

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ 10年ぶりのネットプラス改定

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%  
(約4,800億円)

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

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

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

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

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

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題

### 重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 1 地域連携による救急患者の受入れの推進
- 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
- 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
- 4 手術の適正評価

### 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)

- 1 入院医療の充実を図る観点からの評価
- 2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
- 3 地域の医療機関の連携に対する評価
- 4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

## 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

がん医療の推進、認知症医療の推進、感染症対策、肝炎対策、精神科入院医療。手術以外の技術料の適正評価、イノベーションの適切な評価

### 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

医療の透明化、診療報酬を患者に分かりやすくすることに対する評価、医療安全対策、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、疾病の重症化予防

### 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

質が高く効率的な急性期入院医療等、回復期リハビリテーション等の推進、在宅医療、訪問看護、介護関係者を含めた多職種間の連携

### IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進、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、相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

② 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

⑤ 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

## 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

1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

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

5 疾病の重症化予防について

### 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

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

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

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

# 重点課題1

## 1 地域連携による救急患者の受入れの推進

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

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

4 手術の適正評価



## 救急医療の評価の充実について②

### 救急入院医療の評価2

- 救急や手術後の患者等に高度かつ手厚い急性期医療を提供する病床の評価の引き上げ

#### ハイケアユニット入院医療管理料

3,700点 → 4,500点

- [施設基準]
- ① 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行った医療機関 → (削除)
  - ② 平均在院日数 17日以内 → 19日以内

- 救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の引き上げ

救急医療管理加算	600点 → 800点
乳幼児救急医療管理加算	150点 → 200点

## 特別入院基本料を算定するまでの激変緩和について

看護師不足によって月平均夜勤時間72時間以内の要件のみ満たせない場合、特別入院基本料を算定するまでの激変緩和措置を創設

7対1及び10対1特別入院基本料の新設(入院基本料の80%の点数設定)

- ⑨ 一般病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,244点
- ⑨ 一般病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 1,040点
- ⑨ 結核病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,158点
- ⑨ 結核病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 954点
- ⑨ 精神病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 992点

### [施設基準]

一般病棟入院基本料7対1及び10対1入院基本料を算定している医療機関であって、夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下の要件のみを満たせない医療機関

算定期間:3か月間(当該入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない)

