

# 診療報酬改定説明会

日時：平成22年3月5日（金）10時から16時30分

場所：三田共用会議所 「講堂（1階）」及び「大会議室（3階）」

## 【講堂】

時間	議事	説明者	所要
10:00～10:05	保険局長挨拶	外口局長	5分
10:05～10:20	医療課長説明	佐藤課長	15分
10:20～12:00	診療報酬改定説明（医科）	佐々木課長補佐	100分
12:00～13:00	昼食・休憩	—	60分
13:00～14:00	診療報酬改定説明（DPC）	長谷川課長補佐	60分
14:00～14:15	休憩	—	15分
14:15～15:15	診療報酬改定説明（調剤・薬価）	田宮課長補佐	60分
15:15～15:30	休憩	—	15分
15:30～16:30	質疑応答	佐々木課長補佐 長谷川課長補佐 田宮課長補佐	60分

## 【大会議室（歯科）】

時間	議事	説明者	所要
14:15～15:15	診療報酬改定説明（歯科）	宮原課長補佐	60分
15:15～15:30	休憩	—	15分
15:30～16:30	質疑応答	宮原課長補佐 大坪歯科医療専門官 三森医療指導監査官	60分

# 平成22年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%** (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%** (約5,700億円)

医科 **+1.74%**  
(約4,800億円)

入院 **+3.03%**  
(約4,400億円)

外来 **+0.31%**  
(約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 **+2.09%** (約600億円)

調剤 **+0.52%** (約300億円)

薬価等 **▲1.36%** (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

・ **救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

・ 病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 救急医療の評価の充実について

## 救急入院医療の充実

### ➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実度評価A加算 500点 → 1,000点

### ➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

### ➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

## 地域の連携による救急外来の評価

### ➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

### ➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

① 地域連携夜間・休日診療料 100点

# 産科・小児医療の評価の充実について

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

### ➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

### ➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

## 新生児集中治療の評価

### ➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

### ➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑧ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

## 小児の入院医療の充実

### ➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑧ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

# 病院勤務医の負担の軽減について

## 病院勤務医の事務負担の軽減

### ➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1	15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

## 手厚い人員体制による入院医療の評価

### ➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

- ⑨ 急性期看護補助体制加算1 (50対1配置) 120点 (14日まで)
- ⑨ 急性期看護補助体制加算2 (75対1配置) 80点 (14日まで)

## 多職種からなるチームによる取組の評価

### ➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

- ⑨ 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

### ➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

- ⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点 (週1回)

# 手術料の適正な評価について

## 外保連試算を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、  
**脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など  
約1800項目のうちの約半数程度を増点**



## 小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

## 新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。  
**腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入**

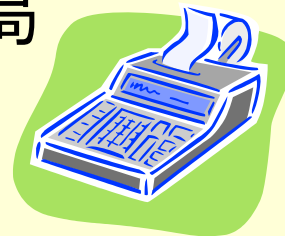
# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
  - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行  
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用  
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
  - ⇒ 明細書発行に関する状況を院内掲示する  
院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価
  - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)



# 平成22年度診療報酬改定の概要

## 【医科診療報酬】

厚生労働省保険局医療課

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%  
(約4,800億円)

入院 +3.03%  
(約4,400億円)  
外来 +0.31%  
(約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

・**救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 重点課題

## 重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 1 地域連携による救急患者の受入れの推進
- 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及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
- 3 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
- 4 手術の適正評価

## 重点課題2 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)

- 1 入院医療の充実を図る観点からの評価
- 2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
- 3 地域の医療機関の連携に対する評価
- 4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

# 4つの視点

## I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

がん医療の推進、認知症医療の推進、感染症対策、肝炎対策、精神科入院医療。手術以外の技術料の適正評価、イノベーションの適切な評価

## II 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

医療の透明化、診療報酬を患者に分かりやすくすることに対する評価、医療安全対策、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防

## III 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

質が高く効率的な急性期入院医療等、回復期リハビリテーション等の推進、在宅医療、訪問看護、介護関係者を含めた多職種間の連携

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進、市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価、相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

## Ⅱ 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

### 1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

### 3 医療安全対策の推進について

4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配  
慮した医療の実現に対する評価について

### 5 疾病の重症化予防について

### Ⅲ 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

2 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について



# 重点課題1

## 1 地域連携による救急患者の受入れの推進

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及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価

3 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

4 手術の適正評価

# 救急医療の評価の充実について①

## 救急入院医療の評価1

- 充実段階評価の高い救命救急センターの評価の引き上げ  
救命救急入院料（加算）

充実段階A 500点 → 1,000点

⑧ 充実段階B 500点

- 救命救急センター及びICUにおいて、広範囲熱傷患者を含め、様々な救急患者の受入れを円滑に行うために広範囲熱傷治療室管理料を特定集中治療室及び救命救急入院料に組み入れる。

### 特定集中治療室管理料

広範囲熱傷の場合 7,890点

### 救命救急入院料

広範囲熱傷の場合 7,890点

☆包括されていた創傷処置を出来高算定可能とする

# 救急医療の評価の充実について②

## 救急入院医療の評価2

- 救急や手術後の患者等に高度かつ手厚い急性期医療を提供する病床の評価の引き上げ

### ハイケアユニット入院医療管理料

3,700点 → 4,500点

- [施設基準]
- ① 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行った医療機関 → (削除)
  - ② 平均在院日数 17日以内 → 19日以内

- 救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の引き上げ

<u>救急医療管理加算</u>	<u>600点 → 800点</u>
<u>乳幼児救急医療管理加算</u>	<u>150点 → 200点</u>

# 救急医療の評価の充実について③

## 救急搬送患者の受入の評価

- 地域における救急医療の中核を担う医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるように、緊急入院した患者について、早期転院支援の評価を新設

**⑧ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点**

**⑨ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点**

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

救急搬送患者地域連携紹介加算

- ① 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理加算又は脳卒中ケアユニット入院医療管理加算を算定していること。
- ② 受入医療機関とあらかじめ連携していること。

救急搬送患者地域連携受入加算

紹介元医療機関とあらかじめ連携していること。

# 救急医療の評価の充実について④

## 初期救急の評価

- 地域の開業医等との連携により、多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制の評価の新設

### ① 地域連携夜間・休日診療料 100点

[対象患者] 全年齢の救急患者

[施設基準] ① 診療時間帯において、医師2名以上の診療体制

② 末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が出来ること

- 小児救急外来の評価の引き上げと多数の救急外来受診者に対するトリアージの評価の新設

地域連携小児夜間・休日診療料1 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2 500点 → 550点

### ② 院内トリアージ加算 30点

来院後すみやかにトリアージを行い、一定時間後に再評価を行うこと。

[施設基準] 院内トリアージの実施基準を定め、その実施について院内掲示等患者に周知していること。

# 重点課題1

1 地域連携による救急患者の受入れの推進

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及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価

3 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

4 手術の適正評価

# 産科・小児医療の評価の充実について①

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

- 合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院についての評価の引き上げ及び対象疾患の拡大

**ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき)**

[対象患者] 新たに**多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延**を対象疾患に追加

☆ハイリスク妊娠管理加算についても同様の対象疾患の拡大

- 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引き上げと、妊娠以外の疾病で妊産婦が搬送された場合も算定できることとする。

**妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日)**

## 小児急性期集中治療の評価

- 小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに続く急性期の専門的集中治療の評価

◎ **救命救急入院料 小児加算 5,000点(入院初日)**

◎ **特定集中治療室管理料 小児加算1,500点(7日以内)**

**1,000点(8~14日)**

# 産科・小児医療の評価の充実について②

## 小児急性期救急医療の評価

- 地域の小児救急医療の中核的役割を果たす医療機関についてよりきめ細かな評価を行う。また**特定機能病院**においても算定可とする

【現行】

小児入院医療管理料

【改定後】

(常勤小児科医20人以上)	4,500点	(常勤小児科医20人以上)	4,500点
		<b>新</b> (常勤小児科医9人以上)	<b>4,000点</b>
(常勤小児科医5人以上)	3,600点	(常勤小児科医5人以上)	3,600点
(常勤小児科医3人以上)	3,000点	(常勤小児科医3人以上)	3,000点
(常勤小児科医1人以上)	2,100点	(常勤小児科医1人以上)	2,100点

[施設基準](新規・追加要件のみ)

小児入院  
医療管理料1

- ① 特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を届出していること
- ② 年間の小児緊急入院患者数 800件以上
- ③ 勤務医負担軽減及び処遇の改善に資する体制の整備

小児入院  
医療管理料2

- ① 小児救急医療を24時間365日提供していること
- ② 勤務医負担軽減及び処遇の改善に資する体制の整備



# 産科・小児医療の評価の充実について③

## 新生児集中治療・救急医療の評価

- ハイリスク新生児に係る集中治療の評価の引き上げ

### 新生児特定集中治療室管理料

8,500点→10,000点(1日につき)

- 地域における小規模のNICUの評価の新設

### ① 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点(1日につき)

- [施設基準]
- ① 専任の医師が常時、当該医療機関に勤務していること。
  - ② 看護配置、専用施設等は新生児特定集中治療室管理料1に同じ。



- 医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入を推進するため、新生児及び乳幼児の救急搬送の評価

救急搬送診療料 ① 新生児加算 1,000点

乳幼児加算 150点 → 500点



# 産科・小児医療の評価の充実について④

## NICU入院患者等の後方病床の充実

- NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち新生児治療回復室(GCU)について評価区分の新設

### **新** 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点(1日につき)

[対象患者] 高度の先天奇形、低体温等の状態

[施設基準] ① NICUを有していること ② 常時6対1以上の看護配置

② 専任の小児科医が常時、当該医療機関内にいること

- NICU入院患者等に係る退院調整加算の新設、及び障害者施設等においてNICU退院患者の受入れの評価の新設

### **新** 新生児特定集中治療室退院調整加算 300点(退院時1回)

専従の看護師又は社会福祉士(施設基準:いずれかが1名以上)がNICU入室児又は退室後の患児の退院調整を行った場合に、退院時に算定

### **新** 重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院初日)

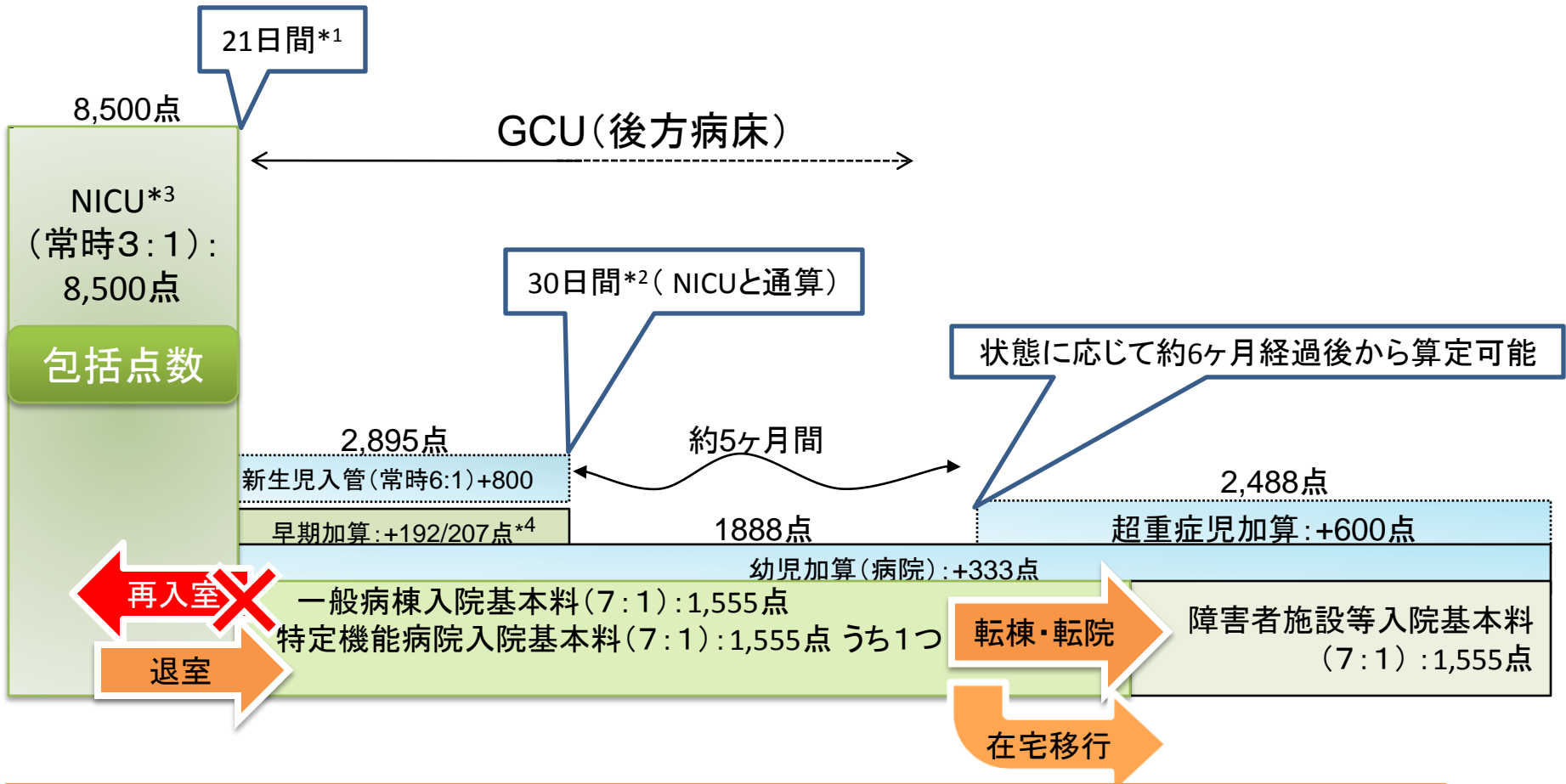
NICU退室後の患児を障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受入れた場合に算定

# 産科・小児医療の評価の充実について⑤

## きめ細かな要件緩和

- NICUの満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合に、超過病床についても**新生児特定集中治療室管理料**の算定を認める。  
[要件] ① 満床時の緊急受入等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時4対1以上を超えない範囲で、24時間以内に常時3対1以上に調整すること。  
② 超過病床数は2床までとすること。
- 一度NICUから退室した患児について、**症状増悪等により再入室**した場合も**新生児特定集中治療室管理料**を再度算定できるとする。ただし、前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。
- **超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算**について、人工呼吸器等の医学管理が必要な状況が**新生児期から継続**する場合は6ヶ月以上状態が継続していなくても算定可能とする。

# NICU入院後の診療報酬点数の推移 <小児入院医療管理料を算定しない場合>



## 経過

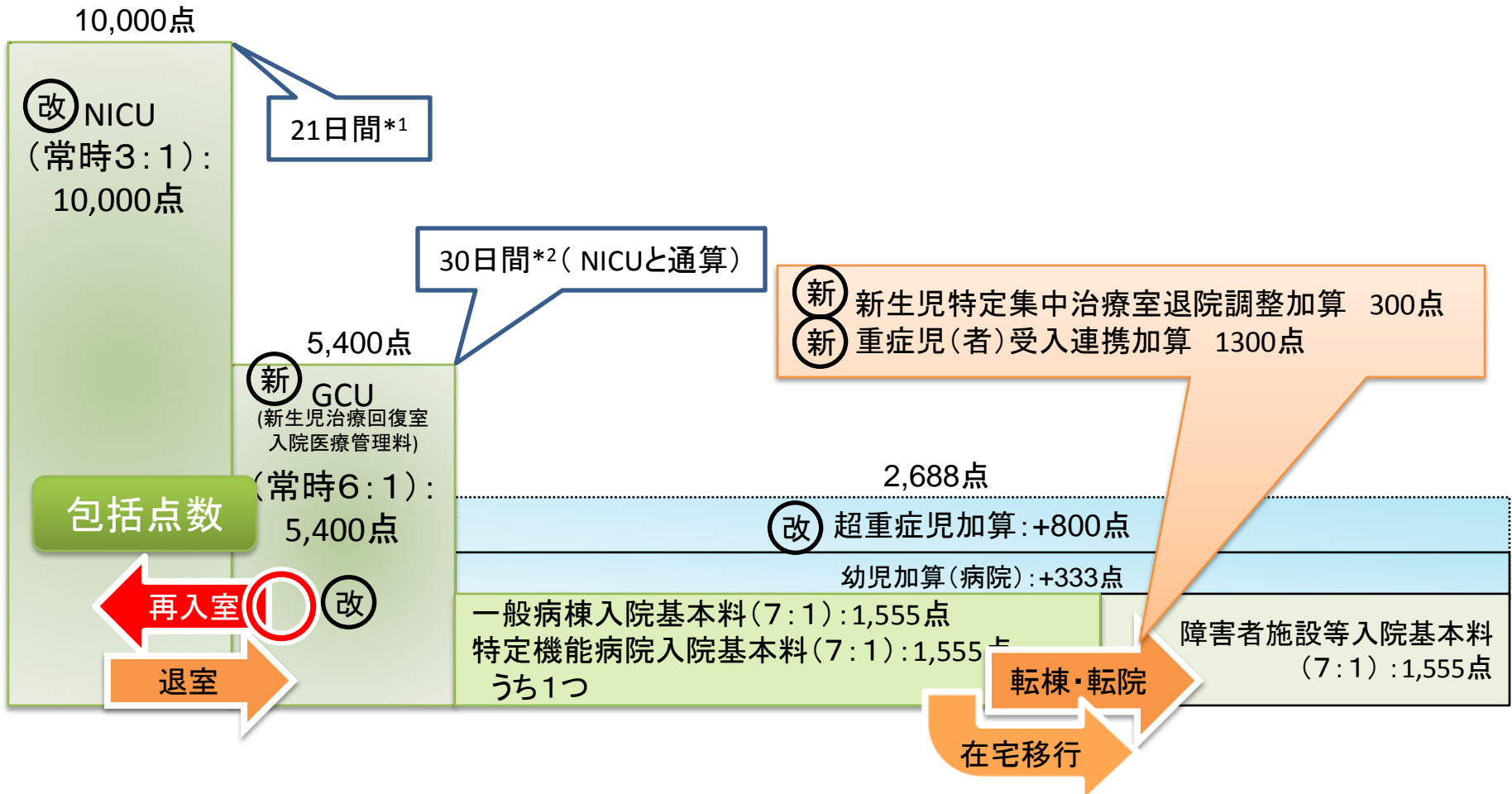
入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

\*1 体重により最大90日まで \*2 体重により最大120日まで \*3 1回の入院中にNICUへの再入院はできない

\*4 入院から15日以上30日以内において一般入院基本料は192点、特定機能病院入院基本料は207点の加算がつく

改定後

# NICU入院後の診療報酬点数の推移 ＜小児入院医療管理料を算定しない場合＞



入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

\*1 体重により最大90日まで \*2 体重により最大120日まで

# 重点課題1

1 地域連携による救急患者の受入れの推進

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及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価

3 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

4 手術の適正評価

# 外保連試案を活用した手術料の引き上げ(1)

## 基本的な考え方

- 我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、多くの診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料の引き上げを行う。
- 評価に当たっては、精緻化が進んでいる「外保連試案」を活用する。

## 具体的な内容

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、  
**約1,800項目のうちの約半数程度を増点**

# 外保連試案を活用した手術料の引き上げ(2)

## 増点となった手術の例(50%増)

手術名	現行	改定後
肝切除術 拡大葉切除	64,700点	97,050点
胸腔鏡下肺切除術	37,500点	56,250点
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	111,000点	166,500点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800点	83,700点
子宮悪性腫瘍手術	39,000点	58,500点
膀胱悪性腫瘍手術 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600点	98,400点
喉頭,下咽頭悪性腫瘍手術(頸部,胸部,腹部等の操作による再建を含む)	63,300点	94,950点
関節形成手術 肩,股,膝	26,500点	39,750点
動脈(皮)弁術,筋(皮)弁術	21,900点	32,850点
緑内障手術 流出路再建術	14,200点	21,300点



# 外保連試案を活用した手術料の引き上げ(3)

## 増点となった手術の例(30%増)

手術名	現行	改定後
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点	14,140点
内視鏡的胆道ステント留置術	6,830点	8,880点
埋込型除細動器移植術	13,100点	17,030点
定位的脳内血腫除去術	12,200点	15,860点
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡	19,600点	25,480点
腎部分切除術	19,300点	25,090点
喉頭悪性腫瘍手術 全摘	30,900点	40,170点
耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	18,400点	23,920点
人工関節置換術 肩, 股, 膝	22,300点	28,990点
硝子体置換術	4,080点	5,300点

# 小児に対する手術評価の引き上げ

## 具体的な内容

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

【現行】

1500g未満の児(※)	400/100加算
新生児(※)	300/100加算
3歳未満	100/100加算
3歳以上6歳未満	加算なし



【改定後】

1500g未満の児(※)	400/100加算
新生児(※)	300/100加算
3歳未満	100/100加算
3歳以上6歳未満	<b>50/100加算</b>

(※) 第10部手術の通則7に掲げる手術に限る

# 新規医療技術の保険導入

## 具体的な内容

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、約80項目の新規手術の保険導入を行った。

例)

腹腔鏡下肝切除術	部分切除	50,600点
	外側区域切除	62,100点
膀胱水圧拡張術		5,500点
肝門部胆管悪性腫瘍手術	血行再建あり	121,050点
	血行再建なし	97,050点
関節鏡下肩腱板断裂手術		27,040点

## 重点課題2

1 入院医療の充実を図る観点からの評価

2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価

3 地域の医療機関の連携に対する評価

4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

# 急性期の入院医療の評価

## 早期の入院医療の評価

- 一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる  
14日以内の期間の加算      428点 → 450点(1日につき)

## 急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(10対1入院基本料)の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し、評価を行っていることを評価

**新** 一般病棟看護必要度評価加算      5点(1日につき)



### 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

# 特別入院基本料を算定するまでの激変緩和について

看護師不足によって月平均夜勤時間72時間以内の要件のみ満たせない場合、特別入院基本料を算定するまでの激変緩和措置を創設

7対1及び10対1特別入院基本料の新設（入院基本料の80%の点数設定）

- ① 一般病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,244点
- ② 一般病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 1,040点
- ③ 結核病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,158点
- ④ 結核病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 954点
- ⑤ 精神病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 992点

[施設基準]

一般病棟入院基本料7対1及び10対1入院基本料を算定している医療機関であって、夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下の要件のみを満たせない医療機関

算定期間：3か月間（当該入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない）

算定要件：毎月看護職員採用活動状況報告

当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

# 一般病棟に長期に入院する患者について

後期高齢者特定入院基本料については廃止し、75歳以上に限定している対象年齢の要件を見直した特定入院基本料とする。また、入院料の減額の対象となる「特定患者」については、「退院支援状況報告書」を厚生局に提出すれば、それまで以前と同様、入院料の減額とはしない措置を設ける。

## 90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 平成 年 月 日

患者名	男・女	入院日	平成 年 月 日
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	退院日 (既に退院している場合)	平成 年 月 日
入院の契機となった傷病名	( ) ( ) ( )	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ( )
入院前の状況 (当てはまるものに○をつける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等 同居していないが家族あり・その他( )		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 喀痰吸引 → 1日( )回 イ 経管栄養 → 手法: 胃ろう・鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間 ( )日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他( )		
現在の医学的な状態	安定・変動はあるが概ね安定・変動が大きい・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回~数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要 理由( )		

退院支援を主に担う者 (当てはまるものに○をつける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他( )	
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能	
	a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他( )	
	c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他( )	
退院へ向けた支援の概要		退院後に利用が予想される社会福祉サービス等
予想される退院先	イ 有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他( )	

(医療機関名)

(退院支援計画担当者)

印

# 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。

## ⑧ 急性期看護補助体制加算（1日につき、14日を限度）

1 急性期看護補助体制加算1（50対1） 120点

2 急性期看護補助体制加算2（75対1） 80点

### [対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。

### [施設基準]

- (1) **総合周産期母子医療センター**又は年間の**緊急入院患者数が200名以上**の病院
- (2) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては**15%以上**、10対1入院基本料においては**10%以上**
- (3) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている



# 栄養サポートチーム加算①

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

## **新** 栄養サポートチーム加算 **200点(週1回)**

[対象患者]

7対1入院基本料又は10対1入院基本料届出病棟に入院している栄養障害を有する者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

※ただし、常勤医師を除き、専任の職員については、平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。

# 栄養サポートチーム加算②

## [算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね **30人以内**とすること等

## [栄養管理の内容の例]

栄養管理法								
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 経鼻 ( ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 ( ) <input type="checkbox"/> 腸瘻 ( )	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)			
栄養投与法の推移 (前回との比較)	中心静脈栄養→末梢静脈栄養	経静脈栄養→経腸栄養	経静脈栄養→経口栄養	経腸栄養→経口栄養	経口栄養→経腸栄養	経口栄養→経静脈栄養	経腸栄養→経静脈栄養	
投与組成・投与量(異常を認める栄養素について記載)								
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	蛋白・アミノ酸 (g/日)	脂質 (g/日)	糖質 (g/日)	ビタミン ( /日)	電解質 ( /日)	その他 (微量元素など)
前回栄養管理プラン※3	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
実投与量								
投与バランス※4								
新規栄養管理プラン	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
栄養管理上の注意点・特徴※5								

# 呼吸ケアチーム加算

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

## ① 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

### [算定要件]

人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。

### [対象患者]

- (1) 48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者
- (2) 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

### [施設基準]

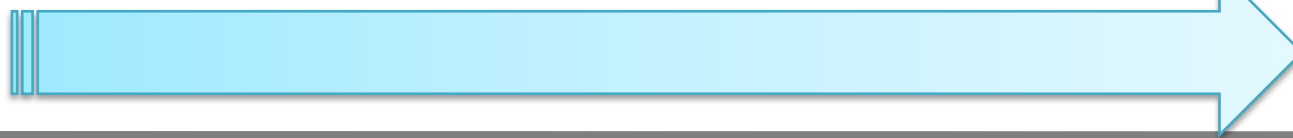
当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

# 呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理の例

病棟医による呼吸器設定等の管理  
病棟の看護師による日常のケア

挿管



抜管



診療計画書に基づいた呼吸ケアチームによるケアの提供



呼吸ケアチーム  
による回診

## 呼吸ケアチームの構成員

- ・人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
- ・人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
- ・人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
- ・呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

