1
Nomans R. et al	1989-1998	1,135	71 ± 7.2	1.2
多施設				
EVAR trial (英国:41施設)	1999-2003	516	74 ± 6	4.7
DREAM trial (オランダ、ベルギー:28施設)	2000-2003	174	70 ± 6.8	4.6
CIHI (カナダ)	1992-2001	13,701		4.5
NHDS (米国)	1994-1996	16,450		4.2
Medicare Population (米国)	2001-2004	22,830	76	4.8
JSVS (日本)	2006	5,383		0.98

6

診療科別医師数の推移

医師の総数は増加しているものの、医師が減少傾向にある診療科もある。



出典「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※平成18年より研修医の分類が創設され、従来の独立した診療科から移行した医師もいるため、それ以前との単純な比較はできない。

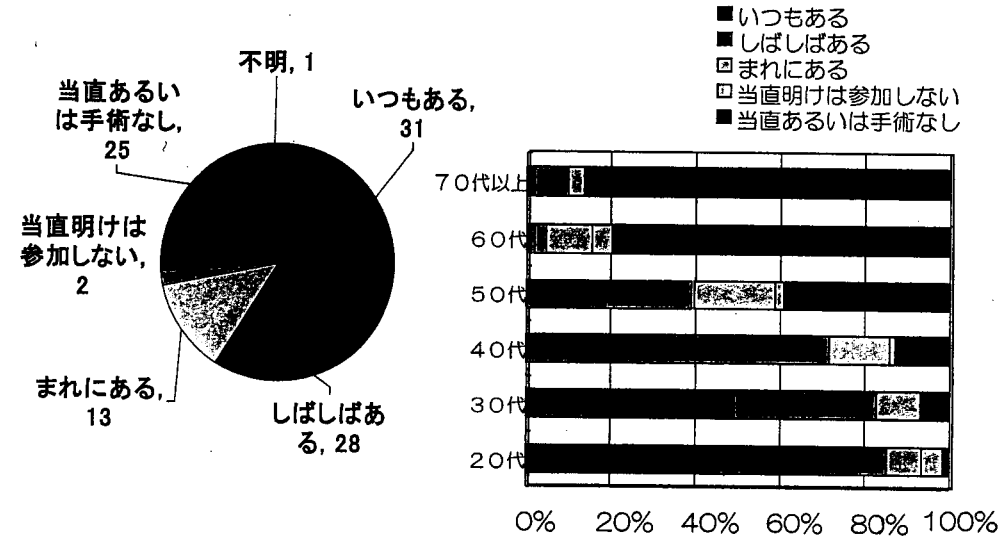
8

外科志望者減少の理由

日本外科学会 アンケート調査 より

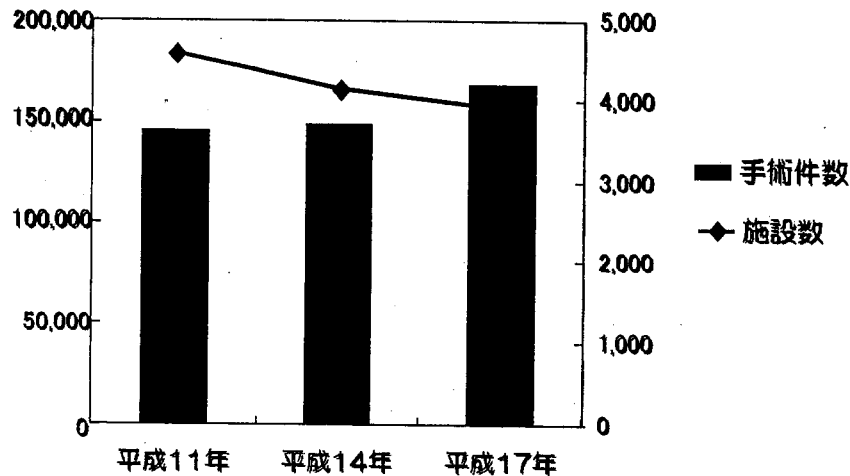
- ① 労働時間が長い (72%)
- ② 時間外勤務が多い (72%)
- ③ 医療事故のリスクが高い (68%)
- ④ 訴訟のリスクが高い (67%)
- ⑤ 賃金が少ない (67%)

当直明けの手術参加



(日本外科学会 アンケート調査 11より)

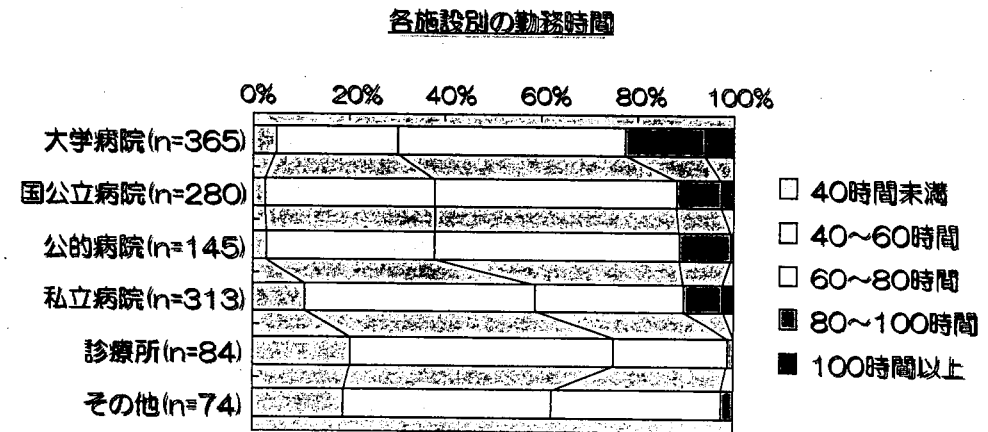
全国の手術施設数と手術件数



(厚生労働省 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況 より)

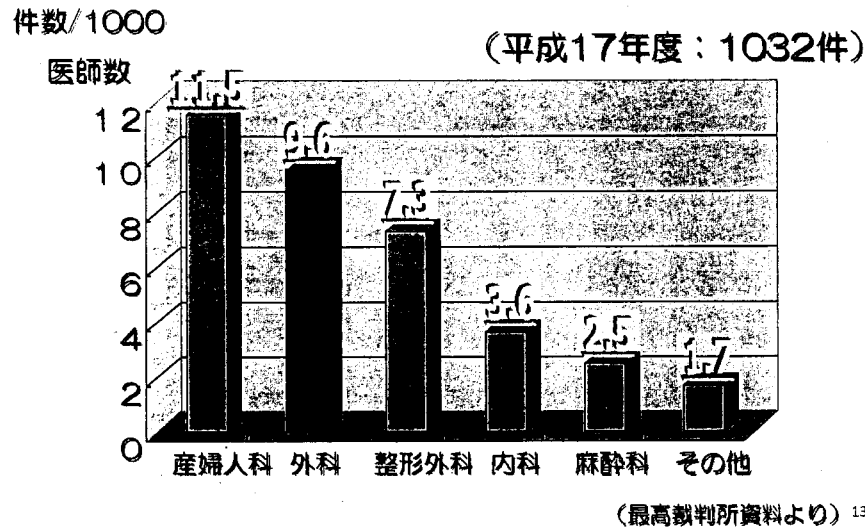
施設と勤務時間

外科医の週平均勤務時間は59.5時間、診療所勤務者が47.7時間、病院勤務者が68.8時間



医療訴訟

診療科別新受件数（医師千人あたり）



外科医が現場から居なくなる理由

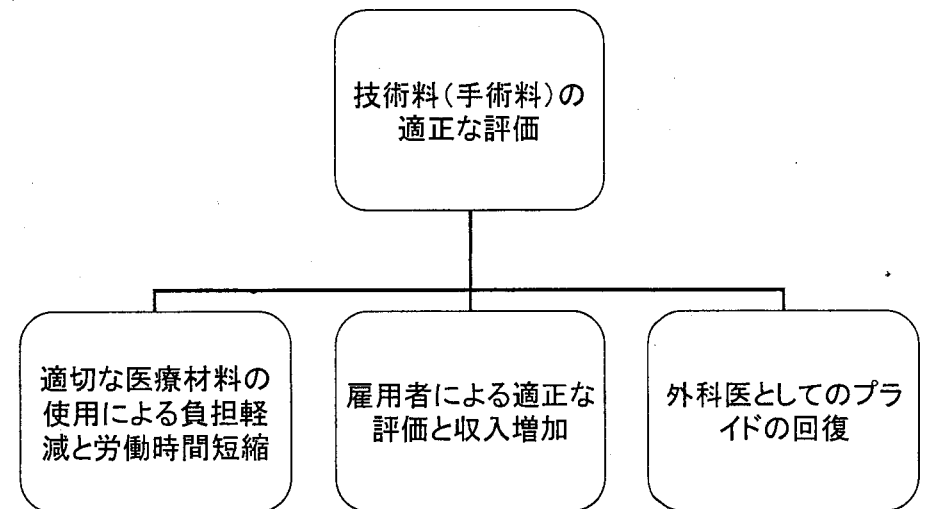
激務、低収入、訴訟？

1. 社会的な評価の低下
2. 家族の評価の低下
3. 診療におけるジレンマ

自己努力で改善できること

1. 社会的評価(患者の評価) 改善可能
 - 親切できめ細かい対応、技術力の向上
2. 家族の評価 改善可能
 - 家族との会話、主治医制からチーム医療へ
3. 診療におけるジレンマ 改善不能
 - 時間外勤務は減らし、手術は迅速に、手術には便利でも保険で償還されない材料は使用禁止

外科医のジレンマを解決する方法



外科系学会社会保険委員会連合
(1967年結成)

目的:手術料を、学術的根拠に基づいた一貫性のある算定方式により評価する

加盟学会数 87学会

日本外科学会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会
日本耳鼻咽喉科学会、日本口腔科学会、日本麻酔科学会
日本産科婦人科学会、日本整形外科学会 ほか

17

手術料算定のための3要素

- 技術度区分 : どれくらい難しいか
- 直接協力者数 : どのような資格の人が何人必要か
- 所要時間 : 何時間くらいでできるか

18

7版の技術評価区分

7版分類	7版経験年数	対応する身分
A	1	初期臨床研修医
B	5	初期臨床研修修了者
C	10	基本領域の専門医
D	15	Subspecialty領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者
E	15	特殊技術を有する専門医

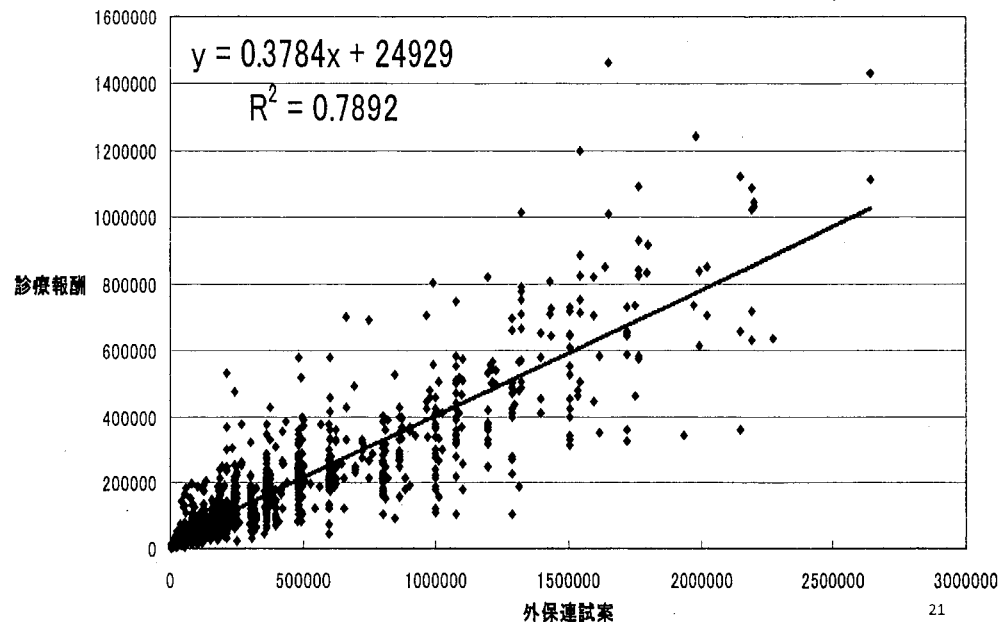
19

医療技術再評価の提案(外保連試算)

保険記号	術式・技術名	現行点数	外保連試算点数
K529	食道悪性腫瘍手術		
	1 頸部, 胸部, 腹部の操作によるもの	88, 200点	175, 230点
	2 胸部, 腹部の操作によるもの	77, 600点	150, 420点
	3 腹部の操作によるもの	61, 200点	107, 450点
K560	大動脈瘤切除術(上行大動脈, 弓部大動脈, 下行大動脈, 腹部大動脈等)	52, 000点 ~143, 000点	176, 170点 その外特殊縫合糸の別途請求に係る経費の加算 8, 000点
K697-5	生体部分肝移植術(レシピエント)	63, 700点	236, 340点

20

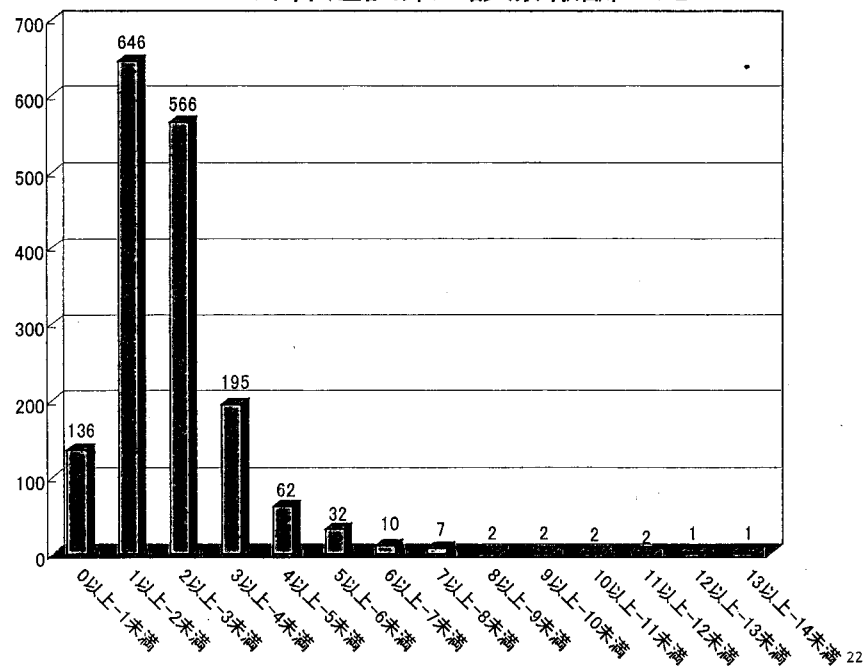
外保連試算(7版)と診療報酬の相関



手術試算の意義

- 診療報酬を、はじめて学問的・合理的に決めようとした画期的試みだった
- 多数の学会のコンセンサスを得た評価である

外保連試算と診療報酬の比



手術試算の課題

- より正確な時間、人件費の算定
 - 定期的実態調査
- より適切な技術度評価
 - 診療科間のバランス
 - 専門医制度との整合性
- 技術と物との分離評価
- 技術度、時間、人数、以外の評価

外保連試案の精緻化 コンセンサスからEvidence Based Dataへ

- 目的:手術術式ごとの人数、時間を調査し、外保連試案を精緻化
- 調査期間:平成16年11月1日～平成17年1月31日
- 回答施設数:723施設(回答率20%)
 - (日本外科学会関連603施設、その他の学会関連120施設)
 - 集積データ数:22万件

25

精緻化調査の結果と対応

- 一部の術式で試案と実態の乖離が認められた《試案2時間→実態20分など》
- 基本的に調査結果にしたがって試案を改定
- 調査内容の不十分な例については、再調査し次回の改定で対応する

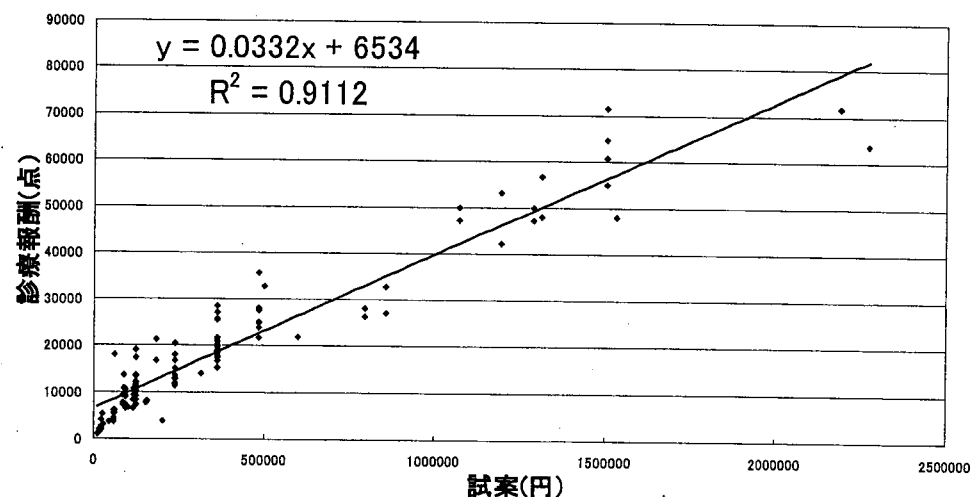
26

外保連試案とRBRVS (Resource Based Relative Value Scale)の構成要素

- 外保連試案
 - 技術度
 - 協力者数
 - 所要時間
- RBRVS
 - 医師の仕事量 (work-rvu)
 - 診療費用 (practice expense-rvu)
 - 医療過誤保険 (malpractice-rvu)

27

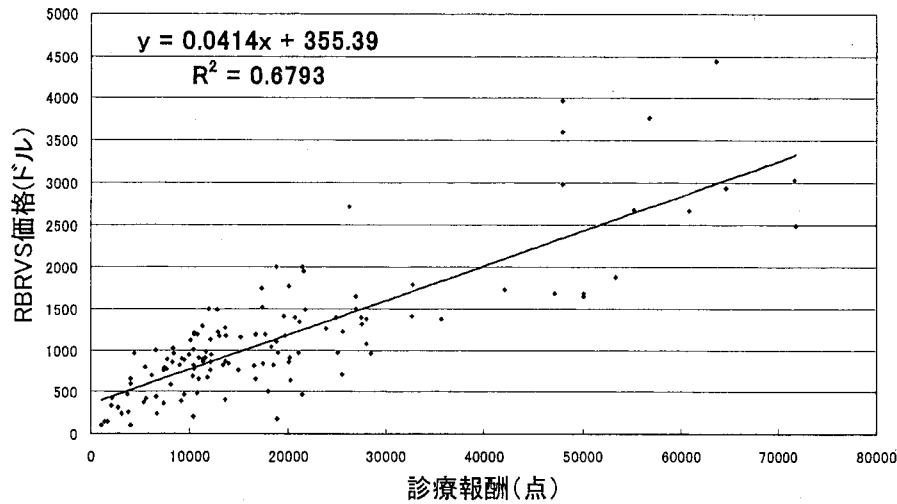
試案と診療報酬の相関(消化器)



28

米国との比較から

診療報酬とRBRVS価格(消化器)

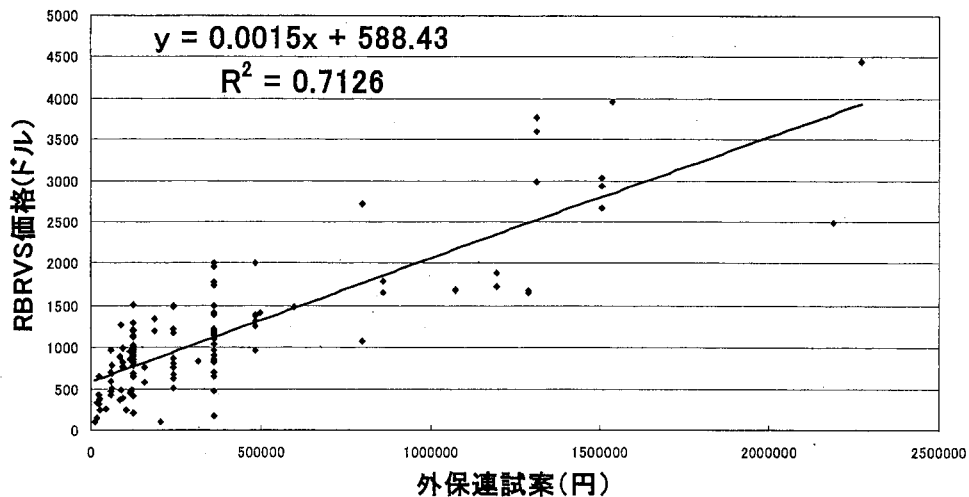


29

- RBRVSによる手術料は外保連試算と比較的高い相関を示した
- 外保連試算は少なくとも相対的評価指標としては国際的にも妥当なものと考えられる
- 今後は技術料と材料費を明確に分離評価する必要がある

31

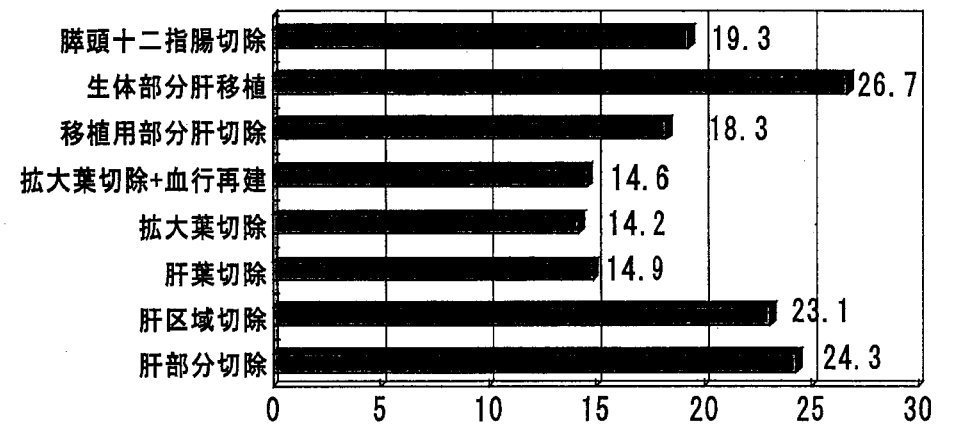
外保連試算とRBRVS価格の相関(消化器)



30

肝胆膵手術における特殊縫合糸経費の手術料に占める割合 (%)

(國土ら、日本臨床外科学会雑誌、68より)



%

32

参考資料1: 第7版で再調査になった学会独自で行う実態調査結果

外保連ルール: 試案と実態調査の乖離が50%以上の術式は、50%補正 (試案と調査結果の平均値を元に外保連が定める補正値を使う。)

第7版 速番	術式名	調査 件数	試案		調査結果		結論	
			技術度	時間(H)	時間(H)	時間(H)		
785	眼内レンズ挿入術 1. 毛様体縫着術	111	E	2	120	-	56	1.5
786	眼内レンズ挿入術 2. 水晶体摘出を含まず	82	E	1	60	-	15	0.75
787	眼内レンズ挿入術 3. 水晶体摘出を含む	4,476	E	2	120	-	19	1
788	眼内レンズ挿入術 4. 角膜手術を伴うもの	15	E	3	180	-	100	変更なし
789	眼内レンズ挿入術 5. 緑内障手術を伴うもの	193	E	2	120	-	59	1.5
790	眼内レンズ挿入術 6. 硝子体手術を伴うもの	1,221	E	5	300	-	77	3
498	脳腫瘍摘除術 (CTガイド) 定位脳手術法によるものを含む	31	D	2	120	3	180	2.5
504	機能定位脳手術 (慢性植込電極設置術、破壊術) 1. 片側手術	31	E	5	300	6	360	変更なし
505	機能定位脳手術 (慢性植込電極設置術、破壊術) 2. 両側手術	73	E	8	480	8.5	510	変更なし
506	定位的脳内血腫除去術	35	D	4	240	4.2	252	変更なし
524	頭蓋内血腫除去術 1. 硬膜外のもの	39	D	4	240	3.9	234	変更なし
525	頭蓋内血腫除去術 2. 硬膜下のもの	38	D	4	240	4	240	変更なし
550	神経内視鏡による水頭症に対する脳室穿刺術	30	E	3	180	4.2	252	変更なし
552	水頭症手術 2. 脳室心耳シヤント手術	22	D	2.5	150	4.1	246	3.5
554	水頭症手術 4. 脳室腹腔シヤント手術	36	D	2.5	150	4	240	3.5
556	水頭症手術 6. 脈絡叢摘出術 (脳室鏡による手術を含む)	20	E	3	180	4	240	変更なし
566	脳動脈瘤頸部クリッピング 2. 脳底動脈のもの	20	E	10	600	9.3	558	変更なし
574	脳動脈瘤頸部クリッピング 2. 2ヶ所以上 (開頭の部位数にかかわらず、クリッピングの箇所数に応じて算定)	34	E	10	600	9.6	576	変更なし
407	脊椎椎体郭清術 1. 頸椎	69	D	4	240	-	220.9	変更なし
408	脊椎椎体郭清術 2. 胸椎	77	E	6	360	-	303.8	変更なし
409	脊椎椎体郭清術 3. 腰椎	134	E	5	300	-	286.7	変更なし
411	仙椎、仙腸関節郭清術 1. 前方より	2	D	3	180	-	258.5	変更なし
459	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	129	E	7	420	-	299.9	変更なし
1193	甲状腺バセドウ手術全摘 (亜全摘) 術 1. 80g未満	186	D	3	180	-	76.5	2
1194	甲状腺バセドウ手術全摘 (亜全摘) 術 2. 80g以上	186	E	4	240	-	139	変更なし
1332	胸腔鏡下肺切除術 肺葉切除術	134	E	5	300	-	211	変更なし
1333	胸腔鏡下広範囲肺切除縮術	5	E	4	240	-	156	変更なし
1334	胸腔鏡下肺切除術 楔状部分切除1箇所	287	D	2.5	150	-	72	2
1335	胸腔鏡下肺切除術 楔状部分切除2箇所以上	79	D	3	180	-	101	変更なし
1336	胸腔鏡下肺切除術 区域切除術	57	E	6	360	-	178	4.5
1337	胸腔鏡下肺切除術 1葉を超えるもの	21	E	6	360	-	203	変更なし
1358	肺縫縮術 2. 肺縫縮術 (胸腔鏡による)	440	D	3	180	-	71	2
1798	胆嚢悪性腫瘍手術 1. 胆嚢に限局	173	D	4	240	-	326.5	変更なし
1799	胆嚢悪性腫瘍手術 2. 肝切除を伴うもの	46	E	6	360	-	514.3	変更なし
1800	胆嚢悪性腫瘍手術 3. 膵頭十二指腸切除を伴うもの	13	E	8	480	-	599.1	変更なし
1801	胆嚢悪性腫瘍手術 4. 肝切除に3を伴うもの	8	E	10	600	-	656.6	変更なし

