

## D P Cにおける高額な新規の医薬品等への対応について

1. 新規に薬価収載された医薬品等については、D P Cにおける診療報酬点数表に反映されないことから、以下の基準に該当する医薬品等を使用した患者については、包括評価の対象外とし、出来高算定することとしている。

前年度に使用実績のない医薬品等については、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品も含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD を超えること。

2. 効能追加の薬事承認がなされた医薬品のうち、ジェムザール注射用200mg、同1g（ゲムシタビン塩酸塩）について、新規に追加された効能である「手術不能又は再発乳癌」に対して使用した場合は、この基準に該当するため、当該効能に対して本剤を使用した患者については、出来高算定することとする。

### <参考>

ジェムザール注射用200mg、同1g（ゲムシタビン塩酸塩）

- ・追加となった効能・効果：

手術不能又は再発乳癌

- ・用法・用量：

通常、成人にはゲムシタビンとして1回1250mg/m<sup>2</sup>を30分かけて点滴静注し、週1回投与を2週連続し、3週目は休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。

なお、当該治療では、タキソール（パクリタキセル）を併用して投与するのが一般的である。

- ・薬価：

200mg 1 瓶 5,450円

1 g 1 瓶 25,421円

（タキソールの薬価）

30mg 1 瓶 13,283円

100mg 1 瓶 39,089円

- ・標準的な費用：

218,951円

(費用の内訳)

ジェムザール

1回の投与にかかる費用

$$1250\text{mg}/\text{m}^2 \times 1.5 \text{ m}^2 = 1875 \text{ mg} \rightarrow 25,421\text{円} \times 2 \text{本} = 50,842\text{円}$$

1入院期間中には2回の投与が行われると考えられるので、

$$50,842\text{円} \times 2 = \underline{101,684\text{円}}$$

タキソール (パクリタキセル)

175mg/ m<sup>2</sup>を3週間毎に1回投与するので

$$175\text{mg}/ \text{m}^2 \times 1.5 \text{ m}^2 = 262.5 \text{ mg} \rightarrow 39,089\text{円} \times 3 \text{本} = \underline{117,267\text{円}}$$

$$\underline{101,684\text{円}} + \underline{117,267\text{円}} = \underline{218,951\text{円}}$$

※ 該当診断群分類の平均在院日数は、13.9日

※ 標準的体表面積を1.5m<sup>2</sup>として算出

- ・ 当該医薬品を使用するDPCでの診断群分類：  
MDC09 乳房の疾患 (090010xx99x30x、090010xx99x31x、090010xx9703xx)
- ・ 当該医薬品を使用していない症例の薬剤費 (平均+1SD)：  
21,046点

「平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」  
に対するご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

意見募集期間 : 平成22年1月15日（金）～平成22年1月22日（金）

告知方法 : 厚生労働省ホームページ

意見提出方法 : 電子メール、郵送

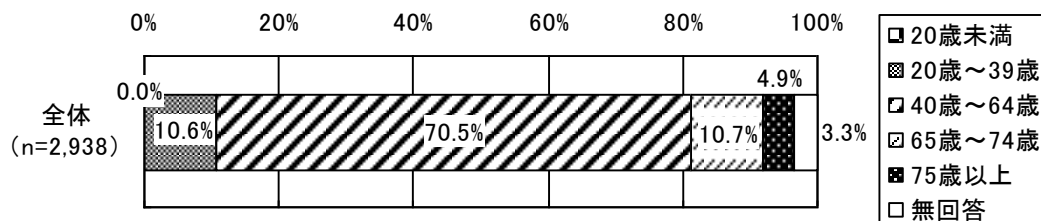
2. 寄せられた意見の総数

(1) 受付数

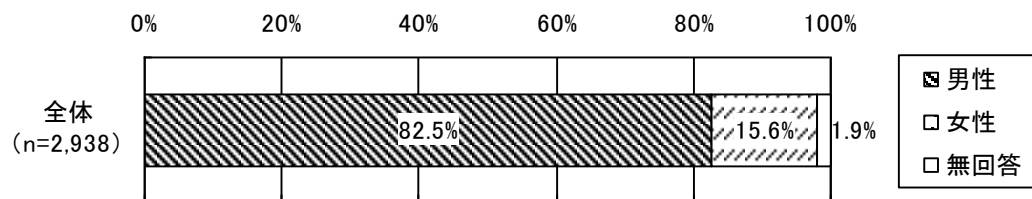
電子メール	郵送	合計
1,974件	964件	2,938件

(2) 意見者の属性

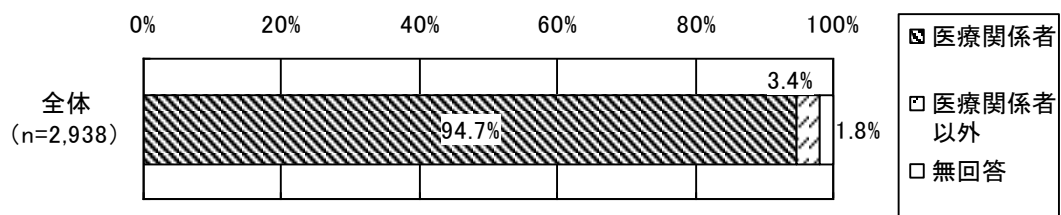
① 年齢



② 性別



③ 職業



(3) 延べ意見総数の項目別件数 (4, 623件)

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建について

項目番号	内 容	件数
1-1	地域連携による救急患者の受入れの推進について	96件
1-2	小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について	174件
1-3	急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について	63件
1-4	手術の適正評価について	46件

重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）について

項目番号	内 容	件数
2-1	入院医療の充実を図る観点からの評価について	389件
2-2	医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について	147件
2-3	地域の医療機関の連携に対する評価について	58件
2-4	医療・介護関係職種との連携に対する評価について	40件

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点について

項目番号	内 容	件数
I-1	がん医療の推進について	82件
I-2	認知症医療の推進について	32件
I-3	感染症対策の推進について	47件
I-4	肝炎対策の推進について	10件
I-5	質の高い精神科入院医療等の推進について	87件
I-6	歯科医療の充実について	1,037件
I-7	手術以外の医療技術の適正評価について	52件
I-8	イノベーションの適切な評価について	8件

Ⅱ 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点について

項目番号	内 容	件数
Ⅱ-1	医療の透明化に対する評価について	91 件
Ⅱ-1-①	明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて賛成の意見	10 件
Ⅱ-1-①	明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて反対の意見	34 件
Ⅱ-2	診療報酬を患者等にわかりやすいものとするに対する評価について	905 件
Ⅱ-2-(1)-①	再診料について	
1)	診療所の再診料の引下げを行うべきではないとする意見	523 件
2)	(1)再掲)病院の再診料の引上げを行うべきであるとする意見	175 件
3)	診療所の再診料の引下げを行うべきであるとする意見	12 件
4)	( 1 ) 3)再掲)再診料を統一すべきとする意見	150 件
5)	再診料を統一すべきではないとする意見	14 件
6)	医科と歯科の格差を是正すべきであるとする意見	68 件
Ⅱ-2-(1)-①	外来管理加算について	
1)	5分要件は必要であるとする意見	2 件
2)	5分要件は廃止すべきとする意見	273 件
3)	新たな要件を設ける必要があるとする意見	7 件
Ⅱ-3	医療安全対策の推進について	81 件
Ⅱ-4	患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について	35 件
Ⅱ-5	疾病の重症化予防について	42 件

Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点について

項目番号	内 容	件数
Ⅲ-1	質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について	272 件
Ⅲ-2	回復期リハビリテーション等の推進について	87 件
Ⅲ-3	在宅医療の推進について	43 件
Ⅲ-4	訪問看護の推進について	16 件
Ⅲ-5	在宅歯科医療の推進について	96 件
Ⅲ-6	介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について	13 件
Ⅲ-7	調剤報酬について	66 件

#### IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点について

項目番号	内 容	件数
IV-1	後発医薬品の使用促進について	178 件
IV-2	市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適性評価について	85 件
IV-3	相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について	106 件

#### V 後期高齢者医療の診療報酬について

項目番号	内 容	件数
V-1	後期高齢者医療の診療報酬について	41 件

○その他の意見

98 件

「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」について  
寄せられた主な意見について

標記について、平成 22 年 1 月 15 日（金）から平成 22 年 1 月 22 日（金）までホームページを通じてご意見を募集したところ、2,938 件（延べ意見総数 4,623 件）のご意見があり、お寄せいただいた主なご意見について以下のとおり取りまとめた。

取りまとめの都合上、いただいたご意見のうち同内容のものは適宜集約するとともに、意見募集の対象となる案件についての件数の多いご意見のみを取りまとめた。

重点課題 1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建について

1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における医療提供体制の維持・再建にあたっては、全国いずれの地域においても救急医療体制が確保されていることは必須の条件である。救急体制の確保には、地域の医療計画の見直し、医師の研修体制の見直し、医師・看護師等の労働環境の改善など政策面の措置や財政措置に加え、診療報酬上の重点的評価を行うことが必要である。そのため、地域において救急搬送を積極的に受け入れている医療機関や、救急医療機関と連携して、転院先として患者を受け入れる医療機関について評価を行うべきである。</li> <li>・ 緊急度の高い患者を優先的に治療する体制については、判断をする者、優先度が低いと判断された患者に対する取扱いなど、地域の医療機関との連携による体制の整備を図ることが必要と考える。</li> <li>・ 中小病院では、勤務医が激減し、救急医療を担えなくなっている。中小病院の救急対応力を高める必要がある。</li> <li>・ 救急医療については不採算部分が多く、救急患者の受入増と比例して不採算額は増加していくのが実態である。現行の包括評価方式では、その治療に要した経費に見合うだけの収益が得られていない。救急患者の受入初日および 2 日目について、出来高方式により算定できるようにして欲しい。</li> <li>・ 全ての救命救急センターの評価を引き上げる「底上げ」をした上で、充実度評価の高い救命救急センターの評価を引き上げるべきである。</li> <li>・ 救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算の評価引き上げに賛成である。特に救急搬送された乳幼児では、入院当初は重症ではなくても医師・看護師の手厚い治療が必要であり、多くの手間がかかる。</li> <li>・ 救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算の引き上げにあたって、現在算定している病院がすべて算定できるよう新たな施設基準を設けるべきではない。</li> <li>・ 救急医療機関緊急入院患者の早期退院支援については、新たな職員の配置による評価でなく、「退院調整加算」または「退院時共同指導料」等の適用拡大での検討を要望する。</li> <li>・ 救急告示医療機関ではない一般の有床診療所でも地域の救急患者の受け入れに一定の役割を果たしているが、それに対応する評価がなく、有床診の入院基本料自体の評価があまりに低い。 など</li> </ul>

1-2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児入院医療管理料の施設基準の緩和について、小児医療の更なる充実を図るために小児入院医療管理料を増設することには賛成である。</li> </ul>

- ・ 現行の小児入院医療管理料の施設基準は、常勤医の所定労働時間が週 24 時間程度勤務している複数の小児科医を組み合わせることで、常勤医換算することを認めているが、勤務時間の要件をさらに緩和すべきである。1 週間に 20 時間勤務する短時間正社員としての医師についてもその対象となるよう緩和すべきである。
- ・ 大学病院では、重症・難症の患者が多く、NICU および MFICU の在院日数の長期化が進んでいる。NICU および MFICU は常時満床で稼働しているが、特定集中治療室管理料の算定不可患者が増加して不採算となっている実態がある。特定集中治療室管理料の増額や算定可能期間の延長をすべきである。
- ・ NICU の評価をさらに充実するとの考え方に賛成する。現状では少ない病院勤務小児科医の中でも、新生児医療を専門とする医師は更に少ない。新生児科医師の処遇改善のためにも、新生児集中治療室管理料の評価引き上げと要件緩和を望む。
- ・ NICU 担当医師が小児科当直を兼務する場合の評価新設に反対する。診療報酬上の NICU 勤務要件の緩和ではなく、規模の大きな NICU の評価・集約化を進め、診療報酬の面からも新生児救急の拠点病院づくりを誘導すべきである。
- ・ 救急搬送診療料の乳幼児加算の評価引き上げと新生児加算の新設に賛成である。
- ・ 救急搬送診療料における「ハイリスク妊産婦加算」の新設を要望する。
- ・ ハイリスク分娩加算・妊娠加算の対象疾患に、胎児奇形（異常）・精神疾患や本態性高血圧も追加をしていただきたい。

など

### 1-3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について

#### 意見の内容

- ・ 「新生児回復室（GCU）について新たな評価区分を新設する」点は、NICU の後方病床としての GCU 運用にとって重要なことと考える。重症の新生児・乳児を管理する場としては評価が低すぎることから、新たな評価基準の算定が望ましい。
- ・ 療養病床における受け入れ加算の新設を評価する。
- ・ 急性期後を見据えた後方病床・在宅療養の機能を強化するのであれば、在宅療養などの在宅生活支援のための施設への継続などの評価だけではなく、在宅生活を支援するための専門職種の人員配置や多職種間の連携機能の評価が必要だ。
- ・ 急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保は極めて重要であり、地域医療を支える有床診療所や療養病床、介護施設等における患者の受け入れを評価することは有益であると考えます。
- ・ 地域医療を支えるような施設では、医師、看護職だけではなく、作業療法士や理学療法士といった職種の通所系・訪問系のサービスが必要不可欠であることを評価する必要がある。

など

### 1-4 手術の適正評価について

#### 意見の内容

- ・ 手術料全体の評価を引き上げることに賛成である。
- ・ 外科医療技術は世界有数であるが、その技術料評価は非常に低い。現在の手術料には材料費を含まれるものも多く、技術料としての評価が非常に低いものである。適正評価を望む。
- ・ 手術料については、手技料とモノ代の双方を適切に評価するため、手技料の引き上げだけでなく、手術に使用する保険医療材料、衛生材料、外皮用殺菌剤、15 円以下の薬剤の算定を認めること。
- ・ 現状では予定の手術と緊急の手術が同一評価であるが、緊急手術ではそのための物や人の調整が必要であり、緊急手術に対する評価が必要である。
- ・ 歯科における抜歯・小手術の点数が低い。感染予防を整えて行うことには見合わない。など



