

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>重症者加算 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>1 重症者加算1 60点(改)</p> <p>2 重症者加算2 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 重症者加算1</p> <p><u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</u></p> <p>2 重症者加算2</p> <p><u>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</u></p>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

2. 精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院調整加算（退院時） 500点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

- (1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。
- (2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。
「重点課題2-5-③」を参照のこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（1日につき6時間）と精神科ショート・ケア（1日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</u></p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して</u></p>

	精神科デイ・ケアを行った場合は、 所定点数の100分の50に相当する 点数を算定する。ただし、入院中 1回までとする。
--	--

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,000点(改) 疾患別等診療計画加算 40点(新) [算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

3. 通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合		いる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	<u>700点</u> (改)
2 1 以外の場合		2 1 以外の場合		
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点	
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点	
		<p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に<u>25点</u>を加算する。</p>		

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<u>ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内に限り算定する。</u></p>

4. 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現 行	改定案
<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p>1 <u>認知療法・認知行動療法 1</u></p> <p style="text-align: right;">500点(新)</p> <p>2 <u>認知療法・認知行動療法 2</u></p> <p style="text-align: right;">420点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法 1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法 2</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>

5. 向精神薬の多量・多剤投与の適正化

(1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果を高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、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に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 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、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>③ 他の精神科専門療法と同一日に</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、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に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② <u>当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</u></p> <p>③ 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、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ <u>抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。</u></p> <p>⑤ 他の精神科専門療法と同一日に</p>

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
--	--

6. 治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（1月につき） 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （1月につき）</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調</p>

	<p><u>症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>クロザピン</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。</u></p> <p>② <u>副作用に対応できる体制が整備されていること。</u></p>
--	---

7. 精神科リエゾンチーム加算を新設する。
「重点課題1-4-①」を参照のこと。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲]</p> <p>診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲]</p> <p>診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法、<u>J-038人工腎臓（入院60日以内に限る）</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

2. 認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

(新) 認知症夜間対応加算（1日につき） 84点

[算定要件]

- ① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- ② 入院日から30日以内であること。

3. 退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 <u>300点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に<u>退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従の従事者1人（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）</u>が配置されていること。</p>

認知症患者の外来診療の評価

骨子【I-4-(2)】

第1 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 認知症専門診断管理料の見直し

現 行	改定案
<p>【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に</p>	<p>【認知症専門診断管理料】(1人につき1回)</p> <p>1 <u>認知症専門診断管理料1</u> 700点(改)</p> <p>2 <u>認知症専門診断管理料2</u> 300点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認</p>

<p>紹介した場合に算定。</p>	<p>知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。</p> <p>③ <u>認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。</u></p> <p>2 認知症専門診断管理料 2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>② <u>他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定。</u></p>
-------------------	--

2. 認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)

[算定要件]

専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【I-4-(3)】

第1 基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 夜間ケア加算 100点（1日につき）

[算定要件]

- ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。
- ② 当該加算を算定した日から起算して1年以内に限る。

[施設基準]

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する 医療連携の評価

骨子【I-4-(4)】

第1 基本的な考え方

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

(新)	<u>地域連携認知症集中治療加算（退院時）</u>	1,500点
(新)	<u>地域連携認知症支援加算（再転院時）</u>	1,500点

[算定要件]

- ① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、BPSD等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。
- ② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、60日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

結核病棟入院基本料における退院基準の評価

骨子【I-5-(1)】

第1 基本的な考え方

結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>	<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、<u>15対1入院基本料</u>、<u>18対1入院基本料</u>又は<u>20対1入院基本料</u>の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>

<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>	<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>
---	---

結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等(院内DOTS)を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

現 行		改定案	
【結核病棟入院基本料】(1日につき)		【結核病棟入院基本料】(1日につき)	
1	7対1入院基本料 1,447点	1	7対1入院基本料 <u>1,555点</u> (改)
2	10対1入院基本料 1,192点	2	10対1入院基本料 <u>1,300点</u> (改)
3	13対1入院基本料 949点	3	13対1入院基本料 <u>1,092点</u> (改)
4	15対1入院基本料 886点	4	15対1入院基本料 <u>934点</u> (改)
5	18対1入院基本料 757点	5	18対1入院基本料 <u>798点</u> (改)
6	20対1入院基本料 713点	6	20対1入院基本料 <u>752点</u> (改)
		[施設基準]	
		<p><u>結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。</u></p> <p><u>施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。</u></p>	