## 呼吸ケアチームにより提供される診療の内容

- 抜管に向けた適切な鎮静や呼吸器の設定について、病棟医と人工呼吸器管理等に十分な経験を有する医師で相談
- 人工呼吸器の安全管理(臨床工学技士等)
- 口腔内の衛生管理(歯科医師、看護師、歯科衛生士等)
- 適切な排痰管理(看護師等)
- 廃用予防(看護師、理学療法士等)
- 呼吸器リハビリテーション(理学療法士等)

期待される効果の例 ・人工呼吸器関連肺炎の減少、人工呼吸期間短縮、再挿管率の減少等

## 重点課題2

1 入院医療の充実を図る観点からの評価

2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価

3 地域の医療機関の連携に対する評価

4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価①

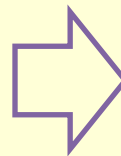
実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

## 3項目から8項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

### 現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



### 改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

## [算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会等を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

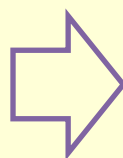
## (様式抜粋)

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画	<input type="checkbox"/> 医師・看護師等の業務分担 <input type="checkbox"/> 医師に対する医療事務作業補助体制 <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の医師の活用 <input type="checkbox"/> 地域の他の医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> 交代勤務制の導入 <input type="checkbox"/> 外来縮小の取組み <input type="checkbox"/> その他
(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等	<input type="checkbox"/> 勤務時間 (平均週 時間(うち、残業 時間)) <input type="checkbox"/> 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 回) <input type="checkbox"/> 当直翌日の通常勤務に係る配慮( <input type="checkbox"/> 当直翌日は休日としている <input type="checkbox"/> 当直翌日の業務内容の配慮を行っている <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )) <input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> その他
(3) 職員等に対する周知 ( 有 無 )	具体的な周知方法( )
(4) 役割分担推進のための委員会又は会議	ア 開催頻度 ( 回/年 ) イ 参加人数 (平均 人/回) 参加職種( )

# 医師事務作業補助体制加算①

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、**医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。**

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
25対1	355点
50対1	185点
75対1	130点
100対1	105点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算



# 医師事務作業補助体制加算②

[施設基準] ※各項目のいずれかに該当すればよい

## 1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合

- ・第三次救急医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・総合周産期母子医療センター
- ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院



## 2 25対1補助体制加算、50対1補助体制加算の場合

- ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間の緊急入院患者数が200名以上
- ・又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上

## 3 75対1補助体制加算、100対1補助体制加算の場合

- ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

★医師事務作業補助者の配置場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことを明記した。

## 重点課題2

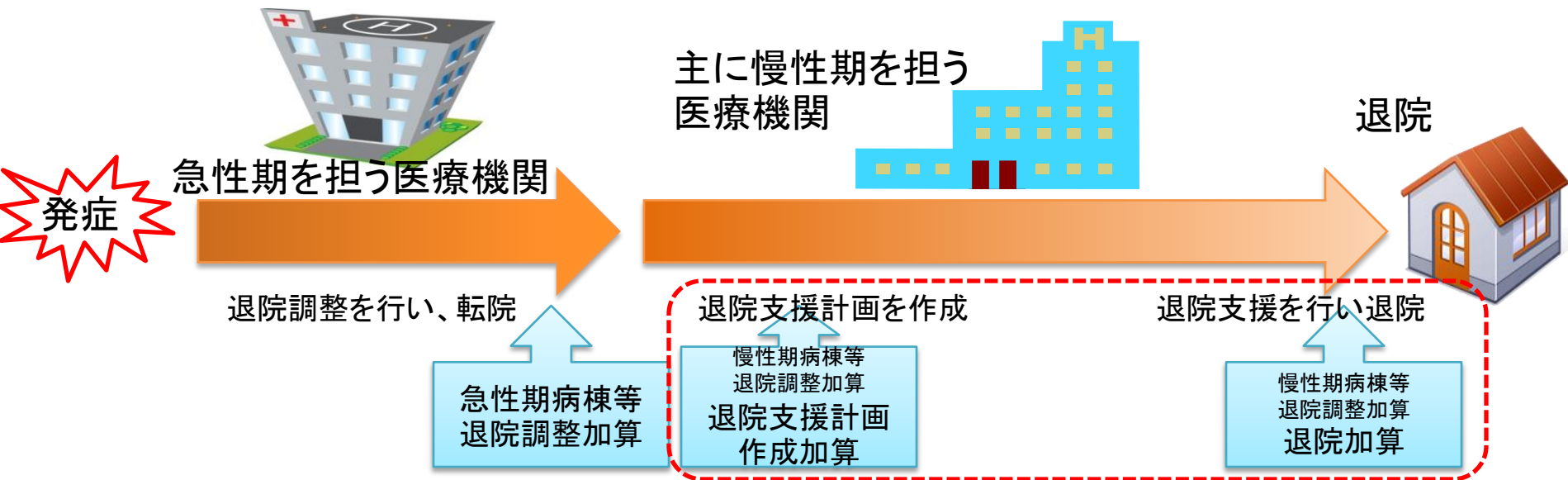
1 入院医療の充実を図る観点からの評価

2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価

3 地域の医療機関の連携に対する評価

4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

# 退院調整に係る評価①

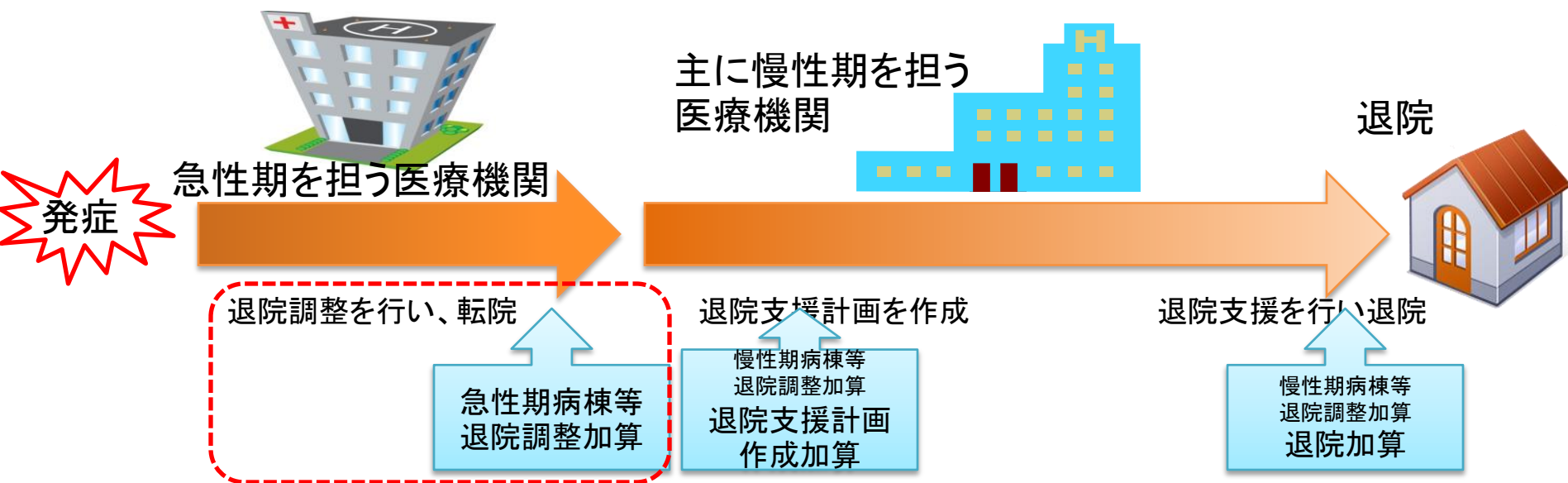


従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)  
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

# 退院調整に係る評価②



後期高齢者退院調整加算を廃止し、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価を新設する。

**急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)**  
**急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)**

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

# 地域医療を支える有床診療所の評価①

## 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、入院日数の区分を見直す。

### 【現行】

有床診療所 入院基本料1  (看護職員 <u>5人</u> 以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料2  (看護職員1～ <u>4人</u> )	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点

### 【改定後】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員 <u>7人以上</u> )	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員 <u>4～6人</u> )	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点
有床診療所 入院基本料3 (看護職員 <u>1～3人</u> )	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点



# 地域医療を支える有床診療所の評価②

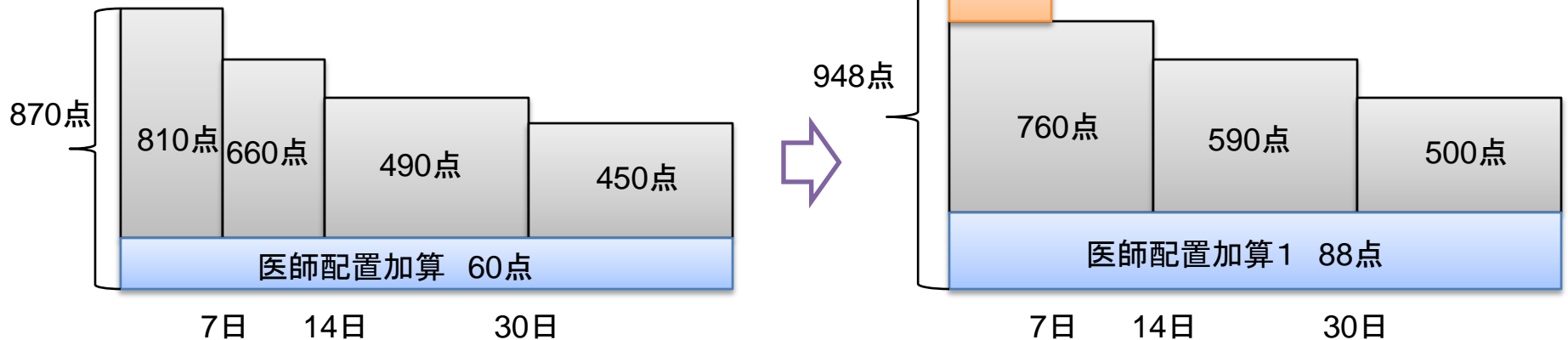
以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所(一般病床)を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

**新** 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)  
医師配置加算 60点 → 医師配置加算1 88点(1日につき)

併せて、診療所後期高齢者入院医療管理料は廃止する。

(例) 医師2名、看護職員8名の有床診療所一般病床で在宅患者の入院を受け入れた場合



## 重点課題2

1 入院医療の充実を図る観点からの評価

2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価

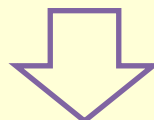
3 地域の医療機関の連携に対する評価

4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

# 地域連携診療計画に基づく連携の評価

大腿骨頸部骨折、脳卒中に関する地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた連携を行うことにより、退院後も切れ目ない医療・介護サービスを提供することを評価する。

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料	600点

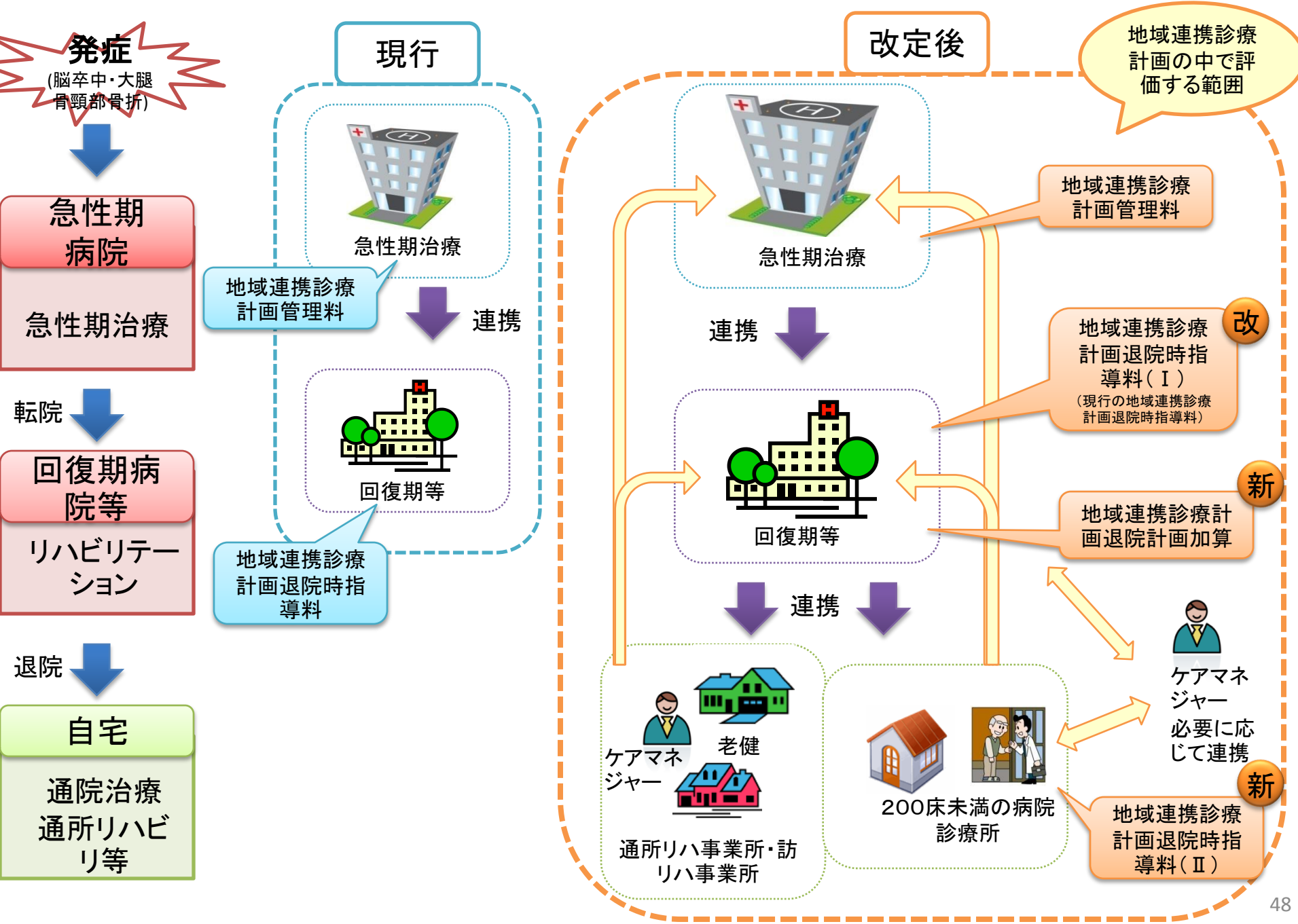


## 改定後

急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)	600点
<b>新</b>	<b>地域連携診療計画退院計画加算</b>	<b>100点</b>
<b>新</b>	<b>在宅復帰後</b>	<b>地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)</b>
		<b>300点</b>



# 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



# 介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。

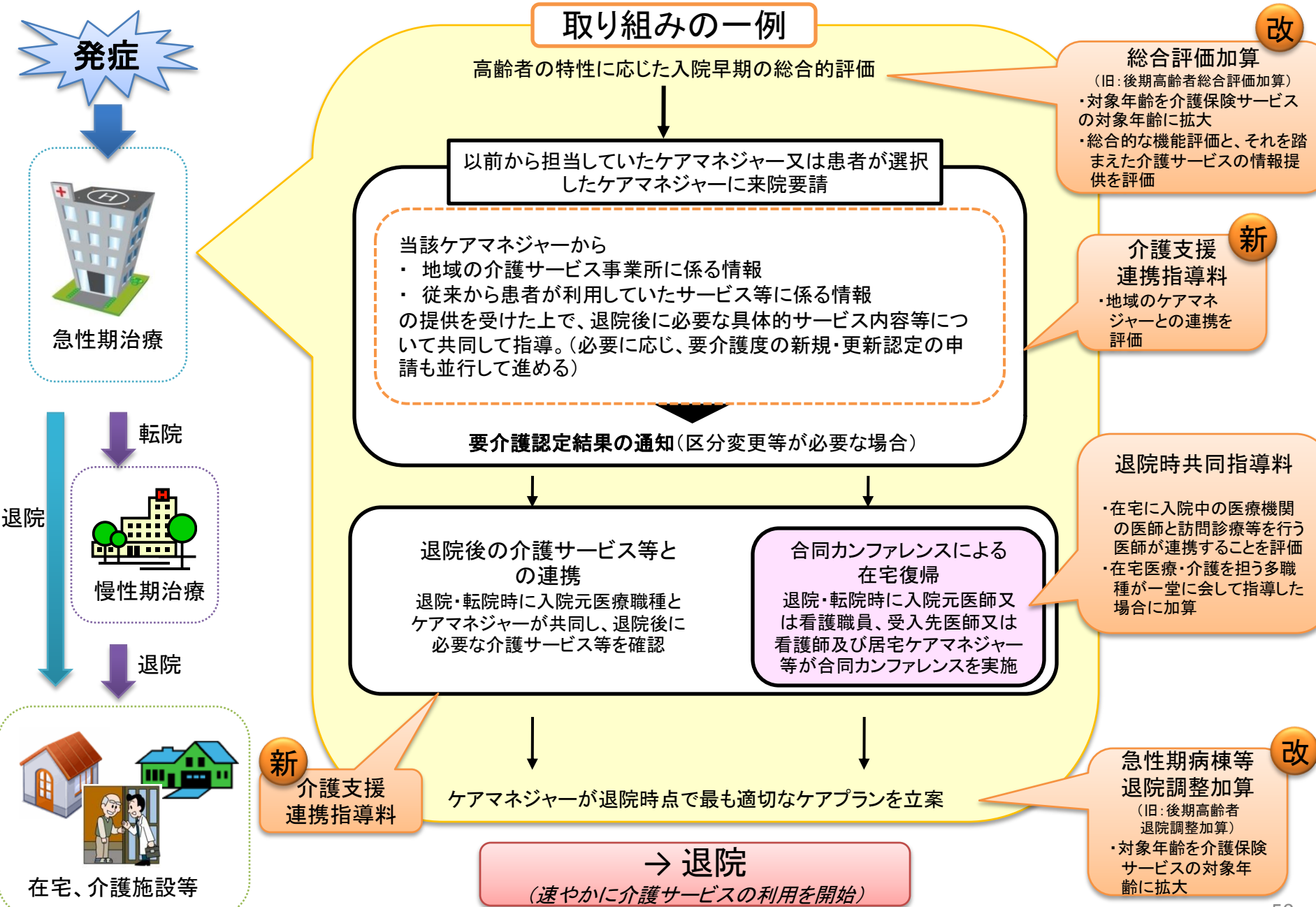
## ⑧ 介護支援連携指導料 300点（入院中2回）

### [算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、**総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。**

# 急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

## 1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

# 質の高いがん診療に対する評価

## がん診療連携拠点病院の評価

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算の引き上げを行う。

### がん診療連携拠点病院加算

400点→500点(入院初日)

[算定要件]

- ・がん診療連携拠点病院であること。
- ・カンサーボードには、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

## がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

**⑧ がん患者カウンセリング料 500点**

[施設基準]

がんに関する研修を終了した医師及び5年以上のがん患者の看護に従事した経験を有し、適切な研修を終了した専任の看護師が配置されていること。

# がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

## ① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

## ② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

# がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

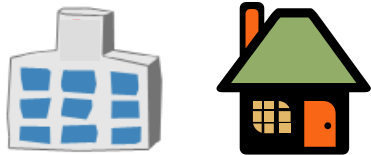


計画策定病院

がん診療連携拠点病院等



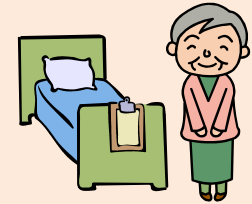
あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

200床未満の病院  
診療所

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導  
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



# がん治療に対する評価の充実

## 外来化学療法の実

複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

外来化学療法加算1

500点 → 550点

外来化学療法加算2

390点 → 420点

## 内服による化学療法の評価

抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他留意点等を文書にて説明し、適正使用及び副作用管理に基づく処方を行った場合

⑧ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 70点

[施設基準]

- ・200床以上の病院
- ・化学療法の経験を5年以上有する専任の医師の配置

## 放射線治療の実

放射線治療病室におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点 (1日につき)



# がん患者に対するリハビリテーションの評価①

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、**治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る**取組を評価する。

## **新** がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

# がん患者に対するリハビリテーションの評価②

## がん患者リハビリテーションの対象患者

- ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- イ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
- エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- キ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
- ク 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

## がん患者リハビリテーションの施設基準

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験(研修要件あり)を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100㎡以上の機能訓練室があり、必要な器具が備えられていること。

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

# 地域の連携による疾患対策の評価について

## 肝炎対策の充実

- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価

① **肝炎インターフェロン治療計画料 700点(1人につき1回)**

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価

① **肝炎インターフェロン治療連携加算 50点(1月につき)**

## 認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

① **認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)**

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

① **認知症患者地域連携加算 50点(1月につき)**

# 認知症の入院医療の評価について

## 認知症病棟入院料の見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への手厚い対応**が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改める。

### 認知症病棟入院料1

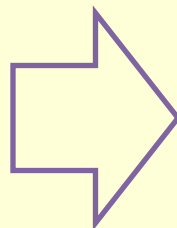
イ 90日以内の期間 1,330点

ロ 91日以上期間 1,180点

### 認知症病棟入院料2

イ 90日以内の期間 1,070点

ロ 91日以上期間 1,020点



### 認知症治療病棟入院料1

イ 60日以内の期間 1,450点

ロ 61日以上期間 1,180点

### 認知症治療病棟入院料2

イ 60日以内の期間 1,070点

ロ 61日以上期間 970点

- 入院期間が6ヶ月を超える認知症患者に対して、退院支援を行い、当該患者が退院した場合の加算を新設する。

**① 新 認知症治療病棟退院調整加算 100点(退院時1回)**

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

# 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進①

## 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

- ▶ 新型インフルエンザが大流行した状況において、療養病棟に入院する場合、**一般病棟入院基本料の算定**を認め、検査や投薬等については**出来高での算定**を可能とする。

## 陰圧室管理の評価

- ▶ 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧室管理の環境整備に対する評価を新設

### 二類感染症患者療養環境特別加算

1 個室加算 300点

② **2 陰圧室加算 200点**

☆個室加算と陰圧室加算は併算定可能

# 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進②

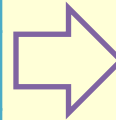
## 結核病棟の評価

- 感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件をなくす。

### 結核病棟入院基本料

【現行】

看護配置	点数	平均在院日数
7対1	1,477点	25日以内
10対1	1,192点	25日以内
13対1	949点	なし
15対1	886点	なし
18対1	757点	なし
20対1	713点	なし



【改定後】

看護配置	点数	平均在院日数
7対1	1,477点	なし
10対1	1,192点	なし
13対1	949点	なし
15対1	886点	なし
18対1	757点	なし
20対1	713点	なし

☆特定機能病院入院基本料(結核病棟)においても同様の見直し

- 結核罹患患者数の減少を踏まえ、小規模な結核病棟について **ユニット化のルールを明確化**するとともに、平均在院日数の計算を病床種別毎に行う。



# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

# 精神医療の評価の充実について①

## 精神入院医療の充実

- 手厚い看護配置の精神病棟の評価

① 新 精神病棟入院基本料 13対1 920点  
(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

- 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 300点 → 350点  
200点

- 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算 650点 → 800点

## 専門性の高い精神医療の評価

- うつ病に対する精神専門療法の評価

① 新 認知療法・認知行動療法 420点

- アルコール依存症に対する専門的治療の評価

① 新 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)  
100点(31日以上60日以内)

# 精神医療の評価の充実について②

## 精神科急性期の特定入院料の引き上げ①

- 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

### 精神科救急入院料1

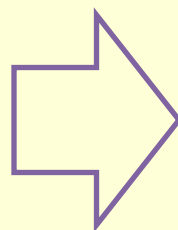
イ	30日以内の期間	3,431点
ロ	31日以上	3,031点

### 精神科救急入院料2

イ	30日以内の期間	3,231点
ロ	31日以上	2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ	30日以内の期間	3,431点
ロ	31日以上	3,031点



### 精神科救急入院料1

イ	30日以内の期間	<u>3,451点</u>
ロ	31日以上	3,031点

### 精神科救急入院料2

イ	30日以内の期間	<u>3,251点</u>
ロ	31日以上	2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ	30日以内の期間	<u>3,451点</u>
ロ	31日以上	3,031点

# 精神医療の評価の充実について③

## 精神科急性期の特定入院料の引き上げ②

- 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

### 精神科急性期治療病棟入院料1

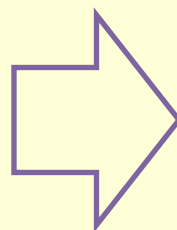
イ 30日以内の期間	1,900点
ロ 31日以上	1,600点

### 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	1,500点

〔算定要件等〕

当該病院の全病床数の7割以上  
又は200床以上が精神病床である  
若しくは特定機能病院である。



### 精神科急性期治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間	<u>1,920点</u>
ロ 31日以上	1,600点

### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間	<u>1,820点</u>
ロ 31日以上	1,500点

〔算定要件等〕

(削除)

# 精神医療の評価の充実について④

## 精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

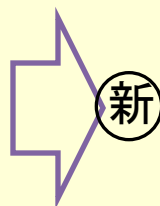
**精神科地域移行実施加算 5点 → 10点(1日につき)**

## 非定型抗精神病薬加算の見直し

- 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度にしていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価

非定型抗精神病薬加算(1日につき)

10点



非定型抗精神病薬加算(1日につき)

非定型抗精神病薬加算1 15点

非定型抗精神病薬加算2 10点

※以下の特定入院料への加算

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料

〔算定要件〕

- (1) 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること
- (2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合

# 精神医療の評価の充実について⑤

## 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

- 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)

1,090点



精神療養病棟入院料(1日につき)

1,050点

①新 重症者加算(1日につき) 40点

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAFスコアが40以下であること

# 精神医療の評価の充実について⑥

## 強度行動障害児に対する入院医療の評価

- 個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について評価

⑧ 強度行動障害入院医療管理加算 300点(1日につき)

〔算定要件〕

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること

## 摂食障害に対する入院医療の評価

- 治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療について評価

⑧ 摂食障害入院医療管理加算(1日につき)

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上60日以内</u>	<u>100点</u>

〔算定要件〕

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること
- (2) 当該保険医療機関内に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること

