

平成 22 年度診療報酬改定における
主要改定項目について（案）

【目次】

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

救急入院医療の充実に係る評価.....	1
地域の連携による救急患者の受入の評価.....	4

重点課題1-2 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について

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価.....	6
新生児集中治療・救急医療の評価.....	8
小児急性期救急医療の評価.....	11

重点課題1-3 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について

NICU入院患者等の後方病床の充実.....	13
急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	17

重点課題1-4 手術の適正評価について

手術料の適正な評価について.....	20
--------------------	----

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）

重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

一般病棟入院基本料等の評価について.....	23
医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	26

重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価.....	29
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価.....	31

重点課題2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

地域における医療機関の連携に対する評価.....	33
地域医療を支える有床診療所の評価.....	36

重点課題2-4 医療・介護関係職種の連携に対する評価について

在宅復帰後を見越した地域連携の評価.....	38
------------------------	----

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院の評価	40
がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実	41
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実	42
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	44

I-2 認知症医療の推進について

認知症医療の推進について	48
--------------	----

I-3 感染症対策の推進について

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	50
------------------------	----

I-4 肝炎対策の推進について

肝炎治療の推進について	53
-------------	----

I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

精神科急性期入院医療に係る評価	55
精神科慢性期入院医療に係る評価	59
精神科専門的入院医療に係る評価	61
地域における精神医療の評価	63

I-6 歯科医療の充実について

障害者歯科医療の充実	66
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	70
患者の視点に立った歯科医療	74
生活の質に配慮した歯科医療の充実	79
歯科固有の技術の評価の見直し	84
エックス線撮影料の評価体系の見直し	95
新規医療技術の保険導入（歯科）	97

I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

手術以外の医療技術の適正な評価について	98
---------------------	----

I-8 イノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等	103
-----------------------	-----

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

Ⅱ－１ 医療の透明化に対する評価について	
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し.....	108
Ⅱ－２ 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価について	
再診料及び外来管理加算について.....	112
地域医療貢献に対する評価.....	115
患者の視点に立った歯科医療.....	116
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について.....	117
Ⅱ－３ 医療安全対策の推進について	
医療安全対策の推進について.....	120
Ⅱ－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	
人工腎臓等の適正な評価について.....	123
在宅における専門医療の評価.....	125
Ⅱ－５ 疾病の重症化予防について	
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	127
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	128
障害者歯科医療の充実.....	129

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

Ⅲ－１ 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について	
質が高く効率的な急性期入院医療の推進について.....	130
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.....	135
検体検査評価の充実について.....	136
安全な麻酔管理体制の評価.....	137
医療療養病棟の評価に係る見直し.....	138
Ⅲ－２ 回復期リハビリテーション等の推進について	
疾患別リハビリテーションの充実について.....	140
回復期等における充実したリハビリテーションの評価.....	144
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.....	148
Ⅲ－３ 在宅医療の推進について	
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	150
訪問診療の評価の充実.....	152

在宅における専門医療の評価	154
Ⅲ－４ 訪問看護の推進について	
患者のニーズに応じた訪問看護の推進	155
乳幼児等への訪問看護の推進について	157
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し	158
患者の状態に応じた訪問看護の充実	160
Ⅲ－５ 在宅歯科医療の推進について	
在宅歯科医療の推進	163
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	169
Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について	
入院時の総合的な評価に基づく介護との連携	170
Ⅲ－７ 調剤報酬について	
調剤料の見直し	172
ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実	174
調剤基本料の特例の見直し	175
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し	176

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進について	
後発医薬品の使用促進について	178
Ⅳ－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	
検体検査実施料の適正化について	185
Ⅳ－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：アナログ撮影及びデジタル撮影の新設	186
コンピューター断層撮影診断料の見直し	188
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し	190
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	192

Ⅴ 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者医療の診療報酬について	194
------------------	-----

救急入院医療の充実に係る評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この 10 年間で約 1.5 倍の年間約 500 万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救命救急入院料】 (1日につき)	【救命救急入院料】 (1日につき)
充実度評価 A の加算 500点	充実度評価 A の加算 1,000点 ②
	充実度評価 B の加算 500点 ③

2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

現 行	改定案
【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】 (1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	【特定集中治療室管理料】 (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定 【救命救急入院料】 (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700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及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 17日以内	【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) <u>4,500点</u> ㊦ [施設基準] ①診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 <u>19日以内</u>

3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 <u>800点</u> ㊦ 2 乳幼児救急医療管理加算 <u>200点</u> ㊦

- (2) なお、入院時医学管理加算については、平成 20 年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

② 総合入院体制加算 120 点（1 日につき）

4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

③ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500 点（退院時 1 回）

④ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000 点（入院初日）

[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当該入院日から 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]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

地域の連携による救急患者の受入の評価

骨子【重点課題 1－1－(2)】

第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等症の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における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を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。



地域連携夜間・休日診療料 100点

[施設基準]

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師（当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの）が3名以上いること。

2. 小児救急外来の評価

- (1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 350点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点 改
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 500点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点 改

- (2) 多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。

新 院内トリアージ加算 30点

[施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ②患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

[算定要件]

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】
乳幼児加算 72点	乳幼児加算 75点 改
【再診料】【外来診療料】	【再診料】【外来診療料】
乳幼児加算 35点	乳幼児加算 38点 改

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、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評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

第 2 具体的な内容

1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） 2,000 点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） <u>3,000 点</u> ②</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>

- (2) なお、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を行う。

2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 7,000点 改</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

新生児集中治療・救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

第 1 基本的な考え方

この 20 年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を 1.5 倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICU の評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

第 2 具体的な内容

1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

(1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】 (1 日につき) 8,500 点	【新生児特定集中治療室管理料 ₁ 】 (1 日につき) 10,000 点 ②

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

(2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



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、当該医療機関内に勤務していること。
- ② 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、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や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

① 一時的な定員超過入院における算定

- ア) 満床時の緊急受入れ等、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 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点	【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点
	新生児加算 1,000点 ⑨
乳幼児加算 150点	乳幼児加算 500点 ⑩

小児急性期救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(3)】

第 1 基本的な考え方

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。

また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率が相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。

第 2 具体的な内容

1. 小児入院医療管理料の再編成

- (1) 小児入院医療管理料に、常勤の小児科医の配置を9人以上とする新たな区分を新設する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】（1日につき）	【小児入院医療管理料】（1日につき）
1（常勤小児科医20人以上） 4,500点	1（常勤小児科医20人以上） 4,500点
2（常勤小児科医5人以上） 3,600点	2（常勤小児科医9人以上） 4,000点 新
3（常勤小児科医3人以上） 3,000点	3（常勤小児科医5人以上） 3,600点
4（常勤小児科医1人以上） 2,100点	4（常勤小児科医3人以上） 3,000点
	5（常勤小児科医1人以上） 2,100点

- (2) また、小児入院医療管理料 1 及び 2 を算定する医療機関については、手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。

なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

(1) 小児入院医療管理料 1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

(2) 小児入院医療管理料 2

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 常勤の小児科又は小児外科の医師が9人以上配置されていること。
- ③ 7：1以上の看護配置であること。
- ④ 平均在院日数が21日以内であること。

2. 小児急性期集中治療の評価

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。



救命救急入院料 小児加算 5,000点 (入院初日1回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受け入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



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日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1－3－(1)】

第 1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。

また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床等について評価の引上げを行う。

第 2 具体的な内容

1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。



新生児特定集中治療室退院調整加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C U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（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



新生児治療回復室入院医療管理料

5,400点（1日につき）

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
(2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
(3) 常時6対1以上の看護配置であること。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

(1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised Case). It details changes to the '超重症児(者)入院診療加算' (Severely ill child inpatient medical charge) for children aged 6 and over, increasing the point value from 300 to 400.

<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。</p>	<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。</p>
---	--

(2) 算定医療機関の拡大

N I C U退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定可とする。

(3) 在宅重症児の受入れの評価

在宅移行した超重症児(者)又は準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に入院早期の評価を新設する。



在宅重症児(者)受入加算 200点(5日以内、1日につき)

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児(者)・準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

(4) 超重症児(者)及び準超重症児(者)の判定基準の見直し

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症又は準超重症の状態についても見直しを行う。

4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

⑨ 重症児（者）受入連携加算 1,300点（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、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け入れた場合に算定する。

急性期医療に対する後方病床機能の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

第 1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

第 2 具体的内容

1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(1) 初期加算の新設



有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- 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（手術を実施した場合に限る。）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。

(2) 医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p>医師配置加算 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該診療所における医師の数が、2以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p><u>医師配置加算1</u> 88点 新</p> <p><u>医師配置加算2</u> 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師数が2以上であること。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医師配置加算1</u>： 初期加算と同様</p> <p><u>医師配置加算2</u>： 上記以外</p>

(3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算及び特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟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、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護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。



救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

手術料の適正な評価について

骨子【重点課題 1－4】

第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、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医師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、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び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、新規手術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差について

は外保連試案を用いて整合をとることとする。

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)
- ②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

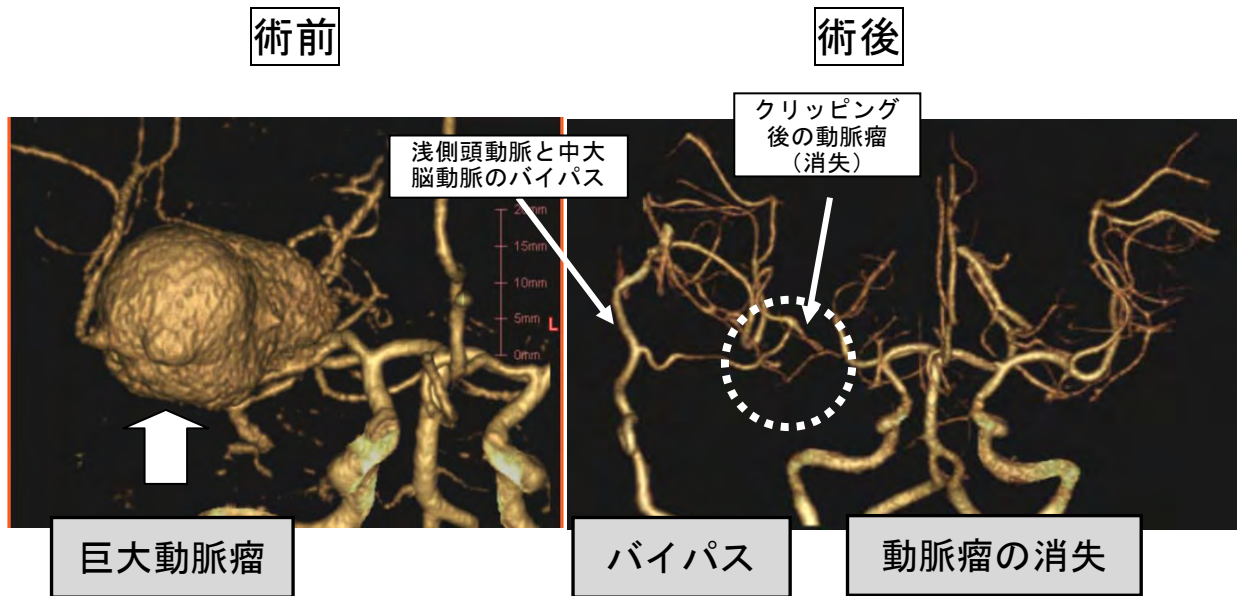
(導入された技術の例)

