

骨子における「四つの視点」関連項目
(歯科診療報酬関係)

内容

在宅歯科医療の推進 1
障害者歯科医療の充実 7
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化 11
患者の視点に立った歯科医療 15
生活の質に配慮した歯科医療の充実 20
エックス線撮影料の評価体系の見直し 26
歯科固有の技術の評価の見直し 28
歯科矯正診断料の施設基準等の見直し 36
新規医療技術の保険導入 (歯科) 38

在宅歯科医療の推進

第1 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。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の評価体系の簡素化

歯科訪問診療の実態も踏まえ、より分かりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療1及び2の算定要件の見直しを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| 【歯科訪問診療料】（1日につき） | 【歯科訪問診療料】（1日につき） |
| 1 歯科訪問診療1 830点 | 1 歯科訪問診療1 830点 |
| 2 歯科訪問診療2 380点 | 2 歯科訪問診療2 380点 |
| [歯科訪問診療1の算定要件] 在宅等（社会福祉施設等を含む。） において療養を行っている通院困難な患者1人に対し、当該在宅等の屋内 | [歯科訪問診療1の算定要件] <u>在宅等において療養を行っている</u> <u>通院困難な患者1人に対し、当該患者</u> <u>が居住する建物の屋内において次の</u> |

において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- イ 患者の求めに応じた場合（患者 1 人に限る。）
- 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。）

〔上記イ又はロの患者であって、複数の患者を診療した場合〕

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患者に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- 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

いずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。 改

- イ 患者の求めに応じた場合（患者 1 人に限る。）
- 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

〔上記イ又はロの患者であって、同一の建物に居住する 1 人の患者を診療した場合 改〕

(1) 20 分以上の場合

歯科訪問診療 1

(2) 20 分未満の場合

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患者であって、同一の建物に居住する複数の通院困難な患者に対し、患者ごとに当該建物の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。 改

- 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

| | |
|--|---|
| <p>[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な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する。</p> | <p>[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な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する。 ㊦</p> |
|--|---|

3. 歯科疾患在宅療養管理料の新設及び後期高齢者口腔機能管理料の廃止

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。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止



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 〇〇〇点

（口腔機能管理加算 〇〇〇点）

その他の場合 〇〇〇点

[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師が、在宅又は社会福祉施設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とする
- (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又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する

- (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回に限り算定する
- (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する。
- (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回に限り所定点数に加算する。
- (6) 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. 在宅歯科医療におけるその他の医学管理等の評価の見直し

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。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【訪問歯科衛生指導料】</p> <p>1 複雑なもの 350点</p> <p>2 簡単なもの 100点</p> <p>【歯科治療総合医療管理料】(月1回) 140点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る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に算定する。</p> | <p>【訪問歯科衛生指導料】</p> <p>1 複雑なもの <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>2 簡単なもの <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>【歯科治療総合医療管理料】(月1回) 140点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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における<u>歯科診療（歯科訪問診療料に係る歯科診療を含む。）</u>において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る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に算定する。 改</p> |

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を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|------------------------|---|
| <p>【診療情報提供料Ⅰ】 250点</p> | <p>【診療情報提供料Ⅰ】 250点 <u>注 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について、当該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は、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p> |

障害者歯科医療の充実

第1 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診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。(再掲)

第2 具体的な内容

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。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------|--|
| 【歯科衛生実地指導料】 80点 | 【歯科衛生実地指導料】 1 歯科衛生実地指導料 1 改 80点 2 歯科衛生実地指導料 2 〇〇〇点 新 |

| | |
|---|--|
| <p>注1 齲蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> | <p>注1 歯科衛生実地指導料1は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>なお、歯科衛生実地指導料1を算定した月は、歯科衛生実地指導料2は算定できない。改</p> <p>注2 歯科衛生実地指導料2は、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局長等に届け出た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患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で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分以上となる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に、月1回に限り算定する。新</p> |
|---|--|

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。



障害者歯科医療連携加算（初診時 1 回） ○○○点

[算定要件]

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において、歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定した患者であって、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った場合に算定

[施設基準]

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等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）、酸素吸入（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を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|-------------------|--|
| 【診療情報提供料 I】 250 点 | 【診療情報提供料 I】(再掲) 250 点 注 <u>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について、当該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局長等に届け出た保険医</u> |

| | |
|--|--|
| | <p>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は、所定 点数に〇〇〇点を加算する。 ㊦</p> |
|--|--|

在宅及び障害者歯科医療の 後方支援病院の機能強化

第1 基本的な考え方

1. 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。
2. 病院歯科においては、入院医療を受ける患者の割合は約 1.5 %とわずかであり、患者の多くは外来診療を受けている。歯科診療所と比べるとより専門性の高い歯科医療が提供されている場合があるが、歯科診療所と共通した歯科医療が提供されることが多く、こうした診療状況等から、歯科診療報酬上、歯科診療所及び病院歯科の基本診療料については同様の評価を行っている。ただし、地域歯科診療を支援する機能を有する病院歯科については、一定の施設基準を設定した上で、その病院歯科の機能に着目した評価を行っている。こうした地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能については、在宅及び障害者歯科医療においても強化を図る必要がある、係る観点から、病院歯科機能の評価のあり方の見直しや、歯科診療所における歯科治療が困難な在宅療養患者や障害者を受け入れている場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者について、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、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等を行うとともに、在宅歯科医療及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引上げを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(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（以下「看護職員」という。）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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(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</p> | <p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(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（以下「看護職員」という。）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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><u>ハ 別の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文書により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</u> 新</p> <p><u>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</u> 新</p> <p>(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</p> |

| | |
|---|---|
| <p>体制が確保されていること</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点</p> | <p>体制が確保されていること</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 〇〇〇点 ㊦</p> |
|---|---|

(参考 1) 歯科診療における入院料等の実施件数

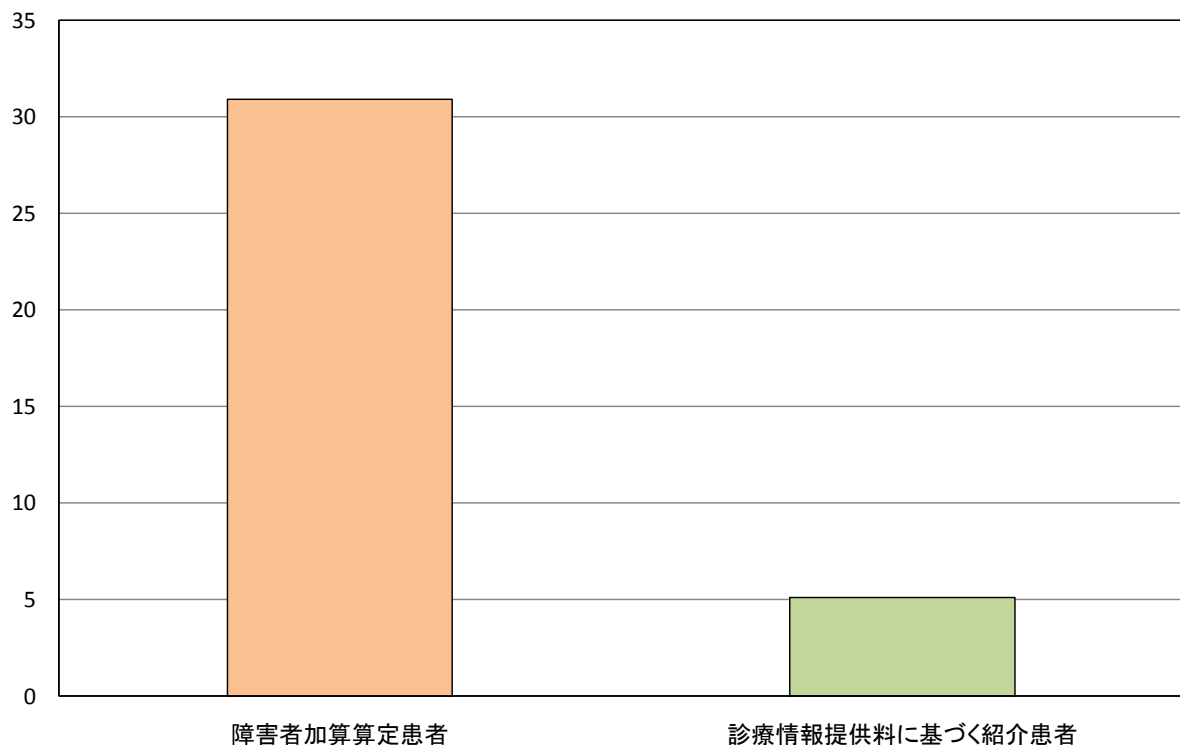
| | 歯科診療全体 | 歯科診療所 | 病院歯科 |
|----------|--------------|--------------|-----------|
| 総件数 | 12,599,491 件 | 12,058,101 件 | 541,390 件 |
| 入院料等件数割合 | 0.07 % | 0.0% | 1.5 % |

(平成 20 年度社会医療診療行為別調査 (6 月審査分))

(参考 2)

病院歯科1施設当たりの在宅及び障害者患者の受診状況

(人/月)



(H20年社会医療診療行為別調査)

(H21年病院歯科連絡協議会調査)

2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科診療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【地域歯科診療支援病院入院加算】 (入院初日に限り) 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料を算定した患者であって、歯科疾患管理料又は後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p> | <p>【地域歯科診療支援病院入院加算】 (入院初日に限り) 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で<u>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た患者</u>であって、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: center;">②改</p> |

患者の視点に立った歯科医療

第1 基本的な考え方

1. 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。
2. 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。

第2 具体的な内容

1. 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。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【歯科疾患管理料】</p> <p>1 1回目 130点</p> <p>2 2回目以降 110点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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</p> | <p>【歯科疾患管理料】</p> <p style="text-align: right;"><u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>歯科疾患と全身の健康との関係</u>、歯や口の病気と関連の</p> |

| | |
|--|---|
| <p>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する。</p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期期) 初診日から起算して 1 月以内</p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p> | <p>ある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定(継続管理計画書においては、<u>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する。 ㊦</p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期期) <u>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</u> ㊦</p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p> <p>[その他] <u>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</u></p> |
|--|---|

2. 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、算定期期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、有床義歯調整加算を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</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>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(<u>装着月 1 回に限る</u>) <u>〇〇〇点</u> ㊦</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>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に2回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した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月までの間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。</p> | <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>【有床義歯調整加算】^新 (月2回まで) <u>〇〇〇点</u></p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、<u>新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に</u>、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に<u>1回に限り算定する。</u> ^改</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（<u>装着日の属する月の翌月から2月以内の期間に</u>限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。 ^改</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、<u>新製有床義歯の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</u>において、<u>咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に月1回に限り算定する。</u> ^改</p> <p>注5 <u>有床義歯の調整を行った場合は、有床義歯調整加算として、1</u> <u>口腔につき月2回を限度として</u></p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> | <p>所定点数に〇〇〇点を加算する。 ただし、有床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、別に算定できない。</p> <p style="text-align: center;">①</p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点 ②</p> |
|--|--|

3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

| 現 行 | 改定案 |
|--|------------------|
| <small>ほてつぶつ</small> 補綴物維持管理料 | クラウン・ブリッジ維持管理料 ② |
| <small>しづいふくとう</small> 歯髄覆罩 | 歯髄保護処置 ② |
| <small>ひしんしゆうせいしづいふくとう</small> 非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC) | 歯髄温存療法 ② |
| <small>しょうりそつ</small> 床裏装 | 有床義歯内面適合法 ② |
| <small>きつじょう</small> 楔状欠損 (WSD) | 歯質くさび状欠損 ② |

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について、算定項目として明示する。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 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】(1歯につき) 3 白歯 260 点 | 【歯根分割搔爬術】(1歯につき) ① 260 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】(1歯につき) 4 難抜歯 470 点 | 【上顎洞陥入歯除去術】 ① 1 抜歯窩より行う場合 470 点 2 犬歯窩開さくによる場合 2000 点 |

| | |
|--|--|
| <p>2 犬齒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</p> | |
| <p>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</p> | <p>【口腔底迷入下顎智歯除去術】^新 5,230 点</p> |

生活の質に配慮した歯科医療の充実

第1 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（参考1）。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、歯科医師自ら義歯修理を行った場合に要する時間を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。

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。

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。

2. 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。

3. 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。

第2 具体的な内容

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。



歯科技工加算（1装置につき）〇〇〇点

[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局長等に届け出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所定点数に加算する。
- (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とする
- (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指示書を作成し、診療録に添付すること

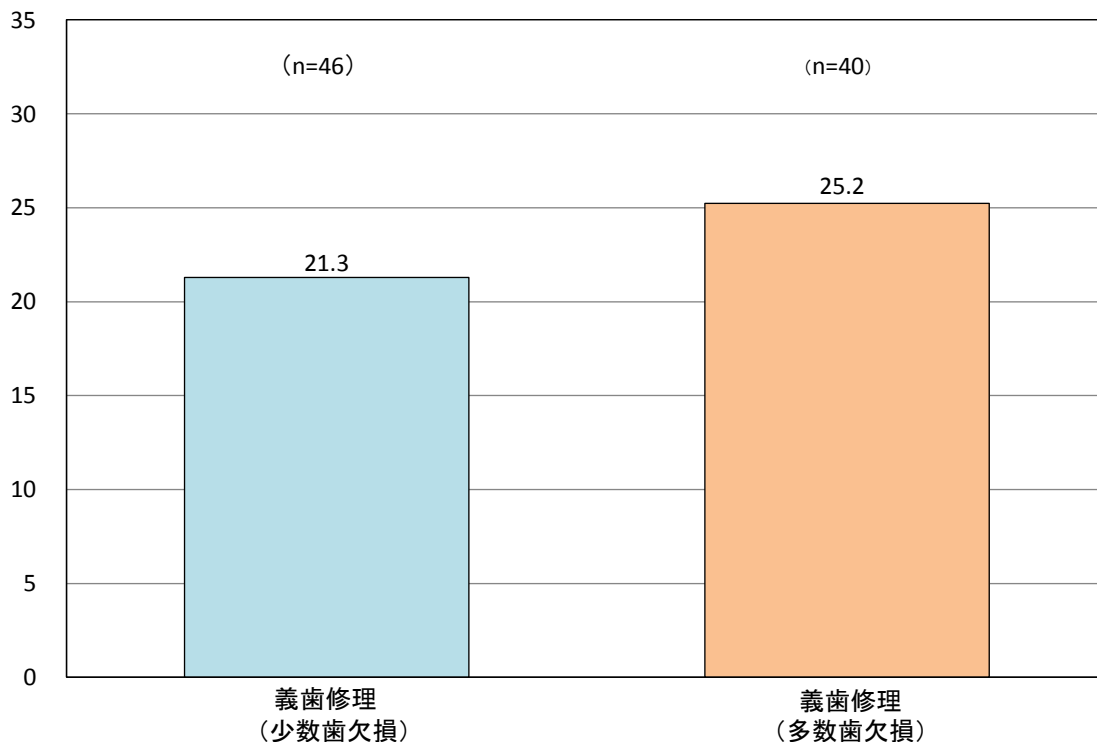
[施設基準]

- (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

(参考1)

歯科医療機関における当日内の義歯修理に要する平均時間

(分)

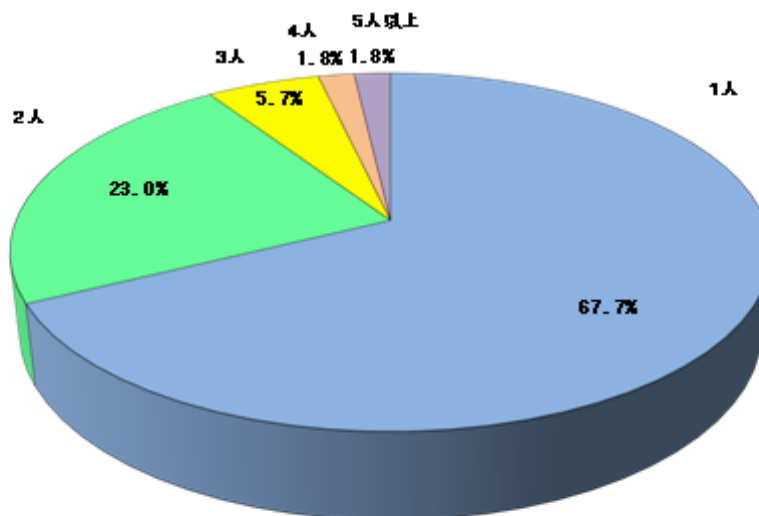


(日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」結果を基に作製)

(参考2)