陰圧室、無菌治療室の適正な評価

骨子【I-5-(3)】

第1 基本的な考え方

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室加算）について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

第2 具体的な内容

1. 二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

現 行	改定案
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。<u>ただし、陰圧室加算を算定する日にあつては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。</u></p>

2. 無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。なお、経過措置として平成25年3月31日までは従前の例による。

現 行	改定案
【無菌治療室管理加算】(1日につき)	【無菌治療室管理加算】(1日につき)

3,000点	<p>1 無菌治療室管理加算 1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算 2 2,000点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算 1</p> <p>① <u>個室であること。</u></p> <p>② 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>③ 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス6以上</u> であること。</p> <p>④ <u>室内の空気の流れが一方向であること。</u></p> <p>2 無菌治療室管理加算 2</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス7以上</u> であること。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度がクラス1万以下であること。</p>	

[経過措置]

現在、この加算を算定している医療機関は、平成25年3月31日までは無菌治療室管理加算1を算定できる。

感染防止対策への評価

骨子【I-5-(4)】

第1 基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

(新) 感染防止対策加算1 400点 (入院初日)

(新) 感染防止対策加算2 100点 (入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点（入院初日）

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）
	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,900点(新)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,750点(改)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,600点

2. また、重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

[施設基準]

- ① 常時 13 対 1 以上の看護配置があること。(看護師 7 割以上、夜勤看護職員 2 名以上)
- ② 常時 30 対 1 以上の看護補助者の配置があること。
- ③ 専任のリハビリテーション科の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以

上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置があること。

- ④ 在宅復帰率が7割以上であること。
- ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者（日常生活機能評価で10点以上の患者）であること。
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。
- ⑦ 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。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>【重症患者回復病棟加算】（1日につき） 50点</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 <u>1,750点(改)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>⑥ <u>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</u></p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料における包括範囲について見直

しを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

早期リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

第2 具体的な内容

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき)</p> <p>早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき)</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 (14日以内) <u>イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> 75点(新)</p> <p>ロ その他の場合 30点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算 2 (15日以上30日以内) 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 <u>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。</u></p>

<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】</p> <p>注2（1単位につき）</p> <p>早期リハビリテーション加算</p> <p style="text-align: right;">45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>2 早期リハビリテーション加算2</p> <p>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p> <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】</p> <p>注2（1単位につき）</p> <p>1 早期リハビリテーション加算1（14日以内）</p> <p style="padding-left: 2em;">イ <u>リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> 75点(新)</p> <p style="padding-left: 2em;">ロ その他の場合 30点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2（15日以上30日以内） 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算</p> <p style="padding-left: 2em;"><u>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内</u>に限り算定する。</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2</p> <p style="padding-left: 2em;">入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p>
---	---

外来リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(3)】

第1 基本的な考え方

外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 1</u>	<u>69 点 (7日につき)</u>
(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 2</u>	<u>104 点 (14日につき)</u>

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料 1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーション診療料 2

- ① リハビリテーション実施計画において、2週間に2日以上疾患別リハビリ

テーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

- ② 算定日から 14 日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から 14 日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

[施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。

訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作（以下ADLという）が低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

第2 具体的な内容

- 急性増悪等のためにADLが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。<u>ただし、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合、6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定する。</u></p>

- 上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合にも、6月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

リハビリテーションの充実について

骨子【I-6-(5)(6)】

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

「重点課題2-6-①」を参照のこと。

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

「重点課題2-6-①」を参照のこと。

3. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長し、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

「重点課題2-6-②」を参照のこと。

生活の質に配慮した歯科医療

骨子【I-7-(1)】

骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を明示し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算(仮称)」に改める。

また、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

2. 例えば、糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があることを踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

第2 具体的な内容

1. 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算を歯科診療特別対応加算に改め、対象者の明確化を図る。

現 行	改定案
<p>【障害者加算（初診料・再診料の加算）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻りに治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。 	<p>【<u>歯科診療特別対応加算（初診料・再診料の加算）</u>】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>著しく歯科診療が困難な者</u>に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <u>（改）</u> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>著しく歯科診療が困難な者</u>」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻りに治療の中断が必要な状態、<u>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻りに見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態</u>又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算</u>を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。<u>（改）</u>