算定要件:毎月看護職員採用活動状況報告

当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

## 介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。

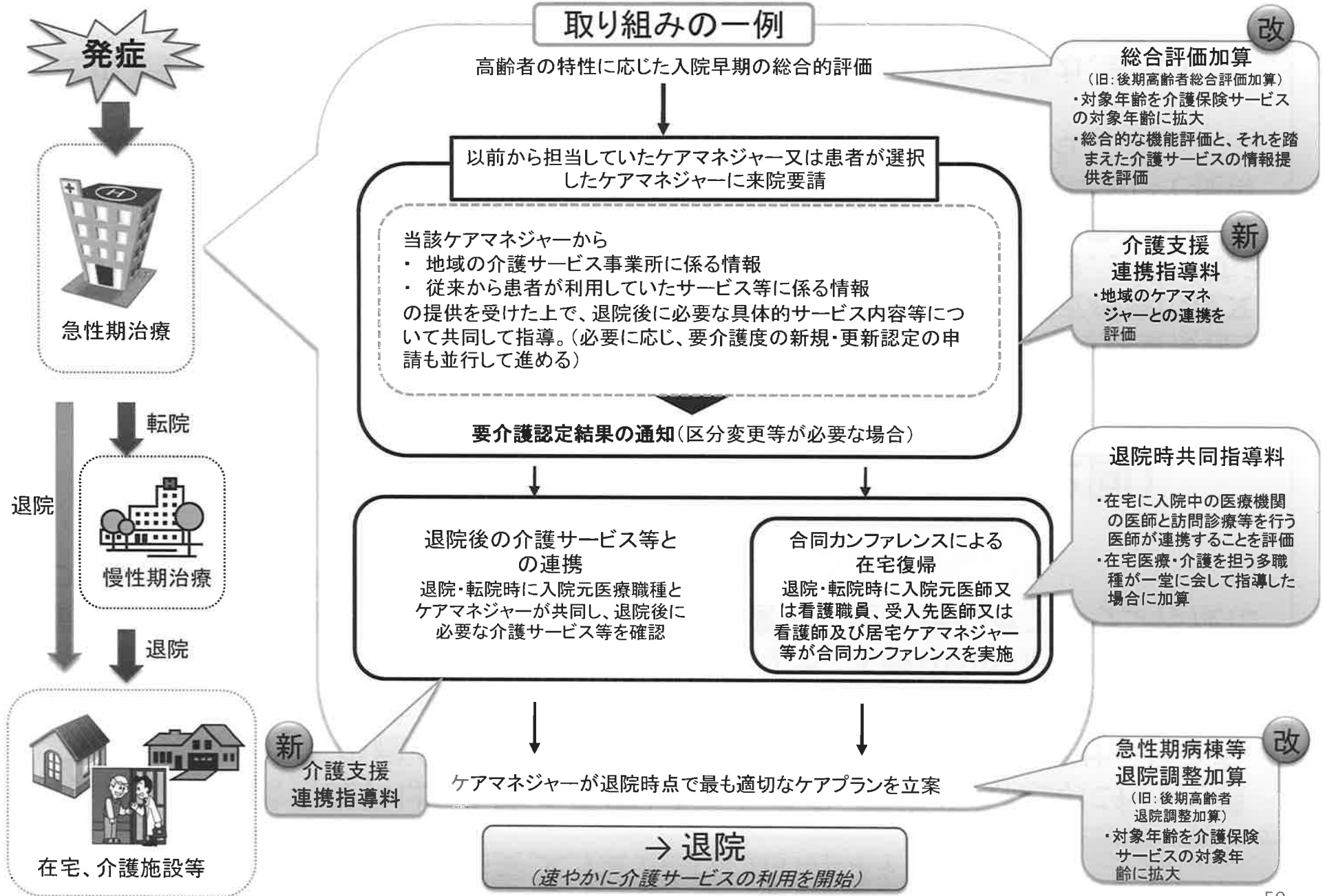
### ⑧ 介護支援連携指導料 300点（入院中2回）

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。

# 急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について

## 地域の連携による疾患対策の評価について

### 肝炎対策の充実

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

**新** 肝炎インターフェロン治療計画料 700点(1人につき1回)

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

**新** 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点(1月につき)

### 認知症医療の評価

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

**新** 認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)

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

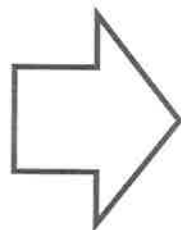
**新** 認知症患者地域連携加算 50点(1月につき)

# 認知症の入院医療の評価について

## 認知症病棟入院料の見直し

- 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、名称を「認知症治療病棟入院料」に改める。

認知症病棟入院料1	
イ 90日以内の期間	1,330点
ロ 91日以上	1,180点
認知症病棟入院料2	
イ 90日以内の期間	1,070点
ロ 91日以上	1,020点



認知症治療病棟入院料1	
イ 60日以内の期間	1,450点
ロ 61日以上	1,180点
認知症治療病棟入院料2	
イ 60日以内の期間	1,070点
ロ 61日以上	970点

- 入院期間が6ヶ月を超える認知症患者に対して、退院支援を行い、当該患者が退院した場合の加算を新設する。

⑨ 認知症治療病棟退院調整加算 100点(退院時1回)

# I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

1 がん医療の推進について

2 認知症医療の推進について

3 感染症対策の推進について

4 肝炎対策の推進について

5 質の高い精神科入院医療等の推進について

6 歯科医療の充実について

7 手術以外の医療技術の適正評価について

8 イノベーションの適切な評価について



# 精神医療の評価の充実について①

## 精神入院医療の充実

- 手厚い看護配置の精神病棟の評価

③ 精神病棟入院基本料 13対1 920点  
(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

- 身体合併症に対応する精神病棟の評価

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

- 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算 650点 → 800点

## 専門性の高い精神医療の評価

- うつ病に対する精神専門療法の評価

③ 認知療法・認知行動療法 420点

- アルコール依存症に対する専門的治療の評価

③ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)  
100点(31日以上60日以内)