歯科技工士配置医療機関における常勤歯科医師数別割合

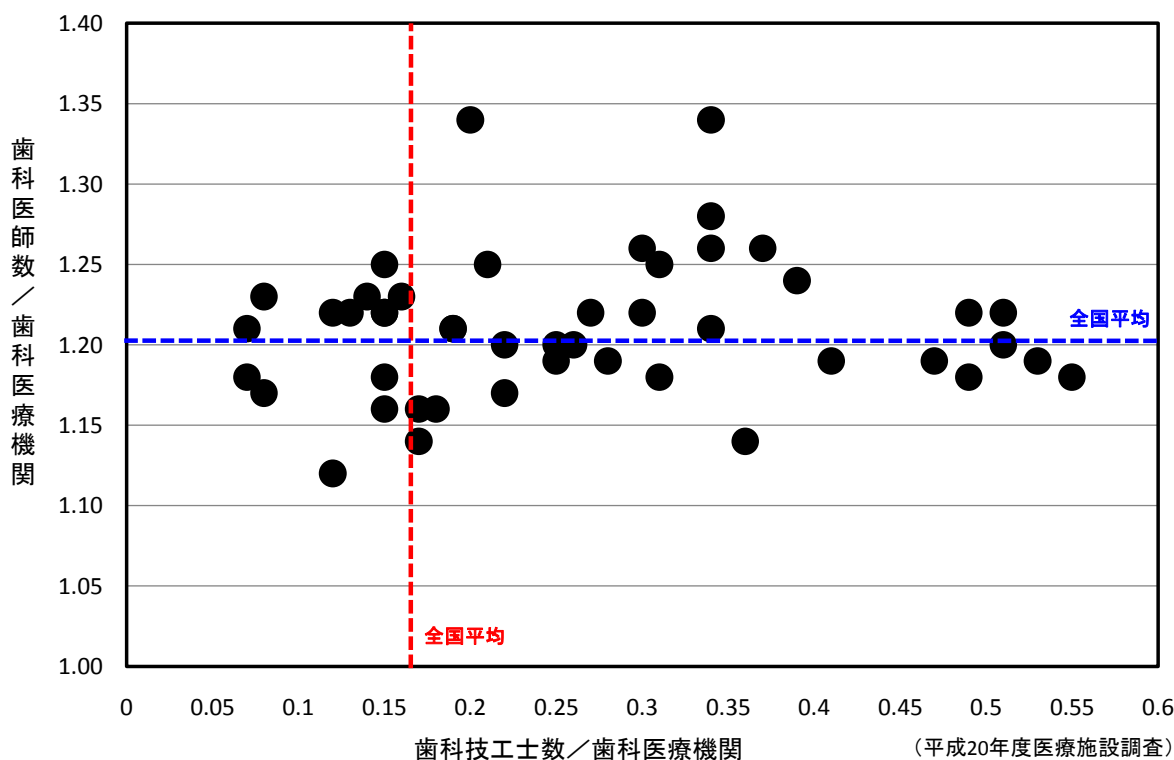
歯科技工士を配置している歯科医療機関の常勤歯科医師数別の割合をみると、常勤歯科医師数1人が約68%、2人が23%となっており、歯科技工士を配置している歯科医療機関の約9割は、比較的人員規模の小さな歯科医療機関となっている。



(平成20年医療施設調査)

(参考3)

1 歯科診療所当たりの常勤歯科医師数及び歯科技工士数



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。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>[小児義歯の適応症]</p> <p>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、低フォスファ</p> | <p>[小児義歯の適応症]</p> <p>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</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| ターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児 | 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以外の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る場合 ㊦ |
|------------------------------------|--|

3. 床（義歯）型口腔内補助装置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。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【床副子】</p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式で、医科の医療機関等からの診</p> | <p>【床副子】</p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式で、医科の医療機関等からの診</p> |

| | |
|---|--|
| <p>療情報提供の算定に基づく場合に限る)</p> <p>【床副子調整】(1 口腔につき) 120 点</p> <p>注 1 については、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の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p> | <p>療情報提供の算定に基づく場合に限る)</p> <p><u>二 摂食機能療法に伴う床(義歯)型口腔内装置(仮称) 改</u></p> <p>【床副子調整】(1 口腔につき) 120 点</p> <p>注 1 については、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<u>摂食機能療法に伴う床(義歯)型口腔内装置(仮称)</u>の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床又は<u>当該装置</u>の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。 改</p> |
|---|--|

エックス線撮影料の評価体系の見直し

第1 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、デジタルエックス線撮影料を新設し、アナログ撮影と区別した評価を行う。

第2 具体的な内容

デジタル撮影料の新設

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、デジタル映像化処理加算を廃止した上で、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別した評価を行う。

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

| | |
|--|---|
| | <p>(デジタル撮影) ㊦</p> <p>1 単純撮影</p> <p>イ 歯科エックス線撮影</p> <p>(1) 全顎撮影の場合</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> <p>(2) 全顎撮影以外の場合</p> <p>(1枚につき)</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> <p>ロ その他の場合</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> <p>2 特殊撮影</p> <p>イ 歯科パノラマ断層撮影</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の 場合(一連につき)</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> <p>3 造影剤使用撮影</p> <p style="text-align: right;">〇〇〇点</p> |
| <p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>1 歯科エックス線撮影 (1回につき) 5点</p> <p>2 歯科パノラマ断層撮影 50点</p> <p>3 その他の場合 30点</p> | <p>(廃止)</p> |

歯科固有の技術の評価の見直し

第1 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（入れ歯）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。

第2 具体的な内容

1. う蝕、歯周疾患等に係る歯科医療技術の評価の見直し

う蝕や歯周疾患、歯の欠損等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等も参考としつつ、評価の見直しを行う。

(1) 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

歯周外科手術の評価の引き上げを行うとともに、混合歯列期の歯周組織検査及び歯周基本治療後の処置の評価を新設する。また、歯周基本治療について、同時に3分の1顎を超えて行った場合の加算の評価を引き下げるとともに、同一部位に対する2回目以降の評価を引き上げる等の見直しを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【歯周外科手術】（1歯につき）</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 630点</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p>【歯周組織検査】</p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>【歯周基本治療】</p> <p>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</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング （1歯につき）</p> <p>イ 前歯 58点</p> <p>ロ 小臼歯 62点</p> <p>ハ 大臼歯 68点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬） （1歯につき）</p> <p>イ 前歯 58点</p> | <p>【歯周外科手術】（1歯につき）</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 <u>〇〇〇点</u> ㊦</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p>【歯周組織検査】</p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>3 <u>混合歯列期歯周組織検査</u> ㊦ <u>〇〇〇点</u></p> <p><u>[算定要件]</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>【歯周基本治療】</p> <p>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） <u>〇〇〇点</u> ㊦</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング （1歯につき）</p> <p>イ 前歯 58点</p> <p>ロ 小臼歯 62点</p> <p>ハ 大臼歯 68点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬） （1歯につき）</p> <p>イ 前歯 58点</p> |

| | |
|---|---|
| <p>ロ 小臼歯 62 点 ハ 大臼歯 68 点</p> <p>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。</p> <p>【歯周病安定期治療】（1口腔につき）</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>ロ 小臼歯 62 点 ハ 大臼歯 68 点</p> <p>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<u>100分の〇〇</u>に相当する点数により算定する。</p> <p>注 <u>混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1のみにより算定する。</u> ⑨</p> <p>【歯周基本治療処置】 ⑨ 〇〇〇点</p> <p>[算定要件] <u>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。</u></p> <p>【歯周病安定期治療】（1口腔につき） 〇〇〇点 ⑩</p> |
|---|---|

(2) う蝕等に係る技術の評価の引上げ

| 現 行 | 改定案 |
|----------------|------------------|
| 【齶蝕処置】 16 点 | 【う蝕処置】 〇〇〇点 ⑩ |

| | |
|--|---|
| <p>【齶蝕歯無痛的窩洞形成加算】 20 点</p> <p>【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）</p> <p>1 単根管 14 点 2 2 根管 22 点 3 3 根管以上 28 点</p> <p>【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点</p> <p>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 回に限り算定する。</p> | <p>【う蝕歯無痛的窩洞形成加算】 〇〇〇点 改</p> <p>【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）</p> <p>1 単根管 〇〇〇点 改 2 2 根管 22 点 3 3 根管以上 〇〇〇点 改</p> <p>【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点</p> <p>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 回に限り算定する。 改</p> |
|--|---|

(3) 口腔内消炎手術（智歯周囲炎の歯肉弁切除等）の評価を引き下げる一方、手術後の専門的口腔衛生処置の評価の新設及び歯科局所麻酔の評価の引上げを行う。

| 現 行 | 改 定 案 |
|--|---|
| <p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 140 点</p> | <p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 〇〇〇点 改</p> <p>【術後専門的口腔衛生処置】 新 （1 口腔つき） 〇〇〇点</p> <p>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等のおそれがある場合であって、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</p> |

| | |
|--|---|
| <p>【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 38 点</p> <p>【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23 点</p> | <p>して2月以内の期間において、月1回に限りに算定する。</p> <p>[対象となる手術]</p> <p>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 頬骨変形治癒骨折矯正術 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 上顎洞根本手術</p> <p>【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 〇〇〇点 改</p> <p>【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 〇〇〇点 改</p> |
|--|---|

(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下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 540 点</p> | <p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 〇〇〇点 改</p> |

| | |
|---|---|
| <p>ロ 5 歯から 8 歯まで 665 点</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで 890 点</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで 1300 点</p> <p>2 総義歯（1 顎につき） 2050 点</p> <p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 143 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 265 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p>【装着】</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>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</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>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> | <p>ロ 5 歯から 8 歯まで <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>2 総義歯（1 顎につき） <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p>【装着】</p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</p> <p>1 印象採得が困難なもの <u>〇〇〇点</u> 改</p> <p>2 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> |
|---|---|

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| イ 1 歯から 4 歯まで 705 点 | イ 1 歯から 4 歯まで <u>000点</u> 改 |
| ロ 5 歯から 8 歯まで 925 点 | ロ 5 歯から 8 歯まで <u>000点</u> 改 |
| ハ 9 歯から 11 歯まで 1185 点 | ハ 9 歯から 11 歯まで <u>000点</u> 改 |
| ニ 12 歯から 14 歯まで 1815 点 | ニ 12 歯から 14 歯まで <u>000点</u> 改 |
| 2 総義歯（1 顎につき） 2850 点 | 2 総義歯（1 顎につき） <u>000点</u> 改 |

(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。

| 現 行 | 改定案 |
|---------------------------|-------------------------------|
| 【鑄造バー】 420 点 | 【鑄造バー】 <u>000点</u> 改 |
| 【バー 保持装置 加算】 50 点 | 【バー 保持装置 加算】 <u>000点</u> 改 |
| 【フック, スパー】 85 点 | 【フック, スパー】 <u>000点</u> 改 |
| 【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 <u>000点</u> 改 |
| 2 困難なもの 200 点 | 2 困難なもの <u>000点</u> 改 |
| 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 <u>000点</u> 改 |
| 【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 <u>000点</u> 改 |

3. 歯科診療報酬体系の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

- (1) スタディモデルは、患者の歯や歯周組織の状態及び咬み合わせの状態等を模型にして立体的に把握する比較的簡単な検査である。この検査は、治療を開始する時や治療方針の変更があった時などに行われ、う蝕、歯周疾患及び歯の欠損等様々な歯科疾患の状態や治療方針等に関する患者の理解の促進にも資するものである。こうした特性に着目し、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、基本診療料に包括して評価する。
- (2) また、歯科疾患管理料については、継続的な管理が必要な様々な歯科疾患を一口腔単位で管理するものであるが、特に1回目の歯科疾患管理料の算定に当たっては、全身疾患の有無の確認や歯科疾患と関連性のある生活習慣の有無の確認、服薬状況の確認及びこれらに伴う口腔内症状の有無等基本的な医療行為から、具体的な治療方針の決定及び患者への情報提供にいたるまで、幅広い行為を評価の対象としている。
- (3) そこで、こうした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。

| 【 現 行 】 | | 【 改正案 】 | |
|---------|-------|---------|-------|
| 歯科初診料 | 182 点 | 歯科初診料 | 〇〇〇 点 |
| 歯科再診料 | 40 点 | 歯科再診料 | 〇〇〇 点 |

4. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬における特掲診療料に係る乳幼児加算の対象（現行5歳未満）を基本診療料に係る乳幼児加算と同様に6歳未満とする。

| 【 現 行 】 | 【 改正案 】 |
|--|--|
| 【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 | 【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： <u>6歳未満</u> |

歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

第1 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。

第2 具体的な内容

1. 歯科矯正診断料の施設基準の見直し

歯科矯正診断料の施設基準について、歯科矯正の実態に即したものとなるよう見直しを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| [歯科矯正診断料に関する施設基準] 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 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 3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること | [歯科矯正診断料に関する施設基準] <u>削除</u> 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 2 <u>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</u> 改 3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務していること</u> 新 |

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。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>[療養の給付の対象とする適応症] <small>しんがくこうがいつ</small> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 <small>がくりだん</small> ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症</p> <p>・以下の疾患に起因する咬合異常 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・クレベルド症候群、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] ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症</p> <p>・以下の疾患に起因する咬合異常 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・クレベルド症候群、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、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、口顔指症候群、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 ②</p> |

新規医療技術の保険導入（歯科）

第1 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。

第2 具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の創設（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）



手術時歯根面レーザー応用加算 ○○○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

(参考) 歯周外科手術時のレーザー応用による歯石除去等

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下でレーザーを応用することにより、従来の歯周疾患治療用の手用器具を用いた機械的な歯石除去時にみられる不快症状の発現を抑制し、歯石の除去だけでなく、歯周ポケット部位の殺菌・無毒化や歯周組織細胞の活性効果等が得られる有効な治療方法

「四つの視点」関連項目
(調剤報酬及び後発医薬品の使用促進)

| | |
|-----------------------------|---|
| 調剤料の見直し | 1 |
| ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実..... | 4 |
| 調剤基本料の特例の見直し | 5 |
| 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し..... | 6 |
| 後発医薬品の使用促進について..... | 8 |

調剤料の見直し

第1 基本的な考え方

1. 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、一包化薬調剤料を見直し、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。
2. 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。

第2 具体的な内容

1. 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57 日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が 15 日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31 日分以上の区分を創設する。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------------------|------------------------------|
| 【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1 剤につき） | 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】（1 剤につき） |
| イ 14 日分以下の場合 | イ 14 日分以下の場合 |
| （1）7 日目以下の部分（1 日分につき） 5 点 | （1）7 日目以下の部分（1 日分につき） 5 点 |
| （2）8 日目以上の部分（1 日分につき） 4 点 | （2）8 日目以上の部分（1 日分につき） 4 点 |

| | |
|--|---|
| <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>ロ 15日分以上21日分以下の場合 ○○○点 改</p> <p>ハ 22日分以上30日分以下の場合 ○○○点 改</p> <p>ニ 31日分以上の場合 ○○○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○○○点</p> <p>ロ 57日分以上の場合 ○○○点</p> <p>※ 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。</p> |

2. 湯薬の調剤料の見直し

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 |
|--------------------------|---|
| <p>【湯薬】（1調剤につき） 190点</p> | <p>【湯薬】（1調剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 190点 改</p> <p>ロ 8日分以上 28日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 190点 改</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき） ○○○点 新</p> |

| | |
|--|----------------------------------|
| | <p>ハ 29日分以上の場合</p> <p>〇〇〇点 新</p> |
|--|----------------------------------|

ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状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詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------------------|--|
| 【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点 | 【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点 <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場合は、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> ① <特に安全管理が必要な医薬品> 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H I V薬 |

調剤基本料の特例の見直し

第1 基本的な考え方

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中度（※）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

第2 具体的な内容

調剤基本料の特例について、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等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその要否を判断することとするとともに、評価の引上げを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| 【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 40点 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。 | 【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 40点 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回につき〇〇〇点を算定する。 改 |

※ 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及び介護保険における居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんを受け付けた場合については、処方せんの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

第1 基本的な考え方

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。）。

第2 具体的な内容

| 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</p> <p>注 後期高齢者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</p> <p>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</p> <p>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</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>注 <u>患者に対して</u>、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する</p> <p>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</p> <p>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</p> |

| | |
|--|--|
| <p>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> |
|--|--|

後発医薬品の使用促進について

第1 基本的な考え方

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創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ため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

第2 具体的な内容

1. 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

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 |
|---|--|
| 【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 | 【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき） |
| 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 | 直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること |

| | | | | |
|--|---|-------|------|---|
| | 1 | 20%以上 | 〇〇〇点 | 改 |
| | 2 | 25%以上 | 〇〇〇点 | 改 |
| | 3 | 30%以上 | 〇〇〇点 | 改 |

※ 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。

また、平成 22 年度薬価改定の結果、次の医薬品（バルプロ酸ナトリウム、塩酸アムプロキシソール、テオフィリン、アモキシシリン、セファレキシン、過テクネチウム酸ナトリウム、マルトース、マルトース加乳酸リンゲル等（薬価改定の告示にあわせて該当する医薬品については明示する。))の一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであることから、これら薬価が高くなる品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

なお、当該取扱いは4月からの実施とし、1月から3月までは現行どおりの取扱いとするとともに、1月から3月の実績で要件を満たす薬局については、一定期間の経過措置を設けることとする。

2. 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) 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（注1）の調剤（注2）を認めることとする。

（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（注）を認めることとする。

※ 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。）

（外用薬の場合）

ア 軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、散布剤、ゼリー、パウダー剤

イ 噴霧剤、吸入剤、噴霧用カプセル剤

ウ パップ剤、貼付剤、硬膏剤

（注） 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。

(3) 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。

※ 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。

3. 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創設する。



後発医薬品使用体制加算（入院初日） 〇〇〇点

[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は、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（特別入院基本料を含む。）

[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。

4. 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。

「四つの視点」関連項目（入院を中心に）

| | |
|---------------------------------|----|
| 精神科急性期入院医療に係る評価 | 1 |
| 精神科慢性期入院医療に係る評価 | 5 |
| 精神科専門的入院医療に係る評価 | 7 |
| 地域における精神医療の評価 | 9 |
| 医療安全対策の推進について | 12 |
| 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 | 15 |
| 検体検査評価の充実について | 16 |
| 安全な麻酔管理体制の評価 | 17 |
| 医療療養病棟の評価に係る見直し | 18 |
| 疾患別リハビリテーションの充実について | 20 |
| 回復期等における充実したリハビリテーションの評価 | 24 |
| がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価 | 28 |
| ケアマネジャーとの連携の評価等について | 30 |
| 明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し | 32 |

精神科急性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 〇〇〇点

[算定要件]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえてその平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。また、入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

なお、特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても同様の見直しを行う。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[算定要件]

