

# 平成20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 】

## 緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

緊急課題－1	産科・小児科への重点評価について……………	3
緊急課題－2	診療所・病院の役割分担等について……………	13
緊急課題－3	病院勤務医の事務負担の軽減について……………	18
緊急課題－4	救急医療対策について……………	20

## I 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

I－1	医療費の内容の情報提供について……………	21
I－2	分かりやすい診療報酬体系等について……………	22
I－3	生活を重視した医療について……………	30
I－4	保険薬局の機能強化について……………	38

## II 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

II－1	質の高い効率的な入院医療の推進について……………	39
II－2	質の評価手法の検討について……………	50
II－3	医療ニーズに着目した評価について……………	55
II－4	在宅医療の推進について……………	57
II－5	精神障害者の療養生活支援について……………	61
II－6	歯科医療の充実について……………	73
II－7	調剤報酬の見直しについて……………	110

### Ⅲ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅲ－１	がん医療の推進について……………	1 1 4
Ⅲ－２	脳卒中対策について……………	1 2 4
Ⅲ－３	自殺対策・子どもの心の対策について……………	1 2 7
Ⅲ－４	医療安全の推進と新しい技術等の評価について……………	1 3 0
Ⅲ－５	オンライン化・IT化の促進について……………	1 4 0

### Ⅳ 医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅳ－１	新しい技術への置換えについて……………	1 4 1
Ⅳ－２	後発医薬品の使用促進等について……………	1 4 5
Ⅳ－３	その他の効率化や適正化すべき項目等について……………	1 5 0

### Ⅴ 後期高齢者の診療報酬について

Ⅴ－１	入院医療について……………	1 5 2
Ⅴ－２	在宅医療について……………	1 6 0
Ⅴ－３	外来医療について……………	1 6 9
Ⅴ－４	終末期医療について……………	1 7 5

# ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－１－(1)】

## 第１ 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

## 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き上げ

現 行	改正案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】（１日につき） 1, 000点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】（１日につき） <u>2, 000点</u></p> <p>[対象者] 妊娠22週から<u>32週未満</u>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、<u>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、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u></p> <p>[施設基準等] <u>病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること</u></p>

改

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 1,000点 (1日につき)

[対象者]

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現 行	改正案
<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合</p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定</p>	<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p><u>40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産</u>、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、<u>膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦</u></p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき<u>3回</u>に限り、入院中以外では<u>1週間</u>につき1回に限り算定</p>

改

## 産科医療に係る地域ネットワークの機能に関する評価

骨子【緊急課題－1－(1)】

### 第1 基本的な考え方

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、各都道府県において、総合周産期母子医療センターを中核とする周産期医療ネットワークの整備が進められており、こうした取組をさらに進めるため、医療機関間の連携体制や妊婦の救急受入れについての評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の対象拡大

現 行	改正案
<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料】 [対象者] 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料】 [対象者] 妊娠22週から<u>32週未満</u>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、<u>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、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u> <u>妊娠30週未満の切迫早産、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病及びRh不適合等の妊婦</u></p>

改

#### 新 2 診療情報提供料（Ⅰ）の加算の創設 200点

[算定要件]

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準の届出を行っている保険医療機関からハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の基準を満たす病院に対する紹介に限る

[対象者]

ハイリスク妊産婦共同管理料の対象者

新 3 妊産婦緊急搬送入院加算の創設 5,000点（入院初日）

[算定要件]

妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に算定する

[施設基準]

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること

[対象患者]

- 1 妊娠状態の異常が疑われ、救急車等により当該医療機関に搬送された妊産婦
- 2 他の医療機関において、妊娠状態の異常が認められ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦
- 3 助産所において、妊娠状態の異常が疑われ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦のいずれかであって、医療保険の対象となる入院診療が行われた者（ただし、直近3ヶ月以内に当該医療機関の受診歴のある患者は除く。）

## 周産期医療における新生児に対する医療 及び救急搬送に係る評価について

### 第1 基本的な考え方

リスクの高い新生児に高度の医療が適切に提供されるよう救急医療機関等での病態の安定化後に産科や小児科などの専門的な医療機関で治療を行う必要がある場合に、病態の急激な変化に対応できるよう、医師が同乗し、必要な医療機器等を備えて、救急用の自動車等で当該患者を搬送する必要性が生じている。

### 第2 具体的な内容

- 1 リスクの高い新生児に対して高度の医療を提供した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【新生児入院医療管理加算】（1日につき） 750点	【新生児入院医療管理加算】（1日につき） <u>800点</u>

改

- 2 小児患者等を含めて病態が不安定な患者を、医師が同乗し救急用の自動車等で搬送した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【救急搬送診療料】 650点	【救急搬送診療料】 <u>1,300点</u>

改



## 小児の手厚い入院医療の評価

骨子【緊急課題－１－(2)】

### 第１ 基本的な考え方

子ども病院を始めとする地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関においては、現行の小児入院医療管理料１で求めている要件以上の手厚い人員配置により、高い水準の医療が提供されている。こうした医療機関について、新たな区分を設け、診療報酬上さらに高い評価を行う。

### 第２ 具体的な内容

#### 小児入院医療管理料の再編成

現 行		改 正 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	4, 500点
1	3, 600点	→ 2	3, 600点
2	3, 000点	→ 3	3, 000点
3	2, 100点	→ 4	2, 100点
		[施設基準等]	
		小児入院医療管理料 1	
		1 常勤の小児科又は小児外科の医師 20 人以上（複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間の勤務が行われている場合には、10名までは常勤として取り扱う。）	
		2 新生児及び乳幼児の入院での手術が年間 200 例以上	
		3 7 : 1 以上の看護配置で、夜間も 9 : 1 以上を確保	
		4 平均在院日数 21 日以内 等	

新

## 障害を持つ小児への手厚い医療の評価

骨子【緊急課題－1－(3)】

### 第1 基本的な考え方

超重症児や人工呼吸器を装着した患者が多い施設において、より手厚い看護配置を行うものを適切に評価する観点から、以下の措置を講ずる。

- 1 超重症児・準超重症児の中でも、状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、重点的に評価を行う。
- 2 肢体不自由児（者）等を対象とする施設において、一定以上の割合で超重症児等が入院していることを条件として、障害者等入院基本料に7対1入院基本料を創設する。

### 第2 具体的な内容

#### 1 超重症児等について

状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、特に加算を引き上げる。

現 行	改正案
【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）	【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）
1 超重症児（者）入院診療加算 300点	1 超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 600点 6歳以上 300点
2 準超重症児（者）入院診療加算 100点	2 準超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 200点 6歳以上 100点

改

2 肢体不自由児施設等に限りに、障害者施設等入院基本料に、超重症児等の入院比率を条件とする7対1入院基本料を新設する。

現 行		改正案	
【障害者施設等入院基本料】（1日につき）		【障害者施設等入院基本料】（1日につき）	
		1	7対1入院基本料 1, 555点
1	10対1入院基本料 1, 269点	→ 2	10対1入院基本料 1, 300点
2	13対1入院基本料 1, 092点	→ 3	13対1入院基本料 1, 092点
3	15対1入院基本料 954点	→ 4	15対1入院基本料 954点
		[施設基準等]	
		7対1入院基本料	
		1 当該病棟において、入院患者7に対し看護職員1以上を配置すること。ただし、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること	
		2 当該病棟に入院する患者のうち、3割以上が超重症児（者）又は準超重症児（者）であること	
		3 肢体不自由児施設、重度心身障害児施設又は国立高度専門医療センター並びに独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの	

新

## 障害児等のリハビリテーションの充実・拡大

骨子【緊急課題－1－(4)(5)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 障害児(者)リハビリテーション料について、特殊性や専門性を考慮し診療報酬上の評価を引き上げる。また、実際に一定の割合以上障害児(者)を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設を対象施設に追加する。
- 2 失語症などの言語障害に対する治療については、個別療法を実施した場合に脳血管疾患等リハビリテーション料を算定することとしているが、集団で実施するコミュニケーション療法にも一定の効果が期待できることから、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の障害児(者)リハビリテーションの評価について見直し、さらに、一定以上の割合で障害児(者)を受け入れ、専門的な障害児(者)に対するリハビリテーションを行っている施設を評価の対象に追加する。

現 行	改正案												
<p>【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位)</p> <table border="0"> <tr> <td>6歳未満</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>6歳～18歳</td> <td>140点</td> </tr> <tr> <td>18歳以上</td> <td>100点</td> </tr> </table> <p>・患者1人につき1日6単位まで算定する</p> <p>[算定要件]</p> <p>児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの</p>	6歳未満	190点	6歳～18歳	140点	18歳以上	100点	<p>【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位)</p> <table border="0"> <tr> <td>6歳未満</td> <td><u>220点</u></td> </tr> <tr> <td>6歳～18歳</td> <td><u>190点</u></td> </tr> <tr> <td>18歳以上</td> <td><u>150点</u></td> </tr> </table> <p>・患者1人につき1日6単位まで算定する</p> <p>[算定要件]</p> <p>以下の各号のいずれかに該当すること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの</li> <li>2 当該施設でリハビリテーションを実施される患者が、主として脳性麻痺等の患者(た</li> </ol>	6歳未満	<u>220点</u>	6歳～18歳	<u>190点</u>	18歳以上	<u>150点</u>
6歳未満	190点												
6歳～18歳	140点												
18歳以上	100点												
6歳未満	<u>220点</u>												
6歳～18歳	<u>190点</u>												
18歳以上	<u>150点</u>												

改

<p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60㎡以上</li> </ul> <p>(言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)</p>	<p>だし、加齢に伴う心身の変化に起因する疾病のものを除く。) であること</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院60㎡以上、診療所45㎡以上</li> </ul> <p>(言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)</p>
--	---

2 言語障害のある患者（脳血管障害等による失語、構音障害や小児の発達障害によるもの等）を対象に、集団でコミュニケーション療法を実施した場合についての評価を新設する。

**新** 集団コミュニケーション療法 1単位につき 50点

(1人につき1日3単位まで算定可)

[算定要件]

- 1 専用の集団療法室等において、医師の指示のもと言語聴覚士（又は医師）と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する
- 2 実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とし、訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする
- 3 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する

[施設基準]

- 1 現に脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料を算定する施設で、専用の集団療法室を備えていること
- 2 専任の常勤医師が1名以上いること
- 3 言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が1名以上いること

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料の算定対象患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

## 勤務医の負担軽減に資する地域での機能分担の 促進に係る評価

骨子【緊急課題－2－(2)】

### 第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減に資するため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止める観点から、診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

夜間や休日における診療は、診療応需の体制を解いた診療所が急病等やむを得ない理由により診療を行った場合に、時間外加算等として評価されているが、開業時間内に行う夜間、早朝等における診療について初・再診料に係る加算を創設する。

新 (1) 初診料 夜間・早朝等加算 50点

新 (2) 再診料 夜間・早朝等加算 50点

#### [算定要件]

開業時間であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診料に対して加算する

- 1 平日においては夜間（18～22時）、早朝（6～8時）の診療
- 2 土曜においては夜間等（12～22時）、早朝（6～8時）の診療
- 3 日曜、祝日においては深夜以外（6～22時）の診療

#### [施設基準]

- 1 週30時間以上開業している診療所であること
- 2 開業時間を分かりやすい場所に掲示していること

#### [補足事項]

保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、診療を再開することを評価した初・再診料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱いについては、現行のとおり

## 小児の時間外等の外来医療の評価

骨子【緊急課題－2－(3)】

### 第1 基本的な考え方

小児科における病院勤務医の負担軽減を図るため、診療所が時間外を含めた小児科の外来医療を担うことを更に推進するため、小児科の外来に係る診療報酬上の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1 地域連携小児夜間・休日診療料の評価の引上げ

地域連携小児夜間・休日診療料1	300点	→	<u>350点</u>
地域連携小児夜間・休日診療料2	450点	→	<u>500点</u>

#### 2 小児科外来診療料の引上げ

##### 小児科外来診療料

##### 1 処方せんを交付する場合

イ 初診時	550点	→	<u>560点</u>
ロ 再診時	370点	→	<u>380点</u>

##### 2 1以外の場合

イ 初診時	660点	→	<u>670点</u>
ロ 再診時	480点	→	<u>490点</u>

## 地域で中核となる病院に勤務する医師の 負担軽減の評価

骨子【緊急課題－２－(4)】

### 第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

### 第2 具体的な内容

**新** 入院時医学管理加算 120点（1日につき、14日を限度）

[算定要件]

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
  - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
  - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
  - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
  - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
  - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること  
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する



## 10対1入院基本料の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域医療を担う多くの医療機関は、在院日数の減少により、短期間でより多くの患者に対して入院医療を提供することから、勤務医負担も大きい。このような地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、10対1入院基本料の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

現 行		改 正 案	
A100	一般病棟入院基本料	A100	一般病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
A102	結核病棟入院基本料	A102	結核病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 161点	2	10対1入院基本料 <u>1, 192点</u>
A103	精神病棟入院基本料	A103	精神病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 209点	2	10対1入院基本料 <u>1, 240点</u>
A104	特定機能病院入院基本料	A104	特定機能病院入院基本料
1	一般病棟の場合	1	一般病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 269点	□	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
2	結核病棟の場合	2	結核病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 161点	□	10対1入院基本料 <u>1, 192点</u>
3	精神病棟の場合	3	精神病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 209点	□	10対1入院基本料 <u>1, 240点</u>
A105	専門病院入院基本料	A105	専門病院入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
A106	障害者施設等入院基本料	A106	障害者施設等入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>

## 特定機能病院等の評価

### 第1 基本的な考え方

特定機能病院・専門病院に対しては、高度な医療を提供していること等を考慮し、一般病棟に係る入院基本料の14日以内の期間に係る加算を更に評価する。

ただし、特定機能病院・専門病院の役割にかんがみ、入院時医学管理加算等の評価を行わない。

### 第2 具体的な内容

#### 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

現 行	改正案	改
イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 652点	イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 <u>712点</u>	

#### 2 専門病院入院基本料

現 行	改正案	改
イ 14日以内の期間の加算 452点	イ 14日以内の期間の加算 <u>512点</u>	

## 勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題－3】

### 第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

#### 入院基本料等加算の新設

##### 新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

#### [算定要件]

- 1 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- 2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する

#### [施設基準]

- 1 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- 2 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
- 3 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること

4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

[病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係]

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関*	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院(200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。)

[医師事務作業補助者の業務範囲]

- 1 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)への対応を医師の指示の下に行う
- 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

## 救急医療の充実に係る評価

骨子【緊急課題－４】

### 第１ 基本的な考え方

救命救急センターでは、効率的な急性期医療の提供を目的として、入院初期より濃厚な医療を実施し、できるだけ早期に患者が一般病棟へ移行できるよう取組を行っている。そのため、極早期における手厚い医療が提供できるよう評価の仕組みを変更し、評価を引き上げる。

### 第２ 具体的な内容

現行の救命救急入院料では、７日以内の期間について一律に評価しているが、３日以内と４～７日以内に分けて、極早期の入院医療の評価を引き上げる。

現 行		改正案	
1	7日以内の期間	1	3日以内の期間
イ	救命救急入院料1 9,000点	イ	救命救急入院料1 <u>9,700点</u>
ロ	救命救急入院料2 10,400点	ロ	救命救急入院料2 <u>11,200点</u>
		2	4日以上7日以内の期間
		イ	救命救急入院料1 <u>8,775点</u>
		ロ	救命救急入院料2 <u>10,140点</u>

改

# 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【I-1】

## 第1 基本的な考え方

### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関<sup>※1</sup>については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける<sup>※2</sup>。その際、DPC対象病院においては、レセプト提出時に包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報が添付されることと合わせ、入院中に使用された医薬品及び行われた検査について、その名称を付記することが望ましい。明細書の発行の際、費用徴収を行う場合にあっては、実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。

※1 具体的な医療機関の範囲（平成20年度よりレセプトオンライン化が義務付けられる医療機関と同様）

- ① 医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
- ② レセプト電算システムが導入されていること

※2 レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う（別に明細書が発行する必要はない。）。

### 2 電子化加算（初診料への加算）

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

## 第2 具体的な内容

### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

第1の1※1に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

### 2 電子化加算

[算定要件]

400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

[施設基準]

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

## 病院における再診料の評価の見直し

骨子【緊急課題-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

病院と診療所との再診料の点数格差については、患者の視点に立てば、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることや、病院と診療所の格差是正を進めるべきとの指摘を踏まえ、再診料の病診格差の是正を行う。

### 第2 具体的な内容

再診料（病院の場合）の評価の見直し

現行 57点 → 改定案 60点

（診療所の場合については、引き続き71点）

## 外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【I-2-(4)】

### 第1 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。

これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

### 第2 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

#### [提供される診療内容]

1 問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話しでは、『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。」

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

「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。」

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

「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、外出する時にはマスクをした方が良いですよ。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「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。」

5 1～4については、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。また、これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。



## 疾患別リハビリテーション料の逓減制の廃止等

骨子【I-2-(5)】

### 第1 基本的な考え方

平成19年4月の疾患別リハビリテーション料の一部見直しにより導入された逓減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなど患者にとって分かりにくいとの指摘があることから見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 逓減制と医学管理料の廃止と脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）の新設

(1) 逓減制については、診療報酬点数表の簡素化を図るため、今回の見直しにより廃止する。また、適正な評価の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）を新設する。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	250点	250点	180点	180点
上段：逓減前				
下段：逓減後	210点	210点	150点	150点
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	100点	80点	80点
上段：逓減前				
下段：逓減後	85点	85点	65点	65点
逓減までの日数	120日	140日	120日	80日
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

(改正案)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>200点</u>	<u>235点</u>	<u>170点</u>	<u>170点</u>
リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>100点</u>	<u>190点</u>	<u>80点</u>	<u>80点</u>
リハビリテーション料(Ⅲ)		<u>100点</u>		
標準的リハビリテーション実施日数	150日	180日	150日	90日

