

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第110回）
議事次第

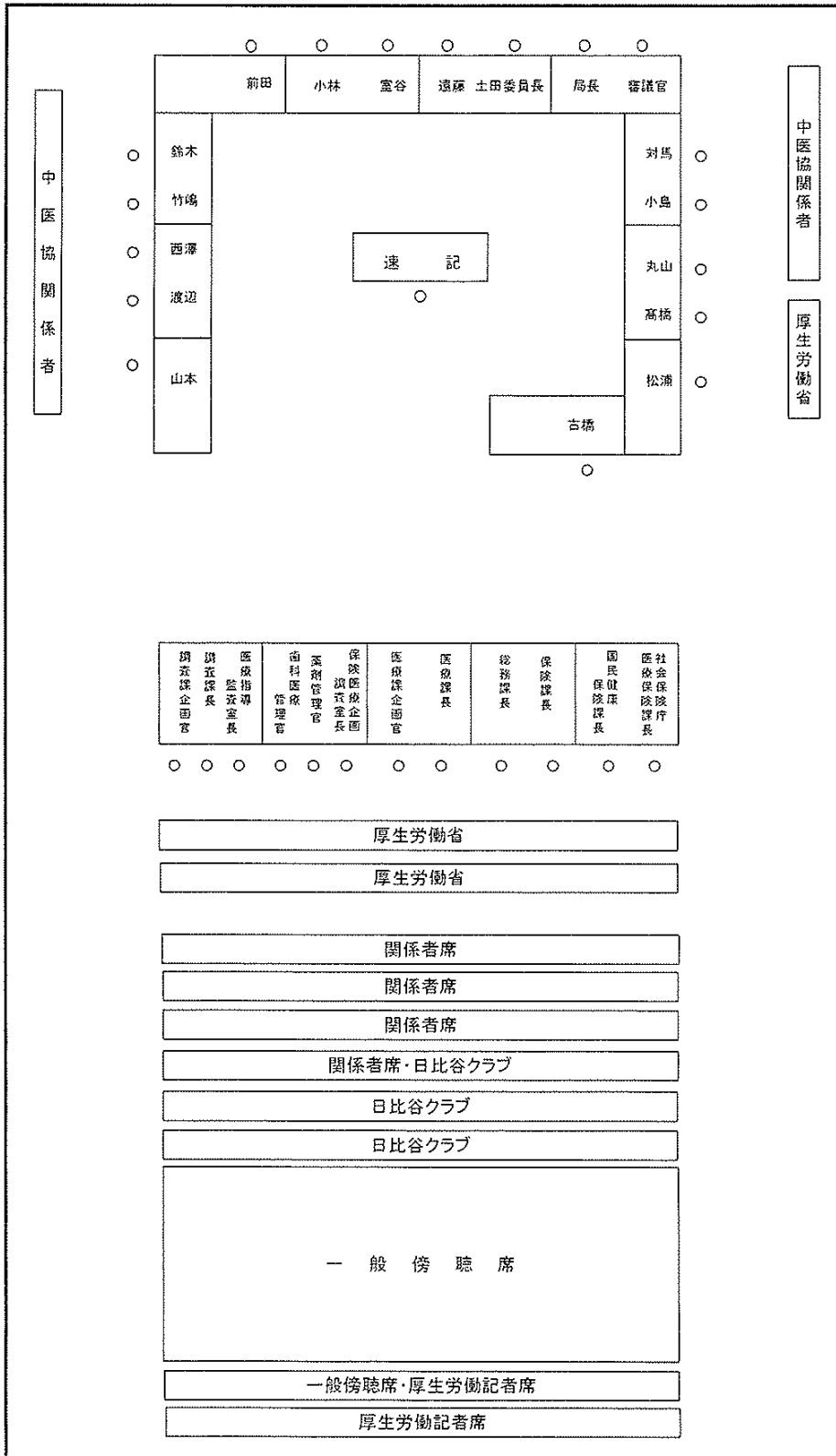
平成19年11月16日（金）
於 はあといん乃木坂フルール

議 題

- 検査の評価について
- 精神医療について
- 平成20年度診療報酬改定の基本方針の検討状況について
（報告）

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会座席表

日時:平成19年11月16日(金) 10:00~12:00
 会場:ホテルはあといん乃木坂 フルール (B1F)



精神医療について

第1 入院医療について

1 現状と課題

(1) 精神保健福祉施策の基本的方針

精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとしている。

この中で、「受入条件が整えば退院可能な者」については、上記の取組を全体的に進めることにより、10年後の解消を図ることとしており、これまでも精神障害者の地域移行に取り組んできたところである（参考資料1頁、図表1）。

(2) 精神病床の入院患者の現状について

総入院患者数は、平成8年から17年にかけて約32万人で推移している。新規入院患者は毎年2.2~2.4万人、年率6~7%のペースで増えているものの、比較的入院期間の短い患者の退院が増えたことにより、総入院患者数は一定となっている。

しかしながら、入院期間1年以上の長期入院患者については、退院患者が増えていない現状にある（参考資料2頁 図表2）。

このような長期入院患者の中にも、受入条件が整えば退院可能である患者が一定程度おり、特にこのような患者の円滑な退院に向け、精神医療福祉施策と、退院前後の支援と地域での生活の定着に向けた取組が必要とされている。あわせて、新規入院患者が長期の入院とならないよう、入院早期からの退院に向けた取組の充実が求められている。

(3) 認知症患者の入院医療について

精神病床入院患者数の疾病別年次推移を見ると、統合失調症の患者が依然大半を占めているが、その数は近年減少傾向となっている。一

方、アルツハイマー病や血管性等の認知症が顕著に増加している（参考資料 3 頁 図表 3）。

また精神病床では、在宅や介護施設等においてせん妄や問題行動等の認知症の急性期症状のため精神科治療が必要となった患者を多く受け入れている（参考資料 4 頁 図表 4）。このような患者の受け入れの際には、患者に不安感や焦燥感が強く表れたり、せん妄状態による興奮が見られることもあり、入院当初の医療の充実が課題となっている。

