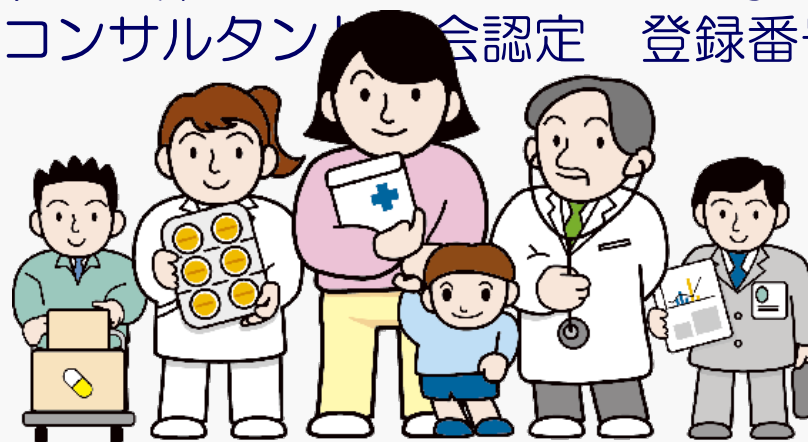


日医工MPS行政情報シリーズ

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

診療報酬改定 「主要改定項目（答申）」 ー 2010年2月12日中医協答申資料ー

日医工株式会社 MPSチーム 菊地祐男
(日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217)



資料No.220212-167



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

2010年度診療報酬改定
平成22年度診療報酬改定

主要改定項目（目次）

＜重点課題＞

重点課題１：

救急、産科、小児、外科等の医療の再建

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）

＜4つの視点＞

- I：充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- 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
- 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
- IV：効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- V：後期高齢者医療の診療報酬について 後期高齢者医療の診療報酬について

救命救急入院料

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 500点	【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 1,000点 (改) 充実度評価Bの加算 500点 (新)

広範囲熱傷特定集中治療室管理料

広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】 (1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	【特定集中治療室管理料】(1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 (改) [算定日数] 60日を限度として算定 【救命救急入院料】(1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 (改) [算定日数] 60日を限度として算定

ハイケアユニット入院医療管理料

救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700点 [施設基準] 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料 に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届 出を行った保険医療機関 平均在院日数17日以内	【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 4,500点 (改) [施設基準] 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 平均在院日数 19日 以内

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき) 1 救急医療管理加算 800点 (改) 2 乳幼児救急医療管理加算 200点 (改)

入院時医学管理加算については、平成20年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

改定前	改定後(2010年4月)
【入院時医学管理加算】(1日につき) 120点	(改)【 総合入院体制加算 】(1日につき) 120点

救急搬送患者地域連携

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【救急搬送患者地域連携紹介加算】 **500点**(退院時1回)

(新)【救急搬送患者地域連携受入加算】 **1,000点**(入院初日)

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

救急医療機関ベッドの回転率を上げ、「常に満床」という状態の緩和がねらい

地域連携（小児）夜間・休日診療料

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。

改定後（2010年4月）

（新）【地域連携夜間・休日診療料】 **100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。

軽症等の患者（救急）について地域の開業医等が連携して対応することで、3次救急・2次救急の無用な混雑が緩和することにつながるため、6歳以上版の「地域連携夜間・休日診療料」が新設される

小児救急外来の評価

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点	【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1 400点 (改) 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 550点 (改)

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。

改定後(2010年4月)

(新) 【院内トリアージ体制加算】 **30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。

院内トリアージ体制とは、数少ない小児救急対応医療機関に患者が複数押し寄せた場合に、どの患者が最も救急医療の必要度が高いかを判断すること。今回は小児の一部の医療機関に限定して導入となるが、将来的には一般にも拡大するか。

乳幼児加算（外来）

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。

改定前	改定後（2010年4月）
【初診料】 乳幼児加算 72 点	【初診料】 乳幼児加算 75点 （改）
【再診料】【外来診療料】 乳幼児加算 35点	【再診料】 乳幼児加算 38点 （改）

ハイリスク分娩管理加算

妊娠22 週から32週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

改定前	改定後(2010年4月)
【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 2,000点 【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMI が35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV 陽性	【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 3000点 (改) 【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMI が35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、 <u>双胎間輸血症候群、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u> 、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV 陽性

ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

妊産婦緊急搬送入院加算

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においてもこの加算を算定できることとする。

改定前	改定後(2010年4月)
【妊産婦緊急搬送入院加算】 (入院初日)5,000点 【対象者】 1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦	【妊産婦緊急搬送入院加算】 (入院初日) 7,000点 (改) 【対象者】 1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 2 <u>他の医療機関において、他院での入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</u> 3 <u>助産所において、他院での入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</u>

脳出血の妊産婦の緊急搬送先が決まらず死亡したケースの対応か

NICU（新生児特定集中治療室管理料）

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

改定前	改定後（2010年4月）
【新生児特定集中治療室管理料】 （1日につき）8,500点	【新生児特定集中治療室管理料1】 （1日につき） 10,000点 （改） 【新生児特定集中治療室管理料2】 （1日につき） 6,000点 （新） 【施設基準】 （1）専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。 （2）新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

ハイリスク新生児受入れの要件緩和

新生児特定集中治療室管理料・総合周産期特定集中治療室管理料

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

改定後(2010年4月)

① 一時的な超過入院における算定

ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的に止むを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数は常時4:1以上を超えない範囲で、24時間以内に常時3:1以上に調整すること。

イ) 超過病床数は2床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

満床時にさらに患者を受入れると、看護配置の基準を満たさない場合でも、一時的なものについては算定要件を緩和し、受け入れ拒否にならない状況をつくる。

救急搬送診療料

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

改定前	改定後(2010年4月)
【救急搬送診療料】(1回につき) 1,300点 乳幼児加算 150点	【救急搬送診療料】(1回につき) 1,300点 新生児加算 1,000点 (新) 乳幼児加算 500点 (改)

小児入院医療管理料

小児入院医療管理料に常勤小児科医9人以上の新たな区分を新設する。

改定前	改定後(2010年4月)
【小児入院医療管理料】(1日につき) 1 (常勤小児科医20人以上) 4,500点 2 (常勤小児科医5人以上) 3,600点 3 (常勤小児科医3人以上) 3,000点 4 (常勤小児科医1人以上) 2,100点	【小児入院医療管理料】(1日につき) 1 (常勤小児科医20人以上) 4,500点 2 (常勤小児科医9人以上) 4,000点 (新) 3 (常勤小児科医5人以上) 3,600点 4 (常勤小児科医3人以上) 3,000点 5 (常勤小児科医1人以上) 2,100点

小児入院医療管理料1及び2を算定する医療機関については、その手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

改定後(2010年4月)	改定後(2010年4月)
(1) 小児入院医療管理料1 [施設基準] ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。 ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。 ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。	(2) 小児入院医療管理料2 [施設基準] ① 常勤の小児科又は小児外科の医師9人以上配置されていること。 ② 7:1以上の看護配置であること。 ③ 平均在院日数21日以内であること。 ④ 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。

小児急性期集中治療

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【救命救急入院料 小児加算】 **5,000点**(入院初日1回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

(新)【特定集中治療室管理料 小児加算】 **1,500点**(7日以内)
1,000点(8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

小児急性期集中治療（NICU）

NICUに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

改定後（2010年4月）

（新）【新生児特定集中治療室退院調整加算】 **300点**（退院時1回）

【算定要件】

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

【施設基準】

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

新生児治療回復室（GCU）

NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（GCU）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。

改定後（2010年4月）

（新）【新生児治療回復室入院医療管理料】 **5,400点**（1日につき）

〔算定要件〕

（１） 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

（２） NICUを算定した期間と通算して 30 日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が 1,000g 未満又は 1,000g 以上 1,500g 未満の新生児の場合は、それぞれ 120 日又は 90 日を限度として算定する。

〔施設基準〕

- （１） 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- （２） 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- （３） 常時6対1以上の看護配置であること。

超重症児（者）入院診療加算①

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。
また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

改定前	改定後(2010年4月)
【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】 1 超重症児（者）入院診療加算 イ 6歳未満の場合 600 点 ロ 6歳以上の場合 300 点 [対象患者の状態] (1) 超重症の状態 イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。 ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが25点以上であること。	【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】 1 超重症児（者）入院診療加算 イ 6歳未満の場合 800点（改） ロ 6歳以上の場合 400点（改） [对患者の状態] (1) 超重症の状態 イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。 ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが25点以上であること。

超重症児（者）入院診療加算②

算定医療機関の拡大

実際に算定する診療所は非常に少ないと思われるが、やる気のあるところは評価する方向

改定後（2010年4月）

NICU退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定可とする。

在宅移行した超重症児（者）又は準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に入院早期の評価を新設する。

改定後（2010年4月）

超重症児等の在宅移行後の不安感が減るため、在宅移行が促進するか

（新）【在宅重症児（者）受入加算】 **200点**（5日以内、1日につき）
[算定要件]
在宅療養を行っている超重症児（者）・準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

超重症児（者）及び重超重症児（者）の判定基準の見直し

改定後（2010年4月）

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態についても見直しを行う。

超重症児（者）入院診療加算③

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

改定後（2010年4月）

（新）【重症児（者）受入連携加算】 **1,300点**（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。