3

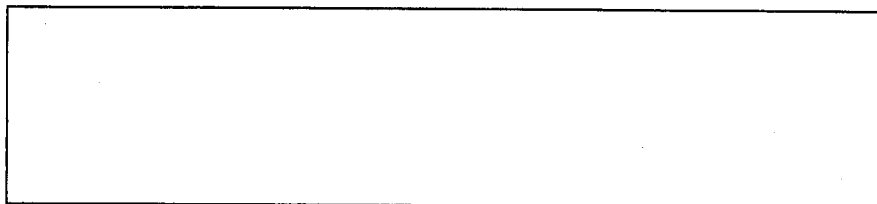
第7版改正術式

第7版 速番	臓器	行為	手術名 (術式のコード)	技術度	協力 医師 (人)	協力 看護師 (人)	協力 技師 (人)	時間 数	手術料 (円)	医療材料 (ディスポ製品、特定 保険医療材料を含む (薬剤は 除く))	医療材料 (保険で償還される 特定保険医療材料)	医療器具・医療機器	医科点数表 区分番号 (主たるも の)
1324	37	00	内視鏡的光学的治療	D	1	1	0	1	102,260	レーザー導光ファイバー	腫瘍顕微鏡感受性物質 (フォトリン、レザフィリン)	低出力カダイオードレーザー (POレーザー、panasonic)	K510-2
1334	37	33	胸腔鏡下肺切除術、楔状部分切除1箇所	D	2	2	0	2	241,140	ポート (6千円) × 3、自動縫合器 × 8		胸腔鏡下手術セット700万円	
1336	37	33	胸腔鏡下肺切除術、区域切除術	E	2	2	0	4.5	897,480	ポート (6千円) × 3、①本体 3.6万円・カートリッジ28,800 円 × 5、②3.7万円 × 2、回収用袋 × 1 (1.5万円)		胸腔鏡下手術セット700万円	
1358	37	07	肺縫縮術 2. 肺縫縮術 (胸腔鏡による)	D	2	2	0	2	241,140	③本体1.6万円・カートリッジ 2.5万円 × 3			K513-4
1446	40	56	心室中隔穿孔手術 1. 単独	E	3	2	2	7	1,541,470	特殊縫合糸30本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	IABP、人工心臓装置 (4,000万円・減価償却7年)、 パッチ	
1447	40	56	心室中隔穿孔手術 2. 冠動脈血行再建 (1吻合) を伴う	E	3	2	2	8	1,761,680	特殊縫合糸45本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	
1449	40	53	左室形成術 2. 冠動脈血行再建 (1吻合) を伴う	E	3	2	2	8	1,761,680	特殊縫合糸45本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	
1453	40	10	肺動脈弁閉鎖術 (非直视下、ブロック法)	E	3	2	1	4	870,200	特殊縫合糸10本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円			
1455	40	52	心房中隔欠損作成術 (経皮的心房中隔欠損作成術 (ラ ッシュキンド法))	D	2	2	1	3	369,690		心房中隔欠損作成術用カテー テル		K573-1
1458	40	50	体動脈肺動脈短縮術 (ブラロック手術、ウォータース トン手術)	E	3	2	1	3.5	761,425	特殊縫合糸20本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	ゴアテックス・人工血管 (30万 円)		K566
1462	40	22	ペースメーカー移植術 2. 経静脈電極の場合	C	1	1	2	2	120,300		ペースメーカー (100万円)、 電極 (20万円) × 1~2本		K597-2
1463	40	00	ペースメーカー交換術	C	1	1	2	1	60,150		ペースメーカー (100万円)		K597-2
1464	40	80	両心室ペースメーカー移植術	E	2	1	2	2.5	504,750		ペースメーカー (200万円) 電 極 (40万円)	透視	K598
1471	41	34	心臓腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 (単独のもの)	E	3	2	1	4.5	978,975	特殊縫合糸10本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	K544-1
1474	41	33	右室漏斗状部狭窄切除術 1. 単独のもの	E	3	2	2	5	1,101,050	特殊縫合糸15本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	
1478	41	50	冠動脈形成術 (血栓内膜摘除) (2箇所以上のもの)	E	2	2	2	6	1,228,560	特殊縫合糸15本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	K551-2
1479	41	50	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (1吻合のもの)	E	3	2	2	5	1,101,050	特殊縫合糸10本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	K552-1
1480	41	50	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (2吻合以上のもの)	E	3	2	2	6	1,321,260	特殊縫合糸10本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	人工心臓回路及び人工肺 (65万 円)	人工心臓装置 (4,000万円・減 価償却7年)	K552-2
1481	40	50	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心臓を使用しない もの) (1吻合のもの)	E	3	2	2	5	1,101,050	特殊縫合糸10本 (1本3,000 円)、ティスポーザブル胸腔内 持続吸引装置7,000円	心拍動下冠動脈、大動脈バイパ ス、移植術用機器 (加算として 300,000円)		K552-2-1

手術コードデータベース 入力マニュアル

第2版

2009/03/12



■手術コードデータベースの考え方

手術コードデータベースは、臨床手術名に対して、その手術が体のどの部位にどのような器具を使ってどのような操作を行う一連の操作行為であるかについての情報を付与し、それを簡潔にコード化するために基礎データベースとなるものです。このようなデータベースを整備し、簡潔にコード化したコード表を最終的に作成することにより、手術統計調査を行う場合などで、従来の保険点数コード表（Kコード）に依存しない手術分類コードでデータ収集を行うことが可能となり、実施された手術の主要な技術的特性をもとにした分析を可能になります。

また今回は少なくとも医療資源の消費の観点から分類されることに主眼をおいていますが、解剖学的な操作部位や操作対象組織に関する情報や、必要に応じて皮切開始部位やアプローチ器具などについての情報も付与されているため、臨床研究上の術式コーディングにも活用できる程度の細かさを持っており、コードの拡張性も備えています。

さらに、これまで複数の手技を複合的に実施することが前提の“人名のついていた術式名”や、暗黙的に再建や形成を同時実施することが必須の術式であるために術式そのものには再建術が併記されないような術式名についても、複合手術と単位手術という概念を導入し、個々の複合手術がどのような単位手術から構成されるかについて記述する方針をとっています。これにより、複雑な手術をその構成手術から検索したり、複雑程度を比較する分析などができるようになります。

作成を予定しているデータベースの構成は、別紙「手術コードデータベースの作成案」を参照ください。またデータベースから最終的に作成を予定している手術コードの考えかたについては、別紙「手術コード例」に概略を記載しているように、現在のところ9桁手術コードと、手術を実際に患者に適用した場合の適用時情報5桁コードを組み合わせることを予定しています。

■入力作業の概要

今回の作業は、前述のデータベースを作成するための元データを用意されたエクセルファイルに従って作成することとなります。

エクセルファイルにはあらかじめ外保連手術試案第8版の手術が登録済みで、その各行について、用意されたデータ項目を埋めていく作業となります。

外保連手術試案の手術が異なる複数の手術の総称である場合、または複数手技からなる複合手術である場合は、試案手術名の直下に分割された手術（個別手術または要素手術）があらかじめ記載されています。このような場合は各個別手術・要素手術についてもデータ項目の記入作業を行うこととなります。

今回作成していただいたファイルをもとに、コンピュータ処理により前述のデータベースを作成し、最終的に手術コード表が作成される予定です。

1. 手術コードデータベース入力作業

1.1. 手術コードデータベース作業について

手術コードデータベースでは、複合手術（切除と再建を一度に行う手術など）を単位手術に分割し、個々の複合手術がどのような単位手術から構成されるかについて記述する方針をとっています。

データベース構築の第1段階の作業として、試案術式中の複合手術を個別手術・要素手術に分割する作業を実施しました。（個別手術・要素手術については、「4. 試案術式に対する術式分割について」参照）

今回はそれぞれの手術に対して、操作対象部位、基本操作、アプローチ情報、操作補助器械など項目にデータを入力する作業をお願い致します。

1.2. 入力項目

今回の入力項目は以下の表を参照して下さい。

各項目の入力に当たっては、「2.項目別入力作業の考え方」もご参照下さい。

入力項目一覧

項目	説明	必須/任意	入力方法
1 試案No	(手術試案通し番号)	—	—
2 個別手術番号	試案手術が個別手術に分割される場合、それらに付与される1から始まる連番	—	—
3 要素手術番号	試案手術が要素手術に分割される場合、それらに付与される1から始まる連番	—	—
4 手術コード区分	1:ひとつの「単位的な手術」 2:複数の「単位的な手術」から構成される手術	—	—
5 試案手術名	手術名	—	—
6 コーディング対象手術名	コーディング対象とした手術名 (4.と異なる場合に記載)	任意	フリー入力
7 主たる操作対象部位	手術の主たる操作対象の解剖学的部位 (3階層)	少なくとも大分類まで必須	選択入力またはフリー入力
主たる操作対象部位(大分類)			
主たる操作対象部位(上位分類)			
主たる操作対象部位(下位分類)			
8 従たる操作対象部位	手術の従たる操作対象の解剖学的部位 (3階層)	任意	選択入力またはフリー入力
主たる操作対象部位(大分類)			
主たる操作対象部位(上位分類)			
主たる操作対象部位(下位分類)			
9 基本操作	手術の基本操作	必須	選択入力またはフリー入力
10 操作範囲	主たる操作対象部位のうち操作が及ぶ範囲 (全部または一部)	任意	選択入力またはフリー入力
11 アプローチ方法	操作対象に到達する方法や経路	任意	選択入力またはフリー入力
12 アプローチ開始部位	アプローチを開始する体表等の部位 (3階層)	任意	選択入力またはフリー入力
アプローチ開始部位(大分類)			
アプローチ開始部位(上位分類)			
アプローチ開始部位(下位分類)			
13 アプローチ補助器械	アプローチに必要な特殊な補助器械	任意	選択入力またはフリー入力
14 操作対象組織・物	対象部位(器官)の病変組織または異物・埋め込み物等	任意	選択入力またはフリー入力
15 操作補助器械	操作に必要な特殊器械・材料	任意	選択入力またはフリー入力
16 コメント(自由記載)		任意	フリー入力

4. 試案術式に対する術式分割について

複合術式を包含する試案術式については、術式はあらかじめ個別手術または要素手術に分割されコード番号が附番されています。

分割済の個別手術・要素手術についてもコーディング作業をお願いします。

1. 個別手術 : 試案術式が複合術式を包括している場合、各個別術式
2. 要素手術 : 試案術式または個別手術が複数の手技から構成される複合術式の場合、各要素術式

- * 個別手術番号: 試案術式=0、個別手術には1から始まる連番
- * 要素手術番号: 複合術式=0、要素術式には1から始まる連番

試案術式	試案連番	個別手術番号	要素手術番号
試案術式1の個別手術1	1234	1	0
試案術式1の個別手術2	1234	2	0
試案術式2の要素手術1	1235	0	1
試案術式2の要素手術2	1235	0	2
試案術式3の個別手術1	1236	1	0
個別手術1の要素手術1	1236	1	1
個別手術1の要素手術2	1236	1	2
試案術式3の個別手術2	1236	2	0
個別手術2の要素手術1	1236	2	1
個別手術2の要素手術2	1236	2	2

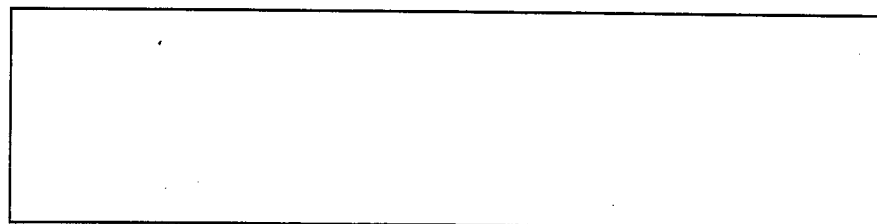
【例】No1880 膵頭部腫瘍切除術 2. リンパ節・神経叢郭清を伴うもの又は十二指腸温存膵頭切除術

試案連番	個別手術番号	要素手術番号
膵頭部腫瘍切除術 2-1. リンパ節・神経叢郭清を伴うもの	1880	1
胆管胆嚢摘出	1880	1
膵頭十二指腸切除	1880	2
膵筋採取	1880	3
胃切除	1880	4
神経叢郭清	1880	5
胆道再建	1880	6
胃空腸吻合	1880	7
膵頭部腫瘍切除術 2-2. 十二指腸温存膵頭切除術	1880	2
膵頭部切除	1880	2
胆管胆嚢摘出	1880	2
胆道再建	1880	2

医療材料入力マニュアル

第1版

20090302版



1

■目的

外保連手術試案第7版に記載されている手術に用いられる医療材料については学会によって記載方法や定義の違いがあり、厚生労働省をはじめ、関係団体に提示する資料となっていない。外保連手術試案の改訂版では定義付けを行い、一定のルールに従い、記述することを目的とする。

■前提

- ①対象: DPC分類ではなく、手術試案掲載術式について調査する。
- ②価格: 購入価格ではなく、定価で調査する。
- ③製品ID: 特定保険医療材料として償還の有無を調べるため、製品IDを記載する。なお、正確を期すため、メディエ等に確認作業をしてもらう予定。
- ④注意点: ・特定の企業に偏らない(企業バランス)。
・特定の病院形態に偏らない(病院形態バランス)。

2

■ 定義

手術試案〔第7版〕の医療材料・医療器具・機器区分

1. ディスポ製品(薬剤は除く)
2. 保険で償還される特定保険医療材料
3. 医療器具、医療機器

手術試案〔第8版〕の医療材料・医療機器区分

【医療材料1】

ディスポ製品、又は繰り返し使用される基本的医療材料
 ※場合によっては薬品を含んでもよい

【医療材料2】

一部償還されているが、使用に際して不都合があるもの

医療材料2-a 償還されるもの

医療材料2-b 一部償還されているが、使用に際し
不都合があるもの

医療材料2-c 償還されないもの

【医療機器】

薬事法に規定あり

薬事法に規定なし

【医療材料1(ディスポ製品、又は繰り返し使用される基本的医療材料)セット一覧】

新セット名称(仮)	術式名称	金額	新セット名称(仮)	術式名称	金額
外科基本	痔核根治	25,050	小切開縫合	マイクロ	1,734
	鼠径ヘルニア			気切	
	虫垂切除			扁桃切除	
	CAPD留置		頭頸部 1	下甲介	17,983
	経尿道的切除術			上顎洞鼻内	
	停留嚔丸			鼻骨整復	
	経皮的腎結石砕石術			鼻中隔矯正	
	包蓋			副鼻腔	
	シロッカー		頭頸部 2	鼓室形成	14,014
	小児開腹			鼓膜切開	
	小児鼠径ヘルニア		頭頸部 3	顔面腫瘍	12,641
	肛門側手術		頭頸部 4	顎骨嚔胞等摘出(歯科口腔外科)	11,622
	小児開胸		頭頸部 5	口腔内腫瘍摘出(歯科口腔外科)	12,803
	IVCフィルター挿入		頭頸部 6	埋伏難抜歯(歯科口腔外科)	14,553
	肝TAE		胸部 1	開胸肺切	52,612
	肝動注ポート留置			縦隔切開	
	ペースメーカー			胸腔鏡	
	ストリッピング		胸部 2	ハイパス	57,384
体表 1	植皮	11,117		開胸開心血管	
体表 2	皮弁形成	10,706		開心開腹ハイパス	
四肢脊椎 1	腰関節鏡	15,204		中隔閉鎖	
四肢脊椎 2	胸腰椎前方固定	29,668		弁置換	
四肢脊椎 3	経皮鋼線刺入	17,803	胸部 3	心臓外科(小児)	54,244
	創外固定		胸部 4	乳房温存	40,932
四肢脊椎 4	アキレス腱縫合	27,172	腹 1	乳房切除	45,299
	靱帯固			膝頭十二指腸切除	
	軟部腫瘍			胆管形成	
				低位前方切除	
四肢脊椎 5	腰椎後方固定	28,956		前立腺全摘	
	椎間板摘出			膀胱全摘	
	椎弓切除			広汎子宮全摘	
	脊椎脊髓腫瘍			腹部大血管	
	脊椎側彎症			肝移植	
四肢脊椎 6	白嚔形成	38,755	腹 2	イレウス解除	41,024
	人工股関節			腹会陰式直腸切断(2セット)	
	人工骨頭			胃切除	
	人工膝関節			肝切	
四肢脊椎 7	頸椎前方固定	22,706		結腸切除	
四肢脊椎 8	手の外科	14,809		食道切除(2セット)	
	ガングリオン			人工肛門閉鎖	
	陥入爪			直腸脱	
	神経縫合			脾摘	
	腱縫合			腎摘出	
頭 1	クリッピング	74,147		子宮外妊	
	開頭血管			帝王切開	
	開頭腫瘍			腹式単純子宮全摘	
	血腫洗浄			卵巣切除	
	定位脳			腔式子宮全摘	
	頭蓋形成			小児腹腔鏡	
頭 2	穿頭	60,182		新生児開腹	
眼科基本	眼窩骨折	12,084	腹 3	腹腔鏡下胃切	57,788
	内陥術			腹腔鏡下胆摘	
	内反症			腹腔鏡下虫垂切除	
	線内腫			腹腔鏡下腎摘	
	斜視			腹腔鏡下前立腺全摘	
	硝子体			腹腔鏡下卵管切除	
	白内障				

【医療材料1(デイスポザル製品、又は繰り返し使用される基本的医療材料)セット構成内訳一覧】

新仕入れ名称	商品名	メーカー	メーカー型番	用途	規格	数量	単価(定価)	区分	一言書
外科基本	プロトロー	ホキチデカル	ホキチデカル	ホキチデカル	1型、ホキチデカル用部材	330	1	330	
外科基本	ガゼ	ホキチデカル	ホキチデカル	ガゼ	8折、ホキチデカル用部材	19	10	185	
外科基本	消毒用指子	ホキチデカル	ホキチデカル	デイスポザル指子		320	1	320	
外科基本	タポシジ	ホキチデカル	ホキチデカル	タポシジ	6個入	61	4	204	
外科基本	包材	ホキチデカル	ホキチデカル	消毒用包材	750x750mm、ホキチデカル用部材	130	1	100	
外科基本	消毒用シート	ホキチデカル	ホキチデカル	消毒用シート	3、ホキチデカル用部材	100	1	100	
外科基本	消毒用トレ	ホキチデカル	ホキチデカル	消毒用トレ	1種、ホキチデカル用部材	80	2	160	
外科基本	ホルル	ホキチデカル	ホキチデカル	ホルル	400ml、ホキチデカル用部材	170	2	340	
外科基本	PPピカ	ホキチデカル	ホキチデカル	PPピカ	300ml、ホキチデカル用部材	180	8	1,440	
外科基本	セルボシ	ホキチデカル	ホキチデカル	セルボシ	100ml、ホキチデカル用部材	1,400	1	1,400	
外科基本	消毒用指子	ホキチデカル	ホキチデカル	デイスポザル指子		320	2	640	
外科基本	消毒用トレ	ホキチデカル	ホキチデカル	消毒用トレ		1,400	1	1,400	
外科基本	内包材	ホキチデカル	ホキチデカル	消毒用包材		80	1	80	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	140x80x90mm、エリムシタ付	700	1	700	
外科基本	クレーブ	ホキチデカル	ホキチデカル	クレーブ	900x900mm、ホキチデカル用部材	100	1	100	
外科基本	シリカフレード	ホキチデカル	ホキチデカル	シリカフレード	210x290x90mm、高さ100x300mm、ホケット/ホイクアープ付	5,000	1	5,000	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	1550x1800mm	1,350	1	1,350	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	1-0、50cm、10本入	231	1	231	適合糸
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	3-0、50cm、10本入	231	1	231	適合糸
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	黒、黒用消毒糸針、ハズル、2本入	360	1	360	適合針
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	黒、黒用消毒糸針、ハズル、1号、2本入	360	1	360	適合針
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	外科用消毒糸針、ハズル、6本入	360	1	360	適合針
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	No. 11	150	1	150	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	15プロック	520	1	520	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	ホキチデカル用部材	0	1	0	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	F-F、ホキチデカル用部材	600	1	600	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	黒、黒用消毒糸針、ハズル、2本入	180	1	180	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	20ml、黒口、スリットタイプ	63	1	63	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	20ml、黒口、スリットタイプ	400	1	400	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	No. 10	150	1	150	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	ホキチデカル用部材	180	1	180	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	500ml、ホキチデカル用部材	0	1	0	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	RP1540x1800mm、ホキチデカル用部材	1,400	1	1,400	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	三角折10枚、黒、ホキチデカル用部材	600	3	1,800	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	6x75mm、3本入	236	1	236	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	小、ホキチデカル用部材	500	1	500	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	6号、ホキチデカル用部材	360	1	360	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	S、35mmx2xバズ	722	2	1,444	
外科基本	メロイ	ホキチデカル	ホキチデカル	メロイ	S	85	5	425	

手術名称:
手術試案番号:

学会名:
担当者名:

*平均購入価格(参考)は、記載可能であれば記入してください。

医療材料1(手術用基本キット)

キット名称	キット番号	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
				0	
				0	
				0	
				計	0

医療材料1(手術用基本キットに含まれないデイスポザル製品)

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
カウン					0	
手袋					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

医療材料2-a(償還されている製品)

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

医療材料2-b(一部償還されているが、使用に際して不都合がある製品)

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

医療材料2-c(償還されていない製品 ただし、特殊適合糸は別途下記に記載)

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

医療材料2-d(特殊適合糸)

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

薬物リスト

名称	メーカー名	型番-ID	数量	単価	計	平均購入価格(参考)
					0	
					0	
					0	
					0	
					計	0

医師の技術料への工夫

— 少ない原資のなかでの
山形大学医学部附属病院の工夫と限界 —

山形大学 医学部長
中央社会保険医療協議会 委員
嘉山 孝正



徹底した情報開示

医療事故への対応
隠す体質一脱却

明細書を全患者に無料で発行
(2009年4月、大学病院で全国初)

情報開示へ新明細書

山形大医学部は4日、付属病院のすべての患者に対して4月から、診療内容と費用の詳細が分かる明細書を無料で発行すると発表した。全患者への無料発行は、全国でも先進的な取り組みで、大学病院では初めてという。

4月から山形大医学部
新たに発行するのは、レセプト(診療報酬明細書)と同じ内容。現在は「入院料」「検査」「投薬」といった区分ごとの料金表示だが、「心マッサージ」「輸血」「超音波」など、具体的な内訳が加わる。どのような処置を受け、それぞれいくらの料金を

かかっているかが分かるようになる。患者本人の同意がない場合は、従来の明細書を出す。医学部によると、多くの病院では、患者が希望した場合、レセプトと同様の明細書を発行しており、有料のケースもあるという。山形大医学部では、これまで患者からの希望がなかったが、情報開示を推進する一環として発行を決めた。嘉山孝正医学部長は「医療に対する不安や不信を取り除くには、知ってもらうことが一番だ。過労労働が指摘される医師の労働内容が、明らかにされる効果もあめ。取り組みが金庫に広がるよう期待したい」としている。

情報開示が信頼生む



『山形新聞』平成18年3月30日
(記者会見の写真は平成14年)

Yamagata University
T. Kayama

山形大学医学部改革の取り組み



「各科の壁」破り新態勢
チーム診療導入

数字が語る健全経営

赤字体質にメス

項目	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度
診療収入	100	105	110	115	120
経常収入	80	85	90	95	100
経常支出	90	95	100	105	110
経常利益	-10	-10	-10	-10	-10

医療最前線

医師定着のために
環境、待遇も大切



本質、は指導者の魅力

山形大学医学部附属病院は、医師の定着を促すために、環境や待遇の改善に取り組んでいる。嘉山孝正医学部長は、医師の定着には、指導者の魅力が大切だと話している。

Yamagata University
T. Kayama



技術料および時間外手当の原資

管理当直手当の減額
(2万→1万円)で捻出した金銭

財源

大学の運営費交付金

【従来の管理当直】

診療科ごと
17科(17人)
@20,000円

診療科ごとに
業務量・リスクが
大きく違うため
見直し!