## 精神医療の評価の充実について②

### 精神科急性期の特定入院料の引き上げ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。

#### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点

#### 精神科救急入院料2

イ 30日以内の期間 3,231点

ロ 31日以上期間 2,831点

#### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点



#### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

#### 精神科救急入院料2

イ 30日以内の期間 3,251点

ロ 31日以上期間 2,831点

#### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

## 精神医療の評価の充実について③

### 精神科急性期の特定入院料の引き上げ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。

#### 精神科急性期治療病棟入院料1

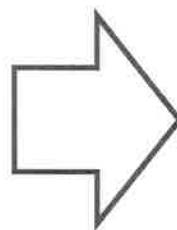
イ 30日以内の期間 1,900点

ロ 31日以上の期間 1,600点

#### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,800点

ロ 31日以上の期間 1,500点



#### 精神科急性期治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,920点

ロ 31日以上の期間 1,600点

#### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,820点

ロ 31日以上の期間 1,500点

〔算定要件等〕

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。

〔算定要件等〕

(削除)

## 精神医療の評価の充実について④

### 精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 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。  
精神科地域移行実施加算 5点 → 10点(1日につき)

### 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に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

非定型抗精神病薬加算(1日につき)

10点



非定型抗精神病薬加算(1日につき)

非定型抗精神病薬加算1 15点

非定型抗精神病薬加算2 10点

※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

〔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

## 精神医療の評価の充実について⑤

### 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。

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
--------

①新

重症者加算(1日につき)	40点
--------------	-----

〔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

## 精神医療の評価の充実について⑥

### 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評価

**⑨ 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

### 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ついて評価

**⑨ 摂食障害入院医療管理加算(1日につき)**

**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) 当該保険医療機関内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

# 精神医療の評価の充実について⑦

## 精神科専門療法の見直し

- 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。

### 通院・在宅精神療法(1日につき)

1 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 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

ロ 30分未満の場合 330点

## 精神医療の評価の充実について⑧

### 精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、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評価

#### 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

⑧〔算定要件〕

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	550点
2 大規模なもの	660点



#### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	<u>590点</u>
2 大規模なもの	<u>700点</u>

⑧〔算定要件〕

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。



## 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

### 1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

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

5 疾病の重症化予防について

# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
    - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行
      - 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
      - ② 自動入金機の改修が必要な場合
- 注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。
- ⇒ 正当な理由がある場合は、患者から求めがあった場合には明細書を交付  
ただし、正当な理由に該当する旨を地方厚生(支)局長に届出を行い、  
明細書を発行する旨を院内掲示する
- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
    - ⇒ 明細書発行の義務はないが、明細書発行に関する状況を院内掲示する  
 院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、  
 費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価(電子請求を行っている診療所に限る。)

① 新 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

## 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

1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

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

5 疾病の重症化予防について

## 再診料等の見直しについて

### 再診料の見直し

患者の納得、分かりやすさという観点から、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。

再診料(診療所)	71点	→	再診料	69点
再診料(病院)	60点			

### 外来管理加算の見直し

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、多忙等を理由に簡単な症状の確認等を行ったのみでの継続処方については、再診料は算定できるが、外来管理加算を算定できない取り扱いとする。

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。



## 地域医療に貢献する診療所の評価

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価し、再診料に加算を新設する。

### ⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診時)

#### [算定要件]

- (1) 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。
- (2) 標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者から問い合わせがあった場合には、患者に対して必要な指導を行うこと。
- (3) 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。



# 居住系施設等訪問診療料の見直しについて

➤ 訪問診療料の分類を、施設の類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理。

訪問診療料1(自宅)	830点
訪問診療料2(居住系施設)	200点

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

II. 居住系施設		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料2
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

II. 施設類型に関係なく同一建物		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

III. 高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	訪問診療料1

※訪問診療料以外にそれぞれの患者に対して  
処置料等も算定する。

# 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

原則：他医療機関での診療の必要が生じた場合は、転医又は対診を求めること。

## 入院中の患者に係る対診の取扱い

(入院中の患者に係る対診の費用について)