有床診療所一般病床初期加算

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(1) 初期加算の新設

改定後(2010年4月)

(新)【有床診療所一般病床初期加算】 **100点**(7日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの転院・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する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たす診療所

- ①過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である
- ②全身麻酔・脊椎麻酔・硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)を年間30件以上実施している
- ③救急病院等を定める省令に基づき認定されている
- ④病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している
- ⑤がん性疼痛緩和指導管理料を算定している
- ⑥夜間看護配置加算を算定しており、
夜間の診療応需体制を有している

在宅療養者の「増悪時には、通いなれた地域の有床診療所に入院したい」というニーズに応えるもの。急性期病院の負担が軽減も期待される。

有床診療所入院基本料

(2) 医師配置加算の見直し

改定前	改定後(2010年4月)
【有床診療所入院基本料】注3 医師配置加算(1日につき) 60 点 [算定要件] 当該診療所における医師の数が、2以上であること。	【有床診療所入院基本料】注3 医師配置加算1(1日につき) 88点 (新) 医師配置加算2(1日につき) 60 点 (改) [算定要件] 医師数が2以上であること。 [施設基準] 医師配置加算1: 初期加算と同様 医師配置加算2: 上記以外

在宅療養支援診療所などの要件を満たせば、初期加算の取得とともに、高い入院基本料を算定できる。地域医療の担い手を評価していく方向

(3) 入院基本料等加算の拡充

改定後(2010年4月)
有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算、特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

救急・在宅等支援療養病床初期加算

病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【救急・在宅等支援療養病床初期加算】 **150点**(14日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの転院・入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

- ①病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ②診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

在宅療養者の「増悪時には、通いなれた地域の有床診療所に入院したい」というニーズに応えるもの。急性期病院の負担が軽減も期待される。

従来一般病床が行っていた役割を療養病床が担うことで、医療提供体制上の役割も変化していく。

手術料の適正な評価

手術以外の医療技術の適正な評価

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

約900の手術

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と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。

区分E: 15年の経験を有し、特殊技術を有する専門医による手術
区分D: 15年の経験を有する専門医による手術

(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。

重点課題

1-4、1-7

保険導入される先進医療（手術・技術）

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・技術について保険導入を行う。

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	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
4	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
5	神経変性疾患のDNA診断	ハンチントン舞蹈病、脊髄小脳変性症、球脊髄性筋萎縮症、家族性筋萎縮性側索硬化症、家族性低カリウム血症性周期性四肢麻痺又はマックリード症候群その他の神経変性疾患に係るものに限る
6	膀胱水圧拡張術	間質性膀胱炎に係るものに限る
7	強度変調放射線治療	限局性の固形悪性腫瘍（頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍又は中枢神経腫瘍であって、原発性のものを除く。）に係るものに限る
8	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
9	腋窩リンパ節郭清術の実施前におけるセンチネルリンパ節の同定及び生検	触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係るものであって、放射性同位元素及び色素を用いて行うものに限る
10	腋窩リンパ節郭清術の実施前におけるセンチネルリンパ節の同定及び生検	触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係るものであって、色素を用いて行うものに限る
11	悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の同定、転移の検索及び遺伝子診断	触診及び画像診断の結果、悪性黒色腫の遠隔転移が認められないものであって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていないものに限る
12	悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の同定及び転移の検索	触診及び画像診断の結果、悪性黒色腫の遠隔転移が認められないものであって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていないものに限る

重点課題
1-4、1-7

保険から削除される先進医療（手術・技術）

1	顎関節症の補綴学的治療	顎関節症（顎関節内障、下顎頭の著しい変形及び顎関節円板の断裂を除く。）に係るものに限る
2	経皮的埋め込み電極を用いた機能的電子刺激療法	神経の障害による運動麻痺又は骨・関節手術後の筋萎縮に係るものに限る
3	乳房温存療法における鏡視下腋窩郭清術	主に乳房温存手術が可能なステージⅠ又はⅡの乳がんに係るものに限る
4	声帯内自家側頭筋膜移植術	一側性反回神経麻痺又は声帯溝症に係るものに限る
5	活性化Tリンパ球移入療法	原発性若しくは続発性の免疫不全症の難治性日和見感染症又は慢性活動性EBウイルス感染症に係るものに限る
6	頸椎椎間板ヘルニアに対するヤグレーザーによるCT透視下の経皮的椎間板減圧術	頸椎椎間板ヘルニア（画像診断上椎間板繊維輪の破綻していないヘルニアであって、神経根症が明らかであり保存治療に抵抗性のもの（後縦靱帯骨化症、脊椎管狭窄状態又は脊椎症状のあるものを除く。））に係るものに限る

2010年1月20日 中医協総会資料

新規保険収載提案手術・技術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術及び手術以外の新規技術について保険導入を行う。

(導入された新規手術の例)

- 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腓中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術
- ④経皮的な大動脈形成術
- 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脾温存腓体尾部切除術
- 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

(導入された手術以外の新規技術の例)

- 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)

一般病棟入院基本料①

一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟)において、入院早期の加算の引き上げを検討する。

改定前	改定後(2010年4月)
【一般病棟入院基本料】(1日につき) 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】(1日につき) 14日以内の期間の加算 450点 (改)

看護配置に関わらず、入院早期部分を評価するもので、急性期医療全体の「底上げ」となる。

医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における15対1入院基本料の評価を適正化することを検討する。

改定前	改定後(2010年4月)
【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15 対1入院基本料 954 点	【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15 対1入院基本料 934点 (改)

一般病棟入院基本料②

一般病棟入院基本料等の7対1及び10 対1入院基本料において、月平均夜勤時間72 時間以内の要件のみを満たせない場合、7対1、10 対1特別入院基本料として評価する。

改定後(2010年4月)

(新) 【 一般病棟入院基本料 7 対1特別入院基本料 】 **1,244点※**

(新) 【 一般病棟入院基本料 10 対1特別入院基本料 】 **1,040点※**

(新) 【 結核病棟入院基本料 7 対1特別入院基本料 】 **1,158点※**

(新) 【 結核病棟入院基本料 10 対1特別入院基本料 】 **954点※**

(新) 【 精神病棟入院基本料 10 対1特別入院基本料 】 **992点※**

※該当入院基本料点数の**80%**の点数と設定する。

[算定要件]

① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の7 対1 入院基本料、10 対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72 時間以内であることの要件のみを満たせない場合

② 3カ月間を限度として算定できることとする

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準7対1入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

(1)3カ月を限度とする (2)毎月、看護師確保に向けた取組みについて地方厚生局に届出ること (3)特別入院基本料を算定してから1年以内は、新たに特別入院基本料を算定できない

これにより、72時間要件を満たさない月と、満たす月を繰り返し、普通の入院基本料と新たな特別入院基本料を交互に算定するという操作はできなくなった。

一般病棟入院基本料③

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、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止するとともに、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。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者特定入院基本料】(1日につき) [対象者] <u>特定患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者(以下「後期高齢者」という。)である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))</u>	【特定入院基本料】(1日につき) [対象者] 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))

急性期看護補助体制加算

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【急性期看護補助体制加算】(1日につき)

1 急性期看護補助体制加算1(50対1) **120点**

2 急性期看護補助体制加算2(75対1) **80点**

[算定要件]

(1)一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること

(2)14日を限度として算定できることとする

[施設基準]

(1)1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること

※ただし、傾斜配置できるものとする

(2)年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること

(3)一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること

(4)看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること

栄養サポートチーム加算

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

改定後(2010年4月)

(新)【栄養サポートチーム加算】(週1回) **200点**

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ①対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回以上)
- ②対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療 等
- ③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係る専任のチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

呼吸ケアチーム加算

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【呼吸ケアチーム加算】 **150点**(週1回)

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1ヶ月以内であること
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム(呼吸ケアチームという)による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する

[施設基準]

呼吸ケアチームは専任のア)～エ)により構成する

ア)人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師

イ)人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師

ウ)人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士

エ)呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

チーム設置により人工呼吸器設置に伴う肺炎が減少した、あるいは再挿管率が減少したという報告もある。

病院勤務医の負担軽減

実際に病院勤務医の負担軽減につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を要件に加える。

改定後(2010年4月)

要件を加える項目の例

急性期看護補助加算
栄養サポートチーム加算
呼吸ケアチーム加算
小児入院医療管理料1及び2
救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合 等

改定前までは、入院時医学管理加算
(「総合入院体制加算」に名称変更)、ハイリスク分娩管理加算、医師事務作業補助体制加算の3つだった。

軽症患者が救命救急センターを受診した場合に患者からの費用徴収を可能にすることについて

今年度実施見送り

病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減のための体制を要件とする。

改定後(2010年4月)

[算定要件]

- ①病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ②勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

重点課題
2-2

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

改定前	改定後(2010年4月)
【医師事務作業補助体制加算】(入院初日) 1 25対1補助体制加算 355点 2 50対1補助体制加算 185点 3 75対1補助体制加算 130点 4 100対1補助体制加算 105点 [施設基準] 1 25対1補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター 2 50対1、75対1、100対1補助体制加算の施設基準 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院	【医師事務作業補助体制加算】(入院初日) 1 15対1補助体制加算 810点 (新) 2 20対1補助体制加算 610点 (新) 3 25対1補助体制加算 490点 (改) 4 50対1補助体制加算 255点 (改) 5 75対1補助体制加算 180点 (改) 6 100対1補助体制加算 138点 (改) [施設基準] 1 15対1、20対1補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</u> 2 25対1、50対1補助体制加算の施設基準 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u> 3 75対1、100対1補助体制加算の施設基準 1又は2の施設基準を満たしていること又は年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院