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止し、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする（算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能。）。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料(Ⅱ)の医学管理料	260点	260点	220点	220点

(改正案)

廃止

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したもののについて診療報酬上評価することとする。

新 (1) 早期リハビリテーション加算 30点 (1単位につき)

[算定要件]

- 1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- 2 入院中の患者についてのみ算定できることとする

3 入院中の患者に対し、訓練室以外の病棟等において行われたものについてのみ算定できるADL加算については、簡素化の観点より廃止とする。

(現行) ADL加算 1単位につき 30点  
 (改正案) 廃止

4 リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする。

現 行	改正案
<p>【リハビリテーション総合計画評価料】 480点</p> <p>[算定要件]            医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、入院初月又はリハビリテーションを最初に実施した月並びに、その月から2月、3月及び6月の各月に限り、それぞれ1月に1回を限度として算定する</p>	<p>【リハビリテーション総合計画評価料】 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]            医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、<u>1月に1回を限度として算定できる</u></p>

改

## 1 手術当たりの支払方式の試行的導入

骨子【I-2-(6)】

### 第1 基本的な考え方

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式とする。

### 第2 具体的な内容

① 短期滞在手術基本料3 1手術当たり 5,670点  
(4泊5日までの場合)

[算定要件]

- 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術（ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。）に係る5日以内の入院を対象とする
- 2 包括対象
  - ・入院基本料及び入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。）
  - ・検査 ・画像診断 ・投薬 ・注射 ・1,000点未満の処置 等

## 病理学診断の重要性に着目した評価

骨子【I-2-(7)】

### 第1 基本的な考え方

病理学的検査の重要性に鑑み、現在は「第3部 検査」として評価されている病理学的検査を、「第13部 病理診断」として評価するとともに、既存の項目について、病理診断の進歩を踏まえて、実際の診療に即したものに再編成する。

加えて、検査として特定入院料に包括評価されている病理学的検査診断・判断料を、病理医の技術料として包括外として評価する。

### 第2 具体的な内容

#### 1 「第13部 病理診断」の新設と算定項目の再編成

現 行	改正案
第3部 検査 第2節 病理学的検査料	第13部 病理診断
第1款 病理学的検査実施料	第1節 病理標本作製料
【病理組織顕微鏡検査】	【病理組織標本作製】
電子顕微鏡加算	【電子顕微鏡病理組織標本作製】
免疫抗体法加算	【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】
【その他の病理組織検査】	
1 エストロゲンレセプター検査	1 エストロゲンレセプター
2 プロジェステロンレセプター(PgR)検査	2 プロジェステロンレセプター
3 HER2タンパク	3 HER2タンパク
	4 その他
【病理組織迅速顕微鏡検査】	【術中迅速病理組織標本作製】
【細胞診検査】	【細胞診】
1 婦人科材料	1 婦人科材料
2 その他	2 その他
【HER2遺伝子】	【HER2遺伝子標本作製】
第2款 病理学的検査診断・判断料	第2節 病理診断・判断料
【病理診断料】	【病理診断料】
【病理学的検査判断料】	【病理判断料】

新

## 2 特定入院料に包括されている病理学的検査診断・判断料の見直し

特定入院料において包括して評価されている病理学的検査のうち、特に急性期病床である A300～A305、A307 に限り、病理診断による治療方針の決定の重要性に鑑み、第 2 款 病理学的検査診断・判断料（改定後は第 2 節 病理診断・判断料）を別途算定できるようにする。

A300	救命救急入院料
A301	特定集中治療室管理料
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料
A303	総合周産期特定集中治療室管理料
A304	広範囲熱傷特定集中治療室管理料
A305	一類感染症患者入院医療管理料
A307	小児入院医療管理料

## 生活習慣病管理料の普及に向けた取組等

骨子【I-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 生活習慣病を有する患者に対し、治療計画に基づいた治療管理が円滑に実施されることが重要であるが、患者の自己負担が高く、普及が進まない生活習慣病管理料について、点数を引き下げて普及・拡大を目指すとともに、一層の内容の充実を行う。
- 2 糖尿病患者の中で血糖値が安定しており、インスリン製剤の長期投与が可能な患者について、患者の利便性を考慮し血糖自己測定器の加算を複数月分算定できるよう見直しを行う。
- 3 1型糖尿病患者については、頻回の血糖の自己測定が求められる患者が多いことから、血糖自己測定器加算について見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 療養計画書の作成にかかる負担を軽減するため、署名欄等の簡素化及び内容に変更のない場合の交付の頻度を3月に1回から4月に1回へ変更する。
- 2 また、糖尿病患者のうち、非インスリン患者に対するキットを用いた血糖自己測定に基づき指導を行った場合の加算を新設する。

現 行	改正案
【生活習慣病管理料】（1月につき）	【生活習慣病管理料】（1月につき）
1 処方せんを交付する場合	1 処方せんを交付する場合
イ 高脂血症の場合 900点	イ <u>脂質異常症の場合 650点</u>
ロ 高血圧症の場合 950点	ロ <u>高血圧症の場合 700点</u>
ハ 糖尿病の場合 1,050点	ハ <u>糖尿病の場合 800点</u>
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 高脂血症の場合 1,460点	イ <u>脂質異常症の場合 1,175点</u>
ロ 高血圧症の場合 1,310点	ロ <u>高血圧症の場合 1,035点</u>
ハ 糖尿病の場合 1,560点	ハ <u>糖尿病の場合 1,280点</u>
	注 <u>中等度以上の糖尿病（2型糖尿病に限る。）の患者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行った場合に、年1回に限り500点を加算する。</u>

改

新

- 3 血糖自己測定器の加算について月100回、120回の加算を創設するとともに、インスリン製剤を長期投与されている患者については、3ヶ月分をまとめて算定できることとする。

現 行	改正案
【血糖自己測定器加算】（月1回に限る。）	【血糖自己測定器加算】（3月3回に限る。）
1 月20回以上測定する場合 400点	1 月20回以上測定する場合 400点
2 月40回以上測定する場合 580点	2 月40回以上測定する場合 580点
3 月60回以上測定する場合 860点	3 月60回以上測定する場合 860点
4 月80回以上測定する場合 1, 140点	4 月80回以上測定する場合 1, 140点
	5 <u>月100回以上測定する場合</u> 1, 320点
	6 <u>月120回以上測定する場合</u> 1, 500点

改



## 糖尿病の重症化予防に係る評価

骨子【I-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

糖尿病患者の増加に伴い、糖尿病網膜症、糖尿病腎障害、糖尿病神経障害、糖尿病足病変、糖尿病大血管症等の重症な合併症の発症を防止することは重要な課題となっている。

これらの合併症のうち、「糖尿病足病変」については、重点的な指導による発症防止効果があるため、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対し、専任の医師又は医師の指示に基づき専任の看護師が、重点的な指導・管理を実施した場合の評価を新設する。

**新** 糖尿病合併症管理料 170点（月1回）（外来の評価）

[算定要件]

足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害等の糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者に対し、専任の常勤医師又は専任の常勤看護師が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を30分以上行った場合に算定できることとする

- ・ 専任の常勤医師：糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する者
- ・ 専任の常勤看護師：糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ、糖尿病足病変に係る適切な研修を修了した者

## 人工腎臓に係る時間評価の導入

骨子【I-3-(3)】

### 第1 基本的な考え方

副作用等により、透析時間を長くせざる得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を考慮し、透析時間に応じた、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 時間に応じた評価の導入

人工腎臓 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（血液透析濾過を行った場合や生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症を有する患者に対して血液透析を行った場合等を除く。）

現 行	改正案
【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 入院中の患者以外の患者に対して行った場合
2, 250点	イ 4時間未満 2, 117点
	ロ 4時間以上5時間未満 2, 267点
	ハ 5時間以上 2, 397点

改

## 検査の評価体系の見直し

骨子【I-3-(4)】

### 第1 基本的な考え方

医療の根幹をなす各種検査は診断や治療に必須のものであり、その質の確保は重要な課題となっている。しかしながら、必要な検査が必要な時に速やかに実施できない状況は、診療の障害であるとともに、患者の不利益につながる事となるため、検査の迅速性や24時間対応等について重点的な評価をする一方、判断料を見直すなど、検査の評価体系の一部を見直す。

### 第2 具体的な内容

外来において実施する迅速な検査や24時間対応が可能な体制についての評価を引き上げる一方、判断料の評価を引き下げる。

現 行	改正案
<p><b>【外来迅速検体検査加算】 1点</b></p> <p>入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）</p>	<p><b>【外来迅速検体検査加算】 5点</b></p> <p>入院中の患者以外の患者に対して実施した以下の検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）</p> <p>便潜血反応検査、末梢血液一般検査、HbA1c、プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物（FDP）測定 等</p>

現 行	改正案
<p><b>【検体検査判断料】</b></p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 血液学的検査判断料 135点</p> <p>3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 155点</p> <p>4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 135点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p>	<p><b>【検体検査判断料】</b></p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 血液学的検査判断料 <u>125点</u></p> <p>3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 <u>144点</u></p> <p>4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 <u>144点</u></p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p>

現 行	改正案
<p>【検体検査管理加算】</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 300点</p> <p>検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準  検体検査管理加算（Ⅱ）の②～⑥まで満たすこと。</p> <p>検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準</p> <p>① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。</p> <p>② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。</p> <p>③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。  （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査  （イ）生化学的検査  （ウ）免疫学的検査</p> <p>④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っている</p>	<p>【検体検査管理加算】</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 100点</p> <p>ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） 300点</p> <p>検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準  検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。</p> <p>検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準  <u>臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師は検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わるものであること。</u>  <u>検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。</u></p> <p>検体検査管理加算（Ⅲ）の施設基準</p> <p>① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。</p> <p>② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。</p> <p>③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。  （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査  （イ）生化学的検査  （ウ）免疫学的検査  <u>（エ）微生物学的検査</u></p> <p>④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っている</p>

<p>ること。</p> <p>⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。</p> <p>⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。</p>	<p>ること。</p> <p>⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。</p> <p>⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。</p>
--	--

## 遺伝カウンセリングの評価

骨子【I-3-(5)】

### 第1 基本的な考え方

医療機関が、遺伝病的検査を行う場合には、臨床遺伝学の専門的知識を持ち、本人及び家族等の心理社会的支援を行うことができる者が、遺伝カウンセリングを実施する必要があることから、遺伝カウンセリング実施について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

検体検査判断料へ遺伝カウンセリングに係る加算を新たに創設

○ 遺伝カウンセリング加算 500点（月1回）

[算定要件]

- 1 遺伝カウンセリング加算は、遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が、遺伝病的検査を実施し、その結果について患者やその家族に対し情報提供を行う際に遺伝カウンセリングを実施した場合に算定できる
- 2 遺伝カウンセリングの実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」を遵守する

## 保険薬局の機能強化

骨子【 I - 4 】

### 第1 基本的な考え方

地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、常態として夜間、休日等に開局し、調剤を行っている薬局において、夜間・休日等加算を算定できることとする。

### 第2 具体的な内容

平日及び土曜日の以下の時間帯並びに休日であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算を算定できることとする。

平日 午前0時～午前8時、午後7時～午前0時

土曜日 午前0時～午前8時、午後1時～午前0時

**新** 夜間・休日等加算 40点 (処方せんの受付1回につき)

[算定要件]

開局時間を分かりやすい場所に掲示していること

## D P Cに係る制度運用の改善

骨子【Ⅱ－１－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

D P Cに関しては、現在360病院が対象となっているが、平成18年度D P C準備病院のうち、平成18年度基準及び新たな基準を満たした病院についてD P Cの対象とする。

また、D P Cの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1 D P C対象病院の拡大について

- (1) 平成19年度D P C対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び（データ／病床）比が10ヶ月で8.75以上という要件を加える。
- (2) 平成20年度に新たにD P Cの対象となる医療機関は平成18年度D P C準備病院（371病院）のうち、基準を満たしたものとする。
- (3) 平成19年度D P C準備病院については、平成21年度にD P Cの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるD P C対象病院に適用される基準と同じものとする。

#### 2 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

- (1) 算定ルールの見直しについて
  - ア 3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
  - イ D P Cにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
- (2) 診断群分類の見直し等について
  - ア M D C 1 6（外傷・熱傷・中毒、精神、その他）をM D C 1 6（外傷・熱傷・中毒）、M D C 1 7（精神疾患）及びM D C 1 8（その他）に分割する。
  - イ 診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。
  - ウ 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を



参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。

エ 短期入院が相当程度存在する診断群分類(悪性腫瘍に対する化学療法など)については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組み(入院日数の25パーセンタイル値(1日)までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直し)を適用する。

### 3 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間(10か月分)のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の▲0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10:1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

### 4 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準(望ましい基準を除く。)を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

## 急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

### 第2 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

新 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点

(60日を限度。200床未満の病院に限る。)

[算定要件]

- 1 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。  
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床（転院）してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 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

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

## 特殊疾患療養病棟等の役割に着目した見直し

骨子【Ⅱ－１－(6)(7)】

### 第１ 基本的な考え方

- 1 平成20年3月31日に廃止予定であった特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料については、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。
  - (1) 疾患の見直しの具体的内容：入院患者の概ね8割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。
  - (2) 特殊疾患療養病棟から療養病床に転換した場合等について、一定の経過措置を設ける。
  - (3) 「特殊疾患療養病棟入院料」の名称を「特殊疾患病棟入院料」とする。
- 2 障害者施設等入院基本料についても、本来設けられた趣旨・目的に照らして1(1)及び(2)と同様の措置を講ずる。
- 3 後期高齢者特定入院基本料においては、算定対象から除かれる疾患や状態が別に定められているが、特殊疾患療養病棟入院料及び障害者施設等入院基本料の対象の見直しにあわせて、同様に対象の整理を行う。
- 4 対象となる疾患疾患の見直しについては平成20年10月1日施行とする。

### 第２ 具体的な内容

#### 1 特殊疾患療養病棟入院料等

現 行	改正案
<p>【特殊疾患療養病棟入院料1】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を</p>	<p>【特殊疾患病棟入院料1】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意</p>

改

<p>概ね8割以上入院させる一般病棟</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者と見なす</p> <p>【特殊疾患療養病棟入院料2】 1,570点 [算定要件] 重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者を除く。)を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者と見なす</p>	<p>意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟</p> <p>[経過措置] (療養病床に移行している場合又は移行する場合)</p> <p>平成18年6月30日以降経過措置の対象となった患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する</p> <p>平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす</p> <p>※ 脊髄損傷、筋ジストロフィー症、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性脊索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、ハンチントン病、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺</p> <p>【特殊疾患病棟入院料2】 1,570点 [算定要件] <u>児童福祉法に規定され、厚生労働大臣の指定する肢体不自由児施設等及び肢体不自由児(者)等の重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)</u>を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟</p> <p>[経過措置] (療養病床に移行している場合又は移行する場合)</p> <p>平成18年6月30日以降経過措置の対象となっている患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する</p> <p>平成20年3月31日の時点で特殊疾患療</p>
---	--

改

<p>【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室</p>	<p>養病棟入院料2を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者とみなす</p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室 [経過措置] (療養病床に移行する場合) 平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす</p>
--	--

改

## 2 障害者施設等入院基本料

現 行	改正案
<p>【障害者施設等入院基本料】</p> <p>10対1入院基本料 1, 269点 13対1入院基本料 1, 092点 15対1入院基本料 954点</p> <p>[算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者)、脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】</p> <p style="text-align: center;"><u>7対1入院基本料 1, 555点</u></p> <p>10対1入院基本料 <u>1, 300点</u> 13対1入院基本料 1, 092点 15対1入院基本料 954点</p> <p>[算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者) (脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、</p>

改

<p>ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟</p> <p>【特殊疾患入院施設管理加算】 350点 [算定要件] 重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する</p> <p>[施設基準] 当該病棟の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である。</p>	<p>脊椎損傷等の重度障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟</p> <p>[経過措置]（療養病床に移行している場合又は移行する場合） 平成20年3月31日の時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児（者）等の患者については、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分1に該当する患者は医療区分2、医療区分2に該当する患者は医療区分3の患者とみなす</p> <p>【特殊疾患入院施設管理加算】 350点 [算定要件] 重度の肢体不自由児（者）（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、脊髄損傷等の重度の障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する</p> <p>[施設基準] 当該病棟の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、脊髄損傷等の重度障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である</p>
--	--

### 3 後期高齢者特定入院基本料

現 行	改正案
<p>[老人特定入院基本料の対象外となる状態]</p> <p>3 重度の肢体不自由児者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等</p>	<p>[後期高齢者特定入院基本料の対象外となる状態]</p> <p>3 重度の肢体不自由児（者）<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、脊髄損傷等の重度障害者<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等</p>

改

## 感染症対策の拡充

骨子【Ⅱ－１－（８）（９）】

### 第１ 基本的な考え方

HIV や肝炎対策の推進のため、血友病を伴う HIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及び B・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。また、二類感染症及び HIV 感染症に係る個室での療養環境について評価する。

### 第２ 具体的な内容

#### １ 包括外で算定可能とする薬剤・注射剤

新 (1) 血友病を伴う HIV 患者

- ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ・ 抗ウイルス剤（後天性免疫不全症候群（エイズ）又は HIV 感染症の効能又は効果を有するもの）

新 (2) B・C 型肝炎患者

- ・ インターフェロン製剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）
- ・ 抗ウイルス剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）

[算定要件：包括外で算定できる入院料等]

後期高齢者特定入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A109 有床診療所療養病床入院基本料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

A309 特殊疾患療養病棟入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症疾患治療病棟入院料

A316 診療所老人医療管理料

介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。）



新 2 二類感染症患者療養環境特別加算 300点（1日につき）

[算定要件]

