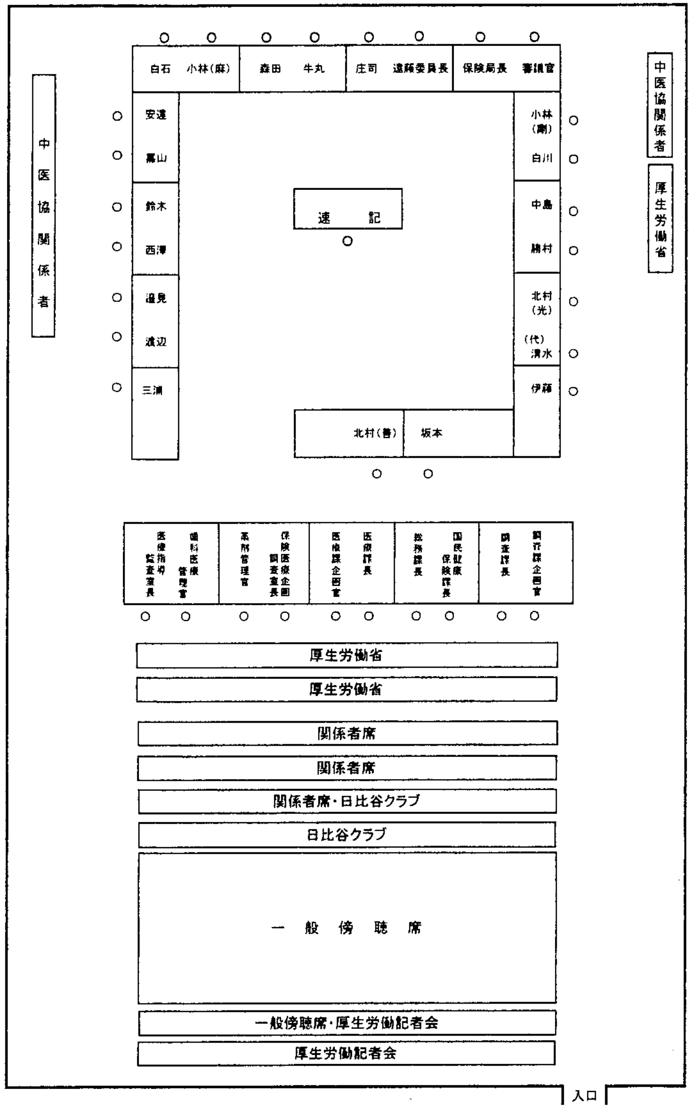
中央社会保険医療協議会　基本問題小委員会座席表

日時：平成21年11月25日（水）　10:00（目途）〜12:00
会場：全国都市会館　第2会議室（3F）



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第１５０回）
議事次第

平成２１年１１月２５日（水）
於　全国都市会館

議　題

○　歯科診療報酬について

○　調剤報酬について

○　その他

中医協　診－１
21．11．25

歯科診療報酬について

・在宅歯科医療の推進
・障害者歯科医療の充実
・患者の視点に立った歯科医療
・生活の質に配慮した歯科医療の充実
・歯科固有の技術の評価

歯科診療報酬について
（在宅歯科医療の推進）

第１　現状と課題

１　要介護者等の在宅療養患者は、全身的な基礎疾患を有しており、また、生活の質にも影響を及ぼす歯科疾患の重症化等を生じやすく、う蝕や歯周疾患、歯の欠損に対する治療や口腔機能管理を安全かつ適切に行うことが求められている。（参考資料１～３頁）

２　例えば、要介護高齢者に対する口腔清掃や口腔衛生指導等により、誤嚥性肺炎の発症が約40%減少するとの報告や、訪問歯科診療を受けていない要介護高齢者は、受診者に比べて、義歯を継続している者の割合が大きく低下するなどの報告がなされている。（参考資料４頁）

３　こうした、要介護高齢者の約74%でう蝕治療や有床義歯等何らかの歯科治療が必要であるにもかかわらず、実際に歯科治療を受診した者は約27%にすぎず、また、在宅歯科医療を実施している歯科医療機関の割合は、歯科医療機関全体の２割程度となっている。さらに、地域における在宅歯科診療を後方支援する機能を担うべき病院歯科の施設数も減少している。（参考資料５～７頁）

