

# 平成 22 年度診療報酬改定における 主要改定項目について（案）

# 【目次】

## **重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

### **重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について**

救急入院医療の充実に係る評価.....	1
地域の連携による救急患者の受入の評価.....	4

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

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価.....	6
新生児集中治療・救急医療の評価.....	8
小児急性期救急医療の評価.....	11

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

NICU入院患者等の後方病床の充実.....	13
急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	17

### **重点課題1-4 手術の適正評価について**

手術料の適正な評価について.....	20
--------------------	----

## **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）**

### **重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について**

一般病棟入院基本料等の評価について.....	23
医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	26

### **重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について**

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価.....	29
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価.....	31

### **重点課題2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について**

地域における医療機関の連携に対する評価.....	33
地域医療を支える有床診療所の評価.....	36

### **重点課題2-4 医療・介護関係職種の連携に対する評価について**

在宅復帰後を見越した地域連携の評価.....	38
------------------------	----

## I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

### I-1 がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院の評価	40
がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実	41
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実	42
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	44

### I-2 認知症医療の推進について

認知症医療の推進について	48
--------------	----

### I-3 感染症対策の推進について

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	50
------------------------	----

### I-4 肝炎対策の推進について

肝炎治療の推進について	53
-------------	----

### I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

精神科急性期入院医療に係る評価	55
精神科慢性期入院医療に係る評価	59
精神科専門的入院医療に係る評価	61
地域における精神医療の評価	63

### I-6 歯科医療の充実について

障害者歯科医療の充実	66
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	70
患者の視点に立った歯科医療	74
生活の質に配慮した歯科医療の充実	79
歯科固有の技術の評価の見直し	84
エックス線撮影料の評価体系の見直し	95
新規医療技術の保険導入（歯科）	97

### I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

手術以外の医療技術の適正な評価について	98
---------------------	----

### I-8 イノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等	103
-----------------------	-----

## 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

<b>II-1 医療の透明化に対する評価について</b>	
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し.....	108
<b>II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価について</b>	
再診料及び外来管理加算について.....	112
地域医療貢献に対する評価.....	115
患者の視点に立った歯科医療.....	116
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について.....	117
<b>II-3 医療安全対策の推進について</b>	
医療安全対策の推進について.....	120
<b>II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について</b>	
人工腎臓等の適正な評価について.....	123
在宅における専門医療の評価.....	125
<b>II-5 疾病の重症化予防について</b>	
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	127
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	128
障害者歯科医療の充実.....	129

**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**

<b>III-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について</b>	
質が高く効率的な急性期入院医療の推進について.....	130
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.....	135
検体検査評価の充実について.....	136
安全な麻酔管理体制の評価.....	137
医療療養病棟の評価に係る見直し.....	138
<b>III-2 回復期リハビリテーション等の推進について</b>	
疾患別リハビリテーションの充実について.....	140
回復期等における充実したリハビリテーションの評価.....	144
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価.....	148
<b>III-3 在宅医療の推進について</b>	
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	150
訪問診療の評価の充実.....	152

在宅における専門医療の評価.....	154
<b>Ⅲ－４ 訪問看護の推進について</b>	
患者のニーズに応じた訪問看護の推進.....	155
乳幼児等への訪問看護の推進について.....	157
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し.....	158
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	160
<b>Ⅲ－５ 在宅歯科医療の推進について</b>	
在宅歯科医療の推進.....	163
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化.....	169
<b>Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について</b>	
入院時の総合的な評価に基づく介護との連携.....	170
<b>Ⅲ－７ 調剤報酬について</b>	
調剤料の見直し.....	172
ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実.....	174
調剤基本料の特例の見直し.....	175
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し.....	176

#### **Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

<b>Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進について</b>	
後発医薬品の使用促進について.....	178
<b>Ⅳ－２ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について</b>	
検体検査実施料の適正化について.....	185
<b>Ⅳ－３ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について</b>	
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.....	186
コンピューター断層撮影診断料の見直し.....	188
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し.....	190
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化.....	192

#### **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.....	194
-----------------------	-----

## 認知症医療の推進について

骨子【I-2-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。

これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 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）や身体合併症等への対応などが重要であることから、これらへの手厚い対応が特に必要な入院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。

現 行		改 定 案	
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,330点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,450点 ②
ロ	91日以上期間 1,180点	ロ	<u>61日以上期間</u> 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,070点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,070点
ロ	91日以上期間 1,020点	ロ	<u>61日以上期間</u> 970点 ②

- (2) 入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、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。

**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、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

## 2. 認知症外来医療の評価

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、評価を新設する。

**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。

## 精神科急性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(1)】

### 第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 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。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

[施設基準]

- 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。

- (2) 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。





精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[施設基準]

