

医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

- ▶ 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価(スライド33枚目)

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 手術料の引き上げ(スライド34枚目)

「外保連試案第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

3. 内科的技術の評価(スライド34枚目)

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

4. 先進医療からの保険導入(スライド34枚目)

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設(スライド34枚目)

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

32

医療技術の適切な評価②

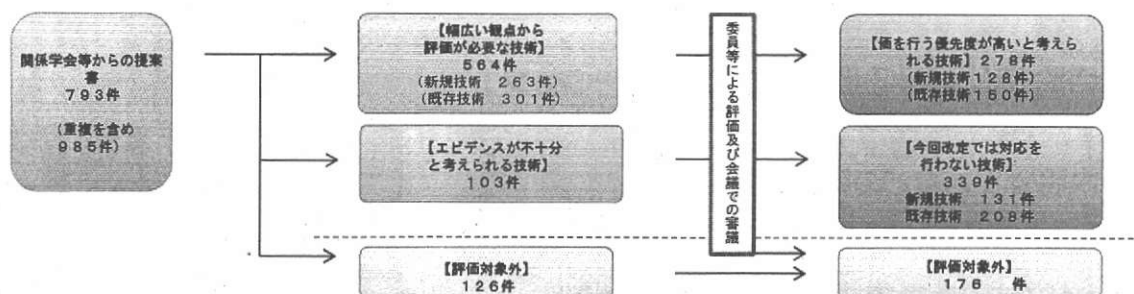
医療技術評価分科会での検討

1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術;コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術;血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

▶ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

33

手術料や内科的な技術等の評価

2. 外保連試算を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試算第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について最大で30～50%の引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカー留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

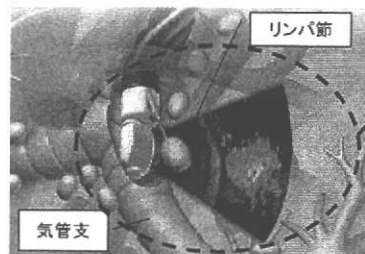
新たな医療技術の具体的な例

新しい医療技術の例

▶技術名:コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



イメージ図:リンパ節穿刺の場合

- | 検査の方法 | |
|-------|--------------|
| ① | 超音波内視鏡の挿入 |
| ② | 病変を描出 |
| ③ | 病変を穿刺し、検体を採取 |
| ④ | 病理診断の実施 |

▶技術名:肝切除術における画像支援ナビゲーション

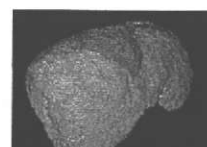
技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

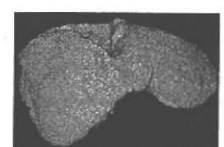
手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



肝がん(黄)と担がん領域の門脈枝(紫)



担がん門脈領域(橙)



担がん領域切除後(青)



担がん門脈領域(青)



担がん領域切除後(青)

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。
- (新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

36

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、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した。

⇒ 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

↓
400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。 等

37

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

38

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

➤ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新)	亜急性期入院医療管理料1	2,061点
(新)	2	1,911点

【算定要件】

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

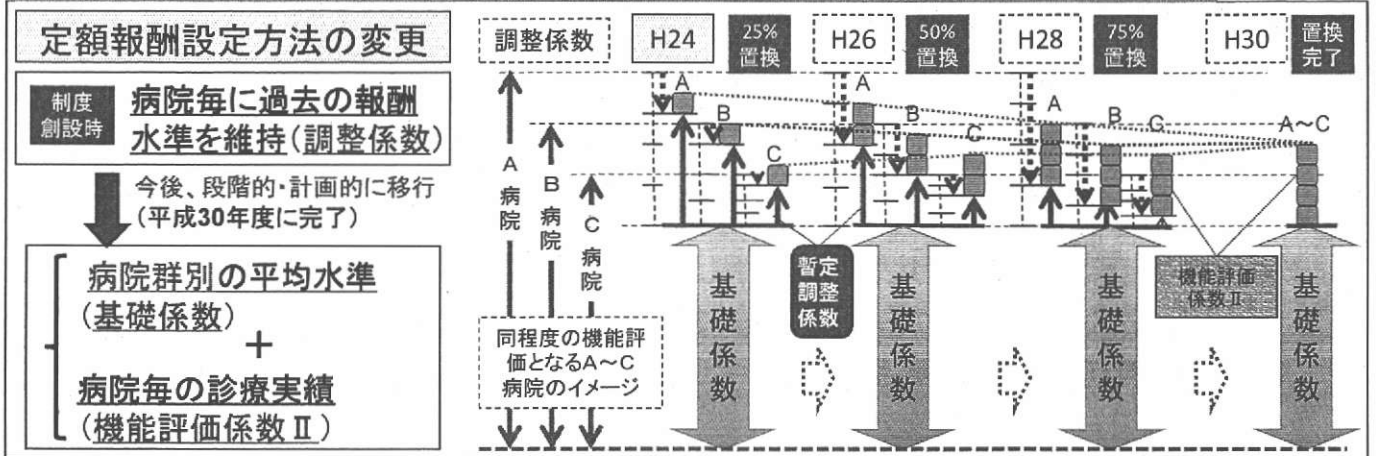
【施設基準】(亜急性期入院医療管理料1、2共通)