(4) 合併症患者の入院医療について

総合病院等の精神病床において、身体的な治療を必要とする合併症を持つ患者は約 21%となっている（参考資料 5 図表 5）。一方、一般病床においても、術後のせん妄や、身体疾患に伴う精神症状など、精神科治療が必要な患者が一定程度存在している。

このような患者への対応については、現在は診療報酬上の特別な評価は行われていないが、今後の高齢化や精神疾患患者の増加傾向も踏まえて、体制の充実が課題となっている。

(5) 特別入院基本料について

現在、精神病床については、医療法では、25 対 1 の看護配置を当分の間の経過措置として認めているが、診療報酬では、平成 20 年 3 月 31 日までの経過措置として特別入院基本料の算定を認めているのみであり、平成 20 年 4 月以降、算定できないこととされている。

2 診療報酬上の評価

A103 精神病棟入院基本料(1日につき)

1 10対1入院基本料 1,209点

2 15対1入院基本料 800点

3 18対1入院基本料 712点

4 20対1入院基本料 658点

特別入院基本料 550点

※入院期間に応じた加算

14日以内 459点

15日以上30日以内 242点

31日以上90日以内 125点

91日以上180日以内 20点

181日以上1年以内 10点

※重症認知症加算(1日につき) 100点

A312 精神療養病棟入院料(1日につき) 1,090点

A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料(1日につき)

1 老人性認知症疾患治療病棟入院料1

イ 90日以内の期間 1,300点

ロ 91日以上期間 1,190点

2 老人性認知症疾患治療病棟入院料2

イ 90日以内の期間 1,060点

ロ 91日以上期間 1,030点

精神科訪問看護

1011-2 精神科退院前訪問指導料

入院期間が3月を超えると見込まれる患者

(入院中3回 380点)

入院期間が6月を超えると見込まれる患者

(入院中6回 380点)

* 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問看護を行った場合は、320点を加算

1012 精神科訪問看護・指導料

精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） 550点

(週3回まで、ただし退院3月以内においては週5回まで算定)

精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 160点

(週3回までについて算定)

3 論点

- (1) 入院期間が1年以上の長期入院患者に対して、安心して地域での生活を営めるよう、退院支援計画に基づく退院調整を実施するなど、地域移行を進める医療施設の取組の評価を検討してはどうか。
- (2) 入院期間が1年未満の患者については、入院が長期化しないように、また、入院直後から退院支援ができるように、精神科退院前訪問指導を充実させることを検討してはどうか。
- (3) 退院後については、医療施設による継続的な患者への指導を評価するとともに、精神症状が急性増悪した際には、再入院とならないようにするため、医師の診察後から症状回復までの一定期間は手厚い医療が提供できるよう、一定の要件のもとに、精神科訪問看護の算定回数を緩和してはどうか。
- (4) 認知症患者に対する入院医療については、入院早期におけるせん妄等に対してのより手厚い医療の提供や合併症の診療体制について評価

を検討してはどうか。

(5) 身体的疾患を併せ持つ患者について、総合病院等の身体的な医療が充実した精神病床等における医療の提供について評価を検討してはどうか。

(6) 医療法の経過措置として認められている看護配置の病床であるにもかかわらず、平成20年4月1日以降、診療報酬上算定ができなくなるが、特別入院基本料については、医療法の取扱いと整合性を図る観点から、経過措置の延長を行ってはどうか。

第2 外来医療について

1 現状と課題

(1) 通院患者数とその内訳

近年精神疾患にて外来受診する患者数は増加しており、なかでも気分障害（うつ病を含む）の増加は顕著となっている（参考資料6頁 図表6）。

(2) 診療時間

57 施設の精神科診療所における診療時間の平均を見ると、全診療所の平均診療時間は約15分間であるが、施設ごとにばらつきが大きく、比較的短時間のものから30分を超えるものまで様々である（参考資料7頁 図表7）。

1002 通院精神療法（1回につき）

- 1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合
500 点

※ 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

2 1 以外の場合

- イ 病院の場合 330 点
ロ 診療所の場合 360 点

2 論点

精神科外来における精神療法については、一律の評価がなされているが、患者の状態に応じて診療が長時間となる場合もあることから、患者の特性や診療時間に応じて評価を行うこととしてはどうか。

第3 精神科救急医療について

1 現状と課題

重篤な精神症状に対して手厚い医療を提供する精神科救急医療については、診療報酬上、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟入院料として評価されている。しかし、地域の状況によっては施設基準を満たすことが厳しいため、整備状況に地域差がみられている(参考資料8頁 図表8)。また、個室数に係わる要件等のため、実際に精神科救急医療を行っている総合病院等の精神病床が適切に評価されていないとの指摘がある。

精神科救急医療施設においても、3月以内に退院できない患者が30%程度存在し、長期入院化する傾向があることから、手厚い急性期医療の提供とあわせて、入院初期から退院支援に係わる取組を充実させることが必要である。

2 診療報酬上の評価

精神科救急医療に係わる入院料としては以下のものがあげられる。

A311 精神科救急入院料（1日につき）

- 1 30日以内の期間 3,200点
- 2 31日以上期間 2,800点

主な施設基準等

- ・ 看護配置 10対1
- ・ 常勤の精神保健指定医が5名以上
- ・ 隔離室を含む個室が半数以上
- ・ 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上
- ・ 以下の地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上の患者を受け入れていること。
 - ア 都道府県（政令市の区域を含む）
 - イ 1精神科救急圏域と1基幹病院が対となって明確に区分された区域

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- 1 精神科急性期治療病棟入院料 1
 - イ 30日以内の期間 1,900点
 - ロ 31日以上期間 1,600点