二類感染症患者のうち、医師が他者へ感染させる恐れがあると認めた者

3 HIV感染者療養環境特別加算の評価を引き上げる

HIV感染者療養環境特別加算

1 個室の場合

現行 300点 → 改正案 350点

## 有床診療所の評価

骨子【Ⅱ－１－(10)】

### 第1 基本的な考え方

医療法改正に伴い、入院患者の病状の急変に備えて診療所の医師が速やかに診療を行う体制や48時間を超えた入院医療を行う際の手厚い夜間の看護体制等を評価する。

### 第2 具体的な内容

#### 新 1 夜間緊急体制確保加算 15点（1日につき）

[算定要件]

入院患者の病状急変に備えて医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していること

#### 新 2 夜間看護配置加算2（2名以上） 50点（1日につき）

[算定要件]

夜間看護配置について看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上である場合（うち1名は当直者でもよい（看護職員が1名である場合は、当該看護職員についてはこの限りではない。））

#### 改 3 新設する加算と既存の加算との整合性を図るために、既存の注2及び注3の加算要件について整理する。

- ・ 医師配置加算（2名以上） 60点（1日につき）
- ・ 看護配置加算1（10名以上） 10点（1日につき）
- ・ 看護配置加算2（看護師3名以上を含む10名以上）  
15点（1日につき）
- ・ 夜間看護配置加算1（1名以上） 30点（1日につき）

## 回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

### 第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点</p> <p>[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を8割以上入院させていること</p> <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 <u>1, 690点</u></p> <p>[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を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 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</li> <li>2 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</li> </ol> <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは<u>（Ⅲ）</u>、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

改

新

【重症患者回復病棟加算】

50点（1日につき）

〔算定要件〕

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

〔施設基準〕

回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

【回復期リハビリテーション病棟入院料2】

1,595点

〔算定要件〕

当該病棟において、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、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

〔施設基準〕

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること

改

2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

〔施設基準〕

（現行）

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

改（改正案）

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定することができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設については、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。

## 医療療養病棟等の評価に係る見直し

骨子【Ⅱ－１－（４）】

【Ⅱ－２－（２）】

### 第１ 基本的な考え方

- 1 平成18年度慢性期入院医療の包括評価分科会における医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割に係る検討結果を踏まえて、療養病棟入院基本料等の見直しを行う。
- 2 長期入院患者等が、居宅等での療養を希望する場合には、医療機関による円滑な退院を支援するための取組が重要であるため、退院調整のための体制整備の評価を新設する。

### 第２ 具体的な内容

- 1 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の基準及び加算の見直し

改 (1) 医療区分・ADL区分の評価方法の簡素化

原則として、患者病態の変化時に、医療区分及びADL区分の評価・記録を行う。

改 (2) 医療区分の評価項目の見直し

ア 「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。

イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ 「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

改 (3) 認知機能障害加算の廃止

医療区分2、ADL区分1の患者で、認知機能障害のある場合の加算（1日につき5点）を廃止する。

新 (4) 褥瘡評価実施加算 15点（1日につき）

ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行

っていることを評価し、加算を創設する。これにより、各病棟における褥瘡の発症予防等の取組が促進され、医療の質の向上が期待される。

[算定基準]

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 (5) 医療の質の評価へ向けた取組の促進

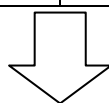
将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付ける。

2 療養病棟入院基本料の見直し

医療経済実態調査結果等を踏まえて、療養病棟入院基本料の評価を引き下げる。なお、医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。

(現行) 医療区分、ADL区分における入院基本料  
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	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740点



(改正案) 医療区分、ADL区分における入院基本料  
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	1,320点	1,709点
ADL区分1	750点	1,198点	1,709点

(※医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。)

### 3 退院調整加算の新設

患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価を新設する。

新 (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 100点

新 (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 300点

新 (3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院していた脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者

退院時に(2)のイに加えて、500点加算(平成22年3月31日まで)

#### [施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する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
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
  - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
  - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
  - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

## 7対1入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ－3】

### 第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

### 第2 具体的な内容

- 1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
  - (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。
  - (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
  - (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
  - (4) 特定機能病院には適用しない（ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。）。
- 2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
  - (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
  - (2) 特定機能病院には適用しない。

**新** 準7対1入院基本料 1, 495点（7対1入院基本料から60点減じた点数）  
※へき地等の場合は、1, 525点（7対1入院基本料から30点減じた点数）

#### [経過措置]

- 1 準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 2 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算2（84点）又は看護補助加算3（56点）を算定できる



[7対1入院基本料改正基準の導入と経過措置について]

4月1日 7月1日

7対1入院基本料算定	◇「看護必要度」「医師配置」のいずれの基準も満たす場合 <u>7対1入院基本料を算定</u>
	◇「医師配置」基準を満たさない場合 <u>準7対1入院基本料を算定</u>
10対1入院基本料算定	◇「看護必要度」基準を満たさない場合 <u>10対1入院基本料を算定</u>
	◇看護補助加算を算定

(経過措置期間：平成20年4月1日～平成22年3月31日まで)

< 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	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
4 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

## 在宅療養支援病院の新設

骨子【Ⅱ－４－(1)】

### 第1 基本的考え方

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

#### 新 在宅療養支援病院の創設

[在宅療養支援病院の要件]

- 1 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こと
- 2 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 3 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること

以下、在宅療養支援診療所と同様の要件

- 4 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 5 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 6 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 7 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること 等

## 円滑に地域移行を進めるための退院時の 情報提供の在り方の見直し

骨子【Ⅱ－１－(5)】

### 第1 基本的な考え方

地域連携の観点から、急性期医療を担う病院から地域の医療機関への転院や外来への引き継ぎを円滑に進めることが重要であることから、退院時に算定される画像等の診療情報の加算の要件を拡大することとする。

### 第2 具体的な内容

退院時に検査結果等を添付して患者の紹介を行った場合の加算について、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合についても算定できるようにする。

現 行	改正案
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 250点</p> <p>注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 250点</p> <p>注7 保険医療機関が、患者の<u>退院日の属する月又はその翌月に</u>、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する</p>

改

## 療養病床から転換した介護老人保健施設における 医療の充実

骨子【Ⅱ－４－(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、医療ニーズの高い入所者も多いため、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価する。
- 2 また、夜間又は休日に施設の医師が対応できず、併設医療機関の医師が往診した場合に、診療報酬上評価する。

### 第2 具体的な内容

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する。

[拡大する項目]

創傷処理  
咽頭異物摘出術（複雑なもの）  
胸腔穿刺  
腹腔穿刺  
顎関節脱臼非観血的整復術  
心電図検査（判断料）  
点滴・注射（手技料） 等

- 2 夜間又は休日に療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、その求めにより併設保険医療機関の医師が往診した場合に評価する。

**新** 緊急時施設治療管理料 500点

[算定要件]

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者が急性増悪し、療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる

- 2 患者1人につき1日1回、月4回まで算定できることとする
- 3 患者の病態については、介護保険における緊急時治療管理と同等とする  
緊急時施設治療管理料の対象となる入所者
  - (1) 意識障害又は昏睡
  - (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
  - (3) 急性心不全（心筋梗塞を含む）
  - (4) ショック
  - (5) 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病）
  - (6) その他薬物中毒等で重篤なもの

## 地域移行を支援する取組に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(1)(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月精神保健福祉対策本部）においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を今後10年で進めることとしており、患者の状態に応じた地域生活への支援策が求められていることから、この方針に従って、必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 長期入院患者への地域移行支援

- (1) 入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、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に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。

**新** 精神科地域移行支援加算 200点（退院時1回）

- (2) 当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。

**新** 精神科地域移行実施加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- 1 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2 目標値を達成した場合に、1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする

- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

## 2 入院早期からの退院支援

精神科退院前訪問指導料について、入院直後から退院支援が行えるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b> 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>	<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b> 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>

改

また、精神病棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる。

現 行	改正案
<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 10点（特別入院基本料は5点）</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 25点</p>	<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 5点</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 20点</p>

改

### 3 退院後の支援

地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする。

現 行	改正案
<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">550点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）に限り算定</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">575点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）  <u>ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定。ただし書きの患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した7日間については、1日につき1回に限り算定</u></p>

改



## 認知症に係る医療の評価

骨子【Ⅱ－５－(8)(10)(11)】

### 第1 基本的な考え方

平成19年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症のステージに合わせた対策が必要とされており、これに沿った高齢者支援体制整備が急務となっている。この中で、医療体制の役割としては、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

今後、後期高齢者が増加することに伴い、認知症の早期発見が重要な課題となっていることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価する。

#### 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

認知症患者の入院医療については、特に入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対して、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実し、一方、入院期間が長期に渡る場合には、評価を見直す。

#### 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（I）に対する加算を創設する。

**新** 認知症患者紹介加算 100点（1回につき）

## 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2において、周辺症状に対してより手厚い医療が必要な90日以内の入院期間について評価を引き上げ、91日以上入院期間について評価を引き下げる。また、当該病棟の入院対象となる患者は老人に限られないことから、名称を認知症病棟入院料に改める。

現行	改正案
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,300点 ロ 91日以上期間 1,190点 <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,060点 ロ 91日以上期間 1,030点	<b>【認知症病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,330点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,180点</u> <b>【認知症病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,070点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,020点</u>

改

## 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

「Ⅱ-5-③ 身体合併症に対応した取組に係る評価について」を参照。

## 身体合併症に対応した取組に係る評価

骨子【Ⅱ－5－(6)(8)(9)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。
- 2 結核病棟及び精神病棟において、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の7日間における加算を創設する。

#### 新 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点（1日につき）
- (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（1日につき）

#### [算定要件]

- 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、15対1）又は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。））を算定している病棟であること
- 2 当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること
- 3 対象疾患
  - (1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）
  - (2) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
  - (3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 等

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として、結核病棟及び精神病棟においても、必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定が可能となるよう対象を拡大する。

現 行	改正案
<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>	<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（<u>結核病棟においては手術を伴うもの、精神病棟においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。</u>）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>

改

## 外来等における精神療法の適正化と評価の充実

骨子【Ⅱ－５－(12)(13)(14)】

### 第1 基本的な考え方

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

精神科外来における精神療法については、患者の状態に応じて診療が長時間となる場合もあることから、一律の評価を見直して、診療時間に応じた評価を行う。また、合わせて地域で生活する精神障害者に対する継続的な地域医療を適切に提供するという観点から、精神科医の訪問及び往診診療時における精神療法について評価するとともに、外来における精神障害者の病状の安定化に資するため、頻回の精神医学的援助を評価する。

このほか、20歳未満の場合について、その重要性にかんがみ、加算の算定期間を延長する。

- 2 精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

- (1) 通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げる。なお、前回改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げる。

現 行	改正案
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等が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合 330点	イ 病院の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 330点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 350点

改

(2) 20歳未満の患者については、子どもの心の診療の充実という観点から、加算の算定が可能な期間を6ヶ月間から1年間に延長する。

(3) 医師の訪問及び往診診療時も、通院精神療法を算定できるものとし、これに伴い、名称を「通院・在宅精神療法」に改める。

2 精神科を担当する医師が、患者又は家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合の評価を創設する。

また、医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又は家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合の加算を創設する。

**新** 精神科継続外来支援・指導料 55点（1日につき）

**新** 保健師等による支援加算 40点（1日につき）

3 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方をする。なお、処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の残薬と、重複処方の有無について、患者に確認し、カルテに記載することとする。

	現 行	改正案
14日	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く
	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く
30日	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する

**改**

	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤</p>	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤、<u>トリア ゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼ パム、ブロチゾラム、フルニトラゼパム、 エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパ ム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、 塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキ シコドン、塩酸オキシコドン水和物</u></p> <p>【外用薬】 <u>塩酸モルヒネ、フェンタニル</u></p>
--	---	--

## 精神科救急医療に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(7)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神科救急医療体制の整備の普及を図るため、地域の実情をよりきめ細かく反映できる基準とするとともに、精神科救急入院料に係る算定要件を見直し、在宅へ移行した実績に応じた評価を行う。
- 2 精神科救急医療において身体疾患を併せ持つ患者については、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療の提供体制が重要であることから、いわゆる総合病院等において実施される身体合併症治療を含めた精神科救急医療を評価し、精神科救急・合併症入院料を創設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行う。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げる。

現 行		改正案	
【精神科救急入院料】（1日につき）		【精神科救急入院料 1】（1日につき）	
1	30日以内の期間 3, 200点	1	30日以内の期間 <u>3, 431点</u>
2	31日以上の期間 2, 800点	2	31日以上の期間 <u>3, 031点</u>
		【精神科救急入院料 2】（1日につき）	
		1	30日以内の期間 <u>3, 231点</u>
		2	31日以上の期間 <u>2, 831点</u>

#### [算定要件]

	現 行	改正案
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること	【精神科救急入院料 1】 新規患者のうち <u>6割以上</u> が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること  【精神科救急入院料 2】 新規患者のうち4割以上が入院日か



		ら起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上、又は <u>指定された地域における人口万対2.5件以上</u> であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

等

- 2 いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設する。

**新** 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	3,431点
2	31日以上の期間	3,031点

[算定要件]

- 1 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であり、身体合併症に対応できる施設であること
- 2 精神病棟を単位として、当該病棟に合併症ユニットを有している
- 3 その他、在宅へ移行する患者の割合、時間外等の救急受診件数等の要件については、精神科救急入院料に準じたものとする 等

## 歯科疾患の指導管理体系の見直し

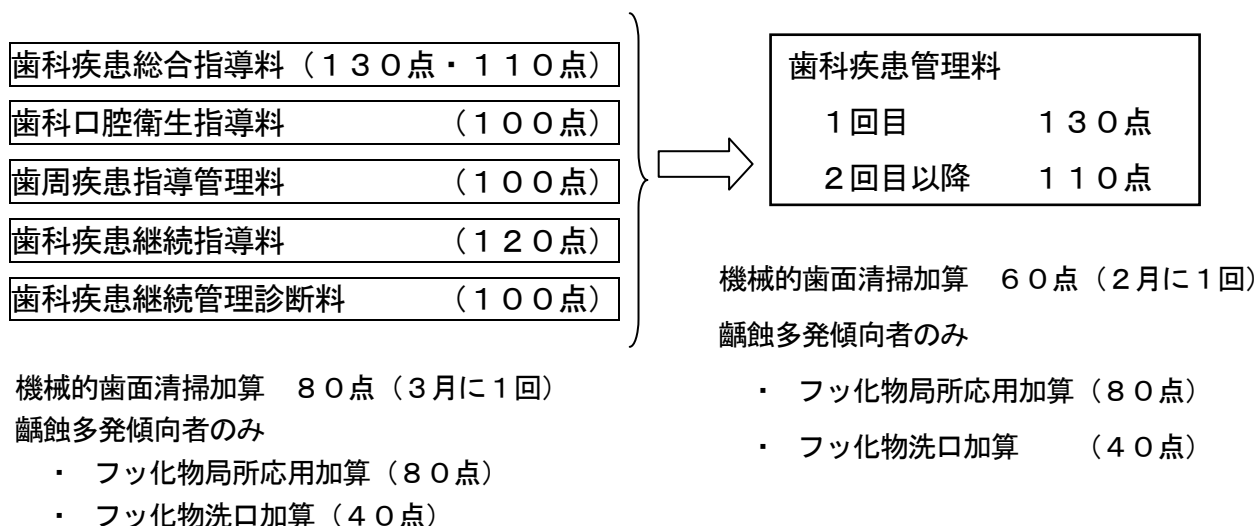
骨子【Ⅱ－6－(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 現行の歯科診療における指導管理については、初診時における総合的な治療計画の立案と一連の治療終了後の継続的管理を除き、疾患別の指導管理体系となっている。しかしながら、実際の歯科治療においては、口腔を一単位として考え、口腔全体の治療計画の立案や指導管理が実践されている。
- 2 このような歯科医療の特性を踏まえて、口腔全体や歯科疾患の継続管理を含めた歯科診療に係る指導管理体系や患者から見て分かりやすい指導管理体系を構築するため、現行の指導管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科疾患総合指導料、歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料、歯科疾患継続指導料及び歯科疾患継続管理診断料を廃止する。
- 2 口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により、<sup>うしよく</sup>齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な歯科疾患の治療に加えて、再発防止・重症化予防のための継続管理を新たに評価する。



新	歯科疾患管理料（月1回）	
	1回目	130点
	2回目以降	110点

[算定要件]

- 1 齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者を対象とする
- 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に算定する。なお、1回目の管理計画書の提供は、初診日から起算して1月以内に行う
- 3 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（プラークや歯石の付着状況、歯や歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果の要点（エックス線検査及び歯周検査等）、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定の内容等を記載する

## 有床義歯の指導・調整等の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

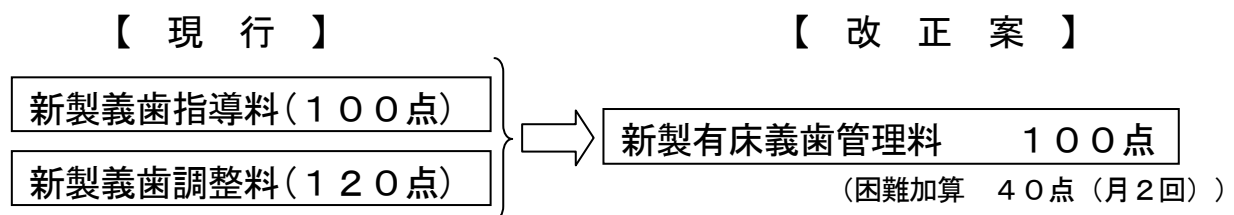
### 第1 基本的な考え方

- 1 新たに製作された有床義歯（入れ歯）や既に製作された有床義歯の調整・指導については、「有床義歯の調整・指導のガイドライン」を参考に、新製義歯指導料、新製義歯調整料及び有床義歯調整料を算定できることとなっている。
- 2 今般、日本歯科医学会において、口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的管理の考え方が取り入れられる等、「有床義歯の管理」に係る指針の見直しが行われたことから、有床義歯の管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 新たに製作された有床義歯について、現行の新製義歯指導料と新製義歯調整料を新製有床義歯管理料として一体的に評価し、口腔内への調和を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）を新たに評価する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例については、新製有床義歯管理料の加算を創設する。