# 精神医療の評価の充実について⑦

## 精神科専門療法の見直し

- 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

### 通院・在宅精神療法(1日につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点

### 2 1以外の場合

#### イ 病院の場合

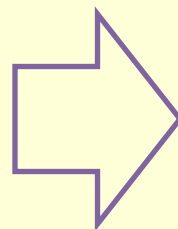
(1) 30分以上の場合 360点

(2) 30分未満の場合 330点

#### ロ 診療所の場合

(1) 30分以上の場合 360点

(2) 30分未満の場合 350点



### 通院・在宅精神療法(1日につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点

### 2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点



# 精神医療の評価の充実について⑧

## 精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行について評価

### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点



### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点

⑧〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。

### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	550点
2 大規模なもの	660点



### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	<u>590点</u>
2 大規模なもの	<u>700点</u>

⑧〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

# 医療技術の評価及び再評価

## 新規医療技術の保険導入及び既収載技術の再評価

1. 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
2. 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

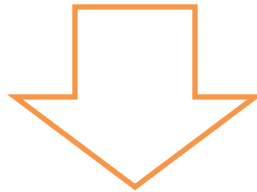
例)

- ①胎児心超音波検査(産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。)
- ②子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断(子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。)
- ③抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査(EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。)
- ④特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査

# 強度変調放射線治療(IMRT)の適用拡大

## 平成20年度保険導入時

頭頸部腫瘍(原発性のものに限る。)の患者  
前立腺腫瘍(原発性のものに限る。)の患者  
中枢神経腫瘍(原発性のものに限る。)の患者



## 平成22年度改定

「限局性の固形悪性腫瘍の患者」とし、すべてのがんについて強度変調放射線治療(IMRT)の対象とすることとした。

※なお、算定要件に下記を追加し、明確化を行った。

関連学会のガイドラインに準拠し、3方向以上の照射角度から各門につき3種以上の線束強度変化をもつビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したものについて照射した場合に限る。

# 画像誘導放射線治療加算の新設

## 画像誘導放射線治療加算

- 体外照射の加算として新設

### 画像誘導放射線治療加算

300点(毎回) **新**

#### [施設基準]

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 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年以上有する者に限る。)が1名以上
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(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
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上
- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。
  - ア 2方向以上の透視が可能な装置
  - イ 画像照合可能なCT装置
  - ウ 画像照合可能な超音波診断装置
- (6) 当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療(IGRT)に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること

# 高エネルギー放射線治療の増点

## 高エネルギー放射線治療

### イ 1回目

- (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点 → 840点
- (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合  
1,240点 → 1,320点
- (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合  
1,580点 → 1,800点

### ロ 2回目

- (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点 → 280点
- (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合  
410点 → 440点
- (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合  
520点 → 600点

# 密封小線源治療の増点

## 密封小線源治療

### ・腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	3,000点	→	10,000点
ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合	1,000点	→	500点
ハ その他の場合	1,500点	→	5,000点

### ・組織内照射

イ 前立腺癌に対する永久挿入療法	48,600点	→	48,600点
ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	7,500点	→	23,000点
ハ その他の場合	6,000点	→	19,000点

### ・放射性粒子照射

	2,000点	→	8,000点
--	--------	---	--------

注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。



注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

# その他の放射線治療

## 放射線治療管理料の増点

- 放射線治療管理料(分布図の作成1回につき)

4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合  
3,400点 → 4,000点

## 全身照射の増点

- 全身照射(一連につき) 10,000点 → 30,000点

## 医療機器安全管理料の増点

- 医療機器安全管理料

放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている  
保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合(一連につき)  
1,000点 → 1,100点



# 放射線同位元素内用療法関連

## 放射線同位元素内用療法管理料の項目追加・増点

### ・放射線同位元素内用療法管理料

現行	
1 甲状腺癌に対するもの	500点
2 甲状腺機能亢進症に対するもの	250点



改定後	
1 甲状腺癌に対するもの	1,390点
2 甲状腺機能亢進症に対するもの	1,390点
3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの	1,700点 (新)
4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの	3,000点 (新)

# 画像診断

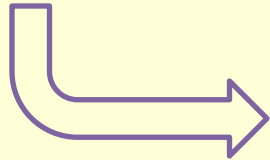
## FDG-PETの評価

### • 適用疾患の拡大

てんかん若しくは虚血性心疾患の診断

以下の悪性腫瘍の病期診断又は転移・再発の診断

脳腫瘍、頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫、原発不明癌



てんかん若しくは虚血性心疾患の診断

悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)の病期診断又は転移・再発の診断

### • 施設共同利用率の要件の緩和

該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準

ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。(ただし、特定機能病院、がん診療連携の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成二十年法律第九十三号)第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関を除く。)

# 画像診断・その他

## 外傷全身CTの新設

- 外傷全身CT加算（CT撮影の加算） 800点<sup>①</sup>
  - 施設基準
    - (1) 救命救急入院料の施設基準を満たすこと。
    - (2) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
    - (3) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
  - 留意事項  
外傷全身CTとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したCT撮影をいう。

## その他

- マンモグラフィーの評価
  - 写真診断 乳房撮影 256点 → 306点
- 嚥下造影検査の評価
  - 造影剤注入手技 嚥下造影 240点<sup>①</sup>

# 新生児に対する麻酔評価の引き上げ

## 具体的な内容

- 新生児に対する麻酔評価を未熟児に対する評価と同等に引き上げる。

【現行】

未熟児	200/100加算
新生児(未熟児を除く。)	100/100加算
乳児	50/100加算
1歳以上3歳未満	20/100加算



【改定後】

未熟児	200/100加算
新生児(未熟児を除く。)	<b>200/100加算</b>
乳児	50/100加算
1歳以上3歳未満	20/100加算

# 注射

## 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

いわゆるPICCカテーテル挿入の手技料

700点

## カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

腎不全に対して、動静脈瘻や動静脈グラフトの作製が困難である場合に適応となる透析用カテーテル挿入に係る手技料

2,500点

## 硝子体内注射

加齢黄斑変性症の治療薬を硝子体内に注射する際に算定

580点

# 麻酔における新設・評価

## 術中経食道心エコー連続監視加算の新設

閉鎖循環式全身麻酔時に経食道心エコーにて心機能の評価を行った場合の評価 880点

(対象)

- ・心臓手術(開胸式心大血管手術)
- ・冠動脈疾患又は弁膜症患者

## 下肢痙縮治療目的の神経ブロックの評価

ボツリヌス毒素を用いた下肢痙縮治療に対して施行する神経ブロックの評価 400点

# 病理診断

病理医が行う細胞診について新たな診断料の創設  
病理診断料・判断料の増点

## 現行

### 【病理標本組織作成料】

細胞診(1部位につき)

- |         |      |
|---------|------|
| 1 婦人科材料 | 150点 |
| 2 その他   | 190点 |

### 【病理診断・判断料】

- |       |      |
|-------|------|
| 病理診断料 | 410点 |
| 病理判断料 | 146点 |

## 改定後

### 【病理標本組織作成料】

細胞診(1部位につき)

- |                       |      |
|-----------------------|------|
| 1 婦人科材料等によるもの         | 150点 |
| 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄液等によるもの | 190点 |

### 【病理診断・判断料】

病理診断料

- |           |          |
|-----------|----------|
| 1 組織によるもの | 500点     |
| 2 細胞によるもの | 240点 (新) |
| 病理判断料     | 150点     |

- 病理診断料について、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所においても算定できることとする。

# 病理診断 その他の項目

## 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の項目の見直し

1 エストロゲンレセプター	720点
2 プロジェステロンレセプター	690点
3 HER2タンパク	690点
4 その他(1臓器につき)	350点

※EGFRタンパクの追加及び、多数の免疫染色を行った場合の加算を新設(適用疾患は別途通知にて記載)

1 エストロゲンレセプター	720点
2 プロジェステロンレセプター	690点
3 HER2タンパク	690点
4 EGFRタンパク	690点(新)
5 その他(1臓器につき)	400点

注2 5について確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1600点を加算する。(新)

## その他

### 術中迅速細胞診の新設

術中迅速細胞診

450点

(新)



## Ⅱ 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

### 1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配  
慮した医療の実現に対する評価について

5 疾病の重症化予防について

# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局

⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行

正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用

② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

⇒ 正当な理由がある場合は、患者から求めがあった場合には明細書を交付  
ただし、正当な理由に該当する旨を地方厚生(支)局長に届出を行い、  
明細書を発行する旨を院内掲示する

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局

⇒ 明細書発行の義務はないが、明細書発行に関する状況を院内掲示する

院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、  
費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価(電子請求を行っている診療所に限る。)

① 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

## Ⅱ 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

1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配  
慮した医療の実現に対する評価について

5 疾病の重症化予防について

# 再診料等の見直しについて

## 再診料の見直し

患者の納得、分かりやすさという観点から、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。

再診料(診療所) 71点  
再診料(病院) 60点 → 再診料 69点

## 外来管理加算の見直し

外来管理加算の算定要件における時間の目安(いわゆる5分ルール)については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、多忙等を理由に簡単な症状の確認等を行ったのみでの継続処方については、再診料は算定できるが、外来管理加算を算定できない取り扱いとする。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数(52点)は据え置く。



# 地域医療に貢献する診療所の評価

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価し、再診料に加算を新設する。

## ⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診時)

### [算定要件]

- (1) 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。
- (2) 標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者から問い合わせがあった場合には、患者に対して必要な指導を行うこと。
- (3) 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。



# 居住系施設等訪問診療料の見直しについて

➤ 訪問診療料の分類を、施設の類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理。

訪問診療料1(自宅)	830点
訪問診療料2(居住系施設)	200点

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点

## I. 同一世帯

1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

## I. 同一世帯

1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

## II. 居住系施設

1人のみ訪問	1人目	訪問診療料2
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

## II. 施設類型に関係なく同一建物

1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

## III. 高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等

1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	訪問診療料1

※訪問診療料以外にそれぞれの患者に対して処置料等も算定する。

# 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

原則：他医療機関での診療の必要が生じた場合は、転医又は対診を求めること。

## 入院中の患者に係る対診の取扱い

(入院中の患者に係る対診の費用について)

改正前

○算定可能 △一部算定可能 ×算定不可 ー想定外

出来高病棟

初・再診料/往診料  
診療行為に係る費用

A医療機関(患者入院中)

—  
○ ※1

B医療機関

○  
× ※1

特定入院料等算定病棟

初・再診料/往診料  
診療行為に係る費用

A	
包括部分	包括外部分
—	
× ※1	○ ※1

対診

B
○
× ※1

※1 AからBに合議で精算

# 入院中の患者に係る対診の取扱い

改正後

出来高病棟

A	
初・再診料/往診料	—
診療行為に係る費用	○ ※1

B	
初・再診料/往診料	○
診療行為に係る費用	× ※1

特定入院料等算定病棟

DPC対象病院

A		
	包括部分	包括外部分
初・再診料/往診料	—	
診療行為に係る費用	× ※1,2	○ ※1

対診

B	
初・再診料/往診料	○
診療行為に係る費用	× ※1

※1 AからBに合議で精算

※2 DPC対象病院の場合、Bが提供する診療行為を含めて診断群分類が変更される場合がある。

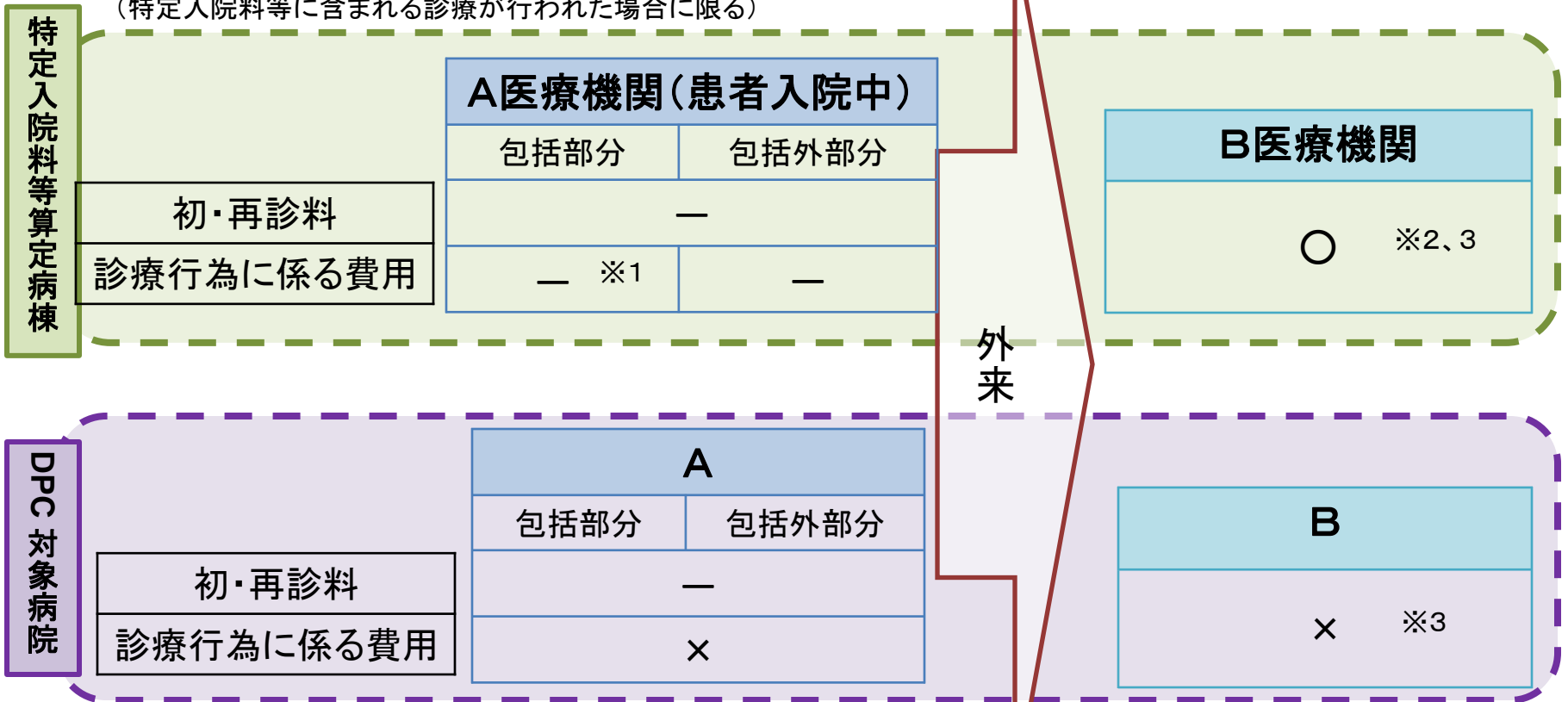


# 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

(入院中の患者の他医療機関受診の費用について)

## 改正前

眼科等の専門的な外来診療を受ける場合  
(特定入院料等に含まれる診療が行われた場合に限る)



※1 特定入院料については70%を控除した点数を算定

※2 医学管理、在宅等は算定できない。

※3 「ガンマナイフによる定位放射線治療」、  
「直線加速器による定位放射線治療」は算定可能。

改正後

# 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

出来高病棟

初・再診料		A	
診療行為に係る費用		— ※4	

B	
○ ※2	

特定入院料等算定病棟

初・再診料		A	
診療行為に係る費用		包括部分	包括外部分
		—	
		— ※1	—

外来

B	
○ ※2	

DPC対象病院

初・再診料		A	
診療行為に係る費用		包括部分	包括外部分
		× ※5	
		× ※5、6	○ ※5

B	
× ※2、5	

- ※1 特定入院料については70%を控除した点数を算定
- ※2 医学管理、在宅等は算定できない。
- ※3 「ガンマナイフによる定位放射線治療」、  
「直線加速器による定位放射線治療」は算定可能。

- ※4 入院基本料については30%を控除した点数を算定
- ※5 AからBに合議で精算
- ※6 DPC対象病院の場合、Bが提供する診療行為を含めて診断群分類が変更される場合がある。

## Ⅱ 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

1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配  
慮した医療の実現に対する評価について

5 疾病の重症化予防について

# 医療安全対策の推進について①

## 医療安全対策の充実

- 医療安全対策について、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から要件の緩和した評価の新設

### 医療安全対策加算

現行(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

医療安全対策加算2のその他の要件は医療安全対策加算1に同じ。

- 医薬品安全性情報管理室(DI室)において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理の評価の新設

(薬剤管理指導料の初回算定時)

① 新 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[施設基準]

DI室における副作用情報等の管理、副作用発生時の関連情報の提供体制、病棟薬剤師とDI室薬剤師の情報共有、医薬品業務手順書の作成

# 医療安全対策の推進について②

## 感染防止対策の充実

- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価



### ① 新 感染防止対策加算 100点

1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

#### [施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
  - ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師  
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
  - ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等
- } うち 1名専従  
1名専任

### Ⅲ 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

# 質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

## 診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

## DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、**25%を新たな機能評価係数に置き換え**
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入  
**データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数**

## 診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

# 検体検査評価の充実について

## 検体検査評価の充実について

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

① 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、臨床検査技師10名以上を擁する充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

① 新 検体検査管理加算(Ⅳ) 500点

② 外来迅速検体検査加算の評価を引き上げる。

外来迅速検体検査加算

5点/件(最大5件まで) → 10点/件(最大5件まで)



# 安全な麻酔体制の評価

## 麻酔管理料(Ⅱ)の新設

- **複数の麻酔科標榜医による麻酔安全管理体制**の評価  
特定機能病院等の大規模な病院における、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全体制が整えられている医療機関において質の高い麻酔が提供されることを評価する。

### 麻酔管理料(Ⅱ)

<u>1</u>	<u>硬膜外麻酔又は脊椎麻酔</u>	<u>100点(1人につき)</u>
<u>2</u>	<u>全身麻酔</u>	<u>300点(1人につき)</u>

#### [算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に、麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

#### [施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

# 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の再編成

### ➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

#### 【現行】

【算定要件】25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



#### 【改定後】

#### 療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

#### 療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

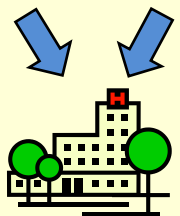
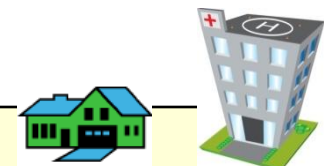
### ➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

## 初期加算の創設

### ➤ 後方病床機能の評価

**⑧** 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



### Ⅲ 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

# 疾患別リハビリテーションの評価の充実①

## 脳血管疾患等リハビリテーション料の引き上げと評価体系の見直し

脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

### 現行

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点



### 改定後

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)  
 廃用症候群以外の場合 245点  
 廃用症候群の場合 235点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)  
 廃用症候群以外の場合 200点  
 廃用症候群の場合 190点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)  
 廃用症候群以外の場合 100点  
 廃用症候群の場合 100点

# 疾患別リハビリテーションの評価の充実②

## 運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

### ⑧ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)

175点(1単位につき)

#### [算定要件]

入院中の患者に対し、急性期のリハビリテーションを個別に20分以上提供した場合に算定する。

#### [施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、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名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。

# 疾患別リハビリテーションの評価の充実③

## 心大血管疾患リハビリテーションの評価

心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で418施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

### [施設基準の変更点]

1. 心大血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)の施設基準において、常時、勤務することとされていた循環器科又は心臓血管外科の医師を、**心臓血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯においては常時勤務**することとした。
2. 心大血管疾患リハビリテーションに専従する理学療法士又は看護師について、**心大血管疾患リハビリテーションを行わない時間帯において他の疾患別リハビリテーション等に従事可能**とした。
3. 心大血管疾患リハビリテーションに専用の機能訓練室について、**それぞれの施設基準を満たせば、他の疾患別リハビリテーションに専用の機能訓練室と同一の部屋とすることを可能**とした。

## 疾患別リハビリテーションの評価の充実④

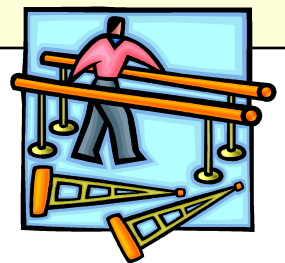
### 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

**早期リハビリテーション加算30点→45点(1単位につき)**

### 発症早期からのリハビリテーションの充実

維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、**維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続する。**



# 疾患別リハビリテーションの点数と人員配置(改定後)

		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
PT/OT等のスタッフ	10名		(Ⅰ)245点 (235点※)		
	4名		(Ⅱ)200点 (190点※)	新(Ⅰ) 175点*	
	2名	(Ⅰ)200点		新(Ⅱ) 165点	(Ⅰ)170点
	1名		(Ⅲ)100点	新(Ⅲ) 80点	(Ⅱ)80点
	常勤でない従事 者1名	(Ⅱ)100点			
算定日数上限		150日	180日	150日	90日

※ 廃用症候群の患者に行った場合 \* 入院中の患者に限る



# 回復期等における充実したリハビリテーションの評価①

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションを集中的提供する観点から、1日に提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。
- また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1

1,690点→1,720点(1日につき)

#### [施設基準]

- 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- 重症患者の割合 **1割5分 → 2割**

### 回復期リハビリテーション病棟入院料2

1,595点→1,600点(1日につき)

#### [施設基準]

- 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること

# 回復期等における充実したリハビリテーションの評価②

## 回復期リハビリテーション病棟におけるより充実したリハビリテーションを提供する体制の評価

より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価を設ける。

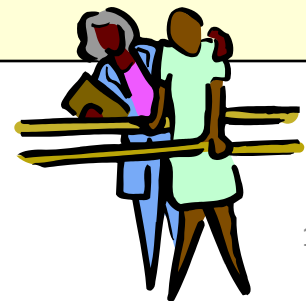
### 休日リハビリテーション提供体制加算 60点(1日につき)

特に集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

### リハビリテーション充実加算 40点(1日につき)

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること



# 回復期等における充実したリハビリテーションの評価③

## 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価

- 亜急性期病棟において、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、**急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価**を新設する。
- 当該加算を算定している患者については、**疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。**

### リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、週平均 16単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること。

- 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

＜亜急性期入院医療管理料1＞

(病床数) 一般病床数の1割以下 → 一般病床数の**3割(最大60床)**まで拡大

※ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合

＜亜急性期入院医療管理料2＞

(病床数) 一般病床数の3割以下 → 一般病床数の**5割**まで拡大

※急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合

### Ⅲ 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

# 在宅医療の評価について①

## 訪問診療の評価

- 症状が増悪した緊急時の対応など、患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価の引き上げ

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価の新設

① 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 200点

② 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点

- 在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

## 在宅医療の評価について②

### 在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

#### 在宅療養支援病院の拡大

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

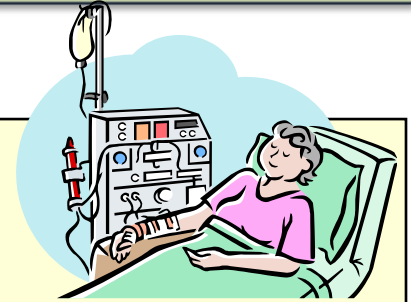
在宅時医学総合管理料及び特定施設等入居時医学総合管理料

⑨ 在宅移行早期加算 100点

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料の算定をできることとする。(一部在宅療養指導料を除く。)

# 在宅医療の評価について③

## 在宅における専門医療の評価



- 在宅血液透析について、在宅で安全管理体制等の確保が必要なことから評価の引き上げを行う。

**在宅血液透析指導管理料 3,800点 → 8,000点**

**透析液供給装置加算 8,000点 → 10,000点**

- ・ 血液透析を行う時間帯において、緊急連絡に対応できる体制を有すること。
- ・ 関係学会等のマニュアルを参考に在宅血液透析を行うこと。

- **在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行う患者**について、症状増悪や透析効率の低下等に伴う医療機関における透析(人工腎臓又は腹膜灌流)を週1回まで算定可能とする。

- 頻回の皮膚処置が必要な患者について、在宅における医療材料の選択等の指導管理を新設

**(新) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点**

表皮水疱症患者で、在宅で頻回の皮膚処置が必要な患者に対して算定する。118

### Ⅲ 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について



# 訪問看護の推進について①

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者  
2カ所→**3カ所**

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上の訪問看護が**必要**な利用者

1カ所→**2カ所**

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日)	7,050円	→	7,300円
(2日目～12日目まで)	2,900円	→	2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

## 訪問看護の推進について②

### 乳幼児等への訪問看護の推進



#### ➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

⑨	乳幼児加算(3歳未満)	500円※ <sup>1</sup> / 50点※ <sup>2</sup> (1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※ <sup>1</sup> / 50点※ <sup>2</sup> (1日につき)

### 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※<sup>1</sup> / ターミナルケア加算※<sup>2</sup>

### 患者の状態に応じた訪問看護の充実

- **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算※<sup>1</sup> / 在宅移行管理加算※<sup>2</sup>の対象として追加

※<sup>1</sup>訪問看護療養費、※<sup>2</sup>在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

# 訪問看護の推進について③

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者<sup>(注)</sup>に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算（週1回）

（看護師等の場合） 4,300円<sup>※1</sup> / 430点<sup>※2</sup>

（准看護師の場合） 3,800円<sup>※1</sup> / 380点<sup>※2</sup>

（注）対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

# IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

## 1 後発医薬品の使用促進について

2 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

# 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

## 医療機関における取組の評価

- 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、薬材料を包括外で算定している入院患者に対して、後発医薬品の使用促進する体制の評価の新設。

### ⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点（入院初日）

#### 〔施設基準〕

- ① 採用品目数の割合が20%以上であること
- ② 後発医薬品の品質、安全性等の情報を収集評価し、その結果を踏まえて院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。



## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

2 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

# 検体検査実施料について

## 検体検査実施料の適正化について

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所等調査による実勢価格に基づいてその見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行った。

例) 末梢一般血液検査	22点	→	21点
AST・アイソザイム	50点	→	49点
ビタミンB1	290点	→	270点

## 医療技術評価分科会を踏まえた引き上げ

医療技術評価分科会での議論を踏まえ、微生物学的検査等の実施料等について、評価を引き上げる。

例) 染色体検査	2,000点	→	2,600点
抗酸菌分離培養検査1	150点	→	200点
骨髓像	500点	→	880点

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

2 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について



# エックス線撮影料

## デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

### E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

### 電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

## 評価体系の見直し

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい等の観点から、画像撮影の評価を見直す。また、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

### E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

現行	
1 CT撮影	
イ マルチスライス型の機器による場合	850点
ロ イ以外の場合	660点



改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

### E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,300点
2 1以外の場合	1,080点



改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。



通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

# 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

## 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術について、腫瘍の良悪性に基づく従来の評価から、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

### 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術及び内視鏡的大腸ポリープ切除術

早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740点	→	長径2cm以上	7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術	5,360点	→	長径2cm未満	5,000点

また、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術又は内視鏡的大腸ポリープ切除術に止血術を伴った場合の取り扱いを明確化する。