2. 歯科診療特別対応地域支援加算の新設

(新) 歯科診療特別対応地域支援加算（初診料の加算、初診時1回）

100点

著しく歯科診療が困難な患者について、専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき、歯科医療機関で受け入れ外来で診療を行った場合の評価を新設する。

[算定要件]

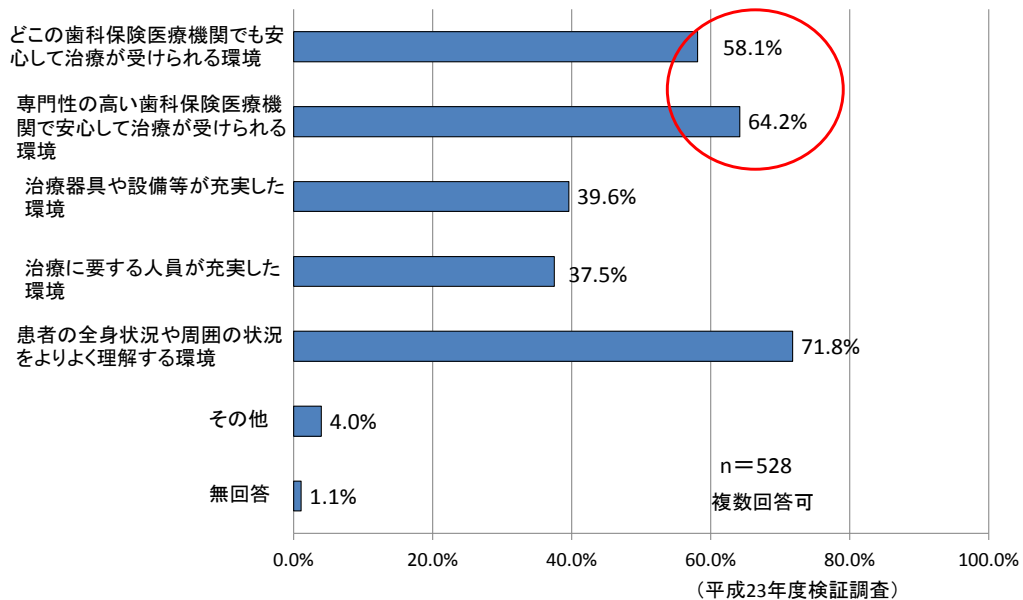
歯科診療を実施している保険医療機関（診療所であって、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関は除く。）において、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、月1回に限り所定点数に加算する。

3. 著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進

著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療を専門的に行う医療機関と地域の歯科診療を担う医療機関との連携促進を図る観点から、これらの医療機関に対して、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

現 行		改定案	
【診療情報提供料 I】	250点	【診療情報提供料 I】	250点
		<p><u>注 歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、歯科診療特別対応加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。(新)</u></p>	

歯科医療を受けるにあたり希望すること (平成23年度検証調査)



4. 歯の保存に資する技術の評価

一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するために行われる継続的な歯周病安定期治療について、歯周病に対するリスクが高い者に関しては治療間隔期間の短縮を図る等、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

(1) 歯周病に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p data-bbox="331 786 860 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="316 958 860 1279">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施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。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>	<p data-bbox="904 786 1433 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="888 958 1433 1391">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施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。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合においてはこの限りでない。 <u>（改）</u></p> <p data-bbox="904 1467 1066 1503">[算定要件]</p> <p data-bbox="904 1529 1445 2018">・ <u>2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、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。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる以下の場合については、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。なお、この場合、</u></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) 64点</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 58点</p> <p>ロ 小臼歯 62点</p> <p>ハ 大臼歯 68点</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 58点</p> <p>ロ 小臼歯 62点</p> <p>ハ 大臼歯 68点</p> <p>【歯周外科手術】 (1歯につき) (例)</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 600点</p>	<p>実施する理由 (イ 歯周外科手術を実施した場合は除く。)、全身状態等を診療録に記載すること。また、<u>ロ又はハに関しては主治の医師からの文書を添付すること。</u></p> <p><u>イ 歯周外科手術を実施した場合</u></p> <p><u>ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合</u></p> <p><u>ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合</u></p> <p><u>ニ 侵襲性歯周炎の場合</u></p> <p style="text-align: right;">(改)</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>66点 (改)</u></p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 <u>60点 (改)</u></p> <p>ロ 小臼歯 <u>64点 (改)</u></p> <p>ハ 大臼歯 <u>72点 (改)</u></p> <p>3 <u>歯周ポケット搔爬</u> (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 <u>60点 (改)</u></p> <p>ロ 小臼歯 <u>64点 (改)</u></p> <p>ハ 大臼歯 <u>72点 (改)</u></p> <p>【歯周外科手術】 (1歯につき) (例)</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 <u>620点 (改)</u></p>
--	--