- 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- 看護職員配置常時13対1以上であること
- 診療録管理体制加算を算定していること
- 在宅復帰率6割以上であること

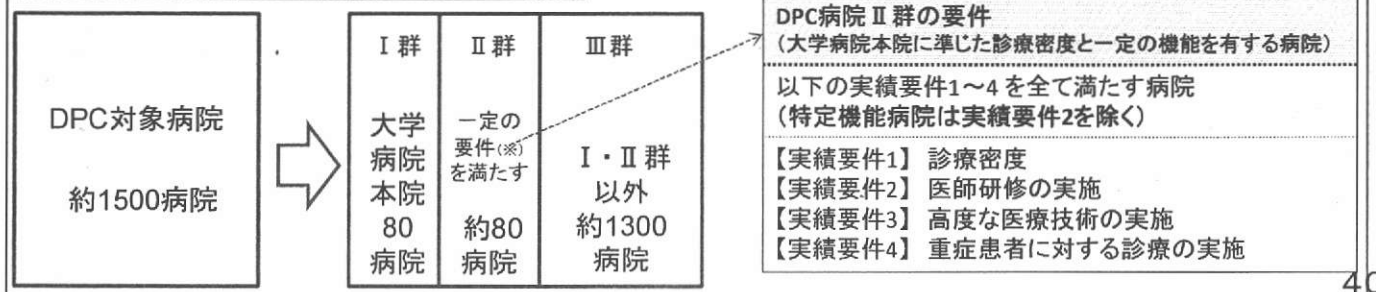
39

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止



病院群の設定(DPC病院Ⅰ群~Ⅲ群)

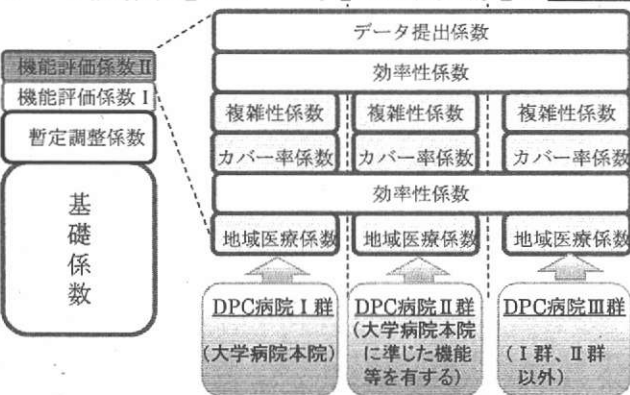


DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

➢ 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:
Ⅰ・Ⅱ群は救命救急センターを重点評価
Ⅲ群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: Ⅲ群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の定量評価指数を導入 (地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

慢性期入院医療の適切な評価

一般病棟における長期療養の適正化

➤一般病棟(13:1, 15:1)における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

- ① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。
 - ② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

42

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする。
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。
- | | |
|------------------|---------------|
| (新) 亜急性期入院医療管理料1 | 1,761点(1日につき) |
| (新) 亜急性期入院医療管理料2 | 1,661点(1日につき) |

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。
- | | |
|-----------------|-------------|
| (新) 栄養サポートチーム加算 | 100点(週1回) |
| (新) 緩和ケア診療加算 | 200点(1日につき) |
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。
- | | | |
|---------------|---------|--------|
| (新) 特定一般病棟入院料 | 13対1入院料 | 1,103点 |
| | 15対1入院料 | 945点 |