### 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術及び内視鏡的大腸ポリープ切除術

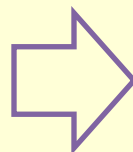
[算定要件]

内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

# 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化①

## 眼科学的検査

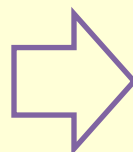
現行	
屈折検査	74点
矯正視力検査	
1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	74点
2 1以外の場合	74点
精密眼圧測定	85点
角膜曲率半径計測	89点



改定後	
屈折検査	69点
矯正視力検査	
1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	69点
2 1以外の場合	69点
精密眼圧測定	82点
角膜曲率半径計測	84点

## 聴力検査

現行	
自覚的聴力検査	
1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査	400点
2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査	400点

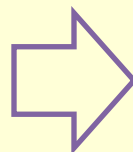


改定後	
自覚的聴力検査	
1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査	350点
2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査	350点

# 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化②

## 皮膚科処置

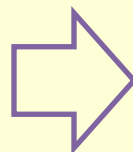
現行	
いぼ焼灼法	
3箇所以下	220点
4箇所以上	270点
いぼ冷凍凝固法	
3箇所以下	220点
4箇所以上	270点



改定後	
いぼ焼灼法	
3箇所以下	210点
4箇所以上	260点
いぼ冷凍凝固法	
3箇所以下	210点
4箇所以上	260点

## 内視鏡検査

現行	
嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入 口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につ き)	620点
喉頭ファイバースコープ	620点



現行	
嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入 口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につ き)	600点
喉頭ファイバースコープ	600点

# 検査

## 幼児加算の新設

3歳未満の小児に係る生体検査に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**幼児加算**の対象とした(学会からの提案に基づき、対象範囲は限定した)。

【現行】

新生児	60/100加算
3歳未満	30/100加算
3歳以上6歳未満	加算なし



【改定後】

新生児	60/100加算
3歳未満	30/100加算
3歳以上6歳未満 (D200-D242に限る。)	<b>15/100加算</b>

## 検体検査名称の見直し

診療報酬上の検体検査の名称については、医療の高度化に伴って一部古い名称となっているものがあり、整理を行った。

例)

グルタミン・ピルビク・トランスアミナーゼ(GPT)

→ アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)

前立腺酸フォスファターゼ精密測定

→ 前立腺酸ホスファターゼ抗原

前立腺酸フォスファターゼ

→ 前立腺酸ホスファターゼ

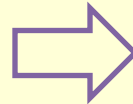
甲状腺自己抗体検査 → サイロイドテスト、マイクロゾームテスト(2つに分割)

# 後期高齢者医療の診療報酬について①

## 後期高齢者診療料関連の点数の廃止

後期高齢者診療料等は、重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

後期高齢者診療料	600点（1月につき）
後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	500点（入院初日）
後期高齢者外来継続指導料	200点（退院後最初の診療日）



**廃止**

併せて、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

**後期高齢者終末期相談支援料 200点**  **廃止**

# 後期高齢者医療の診療報酬について②

## その他の後期高齢者関連点数について

### 1 原則として全年齢に対象を拡大

○後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

○薬剤情報提供料

後期高齢者手帳記載加算 5点 → 手帳記載加算 3点

○後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点

→ 退院時薬剤情報管理指導料 90点

○後期高齢者処置 12点

→ 長期療養患者褥瘡等処置 24点

○後期高齢者精神病棟等処置料 15点

→ 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置 30点

### 2 その他の項目

○後期高齢者診療所医療管理料、後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止

○後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算 → 介護との連携の観点から見直し



# 平成22年度 保険医療材料制度改革の概要

厚生労働省保険局医療課

# 改定に至る経緯

- 平成21年12月8日

社会保障審議会医療部会において、「平成22年度の療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。

- 平成22年度予算案の編成過程

診療報酬本体の改定で1.55%

薬価等の改定で▲1.36%(うち材料▲0.13%)

合計で0.19%

の改定とすることが決定。

# 材料専門部会 経緯

平成20年 8月27日	保険医療材料制度に係る今後の検討の進め方について
平成21年 5月27日	特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について 特定保険医療材料の価格調査について
平成21年 7月15日	保険医療材料専門組織からの意見、専門委員からの意見
平成21年 8月26日	欧州等における医療材料価格等に係る調査概要 医療機器業界からの意見聴取について
平成21年 9月30日	平成22年度保険医療材料制度改革の論点について(1)
平成21年11月13日	平成22年度保険医療材料制度改革の論点について(2)
平成21年12月11日	平成22年度保険医療材料制度改革の骨子について(1)
平成21年12月18日	平成22年度保険医療材料制度改革の骨子について(2)
平成22年 1月29日	平成22年度実施の保険医療材料制度見直しの内容

# 平成22年度 保険医療材料価格制度改革 基本的な考え方

## 保険財源の重点的、効率的配分

- 革新的な新規の医療材料に対するイノベーションの評価  
例) 1. 改良加算の要件の表現を見直し  
2. 保険収載の迅速化等
- 既収載品について、なお著しい内外価格差の是正

# 革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略の概要

世界最高水準の医薬品・  
医療機器を国民に提供

医薬品・医療機器産業  
を日本の成長牽引役に

平成19年4月  
文部科学省  
◎厚生労働省  
経済産業省

## 日本先行開発・日本参加の世界同時開発を目指した施策群

### ①研究資金の集中投入

- ・医薬品・医療機器関連予算の重点化・拡充
- ・産官学による重点開発領域等の調整組織の設置
- ・研究開発税制の充実・強化の検討

### ②ベンチャー企業育成等

- ・研究資金の拡充
- ・施設や機器の共用化等
- ・企業化支援体制の整備、OB人材の活用、相談窓口の充実等
- ・審査手数料の支援検討
- ・医療機器の部材提供を活性化する方策の検討

### ③臨床研究・治験環境の整備

- ・国際共同治験の推進
- ・国民に重大な影響を与える疾患に対し、国立高度専門医療センターを中心に産官学が密接に連携して臨床研究を進める「医療クラスター」の整備
- ・橋渡し研究拠点、再生医療拠点、臨床研究体制の整備
- ・医療クラスターを中心とした治験の拠点化・ネットワーク化・IT化
- ・医師や臨床試験を支援する人材の育成・確保
- ・医師等の臨床業績評価を向上させるための取組
- ・臨床研究の規制の適正化の推進

### ④アジアとの連携

- ・重要な疾病について共同研究推進
- ・東アジアで収集されたデータの活用方法の共同研究

### ⑤審査の迅速化・質の向上

- ・新薬の上市までの期間を2.5年間短縮(ドラッグ・ラグの解消)
- ・審査人員を倍増・質の向上(3年間で236人増員)
- ・承認審査の在り方や基準の明確化、GCPの運用改善
- ・国際共同治験に関するガイダンスの作成、優先的治験相談の実施
- ・日米欧審査当局との間での共同治験相談の導入の協議
- ・医療機器の安全性を確保しつつ、治験・承認審査の合理化・簡素化を推進
- ・医療機器審査人員の充実・育成
- ・医療機器GCPの運用改善

### ⑥イノベーションの適切な評価

薬価制度等における革新的な製品のより適切な評価の検討

### ⑦官民対話

関係省・研究機関・産業界の連携強化

定期的な官民対話の実施

# 1 新規の機能区分に関する事項

## ① 価格調整について

- ・前回改定から引き続き、内外価格差に対する更なる取組みが求められていることを踏まえ、

「外国価格の相加平均の1.7倍以上の場合に1.7倍の価格」



「外国価格の相加平均の1.5倍以上の場合に1.5倍の価格」

とすることとした。

## 1 新規の機能区分に関する事項

### ② 原価計算方式における製品原価の取扱について

保険医療材料専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対して、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

# ③イノベーションの評価について (1)改良加算の見直し

従前

平成22年度以降

## ◎改良加算（1～20%）

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ 類似機能区分に属する既収載品に比して、低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ 小型化、軽量化等により、それまで類似機能区分に属する既収載品で不可能であった、小児等への使用が可能となったことが、客観的に示されていること。

## ◎改良加算（1～20%）

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ 小型化、軽量化等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適用の拡大が、客観的に示されていること。

ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手段が可能となること等が、客観的に示されていること。

改

改

新



# 1 新規の機能区分に関する事項

## ③ イノベーションの評価について

### (2) 保険収載の迅速化等について

- 決定区分C1（新機能）、C2（新機能・新技術）と決定された医療機器について、

C1（新機能）：

「保険適用開始月の**1月前**の末日までに決定されたものに限る」

C2（新機能・新技術）

「保険適用開始月の**3月前**の末日までに決定されたものに限る」

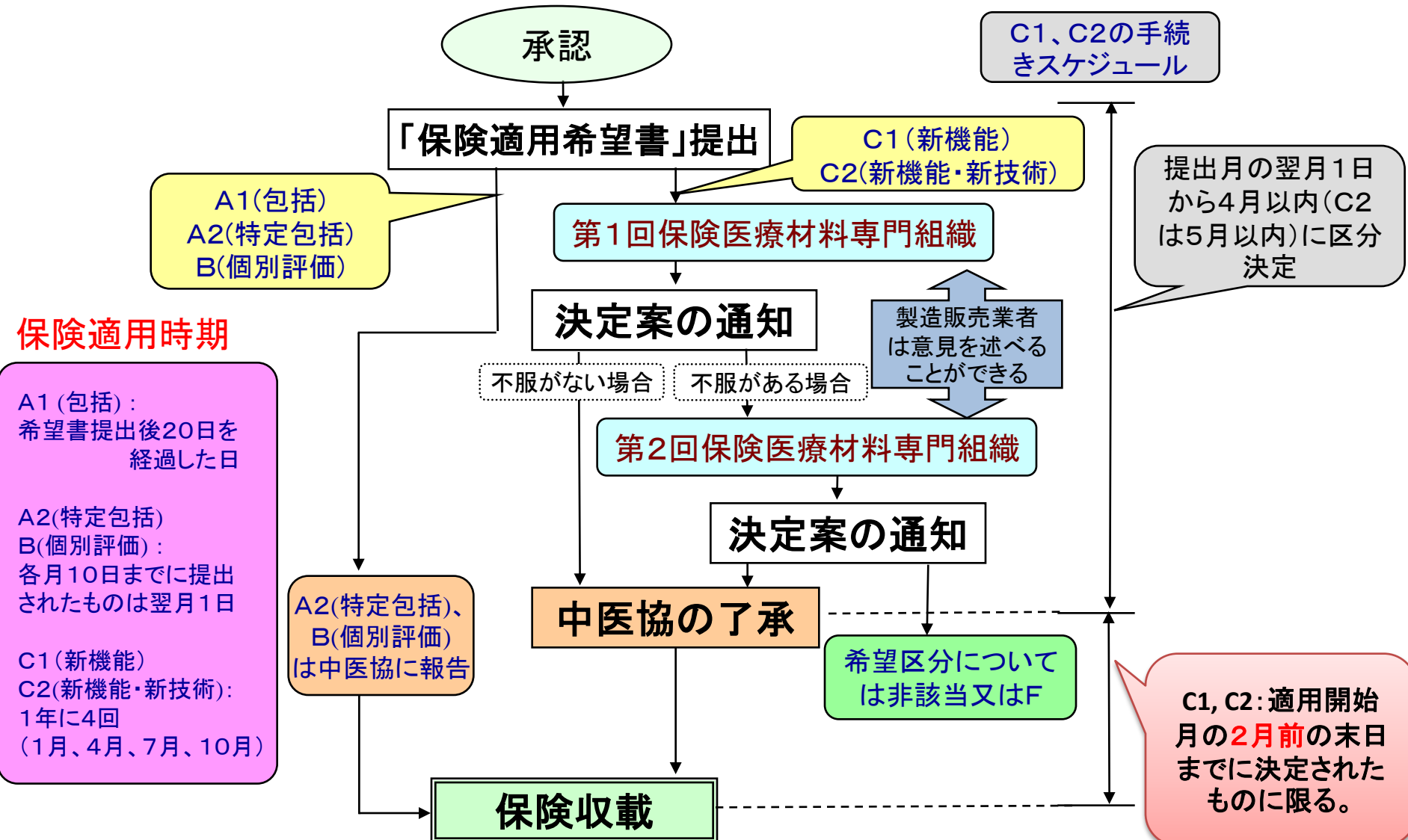


C1（新機能）・C2（新機能・新技術）

「保険適用開始月の**2月前**の末日までに決定されたものに限る」

と見直した。中医協の決定から保険収載までの期間が同じとなったことを踏まえ、今後保険医療材料専門組織は、保険適用開始月を見据えて、**定期的**に開催することとする。

# 医療機器・材料価格算定のプロセス



## 2 既存の機能区分に係る事項

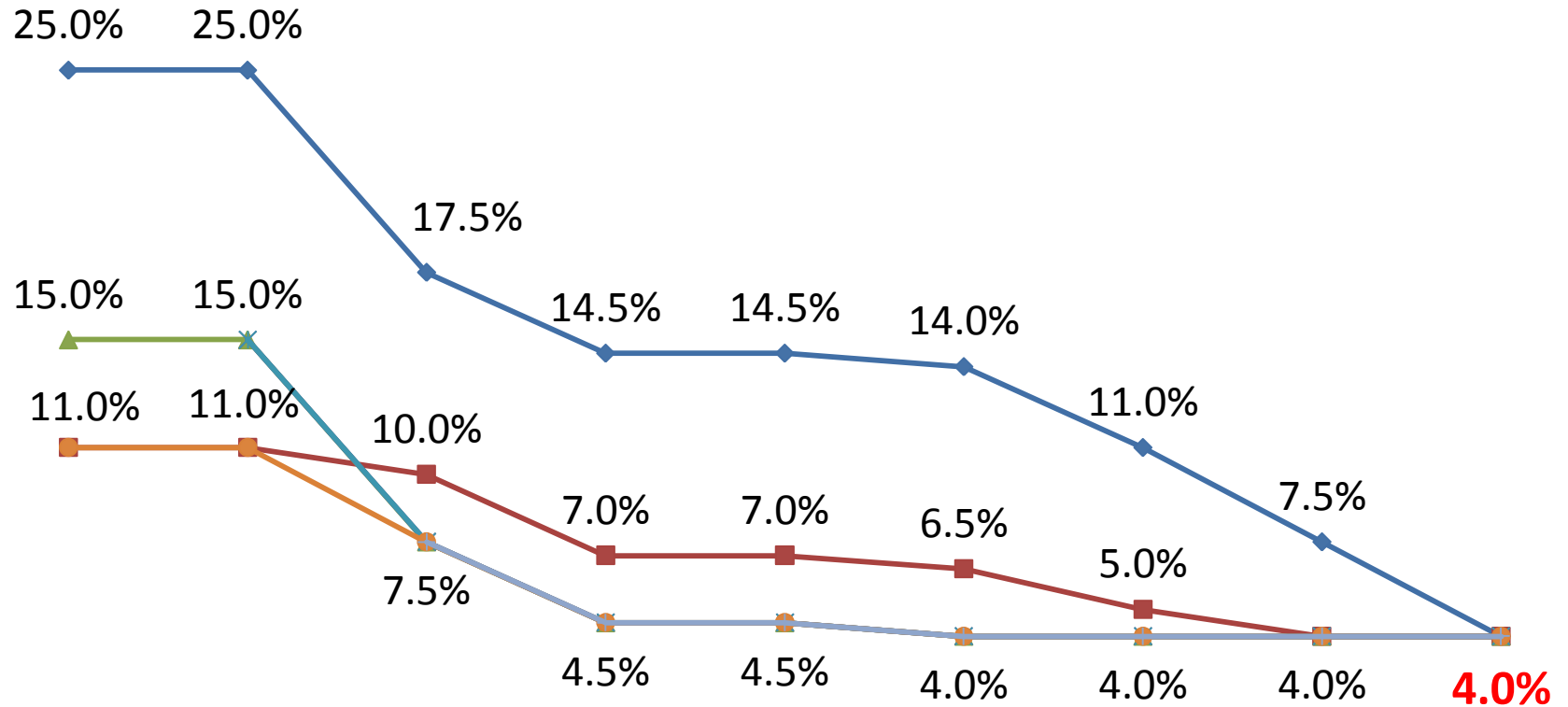
### ① 一定幅について

- 市場実勢価格加重平均値一定幅方式における一定幅を4%に統一した。

	H20年	H22年
ダイアライザー	7.5%	⇒ 4%
その他の特定保険医療材料	4%	⇒ 4%

# (参考) 一定幅の推移

- ◆ダイアライザー
- フィルム
- ▲ペースメーカー
- ✕PTCAカテーテル
- ✧人工関節等
- 歯科材料
- その他



平成4年 平成9年 平成10年 平成12年 平成14年 平成16年 平成18年 平成20年 平成22年

## 2 既存の機能区分に係る事項

### ② 再算定について

「外国における国別の価格の相加平均値の1.7倍以上」



「外国における国別の価格の相加平均値の1.5倍以上」

とすることとした。

なお、再算定における外国平均価格算出に係る為替レートは、昨今の経済情勢等を勘案し、調査実施時期から直近の2年間とすることとする。

## 2 既存の機能区分に係る事項

### ② 再算定について

再算定の該当性を検討する区分の対象を、前回同様に効率的に設定した。さらに、償還価格が下落していない区分についても、対象区分として追加することとした。

	平成20年	平成22年
該当性を検証した区分	150	181
再算定の対象となった区分	14	17

## 2 既存の機能区分に係る事項

### ③ 機能区分の見直しについて

機能区分については、臨床上的利用実態等を踏まえ、以下の見直しを行った。

- a. 同一の機能区分に属しているが、臨床的意義・実勢価格等が大きく異なると認められたものについて、機能区分を**細分化**した。
- b. 価格や機能に差がなくなっている複数の機能区分については**合理化**を行った。
- c. 既に病院内で使用できる機能区分について、在宅医療での使用要望が強く、妥当と認められたものについて、機能区分を**新設**した。
- d. 該当製品の存在しない機能区分について、**簡素化**の観点から経過措置をおき、順次削除した。

## 2 既存の機能区分に係る事項

### ③ 機能区分の見直しについて

- a. 細分化の観点から見直しを行った区分 4分類  
末梢留置型中心静脈カテーテル 等
- b. 合理化の観点から見直しを行った区分 4分類  
ペースメーカー、膝蓋骨置換用材料 等
- c. 新規評価の観点から見直しを行った区分 3分類  
在宅非固着性シリコンガーゼ 等
- d. 簡素化の観点から見直しを行った区分 3分類  
鼻中隔プロテーゼ等 削除

計14分類を見直し

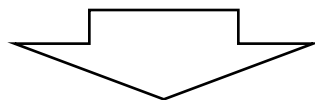


## 2 既存の機能区分に係る事項

### ③ 機能区分の見直しについて

#### 材料価格基準 機能区分数

	医科材料	歯科材料	調剤	合計
H20.4.1	623	84	7	714
H22.3.31	642	84	7	733
H22.4.1	642	83	7	732



#### ○医科材料・歯科材料の機能区分数の推移(内訳)

##### H22.4.1改正に伴う機能区分数の変化

追加機能区分	→ +4区分	(+4(医科):H22年4月収載分)
細分化	→ +4区分	(+3(医科) +1(歯科))
合理化	→ -6区分	(-5(医科) -1(歯科))
削除機能区分	→ -3区分	(-2(医科) -1(歯科))
<b>合計</b>	<b>= -1区分</b>	<b>(±0(医科) -1(歯科))</b>

### 3 医療材料の安定供給に係る方策について

#### ① 保険適用の取り下げに係るルールの特化

<従前>

当該医療機器が、市場の相当を占めているに拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅延なく報告するものとする。



<改定後>

当該医療機器が、市場の相当を占めているに拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅延なく報告するものとする。

報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかになった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

### 3 医療材料の安定供給に係る方策について

#### ② 供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料の手続きの明確化

「供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料」については、平成20年度制度改定において、その価格を上げることができるよう措置を講じたところであり、当該措置の適用となる基準を以下のとおり定めることとする。

#### 基準を策定

#### I 供給が著しく困難で十分償還されていない医療材料の償還価格の見直しの基準

##### (i) 対象区分選定の基準

ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。

イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。


(関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等)

ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。

(保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。)

##### (ii) 算定方法

原価計算方式により算定。



# 平成22年度診療報酬改定の概要 (DPC関連部分)

厚生労働省保険局医療課

# 本日の説明内容

I . DPC制度の概要

II . 平成22年度診療報酬改定について

# I . DPC制度の概要

# 1. DPC対象病院

## 平成22年度DPC対象病院の基準

- ① 一般病棟入院基本料等の7対1又は10対1入院基本料に係る届出
- ② 診療録管理体制加算に係る届出
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間(10ヶ月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上

※ 4月よりDPC対象となる病院は、3月1日時点

7月よりDPC対象となる病院は、4月1日時点

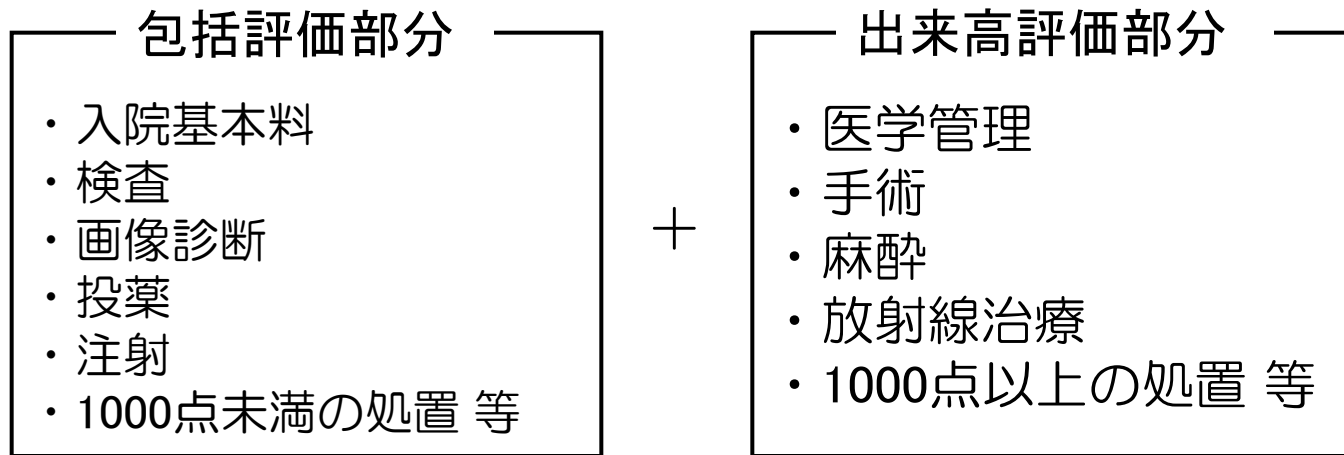
において、上記基準を全て満たしていなければ、DPCへの参加は認めない。

## 2. DPC制度の対象患者

- 一般病棟の入院患者  
(療養病棟、精神病棟等の入院患者は対象外)
- 包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者
- ただし、以下の者を除く
  - 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
  - 治験の対象患者
  - 臓器移植患者の一部
    - 同種心移植、生体部分肝移植、造血幹細胞移植、等
  - 先進医療の対象患者
  - 一部の特定入院料等の算定対象患者
    - 回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、  
等



### 3. DPC制度における診療報酬

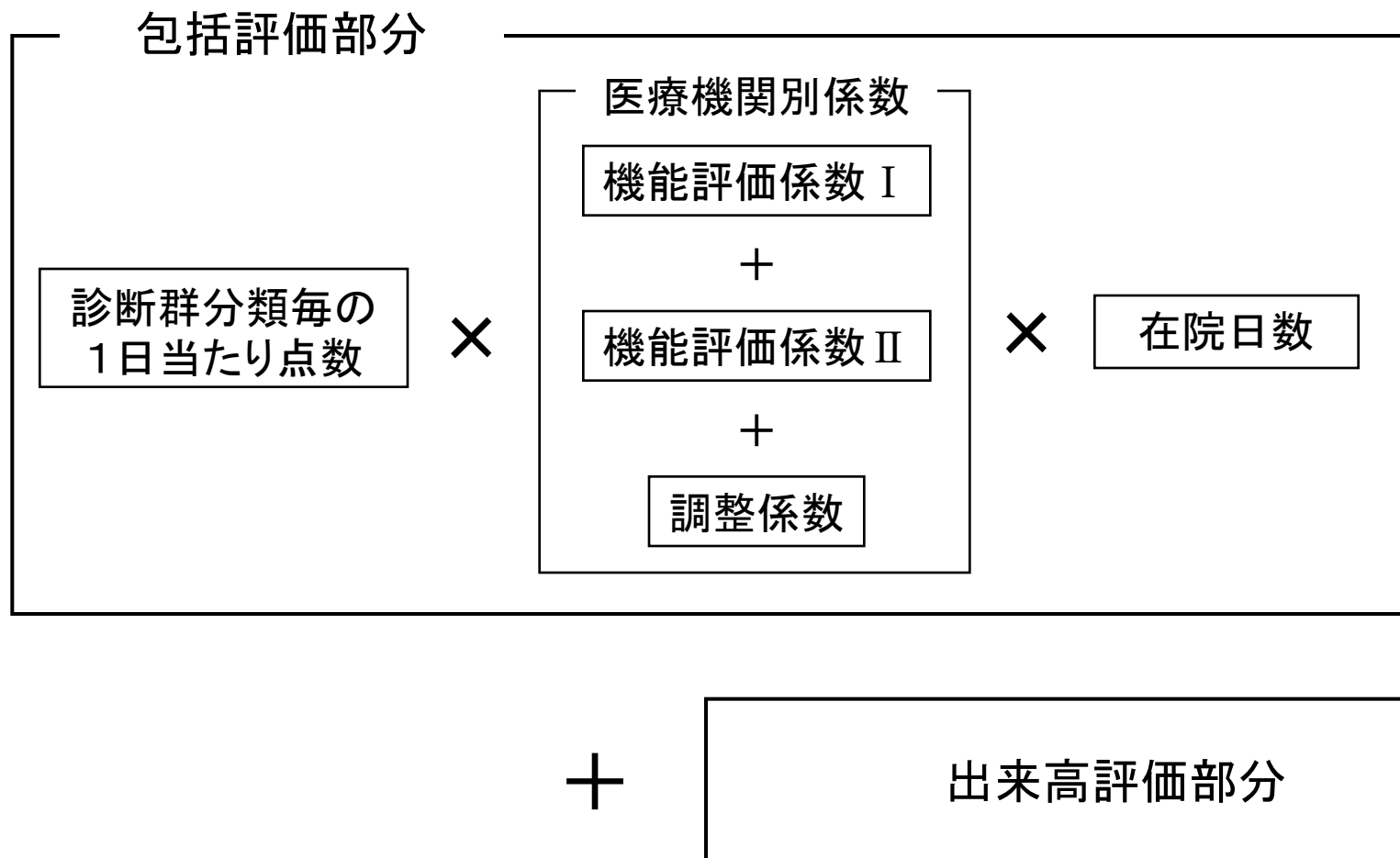


#### DPC制度における診療報酬の額

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- ・ 包括評価部分  
入院基本料、検査(一部を除く)、投薬、注射、等  
「診断群分類」毎の1日当たりの包括評価  
医療機関別係数による評価・調整  
包括範囲点数  
= 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数
- ・ 出来高評価部分  
手術料、麻酔料、等  
「医科点数表」に基づいた評価