<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 730 点</p> <p>2 次手術 300 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>・手術時歯根面レーザー応用加算 40点</p>	<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 <u>760 点 (改)</u></p> <p>2 次手術 <u>320 点 (改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>・手術時歯根面レーザー応用加算 <u>60点 (改)</u></p> <p><u>【歯周病部分的再評価検査】15 点 (新)</u> <u>(1 歯につき)</u></p> <p><u>注 歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に1回に限り算定する。</u> <u>(新)</u></p>
--	--

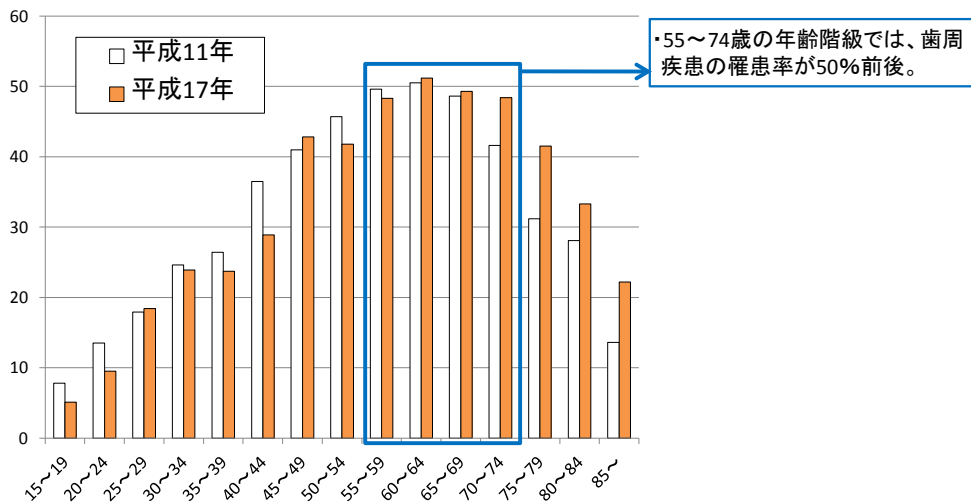
(2) 歯内療法に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 25 点</p>	<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 <u>30 点 (改)</u></p>
<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 220 点</p>	<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>228 点 (改)</u></p>
<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 130 点</p>	<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>144 点 (改)</u></p>
<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>	<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>

<p>(例)</p> <p>1 単根管 20点</p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 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、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。</p>	<p>(例)</p> <p>1 単根管 26点(改)</p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 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、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。(改)</p>
---	---

年齢階級別の歯周疾患罹患率

(%) (4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合)

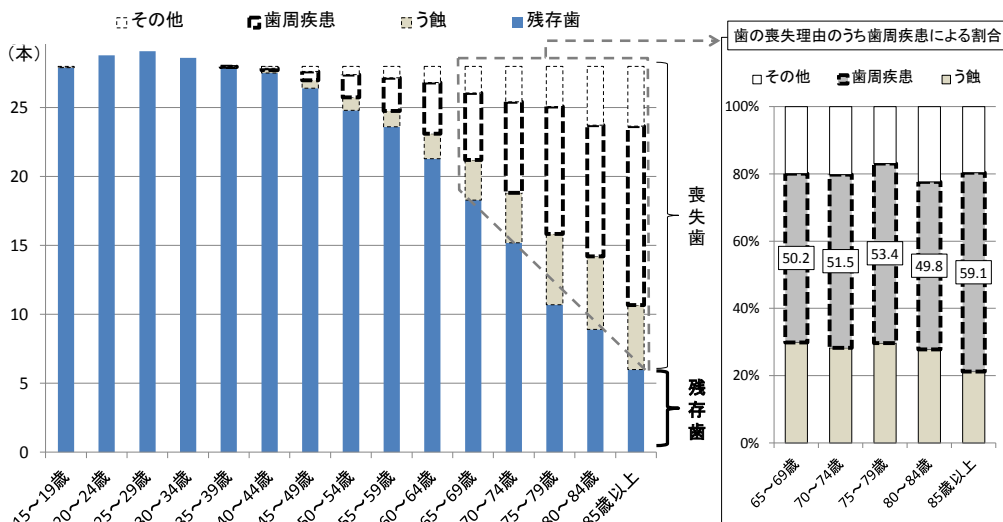


出典: 歯科疾患実態調査

(昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。)