- ①肝門部胆管癌切除術(1 血行再建あり 2 血行再建なし)
- ②脾中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術(※資料1参照)
- ④経皮的動脈形成術
- ⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ⑦脾温存脾体尾部切除術
- ⑧経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
- ⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
- ⑩肺動脈血栓内膜摘除術(※資料2参照)
- ⑪前置胎盤帝王切開術

(資料1) バイパス術を併用した脳動脈瘤手術

通常のクリッピング術が困難な巨大・大型脳動脈瘤に対し、親血管より末梢側の血流を確保するため、予め頭蓋外から頭蓋内の血管へバイパスを行う。

左図では巨大な脳動脈瘤がみられる。右図は術後で、巨大な脳動脈流は消失しており、バイパス術が施行されている。

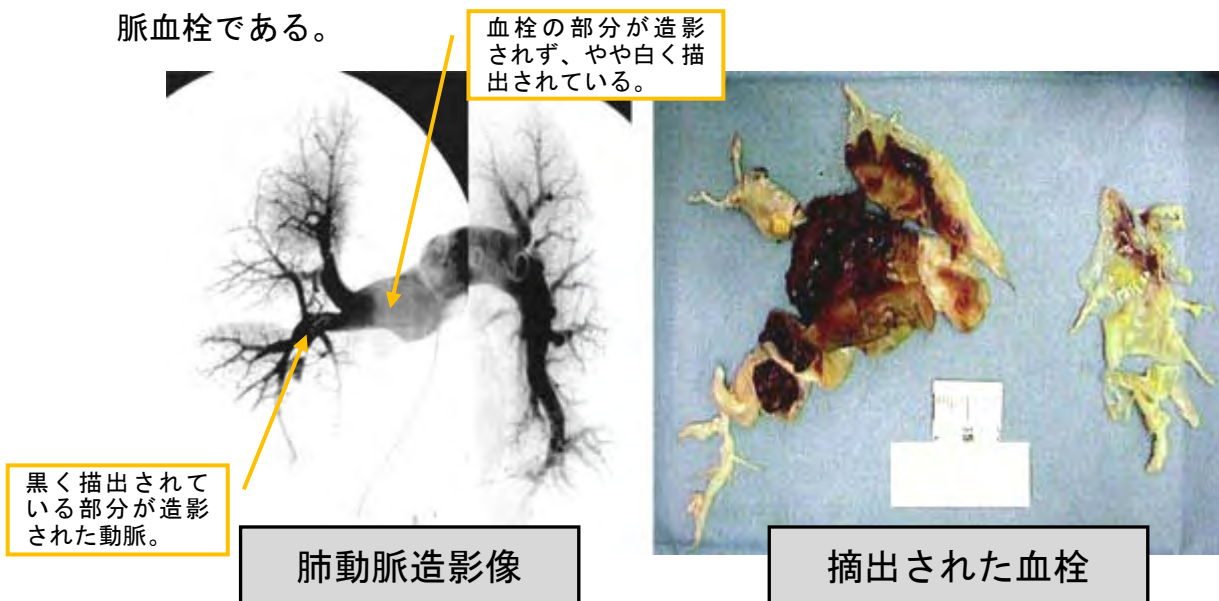


(資料2) 肺動脈血栓内膜摘除術

慢性肺血栓塞栓症は、難病に指定されている疾患であり、診断技術の向上や生活習慣の欧米化に伴い、近年増加傾向にある。本症は内科治療に抵抗性であり、根本的な治療には外科的治療が必要である。

近年、手術成績が良好となっており、施行される施設も増加しつつある。

写真左は中枢型症例の肺動脈造影像、右は手術によって摘出された陳旧化した肺動脈血栓である。



一般病棟入院基本料等の評価について

骨子【重点課題2-1-(1)】

第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 450点 ㊦

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合は、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

㊦ 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,244点※

㊦ 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 1,040点※

㊦ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,158点※

㊦ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 954点※

㊦ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 992点※

※該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟が、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数 72 時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3 か月を限度として算定できることとする。ただし、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定後、1 年以内において再度算定することはできない。
- ③ 7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定期間中、看護職員の採用活動の状況等について毎月地方厚生局長等に報告すること。

3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準 7 対 1 入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化する。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき）</p> <p>15 対 1 入院基本料 954 点</p>	<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき）</p> <p>15 対 1 入院基本料 934 点 ②</p>

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】（1 日につき）</p> <p>[対象者]</p> <p>特定患者（<u>高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）</u>）である患者であって、当該</p>	<p>【特定入院基本料】（1 日につき）</p> <p>[対象者]</p> <p>特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>

病棟に 90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））	
--	--

医療関係職種の役割分担と連携の評価

骨子【重点課題2－1－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 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。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

第2 具体的な内容

1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算（1日につき）

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

[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）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。
- (2) 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- (1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。
※ ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。
- (2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。
- (3) 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%以上であること。
- (4) 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こと。

2. 多職種からなるチームによる取組の評価

- (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。



栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[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）、専門病院入院基本料のうち、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のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[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

[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。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 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。



呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

[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）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
- 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。
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

[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

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題2-2-(1)】

第1 基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

第2 具体的な内容

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、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（要件を加える項目）

- 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

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[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。

病院勤務医の事務作業を補助する

職員の配置に対する評価

骨子【重点課題2-2-(2)】

第1 基本的な考え方

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、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とともに、評価の引上げと要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

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	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 25対1 補助体制加算 355点</p> <p>2 50対1 補助体制加算 185点</p> <p>3 75対1 補助体制加算 130点</p> <p>4 100対1 補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1 補助体制加算の施設基準 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</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 <u>15対1 補助体制加算</u> 810点 新</p> <p>2 <u>20対1 補助体制加算</u> 610点 新</p> <p>3 25対1 補助体制加算 490点 改</p> <p>4 50対1 補助体制加算 255点 改</p> <p>5 75対1 補助体制加算 180点 改</p> <p>6 100対1 補助体制加算 138点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 <u>15対1、20対1 補助体制加算の施設基準</u> 第三次救急医療機関、小児救急医療</p>

<p>ンター</p> <p>2 50対1、75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、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名以上の実績を有する病院</p>	<p>拠点病院、総合周産期母子医療センター、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</u></p> <p>2 <u>25対1、50対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、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名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u></p> <p>3 <u>75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは<u>年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</u></p>
---	--

地域における医療機関の連携に対する評価

骨子【重点課題2－3－(1)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、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、名称を変更する。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【慢性期病棟等退院調整加算】 ㊦
	1 慢性期病棟等退院調整加算 1
	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
	ロ 退院加算(退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 140点 ㊦
	(2) 障害者施設等入院基本料等の算定 患者が退院した場合 340点 ㊦
	2 慢性期病棟等退院調整加算 2
1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
2 退院加算(退院時1回)	ロ 退院加算(退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料等の算定 患者が退院した場合 100点	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 100点

<p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>(2) 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。</p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
---	---

2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、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、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



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。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算 2 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題 2－3－(2)】

第 1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第 2 具体的な内容

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、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～ 14 日	660 点
		15～ 30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～ 4 人)	7 日以内	640 点
		8～ 14 日	480 点
		15～ 30 日	320 点
		31 日以上	280 点

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



2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した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の入院早期の評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (1) を参照のこと。

(2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (2) を参照のこと。

(3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (3) を参照のこと。

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題 2－4】

第1 基本的な考え方

1. 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計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時 1 回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料¹】 (退院時 1 回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 100点 新</p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医</p>

	<p>療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。</p> <p>【地域連携診療計画退院時指導料 2】 (退院後初回月に 1 回) <u>300 点</u> 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	---

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の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。

新 介護支援連携指導料 300 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、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な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。

がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

第2 具体的な内容

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を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">500点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 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。</u></p>

がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。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、こうした取組を評価する。

第2 具体的な内容

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]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

① 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]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けの際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 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。

現 行			改定案		
イ	外来化学療法加算 1	500 点	イ	外来化学療法加算 1	550点 ②
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	750点 ②
ロ	外来化学療法加算 2	390 点	ロ	外来化学療法加算 2	420点 ②
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	700点

(2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算 1 又は 2 の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 2,500点 ㊦

3. 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。

㊦ がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

第2 具体的な内容

1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

現 行	改定案
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p><u>ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">400 点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u></p> <p>(2) <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ア <u>がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

3. 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。



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。

[対象患者]

- (1) 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、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
- (2) 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
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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

- (7) 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
- (8) 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

[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 m²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。

認知症医療の推進について

骨子【I-2-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。

これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 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対応などが重要であることから、これら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、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

現 行		改 定 案	
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,330点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,450点 ②改
ロ	91日以上期間 1,180点	ロ	<u>61日以上期間</u> 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,070点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,070点
ロ	91日以上期間 1,020点	ロ	<u>61日以上期間</u> 970点 ②改

- (2) 入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。

新 認知症治療病棟退院調整加算 100点（退院時1回）

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

2. 認知症外来医療の評価

認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、評価を新設する。

新 認知症専門診断管理料 500点（1人につき1回）

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

新 認知症専門医療機関連携加算 50点（月1回）

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料（I）に加算する。

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

骨子【I-3-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

1. 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合の診療報酬について、配慮を行う。
2. 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、陰圧室管理環境整備に対する評価を行う。
3. 結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が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も出来高での算定を可能とする。

2. 陰圧室管理の評価

現 行	改 定 案
【二類感染症患者療養環境特別加算】	【二類感染症患者療養環境特別加算】
1 個室加算 300点	1 個室加算 300点
	<u>2 陰圧室加算 200点</u> ⑧
[算定対象]	[算定対象]
二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、	二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、

結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、 <u>鳥インフルエンザ（H5N1）</u> の患者又は <u>新型インフルエンザ等感染症の患者</u> であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、 <u>個室又は陰圧室</u> に入院した者
---	--

3. 結核病棟について

(1) 結核病棟における平均在院日数要件の見直し

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の見直しを行う。

現 行	改定案
【結核病棟入院基本料】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 25日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 25日以内 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 28日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 28日以内 13対1入院基本料 949点 平均在院日数 36日以内	【結核病棟入院基本料】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 13対1入院基本料 949点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦

(2) 小規模な結核病棟の取扱について

患者数の減少等を踏まえ、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ごとに行うこととする。

現 行	改定案
<p><入院料等の施設基準等> (通知)</p> <p>・・・(略)・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・(略)</p>	<p><入院料等の施設基準等> (通知)</p> <p>・・・(略)・・・一般病棟 <u>(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料 (一般病棟) 又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟)</u> と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・(略)・・・</p>