重点課題
2-3

慢性期病棟等退院調整加算（退院調整加算）

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

改定前	改定後(2010年4月)
【退院調整加算】 1 退院支援計画作成加算(入院中1回) 2 退院加算(退院時1回) イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点 ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点 [施設基準] 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。	【慢性期病棟等退院調整加算】 1 慢性期病棟等退院調整加算1 イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 100点 ロ 退院加算(退院時1回) (1)療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点 (2)障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点 2 慢性期病棟等退院調整加算2 イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 100点 ロ 退院加算(退院時1回) (1)療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点 (2)障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点 [施設基準] 退院加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。 退院加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

レベルの高い調整を行うのが
「退院加算1」

急性期病棟等退院調整加算

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、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

改定後(2010年4月)

(新)【急性期病棟等退院調整加算1】 **140点**(退院時1回)

(新)【急性期病棟等退院調整加算2】 **100点**(退院時1回)

現行の後期高齢者退院調整加算の対象を介護保険の利用可能者に拡大するもの。

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

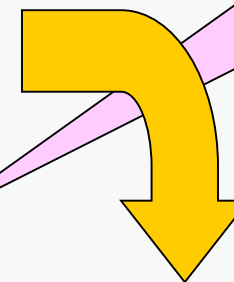
重点課題
2-3

有床診療所入院基本料の再編成

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るとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

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

280点が安すぎるとの議論があったので、どの程度の引き上げになるか注目される。



後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

- ・初期加算の新設
- ・医師配置加算の見直し
- ・重症児等の受入れの評価

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

地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画において、退院後の通院医療・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、評価を新設する。

改定前	改定後(2010年4月)
【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時1回) 600点	【地域連携診療計画退院時指導料1】 (退院時1回) 600点 【地域連携診療計画退院計画加算】 100点 (新) [算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料1に加算する。 【地域連携診療計画退院時指導料2】 (退院時1回) 300点 (新) [算定要件] (1) 診療所又は許可病床数 200床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料1を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。 (2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。

現行の退院時指導料に地域連携診療計画退院計画加算が上乘せされ(引き上げられ)、さらに退院時指導料2が新設される。

今まで評価がされなかった地域連携パスに参加していた診療所(200床未満病院)に診療報酬上の評価が付いたことで、地域の医療連携に変化がでる

介護支援連携指導料

退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【介護支援連携指導料】 **300点**(入院中2回)

[算定要件]

- (1)入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- (2)退院時共同指導料の多職種連携加算(B005 注3)を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

入院中の患者について退院の見込みがついた段階で、介護サービスに係る必要な情報共有を行うことを評価するもの

要介護認定申請をしてから実際にケアプランが作成され、介護サービスが開始されるまでには、1ヵ月ほどかかる。退院後に要介護認定申請をすると医療と介護の間に長期間の空白が生じるが、この対策として、入院中からケアマネと看護師等が共同して退院後の介護サービスに係る情報を共有することを評価するもの

がん診療連携拠点病院加算

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 400点	【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 500点 (改)
	[算定要件] 1. がん診療連携拠点病院であること。 2. キンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師その他関係する医療関係職種が参加していることが望ましい。

キンサーボードとは、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのことをいう。

「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知)において、がん診療連携拠点病院の指定要件として、キンサーボードの設置及び定期的開催が位置づけられている。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料

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。

改定後(2010年4月)

(新)【がん治療連携計画策定料】(計画策定病院(退院時)) **750点**

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、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。

(新)【がん治療連携指導料】(連携医療機関(情報提供時)) **300点**

[算定要件]

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

がん版の地域連携パスである。
治療計画によって連携する医療機関がそれぞれ算定できる

外来化学療法加算

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。

改定前	改定後(2010年4月)
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1 550点 (改) 15歳未満の患者 750点 (改)
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2 420点 (改) 15歳未満の患者 700点

介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

改定後(2010年4月)
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。

視点
I-1

放射線治療室管理加算 がん患者カウンセリング料

放射線治療病室のさらなる評価を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【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) 2,500点 (改)

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。

改定後(2010年4月)
(新) 【がん患者カウンセリング料】 500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、丁寧に説明を行った場合に算定する。

「30分要件」については削除された

疼痛緩和ケア

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん疼痛緩和・管理に携わる医師に対し、緩和ケアに関する講習会を受けて診療に当たることを要件とする。

改定前	改定後(2010年4月)
【がん性疼痛緩和指導管理料】100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】100点 [施設基準] <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u> ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

緩和ケア診療加算

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する講習会を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。さらに、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【緩和ケア診療加算】 300 点 [施設基準] (1)財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。	【緩和ケア診療加算】 400点 (改) [施設基準] (1)<u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u> (2)<u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u> ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、がん診療連携拠点病院の指定は受けていないが、地域のがん診療の中核となる病院として都道府県が認定している病院を指し、10 都道府県で77 病院が該当する。(平成21年9月時点)

がん患者リハビリテーション料

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

改定後(2010年4月)

(新)【がん患者リハビリテーション料(1単位につき)】 **200点**

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験(研修要件あり)を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100㎡以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

がん患者リハビリテーション料

【対象患者】

- (1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
- (2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者
- (7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
- (8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

認知症病棟入院料

認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等に対する対応などが重要な役割であることから、これらへの手厚い対応が必要な早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

改定前	改定後(2010年4月)
【認知症病棟入院料1】 (1日につき) イ 90日以内の期間 1,330点 ロ 91日以上 of 期間 1,180点	【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき) イ 60日以内の期間 1,450点 (改) ロ 61日以上 of 期間 1,180点 (改)
【認知症病棟入院料2】 (1日につき) イ 90日以内の期間 1,070点 ロ 91日以上 of 期間 1,020点	【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき) イ 60日以内の期間 1,070点 (改) ロ 61日以上 of 期間 970点 (改)

認知症医療は、「早期の治療が重要である」との指摘があり、これを踏まえたもの

視点
I-2

認知症治療病棟退院調整加算・認知症専門診断管理料

入院期間が6ヶ月を超える患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【認知症治療病棟退院調整加算】 **100点**(退院時1回)

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士及び専従する臨床心理技術者が勤務していること。

認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、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。

改定後(2010年4月)

(新)【認知症専門診断管理料】 **500点**(1人につき1回)

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

(新)【認知症専門医療機関連携加算】 **50点**(月1回)

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

療養病床における新型インフルエンザの対応

新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

改定後(2010年4月)

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が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。

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室管理）

改定前	改定後(2010年4月)
【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300 点 【算定対象】 二類感染症(急性灰白髄炎(ポリオ)、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300 点 2 陰圧室加算 200点 (新) 【算定対象】 二類感染症(急性灰白髄炎(ポリオ)、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))、<u>鳥インフルエンザ(H5N1)</u>の患者又は<u>新型インフルエンザ等感染症</u>の患者であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者

未知の感染症患者を治療するため、外気圧よりも居室の気圧を低くし陰圧として、患者の居室から空気が外にもれないようにすれることを評価

結核病棟入院基本料

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件の見直しを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【結核病棟入院基本料】(1日につき) 7対1入院基本料 1,447 点 平均在院日数25 日以内 10 対1入院基本料 1,192 点 平均在院日数25 日以内 【特定機能病院入院基本料(結核病棟)】(1日につき) 7対1入院基本料 1,447 点 平均在院日数28 日以内 10 対1入院基本料 1,192 点 平均在院日数28 日以内 13 対1入院基本料 949 点 平均在院日数36 日以内	【結核病棟入院基本料】(1日につき) 7対1入院基本料 1,447 点 <u>平均在院日数要件なし</u> (改) 10 対1入院基本料 1,192 点 <u>平均在院日数要件なし</u> (改) 【特定機能病院入院基本料(結核病棟)】(1日につき) 7対1入院基本料 1,447 点 <u>平均在院日数要件なし</u> (改) 10 対1入院基本料 1,192 点 <u>平均在院日数要件なし</u> (改) 13 対1入院基本料 949 点 <u>平均在院日数要件なし</u> (改)

平均在院日数要件の緩和により実質的な点数引上げ

小規模な結核病棟の取り扱い

患者数の減少等を踏まえ、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。

改定前	改定後(2010年4月)
<入院料等の施設基準等> (通知)・・・(略)・・・一般病棟と結核病棟を併せて 1 看護単位とすることができる・・・(略)	<入院料等の施設基準等> (通知)・・・(略)・・・一般病棟(<u>一般病棟入院基本料、専門 病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟) 又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟</u>)と結核病 棟を併せて1看護単位とすることができる・・・(略)・・・

結核患者数の減少により専門病棟維持が困難になっている
ことを踏まえたユニット化のルール

肝炎インターフェロン

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。

患者の治療計画を策定した専門医療機関と治療計画に基づいてインターフェロン治療を行う地域の医療機関がそれぞれ算定できる

改定後(2010年4月)