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

- ・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
- ・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)及び歯科疾患実態調査(平成17年)をもとに作成

歯科矯正の適応症の拡大

骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価しているが、患者の視点等を踏まえ、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正の適応症について拡大を行う。

第2 具体的な内容

療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改定案
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂<small>しんがくこうがいれつ</small>に起因した咬合異常 ・顎離断<small>がくりだん</small>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。)ほか31疾患 	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂<small>しんがくこうがいれつ</small>に起因した咬合異常 ・顎離断<small>がくりだん</small>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。)ほか31疾患、 <u>小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン-ティビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の非症候性部分性無歯症(改)</u>

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-7-(2)】

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

1. 歯周病とともに歯の喪失リスクであるう蝕に罹患した歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術の評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。
2. 臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については学会等からの要望も踏まえて診療報酬上に位置づける。

第2 具体的な内容

1. 歯の修復に資する技術や歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術について評価の見直しを行う。

(1) 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【初期う蝕小窩裂溝填塞処置】 120 点	【初期う蝕早期充填処置】 122 点 (改)
【歯冠修復物又は補綴物の除去】 (1 歯につき)	【歯冠修復物又は補綴物の除去】 (1 歯につき)
1 簡単 15 点	1 簡単 16 点 (改)
2 困難 30 点	2 困難 32 点 (改)
3 根管内ポストを有する鑄造体	3 根管内ポストを有する鑄造体

50 点	<u>54 点 (改)</u>
【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)	【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)
1 生活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 300 点	1 生活歯歯冠形成 イ <u>金属冠 306 点 (改)</u>
2 失活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 160 点	2 失活歯歯冠形成 イ <u>金属冠 166 点 (改)</u>
3 窩洞形成 イ 単純なもの 54 点 ロ 複雑なもの 80 点	3 窩洞形成 イ 単純なもの <u>60 点 (改)</u> ロ 複雑なもの <u>86 点 (改)</u>
【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) 120 点	【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) <u>126 点 (改)</u>
【鑄造歯冠修復】 (1 個につき) (例)	【金属歯冠修復】 (1 個につき) (例)
2 全部鑄造冠 445 点	2 <u>全部金属冠 454 点 (改)</u>
【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) 14 点	【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) <u>16 点 (改)</u>

(2) 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【支台築造印象】 (1 個につき) 20 点	【支台築造印象】 (1 個につき) <u>22 点 (改)</u>
【印象採得】	【印象採得】

<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p> □ 連合印象 60点</p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p> □ 連合印象 225点</p> <p> ハ 特殊印象 265点</p> <p> ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p> (1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の 場合 275点</p> <p> (2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の 場合 326点</p> <p> 【ポンティック（ダミー）】</p> <p> （1歯につき） 428点</p> <p> 【有床義歯】</p> <p> (例)</p> <p> 2 総義歯（1顎につき）</p> <p> 2,060点</p> <p> 【鑄造鉤】</p> <p> (例)</p> <p> 1 双歯鉤 224点</p> <p> 【フック、スパー】（1個につき）</p> <p> 96点</p> <p> 【バー】（1個につき）</p>	<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p> □ 連合印象 <u>62点（改）</u></p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p> □ 連合印象 <u>228点（改）</u></p> <p> ハ 特殊印象 <u>270点（改）</u></p> <p> ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p> (1) 支台歯とポンティックの数の 合計が5歯以下の場合 <u>280点（改）</u></p> <p> (2) 支台歯とポンティックの数の 合計が6歯以上の場合 <u>332点（改）</u></p> <p> 【ポンティック】</p> <p> （1歯につき） <u>434点（改）</u></p> <p> 【有床義歯】</p> <p> (例)</p> <p> 2 総義歯（1顎につき）</p> <p> <u>2,100点（改）</u></p> <p> 【鑄造鉤】</p> <p> (例)</p> <p> 1 双子鉤 <u>230点（改）</u></p> <p> 【フック、スパー】（1個につき）</p> <p> <u>103点（改）</u></p> <p> <u>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。（新）</u></p> <p> 【バー】（1個につき）</p>
---	---