４　このような歯科医療機関側の状況を詳しくみると、「必要な設備・機材の整備や人員確保に係る負担が大きい」、「時間的負担が大きい」、「患者のニーズが十分把握することができていない」、「診療報酬体系が複雑」、「十分な歯科治療や全身管理が適切に行えるか不安」等が挙げられている。他方、患者やその家族からみた場合、在宅歯科医療に対する満足度は高いものの、在宅歯科医療を実施する機関等に関する情報入手先がいわゆる口コミによるところが大きいなど、十分な情報提供がなされていない等の課題がある。（参考資料８、９頁）

第２　現行の診療報酬上の評価

在宅歯科医療の推進を図るため、在宅歯科医療を歯科医療面から支援する「在宅療養支援歯科診療所」の機能の評価（在宅療養支援歯科診療所の創設）や、在宅療養を担う歯科医師や医師等による情報共有等の促進の評価の新設、病院歯科の機能評価を適切に行う観点からの地域歯科診療支援病院の施設基

準の見直し、及び在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援機能としての病院の入院歯科医療の評価の新設（地域歯科診療支援病院入院加算）等を行ったところである。

1　在宅療養支援歯科診療所の創設　(新)

後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能を評価。

[施設基準]

① 所定の研修を受講した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること
② 歯科衛生士が１名以上配置されていること
③ 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
④ 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

〈施設基準の届出状況〉　　　　（平成 20 年 7 月 1 日現在）

	届出施設数
在宅療養支援歯科診療所	3,039
（参考） 歯科医療機関数	68,693

2　退院時共同指導料の新設　(新)

① 退院時共同指導料１
　1　在宅療養支援歯科診療所の場合　　600 点
　2　１以外の場合　　300 点

退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が参加して行う共同指導を評価。

② 退院時共同指導料２　　300 点

入院中の保険医療機関の保険医である歯科医師、看護師、歯科衛生士等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師等と共同して行うことを評価。

3　地域歯科診療支援病院の施設基準の見直し

改定前	平成 20 年度診療報酬改定後
(1) 歯科医師が常勤３名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が２名以上配置 (3) 歯科衛生士が１名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 30 以上 ロ　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 20 以上であって、別に掲げる手術の１年間の実施件数の総数が 30 件以上 (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること	(1) 常勤の歯科医師が２名以上配置　(改) (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が２名以上配置 (3) 歯科衛生士が１名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 30 以上 ロ　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 20 以上であって、別に掲げる手術の１年間の実施件数の総数が 30 件以上 (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

（施設基準の届出状況）　　　　（各年7月1日現在）

	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
地域歯科診療支援病院歯科初診料	176	152	224
（参考） 歯科を有する病院数	1,222（平成 17 年 10 月 1 日現在）		

4　地域歯科診療支援病院入院加算　　300点　(新)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算。

（施設基準の届出状況）　　　　（平成20年7月1日現在）

	届出施設数
地域歯科診療支援病院入院加算	86
（参考） 歯科を有する病院数	1,222（平成 17 年 10 月 1 日現在）

（参考）歯科訪問診療料

C000 歯科訪問診療料１（１日につき）830 点

在宅等において療養を行っている通院困難な患者１人に対し、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた場合（患者１人に限る。）

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合（患者１人に限る。）

※　同一の在宅において療養を行っている通院困難な２人以上の患者を診療した場合は

１人目の患者　　：歯科訪問診療料１

２人目以降の患者　：初診料又は再診料

歯科訪問診療料２（１日につき）380 点

社会福祉施設等において療養を行っている複数の患者に対し、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた場合

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合

※　同一の社会福祉施設等で療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、歯科訪問診療を行った場合

１人目の患者　：歯科訪問診療料２

２人目以降の患者

（診療時間が 30 分を超える場合）　：歯科訪問診療料２

（診療時間が 30 分を超えない場合）　：初診料又は再診料

第３　論点

在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の点について検討してはどうか。

１　現在の歯科訪問診療の評価体系について、歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするためには、どのような診療報酬上の方策が考えられるか。

２　在宅歯科医療が必要な患者は、

① 全身的な基礎疾患を有すること、

② 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること、

③ う蝕や歯周疾患等の歯科疾患が重症化しやすい特性があること

を踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理を行う上での診療報酬上の評価をどのように考えるか。

３　在宅における歯科治療が困難な患者を受け入れている病院歯科等の機能について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

４　地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関や介護関係者等との連携促進を図るためには、どのような診療報酬上の方策が考えられるか。