【2005年12月から】

17科(17人)
(9人体制)
@10,000円

Yamagata University
T. Kayama



時間外手当の概要 (1)

時間外手当 (緊急時診療従事調整手当)

救急部からの要請により救急対応を行った医師等及び
救急対応を行った医師等に1回5,000円を支給

(2006年7月適用)

5

Yamagata University
T. Kayama



時間外手当の概要 (3)

大学院生に対する手当

(1)時間外手当(緊急時診療従事調整手当)に準じて、
1回5,000円を支給

(2)時間外救急診療従事手当に準じて、
宿直1回28,000円、日直1回14,000円を支給

(2006年4月適用)

7

Yamagata University
T. Kayama



時間外手当の概要 (2)

オンコール手当 6,000円/回

勤務時間外・所定休日における救急外来患者及び
病状急変の入院患者のために
待機を命じられた医師等に支給

(2005年4月適用)

6

Yamagata University
T. Kayama



技術料の概要 (1)

時間外技術料・高度技術料

35,000点以上の手術を行った手術チーム、
休日・時間外に手術を行った手術・麻酔
各チームに当該手術・麻酔の保険点数請求額の
1/10ずつの額を支払

(2006年7月新設)

8

Yamagata University
T. Kayama



技術料の概要 (2)

分娩リスク手当

分娩業務に従事した産科婦人科医師等(2人まで)、
小児科医師等(1人まで)に対して支払

従事医師数	手当の額
1人	1人につき 20,000円
2人	1人につき 10,000円
3人	1人につき 7,000円

(2008年6月適用)

技術料の一例

— 心臓血管外科手術 —

冠動脈バイパス術+収縮性心膜炎手術(計78,000点)

手術時間:15時間59分

全身麻酔(46,300点)

麻酔時間:17時間44分

従事医師	技術料	従事医師	技術料
執刀医	32,500円	麻酔指導医	19,300円
第一助手	26,000円	第一麻酔医	15,400円
第二助手	19,500円	第二麻酔医	11,600円

78,000円を按分

46,300円を按分

時間外技術料・ 高度技術料の規定

国立大学法人山形大学職員給与規程

平成18年4月1日
規程第134号

目次

- 第1章 総則(第1条-第10条)
- 第2章 基本給(第11条-第21条)
- 第3章 給与手当(第22条-第54条)
- 第4章 給与の特例等(第55条-第60条)
- 第5章 雑則(第60条)

第1章 総則
(目的)

第1条 この規程は、国立大学法人山形大学(以下「本学」という。)第2条第1項に規定する職員(以下「職員」という。)の給与(以下「給与」という。)の支給等に関する事項を定めることとすることを目的とする。

第2条 職員の給与の支給等については、この規程(以下「本規程」という。)その他の法令(以下「法令」という。)及びその他の関係法令(以下「関係法令」という。)による。

第3条 職員の給与は、基本給及び給与手当(以下「給与」という。)

2 基本給には、基本給の調整額及び給与手当、管理職手当、初任給調整額、住居手当、通勤手当、通勤給付手当、高所作業手当、優良物取扱等作業手当、防産等作業手当、放射線作業手当、夜間看護等手当、入試手当、教育実習等指導手当、多学年卒業退学手当、特別勤務手当、職務教育等職員手当、休日手当、夜勤手当、宿日直手当、時間外救急診療従事手当、緊急手当、特務面談手当、看護職員教育指導手当及び寒冷地手当とする。

(給与の支給日)
第4条 基本給は、毎月17日(第1項)に支給する。ただし、支給予定日が土曜日に当たるときは16日とし、第23条第178号)に定める休日に当たるときは18日に支給する。

(診療従事特別調整手当)

第50条の6 診療従事特別調整手当は、勤務時間外・所定休日における救急外来患者及び病状が急変した入院患者の手術・麻酔に従事した次に掲げる医師等に対して支給する。

- (1) 指導医・執刀医、第一助手又は第二助手として手術に従事した医師等
 - (2) 指導医・麻酔医、第一麻酔医又は第二麻酔医として麻酔に従事した医師等
- 2 前項の手当の額は、次に掲げるとおりとする。
- (1) 保険診療の点数による請求額を積算し、請求額の1割に相当する額を基礎とし、次号に定める割合により案分して支給する。この場合において、1回当たりの支給額は100円未満を切り捨てる。
 - (2) 支給割合は、次の表に定めるとおりとする(各1回につき)

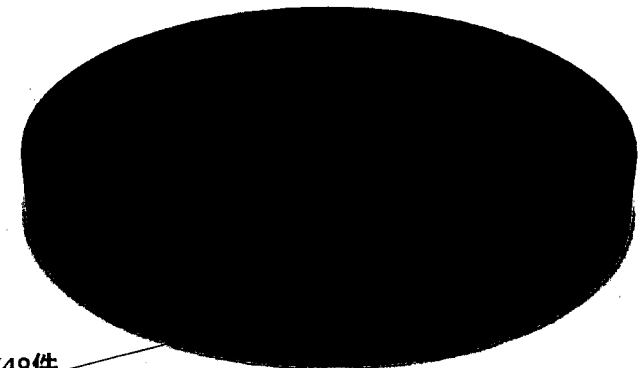
手術担当医	支給割合	麻酔担当医	支給割合
執刀医	5/12	麻酔指導医	5/12
第一助手	4/12	第一麻酔医	4/12
第二助手	3/12	第二麻酔医	3/12

3 前2項に規定するもののほか、診療従事特別調整手当の支給に関し必要な事項は、別に定める。

さらに、ハイリスク性を考慮して、
35,000点以上の手術に対しても支給

時間外手術・高度技術料の対象

■ 311件 (心臓外科手術・脳神経外科手術・心カテ・内視鏡等)
15.1%



■ 1,749件
84.9%

(山形大学医学部附属病院、平成21年4月~9月期)

技術料の平均額

全対象手術※

・ 1件あたり4万9,740円
(1,629万4,000円/311件)

35,000点以上の手術

・ 1件あたり6万7,545円
(1,546万7,700円/229件)

※対象となる全手術(35,000点以上の手術+休日・時間外手術)の
1件あたりの平均技術料
(山形大学医学部附属病院、平成21年4月~9月期)

特定機能病院での労基署是正勧告

群馬大、残業代不払い

労基署は是正勧告を受け支給

法人化で業務増加
交付金と職員は減

東北大病院 残業代不払い

労基署 医師260人分の550万円

長崎大も残業代未払い

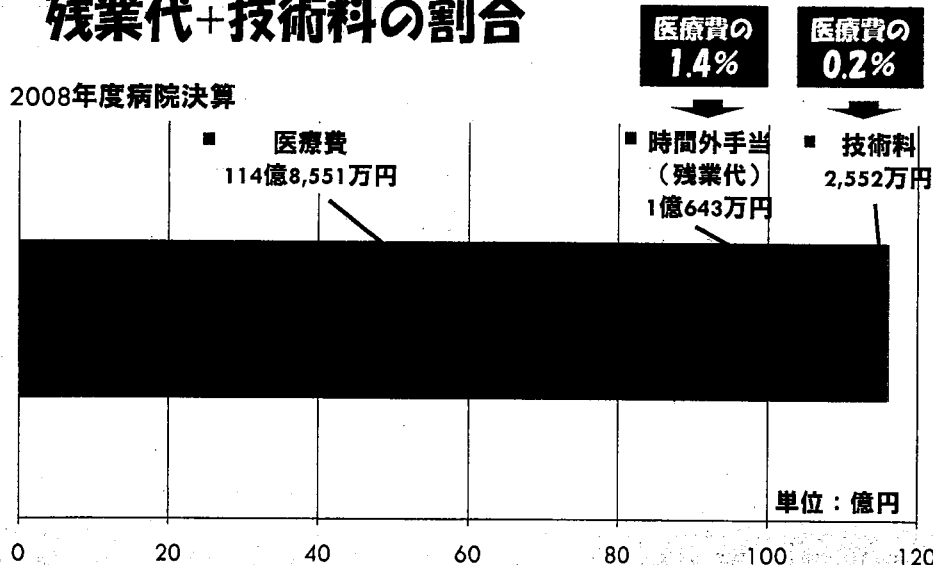
計670万円、労基署勧告

長崎大学(長崎県)は、特定機能病院に指定された。指定に伴い、業務量が増加し、医師らに十分な残業代が支払われていないと、労基署から是正勧告を受けた。長崎大は、指定後、業務量が増加し、医師らに十分な残業代が支払われていないと、労基署から是正勧告を受けた。長崎大は、指定後、業務量が増加し、医師らに十分な残業代が支払われていないと、労基署から是正勧告を受けた。

右)「朝日新聞」2008年9月26日
中)「河北新報」2009年1月8日
左)「朝日新聞」2006年4月25日

大学病院の医療費に対する 残業代+技術料の割合

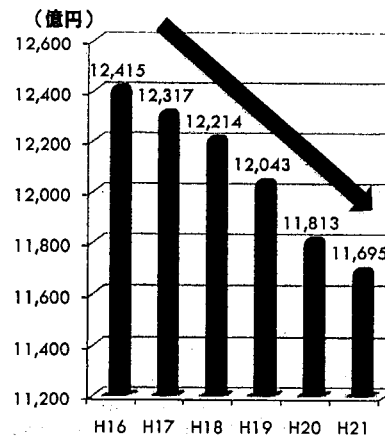
2008年度病院決算



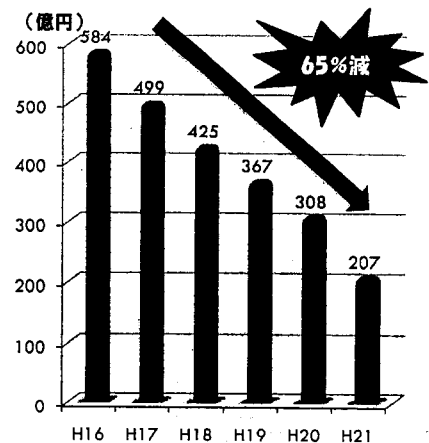
単位：億円

原資となってきた運営費交付金は激減

国立大学法人



国立大学法人附属病院



[出所]文部科学省「大学病院の現状」2009年

全病院・診療所に技術料を拡大すると※、

年間推計総額

503億8,485万円

(国民医療費の0.15%)

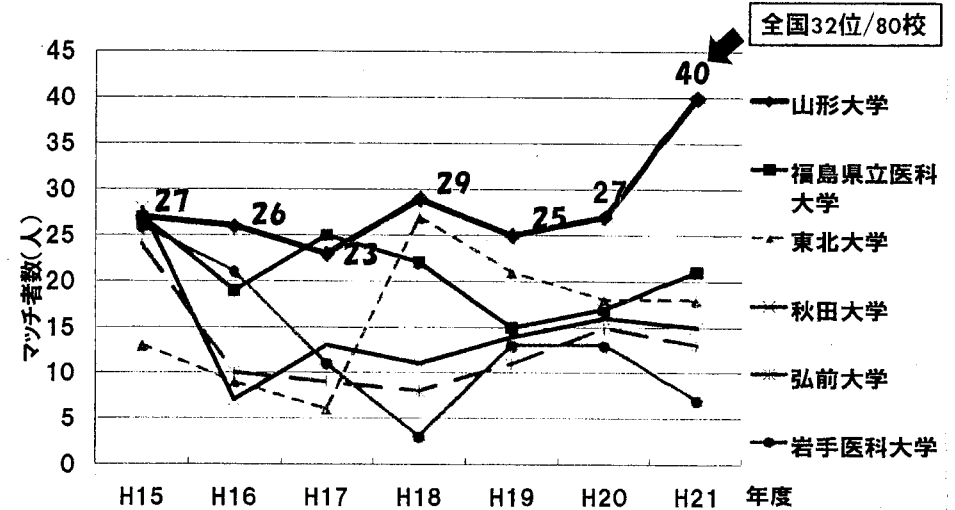
=745,945件※×67,545円

※推計の都合上、35,000点以上の手術に対する高度技術料のみの拡大とする。

全国の全手術件数についての統計データがないため、『平成17年度医療施設(静態・動態)調査・病院報告概要』より、対象となる手術件数を推計。
 具体的には、開頭手術が77,556件、人工心臓を用いた手術が44,268件、悪性腫瘍手術が439,105件、腹腔鏡下手術が144,324件、胸腔鏡下手術が40,692件。



山形大学の
卒業臨床研修マッチ者数は東北No.1

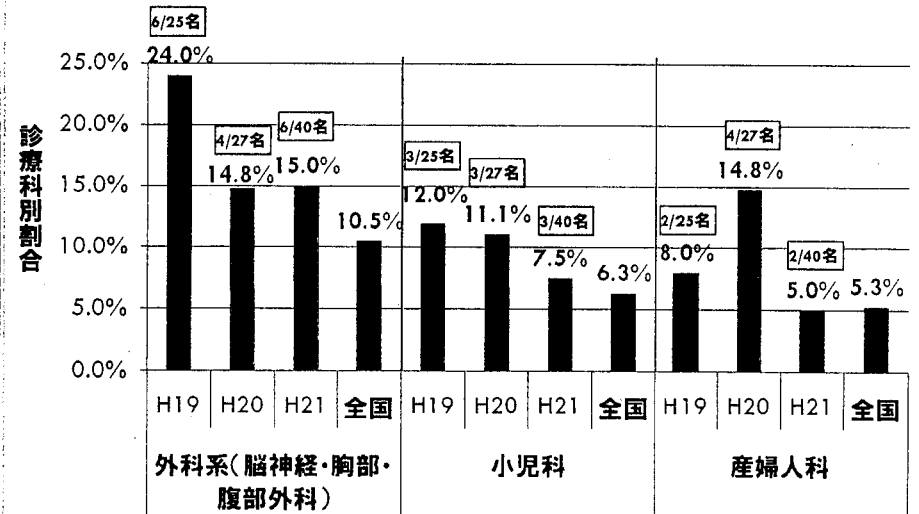


ハイリスク医療業務への
適切な対応

- 科の偏在が解消
- 外科医・産科医の減少を防ぐ



山形大学の
外科系・産婦人科・小児科の入局者数



※全国値は、H20年度、全国医学部長・病院長会議調べ



その他の職場環境改善 (1)

短時間労働制度

- 従来、出産・子育てで当直や長時間労働ができず、正規職員として働けなかった女性医師を正規職員として雇用(2008年4月から)

肩身が狭くなくなった

2008年度は17名が利用

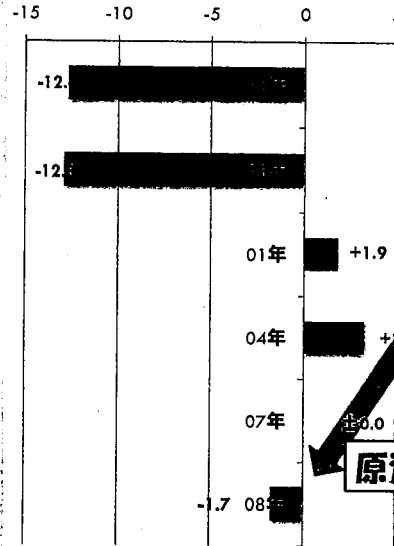


Yamagata University
T. Kayama

21

山形大学病院の単年度収支の推移 ～経営改善取り組みも限界～

(億円)



原資が枯渇!

順位	大学名	附属病院
1	山形大学	99.7%
2	高知大学	102.1%
3	佐賀大学	102.2%
4	法政医科大学	103.7%
5	香川大学	104.4%
6	秋田大学	104.5%
7	宮崎大学	105.4%
8	旭川医科大学	106.1%
10	三重大学	106.8%
11	鳥取大学	107.2%
12	浜松医科大学	108.4%
13	山梨大学	109.2%
14	岡山大学	109.3%
15	福井大学	109.5%
16	群馬大学	110.4%
17	山口大学	110.8%
18	名古屋大学	111.3%
19	筑波大学	111.6%
20	千葉大学	111.7%

(注) 附属病院収支力(=附属病院運営費交付金を除く経常費用+経常収益)

『週刊東洋経済』
2005年10月15日号
Yamagata University
T. Kayama

23

その他の職場環境改善 (2)



収益を還元

24時間オープンコンビニを設置
(国立大学で全国初)

→患者さん・職員の利便性

24時間保育所「すくすく」を
病院内に設置:職員に安心感
→医療の質の向上

Yamagata University
T. Kayama

22

診療報酬における医師の技術や能力の評価について

診療報酬における医師の技術や能力の評価については、

- ① 医療法に定める人員標準に着目したもの
→ 著しく下回る（70%以下、50%以下）場合に入院料を減算（注1）
- ② 特に要件はつけずに医師の技術等に着目したもの
→ 人数・配置・専門性は明示していないが、明らかに医師の技術や能力を評価しているもの
（診断料・判断料、生体検査の一部、処置・手術・麻酔等）（注2）
- ③ 医師の配置や技術に着目したもの
→ 専従・専任などの時間的な配置要件及び、経験年数、経験症例数などの医師のキャリアや診療科など医師の専門性を評価した要件
（注3）

等により、実施しているところ。

注1) 医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料の算出方法

	医師又は歯科医師の員数の基準	
	70/100以下	50/100以下
離島等所在保険医療機関以外の場合	90/100	85/100
離島等所在保険医療機関の場合	98/100	97/100

注2) 人数・配置・専門性は明示していないが、明らかに医師の配置を評価しているもの

(1) 診断料及び判断料

検体検査判断料、基本的検体検査判断料、脳波検査判断料、神経・筋検査判断料、核医学診断、コンピュータ断層撮影診断料、コンピュータ断層診断等各種判断料、病理診断料及び病理判断料 等

(2) 生体検査の一部、処置、手術、麻酔

生体検査 約70、処置 約250、手術 約1700、麻酔 約40

注3)【医師の配置や技術等が要件となっている診療報酬項目】

医師「 単独 」の要件	79件
「 医師数 」を評価したもの(2名以上)※	32件
「 経験年数 」を評価したもの※	29件
「 経験症例数 」を評価したもの※	14件
「 診療科を限定 」して評価したもの※	28件
医師を含む「 複数の職種 」を評価したもの	71件
計	150件

※一つの算定項目で複数の条件の組み合わせがある場合は、それぞれ計上している。

配置要件の例)

○A212-2 新生児入院医療管理加算(1日につき)

「専任の小児科の常勤医師が常時1名以上」

○K180 3 頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うもの)

「頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置」

○A237 ハイリスク分娩管理加算

「専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置」

○K843-2 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

「腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。」

○M001 4 焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)

「当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ5例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)が1名以上配置。」

【医師の配置や技術等が要件となっている診療報酬項目数(算定項目部門別)】

A 基本診療料 (入院基本料、救命救急入院料、小児入管等)	62件
B 特掲診療料 (小児特定疾患カウンセリング料、皮膚科特定疾患指導管理料、地域連携小児夜間・休日診療料、てんかん指導料、医療機器安全管理料等)	21件
C 在宅医療 (在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料等)	8件
D 検査(検体検査管理加算、血管内視鏡加算、長期継続頭蓋内脳波検査、人工臓腑、神経学的検査等)	14件
E 画像診断 (画像診断管理加算、ポジトロン断層撮影、冠動脈CT撮影加算等)	10件
G 注射 (外来化学療法加算)	1件
H リハビリテーション (心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料等)	14件
I 精神科専門療法(精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア等)	28件
J 処置(エタノールの局所注入)	2件
K 手術 (内視鏡下椎間板摘出(切除)術、脳刺激装置植込術、人工内耳埋込術、経皮的冠動脈形成術、ペースメーカー移植術、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術等)	46件
L 麻酔(麻酔管理料)	14件
M 放射線治療 (体外照射(強度変調放射線治療(IMRT))等)	5件
N 病理 (術中迅速病理組織標本作製等)	2件

医師の配置や技術が要件となっている診療報酬項目

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
A100 1	一般病棟7対1入院基本料	1,555点	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上。当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。	1,028	239,886	2,794,321 回
A102 1	結核病棟7対1入院基本料	1,447点	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上。当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。	43	654	3,520 回
A105 1	専門病院7対1入院基本料	1,555点	①常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上。当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。 ②悪性腫瘍に係る専門病院については、一般病棟(障害者施設等入院基本料及び特定入院料(救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。))を算定する病棟を除く。)に勤務する常勤の医師の員数が許可病床(当該一般病棟に係るものに限る。)数に100分の6を乗じて得た数以上。	8	2,580	68,596 回
A105 2	専門病院10対1入院基本料	1,300点	悪性腫瘍に係る専門病院については、一般病棟(障害者施設等入院基本料及び特定入院料(救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。))を算定する病棟を除く。)に勤務する常勤の医師の員数が許可病床(当該一般病棟に係るものに限る。)数に100分の6を乗じて得た数以上。	11	3,563	29,457 回
A105 3	専門病院13対1入院基本料	1,092点	悪性腫瘍に係る専門病院については、一般病棟(障害者施設等入院基本料及び特定入院料(救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。))を算定する病棟を除く。)に勤務する常勤の医師の員数が許可病床(当該一般病棟に係るものに限る。)数に100分の6を乗じて得た数以上。	-	-	1,463 回
A108 3	夜間緊急体制確保加算	15点	夜間に医師を配置、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保。	-	-	506,703 回
A108 3	医師配置適合加算	60点	医師の数が、2以上。	-	-	344,589 回
A204-2 1	臨床研修病院入院診療加算(単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院)(入院初日)	40点	①指導医は臨床経験を7年以上有する医師。 ②研修医2.5人につき、指導医1人以上。	1,364	-	211,617 回
A204-2 2	臨床研修病院入院診療加算(協力型臨床研修病院)(入院初日)	20点				33,702 回
A205 1	救急医療管理加算(1日につき)	600点	通常の当直体制のほか重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を確保。	-	-	969,675 回
A205 2	乳幼児救急医療管理加算(1日につき)	150点		-	-	32,504 回
A205-2	超急性期脳卒中加算(入院初日)	12,000点	専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講。	649	-	412 回

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)	5,000点	緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置。	1,273	-	1,502 回
A212-2	新生児入院医療管理加算(1日につき)	800点	専任の小児科の常勤医師が常時1名以上。	78	825	3,985 回
A226-2	緩和ケア診療加算(1日につき)	300点	①身体症状の緩和を担当する常勤医師(悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者)。 ②精神症状の緩和を担当する常勤医師(3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者)。	87	52,737	13,441 回
A230-3 1	精神科身体合併症管理加算(精神科救急入院料等を算定している患者の場合)(1日につき)	300点	専任の内科又は外科の医師が1名以上配置。	874	-	10,236 回
A230-3 2	精神科身体合併症管理加算(精神科病棟入院基本料等を算定している患者の場合)(1日につき)	200点				15,639 回
A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	650点	常勤の医師が2名以上配置。うち1名以上は精神保健指定医。	15	671	3,264 回
A235	褥瘡患者管理加算(入院中1回)	20点	褥瘡対策に係る専任の医師。	7,739	1,234,928	139,934 回
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算(1日につき)	1,000点	専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置。	1,715	-	21,870 回
A237	ハイリスク分娩管理加算	2,000点	専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置。	635	240,549	8,482 回
A240	後期高齢者総合評価加算(入院中1回)	50点	常勤の医師又は歯科医師が1名以上いること。	1,041	-	2,049 回
A300 1	救命救急入院料1(3日以内)	9,700点	専任の医師が、常時救命救急センター内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔医等が常時待機。	202	-	6,453
A300 1	救命救急入院料2(3日以内)	11,200点				1,726
A300 2	救命救急入院料1(4日以上7日以内)	8,775点				-
A300 2	救命救急入院料2(4日以上7日以内)	10,140点				-
A300 3	救命救急入院料1(8日以上14日以内)	7,490点				-
A300 3	救命救急入院料2(8日以上14日以内)	8,890点				-
						12 回

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
A301 1	特定集中治療室管理料(7日以内)	8,760点	専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務。	592	4,177	2,602 回
A301 2	特定集中治療室管理料(8日以上14日以内)	7,330点				1,083 回
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料(1日につき)	3,700点	専任の常勤医師が常時1名以上。	68	776	3,923 回
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日につき)	5,700点	神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師が常時1名以上。	58	355	7,506 回
A302	新生児特定集中治療室管理料	3,500点	専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務。	198	1,310	6,000 回
A303 1	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料)	7,000点	専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務。	75	3,857	164 回
A303 2	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)	3,600点				1,650 回
A304	広範囲熱傷特定集中治療室管理料	1,890点	専任の医師が常時、広範囲熱傷特定集中治療室内に勤務。	25	52	-
A307 1	小児入院医療管理料1	1,500点	小児科の常勤の医師が20名以上配置。	35	2,704	6,028 回
A307 2	小児入院医療管理料2	1,600点	小児科の常勤の医師が5名以上配置。	187	7,986	69,544 回
A307 3	小児入院医療管理料3	1,000点	小児科の常勤の医師が3名以上配置。	329	8,868	89,653 回
A307 4	小児入院医療管理料4	1,100点	小児科の常勤の医師が1名以上配置。	105	-	11,120 回
A308 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,690点	病棟に専任の医師1名以上。	195	一般: 5,047 療養: 6,555	138,712 回
A308 2	回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,595点		725	一般: 13,777 療養: 25,349	22,873 回
A309 1	特殊疾患病棟入院料1	1,943点	病棟に専任の医師が常勤。	一般: 82 療養: 6	一般: 4,217 療養: 475	53,316 回
A309 2	特殊疾患病棟入院料2	1,570点		一般: 55 療養: 6 精神: 52	一般: 3,465 療養: 309 精神: 4,124	246,307 回
A310	緩和ケア病棟入院料	3,780点	緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置。	194	3,792	71,218 回
A311 1	精神科救急入院料1(30日以内の期間)	3,431点	当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上配置。	42	2,615	7,150 回
A311 1	精神科救急入院料1(31日以上の期間)	3,031点				12,600 回
A311 2	精神科救急入院料2(30日以内の期間)	3,231点				1,150 回
A311 2	精神科救急入院料2(31日以上の期間)	2,831点				7,984 回

3

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
A311-2 1	精神科急性期治療病棟入院料1(30日以内の期間)	1,900点	当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置。	219	11,420	80,291 回
A311-2 1	精神科急性期治療病棟入院料1(31日以上の期間)	1,600点				112,172 回
A311-2 2	精神科急性期治療病棟入院料2(30日以内の期間)	1,800点		20	1,016	32,199 回
A311-2 2	精神科急性期治療病棟入院料2(31日以上の期間)	1,500点				32,225 回
A311-3 1	精神科救急・合併症入院料(30日以内の期間)(1日につき)	3,431点	当該保険医療機関内に、常勤の精神科医が5名以上配置、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が3名以上配置。	1	55	-
A311-3 2	精神科救急・合併症入院料(31日以上の期間)(1日につき)	3,031点				-
A312	精神療養病棟入院料	1,090点	常勤の精神保健指定医が2名以上配置、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置。	813	90,524	2,442,088 回
A314 1	認知症病棟入院料1(90日以内の期間)	1,330点	精神科医師が1人以上勤務。	373	-	130,172 回
A314 1	認知症病棟入院料1(91日以上の期間)	1,180点				524,843 回
A314 2	認知症病棟入院料2(90日以内の期間)	1,070点		62	-	15,037 回
A314 2	認知症病棟入院料2(91日以上の期間)	1,020点				95,516 回
A400 1	短期滞在手術基本料1	2,800点	手術が行われる日において、麻酔科医が勤務。	病院: 93 診療所: 111	-	6,722 回
A400 2	短期滞在手術基本料2	4,800点		病院: 123 診療所: 38	-	158 回
B001 1	ウイルス疾患指導料1	240点	当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置。	-	-	3,059 回
B001 1	ウイルス疾患指導料2	330点				病院: 54 診療所: 2
B001 1	後天性免疫不全症候群療養指導加算	220点	HIV感染者の診療に従事した経験を5年以上有する専任の医師が1名以上配置。	-	-	1,442 回
B001 4	小児特定疾患カウンセリング料(月の1回目)	500点	小児科を担当する医師。	-	-	54,328 回
B001 4	小児特定疾患カウンセリング料(月の2回目)	400点		-	-	16,873 回
B001 5	小児科療養指導料	250点	小児科を担当する医師。	-	-	20,430 回
B001 6	てんかん指導料	250点	小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を担当する医師。	-	-	229,148 回

4

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
B001 8	皮膚科特定疾患指導管理料(1)	250点	皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師。	-	-	110,552 回
B001 8	皮膚科特定疾患指導管理料(2)	100点		-	-	407,412 回
B001 14	高度難聴指導管理料(術後3月以内)	480点	5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置。	病院: 691 診療所: 2,204	-	-
B001 14	高度難聴指導管理料(その他)	400点				3,077 回
B001 20	糖尿病合併症管理料	170点	糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上配置。	病院: 386 診療所: 121	-	612 回
B001 21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	150点	耳鼻咽喉科を担当する医師。	-	-	26,561 回
B001-2-2 4	地域連携小児夜間・休日診療料1	350点	小児科を担当する医師が3名以上あり、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師。	病院: 95 診療所: 253	-	98,312 回
B001-2-2 4	地域連携小児夜間・休日診療料2	500点	専ら小児科を担当する医師が3名以上。	病院: 64 診療所: 3	-	49,975 回
B001-2-3 5	乳幼児育児栄養指導料	130点	小児科を担当する医師。	-	-	294,719 回
B001-3-2 3	ニコチン依存症管理料(初回)	230点	禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。	病院: 1,196 診療所: 5,605	-	12,292 回
B001-3-2 3	ニコチン依存症管理料(2回目から4回目まで)	184点				10,808 回
B001-3-2 3	ニコチン依存症管理料(5回目)	180点				440 回
B011-4 2	医療機器安全管理料(放射線治療機器管理体制整備医療機関で放射線治療計画を策定する場合)(一連につき)	1,000点	放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上。	病院: 389 診療所: 7	-	10,264 回
B016	後期高齢者診療料	600点	必要な研修を受けた常勤の医師が1名以上配置。	病院: 27 診療所: 9,543	-	42,736 回

5

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
C002 1	在宅時医学総合管理料1(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合)(院外処方せんを交付する場合)	4,200点	在宅医療を担当する常勤医師が勤務。	-	-	70,578 回
C002 1	在宅時医学総合管理料1(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合)(処方せんを交付しない場合)	4,500点				15,122 回
C002 2	在宅時医学総合管理料2(1以外の場合)(院外処方せんを交付する場合)	2,200点				26,983 回
C002 2	在宅時医学総合管理料2(1以外の場合)(院外処方せんを交付しない場合)	2,500点				7,459 回
C002-2 1	特定施設入居時等医学総合管理料1(在宅療養支援診療所等)(院外処方せんを交付する場合)(月1回)	3,000点	在宅医療を担当する常勤医師が勤務。	病院: 1,039 診療所: 17,263	-	19,688 回
C002-2 1	特定施設入居時等医学総合管理料1(在宅療養支援診療所等)(院外処方せんを交付しない場合)(月1回)	3,300点				827 回
C002-2 2	特定施設入居時等医学総合管理料2(1以外の場合)(院外処方せんを交付する場合)(月1回)	1,500点				8,342 回
C002-2 2	特定施設入居時等医学総合管理料2(1以外の場合)(院外処方せんを交付しない場合)(月1回)	1,800点				1,305 回
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)	2,000点	臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 456 診療所: 2	-	150 回
D026 6	検体検査管理加算(2)	100点	臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 1,616 診療所: 30	-	244,534 回
D026 6	検体検査管理加算(3)	300点	臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 549 診療所: 1	-	123,583 回
D026 6	遺伝カウンセリング加算	500点	遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 90 診療所: 13	-	-
D206 3	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡加算	300点	①循環器科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置。 ②心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。	病院: 451 診療所: 2	-	-