## 4. DPC制度における診療報酬の計算



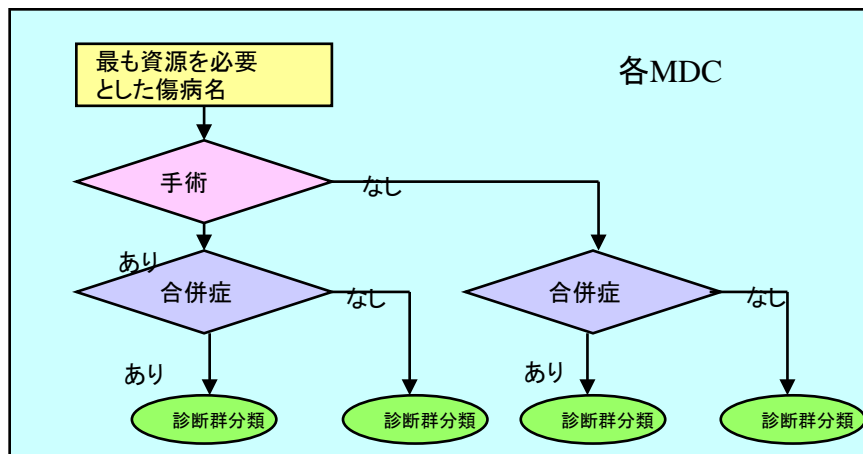
# 5. 診断群分類 (DPC) の基本構造

- 日本における診断群分類は、まず、医療資源を最も投入した傷病名により分類。  
次に、診療行為(手術、処置等)等により分類。
- 傷病名は、ICD10により定義  
診療行為等については、診療報酬上の区分で定義

MDC18種※  
ツリー 2451(うち包括1572)※

※平成20年度改定における数

わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている



過去2年間のデータを用いて点数設定

# 5-1. 診断群分類 (DPC) 点数表 (例示)

060035 大腸 (上行結腸からS状結腸) の悪性腫瘍

手術

なし

手術・処置等 2

なし

副傷病

なし

060035xx99x00x

あり

060035xx99x01x

あり

1

060035xx99x1xx

2

060035xx99x2xx

3

060035xx99x3xx

4

060035xx99x4xx

5

060035xx99x5xx

あり

その他の手術

手術・処置等 2

なし

060035xx97x0xx

あり

1

060035xx97x1xx

2

060035xx97x2xx

3

副傷病

なし

060035xx97x30x

あり

060035xx97x31x

4

副傷病

なし

060035xx97x40x

あり

060035xx97x41x

5

060035xx97x5xx

手術・処置等 2

1 ; 人工呼吸など

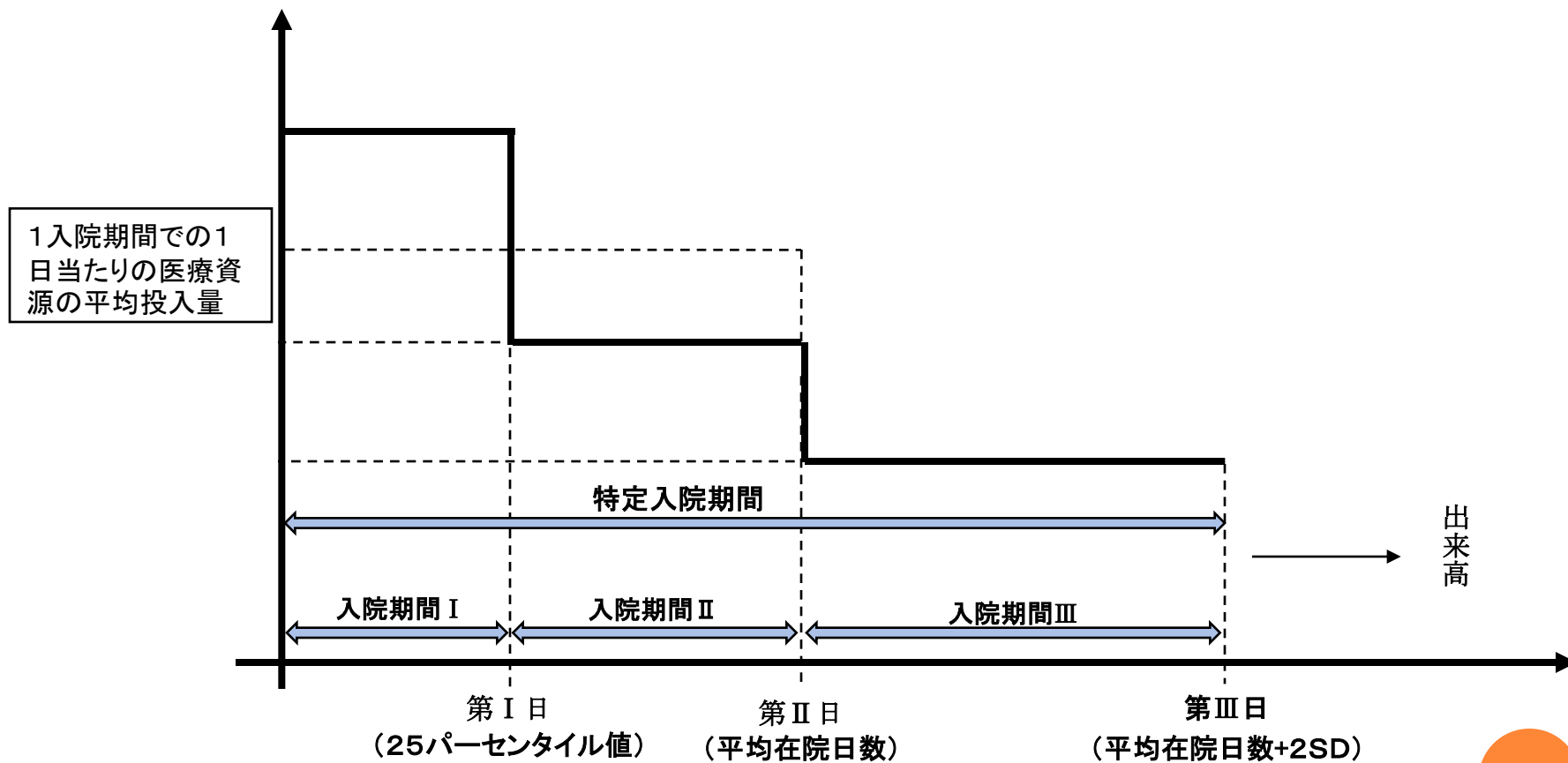
2 ; 放射線療法

3 ; 化学療法あり、放射線療法なし

4 ; フルオロウラシル+レボホリナート  
カルシウム+オキサリプラチンあり

5 ; ベバシズマブ

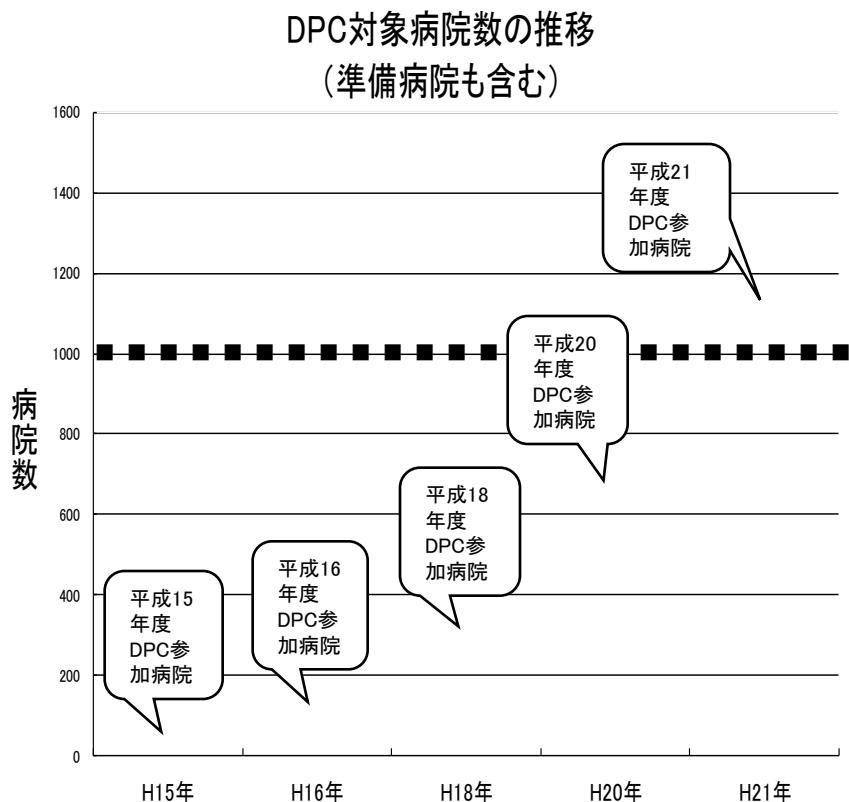
## 5-2. 診断群分類 (DPC) 点数表における 1日当たり点数の設定



# 6. DPC対象病院数及び病床数について

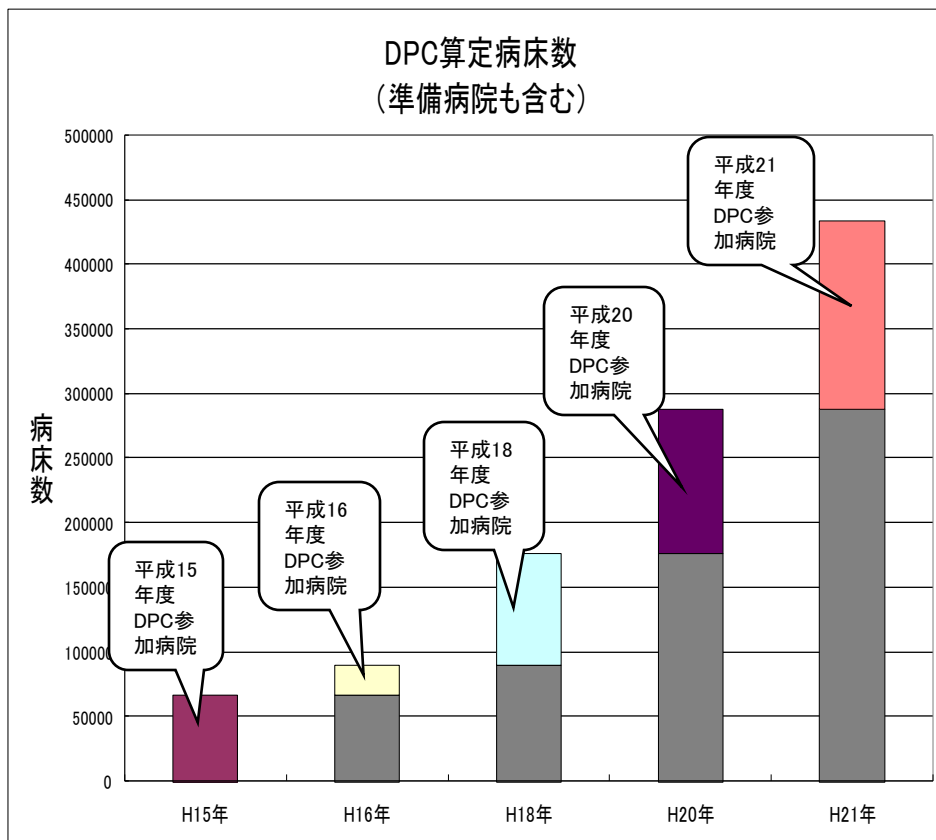
## (1) DPC対象病院数

病院類型	計
平成15年度DPC参加病院	82
平成16年度DPC参加病院	62
平成18年度DPC参加病院	215
平成20年度DPC参加病院	357
平成21年度DPC参加病院	567
<b>平成21年度DPC対象病院</b>	<b>1,283</b>
<b>平成21年度準備病院</b>	<b>274</b>
<b>計</b>	<b>1,557</b>
(参考)全一般病院数 (平成19年医療施設調査)	8,862



## (2) DPC算定病床数

病院類型	計
平成15年度DPC参加病院	66,749
平成16年度DPC参加病院	23,074
平成18年度DPC参加病院	87,154
平成20年度DPC参加病院	110,887
平成21年度DPC参加病院	146,367
<b>平成21年度DPC対象病院</b>	<b>434,231</b>
<b>平成21年度準備病院</b>	<b>45,820</b>
計	480,051
(参考)全一般病床数 (平成19年医療施設調査)	913,234



## Ⅱ．平成22年度診療報酬改定 について(DPC制度)



# 1. 平成22年度診療報酬改定における基本的な考え方 (DPC制度)

- (1) 今回の診療報酬改定における入院基本料の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPC制度においても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
- (2) DPC制度の円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
- (3) DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

## 2. 入院基本料等の引き上げ及び改定率の反映

- (1) 急性期医療に対する更なる評価に伴う入院基本料等の引き上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。
- (2) 入院基本料等加算の引き上げ等については、機能評価係数に反映させる。
- (3) 改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

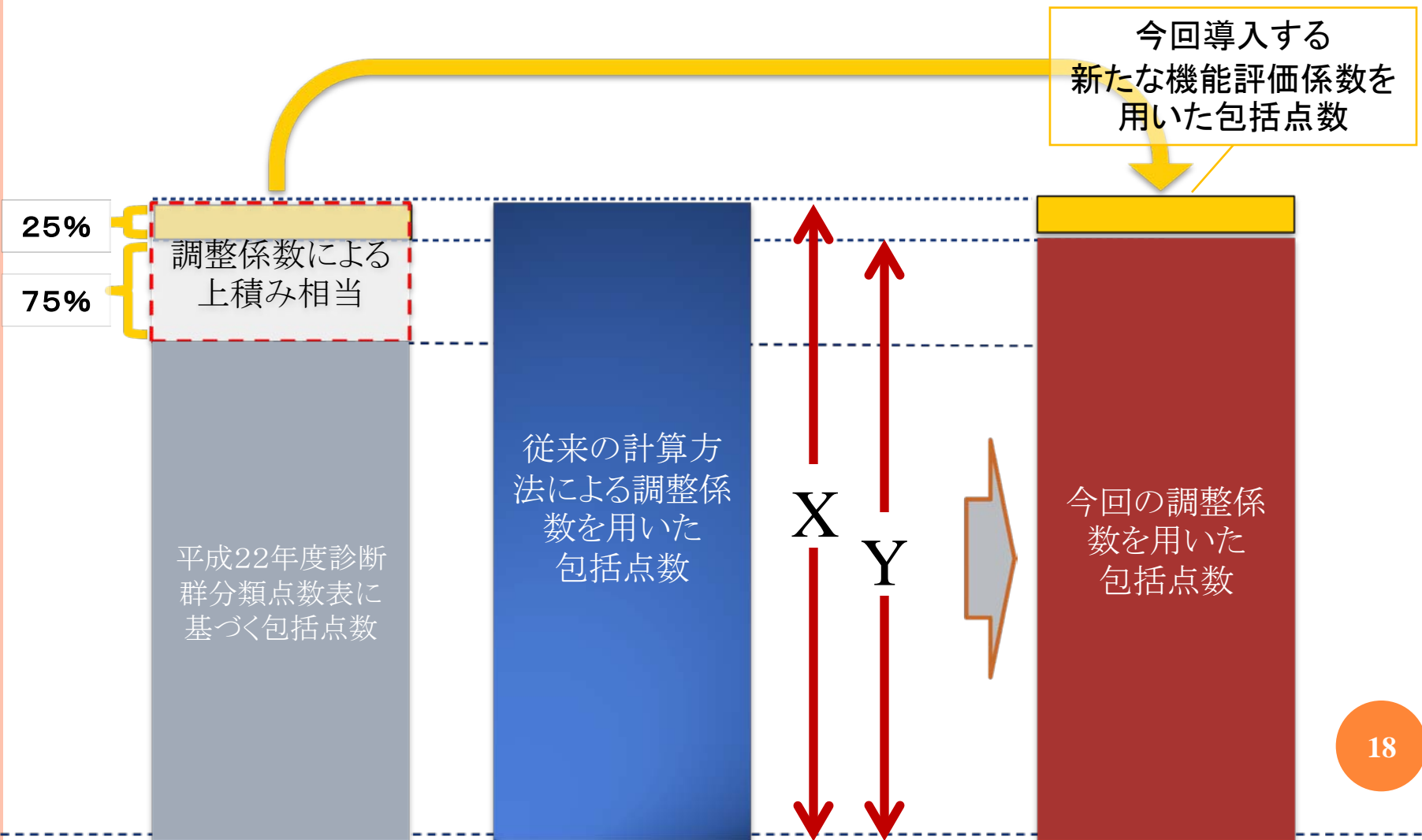
### 3. DPC制度における調整係数の段階的廃止・ 新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

## 3-1. 調整係数及び新たな機能評価係数の設定方法

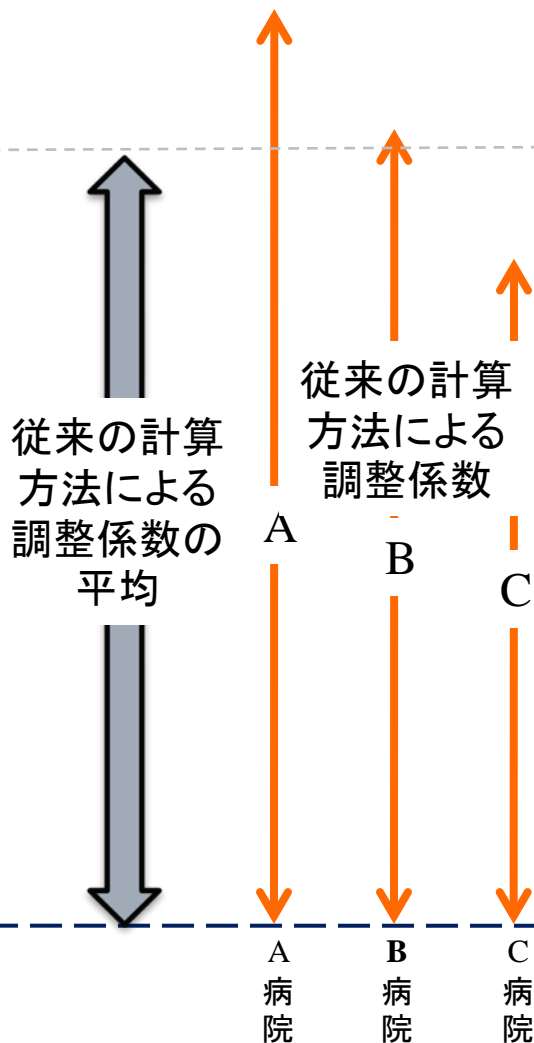
- (1) 調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- (2) 各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

# 調整係数の段階的廃止と 新たな機能評価係数の設定(1)

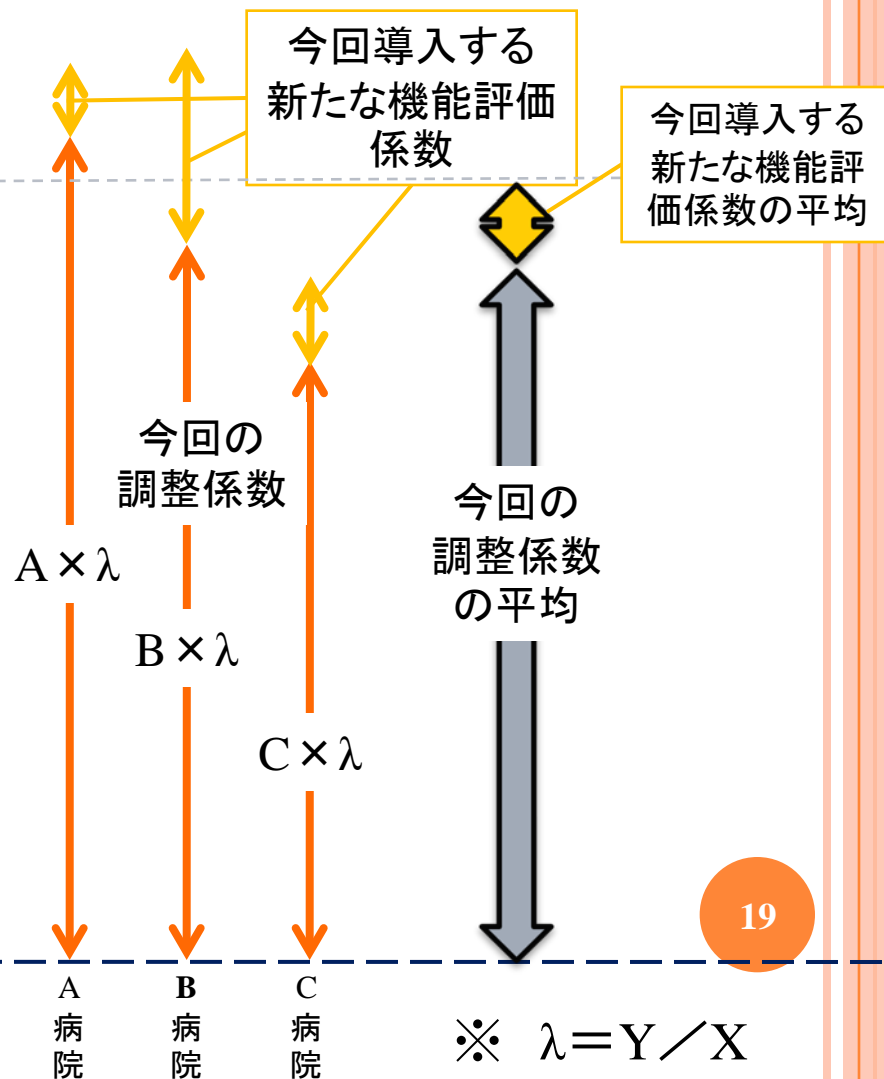


# 調整係数の段階的廃止と 新たな機能評価係数の設定(2)

## 従来の設定方式



## 今回の設定方式



## 3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(1)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	<p>[指数]</p> <p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。</p> <p>②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。(平成23年4月より評価)</p> <p>※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない。</p>
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [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。</p> <p>※ 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	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [当該医療機関の包括点数(一入院当たり)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点数] / [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。</p> <p>※ 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	カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	<p>[指数]</p> <p>= [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。</p> <p>※ 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>

## 3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(2)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	<p>[指数] = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント)(平成22年8月より評価)</p> <p>①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」を算定している医療機関を評価</p> <p>②「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価</p> <p>③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価</p> <p>④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</p> <p>⑤「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</p> <p>⑥「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価</p> <p>⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価</p>
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	<p>[指数] = 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

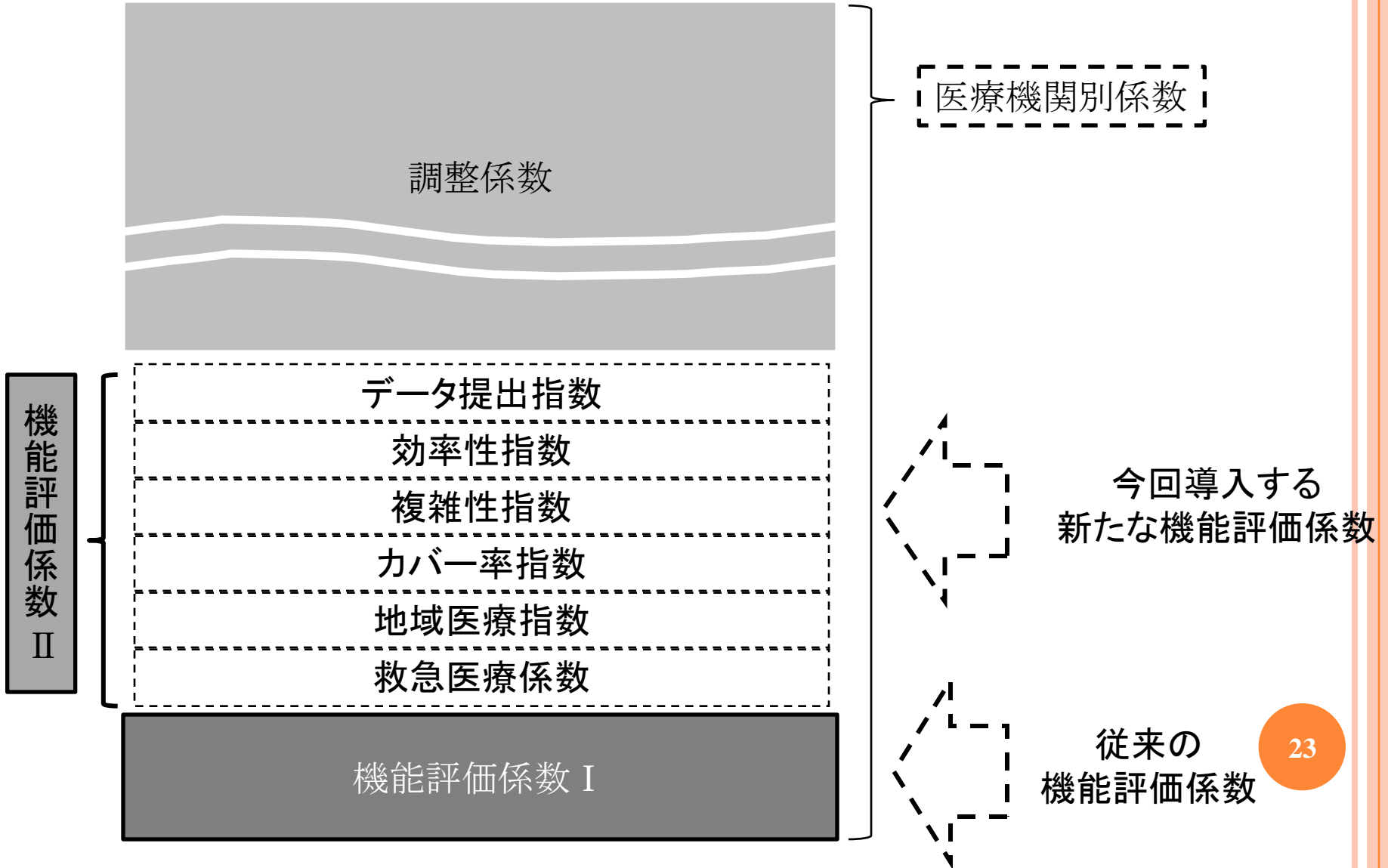


## 3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(3)

### [項目5]「地域医療指数」の取り扱いについて

- DPC対象病院に対し、平成22年4月1日時点の状況の報告を求める。(様式及び時期等については、今後DPC調査事務局より連絡)
- 届け出の結果に基づき平成22年8月より機能評価係数に反映する。