## 重点課題 2 病院勤務医の負担軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

### 2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料の施設基準における勤務医数は、常勤換算できる非常勤医師の勤務時間がおよそ24時間以上とされている。育児等で常勤勤務が困難な時期の女性医師の活用により、小児入院医療の充実を図るためには、12時間程度に緩和することが必要だ。</li> <li>抗がん剤無菌調製やレジメン管理、持参薬の管理などの業務に加え、緩和ケア、NST、感染、褥瘡などのチーム医療における病院薬剤師の業務は重要であり、不可欠である。薬剤師を病棟に配置することに対する評価を強く要望する。</li> <li>7対1および10対1入院基本料について、月平均夜勤時間の要件を72時間以内とする要件だけを満たせない場合の評価を新設することは、夜勤時間制度の形骸化につながる懸念される。</li> <li>15：1入院基本料病院が地域医療に果たしている役割は大きい。15：1入院基本料の引き下げは絶対に行うべきではない。15：1入院基本料病院の機能を低下させることにつながり、今でさえ深刻な地域の入院医療提供体制に大きな影響を与えることは必至である。</li> <li>後期高齢者特定入院基本料は、その対象を一般患者へ拡大するのではなく、そのものを廃止すること。</li> <li>急性期の入院医療を評価することは賛成である。</li> <li>診療報酬で栄養管理チームへの評価は賛成である。多職種チームに栄養管理の重要性から管理栄養士を明確に位置付けることが必要である。 など</li> </ul>

### 2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>選定療養の拡大は、所得の多寡による医療差別に直接つながるものであり、反対である。2次救急病院へ患者が集まるよう行政側が国民に対して周知することや、2次救急医療機関の医師配置が充実するような施策が必要である。</li> <li>特別な料金の徴収は、勤務医の負担軽減が目的であるため、救命救急センターのみならず、二次救急病院にも拡大すべきである。コンビニ受診は二次救急病院においても救命救急センターに劣らず多い。</li> <li>勤務医の過重労働は極限に達しており、診療報酬が抑制されている状態では医師の増員も困難である。負担軽減体制の要件を緩和し、広く多くの病院・勤務医の負担軽減が図られるよう配慮すべきである。</li> <li>特定機能病院における医師事務作業補助体制加算算定を認めていただきたい。医師事務作業補助体制加算は、要件を病床対医師事務作業補助者比のみとし、作業内容を大幅に緩和すべき。当該作業者の人件費が算出できる診療報酬改定を強く要望する。 など</li> </ul>

### 2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>有床診療所の後方病床機能等に対する評価は賛成である。</li> <li>地域のケアミックスなどの中小病院も後方機能病床として現在重要な役割を果たしているため、これらも評価されるべきである。</li> <li>有床診療所の入院点数の底上げが必要であり、それを実施した上で手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設すべきである。</li> <li>退院調整加算の改正に伴い、従来の社会福祉士、退院調整にかかわる看護師によるものにつけ加えて、他職種でも行えるようにしてほしい。</li> <li>地域における病診連携がスムーズにいくことにより、病院医師の負担が軽減される。診療所のふり分け機能や受け皿機能を適切に評価すべきである。 など</li> </ul>

## 2-4 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院退院後の通院医療・通所リハビリ等を行う医療機関・介護サービス事業所との連携に対する評価を行うべきである。</li> <li>・ 入院中からの医療機関とケアマネージャーが共同で相談や指導を行うことに対する評価を行うべきである。</li> <li>・ 地域医療診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価であるが、連携病院（退院させる方）だけではなく、受け入れる側の評価も当然なされるべきである。</li> <li>・ 医療・介護の連携に関して、退院後の患者の医療を担う医療・介護関係職種として「薬局」を加えていただきたい。</li> <li>・ 褥瘡評価は、栄養状態の把握や栄養管理が重要なため、複数名の訪問メンバーに管理栄養士を明記いただきたい。</li> <li>・ 退院時栄養サマリーを新設・評価していただきたい。退院時に病院においての栄養管理情報、食事情報を後方施設に伝えることで、スムーズな栄養連携が期待でき、また、栄養の確保及び食事療法などの継続により身体状態の安定により医療費の削減が期待できる。 など</li> </ul>

### I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

#### I-1 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 悪性腫瘍の診断や治療効果判定、経過観察における検査では、高度な技術により高額な検査コストがかかるのに対し診療報酬が不十分なものがある。</li> <li>・ がんのリンパ浮腫指導管理料は、看護師・理学療法士に限られているが、作業療法士も十分通用すると考える。</li> <li>・ がん性疼痛緩和指導管理料において、算定要件である疼痛程度、効果判定など治療計画について手間がかかる労力を点数に反映させてほしい。</li> <li>・ 患者ががんの診断を受け告知された際、病棟薬剤師の役割は大変重要と考える。薬剤師の病棟への人員配置数の増数を強く要望する。</li> <li>・ がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料の新設において、リンパ浮腫や化学療法実施およびその間の安静による体力低下に対する評価を実施してほしい。</li> <li>・ がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料算定にあたっては、多職種が関われるようにしてほしい。</li> <li>・ がん医療の推進が掲げられているが、多くの緩和ケア病棟は満床である。受け皿となる緩和ケアの病床の増加を希望する。病院にしか認められていない緩和ケアの入院料を、有床診療所でも選択できるような診療報酬の設定を望む。</li> <li>・ 緩和ケアにおける患者の食の要望は強く、緩和ケアチームに管理栄養士を明確に位置付けることが必要である。</li> <li>・ がん医療の放射線治療の充実において、放射線治療の中でも密封小線源治療は全く採算性が取れない。このままでは日本では頭頸部癌の組織内照射や子宮頸癌の腔内照射などの標準治療が不可能となる。また、小線源治療を行う放射線治療医の育成も困難となる。</li> <li>・ 老人施設に入所している患者もがん治療を行うことができるのは賛成である。質を担保するためには、施設基準・人員等算定要件の検討が必要だ。 など</li> </ul>

## I-2 認知症医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症に係る入院医療を重点的に評価することに賛成である。</li> <li>・ 認知症の作業療法が神経内科を標榜した病院でのリハビリテーション(作業療法)でも算定が出来るようにしてほしい。</li> <li>・ 認知症医療では、まず、「脳卒中の後遺症患者」および「認知症患者」の入院制限を撤廃することが必要である。</li> <li>・ 認知症にはアリセプト投与の例もあるが、リハビリが評価されていない。認知症におけるリハビリによって点数を算定できるようにしてほしい。</li> <li>・ 認知症患者の診療は時間がかかり、介護者への指導や他の介護関係者との連携にも時間がかかる。特定疾患指導管理料の加算が必要だ。</li> <li>・ 認知症病棟をはじめ精神科病棟における認知症患者に対する個別の作業療法の評価の新設を望む。 など</li> </ul>

## I-3 感染症対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症対策の推進には臨床検査が必須であるが、微生物学的検査は、コストが実施料を大きく上回る現状がある。検査の質を担保するには、コストと同等の点数が必要である。</li> <li>・ 感染制御は病院の患者および職員を感染症の拡大から防止するために必須である。ある程度のレベルを満たす感染制御業務への保険上の優遇措置は、感染制御業務を遂行する上で必須であり、手厚く保障をしていただきたい。</li> <li>・ 充実すべき感染症対策に HIV 感染症が入っていないことは極めて問題がある。 など</li> </ul>

## I-4 肝炎対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肝炎のインターフェロン治療についての取組みについての評価の新設を評価する。</li> <li>・ 肝炎等の感染者への歯科治療では、診療施設および診療器具への滅菌・感染予防に対してさらなる注意を持って対応しているが、現状の保険診療においてはその評価がなされていない。</li> <li>・ 歯科医療では観血的処置が比較的多いが、肝炎感染症対策における各医院の感染予防対策にはばらつきがある。適正な感染予防には初診・再診料に加算点数を設けるべきと思われる。 など</li> </ul>

## I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アルコール依存症への認識が低い治療への導入が遅れ、その治療効率は低いのが現状である。診療報酬上の支払いが認められることを望む。高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たに評価を行うことを希望する。</li> <li>・ 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入することは賛成である。</li> <li>・ 精神科地域移行実施加算について、現状の5年を超える長期入院患者が直近1年間で5%以上減じた実績のある医療機関を見直し、パーセンテージに左右されず、5年を超える長期入院患者を退院させた場合全てにおいて評価してほしい。</li> <li>・ 精神科における摂食障害の患者の食事は、栄養状態にも配慮した個別性が高く、長期にサポートする必要がある。特別食および栄養食事指導が必要であり、その対象疾患とする必要がある。</li> <li>・ 外来管理加算と同様に通院精神療法にも5分ルールが設定された。通院精神療法も外来管理加算と同じように廃止を要望する。</li> </ul>

- ・ 大規模精神科デイ・ケアの施設基準における専門職の配置数の増員、専門職を多く配置しているデイ・ケアへの評価の新設を望む。
- ・ 総合病院の精神科の評価は、特に入院の看護に対する評価は一般病棟と同等にしてほしい。
- ・ 精神身体合併症加算関連の身体合併症には、四肢運動機能に対するものは含まれていない。しかし、精神疾患症例に対する個別・身体リハビリテーションは、無動無言や鎮静やうつによる廃用症候群に対して有効であると同時に、移動能力・家庭でのADL動作訓練など、退院に向けての有力な支援となるため行なっている。精神疾患に対する作業療法（集団的なもの）とは別のものである。 など

#### I-6 歯科医療の充実について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本診療料は、すべての診療行為の基礎となるものである。医療の安全確保や質の向上のためにも初・再診料を大幅に引き上げること。</li> <li>・ 患者への紙による情報提供に反対である。歯科では口腔内を鏡等で見てもらいながら説明することが多く、口頭で説明したものを文章化することにより簡略化せざるを得ず、患者と歯科医師の信頼関係を損なうものである。</li> <li>・ 重度の障害者は一般開業歯科医では対応できないことが多い。その場合、体制が整っている病院歯科に紹介し、適切な処置を施すべきであり、この点を評価すべきである。</li> <li>・ 歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について、必要な評価を行う場合、病院歯科の基準要件の緩和が必要である。</li> <li>・ 歯科技工士も歯科医療機関と同様に疲弊していることは確かであるため、歯科技工士への取組を評価することは賛成である。</li> <li>・ 補綴物維持管理料について、定着を理由に点数の引き下げを行うのではなく、成功報酬として2年間の補綴物の再作製を認めない施設基準は廃止し、補綴にかかる技術料を評価する財源として活用していただきたい。</li> <li>・ 根管治療の技術料を評価し、根管貼薬の際の点数引き上げをしていただきたい。</li> <li>・ 在宅歯科医療の充実が基本方針に示されたことは評価すべきことである。実際の運用に当たっては、医科および各施設から歯科へのアプローチや連携を取りやすい環境を整えるべきである。</li> <li>・ 総義歯・部分床義歯の製作と調整の正当な評価を求める。 など</li> </ul>

#### I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 抗凝固療法中の患者のコントロールに従来用いられてきたトロンボテスト（TT）の診療報酬が、世界的に抗凝固療法患者のコントロール検査と認識されているプロトロンビン時間（PT-INR）の診療報酬より高値である。学問的価値の高い医療技術の普及が遅れているため、PTとTTを逆転させるか、PTを大幅に増点し、TTを減点させるべきである。</li> <li>・ 全般的に医療技術の評価は低すぎる。特に外来管理加算より低いもの（例えば、残尿測定検査：50点、干渉低周波による膀胱等刺激法：45点、導尿：40点等）は直ちに引き上げてほしい。</li> <li>・ 手術や先進医療ばかりではなく、処置料の見直しをお願いする。</li> <li>・ 歯科関連処置点数の全般の見直しが必要。根管処置の点数が抜髄・感染根管処置に比較してあまりにも低すぎる。</li> <li>・ 手術室は、麻酔薬、筋弛緩薬や麻薬など特殊な管理を必要とする薬剤を頻繁に使用する部署でありながら、人員配置の問題から薬剤師の職能を十分発揮できていない状況である。手術室での薬剤師による薬品管理に診療報酬の加算を要望する。</li> <li>・ 小児の生理機能検査では時に沈静や特殊なテクニックを必要とされ、時間的にも成人の数倍から十数倍の時間を必要としている。小児生理検査への大幅な加算をお願いしたい。 など</li> </ul>

## I-8 イノベーションの適切な評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」については、未承認薬・適応外薬の開発促進につながるよう枠組みを確立し、製薬企業が開発に向けた取り組みを検証するための仕組みと、同加算の算定の可否の判断基準を明確に定めるべきである。</li><li>・ 保険医療材料については、海外との価格差の一層の解消を図るべきである。</li><li>・ 外国価格参照制度における外国価格平均の算出方法や、原価計算方式において製品原価として用いる移転価格については、内外価格差の是正につながるよう改善すべきである。</li><li>・ レセプトの電子化に伴い、データのレセプト記載不要に賛成する。</li><li>・ 歯科においては新たな技術、材料が開発されてもそれが保険に組み込まれるのに非常に時間がかかる。新技術は全く導入されていないに等しい現状である。</li><li>・ 個々の患者の身体条件に適したダイアライザーを安定して使用できるよう、ダイアライザーを銘柄別にグループ分けし評価して欲しい。 など</li></ul>

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点について

II-1 医療の透明化に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>既に決められた期限までに電子化した医療機関は期限後の算定は出来ないことになっているが、継続して算定できるようにすべきである。助成 196 億円は余りにも小額であり、一部の医療機関にしかチャンスがなく、早期に電子化した医療機関との不平等が生じている。</li> <li>処方せんに医療機関コードを記載させることは事務が煩雑となる。</li> <li>厚生局のホームページ等で、誰でも簡単に医療機関コードが確認できるような対応をお願いしたい。</li> <li>処方せんへの医療機関コード、都道府県番号の記載に反対である。これらの記載は、調剤レセプトと医科レセプト等の突合のためであり、医療費抑制に活用されることを危惧する。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>