- 2 精神科急性期治療病棟入院料 2
 - イ 30日以内の期間 1,800点
 - ロ 31日以上期間 1,500点

3 論点

精神科救急医療施設の整備状況における地域差の解消や、精神科救急医療を担っている総合病院等の精神病床に対する適切な評価のため、精神科救急に係る算定要件を見直してはどうか。

また、入院初期からの退院調整の実施など、退院に向けた取組を行う体制について評価の充実を検討してはどうか。

第4 薬剤処方日数について

1 現状と課題

麻薬及び向精神薬取締法により規定される薬剤の一部についてはその特性を考慮し、30日分又は90日分を処方することが認められているが、基本的に薬剤の処方は、一度に14日分が限度とされている。

この制限のため、精神疾患患者等のうち症状が安定しており、一定期間は症状の安定性が予見できるような患者であっても、処方を受けるために月2回以上医療機関を受診しなくてはならず、社会復帰を阻害しているとの指摘がある。

14日	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く
	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く
30日	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼボキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼブ酸エチル又はロラゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	【注射薬】 塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬
90日	ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

2 論点

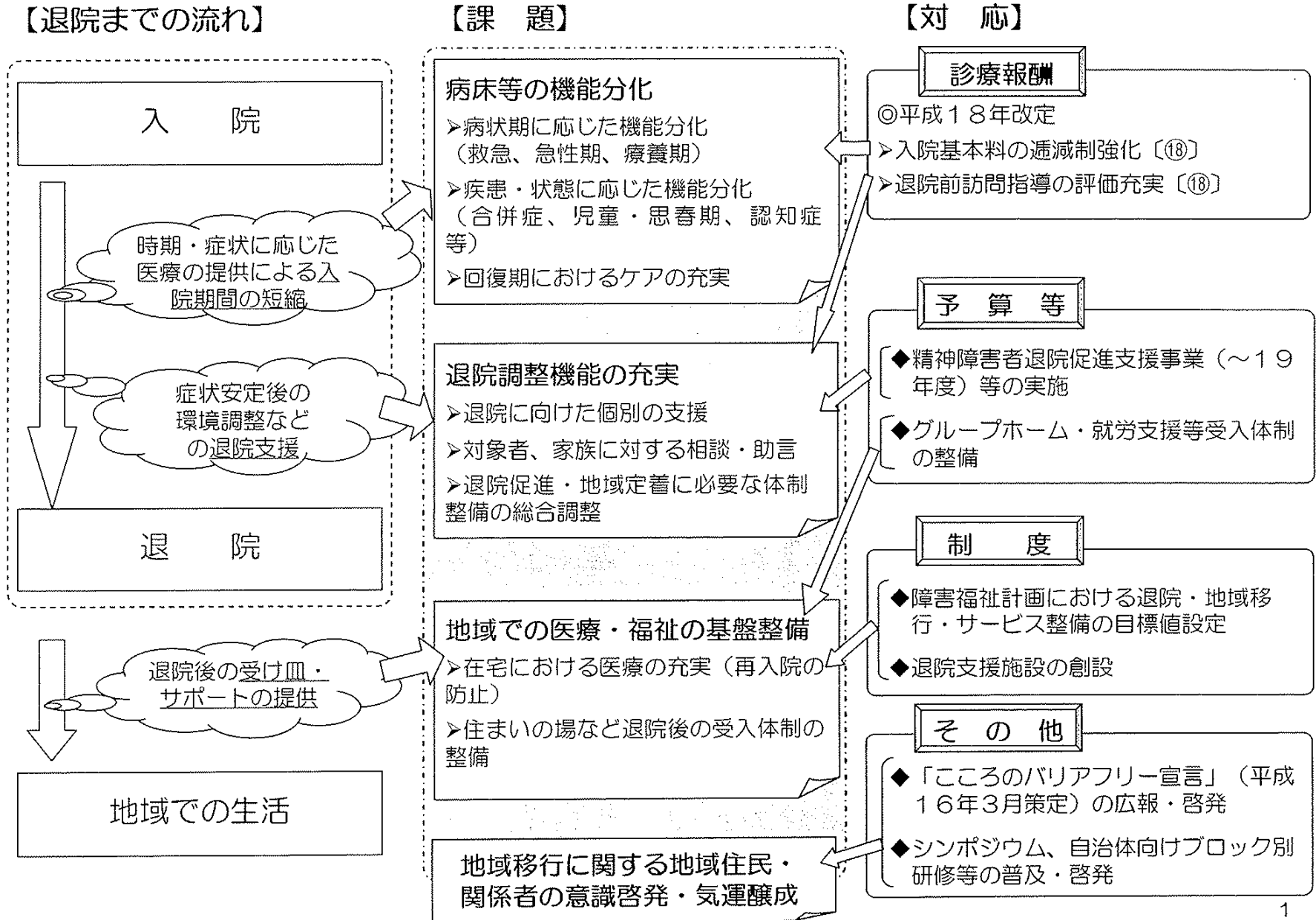
精神疾患患者等の社会復帰の観点から、一部の必要な薬剤については30日処方に見直してはどうか。また、見直しにあわせて、医師が長期処方する場合には、既に処方されている当該薬剤の残薬と、重複処方の有無について、患者に確認することを義務付けてはどうか。