6

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
D231	人工臓腑(一連につき)	5,000点	担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上並びに少なくとも15年以上の経験を有する常勤の指導医が1名以上配置。	病院: 51 診療所: 0	-	-
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	400点	脳神経外科の常勤医師が1名以上配置。	280	-	90回
D236-3	神経磁気診断	5,000点	神経磁気診断の経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 28 診療所: 1	-	-
D239-3	神経学的検査	300点	神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科又は脳神経外科を担当する常勤の医師(専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置。	病院: 1,144 診療所: 79	-	35,866回
D244-2 1	補聴器適合検査(1回目)	1,300点	厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 256 診療所: 258	-	229回
D244-2 2	補聴器適合検査(2回目以降)	700点	厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が1名以上配置。	-	-	1,799回
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200点	眼科診療を専ら担当する常勤の医師(眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。)が配置。	病院: 1,276 診療所: 5,527	-	528,539回
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000点	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が1名以上配置。	病院: 509 診療所: 84	-	1,889回
D310 2	小腸ファイバースコープ(カプセル型内視鏡によるもの)	1,700点	消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置。	-	-	25回
E000	画像診断管理加算1	70点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	病院: 876 診療所: 195	-	672,597回
E000	画像診断管理加算2	180点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	病院: 892 診療所: 1	-	639,847回
E000	遠隔画像診断管理加算1	70点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	受信制 病院: 59	-	-
E000	遠隔画像診断管理加算2	180点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	-	-	-

7

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
E101-2 1	ポジトロン断層撮影(150標識ガス剤を用いた場合)(一連の検査につき)	7,000点	核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上。	病院: 141 診療所: 38	-	-
E101-2 2	ポジトロン断層撮影(18FDGを用いた場合)(一連の検査につき)	7,500点		-	-	11,688回
E101-3 1	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(150標識ガス剤を用いた場合)(一連の検査につき)	7,625点		病院: 149 診療所: 41	-	-
E101-3 2	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(18FDGを用いた場合)(一連の検査につき)	8,625点		-	-	7,713回
E200 4	冠動脈CT撮影加算	600点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	病院: 314 診療所: 6	-	7,523回
E202 4	心臓MRI撮影加算	300点	画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師に限る。)が1名以上配置。	病院: 454 診療所: 0	-	587回
G000 4	外来化学療法加算1	500点	化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務。	病院: 1,074 診療所: 72	-	95,801回
H000 1	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(1単位)	200点	循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 285 診療所: 5	-	104,094回
H000 2	心大血管疾患リハビリテーション料(2)(1単位)	100点	循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務。	病院: 116 診療所: 16	-	18,292回
H001 1	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(1単位)	235点	①専任の常勤医師が2名以上勤務。うち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴(又は講師歴)を有する。 ②言語聴覚療法のみを実施する場合は、専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 1,979 診療所: 61	-	7,205,973回
H001 2	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(1単位)	190点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 1,070 診療所: 270	-	1,031,411回
H001 3	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(1単位)	100点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 2,238 診療所: 77	-	852,159回

8

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
H002 1	運動器リハビリテーション料(1)(1単位)	170点	運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 4,635 診療所: 3,285	-	5,917,826 回
H002 2	運動器リハビリテーション料(2)(1単位)	80点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 976 診療所: 647	-	2,345,178 回
H003 1	呼吸器リハビリテーション料(1)(1単位)	170点	呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 2,716 診療所: 105	-	277,052 回
H003 2	呼吸器リハビリテーション料(2)(1単位)	80点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 970 診療所: 165	-	40,048 回
H006	難病患者リハビリテーション料(1日につき)	600点	専任の常勤医師が勤務。	病院: 42 診療所: 51	-	1,428 回
H007 1	障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)(1単位)	220点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 220 診療所: 95	-	64,707 回
H007 2	障害児(者)リハビリテーション料(6歳以上18歳未満)(1単位)	190点				54,373 回
H007 3	障害児(者)リハビリテーション料(18歳以上)(1単位)	150点				81,741 回
H008	集団コミュニケーション療法料(1単位)	50点	専任の常勤医師が1名以上勤務。	病院: 1,028 診療所: 92	-	12,122 回
I000 1	精神科電気痙攣療法(マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合)(1日につき)	3,000点	精神科を担当する医師。	-	-	2,711回
I000 2	精神科電気痙攣療法(その他)(1日につき)	150点				2,200回
I001 1	入院精神療法(1)(1回につき)	360点	精神保健指定医その他の精神科を担当する医師。	-	-	130,706回
I001 2	入院精神療法(2)(1回につき)(6月以内)	150点				155,681回
I001 2	入院精神療法(2)(1回につき)(6月超)	80点				676,713回
I002 1	通院・在宅精神療法(初診時精神保健指定医等による場合)(1回につき)	500点	精神保健指定医又はこれに準ずる者(精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。)			180,286回
I002 2	通院・在宅精神療法(1回につき)(病院)(30分以上)	360点	精神科を担当する医師(研修医を除く。)	-	-	58,940回
I002 2	通院・在宅精神療法(1回につき)(病院)(30分未満)	330点				1,126,171回
I002 2	通院・在宅精神療法(1回につき)(診療所)(30分以上)	360点				152,501回
I002 2	通院・在宅精神療法(1回につき)(診療所)(30分未満)	350点				2,188,882回
I002-2	精神科継続外来支援・指導料(1日につき)	55点				精神科を担当する医師。

9

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
I003	標準型精神分析療法(1回につき)	390点	当該療法に習熟した医師により行われた場合。精神科を標榜する保険医療機関以外の標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師。	-	-	60,488回
I004 1	心身医学療法(入院)(1回につき)	70点	当該療法に習熟した医師によって行われた場合。	-	-	1,190回
I004 2	心身医学療法(入院外)(1回につき)(初診時)	110点				9,927回
I004 2	心身医学療法(入院外)(1回につき)(再診時)	80点				32,577回
I005	入院集団精神療法(1日につき)	100点	精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合。	-	-	8,526回
I006	通院集団精神療法(1日につき)	270点	精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合。	-	-	425回
I008-2 1	精神科ショート・ケア(小規模のもの)(1日につき)	275点	精神科医師及び専従する1人の従事者の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対しては1回20人を限度とすること。	病院: 306 診療所: 152	-	8,443 回
I008-2 2	精神科ショート・ケア(大規模のもの)(1日につき)	330点	①精神科の医師及び専従する3人の従事者の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1回50人を限度とすること。 ②①に規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及び①に規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1回70人を限度とすること。	病院: 416 診療所: 90	-	14,580 回
I009 1	精神科デイ・ケア(小規模なもの)(1日につき)	550点	精神科医師及び専従する2人の従事者の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とすること。	病院: 435 診療所: 273	-	95,529 回
I009 2	精神科デイ・ケア(大規模なもの)(1日につき)	660点	①精神科医師及び専従する3人の従事者の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。 ②①に規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及び①に規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。	病院: 663 診療所: 187	-	341,414 回
I010	精神科ナイト・ケア(1日につき)	500点	精神科医師及び専従する2人の従事者の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては、1日20人を限度とすること。	病院: 127 診療所: 93	-	15,102 回

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき)	1,000点	①精神科医師及び専従する2人の従事者の3人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。 ②精神科医師及び専従する3人の従事者の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。	病院: 277 診療所: 113	-	115,262 回
I011	精神科退院指導料	320点	精神科を担当する医師。	-	-	10,542回
I012 1	精神科訪問看護・指導料(1)	575点	精神科を担当している医師。	-	-	46,931回
I012 2	精神科訪問看護・指導料(2)	160点				5,709回
I013	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	250点	精神科を担当する医師。	-	-	16,365回
I015	重度認知症患者デイ・ケア料(1日につき)	1,000点	精神科医師が1人以上勤務。	病院: 159 診療所: 69	-	115,895 回
J017	エタノールの局所注入(甲状腺に対するもの)	1,000点	甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上。	病院: 289 診療所: 56	-	2,250 回
J017	エタノールの局所注入(副甲状腺に対するもの)	1,000点	副甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上。	病院: 266 診療所: 55	-	
K134-2 1	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)	33,600点	①常勤の整形外科の医師が2名以上配置。 ②区分番号「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として、300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。 ③当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術に限る。)及び内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)を合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。	6	-	-
K134-2 2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方摘出術)	17,200点	①常勤の整形外科の医師が2名以上配置。 ②区分番号「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。 ③当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術に限る。)を合わせて30例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。	103	-	175 回

11

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	45,300点	①常勤の整形外科の医師が2名以上配置。 ②区分番号「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として、300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。 ③当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術に限る。)及び内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)を合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置。	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)と合わせて報告のため、単独数不明	-	-
K180 3	頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うもの)	21,000点	頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置。	40	-	-
K181 1	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む)(片側の場合)	28,300点	脳神経外科の常勤医師が1名以上配置。	520	-	-
K181 2	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む)(両側の場合)	35,000点				-
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050点	脳神経外科の常勤医師が1名以上配置。	-	-	-
K190	脊髄刺激装置植込術	17,900点	脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師が1名以上配置。	732	-	47 回
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050点	脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師が1名以上配置。			20 回
K328	人工内耳埋込術	30,400点	常勤の耳鼻咽喉科の医師が3名以上配置、うち2名以上は耳鼻咽喉科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の人工内耳埋込術の経験を有している。	99	-	-
K443 3	上顎骨形成術(骨移動を伴う場合)	32,400点	上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び耳鼻咽喉科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置。	24	-	-
K444 4	下顎骨形成術(骨移動を伴う場合)	27,800点	上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び耳鼻咽喉科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置。			-

12

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
K514-6	生体部分肺移植術	66,700点	当該手術を担当する診療科の常勤医師が5名以上配置、うち少なくとも1名は臓器移植の経験を有している。	5	-	-
K548	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	23,000点	5年以上の循環器科の経験を有する医師が1名以上配置、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置。	308	-	20回
K595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	22,800点	①経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置。 ②5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置。ただし、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。	315	-	180回
K597 1	ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)	13,800点	循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置。	病院:2,706 診療所:253	-	-
K597 2	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	6,830点	循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置。			2,033回
K597-2	ペースメーカー交換術	3,200点	循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置。			1,251回
K598	両心室ペースメーカー移植術	20,500点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。	291	-	20回
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	3,200点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。			40回
K599	埋込型除細動器移植術	13,100点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。	328	-	351回
K599-2	埋込型除細動器交換術	2,200点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。			-
K599-3	両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術	14,000点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。	216	-	80回
K599-4	両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	3,200点	常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置、うち2名以上は、所定の研修を修了している。			-

13

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
K600 1	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)(初日)	8,780点	循環器科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置。	病院:1,574 診療所:44	-	1,073回
K600 2	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)(2日目以降)	3,680点				3,845回
K603 1	補助人工心臓(1日につき)(初日)	30,000点	常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置、うち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有し、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有している。	143	-	-
K603 2	補助人工心臓(1日につき)(2日目以降30日まで)	5,000点				-
K603 3	補助人工心臓(1日につき)(31日目以降)	4,000点				-
K604 1	埋込型補助人工心臓(1日につき)(初日)	30,000点	①常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置、うち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有し、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有している。	5	-	-
K604 2	埋込型補助人工心臓(1日につき)(2日目以降30日まで)	5,000点				-
K604 3	埋込型補助人工心臓(1日につき)(31日目以降90日まで)	4,000点	②補助人工心臓の装着経験が5例以上あり、うち3例は過去3年間に経験していること。そのうち1例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。			-
K604 4	埋込型補助人工心臓(1月につき)(91日目以降)	6,000点	③所定の研修を修了している常勤医師が2名以上配置。			-
K678	体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	16,300点	担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置。	429	-	-
K697-5	生体部分肝移植術	63,700点	当該手術を担当する診療科の常勤医師数が5名以上配置、うち少なくとも1名は臓器移植の経験を有している。	72	-	-
K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	36,000点	①腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。	32	-	-
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300点	担当する医師が常時待機(院外での対応も含む。)しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置。	897	-	4,156回

14

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000点	①腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。			-
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100点	①腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。	34		-
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300点	①腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。			-
K780-2	生体腎移植術	40,000点	当該手術を担当する診療科の常勤の医師が2名以上配置、うち少なくとも1名は、1例以上の死体腎移植又は5例以上の生体腎移植の経験を有している。	148		-
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000点	当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ5例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)が1名以上配置。	4		-
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	45,300点	①腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。	41		-

15

区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300点	①腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置。 ②当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置。	35		37回
K920-2-1	輸血管理料1	200点	輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置。	病院: 259 診療所: 1		12,848回
K920-2-2	輸血管理料2	70点	輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置。	病院: 817 診療所: 11		10,576回
L009 1	麻酔管理料(硬膜外麻酔を行った場合)	200点	常勤の麻酔科標榜医。 疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師。	病院: 2,309 診療所: 491		14,711回
L009 1	麻酔管理料(脊髄麻酔を行った場合)	200点				-
L009 2	麻酔管理料(マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合)	900点				81,672回
L100 1	神経ブロック トーラスハイナル・三叉神経半月神経節ブロック, 他	1,500点				41,167回
L100 2	神経ブロック 眼神経・上顎神経ブロック, 他	800点				74,234回
L100 3	神経ブロック 腰部交感神経節ブロック, 他	570点				13回
L100 4	神経ブロック 眼瞼痙攣, 片側顔面痙攣又は痙攣斜頸	400点				4,898回
L100 5	神経ブロック 星状神経節ブロック, 他	340点				142,988回
L100 6	神経ブロック 腕神経叢ブロック, 他	170点				116,226回
L100 7	神経ブロック 頸・胸・腰脊髄神経ブロック, 他	90点				270,855回

16

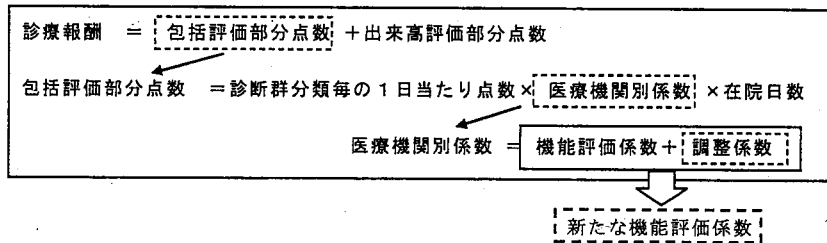
区分番号	算定項目	点数	医師の配置と技術の要件	届出数 平成20年7月1日現在		算定状況 (平成20年6月 審査分)
				件数	病床数	
L101 1	神経ブロック 下垂体ブロック, 他	3,000点	疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師。			185回
L101 2	神経ブロック 胸・腰交感神経節ブロック, 他	1,800点				265回
L101 3	神経ブロック 眼窩上神経ブロック, 他	800点				384回
L101 4	神経ブロック 迷走神経ブロック, 他	340点				5,431回
M000 5	放射線治療専任加算	330点	放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置。	病院: 447 診療所: 5	-	11,138 回
M000 6	外来放射線治療加算	100点	放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置。	病院: 407 診療所: 5	-	138,177 回
M001 4	体外照射(強度変調放射線治療(IMRT))(1回目)	3,000点	放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置、うち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者。	病院: 45 診療所: 2		4,075 回
M001 4	体外照射(強度変調放射線治療(IMRT))(2回目)	1,000点				-
M001-3	直線加速器による定位放射線治療	63,000点	放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置。	病院: 190 診療所: 5	-	319 回
N003	術中迅速病理組織標本作製(テレパソロジー)	1,990点	受信制(画像診断が行われる保険医療機関)においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務。	受信制 病院: 36	-	-
N006	病理診断料	410点	病理診断を専ら担当する医師が勤務。	-	-	228,976 回

DPC（急性期入院医療の診断群分類に基づく 日額包括評価）について

第1 現行の点数設定

1 DPCにおける診療報酬は、出来高評価部分と包括評価部分からなり、包括評価部分は、診断群分類毎の1日当たり点数に医療機関別係数と在院日数を乗じて決定される。

この場合の医療機関別係数は、医療機関毎に設定された機能評価係数と調整係数を合算して算出する。



2 調整係数の役割

現行の調整係数は、DPCの円滑導入のために設定されたものであり、

ア 出来高制度から包括制度へ移行する際の、激変緩和としての前年度並の収入確保

イ 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、診断群分類に基づく評価のみでは対応できない病院機能の評価

などの役割を持っている。

第2 課題等

1 新たな機能評価係数の導入（調整係数の段階的廃止）

調整係数の役割のうち「ア」の役割については段階的に廃止するとともに、「イ」の役割について新たな機能評価係数として評価すること、更なるその廃止や設定の検討についての基本的な考え方が、当委員会において合意されている。

これを受けて、新たな機能評価係数の具体的な内容と段階的な廃止の考え方について、これまでDPC評価分科会を中心に議論が重ねられ、次期診療報酬改定等の対応案がとりまとめられた（平成21年11月30日）（診-1-2）。

2 診断群分類の見直し

包括評価の基礎となる診断群分類については、現場の診療実態や技術革新等に基づき継続して見直すことが必要であり、DPC評価分科会において見直し作業が行われているところ（参考資料1）。

3 算定上のルール等

(1) 包括評価対象の見直し

現在、包括評価されている内容のうち、術中迅速病理組織標本作製や血友病等に使用する血液凝固因子製剤などの項目については、包括での評価がなじまないとの指摘がある（参考資料3）。

(2) 入院期間に応じた点数設定

これまで、各診断群分類の平均在院日数や平均点数を用いて3つの入院期間を設定し、入院期間毎の点数設定を行ってきたが、診断群分類の中には、実際の入院期間毎の医療資源の投入量と設定された点数との間に大きな乖離が生じているものもあるとの指摘があり、当委員会において見直しが決定されている（平成21年8月5日）（参考資料1）。

(3) その他

医療法標準による医師等の員数の基準を満たせない場合や、特別入院基本料を算定する場合等の取扱について、出来高と同様に規定すべきとの指摘がある。

4 DPCの調査様式の見直し

DPC対象・準備病院について実施する調査で、診療内容等を十分に評価するためには、現行の調査様式を見直し、さらに充実すべきとの指摘がある。

第3 論点等

1 新たな機能評価係数の具体的項目について、どのように考えるか（参考資料2）。

2 調整係数の段階的廃止への対応について、どのように考えるか（参考資料4、5）。

3 診断群分類の見直し及び算定ルール等の見直しについて、どのように考えるか（参考資料1、3）。

第2の課題等への対応状況

- 1 新たな機能評価係数の導入【検討中】
- 2 診断群分類の見直し【対応に着手】
- 3 算定上のルール等
 - (1) 包括評価対象の見直し 【要検討】
 - (2) 入院期間に応じた点数設定【検討済み・対応予定】
 - (3) その他（医師等の基準、特別入院基本料算定時への対応）
【要検討】

新たな機能評価係数の導入等に関する検討結果

平成 21 年 12 月 9 日
診療報酬調査専門組織
D P C 評価分科会
分科会長 西岡 清

I. 新たな機能評価係数の導入に係る対応について

1 新たな機能評価係数の設定

(1) 次回の診療報酬改定において、以下の7項目を導入することが妥当と考えた（参考資料2）。

- ① D P C 病院として正確なデータを提出していることの評価
医療の質に係るデータを公開していることの評価
- ② 効率化に対する評価
- ③ 複雑性指数による評価
- ④ 診断群分類のカバー率による評価
- ⑤ 救急医療の入院初期診療に係る評価
- ⑥ 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
- ⑦ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

なお、⑤～⑦については、具体的な評価の基準について、更なる検討が求められる。

(2) 「検体検査管理加算」について、各診断群分類点数における包括評価から除外し、出来高点数の加算等に基づく機能評価係数に追加することが妥当と考えた。

2 包括対象からの除外

現在、各診断群分類の点数において包括評価されているもののうち、以下については、包括から除外することが妥当と考えた（参考資料3）。

- ・無菌製剤処理料
- ・術中迅速病理組織標本作製
- ・H I V 感染症に使用する抗ウイルス薬（H I V 感染症治療薬）
- ・血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

II. 調整係数の段階的廃止について

調整係数の廃止については、暫定調整係数及び基礎係数を設定し、対応することとしてはどうか（参考資料4、5）。

なお、暫定調整係数及び基礎係数の設定方法については、今後検討が求められる。

参 考 資 料 1
2 1 . 1 2 . 1 1

中 医 協 診 - 1 - 1
2 1 . 8 . 5

診断群分類点数表の見直しについて（案）

1. 概要

現在、診断群分類点数表は、診断群分類毎に平均在院期間及び平均点数を用いて、入院初期に手厚くなるように包括評価しているものの、救急疾患等一部の診断群分類点数において、入院初期の医療資源投入量が包括評価点数を上回ってしまう等、実際の医療資源の投入量に合わなくなっている状況も指摘されている。

そのような乖離については、これまで調整係数により補正されていたが、調整係数が段階的に廃止されるため、今後の包括評価の在り方についての検討が必要となり、まず、DPC評価分科会において検討することとされた。（参考資料）

この度、DPC評価分科会において対応案がまとまった。

2. 現在の1日当たりの点数設定と問題点

現在は、別紙1のとおり、診断群分類ごとの1入院期間での1日当たり医療資源の平均投入量及び平均在院日数、入院期間の25（5）パーセントイル値を基に点数設定を行っているが、次の2つの問題点がある。

① 入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合には、入院初期では、医療資源の投入量が診断群分類点数を大きく上回っていることがある。（別紙2）

② 逆に、入院期間を通じて1日当たり医療資源の平均投入量の変化が少ない場合には、入院期間I日以降において、医療資源の投入量が診断群分類点数を上回っていることがある。（別紙3）

3. 対応案

診断群分類点数表を、実際の医療資源の投入量に合ったものとするため、それぞれ、入院初期と1入院期間での、1日当たりの医療資源の平均投入量に応じ、以下の通り設定することとしてはどうか。

ア 入院初期の1日当たりの医療資源の平均投入量が、1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量と比して、非常に大きい場合（別紙4）

- ・入院期間I日までの点数：
入院期間I日までの1日当たりの医療資源の平均投入量
- ・入院期間I日からII日までの点数：
入院期間I日までの点数及び1入院期間での1日当たりの医療資源

源の平均投入量を基に、面積が $A=B$ となるように設定

・入院期間II日から特定入院期間までの点数：

入院期間I日からII日までの点数から15%減じた点数

イ 入院初期の1日当たりの医療資源の投入量が、1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量と比して、大きな違いがない場合（別紙5）

・入院期間I日までの点数：

点数の段差の設定を15%から10%に変更

・入院期間I日からII日までの点数：

入院期間I日までの点数及び1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量を基に、面積が $A=B$ となるように設定

・入院期間II日から特定入院期間までの点数：

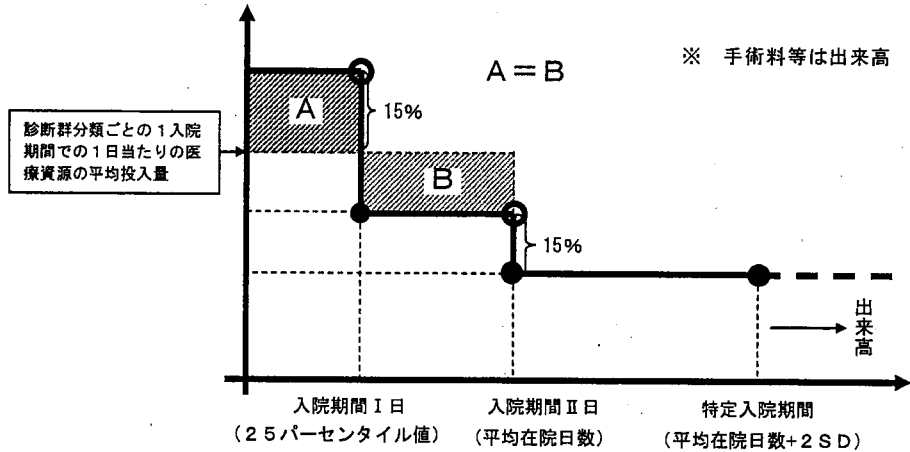
点数の段差の設定を15%から10%に変更

ウ 他の場合、現行の「(1) 通常の設定方法」により点数表を設定する。

また、「(2) 悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る設定方法」で点数設定を行っている診断群分類は廃止する。

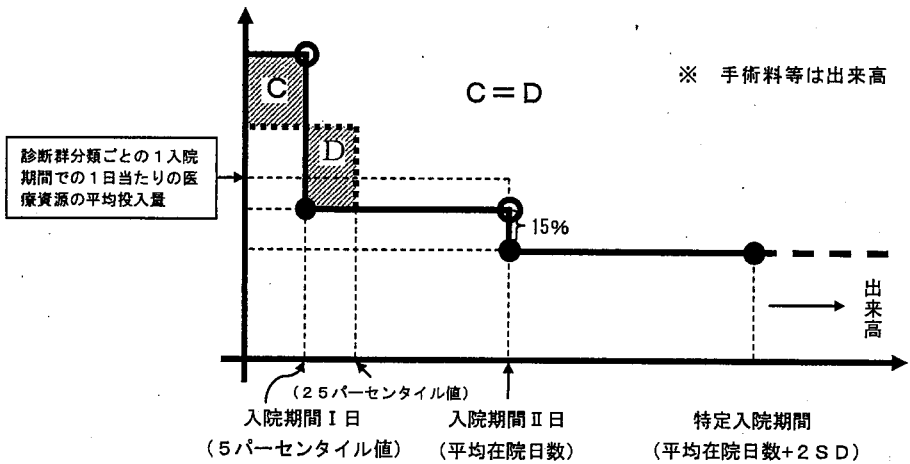
包括評価点数の設定方法について

(1) 通常の設定方法



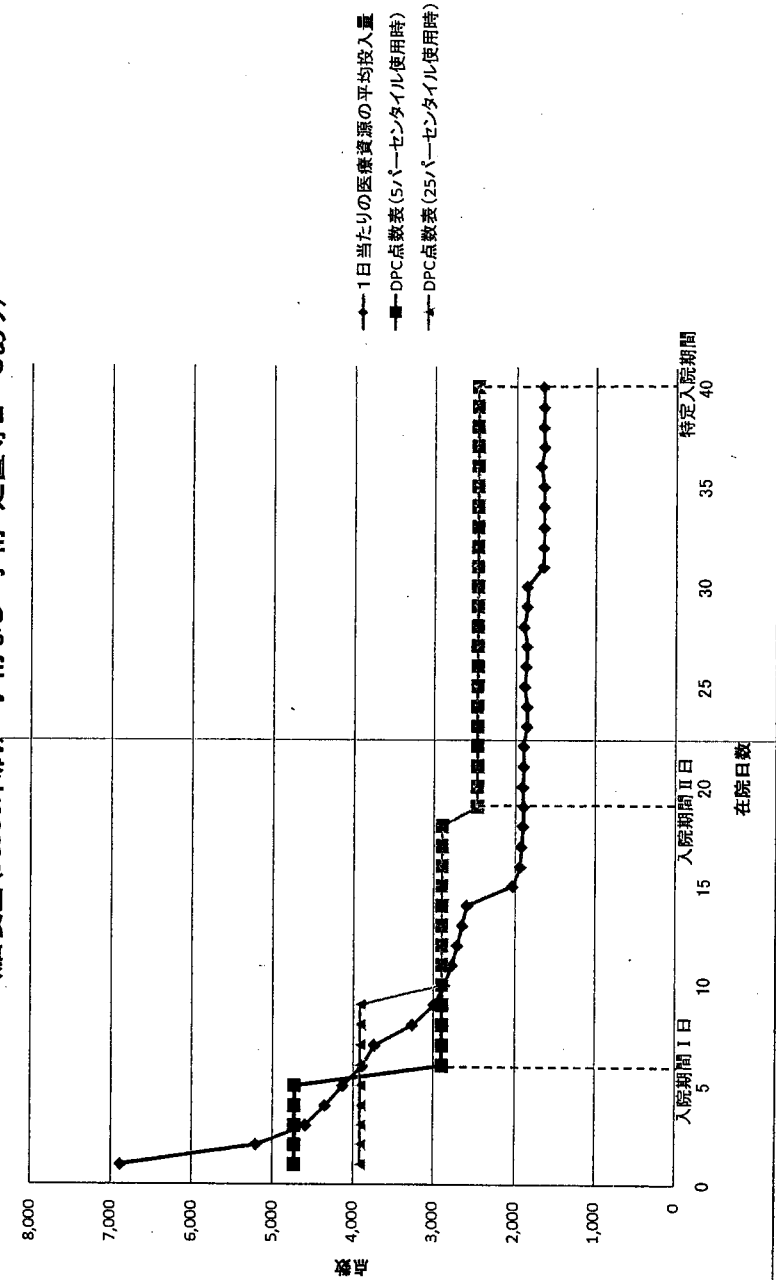
※ 入院期間Ⅰ日までは、診断群分類ごとの1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量に15%上乘せした点数。
 入院期間Ⅰ日からⅡ日までは、入院期間Ⅰ日までに上乘せした点数の合計と同じ合計点数となるように設定した点数を、診断群分類ごとの1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量から減じた点数。
 入院期間Ⅱ日から特定入院期間までは、入院期間Ⅰ日からⅡ日までの点数から15%減じた点数。

