

平成22年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%**(約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%**(約5,700億円)

医科 +1.74% (約4,800億円)	入院 +3.03% (約4,400億円)
	外来 +0.31% (約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 **+2.09%**(約600億円)

調剤 **+0.52%**(約300億円)

薬価等 **▲1.36%**(約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

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

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

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

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

救急医療の評価の充実について

救急入院医療の充実

- 充実した体制の救命救急センターの評価
救命救急入院料 充実度評価A加算 500点 → 1,000点
- 二次救急医療機関における入院医療の評価
救急医療管理加算 600点 → 800点
乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点
- 手厚い急性期入院医療の評価
ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

地域の連携による救急外来の評価

- 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価
地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点
地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点
- 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価
① 地域連携夜間・休日診療料 100点

産科・小児医療の評価の充実について

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

- ハイリスク分娩管理の評価
ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大
- 緊急搬送された妊産婦の受入の評価
妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

新生児集中治療の評価

- ハイリスク新生児に係る集中治療の評価
新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点
- NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価
① 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

小児の入院医療の充実

- 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価
① 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点
(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

病院勤務医の負担の軽減について

病院勤務医の事務負担の軽減

➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

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

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

手厚い人員体制による入院医療の評価

➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

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

多職種からなるチームによる取組の評価

➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

⑨ 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

手術料の適正な評価について

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

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



小児に対する手術評価の引き上げ

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

新規医療技術の保険導入

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

明細書発行の推進について

明細書発行の推進

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

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

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



診療報酬上の支援

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

急性期の入院医療の評価

早期の入院医療の評価

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

急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

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

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等

- 1 創傷処置
- 2 血圧測定
- 3 時間尿測定
- 4 呼吸ケア
- 5 点滴ライン同時3本以上
- 6 心電図モニター
- 7 シリンジポンプの使用
- 8 輸血や血液製剤の使用
- 9 専門的な治療・処置

B 患者の状況等

- 1 寝返り
- 2 起き上がり
- 3 座位保持
- 4 移乗
- 5 口腔清潔
- 6 食事摂取
- 7 衣服の着脱

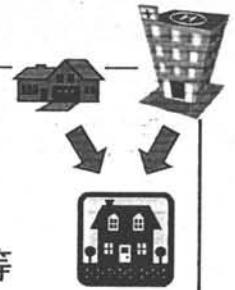
急性期医療に対する後方病床機能の強化

初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定。

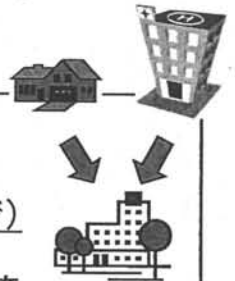


初期加算の創設(病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床)

療養病床が担う後方病床機能の評価

⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

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



地域医療を支える有床診療所の評価



有床診療所入院基本料の再編成

実態を踏まえた評価区分の見直し

【現行】			【改定後】		
有床診療所 入院基本料1 (看護職員5人以上)	～7日	810点	有床診療所 入院基本料1 (看護職員7人以上)	～14日	760点
	8～14日	660点		15～30日	590点
	15日～30日	490点		31日	500点
	31日～	450点	有床診療所 入院基本料2 (看護職員4～6人)	～14日	680点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員1～4人)	～7日	640点	15～30日	510点	
	8～14日	480点	31日	460点	
	15日～30日	320点	有床診療所 入院基本料3 (看護職員1～3人)	～14日	500点
	31日～	280点	15～30日	370点	
			31日	340点	

初期加算の創設

後方病床機能の評価

医師配置加算の見直し

入院基本料等加算の拡充

⑨ 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

医師配置加算1(60点→88点)

医師配置加算2(60点)

新たに「無菌治療室加算」等を有床診療所でも算定可能に

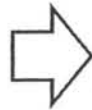
在宅復帰後を見越した地域連携の評価

在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

- 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた3段階の地域連携診療計画の評価

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

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1	600点
	地域連携診療計画退院計画加算	100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点



⑨

⑨

介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

- 入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同して、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

⑨ 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

- がん診療連携拠点病院におけるカンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- がん診療に係る地域連携の評価

⑨ がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

⑨ がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

がん治療の評価

- 複雑化、高度化する外来化学療法の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- 放射線治療病室におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮したがん患者リハビリテーションの評価