<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー 430点</p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) 220点</p> <p>注3 歯科技工加算 20点</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 750点</p>	<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー <u>438点(改)</u></p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) <u>224点(改)</u></p> <p>注3 歯科技工加算 <u>22点(改)</u></p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) <u>770点(改)</u></p>
---	---

(3) その他の技術の評価の見直し

臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については、学会等からの要望も踏まえて診療報酬点数表上に位置づける。

① 機械的歯面清掃加算の位置づけの見直し

歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算である機械的歯面清掃加算については、その位置付けの見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃加算(歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の加算)】 60点</p> <p>注 当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を</p>	<p>【<u>機械的歯面清掃処置</u>】</p> <p style="text-align: right;"><u>60点(新)</u></p> <p>注 <u>歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者であって当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯</u></p>

<p>行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。</p>	<p><u>科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。（新）</u></p>
--	--

② 摂食機能の回復を目的とするもの（舌接触補助床）の位置づけの見直し

通知上、床副子の「著しく困難なもの」の1つに位置づけられている舌接触補助床を新たな項目として位置づける。

③ その他の処置項目

歯科治療上必要な処置について、診療報酬の歯科点数表に位置付けるとともに、一部の加算等の診療報酬の項目の見直しを行う。

(新) 上顎洞洗浄 55点

[算定要件]

- ・ 歯科疾患を原因として発生した上顎洞の炎症等に対して、歯科治療上必要があつて洗浄を行った場合に算定する。

新規医療技術の保険導入等 (歯科)

骨子【I-7-(3)】

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等を行う。

第2 具体的な内容

1. 接着ブリッジの適応範囲の拡大

現 行	改定案
<p>【歯冠形成】 (1歯につき)</p> <p>注 鋳造冠については、前歯の4分の3冠、前歯の前装鋳造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</p> <p>【鋳造歯冠修復】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る鋳造歯冠修復及び保険医療材料料は、「4分の3冠」に準じて算定する。</p>	<p>【歯冠形成】 (1歯につき)</p> <p>注 金属冠については、前歯の4分の3冠、前歯の<u>レジン前装金属冠</u>及び<u>接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</u> (改)</p> <p>【金属歯冠修復】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については4分の3冠に準じて算定し、<u>臼歯部については5分の4冠に準じて算定する。</u> (改)</p>

2. 上顎骨形成手術及び下顎骨形成手術の項目の追加

現 行	改定案
<p>【上顎骨形成術】</p> <p>【下顎骨形成術】</p>	<p>【上顎骨形成術】</p> <p><u>3 骨移動を伴う場合</u></p> <p style="text-align: right;">72,900点(新)</p> <p>【下顎骨形成術】</p> <p><u>4 骨移動を伴う場合</u></p> <p style="text-align: right;">54,210点(新)</p> <p>注 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常に対して行われた場合に限り算定する。(新)</u></p>

3. 歯科ドレーン法の新設

(新) 歯科ドレーン法 50点

[算定要件]

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要な場合に、持続的な吸引を行った場合に1日につき、所定点数により算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

4. 歯冠修復の充填の見直し

歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う充填を評価するとともに充填の評価体系を改める。

現 行	改定案
<p>【充填】</p> <p>充填（1歯につき）</p> <p>1 単純なもの 100点</p> <p>2 複雑なもの 148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に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【充填】</p> <p><u>充填（1歯につき）</u></p> <p><u>1 充填 1</u></p> <p><u>イ 単純なもの 102点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 152点（改）</u></p> <p><u>2 充填 2</u></p> <p><u>イ 単純なもの 57点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 105点（改）</u></p> <p><u>注 1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。（改）</u></p> <p><u>注 2 充填 1 の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。（改）</u></p>

先進医療の保険導入 (歯科)

骨子【I-7-(3)】

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

1 広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

広範囲顎骨支持型装置とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物をいい、広範囲顎骨支持型補綴とは、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為をいう。