43

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- ▶ 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

- ▶ 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

(新) 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合 2,000点

その他の場合 1,000点

[施設基準] ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

44

診療所の機能に着目した評価②

有床診療所の柔軟な病床運用

- ▶ 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- ▶ 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料における包括的評価の拡充

薬局における薬学的管理指導の充実を図るため、お薬手帳を通じた情報提供、残薬確認、後発医薬品に関する情報提供を包括的に評価する。

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—	—	・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—	—	・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供	—	薬剤情報提供料	廃止

ハイリスク薬について薬学的管理指導項目の明確化

算定要件が不明確であるなどの指摘があることから、ハイリスク薬(要注意薬)服用患者に対し、その効果や関連副作用の有無等の確認すべき内容等を明確化する。

6歳未満の乳幼児への服薬指導に対する評価

6歳未満の乳幼児への服薬指導を充実させるため、乳幼児への服薬指導に対する評価を、薬学管理料の加算として新設する。

(新) 乳幼児服薬指導加算 5点(処方せんの受付1回につき)

46

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

薬局における取組の評価

- 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供※を評価する。
※ 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。
- 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

現行			改定後		
調剤数量割合	20%	6点	調剤数量割合	22%	5点
	25%	13点		30%	15点
	30%	17点		35%	19点

医療機関における取組の評価等

- 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。
30点(採用品目割合:20%) → 28点(採用品目割合:20%以上)
35点(採用品目割合:30%以上)
- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。
(新) 一般名処方加算 2点(処方せん交付1回)

銘柄名処方(現行)	一般名処方(改定後)
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

47

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撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

コンピューター断層撮影装置 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

コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

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	1,330点
2 1以外の場合	1,000点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	950点

[施設基準]CT撮影の64列以上の場合、MRI撮影の3テスラ以上の場合については、画像診断管理加算2(※)が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

※放射線科を標榜している病院であることや画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていることなど4項目が要件

医療機器の保守管理に関する評価

- ▶ 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

48

人工腎臓の適正な評価

新たな技術の評価及び評価の見直し

- ▶ 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法(オンライン血液透析濾過)を評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

(新)慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,255点(1日につき)

[算定要件] 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合

[施設基準] 透析水質確保加算2(※)を算定していること(※:透析液の水質を確保するため、水質検査を実施するなどの基準を満たした場合の加算)

- ▶ オンライン血液透析濾過では使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点

人工腎臓(1日につき)	
1 透析水質確保加算1	8点
2 透析水質確保加算2	20点

[施設基準]

- ①月1回以上水質検査を実施し、関係学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。
- ②透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

- ▶ 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

49

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、検体検査実施料の引き上げを行う。

例) WT1mRNA核酸増幅検査	2,000点	→	2,520点
細菌培養同定検査 血液, 穿刺液	150点	→	190点
結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点	→	850点

検査区分の細分化

- 1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合に、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

例) プロテインS → プロテインS活性、プロテインS抗原
マイコプラズマ抗体価 → マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量

検体検査名称の見直し

- 標準検査名称・標準検査法名称を参考に検体検査の名称を見直す。

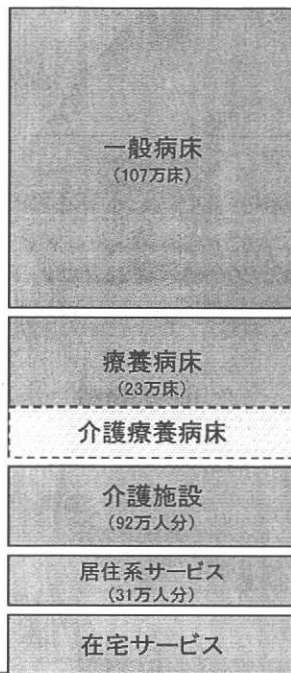
例) 単純ヘルペスウイルス特異抗原 → 単純ヘルペスウイルス抗原定性
梅毒脂質抗原使用検査(定性) → 梅毒血清反応(STS)定性