(2) 悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る設定方法



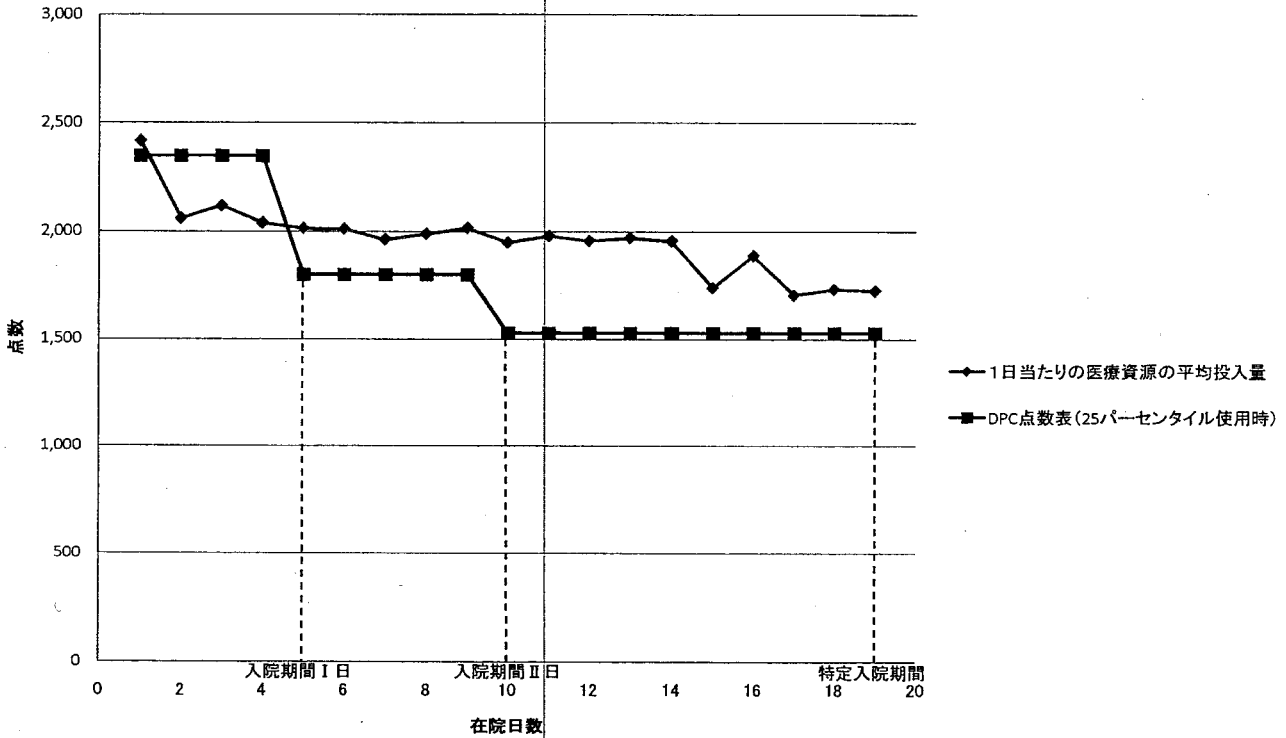
※ 通常の設定方法で定めた点数を基に、入院期間Ⅰ日を5パーセンタイル値に短縮し、25パーセンタイル値まで点数を、5パーセンタイル値までの点数に上乘せし入院期間Ⅰ日までの点数を設定している。

010060x099x3xx (脳梗塞(JCS30未満) 手術-処置等2-3あり)



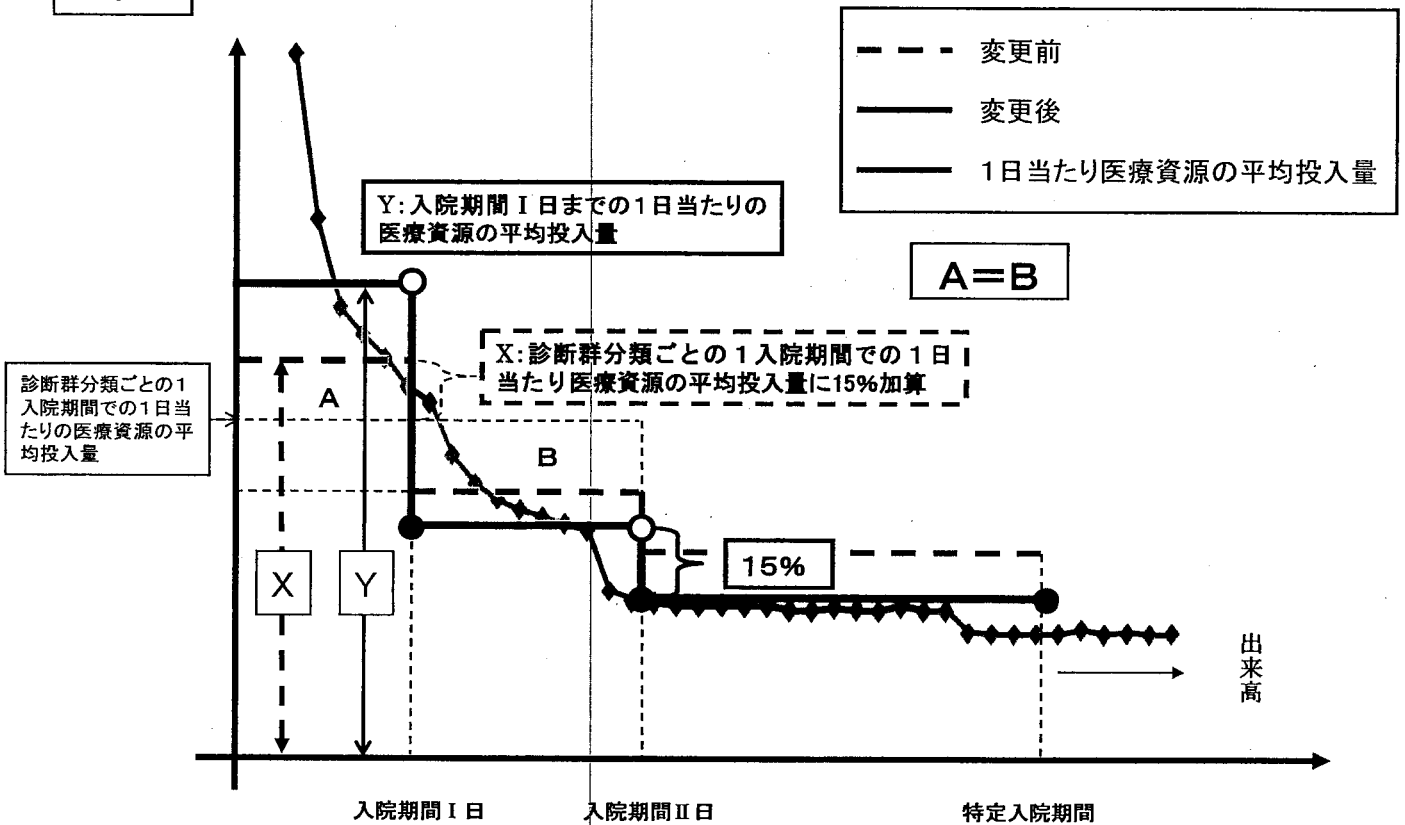
別紙3

020210xx97xxxx
(網膜血管閉塞症 その他の手術あり)



別紙4

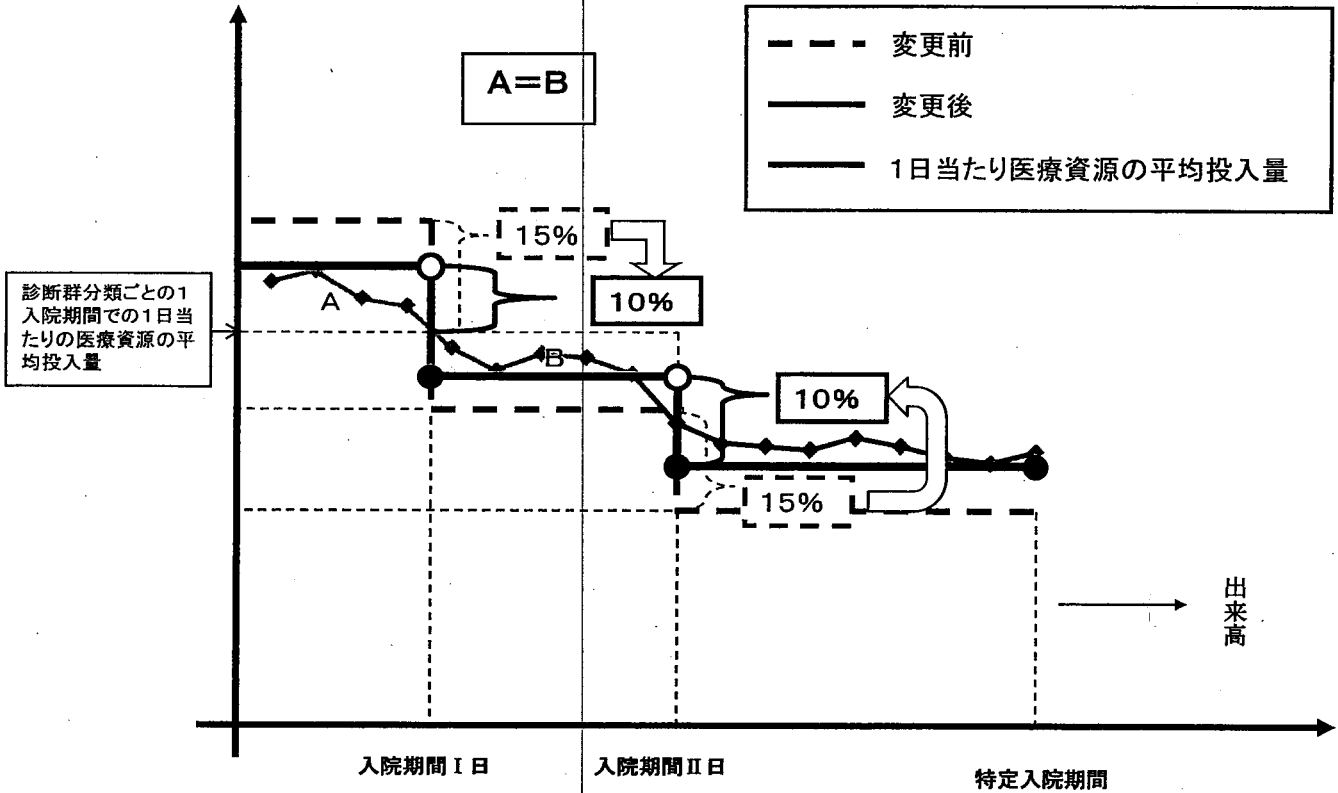
診断群分類点数表の見直しについて



※ 入院期間 I 日までの点数は、対象となる診断群分類の入院期間 I 日までの1日当たりの医療資源の平均投入量により設定
入院期間 I 日から II 日及び II 日から特定入院期間までの点数は、入院期間 I 日までの点数を基に、現行と同様に設定

診断群分類点数表の見直しについて

別紙5



機能評価係数の設定(案)

① 新たに導入する機能評価係数

項目	名称	考え方	設定方法
1	<ul style="list-style-type: none"> ○データ提出・公開指数 ○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数 	<p>DPC対象病院において、十分な体制が整備され、詳細なデータが作成・提出され、そのデータが厚生労働省により公開されることで、医療の標準化や透明化等が推進されることを評価</p>	<p>①データ提出の遅滞 ②部位不明・詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に応じた定数で評価</p> <p>※非必須項目の入力状況による評価は行わない。</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ○効率性指数 ○相対平均在院日数指数 	<p>平均在院日数の変動に伴い、病棟業務量が増えることから、患者の疾病構成の違いを補正した上で、相対的な在院日数を評価</p>	<p>[指数] = 全DPC対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> ○患者構成指数 ○複雑性指数 	<p>全DPC対象病院の平均で補正した1入院あたり包括点数を用いて評価</p>	<p>[指数] = 当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えたもの / 全病院の平均一入院あたり包括点数</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> ○カバー率指数 ○総合性指数 	<p>様々な疾患に対応できる総合的な体制を評価</p>	<p>[指数] = 当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数 / 全診断群分類数</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。</p>

1

項目	名称	考え方	設定方法
5	<ul style="list-style-type: none"> ○救急医療指数 	<p>包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等を評価</p>	<p>(案1) [指数] = 救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 / DPC対象患者数</p> <p>(案2) 新たな機能評価係数では評価せず、緊急入院の患者については、入院初日に〇〇点を加算</p> <p>※具体的方法については、今後更に検討</p> <p>(分科会での意見等) ・加算の対象とする患者を規定するのが困難 ・出来高点数(救急医療管理加算等)の見直しで対応可能ではないか</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療指数 	<p>医療計画(4疾病・5事業)において、地域で一定の役割を担っていることを評価</p> <p>※4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業:救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療</p>	<p>(評価のイメージ) 都道府県が策定する医療計画において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数による評価</p> <p>医療機関毎の救急医療の提供実績及び体制に応じて、段階的に評価 (評価のイメージ) 1:救急患者数(又は割合)が〇以上 ・医師、看護師が救急部門に常に専従で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従又は専任で配置 2:救急患者数(又は割合)が△以上 ・医師、看護師が常に専従又は専任で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従、専任又はオンコールで配置 3:救急患者数(又は割合)が□以上 ・職員の要件なし</p> <p>※ 救急患者:救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数</p> <p>(分科会での意見等) ・救急患者に対する精神的な対応が実施されていることも併せて評価すべき</p>
		<p>周産期患者の受け入れ状況による評価</p>	<p>特別調査では、これらの体制にかかるデータは集めていないので、今後、関係者と相談の上検討する。</p>
		<p>小児救急患者の受け入れ状況による評価</p>	
7	<ul style="list-style-type: none"> ○チーム医療指数 	<p>チーム医療の取り組みによる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全 ・勤務医負担軽減 ・医療の質 ・医療の効率化 ・医療の透明化等 	<p>具体的方法については、今後更に検討</p>

2

〈次期診療報酬改定では導入を見送る項目〉

項目	名称	考え方	設定方法
8	患者の年齢構成による評価		
9	診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価		

3

② 出来高点数の加算等に基づく機能評価係数

(i) 既存項目

項目	係数			(参考) 出来高の点数	
	特定機能病院	専門病院	一般病院		
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1736	0.1244	0.1005	1555点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地以外)	—	0.1009	0.0769	1495点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地)	—	0.1127	0.0887	1525点/日
	入院基本料(10対1)	0.0730	0.0239	—	1300点/日
入院基本料等加算	入院時医学管理加算	—	—	0.0299	120点/日 (入院から14日間)
	地域医療支援病院入院診療加算	—	—	0.0321	1000点/日 (入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(単独型)	—	0.0012	—	40点/日 (入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(管理型)	—	0.0006	—	20点/日 (入院初日)
	診療録管理体制加算	—	0.0009	—	30点/日 (入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)	—	0.0113	—	355点/日 (入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)	—	0.0059	—	185点/日 (入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)	—	0.0042	—	130点/日 (入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)	—	0.0034	—	105点/日 (入院初日)
	看護補助加算1	—	0.0430	—	109点/日
	看護補助加算2	—	0.0331	—	84点/日
	看護補助加算3	—	0.0221	—	58点/日
	医療安全対策加算	—	0.0015	—	50点/日 (入院初日)
	経費超過	入院基本料(13対1)	—	▲0.0581	▲0.0820
	入院基本料(15対1)	—	—	▲0.1364	—

(ii) 今回新たに追加

考え方: 現行の各診断群分類の点数において包括評価されているが、医療機関毎の機能の違いを反映すると考えられる項目のうち、特に次の項目については機能評価係数として評価することとしてはどうか。

項目	趣旨等	(参考) 出来高の点数
検査 検体検査管理加算(1)	医療機関における検査の実施体制を評価	40点/月
検体検査管理加算(2)		100点/月
検体検査管理加算(3)		300点/月

③ 包括対象からの除外について

1 現在、各診断群分類の点数において包括評価されているが、医療機関毎の医療提供体制等によって個別患者への実施状況が大きく異なる項目のうち、特に次の2つについては、出来高にて評価することとしてはどうか。

- (1) 無菌製剤処理料
- (2) 術中迅速病理組織標本作製

2 現行の診断群分類の適用は、医療資源を最も投入した傷病名とその治療内容等により決定している。そのため、当該診断群の治療とは直接関係はないが、高額な費用のかかる慢性疾患の治療については、包括評価に反映させることは困難である。

このため、以下の診療に係る薬剤等については、出来高評価することとしてはどうか。

- (1) HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- (2) 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- (3) 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

なお、(3)については、診断群分類点数表を出来高の項目を元に点数の設定や分類の決定を行っていることから、出来高での「人工腎臓」の項目において、慢性腎不全で定期的実施した場合と急性腎不全等の場合を分けなければ評価が困難であり、出来高での対応が必要である。

(参考)

1 人工腎臓の診療報酬

J038 人工腎臓（1日につき）

- 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合
 - イ 4時間未満の場合 2,117点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点
 - ハ 5時間以上の場合 2,397点
- 2 その他の場合 1,590点

注1～5、7～8（省略）

注6 1の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。

【算定状況】

平成20年社会医療診療行為別調査

			算定回数
人工腎臓	入院外	4時間未満	1,096,427
人工腎臓	入院外	4時間以上5時間未満	4,220,319
人工腎臓	入院外	5時間以上	245,280
人工腎臓	その他		496,192

2 考え方

- (1) 外来における人工腎臓では、慢性腎不全の維持的治療として行う場合は、透析液や血液凝固阻止剤等の使用量の症例毎の差が小さいことから、これらの薬剤を包括的に評価している。
- (2) 入院における人工腎臓では、急性腎不全や感染症等の合併した慢性腎不全等、急性期治療として行う場合があり、薬剤の使用量の症例毎の差が大きいことから、包括的な評価とはしていない。
- (3) しかし、入院における人工腎臓においても、慢性腎不全の患者が他の疾病の治療目的で入院している場合等、維持的治療として行う場合もある。

DPC対象病院の包括点数 (全病院の平均)

調整係数の段階的廃止について

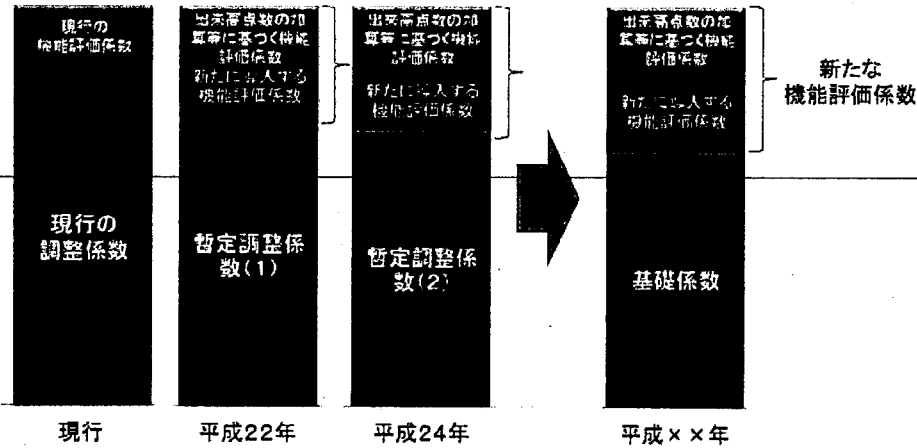
1 経緯等

調整係数の廃止については、激変緩和を目的として段階的廃止とすることが中央社会保険医療協議会基本問題小委員会（平成21年3月25日）において合意されており、その具体的方法については当分科会で検討することとされている。

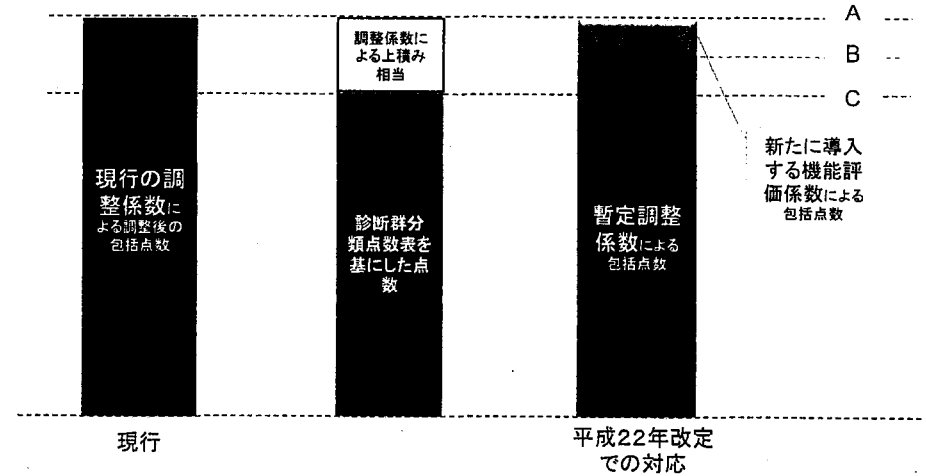
2 段階的廃止について

調整係数を診療報酬の改定毎に一定割合ずつ減じ、新たな機能評価係数に置き換えてはどうか。この際、ある程度の最低水準を保証する係数を設定してはどうか。

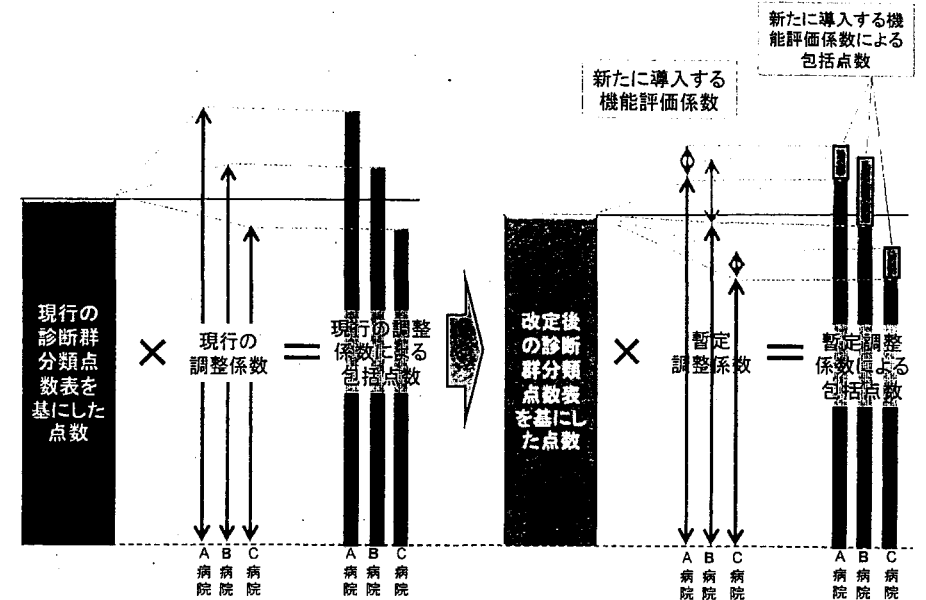
(イメージ図)



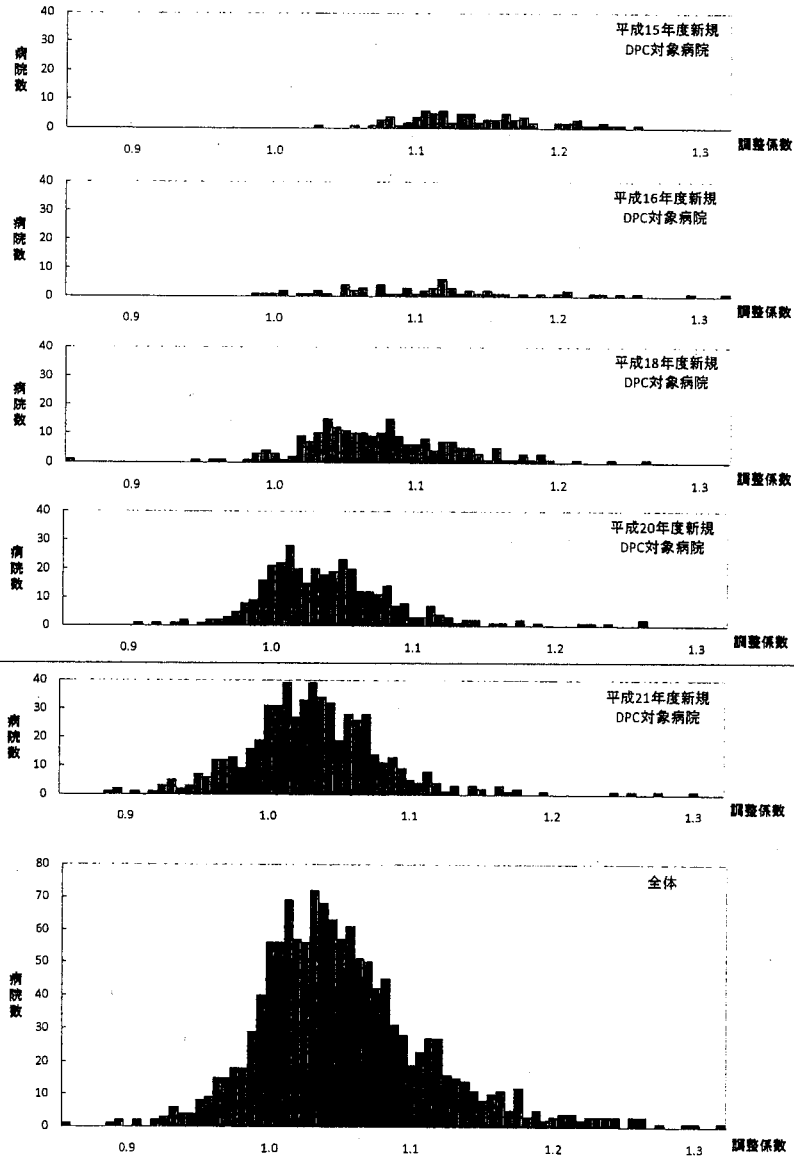
※ これはあくまでイメージ図であり、医療機関毎に設定される医療機関別係数が一定に保たれることを表しているのではない。