(新)【肝炎インターフェロン治療計画料】(1人につき1回) **700点**

【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。

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。

改定後(2010年4月)

(新)【肝炎インターフェロン治療連携加算】(月1回まで) **50点**

【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。

インターフェロンを投与すると、副反応として発熱やだるさが長時間続いたため、副反応を就寝中にやりすごそうと、午後インターフェロン投与を行う診療所などを評価するもの

精神科入院基本料

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。

改定後(2010年4月)

(新)【精神病棟入院基本料 13 対1 入院基本料】 **920点**

[算定要件]

- ①新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア 30 以下又は身体合併症患者)の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③平均在院日数が 80 日以内であること。

13対1を新設は、主に身体合併症の治療を期待

10 対1 精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえてその平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。また、入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。なお、特定機能病院入院基本料(精神病棟)についても同様の見直しを行う。

改定後(2010年4月)

(改)【精神病棟入院基本料 10 対1 入院基本料】 **1,240 点**

[算定要件]

- ①平均在院日数が40 日以内であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア 30 以下)の割合が5割以上であること。

精神科入院基本料加算

入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする

改定前	改定後(2010年4月)
【入院基本料加算】	【入院基本料加算】
14日以内 459点	14日以内 465点 (改)
15日以上30日以内 242点	15日以上30日以内 250点 (改)
31日以上90日以内 125点	31日以上90日以内 125点
91日以上180日以内 20点	91日以上180日以内 10点 (改)
181日以上1年以内 5点	181日以上1年以内 3点 (改)

特定機能病院入院基本料(精神病棟)についても同様の見直しを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【特定機能病院入院基本料加算】	【特定機能病院入院基本料加算】
14日以内 499点	14日以内 505点 (改)
15日以上30日以内 242点	15日以上30日以内 250点 (改)
31日以上90日以内 125点	31日以上90日以内 125点
91日以上180日以内 40点	91日以上180日以内 30点 (改)
181日以上1年以内 20点	181日以上1年以内 15点 (改)

精神科急性期入院料

精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、その早期の評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科救急入院料】(1日につき) 1 精神科救急入院料1 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点 2 精神科救急入院料2 30日以内 3,231点 31日以上 2,831点 【精神科救急・合併症入院料】(1日につき) 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点	【精神科救急入院料】(1日につき) 1 精神科救急入院料1 30日以内 3,451点 (改) 31日以上 3,031点 2 精神科救急入院料2 30日以内 3,251点 (改) 31日以上 2,831点 【精神科救急・合併症入院料】(1日につき) 30日以内 3,451点 (改) 31日以上 3,031点

精神科急性期治療病棟入院料

精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点 [算定要件等] <u>当該病院の全病床数の7割以上又は 200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である。</u>	【精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料1 30日以内 1,920点 (改) 31日以上 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料2 30日以内 1,820点 (改) 31日以上 1,500点 [算定要件等] (削除)

精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

精神科身体合併症管理加算

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点 2 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る))を算定している患者の場合 200点	【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 350点 (改) [算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料(10対1、<u>13対1</u>、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1(精神病棟に限る。))を算定している病棟であること。

算定要件に13対1を追加

視点
I-5

精神科慢性期入院医療

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関を評価する精神科地域移行実施加算について、評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 10点 (改)

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関を評価する精神科地域移行実施加算について、評価を引き上げる。統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価する。

【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点 以下の特定入院料に加算 A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A312 精神療養病棟入院料	【非定型抗精神病薬加算】(1日につき) 1 非定型抗精神病薬加算1 15点 (新) 2 非定型抗精神病薬加算2 10点 (新) 【算定要件】 1 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること 2 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合	少なくとも1種類は 非定型抗精神病薬 であること
	現行と同じ特定入院料に加算	

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点	【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,050点 (改) 重症者加算(1日につき) 40点 (新) 【算定要件】 重症者加算: 当該患者のGAFスコアが40以下であること
-------------------------------------	--

入院の長期化を抑制し、かつ重症者への治療が充実することを期待

精神科専門的入院医療

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 800点 (改)

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。

改定後(2010年4月)
(新)【強度行動障害入院医療管理加算】(1日あたり) 300点 [算定要件] (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコア24点以上の者であること。 (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

精神科専門的入院医療

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。

改定後(2010年4月)

(新)【重度アルコール依存症入院医療管理加算】(1日あたり)

30 日以内 **200点**

31 日以上60 日以内 **100点**

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。

(2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。

改定後(2010年4月)

(新)【摂食障害入院医療管理加算】(1日あたり)

30 日以内 **200点**

31 日以上60 日以内 **100点**

[算定要件]

(1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。

(2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。

(3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

視点
I-5

精神科専門療法

精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価になっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについての評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)	在宅復帰支援
【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が通院精神療法を行った場合 500点 2 1以外の場合 イ 病院の場合 (1) 30分以上の場合 360点 (2) 30分未満の場合 330点 ロ 診療所の場合 (1) 30分以上の場合 360点 (2) 30分未満の場合 350点	【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が通院精神療法を行った場合 500点 2 1以外の場合 イ 30分以上の場合 400点 (改) ロ 30分未満の場合 330点 (改)	病院と診療所を同じにした

うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。

改定後(2010年4月)
(新)【認知療法・認知行動療法】(1日あたり) 420点 [算定要件] (1) 気分障害の患者に対して一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。 (2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16 回を限度とする。 (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

視点
I-5

精神科デイ・ケア等

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行う。

改定前	改定後(2010年4月)	在宅復帰支援
【精神科ショートケア】(1日につき) 1 小規模なもの 275点 2 大規模なもの 330点 【精神科デイ・ケア】(1日につき) 1 小規模なもの 550点 2 大規模なもの 660点 食事を提供した場合、48点を加算する。 【精神科ナイトケア】(1日につき) 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。 【精神科デイ・ナイトケア】 (1日につき) 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供した場合96点を加算する。 【重度認知症患者デイ・ケア料】 (1日につき) 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。	【精神科ショートケア】(1日につき) 1 小規模なもの 275点 2 大規模なもの 330点 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。 【精神科デイ・ケア】(1日につき) 1 小規模なもの 590点 (改) 2 大規模なもの 700点 (改) 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に50点を加算する。 【精神科ナイトケア】(1日につき) 540点 (改) 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。 【精神科デイ・ナイトケア】(1日につき) 1,040点 (改) 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。 【重度認知症患者デイ・ケア料】(1日につき) 1,040点 (改) 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。	メリハリをつけるために、期間を1年と区切った

新規特定保険医療材料等に係る技術料

1、一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

(新) J045-2【一酸化窒素吸入療法】(1時間につき) **920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

改定前

K142-2【脊椎側彎症手術】 34,800 点

注 椎間が2以上の場合は、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。

改定後(2010年4月)

K142-2【脊椎側彎症手術】

1 固定術 **37,420点** (改)

2 矯正術

イ 初回挿入術 **112,260点** (新)

ロ 全体交換術 **37,420点** (新)

ハ 伸展術 **20,540点** (新)

注 1については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に**18,710点**を加算する。ただし、加算点数は**74,840点**を限度とする。

新規特定保険医療材料等に係る技術料

3、局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

(新) 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 cm²未満 **1,600点**

ロ 100 cm²以上200 cm²未満 **1,680点**

ハ 200 cm²以上 **1,900点**

注 初回のみ、イにあつては**1,690点**、ロにあつては**2,650点**、ハにあつては**3,300点**を加算する。

2 その他の場合 **900点**

4、皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

J003【局所陰圧閉鎖処置】(1日につき)

(新) D231-2【皮下連続式グルコース測定】(一連につき) **700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。

視点
I-8

新規特定保険医療材料等に係る技術料

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

改定前	改定後(2010年4月)
B001 特定疾患治療管理料 12【心臓ペースメーカー指導管理料】 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 ロ イ以外の場合 320 点 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。	B001 特定疾患治療管理料 12【心臓ペースメーカー指導管理料】 イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 460点 (新) ロ <u>その他の場合</u> 320点 (改) 注1 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。 2 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。 3 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140点を加算する。

新規特定保険医療材料等に係る技術料

6、血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

改定前	改定後(2010年4月)
D206【心臓カテーテル法による諸検査】(一連の検査について)	D206【心臓カテーテル法による諸検査】(一連の検査について)
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。	注3 血管内超音波検査、 <u>血管内光断層撮影</u> または <u>冠動脈血流予備能測定</u> を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。

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

改定前	改定後(2010年4月)
K595【経皮的カテーテル心筋焼灼術】	K595【経皮的カテーテル心筋焼灼術】
	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 17,000点 を加算する。(新)

新規特定保険医療材料等に係る技術料

8、埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

(新) D210-3【埋込型心電図検査(解析料を含む。)] **90点**

(新) K597-3【埋込型心電図記録計移植術] **1,260点**

(新) K597-4【埋込型心電図記録計摘出術] **840点**

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術(K 597)及びペースメーカー交換術(K 597-2)
- ②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(K598-2)
- ③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)
- ④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)

新規特定保険医療材料等に係る技術料

9、末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

(新) G005-3【末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術】 **700点**

10、胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

改定後(2010年4月)

(新) K651【内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術】 **7,590点**

11、特定薬剤治療管理料の適応拡大

改定後(2010年4月)