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

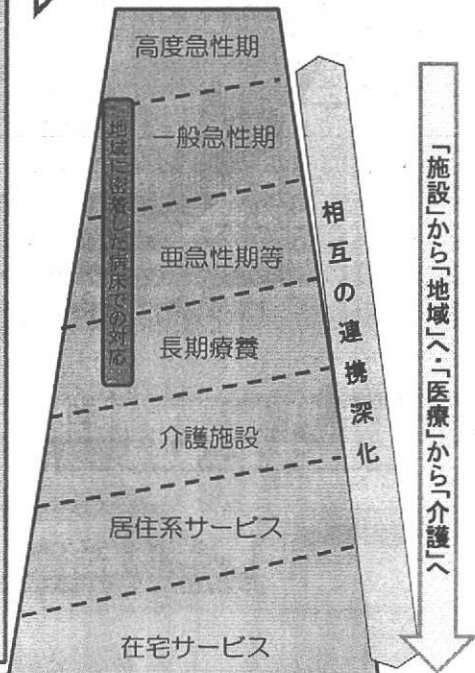
- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

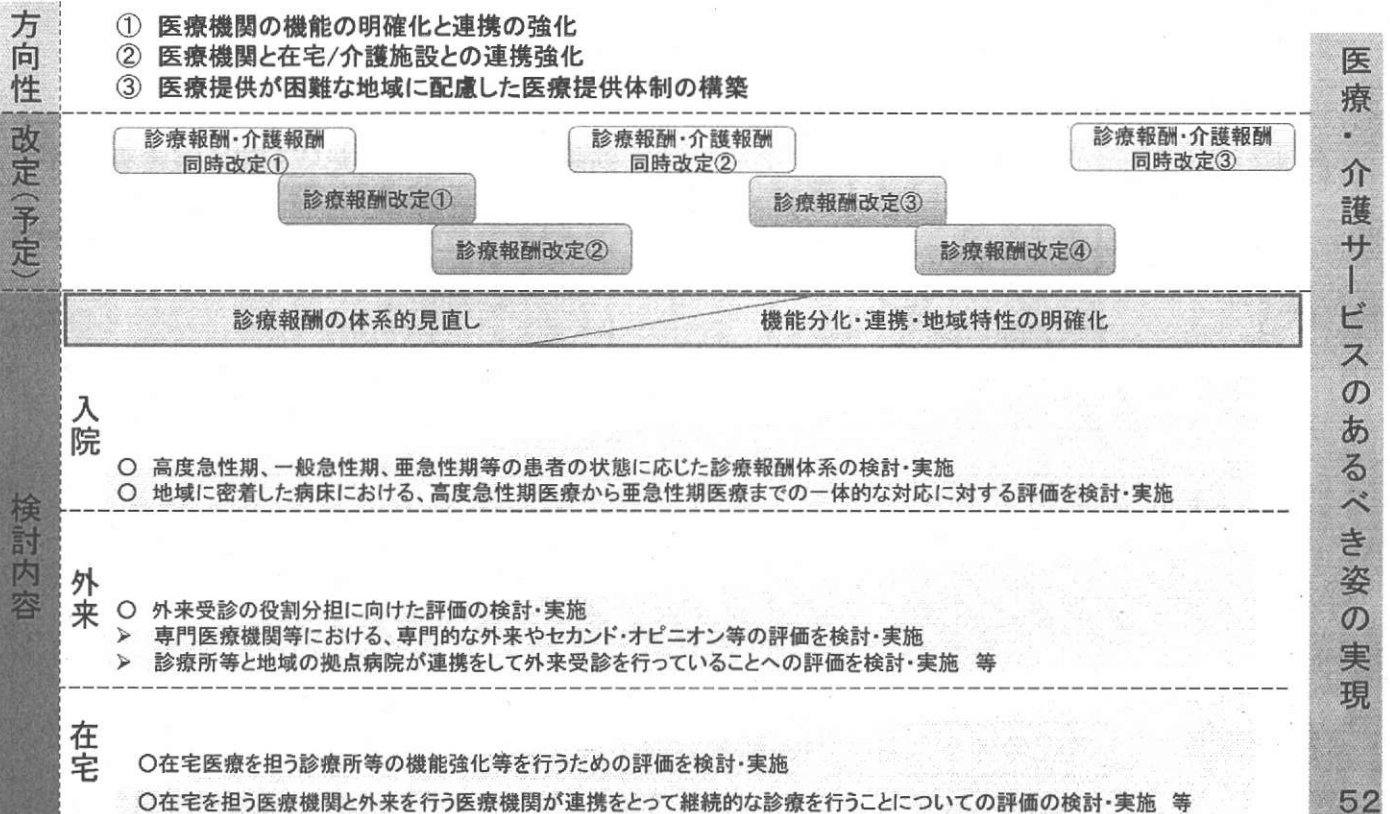
- ・病気になるっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