- ①平均在院日数が 40 日以内であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

| 現 行 | 改定案 |
|------------------|---------------------|
| 【入院基本料加算】 | 【入院基本料加算】 |
| 14日以内 459点 | 14日以内 〇〇〇点 改 |
| 15日以上 30日以内 242点 | 15日以上 30日以内 〇〇〇点 改 |
| 31日以上 90日以内 125点 | 31日以上 90日以内 125点 |
| 91日以上 180日以内 20点 | 91日以上 180日以内 〇〇〇点 改 |
| 181日以上 1年以内 5点 | 181日以上 1年以内 〇〇〇点 改 |

2. 精神科急性期入院料の引き上げ

- (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、その早期の評価を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------------|--------------------------|
| 【精神科救急入院料】（1日につき） | 【精神科救急入院料】（1日につき） |
| 1 精神科救急入院料 1 | 1 精神科救急入院料 1 |
| 30日以内 3,431点 | 30日以内 〇〇〇点 改 |
| 31日以上 3,031点 | 31日以上 3,031点 |
| 2 精神科救急入院料 2 | 2 精神科救急入院料 2 |
| 30日以内 3,231点 | 30日以内 〇〇〇点 改 |
| 31日以上 2,831点 | 31日以上 2,831点 |
| 【精神科救急・合併症入院料】 | 【精神科救急・合併症入院料】 |
| (1日につき) | (1日につき) |
| 30日以内 3,431点 | 30日以内 〇〇〇点 改 |
| 31日以上 3,031点 | 31日以上 3,031点 |

(2) また、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。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点</p> <p>[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。</p> | <p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] (削除) 改</p> |

(3) なお、精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受入れた場合の算定を認めるとともに、受入れた月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合</p> | <p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) ○○○点 改</p> <p>[算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精</p> |

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: right;">300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る））を算定している患者の場合</p> <p style="text-align: right;">200点</p> | <p>精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p> |
|---|---|

精神科慢性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により取りまとめられた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

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。

| 現 行 | 改定案 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点 | 【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 〇〇〇点 改 |

2. 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と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※において評価する。

※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

| 現 行 | 改定案 |
|-------------------------------------|--|
| <p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点</p> | <p>【非定型抗精神病薬加算】(1日につき)</p> <p><u>1 非定型抗精神病薬加算1 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p><u>2 非定型抗精神病薬加算2 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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</p> <p>(2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合</p> |

3. 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。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------------------------|---|
| <p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点</p> | <p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 〇〇〇点 ⑨</p> <p><u>重症者加算(1日につき) 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のGAFスコア が40以下であること。</p> |

精神科専門的入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| 【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点 | 【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 改 |

2. 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、新たな評価を設ける。



強度行動障害入院医療管理加算 (1日につき) 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコア 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。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 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対する新たな評価を設ける。



摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[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。

地域における精神医療の評価

第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価に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の評価を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| 【通院・在宅精神療法】（1日につき） | 【通院・在宅精神療法】（1日につき） |
| 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点 | 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点 |
| 2 1以外の場合 | 2 1以外の場合 |
| イ 病院の場合 | イ <u>30分以上の場合</u> ○○○点 改 |
| (1) 30分以上の場合 360点 | ロ <u>30分未満の場合</u> ○○○点 改 |
| (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 | |

- (2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者に対して一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき 16 回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、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の評価を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> | <p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>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、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p> |
| <p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p> | <p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p>2 大規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p><u>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〇〇〇点を加算する。</u> 新</p> |

| | |
|---|---|
| <p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> | <p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 000点 改 <u>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000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 000点 改 <u>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000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 000点 改 <u>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000点を加算す る。</u> 新</p> |
|---|---|

医療安全対策の推進について

第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、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病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取り組みの評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全使用のため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、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、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、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病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|-------------------------|--|
| 【医療安全対策加算】（入院初日） 50点 | 【医療安全対策加算】（入院初日） 1 医療安全対策加算 1 〇〇〇点 ^改 2 医療安全対策加算 2 〇〇〇点 ^新 [算定要件] |

| | |
|--|---|
| | <p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 感染防止対策加算（入院初日） ○○○点^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p> |
|--|---|

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の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



医薬品安全性情報等管理体制加算 ○○○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。

3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

| 現 行 | | 改 定 案 | |
|-------------|--------|-------------|--------|
| 医療機器安全管理料 1 | 50点 | 医療機器安全管理料 1 | 〇〇〇点 改 |
| 医療機器安全管理料 2 | 1,000点 | 医療機器安全管理料 2 | 〇〇〇点 改 |

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

第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。



一般病棟看護必要度評価加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生（支）局長に報告すること。

検体検査評価の充実について

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

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、より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。

⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 〇〇〇点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ②当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|------------------------------|----------------------------------|
| 【外来迅速検体検査加算】 5点/件（最大5件まで） | 【外来迅速検体検査加算】 〇〇〇点/件（最大5件まで） ⑩ |

安全な麻酔管理体制の評価

第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

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

第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



麻酔管理料（Ⅱ）

| | | |
|---|-------------|---------------|
| 1 | 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 | 〇〇〇点（1人につき1回） |
| 2 | 全身麻酔 | 〇〇〇点（1人につき1回） |

[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。

医療療養病棟の評価に係る見直し

第1 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

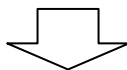
1. 療養病棟入院基本料の見直し

(1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

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



(改定案) 療養病棟入院基本料1

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|--------|-------|-------|-------|
| ADL区分3 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |
| ADL区分2 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |
| ADL区分1 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |

[施設基準]

- ① 看護職員及び看護補助者が20対1配置以上であること。
- ② 医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

㊦ (改定案) 療養病棟入院基本料 2

| | 医療区分 1 | 医療区分 2 | 医療区分 3 |
|------------|--------|--------|--------|
| A D L 区分 3 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |
| A D L 区分 2 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |
| A D L 区分 1 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 | 〇〇〇点 |

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

(2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病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要件化する。

2. 療養病床における後方病床機能の評価 [1 月 27 日提示済み]

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

疾患別リハビリテーションの充実について

第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なリハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 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 | 改定案 |
|------------------------------------|--|
| 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき） | 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき） |
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 235点 | 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 190点 | 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) 100点 | 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 ^新 |

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、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、運動器リハビリテーションについて、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。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 (I) 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) 80点</p> | <p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(I) 〇〇〇点^新</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(II) 〇〇〇点^改</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(III) 80点</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の算 定要件]</p> <p>入院中の患者に対し、運動器リハビ リテーションを行った場合に算定す る。</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の施 設基準]</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担 当する専任の常勤医師が1名以上 配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担 当する常勤の理学療法士、作業療法 士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行 うにつき十分な施設を有している こと。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行 うにつき必要な機械、器具が具備さ れていること。</p> |

- (3) 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。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p> | <p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大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常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p> |

2. 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。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p> | <p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 〇〇〇点^改</p> |

3. 維持期のリハビリテーションについて

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。

回復期等における充実した リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果で明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
 - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において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。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 ○○○点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>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</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割以上が重症の患者であること</u></p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 ○○○点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>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</u></p> |

- (2) 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や、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。

新 休日リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

新 リハビリテーション充実加算（1日につき） 〇〇〇点

[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

2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、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。

改 リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、平均週 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

- (2) 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。

| 現 行 | 改定案 |
|---------------|---------------|
| 【亜急性期入院医療管理料】 | 【亜急性期入院医療管理料】 |

| | |
|---|---|
| <p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p> | <p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。 <u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者であって合併症を有する患者の受け入れ割合が10%以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、他医療機関の7対1入院基本料等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。</u></p> |
|---|---|

がん患者や難病患者に対する リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取り組みを評価する。



がん患者リハビリテーション料（1単位につき） 〇〇〇点

[算定要件]

がんの治療のため入院中の患者に対して 20 分以上の個別リハビリテーションを提供した場合に 1 日 6 単位を限度として算定する。

[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) 100m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なりハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 600点</p> <p>注2 難病患者リハビリテーション料を行った場合に食事を提供した時は48点を加算する。</p> | <p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 〇〇〇点 改</p> <p><u>短期集中リハビリテーション実施加算</u> (1日につき)</p> <p><u>退院後1月以内</u> 〇〇〇点 新</p> <p><u>退院後1月を超え3月以内</u> 〇〇〇点 新</p> |

ケアマネジャーとの連携の評価等について

第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。 | 【総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の患者（ <u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者</u> であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限り）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、 <u>退院後の介護サービスの必要性</u> 等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。 ㊦ |

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。



介護支援連携指導料 〇〇〇点（入院中2回）

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算（B005 注3）を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

第1 基本的な考え方

1. 明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

2. 電子化加算について

平成18年度改定において、医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成23年3月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

第2 具体的な内容

1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半（注1）であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから（注2）、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、全ての患者に対して明細書を無料で発行することとする。

「正当な理由」の考え方（案）

① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等や、付与されていてもその発行に一定以上の時間を要するレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

② 費用徴収関係

上記①のイ又はロに該当する場合

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することが望ましいものとする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するととも

に、地方厚生局にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局に届け出るものとする。

(注1)

レセコンベンダへの聞き取り調査によれば、

- ・ 医科ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 19 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 11 社)
- ・ 歯科ベンダ 16 社中、明細書発行に対応しているベンダは 16 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 14 社)
- ・ 調剤ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 14 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 6 社)

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30 秒程度かかる
とのこと

(注2)

平成 21 年度の検証部会調査(「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」)によれば、明細書を発行している保険医療機関等の 71.0%が無料で明細書を発行しており、患者の 43.4%が無料であれば明細書発行を希望すると回答している。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)を院内に掲示することとする。

2. 電子化加算の見直し



IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



明細書発行体制等加算 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨を領収証に記載し、院内掲示を行っていること。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 【電子化加算】 （初診料に加算） 3点  | 【明細書発行体制等加算】 （再診料に1月につき1回加算） 〇〇〇点  |

3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成 22 年 9 月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の 2 桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は 1、歯科は 3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の 7 桁の番号）

がん患者に対するリハビリテーションについて

1 がん患者に対するリハビリテーションの特性

- がん自体が直接、体力低下や機能障害を引き起こす(例:腕神経層への浸潤による腕の麻痺)ことに加え、手術・化学療法・放射線療法等のがんの治療によっても合併症が起こることから、がんの種類や位置、進行を考慮したリハビリテーションや、治療を導入する際には、治療後に起こりうる障害を見越した治療前からのリハビリテーションが重要。
- 他のリハビリテーション対象疾患(脳卒中、大腿骨頸部骨折等)と異なり、がんは原疾患の進行に伴い、機能障害の増悪、二次的障害が生じるため、進行により生じる様々な症状に対応する必要がある(例:骨転移に伴う神経根症状)。

2 現行の診療報酬上の評価

- 発生した障害の種類により、該当するリハビリテーション料を算定する。
- 術前からのリハビリテーションが認められているのは呼吸器リハビリテーションのみ。

3 がん患者リハビリテーション料の算定要件について

(1) 算定要件

- ア 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。
- イ 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、社会福祉士等の他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。
- ウ 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。

(2) 対象患者

以下の患者について、入院中に限り算定する。

ア 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
例)術前からの呼吸方法や喀痰排出のための訓練等

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あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
例)術前・術後の適宜代用器具等も用いた発声や、嚥下の訓練や肩・肩甲骨等の運動障害に対するリハビリテーション等

ウ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
例)義肢や装具を用いた訓練や、患肢以外の機能獲得のための訓練等

エ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
例)構音障害や麻痺等に対する訓練等

オ 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者
例)心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等

カ がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
例)心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等

キ 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、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
例)自助具等の使用訓練、摂食・嚥下療法、呼吸法の指導等

(3) 施設基準

ア がん患者のリハビリテーションに関する所定の研修を終了した医師が1名以上配置されていること。

イ がん患者のリハビリテーションに関する所定の研修を終了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること。

ウ がん患者のリハビリテーションを行うための十分な専用施設を有していること。

宿題事項について

がん患者のリハビリテーション

がん患者のリハビリテーションに関する研修

1 病院につき、がんのリハビリテーション及び看護に携わる医師・看護師・リハビリテーションスタッフの各職種が参加。

2 日間(約14時間のプログラム)

講義、実習、実演、グループワークから構成される。

(カリキュラムの例)

【1日目】

A(リハビリスタッフ), B(看護師)共通研修

【アイスブレイキング、「がんのリハビリテーション」の問題点】

がんのリハビリを実践する上での問題点(施設の体制、知識や技術の問題、マンパワーの問題など含め)について、研修参加者がグループに分かれて、ワークショップ形式で討論・協同作業を行い、理解を深める。

【がんのリハビリテーションの概要】

がんのリハビリの対象となる疾患や障害、リスク管理、がん医療の臨床現場におけるリハビリスタッフの役割や多職種チーム医療の中での実際の取り組みについて理解を深める

A:リハビリスタッフコース(手術・化学療法・放射線療法とリハビリテーション)

【周術期リハビリテーション 患者評価のポイントと訓練の実際】

開胸・開腹術や乳がん、骨軟部腫瘍などの外科的治療の過程によって生じる、さまざまな障害に対するリハビリテーションを行う際に必要な評価と訓練のポイントを理解する。

【化学療法・放射線療法中・後のリハビリテーション 患者評価のポイントと訓練の実際】

化学療法・放射線療法を行っている患者は活動量が低下しがちであり、廃用症候群を予防・改善するためのリハビリテーションが必要とされる。このセッションでは化学療法・放射線療法の副作用とリスク管理、および実際の訓練におけるリハビリテーションアプローチのポイントを学びながら参加者間でディスカッションする。

B:看護師コース(ベッドサイドで役立つリハビリテーションテクニック)

【ADL・IADL障害・歩行障害】

がん患者の日常生活動作(ADL)・日常生活関連動作(IADL)の特徴、およびおもにベッドサイド等で自律・自立を促す為に工夫できる点などについて理解する。また、筋力・体力低下の予防方法と離床支援の方法を習得する。

【がん患者の摂食・嚥下障害・コミュニケーション障害】

摂食・嚥下障害ではベッドサイドでの評価のポイント・訓練法・代償法・間欠的景観栄養法の管理について。コミュニケーション障害では咽頭摘出後の代用音声、舌がん術後の器質的構音障害への訓練法・補綴療法、さらに失語症などへのアプローチ方法を理解する。

がん患者のリハビリテーションに関する研修

(カリキュラムの例)

【2日目】

A, B 共通研修

【問題を抱える患者にどう対応するか?】

小グループに分かれシナリオを作成し、ロールプレイを行う。他の参加者と議論を交わしながら、他者の気持ちを想像したり、普段と違った役割を演じたりすることで広い視野をもち、実際の場面に応用していくことが目的である。

【進行がん患者に対するリハビリテーション・アプローチ】

がんはステージ病といわれ、早期、進行期、末期という病勢の病勢に伴い、対応方法も異なる。ここでは進行期を取り上げ、局所から全身へという治療展開、がんの集学的治療における有害事象、体力低下と廃用症候群、などの臨床課題を取り上げ、その時点リハビリテーションのポイントについて検討する。

【がんのリハビリテーションに期待すること】

がん医療の第一線で活躍している医師の立場からリハビリスタッフに期待することについてお話頂く

【リンパ浮腫への対応(進行がん患者の浮腫への対応も含め)】

乳がんや婦人科がん術後のリンパ浮腫の病態および予防・治療法および様々な原因により生じる進行がん患者の浮腫への具体的な対応の方法もあわせて理解し、実践する。

【心のケアとリハビリテーション】

がん患者におけるリハビリテーションと心の問題について理解を深めることを目的とする。まず、留意すべきあるいは知っておくべき心の問題や、リハビリテーションと心理面との関わりについて概説する。その後、リハビリテーションを行う際に困難を感じる心の問題について、質疑応答形式でのディスカッションを行う。

【がんのリハビリテーションの問題点の解決】

1日目に抽出した「がんのリハビリテーション」を進めていくにあたっての問題点を元に、参加者それぞれの施設や地域における課題と目標を明確にし、それを実現するための方法を討議する。

【がんのリハビリテーションの実践 西群馬病院での取り組み】

群馬県のがん診療連携拠点病院の西群馬病院緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの取り組みを紹介する。

「(厚労省委託事業)がんのリハビリテーション研修セミナー」

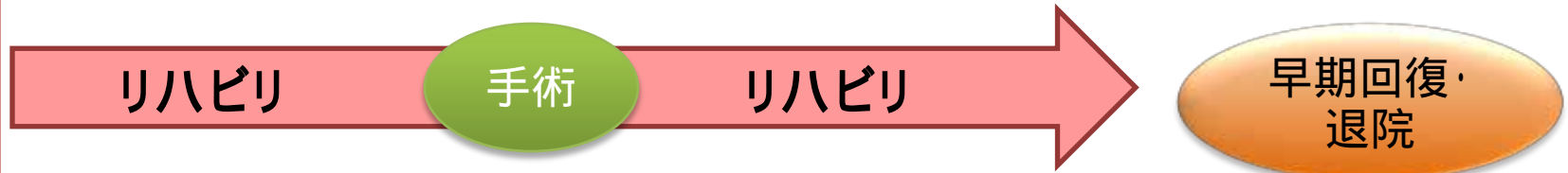
がん周術期のリハビリテーション

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

従前



がん患者リハビリテーション



周術期(手術前後の)呼吸リハビリテーション

- ・食道がん:開胸開腹手術症例では全例が対象。嚥下障害に対する対応も行う。
- ・肺がん、縦隔腫瘍:開胸手術症例では全例が対象
- ・消化器系のがん(胃がん、肝がん、胆嚢がん、大腸がんなど):開腹手術では高リスク例が対象。

頭頸部がんの周術期リハビリテーション

- ・舌がんなどの口腔がん、咽頭がん:術後の嚥下障害、構音障害に対するアプローチ。
- ・喉頭がん:喉頭摘出術の症例に対する代用音声(電気喉頭、食道発声)訓練。
- ・頸部リンパ節郭清術施行後の症例:肩・肩甲骨の運動障害に対するリハビリ。