(新) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (1顎一連につき)

- 1 1回法による手術・・・14,500点
 - 2 2回法による手術
 - イ 1次手術・・・11,500点
 - ロ 2次手術・・・4,500点
- 注 2/3顎以上の範囲にわたる場合は所定点数に4,000点を加算する。

[算定要件]

(1) 当該手術は、以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯(顎堤形成後の有床義歯を含む)では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損又は歯槽骨欠損症例(歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く。)若しくはこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した1/3顎程度以上の顎骨欠損症例若しく

は上顎洞又は鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した1/3顎程度以上の歯槽骨欠損（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く）又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

□ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した1/3顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。

（2）当該手術の保険医療材料は別に算定する。

[施設基準]

- （1） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- （2） 当該診療科に係る5年以上の経験および当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- （3） 病院であること。
- （4） 当直体制が整備されていること。
- （5） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（新） 広範囲顎骨支持型補綴

- 1 ブリッジ形態のもの・・・18,000点（3分の1顎につき）
- 2 床義歯形態のもの・・・13,000点（1顎につき）

[算定要件]

- （1）広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
- （2）保険医療材料料は所定点数に含まれる。

その他、広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴物修理についても評価を行う。

画像診断に係る評価の新設

骨子【I-7-(3)】

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、歯科診療における歯科用3次元エックス線断層撮影による評価を新設する。

第2 具体的な内容

歯科用3次元エックス線断層撮影の新設

従来の歯科用エックス線撮影及びパノラマ断層撮影では診断が困難な症例において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いることによって、より精度の高い診断が可能となる画像診断技術の評価を新設する。

※現在は、医科点数表の準用により算定されている。

(新) 歯科用3次元エックス線断層撮影

撮影料 600点

診断料 450点

[算定要件]

(1) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該断層撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを3次元的に確認する場合に限り算定する。

- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
- ロ 顎関節症等、顎関節の形態
- ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
- ニ 腫瘍等、病巣の広がり

ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等確認する特段の必要性が認められる場合

- (2) 歯科用3次元エックス線断層撮影の診断料は、回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。
- (3) 歯科用3次元エックス線断層撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は所定点数に含まれるものとする。

医療技術の適切な評価

骨子【I-8-(1)】

第1 基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

第2 具体的な内容

1. 手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

(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8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

(2) 評価対象手術

手術料の見直しについては、外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

2. 内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

①高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

(導入された技術の例)

ア) 時間内歩行試験

イ) 脳波検査判断料

ウ) ヘッドアップティルト試験

「I-8-③」を参照のこと。

②高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

(対応する技術)

ア) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ) 植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ) 心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

- カ) 高度難聴指導管理料の評価の引き上げ
- キ) 在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価の引き上げ
- ク) 小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ
- ケ) 難病外来指導管理料の評価の引き上げ

先進医療の保険導入

骨子【I-8-(2)】

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

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

(1月27日に提示済み)

(導入された技術の例)

- (1) CTガイド下気管支鏡検査
- (2) 腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術
- (3) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- (4) 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- (5) マイクロ波子宮内膜アブレーション
- (6) 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術

医療技術の評価及び再評価

骨子【I-8-(3)】

第1 基本的な考え方

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

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を行う。
(1月27日に提示済み)

(評価された技術の例)

- ①コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
- ②時間内歩行試験 (資料1)
- ③ヘッドアップティルト試験 (資料2)
- ④高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査 (資料3)
- ⑤筋肉内コンパートメント内圧測定
- ⑥顔面多発骨折変形治癒矯正術
- ⑦内視鏡下神経剥離術
- ⑧内視鏡下経蝶形骨洞手術
- ⑨低侵襲性経肛門的局所切除術 (MITAS)
- ⑩大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術 (資料4)
- ⑪下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
- ⑫脳波検査判断料

(資料 1) 時間内歩行試験

○ 技術の概要

時間内（6分間）に呼吸器・循環器疾患を持つ患者にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験。特別な器具や設備を必要とせず、比較的重症例にも実施可能であり、日常生活における機能障害の重症度を評価するのに適している。米国胸部学会が標準的な実施方法・評価方法を定めており、標準的な検査として確立している。