新製有床義歯管理料 100点（1口腔につき、月2回）



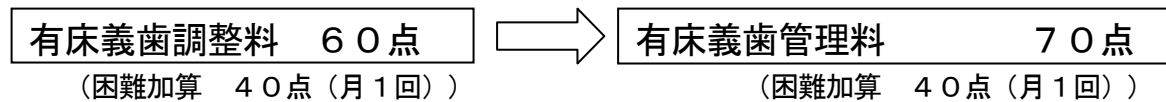
[算定要件]

- 1 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制作した保険医療機関において、当該有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者等に対して取扱い、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提供した場合に2回に限り算定する
- 2 有床義歯の装着後1月を超え3月以内の期間において、口腔機能の回復を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯管理料の加算として評価する。

新 有床義歯管理料 70点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



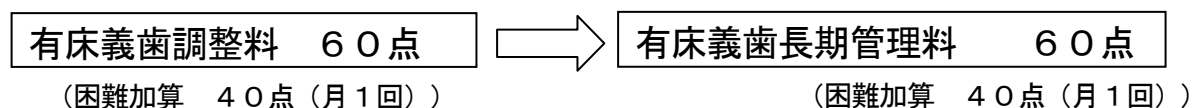
[算定要件]

- 1 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、義歯に係る管理を行った場合に月1回算定する
- 2 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する
- 3 有床義歯の装着の日が属する月から起算して3月を超え1年以内の期間における口腔機能の維持を目的として行った義歯の管理(調整・指導)の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯長期管理料の加算を創設する。

新 有床義歯長期管理料 60点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



[算定要件]

- 1 有床義歯の装着の日を含む月から起算して3月を超え1年以内の期間において、義歯を長期的に使用するために必要な管理を行った場合に月1回算定する。
- 2 対象となる有床義歯を製作した保険医療機関においてのみ、算定できる。

## 歯周疾患の治療体系の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 今般の日本歯科医学会における歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、歯周病の治療体系の見直しを行う。
- 2 具体的には、現行の「歯科疾患継続管理診断料」及び「歯科疾患継続指導料」を廃止し、歯周治療における一時的な症状安定後の継続的な治療として歯周病安定期治療を新たに評価するとともに、歯周基本治療及び歯周外科治療の評価について、歯科治療の実態に応じた見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 一連の歯周基本治療等の終了後、歯周組織検査及びその他必要に応じて実施される検査により、一時的に病状が安定した状態であって、継続的な治療が必要と判断された患者に対して、病状の安定を維持し、治癒させることを目的として行う歯周病安定期治療の評価を新設する。

#### 新 歯周病安定期治療（1口腔につき）

- 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
- 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を越え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年を越え3年以内に行った場合  
100点

#### [算定要件]

- 1 歯科疾患管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する
- 2 歯周病安定期治療の開始に当たっては、上記検査等の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、歯科疾患管理料に係る文書を提供すること
- 3 2回目以降の歯周病安定期治療については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うことを基本とする（歯周外科手術を実施した場合等重度の歯周疾患を有する場合を除く。）

2 歯周基本治療において実施されるスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等については、1回目の歯周基本治療終了後においても必要に応じて適時行う必要があることから、歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、これらの処置の2回目以降の評価を新たに行うとともに、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬については、評価の引き下げを行う。

現 行	改正案
<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） 64点</p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬（<sup>もうのう</sup>盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする</p>	<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） <u>64点</u></p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>注1 <u>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30/100に相当する点数により算定する</u></p>

改

3 歯周外科手術は、個々の歯の状況に応じて、一歯単位に評価して実施することが重要であることから、歯周治療の実態に合わせた、1歯単位の評価に改める。

現 行	改正案
【歯周外科手術】（3分の1顎につき）	【歯周外科手術】（1歯につき）
1 歯周ポケット搔爬術 200点	1 歯周ポケット搔爬術 75点
2 新付着手術 300点	2 新付着手術 150点
3 歯肉切除術 400点	3 歯肉切除術 300点
4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点	4 歯肉剥離搔爬手術 600点

改

4 歯周疾患による急性症状が発現した場合であって、特定薬剤を用いて症状緩解を図った場合の処置の評価を追加する。

現 行	改正案
【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点	【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点
[適応症]	[適応症]
<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善が見られず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> <li><u>歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤の注入を行った場合</u></li> </ul>

改



## 病院歯科機能の評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 病院歯科においては、その専門的な診療機能等について評価がなされているが、現行の施設基準は、病院歯科の機能評価を行う上で、必ずしも実態に即したものとなっていないことから、現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を見直し、適切な機能評価を行う。
- 2 また、在宅療養を行っている患者に対して、地域において在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて、病院歯科等において全身管理下での処置や手術及び入院を伴う歯科診療が必要になる場合があることから、在宅歯科診療を後方支援する病院歯科機能について新たに評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を緩和し、適切な機能評価を行う。

#### (1) 地域歯科診療支援病院の施設基準の見直し

現 行	改正案
(1) 歯科医師が常勤3名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上であること 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件以上であること (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	(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上であること 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件以上であること (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

改

- 2 在宅での歯科診療が困難であると判断され、連携している地域の病院歯科等を受診し、入院して歯科診療を行った場合に、在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の機能を評価するため、入院基本料への加算を創設する。

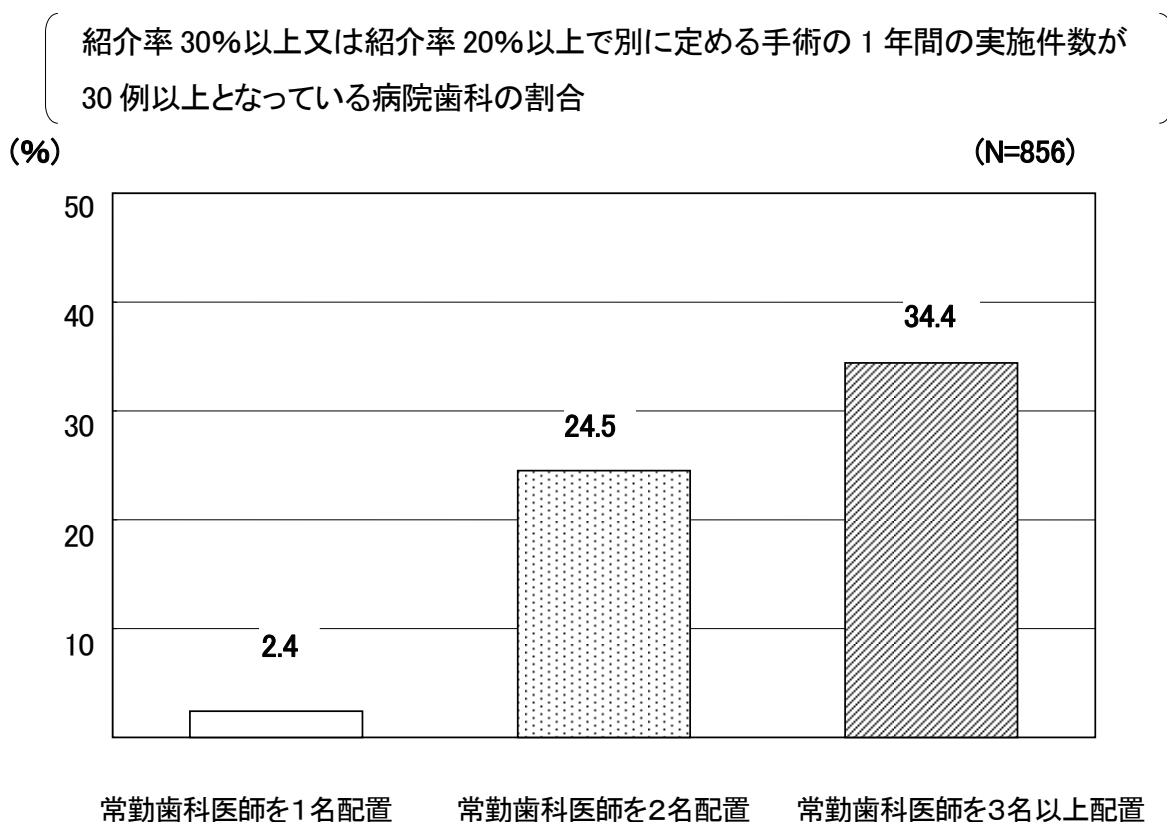
**新** 地域歯科診療支援病院入院加算 300点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、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

(参考)

### 常勤歯科医師の配置数別の病院歯科機能について



(出典 日本病院歯科口腔外科協議会調べ)

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る現行の施設基準では、常勤の歯科医師が3名以上配置されていることを要件の1つとしているが、紹介率30%以上又は紹介率20%以上で別に定める手術の1年間の実施件数30例以上といった病院歯科の機能を有する医療機関数の割合をみると、常勤の歯科医師の配置数が1名の場合は2%と極端に低くなっているのに対して、2名の場合と3名以上の場合には各々25%、34%となっており、常勤の歯科医師数が2名の場合であっても、地域歯科診療を支援する機能を有する医療機関が多く存在している状況にある。

## 在宅歯科医療等の推進（後期高齢者医療を含む）

骨子【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所の整備を図る。
- 2 後期高齢者は、生活の質にも影響を及ぼす歯科疾患の重症化や摂食・嚥下障害の発現等が顕著になる時期であることから、疾患の管理に併せて、口腔機能の評価及び管理を適切に行うことが強く求められており、後期高齢者の口腔機能の評価を新設する。
- 3 入院中の患者が退院する際に、在宅療養を支える医療従事者間で情報共有が進むよう、在宅医療を担う医師、訪問看護ステーションの看護師以外の者が、入院中の医療機関との共同指導に参加した場合の評価を新設する。
- 4 在宅療養を行っている患者に対して、医師及び歯科医師等の医療従事者が相互に、在宅において療養を行っている介護サービスを利用しない患者について、利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有するとともに、それらの情報を踏まえた療養上必要な指導に対する評価を新設する。
- 5 在宅療養を支える医療従事者間での情報共有及び共同指導を促進するための評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 在宅療養支援歯科診療所の創設  
後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能の評価を新設する。

#### 新 在宅療養支援歯科診療所の新設

##### [施設基準]

- 1 所定の研修を受講した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供

できる体制を整えていること

- 4 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有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

## 2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の新設

在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価するため、老人訪問口腔指導管理料を廃止し、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を新設する。

老人訪問口腔指導管理料 430点 ⇒ 廃止

**新** 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点（月1回）

[算定要件]

- 1 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、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後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する
- 2 歯科疾患管理料は別に算定できない

## 3 退院時共同指導料の新設

- (1) 退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が、共同指導に参加した場合の評価を新設する。

**新** 退院時共同指導料 1

- |                  |      |
|------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 600点 |
| 2 1以外の場合         | 300点 |

- (2) 入院中の保険医療機関の保険医である歯科医師、看護師、歯科衛生士等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師等と共同して行った場合の評価を新設する。

**新** 退院時共同指導料 2 300点

## 4 在宅患者連携指導料の新設

歯科医師が、歯科訪問診療を行っている患者の利用する医療サービス及び福祉サービス等の情報について、在宅療養を担う医師、訪問看護ステーション

ンの看護師及び保険調剤薬局の薬剤師等と共有し、その情報に基づいて共同で療養上必要な指導を行うことの評価を新設する。

① 新 在宅患者連携指導料 900点（月1回）

5 在宅患者緊急時カンファレンス料の新設

歯科訪問診療を実施している歯科医師が患者の病状の急変に伴い、関係する医療従事者と共同で在宅等に赴いてカンファレンスを行い、療養上必要な指導を共同で行うことの評価を新設する。

② 新 在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

6 後期高齢者終末期相談支援料の新設

一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと医師が判断した後期高齢者に対して、患者の同意を得て、医師からの依頼を受けた歯科医師が、医師又は看護師等と共同し、相談支援を行うことの評価を新設する。

③ 新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

## 歯科訪問診療等の見直し

骨子【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 在宅及び社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者に対する歯科訪問診療について、平成18年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果等も踏まえた文書による情報提供の在り方を見直す。
- 2 適切な歯科訪問診療を提供する観点から、歯科訪問診療を行う際には、慢性的な歯科疾患のみならず、歯科疾患の急性症状の発症時等にも即応できることについての評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 平成18年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果を踏まえ、歯科訪問診療料に係る算定要件としての文書提供を廃止する。

現 行	改正案
患者又はその家族に説明した上で文書により情報提供を行った場合に算定する。	患者又はその家族に説明した内容について診療録に記載した場合に算定する。

- 2 歯科訪問診療において常時急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するため、従来処置等を行った場合のみに加算としていた周辺装置加算の評価の在り方を見直すとともに、歯科訪問診療料の加算として、在宅患者等急性疾患対応加算を創設し、併せて歯科訪問診療料に伴う初・再診料を廃止する。

#### 新 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の創設

現 行	改正案
<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>歯科訪問診療料を算定した場合は、初・再診料は算定しない</p> <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>

改

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置  
50点

注 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、<sup>せつさく</sup>切削を伴う処置、手術、<sup>ほてつ</sup>歯冠修復又は欠損補綴（医科、この表においては「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置  
50点

注 著しく歯科診療が困難な障害者（在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。

【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】

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所定点数に加算する。

イ	1回目	<u>232点</u>
ロ	2回目以降	<u>90点</u>

新



## 歯科医療の特性に配慮した安全で安心できる 総合的歯科医療環境の整備

骨子【Ⅱ－6－(5)】  
【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

歯科の外来診療においては、

- ① 誤嚥等のおそれのある細小な根管治療器具等の歯科治療機材やインレーやクラウン等の歯冠修復物が多用されていること
- ② 処置に伴い局所麻酔を行う事例が多いこと
- ③ 高齢社会の進展等に伴い、全身状態の把握・管理が必要な患者に対する歯科診療の機会が増大していること
- ④ 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会も多いこと

などの特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備を図る。

### 第2 具体的な内容

歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算を創設する。

#### 新 歯科外来診療環境体制加算 30点（初診時1回）

[施設基準]

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

(参考) 医療法により規定されている歯科診療に係る主な事項

- 医療安全管理者を配置していること
- 医療事故防止、院内感染防止及び歯科診療時の偶発症等緊急時の対応に係る医療安全マニュアルを作成していること
- 医療事故報告及びヒヤリ・ハット事例を収集し、保管していること
- 医療機器保守点検チェックシートを作成し、記録・保管していること
- 医薬品管理シートを作成し、記録・保管していること
- 毎年1回の医療安全に係る従事者の研修を実施し、研修会報告書を作成・保管していること

## 先進医療技術の保険導入（歯科）

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

歯科医療に係る先進医療13技術のうち、以下の3技術について保険導入を行う。

#### 1 歯周組織再生誘導法に係る技術料の新設

##### 新 歯周組織再生誘導手術（1歯につき）

(1) 1次手術（吸収性膜又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	630点
(2) 2次手術（非吸収性膜の除去）	300点

##### [施設基準]

歯科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有する歯科医師を1名以上配置していること

##### [適応症]

- 1 歯周病に罹患し、こんぶんきぶ根分岐部病変を有する歯
- 2 歯周病に罹患し、垂直性の骨欠損を有する歯

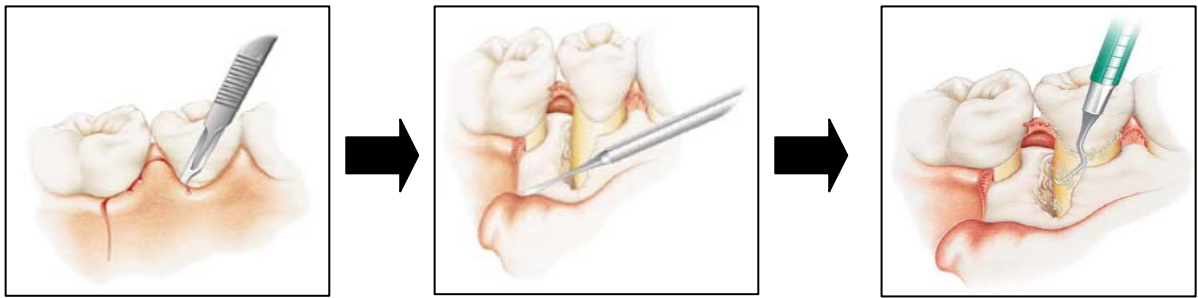
(参考) 歯周組織再生誘導法

歯周組織再生誘導法は、歯周疾患により歯槽骨が破壊、吸収し、露出した歯根の表面と歯槽骨の欠損部を吸収性又は非吸収性の膜（メンブレン）で被覆することで、歯根と歯根膜の再結合の阻害要因となっている歯肉細胞の侵入を防ぎ、歯根膜由来の細胞を歯根膜表面に優先的に誘導、付着させる歯周外科療法である。