骨・軟部腫瘍の周術期リハビリテーション

- ・患肢温存術・切断術の症例:術前の杖歩行練習と術後のリハビリ。義足や義手の作成。
- ・骨転移:放射線照射中の安静臥床時は廃用症候群の予防、以後は安静度に応じた対応。

脳腫瘍の周術期リハビリテーション

- ・原発性・転移性脳腫瘍:手術前後の失語症や空間失認など高次脳機能障害、運動麻痺や失調症などの運動障害、ADLや歩行能力について対応。

胸部食道がんの周術期リハビリテーションの流れ

手術決定とともに、食道外科医師からリハビリ科、麻酔科、口腔外科へ依頼

術前評価：摂食・嚥下、発声、呼吸機能、呼吸パターン、併存疾患の有無、リスクスコア評価など

術前呼吸リハビリ開始

入院

術前呼吸リハビリ継続

術前のフィジカルフィットネス評価

手術

手術当日

術後すぐに抜管

術後 1 日目

立位～歩行

術後 2 日目

歩行

術後 7 日目

水のみテスト、VFで評価し食事開始可能か判断

食事場面の観察、嚥下訓練

術後 8 日目

リハビリ室での訓練開始
リコンディショニング目的で
歩行訓練継続、自転車エルゴメータなど

術後 2 1 日目

退院時のフィジカルフィットネス評価

深呼吸の指導、痰の自己喀出励行
インセンティブ・スパイロメトリ
気管支鏡で排痰、呼吸介助併用
肩・肩甲帯のROM訓練、下肢の運動指導
安静度に応じて座位・立位・歩行訓練

退院

外来

自宅での活動性、摂食・嚥下、栄養状態などチェック、ホームプログラムの指導

(嚥下障害に対する)頭頸部がんの周術期リハビリ・プログラム

術前カンファレンス: 頭頸科医師、形成外科医師、歯科口腔外科医師、リハビリ科医師
言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、病棟看護師

入院

術前評価: 摂食・嚥下、口唇、舌の動き、発声、構音、頸部・肩の機能障害、併存疾患の有無

術後の障害と機能回復、リハの進め方を説明

口腔ケア: 歯科で口腔内の診査と口腔衛生の指導

手術

術後2~3日

口唇周囲運動、腹式呼吸・排痰法指導、口腔ケア、肩甲帯のリラクゼーション、自動運動

間接嚥下訓練も徐々に開始

VFで評価し、食事開始可能か判断

カフ付きカニュレ スピーチカニュレ
気管カニュレの抜去

(必要あれば)直接嚥下訓練

食事 開始

経鼻留置チューブ
OE法・PEGの検討

食事場面の観察、指導、嚥下訓練継続

退院

外来

訓練継続、ホームプログラムの指導

食道がんに対する開胸開腹術後の 呼吸合併症発生率比較

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

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

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

静岡がんセンター 食道がん術死0%、在院死0.8%

周術期呼吸リハビリテーションのエビデンス

Olsenら (*Br J Surg*, 1997)

呼吸リハビリ施行群と対照群との間では、肺機能そのものに差は認めなかったが、術後第1～3病日で酸素飽和度はリハビリ施行群で有意に高かった。

Hallら (*Lancet*, 1991)

腹部外科手術後の呼吸器合併症の予防において、インセンティブスパイロメトリー (Incentive spirometry; IC) と呼吸理学療法とでは同等の効果。

Hallら (*BMJ*, 1996)

深呼吸訓練とICとの比較では、低リスクの患者では深呼吸訓練が、高リスクの患者ではICによる訓練が、有意に腹部外科手術後の呼吸器合併症の発生を有意に減少。

Thomasら (*Physical Therapy*, 1994)

メタ分析の結果から、術前後の包括的な呼吸リハビリ (術前からの呼吸訓練、体位排痰法、IC、呼気陽圧バルブ、腹式呼吸、早期離床などの併用) を行うことにより、呼吸器合併症、在院期間は有意に減少。

宮川 (*人工呼吸*, 1998)

メタ分析の結果、個々の方法では効果の違いはないが、包括的な呼吸理学療法は、術後呼吸器合併症を有意に減少させ、在院期間も有意に短縮。

放射線・化学療法や血液幹細胞移植中のがん患者に対する リハビリテーション

放射線・化学療法等を行っているがん患者は、がんそのものや治療の副作用による痛み、嘔気、全身倦怠感や栄養障害、骨髄抑制による隔離状態等が原因で臥床しがちであり、廃用症候群に陥るおそれがある。



手術後や放射線・化学療法中のがん患者の70% 疲労感や運動能力の低下
がん治療終了後の生存患者の30% 何年も体力や持久力低下を経験。

造血幹細胞移植：運動障害をもたらす要因

| | |
|----------------------------------|--|
| 原疾患の影響 | 貧血、神経障害、骨関節障害、疼痛など |
| 併存疾患の影響 | 神経筋系、骨関節系、心肺系の障害 |
| 化学療法の副作用 | 心機能障害、末梢神経障害 |
| BMT前処置 (全身放射線照射 + 超大量化学療法) | 嘔気・嘔吐・下痢などの消化器症状、口腔内粘膜障害、食欲不振、倦怠感など→体力消耗 |
| 無菌室隔離 | 活動性低下→廃用症候群、心理的ストレス |
| 急性GVHD | 皮膚・粘膜の障害、肝障害、下痢→体力消耗→廃用進行 |
| 慢性GVHD | 強皮症様症状(皮膚硬化、関節拘縮、関節痛)、粘膜炎、食欲不振、体重減少、間質性肺炎→活動性低下 日光過敏性→外出機会の減少 |
| ステロイド | ミオパチー、骨粗鬆症、精神症状 |
| 感染症 | 感染の直接的影響 + 隔離の影響 |

放射線/化学療法/末梢血幹細胞移植中/後の全身性持久カトレーニングの効果

| 著者 | 対象患者 | トレーニングのプロトコール | 結果 |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| MacVicar et al, 1989 ²⁷⁾ | 乳がんで化学療法中の患者45例 | 60-85%VO ₂ max でエルゴメーターを週3回、10週間 | VO ₂ max が40%増加 |
| Mock et al, 1997 ²⁸⁾ | 乳がんで放射線療法中の患者46例 | 自分のペースで20-30分のウォーキングを週4-5回、6週間 | 12分間歩行テストの改善, 心理テストでの疲労・不安・睡眠障害など愁訴の減少 |
| Nieman et al, 1995 ²⁹⁾ | 乳がんで化学療法後の患者12例 | 75%VO ₂ max のウォーキングを30分、週3回、8週間と、筋力トレーニングの併用 | 心肺機能の改善(運動中の心拍数増加が少ない)、6分間歩行テストの改善、筋力の改善 |
| Dimeo et al, 1997 ³⁰⁾ | 乳がんなどで末梢血幹細胞輸血をうけた患者70例 | 移植時から、70%VO ₂ max のベッドエルゴメーターを、15分、毎日、約2週間(退院まで) | 最大歩行速度の低下が少ない、入院期間が短い、下痢の重症度が少ない、血球減少期間が短い、疼痛が少ない |
| Dimeo et al, 1997 ³¹⁾ | 乳がん、リンパ腫などで化学療法と末梢幹細胞移植をうけた患者32例 | 退院時から、80%VO ₂ max のトレッドミルを、30分、週5日、6週間 | 最大歩行速度の改善、ヘモグロビン値の上昇、疲労感が少ない |
| Burnham et al, 2002 ³²⁾ | 治療を終えた乳がん、大腸がん患者19例 | 軽運動群は、25-35% (10週で40%まであげていく)HRR、中運動群は40-50% (10週で~60%まで)HRR の有酸素運動(トレッドミル、エルゴメーター、階段昇降)を32分、週3回、10週間 | 軽・中運動群いずれもVO ₂ max の増加、最大歩行速度の改善、体脂肪率の減少、体柔軟性の改善、QOLの改善 |
| Courneya et al, 2003 ³³⁾ | 治療を終えた、閉経後の乳がん患者52例 | 70-75%VO ₂ max のエルゴメーターを、35分、週3日、15週間 | VO ₂ maxの増加、QOLの改善 |
| Courneya et al, 2003 ³⁴⁾ | 何らかの治療中のがん患者96例 | グループ心理療法とフィジカルリハ(65-75%VO ₂ max のウォーキングを20-30分、週3-5回、10週間)の併用(コントロールはグループ心理療法のみ群) | 心肺機能がリハ併用群で良い傾向、疲労感が少ない、身体面の改善の自覚、QOLの改善 |
| Segal et al, 2003 ³⁵⁾ | ホルモン療法をうけている前立腺がん患者135例 | 最大負荷可能量の60-70%の負荷でのチェストプレス、レッグプレスでの筋力トレーニング8-12回を2セット,週3回、12週間 | 筋力、疲労感の改善、QOLの改善 |

研究デザインはすべてランダム化比較試験、対照はトレーニング未施行群

VO₂max: 最大酸素摂取量、HRR: Heart Rate Reserve(心拍余裕=最大心拍数 - 安静心拍数)

有酸素運動は、大量化学療法 + 自己末梢血幹細胞移植後の 治療関連合併症を軽減する。

Dimeo F et al: Effects of aerobic exercise on the physical performance and incidence of treatment-related complications after high-dose chemotherapy. Blood 90(9): 3390-3394,1997

対象：乳がんなどで化学療法 + PBSCTを受けた入院患者70例。 **デザイン**：RCT (33/37)。
期間：化学療法開始時から約2週間毎日。
訓練内容：50-70%VO₂ maxのベッドエルゴメータを30分間。

移植後の 骨髄抑制・副作用・入院期間 に影響をおよぼす因子（重回帰分析）

| エンドポイント | 予測因子 | | | | | |
|-----------------|------|------|---------|----------|-------|------|
| | 年齢 | BMI | カルボプラチン | 入院時の運動能力 | 幹細胞の数 | 訓練 |
| | P | P | P | P | P | P |
| 活動性の低下 | 0.05 | 0.32 | 0.52 | 0.06 | 0.70 | 0.01 |
| 白血球減少の期間 | 0.02 | 0.76 | 0.20 | 0.18 | 0.08 | 0.01 |
| 血小板減少の期間 | 0.44 | 0.69 | 0.13 | 0.24 | 0.09 | 0.07 |
| 痛みの重症度（WHOスケール） | 0.23 | 0.24 | 0.72 | 0.42 | 0.18 | 0.03 |
| 下痢の重症度（WHOスケール） | 0.60 | 0.95 | 0.18 | 0.46 | 0.21 | 0.02 |
| 入院期間 | 0.80 | 0.21 | 0.81 | 0.24 | 0.13 | 0.04 |

進行がん・末期がん患者のリハビリテーション

【目的】

「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の要望 (Demands) を十分に把握した上で、その時期におけるできる限り可能な最高のADLを実現すること」

1. 疼痛や苦痛を緩和する。
2. 痛みや筋力低下をカバーする方法を指導しADL拡大を図る。
3. 精神的な援助を行なう。

(仲正宏:看護技術、2006年)

【具体的内容】

1. ADL・基本動作・歩行の安全性の確立、能力向上
 - ・残存能力の活用及び車椅子、杖、手すり、自助具等の器具の活用方法の習得
 - ・廃用による四肢筋力低下及び節拘縮の維持・改善
2. 安全な栄養摂取の手段の確立
 - 代償手段の獲得等、摂食・嚥下療法
3. 在宅復帰に向けた準備
 - 自宅の環境評価とアドバイス、ホームプログラムの習得
4. 疼痛緩和
 - 物理療法(温熱、冷却、レーザー、TENS....)の活用
 - 補装具、杖等を用いた疼痛を最小限に抑える動作の習得
5. 呼吸苦の緩和
 - 呼吸法、呼吸介助、リラクゼーション

緩和ケアのリハビリテーションの効果に関する研究

ホスピス入院中の終末期患者301名(6年6か月)を対象に
終末期リハビリテーションの効果を検討



ADLに障害のあった239名をBarthel Indexの移乗/移動項目で評価
リハビリテーション開始時のスコア: 12.4点
ADL訓練行い到達した最高スコア: 19.9点

169名の家族から得られたアンケート
ホスピスケアに満足: 98%
リハビリテーションに満足: 78%

訓練内容

ADL訓練(移乗、移動中心)が70%以上
その他: 座位バランス訓練、浮腫への対応、ポジショニング、
持久力訓練、肺理学療法、嚥下訓練、ROM訓練、低周波

宿題事項について

介護保険との連携について

介護支援専門員の悩み

○ 介護支援専門員が処遇困難と感じる利用者像

| N=1,472人(複数回答) | |
|---------------------------|-------|
| | 割合(%) |
| 全体 | 100.0 |
| 独居の利用者 | 33.9 |
| 家族の意向が強く振り回される利用者 | 32.2 |
| 本人と家族の意向が異なる利用者 | 32.1 |
| ケアマネが必要と考えるサービスを受け入れない利用者 | 29.1 |
| 認知症など意思表示が困難な利用者 | 26.8 |
| 自己負担できる金額に制限のある利用者 | 24.7 |

○ 他機関との連携に関する悩み

| N=2,062人(複数回答) | |
|---------------------------|-------|
| | 割合(%) |
| 全体 | 100.0 |
| 主治医との連携が取りにくい | 57.2 |
| 市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い | 29.5 |
| サービス事業者・担当者からの情報提供が少ない | 22.2 |
| サービス事業者・担当者と日程的に会議が開催できない | 17.8 |
| サービス事業者にサービス提供票を作成・送付する手間 | 15.1 |

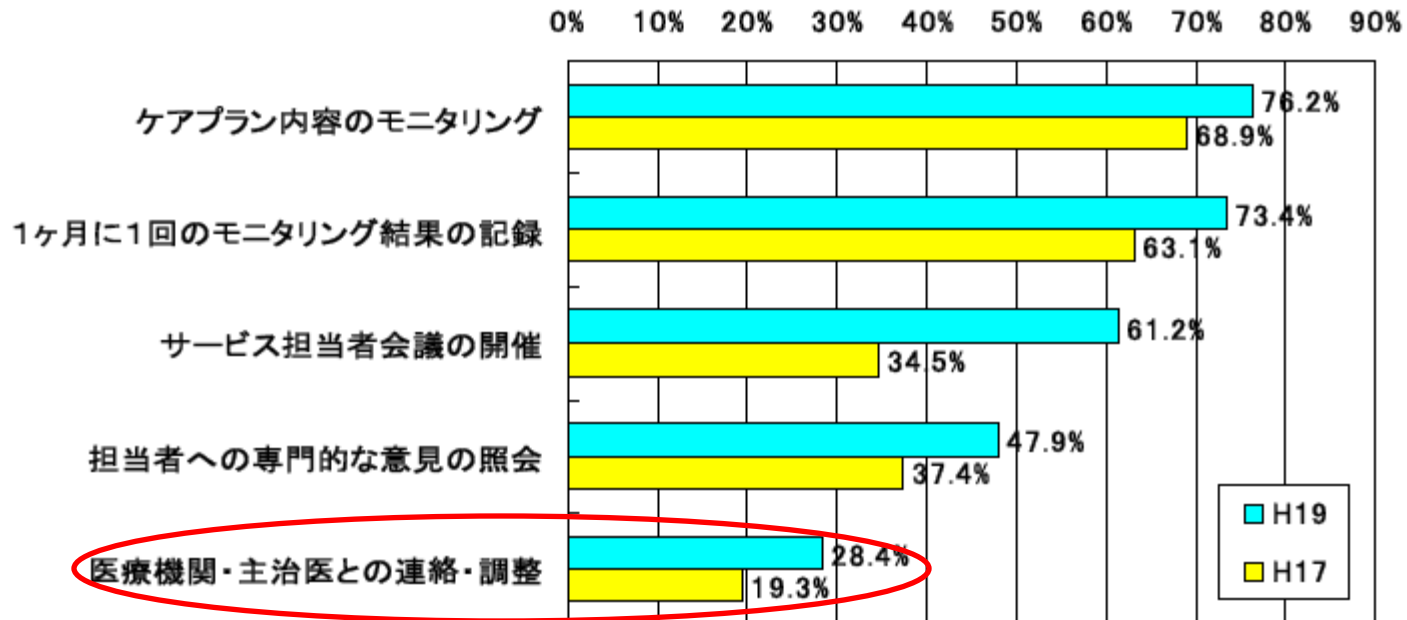
※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成19年株式会社三菱総合研究所)

一主治医意見書を入力している割合一



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成17、19年株式会社三菱総合研究所)