⑨ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

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

陰圧室管理の評価

- ▶ 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 個室加算 | 300点 |
| ② | 陰圧室加算 | 200点 |

結核病棟の評価

- ▶ 結核病棟における平均在院日数要件の見直し
7対1入院基本料、10対1入院基本料における平均在院日数要件をなくす。
- ▶ 小規模な結核病棟におけるユニットのルールを明確化
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、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

12

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- ▶ 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価
② 肝炎インターフェロン治療計画料 700点
- ▶ 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価
② 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

認知症医療の評価

- ▶ 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価
② 認知症専門診断管理料 500点
- ▶ 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価
② 認知症患者地域連携加算 50点

13

精神医療の評価の充実について

精神入院医療の充実

- 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

- 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 $\frac{300点}{200点}$ → 350点

- 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

専門性の高い精神医療の評価

- うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

- アルコール依存症に対する専門的治療の評価

⑨ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)
100点(31日以上60日以内)

在宅及び障害者歯科医療について

在宅歯科医療の推進

- 歯科衛生士による在宅療養患者に対する歯科衛生指導の充実

訪問歯科衛生指導料

(複雑なもの)350点 → 360点 (簡単なもの)100点 → 120点

- 在宅患者に対するよりきめ細かな歯科疾患の管理の充実

⑨ 歯科疾患在宅療養管理料

(在宅療養支援歯科診療所の場合) 140点(月1回)

(その他の場合) 130点(月1回)

障害者歯科医療の充実

- 歯科衛生士による障害者に対する実地指導の充実

⑨ 歯科衛生実地指導料2 100点(月1回)

- 障害者歯科医療の連携の促進(歯科診療所では歯科治療が困難であった

障害者を病院歯科や口腔保健センター等が受入れ、治療を行った場合を評価)

⑨ 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回)

生活の質に配慮した歯科医療の充実について

病院歯科機能の強化

➤ 地域歯科診療を支援している病院歯科の機能の強化

地域歯科診療支援病院入院加算(入院初日300点)の対象患者の拡大

在宅療養が必要な患者 → 在宅療養が必要な患者又は障害者である患者

有床義歯(入れ歯)の管理体系の見直し

➤ 歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科保険医療機関の取組を評価(有床義歯の修理の加算を創設)

⑧ 歯科技工加算 20点(義歯1個の修理当たり)

➤ 有床義歯の調整の評価を新設

⑧ 有床義歯調整管理料 30点(月2回)

16

歯科固有の技術の評価について

歯科固有の技術の適切な評価

➤ う蝕(むし歯)、歯周病、有床義歯(入れ歯)等の評価の見直し

根管貼薬処置(歯の根の治療)

(単根管) 14点 → 20点

(3根管以上) 28点 → 30点

総義歯(総入れ歯) 2,050点 → 2,060点

歯周組織再生誘導手術(一次手術) 630点 → 730点

➤ 歯科診療報酬体系の簡素化(一部の技術を基本診療料に包括して評価)

歯科初診料 182点 → 218点

歯科再診料 40点 → 42点

スタディモデル 50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目) 130点 → 110点(引下げ分)

新規の歯科医療技術の保険導入

➤ 歯周病の手術を行う際のレーザーによる歯石除去等を評価

⑧ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

17

手術以外の医療技術の適正な評価について

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、
胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など
5項目の新規技術を保険導入

新規保険収載提案技術等の保険導入(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、新規技術の
保険導入及び既存技術の再評価を行う。
イメージガイド下放射線治療(IGRT)、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など約170項目を評価

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

- 新規医療材料等に対応する技術料の設定及び診療実態に即し
た評価体系の見直し
局所陰圧閉鎖処置、一酸化窒素吸入療法など
11項目において新設及び見直し

18

再診料等の見直しについて

外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる5分ルール)については廃止
- 「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、
要件を追加
多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで
継続処方を行った場合は算定不可

再診料の見直し

- 再診料の病診統一
再診料(診療所) 71点 → 再診料 69点
再診料(病院) 60点

地域医療貢献に対する評価

- 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
体制を有している診療所を評価
⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

19

医療安全対策の推進について

医療安全対策の充実

医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

③ 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

③ 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

医薬品安全管理の評価

③ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

人工腎臓の適正な評価について

評価体系の変更

外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ の見直し

薬価の引き下げに伴う包括点数の見直し

外来の患者 → 慢性維持透析の場合(区分変更)