本法を用いることによって、従来極めて困難と考えられていた歯根と歯根膜の再結合や歯槽骨等の再生が促進され、歯周疾患の病状の改善を図ることが可能となる。

吸収性膜の場合

① 歯根面のルートプレーニングと搔爬および洗浄



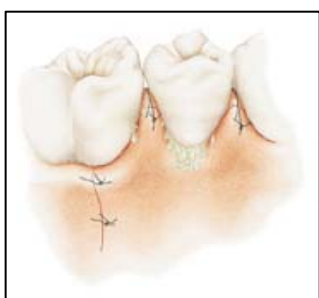
② GTR膜の準備・調整



③ GTR膜の装着・固定



④ 歯肉弁の縫合誘導



歯根膜細胞が選択的に誘導され、歯周組織が再生

## 2 接着ブリッジによる欠損補綴に係る技術料の新設

### 新 接着ブリッジ（支台歯の生活歯歯冠形成の鑄造冠に係る加算） 490点

#### [適応症]

- 1 前歯部の1歯欠損症例に対するブリッジであって、かつ、前歯部に支台歯を求めるものであること
- 2 ブリッジの支台となる歯が歯周疾患に罹患していない場合、若しくは、罹患している場合であって、歯周基本治療等が終了し、歯周組織検査により、動揺及び歯周組織の状態等から、支台歯としての機能を十分維持し得るとの判断がなされたものであること

#### (参考) 接着ブリッジ

歯が欠損した部位に対して、主に接着性レジンセメントの強固な接着力によりブリッジの維持を行う技術。この技術により、ブリッジを支える歯の歯質削除量を従来の方法に比べて大幅に減じることが可能となる。

## 3 レーザー応用による齶蝕除去に係る加算の新設

### 新 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算 20点

#### [施設基準]

齶蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成を行うにつき、必要な機器を設置していること

#### [算定要件]

齶蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成を行った場合に窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成に係る費用に加算する

#### (参考) レーザー応用による齶蝕除去

レーザー照射によりレーザーを応用して齶蝕の除去時の振動や音並びに痛みを少なくする技術。エアータービン等歯科用切削器具を用いることがなく、多くの場合、齶蝕除去時の疼痛の発現を抑制することが可能となる。

## 新規医療技術の保険導入（歯科）

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

#### 1 非侵襲性<sup>しずいふくとう</sup>歯髄覆罩法

深在性の齲蝕歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕歯）に対して、感染歯質を残した水酸化カルシウム製剤等による非侵襲性の歯髄覆罩法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

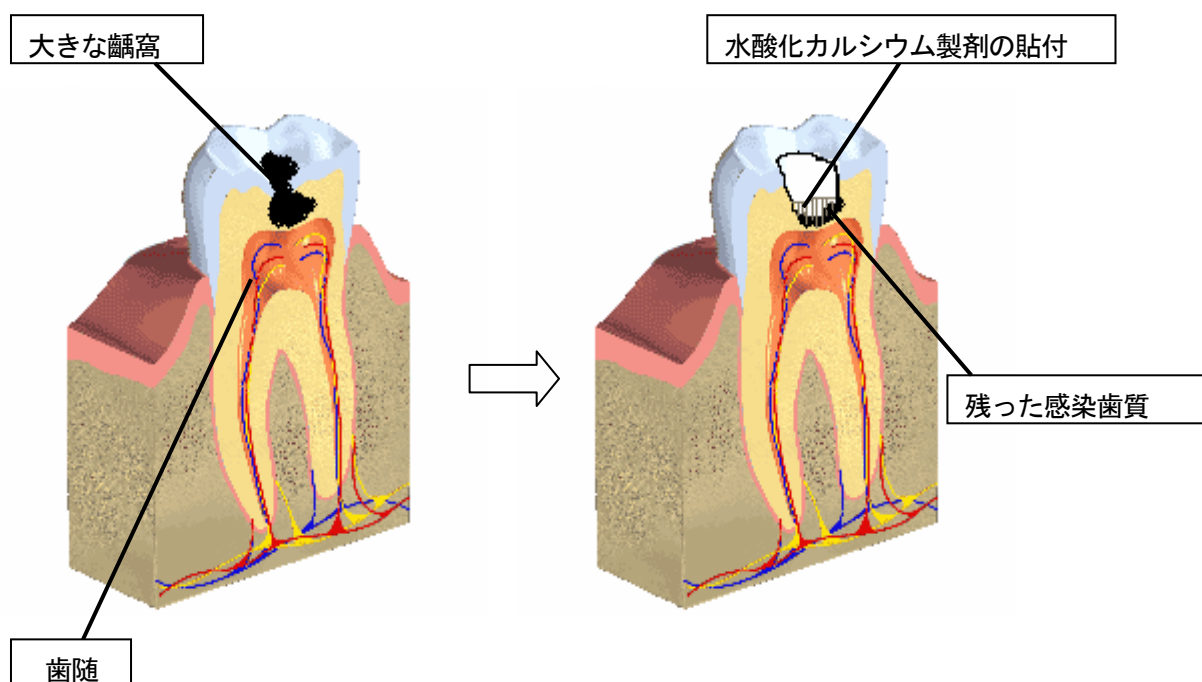
**新** 非侵襲性歯髄覆罩 150点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 感染象牙質を部分的に除去した後、計画的に水酸化カルシウム製剤等を貼付し、歯髄の保存を図った場合に算定する
- 2 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は3か月間の経過観察を行う
- 3 非侵襲性歯髄覆罩を行った歯が<sup>ばっすい</sup>抜髄となった場合は、抜髄に係る費用から低減

（参考）非侵襲性歯髄覆罩法

齲蝕によって発生する<sup>うか</sup>齲窩が大きく、感染した軟化象牙質を全て除去すれば歯髄が露出し、歯髄の除去に至る可能性がある深在性の齲蝕歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕歯）に対して、感染歯質を一部残し、無菌化、再石灰化及び修復象牙質の形成を促すための水酸化カルシウム製剤等を貼付し、感染部の治癒を図る技術。



## 2 静脈内鎮静法

歯科治療に対して協力を得ることが難しい小児患者、歯科治療恐怖症の患者及び歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象とした静脈内鎮静法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 新 静脈内鎮静法 120点

[算定要件]

- 1 術前・術中・術後の管理を十分に行うこと
- 2 静脈確保の手技、薬剤の投与量と呼吸・循環系など全身状態の把握、鎮静過剰期における対応、意識消失時の気道確保など、的確な全身的管理を行うこと
- 3 吸入鎮静法と併せて算定することはできない

## 3 肺血栓塞栓症予防管理

肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い入院中の患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として行う計画的な医学管理について、歯科診療報酬においても評価を行う。

### 新 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

[算定要件]

- 1 病院等に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する
- 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に用いた機器、材料の費用は所定点数に含まれる



## 歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科矯正治療は、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 また、現行の診療報酬上においては、小児義歯は原則として認められていないが、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児に対する小児義歯に限り認められている。
- 3 これらの技術について、学会からの医療技術評価希望書に基づき、医療技術評価分科会において検討した結果を踏まえ、療養の給付の対象とする歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大を行うとともに、歯科矯正治療について、診療の実態に即したものとなるよう、歯科矯正診断料及び顎口腔機能診断料の評価の在り方を見直す。

### 第2 具体的な内容

- 1 歯科矯正に関する療養の給付の対象とする適応症の拡大  
 歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改 正 案
[療養の給付の対象とする適応症] <small>しんがくこうがいれつ</small> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 <small>がくりだん</small> ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（ <small>さいぎゅう</small> 鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症	[療養の給付の対象とする適応症] ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、 <u>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</u>

## 2 歯科矯正治療の診療実態に即した算定要件等の見直し

歯科矯正治療について、実態に即した評価を行うため、歯科矯正診断料に係る診断を行う時期として、一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するときを追加し、新規に評価する。

現 行	改正案
<p>1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限り算定する</p> <p>2 顎口腔機能診断料の算定要件 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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する</p>	<p>1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び<u>一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するとき</u>、各々につき1回に限り算定する</p> <p>2 顎口腔機能診断料の算定要件 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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析を行い、<u>治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成した患者に対し、文書により提供した場合</u>に算定する</p>

## 3 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	改正案
<p>【小児義歯の適応症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<p>【小児義歯の適応症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・<u>脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊及び後継永久歯の先天欠損を伴う象牙質形成不全症、象牙質異形成症、エナメル質形成不全症、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</u></li> <li>・局部義歯：1床につき算定</li> <li>・総義歯：1顎につき算定</li> </ul>

## 処置等に係る技術の基本診療料における評価

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 平成18年度歯科診療報酬改定においては、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為(外来)のタイムスタディー調査」の結果に、重要度、難易度、必要時間等に応じて、歯周基本治療、根管治療及び歯冠修復について評価の見直しを行ったところであるが、他方、歯科医師が行う比較的簡単に短時間で実施できる一部の歯科医療技術についても、適正な評価を行うことが求められている。
- 2 歯科医療技術の適正な評価を行うとともに、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、重要度が低い、又は、比較的簡単に必要時間の短い、ラバーダム防湿等一部の処置等に係る既存の技術については、基本診療料において評価することとする。

### 第2 具体的な内容

歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、既存の歯科医療技術の評価の見直しを行うとともに、一部の処置等に係る技術については、基本診療料において評価することとし、併せて初・再診料の評価を引き上げる。

#### 【 現 行 】

- ・ ラバー加算（10点）  
（廃止）
- ・ しにくそくにく  
歯肉息肉除去術（54点）  
（廃止）

#### 【 改正案 】

初診料	182点
再診料	40点

## 検査及び画像診断に係る技術の評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。
- 2 歯科診療報酬においても、医科診療報酬と並行して検討すべき技術について、その評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 補綴関連検査のうち、実施率の低く同様の目的を有する類似の技術である下顎運動路描記法、ゴシックアーチ検査、パントグラフ検査及びチェックバイト検査を顎運動関連検査として一体的に評価する。

#### 新 顎運動関連検査 380点

現 行		改 正 案
1	下顎運動路描記法（MMG） 300点	顎運動関連検査 380点 （一装置につき1回に限り算定）
2	チェックバイト検査 400点	
3	ゴシックアーチ描記法 500点	
4	パントグラフ描記法 600点	

#### [算定要件]

顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する

- 2 平成8年度から導入されているデジタル映像化処理加算の評価を引き下げるとともに、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術の評価を創設する。また、あわせて臨床診断の基礎となる画像診断報告の体制の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 10点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点</p> <p>ハ その他の場合 60点</p>	<p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>5点</u></p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>50点</u></p> <p>ハ その他の場合 <u>30点</u></p> <p>【エックス線診断料】</p> <p>電子画像管理加算</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>10点</u></p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>95点</u></p> <p>ハ その他の場合 <u>60点</u></p>
<p>【画像診断管理加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。</p>	<p>【画像診断管理加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に<u>70点</u>を加算する。</p>

## 歯科固有の技術に関する評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科固有の医療技術の適正評価を図る観点から、歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、歯科医療技術の評価の見直し等を行う。
- 2 併せて、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。

### 第2 具体的な内容

- 1 歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、以下の見直しを行う。
  - ・ 歯科医療技術の評価の見直しを行う。
  - ・ 評価の対象となっている処置の内容が必ずしも歯科診療の実態に即したのものとなっておらず、また、明確なものとなっていない技術について、内容の明確化等を行う。
  - ・ 同一手術野等において実施される複数手術において、必ずしも評価が十分でないとの指摘があった手術について、より適切な評価を行う。

#### (1) 初期齲蝕小窩裂溝<sup>しょうかれつこうてんそく</sup>填塞処置の評価の引き上げ

現 行	改正案
<b>【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】</b> 108点 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする	<b>【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】</b> 120点 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする

#### (2) 根管内異物除去の引き上げ

現 行	改正案
<b>【根管内異物除去】</b> （1歯につき） 140点	<b>【根管内異物除去】</b> （1歯につき） 150点

### (3) 加圧根管充填加算の引き上げ

現 行	改 正 案
<b>【根管充填】</b> （1歯につき） 1 単根管 68点 2 2根管 90点 3 3根管以上 110点 加圧根管充填を行った場合は、単根管、 2根管又は3根管以上の所定点数に、11 0点、130点又は150点をそれぞれ加 算する	<b>【根管充填】</b> （1歯につき） 1 単根管 <u>68点</u> 2 2根管 <u>90点</u> 3 3根管以上 <u>110点</u> 加圧根管充填を行った場合は、 <u>単根管、</u> <u>2根管又は3根管以上の所定点数に、11</u> <u>8点、140点又は164点をそれぞれ加</u> <u>算する</u>

### (4) 齶蝕処置の内容の明確化

現 行	改 正 案
<b>【齶蝕処置】</b> （1歯1回につき） 16点 (内容) イ 多数歯にわたる齶蝕歯に同時に齶蝕治療 を行う場合であって、齶蝕の処置を同時に 行うことによって咬合の維持ができない場 合において、やむを得ず齶蝕治療の実施の 順序が後となる齶蝕歯に対して行った軟化 象牙質の除去及び暫間充填 ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ 歯髄覆罩等を行うにあたっての軟化象牙 質等の除去及び磷酸セメント又はカルボキ シレートセメント等を用いた暫間充填	<b>【齶蝕処置】</b> （1歯1回につき） 16点 (内容) イ <u>齶蝕歯の歯冠部に行った軟化象牙質の</u> <u>除去及び暫間充填</u> ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ 歯髄覆罩及び歯冠修復物の脱落時の再装 着等を行うにあたっての軟化象牙質等の除 去及び磷酸セメント又はカルボキシレ ートセメント等を用いた暫間充填 ニ <u>抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを</u> <u>得ず行う齶蝕等により生じた残根の削合</u>

改



(5) 乳歯・難抜歯・埋伏歯の抜歯に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【抜歯手術】（1歯につき）	【抜歯手術】（1歯につき）
乳歯 120点	乳歯 <u>130点</u>
難抜歯 460点	難抜歯 <u>470点</u>
埋伏歯 1,000点	埋伏歯 <u>1,050点</u>

(6) 歯根嚢胞摘出術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根嚢胞摘出手術】	【歯根嚢胞摘出手術】（1歯につき）
歯冠大のもの 770点	歯冠大のもの <u>800点</u>
拇指頭大のもの 1,300点	拇指頭大のもの <u>1,350点</u>

(7) 歯根端切除手術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根端切除手術】（1歯につき）	【歯根端切除手術】（1歯につき）
1,300点	<u>1,350点</u>

(8) 現行の同一手術野等における複数手術について、所定点数の100分の50により評価する手術

現 行	改正案
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯根端切除手術及び歯根嚢胞摘出術</li> <li>・ 歯根端切除手術及び顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根嚢胞を除く。）に限る。）</li> </ul>

新

2 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い技術である充填、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨については、充填及び窩洞形成の評価を引き上げ、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨の評価を廃止した上で、一体的に再評価を行う。

(1) EE+EB 加算、充填、研磨の総合的評価

現 行	改正案
【歯冠形成】（1歯につき）	【歯冠形成】（1歯につき）
窩洞形成	窩洞形成
・ 単純なもの 44点	・ 単純なもの <u>54点</u>
・ 複雑なもの 68点	・ 複雑なもの <u>80点</u>

<p><b>【充填】（1歯につき）</b></p> <p>1 単純なもの 52点</p> <p>2 複雑なもの 100点</p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に1歯につき43点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。</p> <p><b>【充填物の研磨】（1歯につき） 14点</b></p>	<p><b>【充填】（1歯につき）</b></p> <p>1 単純なもの <u>100点</u></p> <p>2 複雑なもの <u>148点</u></p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合の費用を含む。</p> <p><b>【充填物の研磨】（1歯につき） 廃止</b></p>
--	--

## 歯冠修復及び欠損補綴に係る技術料の見直し

### 第1 基本的な考え方

歯冠修復及び欠損補綴に関する適正な技術評価を図る観点から、歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬で築造体の製作料に包括評価されている支台築造製作に係る印象採得の技術料については、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、比較的長時間を要することや印象採得の技術が最終的に精度の高い築造体の製作に寄与することが指摘されていることから、支台築造（メタルコア）における印象採得に係る技術の評価を新設する。

#### 新 支台築造印象 20点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 支台築造の製作にあたって、根管を拡大しポスト孔の形成を行い、印象採得を行った場合に算定する
  - 2 保険医療材料に係る費用は含まれるものとする
- 2 現行の歯科診療報酬では、歯冠形成の後、歯冠修復物を装着するまでの間に、当該歯の保護並びに歯周組織の保護等のために装着されるテンポラリークラウンについては、歯冠修復の技術料に包括評価されているが、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、製作に比較的長時間を要することや、その技術や製作物が最終的に精度の高い歯冠修復物の製作に寄与することが指摘されていることから、テンポラリークラウンに係る技術の評価を新設する。

#### 新 テンポラリークラウン 30点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 前歯部において、前装<sup>ちゅうぞう</sup>鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠に係る歯冠形成を行った場合に1歯につき1回に限り算定できる

- 2 前装鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠を装着するまでの修理等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない
- 3 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない

3 歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

(1) 前装鑄造冠の評価の引下げ

現 行	改正案
【前装鑄造冠】 (1 歯につき) 1, 200 点	【前装鑄造冠】 (1 歯につき) <u>1, 174 点</u>

(2) ポンティック (ダミー) 及び前装鑄造冠ポンティック (ダミー) の評価の引き下げ並びに金属裏装ポンティック (ダミー) の評価の新設

現 行	改正案
【ポンティック (ダミー)】 (1 歯につき) 428 点  ・ 前装鑄造ポンティック (ダミー) について、所定点数に772点を加算する	【ポンティック (ダミー)】 (1 歯につき) 428 点  ・ 前装鑄造ポンティック (ダミー) について、所定点数に <u>746</u> 点を加算する ・ <u>金属裏装ポンティック (ダミー)</u> について、所定点数に <u>320</u> 点を加算する

新

(3) 有床義歯の評価の引上げ

現 行	改正案
【有床義歯】 1 局部義歯 (1 床につき) イ 1 歯から4 歯まで 525 点 ロ 5 歯から8 歯まで 650 点	【有床義歯】 1 局部義歯 (1 床につき) イ 1 歯から4 歯まで <u>540 点</u> ロ 5 歯から8 歯まで <u>665 点</u>

(4) 鑄造<sup>こう</sup>鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【鑄造鉤（1個につき）】		【鑄造鉤（1個につき）】	
1 双齒鉤	220点	1 双齒鉤	<u>224点</u>
2 両翼鉤	205点	2 両翼鉤	<u>208点</u>