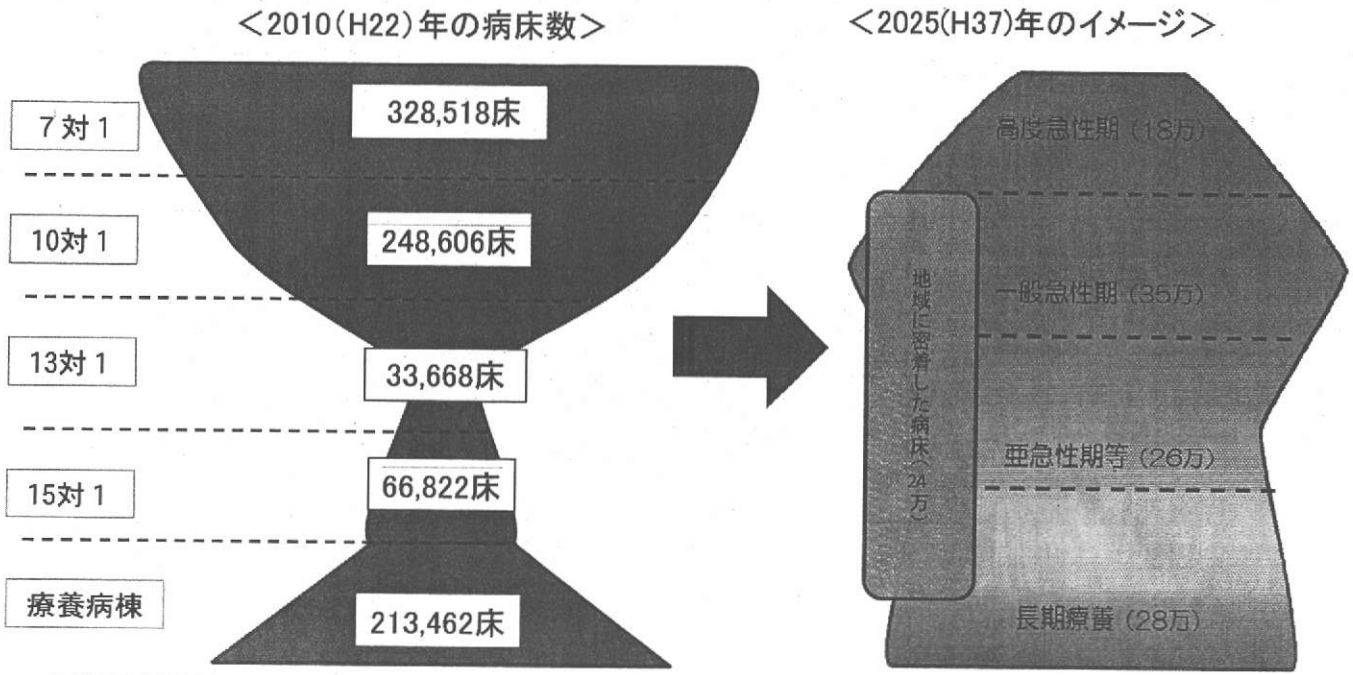
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