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。

明細書発行義務化の拡大①

(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

改定後(2010年4月)

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。

正当な理由は次ページに事例

(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。

明細書発行義務化の拡大②

「正当な理由」の考え方

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。

(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

改定後（2010年4月）

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。

明細書発行体制等加算

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【電子化加算】(初診料に加算) 3点	【電子化加算】は廃止 【明細書発行体制等加算】 (再診料に加算) 1点 (新) [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。

処方せん様式等の見直し

処方せん様式等の見直しについて

改定後(2010年4月)

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)

再診料及び外来管理加算

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

初診・再診料		改定前	改定後
初診料	診療所	270点	
	病院		
再診料	診療所	71点	69点（－2点）
	病院	60点	69点（＋9点）
外来管理加算	診療所	52点	52点 （要件変更）
	病院（200床未満）		
外来診療料	病院（200床以上）	70点	

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、引き続き、懇切丁寧な説明については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算を算定できないこととする。

視点

Ⅱ-2

改定前

【外来管理加算】52点

【算定要件】

1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

【提供される診療内容の事例】

- ①問診し、患者の訴えを総括する「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」
- ②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」
- ③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いですよ。」
- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

視
点
Ⅱ-2

改定後(2010年4月)

【外来管理加算】52点**【算定要件】**

1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

【提供される診療内容の事例】

- ①問診し、患者の訴えを総括する。「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」
- ②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」
- ③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」
- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありますか。」

2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等の理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算は算定できない。

地域医療貢献加算

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【地域医療貢献加算】 **3点**

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、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こと。

24時間の電話対応体制の評価。
電話の内容に実際に対応できることが要件になると
都市部“ビル診”などでの算定は難しいか。
24時間対応の院内掲示は要件化にならなかった。

在宅患者訪問診療料

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。

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【在宅患者訪問診療料】 1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合 830 点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 200 点	【在宅患者訪問診療料】 1 2以外の場合 830 点 (改) 2 <u>同一建物</u> に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合 200 点 (改)

福祉施設もマンションも同じであるとして、この診療料2を「居住系施設」ではなく、「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」に改められた

特定集中治療室管理料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 8,760 点 2 8日以上14 日以内 7,330 点 <u>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。</u>	【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 9,200点 (改) 2 8日以上14 日以内 7,700点 (改) (削除)

入院中の患者の対診等

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。

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。

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。

改定後(2010年4月)

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) 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

視点
Ⅱ-3

医療安全対策加算

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【医療安全対策加算】 (入院初日)50点	【医療安全対策加算】(入院初日) 1 医療安全対策加算1 85点 (改) 2 医療安全対策加算2 35点 (新) [算定要件] (1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u> (2) その他の基準は1と同様。 3 <u>感染防止対策加算(入院初日1回)</u> 100点 (新) [算定要件] (1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。 (2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。 (3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。 (4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること。

「医療安全対策加算1」の
算定が条件

薬剤管理指導料（加算）・医療機器安全管理料

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

改定後（2010年4月）

薬剤管理指導料

（新）【医薬品安全性情報等管理体制加算】 **50点**

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

改定前	改定後（2010年4月）
【医療機器安全管理料1】 50点	【医療機器安全管理料1】 100点 （改）
【医療機器安全管理料2】 1,000点	【医療機器安全管理料2】 1,100点 （改）

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。

別掲（視点Ⅱ-4）p86

人工腎臓等

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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 イ 4時間未満の場合 2,117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点 ハ 5時間以上の場合 2,397点 2 その他の場合 1,590点	【人工腎臓】(1日につき) 1 <u>慢性維持透析の場合</u> (改) イ 4時間未満の場合 2,075点 (改) ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点 (改) ハ 5時間以上の場合 2,370点 (改) 2 その他の場合 1,580点 (改)

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。

人工腎臓の薬剤費の包括化を外来だけでなく入院中の慢性腎臓病患者にも拡大し、併せて点数を引き下げる。急性腎不全などに対する人工腎臓は入院でも出来高算定となる。

改定後(2010年4月)

(新) **【透析液水質確保加算】 10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。

在宅血液透析指導管理料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【在宅血液透析指導管理料】 (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)	【在宅血液透析指導管理料】 (1月につき) 8,000点 (改) 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>
【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) 10,000点 (改)

透析との併算定要件

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【人工腎臓】 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。 【腹膜灌流】 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。	【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> 【腹膜灌流】 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>

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

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。

改定後(2010年4月)

(新)【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 **500点**

[算定要件]

表皮水疱患者であって、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

リンパ浮腫指導管理料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【リンパ浮腫指導管理料】 100点 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。	【リンパ浮腫指導管理料】 100点 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。 2 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。

DPC

1. 入院基本料等の引き上げ及び改定率の反映

急性期医療に対する更なる評価に伴う入院基本料等の引き上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引き上げ等については、機能評価係数に反映させる。

改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 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

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

(1) 今回導入する新たな機能評価係数

改定後(2010年4月)

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

- (新)〔項目1〕「データ提出指数」(正確なデータ提出に係る評価)
- (新)〔項目2〕「効率性指数」(効率化に対する評価)
- (新)〔項目3〕「複雑性指数」(複雑性指数による評価)
- (新)〔項目4〕「カバー率指数」(診断群分類のカバー率による評価)
- (新)〔項目5〕「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)
- (新)〔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)

〔項目1〕 以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上

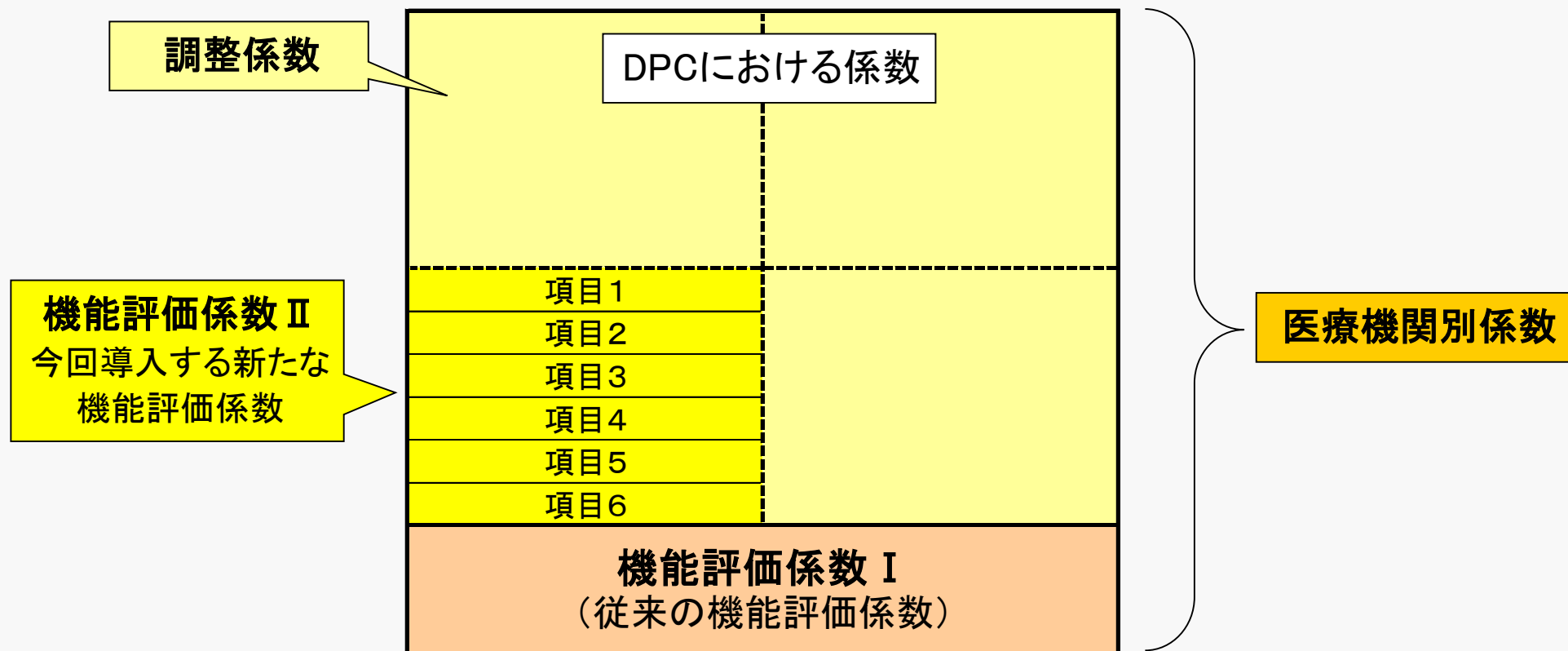
〔項目5〕 以下の各項目の総ポイント数(0～7ポイント)で評価

- ① 脳卒中地域連携
- ② がん地域連携
- ③ 地域がん登録
- ④ 医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤ DMAT(災害派遣医療チーム)指定
- ⑥ へき地医療拠点病院の指定又は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
- ⑦ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

DPC

(2) 設定方法

- ① 調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- ② 各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。



3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う

改定後(2010年4月)

(1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ①高額薬剤による分岐の追加
- ②化学療法レジメによる分岐の追加
- ③副傷病による分岐の精緻化
- ④手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し