・ケアマネジメントの業務プロセスに関して、介護支援専門員が、自分の担当ケースに対して「ほぼ全員にできている」と回答した割合が増加



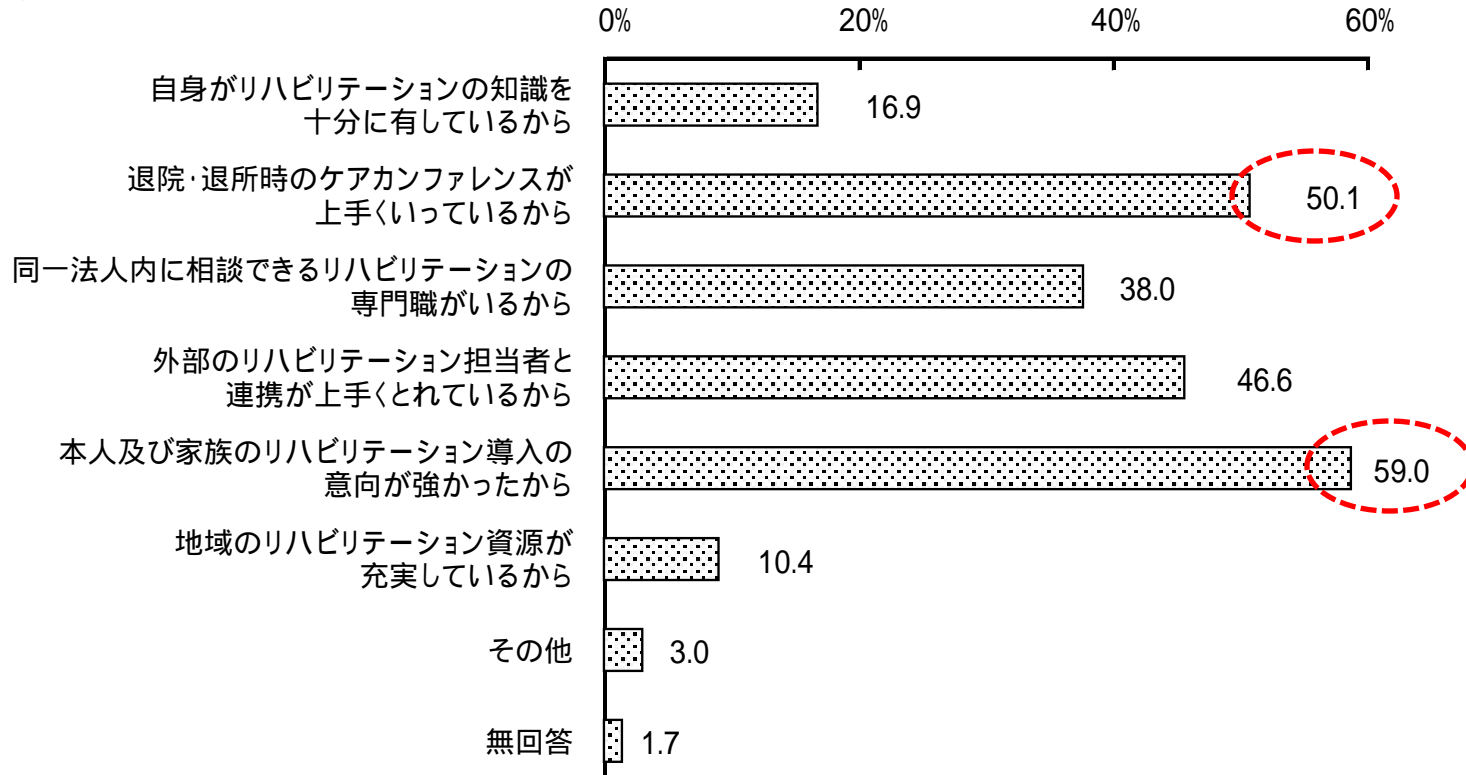
居宅介護支援専門員へのアンケート調査結果

担当する利用者へ適切にリハビリテーションサービスを「導入できている」「ほぼ導入できている」と回答したケアマネジャーに対し、リハビリテーションが適切に導入できている理由を尋ねたところ、「退院・退所時のケアカンファレンスがうまくいっているから」という回答が50.1%に見られた。

【リハビリテーションが適切に導入できている理由 (Q5_1)】

(N=597)

(複数回答)

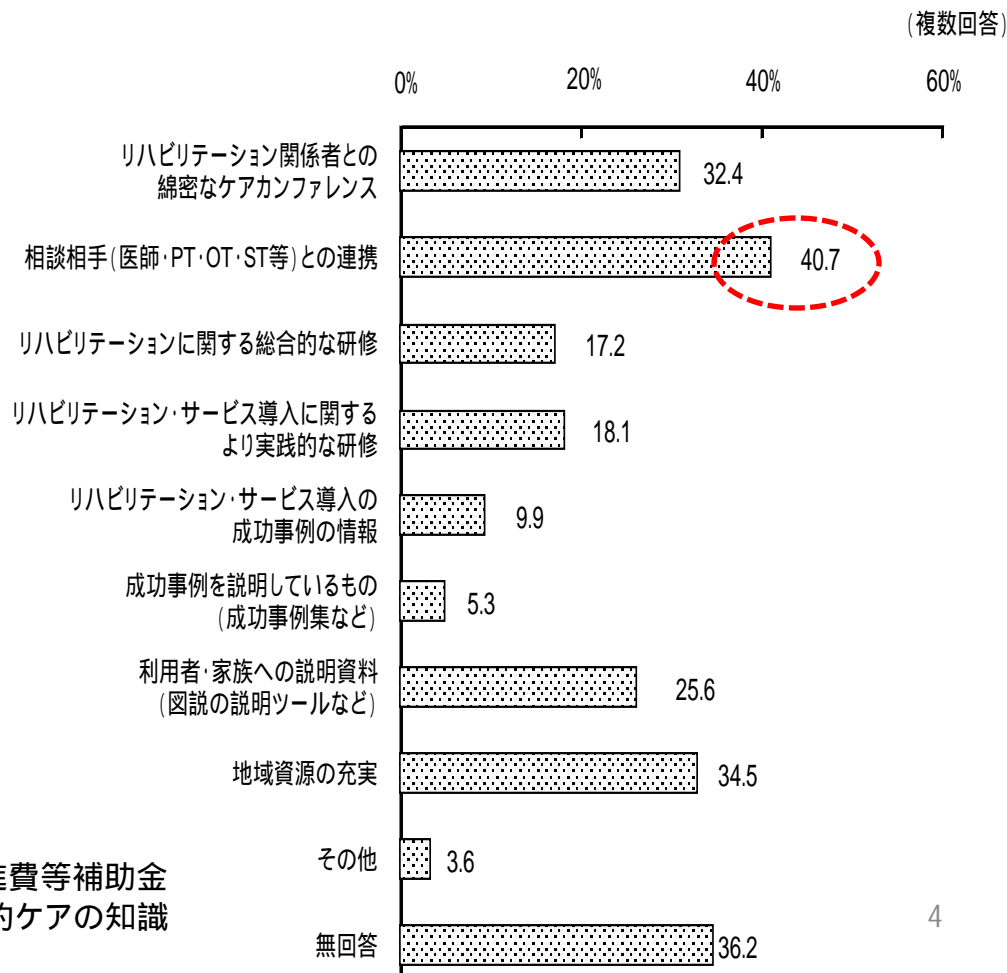
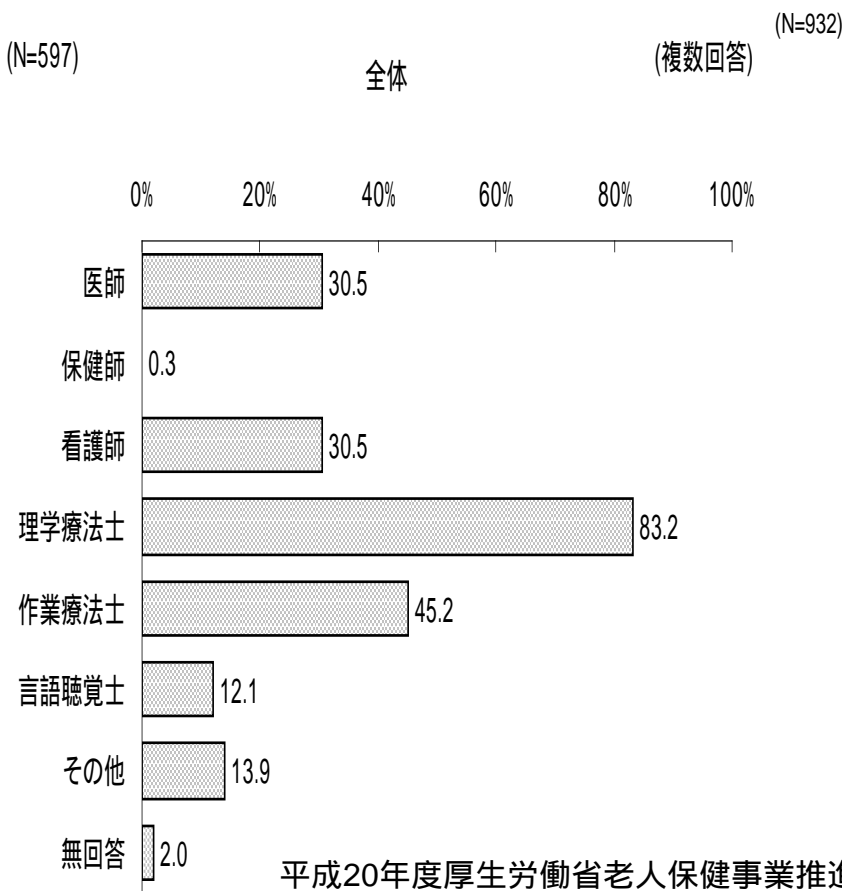


居宅介護支援専門員へのアンケート調査結果

リハビリテーションサービスが「導入できている」「ほぼ導入できている」と回答した人にサービス導入時の相談相手や連携相手を訪ねると「理学療法士」が83.2%で最も多かった。
 リハビリテーションサービスを円滑に導入し、効果的に実施するために必要なこととして、40.7%のケアマネジャーが「相談相手(医師・PT・OT・ST等)との連携」をあげた。

【リハ導入時の相談相手、連携が上手にとれている相手の職種 (Q5_2)】

【リハビリテーション・サービスを円滑に導入し効果的に実施するために必要なもの (Q6_2)】

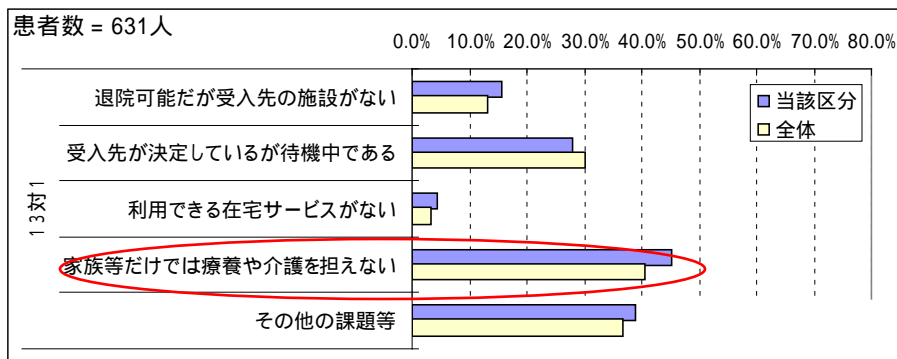
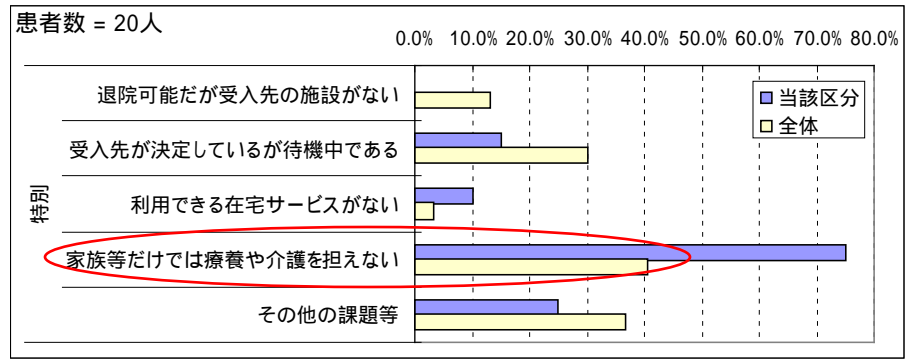
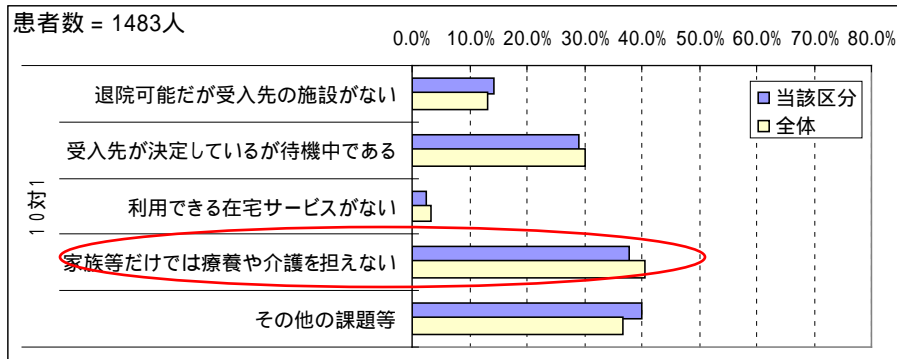
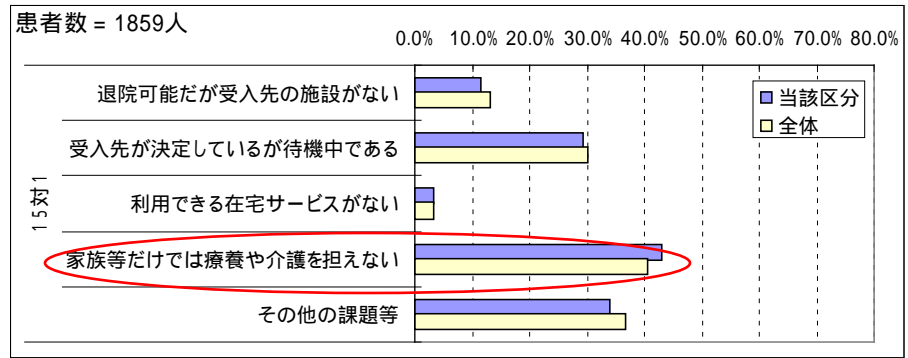
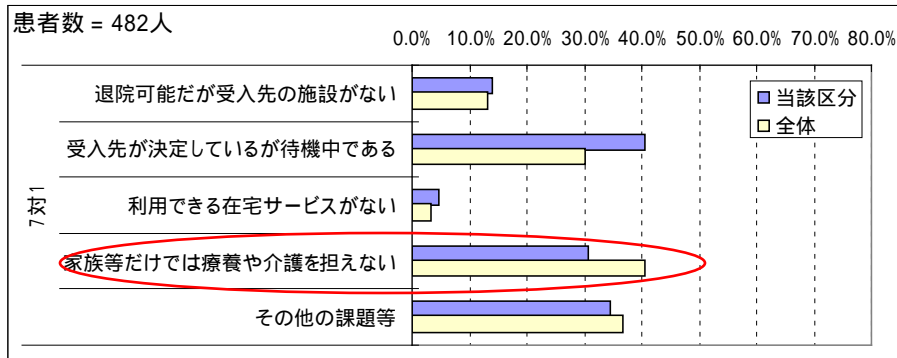


平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
 介護支援専門員(ケアマネジャー)の医療的ケアの知識
 向上のための調査研究事業

退院に向けた問題点・課題

退院支援状況報告書(脳卒中患者)の分析結果

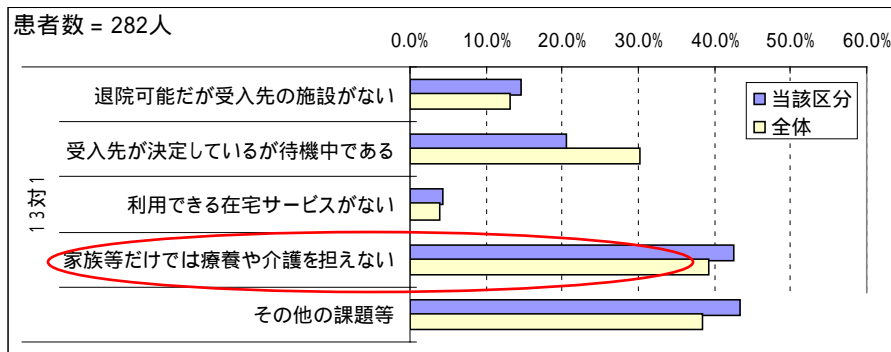
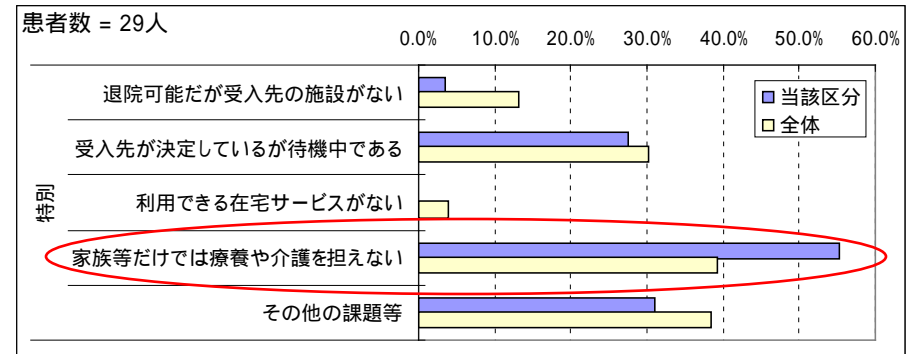
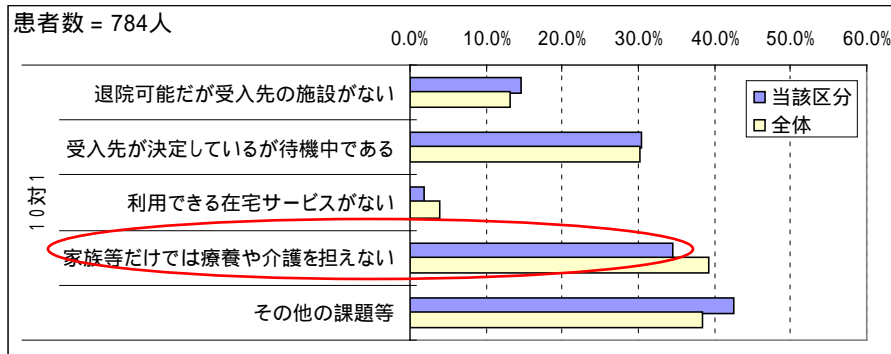
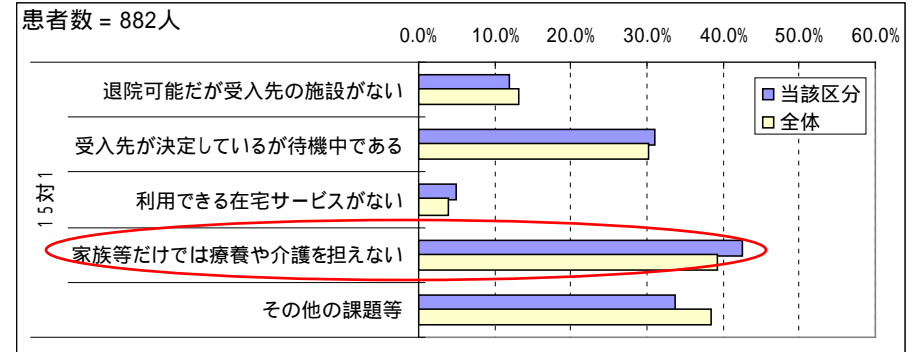
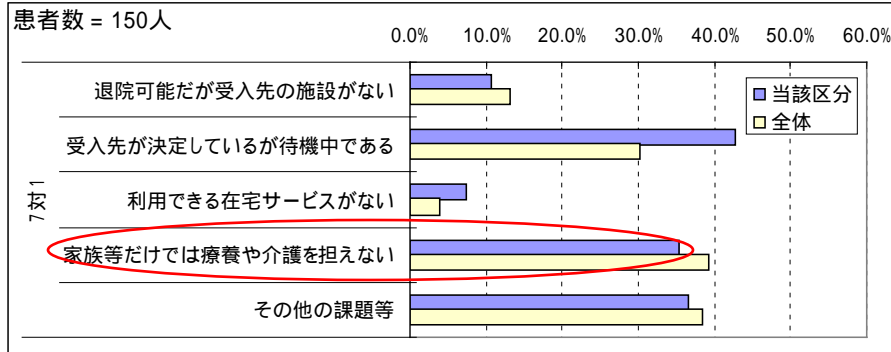
脳卒中後遺症により一般病棟に90日を超えて入院し、退院支援状況報告書を提出した患者の退院に向けた問題点・課題において、「家族等だけでは療養や介護が担えない」が多く見られる。