新たに導入する機能評価係数の概念図



病院類型と調整係数(1)



※ 平成21年度における調整係数の数値である

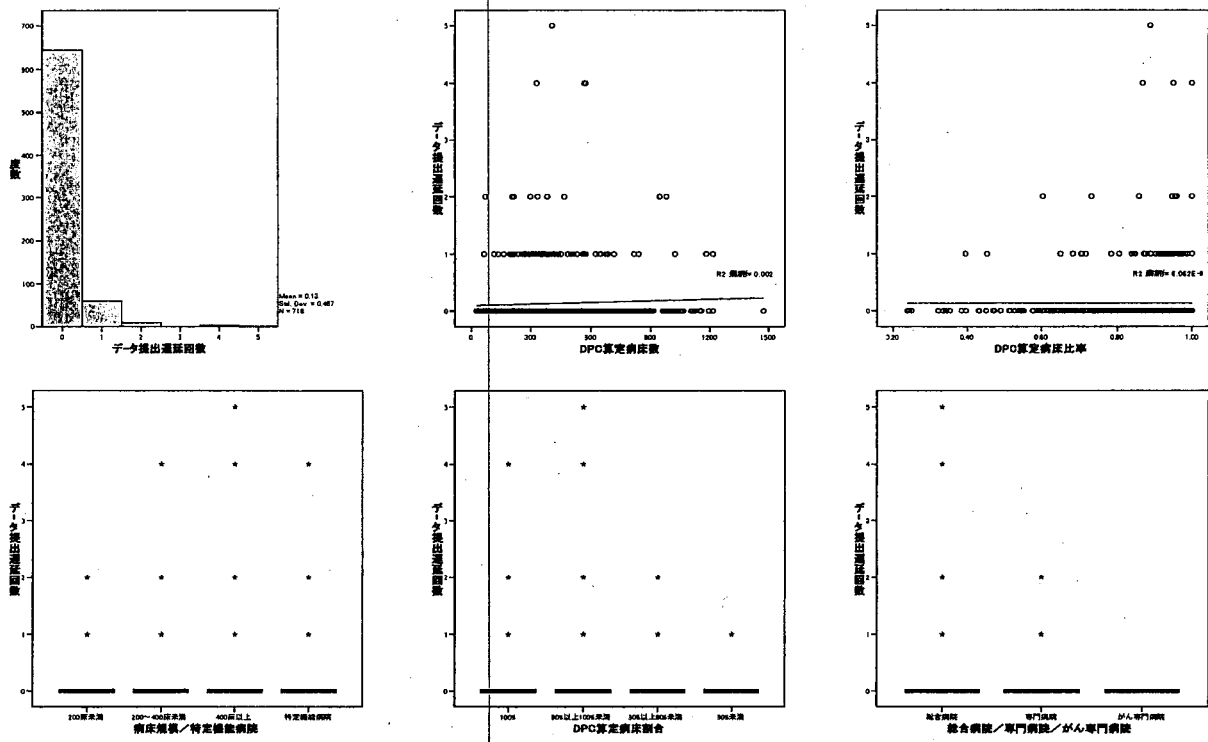
病院類型と調整係数(2)

病院類型	病院数	調整係数			
		最小値	最大値	平均値	標準偏差
平成15年度新規DPC対象病院	82	1.0372	1.2579	1.1443	0.0481
平成16年度新規DPC対象病院	62	0.9897	1.3242	1.1133	0.0729
平成18年度新規DPC対象病院	215	0.8597	1.2679	1.0772	0.0538
平成20年度新規DPC対象病院	356	0.9102	1.2681	1.0437	0.0493
平成21年度新規DPC対象病院	567	0.8878	1.3038	1.0350	0.0500
全体	1,282	0.8597	1.3242	1.0553	0.0602

※ 平成21年度における調整係数の数値である

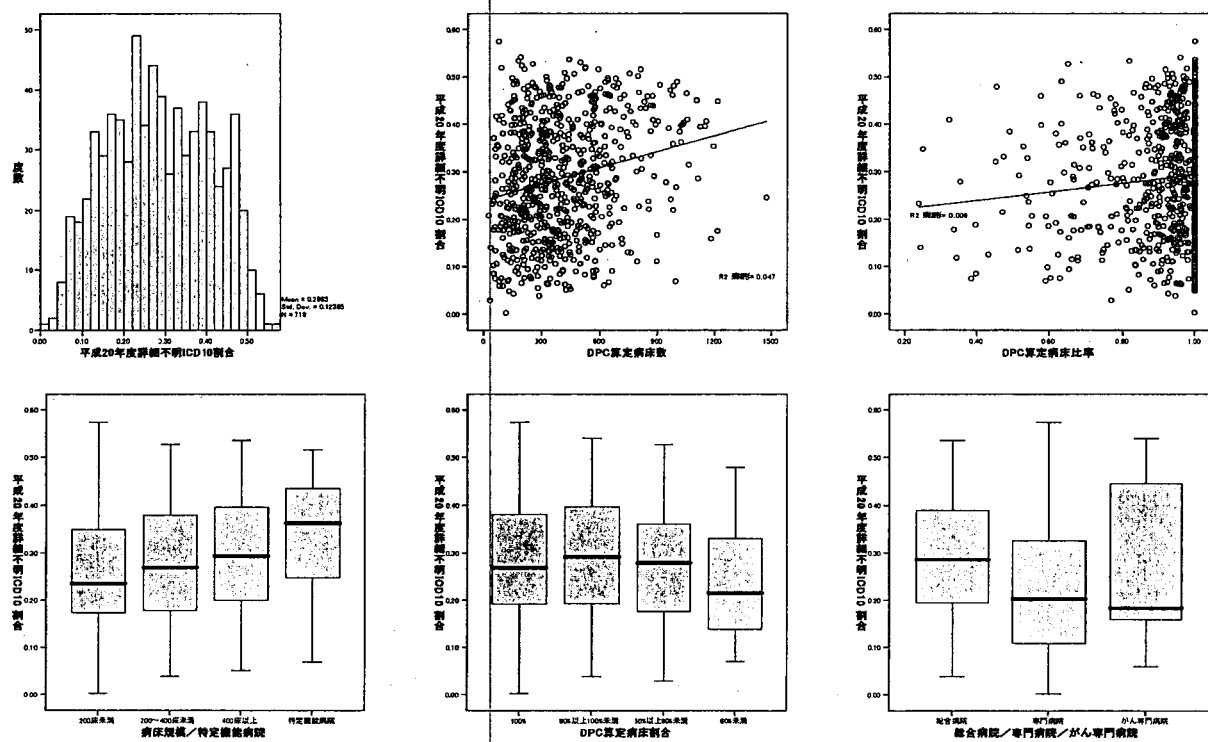
1. DPC対象病院として正確なデータを提出していることの評価①データ提出の遅滞

※データ提出遅延回数



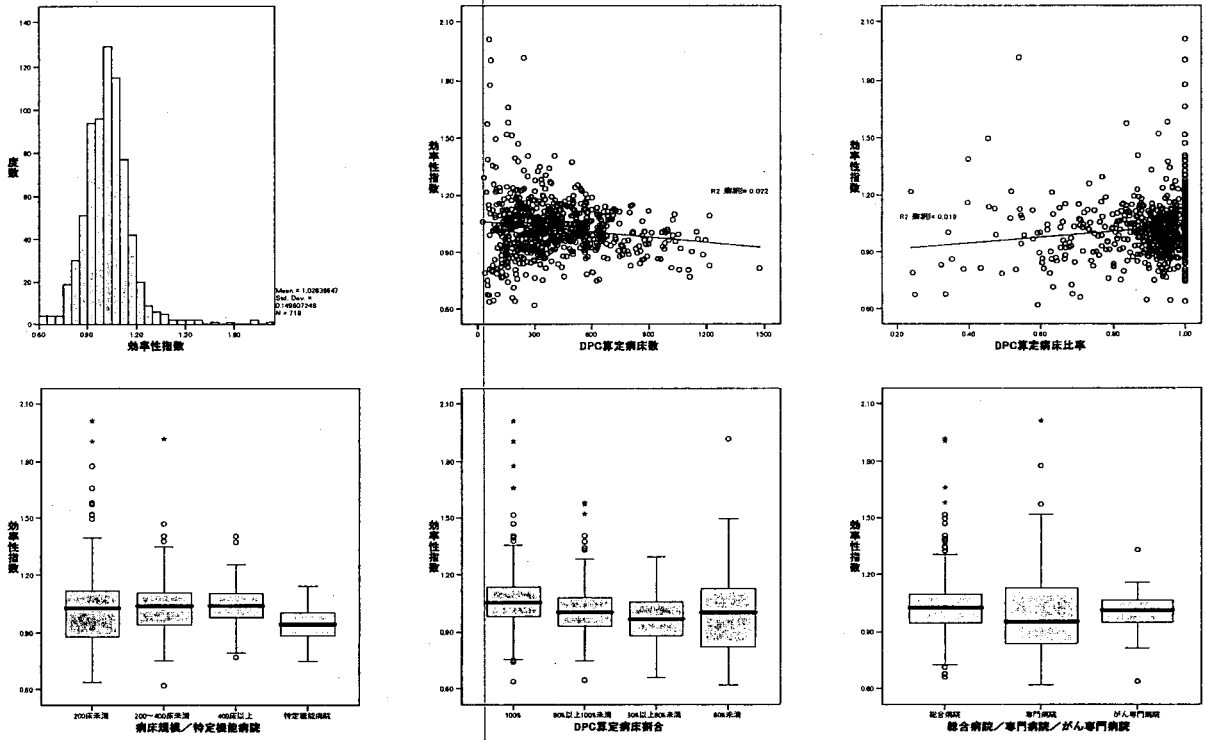
1. DPC対象病院として正確なデータを提出していることの評価②部位不明、詳細不明等症例の割合

※部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合



2. 効率化に対する評価

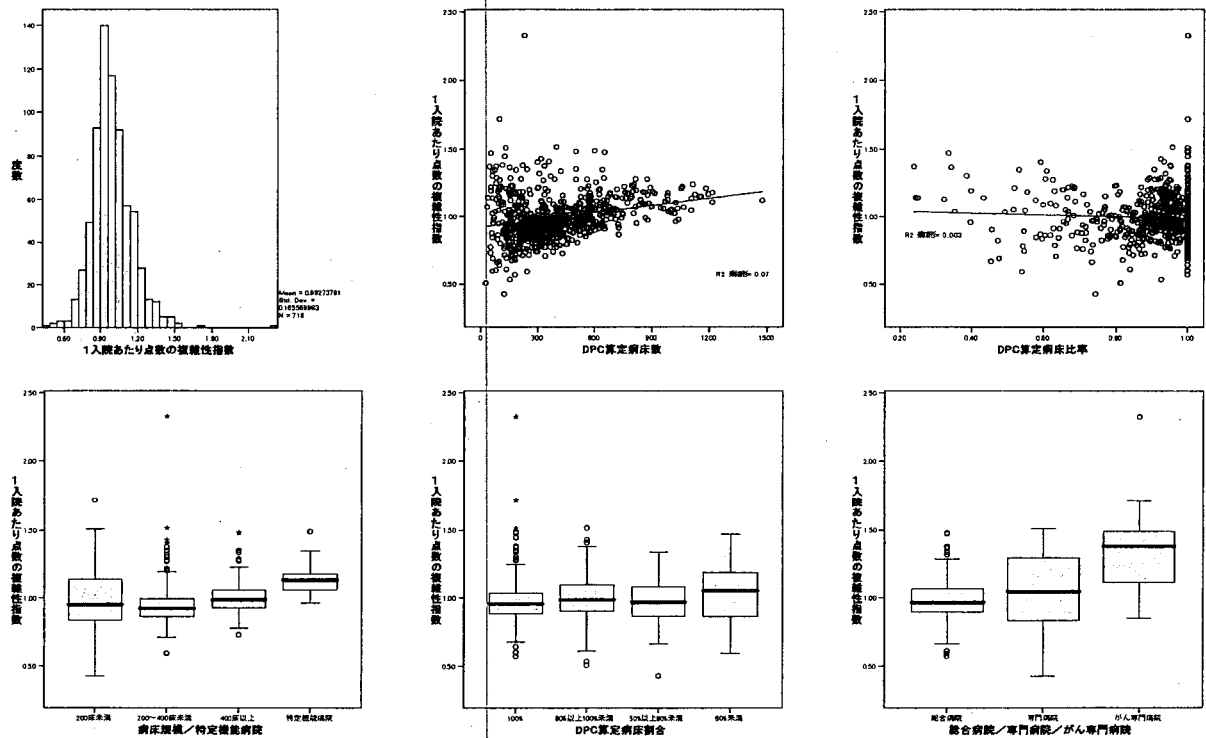
※全DPC対象病院の平均在院日数
 /当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じとした
 場合の平均在院日数



3

3. 複雑性指数による評価

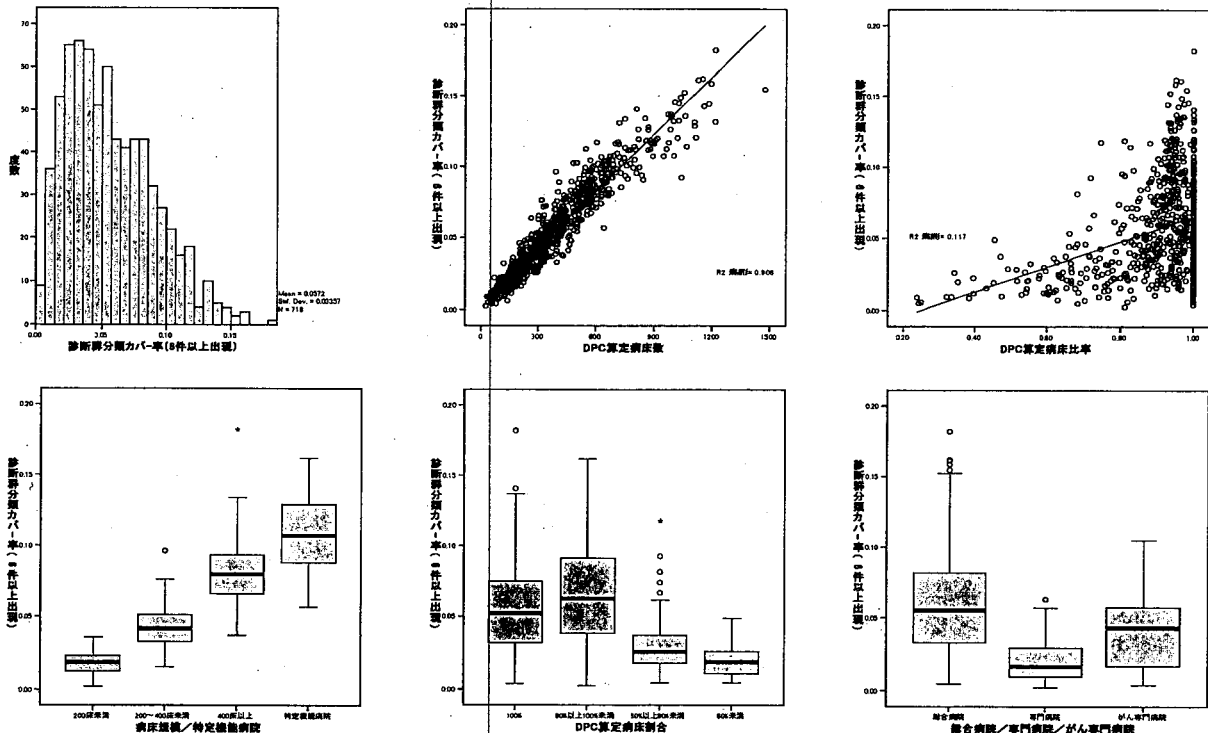
※当該医療機関の全診断群分類毎の一入院あたり点数が、全DPC対象病院と
 同じと仮定した場合の一入院あたり点数
 /全病院の一入院あたり点数



4

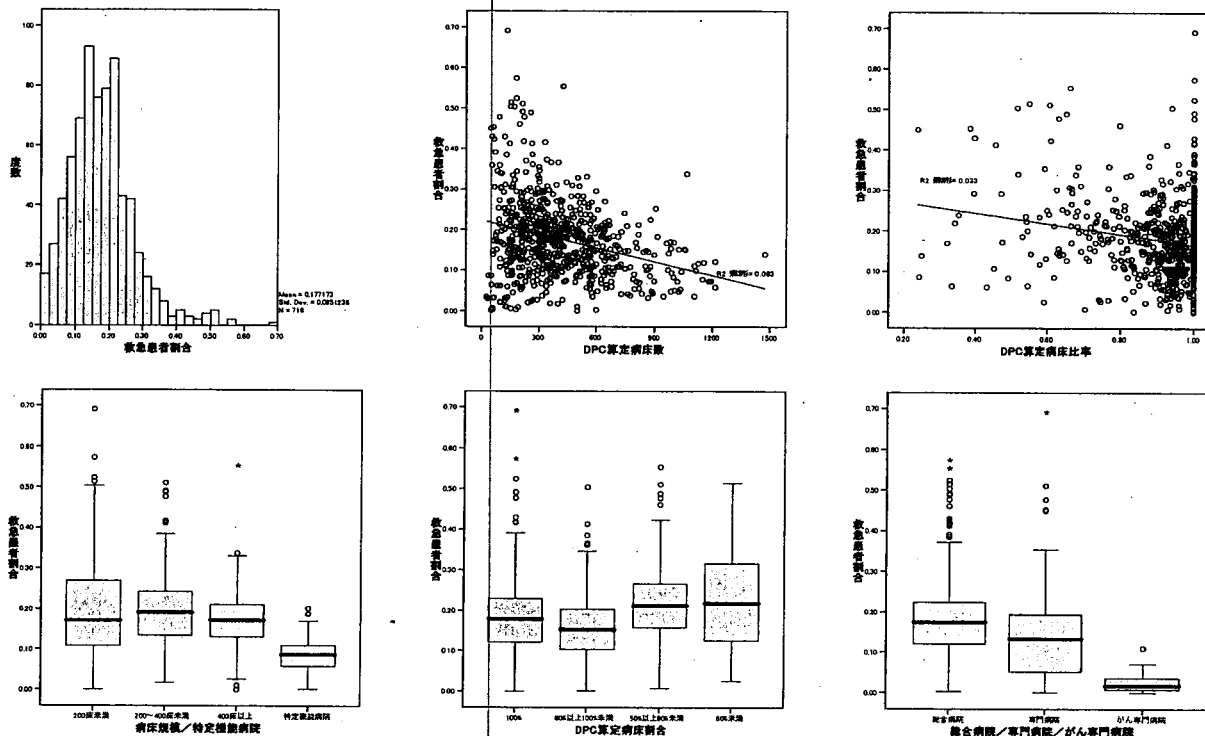
4. 診断群分類のカバー率による評価

※当該医療機関で6件以上出現した診断群分類の数
／全診断群分類の数(2451分類)



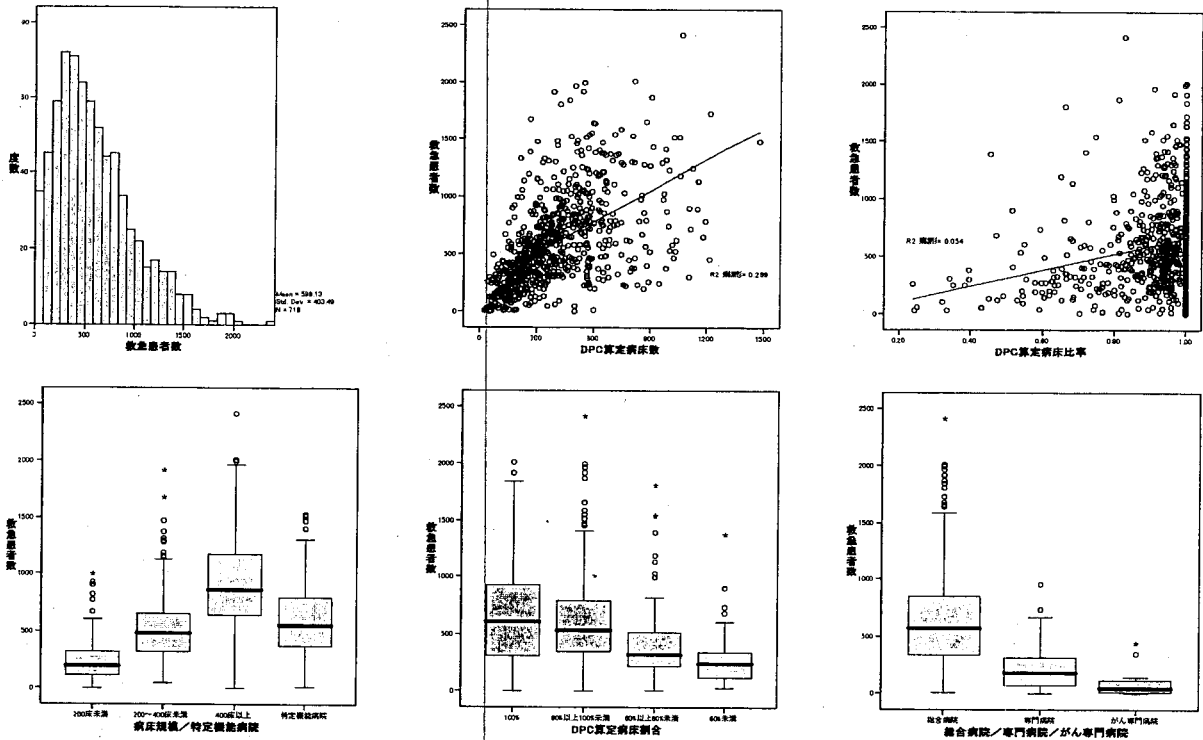
5. 救急医療の入院初期診療に係る評価(案1)救急患者割合

※救急車あり又は入院初日の初診料において
時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数
／DPC対象患者数



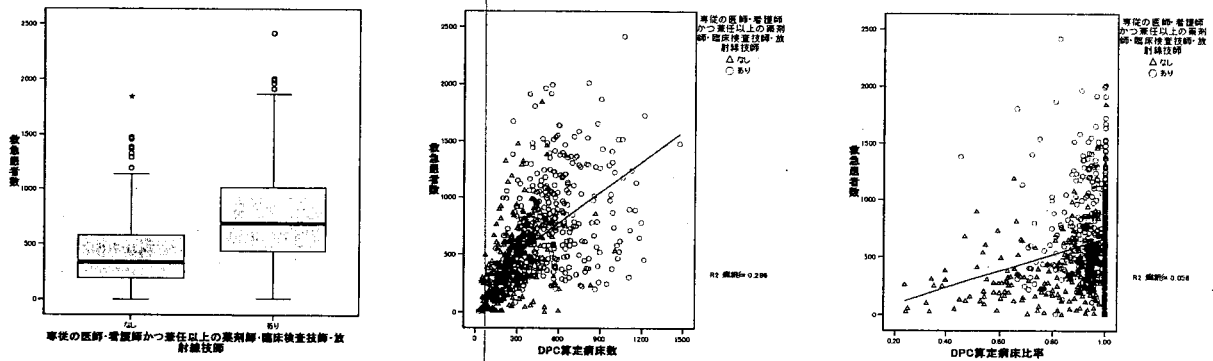
5. 救急医療の入院初期診療に係る評価(案2)救急患者数

※救急車あり又は入院初日の初診料において
時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数



6. 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況に評価

※深夜・準夜・休日のすべてにおいて
医師及び看護師が専従で配置されており、かつ、薬剤師、臨床検査技師
及び放射線技師が専従又は兼任で配置



平成21年度DPC退出病院

No.	管轄 厚生局	都道府県	医療機関名	退出理由(原文のまま)
1	関東信越	神奈川県	三浦市立病院	平成22年4月に医師数の増による入院患者数の増加が確実視されるとともに、平成22年3月末日退職希望の看護師が多数おり、また、4月1日よりの就職希望も充足できる数ではなく、看護種別が13:1になることも予測されるため退出するものです。(ただし、10:1以上を取得する努力は継続いたします。)

※DPC対象病院から退出する病院は、DPCにより費用を請求しなくなる旨を退出決定後速やかに院内に掲示するとともに、入院患者及び関係者に対して診療報酬の算定方法等について十分に説明すること。

※DPC対象病院から退出した病院は、その後引き続き「DPC導入の影響評価に係る調査」に2回適切に参加しなければならぬ。ただし、当該調査期間中に一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

平成21年10月19日 保医発1019第1号

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)」の一部改正について(抜粋)

3 DPC対象病院からの退出について

- (1) 退出の手続き
① 通常の場合

DPC対象病院から退出する意向がある病院(特定機能病院は除く。)は、直前に予定している診療報酬改定の5か月前までに、別紙2「DPC対象病院退出届」を地方厚生(支)局医療指導課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出することとし、当該退出届を提出した病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせてDPC対象病院から退出するものとする。(診療報酬改定の時期に合わせた退出とは、診療報酬改定の前々月初日に退出することをいう。)

なお、当該退出届の内容は、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

(以下略)

がん対策等について

第1 がん診療における医療体制について

がん患者数は上昇を続けており、生涯罹患率は男性 54%、女性 41%となっている。(参考資料P2-4)

増加し続けるがんに対して、より一層の対策が求められるようになり、平成19(2007)年4月1日、がん対策基本法(以下「基本法」という。)が施行された。基本法において、がん医療の均てん化の促進のため、医療機関の整備やがん患者の療養生活の質の維持向上が位置づけられている。(参考資料P5)

また、基本法に基づき、平成19年6月には平成19年度から平成23年度までの5年間を対象としたがん対策の総合的な計画であるがん対策推進基本計画が閣議決定された。(参考資料P6)

第2 現状と課題

1 地域のがん診療の連携体制の構築を担うがん診療連携拠点病院は、現在、375カ所が整備されている。がん診療連携拠点病院が中心となって、地域の医療機関と連携して入院から外来まで一貫した治療を行うための取組みが進められている。(参考資料P7-9)

2 放射線治療は全国約700カ所の医療機関において実施されているが、放射線治療を担う医師や放射線治療機器の精度管理等を行う技術者の配置は十分に進んでいない。近年、症例数の蓄積により、従来よりある放射線療法の治療法選択上の位置づけが見直されている例もある。(参考資料P10-12)

3 近年、分子標的薬などの新たな抗悪性腫瘍剤が数多く承認され、化学療法のリジメン(治療内容)数が増加するとともに、入院に代えて、外来での化学療法や、加えて居宅で薬剤を持続注入する事例も増加している。これに伴い、薬剤に関する適切な説明と副作用の管理を行うことの重要性が増している。(参考資料P13-19)

4 がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的・精神的苦痛を抱

えていることから、治療の初期段階から緩和ケアを提供することが基本計画上位位置づけられている。全てのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標に、各都道府県において、緩和ケア研修会を行っている。(参考資料P20,21)

5 周術期管理の発達もあり、高齢者や体力の限られた者に対しても手術適応が広がっている。がんの手術については、一般的に侵襲度の大きなものが多く、周術期からの総合的な取り組みが、術後合併症の発症率の低下や早期回復に寄与する。(参考資料P22-26)

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1 専門的ながん医療を提供するだけでなく、地域におけるがん医療の連携の拠点としながん診療連携拠点病院について、がん診療連携拠点病院加算の引き上げを行った。