中医協 診 - 2 - 2

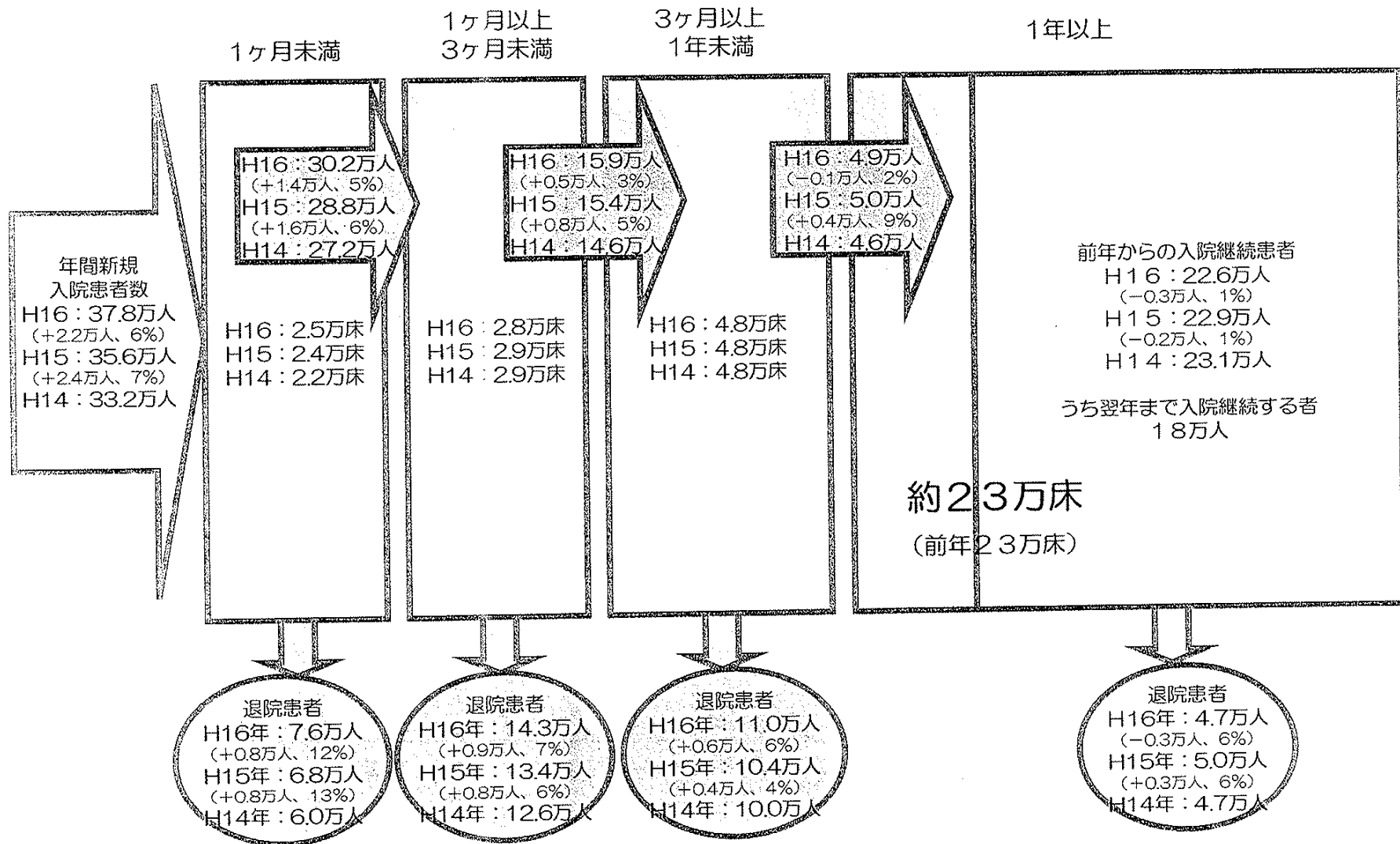
19 . 11 . 16

精神医療について (参考資料)