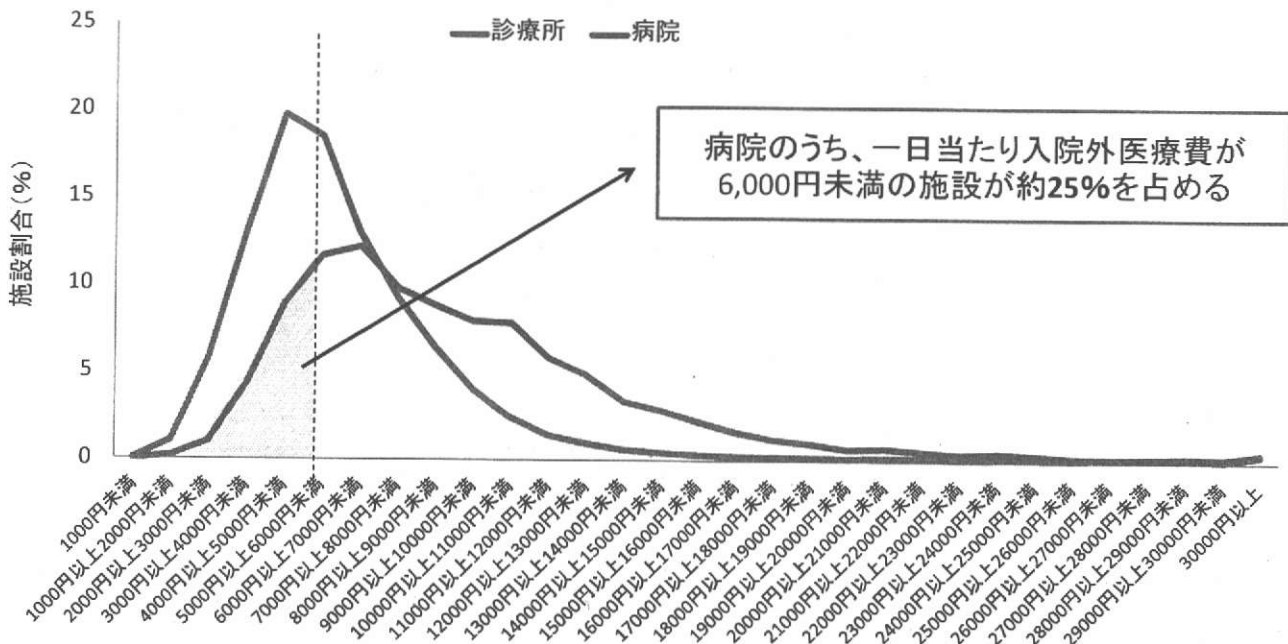


保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

【外来】医療機関別一日あたり入院外医療費

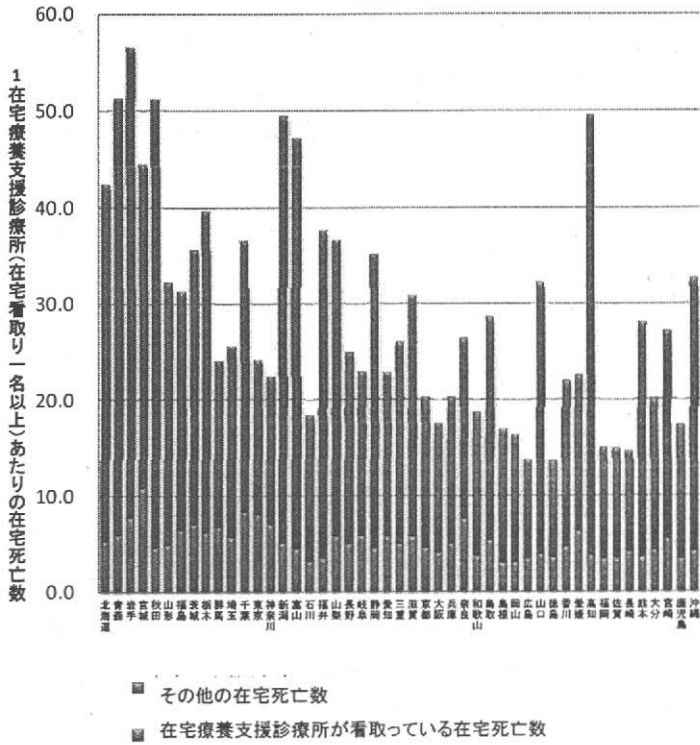
(2010年6月分)



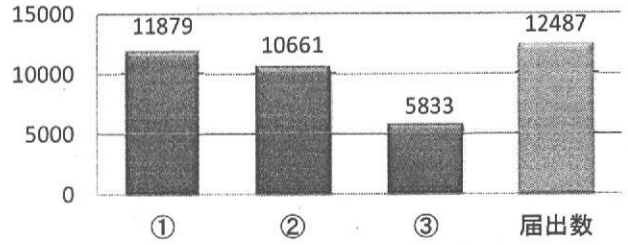
病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