II-1-① 明細書の発行が義務付けられる医療機関の対象を拡大することについて

賛成 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>明細書発行を義務づける医療機関が増えることは、患者にとってとても喜ばしいことである。発行により、医療機関側としては説明義務が発生することが考えられるが、算定漏れや過剰請求が少なくなり、返戻等の減少にもつながると思う。</li> <li>明細書の発行は、全ての医療機関の当然の義務である。明細書を発行しない医療機関をなくすためには、発行に伴う診療報酬を大幅に引き上げ、その財源は、明細書を発行しない医療機関の診療報酬を引き下げる方策で賄うべきである。</li> <li>患者が自ら受けた医療の内容を知ることは当然の権利である。患者は医療費の一部を窓口負担していることからしても、個別の診療報酬単価まで確認できる「明細書」を発行することは医療機関の義務である。したがって、医療の内容がレセプト並みにわかる明細書の発行は、患者本人が希望すれば、全ての医療機関において無償で発行することを義務付けるべきである。</li> <li>明細書の発行は医療の透明化にとって大きな役割をもつと考えるが、システム変更などにあたっては、補助金などで助成をすべきである。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	10件

反対 意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>明細書の発行には、それなりに医療機関にレセコン等の設備投資を強いる点を考慮し、零細な診療所への義務化は慎重にすべき。</li> <li>明細書発行義務の拡大は、医療機関に多大な負担を強いるものである。レセプト開示の制度もあり、義務化の必要はないと考える。</li> <li>医療機関は医療内容を患者に説明する義務はあるが、複雑で説明困難な診療報酬の内容・仕組みを患者に説明する義務はない。これは保険者、国に説明責任がある。</li> <li>明細書発行により、より細かな技術料や材料料の費用が表現されるかもしれないが、それは点数の貼り付けられた項目・行為の羅列に過ぎず、医療行為を継ぎ目なく明確に説明するものではない。患者の誤解を生むことはあっても決して透明化に貢献するものではないと考える。</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	34件

II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに対する評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>患者への安全、安心で良質な歯科医療を提供するために患者への文書による情報提供等の事務的作業をもっと簡潔・簡便にし、治療に専念できるよう要望する。</li> <li>診療報酬を患者等にわかりやすいものとするためには、まず毎日の診療内容とそれに対する診療報酬の評価（算定項目）とを患者側から見て理解しやすい診療報酬体系を構築することが不可欠であると考え。単に難解な歯科用語を見直すだけでは、明細書を受け取った患者側にかえって不信感を与えるだけであり、信頼関係を害する恐れがあるものと思われる。</li> <li>在宅患者訪問診療料については、整合性を保つための報酬の見直しという名のもとに引き下げられることのないよう希望する。これからの在宅医療の推進を担う在宅療養支援診療所などに対する報酬は、決して高いものではない。マンションなどの集合住宅に居住しているものは明らかに別世帯であるにもかかわらず、移動の手間だけを勘案したとさえ感じられる報酬の見直しは到底賛同できるものではない。在宅患者訪問診療料 2 は、施設がお膳立てをした環境であることや同一患家の場合の取り扱いは従来通り当然のことと思われるが、集合住宅に、そうした論理を持ち込むことには反対である。</li> <li>入院患者が当該入院医療機関で行えない診療のために他医療機関を受診した場合、他医療機関で行った診療行為はその医療機関において保険請求できるようにするべきである。少なくとも、現行の取扱いは変更すべきではない。</li> <li>「現場の状況を確認した上で、分かりやすい体系に整理する」とあるが、単に“分かりやすい”だけではなく、現場の状況に即した内容に整理されるとともに、診療内容を正しく評価した体系とすることが望まれる。</li> </ul>	など

II-2 (1) ①再診料について

1) 診療所の再診料の引下げを行うべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>病院と診療所の統一のために診療所の再診料の引下げを行えば、地域医療は崩壊する。病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料を病院と同じ点数とすべき。</li> <li>献身的な経営努力で医療機関を維持・存続しているが、存続が困難になるので再診料は引き下げのべきではない。</li> <li>再診料をはじめとした基本的技術料は、スタッフの人件費や施設整備費などを包括したもので医療提供の原資である。病院と統一化するために診療所の再診料を引き下げるとは反対である。</li> <li>診療所の再診料を下げることは断固反対。</li> </ul>	5 2 3 件

2) (上記 1) の再掲) 病院の再診料の引上げを行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の改定では、病院の再診料引上げ幅をある程度厚くして診療所の再診料に近づけること、そして次回以降、より高い水準で統一することをあらためて提案する。</li> <li>再診料の統一は、わかりやすいという観点から賛成。診療所の再診料が高いのではなく、病院の再診料が低く抑えられたという過去の経緯から、今回は何をあいても病院の再診料を診療所並みに引き上げるべきである。</li> <li>再診料は、病院の点数を診療所の点数まで引き上げて統一してほしい。公立病院等で補助金なしでは経営が成り立たないところがほとんどという現状を打破するためにも、診療報酬の底上げが必要である。</li> </ul>	1 7 5 件

3) 診療所の再診料の引下げを行うべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>産科・小児科・救急等の医療提供体制の不備や病院勤務医の疲弊などの状況を鑑みれば、診療所の再診料を引き下げることにより財源を捻出し、これらの重点課題に振り向けるべきである。</li> <li>再診料は、遍く適用される「基本料金」のようなものであり、診察料のベースとなる再診料は低く抑えて(病院に合わせて)統一し、それに追加される点数の財源により多くを振り向けるべき。患者にとっても「基本料金」は安い方が望ましい。 など</li> </ul>	12件

4) (上記1)と3)の再掲) 再診料を統一すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の立場からは、同一の医療サービスであるのに、病院と診療所との間で再診料が異なるのは納得できない。</li> <li>診療・技術料である初診料・再診料・外来診療料は、診療報酬の基本中の基本であるから、国民にとってわかりやすさが特に求められるものであり、統一されることが望ましい。</li> <li>病院と診療所の外来再診料に差があるのは、診療所は初診に特化し、病院は入院が必要な患者の診療を行うという機能分担が目的だと聞いているが、再診という行為には差がないことから、外来再診料の統一は行うべきと考える。 など</li> </ul>	150件

5) 再診料を統一すべきではない。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>再診料について患者にわかりやすくするという理由だけで病院と診療所の点数を合わせる考え方に合理性はない。前回改定でも病院と診療所の機能分化の視点から見直すとされたはずである。「外来は診療所、入院は病院」という考え方について議論を深めるべき。</li> <li>病院の再診は必要な患者に限るべきで、診療所等に逆紹介すべきである。病院再診が必要な状態については、診察にもより時間と手間がかかると考えられるので、その場合は病院の再診料を診療所より引き上げるべきである。患者にとっても、病院に再診しなければならない状況だから再診料が高いというのは、わかりやすいと思う。</li> <li>病院においては、より高度の検査などを含めたアプローチを中心に行うのに対し、プライマリケア中心である診療所においては、より詳細かつ綿密な問題や診療行為を要する。病院と診療所では労働対価としての診療報酬が異なるのは当然であり、患者にわかりやすくするとの名目で実体を反映しない改定を行うのは不当である。</li> <li>診療所の再診料・外来管理加算は、医師や看護師、他の医療スタッフの技術料を評価したものであり、増額するのは当然である。病院は入院管理を重視すべきであり、病院の再診料と診療所の再診料を比べるべきではない。 など</li> </ul>	14件

6) 医科と歯科の格差を是正すべきである。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>患者にわかりやすくするために、医科と歯科において同じ病名に対する同じ処置で評価の違うものは統一すべきである。特に患者の混乱を招いている初・再診料については医科と歯科を同等に評価すべきである。</li> <li>病院と診療所において同一サービスに同一価格がわかりやすいという観点から行けば、歯科においては歯科診療所の初再診料をまずは病院歯科と同等にすべきである。今後は医科との格差も解決すべき課題と考える。 など</li> </ul>	68件



II-2 (1) ②外来管理加算について

1) 5分要件は必要である。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>再診料71点+外来管理加算57点(合計1280円)に見合う、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等を評価している外来管理加算とのことであれば、最低でも5分以上の時間は必要と思う。5分以上の説明の担保として、患者の署名を要件とすることが必要と考える。</li> <li>診療報酬は原価を保証すべきものであるが、診療報酬は公共料金であることから、過剰な利益を保証するものではない。したがって、「何もしない場合の加算ではあり得ない」。何らかの費用を補償する「外来管理加算」である必要がある。5分ルールはいい規定だと思ったがそれに代わる規定が必要である。</li> </ul>	2件

2) 5分要件は廃止すべきである。

反対意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成20年度改定で導入された外来管理加算の時間要件と診療録記載要件は、開業医と中小病院の医師の負担を増大させるとともに、待ち時間や診療時間の不必要な増大を生み出すなど患者にも影響を与え、経営にも大打撃となっている。外来管理加算の時間要件や診療録記載要件等を無条件で撤廃し、改定前の要件に戻すべきである。</li> <li>外来管理加算の「5分」の時間要件を撤廃させて加算自体は存続すべき。</li> <li>時間要件の導入により現場では医師の負担が増大するとともに待ち時間も増えている。しっかりとした診療を行うためには、ある程度の時間が必要だが、5分で一律に区切るやり方は納得できない。</li> <li>そもそも外来管理加算は、処置等を実施することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を補填する目的でつくられた「内科再診料」がもとである。その後、名称が「外来管理加算」に変更された。診療報酬抑制政策の下で、実際には再診料と外来管理加算がなければ、第一線医療を担う開業医や中小病院の経営を支えることはできない状況におかれている。 など</li> </ul>	273件

3) 新たな要件を設ける必要がある。

意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> <li>簡単な症状の確認などのみの場合には算定できないとすることにすればよい。</li> <li>外来管理加算については懇切丁寧な診察・説明等を担保する5分要件の代替措置となる新たな要件を設定し、点数を引き下げるべきではない。</li> <li>外来管理加算の「5分ルール」は、患者への医療提供の充実に資する合理的な要件に置き換えるべきである。</li> <li>患者相談窓口を置いていること、相談窓口で看護職員または社会福祉士を配置していること、コミュニケーションに関する研修を年1回実施していること等を要件としたほうがよいのではないか。</li> <li>所定点数に見合った医学管理を定め、患者がカルテに医学管理を行ったことを了承するサインをもらう、あるいは医師が管理内容を患者へ書面で提出するといったことが考えられる。 など</li> </ul>	7件

### II-3 医療安全対策の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の提供において、安全対策が重要であることは言うまでもない。保険医療機関が外来、入院のいずれにおいても十分に安全対策を行えるよう、基本診療料を引き上げるべき。</li> <li>・ 病院における医療安全対策の重要項目である感染対策において、感染制御専門薬剤師等の認定を受けた病院薬剤師は、その専門的な知識を駆使して感染制御チームにおいて重要な役割を担っている。また抗生剤の適正使用の指導・管理等にも積極的に関与しており、次期診療報酬改定において、医療安全対策の推進のため、感染制御に精通した薬剤師の人員配置（チーム医療）による評価を強く要望する。</li> <li>・ 歯科は医科に比べ初診再診料が低い。安心・安全な医療を提供するためにも、歯科の初診料の見直しが必要である。</li> <li>・ 社会保険の理念から、国民皆保険の下、社会保険医療を受けようとするすべての国民に医科・歯科の区別なく等しく医療安全対策を講じるべきとの観点から、その評価は、新たな評価の新設ではなく初診料に加味すべきである。</li> <li>・ 治療に際して、消毒・衛生面などにおける諸費用が高騰しており、使い捨ての器具などに対する評価がされていない。 など</li> </ul>

### II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護について評価する。在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の可否に関わらず、医師が診療に基づき看護職員に在宅での注射を指示した場合の注射手技料及び注射に用いた薬剤料の算定については認めるべきである。また、このような注射が必要な患者の場合には、介護保険の訪問看護から医療保険での訪問看護に切り替え算定できるようにすべきである。</li> <li>・ 障害者へきめ細かく、また、頻繁に指導管理を行うため障害者の口腔衛生指導料の新設とともに、機械的歯面清掃についても評価する。また、歯科治療が困難な障害者を受け入れる病院歯科に対する評価として、障害者加算を新設する。</li> <li>・ 在宅血液透析や在宅腹膜透析を行う際の人工腎臓の算定を可能にする前に、その内容について国民に説明すべきである。これを可能にしてしまうといろいろな人工なものが算定できるようになると考えられる（医療費増大の一要因となりうる）ので、討議が必要である。 など</li> </ul>

### II-5 疾病の重症化予防について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病の重症化予防には、臨床検査を迅速に実施し、その結果に基づいた適切な医療が必要である。外来迅速検体検査は、患者の病態の早期診断および重症化の回避、患者の再診回数の削減を推進する意味で大きな意義がある。</li> <li>・ 医療機関における栄養指導回数は入院、外来2回までと制限があるが、糖尿病などの生活習慣改善には半年以上にわたる継続した行動修正が必要である。改善、悪化を繰り返し重症化していくため生活習慣改善における栄養指導回数を撤廃することにより重症化予防が可能と考える。</li> <li>・ 障害者歯科医療の充実について、障害者へきめ細かく、頻繁に指導管理を行うため障害者の口腔衛生指導料の新設とともに、機械的歯面清掃についても評価すること。また、歯科治療が困難な障害者を受け入れる病院歯科に対する評価として、障害者加算を新設することを要望する。</li> <li>・ リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後に発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合のリンパ浮腫指導管理料の算定を可能にする。 など</li> </ul>

### Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

#### Ⅲ-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院薬剤師は職能を最大限に駆使して日々の業務に取り組んでいるが、特に、医療の安全と質の向上に貢献するべく病棟業務の充実を図っている。しかし、病棟において質の高い業務を実施するために十分な薬剤師数が確保されているとはいえない。チーム医療への参画や恒常的な病棟業務を通じて、さらに医療の安全と質の向上に貢献するために、次期診療報酬改定において、薬剤師の病棟への人員配置（チーム医療）による評価を強く要望する。</li><li>・ 療養病棟入院基本料の医療区分の廃止と報酬、特に医療区分1の報酬を早急に引き上げるべき。また診療内容等のデータのレセプト記載を不要とし、高額な薬剤・材料や検査等を出来高で算定可とすることが必要。</li><li>・ 臨床検査は医療の根幹を成すものであり、検査が適切に実施されることは質の高い医療を提供する上で必須である。機能評価係数により十分な重みで評価されることを希望する。</li><li>・ より充実した体制として、検査技師数や臨床検査専門医や管理医が臨床検査の管理や専門的な見地からのコメント付与などにより強く関わっていることを評価していただきたい。特定機能病院等の大規模病院においてはまさに高度な医療の提供が求められており、検査の質を評価する観点から、検体管理加算により充実した体制の評価を新設することは極めて妥当なことである。</li><li>・ 麻酔管理料の算定については、直接麻酔科標榜医が麻酔等を実施しなければ算定できない。そのため麻酔科標榜医が監督等しているにもかかわらず、管理料が算定できない。特に臨床研修病院においては、麻酔科標榜医の業務に対するモチベーション向上の妨げになっているように思う。今回の「複数の麻酔科標榜医の監督下において安全な麻酔管理を行う場合の評価を麻酔管理料に新設する」については是非お願いしたい。その時に「複数」のしぼりが必要なのかどうかご検討をお願いしたい。</li><li>・ 10対1入院基本料への重症度・看護必要度に係る評価を要件とする加算については、臨床業務に直結しない事務作業を増やさないようにすべき。診療報酬に格差を設けるために、患者の臨床上、本来であれば不要な評価や業務をこれ以上盛り込むべきではない。他の項目についても、患者の臨床上本来であれば不要であるのに、強いている事務作業（療養病床の医療区分など）はやめるべきである。 など</li></ul>

#### Ⅲ-2 回復期リハビリテーション等の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 「介護サービスにかかわる情報を提供する」ことを維持期リハビリの要件に追加すべきではない。そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示する OT・PT・ST 等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なリハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃するべきである。</li><li>・ 「療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うの」であれば、それに見合う点数の増加が必要となる。食事を提供して、原材料原価を割るような点数は、反対である。</li><li>・ 運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設するとあるが、その区分の中において、現在の同リハビリテーション（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、（Ⅱ）の所定点数が算定できている「運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに定期的に適切な研修を終了しているマッサージ師等の従事者が訓練等を実施した場合には、現行の（Ⅱ）に準じて算定できるものとしていただきたい。</li><li>・ 脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）及び（Ⅱ）の評価を引き上げるとともに、廃用症候群に対</li></ul>

するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。 など

### Ⅲ-3 在宅医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 在宅療養指導管理料の算定については評価する。また、「在宅療養支援診療所」の施設基準から「在宅看取り数を年1回報告する」との要件を廃止すべきである。さらに、4km以内に診療所があっても「在宅療養支援診療所」がない場合は、在宅療養支援病院の届出を認めるべきである。なお、患者が安心して在宅医療を受けることができるようにするためには、「保険医療機関は、同一の患者について、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料のうち、いずれか一つを算定した日においては、他のものを算定できない」、「一つの保険医療機関が訪問診療料等のいずれか一つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」、「保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」とする取り扱いを廃止すべきである。</li><li>・ 在宅医療を本格的に推進する上で、保険薬局薬剤師の機能を最大限活用することは不可欠であると考え。そのため以下について提案する。①無菌製剤処理加算の正当な評価②麻薬の薬局間小分けの緩和③終末期の在宅移行等に限り病院からの特殊薬剤の小分けの超法規的措置④保険薬局で使用できる注射薬の拡大⑤地域在宅拠点薬局となる条件を備え実行している薬局の患者負担を増やさない評価。</li><li>・ ターミナルケア加算等については症状増悪の緊急時等に対応するためには、往診料を引き上げるとともに、診療従事中緊急往診や夜間、深夜加算など、在宅療養支援診療所でない医療機関の往診料への各種加算を引き上げるべき。 など</li></ul>

### Ⅲ-4 訪問看護の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 患者のニーズに応じた訪問看護を推進するのであれば、頻回訪問の限度日数を撤廃し、また、難病等複数回訪問加算を病名に関わらずすべての患者に適用すべきである。</li><li>・ 6歳未満の乳幼児への訪問看護については、少なくとも義務教育を受ける児への訪問看護について、算定回数制限を撤廃すること。少なくとも「全ての特定疾患治療研究事業の対象疾患及び難治性疾患克服研究事業」の対象患者について、算定制限を撤廃すること。居宅に限らず、保育園、小・中学校も訪問看護を行う場所として認めること。</li><li>・ 退院支援と退院日の訪問看護報酬の算定要件を緩和して欲しい。 など</li></ul>

### Ⅲ-5 在宅歯科医療の推進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 在宅歯科医療を医科と同じく往診と訪問診療とし、往診に初診料・再診料を復活させること。</li><li>・ 「常時寝たきり患者」以外でも、条件を緩和して、より多くの患者からの在宅歯科診療の要請に応えられるようにする必要があると思う。そのためには歯科訪問診療料に加えて、歯科往診料を復活することが必要である。</li><li>・ 在宅で訪問診療を2人以上行っても訪問診療料は1人のみの算定であるがこれを撤廃し2人目からも算定できるようにすべきである。また、社会施設等の訪問診療において2人以上行った場合2人目からの訪問診療料は1人に対する診療時間が30分を超えなければ算定できないがこれを撤廃すべきである。</li><li>・ 医科では認められている介護保険と医療保険の併用が、歯科においては認められていない。 など</li></ul>

### Ⅲ-6 介護関係者を含めた他職種間の連携の評価について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療診療計画において、連携病院を退院した後の通院医療・通所リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価であるが、連携病院（退院させる方）だけではなく、受け入れる側の評価も当然なされるべきである。</li> <li>・ 多職種連携は、患者を中心とした連携ができているかどうかで評価すべきである。</li> <li>・ 急性期から口腔ケアや摂食嚥下リハに歯科が介入できれば、慢性期になってからのADLの低下を防げるケースは多い。慢性疾患の在宅医療の中心は、生活を支えること＝食の確保である。</li> <li>・ 介護老人保健施設には薬剤師の設置義務がないため、調剤業務が最優先され、サービス担当者会議や臨床活動が出られない状況にある。他職種との連携が取れない。そのため必要な服薬されるべき薬剤が、看護師の進言で減量されたり、薬による副作用がでていても長期に気付かれなかったりしている。<span style="float: right;">など</span></li> </ul>

### Ⅲ-7 調剤報酬について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品調剤体制加算の算定の元となる後発薬算定率を計算する場合において、漢方（生薬・エキス剤）、後発医薬品が存在しない薬剤は分母から除外して計算するようにお願いしたい。</li> <li>・ 現在調剤技術料について、院外処方が優遇されているが、院内の調剤についても同等の評価を要望する。入院患者に対する調剤はより患者個人に合った調剤を行っており、また処方せん上の疑義照会については単に処方せんだけでなく、患者の状態、検査値等を検討したうえで行うことが多く、その評価が現在まったくなされていない。</li> <li>・ ハイリスク薬に限らず十分な説明・確認はすでに行っているはずですから、もし「これまでも行ってきた」ハイリスク薬指導に対して何らかの評価をするのであれば、評価加算ではなく、調剤基本料や管理指導料に、わずかでも組み入れるのが王道ではないか。</li> <li>・ ハイリスク薬（抗がん剤、免疫抑制剤）の指導が服薬指導であり、もっと評価してほしい。服薬指導2のハイリスク薬への区分けの必要性があると思う</li> <li>・ 湯薬の調剤料については、散薬の多い小児の調剤においては、4種類以上の医薬品を2種類以上ずつ使用目的ごとに計量混合した場合、同一剤であれば、計量混合は算定できない。同じように手間がかかることを適正に評価してほしい。<span style="float: right;">など</span></li> </ul>

## Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

### Ⅳ-1 後発医薬品の使用促進について

意見の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療報酬上においては、後発医薬品調剤体制加算について、調剤率（数量ベース）に応じた段階的な評価を導入するなど、算定要件の見直しを図るべきである。また、患者が後発医薬品を選択しやすくするため、療養担当規則に医師による後発品に関する説明、情報提供等の取組みを規定することや、当面、薬局・薬剤師における後発品に関する説明義務の徹底とともに、剤形・規格の異なる調剤など変更調剤が進むよう見直すべきである。</li> <li>・ 後発医薬品の使用割合を求める際の対象医薬品から生薬、漢方エキス剤、さらには後発品の存在しない医薬品を外すことを要請する。</li> <li>・ 後発品使用促進対策として、後発品の使用割合で点数加算をする予定のようですが、処方医が「変更不可」として、発行した場合には、どうすることもできません。したがって、使用割合の算出には、「変更不可」の処方せんを除いて計算するべき。</li> <li>・ 一般名処方とする</li> </ul>

- ・ 後発医薬品の使用については医師の裁量に委ねるべきである。
- ・ 療養担当規則の変更は、患者の病態などを勘案した上で最適な処方を行おうとする医師の処方権、自由裁量権利を奪うものであり、絶対に認められない
- ・ 後発医薬品への品質、安全性、効果、効能に対して疑問がある。安全性、信頼性を高めて欲しい。
- ・ 後発医薬品が販売されている先発医薬品の価格を下げる。 など

#### IV-2 市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適性評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臨床検査の実施料について市場実勢価格を踏まえて評価するとあるが、市場実勢価格として衛生検査所の受託価格を参考にすることは適切でない。衛生検査所の受託価格を参考に診療報酬を決めると、病院検査室は不採算になり、病院の医療を圧迫する。病院検査室の検査コストを反映した診療報酬を希望する。</li> <li>・ 歯科用勤務の価格変動に対する見直し期間（6ヶ月）が長いため、金属価格と保険点数との隔たりが大きく、短期間の見直しが必要。</li> <li>・ 漢方薬、うがい薬、湿布薬の保険給付の継続を希望する。</li> <li>・ 医療材料の価格の適正化を望む。 など</li> </ul>	

#### IV-3 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検査、処置、手術等の適正化（引き下げ）を行わず、外来管理加算より低い処置点数は、外来管理加算並に引き上げること。また医療機器、材料は別途、特定保険医療材料や加算点数として評価すること。</li> <li>・ 検査や処置、手術においては、医薬品、医療材料の多くが他の点数に包括され、患者や医療機関の負担にされている。医療材料費・薬剤費については、他の点数に包括したり、患者の負担、医療機関の持ち出しにせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすべき。</li> <li>・ 外来管理加算より低い処置点数は、外来管理加算並に引き上げることがを求める。</li> <li>・ 新しい技術への置き換えを診療報酬で誘導しないこと。</li> <li>・ 新しい技術を積極的に取り扱うことへの評価。 など</li> </ul>	

### V 後期高齢者医療の診療報酬について

#### V-1 後期高齢者医療の診療報酬について

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度は早期廃止すべき。</li> <li>・ 高齢者の心身の特性に配慮して設定した各診療報酬項目の趣旨、目的等を踏まえ、患者特性や必要性、全年齢適用拡大の是非、介護保険との整合などを十分に精査した上で、要件緩和、名称変更、廃止等を慎重に検討すべき。</li> <li>・ 地域や他職種との連携が重要。 など</li> </ul>	

○その他の意見

意見の内容	
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療崩壊を阻止するためには、大幅な診療報酬引き上げが必要であり、あらためて診療報酬の大幅引き上げを要望する。</li><li>・ 改定の実施にあたっては、医療機関に対して改定内容が十分に周知するよう、十分な周知期間を設けるべきである。</li><li>・ 意見募集について、寄せられた意見に対する考え方を整理し、公表すべきである。また、期間は1か月以上設けること。</li><li>・ 開業医と勤務医との労働時間に差があるような見解が言われているが、診療所の診察時間以外に、往診、休日夜間診療所への出務、在宅患者の容態によって待機する時間、保健センターでの予防注射、健診への出務、学校医・産業医の出務、がん検診などでの研究会などの義務付けられた出務など、計り知れない労働時間を行っていることへの配慮が無いと地域医療は崩壊する。</li><li>・ 診療科間の平準化を図る観点からの見直しは反対。</li></ul>	など

## D P Cにおける新たな機能評価係数の導入に関する 対応について

### 第1. これまでの議論のまとめ

1. 次期改定で導入する新たな機能評価係数について、①調整係数から置き換える割合は25%、②評価項目は6項目、③重みづけは「救急医療の入院初期診療に係る評価」を除き、等分に配分、という対応案を中心に検討がなされ、基本的な方向については概ねの理解が得られたところ。
2. その上で、前回（平成22年1月29日）の議論で指摘された以下の主要事項について更に整理をした上で、最終的に検討することとされた。

#### (1) 「地域医療への貢献に係る評価」の評価事項

- 「へき地の医療」の評価においては、「へき地医療拠点病院」指定の有無だけではなく、実際にへき地診療を行っていることを要件とすべき。（具体的には、社会医療法人の指定要件などを参考に設定したらどうか。）〔鈴木委員、西澤委員〕
- 4疾病については「脳卒中」に関する医療体制も評価に含めるべき。〔鈴木委員〕

#### (2) 置き換え割合

- 影響を最小限に抑えるため、置き換えは15%とすべき。〔鈴木委員〕

#### (3) 項目の重みづけ

- カバー率と複雑性指数に関しては配慮が必要。〔鈴木委員〕



## 第2. 検討

### 1. 「地域医療への貢献に係る評価」の評価事項

#### (1) 「へき地の医療」の評価要件について

○ 前回の議論を踏まえ、「へき地の医療」については、以下のいずれかの要件を満たした場合に評価することとしてはどうか。

- ① 「へき地医療拠点病院」に指定されていること
- ② 社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること（以下のいずれかを満たすこと）

- ・へき地に所在する診療所（当該病院が所在する都道府県内のへき地に所在する診療所に限る。）に対する医師の延べ派遣日数（派遣日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。
- ・当該病院においてへき地（当該病院が所在する都道府県内のへき地に限る。）における巡回診療の延べ診療日数（診療日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。

#### (2) 4疾病に関する評価について

○ 前回提示した原案では、医療連携体制への参画については今後の検討課題とし、これ以外の地域医療への貢献として「地域がん登録への参画」を掲げていた。しかし、「脳卒中」など地域における連携体制が具体的に評価可能なものについては積極的に導入すべき、との意見があった。