**改正前**

○算定可能    △一部算定可能    ×算定不可    —想定外

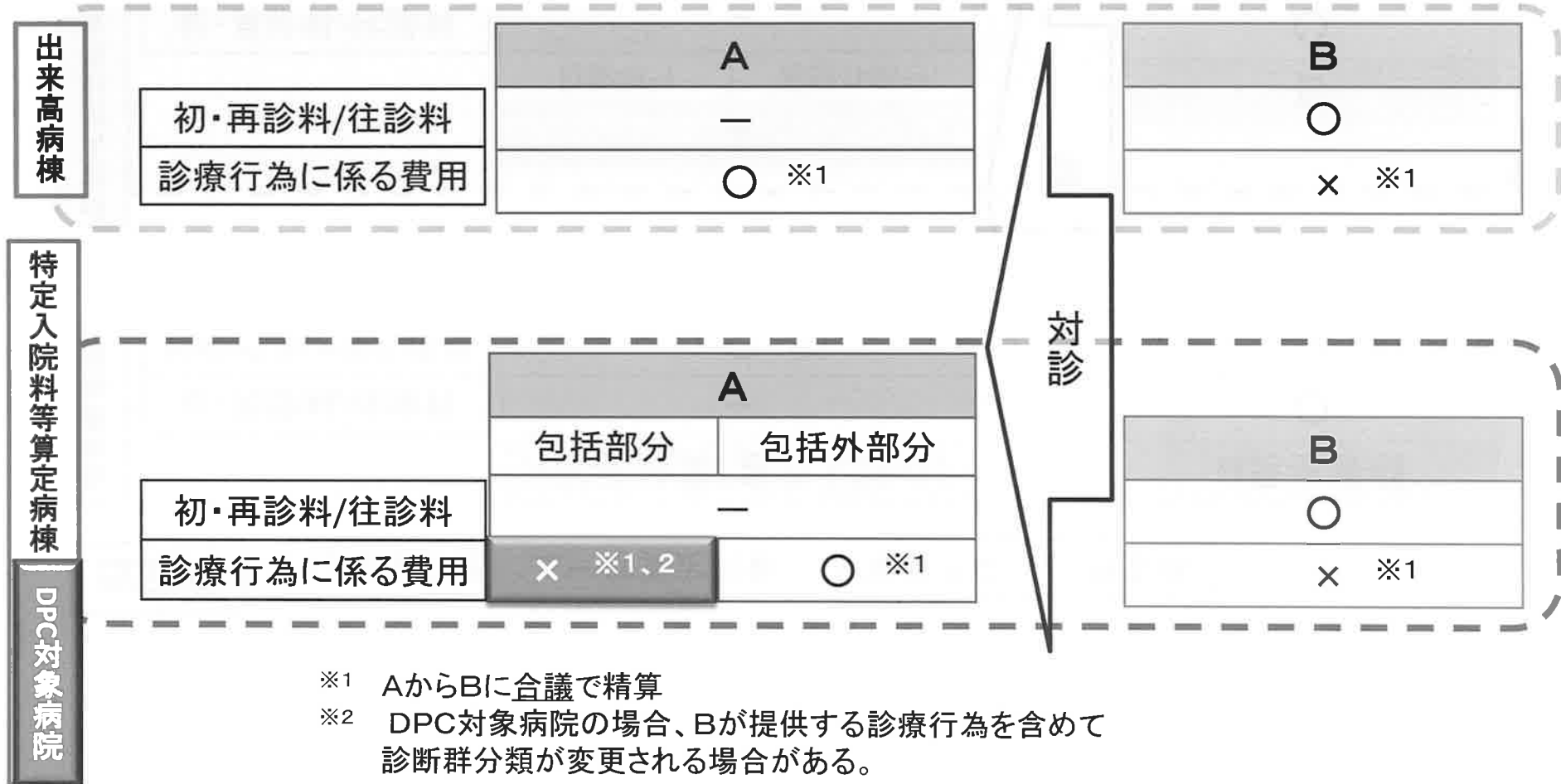
出来高病棟	<b>A医療機関(患者入院中)</b>		<b>B医療機関</b>	
	初・再診料/往診料	—	○	
診療行為に係る費用	○ ※1	×	※1	
特定入院料等算定病棟	<b>A</b>		<b>B</b>	
	初・再診料/往診料	—	○	
	診療行為に係る費用	×	○	※1
		※1	※1	※1