改

(5) 線鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【線鉤（1個につき）】		【線鉤（1個につき）】	
1 双齒鉤	195点	1 双齒鉤	<u>200点</u>
2 両翼鉤	135点	2 両翼鉤	<u>140点</u>
3 レストのないもの	115点	3 レストのないもの	<u>120点</u>

改

(6) 支台築造の評価の引上げ

現行		改正案	
【支台築造】		【支台築造】	
1 メタルコア		1 メタルコア	
イ 大臼齒	170点	イ 大臼齒	<u>176点</u>
ロ 小臼齒及び前齒	144点	ロ 小臼齒及び前齒	<u>150点</u>
2 その他	120点	2 その他	<u>126点</u>

改

## 歯科診療における患者への文書による 情報提供の在り方

骨子【Ⅱ－6－(4)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科診療において文書による情報提供が義務付けられている項目について、診療報酬改定結果検証部会における検証結果等を踏まえ、情報提供の在り方の見直しを行う。
- 2 具体的には、情報提供の時期、情報提供が算定要件となる項目及び提供すべき内容についての見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 情報提供の時期については、口腔内の状況に変化があった場合や、指導管理に変更があった場合など、歯科治療等に進行状況に合わせて行うこととし、3ヶ月に1回以上の交付頻度とする。
- 2 文書による情報提供が算定要件となる項目については、①情報提供を行うことで、患者の療養の質の向上が図られることが期待できる項目、②治療計画を示したり口腔内の図示を行うことで、患者の歯科疾患に関する理解を深め、納得できる歯科医療を進めることが期待できる項目、とする。

（文書による情報提供を算定要件とすることを廃止する項目）

- (1) 歯科訪問診療料
  - (2) 補綴時診断料
  - (3) 矯正装置装着時のフォースシステム加算
  - (4) 歯科治療総合医療管理料
  - (5) 歯科特定疾患療養管理料（治療計画に基づいた療養上必要な指導に係る文書提供）
- 3 情報提供すべき内容については、過不足のない効率的な情報提供を図ることとし、項目間の重複が無いようにすることとし、留意事項通知等において、整理する。

## 調剤料の見直し

骨子【Ⅱ－7－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 治療上の必要性から行われている一包化薬の調剤料について、現行では多くの種類の内服薬が処方されていても、服用時点が全て同一の場合には算定できないとされているが、一包化に要する手間にかんがみ、一定の要件を満たした場合には算定できるとするとともに、その評価を見直す。
- 2 また、投薬量、投与日数等にかかわらず1調剤当たりの評価とされている自家製剤加算のうち、錠剤の半割については、他の自家製剤に比し調剤に要する手間が少ないことにかんがみ、投与日数を考慮し、その評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1 一包化薬の見直し

処方された内服薬が3種類以上の場合には、服用時点が全て同一であっても、一包化薬の調剤料を算定できるとするとともに、一包化薬の評価を引き下げる。

現 行	改正案
<p>【調剤料】 一包化薬 97点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2剤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は、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する</li> </ul>	<p>【調剤料】 一包化薬 89点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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は、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する</li> </ul>

改

注：1剤とは、薬剤の種類数にかかわらず、服用時点が同一の内服薬をいう。

#### 2 自家製剤加算における錠剤の半割に係る区分の見直し

自家製剤加算のうち、錠剤の半割を行った場合に算定する区分について、自家製剤に要する手間の少なさを考慮して評価を引き下げ、投与日数に応じた評価とする。

改

現 行	改正案
<p>【自家製剤加算】</p> <p>次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点</p> <p>(2) 液剤 45点</p>	<p>【自家製剤加算】</p> <p>次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき <u>（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）</u>それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬</u> 20点</p> <p>(2) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬</u> 90点</p> <p>(3) 液剤 45点</p>



## 患者の薬歴管理及び服薬指導に係る評価の見直し

骨子【Ⅱ－７－(3)】

### 第1 基本的な考え方

薬局における患者に対する必要な服薬指導を充実させ、服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素化を図るため、薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

現 行	改正案
<p>【薬剤服用歴管理料】 22点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定</li> <li>服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算</li> </ul>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 30点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者（後期高齢者を除く。）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</li> <li>① 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等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</li> <li>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</li> </ul>

改

## 長期投薬情報提供料 1 の見直し

骨子【Ⅱ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

現行の長期投薬情報提供料 1 は、長期投薬に係る薬剤の安全使用の観点から、患者に薬剤を交付した後、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、患者の同意を得た場合に算定することとされているが、その算定回数に比し、実際に患者等に対して情報提供した回数が少ない実態を踏まえ、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

### 第2 具体的な内容

長期投薬情報提供料 1 について、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、あらかじめ患者の同意を得た上で、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

現 行	改 正 案
<p>【長期投薬情報提供料】 長期投薬情報提供料 1（処方せんの受付 1 回につき） 服薬期間が 1 4 日又はその端数を増すごとに 1 8 点</p> <p>患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する</p>	<p>【長期投薬情報提供料】 長期投薬情報提供料 1（<u>情報提供 1 回につき</u>） 1 8 点</p> <p>患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、<u>長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき</u><u>あらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する</u></p>

改

## 放射線治療の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

がん医療の中で重要な役割が期待されている放射線治療について、放射線治療機器の保守管理、精度管理、及び治療計画策定の体制について評価を行い、質の向上を図る。

また、療養生活の質の維持向上を図るために、外来で放射線治療を行う体制を整備し、技術の進歩により有効性が明らかになった新しい放射線治療を保険導入する。

### 第2 具体的な内容

- 1 放射線治療の質の向上を図るため、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を新設する。

**新** 医療機器安全管理料2 1,000点（計画策定時1回）

[算定要件]

放射線治療を必要とする患者に対し、治療計画が策定した場合に算定する

[施設基準]

- 1 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について相当の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること
- 2 当該管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
- 3 当該管理を行うにつき、十分な機器及び施設を有していること

- 2 放射線治療の外来での提供体制を充実させ、療養生活の質の向上を図るため、外来放射線治療加算を創設する。

**新** 外来放射線治療加算 100点

[算定要件]

放射線治療（体外照射のうち高エネルギー体外照射、強度変調放射線治療）を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対し、当該治療を実施した場合、1人1日につき1回に限り算定できることとする

[施設基準]

外来放射線治療を行うことができる十分な体制、機器及び施設（患者が休憩等でき

るベッドを有している等)を有していること

- 3 従来の放射線治療と比較して正常臓器への副作用が少ない治療法として認められている強度変調放射線治療 (IMRT) について、保険導入を図る。

新 強度変調放射線治療 (IMRT)

ア	放射線治療管理料		5,000点
イ	体外照射	1回目	3,000点
		2回目	1,000点

[算定要件]

原発性の頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍、中枢神経腫瘍の患者に対し強度変調放射線治療を実施した場合に算定する

[施設基準]

強度変調放射線治療を安全に行うことができる十分な体制、機器及び施設を有していること

## 化学療法の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

外来化学療法の充実が求められている中で、これを担う医療機関は年々増加しているが、化学療法は、昨今、新たな抗悪性腫瘍剤が数多く登場して、高度化・複雑化しつつあり、専門性を有する医師等の関与が求められている。

また、現在、動脈注射による抗悪性腫瘍剤の投与の場合や点滴注射における注射量が少量の場合の無菌製剤処理が評価されていない。

そのため、化学療法について充実した体制を評価することにより、質を確保しつつ、その拡大を図る。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の化学療法を行う体制に係る評価を引き下げ一方、専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において提供される化学療法について、評価を新設する。また、この加算の評価対象を動脈注射等についても拡大する。

現 行	改正案
【外来化学療法加算】（１日につき） 400点	【外来化学療法加算1】（１日につき） 500点 【外来化学療法加算2】（１日につき） 390点

改

#### [算定要件]

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合、1日につき加算する

#### [施設基準]

外来化学療法加算1については、以下に掲げる基準

- 1 医師、看護師及び薬剤師について、相当の経験を有する者が配置されていること
- 2 実施される化学療法の治療内容の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること

を満たすこととし、外来化学療法加算2については、従前の外来化学療法加算の基準を満たすこととする

2 注射に際して、抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を実施した場合の評価について、その対象を拡大する。

新 無菌製剤処理料

ア 無菌製剤処理料1 50点

(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 無菌製剤処理料2 40点

(ア以外のもの)

[算定要件]

動脈注射、点滴注射、中心静脈注射等を行う際に、無菌製剤処理が行われた場合に、処理が行われた薬剤が注射される患者の区分に応じて算定する

[施設基準]

- 1 病院であること
- 2 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有し必要な体制が整備されていること

## 緩和ケアの普及と充実

骨子【Ⅲ－１－（４）（６）（９）（１０）】

### 第１ 基本的な考え方

がん患者及びその家族が、できる限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に重要となる緩和ケアについて、必要な評価を行う。

### 第２ 具体的な内容

- がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的に行い、麻薬を処方することに対する評価を新設する。

#### 新 がん性疼痛緩和指導管理料 100点

〔算定要件〕

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に基づき、副作用対策や疼痛時の対応を含めた計画的な治療管理や当該薬剤の効果等に関する説明を含めた療養上必要な指導を行い、麻薬を処方する場合に算定する

- 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、専任の薬剤師の配置を要件に追加し、加算を引き上げる一方、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師が外来診療に当たることができるよう、その勤務形態の要件を緩和する。

〔算定要件〕

緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に加算する

〔施設基準〕

現 行	改正案
<p>【緩和ケア診療加算】（1日につき） 250点</p> <p>(1) 以下の3名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p>	<p>【緩和ケア診療加算】（1日につき） 300点</p> <p>(1) 以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p>

改

<p>イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師</p> <p>(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする</p>	<p>イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれか、<u>またエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする</u> <u>また、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診療を行うことについては、差し支えないものとする（ただし、就労時間の半分を超えないこと。）</u></p>
--	---

3 緩和ケア病棟入院料について、緩和ケア病棟が終末期のケアに加え、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えたものとするため、位置付けにおいて明確化するとともに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等の要件を新たに追加する。

現 行	改正案
<p>【緩和ケア病棟入院料】（1日につき）</p> <p>(1) 緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する</p> <p>(2) 緩和ケア病棟における末期悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」（厚生省・日本医師会編）を参考とする</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】（1日につき）</p> <p>(1) 緩和ケア病棟は、<u>主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する</u></p> <p>(2) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「<u>がん緩和ケアに関するマニュアル</u>」（厚生労働省・日本医師会監修）を参考とする</p> <p>(3) <u>緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う医療機関と</u></p>

改



	<p><u>連携を行うこと。連携している診療所が在宅において診療を行っている患者の緊急時においては、その患者を受け入れることができる体制を確保すること</u></p> <p>(4) <u>緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している診療所の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を整えること</u></p> <p>(5) <u>緩和ケア病棟においては、連携する医療機関の医師、看護師等に対する病棟での実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること</u></p>
--	--

4 介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。

併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬及び特定保険医療材料を追加する。

薬剤例：クエン酸フェンタニル製剤、H<sub>2</sub>遮断剤 等

5 在宅及び外来患者の緩和ケアを推進するため、以下の薬剤師の取組を進める。

(1) 在宅患者の場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算の算定要件として、薬剤師が、患者又はその家族等に対する定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことを追加する。

(2) 外来患者の場合

現行の調剤報酬における薬剤服用歴管理料の麻薬管理指導加算について、麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等の確認を算定要件とするとともに、その評価を引き上げる。

現 行	改 正 案
<p>【薬剤服用歴管理料】</p> <p>麻薬管理指導加算 8 点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>麻薬管理指導加算 <u>22 点</u></p>

改

<p>注 麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</p>	<p>注 麻薬の服用に関し、<u>その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u></p>
--------------------------------------	---

## がん診療連携拠点病院加算の評価

骨子【Ⅲ－１－(7)】

### 第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療を提供するだけでなく、地域におけるがん医療の連携の拠点として地域連携体制を構築するとともに、地域医療従事者への研修等を通じて、地域のがん医療の向上を図っていくことが期待されている。

がん対策推進基本計画に伴う、がん診療連携拠点病院の機能強化を踏まえ、診療報酬上更なる評価を行う。

### 第2 具体的な内容

がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化にかんがみ、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改正案
【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 200点	【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 400点

改

#### [算定要件]

他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する

#### [施設基準]

がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

## リンパ浮腫に関する指導の評価

骨子【Ⅲ－１－(8)】

### 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、卵巣がん、前立腺がん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、その発症防止のための指導について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

リンパ浮腫の治療・指導の経験を有する医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士が、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（腋窩リンパ節郭清術）を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った患者に対し、手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合の管理料を新設する。

**新** リンパ浮腫指導管理料 100点（入院中1回）

#### [算定要件]

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、医師又は医師の指示に基づき看護師等（准看護師を除く。）が当該手術を行った日の属する月又は当該手術を行った日の属する月の前月若しくはその翌月のいずれかに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

#### [参考]

四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣（ストッキング等）の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入（療養費払い）の対象とする

## 地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

骨子【Ⅲ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に関する検証結果及び医療計画の見直しを踏まえ、対象疾患の拡大及び算定要件等の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 疾患の特性及び医療機関間の連携の重要性にかんがみ、脳卒中を対象疾患に追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行うこととする。
- 2 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する。
- 3 対象疾患や連携医療機関数の増加数を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる。

現 行		改正案	
【地域連携診療計画管理料】	1, 500点	【地域連携診療計画管理料】	<u>900点</u>
【地域連携診療計画退院時指導料】	1, 500点	【地域連携診療計画退院時指導料】	<u>600点</u>
対象疾患	大腿骨頸部骨折	対象疾患	大腿骨頸部骨折 脳卒中

改

#### [施設基準の見直し]

- 1 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 2 地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること

## 超急性期脳卒中加算の創設

骨子【Ⅲ－２－(2)】

### 第1 基本的な考え方

脳梗塞については、発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子（t-PA（アルテプラゼ））を投与することにより、後遺症の発生率を下げる事が報告されている。しかしながら、発症後3時間以内の投与のためには、病院到着後、迅速な診察、検査、画像診断等を経て確定診断を行う等の高い病院機能が要求される。

このため、超急性期脳卒中治療に係る体制について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

t-PA（アルテプラゼ）を下記の要件のもとで投与した場合の評価を新設する。

**新** 超急性期脳卒中加算 12,000点

[算定要件]

- 1 超急性期脳卒中加算は脳卒中発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子（t-PA（アルテプラゼ））を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する
- 2 投与に当たっては、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会」作成の「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること
- 3 投与を行う医師は「脳梗塞rt-PA適正使用講習会」を受講していること

[施設基準]

- 1 当該医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、「脳梗塞rt-PA適正使用講習会」を受講していること
- 2 薬剤師が常時配置されていること
- 3 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること
- 4 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- 5 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする
- 6 次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具が他の治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、

この限りではない

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

7 コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影及び脳血管造影等の必要な画像撮影及び診断が常時行える体制であること

## 自殺対策における精神医療の評価

骨子【Ⅲ－3－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

平成10年に年間自殺者が3万人を超え、その後も自殺者数が高水準で推移していることを受け平成19年6月に自殺対策基本法が制定され、同法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が決定された。

医療については、この中でうつ病の早期発見・早期治療が重要であることや、救急医療施設における精神科医による診療体制の充実を図ることが必要であるとされており、これらに必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 早期の精神科受診の促進

うつ病等の精神障害の患者に対して早期の精神科受診を促すため、身体症状を訴えて内科等を受診した患者について、うつ病等の精神障害を疑い、担当医が診断治療等の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科医師に受診日の予約をとった上で患者の紹介を行った場合の診療情報提供料（I）の加算を創設する。

新 精神科医連携加算 200点（1回につき）

#### 2 救命救急センターにおける精神医療の評価

救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が、当該患者の診断・治療等を行った場合の加算を創設する。

新 救命救急入院料の加算 3,000点（1回につき）



## 子どもの心の診療に関する評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(3)(4)(5)】

### 第1 基本的な考え方

子どもの心の診療においては、外来、入院ともに専門的な医療を提供できる医療機関や医師が十分でなく、その拡充が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。外来医療については、十分な期間に渡り、手厚い診療体制を整備するため、該当項目の算定要件を見直すとともに、入院医療についても、子どもの心の診療について評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1 子どもの心の診療の特性に応じた外来の評価の充実

小児特定疾患カウンセリング料の算定期間及び算定回数の要件を緩和する。また、入院中以外の20歳未満の患者に対して行う精神療法について、在宅にも拡大するとともに、当該療法を行った場合の加算について、算定期間の要件を緩和する。

現 行	改正案				
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する</p> <p style="text-align: right;">710点</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、<u>2年</u>を限度として<u>月2回</u>に限り算定する</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: left;">イ 月の1回目</td> <td style="text-align: right;">500点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">ロ 月の2回目</td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	イ 月の1回目	500点	ロ 月の2回目	400点
イ 月の1回目	500点				
ロ 月の2回目	400点				
<p>【通院精神療法】 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して<u>1年以内</u>の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する</p>				

改

#### 2 入院の評価の充実

児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療

室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) 350点	【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) <u>650点</u>

改

[算定要件]

治療室単位の場合は次の要件を満たすものであること

児童・思春期治療室

- 1 当該治療室の病床数は30床以下である
- 2 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者であること
- 3 その他の当該治療室の施設基準については、現行の病棟の施設基準に準ずる等

## 医療機器等の安全確保に係る評価

骨子【Ⅲ－４－(1)】

### 第1 基本的な考え方

平成18年6月の医療法改正等を踏まえ、医療機関における医療機器の安全確保や適正使用を一層推進するため、特に安全管理の必要性が高い生命の維持に直接関与する医療機器の専門知識を有する臨床工学技士の配置について評価する。

