

保 発 0 3 0 5 第 1 号

平 成 2 2 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局長

都 道 府 県 知 事

殿

厚生労働省保険局長

平成22年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年4月1日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成22年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

平成 22 年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示(予定)日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第25号
2	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第68号
3	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第69号
4	使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第70号
5	特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第71号
6	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第72号
7	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第73号
8	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第74号
9	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第75号
10	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第76号
11	厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
12	複数手術に係る費用の特例を定める件	3月19日	(未定)
13	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3月19日	(未定)
15	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名の一部を改正する件	3月19日	(未定)
16	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数を定める件	3月19日	(未定)
17	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	3月26日	(未定)
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件	3月26日	(未定)
19	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19%(約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55%(約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

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

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09%(約600億円)

調剤 +0.52%(約300億円)

薬価等 ▲1.36%(約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・ **救急、産科、小児、外科等の医療の再建**
- ・ 病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

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

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

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

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

救急医療の評価の充実について

救急入院医療の充実

➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実段階Aの加算 500点 → 1,000点

➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

地域の連携による救急外来の評価

➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

⑨ 地域連携夜間・休日診療料 100点

産科・小児医療の評価の充実について

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

新生児集中治療の評価

➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

小児の入院医療の充実

➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

病院勤務医の負担の軽減について

病院勤務医の事務負担の軽減

➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

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

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

手厚い人員体制による入院医療の評価

➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

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

多職種からなるチームによる取組の評価

➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

- ⑨ 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

- ⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

手術料の適正な評価について

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

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



小児に対する手術評価の引き上げ

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

新規医療技術の保険導入

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

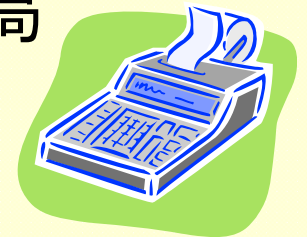
明細書発行の推進について

明細書発行の推進

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

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

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



診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価
 - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

急性期の入院医療の評価

早期の入院医療の評価

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

急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

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

⑧ 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

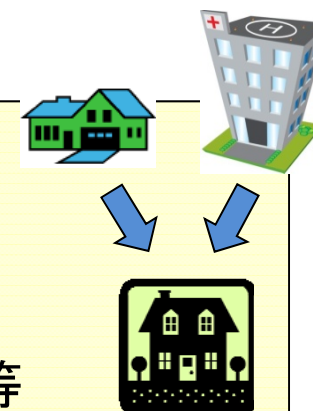
急性期医療に対する後方病床機能の強化

初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

➤ 有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

① 新 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

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

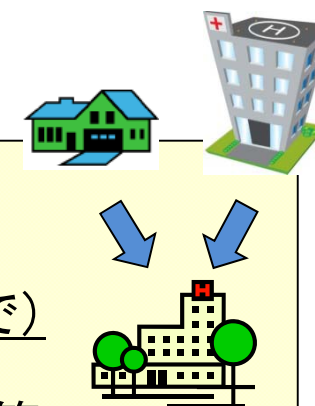


初期加算の創設(病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床)

➤ 療養病床が担う後方病床機能の評価

① 新 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

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



地域医療を支える有床診療所の評価



有床診療所入院基本料の再編成

- 実態を踏まえた評価区分の見直し

【現行】

有床診療所 入院基本料 1 (看護職員 <u>5人以上</u>)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料 2 (看護職員 <u>1～4人</u>)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点

【改定後】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員 <u>7人以上</u>)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員 <u>4～6人</u>)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点
有床診療所 入院基本料3 (看護職員 <u>1～3人</u>)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点

初期加算等の創設

- 後方病床機能の評価
- 医師配置加算の見直し
- 入院基本料等加算の拡充

① 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

医師配置加算1(60点→88点)
医師配置加算2(60点)

新たに「無菌治療室管理加算」等を有床診療所でも算定可能に

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

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

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

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

介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

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

③ 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

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

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- **がん診療**に係る地域連携の評価

① がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

② がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

がん治療の評価

- 複雑化、高度化する**外来化学療法**の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- **放射線治療病室**におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮した**がん患者リハビリテーション**の評価

③ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

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

陰圧室管理の評価

- 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

	1 個室加算	300点
⑨	2 陰圧室加算	200点

結核病棟の評価

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

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

⑨ 認知症専門診断管理料 500点

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

⑨ 認知症専門医療機関連携加算 50点

精神医療の評価の充実について

精神入院医療の充実

➤ 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

➤ 身体合併症に対応する精神病棟の評価

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

➤ 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

専門性の高い精神医療の評価

➤ うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

➤ アルコール依存症に対する専門的治療の評価

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

在宅及び障害者歯科医療について

在宅歯科医療の推進

- 歯科衛生士による**在宅療養患者に対する歯科衛生指導の充実**
訪問歯科衛生指導料
(複雑なもの)350点 → 360点 (簡単なもの)100点 → 120点
- **在宅療養患者に対するよりきめ細かな歯科疾患の管理の充実**
 - ① 歯科疾患在宅療養管理料
(在宅療養支援歯科診療所の場合) 140点(月1回)
(その他の場合) 130点(月1回)

障害者歯科医療の充実

- 歯科衛生士による**障害者に対する実地指導の充実**
 - ① 歯科衛生実地指導料2 100点(月1回)
- **障害者歯科医療の連携の促進**(歯科診療所では歯科治療が困難であった障害者を**病院歯科や口腔保健センター**等が受入れ、治療を行った場合を評価)
 - ① 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回)