対診

※1 AからBに合議で精算

# 入院中の患者に係る対診の取扱い

改正後



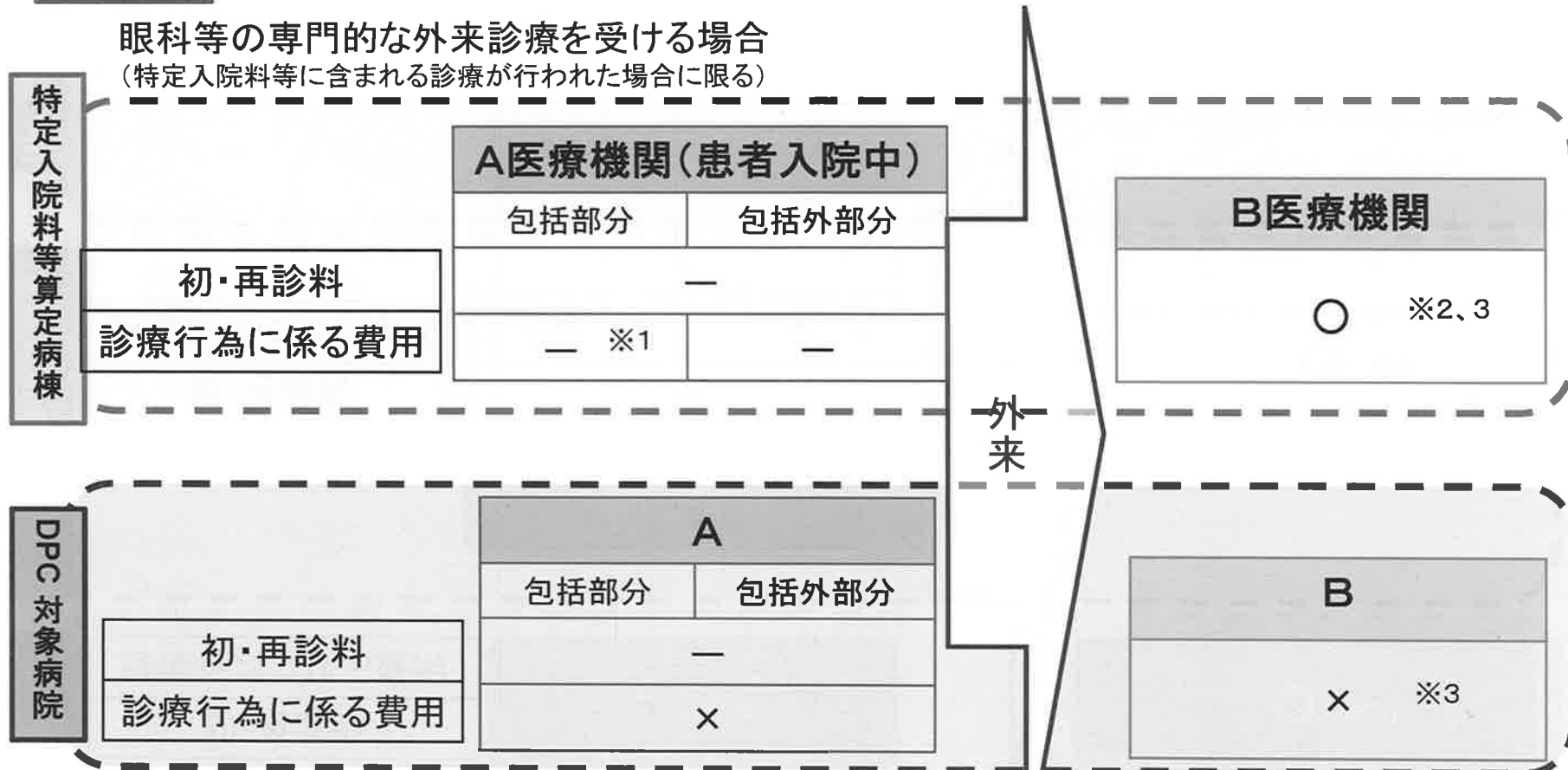


# 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

(入院中の患者の他医療機関受診の費用について)