○ このような指摘を踏まえ、医療連携体制への参画についての評価項目を追加することとし、以下のような取扱いとしてはどうか。

- ① 「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2 地域連携診療計画管理料」または「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料」を算定している医療機関を評価

- ② 「がん」について、次期診療報酬改定において新設予定の「がん治療連携計画策定料（仮称）」、または「がん治療連携指導料（仮称）」を算定している医療機関を評価

## 2. 置き換え割合・重みづけ

- 「救急医療の入院初期診療に係る評価」については、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額が算出できることから、これらの配分額に相当する係数を設定する。

※ 上記の点で他の項目とは性質が異なることから、名称については「～係数」とし、他の項目は「～指数」として区別してはどうか。

- これ以外の5つの項目の重みづけについては、各項目の評価特性がそれぞれ異なることから、今回の導入においてこれら5項目については等分で配分してはどうか。
- 置き換え割合については、シミュレーション結果と、今後段階的に新たな機能評価係数を導入するという方針も踏まえ、今回は25%としてはどうか。

## 第3. その他

### 1. 施行時期等

実施に係る詳細については、次のように取り扱ってはどうか。

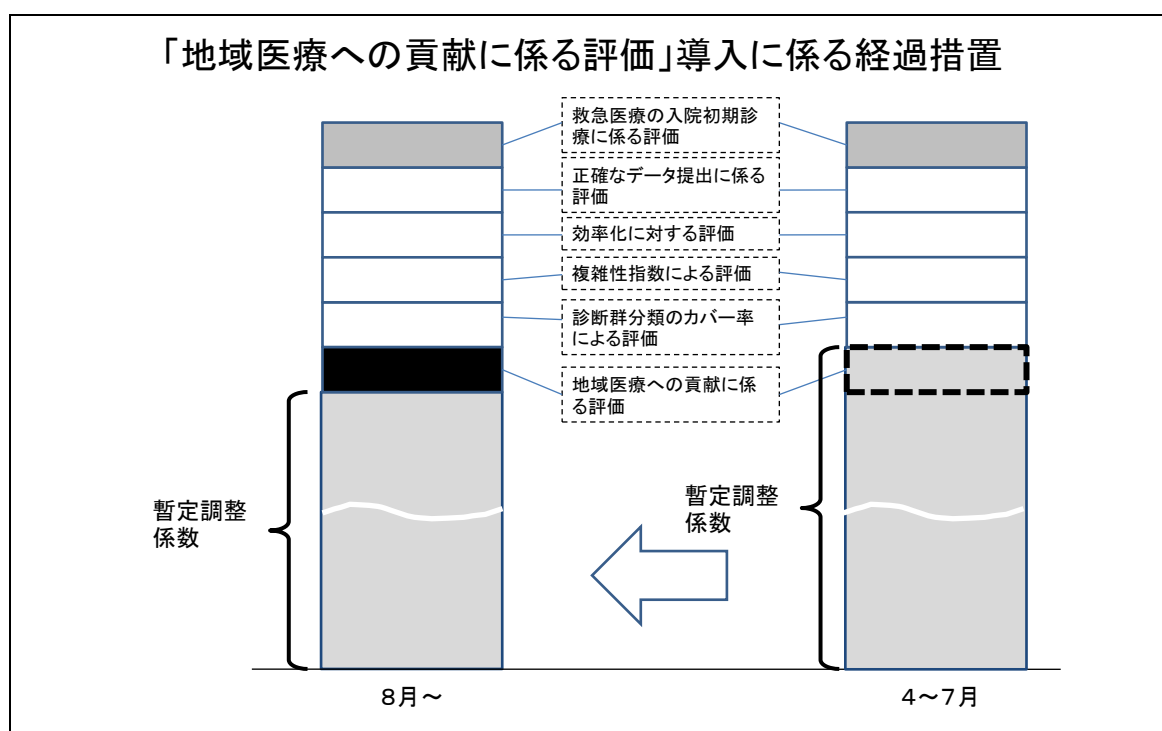
- (1) 新たな機能評価係数による評価は原則（※）、平成22年4月から実施する。

※ 「地域医療への貢献に係る評価」については、届け出が必要であることから、平成22年4月1日時点の状況を届け出ることとし、その結果に基づき平成22年8月からの係数に反映。

※ 「正確なデータ提出に係る評価」における、「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」の評価については、対象となるICD10コードの周知が必要であることから、平成23年4月からの評価に反映。

(2) 新たな機能評価係数の導入に対応する診療報酬については、置き換え割合に相当する報酬から、「救急医療の入院初期診療に係る評価」を差し引き、残りの項目の評価に割り当てる。  
(前ページ2. の再掲)

※ 但し、「地域医療への貢献に係る評価」が導入されるまでの間、この評価に相当する報酬分については、暫定調整係数部分に含めて評価する。(下図参照)



## 2. 評価項目の名称

以下の名称としてはどうか。

- 〔項目1〕 「データ提出指数」 (正確なデータ提出に係る評価)
- 〔項目2〕 「効率性指数」 (効率化に対する評価)
- 〔項目3〕 「複雑性指数」 (複雑性指数による評価)

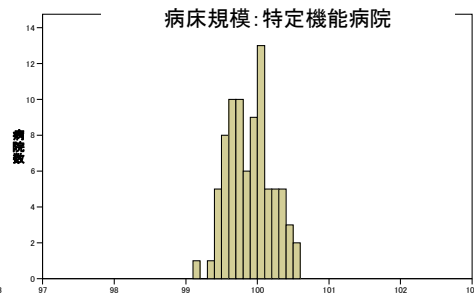
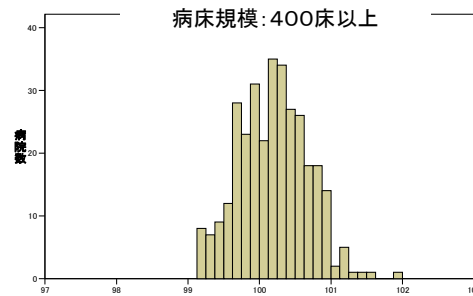
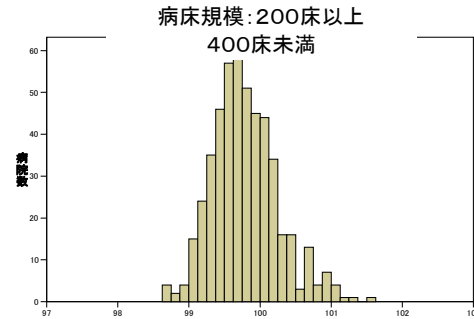
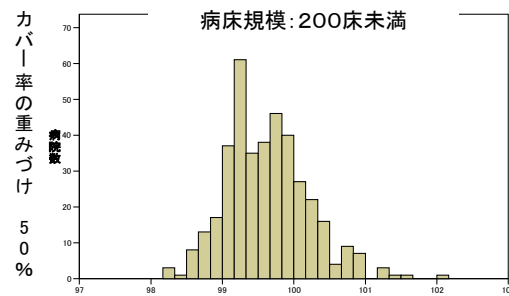
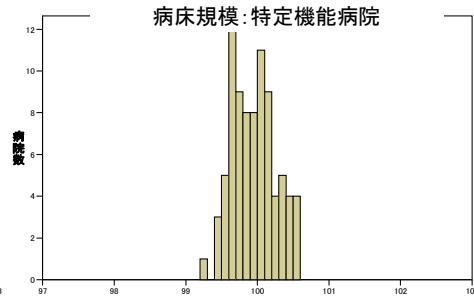
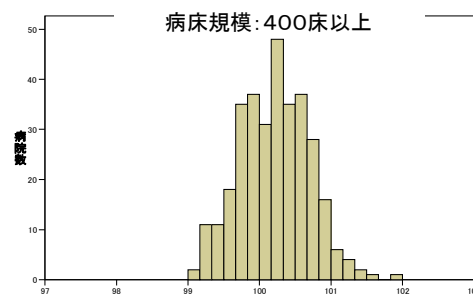
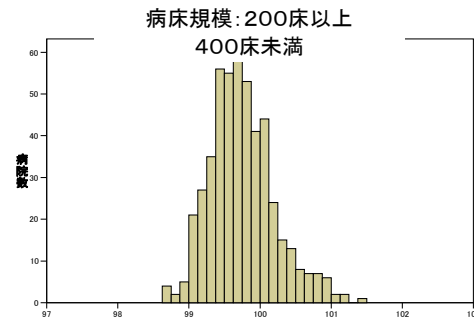
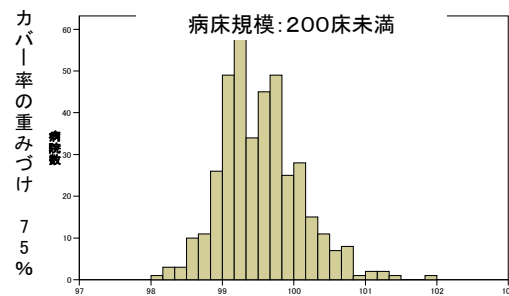
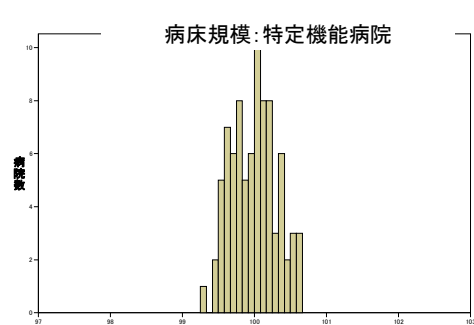
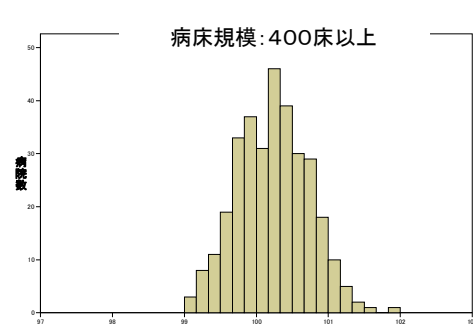
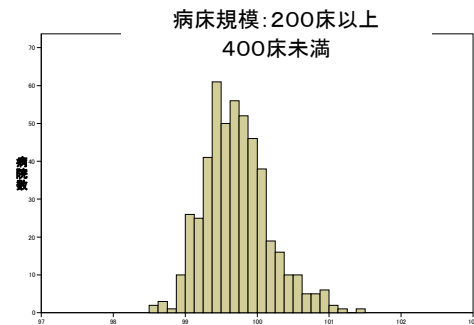
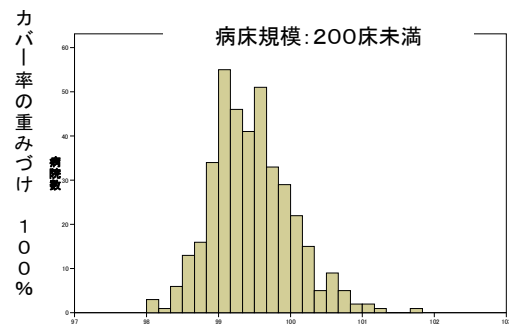
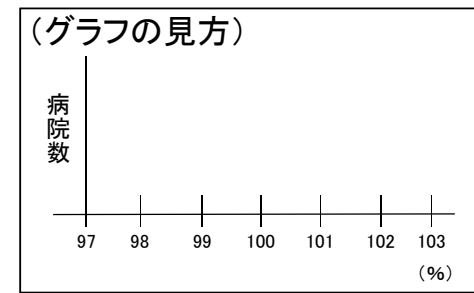
- 〔項目4〕 「カバー率指数」 (診断群分類のカバー率による評価)
- 〔項目5〕 「地域医療指数」 (地域医療への貢献に係る評価)
- 〔項目6〕 「救急医療係数」 (救急医療の入院初期診療に係る評価)

※「係数」「指数」の使い分けを踏まえ、項目5、項目6について順序を入れ替え

<参考>

項目	名称(案)	考え方
1	○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価
2	○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価
3	○複雑性指数 ○患者構成指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価
4	○カバー率指数 ○総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価
5	○地域医療指数 ○地域貢献指数	地域医療の向上に資するような各病院の取組みを評価
6	○救急医療係数 ○救急初期対応係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価

変動率(6項目・置換え割合:25%)



# 変動率(6項目・置き換え率25%)

## カバー率の重みづけ(100%)

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	98.09	99.49	101.71	0.55
200床以上400床未満	486	98.60	99.76	101.43	0.45
400床以上	323	99.07	100.30	101.88	0.49
特定機能病院	83	99.32	100.03	100.62	0.31
合計	1282	98.09	100.00	101.88	0.57

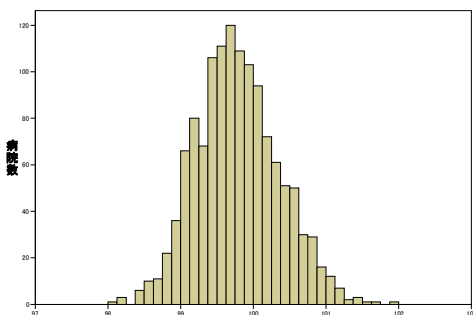
## カバー率の重みづけ(75%)

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	98.15	99.57	101.86	0.56
200床以上400床未満	486	98.65	99.80	101.48	0.46
400床以上	323	99.13	100.28	101.89	0.49
特定機能病院	83	99.26	99.98	100.57	0.31
合計	1,282	98.15	100.00	101.89	0.55

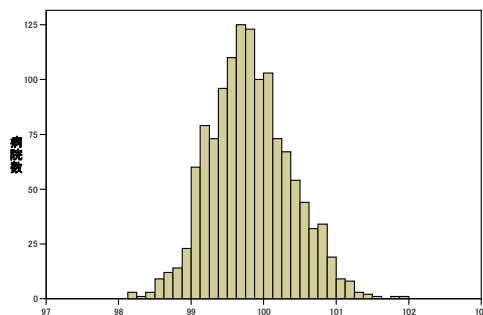
## カバー率の重みづけ(50%)