歯科診療報酬について
（障害者歯科医療の充実）

第１　現状と課題

１　障害者歯科医療については、歯科診療所においても実施されているほか、患者の病状等により歯科診療所において治療が困難な場合は、口腔保健センターやより高次の歯科医療を担う病院歯科・歯科大学等が重要な役割を果たしている。

２　障害者の歯や口の健康状態は着実に改善してきているが、一般住民を対象とした歯科疾患実態調査と比べると、う蝕の処置率、歯を喪失した者の割合は依然として高い状況にある。歯周疾患については、障害者の有病率は低下してきているものの、重度の歯周疾患に罹患している者の割合が増加していることが課題となっている。（参考資料 11、12 頁）

３　障害者歯科医療においては、患者の病態等により歯科治療の範囲が限定されることがあり、全身管理等の専門的な歯科治療が必要となる場合もあることから、多様な病態に応じた歯科医療サービスの提供や病院歯科等との連携の促進が重要となっている。（参考資料 13、14 頁）

第２　現行の診療報酬上の評価

障害者歯科については、これまでも、著しく歯科治療が困難な障害者に対して初診や処置等を行った場合の加算として評価している。

算定項目	点数（点）	内容
基本診療料（初診料）		
障害者加算	175 点	脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療目的が理解できず治療に協力が得られない状態等の著しく歯科治療が困難な障害者に対して初診を行った場合に初診料に加算するもの。
初診時歯科診療導入加算	250 点	歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として系統的脱感作法等の専門的技法を用いた場合に初診料に加算するもの。
特掲診療料		
障害者加算	所定点数の 100 分の 50 に相当する点数	５歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置等を行った場合に加算するもの（全身麻酔下で行った場合を除く。）。

第３　論点

１　障害者のう蝕や歯周疾患等が一般の患者に比べて重症化しやすいことから、障害者に対するよりきめ細かな口腔衛生指導等を行うことについて、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

２　歯科治療が困難な障害者を受け入れている病院歯科等の機能について診療報酬上の評価をどのように考えるか。

歯科診療報酬について
（患者の視点に立った歯科医療）

第１　現状と課題

１　歯科診療における文書による患者への情報提供については、平成 20 年度歯科診療報酬改定において、
- ・情報提供を行うことで、患者の療養の質の向上が図られることが期待できる項目、
- ・患者の歯科疾患に関する理解を深め、納得できる歯科医療を進めることが期待できる項目、

を中心に情報提供の在り方の見直しを行ったところ。

２　例えば、歯科疾患管理料については、
- ・歯や口の状態、
- ・検査結果の概要、
- ・歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標、
- ・治療方針、

等について、治療の開始時期や口腔内の状況に変化があった時期に情報提供することとなっている。（参考資料 15 頁）

３　この歯科疾患管理料に係る情報提供文書については、患者の歯科治療に対する安心感や満足感の増加や、歯や口の病気や治療内容に対する関心の高まり、家庭での歯磨きや歯の手入れ方法などの理解促進等の効果が認められている。

その一方で、患者は、歯・口の状態と全身の健康との関わり等、よりきめ細かな情報提供を求めており、また、歯科疾患管理料の一部や義歯管理料に係る文書による情報提供内容が分かりやすいと考える患者の割合が低い状況にあることから、患者への情報提供については、より分かりやすく、かつ的確に行うことが求められている。（参考資料 16、17 頁）

４　また、歯科診療報酬においては、患者からみて難解な用語が使用されていることや、「歯根分割及び分岐部病変の掻爬」に係る費用の算定に当たって抜歯（臼歯）の点数を準用してきた例のように、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない項目が存在しており、これらが歯科診療報酬体系を分かりにくくさせているのではないかとの指摘もある（参考資料 18 頁）。

第２　現行の診療報酬上の評価等

１　歯科疾患管理及び義歯管理料

歯科疾患の指導管理については、従来のう蝕（むし歯）や歯周病といった疾患別の評価を見直し、口腔を一単位とした評価（歯科疾患管理料）に統合し、口腔内の状態、検査結果の概要、治療方針等を記載した管理計画書により患者に情報提供した場合の評価を新設した。

また、有床義歯の指導等については、口腔内への調和や口腔機能の回復・維持を主眼とした長期的管理の考え方を取り入れたものに見直し、患者等に対して有床義歯の取扱い、保存、清掃方法等について指導を行い、その内容を文書により提供した場合の評価（義歯管理料）を新設した。