退院に向けた問題点・課題

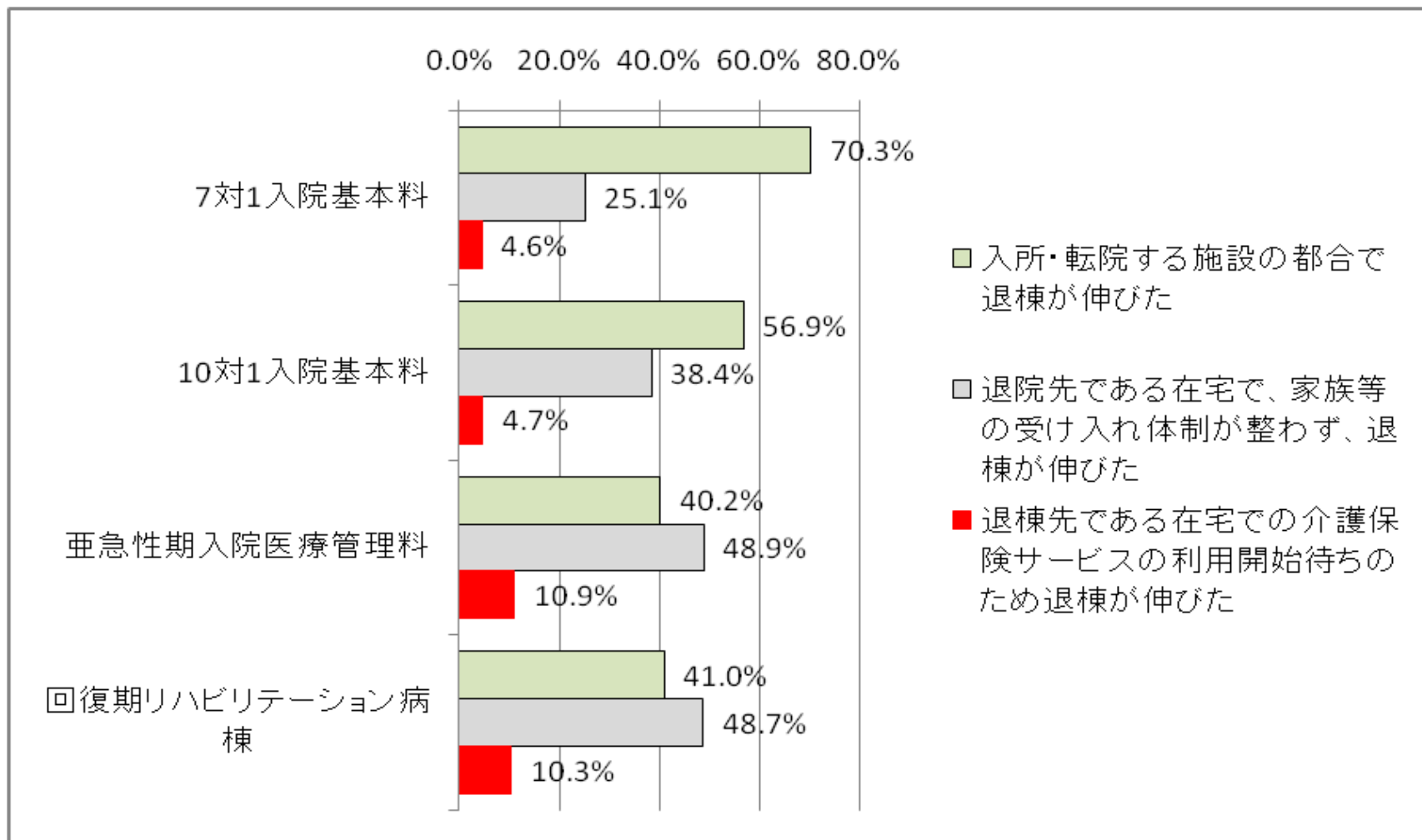
退院支援状況報告書(認知症患者)の分析結果

認知症により一般病棟に90日を超えて入院し、退院支援状況報告書を提出した患者の退院に向けた問題点・課題において、「家族等だけでは療養や介護が担えない」が多く見られる。



退棟までの経緯

一般病棟7対1入院基本料・10対1入院基本料、亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する各病棟において、医学的な理由以外で、想定された入院期間内に退棟できなかった患者について、「退棟が伸びた」理由について分析したところ、亜急性期病棟・回復期病棟において「在宅での介護保険サービスの利用開始待ち」が10%程度見られた。



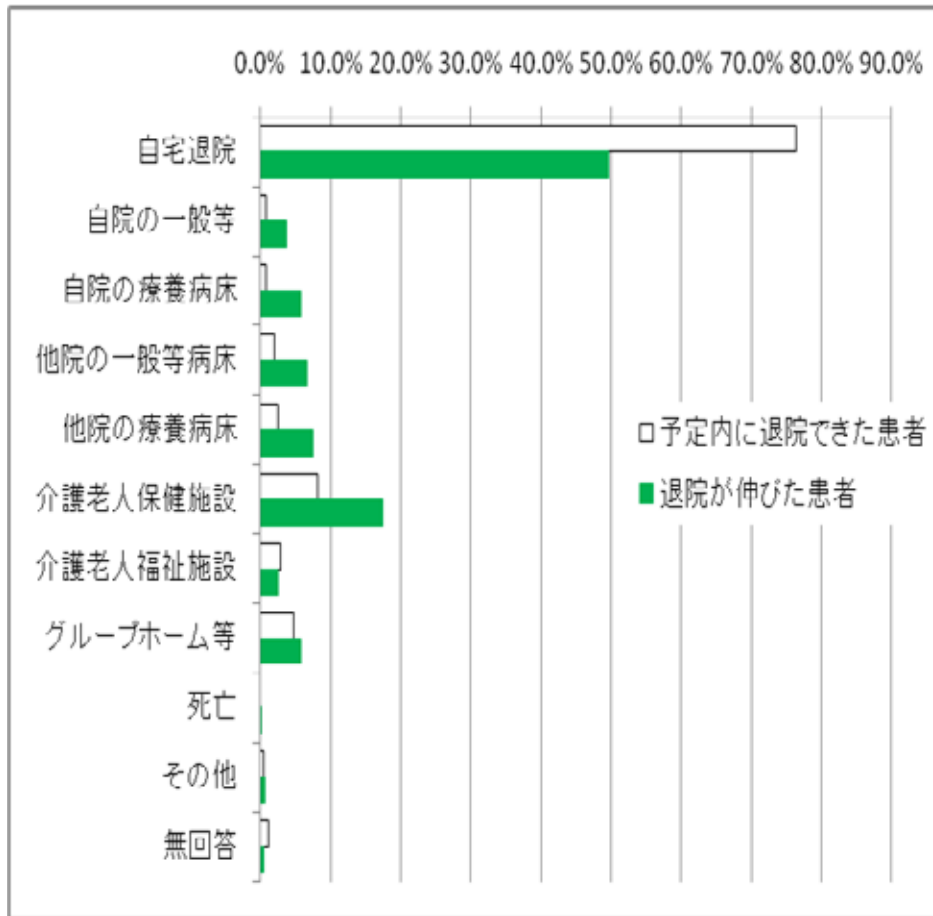
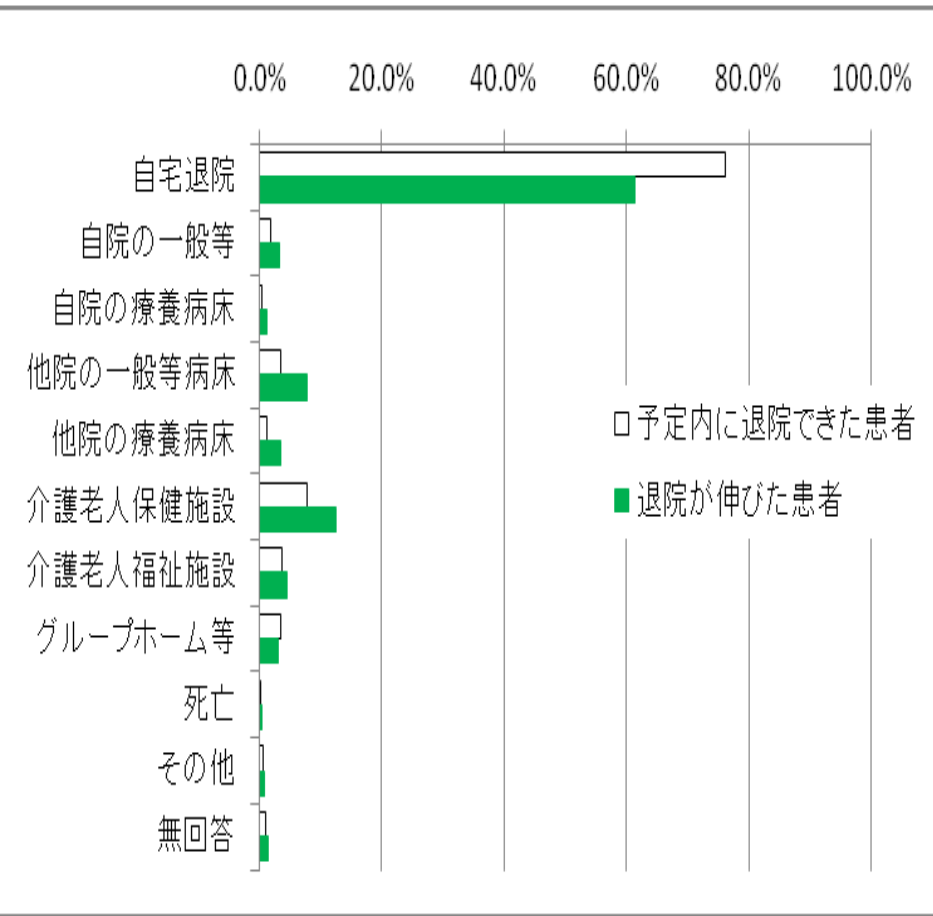
(平成21年度 検証部会調査(速報))

各病棟における予定通りに退院できた患者と退院が伸びた患者の退棟先

亜急性期入院医療管理料算定病床、回復期リハビリテーション病棟において、退院が伸びた患者の退院先は、予定内に退院できた患者と比較して、療養病床や、介護老人保健施設等の施設が多く見られた。

亜急性期入院医療管理料算定病床

回復期リハビリテーション病棟入院料算定病床



医療・介護連携に係る診療報酬改定項目(案)

1. 総合評価加算

- ・高齢者の入院時に総合的な機能の評価を行い、問題点を抽出する。
- ・機能評価の結果や、患者の療養上の希望等も踏まえ、介護サービス導入について患者に情報提供し、導入の希望があるか確認する。



2. 介護支援連携指導料

- ・総合評価の結果に基づき、
新たに介護サービスを導入する必要がある患者の場合、患者の選択したケアマネジャーと連携。退院後の介護サービスに関する情報提供や、認定申請等を含めた共同指導を行う。
入院前から介護サービスを利用している患者の場合、認定の区分変更等の必要性があればかかりつけのケアマネジャーと共同で状態の確認や必要な手続きを行う。
- ・退院前の段階で、ケアマネジャーとともに、退院後の介護サービスに係る情報提供を含めた共同指導を行う。

3. 退院時共同指導料

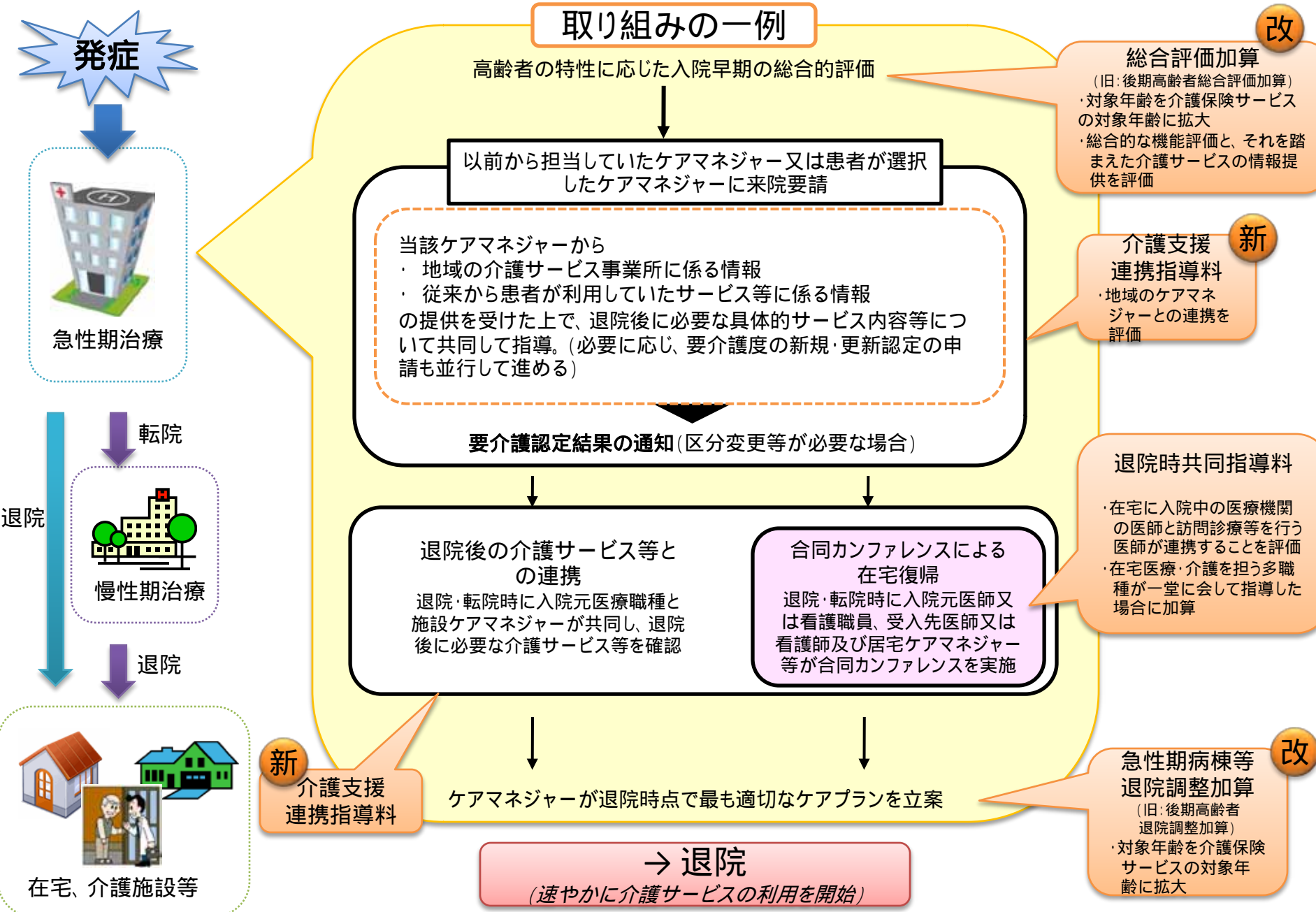
治療が終了し、退院となった際に、在宅療養を担う主治医と合同でカンファレンスを行う。

(多職種が連携した場合に加算対象となる)