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	98.21	99.65	102.03	0.58
200床以上400床未満	486	98.69	99.83	101.53	0.46
400床以上	323	99.16	100.25	101.90	0.49
特定機能病院	83	99.20	99.92	100.53	0.30
合計	1,282	98.21	100.01	102.03	0.54

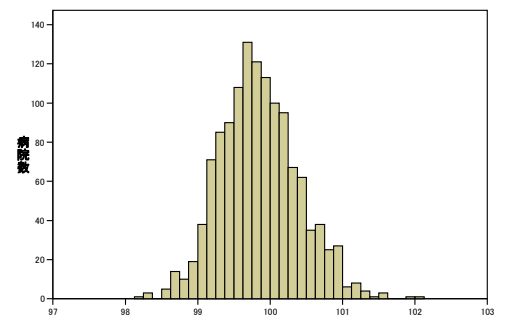
カバー率の重みづけ  
100%(他の項目と同じ)



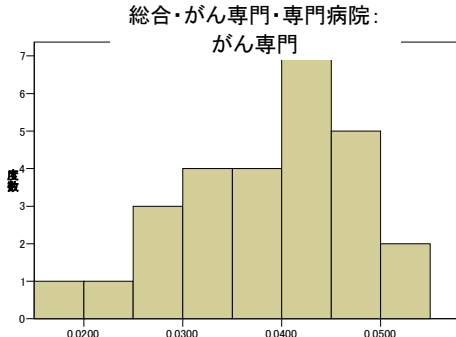
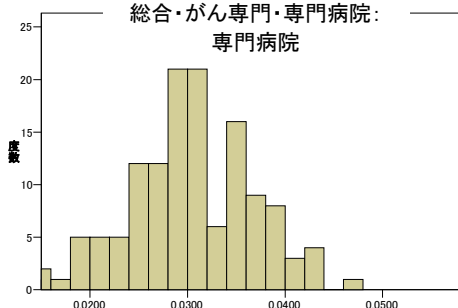
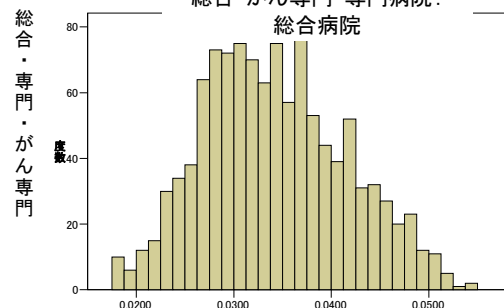
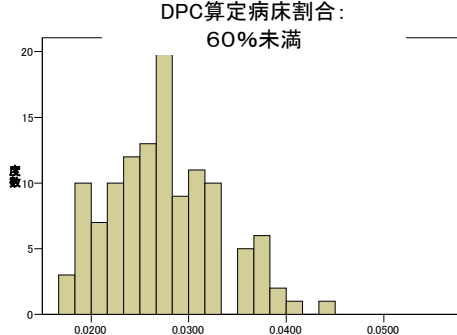
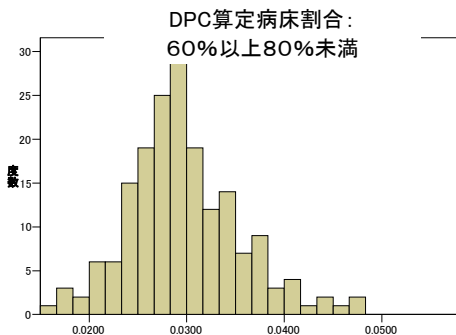
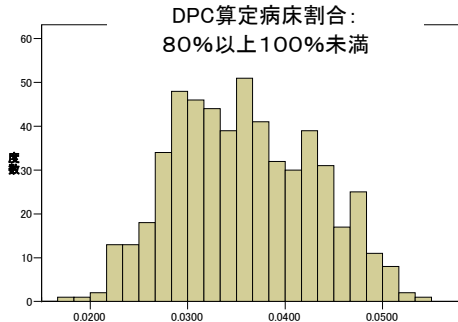
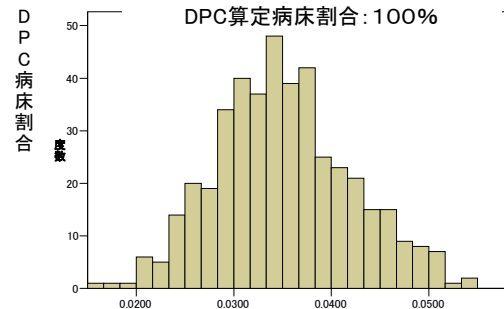
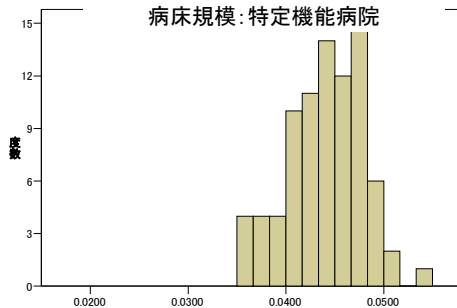
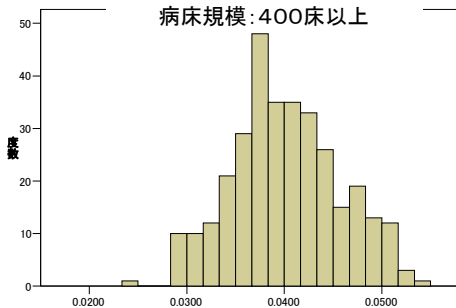
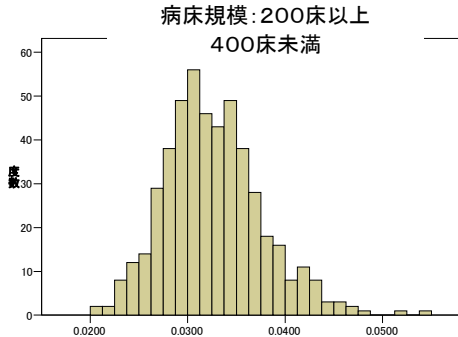
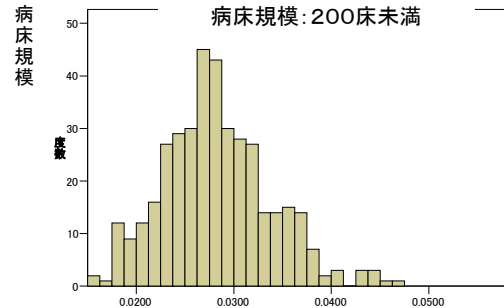
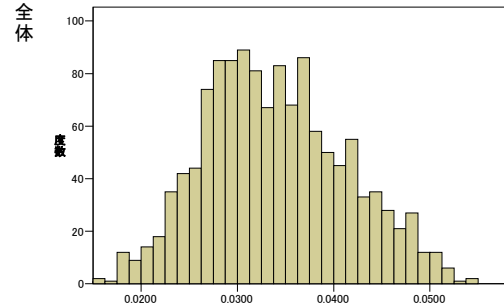
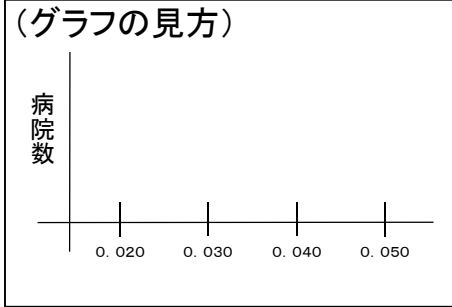
カバー率の重みづけ  
75%



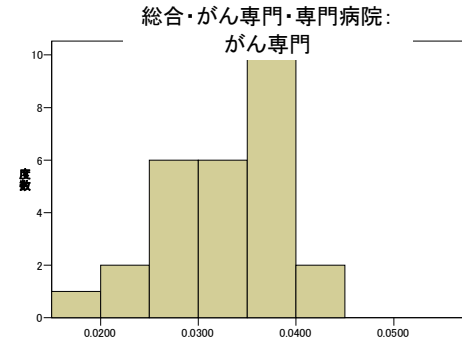
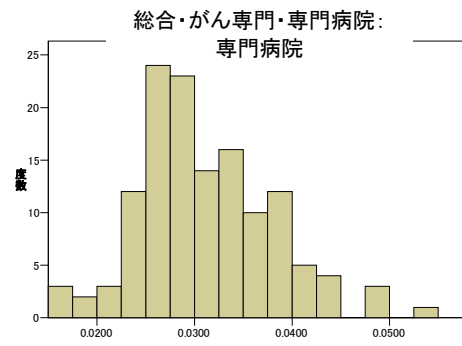
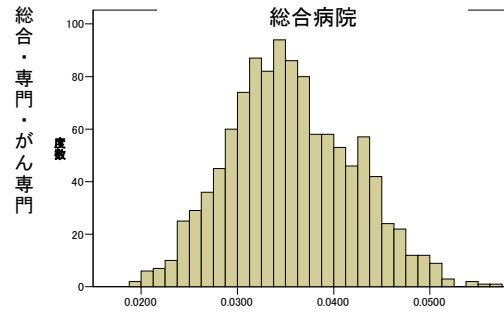
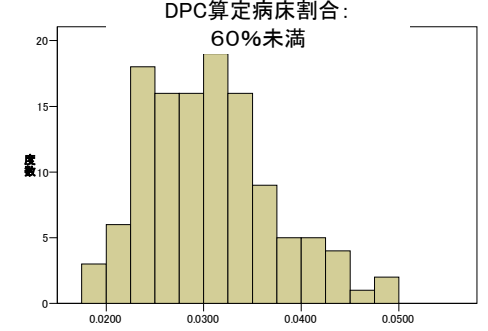
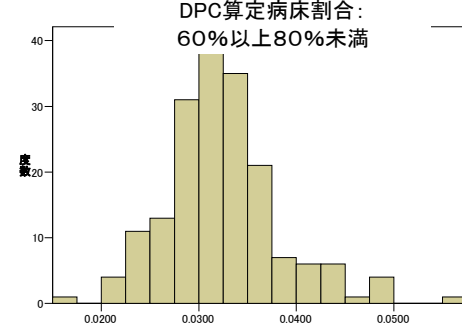
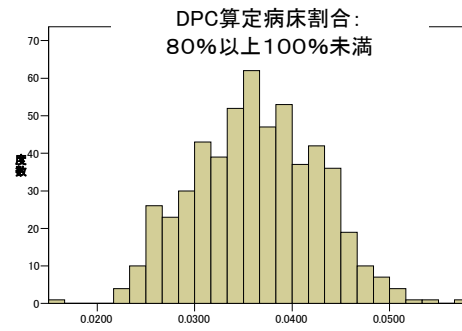
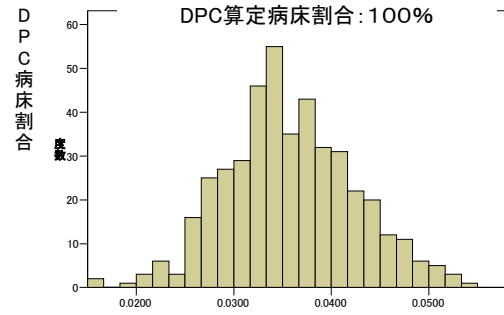
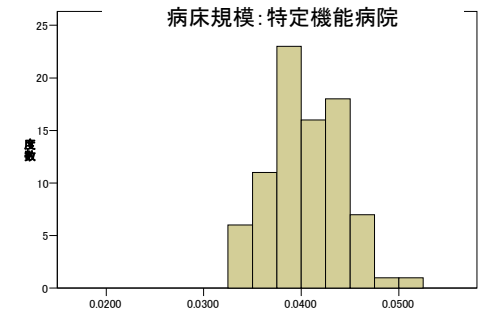
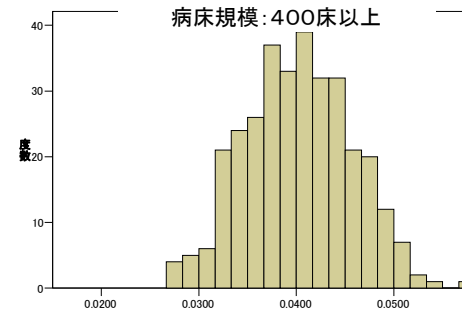
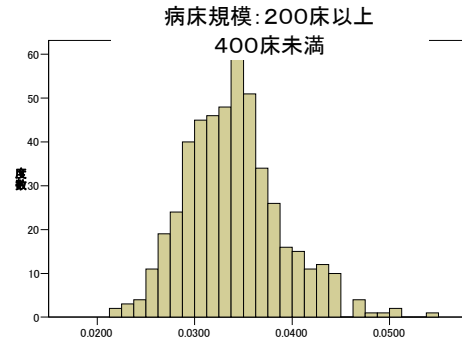
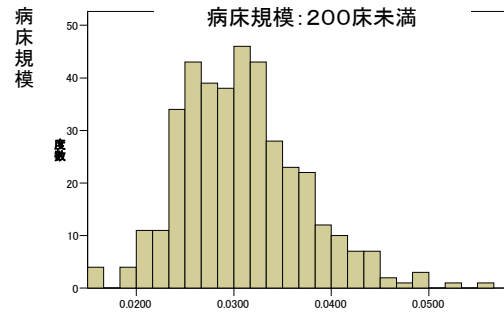
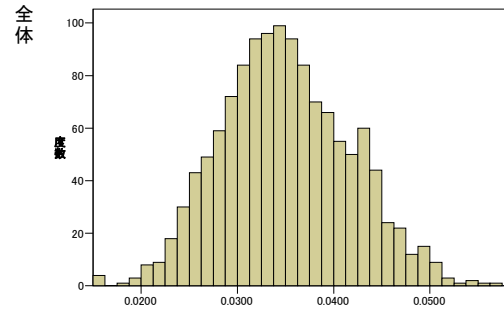
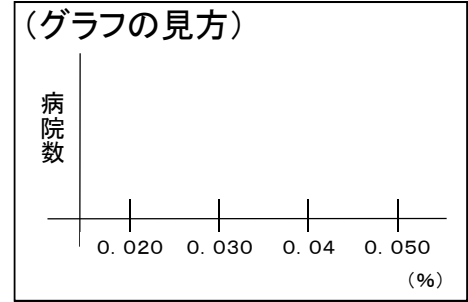
カバー率の重みづけ  
50%