- 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。

(3) 精神病棟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。

現 行			改 定 案		
【精神病棟入院基本料加算】			【精神病棟入院基本料加算】		
14日以内		459点	14日以内		<u>465点</u> 改
15日以上	30日以内	242点	15日以上	30日以内	<u>250点</u> 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	<u>10点</u> 改
181日以上	1年以内	5点	181日以上	1年以内	<u>3点</u> 改

(4) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても、同様に見直す。

## 2. 精神科急性期の特定入院料の引上げ

(1) 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、入院早期の評価を引き上げる。

現 行			改 定 案		
【精神科救急入院料】（1日につき）			【精神科救急入院料】（1日につき）		
1	精神科救急入院料 1		1	精神科救急入院料 1	
	30日以内	3,431点		30日以内	<u>3,451点</u> 改
	31日以上	3,031点		31日以上	3,031点
2	精神科救急入院料 2		2	精神科救急入院料 2	
	30日以内	3,231点		30日以内	<u>3,251点</u> 改
	31日以上	2,831点		31日以上	2,831点

<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点	<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内 <u>3,451点</u> ② 31日以上 3,031点
--	---

(2) 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。

現 行	改定案
<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (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</u> <u>又は200床以上が精神病床である</u> <u>若しくは特定機能病院である。</u>	<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 <u>1,920点</u> ② 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 <u>1,820点</u> ② 31日以上 1,500点 [算定要件等] (削除)

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料及び精神科救急・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、入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

### 3. 身体合併症の対応に関する評価

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について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき)</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき) <u>350点</u> ㊦</p> <p>[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、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）又は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。</p>

## 精神科慢性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(2)】

### 第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

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に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【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

#### 2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

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。

※以下の特定入院料への加算

- 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

現 行	改定案
<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) 10点	<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) <u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨ <u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ⑩ [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

### 3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

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。

現 行	改定案
<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) 1,090点	<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) 1,050点 ⑩ <u>重症者加算 (1日につき)</u> 40点 ⑨ [算定要件] 重症者加算：当該患者のG A Fスコアが 40以下であること。

## 精神科専門的入院医療に係る評価

骨子【I-5-(3)】

### 第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

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。

現 行	改定案
【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

#### 2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

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。

**新** 強度行動障害入院医療管理加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児（者）の医療度判定基準スコアが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。

### 3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

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。



#### 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[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。

### 4. 摂食障害に対する入院医療の評価

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。



#### 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[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。

## 地域における精神医療の評価

骨子【I-5-(4)】

### 第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

また、精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価と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は評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点 改</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点 改</p>



- (2) また、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。



認知療法・認知行動療法 420点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、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。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

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、早期の地域移行に対して評価を行う。

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>【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><u>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。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの <u>590点</u> (改)</p> <p>2 大規模なもの <u>700点</u> (改)</p> <p><u>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。</u> (新)</p>

<p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p>	<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 540点 ②改 <u>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。</u> ③新</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,040点 ②改 <u>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。</u> ③新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,040点 ②改 <u>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。</u> ③新</p>
---	---

## 明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

骨子【Ⅱ－１】

### 第１ 基本的な考え方

#### １．明細書発行義務化の拡大について

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

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

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

#### ２．電子化加算について

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

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

#### ３．処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

## 第2 具体的な内容

### 1. 明細書発行義務化の拡大

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

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

#### 「正当な理由」の考え方

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

## 2. 電子化加算の見直し

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



### 明細書発行体制等加算 1点（再診料に加算）

[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。その旨の院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】（初診料に加算） 3点	（廃止）

### 3. 処方せん様式等の見直しについて

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

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

# 再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ－２－(1)】

## 第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

2. 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「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、別途要件を追加する。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数（52点）は据え置く。

## 第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

現 行		改 定 案	
【再診料】		【再診料】	
1 病院の場合	60点	69点	改
2 診療所の場合	71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。

具体的な通知の改定案は以下のとおり。

現 行	改定案
<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>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。」</p> <p>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。」</p> <p>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</p>	<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 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。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>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。」</p> <p>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。」</p> <p>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</p>



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。

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 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。

## 後発医薬品の使用促進について

骨子【IV-1】

### 第1 基本的な考え方

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

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

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

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

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

### 第2 具体的な内容

1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

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

現 行	改定案												
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">20%以上</td> <td style="text-align: center;">6点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25%以上</td> <td style="text-align: center;">13点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">17点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> </table> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の<u>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。</u></p>	1	20%以上	6点	改	2	25%以上	13点	改	3	30%以上	17点	改
1	20%以上	6点	改										
2	25%以上	13点	改										
3	30%以上	17点	改										

(2) 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。

(3) 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 か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か月実績分まで、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か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か月実績については、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。

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

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

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

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

(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。

### (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\*への変更には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\*への変更には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。

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、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新設する。



## [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。

## 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

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

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