病院歯科機能の強化及び生活の質に配慮した歯科医療の充実

病院歯科機能の強化

➤ 地域歯科診療を支援している**病院歯科の機能の強化**

地域歯科診療支援病院入院加算（入院初日300点）の対象患者の拡大

在宅療養が必要な患者 → 在宅療養が必要な患者又は**障害者である患者**

有床義歯（入れ歯）の管理体系の見直し

➤ **歯科技工士を配置**し、その技能を活用している歯科保険医療

機関の取組を評価（**有床義歯の修理の加算**を創設）

① 歯科技工加算 20点（義歯1個の修理の加算）

➤ 有床義歯の調整の評価を新設

① 有床義歯調整管理料 30点（月2回）

歯科固有の技術の評価について

歯科固有の技術の適切な評価

➤ う蝕(むし歯)、歯周病、有床義歯(入れ歯)等の評価の見直し

根管貼薬処置(歯の根の治療)

(単根管) 14点 → 20点

(3根管以上) 28点 → 30点

総義歯(総入れ歯) 2,050点 → 2,060点

歯周組織再生誘導手術(一次手術) 630点 → 730点

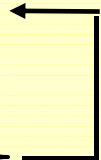
➤ 歯科診療報酬体系の簡素化(一部の技術を基本診療料に包括して評価)

歯科初診料 182点 → 218点

歯科再診料 40点 → 42点

スタディモデル 50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目) 130点 → 110点(引下げ分)



新規の歯科医療技術の保険導入

➤ 歯周病の手術を行う際のレーザーによる歯石除去等を評価

⑨ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

手術以外の医療技術の適正な評価について

先進医療技術の保険導入(手術以外)

- 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、
胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など
5項目の新規技術を保険導入

新規保険収載提案技術等の保険導入(手術以外)

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の
保険導入及び既存技術の再評価を行う。
イメージガイド下放射線治療(IGRT)、特殊光を用いた画像強調
観察を併用した拡大内視鏡検査など約170項目を評価

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

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

再診料等の見直しについて

外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる**5分ルール**)については**廃止**
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、**要件を追加**

多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

再診料の見直し

- **再診料**の病診統一

再診料(診療所)	71点	→	再診料	69点
再診料(病院)	60点			

地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価

⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

医療安全対策の推進について

医療安全対策の充実

➤ 医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

① 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

➤ 感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

① 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

➤ 医薬品安全管理の評価

① 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

➤ 医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

人工腎臓の適正な評価について

評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ
の見直し
- 薬価の引き下げに伴う**包括点数の見直し**

外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

<u>4時間未満</u>	2,117点 → 2,075点
<u>4時間以上5時間未満</u>	2,267点 → 2,235点
<u>5時間以上</u>	2,397点 → 2,370点
<u>その他の場合</u>	1,590点 → 1,580点

透析液水質確保加算

- **人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準を達成した場合の評価**

⑨ 透析液水質確保加算 10点



質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

診療報酬改定の反映

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

DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

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

診断群分類点数表の設定方法の見直し

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

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

【現行】

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

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



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

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

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

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

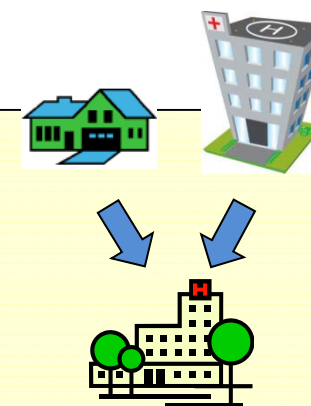
➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

○新 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

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



疾患別リハビリテーションの充実

脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

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

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

発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点→45点(1単位につき)

維持期のリハビリテーション

➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供は継続

回復期リハビリテーション等の推進

回復期リハビリテーションの評価

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

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

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

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

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- **亜急性期病床**において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

① リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

⑨ 在宅移行早期加算 100点

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者
2カ所→**3カ所**

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上**の訪問看護**が必要利用者

1カ所→**2カ所**

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円

(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

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

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

⑨	乳幼児加算(3歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

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

訪問看護ターミナルケア療養費※¹ / ターミナルケア加算※²

患者の状態に応じた訪問看護の充実

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

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

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

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

⑨ 複数名訪問看護加算（週1回）

（看護師等の場合） 4,300円^{※1} / 430点^{※2}

（准看護師の場合） 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

（注）対象となる利用者

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

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

患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

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

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

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

⑨ 特定薬剤管理指導加算 4点

調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

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

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

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

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の**調剤数量の割合**に応じて段階的な加算を適用
後発医薬品調剤体制加算 4点（処方せんベースの調剤率 30%以上）
→ 6点、13点、17点（数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上）
- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、**含量違い又は類似した別剤形**の後発医薬品への変更調剤を認める
※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件
含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)
類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の**品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価**した上で、**使用を進める**体制の評価（入院基本料への加算）
① 後発医薬品使用体制加算 30点
※ 採用品目数の割合が20%以上であること

検体検査の評価の充実について

検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

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

(臨床検査技師10名以上)

検体検査実施料の見直し

➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

外来迅速検体検査加算

➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化について

- 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し

検体検査約620項目のうち
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

- **内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術**

早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740点	→	長径2cm以上	7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術	5,360点	→	長径2cm未満	5,000点

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

- **使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき**

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

を見直し

エックス線撮影料

デジタル撮影の新設

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

E002 撮影

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



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

電子画像管理加算

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



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

※ デジタル映像化処理加算は廃止

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

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

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

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

改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

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

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

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

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

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

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

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

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



➤ その他の見直し

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

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)