B000-4　歯科疾患管理料（月１回）

<u>１回目　　130 点</u>

（初診日から起算して１月以内に管理計画書を提供した場合）

<u>２回目以降　110 点</u>

（１回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月１回に限り算定
ただし、管理計画書の提供は２月に１回以上）

※　管理計画書への記載内容
① 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）
② 口腔内の状態
③ 検査結果の要点
④ 歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標
⑤ 治療方針　等

B000-4　義歯管理料

・<u>新製有床義歯管理料　100 点（１口腔につき、２回まで）</u>
（新製有床義歯の装着日から起算して１月以内に行った場合に算定する。）
※　義歯の取り扱い、清掃・保存方法等を記載した管理計画書を患者に提供した場合に１回目を算定する。

・<u>有床義歯管理料　70 点（１口腔につき、月１回）</u>
（有床義歯の装着日から起算して１月を超え３月以内に行った場合に算定する。）

・<u>有床義歯長期管理料　60 点（１口腔につき、月１回）</u>
（新製有床義歯の装着日が属する月から起算して３月を超え１年以内に行った場合に算定する。）

2　難解であるとの指摘がある歯科用語の例

・歯髄覆罩（しずいふくとう）
（薬剤により、外来刺激を遮断し歯髄の保護、健康歯髄の回復・維持を図ることを目的とした処置）

・補綴（ほてつ）時診断料
（歯の欠損症例におけるブリッジや有床義歯の治療を行うに当たって、歯科技工物の名称、材料、設計、治療期間等の診断設計を行うこと）

・補綴（ほてつ）物維持管理料
（う蝕に対する冠型の修復物や歯の欠損に対するブリッジを製作した場合に、装着後２年以内における維持管理を評価するもの）

等

3　他の算定項目を準用している例

・歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変（臼歯の抜歯を準用）
（歯周疾患を原因とせず髄床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分岐部の病変に対して、歯根分割を行い分岐部病変の掻爬を行って歯の保存を図った場合は、J000 抜歯手術（臼歯）により算定する。）

第３　論点
1　歯科疾患や義歯の管理に係る情報提供については、診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容や図示・図説を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直すことについてどのように考えるか。

2　患者からみて難解な用語を思われる保険診療上の歯科用語や、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について、用語の見直しや算定項目として明示する等の見直しを行うことについてどのように考えるか。

歯科診療報酬について
（生活の質に配慮した歯科医療の充実）

第１　現状と課題
1　8020 運動の推進等により、20 本以上の歯を有する者の割合は着実に増加しているが、高齢化の進展等により高齢者の患者は増加しており、依然として、有床義歯は重要な歯科治療の一つである（参考資料 18、19 頁上段）。

2　歯を喪失した患者については、一般にブリッジや有床義歯（入れ歯）等により咀嚼機能の回復・改善のための治療が行われるが、義歯は破損することがあり、破損の程度によっては、義歯を歯科医療機関に預け入れる必要がある。この間、患者の多くが義歯のない状態での食事摂取や、柔らかい食事への食事内容の変更等の不都合を経験している状況にあり、迅速な義歯の修理を行うことは、患者の生活の質を維持する上で重要といえる。（参考資料 20 頁下段～22 頁）

3　また、小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼（そしゃく）障害を伴う先天性無歯症（むししょう）等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていない。しかしながら、他の先天性疾患により、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があり、これら患者に対しても、小児義歯による咀嚼機能等の改善・回復が必要となっている。

4　さらに、脳血管障害や口腔腫瘍等による食塊形成や口腔における食塊の送り込み機能等の低下は、患者の生活の質に影響するだけでなく、誤嚥性肺炎等を引き起こす要因の一つであるとの知見がある。これらの患者に対しては、例えば、義歯（床）型の口腔内補助床を用いることにより、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等が可能となる等、歯科医学的アプローチにより咀嚼機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質を維持・改善する上で有用であるとの報告がなされている（参考資料23頁）。

第２　現行の診療報酬上の評価
1　有床義歯の修理に関する評価項目

M029　有床義歯修理（1 床につき）　220 点 注１　新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

2　小児義歯の取扱い

【小児義歯の適応症】

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン=ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児。

3　口腔機能に関する評価項目

C001-2　後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月１回）180点

在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価。

［算定要件］

1　在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する。

2　歯科疾患管理料は別に算定できない。

H001　摂食機能療法（１日につき）185点

摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、１月に４回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者については、１日につき算定できる。

第３　論点

1　有床義歯の修理について、患者の咀嚼機能の短期間での回復を図る等、食生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関について診療報酬上の評価をどのように考えるか。