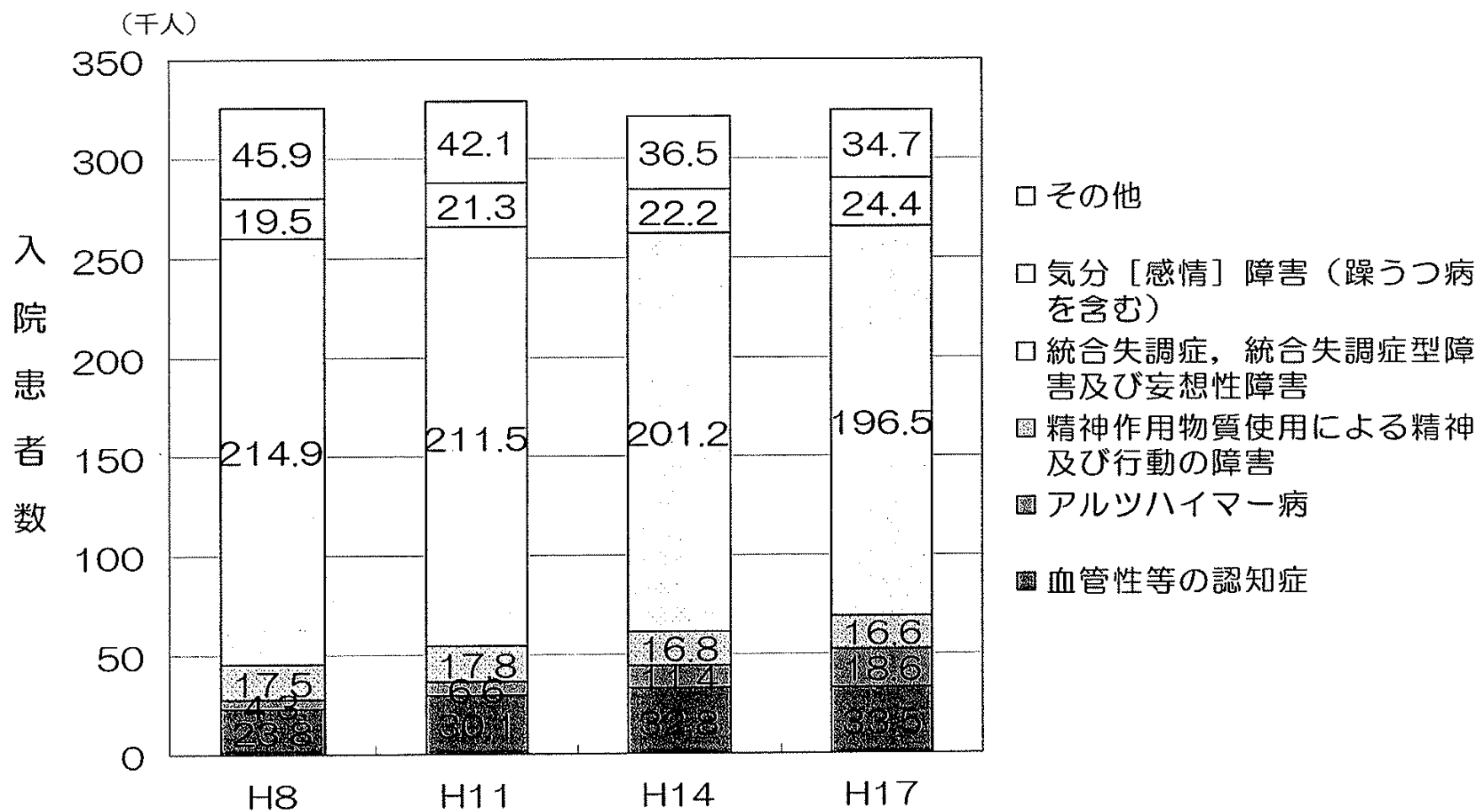
図表1 精神障害者の地域移行のためのこれまでの取組



図表2 精神病床における患者の動態の年次推移

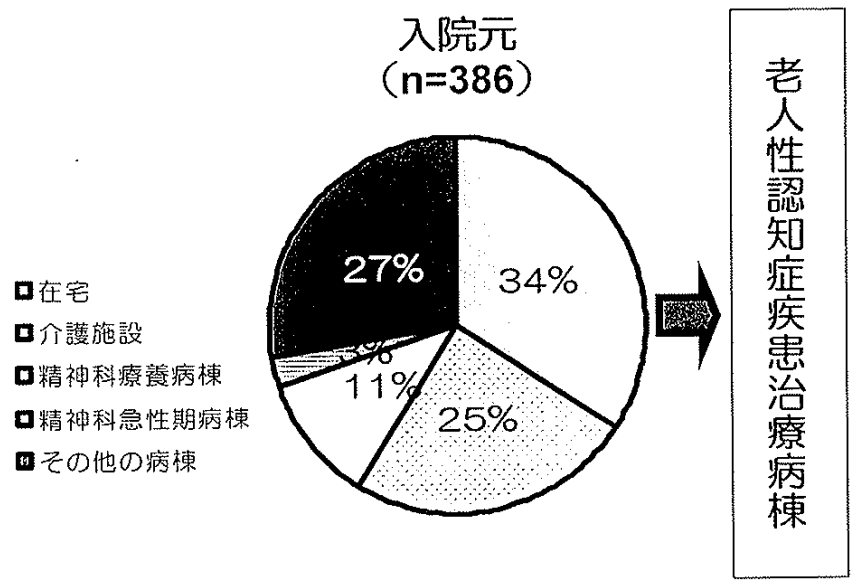
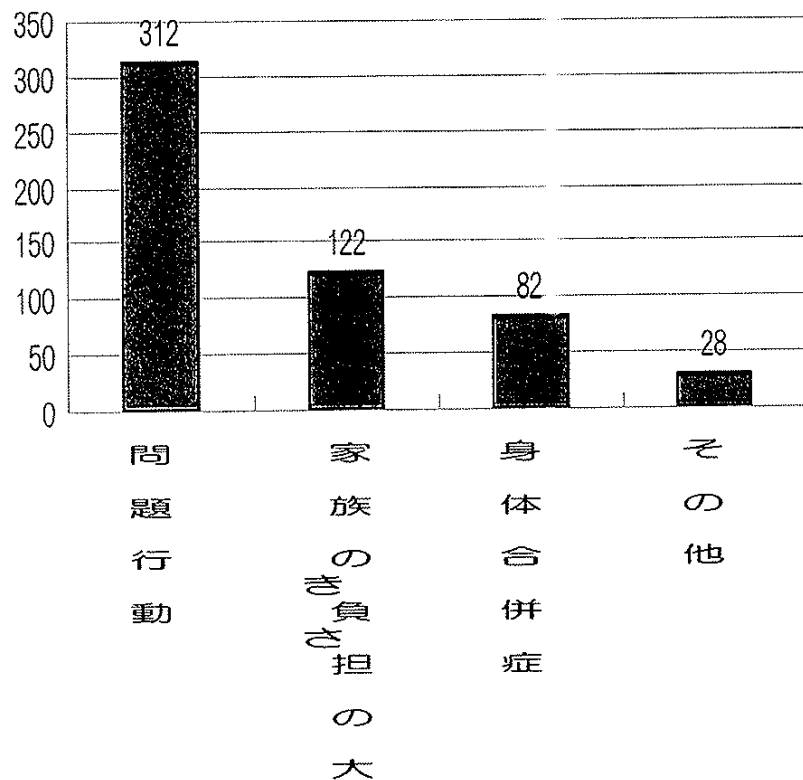