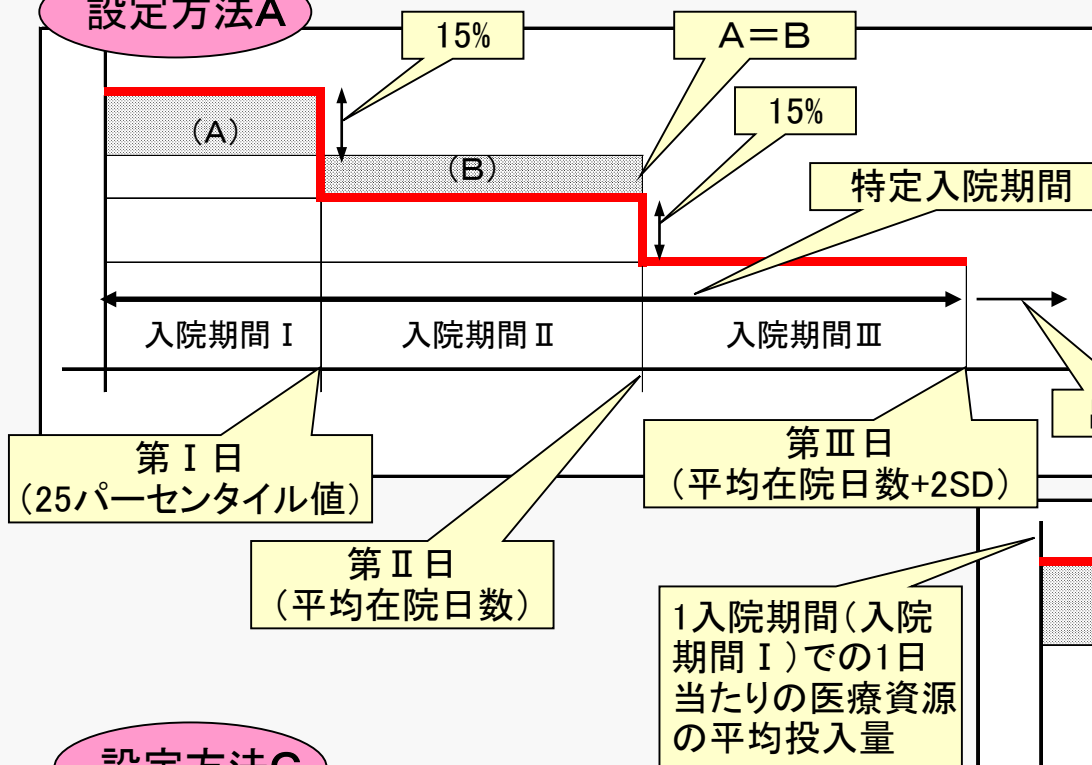
改定後(2010年4月)

(2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類(次ページ参照)に変更する。

視点
Ⅲ-1

DPC

設定方法A

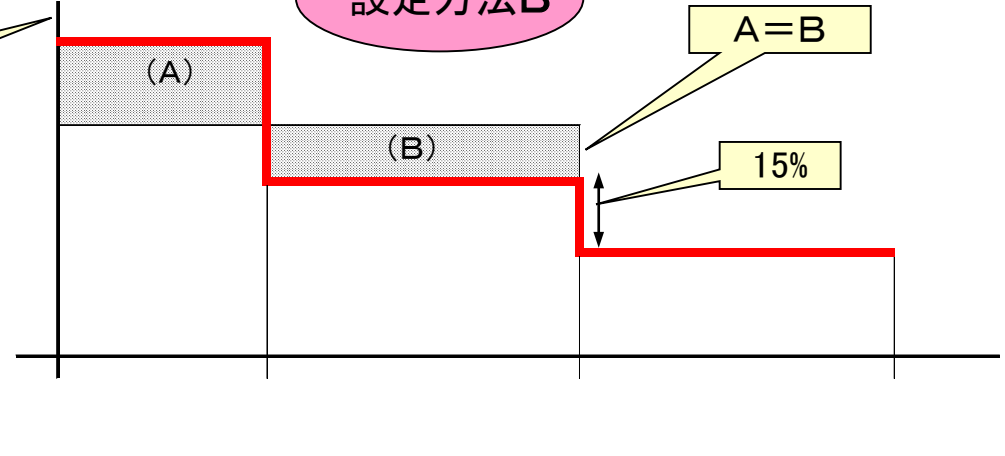


(基準)

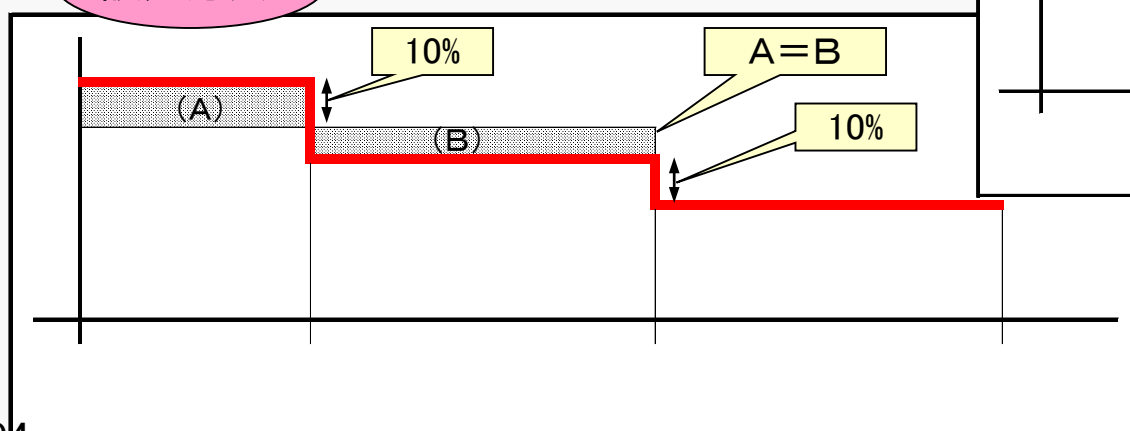
「入院期間Ⅰでの1日当たり包括範囲点数／1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差(SD)が、

- ① 平均-1SDから平均+1SDの間の場合：設定A
- ② 平均+1SD以上の場合：設定B
- ③ 平均-1SD以下の場合：設定C

設定方法B



設定方法C



4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

改定後(2010年4月)

(1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

(2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

5. その他

- ①特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- ②医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- ③診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

一般病棟看護必要度評価加算

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10 対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

改定後（2010年4月）

（新）【一般病棟看護必要度評価加算】（1日につき） **5点**

〔算定要件〕

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10 対1入院基本料を算定している患者であること
- ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生（支）局長に報告すること。

「10 対1入院基本料」にも看護必要度評価を導入

検体検査の評価

特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

改定後(2010年4月)

(新)【検体検査管理加算(Ⅳ)】 **500点**

現行の3区分に加えて、より充実した体制(常勤の臨床検査技師が10名など)を新設

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ②当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【外来迅速検体検査加算】 5点／件(最大5件まで)	【外来迅速検体検査加算】 10点 ／件(最大5件まで) (改)

麻酔管理料

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。

改定後（2010年4月）

（新）【麻酔管理料（Ⅱ）】

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 **100点**（1人につき1回）
- 2 全身麻酔 **300点**（1人につき1回）

〔算定要件〕

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

〔施設基準〕

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

視点
Ⅲ-1

療養病棟入院基本料

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

医療区分3やADL区分3を手厚く評価し、その他については引下げた

(改定前)療養病棟入院基本料			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,198点	

データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病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要件化する。



(改定後)療養病棟入院基本料1			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点	1,369点	1,758点
ADL区分2	887点	1,342点	1,705点
ADL区分1	785点	1,191点	1,424点

(改定後)療養病棟入院基本料2			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1,306点	1,695点
ADL区分2	824点	1,279点	1,642点
ADL区分1	722点	1,128点	1,361点

[施設基準]

- ① 看護職員及び看護補助者が20 対1配置以上であること。
- ② 医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が25 対1配置以上であること。

平成18 年度改定及び平成20 年度改定において実施した特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成23 年度末まで延長する。

脳血管疾患等リハビリテーション料

脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対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。

改定前	改定後(2010年4月)
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1) (2)以外の場合 245点 (改) (2) 廃用症候群の場合 235点 (新) 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1) (2)以外の場合 200点 (改) (2) 廃用症候群の場合 190点 (新) 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1) (2)以外の場合 100点 (改) (2) 廃用症候群の場合 100点 (新)

運動器リハビリテーション料

大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、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。

改定前	改定後(2010年4月)
【運動器リハビリテーション料】(1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点	【運動器リハビリテーション料】(1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 (新) 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点 (改) 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点 [運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件] 入院中の患者に対し、運動器リハビリテーションを行った場合に算定する。 [運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準] (1) 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。 (2) 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。 (3) 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。 (4) 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。

心大血管疾患リハビリテーション料

心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 200点 【施設基準】 (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。	【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 200点 【施設基準】 (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。)において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u>

早期リハビリテーション加算

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

改定前	改定後(2010年4月)
【早期リハビリテーション加算】(1単位につき) 30点	【早期リハビリテーション加算】(1単位につき) 45点 (改)

維持期のリハビリテーション

維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、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を継続する。