## 改正前

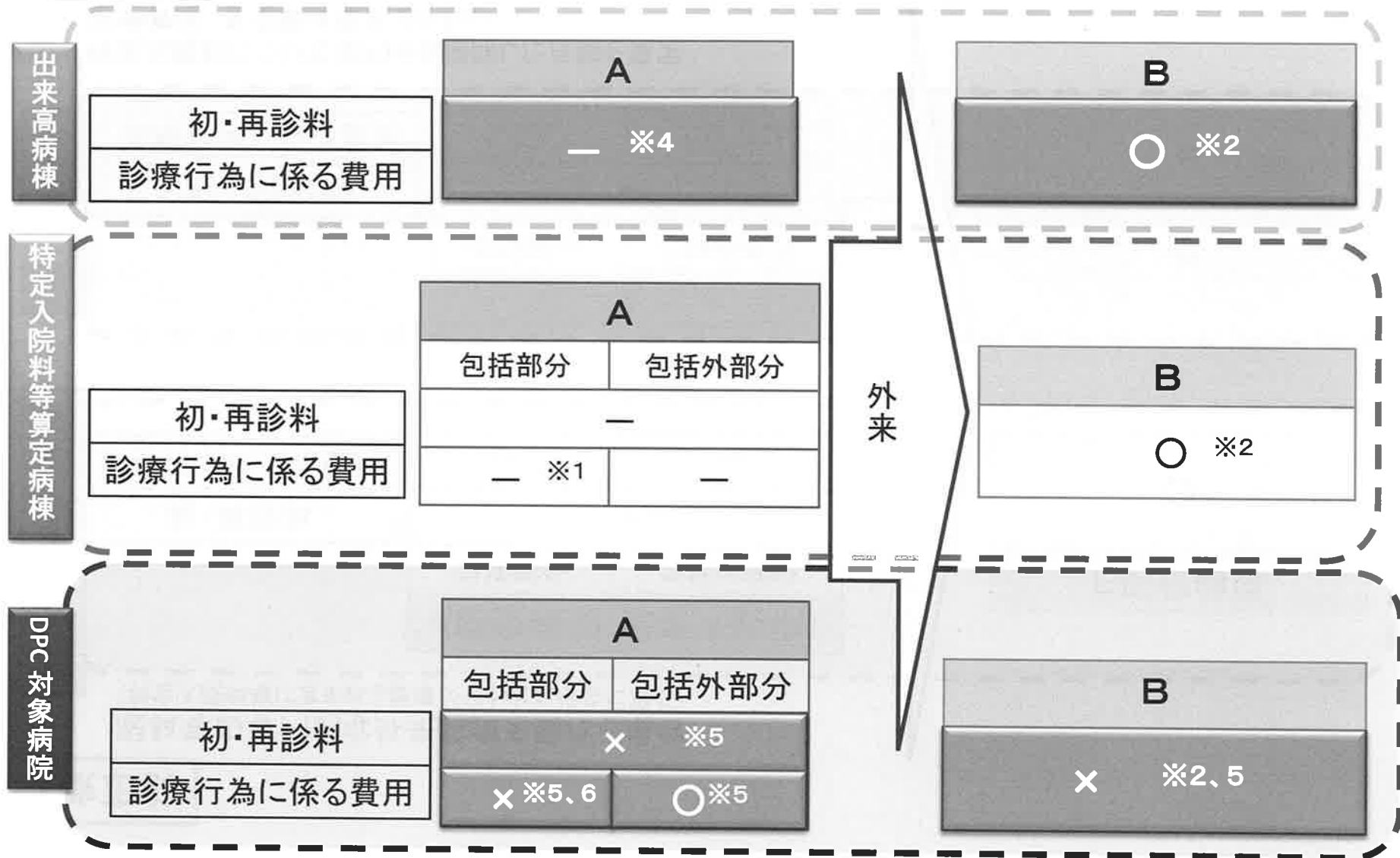
眼科等の専門的な外来診療を受ける場合  
(特定入院料等に含まれる診療が行われた場合に限る)



- ※1 特定入院料については70%を控除した点数を算定
- ※2 医学管理、在宅等は算定できない。
- ※3 「ガンマナイフによる定位放射線治療」、  
「直線加速器による定位放射線治療」は算定可能。