参考

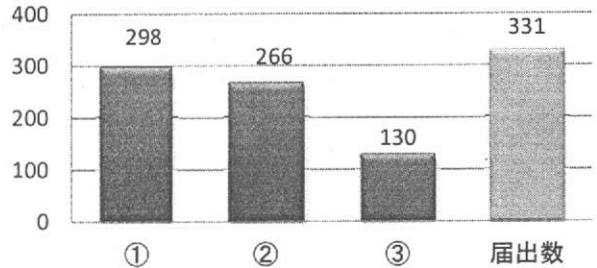
【在宅】在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較(都道府県別分布)



在宅療養支援診療所の内訳
 (平成22年)



在宅療養支援病院の内訳
 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

【外来症例1】75歳男性 高血圧のため月2回近医を受診

○75歳男性。30年来の高血圧で内科診療所を月2回受診、内服管理されている。自己負担1割。

改定のポイント

- ・病状急変時、診療時間外における電話等での対応が可能となる。(時間外対応加算)
- ・後発医薬品の処方容易になる一般名での処方が行われる。(一般名処方加算)

<診療所> **これまでの場合**

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	68点×2回
特定疾患処方管理加算 (処方期間28日未満)	18点×2回

<診療所> **H24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
時間外対応加算1	5点×2回
特定疾患療養管理料	225点×2回
処方せん料	68点×2回
特定疾患処方管理加算 (処方期間28日未満)	18点×2回
一般名処方加算	2点×2回

<調剤薬局>

調剤基本料	40点×2回
基準調剤加算1	10点×2回
調剤料	63点×2回
薬剤服用歴管理指導料	30点×2回
薬剤情報提供料	15点×2回
使用薬剤料 (アムロジピン先発医薬品を2週間分調剤した場合)	49点×2回

<調剤薬局>

調剤基本料	40点×2回
基準調剤加算1	10点×2回
調剤料	63点×2回
薬剤服用歴管理指導料	41点×2回
使用薬剤料 (アムロジピン後発医薬品を2週間分調剤した場合)	32点×2回

※ 薬剤料については、現行薬価を使用

※ 薬剤料については、現行薬価を使用

(1月当たり) 計 1286点 自己負担額 1290円

(1月当たり) 計 1252点 自己負担額 1250円 1

【外来症例2】60歳男性 外来で放射線治療を行う場合

○60歳男性、2ヶ月前より咯血。肺がんと確定診断。

○肺がんの治療として、病院外来で週5回の放射線照射(対向2門照射)を行った。自己負担3割。

改定のポイント

- ・個々人の病態に応じた柔軟な再診が実施される。(外来放射線照射診療料)

これまでの場合

(毎回)	
外来診療料	70点
高エネルギー放射線治療	840点
外来放射線治療加算	100点

H24年4月以降

(週に1回)	
外来放射線照射診療料	280点
(毎回)	
高エネルギー放射線治療	840点
外来放射線治療加算	100点

(毎回)
 計 1,010点 自己負担額 3,030円

(週に1回)
 計 1,220点 自己負担額 3,660円

(上記以外の日)
 計 940点 自己負担額 2,820円

(1週当たり)
 計 5,050点 自己負担額 15,150円

(1週当たり)
 計 4,980点 自己負担額 14,940円 2

【在宅症例】80歳男性 肝臓がんのため在宅療養中

○80歳男性、末期の肝臓がんのため自宅で療養中。自己負担1割。

○機能を強化した在宅療養支援診療所(A有床診療所)から、週2日定期的な訪問診療を受けている。

○また、訪問看護ステーションから、週4日訪問看護を受けている。

○緩和ケアを専門とする病院(B病院)の医師および緩和ケア認定看護師から、2週に1回程度の緩和ケアを受けている。

○その後、状態が悪化し、自宅で当該診療所の医師により看取られた。

改定のポイント

・住み慣れた自宅で最期まで安心して療養を行うことが出来るよう、充実した緊急時や24時間の対応が可能となる。

(連携等により機能を強化した在宅療養支援診療所の在宅時医学総合管理料、ターミナルケア加算・看取り加算)

・緩和ケアを専門とする医師・看護師が、在宅療養を担う医師・看護師と共同して緩和ケアを行うことにより、より手厚い診療及びケアを受けることが可能になる。

(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者訪問看護・指導料(緩和ケア認定看護師))

3

これまでの場合

<在宅療養支援診療所(A有床診療所)>

在宅患者訪問診療料	830点 × 8回/月
在宅時医学総合管理料	4,200点 × 1回/月
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500点 × 1回/月
訪問看護指示料	300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点
小計	22,640点