2　先天性無歯症等一部の先天性疾患以外の疾患において、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合の小児義歯の診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

3　脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対する歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善について診療報酬上の評価をどのように考えるか。

歯科診療報酬について

（歯科固有の技術の評価）

第１　現状と課題

1　生涯を通じた 8020 運動の推進等により、子どものう蝕の減少や、8020 達成者（80 歳で 20 本以上の歯を残している者）の増加、無歯顎患者（歯が全くない患者）の減少等の成果が認められている。一方で、高齢者の歯が残存してきていることに伴い、う蝕や歯周疾患等の患者数が増加するといった課題が生じている（参考資料 24 頁）。

2　う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術については、平成２０年度歯科診療報酬改定において、医療技術の進展や歯科医療材料、医療機器の進歩等に対応するため、医療技術評価分科会及び先進医療専門家会議における検討も踏まえつつ、一部の医療技術の評価の在り方を見直したほか、歯科医療の適正化や診療報酬体系の簡素化を図る観点から、旧来型の技術の評価の見直し等を行ったところである。

3　しかしながら、例えば、同年度の診療報酬改定において新設された歯周組織再生誘導手術については、１年経過後の課題として、「設備、機器、材料の整備に係る負担」や「技術の難度や所要時間が診療報酬に十分反映されていない」といった点が挙げられている（参考資料　25、26 頁）。

また、う蝕（むし歯）や歯周疾患を起因とする歯の欠損治療として重要な有床義歯治療については、義歯管理料において包括的に評価されている義歯の調整について、実際の臨床上必要な調整回数は平均 3.4 回となっており、「実際の義歯の調整回数等の診療実態に合った評価を行うこと」等が課題として挙げられている（参考資料 27 頁）。

4　また、口腔内写真検査等のように、歯や口腔内の状態や治療方針等に関する患者の理解を深め、納得できる歯科医療を進める上で有効と考えられる技術や、歯科補綴物（被せ物やブリッジ）の維持管理のように、普及・定着している技術等については、診療報酬体系の簡素化を図りつつ、その特性に応じた評価の在り方について見直しを行うことが必要との指摘もある（参考資料 28 頁）。

第２　現行の診療報酬上の評価

１　歯周疾患治療

歯周基本治療において実施されるスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等については、１回目の歯周基本治療終了後においても必要に応じて適時行う必要があることから、歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、これらの処置の２回目以降の評価を新たに行うとともに、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット掻爬については、評価の引き下げを行った。また、歯周病について、安定した状態であって、継続的な治療が必要と判断された患者に対して、病状の安定を維持し、治癒させることを目的とした歯周病安定期治療の評価の新設等を行った。

改定前	平成20年度診療報酬改定後
【歯周基本治療】	【歯周基本治療】（改）
１　スケーリング（３分の１顎につき）　64点	１　スケーリング（３分の１顎につき）　64点
注　同時に３分の１顎を超えて行った場合は、３分の１顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する	注　同時に３分の１顎を超えて行った場合は、３分の１顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する
２　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき）	２　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき）
イ　前歯　60点	イ　前歯　58点
ロ　小臼歯　64点	ロ　小臼歯　62点
ハ　大臼歯　70点	ハ　大臼歯　68点
３　歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（１歯につき）	３　歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（１歯につき）
イ　前歯　60点	イ　前歯　58点
ロ　小臼歯　64点	ロ　小臼歯　62点
ハ　大臼歯　70点	ハ　大臼歯　68点
注１　同一部位に２回以上同一の歯周基本治療を行った場合における２回目以降の歯周基本治療の費用は、１回目の所定点数に含まれるものとする	注１　同一部位に２回以上歯周基本治療を行った場合の２回目以降の費用は、所定点数（１は、注加算を含む。）の30／100に相当する点数により算定する

I011-2　歯周病安定期治療　（１口腔につき１回）（新）

１　当該治療開始日から起算して１年以内に行った場合　150点
２　当該治療開始日から起算して１年を越え２年以内に行った場合　125点
３　当該治療開始日から起算して２年を越え３年以内に行った場合　100点

J063 歯周外科手術（１歯につき）
　５　歯周組織再生誘導手術
　イ　１次手術（吸収性膜又は非吸収性膜の固定を伴うもの）　630点
　ロ　２次手術（非吸収性膜の除去）　300点