改正後

# 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い



※1 特定入院料については70%を控除した点数を算定  
 ※2 医学管理、在宅等は算定できない。  
 ※3 「ガンマナイフによる定位放射線治療」、  
 「直線加速器による定位放射線治療」は算定可能。

※4 入院基本料については30%を控除した点数を算定  
 ※5 AからBに合議で精算  
 ※6 DPC対象病院の場合、Bが提供する診療行為を含めて診断群分類が変更される場合がある。

## 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

1 医療の透明化に対する評価について

2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする  
ことに対する評価について

3 医療安全対策の推進について

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

5 疾病の重症化予防について

## 医療安全対策の推進について①

### 医療安全対策の充実

- 医療安全対策について、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要件の緩和した評価の新設

### 医療安全対策加算

現行(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

医療安全対策加算2のその他の要件は医療安全対策加算1に同じ。

- 医薬品安全性情報管理室(DI室)において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理の評価の新設

(薬剤管理指導料の初回算定時)

**⑨ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点**

[施設基準]

DI室における副作用情報等の管理、副作用発生時の関連情報の提供体制、病棟薬剤師とDI室薬剤師の情報共有、医薬品業務手順書の作成

## 医療安全対策の推進について②

### 感染防止対策の充実

- 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抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価



#### ① 新 感染防止対策加算 100点

1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

#### [施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
- ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師  
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師  
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等

うち 1名専従  
1名専任

## 在宅医療の評価について①

### 訪問診療の評価

- 症状が増悪した緊急時の対応など、患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価の引き上げ  
往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価の新設

①新 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 200点

①新 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点

- 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。

## 在宅医療の評価について②

### 在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

#### 在宅療養支援病院の拡大

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

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

在宅時医学総合管理料及び特定施設等入居時医学総合管理料

#### ⑨ 在宅移行早期加算 100点

- 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、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の算定をできることとする。(一部在宅療養指導料を除く。)

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

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

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



# 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

## 医療機関における取組の評価

- 医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、薬材料を包括外で算定している入院患者に対して、後発医薬品の使用促進する体制の評価の新設。

### ⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点（入院初日）

#### 〔施設基準〕

- ① 採用品目数の割合が20%以上であること
- ② 後発医薬品の品質、安全性等の情報を収集評価し、その結果を踏まえて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。



## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

1 後発医薬品の使用促進について

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

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

## 検体検査実施料について

### 検体検査実施料の適正化について

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

例) 末梢一般血液検査	22点	→	21点
AST・アイソザイム	50点	→	49点
ビタミンB1	290点	→	270点

### 医療技術評価分科会を踏まえた引き上げ

医療技術評価分科会での議論を踏まえ、微生物学的検査等の実施料等について、評価を引き上げる。

例) 染色体検査	2,000点	→	2,600点
抗酸菌分離培養検査1	150点	→	200点
骨髓像	500点	→	880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

1 後発医薬品の使用促進について

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

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

# エックス線撮影料

## デジタル撮影の新設

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

### E002 撮影

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



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

### 電子画像管理加算

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



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

※ デジタル映像化処理加算は廃止

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

## 評価体系の見直し

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

現行		改定後	
E200 コンピューター断層撮影(CT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	イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ イ以外の場合	660点	ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
		ハ イ、ロ以外の場合	600点

現行		改定後	
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 1.5テスラ以上の機器による場合	1,300点	1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,080点	2 1以外の場合	1,000点

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

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

# 後期高齢者医療の診療報酬について①

## 後期高齢者診療料関連の点数の廃止

後期高齢者診療料等は、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。

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

併せて、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。

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

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を廃止する。

**後期高齢者終末期相談支援料 200点**  **廃止**

## 後期高齢者医療の診療報酬について②

### その他の後期高齢者関連点数について

#### 1 原則として全年齢に対象を拡大

○後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

○薬剤情報提供料

後期高齢者手帳記載加算 5点 → 手帳記載加算 3点

○後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点

→ 退院時薬剤情報管理指導料 90点

○後期高齢者処置 12点

→ 長期療養患者褥瘡等処置 24点

○後期高齢者精神病棟等処置料 15点

→ 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置 30点

#### 2 その他の項目

○後期高齢者診療所医療管理料、後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止

○後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算 → 介護との連携の観点から見直し