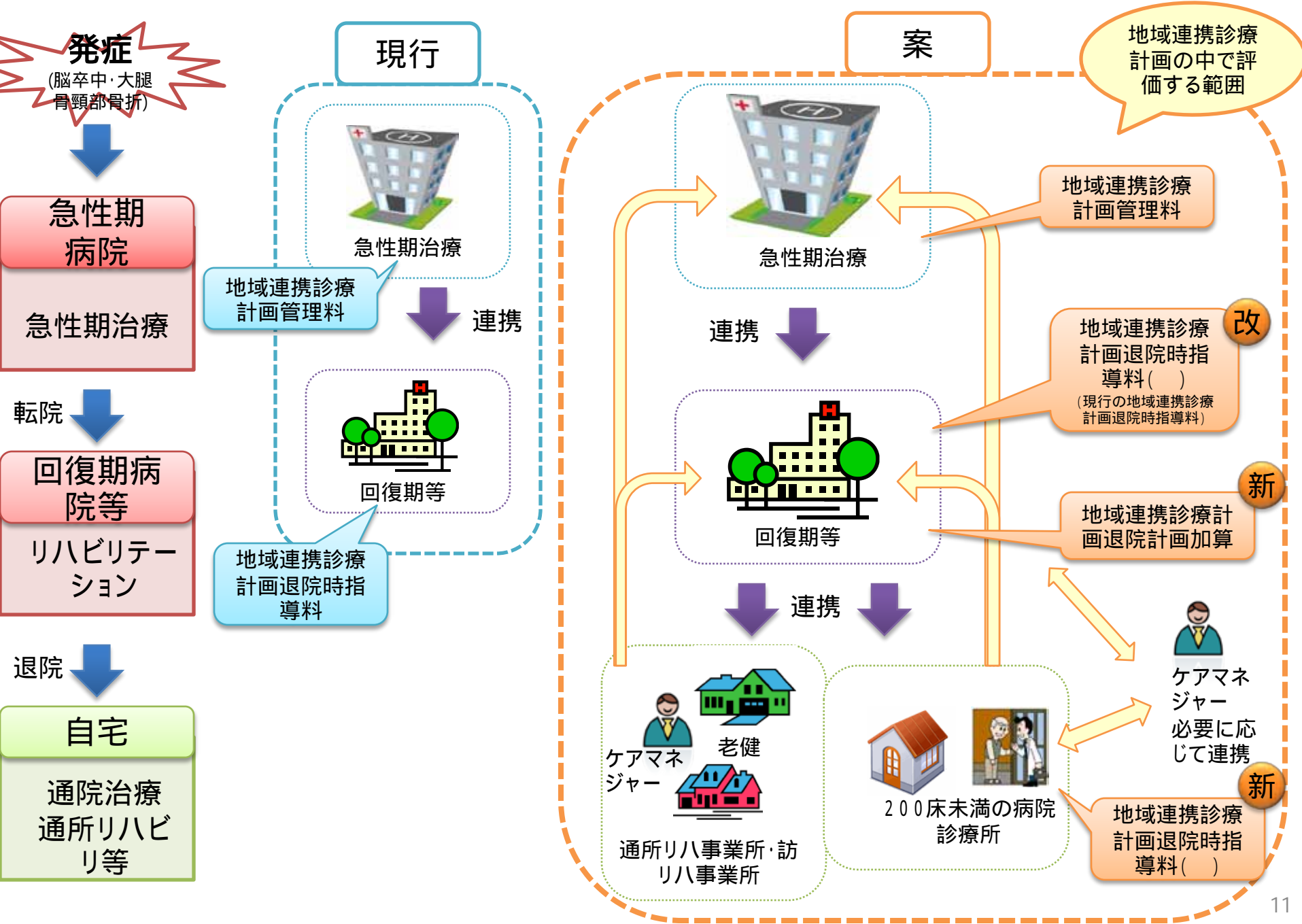
4. 急性期病棟等退院調整加算

退院困難な者に対して、一連の調整を行った結果、退院できた場合に算定する。

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



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



参考資料(明細書関係)

| | |
|----------------------------|----|
| 1. 各種様式について | |
| (1) 領収証の様式 | 1 |
| (2) 明細書の様式 | 3 |
| (3) レセプトの様式 | 6 |
| 2. 明細書発行に関するこれまでの議論の整理について | 11 |
| 3. 宿題事項(安達委員からのご質問) | 13 |
| 4. 明細書発行の一部義務化の実施状況調査 | |
| 結果概要(抜粋) | 15 |
| 5. 電子レセプト請求に向けたスケジュール | 16 |

注)ここでいう明細書とは、診療報酬請求の際のレセプトのことではなく、個別の算定項目の費用のわかる明細書のことをいう。

1. 各種様式について

(1) 領収証の様式

【医科】

領 収 証

| | | | | | | | |
|-----------|-------------|---------------------|----------|---------|------|-------------|-------|
| 患者番号 | 氏 名 | 請 求 期 間 (入院の場合) | | | | | |
| | 様 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | |
| 受診科 | 入・外 | 領収書No. | 発 行 日 | 費 用 区 分 | 負担割合 | 本・家 | 区 分 |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | |
| 保 険 | 初・再診料 | 入院料等 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検 査 | 画像診断 | 投 薬 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | 注 射 | リハビリテーション | 精神科専門療法 | 処 置 | 手 術 | 麻 酔 | 放射線治療 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 病理診断 | 診断群分類 (DPC) | 食事療養 | 生活療養 | | | | |
| 点 | 点 | 円 | 円 | | | | |
| 保 険 外 負 担 | 評価療養・選定療養 | その他 | | | 保 険 | 保 険 (食事・生活) | 保険外負担 |
| | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | (内訳) | (内訳) | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | 領収額 | | | 円 |
| | | | | 合 計 | | | 円 |

【 歯科 】

領 収 証

| | | |
|------|-----|---------------------|
| 患者番号 | 氏 名 | 請求期間 (入院の場合) |
| | 様 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |

| 受診科 | 入・外 | 領収書No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 | 区分 |
|-----|-----|--------|----------|------|------|-----|----|
| | | | 平成 年 月 日 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------|-----------|-------|------|-----|-------|------------|
| 保 険 | 初・再診料 | 入院料等 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検 査 | 画像診断 | 投 薬 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | 注 射 | リハビリテーション | 処 置 | 手 術 | 麻 酔 | 放射線治療 | 歯冠修復及び欠損補綴 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | 歯科矯正 | 病理診断 | 食事療養 | 生活療養 | | | |
| | 点 | 点 | 円 | 円 | | | |

| | | |
|-------|-----------|------|
| 保険外負担 | 評価療養・選定療養 | その他 |
| | | |
| | (内訳) | (内訳) |
| | | |

| | | | |
|------------|-----|----------------|-------|
| | 保 険 | 保 険 (食事・生活) | 保険外負担 |
| 合 計 | 円 | 円 | 円 |
| 負担額 | 円 | 円 | 円 |
| 領収額 合 計 | | | 円 |

【 調剤 】

領 収 証

| | |
|------|-----|
| 患者番号 | 氏 名 |
| | 様 |

| 領収証No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 |
|--------|----------|------|------|-----|
| | 平成 年 月 日 | | | |

| | | | | |
|-----|-------|-------|-----|-----------|
| 保 険 | 調剤技術料 | 薬学管理料 | 薬剤料 | 特定保険医療材料料 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 |

| | | |
|-------|-----------|------|
| 保険外負担 | 評価療養・選定療養 | その他 |
| | | |
| | (内訳) | (内訳) |
| | | |

| | | |
|------------|-----|-------|
| | 保 険 | 保険外負担 |
| 合 計 | 円 | 円 |
| 負担額 | 円 | 円 |
| 領収額 合 計 | | 円 |

(2) 明細書の様式

【入院】

診療明細書(記載例)

| | | | | |
|------|----|---------|-----|------------|
| 入院 | 保険 | | | |
| 患者番号 | 氏名 | ○○ ○○ 様 | 受診日 | YYYY/MM/DD |
| 受診科 | | | | |

| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 |
|------|--|------|----|
| 医学管理 | * 薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者) | 430 | 1 |
| 注射 | * 点滴注射 | 426 | 1 |
| | ニトロール注100mg 0.1%100mL 1瓶 | | |
| | 生理食塩液500mL 1瓶 | | |
| | * 点滴注射料 | 95 | 1 |
| | * 無菌製剤処理料2 | 40 | 1 |
| 処置 | * 救命のための気管内挿管 | 500 | 1 |
| | * カウンターショック(その他) | 3500 | 1 |
| | * 人工呼吸(5時間超) 360分 | 819 | 1 |
| | * 非開胸的心マッサージ 60分 | 290 | 1 |
| 検査 | * 微生物学的検査判断料 | 150 | 1 |
| | * 検体検査管理加算(2) | 100 | 1 |
| | * HCV核酸定量 | 450 | 1 |
| リハビリ | * 心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 | 230 | 12 |
| 入院料 | * 一般病棟入院10対1入院基本料 | 1728 | 7 |
| | 一般病棟入院期間加算(14日以内) | | |
| | * 50対1補助体制加算 | 185 | 1 |
| | * 救命救急入院料1(3日以内) | 9700 | 3 |
| | * 救命救急入院料1(4日以上7日以内) | 8775 | 2 |

【 外来 】

診療明細書(記載例)

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|---------|-----|------------|
| 患者番号 | 入院外 | 氏名 | 保険 | 〇〇 〇〇 様 | 受診日 | YYYY/MM/DD |
| 受診科 | | | | | | |

| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 |
|-------|--|------|----|
| 基本料 | * 外来診療料 | 70 | 1 |
| 在宅 | * 在宅自己注射指導管理料 | 820 | 1 |
| | * 血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る) | 1320 | 1 |
| 処方 | * 処方せん料(その他) | 68 | 1 |
| 検査 | * 生化学的検査(1)判断料 | 144 | 1 |
| | * 血液学的検査判断料 | 125 | 1 |
| | * B-V | 11 | 1 |
| | * 検体検査管理加算(1) | 40 | 1 |
| | * 血中微生物 | 40 | 1 |
| | * 生化学的検査(1)(10項目以上) | 129 | 1 |
| | ALP | | |
| | LAP | | |
| | γ-GTP | | |
| | CPK | | |
| ChE | | | |
| Amy | | | |
| TP | | | |
| Alb | | | |
| BIL/総 | | | |
| BIL/直 | | | |
| 画像診断 | * 胸部 単純撮影(撮影) デジタル映像化処理 画像記録用フィルム(半切) 1枚 | 197 | 1 |

【DPC】

診療明細書(記載例)

| | | | | | | |
|------|----|----|----|---------|-----|------------|
| 患者番号 | 入院 | 保険 | 氏名 | 〇〇 〇〇 様 | 受診日 | YYYY/MM/DD |
| 受診科 | | | | | | |

| 区分 | 項目名 | 点数 | 回数 |
|----------------|---|-------|----|
| 診断群分類 (DPC) | * DPC 5日間包括算定 | 13844 | 1 |
| 医薬品 | * フロモックス錠100mg ビフィダー * 点滴注射 ラクテックG注500mL ブスコパン注射液 フルマリン静注用1g 生食100mL * 点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL | | |
| 検査 | * 末梢血液一般検査 * CRP定量 * 血液採取(静脈) * 血液学的検査判断料 * 免疫学的検査判断料 | | |

使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する

(3) レセプトの様式

【医科入院】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|---------------------------|--------------|---------------------------|----------------------|--|----------------------|---|---------------|---|
| ○ 診療報酬明細書 (医科入院) | | | | | | | | | | 都道府県番号 | | 医療機関コード | | 1 医科 | 1 社・国 2 公費 | | 3 後期 4 退職 | | 1 単独 2 2併 3 3併 | | 1 本入 3 六入 5 家入 | | 7 高一 9 高入7 | |
| | | | | | | | | | | 平成 年 月 分 | | - | | - | | - | | - | | - | | - | | - |
| 公費負担者番号① 公費負担者番号② | | | | | | | | | | 公費負担医療の受給者番号① 公費負担医療の受給者番号② | | 保険者番号 | | 給付割合 10 9 8 7 () | | 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | | | | | | | | |
| 区分 精神 結核 療養 氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | | | | | | | | | 特記事項 | | 保険医療機関の所在地及び名称 | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 (1) (2) (3) | | | | | | | | | | 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 | | 転治ゆ 死亡 中止 帰 | | 診療実日数 ① 公費① ② 公費② | | 日 日 日 | | | | | | | | |
| 1 1 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費分点数 1 3 医学管理 1 4 在宅 2 0 投薬 2 1 内服 単位 2 2 屯服 単位 2 3 外用 単位 2 4 調剤 日 2 6 麻毒 日 2 7 調基 3 0 注射 3 1 皮下筋肉内 回 3 2 静脈内 回 3 3 その他 回 4 0 処置 薬 剤 回 5 0 手術 麻酔 薬 剤 回 6 0 検査 理 薬 剤 回 7 0 画像 診断 薬 剤 回 8 0 その他 薬 剤 9 0 入院 入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 点 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他 | | | | | | | | | | ※高額療養費 円 9 7 基準 円× 回 特別 円× 回 食事 円× 日 ・生活 円× 日 環境 円× 日 | | ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点 基準(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 減・免・猶・I・II・3月起 | | 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予 円 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 | | 療養の給付 保険 公費① 公費② | | 療養の給付 保険 公費① 公費② | | 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 | | | | |

【医科外来】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-------------------------------|--|----------------------|--|----------------|--|
| ○ 診療報酬明細書 (医科入院外) | | | | | | | | | | 都道府県番号 | | 医療機関コード | | 1 社・国 2 公費 | | 3 後期 4 退職 | | 1 単独 2 2併 3 3併 | | 2 本外 4 六外 6 家外 | | 8 高外一 0 高外7 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 平成 年 月 分 | | 10 9 8 7 () | | | | | | | |
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | | 公費負担医療の受給者番号① | | 保険者番号 | | | | 10 9 8 7 () | | | | | | | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | | 公費負担医療の受給者番号② | | 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 | | | | | | | | | | 特記事項 | | 保険医療機関の所在地及び名称 | | | | | | | | | | | |
| 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | | | | | | | | | | | (床) | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 (1) (2) (3) | | | | | | | | | | 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 | | 転院 治ゆ 死亡 中止 帰 | | 診療実日数 ① ② | | 保険公費① 公費② | | 日 日 日 | | | | | |
| 1 1 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費分点数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 2 再診 時間外 深夜 回 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 3 医学管理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 4 往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 0 投薬 21 内服薬調剤 22 屯服薬調剤 23 外用薬調剤 25 処方 26 麻毒 27 調基 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 0 注射 31 皮下筋肉内 32 静脈内 33 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 0 処置 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 0 手術 麻酔 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 0 検査 病理 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 0 画像診断 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 0 その他 処方せん 薬剤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付 | | | | | | | | | | 請求点 ※ 決定点 | | 一部負担金額 円 | | 減額 割(円)免除・支払猶予 | | 円 | | ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数点 ※ 公費負担点数点 | | | | | |

【DPC】

○ 診療報酬明細書

(医科入院医療機関別包括評価用)

都道府
県番号

医療機関コード

| | | | | | |
|----|------|-----|------------|------------|------|
| 1 | 1社・国 | 3後期 | 1単独 | 1本入 | 7高一 |
| 医科 | 2公費 | 4退職 | 22併 33併 | 3六入 5家入 | 9高入7 |

平成 年 月 分

| | |
|----------|---------------|
| 公費負担者番号① | 公費負担医療の受給者番号① |
| 公費負担者番号② | 公費負担医療の受給者番号② |

| | |
|---------------------|------|
| 保険者番号 | 1098 |
| 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | 7() |

| | |
|-------------------------|---------------------|
| 氏名 | 特記事項 |
| 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害 |

| | | | | | |
|---------|----------|---------|----------|-------|-----|
| 分類番号 | 診断群分類区分 | 転 | 診療実日 | 保険公費① | 公費② |
| 傷病名 | ICD 10 | 傷病名 | 傷病名 | 日 | 日 |
| 副傷病名 | 副傷病名 | 副傷病名 | 副傷病名 | 日 | 日 |
| 今回入院年月日 | 平成 年 月 日 | 今回退院年月日 | 平成 年 月 日 | | |

| | | | | | | | |
|--------|----------------|--------|-------|----|---------|---------|---|
| 患者基礎情報 | 傷病情報 | 包括評価部分 | 出来高部分 | | | | |
| | 入院退院情報 | | | | | | |
| 診療関連情報 | 診察 | 食事 | 標準 | 円× | 回 | ※公費負担点数 | 点 |
| | 特別 | | 円× | 回 | ※公費負担点数 | 点 | |
| | 減・免・猶・I・II・3月超 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----|-------------|------|-----|------|------|-------|-------|---|
| 療養の給付 | 請求点 | ※決定点 | 負担金額 | 円 | 請求点 | ※決定点 | 円 | 標準負担額 | 円 |
| | 減額 | 割(円)免除・支払猶子 | 円 | 請求点 | ※決定点 | 円 | 標準負担額 | 円 | |
| | 公費① | 点 | ※ | 点 | 円 | 公費② | 点 | ※ | 点 |

【 歯科 】

○ 診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 日

都道府県 医療機関コード
県番号

| | | | | | |
|-----------|-------------|------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| 3 歯科 | 1社・国 2公費 | 3後期 4退職 | 1単独 2併 3併 | 2本外 4六外 6家外 | 8高外一 0高外7 |
| 保険者 番号 | | | | 給付 割合 | 10 9 8 7 () |

| | | | |
|-------------|--|----------------------|--|
| 公費負担者 番号 | | 公費負担 医療の受 給者番号 | |
|-------------|--|----------------------|--|

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

| | | | |
|--------|---------------------------|------|---------------------------------|
| 氏名 | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生 | 特記事項 | 届出 補管・歯接診 外来環・GTR 齶触無痛 |
| 職務上の事由 | 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害 | | |