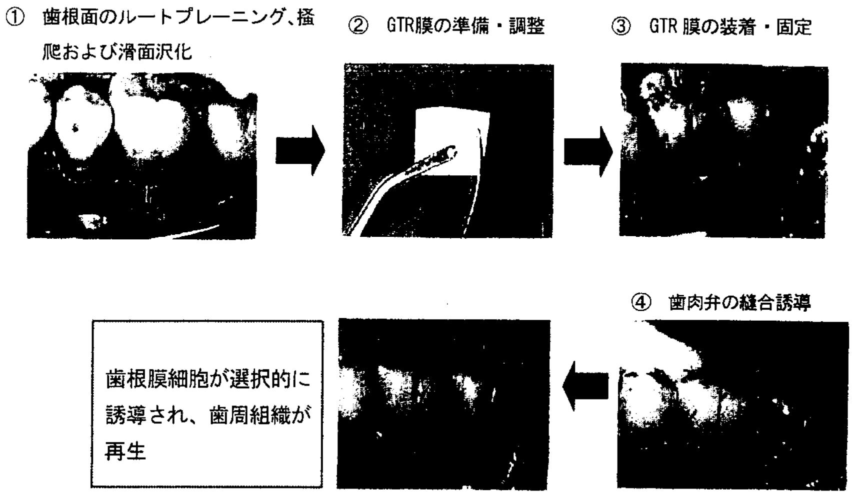
【施設基準】
歯科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有する歯科医師を１名以上配置していること

【適応症】
１　歯周病に罹患し、根分岐部病変を有する歯
２　歯周病に罹患し、垂直性の骨欠損を有する歯

（参考）歯周組織再生誘導法

歯周組織再生誘導法は、歯周疾患により歯槽骨が破壊、吸収し、露出した歯根の表面と歯槽骨の欠損部を吸収性又は非吸収性の膜（メンブレン）で被覆することで、歯根と歯根膜の再結合の阻害要因となっている歯肉細胞の侵入を防ぎ、歯根膜由来の細胞を歯根膜表面に優先的に誘導、付着させる歯周外科療法である。

本法を用いることによって、困難と考えられていた歯根と歯根膜の再結合や歯槽骨等の再生が促進され、歯周疾患の病状の改善を図ることが可能となる。



2　う蝕（むし歯）治療

M001　歯冠形成（１歯につき）
　　注５　齲蝕歯無痛的窩洞形成加算　　20 点
M001-2 齲蝕歯即時充填形成（１歯につき）
　　注１　齲蝕歯無痛的窩洞形成加算　　20 点

［施設基準］
　１　当該レーザー治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること
　２　齲蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齲蝕歯即時充填形成を行うにつき、必要な機器を設置していること

［算定要件］
　齲蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齲蝕歯即時充填形成を行った場合に窩洞形成又は齲蝕歯即時充填形成に係る費用に加算する

（参考）齲蝕歯無痛的窩洞形成（レーザー応用による齲蝕除去）
　レーザー照射によりレーザーを応用して齲蝕の除去時の振動や音並びに痛みを少なくする技術。エアータービン等歯科用切削器具を用いることがなく、多くの場合、齲蝕除去時の疼痛の発現を抑制することが可能となる。

3　有床義歯の調整に関する評価

義歯の調整については、回数にかかわらず、義歯管理料において評価。

B000-4　義歯管理料（再掲）（新）
・新製有床義歯管理料　100 点（１口腔につき、２回まで）
（新製有床義歯の装着日から起算して１月以内に行った場合に算定する。）
※　義歯の取り扱い、清掃・保存方法等を記載した管理計画書を患者に提供した場合に１回目を算定する。
・有床義歯管理料　　70 点（１口腔につき、月１回）
（有床義歯の装着日から起算して１月を超え３月以内に行った場合に算定する。）
・有床義歯長期管理料　　60 点（１口腔につき、月１回）
（新製有床義歯の装着日が属する月から起算して３月を超え１年以内に行った場合に算定する。）

4　口腔内写真検査に係る評価

特に治療への動機付けが必要な歯周疾患患者に対して、歯周疾患の状態を患者に示した場合を評価している。

D003-2　口腔内写真検査（１枚につき）　10 点
　歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、５枚を限度して算定する。

第３　論点

歯科医療技術については、医療技術評価分科会や先進医療専門家会議における検討を踏まえつつ、併せて、以下の点を検討してはどうか。

１　歯周疾患やう蝕等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行うことについてどのように考えるか。

２　有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく上で、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