肝炎治療の推進について

骨子【I-4】

第1 基本的な考え方

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、副作用に対する不安や多忙であることを理由にインターフェロン治療を断念する患者が見られている。

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について、診療報酬上の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定する。



肝炎インターフェロン治療計画料 700点（1人につき1回）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。



肝炎インターフェロン治療連携加算 50点（月1回まで）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況について計画策定医療機関に対する情報提供を行った場合に算定する。

精神科急性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(1)】

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 920点

[施設基準]

- 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。
- ③平均在院日数が80日以内であること。

- (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。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[施設基準]

- 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。

(3) 精神病棟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。

現 行			改 定 案		
【精神病棟入院基本料加算】			【精神病棟入院基本料加算】		
14日以内		459点	14日以内		<u>465点</u> 改
15日以上	30日以内	242点	15日以上	30日以内	<u>250点</u> 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	<u>10点</u> 改
181日以上	1年以内	5点	181日以上	1年以内	<u>3点</u> 改

(4) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても、同様に見直す。

2. 精神科急性期の特定入院料の引上げ

(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。

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	<u>3,451点</u> 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	<u>3,251点</u> 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】 (1日につき) 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点	【精神科救急・合併症入院料】 (1日につき) 30日以内 <u>3,451点</u> ㊦ 31日以上 3,031点
--	---

(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。

現 行	改定案
【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点 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 [算定要件等] <u>当該病院の全病床数の7割以上</u> <u>又は200床以上が精神病床である</u> <u>若しくは特定機能病院である。</u>	【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 <u>1,920点</u> ㊦ 31日以上 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 <u>1,820点</u> ㊦ 31日以上 1,500点 [算定要件等] (削除)

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料及び精神科救急・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け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様、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について、評価を引き上げる。

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 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 200点</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) <u>350点</u> ㊦</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、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）又は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

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）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) 10点 ㊦

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
【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) <u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨ <u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ⑩ [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

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
【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 ⑩ <u>重症者加算 (1日につき)</u> 40点 ⑨ [算定要件] 重症者加算：当該患者のG A Fスコアが 40以下であること。

精神科専門的入院医療に係る評価

骨子【I-5-(3)】

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) 800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。

新 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。

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）

<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) 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）

<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

骨子【I-5-(4)】

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。

また、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。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点 改</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点 改</p>

- (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 420点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、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、早期の地域移行に対して評価を行う。

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20点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(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 <u>590点</u> (改)</p> <p>2 大規模なもの <u>700点</u> (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50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） 540点 ② <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50点を加算する。</u> ③</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,040点 ② <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50点を加算する。</u> ③</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,040点 ② <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50点を加算する。</u> ③</p>
---	---

障害者歯科医療の充実

骨子【I-6-(1)】

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（むし歯）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、患者の状態により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を踏まえ、重症化予防のための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等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け入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における障害者歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

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 80点 2 歯科衛生実地指導料 2 100点 新

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。

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。

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。

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。

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新設する。

障害者歯科医療連携加算 100点（初診時1回）

[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する。

[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局長等に届け出た保険医療機関又は基本診療料の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

地域において在宅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</p> <p><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100点を加算する。</u> ㊦</p>

在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 地域における在宅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、在宅及び障害者歯科医療を実施している歯科診療所からの求めに応じて当該医療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、歯科診療所及び病院歯科の基本診療料については、歯科診療報酬上、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り、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対して、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き上げを行う。

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 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>【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 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 <u>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、歯科医療を担当する病院である保険医療機関の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> ニ <u>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</u></p>

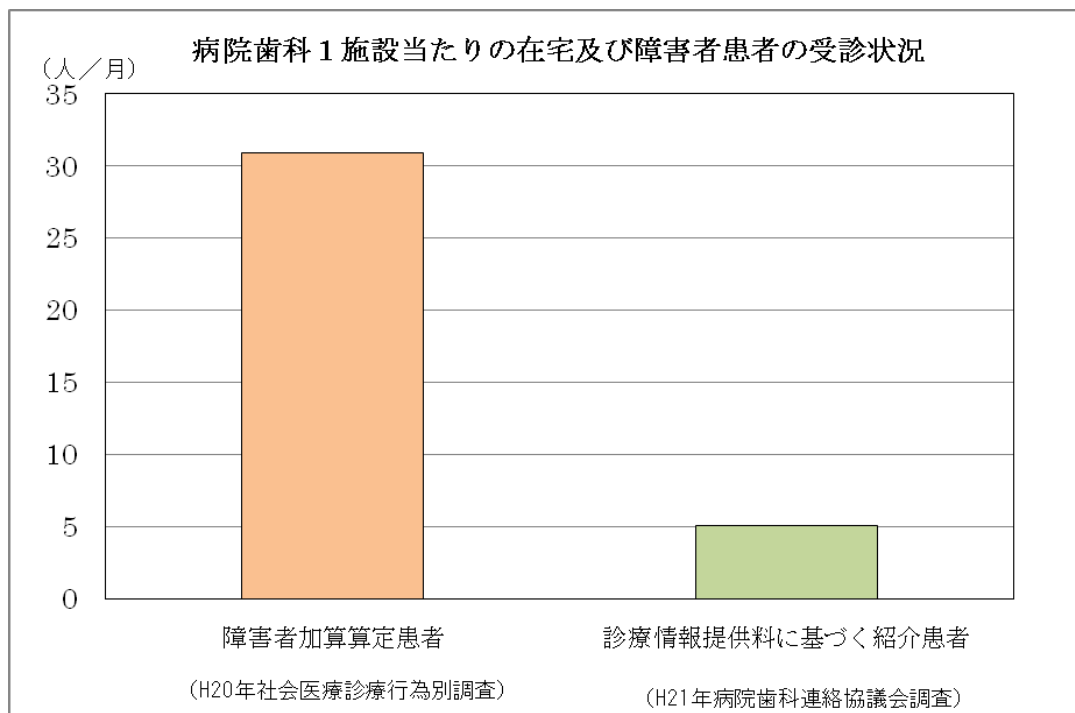
<p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点</p>	<p>係る障害者加算を算定している月平均患者数が 30 人以上</p> <p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69 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)



2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医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 [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 [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>歯科訪問診療料を算定した患者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>

患者の視点に立った歯科医療

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 歯科疾患や義歯（入れ歯）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の見直しを行うとともに、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を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. 歯科疾患管理料の見直し

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> <table> <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]</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及び治療予</p>	1	1回目	130点	2	2回目以降	110点	<p>【歯科疾患管理料】</p> <table> <tr> <td></td> <td></td> <td>110点 ㊦</td> </tr> </table> <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ある患者の</p>			110点 ㊦
1	1回目	130点								
2	2回目以降	110点								
		110点 ㊦								

<p>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) 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) 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>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) <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) 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。

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>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</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(装着月1回に限る) 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>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、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1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(装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。)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、新たに製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して4月以上1年以内の期間において、咬合機能の回復を図る</p>

<p>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>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">300点</p>	<p><u>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></p> <p>【有床義歯調整管理料】</p> <p style="text-align: right;">30点 新</p> <p><u>義歯管理料を算定した患者について、有床義歯の調整を行った場合に、1口腔につき月2回を限度として算定する。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。</u></p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">240点 改</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
補綴物維持管理料	<u>クラウン・ブリッジ維持管理料</u> 改
歯髄覆罩	<u>歯髄保護処置</u> 改
非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC)	<u>歯髄温存療法</u> 改
床裏装	<u>有床義歯内面適合法</u> 改
楔状欠損 (WSD)	<u>歯質くさび状欠損</u> 改

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 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】 （1歯につき） 4 難抜歯 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	【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

生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【I-6-(3)】

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可能な場合であっても、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、当日内に修理ができ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^{そしゃく}障害を伴う先天性無歯症^{むししょう}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といった機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質の維持・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） 20点

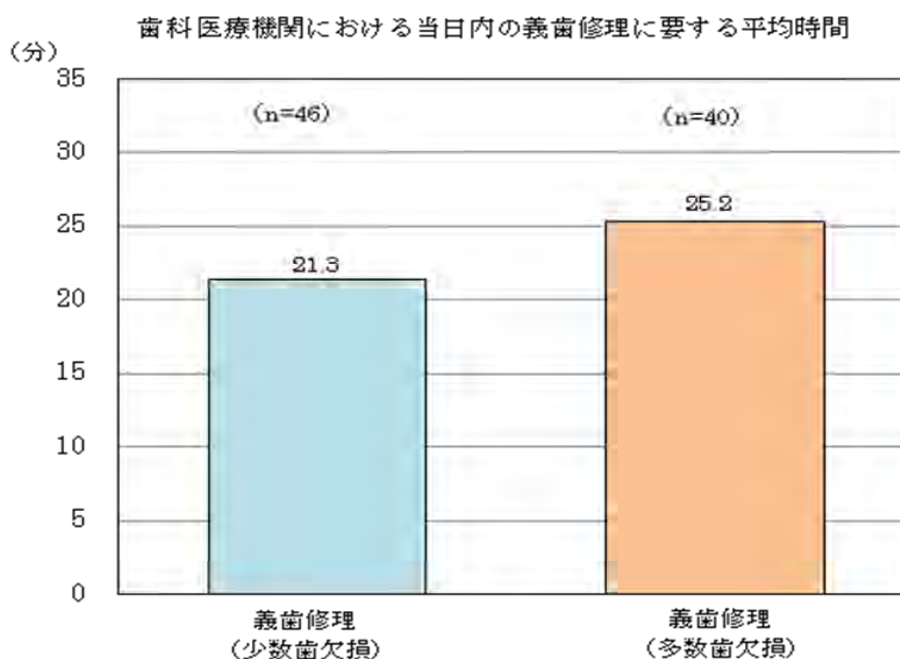
[算定要件]

- (1) 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。

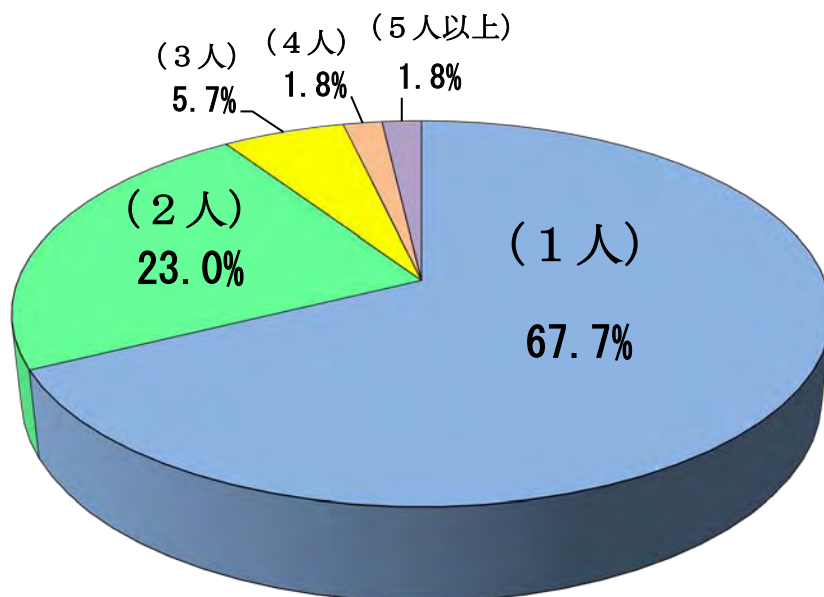
(参考1)