A232 がん診療連携拠点病院加算(入院初日) 改				
改定前		平成20年改定後		
200点		400点		
届出医療機関数				
	平成19年	平成20年		
がん診療連携拠点病院加算	301	358		
算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)				
	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
がん診療連携拠点病院加算	7829	7829	7538	7548

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制を評価するとともに、外来での放射性治療の提供体制の評価を行った。また、密封放射線あるいは治療用放射線同位元素を用いた放射線治療病室管理が行われている場合の評価を行っている。

B011-4 医療機器安全管理料2(計画策定時1回) 1,000点 **新**

M000 放射線治療管理料

注3 外来放射線治療加算 100点 **新**

強度変調放射線治療(IMRT) **新**

ア 放射線治療管理料 5,000点

イ 体外照射 1回目 3,000点
2回目 1,000点

A225 放射線治療病室管理加算(1日につき) 500点

届出医療機関数(病院数/診療所数)

	平成20年
医療機器安全管理料2	2103 186
外来放射線治療加算	412 -
強度変調放射線治療	47 -

算定状況

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
医療機器安全管理料2	-	-	10,094	10,264
放射線治療管理料 外来放射線治療加算	-	-	11,710	138,177
強度変調放射線治療	-	-	-	-
放射線治療管理料	-	-	-	-
体外照射	1回目	-	315	4,075
	2回目	-	-	-
放射線治療病室管理加算	223	841	385	1413

3 専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より高度な体制が整っている医療機関において提供される化学療法について、評価を行った。抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を行った場合の評価を、動脈注射等に拡大し

た。

改定前	平成20年改定後 改
外来化学療法加算(1日につき) 400点	外来化学療法加算1(1日につき) 500点 外来化学療法加算2(1日につき) 390点

G020 無菌製剤処理料

ア 無菌製剤処理料1 50点
(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 無菌製剤処理料2 40点
(ア以外のもの)

届出医療機関数(病院数/診療所数)

	平成19年	平成20年	
外来化学療法加算	1,440 282	1	1,074 72
		2	612
			287
無菌製剤処理料	-	(医療機関数) 1,704	

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
外来化学療法加算	1	48,990	91,164	50,748	95,801
	2			10,262	18,319
	1(15歳未満)	-	-	-	-
	2(15歳未満)	-	-	-	-
無菌製剤処理料	1	36,705	66,742	56,597	111,935
	2	4,297	13,693	14,894	161,102

4 がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的に行い、麻薬を処方することに対する評価を新設した。緩和ケア診療加算について、専任の薬剤師の配置を要件に追加し、点数の引き上げを行った。

B001 22 癌性疼痛緩和指導管理料(月1回) 100点 新	
A226-2 緩和ケア診療加算(1日につき)	
改定前	平成20年改定後
250点	300点

改

届出医療機関数(病院数)		
	平成19年	平成20年
緩和ケア診療加算	87	87

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
がん性疼痛緩和指導管理料	-	-	6,872	6,872
緩和ケア診療加算	1,142	9,763	1,004	13,441

5 リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がんの手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、その発症防止のための指導について評価を行った。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点(入院中1回) 新	
算定状況(社会医療診療行為別調査 平成20年6月審査分)	
	平成20年
	実施件数 算定回数
リンパ浮腫指導管理料	1,292 1,292

第5 論点

- 1 がん治療に関して、拠点病院を中心とした地域の診療所等との連携の取り組みが進められているが、診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P7-9)
- 2 治療法の選択において、放射線療法の重要性が高まる中、患者本人を含め、周囲の患者の被曝に十分配慮した安全な放射線管理体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P10-12)
- 3 化学療法のレジメンが複雑化する中で、患者に対して薬剤の投与スケジュール、副作用とその対策等について詳細に説明するなど、より質の高い外来化学療法を提供する体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P13-19)
- 4 がん治療に関わる医療関係者が、初期からの緩和ケアを提供することが求められている中、がん患者に対する丁寧な療養上の説明や指導を行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P20,21)
- 5 患者の体力低下を最小限にとどめ、早期に外来医療につなげるための周術期等における療養指導の取り組みについて診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P22-26)

ニコチン依存症管理料について

第1 ニコチン依存症管理料の診療報酬上の評価

たばこに含まれるニコチンは依存を引き起こし、禁煙を希望する者でニコチン依存の程度が高い者は、禁煙の達成に際し必ず強い離脱症状を伴うこととなる。平成 17 年 10 月、関係9学会において、「喫煙」は「ニコチン依存症と関連疾患からなる喫煙病」との位置づけを示した「禁煙ガイドライン」が策定された。

ニコチン依存症が疾病であるとの位置づけが確立されたことを踏まえ、平成 18 年度診療報酬改定においてニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、ニコチン依存症管理料として評価を行った。この際、保険導入の効果に係る検証を通じて、禁煙指導に国民の保険料財源を充当することに関し、さらなる国民的なコンセンサスの形成に努めることとされた(参考資料 P28)。

平成 19 年度の診療報酬改定結果検証に係る特別調査によると、全対象者における指導終了9ヶ月後の禁煙継続率は 32.6%とイギリスと比較して高い結果であった(参考資料 P29)。

平成 20 年度診療報酬改定における議論においては、その効果等に対し実態を把握し、引き続き検討することとされた。

第2 平成 21 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査

1 我が国の喫煙率は低下傾向にあるが、依然として、特に男性の喫煙率が先進国の中で高い水準であり、たばこ対策の充実が課題となっている(参考資料 P30,31)。

2 平成 21 年度に実施した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によると、5回の指導を終了した割合は 35.5%であり、5回の指導を終了した者の9ヶ月後の禁煙継続率は 49.1%と平成 19 年度調査の結果を上回っていた。また、全対象者における指導終了9ヶ月後の禁煙継続率は 29.7%であった。(参考資料 P32,33)。

第3 現行の診療報酬上の評価

禁煙を希望するニコチン依存症患者に対して、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、ニコチン依存症管理料として評価している。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料					
初回(1週目)		230 点			
2回目、3回目及び4回目(2週目、4週目及び8週目)		184 点			
5回目(最終回)(12週目)		180 点			
【対象患者】					
以下のすべての要件を満たす者であること					
・ ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)でニコチン依存症と診断された者であること					
・ ブリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が 200 以上の者であること					
・ 直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成)に則った禁煙治療プログラム(12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム)について説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意している者であること					
【届出施設数】(病院数/診療所数)					
		平成 19 年	平成 20 年		
ニコチン依存症管理料		934	1,196		
		3,928	5,604		
【算定状況】社会医療診療行為別調査 各年6月審査分					
		平成 19 年		平成 20 年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
ニコチン依存症管理料	初回	12,513	12,513	12,292	12,292
	2～4 回目	15,504	22,101	9,683	10,808
	5 回目	3,222	3,222	440	440

第4 論点

検証部会調査の結果を踏まえ、ニコチン依存症管理料のあり方についてどう考えるか。(参考資料 P28-33)

がんに関する統計

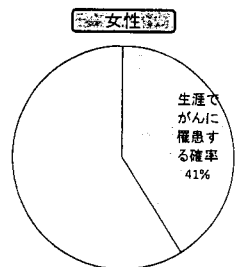
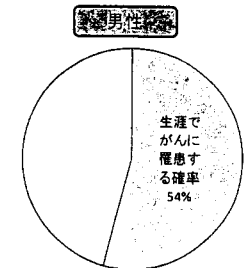
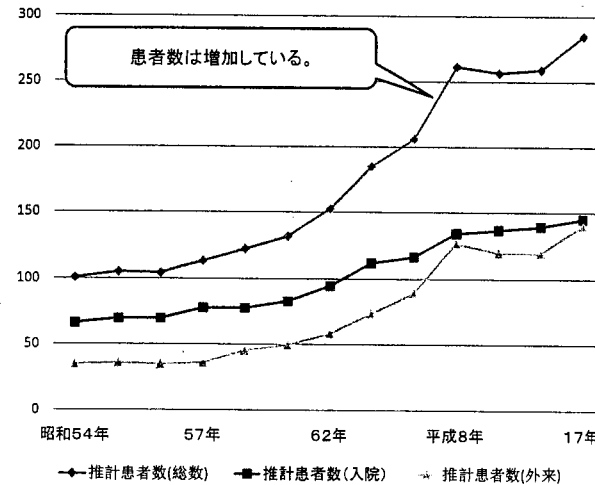
項目	現状	出典
死亡数	総数33万6,468人(全死因に対し30.4%) [男性 20万2,743人](全死因に対し34.2%) [女性 13万3,725人](全死因に対し25.9%) → “日本人の3人に1人ががんで死亡” ※ がんは加齢により発症リスク増 → 粗死亡数は増加傾向(高齢化の影響) ※ 年齢調整死亡率(75歳未満)は、平成7年以降減少傾向(平成7年:108.4 → 平成19年 88.5) ※ がんの種類が変化している	人口動態統計 (平成19年)
罹患数	64万1,594人 [男性 37万2,374人] 多い部位:①胃、②大腸、③肺、④前立腺、⑤肝臓 [女性 26万9,220人] 多い部位:①乳房、②大腸、③胃、④子宮、⑤肺 ※ 男女とも、上位5部位のがんで、全がん患者の6割以上を占める	地域がん登録全国推計値 (平成15年)
生涯リスク	男性:54%、女性:41% → “日本人の2人に1人ががんになる”	国立がんセンターがん対策 情報センターによる推計値 (平成15年)
患者数	継続的な医療を受けている者は152万人 ・ 調査日に入院中の者は14万1,400人 ・ 外来受診した者は15万6,400人	患者調査 (平成20年)

参考資料

がん対策等

がん患者数の年次推移

生涯リスク
～日本人の2人に1人ががんになる～

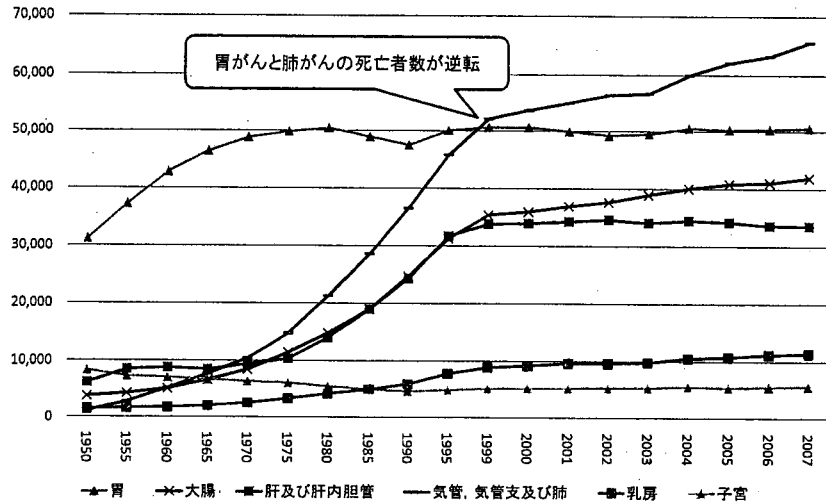


平成8年から第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)を適用している。
厚生労働省「H17年患者調査」より

平成15年

がん対策

がんの主な部位別死亡者数の年次推移



厚生労働省「H19年人口動態統計」より

がん対策推進基本計画の概要(平成19年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

- (1) 放射線療法・化学療法の推進、これらを専門に行う医師等の育成
- (2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- (3) がん登録の推進

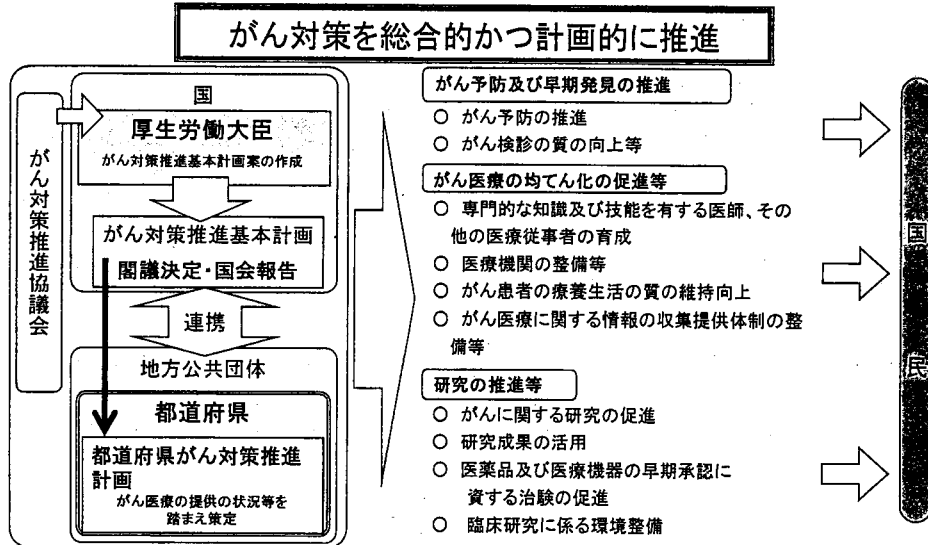
全体目標【10年以内】

- がんによる死亡者の減少(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
- 全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

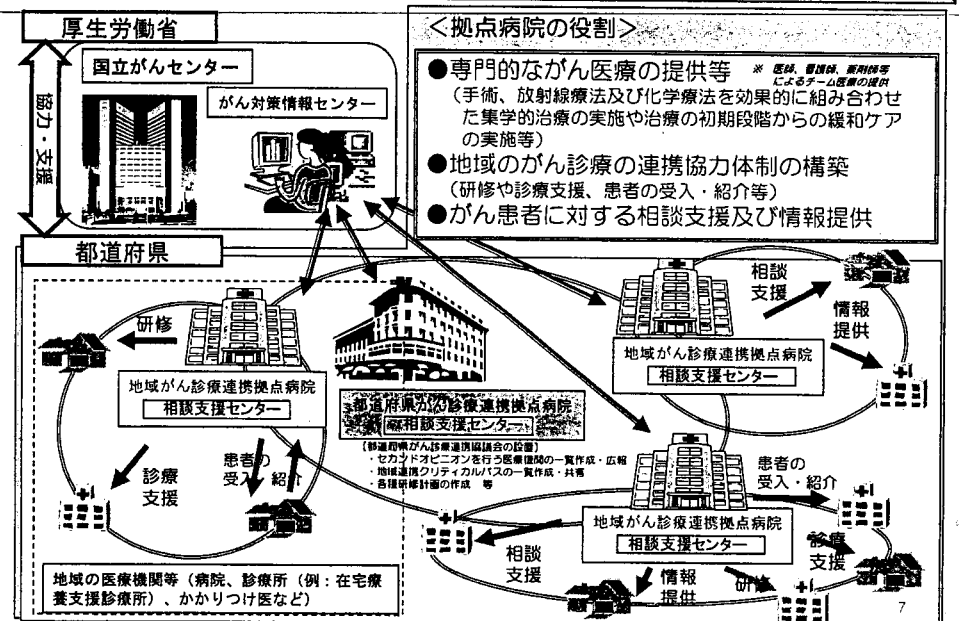
分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

<p>1. がん予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 全ての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】 ★ 全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得【10年以内(運用上5年以内)】 	<p>2. 医療機関の整備等</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 全ての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を設置【3年以内】 ★ 5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備【5年以内】 	<p>3. がん医療に関する相談支援及び情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 全ての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所以上整備【3年以内】
<p>4. がん登録</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 院内がん登録を実施している医療機関を増加 	<p>5. がんの予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 未成年者の喫煙率を0%とする【3年以内】 	<p>6. がんの早期発見</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ がん検診の受診率について、50%以上とする【5年以内】
<p>7. がん研究</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ がん対策に資する研究をより一層推進 		

がん対策基本法(平成19年4月施行)

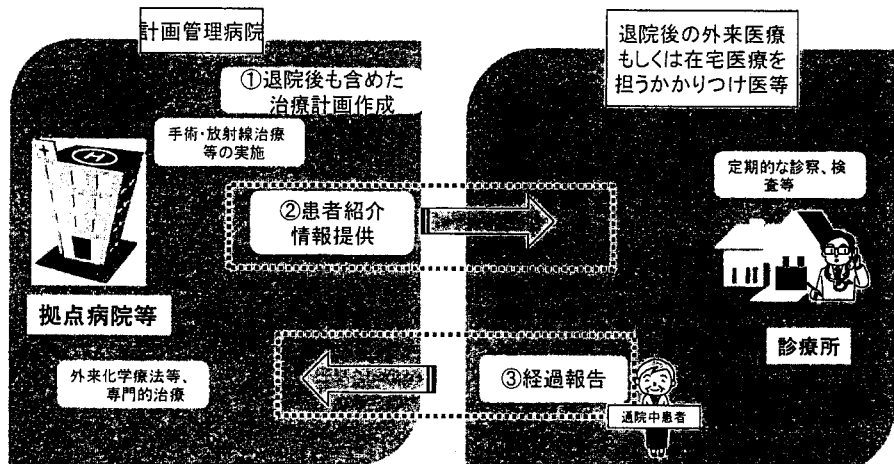


がん診療連携拠点病院制度 47都道府県(375か所) 平成21年4月1日現在



がん診療における地域連携

がん対策推進基本計画(平成19年6月閣議決定)において、がん医療の個別目標に「在宅医療」が掲げられ、取り組むべき施策として、「共同診療計画表の活用等や在宅医療のモデルの紹介等により、各地域の特性を踏まえ、在宅医療が実施できる体制を計画的に整備していく」となされている。



※ 作成する計画には、計画管理病院と外来診療所との共同診療計画表、患者用診療計画表及び外来診療所が計画管理病院に対して送付する経過報告書フォーマットを含む。

少なくとも最低3月に1回、また月1回を限度として、全身状態や診療経過等につき、患者の経過報告書を作成し、計画管理病院に対し送付。

放射線治療の推進

現 状

- 放射線治療施設数: 全国765カ所の医療機関(2007年現在)
- 放射線治療を担う医師、治療計画策定や精度管理などの従事者等の配置が十分に進んでいない。
放射線治療の認定医: 615人(2009年3月現在)
医学物理士: 418名(2009年7月現在)、放射線治療品質管理士: 593名(2009年7月現在)
- 放射線治療を受けているがん患者
推計実患者数: 21万8千人、がん患者の26.1%

がん診療連携拠点病院に対する支援等

- がん診療連携拠点病院機能強化事業、②放射線治療機器緊急整備
- がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の改定(平成20年3月1日付)

国立がんセンターにおける研修・診療支援

- 放射線治療計画策定にかかる研修、②放射線治療の品質管理

平成20年度診療報酬改定

- 新しい放射線治療の保険導入
- 放射線治療における充実した安全管理体制の評価等

- 全ての拠点病院において放射線治療を実施
- 都道府県拠点病院等において放射線治療部門を設置

(日本放射線腫瘍学会調べ)

共有される治療計画の例

大腸がん術後フォローアップ連携チャート(内服化学療法コース・A04-003) 【患者様・医療者共有】
様 連携先病院:

達成目標	1年		2年		3年		4年		5年	
	★	○	★	○	★	○	★	○	★	○
* 定期的な受診・検査ができる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
* 再発・転移の早期発見ができる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
患者状態										
診察										
検査										
結果										
説明指導										
バランス										
コード										
サイン										

* 患者状態は患者さん自身が記入(○・★)して診察日に持参しましょう
* ★印の部分・項目は 連携先病院で行ないます。* 結果の欄には値を記入してください

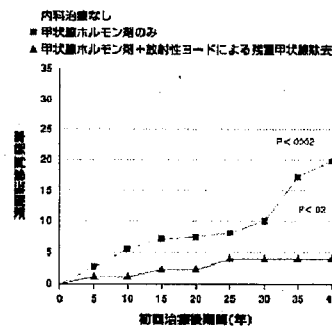
○放射性同位元素 (RI) を用いた放射線治療

- 放射性ヨウ素131: 甲状腺がん、甲状腺機能亢進症
- 放射性ストロンチウム89: 骨転移(疼痛緩和)
- 放射性イットリウム90: 悪性リンパ腫 など

○甲状腺がんにおけるRI療法の役割の変遷

放射性ヨード内療法と遠隔転移再発率

外科的甲状腺全摘術+RI療法の対象疾患



これまで: 肺転移や骨転移のある甲状腺がん

evidence
RI治療による転移発生率の低下



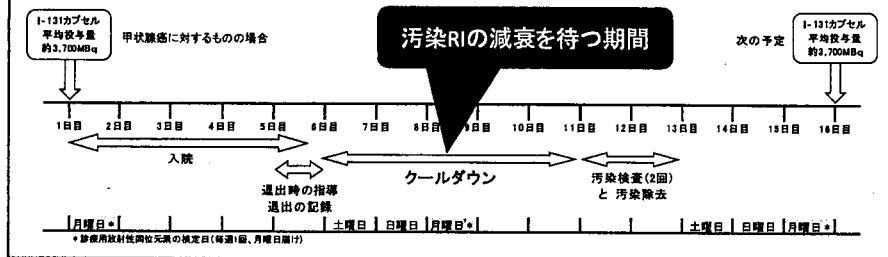
現在: 転移のないlow-riskの甲状腺がんまで拡大

外来化学療法普及

治療待機患者の増加

- 症例数 1649→2635 (2002～2008年)
- 施設数 188床(66施設)→155床(64施設) (2002～2007年)

甲状腺がん治療における放射線治療病室の管理スケジュール

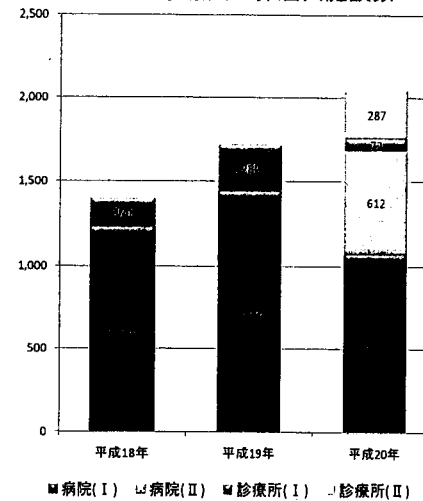


- 症例数の増加に反して、施設数は減少している
- 1室あたり月に2例しか治療を行えない
→ 治療待機患者の増加: 約5割: 3ヶ月以上待ち
約2割: 6ヶ月以上待ち

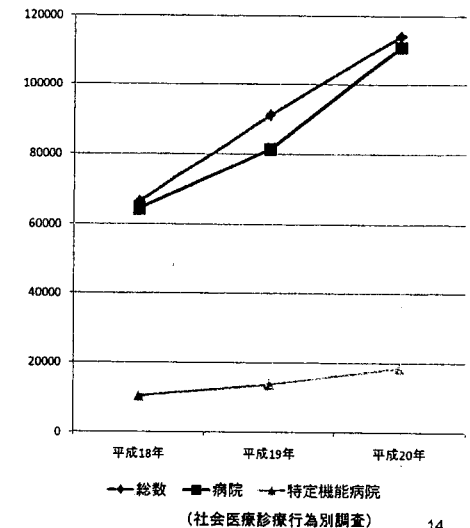
日本アイトープ協会調べ

12

外来化学療法加算届出施設数



外来化学療法加算算定回数



14

化学療法の推進

現状

化学療法を専門的に担当医師

日本臨床腫瘍学会	会員	7,574名 (2009年10月9日現在)
	がん薬物療法専門医	306名 (2009年4月1日現在)
日本がん治療認定医機構	がん治療認定医	5,962名 (2009年4月27日現在)

外来化学療法を実施している医療機関数 (注: 外来化学療法加算を算定している医療機関数)

990医療機関(H17) → 1399医療機関(H18) → 1722医療機関(H19) → 2045医療機関(H20)

がん診療連携拠点病院に対する支援等

- ①がん診療連携拠点病院機能強化事業、
- ②がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の改定(平成20年3月1日付)

国立がんセンターにおける研修

平成20年度診療報酬改定

- 全ての拠点病院において外来化学療法を実施
- 全ての拠点病院において地域連携クリティカルパスを整備

13

○ 最近承認された主な分子標的薬

これら新しい薬剤は、従来の抗がん剤と薬理作用や副作用が異なるため、特に副作用の管理に注意が必要である。

成分名	販売名	主な適用がん種	特徴的な副作用
ペバシズマブ	アバステン点滴静注用	結腸・直腸癌	高血圧、血栓/塞栓症、消化管穿孔
セツキシマブ	アービタックス注射液	結腸・直腸癌	皮膚毒性、投与関連反応、間質性肺炎
イマチニブ	グリベック錠	骨髄性白血病	浮腫、骨髄抑制
スニチニブ	スーテントカプセル	消化管間質腫瘍、腎細胞癌	高血圧、骨髄抑制、甲状腺機能低下、手足症候群、心毒性
ソラフェニブ	ネクサバル錠	腎細胞癌、肝細胞癌	高血圧、手足症候群
エルロチニブ	タルセバ錠	非小細胞肺癌	皮膚毒性、間質性肺炎

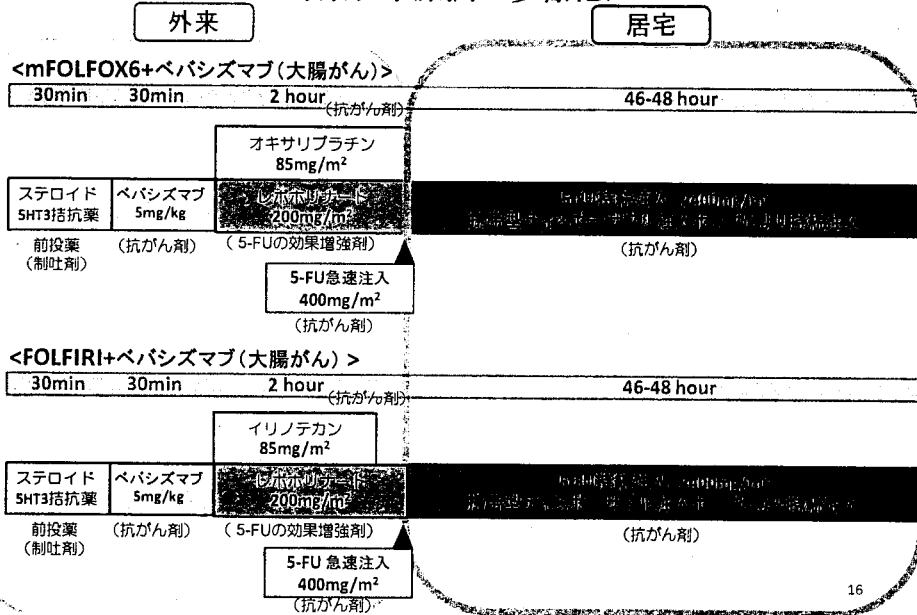
○ レジメン数の推移

国立がんセンターにおける登録レジメン(治療内容)の種類数は、増加している。

病院名	2007年度	2008年度	2009年度
中央病院	251	315	404
東病院	152	169	206

15

外来での化学療法の後、居宅で薬剤を持続注入する例
 <外来化学療法の多様化>



薬剤師による化学療法に関する
説明と副作用管理の例



- ・化学療法の説明
- ・治療スケジュールの説明
- ・副作用説明
- ・有害事象対策の説明
(対応の遅れは時に致命的)

レジメン説明書

がん療法は、薬剤師によって管理されています。がん療法は、副作用が重なる可能性があります。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。

薬剤	1日	2日	3日-4日
オキサリプラチン	1回	1回	なし
5-FU	1回	1回	なし
irinotecan	1回	1回	なし

副作用の管理について、薬剤師は患者さんに説明を行います。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。