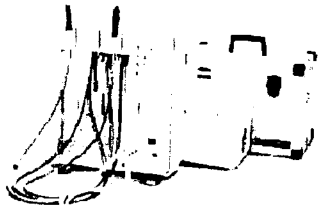
３　口腔内写真検査等のように、歯科疾患に関する患者の理解促進に資すると考えられる技術や、補綴物維持管理料等といった普及・定着していると考えられる技術等について、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、その評価の在り方をどのように考えるか。

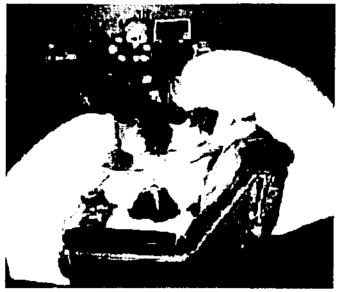
４　これらの検討と併せて、医科歯科共通の医療技術のうち、医科診療報酬の検討と並行して検討するべき歯科医療技術の診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

歯科診療報酬について
- 在宅歯科医療の推進 -
(参考資料)

訪問歯科診療の実際

訪問診療用ポータブルユニット



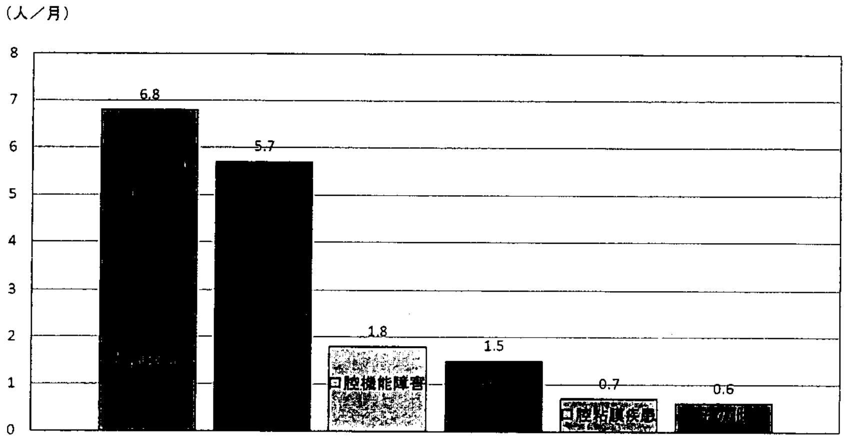


必要人員を確保した上で、ソファーに移動してもらっての診療

内科主治医が立ち会っての訪問歯科診療

1

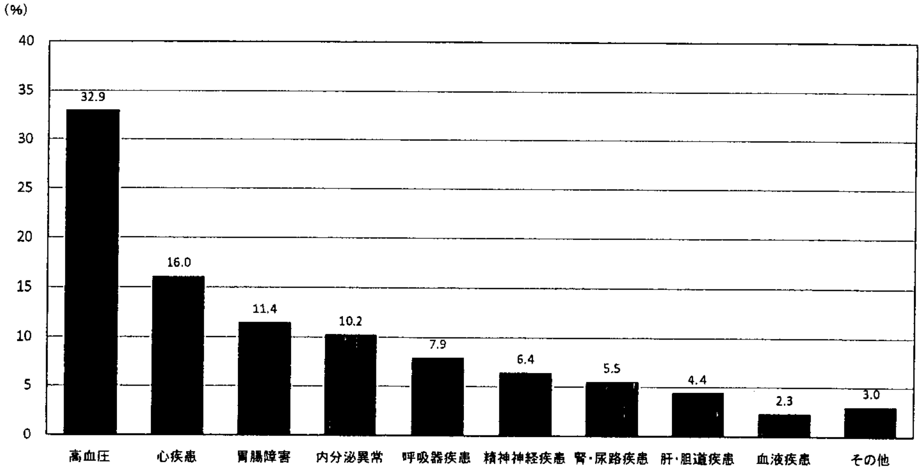
訪問歯科診療における1施設当たりの歯科疾患別の月平均患者数



※ 対象：有効回答のあった577施設(調査票送付数:無作為抽出した632施設)のうち、
訪問歯科診療を実施していると回答のあった135施設

(平成21年度医療課調べ)