# 3-3. 医療機関別係数の概念図



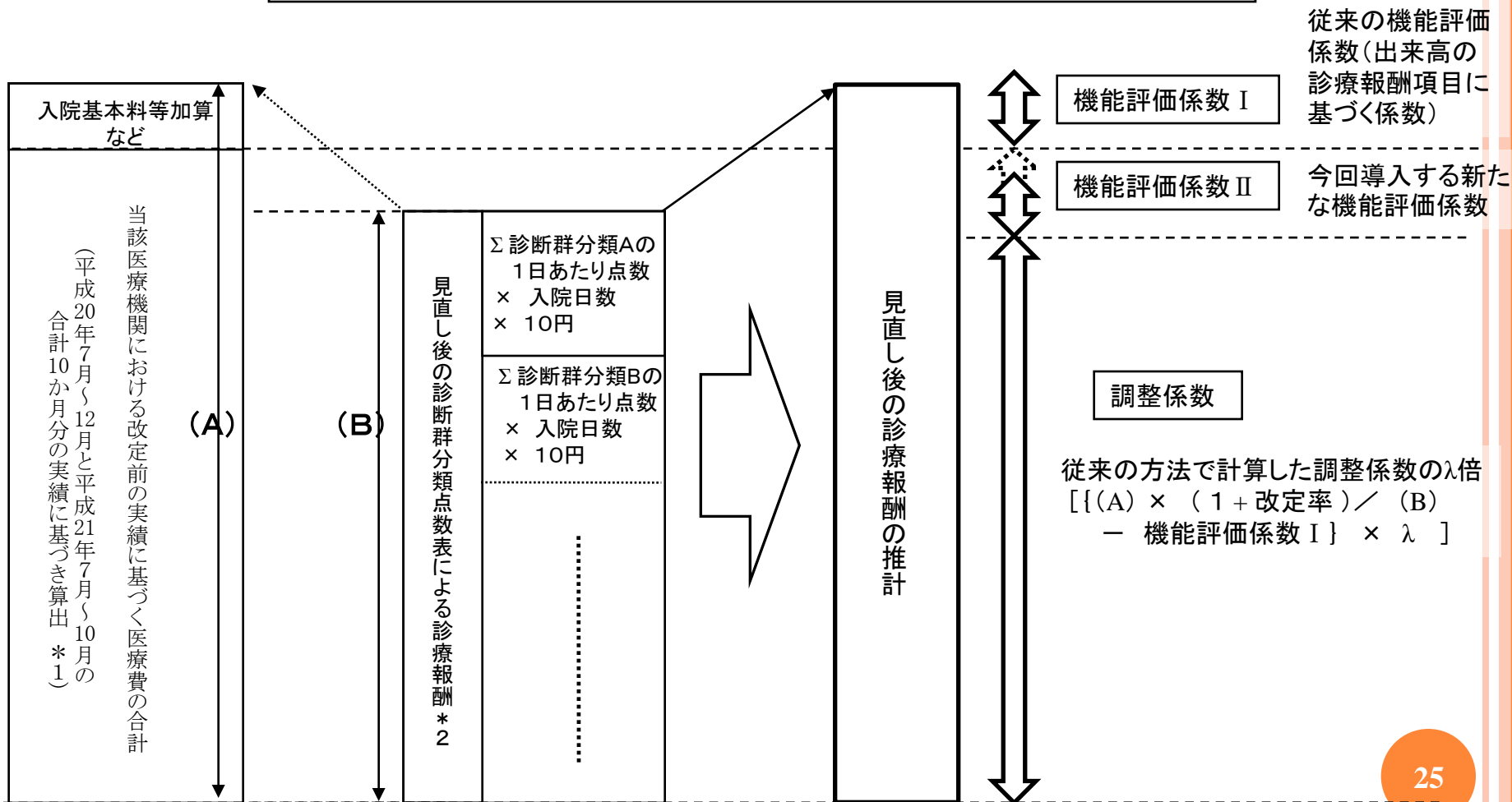
## 3-4. 従来の機能評価係数(機能評価係数Ⅰ)

### <例示>

A100	一般病棟入院基本料
A200	総合入院体制加算
A204	地域医療支援病院入院診療加算
A204-2	臨床研修病院入院診療加算
A207	診療録管理体制加算
A207-2	医師事務作業補助体制加算
A207-3	急性期看護補助体制加算
A214	看護補助加算
A234	医療安全対策加算
A234	感染防止対策加算
D026の注3	検体検査管理加算(Ⅰ)～(Ⅳ)

# 3-5. 医療機関別係数の設定方法等

$$\text{医療機関別係数} = \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数}$$



\*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成22年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したもの。

\*2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成20年7月～12月と平成21年7月～10月の入院実績に基づき算出している。

# (参考) 8月以降の医療機関別係数

【4～7月】

医療機関別係数

$$= \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数(4～7月)}$$

(項目1～4, 6)

【8月以降】

医療機関別係数

$$= \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{調整係数(8月以降)}$$

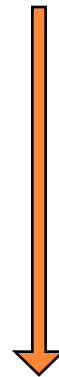
(項目1～6)

項目5を反映

8月以降の調整係数<sup>26</sup>

に変更

〔項目5〕  
地域医療指数



## 4. 診断群分類点数表の設定方法について

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

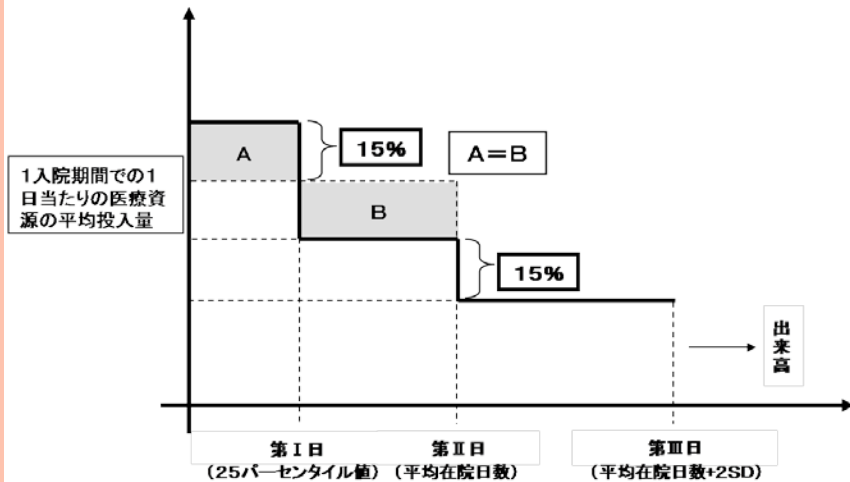
(1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ①高額薬剤による分岐の追加
- ②化学療法レジメによる分岐の追加
- ③副傷病による分岐の精緻化

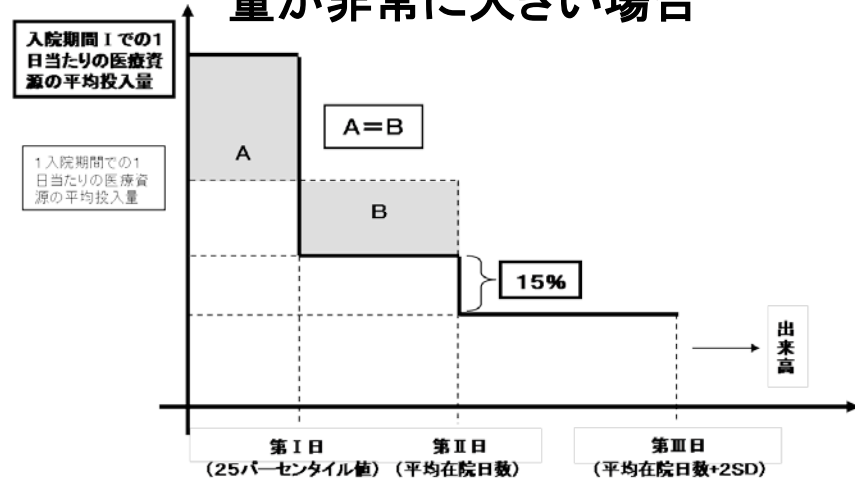
診断群分類の数	(見直し前)		(見直し後)
	2451	→	2658
うち包括評価の分類	(見直し前)		(見直し後)
	1572	→	1880

(2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

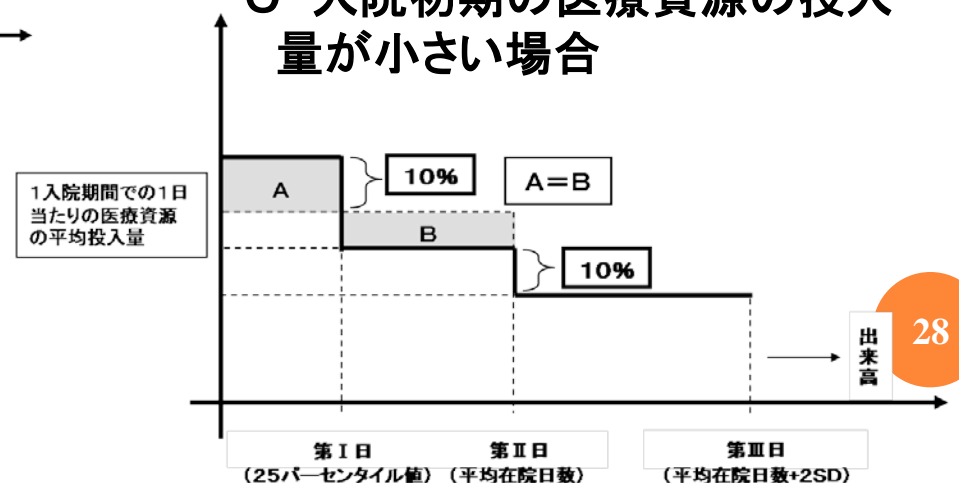
### A 一般的な診断群分類



### B 入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合



### C 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合



## 5. DPC制度における包括範囲の見直し

(1) 以下については、出来高での評価とする。

①無菌製剤処理料

②術中迅速病理組織標本作製

③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)

④血友病等に使用する血液凝固因子製剤

⑤慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

(2) 以下については、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算



## 6. その他の変更点等

- (1) 医師等の員数が医療法により有しなければならないこととされている医師等の員数に100分の70を乗じて得た数以下の場合には出来高を算定する。
- (2) 転棟日は、転棟先の入院基本料を算定。
- (3) 入院中に他医療機関を受診した場合の費用  
出来高部分 : 入院中の医療機関で出来高算定し、合議で精算  
包括部分 : 出来高算定は出来ず、合議で精算なお、他医療機関で実施した診療行為を含め、診断群分類を決定する。

# 平成22年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%  
(約4,800億円)

入院 +3.03%  
(約4,400億円)  
外来 +0.31%  
(約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 平成22年度調剤報酬改定の概要

# 処方せん1枚当たり薬剤料の伸び(3要素分解)

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料4,706円を、処方せん1枚当たり薬剤種類数、投薬日数、1種類1日当たり薬剤料に分解すると、各々2.85、18.8日、88円となっている。

また、内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料の伸び率3.0%を、処方せん1枚当たり薬剤種類数の伸び率、投薬日数の伸び率、1種類1日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々0.8%、5.3%、▲3.0%となっている。処方せん1枚当たり薬剤料の伸びは、投薬日数の伸びの影響が大きい。

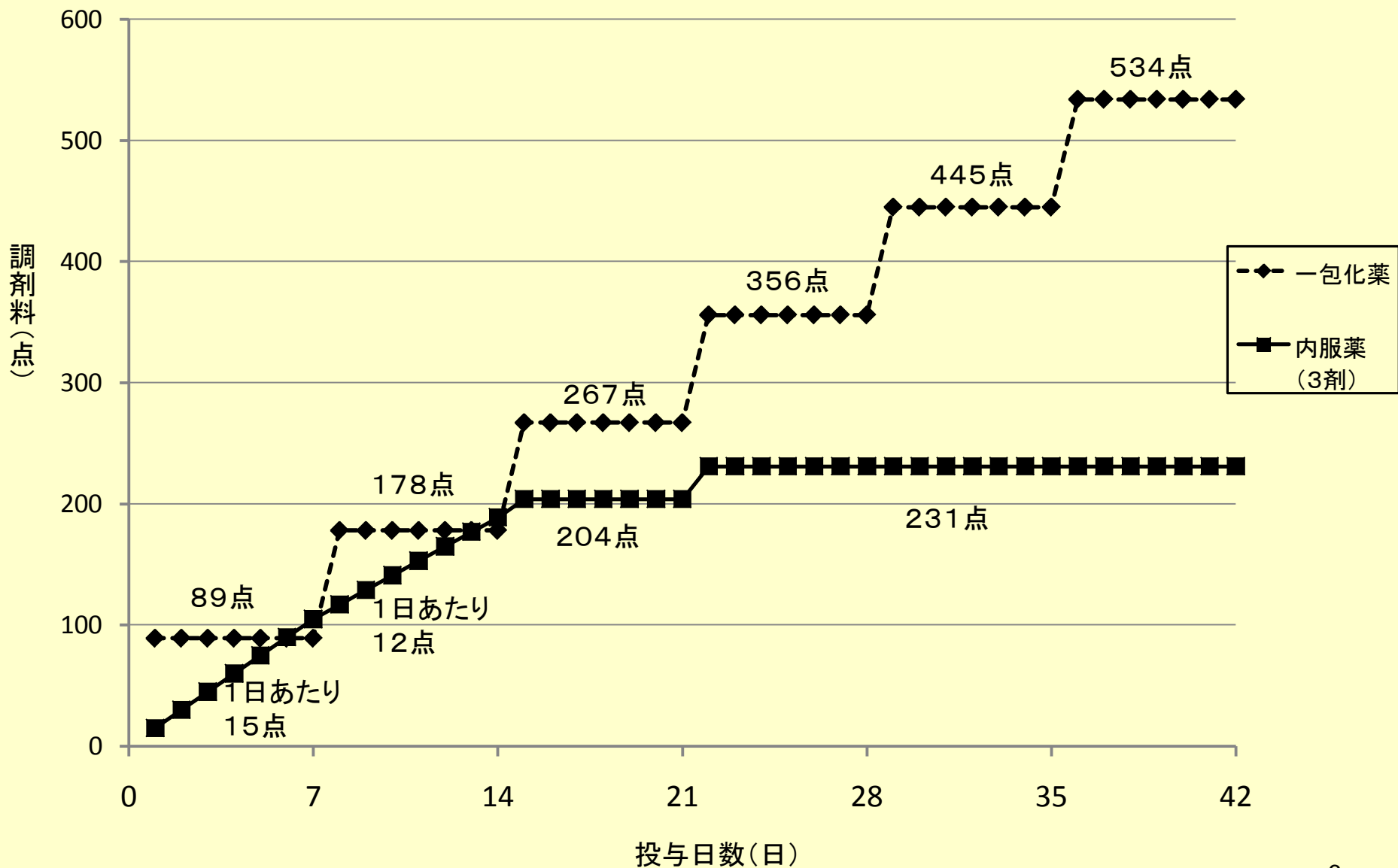
平成	実数				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 処方せん 1 枚当たり薬剤料(円)	4,296	4,243	4,571	4,706	▲1.2	7.7	3.0
処方せん 1枚当 たり薬剤種類数	2.77	2.80	2.83	2.85	1.0	1.1	0.8
投薬日数(日)	16.7	17.3	17.9	18.8	3.2	3.5	5.3
1種類1日当たり 薬剤料(円)	93	88	90	88	▲5.3	2.9	▲3.0

# 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化することで、患者に分かりやすい点数体系とする。また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行22日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。

現 行	改定案
<p>【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 （1日分につき） 5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分 （1日分につき） 4点</p>	<p>【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】 （1剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点</p>
<p>ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点</p> <p>ハ 22日分以上の場合 77点</p>	<p>□ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 (改)</p> <p>ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点 (改)</p> <p>ニ 31日分以上の場合 89点 (新)</p>
<p>【一包化薬】 89点</p> <p>2剤以上*の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定</p> <p>※ 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。</p>	<p>【一包化加算】 (改)</p> <p>注 2剤以上*の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算</p> <p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに 30点を加算して得た点数</p> <p>□ 57日分以上の場合 270点</p> <p>※ 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。</p>

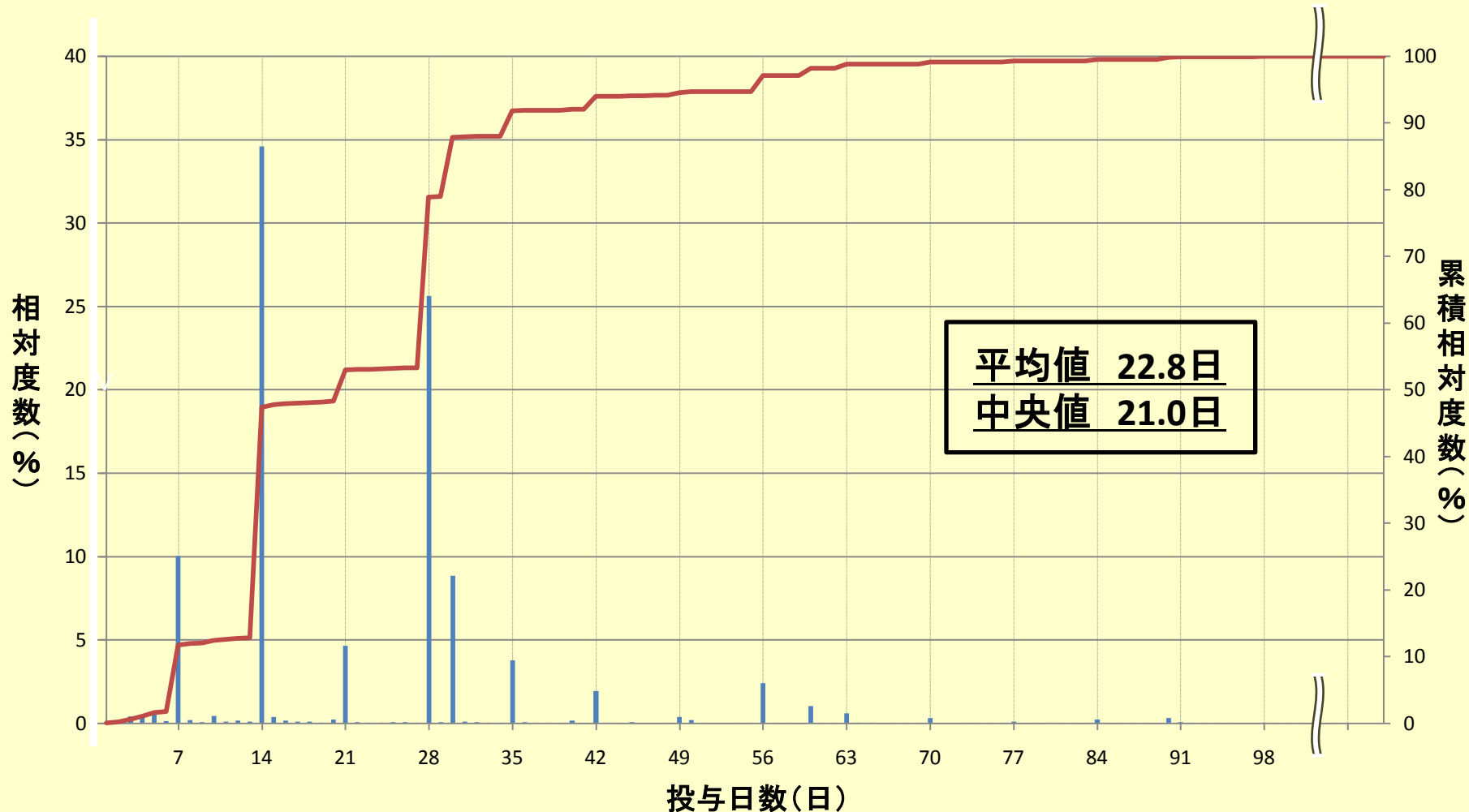
# 一包化薬と内服薬(3剤)の投与日数ごとの調剤料の比較







# 一包化薬 投与日数別処方せん枚数の相対度数分布



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

出所: 厚生労働省保険局調査課調べ

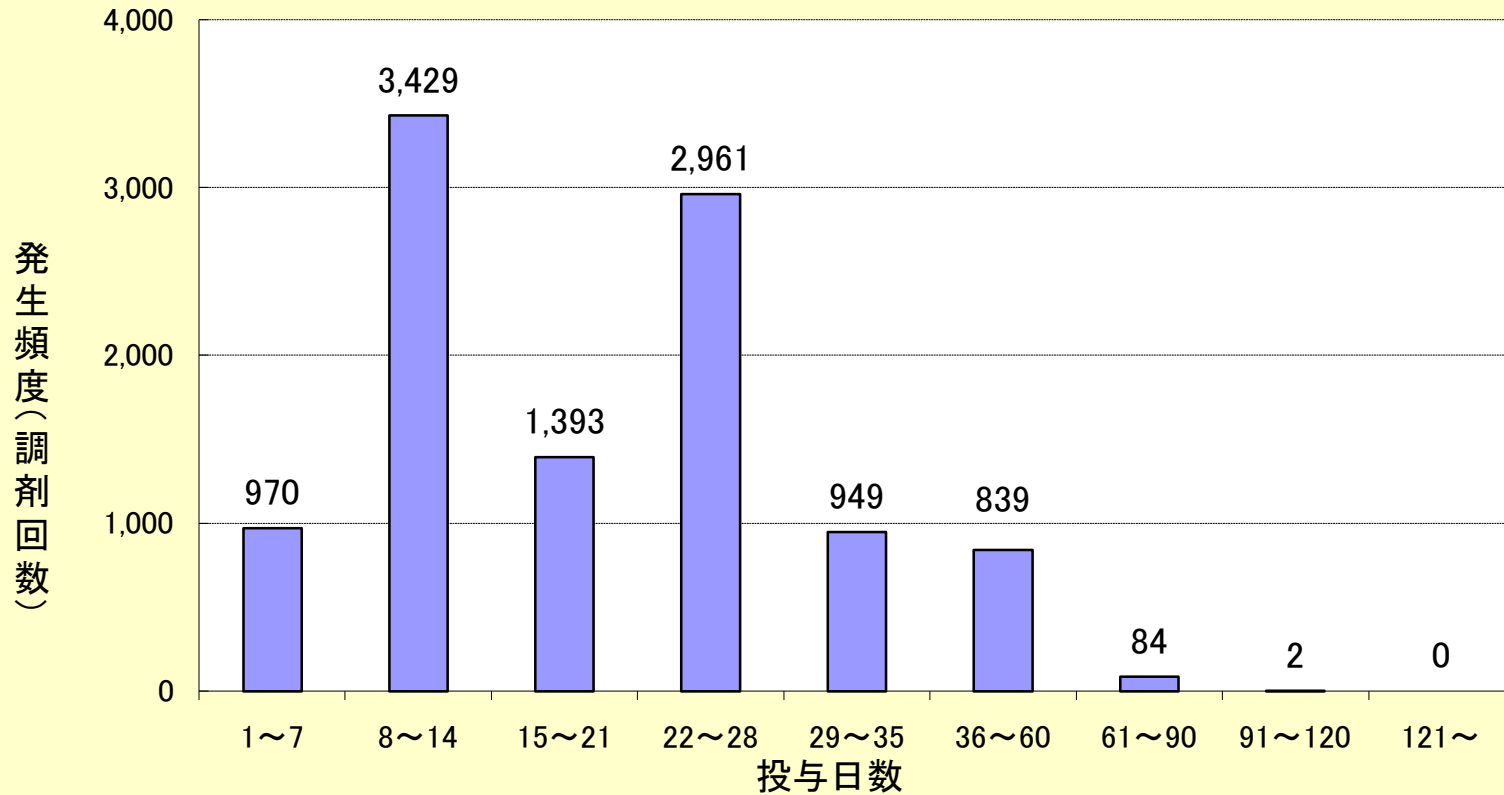
# 湯薬の調剤料の見直し

投与日数にかかわらず1調剤当たりの評価とされている湯薬の調剤料について、投与日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降28日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29日目以降は一定の評価とする。

現 行	改定案
【湯薬】（1調剤につき） 190点	【湯薬】（1調剤につき） イ <u>7日分以下の場合</u> 190点 (改)  ロ <u>8日分以上 28日分以下の場合</u> (1) <u>7日目以下の部分</u> 190点 (改) (2) <u>8日目以上の部分(1日分につき)</u> 10点 (新)  ハ 29日分以上の場合 400点 (新)

# 漢方薬(湯薬)の投与日数の分布



調査客体: (社)日本東洋医学会を通じて協力を得られた保険薬局

調査対象: 平成21年10月(1カ月間)に受け付けた処方せんのうち、生薬調剤(湯薬)を実施したもの

調査結果

- ・回答薬局 103施設(有効102施設)
- ・処方せん枚数 158,187枚(1施設あたり1,551枚)  
うち、生薬調剤に係る処方せん 10,506枚(1施設あたり103枚)

出典: (社)日本薬剤師会調べ

# ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点</p> <p><u>注  特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> (改)</p> <p>&lt;特に安全管理が必要な医薬品&gt; 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬</p>

# ハイリスク薬の薬学的管理指導で特に注意すべき事項の例

## 日本薬剤師会のガイドラインより抜粋

### 抗悪性腫瘍剤

- ・化学療法に対する不安への対応
- ・患者に最適な疼痛緩和のための情報収集、処方提案と患者への説明
- ・外来化学療法実施の際に受けた指導内容や提供された情報の確認