図表3 精神科入院患者の疾病別内訳

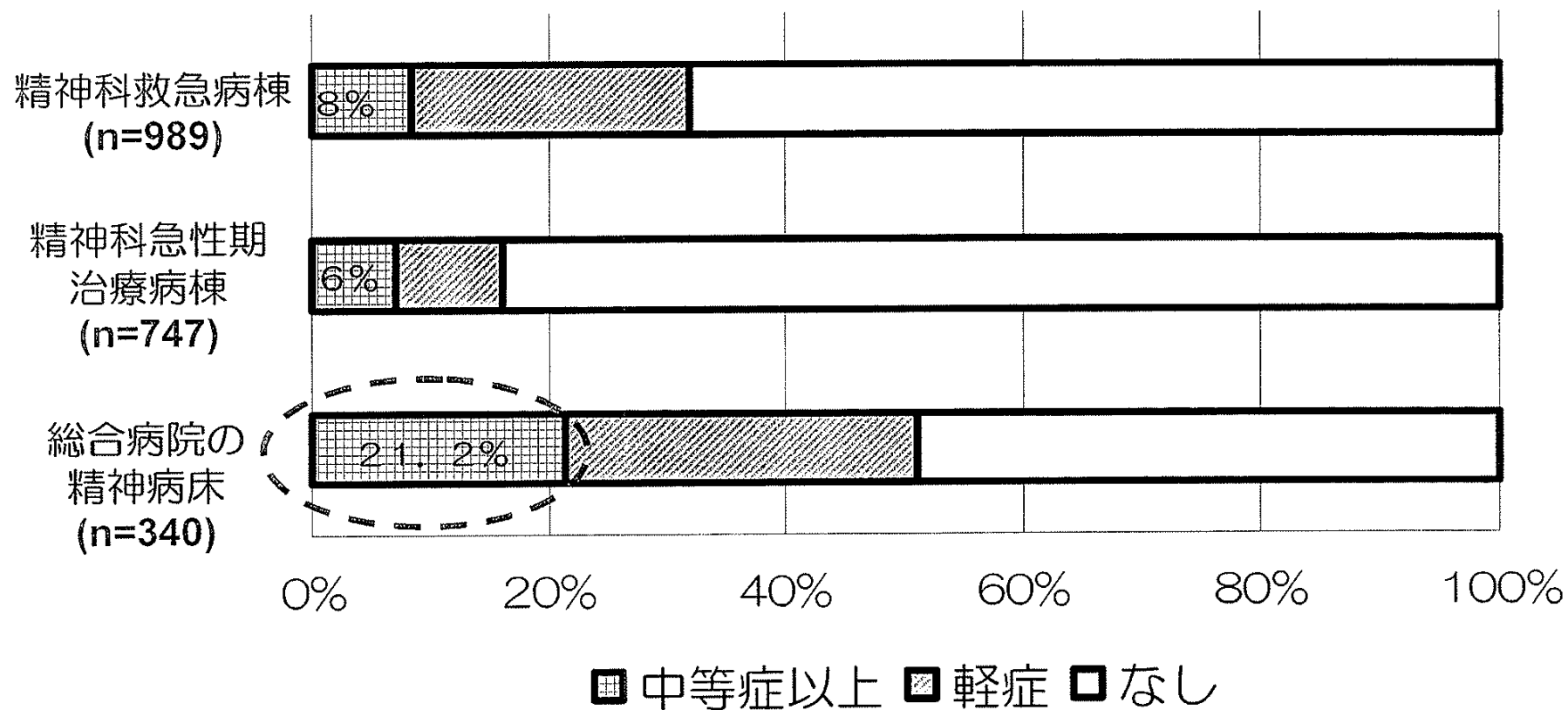


図表4 老人性認知症疾患治療病棟の入院患者について

老人性認知症疾患治療病棟への
 主な入院理由
 (n=386、複数回答)

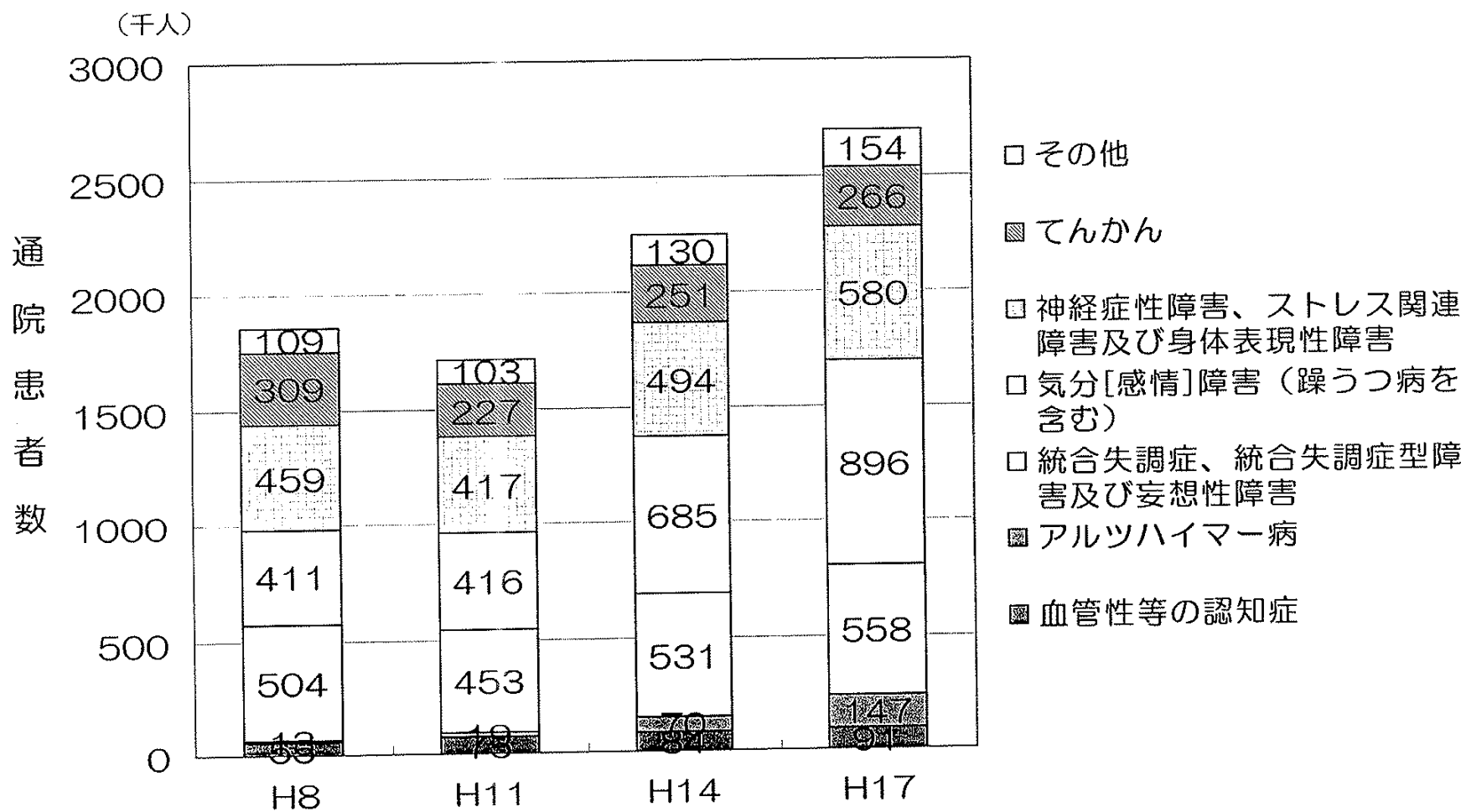


図表5 精神科医療施設における身体合併症患者の割合



平成16~18年度厚生労働省科学研究
 「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」
 主任研究者；保坂隆（総合研究報告書）