# 新たな機能評価係数(4項目 置き換え率25%)



# 新たな機能評価係数(6項目 置き換え率25%)





## 新たな機能評価係数(4項目置き換え率25%)

25%

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	0.0128	0.0282	0.0466	0.0056
200床以上400床未満	486	0.0204	0.0326	0.0544	0.0050
400床以上	323	0.0245	0.0402	0.0536	0.0055
特定機能病院	83	0.0353	0.0440	0.0545	0.0038
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074

DPC算定病床割合	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	434	0.0147	0.0351	0.0545	0.0070
80%以上100%未満	548	0.0128	0.0358	0.0536	0.0072
60%以上80%未満	180	0.0155	0.0297	0.0474	0.0057
60%未満	120	0.0176	0.0274	0.0440	0.0056
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074

総合・がん専門・専門病院	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	0.0176	0.0342	0.0545	0.0073
専門病院	132	0.0128	0.0303	0.0466	0.0064
がん専門	27	0.0151	0.0386	0.0515	0.0089
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074

## 新たな機能評価係数(6項目置き換え率25%)

25%

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	0.0151	0.0308	0.0559	0.0063
200床以上400床未満	486	0.0222	0.0340	0.0547	0.0050
400床以上	323	0.0271	0.0402	0.0567	0.0055
特定機能病院	83	0.0327	0.0405	0.0519	0.0038
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

DPC算定病床割合	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	434	0.0151	0.0357	0.0547	0.0066
80%以上100%未満	548	0.0151	0.0363	0.0567	0.0063
60%以上80%未満	180	0.0157	0.0324	0.0559	0.0059
60%未満	120	0.0191	0.0306	0.0492	0.0065
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

総合・がん専門・専門病院	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	0.0191	0.0355	0.0567	0.0065
専門病院	132	0.0151	0.0310	0.0526	0.0070
がん専門	27	0.0151	0.0328	0.0446	0.0068
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

# 「診療報酬において後発医薬品調剤体制加算等の算定対象となる後発医薬品」の考え方について

## 第1 基本的な考え方

- 1 後発医薬品については、生物学的同等性試験の結果等から、品質、有効性及び安全性が先発医薬品と同等であることを確認した上で、薬事法に基づき承認されるものである。
- 2 後発医薬品は、開発に要する費用が先発医薬品よりも少なく済み、一般的に、先発医薬品の薬価よりも低い薬価であるため、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するという観点から、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきた。
- 3 また、診療報酬において後発医薬品調剤体制加算等の算定対象となる後発医薬品を公表しており、これまで、薬事法上の後発医薬品をリストに掲載してきたところである。

### <診療報酬上の評価項目>

○後発医薬品調剤体制加算（調剤）

後発医薬品を積極的に調剤する薬局に対する調剤基本料の加算

○後発医薬品調剤加算（調剤）

後発医薬品を調剤した場合の調剤料の加算

○後発医薬品情報提供料（調剤）

後発医薬品の品質、先発医薬品との薬剤料の差等に関する患者への情報提供に対する評価

○後発医薬品使用体制加算（医科：平成22年度から実施予定）

後発医薬品を積極的に使用する医療機関に対する入院基本料の加算

## 第2 平成22年度診療報酬改定における対応

- 1 今般、平成22年度薬価改定の結果、薬事法上の後発医薬品のうち、別紙に掲げる一部の品目の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであるところ、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対

象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととしたい。

- 2 なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目については、薬価改定の告示にあわせて公表し、当該取扱いは4月からの実施とするが、直近3ヶ月間の実績に基づき診療報酬上の評価を行っている後発医薬品調剤体制加算については、経過措置を設けることとする。

具体的には、1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」に基づき算出することとするとともに、1月から3月の実績で要件を満たす薬局については、平成22年9月末までの間、要件の1割以内の変動の範囲の実績で、加算の算定を認めることとする。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

(先発医薬品の品目名 [企業名])

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

(先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン])

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

(先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ])

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

(先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠200mg [田辺三菱製薬])

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

(先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬])

(先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン])

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

(先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬])

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

(先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フイルムRIファーマ])

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

(先発医薬品；マルトース輸液 10%) [大塚製薬工場])

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋））[日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

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

# 後発医薬品の使用促進について

## 第1 基本的な考え方

これまで、後発医薬品（※）の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の創設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

※ 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまで、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成 22 年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるといふ本来の趣旨にそぐわないことから、平成 22 年 4 月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「 \*」を付すこととする。

## 第2 具体的な内容

### 1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以

上) を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき） 4点</p> <p>直近3か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品*の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること</p> <p>1 20%以上 ○○○点 改</p> <p>2 25%以上 ○○○点 改</p> <p>3 30%以上 ○○○点 改</p>

※ 1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

また、平成22年4月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する予定であるが、1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1月から3月の実績で要件を満たす薬局については、平成22年9月までの間、要件の1割以内の変動の範囲の実績で、加算の算定を認めることとする。

## 2. 薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品\* への変更調剤

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

- ① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、
- ② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品\* の調剤

(注1, 2) を認めることとする。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品\* の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形(※)の後発医薬品\* の調剤(注)を認めることとする。

※ 類似した別剤形の例(各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能)

(内服薬の場合)

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

なお、外用薬については、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。



(3) 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更に差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

※ 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を創設する。



#### 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 〇〇〇点

[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料は、一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（特別入院基本料を含む。）

[施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

#### 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

(先発医薬品の品目名 [企業名])

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

(先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン])

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

(先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ])

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

(先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠200mg [田辺三菱製薬])

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

(先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬])

(先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン])

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

(先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬])

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

(先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ])

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

(先発医薬品；マルトース輸液 10%) [大塚製薬工場])

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋））[日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

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

## 明細書発行に関する論点の整理について

### I 診療側委員から示された主な懸念事項

#### 1. 事務・費用負担に関する事項

- ・ 患者からの照会の増大とこれに対応するための体制確保
- ・ 新たなレセコンやソフトの購入費用
- ・ 明細書発行に一定の時間を要することに伴う体制確保費用 等

#### 2. 患者に関する事項

- ・ 病名告知の問題
- ・ 患者本人以外の者に患者の個人情報提供されるおそれ
- ・ 患者の待ち時間の増加 等

### II 上記を踏まえた対応（案）

今後、地方厚生局への届出により、各保険医療機関等の明細書の発行状況が把握できるようになることを踏まえ、平成22年度以降、以下の項目を中心に検証を行うこととしてはどうか。

- ① 発行実態（発行枚数、費用徴収の有無及びその金額 等）
- ② 事務・費用負担（患者からの照会件数、体制確保の状況、設備整備に要する費用 等）
- ③ 患者への影響（待ち時間の増減、苦情の有無等） 等

# 明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

## 第1 基本的な考え方

### 1. 明細書発行義務化の拡大について

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

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

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

### 2. 電子化加算について

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

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

### 3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかか

っている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

## 第2 具体的な内容

### 1. 明細書発行義務化の拡大

#### (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について

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

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

#### 「正当な理由」の考え方（案）

##### ① 発行関係

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

##### ② 費用徴収関係（実費徴収が認められる場合）

## 上記①のイ又はロに該当する場合

### 「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局にその旨の届出を行うこととする。

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

### (注1)

レセコンベンダへの聞き取り調査によれば、

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

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30 秒程度かかる  
とのこと

### (注2)

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

## (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について



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

## 2. 電子化加算の見直し

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

### ⑨ 明細書発行体制等加算 〇〇〇点

[算定要件]

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

現 行	改定案
<b>【電子化加算】</b> （初診料に加算）  3点 ⑨	
	<b>【明細書発行体制等加算】</b> （再診料に1月につき1回加算）  〇〇〇点 ⑨

## 3. 処方せん様式等の見直しについて

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

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

## 国立病院等での明細書発行状況について

## 1. 国立病院等での明細書発行状況について

- (1) 国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）での発行状況（8病院）  
全ての施設において、患者の求めの有無にかかわらず、入院・外来ともに全患者に無料発行  
（※DPCの投薬・検査の項目についても記載）

- (2) 国立病院機構での発行状況（145病院）  
方針：国立病院機構全病院において、患者の求めにかかわらず全患者に対して無料で発行する方針。

現状：平成22年1月現在での状況は以下のとおり。

- ・入院、外来ともに発行 16病院
- ・外来のみ発行 2病院
- ・年度内実施予定
  - 入院・外来ともに発行 9病院
  - 入院のみ発行 1病院
- ・平成22年度実施予定 45病院
- ・平成23年度以降実施予定 72病院

※年度内実施も含め、予定であり変動はあり得る。

## 2. 全患者への発行による問題点の有無

- (1) 国立高度医療センター  
医政局政策医療課によれば、全てのケースを把握しているわけではないが、患者への告知やプライバシーの観点から実際に問題になったケースの報告は受けていないとのこと。

- (2) 国立病院機構  
国立病院機構本部によれば、全てのケースを把握しているわけではないが、患者への告知やプライバシーの観点から実際に問題になったケースの報告は受けていないとのこと。

なお、国立病院機構本部では、病名の告知については、会計時において病名を知り得ることが考えられることから、特に悪性腫瘍等の患者で非告知の場合は、患者の家族等に本取り組みを行うことの周知徹底を図るなどの配慮が必要という旨の注意喚起を各病院に対して行っている。

## 骨子における重要課題関連項目（外来）及び

### 「四つの視点」関連項目（外来を中心に）

地域の連携による救急患者の受入の評価.....	1
がん診療におけるがん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実.....	3
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実.....	4
肝炎治療の推進について.....	6
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について....	8
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	11
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	12
訪問診療の評価の充実.....	14
在宅における専門医療の評価.....	16
患者のニーズに応じた訪問看護の推進.....	18
乳幼児等への訪問看護の推進について.....	20
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し.....	21
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	23
後期高齢者医療の診療報酬について.....	26

# 地域の連携による救急患者の受入の評価

## 第1 基本的な考え方

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

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

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算の引き上げを行う。

## 第2 具体的な内容

### 1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。



#### 地域連携夜間・休日診療料 〇〇〇点

[施設基準]

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

### 2. 小児救急外来の評価

- (1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保す

る地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 350点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 〇〇〇点 改
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 500点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 〇〇〇点 改

(2) 多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。



### 院内トリアージ体制加算 〇〇〇点

#### [施設基準]

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

#### [算定要件]

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

### 3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】
乳幼児加算 72点	乳幼児加算 〇〇〇点 改
【再診料】【外来診療料】	【再診料】
乳幼児加算 35点	乳幼児加算 〇〇〇点 改

# がん診療における

## がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

### 第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組みに対し評価を行う。

### 第2 具体的な内容

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

#### ⑨ がん治療連携計画策定料（計画策定病院（退院時）） 〇〇〇点

##### [算定要件]

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

#### ⑩ がん治療連携指導料（連携医療機関（情報提供時）） 〇〇〇点

##### [算定要件]

がん治療連携指導料1を算定した患者に対し、計画作成病院において作成された治療計画に基づき、計画作成病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画作成病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

# がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

## 第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. 患者ががんの診断を受け告知される際には多面的な配慮がなされた環境で十分な説明を受ける必要があることからその評価を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行		改定案	
イ	外来化学療法加算 1 500 点 15 歳未満の患者 700 点	イ	外来化学療法加算 1 ○○○点 <sup>改</sup> 15歳未満の患者 ○○○点 <sup>改</sup>
ロ	外来化学療法加算 2 390 点 15 歳未満の患者 700 点	ロ	外来化学療法加算 2 ○○○点 <sup>改</sup> 15歳未満の患者 700点



② (2) 介護老人保健施設入所者に対する抗がん剤注射薬の算定

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

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室のさらなる評価を行う。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  〇〇〇点 ②

3. がん患者に対する病名の告知及び丁寧な説明に対する評価

がんの告知を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

③ がん患者カウンセリング料 〇〇〇点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、30分以上の説明を行った場合に算定する。

# 肝炎治療の推進について

## 第1 基本的な考え方

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

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

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



肝炎インターフェロン治療計画料 〇〇〇点（1人につき1回）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

## 2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

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



肝炎インターフェロン治療連携加算      〇〇〇点（月1回まで）

### [算定要件]

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

# 居住系施設等訪問診療料の見直し及び

## 分かりやすい点数設定について

### 第1 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料については、平成20年度改定において、在宅患者訪問診療料2を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。一方で、在宅患者訪問診療料2に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料1を複数回算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

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

現 行	改定案
【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】
1 在宅での療養を行っている患者	1 <u>2 以外の場合</u> 830点 ㊦

(居住系施設入居者等を除く。) の 場合。 830 点	
2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点	2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200 点 ㊦

## 2. 分かりやすい点数設定について

### (1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

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

現 行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 8,760 点</p> <p>2 8日以上14日以内 7,330 点</p> <p>重症者等を概ね9割以上入院させる治療室の場合、所定点数の100分の5に相当する点数を加算する。</p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 〇〇〇点 ㊦</p> <p>2 8日以上14日以内 〇〇〇点 ㊦</p> <p>(削除)</p>

### (2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

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

### 3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

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

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

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

# 疾病の重症化予防に対する適正な評価について

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

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

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

# 在宅医療を提供する医療機関の充実

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 在宅移行早期加算の新設

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

### **新** 在宅移行早期加算 〇〇〇点 (月1回)

[算定要件]

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

### 2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。



### 3. 在宅療養支援病院の要件緩和

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

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

# 訪問診療の評価の充実

## 第1 基本的な考え方

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

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

## 第2 具体的な内容

### 1. 往診料の評価の引き上げ

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

現 行	改定案
【往診料】  650点	【往診料】  〇〇〇点 改

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

### 2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

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

### 3. 乳幼児加算の新設

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

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 〇〇〇点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 〇〇〇点

# 在宅における専門医療の評価

## 第1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅にて行える医療の分野も拡大しており、患者が在宅にてより専門的な医療を受けることができるように、その評価を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