### 不整脈用剤

- ・体調変化(ふらつき、動機、低血糖等の副作用症状)の有無の確認
- ・最近の発作状況を聞き取り、薬剤の効果が得られているかの確認
- ・QT延長を起こしやすい薬剤等、併用薬による症状の変化のモニタリング

### 血液凝固阻止剤

- ・服用患者のアドヒアランスの確認
- ・服薬管理の徹底(検査・手術前・抜歯時の服薬休止、検査・手術後抜歯後の服薬再開の確認)
- ・併用薬や食事(納豆等)、一般用医薬品や健康食品との相互作用の指導
- ・服用中は、出血傾向となるので、過量投与の兆候(あざ、歯茎からの出血等)の確認とその対策

# ハイリスク薬を対象とした薬学的管理指導の標準的な方法

- (1) 患者情報、臨床所見及び使用薬剤に関する十分な情報と知識に基づいて、患者の薬学的管理を行う。
- (2) 以下の情報等を患者に説明する際には、患者の理解を深めるために、必要に応じて薬剤情報提供文書等を編集し活用する。また、最も重要な情報は反復させて患者の理解度を確認する。
  - ① 薬剤の効果: どういう効果があるか、いつごろ効果が期待できるか
  - ② 副作用: どのような副作用が起こりうるか、いつ頃から、どのように自覚されるか
  - ③ 服薬手順: どのように、いつ、いつまで服用するか、食事との関係、最大用量、服用を継続する意義
  - ④ 注意事項: 保管方法、残薬の取り扱い、自己判断による服薬や管理の危険性
  - ⑤ 再診の予定: いつ再診するか、予定より早く受診するのはどのような時か
- (3) 指導内容等を正確に記録する。特に検査値やバイタルサインの情報を得られたときは、副作用発現の可能性の有無について、薬学的な視点から検討を行う。
- (4) 問題点を明確にし、記録を基に薬学的見地に立った見解および情報を、主治医等に必要に応じて適切に提供する。
- (5) 応需処方せんの医療機関以外の処方薬や一般用医薬品、退院時の服薬に関する注意事項などの情報に気を配り、応需処方せんに限定されない包括的な薬学的管理に努める。

# 調剤基本料の特例の見直し

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中率※70%超の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があるとの指摘を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき24点を算定する。</p> <p style="text-align: right;">(改)</p>

注のうち、処方せんの受付回数4,000回超/月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんについては、受付回数に含めないこととする。

# 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点 注 <u>後期高齢者</u>である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと □ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと 【薬剤情報提供料】 （処方せんの受付1回につき） 15点 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する</p>



# 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

高齢者が多く生活する施設への訪問薬剤管理指導については、訪問に要する時間的・距離的な負担等が少ないことを考慮し、平成20年度改定において、居住系施設入居者(※)に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料2を創設したが、該当しないマンションなどに居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

※ 高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設(外部サービス利用型を含む)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入居者等

在宅患者訪問薬剤管理指導料2の対象患者を、同一の建物に居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合とする。1人の患者に対する訪問薬剤管理指導であれば、居住している施設類型にかかわらず、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定することとする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料1】 500点</p> <p>[算定対象] 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料1】 500点</p> <p>[算定対象] <u>同一建物居住者以外の場合</u> (改)</p>
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料2】 350点</p> <p>[算定対象] 居住系施設入居者等である患者の場合</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料2】 350点</p> <p>[算定対象] <u>同一建物居住者の場合</u> (改)</p>

医療機関の薬剤師が行う訪問薬剤管理指導についても同様の改定を行う。

# 後発医薬品の使用促進

# 後発医薬品の普及に関する基本的考え方

- 後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから積極的に推進。これは単に医療費を抑制することに目的があるのではなく、限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることに本旨がある。
- 後発医薬品の普及のためには、患者・国民や医療関係者の信頼を獲得できるよう、安定供給や適切な情報提供等に努めていくことが重要。

# 後発医薬品の使用促進について

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

2. 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成22年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成22年4月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「\*」を付すこととする。

# 平成22年4月以降、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目(1)

○成分名(薬効分類等)

品目名[企業名]

(先発医薬品の品目名[企業名])

①バルプロ酸ナトリウム(抗てんかん剤)

ハイセレニン細粒 40%[シェリング・プラウ]

(先発医薬品;デパケン細粒 40%[協和発酵キリン])

②塩酸アンブロキシール(去たん剤)

ムコサールドライシロップ 1.5%[日本ベーリンガーインゲルハイム]

(先発医薬品;小児用ムコソルバンDS 1.5%[帝人ファーマ])

③テオフィリン(気管支拡張剤)

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg[エーザイ]

(先発医薬品;テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg[田辺三菱製薬])

④アモキシシリン(ペニシリン系抗生物質)

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10%[武田薬品工業]

(先発医薬品;サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10%[アステラス製薬])

(先発医薬品;パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10%[協和発酵キリン])

# 平成22年4月以降、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目(2)

- ⑤セファレキシン(セフェム系抗生物質)  
センセファリンカプセル 250[武田薬品工業]  
(先発医薬品; ケフレックスカプセル 250mg[塩野義製薬])
  
- ⑥過テクネチウム酸ナトリウム(放射性医薬品(診断薬))  
メジテック[日本メジフィジックス]  
(先発医薬品; ウルトラテクネカウ[富士フィルムRIファーマ])
  
- ⑦マルトース(糖輸液)  
マドロス輸液 10%(500mL製剤)[扶桑薬品工業]  
(先発医薬品; マルトス輸液 10%)[大塚製薬工場])
  
- ⑧マルトース加乳酸リンゲル(糖・電解質輸液)  
マレントール注射液(250mL製剤(瓶・袋)、500mL製剤(瓶・袋))[日本製薬]  
ソルラクトTMR輸液(250mL製剤)[テルモ]  
(先発医薬品; ポタコールR輸液、ポタコールR[大塚製薬工場])

(以上、8成分9銘柄16品目)

注) マレントール注射液(250mL製剤(瓶・袋)、500mL製剤(瓶・袋))は、平成21年厚生労働省告示第479号により経過措置移行品目とされており、本年3月末をもってその期間が満了するため、平成22年4月1日より適用される薬価基準には収載していない。

# 薬局の調剤基本料における 後発医薬品調剤体制加算の見直し（１）

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に25%以上及び30%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案												
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき) 4点</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> <td>改</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	改	2	25%以上	13点	改	3	30%以上	17点	改
1	20%以上	6点	改										
2	25%以上	13点	改										
3	30%以上	17点	改										
<p>[施設基準] 直近3か月間の処方せんの受付回数 のうち、後発医薬品を調剤した処方せ んの受付回数の割合が30%以上である こと。</p>	<p>[施設基準] 直近3か月間の<u>医薬品の調剤数量</u> (<u>調剤した医薬品について薬価基準上</u> <u>の規格単位ごとに数えた数量のことを</u> <u>いう。)</u>のうち、後発医薬品*の調剤 数量の割合が、それぞれ、上記のとおり であること。</p>												

# 薬局の調剤基本料における 後発医薬品調剤体制加算の見直し（2）

- (2) 1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。
- (3) また、平成22年4月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外するが、1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1月から3月の3か月実績で要件を満たす薬局については、7月から9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。

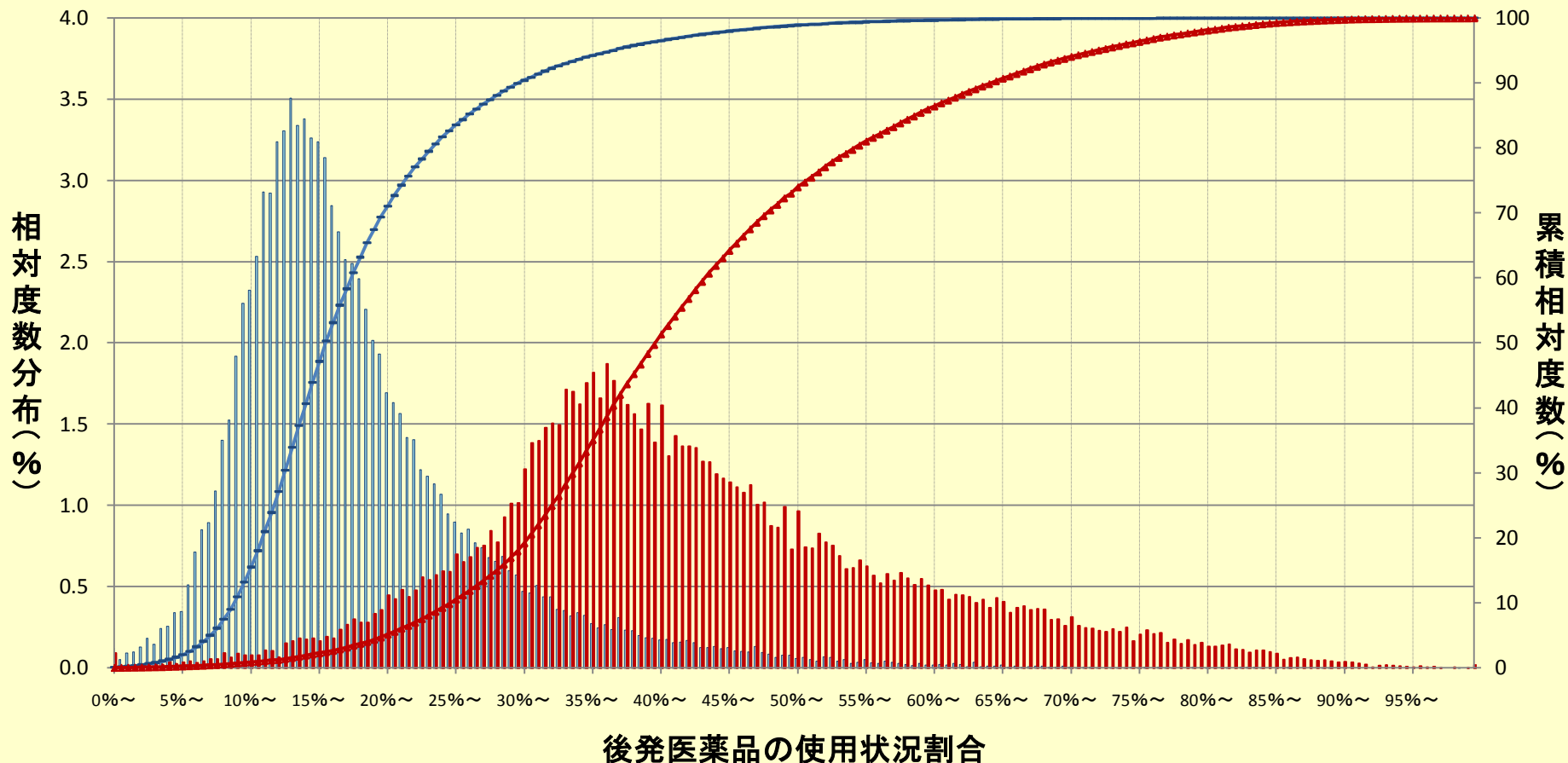
これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。



# 後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布

■ 後発医薬品割合(数量ベース)

■ 後発医薬品調剤率(処方せんベース)



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。

出所: 厚生労働省保険局調査課調べ

# 後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布

	後発医薬品割合(数量ベース)		後発医薬品調剤率(処方せんベース)		
	相対度数(%)	累積相対度数(%) (割合の高い方からの累積)	相対度数(%)	累積相対度数(%) (割合の高い方からの累積)	
後発医薬品の使用状況割合	95%以上	0.0	0.0	0.1	0.1
	90%以上95%未満	0.0	0.0	0.2	0.3
	85%以上90%未満	0.0	0.0	0.6	0.8
	80%以上85%未満	0.0	0.0	1.2	2.0
	75%以上80%未満	0.0	0.0	1.8	3.8
	70%以上75%未満	0.0	0.1	2.4	6.2
	65%以上70%未満	0.1	0.2	3.4	9.7
	60%以上65%未満	0.2	0.4	4.3	14.0
	55%以上60%未満	0.3	0.7	5.5	19.6
	50%以上55%未満	0.5	1.2	7.4	27.0
	45%以上50%未満	1.0	2.2	9.9	36.9
	40%以上45%未満	1.5	3.7	13.3	50.3
	35%以上40%未満	2.4	6.0	16.5	66.7
	30%以上35%未満	4.0	10.1	15.3	82.0
	25%以上30%未満	7.3	17.4	8.1	90.1
	20%以上25%未満	13.3	30.6	5.1	95.2
	15%以上20%未満	25.5	56.1	2.6	97.8
10%以上15%未満	30.7	86.8	1.3	99.1	
5%以上10%未満	11.5	98.3	0.6	99.7	
0%以上5%未満	1.7	100.0	0.3	100.0	
平均値		18.2		42.6	
中央値		16.0		40.1	

注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

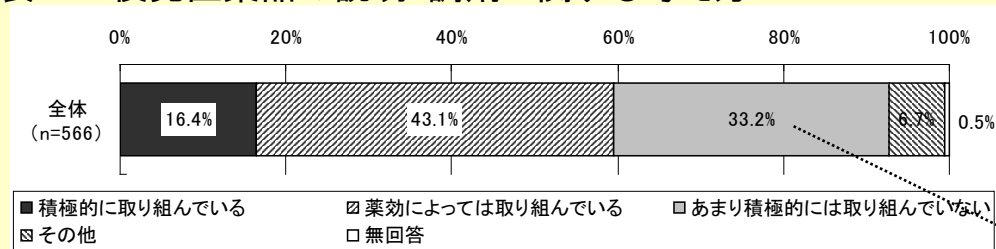
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。

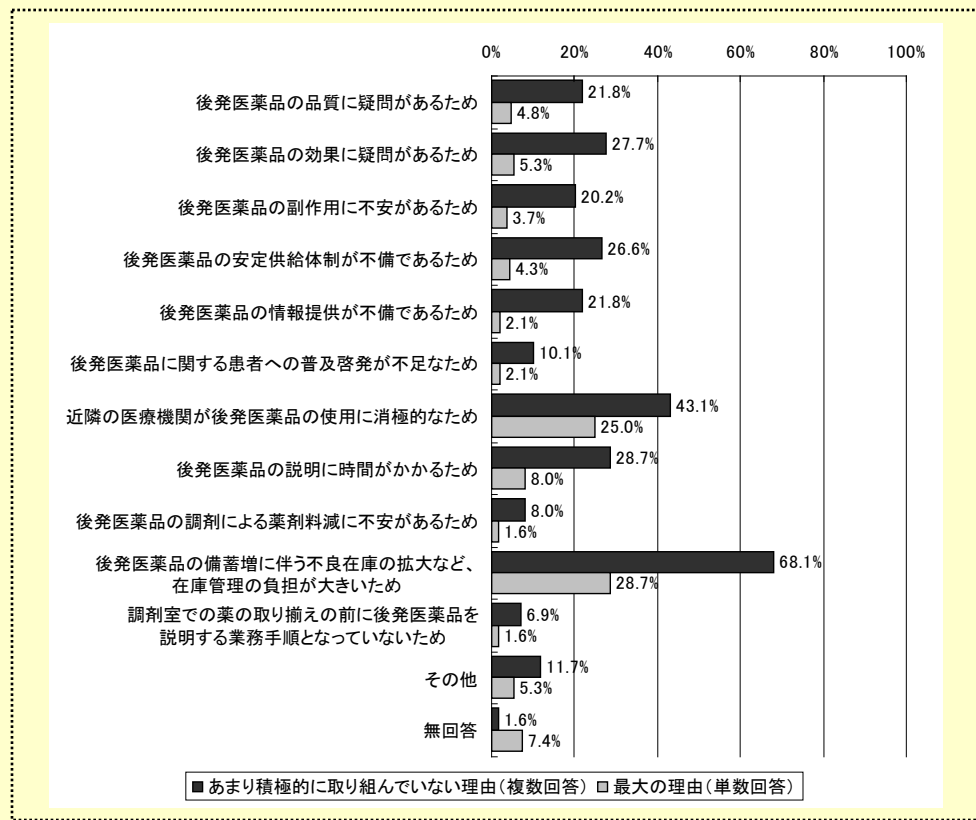
出所: 厚生労働省保険局調査課調べ

# 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方

図表 26 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方



図表 27 あまり積極的に取り組んでいない理由 (n=188)



# 薬局における含量違い又は類似した別剤形の 後発医薬品\*への変更調剤(1)

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品\*の調剤を認めることとする(注1、2)。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品\*の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品\*の調剤を認めることとする(注3、4)。

(注3) 類似した別剤形の例(各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能)

(内服薬の場合)

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

# 薬局における含量違い又は類似した別剤形の 後発医薬品\*への変更調剤(2)

## (3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

### ① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合、及び

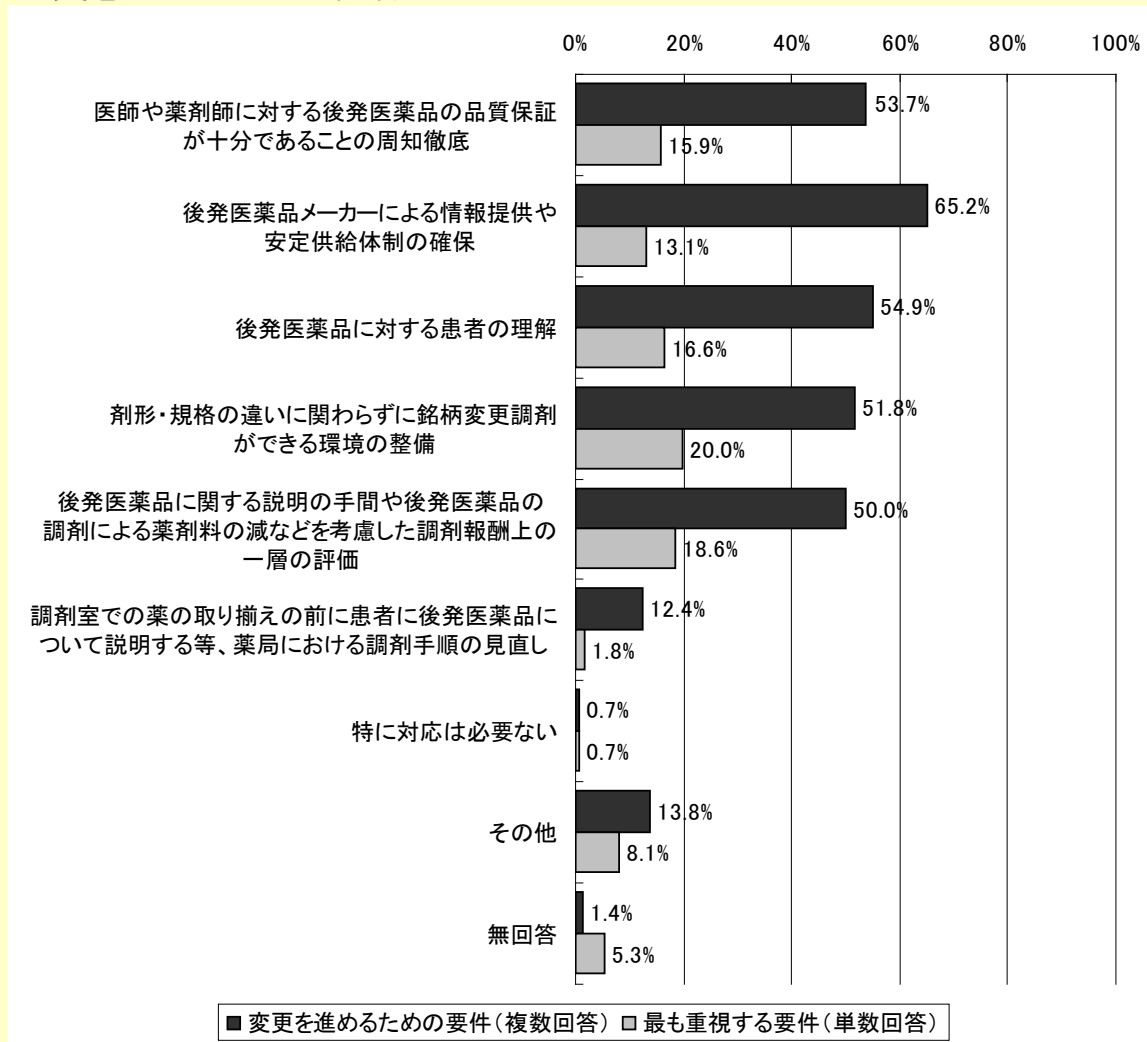
イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合

には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

### ② 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

# 薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件

図表 51 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件 (n=566)



# 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点（入院初日）

## [算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。） ただし、DPC算定病棟の入院患者は対象外

## [施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

# 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

[通知において以下を記載]

患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応としては、例えば、診察時に後発医薬品\*の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品\*の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等をいう。



# 薬剤関連の主な診療報酬改定

# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(1)

医療機関における医薬品安全性情報等管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)

⑨ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(2)

(具体的に必要となる体制)

- 1 医薬品情報管理室において、次のアからウに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
  - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。また、入院患者への投薬及び注射並びに外来受診患者の院内処方のみならず、院外処方せんの情報を含む。)
  - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用、ヒヤリハット、インシデント等の情報
  - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)
- 2 医薬品安全性情報等(1のアからウに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(3)

(具体的に必要となる体制)

- 3 医薬品情報管理室の薬剤師は、当該保険医療機関の各病棟において薬学的管理指導を行う薬剤師と定期的にカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が薬学的管理指導を行うにつき必要な情報を提供すること。
- 4 データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- 5 上記加算の要件に規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

# 後期高齢者退院時薬剤情報提供料の見直し

後期高齢者の入院時にその薬剤服用歴や持参薬等を確認し、入院中に服用した主な薬剤の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</b></p> <p style="text-align: right;">100点</p> <p>注 <u>後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u>に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p><b>【薬剤管理指導料】</b></p> <p>注 退院時服薬指導加算 <span style="float: right;">50点</span></p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p><b>【退院時薬剤情報管理指導料】</b></p> <p style="text-align: right;">90点 <b>(改)</b></p> <p>注 <u>患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u>に関して当該患者の手帳に記載した上で、<u>退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(退院時服薬指導加算は廃止)</p>

# 薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算の見直し

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点</p> <p><u>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 手帳記載加算 <u>3点</u>②</p> <p><u>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>

# 平成22年度歯科診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%  
(約4,800億円)

入院 +3.03%  
(約4,400億円)  
外来 +0.31%  
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

**歯科 +2.09%** (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、**歯科医療の充実**、明細書の無料発行など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止



# 平成22年度歯科診療報酬改定における 主な改定項目

- I 在宅歯科医療の推進
- II 障害者歯科医療の充実
- III 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化
- IV 患者の視点に立った歯科医療
- V 生活の質に配慮した歯科医療
- VI エックス線撮影料の評価体系の見直し
- VII 歯科固有の技術の評価の見直し
- VIII 歯科矯正診断料の施設基準等の見直し
- IX 新規医療技術の保険導入(歯科)

# I 在宅歯科医療の推進

## 基本的な考え方

1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者は、
  - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
  - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
  - (3) う蝕（むし歯）や歯周疾患等の歯科疾患が重症化しやすい特性があることを踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

## 具体的な対応

### 1. 歯科訪問診療の評価体系の見直し

歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、**歯科訪問診療料に係る評価体系の見直し**を行う。

#### 改定前

##### 【歯科訪問診療料】(1日につき)

- 1 歯科訪問診療1 830点
- 2 歯科訪問診療2 380点

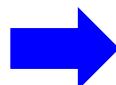
- イ 患者の求めに応じた場合
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合(患者1人に限る。)

##### [歯科訪問診療1の算定要件]

- ・在宅等において療養を行っている通院困難な患者1人
  - 1人目の患者 歯科訪問診療1
  - 2人目以降の患者 初診料又は再診料

##### [歯科訪問診療2の算定要件]

- ・社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者
  - 1人目の患者 歯科訪問診療2
  - 2人目以降の患者
    - 30分を超える場合 歯科訪問診療2
    - 30分を超えない場合 初診料又は再診料



#### 改定後

##### 【歯科訪問診療料】(1日につき)

- 1 歯科訪問診療1 830点
- 2 歯科訪問診療2 380点

- イ 患者の求めに応じた場合
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合(患者1人に限る。)

##### [歯科訪問診療1の算定要件]

- ・在宅等において療養を行っている通院困難な患者(同一建物居住者を除く。) → 患者1人の場合
  - 20分以上の患者 歯科訪問診療1
  - 20分未満の患者 初診料又は再診料

##### [歯科訪問診療2の算定要件]

- ・在宅等において療養を行っている通院困難な同一建物居住者 → 複数患者の場合
  - 20分以上の患者 歯科訪問診療2
  - 20分未満の患者 初診料又は再診料

※ 歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療について、院内掲示により患者に対する情報提供に努めること

## H22年度歯科診療報酬改定における新たな歯科訪問診療の評価体系

	1人の患者を診療した場合	複数の患者を診療した場合
20分以上	歯科訪問診療1(830点)	歯科訪問診療2(380点)
20分未満	初診料又は再診料	初診料又は再診料

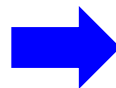
## 2. 周辺装置加算の廃止

歯科訪問診療を行う際には、在宅等において療養を行っている患者の口腔内の状態等に応じて必要かつ適切な歯科診療が行えるよう必要な機器等を常時携行している実態を踏まえ、**周辺装置加算を廃止し、在宅患者等急性歯科疾患対応加算に統合する。**

改定前

### 【周辺装置加算】

- |   |                   |       |
|---|-------------------|-------|
| 1 | エアタービン及びその周辺装置    | 200 点 |
| 2 | 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 | 50 点  |



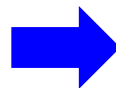
改定後

廃止

### 【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】

(1日につき)

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| イ | 1回目   | 232 点 |
| ロ | 2回目以降 | 90 点  |



### 【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】

(1日につき)

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| イ | 1回目   | 232 点 |
| ロ | 2回目以降 | 90 点  |

#### [算定要件]

歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合であって、歯科訪問診療料を算定している場合に加算

#### [算定要件]

歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に加算

### 3. 在宅歯科医療における歯科疾患の管理等の評価の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、**後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設**する。