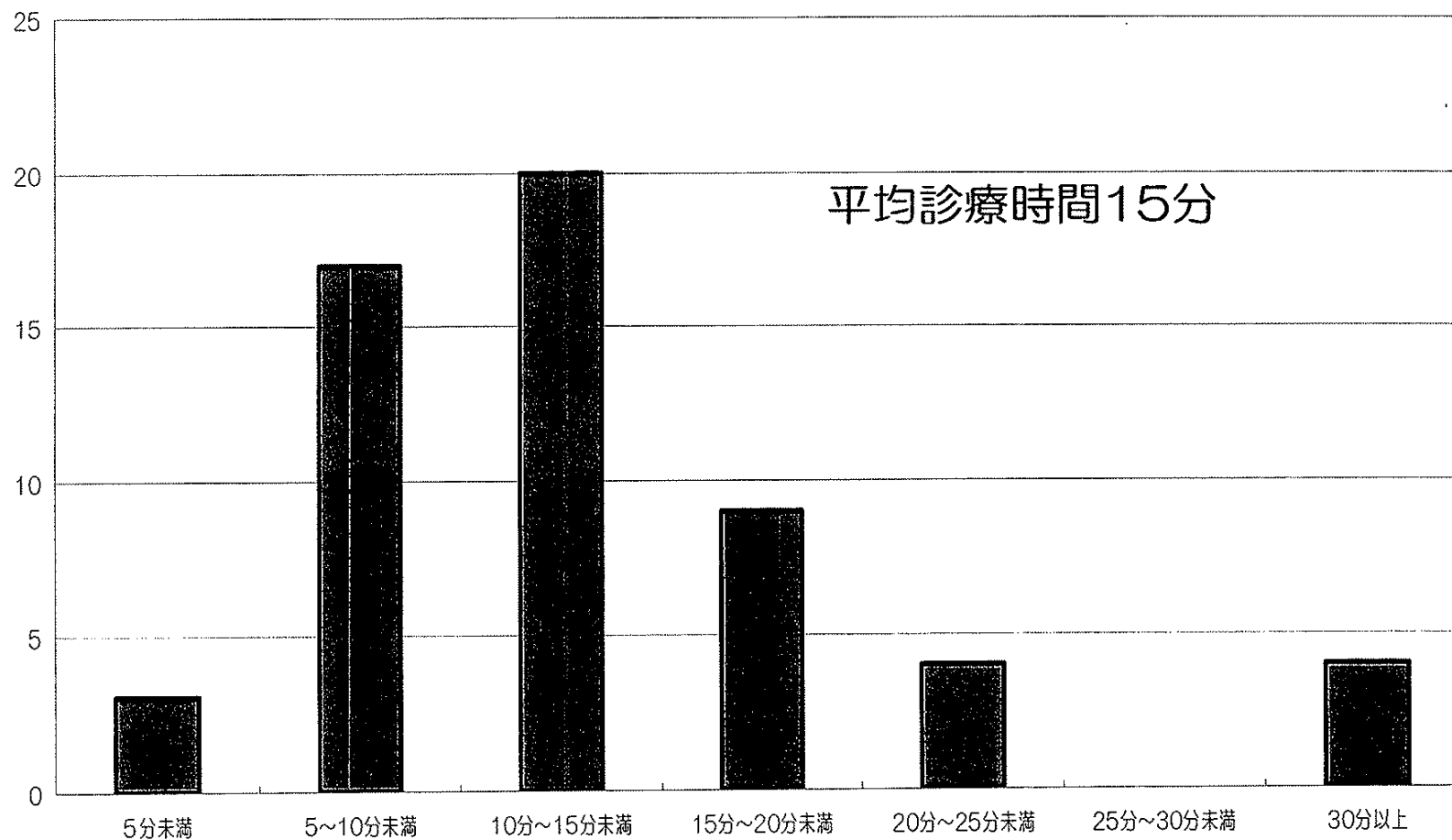
図表6 精神科外来患者の疾病別内訳



図表7 精神科外来の診療時間について

57施設の精神科診療所における患者一人当たりの平均診療時間（初診・再診併せた時間）

(施設)



(H19年 保険局医療課調)

図表8 精神科救急入院料算定施設

2007年10月現在35施設(申請中も含む)

(斜体は民間病院15施設)



中医協 診 - 3	第28回社会保障審議会医療保険部会	資料
19.11.16	平成19年10月29日	2-1

平成20年度診療報酬改定の 基本方針の検討について

I 全体の構成について

論点1 平成20年度診療報酬改定の基本方針については、平成18年度改定時の「基本的な医療政策の方向性」を踏まえつつ、継続性を重視する観点から、前回の視点を基礎として整理することとしてはどうか。

論点2 地域医療の確保・充実のため、産科・小児科を始めとする病院勤務医の現状を踏まえ、平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減を図ることに、特に、重点を置くべきではないか。

【考えられる視点(平成18年度診療報酬改定の基本方針と同様)】

- (1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
- (2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- (3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- (4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅱ 各論に盛り込むべき事項について