外来での化学療法の後、居宅で薬剤を持続注入した件数
 <国立がんセンターの場合>

レジメン	病院名	2007年度	2008年度	2009年度(6か月)
FOLFOX群	中央病院	1,989	2,012	1,484
	東病院	2,308	2,266	1,248
FOLFIRI群	中央病院	513	786	514
	東病院	672	1,126	417
合計		5,482	6,190	3,663

外来での化学療法に続けて、居宅で薬剤を持続注入するレジメンの使用件数(のべ患者数)は、増加傾向にある。

※ FOLFOX: 5-FU(フルオロウラシル)、レボホリナート、オキサリプラチンの併用療法(大腸がん)
 FOLFIRI: 5-FU(フルオロウラシル)、レボホリナート、irinotecanの併用療法(大腸がん)

居宅における副作用管理のための患者による症状記録表
 (薬剤師が説明時に患者へ交付)

副作用症状が起きた時に使うお薬について

治療日記の書き方 1 週目

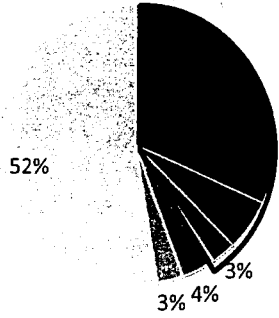
項目	7月3日	7月4日	7月5日	7月6日	7月7日	7月8日	7月9日
通院日	○						
血圧	128/80	126/82	137/95				
体温	36.5℃	36.5℃	36.7℃				
食事量	80%	80%	90%				
排便	1回	1回	3回				
だるさ	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4				
吐き気	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4				
嘔吐							
腹痛							
めまい							
痛み							
しびれ							
出血							
口内炎							
その他							

副作用の管理について、薬剤師は患者さんに説明を行います。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。副作用は、がん療法を受ける前に説明されています。

緩和ケアの推進

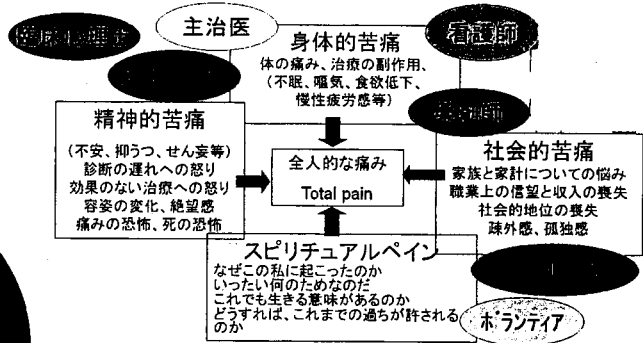
有病率

- 適応障害
- うつ病
- 不安障害
- せん妄・認知症



がん患者の不安・うつ
の有病率は4割

Derogatis L.R., et al: JAMA 249:751, 1993



(WHO Collaborating Center for Palliative Cancer Care: Looking forward to Cancer Pain Relief for All, CBC Oxford, 1997, P21)

がん周術期のリハビリテーション

術前および術後早期からの介入により術後の合併症を予防し、後遺症を最小限にして、スムーズな術後の回復を図ることを目的とする



- 周術期(手術前後の)呼吸リハビリテーション
 - ・食道癌: 開胸開腹手術症例では全例が対象。嚥下障害に対する対応も行う。
 - ・肺癌、縦隔腫瘍: 開胸手術症例では全例が対象
 - ・消化器系の癌(胃癌、肝癌、胆嚢癌、大腸癌など): 開腹手術では高リスク例が対象。
- 頭頸部癌の周術期リハビリテーション
 - ・舌癌などの口腔癌、咽頭癌: 術後の嚥下障害、構音障害に対するアプローチ。
 - ・喉頭癌: 喉頭摘出術の症例に対する代用音声(電気喉頭、食道発声)訓練。
 - ・頸部リンパ節郭清術施行後の症例: 肩・肩甲骨の運動障害に対するリハビリ。
- 乳癌・婦人科癌の周術期リハビリテーション
 - ・乳癌: 術後の肩の運動障害の予防、腋窩リンパ節郭清術後のリンパ浮腫の予防。
 - ・子宮癌など婦人科癌: 骨盤内リンパ節郭清後のリンパ浮腫の予防
- 骨・軟部腫瘍の周術期リハビリテーション
 - ・患肢温存術・切断術の症例: 術前の杖歩行練習と術後のリハビリ。義足や義手の作成。
 - ・骨転移: 放射線照射中の安静臥床時は廃用症候群の予防、以後は安静度に応じた対応。
- 脳腫瘍の周術期リハビリテーション
 - ・原発性・転移性脳腫瘍: 手術前後の失語症や空間失認など高次脳機能障害、運動麻痺や失調症などの運動障害、ADLや歩行能力について対応。

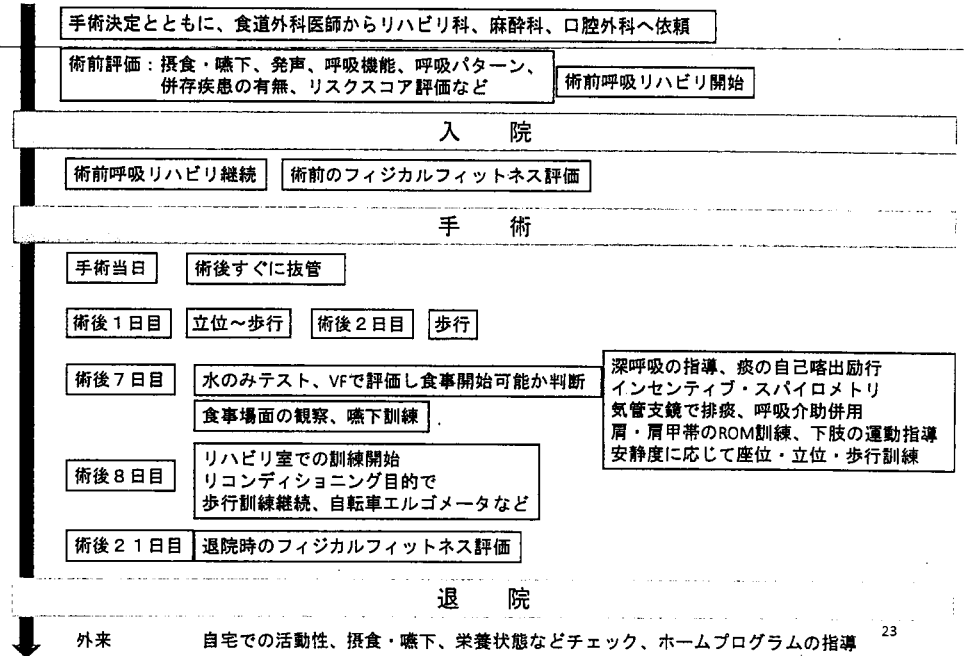
緩和ケア関連施設基準比較表

拠点病院(施設数375) ※平成21年4月1日現在 緩和ケア診療加算(施設数87)

医師	①専従の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師(原則として常勤。専従であることが望ましい。)	②精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師(専従であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。)
看護師	専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師	専従の、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア研修等における研修を修了している者)
コメディカル	①緩和ケアチームに協力する薬剤師 ②緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者	専従の、緩和ケアの経験を有する薬剤師(専従であっても差し支えない)(麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者)
その他体制	緩和ケアチームを組織上明確に位置づけ 緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備	緩和ケアチームを組織上明確に位置づけ 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。

※算定施設数は平成20年7月時点保険局医療課調べ

胸部食道癌の周術期リハビリテーションの流れ



食道癌に対する開胸開腹術後の呼吸合併症発生率比較

	静岡がんセンター (2002-2005年)	Kinugasaら (1981-1999年)
開胸開腹術 総数	109例	118例
平均年齢	65歳	63歳
	N(%)	N(%)
術後肺炎(誤嚥性肺炎含む)	10例(9.2)	38例(32.2)
術後の呼吸不全	2例(1.8)	20例(16.9)

(*: Kinugasa, et al. J. Surg. Oncol, 2004)

肺炎の定義: CXRでの肺炎所見、38度以上の発熱、痰培養、白血球12000以上
Kinugasaらは術後1-2日で抜管、SCCは術直後抜管

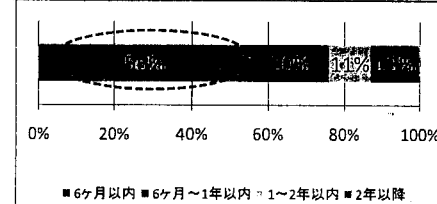
静岡がんセンター 食道癌術死0%、在院死0.8%

24

リンパ浮腫の発症時期とリンパ節郭清後の注意点の理解の状況

- 対象: 1994年~2006年までに原発性乳癌で腋窩郭清術を施行した798名の患者に対し、2006年9月~2007年2月までの外来受診時にアンケート調査を実施
- 結果: 202名より回答あり、平均年齢56歳(26~84歳)、手術後の経過年数の中央値は3年(1~13年)

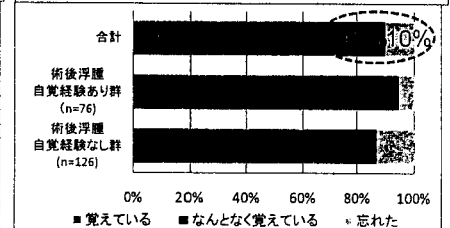
リンパ浮腫の退院後の発症時期は?



- 退院後6カ月以内のリンパ浮腫の発生割合は約6割
- 術後早い時期からのセルフケア等の予防策の実施が重要

出典: 西尾美奈子他: 乳癌患者におけるリンパ浮腫発現に関する調査-腋窩郭清術施行後の自験例202例からの検討-, 乳癌の臨床, 22(6), 469-26 474, 2007.(一部図を改変)

術後に受けたリンパ節郭清後の注意点を覚えているかどうか?



- 約3割の患者は明確に覚えていないことが推察される

リンパ浮腫指導管理の内容

- リンパ浮腫の病因と病態
- リンパ浮腫の治療方法の概要
- セルフケアの重要性和局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法
 - リンパドレナージに関すること
 - 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること
 - 弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること 保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること
 - 生活上の具体的な注意事項
- リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること
- 感染症の発症等増悪時の対処方法
- 感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

ニコチン依存症管理料

※リンパ浮腫指導管理料(入院中1回)

子宮がん、前立腺がん等で手術を行った患者に対し、手術日が含まれる月及びその前後の月にリンパ浮腫指導管理を行った場合に算定可能。

25

27

ニコチン依存症管理料

ニコチン依存症管理料の新設(平成18年度)

ニコチン依存症について、疾病であるとの位置付けが確立されたことを踏まえ、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、評価を新設

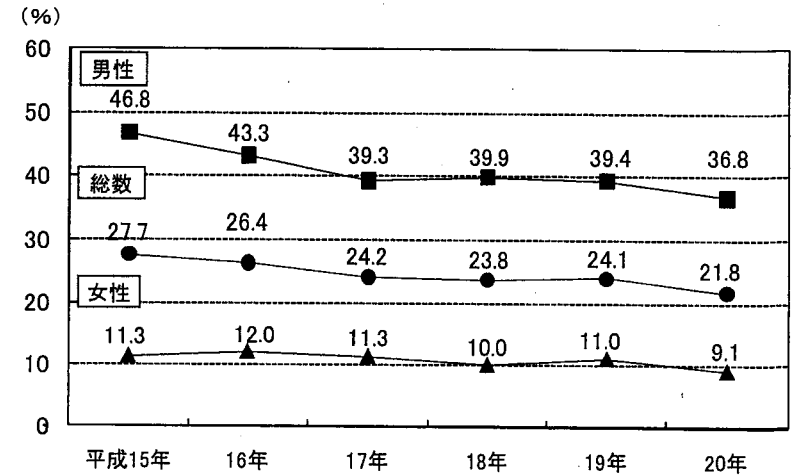
- * 12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラムが対象
- * 対象患者・実施医療機関・評価の対象となる禁煙指導を限定して評価を新設し、その効果について検証を行う。

平成18年度診療報酬改定答申書

ニコチン依存症管理料については、保険導入の効果に係る検証の作業を通じて、禁煙指導に国民の保険料財源を充当することに、さらなる国民的なコンセンサスの形成に努めること。

28

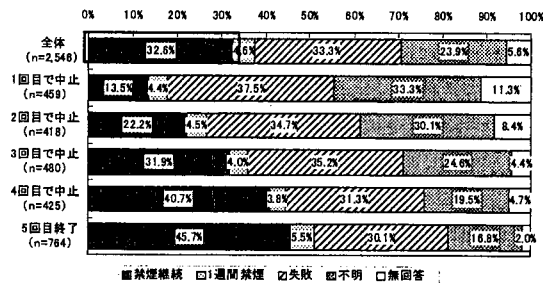
我が国の喫煙率の推移



30

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(平成19年度調査)

指導終了9か月後の状況(算定回数別)



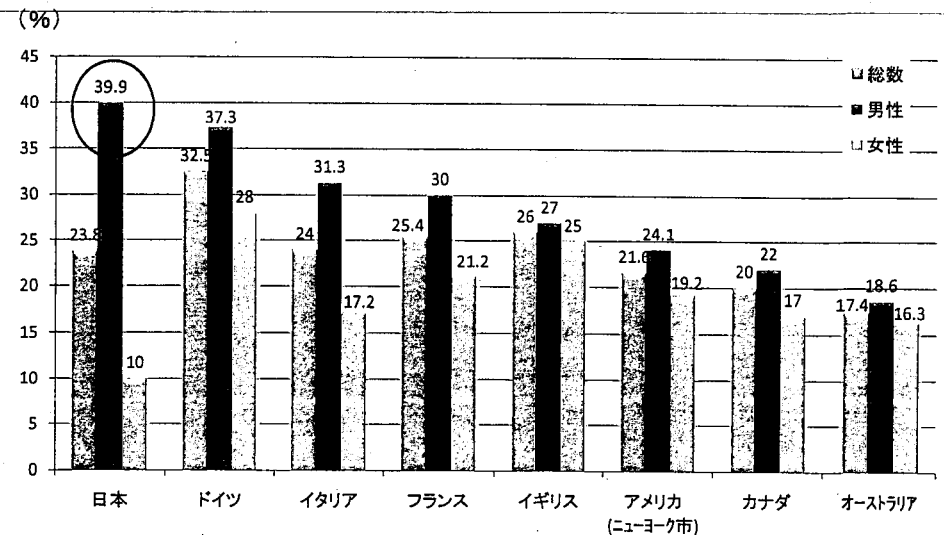
禁煙成功率に関する日英比較

国名	追跡期間	継続禁煙率の名称	継続禁煙率
日本	治療開始から1年後(治療終了9か月後)	9か月間継続禁煙率	1) 32.6%
			2) 28.6%
イギリス	治療開始から1年後	1年間継続禁煙率	1) 17.7%
			2) 14.6%

*1) 自主申告による。2) 「自主申告+呼気一酸化炭素濃度検査」結果による。

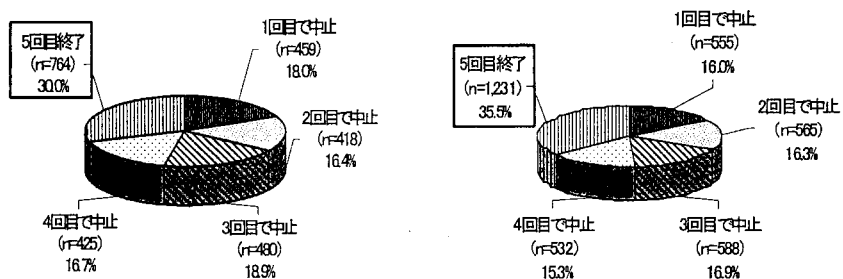
29

喫煙率の国際比較



出典: ・諸外国の喫煙率: たばこアトラス第2版(2006)より引用。
・日本の喫煙率は、平成18年国民健康・栄養調査より引用。 31

ニコチン依存症管理料算定回数の状況



平成19年度調査 (n=2,546)

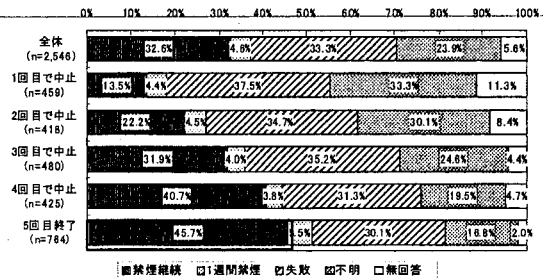
平成21年度調査 (n=3,471)

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より

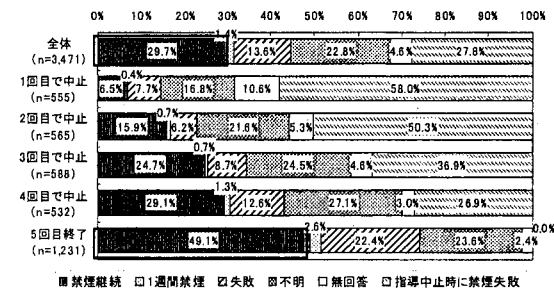
32

指導終了9ヶ月後の禁煙/喫煙の状況(算定回数別)

平成19年度調査



平成21年度調査



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より

33

平成 21 年 12 月 4 日

厚生労働大臣
長妻 昭 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長
垣添 忠生

平成 22 年度診療報酬改定における がん領域に関する提案について

平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）などにおいて取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなる。第 10 回厚生労働省がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）においては、がんに関わる診療報酬についての提言の必要性について指摘があった。また、第 10 回厚生労働省社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」を来年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加え、がん対策推進協議会での議論との整合性を図るべきとの指摘があった。中医協においても、平成 22 年度改定における 22 項目の「今後の主な検討項目例」に、がん領域があげられている。

がん対策推進協議会は、「平成 22 年度がん予算提案書～元気の出るがん対策～」を平成 21 年 3 月に厚生労働大臣に提出した。この提案書において指摘したがん対策・がん診療における問題点は、がん予算だけによって対処できるものだけでなく、診療報酬改定によって初めて解決が見出されるものが多い。

これらをふまえ、がん対策推進協議会では、がん医療の推進に関する診療報酬での対応についての意見をとりまとめ、平成 22 年度診療報酬改定に向けたがん対策を推進するための評価の検討について、長妻昭厚生労働大臣に提出するものである。

平成 22 年度診療報酬改定に向けた がん対策を推進するための評価の検討について

国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、平成 19 年のがん対策基本法の施行を契機として、様々な施策が推進されてきたものの、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には至っていないのが実情である。

長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを経たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的使用と医療の質の向上が不可欠である。また、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を遂行するためには、がん医療に関する診療報酬による評価を充実させることが不可欠である。

がん医療の推進については、社会保障審議会等でも「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中医協などの場において行われることとなるが、こうした視点をふまえてがん対策の充実が図られるために、平成 22 年度診療報酬改定において適切に評価されるよう配慮を求めるものである。

(※) なお、社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成 22 年度診療報酬改定の視点等について」では、診療報酬改定にあたっての方向性として、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」の「2つの重点課題」と、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」の「4つの視点」が示されている。

以下、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、参考として例示するとともに、それらの項目が上記「2つの重点課題」「4つの視点」とどのように関連しているのかについても提示する。

がん領域における平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例
(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

社会保険審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成22年度診療報酬改定の視点等について」の内容

「平成22年度診療報酬改定の視点等」と「方向」について(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にかかる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別1	放射線療法および化学療法法の推進並びに医療従事者の育成	ア	放射線療法法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する相談支援および情報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○		○	
—	個別9	がんの早期発見(がん検診)	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
—	個別10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
25	個別11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ浮腫			○	○		

各事項の内容については、5ページ以降を参照

重点課題関係	重点課題1	救急・産科・小児・外科等の医療の再建 【含まれる内容の例】 ①有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進 ②小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ③新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ④急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 ⑤手術の適正評価
	重点課題2	病院勤務医への負担の軽減 【含まれる内容の例】 ①看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ②看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 ③医療クレークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
4つの視点関係	視点関係1	充実が求められる領域を適切に評価していく視点 【含まれる内容の例】 ①質の高い精神科入院医療の推進 ②歯科医療の充実 ③インベーションの評価 *がん医療の推進 *認知症医療の推進 *新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進 *肝炎対策の推進
	視点関係2	患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①医療の透明化・分かりやすさの推進 ②医療安全対策の推進 ③心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ④重症化の予防
	視点関係3	医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①質が高く効率的な急性期入院医療の推進 ②回復期リハビリテーション等の機能強化 ③在宅医療・在宅歯科医療の推進 ④医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進
	視点関係4	効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点 【含まれる内容の例】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映

がん対策の推進にあたって、診療報酬において評価を検討すべき具体的な項目を、以下に概説する。

全体分野 がん対策全般にかかる事項

(1) 現状と課題

(ア) がん医療の質の“見える化”

がん医療の質のいわゆる「見える化」（可視化）が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

(イ) がん医療の質の評価

がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

(2) 論点

(ア) がん医療の質の“見える化”

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行うベンチマーキングセンターをがん診療連携拠点病院等に設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん医療の質の評価

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野1 放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成

(1) 現状と課題

(ア) 放射線療法の推進

放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例：臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。

(エ) がんにおける診療項目の評価

手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、カンファレンスにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

(2) 論点

(ア) 放射線療法の推進

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）、アイソトープ内用療法、放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与

計画)委員会における化学療法のプロトコル(治療計画)管理や危険薬剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(ウ)入院および外来化学療法の推進

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

(エ)がんにおける診療項目の評価

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

個別分野2 緩和ケア

(1) 現状と課題

(ア)緩和ケア診療加算

緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。

(イ)緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。

(2) 論点

(ア)緩和ケア診療加算

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

(イ)緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)

(1) 現状と課題

(ア)在宅医療の充実

がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、病状急変時の緊急入院病床の整備等により、手厚い在宅医療を提供する施設に対してなど、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

(イ)在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅医療支援診療所との連携や、病院(医師)と訪問看護機関(看護職)との連携、在宅医療病診連携パスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。

(ウ)医療と介護の連携

がんの在宅緩和ケアでは、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であり、退院困難な要因や介護を必要としているがん患者については年齢を問わず、職種を越えた緊密な連携が求められるが、その連携は不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。

(エ)大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。

(2) 論点

(ア)在宅医療の充実

手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数を上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(ウ) 医療と介護の連携

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

個別分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

(1) 現状と課題

(ア) DPC データや臨床指標の開示

標準治療の推進と医療費の適正化において、DPC の果たす役割は重要であるが、DPC による評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPC データや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。

(2) 論点

(ア) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

個別分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

(1) 現状と課題

(ア) 地域連携とその他の連携

国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。

(2) 論点

(ア) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 現状と課題

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSWと連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野7 がん登録

(1) 現状と課題

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者のがん登録に係る負担が及んでいる。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握するデータが不正確であり、がん登録全体の正確さに影響を与えている。

(2) 論点

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がん

センターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。

個別分野8 がんの予防(たばこ対策)

(1) 現状と課題

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。

(2) 論点

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

個別分野9 がんの早期発見(がん検診)

(1) 現状と課題

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野10 がん研究

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野11 疾病別対策

(1) 現状と課題

(ア) 小児がんと稀少がん

小児がんや稀少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

(2) 論点

(ア) 小児がんと稀少がん

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な稀少がん(例:褐色細胞腫、成人T細胞白血病)の診断・治療、当該医療機関や診療科での診断、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置している場合に対して、さらなる加算をしてはどうか。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行ってい

ることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中1回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

在宅医療の宿題

平成20年度診療報酬改定にて新設した在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時カンファレンス料の評価はどうか。(11月2日 北村委員)

C010 在宅患者連携指導料 900点(月1回)

医師等が、在宅での療養を行っている患者に対して、当該患者の診療等を担う機関(歯科診療所等、保険薬局、訪問看護ステーション)の医療関係職種間で診療情報を共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点(月2回)

患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者(歯科医師等、薬剤師、看護師等又は介護支援専門員)と共同で一室に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価

算定状況(平成20年度社会医療診療行為別調査)

	平成20年	
	実施件数	算定回数
在宅患者連携指導料	603	603
在宅患者緊急時等カンファレンス料	50	50
(参考)		
在宅患者訪問診療料(在宅療養中患者)	191,147	413,979
在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者等)	80,047	195,813
往診料	132,623	249,913

訪問看護の宿題

訪問看護ステーションからの訪問看護が、週3回以内と回数制限を設けている理由や1利用者への訪問看護ステーション数が制限されている理由について確認したい。(11月11日 勝村委員)

1. 週3回以内と回数制限を設けている理由

- 訪問看護療養費の制度が創設された当時より、訪問看護の算定は週3日を限度としていた。これは、実際に提供されている訪問看護の実態から想定して必要日数を見込み、週3日としたところである。
- また、末期の悪性腫瘍や人工呼吸器を使用している状態等にある利用者及び急性増悪等により週4日以上の高頻回な訪問看護が必要とされた利用者(1月に14日間(状態によっては最長28日間)に限る)に対しては訪問看護の算定日数制限を設けていない。(宿題資料1)

【参考】訪問看護ステーションの利用者1人あたりの1ヶ月の平均訪問回数は約6回となっている。(宿題資料2)

2. 1利用者への訪問看護ステーション数が制限されている理由

- 医療保険における訪問看護については、在宅療養における看護の継続性及び一貫性を重視する視点から、一人の利用者に1つの訪問看護ステーションによる訪問看護を原則としている。ただし、算定日数制限のない末期の悪性腫瘍や人工呼吸器を使用している状態等にある利用者に対しては、2カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護が実施できることとしている。

宿題資料1
11月11日
診-4
参考資料p4より

医療保険の訪問看護の対象者

居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(40歳未満の者) (40歳以上の要支援者・要介護者でない者)
回数制限のない対象者(週4日以上)	
末期の悪性腫瘍	-----
多発性硬化症	-----
重症筋無力症	-----
スモン	-----
筋萎縮性側索硬化症	-----
脊髄小脳変性症	-----
ハンチントン病	-----
進行性筋ジストロフィー症	-----
パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))	-----
多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)	-----
プリオン病	-----
亜急性硬化性全脳炎	-----
後天性免疫不全症候群	-----
頭頸損傷	-----
人工呼吸器を装着している患者	-----

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者※(14日間を限度とし、月1回まで)

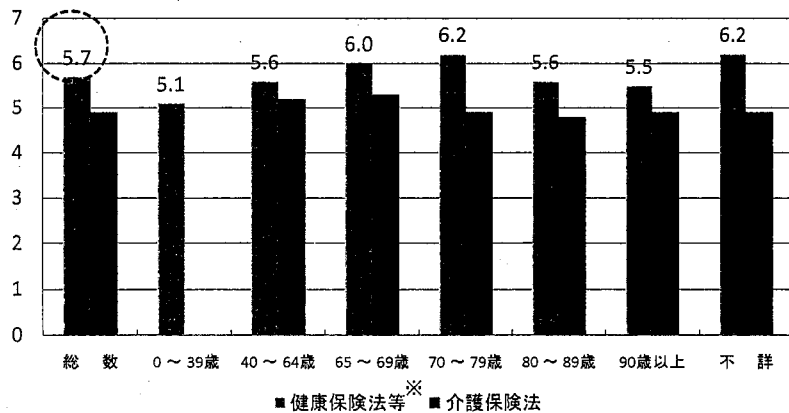
※厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月2回まで

- ・気管カニューレを使用している
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある

1

宿題資料2
11月11日
診-4
参考資料p18より

訪問看護ステーションの
利用者1人あたりの1ヶ月の平均訪問回数



※「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

○ 医療保険の訪問看護のほうがいずれの年齢区分においても訪問回数が多い。

2