#### (1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

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

現 行	改定案
<b>【在宅血液透析指導管理料】</b> (1月につき) 3,800点 2回目以降 2,000点 (月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで)	<b>【在宅血液透析指導管理料】</b> (1月につき) 〇〇〇点 ㊦ 2回目以降 2,000点 (初回算定から2月までの間) [施設基準] <u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u> [算定要件] <u>関係学会等のマニュアルを参考に在宅透析を行うこと。</u>
<b>【透析液供給装置加算】</b> (1月につき) 8,000点	<b>【透析液供給装置加算】</b> (1月につき) 〇〇〇点 ㊦

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

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

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

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

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



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料      〇〇〇点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要なもの

# 患者のニーズに応じた訪問看護の推進

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

- ⑧ 1. 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3カ所までに拡大する。

[算定要件]

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

- ⑧ 2. 特別訪問看護指示書の特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2カ所までに拡大する。

[算定要件]

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

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

現 行	改正案
<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>月の初日の場合                   7,050 円</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>  2,900 円</p>	<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>月の初日の場合                   〇〇〇円 ②</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>  〇〇〇円 ②</p> <p>[算定要件]</p> <p>訪問看護ステーションにおいて、以下の安全管理体制が整備されていること</p> <p>①安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。</p> <p>②訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されている。</p>





# 訪問看護におけるターミナルケアに係る

## 評価の見直し

### 第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、在宅等での死亡と同様に評価する。

### 第2 具体的な内容

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、死亡診断を目的として医療機関に搬送され 24 時間以内に死亡した場合においても評価する。

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

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

# 患者の状態に応じた訪問看護の充実

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

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

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

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

(訪問看護療養費)

<b>新</b>	複数名訪問看護加算 (週1回)	看護師等 〇〇〇円
		准看護師 〇〇〇円

(在宅患者訪問看護・指導料)

(同一建物居住者訪問看護・指導料)

<b>新</b>	複数名訪問看護・指導加算 (週1回)	保健師、助産師又は看護師 〇〇〇点
		准看護師 〇〇〇点

[算定要件]

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

※訪問看護療養費においては看護師等とする。

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

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

# 後期高齢者医療の診療報酬について

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 対象者を全年齢に拡大する項目

#### (1) 医科診療報酬における項目

##### ①後期高齢者特定入院基本料

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

[1月27日提示済み]

##### ②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組みを現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、

対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点</p> <p><u>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 手帳記載加算 〇〇〇点 ㊦</p> <p><u>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>

### ③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理に関する情報が退院後にも継続的に行えるような取組みを現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組みは年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【<u>後期高齢者退院時薬剤情報提供料</u>】</p> <p>100点</p> <p>注 <u>後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p>	<p>【<u>退院時薬剤情報管理指導料</u>】</p> <p>〇〇〇点 ㊦</p> <p>注 <u>患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、</u></p>

<p><b>【薬剤管理指導料】</b></p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p><u>退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(廃止)</p>
--	---

### ③後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

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

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者処置】</b></p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p><b>【長期療養患者褥瘡等処置】</b></p> <p>(1日につき) 〇〇〇点 ㊦</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p><b>【後期高齢者精神病棟等処置】</b></p> <p>15点</p>	<p><b>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】</b></p> <p>〇〇〇点 ㊦</p>



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

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。  
〔2月3日提示済み〕

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

〔2月3日提示済み〕

## 2. 特に議論のあった項目

### (1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組みは高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

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

### (2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料については、一度廃止する。

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

### 3. 例外的な見直しを行う項目

#### (1) 診療所後期高齢者医療管理料

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

〔1月27日提示済み〕

#### (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

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

〔1月27日提示済み〕

#### (3) 後期高齢者総合評価加算〔1月29日提示済み〕

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

〔1月27日提示済み〕

#### (4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

〔1月29日提示済み〕

## 骨子における重要課題関連項目（技術）及び

### 「四つの視点」関連項目（技術）

手術料の適正な評価について .....	1
手術以外の医療技術の適正な評価について .....	3
新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設 .....	4
人工腎臓等の適正な評価について .....	9
検体検査実施料の適正化について .....	11
エックス線撮影料：アナログ撮影及びデジタル撮影の新設 .....	12
コンピューター断層撮影診断料の見直し .....	14
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し .....	16
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化 .....	18

# 手術料の適正な評価について

## 第1 基本的な考え方

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、新規手術の保険導入を行う。

さらに、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、概ね手術料全体の評価を引き上げる。特に、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を必要とする手術をより高く評価する。

#### (1) 評価対象手術

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

#### (2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を必要とする

鑑定されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差については外保連試案を用いて整合をとることとする。

### (3) 小児に対する手術評価の引き上げ

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

#### (参考 1) 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。〔1月20日提示済み〕

(導入された技術の例)

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

#### (参考 2) 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。〔1月27日提示済み〕

(導入された技術の例)

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

# 手術以外の医療技術の適正な評価について

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

### (参考1) 先進医療技術の保険導入（手術以外）

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。〔1月20日提示済み〕

#### (導入された技術の例)

- ①胎児心超音波検査（産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。）
- ②子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断（子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。）
- ③抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査（EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。）

### (参考2) 新規保険収載提案技術の保険導入（手術以外）

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。〔1月27日提示済み〕

#### (導入された技術の例)

- ①イメージガイド下放射線治療（IGRT）
- ②特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査
- ③医療機器決定区分C2（新機能・新技術）に係る技術（VACシステム等）

# 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

① J045-2 一酸化窒素吸入療法（1時間につき） 〇〇〇点

[算定要件]

下記の何れかの施設基準の届け出を行っている医療機関において算定できる。

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

### 2. 胸郭変形矯正用材料に係る技術料の評価

現 行	改定案
K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点	K142-2 脊椎側彎症手術 1 固定術 〇〇〇点 改 2 矯正術 イ 初回挿入術 〇〇〇点 新 ロ 全体交換術 〇〇〇点 新 ハ 伸展術 〇〇〇点 新



<p>注 椎間が2以上の場合、1椎間を増すごとに所定点数に17,400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする。</p>	<p>注 1については、椎間が2以上の場合、1椎間を増すごとに所定点数に〇〇〇点を加算する。ただし、加算点数は〇〇〇点を限度とする。 ㊦</p>
---	--

### 3. 局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価



#### J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

##### 1 被覆材を交換した場合

イ 100 cm<sup>2</sup>未満 〇〇〇点

ロ 100 cm<sup>2</sup>以上 200 cm<sup>2</sup>未満 〇〇〇点

ハ 200 cm<sup>2</sup>以上 〇〇〇点

注 初回のみ、イにあっては〇〇〇点、ロにあっては〇〇〇点、ハにあっては〇〇〇点を加算する。

2 その他の場合 〇〇〇点

### 4. 皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価



#### D231-2 皮下連続式グルコース測定（一連につき） 〇〇〇点

[算定要件]

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

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

現 行	改定案
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術又は区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>ロ イ以外の場合 320点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 〇〇〇点 <b>新</b></p> <p>ロ <u>その他の場合</u> 〇〇〇点 <b>改</b></p> <p>注1 <u>イについては、体内埋込式心臓ペースメーカー又は体内埋込式除細動器等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、4月に1回に限り算定する。ただし、イを算定した月以外であって、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、ロを算定する。</u> <b>新</b></p> <p>2 <u>ロについては、体内埋込式心臓ペースメーカー又は体内埋込式除細動器等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u> <b>改</b></p> <p>3 <u>区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術、区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術、区分番号 K599 に掲げる埋込型除細動器移埋</u></p>

	<p>術又は、区分番号 K599-3 に掲げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に〇〇〇点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">㊦</p>
--	--

## 6. 血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

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

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

現 行	改定案
<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術（略）</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>	<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術（略）</p> <p>注1 三次元カラーマッピング下に行った場合は所定点数に〇〇〇点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">㊦</p> <p>2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>

## 8. 埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

⑧	D210-3	埋込型心電図検査（解析料を含む。）	〇〇〇点
	K597-3	埋込型心電図記録計移植術	〇〇〇点
	K597-4	埋込型心電図記録計摘出術	〇〇〇点

### [算定要件]

下記の何れかの施設基準の届け出を行っている医療機関において算定できる。

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

## 9. 末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

⑧	G005-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術	〇〇〇点
---	--------	----------------------	------

## 10. 胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

⑧	K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	〇〇〇点
---	------	-------------------	------

## 11. 特定薬剤治療管理料の適応拡大

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

# 人工腎臓等の適正な評価について

## 第1 基本的な考え方

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 人工腎臓の評価体系について

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

現 行	改定案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 <u>慢性維持透析の場合</u> ㊦
イ 4時間未満の場合 2,117点	イ 4時間未満の場合 〇〇〇点 ㊦
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 〇〇〇点 ㊦
ハ 5時間以上の場合 2,397点	ハ 5時間以上の場合 〇〇〇点 ㊦
2 その他の場合 1,590点	2 その他の場合 〇〇〇点 ㊦

## 2. 透析液の水質管理について

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



透析液水質確保加算 ○○○点（1日につき）

[算定要件]

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

# 検体検査実施料の適正化について

## 第1 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所等調査による実勢価格に基づいてその見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

## 第2 具体的な内容

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

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

## エックス線撮影料：

### アナログ撮影及びデジタル撮影の新設

#### 第1 基本的な考え方

デジタルエックス線撮影は、患者の被曝低減が可能であることや、画質改善や計測等の画像処理ができること、大量の画像データを少ないスペースで保管できることなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有している。

平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影との区別を明確化する。

#### 第2 具体的な内容

##### 1. デジタルエックス線撮影料の新設

現 行	改定案
E002 撮影	E002 撮影
1 単純撮影 65 点	1 単純撮影 <u>イ</u> アナログ撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup> <u>ロ</u> デジタル撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup>
2 特殊撮影（一連につき） 264 点	2 特殊撮影（一連につき） <u>イ</u> アナログ撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup> <u>ロ</u> デジタル撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup>
3 造影剤使用撮影 148 点	3 造影剤使用撮影 <u>イ</u> アナログ撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup> <u>ロ</u> デジタル撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup>



4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき） イ アナログ撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup> ロ デジタル撮影 〇〇〇点 <sup>新</sup>
--------------------	---

## 2. デジタル映像化処理加算の廃止

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

## 3. 電子画像管理加算の見直し

現 行	改定案
【電子画像管理加算】	【電子画像管理加算】
イ 単純撮影の場合 60 点	イ 単純撮影の場合 〇〇〇点 <sup>改</sup>
ロ 特殊撮影の場合 64 点	ロ 特殊撮影の場合 〇〇〇点 <sup>改</sup>
ハ 造影剤使用撮影の場合 72 点	ハ 造影剤使用撮影の場合 〇〇〇点 <sup>改</sup>
ニ 乳房撮影の場合 60 点	ニ 乳房撮影の場合 〇〇〇点 <sup>改</sup>

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

## 第1 基本的な考え方

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にある一方で、使用機器の診断性能に見合った評価がなされていないとの指摘があることを踏まえ、画像撮影の評価体系を見直す。

## 第2 具体的な内容

16列以上のマルチスライス型CTによる撮影に対する評価を新設する。また、1.5テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を引き上げる。さらに、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

現 行	改定案
E200 コンピューター断層撮影 1 CT撮影 イ マルチスライス型の機器による場合 850点 ロ イ以外の場合 650点	E200 コンピューター断層撮影 1 CT撮影 イ <u>16列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 〇〇〇点 ⑨ ロ <u>2列以上 16列未満のマルチスライス型の機器による場合</u> 〇〇〇点 ⑩ ハ <u>イ、ロ以外の場合</u> 〇〇〇点 ⑩
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) 1 1.5テスラ以上の機器による場合 1300点 2 1以外の場合 1080点	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) 1 1.5テスラ以上の機器による場合 〇〇〇点 ⑩ 2 1以外の場合 〇〇〇点 ⑩

第3節 通則2

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

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の〇〇〇に相当する点数により算定する。㊦

# 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

## 第1 基本的な考え方

1. 大腸内視鏡手術の普及が進む中、大腸のポリープ・粘膜切除術に対する現行の評価に関しては、胃・十二指腸と比較して高点数である、難易度に応じた技術の評価となっていない等の指摘がある。

こうした指摘を踏まえ、腫瘍の良悪性に基づく従来の評価から、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分への見直しを行う。

2. ポリープ・粘膜切除術後の止血に対し、より高い点数設定である小腸結腸内視鏡的止血術を算定している場合があるとの指摘があることから、当該分野について適正化を行う。

## 第2 具体的な内容

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術について、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

また、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術の算定要件を明確化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点	1 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm以上のもの</u> 〇〇〇点 改
2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点	2 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm未満のもの</u> 〇〇〇点 改 [算定要件]

<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>5,360 点</p>	<p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u> ⑨</p> <p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 <u>ポリープが2 cm 以上のもの</u> 〇〇〇点 ⑩</p> <p>2 <u>ポリープが2 cm 未満のもの</u> 〇〇〇点 ⑩</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u> ⑨</p>
---------------------------------------	--

# 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

## 第1 基本的な考え方

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

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

## 第2 具体的な内容

### 1. 眼科学的検査の適正化

現 行		改定案	
D262	屈折検査 74点	D262	屈折検査 〇〇〇点 改
D263	矯正視力検査	D263	矯正視力検査
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点		1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 〇〇〇点 改
	2 1以外の場合 74点		2 1以外の場合 〇〇〇点 改
D264	精密眼圧測定 85点	D264	精密眼圧測定 〇〇〇点 改
D265	角膜曲率半径計測 89点	D265	角膜曲率半径計測 〇〇〇点 改

### 2. 耳鼻科学的検査の適正化

現 行		改定案	
D244	自覚的聴力検査	D244	自覚的聴力検査
	1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 400点		1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 〇〇〇点 改
	2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点		2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 〇〇〇点 改

### 3. 内視鏡検査の適正化

現 行	改定案
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) 620 点	D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) 〇〇〇点 改
D299 喉頭ファイバースコープ 620 点	D299 喉頭ファイバースコープ 〇〇〇点 改

### 4. 皮膚科処置の適正化

現 行	改定案
J055 いぼ焼灼法	J055 いぼ焼灼法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 〇〇〇点 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 〇〇〇点 改
J056 いぼ冷凍凝固法	J056 いぼ冷凍凝固法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 〇〇〇点 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 〇〇〇点 改