【重点事項】地域医療の確保・充実を図り、勤務医の負担を軽減するための項目

【考えられる論点】

＜産科・小児科への重点評価＞

- (1) 産科・小児科などの診療科において、必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況があることから、産科については、ハイリスク分娩管理加算の評価の拡大等について検討するとともに、母胎搬送が円滑に行われるための方策を検討する必要があるのではないか。また、小児医療についても、必要に応じて、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

＜診療所からの支援＞

- (2) 診療所と病院の機能の分担と相互の連携に着目し、勤務医の負担軽減を図るため、初再診料や入院料等の基本料での対応を検討する必要があるのではないか。

＜外来縮小に向けた取組の評価＞

- (3) 病院は主として入院機能を担っていくべきであることから、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する取組を評価することを検討する必要があるのではないか。

＜院内における事務負担の軽減＞

- (4) 病院内の業務分担を見直し、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務を医師以外の者に担わせることができる体制を推進することについて検討する必要があるのではないか。

視点1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点

【考えられる論点】

<明細書の発行>

- (1) 患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要ではないか。具体的には、平成18年度改定において、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行することについてどのように考えるか。

<通院治療の質の確保>

- (2) 患者の生活を重視する視点から、がんなどの治療についても、通院しながら治療を受けることができるよう、質を確保しつつ外来医療への移行を図ることを検討する必要があるのではないか。

<保険薬局の機能強化>

- (3) 患者の生活実態や休日夜間、救急外来診療の状況を踏まえ、患者がいつでも安心して医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などの評価を検討する必要があるのではないか。

視点2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

【考えられる論点】

<外来縮小に向けた取組の評価>

- (1) 病院は主として入院機能を担っていくべきであることから、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する取組を検討する必要があるのではないか。(重点事項(3)の再掲)

<診療所からの支援>

- (2) 診療所と病院の機能の分担と相互の連携に着目し、勤務医の負担軽減を図るため、初再診料や入院料等の基本料での対応を検討する必要があるのではないか。(重点事項(2)の再掲)

<質の評価手法の検討>

- (3) 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法を検討する必要があるのではないか。

<医療ニーズに着目した評価>

- (4) 診療報酬上評価されている医療従事者の配置や医療行為について、真の医療ニーズに応じたものであるかどうかについて検討する必要があるのではないか。

＜在宅医療の推進＞

- (5) 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所を中心に医療関係者が連携を図り推進するよう検討する必要があるのではないか。

＜産科・小児科への重点評価＞

- (6) 産科・小児科などの診療科において、必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況があることから、産科については、ハイリスク分娩管理加算の評価の拡大等について検討するとともに、母胎搬送が円滑に行われるための方策を検討する必要があるのではないか。また、小児医療についても、必要に応じて、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

(重点事項(1)の再掲)

＜歯科医療の充実＞

- (7) 歯科診療に関する指針等の見直しを踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等を評価することについて検討する必要があるのではないか。

＜院内における事務負担の軽減＞

- (8) 病院内の業務分担を見直し、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務を医師以外の者に担わせることができる体制を推進することについて検討する必要があるのではないか。(重点事項(4)の再掲)

視点3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の 評価の在り方について検討する視点

【考えられる論点】

<がん対策>

- (1) がんについては、「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進のための評価を検討する必要があるのではないか。

具体的には、我が国で普及が必要な放射線療法や化学療法について、その評価を検討するとともに、がん診療の均てん化や緩和ケアの推進のための評価を検討する必要があるのではないか。

<脳卒中対策>

- (2) 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数の急増が見込まれ、発症後早期の治療からリハビリまでの医療提供体制の充実が求められている。

医療計画においても、予防から発症、在宅医療まで、地域で円滑に提供できる体制の整備を進めており、診療報酬においても、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等について、評価を検討する必要があるのではないか。

<自殺対策>

- (3) 我が国の自殺者の増加に対応するため、必要な人が適切な精神科医療を受けられるよう評価を検討する必要があるのではないか。

具体的には、身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に、精神科医療と連携する取組を評価するとともに、再度の自殺企図の防止のため、救急外来において自殺企図者に精神科医が診療を行う取組について評価を検討する必要があるのではないか。

<子どもの心の対策>

- (4) 子どもの心の問題についても、必要な医療が十分に提供されるよう、心の問題を専門に取り扱う医療機関について、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

<医療安全の推進>

- (5) 医療安全は、医療の基礎となるものであるが、その更なる向上の観点から、医療安全を確保するための新しい技術や取組等について、評価を検討する必要があるのではないか。

<イノベーション等の評価>

- (6) 革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価等の評価体系を見直すことが必要ではないか。また、併せて後発医薬品の使用促進のための環境整備を検討していくことが必要ではないか。

視点4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

【考えられる論点】

＜新しい技術等の評価＞

- (1) 医療技術の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正に評価を行うことを検討する必要があるのではないか。

＜後発医薬品の使用促進＞

- (2) 革新的な新薬の適切な評価の検討とともに、特許の切れた医薬品については後発医薬品への置き換えが着実に進む方策を検討する必要があるのではないか。

＜市場実勢価格の反映＞

- (3) 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めることとしてはどうか。

＜医療ニーズに着目した評価＞

- (4) 診療報酬上評価されている医療従事者の配置や医療行為について、真の医療ニーズに応じたものであるかどうかについて検討する必要があるのではないか。
(視点2の(4)の再掲)

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子の具体的検討

後期高齢者医療の診療報酬については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)を踏まえて、現在、中医協において、具体的検討を行っているところ。

【具体的な検討項目の例】

- 複数の慢性疾患を有する後期高齢者については、外来医療や在宅医療で受けている診療内容や患者の意向を踏まえた診療が、入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするための評価の在り方
- 外来医療について、複数の疾患を抱える患者を総合的に診る取組を推進するための評価の在り方
- 在宅医療において、医療、介護・福祉の関係者が情報共有と連携を行い、後期高齢者と家族が安心・納得できる医療を提供する取組や24時間連絡体制の整った訪問看護を推進するための評価の在り方

等