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

| | | |
|-------|-------|----------|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年 月 日 |
| | 診療実日数 | 日 (日) |
| | 転帰 | 治ゆ 死亡 中止 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|----|---|----|---|-------|---|---------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|
| 初診 | × | 再診 | × | 管理 | × | 投薬・注射 | × | 内 屯 外 注 | × | 調 | × | 処方 | × | 情 | × | 注 | × |
| 全額 標 | × | 模 | × | S培 | × | 平 | × | 基 | × | 精 | × | 密 | × | 精 | × | 密 | × |
| う蝕 | × | 覆 | × | 填 | × | 除 | × | 知 | × | 咬 | × | 調 | × | ラ | × | パ | × |
| 抜 | × | 感 | × | 根 | × | 根 | × | 抜 | × | 感 | × | 加 | × | 生 | × | 切 | × |
| 腫 | × | 染 | × | 管 | × | 充 | × | 髓 | × | 根 | × | 加 | × | 生 | × | 切 | × |
| 手 術 | × | 処 | × | 薬 | × | 充 | × | 充 | × | 充 | × | 充 | × | 失 | × | 切 | × |
| 麻酔 | × | 麻 | × | 其 | × | 他 | × | 特 | × | 定 | × | 薬 | × | 劑 | × | | × |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|------|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|----|---|---|---|---|
| 補診 | × | 維持管理 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| 歯冠形成 | × | 活乳 | × | 活乳 | × | 修形 | × | 前小 | × | 大 | × | その他 | × | 前小 | × | 大 | × | |
| 鑄 | × | 前小 | × | 前小 | × | 前小 | × | 大 | × | その他 | × | 前小 | × | 大 | × | | × | |
| 歯冠修復 | × | 大 | × | 大 | × | 大 | × | 大 | × | 大 | × | 大 | × | 大 | × | | × | |
| シ ン テ イ | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | | × | |
| 義 歯 | × | 1~4 | × | 14 | × | 14 | × | 14 | × | 14 | × | 14 | × | 14 | × | | × | |
| その 他 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | 前 | × | | × | |

| | | | |
|---------------|---------|-----------------------|---|
| 公費分 点数 | 請求 定 | 点 合 計 | 点 |
| 患者負担額 (公費) | | 円 定 | 点 |
| 額療養費 | | 円 部負担 額 割(円) 除・ | 円 |

【調剤】

○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

平成 年 月分

| | | | | | |
|---------|---------|---------|--|----------|---------|
| 4 調剤 | ・ 公費 | 後期 職 | | 本外 家外 | 外 高外 |
|---------|---------|---------|--|----------|---------|

| | | | |
|---------|--|--------------|--|
| 公費負担者番号 | | 公費負担医療の受給者番号 | |
| 公費負担者番号 | | 公費負担医療の受給者番号 | |

| | | | |
|-------|--|------|-----------------|
| 保険者番号 | | 給付割合 | 10 9 8 7 () |
|-------|--|------|-----------------|

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

| | | | |
|-------------------------|------------------|------|--|
| 氏名 | | 特記事項 | |
| 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 | | | |
| 職務上の事由 | 職務上 下船後 月以内 通勤災害 | | |

保険薬局の所在地及び名称

| | | | | |
|-----------|---|----|-----|----|
| 所在地及び機関名称 | 1 | 7 | 受付数 | 保険 |
| | 2 | 8 | | 公費 |
| | 3 | 9 | | 公費 |
| | 4 | 10 | | |

| 医 番 号 | 処 方 日 月 | 調 剤 日 月 | 処 方 | | 調 剤 数 | 調 剤 点 数 | | | 公 費 分 点 数 |
|-------------|------------------|------------------|--------|----|-------------|---------|-----|---------|-----------------------|
| | | | 医 薬 名・ | 用・ | | 剤 形・ | 用 法 | 位 薬 剤 料 | |
| | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--------|---|
| | 額 | 円 |
| | 療養費 | |
| | 公費負担点数 | 点 |
| | 公費負担点数 | 点 |

| | | | | | | |
|--------|-------|-----|-----------|---------|---------|-------------|
| 保 険 | 請 求 点 | 定 点 | 部負担 額 円 | 調剤基本料 点 | 時間外等加 点 | 薬 学 管 理 料 点 |
| 公 費 | 点 | 点 | 額 割(円) 除・ | 点 | 点 | 点 |
| 公 費 | 点 | 点 | 円 | 点 | 点 | 点 |

2. 明細書発行に関するこれまでの議論の整理について

平成21年11月27日中医協基本問題小委員会

【1号側】

- 保険者からレセプトをもらっても、実際に診療を受けた日とのタイムラグがあり、わかりにくい。保険者から医療の内容の明細をもらうのではなく、医療機関の窓口でその都度もらうということが、患者の視点の重視には欠かせない
- 医療安全対策という意味では、患者と医療者は情報を共有することによって、医療安全が高まるということが、各種報告書にも出てきている。
- 患者は、医者にかかって治療を受けるわけで、それがどういう内容だったかというのを知る権利がある。
- 明細書は、医療機関において原則発行していただいて、不要なときには、要らないと言える、ということにしていきたい。

【2号側】

(医科)

- 電算化レセプトを持っている医療機関に明細書発行を義務化することには、基本的には反対ではない。
- 明細書発行の費用の問題もあるが、患者さんの待ち時間が大変長くなってしまっているのではないかと。
- 明細書を発行できるような新しいタイプのレセコンが普及してこないとな、かなり現場は混乱するし、患者さんにもかえって御迷惑がかかる。
- 現在でも、自分の診療報酬レセプトについては加入組合に請求することは可能であり、全員がそれを必要とは思えない。また、基本的には、明細書を出しても、それによって診療内容の理解が深まるというのは違うと思う。
- 診療報酬請求のときに使うレセプトを出した場合、レセプトは基本的に患者さんに説明するために作られていないので、わかりにくい。
- 入院だと量が多く、見ても意味が理解できない場合が多い。全員が必要としているのか疑問。必要な患者さんに出すのは良いが、全員に無料で発行するというのにすぐにはつながらないのではないかと。
- 医療の原則は情報開示。基本的には全部を開示することだが、全部義務化ではなく、知りたいという患者さんには出すということにすべき。

- 例えば、自分の病気を知られたくない患者さんで、支払いをする人が本人とは異なる場合や、本人が意気消沈してしまうから病名は言わないで欲しいという御家族の判断がある場合などには、注意が必要。その辺の歯止めをかける必要がある。

(歯科)

- 歯科は、すべてがレセコンでやっているということではない。領収証にしても、手書きでやっているところは多い。さらに明細書を書くということになると、大変な作業となりとても無理ではないかと思う。
- いわゆる領収証の明細書ではなくて、診療報酬請求時のレセプトでもいいという話があるが、歯科のレセプトでは、かえって分からなくなる。領収証の方が患者さんにとってはわかりやすい。
- 歯科としては、明細書発行の義務化ということには同意ができない。義務化することは当然全ての方に発行するのが大前提になるので、その体制がとても取れない。

平成22年1月15日中医協総会

【1号側】

1号側の意見としては、全医療機関が明細書を発行するように義務付ける方向で検討したい。その点について、まず2号側委員と合意を得たいというのが要望で、コストなどの問題を含め具体的にどう進めるかについては別な話と考えている。

【2号側】

それで結構である。コストの問題は現実の問題として起こるので、個別の内容のところで検討いただければと思う。

(歯科)

歯科は小規模でレセコンの普及が十分ではなく、歯科のレセプトには100以上の項目が書かれていてかえって分かりにくいので、一概に明細書発行が義務付けられても現場では無理な状態にある。基本的な考え方には賛成だが、機械がない医療機関もあるので、一度に全部というのは実現が難しい。

3. 宿題事項について

現在、診療所が使用しているレセコンでどのくらいのものが明細書発行に対応できているのか。(平成22年1月13日(水) 中医協総会)

注) ここでいう明細書とは、診療報酬請求時のレセプトのことではなく、個別の診療報酬の算定項目別に費用のわかる明細書のことを指す。

レセコンベンダに確認したところ、以下のような状況であった。

1. 電子請求を行っている医療機関のレセコンについては、明細書発行機能が付いているのが通常。

なお、電子請求を行っている医療機関等の割合は以下のとおり。

| | | |
|-----|-------|---------------------|
| 病院 | 90.5% | (7,927/8,762 病院) |
| 診療所 | 48.7% | (43,364/88,959 診療所) |
| 歯科 | 0.6% | (403/71,334 診療所) |
| 薬局 | 90.9% | (47,889/52,656 薬局) |

2. 電子請求を行っていない医療機関のレセコンについては、対応していないのが通常であるが、電子請求対応のため、レセコンを買い換える場合などには、明細書発行機能のついたレセコンになるのが通常。

3. なお、レセコンベンダ別の明細書発行への対応状況については、以下のような状況であった。

【医科ベンダ20社中】

明細書発行に対応しているベンダは19社

うち、手間がかからず印刷可能なベンダは11社

印刷に画面切り替えなど手間がかかるベンダは8社

【歯科ベンダ 16社中】

明細書発行に対応しているベンダは16社

うち、手間がかからず印刷可能なベンダは14社

印刷に画面切り替えなど手間がかかるベンダは2社

【調剤ベンダ 20社】

明細書発行に対応しているベンダは14社

うち、手間がかからず印刷可能なベンダは6社

印刷に画面切り替えなど手間がかかるベンダは8社

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30秒程度かかるとのこと。

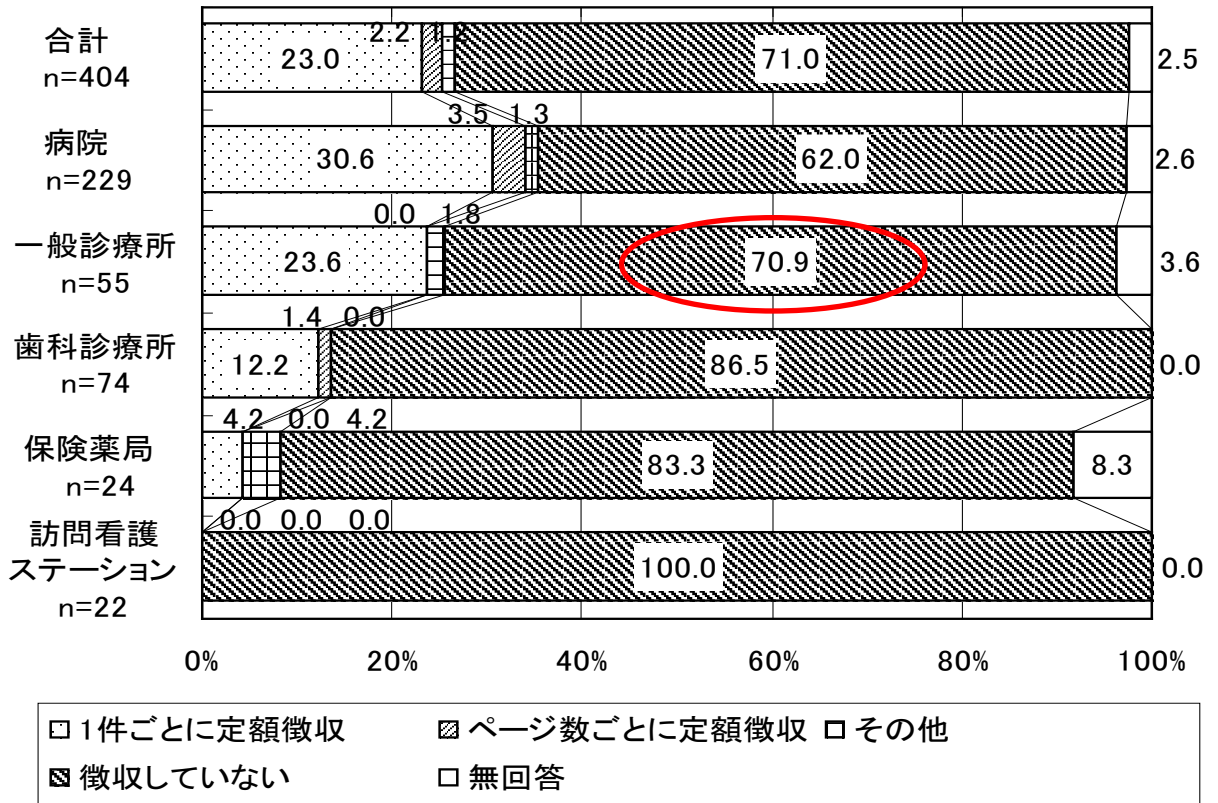
4. 一方、現在ベンダの販売しているレセコンの機種別の明細書発行への対応状況は、医科・歯科は約8割程度、調剤も約8割程度とのこと。

(参考) 自動入金機について

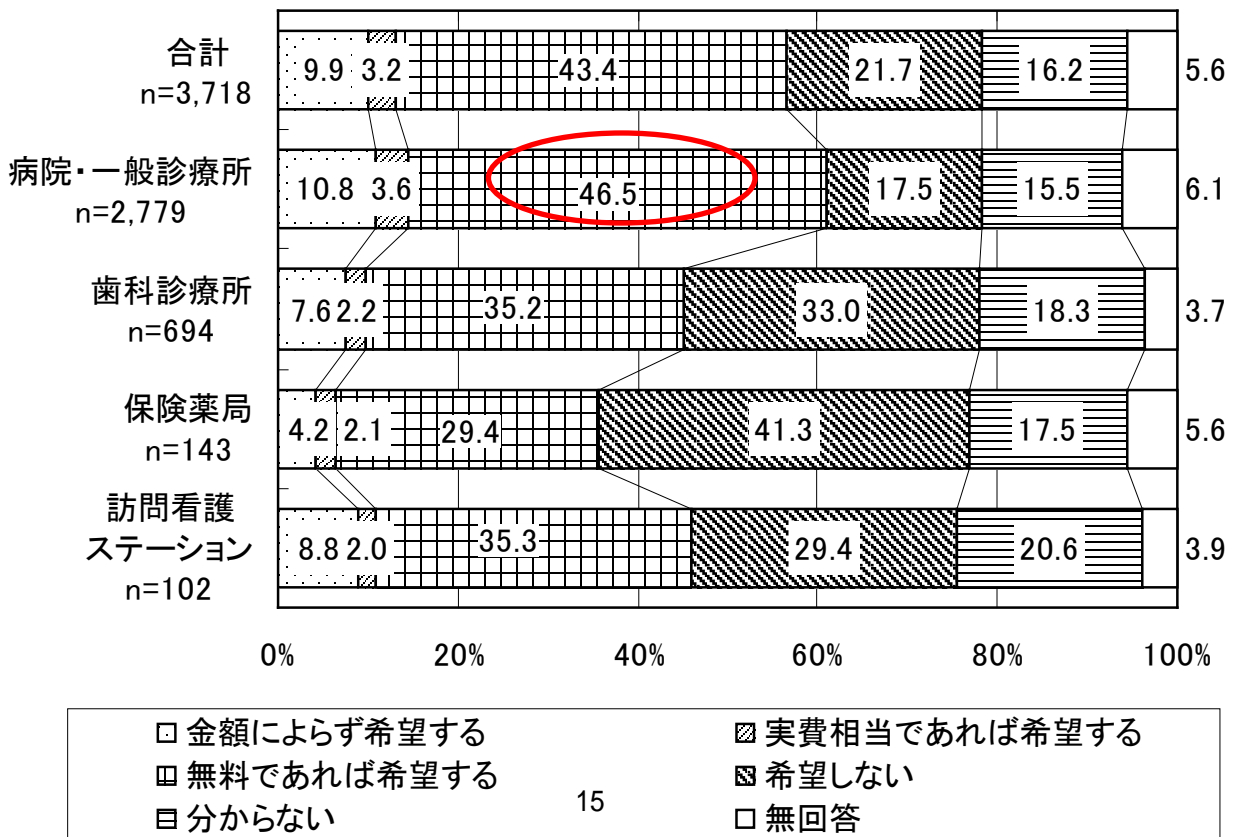
大病院においては、窓口での事務の効率化のため、自動入金機を導入している場合がある。自動入金機は明細書が自動的に発行される仕様が少ないため、明細書発行を検討する際には、留意が必要。

4. 「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」(抜粋)




① 施設調査より 明細書の費用徴収の方法(図表2-14)



② 患者調査より 明細書の発行の希望(図表3-23)



5. 電子レセプト請求に向けたスケジュール

| | | 原則 | 例外規定 | | |
|--------|-------------|---|---|--|---|
| | | | 【手書き】 | 【高齢者】 | 【リース期間切れ等】 |
| 医 科 | 病 院 | ・平成20年4月～ 400床以上で レセプト電子請求を行っているもの(注1) ・平成21年4月(注2)～ 400床未満で レセプト電子請求を行っているもの(注1) ・平成22年7月～ レセプトコンピュータを使用しているもの | レセプトコンピュータ を使用していない場合  | 常勤の医師・歯科 医師・薬剤師が すべて65歳以上 の診療所・薬局 (レセプト電子請求が 可能な場合を除く)  | レセプトコンピュータ のリース期間又は 減価償却期間の 終了まで (最大平成26年度末)  |
| | 診 療 所 | ・平成22年7月～ レセプトコンピュータを使用しているもの | | | |
| | 歯 科 | ・平成23年4月～ レセプトコンピュータを使用しているもの | 紙で請求可 (電子媒体又は オンラインによる 請求に移行するよう 努めるものとする) | 紙で請求可 | レセプトコンピュータ のリース期間又は 減価償却期間の 終了まで (最大平成26年度末) |
| | 薬 局 | ・平成21年4月(注2)～ レセプトコンピュータを使用しているもの | | | 紙で請求可 |

(注1) レセプトコンピュータにレセプト文字データ変換ソフトの適用が可能である場合を含む。

(注2) 平成21年4月時にオンライン請求を行えなかった病院・薬局は、平成21年12月診療分から。

※ この他、個別事情(回線障害、業者の対応遅れ、代行送信の体制が未整備、改築工事中、概ね1年以内に廃院予定、その他特に困難な事由)による猶予規定あり。