4時間未満 2,117点 → 2,075点

4時間以上5時間未満 2,267点 → 2,235点

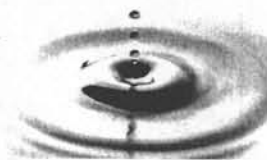
5時間以上 2,397点 → 2,370点

その他の場合 1,590点 → 1,580点

透析液水質確保加算

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 を達成した場合の評価

③ 透析液水質確保加算 10点



質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

診療報酬改定の反映

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

DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

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

診断群分類点数表の設定方法の見直し

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

22

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

- 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

【現行】

【算定要件】25:1配置
ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

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



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

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

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

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

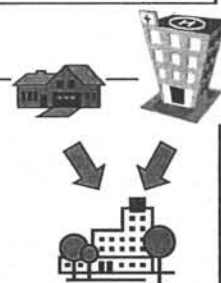
- 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

初期加算の創設

- 後方病床機能の評価

⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

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



23

疾患別リハビリテーションの充実

脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

- 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

- 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

- 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点→45点(1単位につき)

維持期のリハビリテーション

- 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、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は継続

24

回復期リハビリテーション等の推進

回復期リハビリテーションの評価

- 回復期リハビリテーション病棟入院料に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・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
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・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



亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- 亜急性期病床において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

⑨ リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

25

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価
往診料 650点 → 720点
- 小児に対する在宅医療の評価
 - ① 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点
 - ② 退院時前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価
在宅療養支援病院の要件見直し
半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの
→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院
- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価
① 在宅移行早期加算 100点

26

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

- 同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和
 - ① 末期の悪性腫瘍等の利用者で、訪問看護が毎日必要な利用者
2カ所→3カ所
 - ② 特別訪問看護指示書の指示期間中に週4日以上訪問看護が必要な利用者
1カ所→2カ所

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

- 安全管理体制の整備を要件とし訪問看護管理療養費の引上げ
訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円
(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

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

27

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

乳幼児等への訪問看護の評価

- (新) 乳幼児加算(3歳未満) 500円^{※1} / 50点^{※2}(1日につき)
幼児加算(3歳以上6歳未満) 500円^{※1} / 50点^{※2}(1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

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

訪問看護ターミナルケア療養費^{※1} / ターミナルケア加算^{※2}

患者の状態に応じた訪問看護の充実

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

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

28

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

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

- (新) 複数名訪問看護加算^{※1} / 複数名訪問看護・指導加算^{※2}(週1回)
(看護師等の場合) 4,300円^{※1} / 430点^{※2}
(准看護師の場合) 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

(注)対象となる利用者

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

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

29

患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

- 一包化薬調剤料について、内服薬調剤料との差を分かりやすくするため、加算として整理した上で、長期投薬時の評価を適正化

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

- 抗がん剤などのハイリスク薬を服用する患者に対して副作用の確認や必要な指導を行う場合の加算を創設

⑨ 特定薬剤管理指導加算 4点

調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

- 地域医療を支える薬局に配慮し、特例の要件(処方せん受付回数が4,000回超/月)を一部緩和するとともに、点数を引上げ

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

※ 処方せん受付回数から、時間外加算、訪問薬剤管理指導等に係る処方せんを除外

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の更なる使用促進

薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的な加算を適用

後発医薬品調剤体制加算 4点 (処方せんベースの調剤率 30%以上)

→ 6点、13点、17点 (数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上)

- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、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を認める

※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件

含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)

類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、使用を進める体制の評価(入院基本料への加算)

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点

※ 採用品目数の割合が20%以上であること

検体検査の評価の充実について

検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		⑨ 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

検体検査実施料の見直し

➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

外来迅速検体検査加算

➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

32

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化について

➤ 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し

検体検査約620項目のうち
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

➤ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740点	→	長径2cm以上	7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術	5,730点	→	長径2cm未満	5,000点

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

➤ 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

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

33

エックス線撮影料

デジタル撮影の新設

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

E002 撮影

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



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

電子画像管理加算

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



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

※ デジタル映像化処理加算は廃止

34

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

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

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

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



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

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1300点
2 1以外の場合	1080点



改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
2 1以外の場合	1000点

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



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

35

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料
薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 } → 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