回復期リハビリテーション病棟入院料

集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において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。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【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 1,690点 [施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること (3)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595点 [施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること	【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 1,720点 (改) [施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、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 (3)当該病棟において新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること (4)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点 (改) [施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、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

充実したリハビリテーション

より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

改定後(2010年4月)

リハビリ実績の多い施設への評価

(新)【休日リハビリテーション提供体制加算】(1日につき) **60点**

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

(新)【リハビリテーション充実加算】(1日につき) **40点**

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

回復期リハビリ病棟入院料には「対象疾患の発症から2ヵ月以内(1ヵ月以内)に回復期リハ病棟に入院しなければならない」との要件があるが、回復期リハ病棟に入院する前の急性期病棟で実施した充実したリハビリの日数は除外されることになる。たとえば、脳卒中を発症した場合、通常はその60日後までに回復期リハ病棟に入院しなければならないが、急性期病棟で10日間、1日6単位以上の充実したリハビリを行った場合には、回復期リハ病棟への転院は70日以内でよいことになった。

亜急性期病棟のリハビリテーション

亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。なお、リハビリテーション提供体制加算を算定している患者については、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。

改定後(2010年4月)

(改)【リハビリテーション提供体制加算】(1日につき) **50点**

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、平均週 16 単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

改定前	改定後(2010年4月)	病床数要件の 条件付き緩和
【亜急性期入院医療管理料】(1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点 [施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。	【亜急性期入院医療管理料】(1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点 [施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。<u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u>	
2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点 [施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。	2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点 [施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、他医療機関の7対1入院基本料等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。</u>	

視点
Ⅲ-2

がん患者や難病患者に対するリハビリテーション

がんに対するリハビリテーションの評価

【がん患者リハビリテーション料】参照（視点Ⅰ-1p49）

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なリハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料を引き上げることにより、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とともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

改定前	改定後（2010年4月）
【難病患者リハビリテーション料】 （1日につき）600点 注2 難病患者リハビリテーション料を行った場合に食事を提供した時は48点を加算する。	【難病患者リハビリテーション料】 （1日につき） 640点 （改） 短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）（新） 退院後1月以内 280点 退院後1月を超え3月以内 140点

在宅移行早期加算

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。

改定後(2010年4月)

(新) 【在宅移行早期加算】(月1回) **100点**

[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。

在宅療養指導管理料

複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

改定後(2010年4月)

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。

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【在宅療養支援病院について】 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。 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。 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にあっても、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。	【在宅療養支援病院について】 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。 ア <u>許可病床数が200床未満の病院であること</u>、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。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。 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にあっても、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。

200床未満の中小病院は、緊急時の連絡体制整備など他の要件を満たせば在宅療養支援病院となることが可能になった

往診料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【往診料】 650点	【往診料】 720点 (改)

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。

対診: 他の医師が診療に立ち会うこと。
または診療の結果を鑑定すること

在宅ターミナルケア加算

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算 (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。 (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。	【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算 (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(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)に2,000点を加算。 (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(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)に10,000点を加算。

他医療機関で死亡した場合」も本加算を算定できるようになった

乳幼児加算（在宅）

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。

改定後（2010年4月）

（新）【在宅患者訪問診療料】乳幼児加算 **200点**

（新）【退院前在宅療養指導管理料】乳幼児加算 **200点**

在宅における専門医療の評価

在宅における血液透析の評価の引き上げ

【在宅血液透析指導管理料】 参照(視点Ⅱ-4 p87)

医療機関における透析との併算定要件の見直し

透析との併算定要件 参照(視点Ⅱ-4 p88)

在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 参照(視点Ⅱ-4 p89)

超重症児(者)入院診療加算の見直し

【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 参照(重点課題1-3 p19)

訪問看護ステーション数の制限緩和

末期の悪性腫瘍等の利用者

改定後(2010年4月)

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。

特別訪問看護指示書の特別訪問看護指示期間中

改定後(2010年4月)

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日以上指定訪問看護が計画されていること。

訪問看護管理療養費

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【訪問看護管理療養費】 月の初日の場合 7,050 円 月の2日目以降の訪問の場合 2,900 円	【訪問看護管理療養費】 月の初日の場合 7,300円 (改) 月の2日目以降の訪問の場合 2,950円 (改) [算定要件] 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 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。

乳幼児加算・幼児加算（訪問看護）

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

改定後（2010年4月）

（訪問看護療養費）

（新）【乳幼児加算（3歳未満）】 **500円**（1日につき）

（新）【幼児加算（3歳以上6歳未満）】 **500円**（1日につき）

改定後（2010年4月）

（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）

（新）【乳幼児加算（3歳未満）】 **50点**（1日につき）

（新）【幼児加算（3歳以上6歳未満）】 **50点**（1日につき）

訪問看護ターミナルケア

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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	【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(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)
【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	【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(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)
【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】 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	【同一建物居住者訪問看護・指導料ターミナルケア加算】 2,000 点 死亡した同一建物居住者に対して、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回以上同一建物居住者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合(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)

重症者管理加算

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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】 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 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 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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 三 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	【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】 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 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 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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 三 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 六 真皮を越える褥瘡の状態にある者 【算定要件】(六について) 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。

複数名訪問看護加算

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※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。)

改定後(2010年4月)

(訪問看護療養費)

(新) 【複数名訪問看護加算】(週1回)看護師等と当時に行った場合 **4,300円**
 准看護師と当時に行った場合 **3,800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)

(新) 【複数名訪問看護・指導加算】(週1回)保健師、助産師又は看護師と当時に行った場合 **430点**
 准看護師と当時に行った場合 **380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

総合評価加算

ケアマネジャーとの連携評価

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者総合評価加算】(入院中1回)50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。	【総合評価加算】(入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の患者(<u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る</u>)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

入院早期のケアマネジャーとの連携評価
【介護支援連携指導料】参照(重点課題2-4 p42)

ケアマネジャーとの連携評価については、入院早期には「総合評価加算」、入院中には「介護支援連携指導料」、退院前には「退院時共同指導料」と「介護支援連携指導料」、退院にあたっては「急性期病棟退院調整加算」の算定が該当する。
「介護支援連携指導料」は入院早期に、退院後の介護サービスの必要性などについて看護師等がケアマネジャーと共同で指導を行った場合等に算定できるが、要介護認定を受けて非該当とされた場合、介護保険とならず、そのときのケアマネジャーの保険収入は無しとなり、ボランティア的な業務にならざるを得ない状況もありうるため、対策の検討を要望。

一包化薬調剤料及び内服薬調剤料

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が15日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31日分以上の区分を創設する。

改定前	改定後(2010年4月)
【内服薬(浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く)】 (1剤につき) イ 14日分以下の場合 (1) 7日目以下の部分(1日分につき) 5点 (2) 8日目以上の部分(1日分につき) 4点 ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点 ハ 22日分以上の場合 77点	【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く)】(1剤につき) イ 14日分以下の場合 (1) 7日目以下の部分(1日分につき) 5点 (2) 8日目以上の部分(1日分につき) 4点 ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点 (改) ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点 (改) ニ 31日分以上の場合 89点 (新)
【一包化薬】89点 2剤以上(※)の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定 ※ 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。	【一包化加算】 (改) 注 2剤以上(※)の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算 イ 56日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに 30点 ロ 57日分以上の場合 270点 ※ 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。

湯薬の調剤料

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降 28 日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29 日目以降は一定の評価とする。

改定前	改定後(2010年4月)
【湯薬】(1調剤につき) 190点	【湯薬】(1調剤につき) イ 7日分以下の場合 190点 (改) ロ 8日分以上 28日分以下の場合 (1) 7日目以下の部分 190点 (改) (2) 8日目以上の部分(1日分につき) 10点 (新) ハ 29日分以上の場合 400点 (新)

薬剤服用歴管理指導料（ハイリスク薬）

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

改定前	改定後（2010年4月）
【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき）30点	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき）30点 注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に 4点 を加算する。 ＜特に安全管理が必要な医薬品＞ 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、臓臓ホルモン剤及び抗HIV薬

調剤基本料

調剤基本料の特例について、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその要否を判断することとするともに、評価の引上げを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
【調剤基本料】 (処方せんの受付1回につき) 40点 注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。	【調剤基本料】 (処方せんの受付1回につき) 40点 注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき 24点 を算定する。

※ 注のうち、処方せんの受付回数4,000回超／月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料及び介護保険における居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんを受け付けた場合については、処方せんの受付回数に含めないこととする。

薬剤服用歴管理指導料

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(患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価)と薬剤情報提供料(「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価)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個の評価体系とする(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。)。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 35点 注 <u>後期高齢者である患者</u>について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること	【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと 【薬剤情報提供料】 (処方せんの受付1回につき) 15点 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回(処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回)に限り算定する

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」については、青字の「**後発医薬品**」で表記。

後発医薬品調剤体制加算

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。

改定前	改定後（2010年4月）
【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	【後発医薬品調剤体制加算】 （処方せんの受付1回につき） 1 20%以上 6点 （改） 2 25%以上 13点 （改） 3 30%以上 17点 （改）
[施設基準] 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	[施設基準] 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、上記のとおりであること

後発医薬品調剤体制加算（注釈）

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。

漢方薬は除外とならなかった

次ページに品目リスト

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3箇月実績で要件を満たす薬局については、7月から9月の3箇月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3箇月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3箇月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