改定前

【後期高齢者在宅療養口腔機能管理料】  
(月1回) 180点

改定後

廃止

新

【歯科疾患在宅療養管理料】(月1回)  
在宅療養支援歯科診療所の場合 140点  
(口腔機能管理加算 50点)  
その他の場合 130点

## [歯科疾患在宅療養管理料の算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所またはその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医が、在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象
- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報(全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等)、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として月1回に限り算定
- (6) 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は歯科矯正管理料を算定している患者を除く)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り60点を算定(機械的歯面清掃加算)。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定できない。
- (7) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない

#### 4. 訪問歯科衛生指導等の評価の見直し

在宅歯科医療を充実する観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価を引き上げるとともに、全身的な基礎疾患を有する外来患者の歯科治療を行うに当たって、別の医科医療機関の当該患者の担当医からの診療情報提供に基づいて行う医療管理を評価している**歯科治療総合医療管理料**について、在宅歯科医療においても評価する。

改定前

##### 【訪問歯科衛生指導料】

1	複雑なもの	350 点
2	簡単なもの	100 点

改定後

##### 【訪問歯科衛生指導料】

1	複雑なもの	360 点
2	簡単なもの	120 点

新

##### 【在宅患者歯科治療総合医療管理料】 (月1回)

140 点

##### [算定要件]

- (1) 対象施設  
在宅患者歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関
- (2) 対象患者  
歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者）
- (3) 対象内容  
別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、在宅歯科医療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合



## 5. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価として、**診療情報提供料（I）の加算を新設**する。

新

【診療情報提供料 I】 (250 点) の加算 100 点

### [算定要件]

(1) 対象患者

基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者

(2) 対象内容

患者又は家族の同意を得て、**障害者歯科医療連携加算に係る施設基準**又は**地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準**に適合するものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保

険医療

機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に加算

## Ⅱ 障害者歯科医療の充実

### 基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態に応じて長時間または短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることから、重症化予防のため、よりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科治療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科治療が困難な患者を受入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

## 具体的な対応

### 1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

改定前	改定後
<b>【歯科衛生実地指導料】</b> （月1回） 80点	<b>【歯科衛生実地指導料】</b> （月1回） ① 歯科衛生実地指導料1 80点 ② <b>歯科衛生実地指導料2</b> 100点

#### [歯科衛生実地指導料2の算定要件]

##### (1) 対象施設

障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関

##### (2) 対象患者

基本診療料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者

##### (3) 対象内容

主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔内で15分以上の実地指導を行った場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月2回の実地指導の合計が15分以上となった場合のいずれかであって、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合

## 2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、**初診料に係る加算を創設**する。

新

【 障害者歯科医療連携加算】（初診時）

100 点

### [算定要件]

- (1) 対象施設  
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関
- (2) 対象患者  
歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定し、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、外来による初診を行い、受け入れ医療機関において基本診療料に係る障害者加算を算定した患者

### [施設基準]

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関又は障害者加算を算定する外来患者が月平均20人以上の歯科診療所である保険医療機関であること
- (2) 自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む）を整備していること
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること

### 3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進（再掲）

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価として、**診療情報提供料（I）の加算を新設**する。

**新** 【診療情報提供料 I】（250点）の加算 100点（再掲）

#### [算定要件]

(1) 対象患者

保険医療機関が**基本診療料に係る障害者加算を算定している患者**又は**歯科訪問診療料を算定している患者**

(2) 対象内容

患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に加算

# Ⅲ 在宅及び障害者歯科医療の 後方支援病院の機能強化

## 基本的な考え方

地域における在宅歯科医療及び障害者歯科医療を後方支援する病院歯科の機能をより適切に評価する観点から、在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて在宅療養を行っている患者を受け入れた場合の歯科の外来及び入院医療の評価を行う。

## 具体的な対応

### 1. 地域歯科診療支援病院歯科再診料の引き上げ

改定前		改定後	
【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】		【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】	
1	地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点	1	地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点
2	地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点	2	地域歯科診療支援病院歯科再診料 <b>69 点</b>

## 2. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し

### [施設基準]

- (1) 常勤の歯科医師が2名以上配置
- (2) 看護師及び准看護師が2名以上配置
- (3) 歯科衛生士が1名以上配置
- (4) 次の各号のいずれかに該当すること
  - イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上
  - ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上
  - ハ **歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で基本診療料に係る障害者加算を算定している患者及び歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料(I)に基づく診療情報の提供を受け、求めに応じて受け入れ、外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均5人以上**
  - ニ **歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している月平均患者数が30人以上**
- (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

## IV 生活の質に配慮した歯科医療

### 基本的な考え方

1. 義歯の修理については、当日内に義歯の修理が行える場合であっても、歯科医師が行う修理に要する時間は、少数歯欠損の場合は21分、多数歯欠損の場合は25分となっている。これらの時間を歯科医療機関に配置されている歯科技工士と連携することにより、同一患者の他の処置等や他の患者の診療に充てることが可能となる。
2. また、当日内に修理が行えない場合においては、当日内の義歯修理が困難な理由の約13%が「歯科医療機関内の歯科技工体制が十分でないこと」となっており、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用することにより、義歯修理に要する日数を短縮することが可能となる。
3. そこで、食生活の質にも配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士を活用することにより、効率的な歯科医療の提供や患者の咀嚼機能等の短期間での回復を図る等、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。



## IV 生活の質に配慮した歯科医療

### 基本的な考え方

4. 小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていないが、他の先天性疾患の場合であっても、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があることから、小児義歯の適応を見直す。
5. 脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対し、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等の咀嚼機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質を維持・改善を図るための歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善についての評価を行う。

## 具体的な対応

### 1. 歯科技工加算の新設

生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科医療機関の取組を評価するため、**有床義歯修理に係る加算**を新設する。

新

【歯科技工加算】

20点

#### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届けた保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合に限り加算
- (2) 破損した有床義歯を預かった日を診療録に記載すること
- (3) 有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した**文書**を作成し、診療録に添付すること

#### [施設基準]

- (1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること
- (2) 常勤の歯科技工士を配置していること
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること

## 2. 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

### 改正後

(適応症に下線部を追加)

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症又は低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により、後継永久歯が無い場合、若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合

※ 先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、あらかじめ理由書及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の適否を判断する。

### 3. 舌接触補助床に係る技術料の新設

脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて咀嚼機能等の改善を図ることを目的として、口腔内の形態や空隙を考慮して製作された床(義歯)型の口腔内装置を装着した場合の評価を新設するとともに、床副子調整の対象とする。

#### 改定後

##### 【床副子】

- |   |          |         |
|---|----------|---------|
| 1 | 簡単なもの    | 650 点   |
| 2 | 困難なもの    | 1,500 点 |
| 3 | 著しく困難なもの | 2,000 点 |

##### [著しく困難なものの定義]

- イ 咬合床副子
  - ロ 歯ぎしりに対する咬合床 (アクチバトール式のもの)
  - ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床 (アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る)
- ニ 摂食機能療法に伴う舌接触補助床

##### 【床副子調整】 (1口腔につき) 120点

新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床若しくは摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定

# V 患者の視点に立った歯科医療

## 基本的な考え方

1. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語や、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について、用語の見直しや算定項目として明示する等の見直しを行う。
2. 歯科疾患や義歯の管理に係る情報提供については、既存の補綴時診断料や補綴物維持管理料との関係や診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容等を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直す。

## 具体的な対応

### 1. 保険診療上の歯科用語の平易化

改定前	改定後
補綴物維持管理料 歯髄覆罩 非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC) 床裏装 楔状欠損 (WSD)	クラウン・ブリッジ維持管理料 歯髄保護処置 歯髄温存療法 有床義歯内面適合法 歯質くさび状欠損

## 2. 歯科疾患管理料の算定要件の明確化及び患者への情報提供内容の見直し等

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

改定前	改定後						
<p><b>【歯科疾患管理料】</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>1回目</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2回目以降</td> <td>110点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定等について、継続的な口腔管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定</p>	1	1回目	130点	2	2回目以降	110点	<p><b>【歯科疾患管理料】</b></p> <p style="text-align: right;"><b>110点</b></p> <p>[算定要件] 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、<b>歯科疾患と全身の健康との関係</b>、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定（<u>継続管理計画書においては、歯や口の中の状態の改善状況も含む</u>）等について、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定</p>
1	1回目	130点					
2	2回目以降	110点					

改定前	改定後
<p>[算定対象患者] う蝕、歯肉炎、歯周炎、歯の欠損等継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者</p> <p>(歯科疾患管理料1回目の算定時期)</p> <p>初診日から起算して1月以内</p>	<p>[算定対象患者] 継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者(歯の欠損症のみを有する患者を除く。)</p> <p>(歯科疾患管理料1回目の算定時期)</p> <p>初診日の属する月から起算して2月以内の期間において、最初に管理計画書を提供した月</p> <p>[その他] 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の内容等について、院内掲示により患者への情報提供に努めること</p>

### 3. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期間等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

改定前	改定後
<p><b>【義歯管理料】（1口腔につき）</b></p> <p>1 新製有床義歯管理料 （装着日から1月以内に2回まで） 100 点</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>※1 有床義歯管理料は、新製有床義歯を装着した場合（装着日から起算して1月から3月までの間）等に算定</p> <p>※2 有床義歯長期管理料は、有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内の期間に算定</p>	<p><b>【義歯管理料】（1口腔につき）</b></p> <p>1 新製有床義歯管理料 （<b>装着月に1回</b>） 150 点</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>※1 有床義歯管理料は、新製有床義歯を装着した場合（<b>装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間</b>）等に算定</p> <p>※2 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の<b>装着日の属する月から起算して4月以上12月以内の期間</b>に算定</p>



新

【有床義歯調整管理料】（月2回まで）

30 点

[算定要件]

有床義歯の調整を行った場合は、1口腔につき月2回を限度として算定。ただし、義歯管理料を算定した日における有床義歯の調整に係る費用は算定できない。

#### 4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術を算定項目として明示する。

改定前	改定後
● 歯周疾患を原因としない歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変の搔爬 [準用項目]→抜歯手術の臼歯(260 点)	【歯根分割搔爬術】（1歯につき） 260 点
● 上顎洞へ陥入した歯の除去 (1) 抜歯窩より除去する場合 [準用項目]→抜歯手術の難抜歯(470 点)	【上顎洞陥入歯除去術】 1 抜歯窩より行う場合 470 点
(2) 犬歯窩を開さくして除去する場合 [準用項目]→上顎洞開窓術(2,000 点)	2 犬歯窩開さくによる場合 2,000 点
● 口腔底に迷入した下顎智歯の摘出 [準用項目]→口腔底腫瘍摘出術(5,230 点)	【口腔底迷入下顎智歯除去術】 5,230 点

## VII 歯科固有の技術の評価の見直し

### 基本的な考え方

1. う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行う。
2. 有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく観点からも、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価の見直しを行う。
3. 診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一部の歯科医療技術について、その特性に応じた評価を行うとともに、重要度や普及・定着状況を踏まえつつ、評価のあり方について見直しを行う。
4. 歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は、5歳未満となっており、こうした差異が分りにくいとの指摘があることから、より分りやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

## 具体的な対応

### 1. 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

改定前	改定後
<b>【歯周基本治療】</b>	<b>【歯周基本治療】</b>
1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 (3分の1顎増すごとに) 42点	1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 (3分の1顎増すごとに) <b>38点</b>
2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)	2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)
イ 前歯 58点	イ 前歯 58点
ロ 小臼歯 62点	ロ 小臼歯 62点
ハ 大臼歯 68点	ハ 大臼歯 68点
3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき)	3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき)
イ 前歯 58点	イ 前歯 58点
ロ 小臼歯 62点	ロ 小臼歯 62点
ハ 大臼歯 68点	ハ 大臼歯 68点
注 同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1は、注加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。	注 同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1は注加算を含む。)の <b>100分の50</b> に相当する点数により算定する。

改定前	改定後
<p><b>【歯周病安定期治療】（1口腔につき）</b></p> <p>1 歯周病安定期治療開始日から起算して 1年以内に行った場合 150点</p> <p>2 歯周病安定期治療開始日から起算して 1年を超え2年以内に行った場合 125点</p> <p>3 歯周病安定期治療開始日から起算して 2年を超3年以内に行った場合 100点</p> <p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術 イ 1次手術 630点</p>	<p><b>【歯周病安定期治療】（1口腔につき）</b></p> <p style="text-align: right;"><b>300点</b></p> <p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術 イ 1次手術 <b>730点</b></p>

**新**

**【歯周基本治療処置】（月1回） 10点**

[算定要件]

歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、歯周疾患処置を算定した月には算定できない。また、薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。

**新**

**【混合歯列期歯周組織検査】（1口腔につき） 40点**

[算定要件]

歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。

## 2. う蝕等に係る技術の評価の引上げ

改定前	改定後
【齲蝕処置】 16 点	【う蝕処置】 18 点
【齲蝕歯無痛的窩洞形成加算】 20 点	【う蝕歯無痛的窩洞形成加算】 40 点
【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）	【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）
1 単根管 14 点	1 単根管 20 点
2 2 根管 22 点	2 2 根管 22 点
3 3 根管以上 28 点	3 3 根管以上 30 点
【テンポラリークラウン】（1 歯につき） 30 点	【テンポラリークラウン】（1 歯につき） 30 点
注 前歯部において、歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1 回に限り算定	注 前歯部において、歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯若しくは前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1 歯 1 回に限り算定

### 3. 手術等に係る技術等の評価の見直し

口腔内消炎手術（智歯周囲炎の歯肉弁切除等）の評価を引き下げ一方、手術後の専門的口腔衛生処置の新設及び歯科局所麻酔の評価の引き上げを行う。

改定前		改定後	
【口腔内消炎手術】		【口腔内消炎手術】	
1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140点	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120点
		【術後専門的口腔衛生処置】(1口腔につき)	80点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span>
		次に掲げる手術を行った入院患者に対し、術後感染症及び術後肺炎等の発現のおそれがある場合であって、当該患者が入院している病院の歯科衛生士が術後口腔清掃を行った場合に、手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。	
		[対象となる手術]	
		J016 口腔底悪性腫瘍手術、J018 舌悪性腫瘍手術、J031 口唇悪性腫瘍手術、J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍手術、J035 頬粘膜悪性腫瘍手術、J036 術後性上顎嚢胞摘出手術、J038 上顎骨切除術、J039 上顎骨悪性腫瘍手術、J040 下顎骨部分切除術、J041 下顎骨離断術、J042 下顎骨悪性腫瘍手術、J043 顎骨腫瘍摘出術、J068 上顎骨折観血的手術、J069 上顎骨形成術、J070 頬骨骨折観血的整復術、J070-2 頬骨変形治療骨折矯正術、J072 下顎骨折観血的手術、J075 下顎骨形成術、J076 顔面多発骨折観血的手術、J087 上顎洞根治手術	
【伝達麻酔(下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)】	38点	【伝達麻酔(下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)】	42点
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】	23点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】	30点

## 4. 有床義歯（入れ歯）等に係る評価の見直し

有床義歯及び関連技術の評価を引き上げる一方、熱可塑性樹脂有床義歯の評価の引き下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

改定前	改定後
<b>【有床義歯】</b>	<b>【有床義歯】</b>
1 局部義歯(1床につき)	1 局部義歯(1床につき)
イ 1歯から4歯まで 540点	イ 1歯から4歯まで 550点
ロ 5歯から8歯まで 665点	ロ 5歯から8歯まで 676点
ハ 9歯から11歯まで 890点	ハ 9歯から11歯まで 900点
ニ 12歯から14歯まで 1,300点	ニ 12歯から14歯まで 1,310点
2 総義歯(1顎につき) 2,050点	2 総義歯(1顎につき) 2,060点
<b>【印象採得】</b>	<b>【印象採得】</b>
ホ 口蓋補綴、顎補綴	ホ 口蓋補綴、顎補綴
(1) 印象採得が簡単なもの 143点	(1) 印象採得が困難なもの 220点
(2) 印象採得が困難なもの 265点	(2) 印象採得が著しく困難なもの 400点
(3) 印象採得が著しく困難なもの 400点	

改定前	改定後
<p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 100点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 200点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 300点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】(1顎につき)</b></p> <p>1 印象採得が簡単なもの 1,000点</p> <p>2 印象採得が困難なもの 1,500点</p> <p>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1歯から4歯まで 705点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 925点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 1,185点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,815点</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 2,850点</p>	<p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの 150点</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】(1顎につき)</b></p> <p>1 印象採得が困難なもの 1,500点</p> <p>2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1歯から4歯まで 670点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 900点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 1,120点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,750点</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 2,780点</p>



## 5. その他の技術の評価の見直し

有床義歯関連装置の評価の引上げを行う一方、歯科矯正治療に係る咬合採得、床装置及び保定装置の一部の評価の引下げを行う。

改定前		改定後	
【鑄造バー】	420点	【鑄造バー】	430点
【バー、保持装置加算】	50点	【バー、保持装置加算】	60点
【フック、スパー】	85点	【フック、スパー】	96点
【咬合採得】(1装置につき)		【咬合採得】(1装置につき)	
1 簡単なもの	100点	1 簡単なもの	70点
2 困難なもの	200点	2 困難なもの	140点
3 構成咬合	400点	3 構成咬合	400点
【床装置】		【床装置】	
1 簡単なもの	1,500点	1 簡単なもの	1,500点
2 複雑なもの	2,500点	2 複雑なもの	2,000点
【保定装置】		【保定装置】	
1 プレートタイプリテーナー	1,500点	1 プレートタイプリテーナー	1,500点
2 メタルリテーナー	6,800点	2 メタルリテーナー	6,000点

## 6. 歯科診療報酬の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

歯科医療技術の特性に応じた評価を行うとともに、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、**スタディモデルや、歯科疾患管理料のうち基本的な医療行為を基本診療料に包括して評価する。**

歯科初診料

182点 → 218点

歯科再診料

40点 → 42点

スタディモデル

50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目)

130点 → 110点(引下げ分)

## 7. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は、5歳未満となっており、こうした差異が分かりにくいとの指摘があることから、より分かりやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

改定前

### 【基本診療料の乳幼児加算】

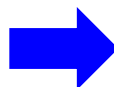
(初診料に40点、再診料に10点の加算)

対象年齢：6歳未満

### 【特掲診療料の乳幼児加算】

(所定点数の100分の50加算)

対象年齢：5歳未満



改定後

### 【基本診療料の乳幼児加算】

(初診料に40点、再診料に10点の加算)

対象年齢：6歳未満

### 【特掲診療料の乳幼児加算】

(所定点数の100分の50加算)

対象年齢：**6歳未満**

# 歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

## 基本的な考え方

1. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、治療疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価している。
2. 歯科矯正は、積極的な歯科矯正を行う時期であっても、1月に1回程度の通院により、計画的に行われることが一般的であることから、こうした実態を踏まえ、歯科矯正診断料の施設基準の見直しを行う。
3. 唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、その適応症の拡大を行う。

## 具体的な対応

### 1. 歯科矯正診断料の施設基準の見直し

歯科矯正の診療実態に即したものとなるよう見直しを行う。

改定前	改定後
<p>[歯科矯正診断料に関する施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 障害者自立支援法に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関(歯科矯正に関する医療を担当するものに限る)であること</li><li>2 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</li><li>3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること</li></ol>	<p style="text-align: center;"><b>削除</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</li><li>2 当該療養の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務していること</li><li>3 常勤歯科医師が1名以上勤務していること</li></ol>

## 2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

改定前	改定後
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li><li>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li><li>以下の疾患に起因する咬合異常</li></ul> <p>ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルト症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂</p>	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li><li>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li><li>以下の疾患に起因する咬合異常</li></ul> <p>ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルト症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂、<u>筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロー顔一指症候群、メービウス症候群、カブキ症候群、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群、ウィリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群</u></p>

# エックス線撮影料の評価体系の見直し

## 基本的な考え方

歯科診療における画像診断領域のデジタル化を推進する観点から、歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえつつ、**デジタル撮影料を新設**し、アナログ撮影と区別して評価を行う。

## 第2節 撮影料 E100

改定前	
1 単純撮影	
イ 歯科エックス線撮影	
(1) 全顎撮影の場合	250点
(2) 全顎撮影以外の場合	25点(1枚につき)
ロ その他の場合	65点
2 特殊撮影	
(1) 歯科パノラマ断層撮影	180点
(2) 歯科パノラマ断層撮影 以外の場合(一連につき)	264点
3 造影剤使用撮影	148点



改定前		
	アナログ撮影	デジタル撮影
1 単純撮影		
イ 歯科エックス線撮影		
(1) 全顎撮影の場合	250点	<b>252点</b>
(2) 全顎撮影以外の場合	25点(1枚につき)	<b>28点(1枚につき)</b>
ロ その他の場合	65点	<b>68点</b>
2 特殊撮影		
(1) 歯科パノラマ断層撮影	180点	<b>182点</b>
(2) 歯科パノラマ断層撮影 以外の場合(一連につき)	264点	<b>266点</b>
3 造影剤使用撮影	148点	<b>150点</b>

※ デジタル映像化処理加算は廃止

# 新規医療技術(歯科)の保険導入

## 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

## 具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の新設（歯周外科手術時の明視下におけるレーザーを用いた歯石除去等に係る加算）

新

【手術時歯根面レーザー応用加算】

40点

### [算定要件]

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行った場合に歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術の所定点数に加算する。

### [施設基準]

- (1) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。
- (2) 当該レーザー治療に係る専門知識及び5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

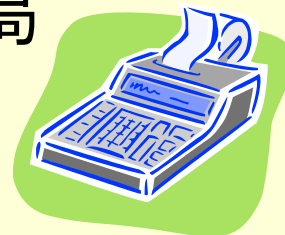
# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
  - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行  
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用  
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
  - ⇒ 明細書発行に関する状況を院内掲示する  
院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- **明細書の無料発行**等を行っている診療所の評価
  - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)



# 後期高齢者医療の診療報酬について

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない → 廃止

⑧ 後期高齢者終末期相談支援料 200点

## その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

### ➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料  
(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

**後期高齢者在宅療養口腔機能管理料** → **歯科疾患在宅療養管理料**

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 } → 退院時薬剤情報管理指導料

### ➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止

(栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)



## 保険医療材料専門部会 経緯

- 平成20年 8月27日 保険医療材料制度に係る今後の検討の進め方について
- 平成21年 5月27日 特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について  
特定保険医療材料価格調査について
- 平成21年 7月15日 特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準等に関する意見について
- 平成21年 8月26日 保険医療材料等に関する海外実態状況調査の報告について  
医療機器業界からの意見聴取
- 平成21年 9月30日 平成22年度保険医療材料制度改革の論点（案）について
- 平成21年 11月13日 平成22年度保険医療材料制度改革の論点（案）について
- 平成21年 12月11日 平成22年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 平成21年 12月18日 平成22年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 平成22年 1月29日 平成22年度実施の保険医療材料制度の見直しについて（案）

# 平成22年度保険医療材料制度改革(歯科関連)

## 基本的な考え方

保険財源の重点的、効率的配分を行う観点から、革新的な新規の医療材料についてはイノベーションの評価を行うなど引き続き適切な評価を行うこととし、なお著しい内外価格差を是正する観点から価格の更なる適正化を図ることを基本に見直しを行うものとする。

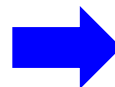
## 具体的な内容

1. 新規の機能区分に関する事項
2. 既存の機能区分に係る事項

歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料

023 歯周組織再生材料

(1) 吸収型 (2) 非吸収型



統合

3. 医療材料の安定供給に係る方策
4. 歯科用貴金属材料の基準価格の随時改定

歯科用貴金属については、6ヶ月毎にその価格の変動幅が10%を超えた場合に材料価格基準の見直しを行うこととなっているが、医療現場や患者に混乱を招かないよう価格改定の頻度を6ヶ月毎とし、その変動幅が5%を超えた場合に行うこととする。

5. その他

# 特定診療報酬算定医療機器の定義等について(歯科関連)

## 歯科点数表関係(見直し項目のみ)

### 歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け	類 別			
一般的名称	類 別			
デジタル式口内汎用歯科X線診断装置 アナログ式口内汎用歯科X線診断装置 アナログ式口外汎用歯科X線診断装置 デジタル式口外汎用歯科X線診断装置 歯科用デジタル式X線撮影センサ コンピューテッドラジオグラフ	機械器具(9) 医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	CCDセンサー又はcMOSセンサー若しくはイメージングプレートを用いてデジタル映像化処理により歯科エックス線撮影画像を得ることが可能なもの	E100	デジタル撮影(各区分)

## 歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化处理装置

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具（9）医療用 エックス線装置及び医療 用エックス線装置用エッ クス線管	アナログ式歯科用パノラマX線診断装置	CCDセンサー又はcMOSセンサー若しくはイメージングプレートを用いてデジタル映像化处理により歯科パノラマ断層撮影画像を得ることが可能なもの	E100	デジタル 撮影（各 区分）
	デジタル式歯科用パノラマX線診断装置			
	アナログ式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置			
	デジタル式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置			
	パノラマ用デジタル式X線センサ			
	コンピューテッドラジオグラフ			

## 齶蝕除去・窩洞形成用レーザー

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具 (31) 医療用 焼灼器	エルビウム・ヤグ レーザー	齶蝕歯の充填処置 のための齶蝕除去 及び窩洞形成を行 うことが可能なも のであること。	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注5 う蝕歯無痛
	罹患象牙質除去機 能付レーザー		M001-2	う蝕歯即時充填形成 注1 う蝕歯無痛的窩洞形 成加算的窩洞形成加算

## 歯石除去用レーザー

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具 (31) 医療用 焼灼器	エルビウム・ヤグ レーザー	歯肉剥離搔爬手術又は歯 周組織再生誘導手術にお いて、蒸散により歯根面 の歯石除去を行うことが 可能なものであること。	J063	歯周外科手術 4 歯肉剥離搔爬手術 5 歯周組織再生誘導手術 注5 手術時歯根面レー ザー応用加算

## 基本診療料及び特掲診療料に係る施設基準(補足)

### 基本診療料に係る施設基準(うち、歯科固有の技術に係るもの)

新たな施設基準の創設により、平成22年4月以降の算定に当たり届出が必要なもの

障害者歯科医療連携加算

施設基準の改正により、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成22年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域歯科診療支援病院歯科初診料

### 特掲診療料に係る施設基準(うち、歯科固有の技術に係るもの)

新たな施設基準の創設により、平成22年4月以降の算定に当たり届出が必要なもの

在宅患者歯科治療総合医療管理料、歯科技工加算、手術時歯根面レーザー応用加算

施設基準の改正により、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成22年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

歯科矯正診断料

施設基準等の名称が変更されたが、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

クラウン・ブリッジ維持管理料(旧名称:補綴物維持管理料)