<訪問看護ステーション>

訪問看護基本療養費 (週3日目までの額)	5,550円 × 12回/月
(週4日目以降の額)	6,550円 × 4回/月
訪問看護管理療養費	7,300円(初日) + 2,950円 × 11 (2~12日目まで)
24時間対応体制加算	5,400円
訪問看護ターミナルケア療養費	20,000円
小計	157,950円

(1ヶ月当たり)合計 384,350円

自己負担額 38,440円

※その他、投薬及び材料等

H24年4月以降

<在宅療養支援診療所(A有床診療所)>

在宅患者訪問診療料	830点 × 8回/月
在宅時医学総合管理料	5,000点 × 1回/月
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500点 × 1回/月
訪問看護指示料	300点
ターミナルケア加算	6,000点
看取り加算	3,000点
小計	22,440点

<訪問看護ステーション>

訪問看護基本療養費 (週3日目までの額)	5,550円 × 12回/月
(週4日目以降の額)	6,550円 × 4回/月
訪問看護管理療養費	7,300円(初日) + 2,950円 × 15 (2~16日目まで)
24時間対応体制加算	5,400円
訪問看護ターミナルケア療養費	20,000円
小計	169,750円

(1ヶ月当たり)合計 394,150円

自己負担額 39,420円

※その他、投薬及び材料等

<緩和ケア専門病院(B病院)>

特に算定点数なし

より専門性の高い緩和ケアを月1回同日に受ける場合

<緩和ケア専門病院(B病院)>

在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点 × 1回/月
在宅患者訪問看護・指導料(緩和ケア認定看護師)	1,285点 × 1回/月
小計	+2,785点 自己負担額 +2,790円

4

【入院症例】 58歳男性 腹部大動脈瘤で手術

- 58歳男性、腹部大動脈瘤のため、入院して大動脈瘤切除術(胸腹部大動脈)を実施
- 入院期間14日 (入院3日目に手術、ICUに1日入室、その他一般病棟13日間)
- リハビリテーションを術後1日目から開始
- 自己負担3割

改定のポイント

- ・より充実した院内感染防止対策が実施される。(感染防止対策加算、感染防止対策地域連携加算)
- ・入院医療機関において、患者とその家族の不安等を受け付ける相談窓口が常設される。(患者サポート体制充実加算)
- ・病棟において、より充実した薬物療法をうけることができる。(病棟薬剤業務実施加算)
- ・手厚い看護補助者の配置により、より充実した看護をうけることができるようになる(急性期看護補助体制加算、看護補助者夜間配置加算、看護職員夜間配置加算)
- ・機能回復の効果がある早期からの充実したリハビリテーションをうけることができる。(早期リハビリテーション加算、初期加算)

5

これまでの場合

一般病棟 7対1入院基本料 + 14日以内の入院加算 (1,555点+450点) × 13日	
特定集中治療室管理料	9,200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 (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 × 13日
栄養管理実施加算 (1日につき)	12点 × 14日
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	166,500点
心大血管疾患リハビリテーション料(I) + 早期リハビリテーション加算 (200点+45点) × 6単位 × 11日	
計 220,173点 <u>自己負担額 99,450円</u> (561,070円が高額療養費制度により支給) ※その他検査、麻酔、点滴、投薬及び食費等	



H24年4月以降

一般病棟 7対1入院基本料 + 14日以内の入院加算 (1,566点+450点) × 13日	
特定集中治療室管理料	9,211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 (入院初日)	330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)	400点
感染防止対策地域連携加算 (入院初日)	100点
患者サポート体制充実加算 (入院初日)	70点
病棟薬剤業務実施加算 (週1回)	100点 × 2回
急性期看護補助体制加算 (1日につき)	160点 × 13日
看護補助者夜間配置加算 (1日につき)	10点 × 13日
看護職員夜間配置加算 (1日につき)	50点 × 13日
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	249,750点
心大血管疾患リハビリテーション料(I) + 早期リハビリテーション加算+初期加算 (200点+30点+45点) × 6単位 × 11日	
計 307,434点 <u>自己負担額 108,170円</u> (814,130円が高額療養費制度により支給) ※その他検査、麻酔、点滴、投薬及び食費等	