【外来症例1】5歳女児 発熱・嘔吐のため夜間救急外来を受診

- 5歳女児。夕方より発症した発熱・嘔吐により、夜9時に小児夜間急病センターを受診。
- 解熱剤、制吐剤を処方され帰宅。
- 自己負担2割

これまでの場合

初診料	270点
時間外特例加算(乳幼児)	345点
地域連携小児夜間・休日診療料1 350点	
処方せん料	68点
計	1,033点
自己負担額	2,070円

平成22年4月以降

初診料	270点
時間外特例加算(乳幼児)	345点
地域連携小児夜間・休日診療料1 400点	
処方せん料	68点
計	1,083点
自己負担額	2,170円

1

【外来症例2】45歳男性 発熱・咽頭痛のため夜間救急外来を受診

- 45歳男性。夕方より発症した発熱・咽頭痛により、夜9時に夜間急病センターを受診。
- 咽頭炎の診断にて消炎鎮痛剤を処方され帰宅。
- 自己負担3割

これまでの場合

初診料	270点
時間外特例加算	230点
処方せん料 68点	
計	568点
自己負担額	1,700円

平成22年4月以降

初診料	270点
時間外特例加算	230点
地域連携夜間・休日診療料 100点	
処方せん料	68点
計	668点
自己負担額	2,000円

2

【外来症例3】80歳女性 高血圧にて月2回近医を受診

- 80歳女性。20年来の高血圧にて、近医を月2回受診、内服管理されている。
- 内科診療所、明細書の無料発行を行っており、問い合わせにはいつでも応じてくれる。
- 毎回丁寧に診察され、懇切丁寧な説明を受けている。
- 自己負担1割

これまでの場合

再診料 71点×2回
外来管理加算 52点×2回

特定疾患療養管理料 225点×2回

処方せん料(+加算) 86点×2回

計 868点 自己負担額 870円

平成22年4月以降

再診料 69点×2回
外来管理加算 52点×2回
明細書発行体制等加算 1点×2回
地域医療貢献加算 3点×2回

特定疾患療養管理料 225点×2回

処方せん料(+加算) 86点×2回

計 872点 自己負担額 870円

【入院症例1】58歳男性 脳動脈瘤に対して待機的手術のため入院

- 58歳男性 脳ドックにて偶然に脳動脈瘤が発見されたため、手術目的に入院
- 400床の病院で10対1病棟に8日間入院。
- 自己負担3割

これまでの場合

一般病棟 10対1入院基本料
+14日以内の入院に係る加算
(1,300点+428点)×8日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日) 185点
医療安全対策加算(入院初日) 50点

脳動脈瘤頸部クリッピング 2カ所以上 85,600点
脳動脈瘤クリップ 20,500円×2カ所

麻酔
(内訳)マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 6,100点

計 105,829点 (+材料41,000円)

自己負担額 88,420円
(241,364円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

平成22年4月以降

一般病棟 10対1入院基本料
+14日以内の入院に係る加算
(1,300点+450点)×8日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日) 255点
医療安全対策加算(入院初日) 85点
感染防止対策加算(入院初日) 100点
急性期看護補助体制加算(1日につき) 120点×8日

脳動脈瘤頸部クリッピング 2カ所以上 128,400点
脳動脈瘤クリップ 19,300円×2カ所

麻酔
(内訳)マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 6,100点

計 149,970点 (+材料38,600円)

自己負担額 92,810円
(368,677円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

【入院症例2】0ヶ月男児 低出生体重児のため入院

- 生後0日男児。1800gで出生し、低出生体重児のため新生児特定集中治療室(NICU)入院。
- NICU入室8日間で新生児治療回復室(GCU)に転床、16日後に経過良好にて退院。
- 自己負担2割

これまでの場合

新生児特定集中治療室管理料
8,500点×8日

一般病棟 7対1入院基本料
+14日以内、15~30日の入院に係る加算
1,555点×16日+428点×6日+192点×10日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)185点
医療安全対策加算(入院初日) 50点
新生児入院医療管理加算 800点×16日
乳幼児加算 333点×16日