(日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」結果を基に作成)

(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

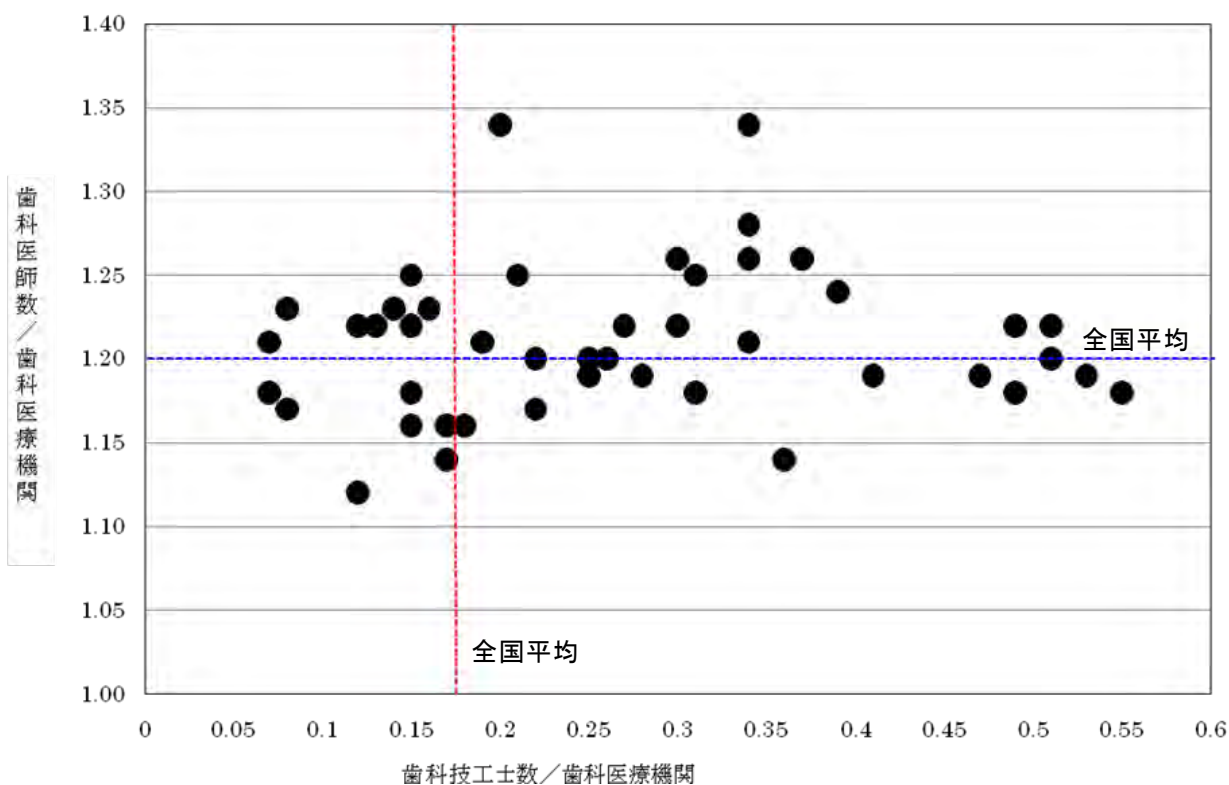
歯科技工士を配置している歯科医療機関の常勤歯科医師数別の割合をみると、常勤歯科医師数1人が約68%、2人が23%となっており、歯科技工士を配置している歯科医療機関の約9割は、比較的人員規模の小さな歯科医療機関となっている。



(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</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、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、<u>先天性好中球機能不全症又は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</u></p>

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 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 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（アクチバトール式のもの）</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）</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>【床副子】</p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 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（アクチバトール式のもの）</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）</p> <p><u>ニ 摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</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、当該咬合床又は当該装置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>

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-6-(4)】

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

一部の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一方、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</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） 42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>730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></p> <p style="text-align: right;"><u>40点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]</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</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） <u>38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> <table border="0"> <tr><td>イ 前歯</td><td>58 点</td></tr> <tr><td>ロ 小臼歯</td><td>62 点</td></tr> <tr><td>ハ 大臼歯</td><td>68 点</td></tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr><td>イ 前歯</td><td>58 点</td></tr> <tr><td>ロ 小臼歯</td><td>62 点</td></tr> <tr><td>ハ 大臼歯</td><td>68 点</td></tr> </table> <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>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr><td>イ 前歯</td><td>58 点</td></tr> <tr><td>ロ 小臼歯</td><td>62 点</td></tr> <tr><td>ハ 大臼歯</td><td>68 点</td></tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr><td>イ 前歯</td><td>58 点</td></tr> <tr><td>ロ 小臼歯</td><td>62 点</td></tr> <tr><td>ハ 大臼歯</td><td>68 点</td></tr> </table> <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 50</u> に相当する点数により算定する。 (改)</p> <p>【歯周基本治療処置】 10 点 (新)</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) 300 点 (改)</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								

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
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

(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】 18 点 ②
【齶蝕歯無痛的窩洞 ^{かどう} 形成加算】 20 点	【う蝕歯無痛的窩洞 ^{かどう} 形成加算】 40 点 ②
【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 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 ②
【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 回に限り算定する。	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。

- (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き上げを行う。

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 120 点 ②</p> <p>【術後専門的口腔衛生処置】 (1 口腔につき) 80 点 ③</p> <p><u>次に掲げる手術を行った入院患者に対し、当該患者が入院する病院である保険医療機関に属する歯科衛生士が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、専門的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。</u></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</p>

	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
【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）】 <u>42 点</u> 改
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23 点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 <u>30 点</u> 改

(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
【有床義歯】	【有床義歯】
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 <u>550 点</u> 改
ロ 5 歯から 8 歯まで 665 点	ロ 5 歯から 8 歯まで <u>676 点</u> 改
ハ 9 歯から 11 歯まで 890 点	ハ 9 歯から 11 歯まで <u>900 点</u> 改
ニ 12 歯から 14 歯まで 1,300 点	ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,310 点</u> 改
2 総義歯（1顎につき） 2,050 点	2 総義歯（1顎につき） <u>2,060 点</u> 改

<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>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>【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>220 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>150 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><u>1</u> 印象採得が困難なもの <u>1,500 点</u> 改</p> <p><u>2</u> 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>イ 1 歯から 4 歯まで <u>670 点</u> 改</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで <u>900 点</u> 改</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで <u>1,120 点</u> 改</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,750 点</u> 改</p>
---	--

2 総義歯（1顎につき） 2,850点	2 総義歯（1顎につき） 2,780点 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>430点</u> 改
【バー 保持装置 加算】 50点	【バー 保持装置 加算】 <u>60点</u> 改
【フック, スパー】 85点	【フック, スパー】 <u>96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>70点</u> 改
2 困難なもの 200点	2 困難なもの <u>140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>2,000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>6,000点</u> 改

2. 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については、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の確認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 定 案 】	
歯科初診料	182 点	歯科初診料	<u>218 点</u>
歯科再診料	40 点	歯科再診料	<u>42 点</u>

3. 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 定 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	【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	【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

骨子【I-6-(4)】

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、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、積極的な治療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
<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <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</u> <u>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</u>

	<p style="text-align: center;"><u>していること</u></p> <p style="text-align: center;">3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務し</u></p> <p style="text-align: center;"><u>ていること</u></p>
--	---

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]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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、クルーズン症候群、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>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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、クルーズン症候群、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、ロー顔一指症候群、<u>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>

エックス線撮影料の評価体系の見直し

骨子【I-6-(4)】

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の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

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	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合
の場合(一連につき) 264点	(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><u>1 単純撮影</u></p> <p><u>イ 歯科エックス線撮影</u></p> <p style="padding-left: 2em;">(1) 全顎撮影の場合 <u>252 点</u></p> <p style="padding-left: 2em;">(2) 全顎撮影以外の場合 <u>28 点</u></p> <p style="padding-left: 4em;">(1枚につき)</p> <p><u>ロ その他の場合</u> <u>68 点</u></p> <p><u>2 特殊撮影</u></p> <p><u>イ 歯科パノラマ断層撮影</u> <u>182 点</u></p> <p><u>ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場</u></p> <p style="padding-left: 2em;"><u>合 (一連につき)</u> <u>266 点</u></p> <p><u>3 造影剤使用撮影</u> <u>150 点</u></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</p> <p style="padding-left: 2em;">(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>

新規医療技術の保険導入（歯科）

骨子【I-6-(4)】

骨子【I-7-(2)】

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）



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。

(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。

手術以外の医療技術の適正な評価について

骨子【I-7-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

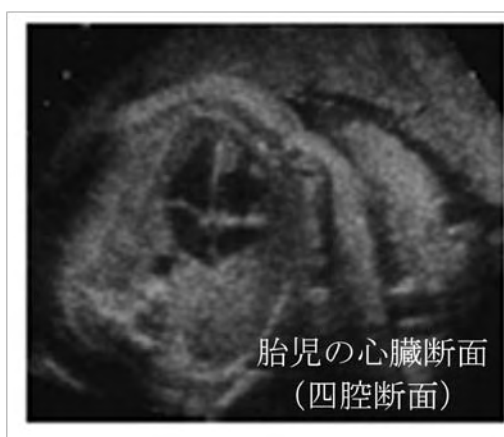
1. 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
2. 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 先進医療技術の保険導入（手術以外）
先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。
（導入された技術の例）
 - 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。）※資料1参照
 - 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。）
2. 新規保険収載提案技術の保険導入（手術以外）
医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。
（導入された技術の例）※資料2～4参照
 - ①イメージガイド下放射線治療（IGRT）
 - ②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
 - ③医療機器決定区分C2（新機能・新技術）に係る技術（VACシステム等）