1～3月は現行通り8成分16品目を調剤割合にカウントできる。

4月以降は、1～3月の実績で20%以上の調剤薬局に限り、9月まで3カ月間の平均実績の変動が1割以内（18%以上まで）であれば加算可能となる。7～9月までは平均18%以上なら算定できるが、8～10月は元の20%以上に達する必要がある。8～10月に20%以上に達しなかった場合（8月が18%、9月が18%、10月が20%の場合でも3カ月の平均は18.7%となり算定できない）には、11月の届け出期間を挟み、12月から加算が算定できなくなる。

「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の品目

成分名(薬効分類等)【8成分9銘柄16品目】				
	除外予定品目	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)				
1	ハイセレニン細粒 40%	シェリング・プラウ	デパケン細粒 40%[]	協和発酵キリン
②塩酸アンブロキシール(去たん剤)				
2	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	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)				
3	テオロング錠 50mg	エーザイ	テオドール錠 50mg	田辺三菱製薬
4	テオロング錠 100mg	エーザイ	テオドール錠 100mg	田辺三菱製薬
5	テオロング錠 200mg	エーザイ	テオドール錠 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)				
6	アモリンカプセル 125	武田薬品工業	パセトシンカプセル 125	協和発酵キリン
7	アモリンカプセル 250	武田薬品工業	サワシリンカプセル 250	アステラス製薬
			サワシリン錠 250 パセトシンカプセル 250 パセトシン錠 250	協和発酵キリン
8	アモリン細粒 10%	武田薬品工業	サワシリン細粒 10% パセトシン細粒 10%	アステラス製薬 協和発酵キリン
⑤セファレキシム(セフェム系抗生物質)				
9	センセファリンカプセル 250	武田薬品工業	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))				
10	メジテック	日本メジフィジックス	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)				
11	マドロス輸液 10%(500mL製剤)	扶桑薬品工業	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)				
12	マレントール注射液250mL製剤(瓶)	日本製薬	ポタコールR輸液 ポタコールR	大塚製薬工場
13	マレントール注射液250mL製剤(袋)	日本製薬		
14	マレントール注射液500mL製剤(瓶)	日本製薬		
15	マレントール注射液500mL製剤(袋)	日本製薬		
16	ソルラクトTMR輸液(250mL製剤)	テルモ		

薬価改定の作業中であることから、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。

数量ベース比の計算方法概念（日医工MPS見解）

月単位で集計

パターンA
A錠をジェネリックに変更

【処方薬剤】

A錠(1日3回14日分) [42錠 = 42単位]
Bカプセル(1日1回14日分) [14Cp = 14単位]
C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
総処方単位数 (42 + 14 + 20 + 14) = 90単位

パターンB
Bカプセルをジェネリックに変更

【調剤薬剤】

a錠(ジェネリック) [42錠 = 42単位]
Bカプセル(1日1回14日分) [14Cp = 14単位]
C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
ジェネリック調剤単位数 = 42単位

数量ベース比 $42/90 = 0.4666$

46.7%

【調剤薬剤】

A錠(1日3回14日分) [42錠 = 42単位]
bカプセル(ジェネリック) ... [14Cp = 14単位]
C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
ジェネリック調剤単位数 = 14単位

数量ベース比 $14/90 = 0.1555$

15.6%

含量違いの後発医薬品への変更

改定後(2010年4月)

(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**の調剤を認めることとする。(注1、2)

(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。

類似した別剤形の後発医薬品への変更

改定後(2010年4月)

(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。(注3、4)

(注3) 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4) 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。

「外用薬の場合」は2月5日の
中医協配布資料から削除さ
れ、今回は対象外となった

後発医薬品への変更に係る情報共有

改定後(2010年4月)

(3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

① 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。

② 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。

後発医薬品使用体制加算

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るとともに、**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。

改定後(2010年4月)

平均在院日数の短い
医療機関はメリット大

(新)【後発医薬品使用体制加算】(入院初日) **30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:

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(いずれも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。

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。

改定後（2010年4月）

「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。」

検体検査実施料

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。

不採算とされる微生物学的検査など約20項目が引き上げになったので、引き下げとなった約40項目を含め検体検査実施料全体で見た場合、「マイナスにはならない」という試算もある

視点
IV-3

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

デジタルエックス線撮影料の新設

改定前	改定後(2010年4月)
E002【撮影】 1 単純撮影 65 点 2 特殊撮影(一連につき) 264 点 3 造影剤使用撮影 148 点 4 乳房撮影(一連につき) 196点	E002【撮影】 1 単純撮影 イ アナログ撮影 60点 (新) ロ デジタル撮影 68点 (新) 2 特殊撮影(一連につき) イ アナログ撮影 260点 (新) 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 (新) 4 乳房撮影(一連につき) イ アナログ撮影 192点 (新) ロ デジタル撮影 202点 (新)

アナログ撮影の点数は現行よりも引下げ、デジタル撮影点数は現行よりも引上げられた。

視点
IV-3

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

デジタル映像化処理加算の廃止

改定前	改定後(2010年4月)
【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)

電子画像管理加算の見直し

改定前	改定後(2010年4月)
【電子画像管理加算】 イ 単純撮影の場合 60 点 ロ 特殊撮影の場合 64 点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72 点 ニ 乳房撮影の場合 60 点	【電子画像管理加算】 イ 単純撮影の場合 57点 (改) ロ 特殊撮影の場合 58点 (改) ハ 造影剤使用撮影の場合 66点 (改) ニ 乳房撮影の場合 54点 (改)

コンピューター断層撮影診断料の見直し

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。

「16列以上」を引上げ、他は引下げる。

「1.5テスラ以上の機器」の点数を引上げ、それ以下は引下げる。

改定前	改定後(2010年4月)
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 16 列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点 (新) ロ 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点 (改) ハ イ、ロ以外の場合 600点 (改)
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 1,330点 (改) 2 1以外の場合 1,000点 (改)
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 80 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

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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 2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730 点	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】 1 ポリープ又は切除範囲が2cm未満のもの 5,000点 (改) 2 ポリープ又は切除範囲が2cm以上のもの 7,000点 (改) [算定要件] 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。
【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 5,360 点	【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 1 ポリープが2cm未満のもの 5,000点 (改) 2 ポリープが2cm以上のもの 7,000点 (改) [算定要件] 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。

医療機器の価格等に基づく検査及び処置

1. 眼科学的検査の適正化

改定前	改定後(2010年4月)
D262【屈折検査】74 点	D262【屈折検査】 69点 (改)
D263【矯正視力検査】	D263【矯正視力検査】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 69点 (改)
2 1以外の場合 74 点	2 1以外の場合 69点 (改)
D264【精密眼圧測定】85 点	D264【精密眼圧測定】 82点
D265【角膜曲率半径計測】89 点	D265【角膜曲率半径計測】 84点 (改)

2. 耳鼻科学的検査の適正化

改定前	改定後(2010年4月)
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 350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 350点 (改)

医療機器の価格等に基づく検査及び処置

3. 内視鏡検査の適正化

改定前	改定後(2010年4月)
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) 600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】 600点 (改)

4. 皮膚科処置の適正化

改定前	改定後(2010年4月)
J055【いぼ焼灼法】 1 3箇所以下 220 点 2 4箇所以上 270 点	J055【いぼ焼灼法】 1 3箇所以下 210点 (改) 2 4箇所以上 260点 (改)
J056【いぼ冷凍凝固法】 1 3箇所以下 220 点 2 4箇所以上 270 点	J056【いぼ冷凍凝固法】 1 3箇所以下 210点 (改) 2 4箇所以上 260点 (改)

薬剤情報提供料（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。

改定前	改定後（2010年4月）
【薬剤情報提供料】10点 注2 後期高齢者手帳記載加算 5点 <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>	【薬剤情報提供料】10点 注2 手帳記載加算 3点（改） <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>

退院時薬剤情報管理指導料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】 100点 注 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ついては、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。 【薬剤管理指導料】 注 退院時服薬指導加算 50点 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。	【退院時薬剤情報管理指導料】 90点 (改) 注 患者の入院時に当該患者が服用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ついては、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>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> (廃止)

視点
V

長期療養患者褥瘡等処置

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者処置】(1日につき) 12点 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って、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> 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。	【長期療養患者褥瘡等処置】(1日につき) 24点 (改) 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。 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれる物とする。
【後期高齢者精神病棟等処置】15点 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って、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が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> イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満	【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 (改) 注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が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。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満

後期高齢者診療料・終末期相談支援料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【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)

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者終末期相談支援料(医科)】(1回限り) 200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料(調剤)】(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)

その他後期高齢者関係点数

対象者を全年齢に拡大する項目

後期高齢者特定入院基本料

【特定入院基本料】 参照(重点課題2-1 p32)

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料(調剤報酬)

【薬剤服用歴管理指導料】 参照(視点Ⅲ-7 p123)

例外的な見直しを行う項目

診療所後期高齢者医療管理料

【有床診療所一般病床初期加算】 参照(重点課題1-3 p23)

後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

【栄養サポートチーム加算】 参照(重点課題2-1 p34)

後期高齢者総合評価加算

【総合評価加算】 参照(視点Ⅲ-6 p120)

後期高齢者退院調整加算

【急性期病棟等退院調整加算】 参照(重点課題2-3 p39)