計 115,771点

自己負担額 89,010円
(258,306円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

平成22年4月以降

新生児特定集中治療室管理料
10,000点×8日

新生児治療回復室入院医療管理料
5,400点×16日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)255点
医療安全対策加算(入院初日) 85点
感染防止対策加算(入院初日) 100点

計 166,880点

自己負担額 94,120円
(406,522円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

5

【入院症例3】35歳女性 切迫早産のため入院

- 35歳妊婦
切迫早産のため妊娠28週で入院、妊娠30週で選択的帝王切開の後、7日で退院。
- 600床の病院で7対1病棟に21日間入院。
- 自己負担3割

これまでの場合

一般病棟 7対1入院基本料
+14日以内、15~30日の入院に係る加算
1,555点×21日+428点×14日+192点×7日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)185点
医療安全対策加算(入院初日) 50点
ハイリスク妊娠管理加算 1,000×14日
ハイリスク分娩管理加算 2,000×7日

選択帝王切開術 15,000点

麻酔
(内訳)腰部硬膜外麻酔 800点

計 84,096点

自己負担額 85,840円
(166,448円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

平成22年4月以降

一般病棟 7対1入院基本料
+14日以内、15~30日の入院に係る加算
1,555点×21日+450点×14日+192点×7日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)255点
医療安全対策加算(入院初日) 85点
感染防止対策加算(入院初日) 100点
急性期看護補助体制加算(1日につき) 120点×14日
ハイリスク妊娠管理加算 1,000点×14日
ハイリスク分娩管理加算 3,000点×7日

選択帝王切開術 19,340点

麻酔
(内訳)腰部硬膜外麻酔 800点

計 97,629点

自己負担額 87,190円
(205,694円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

6

【入院症例4】60歳男性 腹痛により二次救急病院に救急搬送

○60歳男性 胃穿孔による腹痛と判明し、緊急に大網充填術を行う

○600床の病院でハイケアユニットに1日、7対1病棟に7日間入院。

○自己負担3割

これまでの場合

一般病棟 7対1入院基本料
+14日以内の入院に係る加算
(1,555点+428点)×7日

ハイケアユニット入院医療管理料
3,700点

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)185点
医療安全対策加算(入院初日) 50点
救急医療管理加算 600点×6日

胃縫合術(大網充填術) 11,300点

麻酔
(内訳)マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身
麻酔 6,100点

計 38,886点 自己負担額 81,320円
(35,339円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

平成22年4月以降

一般病棟 7対1入院基本料
+14日以内の入院に係る加算
(1,555点+450点)×7日

ハイケアユニット入院医療管理料
4,500点

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 40点
診療録管理体制加算(入院初日) 30点
医師事務作業補助体制加算50対1(入院初日)255点
医療安全対策加算(入院初日) 85点
感染防止対策加算(入院初日) 100点
急性期看護補助体制加算(1日につき) 120点×7日
救急医療管理加算 800点×6日

胃縫合術(大網充填術) 11,300点

麻酔
(内訳)マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身
麻酔 6,100点

計 42,085点 自己負担額 81,640円
(44,617円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

【入院症例5】64歳男性 脳梗塞後の右片麻痺に対してリハビリテーション目的に入院

○64歳男性 脳梗塞にて急性期治療(15日)を経たのち、リハビリテーション目的に入院

○100床の回復期リハビリテーション病棟で、1日7単位、土日もリハビリテーションを実施

○60日間の入院期間 ○自己負担3割

これまでの場合

回復期リハビリテーション病棟入院料1
+重症患者回復病棟加算
(1,690点+50点)×60日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 20点
栄養管理実施加算 12点×60日

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
235点×7単位×60日
早期リハビリテーション加算
30点×7単位×15日
リハビリテーション総合計画評価料
300点×2回

計 207,590点 自己負担額 175,620円
(447,151円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等

平成22年4月以降

回復期リハビリテーション病棟入院料1
+重症患者回復病棟加算
+休日リハビリテーション提供体制加算
+リハビリテーション充実加算
(1,720点+50点+60点+40点)×60日

入院基本料等加算
(内訳)
臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 20点
栄養管理実施加算 12点×60日

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
245点×7単位×60日
早期リハビリテーション加算
45点×7単位×15日
リハビリテーション総合計画評価料
300点×2回

計 221,165点 自己負担額 176,980円
(486,523円が高額療養費制度により給付)

※ その他検査、点滴、投薬及び食費等