(資料 1) 胎児心超音波検査

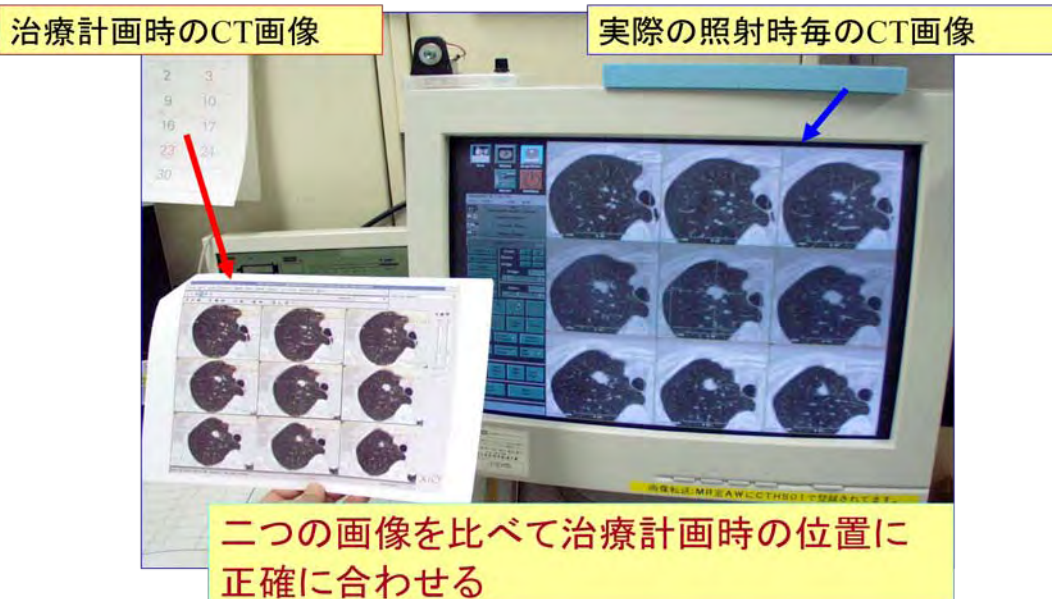
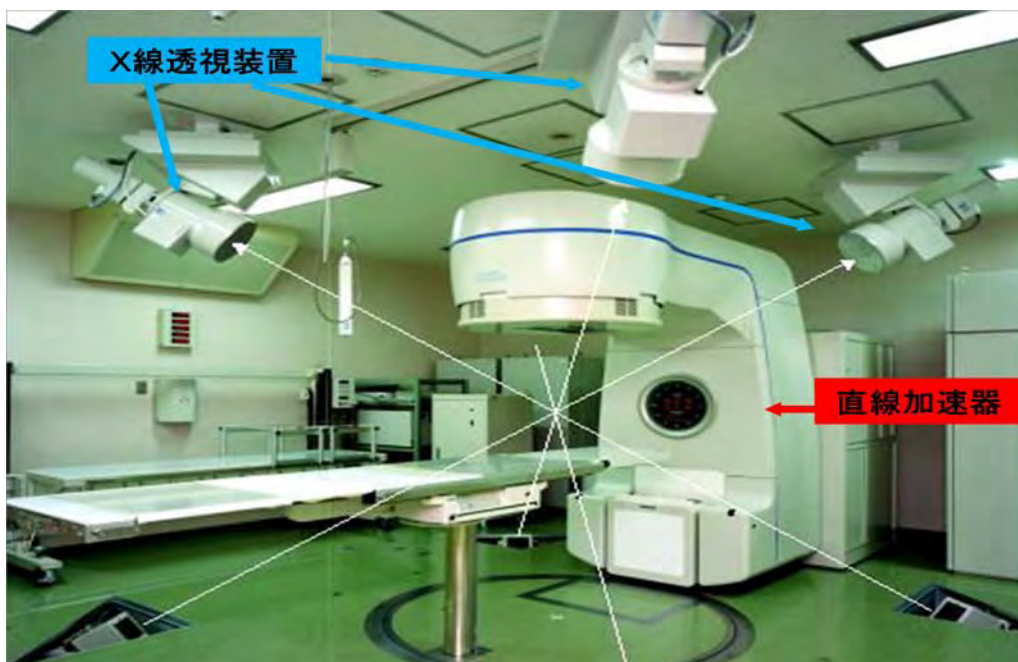
先天性心疾患は、児の生命予後に大きな影響を与え得るが、従来は出生後にしか確定診断ができなかった。これに対して本検査は、母体の腹壁に超音波プローブを密着させ、超音波を腹壁、子宮壁および羊水を通過させて、胎児の心臓を描出し、先天性心疾患を正確に診断する。具体的には、胎児心臓の断面を可能な限り明瞭に抽出した上で、従来の心超音波検査と同様にMモード、カラードップラー、パルスドップラー、連続波ドップラーなどを用いて診断を行う。この出生前の診断により、動脈管閉鎖に伴うショックの回避など適切な周産期管理を行うことができる。



(資料2) 画像誘導放射線治療 (IGRT)

IGRT (Image Guided Radiation Therapy) は、患者が放射線照射を受ける際に、治療台上の患者位置を照合し、正確な放射線照射を可能とする技術である。

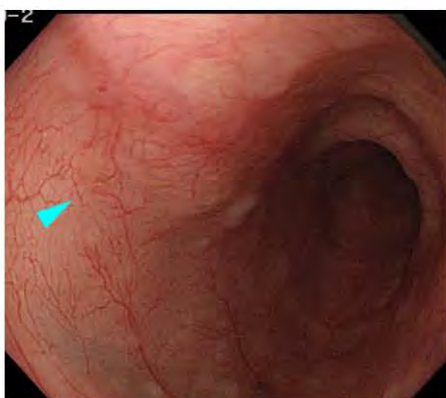
具体的には、放射線照射の直前や照射中に得られる患者の画像情報 (X線画像等) を治療計画作成時の画像情報と照合することにより、これらの位置のずれを算出し、そのずれの補正を自動的に行い、放射線照射を行う。これにより、治療対象であるがん病変に対して、従来の方法よりも正確な放射線照射が可能となるとともに、病変周囲の正常組織に対しては、放射線による損傷を軽減することが可能となるものである。



(資料3) 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

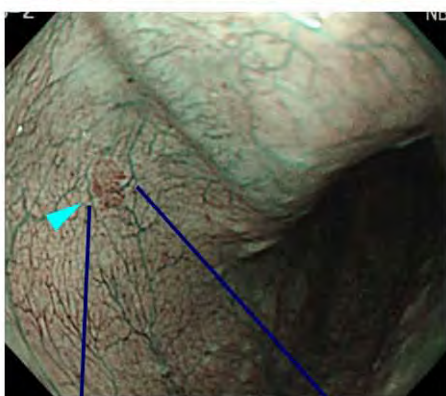
拡大内視鏡とは、通常の内視鏡（5倍程度）に比べて高倍率（100倍程度）での拡大観察が可能な内視鏡である。従来の内視鏡検査では、がん及びポリープの診断にあたり、病理組織検査を実施する必要があったが、拡大内視鏡を用いて消化管表面を拡大し、詳細にその紋様を観察及び分類すること、また、特殊光を用いて画像強調観察を併用することにより、内視鏡検査の段階でより正確な診断を行うことが可能となる。また、同検査を行うことにより、通常の内視鏡では発見できないような微小な癌を発見できるようになり、不必要な生検を行う必要がなくなるなど、病変の早期発見及び低侵襲な内視鏡治療へつなげることができる。

早期食道癌症例



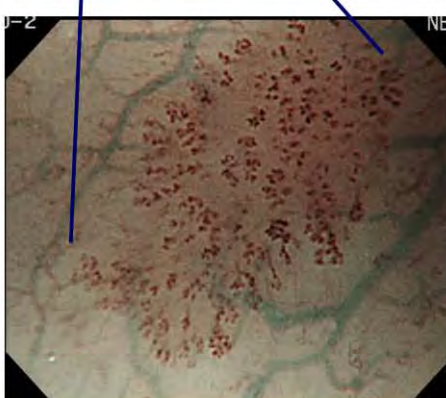
通常内視鏡

矢印の部位に病変が存在するが、認識困難。



拡大内視鏡（非拡大）

特殊光をあてることにより、矢印の部位にある病変を容易に認識できる。

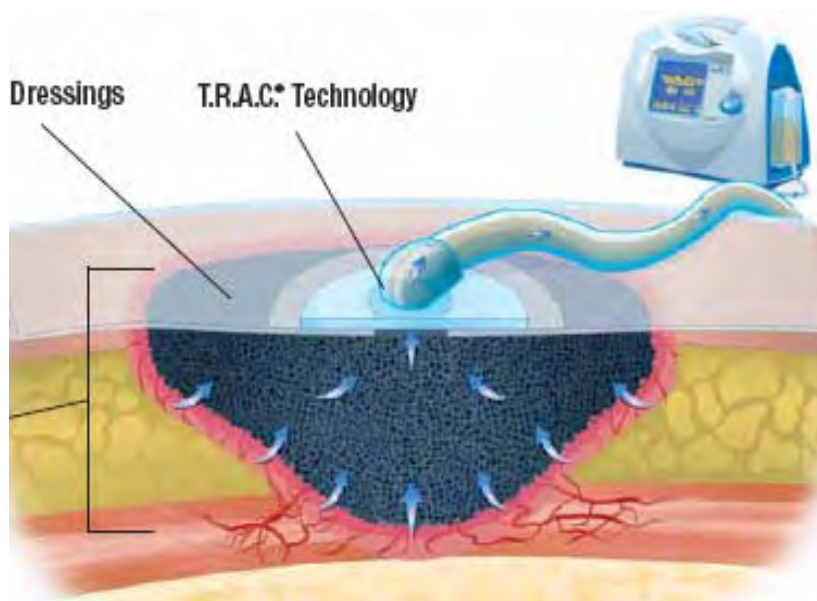


拡大内視鏡（約80倍拡大）

病変を拡大内視鏡で観察すると、癌に伴う異常血管を認識でき、早期食道癌と診断できる。この段階であれば、内視鏡治療が可能。

(資料4) 局所陰圧閉鎖処置

感染・壊死等があり容易に閉鎖しえない複雑性創傷の患者に対して、その創部にフォームを埋め込み、ドレープで密封した後に、チューブを介して陰圧維持装置と接続し、陰圧を持続的に維持する処置である。これにより、創傷治癒を促進することができる。



新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

骨子【I-8】

第1 基本的な考え方

新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。またその他の医療材料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

1. 一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

新 J045-2 一酸化窒素吸入療法 920点（1時間につき）

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①新生児特定集中治療室管理料（A302）
- ②総合周産期特定集中治療室管理料（A303）

2. 胸郭変形矯正用材料に係る技術料の評価

現 行	改定案
K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点	K142-2 脊椎側彎症手術
	1 固定術 37,420点 改
	2 矯正術
	イ 初回挿入術 112,260点 改
	ロ 全体交換術 37,420点 改
	ハ 伸展術 20,540点 改

<p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に 17,400 点を加算する。ただし、加算点数は 69,600 点を限度とする。</p>	<p>注 1及び2の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に <u>18,710 点</u> を加算する。ただし、加算点数は <u>74,840 点</u> を限度とする。 ㊦</p>
--	--

3. 局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価

㊦ J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

1 被覆材を貼付した場合

イ 100 cm²未満 1,600 点

ロ 100 cm²以上 200 cm²未満 1,680 点

ハ 200 cm²以上 1,900 点

注 初回のみ、イにあつては 1,690 点、ロにあつては 2,650 点、ハにあつては 3,300 点を加算する。

2 その他の場合 900 点

4. 皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価

㊦ D231-2 皮下連続式グルコース測定 700 点（一連につき）

[算定要件]