### 第2 具体的な内容

医療機器の安全対策に係る評価を新設する。

**新** 医療機器安全管理料1 50点（1月に1回）

[算定要件]

医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士を1名以上配置し、医療安全対策の体制を整備している医療機関において、患者に対して、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に算定する。

（対象となる医療機器）

- ア 人工心肺装置
- イ 補助循環装置
- ウ 人工呼吸器
- エ 血液浄化装置（人工腎臓を除く）
- オ 除細動装置
- カ 閉鎖式保育器

※ 放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を目的とした医療機器安全管理料2の創設については、「Ⅲ－１－① 放射線治療の質等の充実について」を参照のこと。

## ハイリスク薬等に関する薬学的管理の評価等

骨子【Ⅲ－４－(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 入院患者に対する薬剤師の薬学的管理及び指導について、ハイリスク薬（投与量の加減により重篤な副作用が発現しやすいものなど、特に安全管理が必要な医薬品）を使用する患者及び救命救急入院料等の算定対象となる重篤な患者に対して実施した場合を重点的に評価することとし、それ以外の場合の評価を引き下げる。
- 2 併せて、病院と同等の施設基準を満たす有床診療所においても、算定できることとする。

### 第2 具体的な内容

薬剤管理指導料について、対象患者の違いにより、3つの区分に分類して設定し、重篤な患者及びハイリスク薬を使用する患者に対する評価を引き上げ、それ以外の患者に対する評価を引き下げるとともに、現行の薬剤管理指導料の施設基準を満たす有床診療所においても、薬剤管理指導料を算定できることとする。

現 行	改正案
<p>【薬剤管理指導料】 350点</p> <p>・ 施設基準に適合する病院である保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する</p>	<p>【薬剤管理指導料】</p> <p>1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点</p> <p>2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 (1に該当する場合を除く。) 380点</p> <p>3 1及び2以外の患者に対して行う場合 325点</p> <p>・ 施設基準に適合する保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する</p>

改

	<p><u>＜救命救急入院料等を算定している患者＞</u>  <u>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、</u>  <u>ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケ</u>  <u>アユニット入院医療管理料、新生児特定集</u>  <u>治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管</u>  <u>理料又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料の</u>  <u>いずれかを算定している患者</u></p> <p><u>＜特に安全管理が必要な医薬品＞</u>  <u>抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、</u>  <u>抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス</u>  <u>製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注</u>  <u>射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、</u>  <u>膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬</u></p>
--	---

[施設基準]

- 1 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師（2人以上の常勤の薬剤師）が配置されていること
- 2 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること（常勤の薬剤師が1人以上配置されていること）
- 3 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること

## 画像診断等の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－（６）】

### 第１ 基本的な考え方

- 1 臨床診断の基礎となる画像診断報告の質を確保する体制について見直す。
- 2 画像のデジタル化に係る技術に代えて、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術を評価する。

### 第２ 具体的な内容

#### 1 画像診断管理加算の引上げ

現 行	改 正 案
画像診断管理加算 1                      58点	画像診断管理加算 1 <u>70点</u>
画像診断管理加算 2                      87点	画像診断管理加算 2 <u>180点</u>
<p>画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算 1 の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること</p> <p>ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</p> <p>ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること</p> <p>(2) 画像診断管理加算 2 の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関で行われるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われていること</p> <p>ロ (1)の基準を満たしている病院であること</p>	<p>画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算 1 の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること</p> <p>ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</p> <p>ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること</p> <p>(2) 画像診断管理加算 2 の施設基準</p> <p>イ <u>放射線科を標榜している病院であること</u></p> <p>ロ <u>画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</u></p> <p>ハ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、<u>ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること</u></p> <p>ニ <u>当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療</u></p>

改

	<u>日までに主治医に文書で報告されていること</u> <u>ホ 画像診断報告書には参照画像を添付すること</u>
--	--

## 2 デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改正案
<b>【デジタル映像化処理加算】</b> イ 単純撮影の場合 60点 ロ 特殊撮影の場合 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点	廃止  平成21年度末までの経過措置 <b>【デジタル映像化処理加算】</b> <u>15点</u> 電子画像管理加算との併算定不可

改

## 3 コンピューター画像処理加算の見直し（対象拡大及び点数の引上げ、名称変更）

現 行	改正案
<b>【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】</b>  コンピューター画像処理加算 60点	<b>【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】</b> （名称変更及び点数の引上げ） 電子画像管理加算 <u>120点</u>
	<b>【エックス線診断料】</b> 電子画像管理加算 イ 単純撮影の場合 <u>60点</u> ロ 特殊撮影の場合 <u>64点</u> ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>72点</u> ニ 乳房撮影の場合 <u>60点</u>

改

新

## 先進医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(6)】

### 第1 基本的な考え方

医療技術の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術について保険導入を行うものである。特に今回は先進医療の制度を開始してから初めての保険導入であり、それまでの高度先進医療として長期間に渡って実施されてきた医療技術について重点的に評価し、保険導入されている点が特徴といえる。

### 第2 具体的な内容

先進医療技術は、現時点（平成20年1月1日現在）において125技術あるが、今回の評価対象となった98技術のうち、24技術（別紙）について保険導入を行うものである。（ただし、保険導入に当たり、適応症や実施する施設等について適切な条件を付されるものもある。）

（例）

- (1) 患者の負担が軽減されるもの（治療時の身体的負担など）
  - ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
  - ・ 抗がん剤感受性試験
  - ・ 眼底三次元画像解析
- (2) より高い治療効果が見込まれるもの
  - ・ 強度変調放射線治療（IMRT）
  - ・ 生体部分肺移植術
  - ・ 超音波骨折治療法
  - ・ DNA診断（栄養障害型表皮水疱症、脊髄性筋萎縮症など）
- (3) より正確な手術の支援が見込まれるもの
  - ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術（PPH）
  - ・ 画像支援ナビゲーション
  - ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
  - ・ 焦点式高エネルギー超音波療法



(別紙)

- ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術 ( P P H )
- ・ 強度変調放射線治療
- ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
- ・ 画像支援ナビゲーションによる内視鏡下鼻内副鼻腔手術
- ・ 顔面骨又は頭蓋骨の観血的移動術
- ・ 培養細胞による先天性代謝異常診断
- ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
- ・ 歯周組織再生誘導法
- ・ 接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定
- ・ 焦点式高エネルギー超音波療法
- ・ レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法
- ・ 栄養障害型表皮水疱症の D N A 診断
- ・ 家族性アミロイドーシスの D N A 診断
- ・ 不整脈疾患における遺伝子診断
- ・ 画像支援ナビゲーション手術
- ・ 生体部分肺移植術
- ・ 脊髄性筋萎縮症の D N A 診断
- ・ 抗がん剤感受性試験：注
- ・ 中枢神経白質形成異常症の遺伝子診断
- ・ グルタミン受容体自己抗体による自己免疫性神経疾患の診断
- ・ 超音波骨折治療法
- ・ 眼底三次元画像解析

注：「抗がん剤感受性試験」については、3 技術を 1 技術にまとめて保険導入するもの。

## 新規医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(7)】

### 第1 基本的な考え方

医療技術の進歩・高度化等に対応する観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、優先的に保険導入すべき新規医療技術の検討が行われたもの。

### 第2 具体的な内容

学会からの要望のあった681技術のうち、42の新規技術について保険適用する優先度が高いと評価された。

(例)

- (1) 医療機器決定区分C2（新機能、新技術）に係る技術（頸動脈ステント等）
- (2) ベッセルシーリングシステム
- (3) 生体臓器移植ドナーの安全管理料
- (4) 神経学的診察技術料
- (5) 穿刺に係る技術の評価（経皮経管的肝膿瘍ドレナージ等）
- (6) 四肢リンパ浮腫に対する弾性着衣（ストッキング等） 等

#### 【参考】

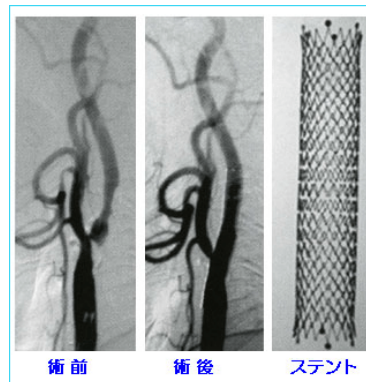
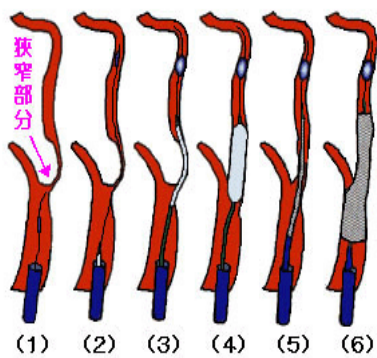
##### 1 ベッセルシーリングシステム

手術を行う際には、必ず出血を止めるために、止血が必要となるが、内視鏡手術では安全な止血を行うため、コンピューターにより自動制御された内視鏡手術用の電気メスにより止血を行う。



## 2 頸動脈狭窄に対する血管拡張・ステント留置術

大腿動脈から挿入したカテーテルを用いて、頸動脈の狭窄部位をバルーンで拡張する。そして、拡張後に血管壁内の粥腫等が脳内に飛散するのを防ぐ措置を講じた上で、ステントを狭窄があった部位まで誘導し留置する手術である。



## 既存技術の診療報酬上の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(7)】

### 第1 基本的な考え方

既存の医療技術の適正な技術評価を図る観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、既存医療技術の増点、減点、廃止、要件の見直しに関する再評価の検討が行われたもの。

### 第2 具体的な内容

学会からの要望のあった681技術のうち、62の既存技術について再評価（点数の増点等）を実施する優先度が高いと評価された。

（例）

- (1) 感染患者の手術における加算の引上げ（B型肝炎感染症患者若しくはC型肝炎感染症患者等の感染患者の手術における感染防止対策について、それ以外の患者以上の技術が必要となることによる再評価）
- (2) 帝王切開術における麻酔管理の加算の創設（通常の硬膜外麻酔や脊椎麻酔に比べ、帝王切開時の麻酔は、血圧が下がりやすい等の合併症に対する術中麻酔管理に高度な技術が必要となることによる再評価）
- (3) 穿刺技術に係る点数の引上げ（上顎洞穿刺等の再評価）  
等

【Ⅲ－５（オンライン化・IT化の促進について）】

## 電子化加算の見直し

骨子【Ⅰ－１】  
【Ⅲ－６－(1)】

※ 電子化加算の見直しについては、「Ⅰ－１－① 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し」を参照のこと。

## 処置の見直しと医師の専門的技術の評価

骨子【IV-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を要せず、患者本人又は家人により行うことが可能な処置については、基本診療料に含めて評価を行う。
- 2 一方、各診療科特有の専門的医学管理や指導のうち、疾患の重症化や合併症に対し効果的なものについては、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### (1) 処置の見直しについて

現 行	改正案
<p>【皮膚科軟膏処置】</p> <p>1 100平方センチメートル未満</p>	<p>【皮膚科軟膏処置】</p> <p>1 (削除)</p>
<p>【消炎鎮痛等処置】</p> <p>3 湿布処置 □ その他のもの</p>	<p>【消炎鎮痛等処置】</p> <p>3 湿布処置 □ (削除)</p>
<p>【熱傷処置】</p> <p>1 100平方センチメートル未満</p>	<p>【熱傷処置】</p> <p>1については、<u>第1度熱傷では算定しない</u></p>
<p>【眼処置】</p> <p>所定点数には、洗眼、点眼、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォーゼ及び麻薬加算を含む</p>	<p>【眼処置】</p> <p>所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォーゼ及び麻薬加算を含む</p>
<p>【耳処置】</p> <p>点耳、耳浴、耳洗淨及び簡単な耳垢除去を含む</p>	<p>【耳処置】</p> <p>耳浴及び耳洗淨を含む</p>
<p>【鼻処置】</p> <p>鼻吸引、鼻洗淨、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む</p>	<p>【鼻処置】</p> <p>鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む</p>

改

## (2) 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象疾患の追加

現 行	改正案
<b>【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】</b> [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症	<b>【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】</b> [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症、 <u>脂漏性皮膚炎</u>

改

### 新 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

#### [算定要件]

- 1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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
- 2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする
- 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする

#### [対象疾患]

15歳未満の滲出性中耳炎(疾患の反復や遷延がみられるものに限る。)

## 虫垂切除術に係る病状に応じた技術の評価

骨子【IV-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

急性虫垂炎に対して標準的に行われている虫垂切除術や腹腔鏡下虫垂切除術は、炎症の程度（重症度）により手術の難易度は様々であるが、現行の診療報酬では炎症の程度や難易度による技術の評価はされておらず、臨床との乖離が見られるとの指摘がある。

このため、重症度を表す虫垂周囲膿瘍を指標として、虫垂切除術及び腹腔鏡下虫垂切除術の評価について見直す。

### 第2 具体的な内容

虫垂周囲膿瘍の有無により分類し、腹腔鏡下虫垂切除術を再評価する。

現 行	改正案	
【虫垂切除術】 6, 210点	【虫垂切除術】	新
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 6, 210点	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 8, 880点	
【腹腔鏡下虫垂切除術】 18, 000点	【腹腔鏡下虫垂切除術】	新
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 8, 210点	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 10, 880点	



# 超音波検査におけるパルスドプラ法の評価の廃止

骨子【IV-1-(3)】

## 第1 基本的な考え方

心臓や腹部などに行われている超音波検査は、侵襲（身体への負担）の少なさや簡便さから多くの医療機関で普及し、現在では種々の診断や治療に欠くことのできない医療機器の1つとなっている。

また、超音波機器の特殊機能の一つであるパルスドプラ機能は、機器の進歩により、現在では標準搭載されている機能である。特に心臓超音波では、他の領域に比べて実施率が高く、基本的な機能と考えられるため、特別な評価を廃止し、検査料の基本部分に含めて評価を行う。

## 第2 具体的な内容

心臓超音波検査について、基本検査料を見直した上で（増点）、UCGにおける「パルスドプラ法加算」を廃止する。

現 行	改正案
【超音波検査】	【超音波検査】
3 UCG	3 UCG
イ 断層撮影法及びMモード法による検査 780点	イ 断層撮影法及びMモード法による検査 <u>880点</u>
ロ Mモード法のみによる検査 400点	ロ Mモード法のみによる検査 <u>500点</u>
ハ 経食道的超音波法 800点	ハ 経食道的超音波法 <u>1,500点</u>
注1 パルスドプラ法 加算 200点	注1 パルスドプラ法 加算 <u>廃止</u>

改

## 後発医薬品の使用促進等

骨子【IV-2-(1)(2)(3)(4)(5)(6)】

### 第1 基本的な考え方

これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするなどの対応を行ってきたが、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低いため、後発医薬品の更なる使用促進のために、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 処方せん様式の変更

処方せんの様式を変更し、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に、署名又は記名・押印することとする。（別紙）

※ 処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更  
に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記  
名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、  
患者及び処方せんに基づき調剤を行う薬局の薬剤師いずれもが、明確に変更不可であ  
ることが分かるように、記載することとする

※ 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印が  
ない処方せんを受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品（処方医が変更  
不可とした先発医薬品を除く。）を、後発医薬品に変更することができることとする

#### 2 後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

(1) 処方医が、処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の銘柄の後  
発医薬品への変更  
に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品へ  
の変更不可」欄に署名等を行わず、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「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) 後発医薬品の銘柄を指定した処方が多いことによる薬局の負担軽減を図

るため、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く。）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

### 3 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を引き下げた上で、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合の加算を創設することとする。

#### (1) 調剤基本料

現 行	改正案
<p>【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 42点</p> <p>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19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） <u>40点</u></p> <p>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>18点</u>を算定する。</p>

改

#### 新 (2) 後発医薬品調剤体制加算 4点

[施設基準]

- 1 直近3か月間の当該保険薬局における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
- 2 後発医薬品調剤に積極的に対応している薬局である旨を、分かりやすい場所に掲示していること

### 4 後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、「変更不可」欄に署名等がない処方せんが数多く患者に交付されることが予想されることから、これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価については廃止することとする。

現 行	改 正 案
<b>【処方せん料】</b> 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 イ 後発医薬品を含む場合           42点 ロ イ以外の場合                   40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合           70点 ロ イ以外の場合                   68点	<b>【処方せん料】</b> 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 <u>40点</u> 2 1以外の場合 <u>68点</u>

改

## 5 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加することとする。

- ※ 分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。
- ※ 2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品の調剤又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。当該調剤においては、薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を除く。）を算定しない。

### 新 後発医薬品分割調剤      5点

## 6 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

## 7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療担当規則等において、以下のとおり規定する。

- (1) 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。
- (2) 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が薬価収載されている場合であって、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
- (3) 保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん											
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保 険 者 番 号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患 者	氏 名						保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	男・女		電 話 番 号					
	区 分	被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float:right">Ⓜ</span>					
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処 方											
	備 考										
<b>現行の「後発医薬品への変更可」から変更</b>											
<b>後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印</b>											
保険医署名											
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				Ⓜ		公費負担医療の受給者番号					

## コンタクトレンズ検査料の見直し

骨子【IV-5】

### 第1 基本的な考え方

コンタクトレンズ診療については、不適切な請求が頻発している状況等に鑑み、コンタクトレンズ検査料の施設基準等を見直し、適正化を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1 コンタクトレンズ検査料1の施設基準を見直す。

[コンタクトレンズ検査料1の施設基準]

- 1 コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の30%未満であること
- 2 眼科診療を専ら担当する常勤の医師（専ら眼科診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上勤務する保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の40%未満であること