【参考 1 時間内歩行試験の特徴】

- 客観的に日常的な機能障害を評価可能
- 在宅酸素療法等の治療方針の決定に有用
- 特別な器具や設備が不要

【参考 2 時間内歩行試験の検査風景】



検査の実施方法

- ① 検査前の血圧・脈拍・動脈血酸素飽和度・主観的な症状の程度等を記録し、歩行の方法等の説明を行う。
- ② マニュアルに定められた声かけを行いながら、患者を6分間歩行させる。
- ③ 6分経過後、歩行を中止する。

(資料2) ヘッドアップティルト試験

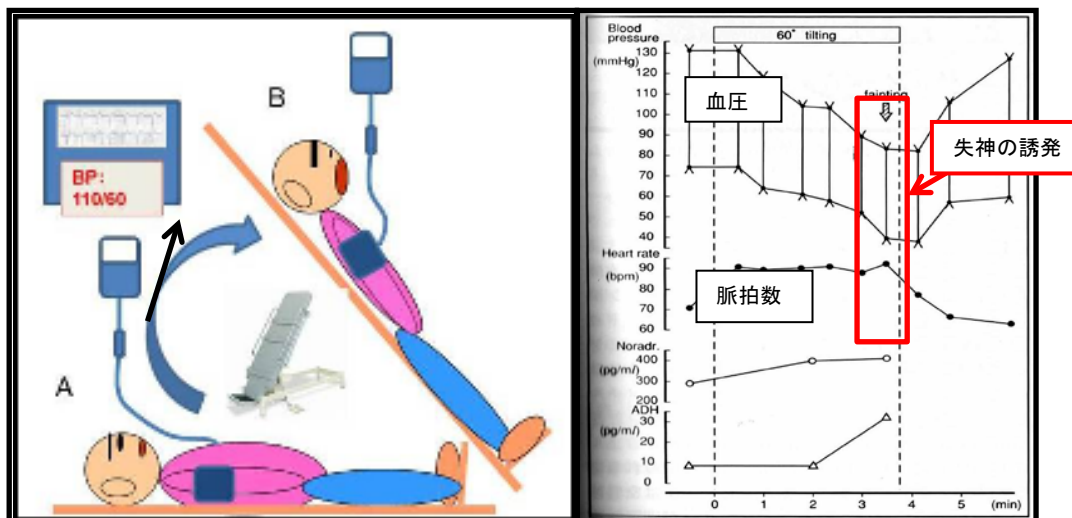
○ 技術の概要

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60~80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察する。神経調節性失神(※)を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能となるもので、特異性の高い検査法である。診断確定だけでなく、その程度の把握に有用な検査である。

※ 神経調節性失神

失神の原因で最も多い。長時間の起立により、静脈血が下半身にうっ滞し、心拍出量が減少するが、自律神経がそれを調節する際に、心拍数が減少し、失神が誘発されることがあり、これを神経調節性失神と言う。心疾患を有しない者の神経調節性失神の予後は良好で、直接死因になることは稀であるが、失神に伴う頭部外傷等には注意が必要となる。

【参考1 ヘッドアップティルト試験の模式図】【参考2 試験中の血圧や脈拍数の推移の例】



検査の実施方法

- ① Aの状態から、Bの状態へ被験者を起こし、25~45分間保持する。
- ② 血圧、脈拍数等を観察し、脈拍数の減少(徐脈)、血圧の低下、意識消失の有無を確認する。

(資料3) 高解像度赤外線 CCD を用いた眼振検査

○ 技術の概要

赤外線 CCD カメラが装着されたゴーグルにより、眼振及び異常眼球運動を TV 画面上に拡大してモニターし、評価を行う。従来の電気眼振図やフレンツェル眼鏡を用いた眼振検査に比べ、小さな眼振も検出することが可能である。

【参考1 実際の検査の様子】



【参考2 眼振の検出により診断される疾患の例】

- 1) 良性発作性頭位めまい症
- 2) メニエール病
- 3) 内耳炎
- 4) 前庭神経炎
- 5) めまいを伴う突発性難聴
- 6) 外リンパ瘻
- 7) 遅発性内リンパ水腫
- 8) 聴神経腫瘍

(資料4) 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術

○ 技術の概要

潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症などの病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。これまでの方法は、病変発生母地となりえる直腸を温存するか、ストーマを造設していたが、本術式では直腸を切除可能で、かつ排便機能が温存される。

【参考 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術とこれまでの術式の比較】