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

5. ペースメーカー、埋込型除細動器、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器に係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術又は区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>ロ イ以外の場合 320点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 460点 ③</p> <p>ロ イ以外の場合 320点 ④</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、<u>イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。</u> ④</p> <p>2 <u>区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術、区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術、区分番号 K599 に掲げる埋込型除細動器移埋術又は、区分番号 K599-3 に掲</u></p>

	<p><u>げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
--	---

6. 血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査、<u>血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定</u>を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>

7. 経皮的カテーテル心筋焼灼術における三次元カラーマッピングに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p>	<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p> <p>注1 <u>三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>

8. 埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

	D210-3	埋込型心電図検査（解析料を含む。）	90 点
新	K597-3	埋込型心電図記録計移植術	1,260 点
	K597-4	埋込型心電図記録計摘出術	840 点

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術 (K 597) 及びペースメーカー交換術 (K 597-2)
- ②両心室ペースメーカー移植術 (K 598) 及び両心室ペースメーカー交換術 (K 598-2)
- ③埋込型除細動器移植術 (K 599) 及び埋込型除細動器交換術 (K 599-2)
- ④両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術 (K 599-3) 及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術 (K 599-4)

9. 末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

新	G005-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術	700 点
---	--------	----------------------	-------

10. 胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

新	K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590 点
---	------	-------------------	---------

11. 特定薬剤治療管理料の適応拡大

血中濃度測定による治療管理を行う当該管理料について、シクロスポリンの対象疾患に難治性のアトピー性皮膚炎を追加する。

明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

骨子【Ⅱ－１】

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 I T 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、I T 化が遅れていると考えられる診療所を対象とした I T 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、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、原則として明細書を無料で発行することとする。

その際、保険医療機関等においては、その旨を院内掲示等により明示するとともに、明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

「正当な理由」の考え方

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（実費徴収が認められる場合）

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を原則とする。

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、地方厚生局長等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長等に届け出るものとする。

- (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 1点（再診料に加算）

[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。その旨の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	（廃止）

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）

再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

2. 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、別途要件を追加する。

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。

第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

現 行		改定案	
【再診料】		【再診料】	
1 病院の場合	60点	69点	改
2 診療所の場合	71点		

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、引き続き、懇切丁寧な説明については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算を算定できないこととする。

具体的な通知の改定案は以下のとおり。

現 行	改定案
<p>【外来管理加算】 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>	<p>【外来管理加算】 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する。 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等の理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算は算定できない。

地域医療貢献に対する評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

患者にとって、日常的な診療や健康管理等を行ってくれる診療所の存在は重要であり、特に夜間も含め、急病等の際にいつでも相談に応じてくれる診療所のニーズは高い。

健康上の不安等を気軽に相談できるだけでなく、患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する。

なお、このような患者からの休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少も考えられることから、病院勤務医負担軽減につながることも期待される。

第2 具体的な内容

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。

新 地域医療貢献加算 3点

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 歯科疾患管理料の見直し

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。

「Ⅰ－６－③」の第２の１．を参照のこと。

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。

「Ⅰ－６－③」の第２の２．を参照のこと。

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。

「Ⅰ－６－③」の第２の３．を参照のこと。

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。

「Ⅰ－６－③」の第２の４．を参照のこと。

居住系施設等訪問診療料の見直し及び

分かりやすい点数設定について

骨子【Ⅱ－２－(3)(4)】

第１ 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。

また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。

さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。

一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、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。

なお、居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費（Ⅲ）についても同様に算定対象を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 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。 830 点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 <u>2以外の場合</u> 830 点 ㊦</p> <p>2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200 点 ㊦</p>

2. 分かりやすい点数設定について

(1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 8,760 点</p> <p>2 8日以上14日以内 7,330 点</p> <p><u>重症者等を概ね9割以上入院させる治療室の場合、所定点数の100分の5に相当する点数を加算する。</u></p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 <u>9,200 点</u> ㊦</p> <p>2 8日以上14日以内 <u>7,700 点</u> ㊦</p> <p>(削除)</p>

(2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

一方、離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

- (1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
- (2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域
- (3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島

医療安全対策の推進について

骨子【Ⅱ－3】

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組の評価を行う。
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
<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">50点</p>	<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算 1 85点 ②改</p> <p>2 医療安全対策加算 2 35点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <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 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">100点 ③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か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。</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 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。

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	<u>100点</u> 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	<u>1,100点</u> 改

4. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

「Ⅱ－４－①」の第２の２.を参照のこと（後述）。

人工腎臓等の適正な評価について

骨子【Ⅱ－４－(1)】

第1 基本的な考え方

現在、人工腎臓の際の透析液等の薬剤費は、入院では出来高評価、入院外では包括評価としている。しかし、全身状態が比較的安定している患者に対して行う慢性維持透析においては、入院と外来で同等の医療が提供されていると考えられる。そこで、入院で行う慢性維持透析について評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 人工腎臓の評価体系について

入院で行う慢性維持透析について包括評価に変更する。なお、入院において、急性腎不全等に対して実施する人工腎臓については、引き続き出来高評価を行う。また、エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するが低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 <u>慢性維持透析の場合</u> ㊦
イ 4時間未満の場合 2,117点	イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u> ㊦
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u> ㊦
ハ 5時間以上の場合 2,397点	ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u> ㊦
2 その他の場合 1,590点	2 その他の場合 <u>1,580点</u> ㊦

2. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

⑨ 透析液水質確保加算 10点（1日につき）

[算定要件]

- ① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用していること。
- ② 専任の透析液安全管理者1名（医師又は臨床工学技士）を配置していること。
- ③ 透析機器安全管理委員会を設置していること。

在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅱ－4－(2)】

第1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅で実施可能な医療の分野が拡大している。在宅にあっても専門的な医療を受けることができるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) 3,800点</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで)</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) <u>8,000点</u> ㊦</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(初回算定から2月までの間、月2回まで)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>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。</u></p>

【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) <u>10,000点</u> ㊦
-------------------------------	---

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、<u>J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</u></p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、<u>J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</u></p>

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要な者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅱ－４－(3)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

第2 具体的な内容

1. 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および在宅移行管理加算の対象に加える。
「Ⅲ－４－④」の第2の1. を参照のこと（後述）。
2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。
「Ⅲ－４－④」の第2の2. を参照のこと（後述）。

※訪問看護療養費においては、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）とする。

疾病の重症化予防に対する適正な評価について

骨子【Ⅱ－5－(1)】

第1 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合の算定を可能にする。

第2 具体的な内容

入院中にリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 <u>当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</u></p>

障害者歯科医療の充実

骨子【Ⅱ－５－(2)】

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。

「Ⅰ－６－①」の第２の１. を参照のこと。

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新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の２. を参照のこと。

3. 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。

「Ⅰ－６－①」の第２の３. を参照のこと。

質が高く効率的な急性期入院医療の推進について

骨子【Ⅲ－１－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、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。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、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。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。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。

2. 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

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。

(1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

⑨ 〔項目1〕「データ提出指数」（正確なデータ提出に係る評価）

以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上

⑨ 〔項目2〕「効率性指数」（効率化に対する評価）

⑨ 〔項目3〕「複雑性指数」（複雑性指数による評価）

⑨ 〔項目4〕「カバー率指数」（診断群分類のカバー率による評価）

⑨ 〔項目5〕「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）

以下の各項目の総ポイント数（0～7ポイント）で評価

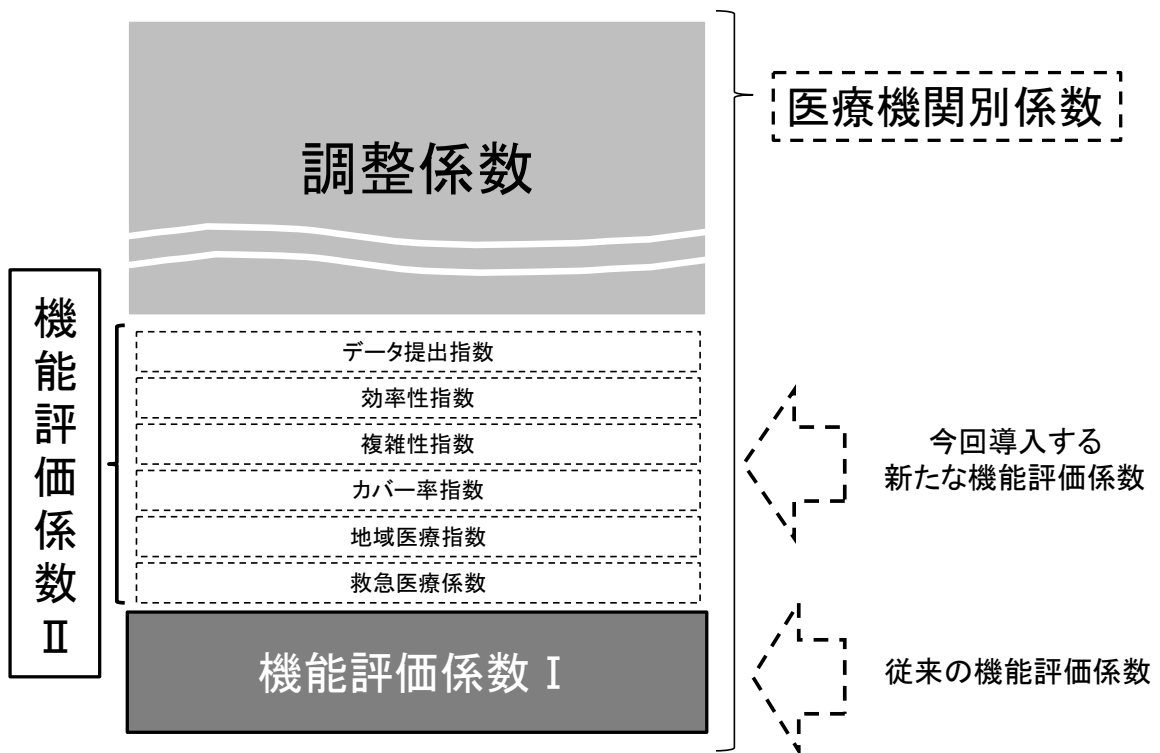
- ①脳卒中地域連携
- ②がん地域連携
- ③地域がん登録
- ④医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤DMAT（災害派遣医療チーム）指定
- ⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
- ⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