#### 2 初回装用と既装用の取扱いについて、患者の申告に基づくものであり、医療機関において客観的に判定することが困難であることから、初回装用と既装用の違いを廃止する。

現 行		改 正 案	
【コンタクトレンズ検査料1】		【コンタクトレンズ検査料1】	
イ 初回装用者の場合	387点	(点数の一本化)	<u>200点</u>
ロ 既装用者の場合	112点		
【コンタクトレンズ検査料2】		【コンタクトレンズ検査料2】	
イ 初回装用者の場合	193点	(点数の一本化)	<u>56点</u>
ロ 既装用者の場合	56点		

改

#### 3 コンタクトレンズ診療に係る費用について、患者の視点から分かりやすいものとする。

[施設基準]

- 1 コンタクトレンズ検査を含む診療に係る費用について、院内に掲示をしていること
- 2 患者に対し検査を含む診療に係る費用の情報の提供が、現に行われていること

[補足事項]

コンタクトレンズ検査料を算定した場合は、新設される初・再診料の夜間・早朝等加算を算定しないこととする

## 地域加算の対象地域の見直し

### 第1 基本的な考え方

- 1 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣の定める地域区分（6区分）に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っている。
- 2 地域加算の対象地域は、平成18年度診療報酬改定において、国家公務員給与の地域手当に係る人事院規則が公布されたことを受けて、同様の地域を対象地域とするよう見直しを行ったところであるが、国家公務員給与の地域手当の対象地域は、国家公務員の勤務官署が所在する地域に限られており、地域加算の対象地域も必ずしも医療経営における地域差に配慮した地域となっていないことを踏まえて見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 次の地域を新たに対象地域とする。
  - (1) 現行、地域加算の対象となっている地域に囲まれている地域
  - (2) 現行、地域加算の対象となっている複数の地域に隣接している地域
- 2 新たに対象とする地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様とする。



## 退院後の生活を見通した入院医療の評価

骨子【V-1-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 後期高齢者に対し入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要なことから、病状の安定後早期に、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うことを診療報酬上評価する。
- 2 また、居宅での生活を希望する場合に、安心して居宅での生活を選択できるよう、入院時から退院後の生活を見越した退院支援計画を策定し退院調整を行う取組を評価する。

### 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い、その結果を患者及び家族等に説明した場合を評価する。

#### 新 (1) 後期高齢者総合評価加算 50点（入院中1回）

[算定要件]

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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
- 2 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること

[施設基準]

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること

- 2 総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する。

#### 新 (2) 後期高齢者退院調整加算 100点（退院時1回）

[算定要件]

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定する

[施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する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
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
  - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
  - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
  - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

## 退院時における円滑な情報共有や支援の評価

骨子【V-1-(3)(5)(6)(7)(8)】

### 第1 基本的な考え方

入院中の患者の退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅療養を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する。また、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う。

#### (1) 医師

現 行	改正案
<p>【地域連携退院時共同指導料1】</p> <p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、入院先に赴いて、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点</p> <p>【地域連携退院時共同指導料2】</p> <p>入院中の保険医療機関の保険医、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った場合に算定する</p>	<p>【退院時共同指導料1】</p> <p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点</p> <p>【退院時共同指導料2】</p> <p>入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の<u>保険医又は看護師等</u>と共同して行った場合に算定する</p>

改

改

<p>1 在宅療養支援診療所の場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 300点</p>	<p>(点数の一本化) <u>300点</u></p> <p>注1 入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に<u>300点</u>を加算する</p> <p>注2 入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に<u>2,000点</u>を加算する</p>
---	---

(2) 歯科医師

<b>新</b>	<u>退院時共同指導料</u>	
	1 在宅療養支援歯科診療所の場合	600点
	2 1以外の場合	300点

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医である歯科医師又は歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する

(3) 薬剤師

<b>新</b>	<u>退院時共同指導料</u>	600点
----------	-----------------	------

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局



**新** (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点

[算定要件]

栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する

- 3 末期の悪性腫瘍の患者や医療機器を使用する患者等が在宅療養に移行する場合には、状態が不安定になりやすいため、退院直後の時期を重点的に支えることが必要であることから、訪問看護ステーションによる指導の評価を新設する。

**新** 退院支援指導加算 6,000円

[算定要件]

末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する

- 4 入院の前後で継続した診療ができるよう退院後、当該患者が入院前に主に担当していた医師の外来に通院した場合の評価を創設する。

**新** 後期高齢者外来継続指導料 200点

[算定要件]

- 1 後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して当該後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する
- 2 外来で再び継続して診療を行うに当たっては、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること

## 在宅や外来と継続した入院医療等の評価

骨子【V-1-(4)】

### 第1 基本的な考え方

在宅医療が広がりを見せる中で、在宅療養を行っている患者の病状の急変等に伴い緊急時に病院等に入院できる体制の確保がより一層求められていることや、後期高齢者の生活を重視するという視点から、地域の主治医との適切な連携の下、患者の病状の急変等に地域の主治医からの求めに応じて、入院させた場合に評価する。

### 第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者診療料を算定している後期高齢者の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

**新** 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 500点（入院初日）

[算定要件]

- 1 診療所において後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者について病状の急変等に伴い当該保険医療機関の医師の求めに応じて、当該患者に関する診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定する
- 2 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び有床診療所に限る
- 3 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする
- 4 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認しその内容を共有すること

2 在宅療養支援診療所等の医師の求めに応じてその患者をあらかじめ定められた連携医療機関に入院させた場合の診療報酬上の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【在宅患者応急入院診療加算】（入院初日） 650点</p> <p>患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】（入院初日）</p> <p>1 <u>連携医療機関である場合</u> 1,300点</p> <p>2 1以外の場合 650点</p> <p>患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する</p> <p>注 <u>1の算定に当たっては事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合にのみ算定する</u></p>

改



## 在宅医療におけるカンファレンス等の 情報共有に関する評価

骨子【V-2-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

医師等が、在宅での療養を行っている患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有し、連携のもと療養上必要な指導を行うことは重要であることから、新たに評価することとする。また、患者の病状の急変や診療方針の変更等に伴い、他の医療従事者と共同でカンファレンスを行い、関係職種間の情報の共有や患者に対する必要な指導等を行うことについても評価する。

### 第2 具体的な内容

- 1 医師等が、在宅での療養を行っている患者を訪問して、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価を新設する。

#### (1) 医師、歯科医師又は看護師

新	在宅患者連携指導料	900点（月1回）
新	在宅患者連携指導加算	3,000円（月1回） （訪問看護療養費）
新	在宅患者連携指導加算	300点（月1回） （在宅患者訪問看護・指導料）

#### [算定要件]

- 1 医療関係職種間で共有した情報を踏まえて患者又は家族への指導等を行うとともに、その指導内容や療養上の留意点について他職種に情報提供した場合に算定する
- 2 他職種から情報提供を受けた場合、可能な限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、その結果について、当該患者の在宅医療に係る関係者間で共有できるよう努めなければならない
- 3 要介護被保険者については当該点数の算定の対象としない 等

#### (2) 薬局の薬剤師（後述）

現行の在宅患者訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報

を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。

※また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

「V-2（在宅医療について）-⑥の第2の1」を参照のこと。

2 患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価を新設する。

(1) 医師、歯科医師又は看護師

新 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点（月2回）

新 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 2,000円（月2回）  
(訪問看護療養費)

新 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 200点（月2回）  
(在宅患者訪問看護・指導料)

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者の急変等に伴い、関係する医療従事者と共同で患家  
に赴きカンファレンスを行い、共同で療養上必要な指導を行った場合に算定する

(2) 薬局の薬剤師

新 在宅患者緊急時等共同指導料 700点（月2回）

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものの状態の急変等に伴い、  
当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と  
共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を  
行った場合に算定する

## 24時間体制の訪問看護の推進

骨子【V-2-(3)】

### 第1 基本的な考え方

在宅医療における訪問看護の重要性にかんがみ、訪問看護基本療養費を引き上げる。

また、在宅で安心して療養できる環境を整備するため、24時間訪問対応が可能な体制を整えていることについて評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<b>【訪問看護療養費】（1日につき）</b> ・訪問看護基本療養費（I） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで      5,300円 (二) 週4日目以降      6,300円 (2) 准看護師 (一) 週3日目まで      4,800円 (二) 週4日目以降      5,800円	<b>【訪問看護療養費】（1日につき）</b> ・訪問看護基本療養費（I） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで <u>5,550円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,550円</u> (2) 准看護師 (一) 週3日目まで <u>5,050円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,050円</u>
<b>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</b> 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで      530点 ロ 週4日目以降      630点 2 准看護師 イ 週3日目まで      480点 ロ 週4日目以降      580点	<b>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</b> 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで <u>555点</u> ロ 週4日目以降 <u>655点</u> 2 准看護師 イ 週3日目まで <u>505点</u> ロ 週4日目以降 <u>605点</u>

改

#### 2 24時間対応できる体制にあるときの加算を創設する。

現 行	改正案
<b>【訪問看護療養費】（月1回）</b> ・24時間連絡体制加算      2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。	<b>【訪問看護療養費】（月1回）</b> イ <u>24時間対応体制加算</u> <u>5,400円</u> 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応でき、 <u>緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合。</u> ロ 24時間連絡体制加算      2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。

新

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【V-2-(4)(5)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 人工呼吸器装着者に対して、患者の状態や訪問内容によって、標準的な訪問時間を超える長時間の訪問を行う場合について評価を行う。
- 2 気管切開の患者等が急性増悪した場合等の週4日以上 of 訪問について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 人工呼吸器を使用している状態にある者に対する訪問看護が2時間を超える場合の評価を新設する。

(新)	長時間訪問看護加算	5, 200円（週1回）
		（訪問看護療養費）
(新)	長時間訪問看護・指導加算	520点（週1回）
		（在宅患者訪問看護・指導料）

- 2 気管カニューレを使用している状態にある者、重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者に対して、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるよう算定回数を拡大する。

現 行	改正案
<p>【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】</p> <p>主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する</p>	<p>【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】</p> <p>主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り（別に厚生労働大臣が定める者については2回）、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する</p>

(改)

## 居住系施設入居者等に対する医療サービスの 評価体系の新設

骨子【V-2-(6)】

### 第1 基本的な考え方

様々な居住系施設における患者の居住の状況や疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設の後期高齢者を含めた入居者等に対して提供される医療サービスについて、適切な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者等が多く生活する施設等に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合についての評価を新設する。

#### (1) 医師の場合

**新** 在宅患者訪問診療料2 200点（1日につき）

[算定要件]

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する

#### (2) 看護師の場合

**新** 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

保健師、助産師、看護師の場合

週3日目まで 430点、週4日目以降 530点

准看護師の場合

週3日目まで 380点、週4日目以降 480点

[算定要件]

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

**新** 訪問看護基本療養費(Ⅲ)（1日につき）

保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

週3日目まで 4,300円、週4日目以降 5,300円

准看護師の場合

週3日目まで 3, 800円、週4日目以降 4, 800円

[算定要件]

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2 255点

新 (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料2  
(保険医療機関の薬剤師の場合) 385点  
(保険薬局の薬剤師の場合) 350点

新 (5) 在宅患者訪問栄養食事指導料2 450点

2 特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。

新 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合  
3, 000点

ロ 処方せんを交付しない場合  
3, 300点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合  
1, 500点

ロ 処方せんを交付しない場合  
1, 800点

[算定要件]

1 特定施設において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定する

2 別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれる等

## 寝たきり老人訪問指導管理料の廃止

骨子【V-2-(7)】

### 第1 基本的な考え方

寝たきり老人訪問指導管理料については、在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の普及により、本来の役割を終えたと考えられることから、廃止する。

### 第2 具体的な内容

寝たきり老人訪問指導管理料を廃止する。

## 訪問薬剤管理指導の充実

骨子【V-2-(9)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導の一層の充実を図るため、現在行っている医師との連携に加えて、在宅療養を支える関係職種と一層の連携を行った上で訪問薬剤管理指導を行うこととし、適切な評価とする。
- 2 薬局の薬剤師が、薬学的管理指導計画に基づき計画的な訪問薬剤管理指導を実施している場合において、患者の状態が急変した場合等、在宅療養を担う保険医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を評価する。  
また、在宅患者が、薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病に罹患した場合など、臨時の処方が行われ調剤した場合を評価する。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。  
※ また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

現 行	改正案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 月の1回目の算定の場合 <u>500点</u></p> <p>2 月の2回目以降の算定の場合 <u>300点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定</li> <li>・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等を踏まえて行う。</li> </ul>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</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 <u>500点</u></p> <p>2 居住系施設入居者等の場合 <u>350点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定</li> <li>・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等に加えて、必要に応じ、患者が他の医療サービス、福祉</li> </ul>

改



<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問結果について医師に情報提供する。</li> </ul>	<p><u>サービス等を受けた際の状況と指導内容につき、関係職種間で共有した上で行う。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問結果について医師に情報提供するとともに、<u>必要に応じ、関係職種に情報提供する。</u></li> </ul>
--	---

2 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態が急変した場合等、計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、主治医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を新たに評価する。

**新** 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点

[算定要件]

- 1 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する
  - 2 患者の薬剤服用歴に、在宅療養を担う保険医から緊急の要請があつて実施した旨を記載する
  - 3 実施した薬学的管理の内容の薬剤服用歴への記載等の要件については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様との要件とする
- 3 薬学的管理指導計画に基づき訪問薬剤管理指導を実施している患者について、当該薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には、薬剤服用歴管理指導料（後期高齢者においては、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を算定できることとする。

## 後期高齢者の継続的な管理の評価

骨子【V-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

後期高齢者の外来医療に当たっては、治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価する。

### 第2 具体的な内容

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価する。

#### 新 後期高齢者診療料 600点（月1回）

[算定要件]

- 1 保険医療機関である診療所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病院
- 2 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる
- 3 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること
- 4 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する
- 5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- 6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- 7 当該診療所（又は医療機関）に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること

研修事項

- ・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
- ・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

[対象疾患]

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症 等

## 外来管理加算に関する病診格差の縮小について

骨子【V-3-(3)】

### 第1 基本的な考え方

外来管理加算における病院及び診療所の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないとの指摘があることを踏まえ、評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

高齢者の外来管理加算について、診療所の評価を引き下げ一方、病院の評価を引き上げ、病院と診療所の点数を一本化する。

現 行	改正案
<b>【外来管理加算】</b> 老人保健法の規定による医療を提供する場合 病院 47点 診療所 57点	<b>【外来管理加算】</b> （点数の一本化） <p style="text-align: right;"><u>52点</u></p>

改

## 「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有

骨子【V-3-(4)(5)】

### 第1 基本的な考え方

後期高齢者は、複数の診療科を受診し、服用する薬剤の種類数も多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、保険医は、診察に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴を確認することとする。

また、保険薬剤師は、調剤に当たって、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認することとする。

併せて、後期高齢者が服用する薬剤に関する情報の管理と共有のため、いわゆる「お薬手帳」を医療機関等が活用する方策を推進する。

### 第2 具体的な内容

1 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とともに、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することとする。

(1) 保険医は、診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認する。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

(2) 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

2 後期高齢者については、調剤報酬点数表における薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

現 行	改正案
【薬剤服用歴管理料】 22点	【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 35点 ・ 後期高齢者である患者について、次に掲

改

<ul style="list-style-type: none"> <li>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等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定</li> <li>服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算</li> </ul> <p>【薬剤情報提供料】 15点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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（処方の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</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>げる指導等のすべてを行った場合に算定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 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等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</li> <li>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</li> <li>③ 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手帳に記載すること</li> </ul>
--	--

3 現行の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改める。

現 行	改 正 案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>老人加算 5点 患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相</li> </ul>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者加算 5点 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するとともに、当該薬剤に係る名称、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により提供</li> </ul>

改

<p>相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない</li> </ul>	<p>した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない</li> </ul> <p>※ <u>後期高齢者診療料を算定する患者については、薬剤情報提供料及び後期高齢者加算は、算定しない</u></p>
---	--

## 薬局における服薬管理の充実

骨子【V-3-(6)】

### 第1 基本的な考え方

薬剤師が行う服薬支援の取組を一層推進するため、服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、薬剤の一包化、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した場合を評価する。

### 第2 具体的な内容

自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、薬剤師が患者の服薬管理を支援した場合に、外来服薬支援料を算定できることとする。

**新** 外来服薬支援料 185点

[算定要件]

服薬管理に係る支援の必要性を処方医に確認した旨並びに外来服薬支援を行った薬剤の名称、外来服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴に記載する

## ガイドラインに沿った終末期における 十分な情報提供等の評価

骨子【V-4-(1)】

### 第1 基本的な考え方

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

### 第2 具体的な内容

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。

#### 1 医師又は歯科医師

**新** 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（以下、「文書等」という。）にまとめて提供した場合に算定する
- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3 入院中の患者の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること 等



## 2 薬局の薬剤師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

## 3 看護師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援療養費 2,000円（1回に限る）  
(訪問看護療養費)

新 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）  
(在宅患者訪問看護・指導料)

[算定要件]

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

# 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【V-4-(2)】

## 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ていることを踏まえ、評価を引き上げる。

## 第2 具体的な内容

ターミナルケア療養費に係る連携先による療養費の違い、死亡前24時間以内の訪問の要件を廃止するとともに、ターミナルケアに係る支援体制を充実することで評価を引き上げる。

現 行	改正案	
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】</p> <p>イ ターミナルケア療養費1 (在宅療養支援診療所と連携した場合) 15,000円</p> <p>ロ ターミナルケア療養費2 (イ以外の場合) 12,000円 在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、死亡前24時間以内に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】 (点数の一本化) 20,000円</p> <p>在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、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>	改
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算（Ⅰ）1,500点</li> <li>・ターミナルケア加算（Ⅱ）1,200点</li> </ul> <p>在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は（Ⅱ）を、在宅療養支援診療所の医師と連携し、その指示を受けて行った場合は、（Ⅰ）を算定できる。</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 (点数の一本化) 2,000点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・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>	改