⑨ 〔項目6〕「救急医療係数」（救急医療の入院初期診療に係る評価）

(2) 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。

DPCにおける係数



3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

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。

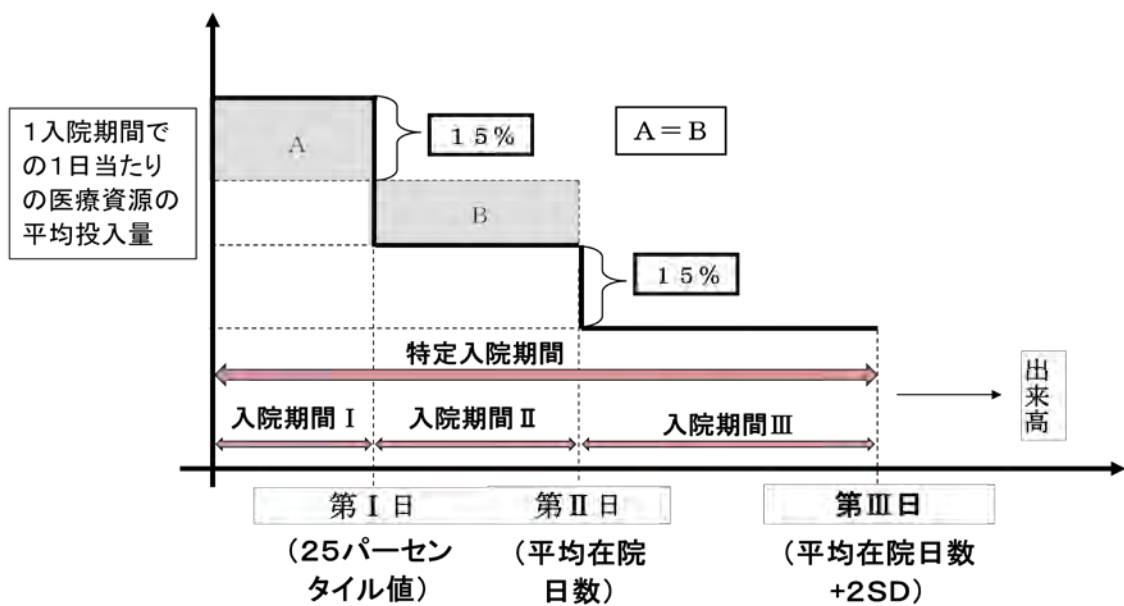
- ② (1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。
- ① 高額薬剤による分岐の追加
 - ② 化学療法レジメによる分岐の追加
 - ③ 副傷病による分岐の精緻化
 - ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し
- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準)

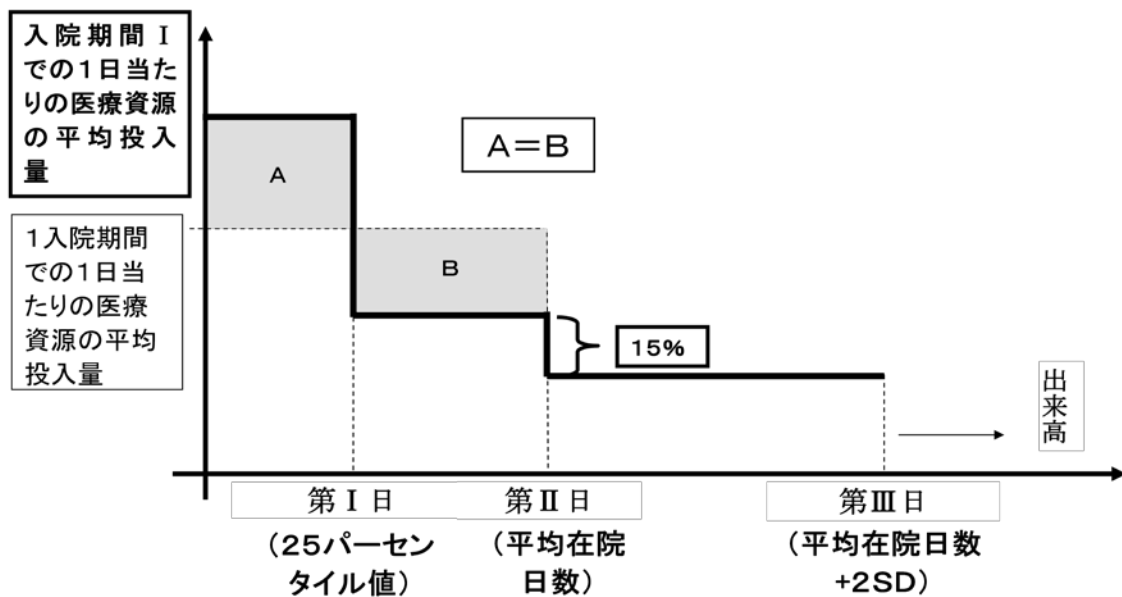
「入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1 SD から平均 + 1 SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1 SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1 SD 以下の場合 : 設定 C

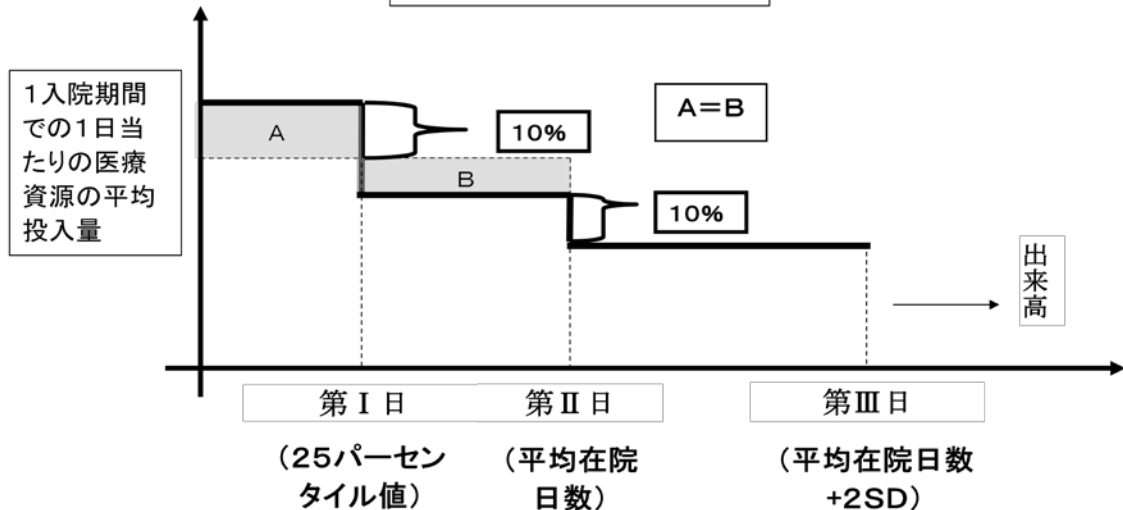
設定方法 A



設定方法 B



設定方法C



4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

② (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③H I V感染症に使用する抗ウイルス薬 (H I V感染症治療薬)
- 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実施する人工腎臓及び腹膜灌流

② (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

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

骨子【Ⅲ－１－(2)】

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。

新 一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）

[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局長等に報告すること。

検体検査評価の充実について

骨子【Ⅲ－１－(3)】

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） 500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
【外来迅速検体検査管理加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査管理加算】 10点/件（最大5件まで） ⑩

安全な麻酔管理体制の評価

骨子【Ⅲ－１－(3)】

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	100点（1人につき1回）
2 全身麻酔	300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

骨子【Ⅲ－１－(4)】

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

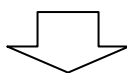
１. 療養病棟入院基本料の見直し

(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	<u>934点</u>	<u>1,369点</u>	<u>1,758点</u>
ADL 区分 2	<u>887点</u>	<u>1,342点</u>	<u>1,705点</u>
ADL 区分 1	<u>785点</u>	<u>1,191点</u>	<u>1,424点</u>

⑤

[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

改

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	871点	1,306点	1,695点
A D L 区分 2	824点	1,279点	1,642点
A D L 区分 1	722点	1,128点	1,361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

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。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 2. を参照のこと。

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

骨子【Ⅲ－２－(1)】

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り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 245点 改 (2) 廃用症候群の場合 235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 200点 改 (2) 廃用症候群の場合 190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】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 <u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u> 175点 新</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点 改</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p> <p>[算定要件]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 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>[施設基準]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</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>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】</p> <p>（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>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） 45点 ㊦</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

骨子【Ⅲ－２－(2)】

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。
また、急性期から連続したリハビリテーションが行われる場合に対して配慮する。
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>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 1,720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</u>以上が重症の患者であること</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 1,600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 60点（1日につき）

[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 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

- (3) 発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

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。

なお、リハビリテーション提供体制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。

新 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

- (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
<p>【亜急性期入院医療管理料】 (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>【亜急性期入院医療管理料】 (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、当該病室において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割以上である場合にあっては、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

骨子【Ⅲ－２－(3)】

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り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、早期回復を図る取組を評価する。

「Ⅰ－１－④」の第２の３. を参照のこと。

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。

また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

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 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) <u>640点</u> 改 <u>短期集中リハビリテーション実施加算</u> (1日につき) <u>退院後1月以内</u> 280点 新 <u>退院後1月を超え3月以内</u> 140点 新</p>

在宅医療を提供する医療機関の充実

骨子【Ⅲ－3－(1)】

第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅医療を受けることができるよう、在宅医療を提供する医療機関の評価を拡充する。特に、在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅移行早期加算の新設

入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるように、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設する。

新 在宅移行早期加算 100点（月1回）

[算定要件]

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

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、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる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を算定できることとする。

3. 在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域の医療機関の役割を鑑み、その要件の変更を行うことにより拡充を図る。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径 4 キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径 4 キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>許可病床数が 200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</u>なお、半径 4 キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径 4 キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

訪問診療の評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(2)】

第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

第2 具体的な内容

1. 往診料の評価の引き上げ

- (1) 症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

現 行	改定案
【往診料】 650点	【往診料】 <u>720点</u> ②

- (2) また、往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、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。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に10,000点を加算。</p>

3. 乳幼児加算の新設

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点

在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅲ－３－(3)】

1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（１）を参照のこと。

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（２）を参照のこと。

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。

「Ⅱ－４－②」の第２の２．を参照のこと。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

「重点課題１－３－①」の第２の３．を参照のこと。

患者のニーズに応じた訪問看護の推進

骨子【Ⅲ－４－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、週4日以上訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費を算定可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。
2. 在宅医療における訪問看護の重要性を考慮し、訪問看護のさらなる質の向上を図るため、安全管理体制の整備を要件とし、訪問看護管理療養費を引き上げる。

第2 具体的な内容

- ② 1. 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、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を3箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者であること。
- (2) 週7日の指定訪問看護が計画されていること。

- ② 2. 特別訪問看護指示期間中に限り、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を2箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者であること。
- (2) 特別訪問看護指示期間中に週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

3. 安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 7,050 円</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p style="text-align: right;">2,900 円</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 <u>7,300 円</u> ②</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p style="text-align: right;"><u>2,950 円</u> ②</p> <p>[算定要件]</p> <p>訪問看護ステーションにおいて、以下の安全管理体制が整備されていること</p> <p>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。</p> <p>② 訪問先等で発生した事故、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。</p>

乳幼児等への訪問看護の推進について

骨子【Ⅲ－４－(2)】

第1 基本的な考え方

乳幼児等への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護について評価を行う。

第2 具体的な内容

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

（訪問看護療養費）

新	乳幼児加算（3歳未満）	500円（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	500円（1日につき）

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）

新	乳幼児加算（3歳未満）	50点（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	50点（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

骨子【Ⅲ－４－(3)】

第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる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、保険医療機関に搬送された場合においても評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、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する。

現 行	改定案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>

<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【居住系施設入居者等訪問看護・指導料 居住系施設等ターミナルケア加算】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した<u>同一建物居住者</u>に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上<u>同一建物居住者</u>訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅲ－４－(4)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

第2 具体的な内容

1. 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および在宅移行管理加算の対象に加える。

現 行	改定案
<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>	<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【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 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>

<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p>	<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p> <p>六 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>[算定要件] (六について)</p> <p><u>定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</u></p>
---	--

2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員[※]と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。
 (※訪問看護療養費においては看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)とする。)

(訪問看護療養費)



複数名訪問看護加算

看護師等 4,300円(週1回)

准看護師 3,800円(週1回)

(在宅患者訪問看護・指導料)

(同一建物居住者訪問看護・指導料)



複数名訪問看護加算

保健師、助産師又は看護師 430点(週1回)

准看護師 380点(週1回)

[算定要件]

- (1) 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※訪問看護療養費においては看護師等とする。

- (2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- 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、指定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

在宅歯科医療の推進

骨子【Ⅲ－５】

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については、
 - (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) う蝕や歯周疾患等の歯科疾患が一般の患者に比べて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

[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 人に対し、当該患者が居住する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。

- 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、同一の建物に居住する 1 人の患者を診療した場合）

(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。

- 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>〔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〕</p> <p>(1) 1人目の患者 歯科訪問診療 2</p> <p>(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</p>	<p>〔上記イ又はロの患者であって、 <u>同一の建物に居住する複数の患者</u> を診療した場合〕</p> <p>(1) <u>20分以上の場合</u> <u>歯科訪問診療 2</u></p> <p>(2) <u>20分未満の場合</u> <u>初診料又は再診料</u></p> <p>[その他] <u>歯科訪問診療料を算定する保険医療</u> <u>機関においては、歯科訪問診療につい</u> <u>て、院内掲示により患者への情報提供</u> <u>に努めること</u></p>
--	---

2. 周辺装置加算及び在宅患者等急性歯科疾患対応加算の見直し

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。

現 行	改定案
<p>【周辺装置加算】</p> <p>1 エアタービン及びその周辺装置 200 点</p> <p>2 歯科用電気エンジン及びその周辺 装置 50 点</p>	<p>(廃止)</p>

<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <p>イ 1回目 232点 ロ 2回目以降 90点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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する。</p>	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <p>イ 1回目 232点 ロ 2回目以降 90点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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する。</p>
---	--

3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その心身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の評価を行うため、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。

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 140点
(口腔機能管理加算 50点)

その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又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
【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 【歯科治療総合医療管理料】 （月1回） 140 点	【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 ㊦ 【歯科治療総合医療管理料】 （月1回） 140 点

<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>[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歯科診療（<u>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。</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。

「I-6-①」の第2の3. を参照のこと。

在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【Ⅲ－５】

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対して、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。

「Ⅰ－６－②」の第２の１．を参照のこと。

2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医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。

「Ⅰ－６－②」の第２の２．を参照のこと。

入院時の総合的な評価に基づく介護との連携

骨子【Ⅲ－6】

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
<p>【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。</p>	<p>【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る</u>）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等</u>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。</p>

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。

「重点課題2-4」の第2の2. を参照のこと。

調剤料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(1)(2)】

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 日分以上の区分を新設する。

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>

ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点 ハ 22日分以上の場合 77点	ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 ② ハ 22日分以上 <u>30日分以下の場合</u> 81点 ② ニ <u>31日分以上の場合</u> 89点 ③
【一包化薬】 89点 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 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。	【一包化加算】 ② 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、 <u>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</u> イ <u>56日分以下の場合</u> 投与日数が7又はその端数を増すごとに <u>30点を加算して得た点数</u> ロ <u>57日分以上の場合</u> 270点 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。

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
【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 ② 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 ② (2) <u>8日目以上の部分 (1日分につき)</u> 10点 ③ ハ 29日分以上の場合 400点 ③

ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

骨子【Ⅲ－７－(3)】

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
<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> ㊦</p> <p><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HIV薬</p>

調剤基本料の特例の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

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適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
<p>【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。</p>	<p>【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 <u>24点</u>を算定する。 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

骨子【Ⅲ－7－(4)】

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 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</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。</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</p>

<p>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>導を行うこと</p> <p>【薬剤情報提供料】 (処方せんの受付1回につき) 15点</p> <p>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

骨子【IV－1】

第1 基本的な考え方

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。

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。

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

(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)</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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>【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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">20%以上</td> <td style="text-align: center;">6点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25%以上</td> <td style="text-align: center;">13点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">17点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> </table> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の<u>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、上記のとおりであること。</u></p>	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										

(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予定であるが、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。

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*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。

(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。

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新設する。



[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。）

[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。

「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予定の品目

○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塩酸アンブロキシソール（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]）

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；マルトース輸液 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）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－２】

第１ 基本的な考え方

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う。

第２ 具体的な内容

衛生検査所等調査より得られた検体検査実施における実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について検査実施料の適正化を実施する。

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

エックス線撮影料：

アナログ撮影及びデジタル撮影の新設

骨子【IV-3-(1)】

第1 基本的な考え方

デジタルエックス線撮影は、患者の被曝低減が可能であることや、画質改善や計測等の画像処理ができること、大量の画像データを少ないスペースで保管できることなど、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、アナログ撮影との区別を明確化する。

第2 具体的な内容

1. デジタルエックス線撮影料の新設

現 行		改定案	
E002 撮影		E002 撮影	
1 単純撮影	65 点	1 単純撮影	
		イ アナログ撮影	60 点 新
		ロ デジタル撮影	68 点 新
2 特殊撮影 (一連につき)	264 点	2 特殊撮影 (一連につき)	
		イ アナログ撮影	260 点 新
		ロ デジタル撮影	270 点 新
3 造影剤使用撮影	148 点	3 造影剤使用撮影	
		イ アナログ撮影	144 点 新
		ロ デジタル撮影	154 点 新

4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき） イ アナログ撮影 192点 ⑨ ロ デジタル撮影 202点 ⑨
--------------------	---

2. デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改定案
【デジタル映像化処理加算】 15点 (平成21年度末までの経過措置)	(廃止)

3. 電子画像管理加算の見直し

現 行	改定案
【電子画像管理加算】	【電子画像管理加算】
イ 単純撮影の場合 60点	イ 単純撮影の場合 <u>57点</u> ⑨
ロ 特殊撮影の場合 64点	ロ 特殊撮影の場合 <u>58点</u> ⑨
ハ 造影剤使用撮影の場合 72点	ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>66点</u> ⑨
ニ 乳房撮影の場合 60点	ニ 乳房撮影の場合 <u>54点</u> ⑨

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-3-(1)】

第1 基本的な考え方

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状況にある一方で、使用機器の診断性能に見合った評価がなされていないとの指摘があることを踏まえ、画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

16列以上のマルチスライス型CTによる撮影に対する評価を新設する。また、1.5テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を引き上げる。さらに、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。

現 行	改定案
E200 コンピューター断層撮影	E200 コンピューター断層撮影
1 CT撮影	1 CT撮影
イ マルチスライス型の機器による場合 850点	イ <u>16列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 900点 ⑨
ロ イ以外の場合 660点	ロ <u>2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合</u> 820点 ⑩
	ハ <u>イ、ロ以外の場合</u> 600点 ⑪
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)
1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点	1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u> ⑫
2 1以外の場合 1,080点	2 1以外の場合 <u>1,000点</u> ⑬

第3節 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。

第3節 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。 ㊦

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

骨子【IV-3-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 大腸内視鏡手術の普及が進む中、大腸のポリープ・粘膜切除術に対する現行の評価に関しては、胃・十二指腸と比較して高点数である、難易度に応じた技術の評価となっていない等の指摘がある。
 こうした指摘を踏まえ、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への見直しを行う。
2. ポリープ・粘膜切除術後の止血に対し、より高い点数設定である小腸結腸内視鏡的止血術を算定している場合があるとの指摘があることから、当該分野について適正化を行う。

第2 具体的な内容

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、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

また、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の算定要件を明確化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点	1 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm未</u> <u>満のもの</u> 5,000点 改
2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点	2 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm以</u> <u>上のもの</u> 7,000点 改

<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>5,360 点</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>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。</u></p> <p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 <u>ポリープが2 cm 未満のもの</u> 5,000 点 ㊦</p> <p>2 <u>ポリープが2 cm 以上のもの</u> 7,000 点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>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。</u></p>
---------------------------------------	--

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-3-(2)】

第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 眼科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D261	屈折検査 74点	D261	屈折検査 69点 改
D263	矯正視力検査	D263	矯正視力検査
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点		1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 69点 改
	2 1以外の場合 74点		2 1以外の場合 69点 改
D264	精密眼圧測定 85点	D264	精密眼圧測定 82点 改
D265	角膜曲率半径計測 89点	D265	角膜曲率半径計測 84点 改

2. 耳鼻科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D244	自覚的聴力検査	D244	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		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 改
	2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点		2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 350点 改

3. 内視鏡検査の適正化

現 行	改定案
D298 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	D298 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) <u>600 点</u> 改
D299 喉頭ファイバースコープ 620 点	D299 喉頭ファイバースコープ <u>600 点</u> 改

4. 皮膚科処置の適正化

現 行	改定案
J055 いぼ焼灼法	J055 いぼ焼灼法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改
J056 いぼ冷凍凝固法	J056 いぼ冷凍凝固法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改

後期高齢者医療の診療報酬について

骨子【V】

第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

第2 具体的な内容

1. 対象者を全年齢に拡大する項目

(1) 医科診療報酬における項目

①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

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</p> <p>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</p> <p>注2 <u>手帳記載加算</u> 3点 ㊦</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>

③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後にも継続的に行えるような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>【<u>後期高齢者退院時薬剤情報提供料</u>】</p> <p>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</p>	<p>【<u>退院時薬剤情報管理指導料</u>】</p> <p>90点 ㊦</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</p>

<p>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>【薬剤管理指導料】</p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</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>に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、<u>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</u>、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>(廃止)</p>
--	---

④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防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。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者処置】</p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】</p> <p>(1日につき) <u>24点</u> ㊦</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

<p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 ㊦</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>
--	--

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

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。

「Ⅲ－５」の第２の３．を参照のこと。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

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と薬剤情報提供料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。）。

「Ⅲ－７－④」を参照のこと。

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

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。

その上で、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。

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

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

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。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料(医科)】	

(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料(調剤)】		
(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援加算】		
(1回限り)	200点	(廃止)

3. 例外的な見直しを行う項目

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

(3) 後期高齢者総合評価加算

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。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、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、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を 65 歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題 2－3－①」の第 2 の 2. を参照のこと。