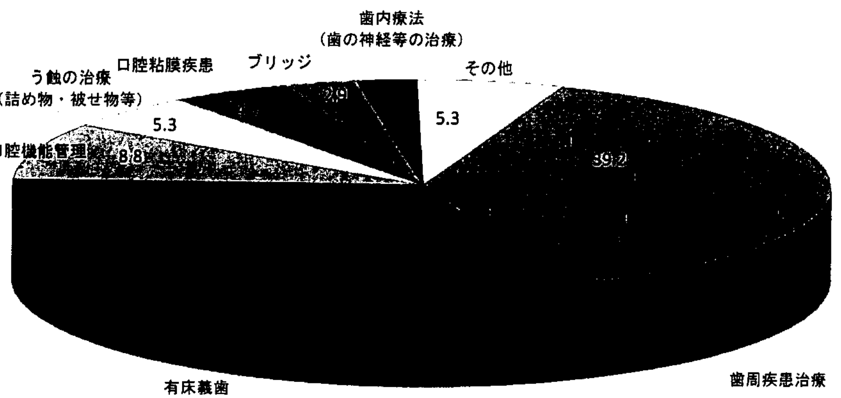
歯科疾患の高齢患者の全身疾患有病率



(道健一：高齢期の口腔管理と展望. 日本歯科医学会雑誌. 2002)

2

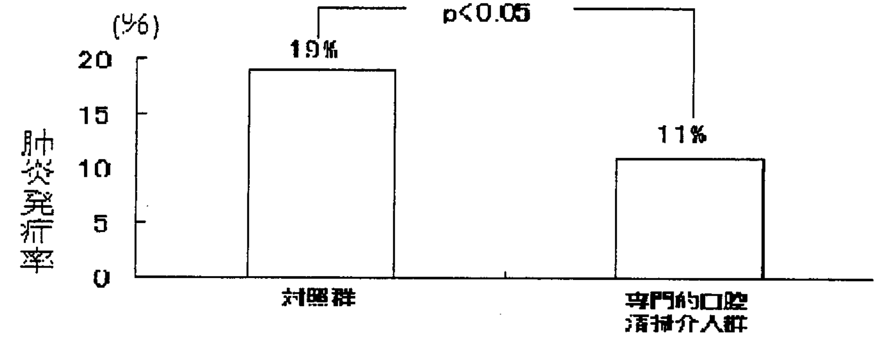
訪問歯科診療における１施設当たりの治療内容別の患者割合（％）



※ 対象：有効回答のあった577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、
訪問歯科診療を実施していると回答のあった135施設

（平成21年度医療課調べ）

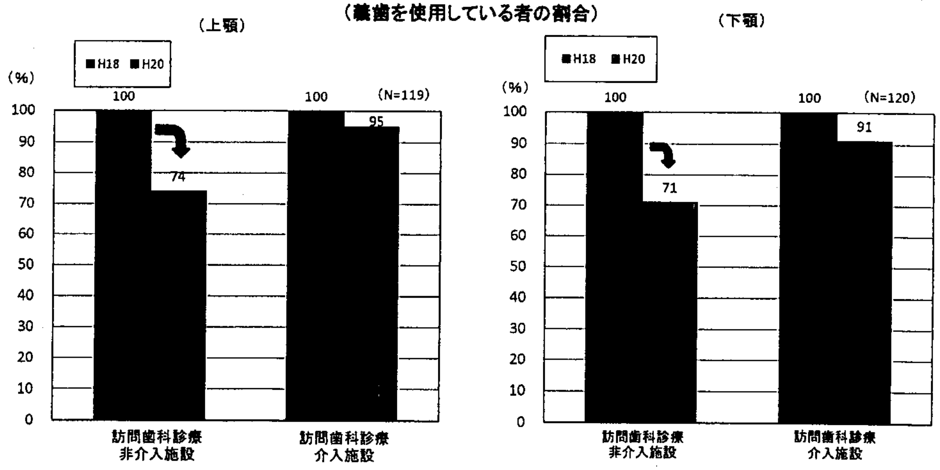
要介護者に対する専門的口腔清掃の効果（2年間の肺炎発症率）



Yoneyama T. Yoshida Y. Matsui T. Sasaki H. Lancet354(9177). 515. 1999.

介護老人福祉施設における訪問歯科診療の効果

（義歯を使用している者の割合）



訪問歯科診療を行っていない施設では、義歯の使用を中止した者が多く、訪問歯科診療を行った施設では、義歯の使用を継続した者が多い。

（菊谷　武ら、特別養護老人ホームにおける継続的な口腔機能管理の効果、日本歯科医師会雑誌,2009）

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名　平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1%　平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要のあるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- **歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」**であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- **実際に歯科治療を受診した者は26.9%**

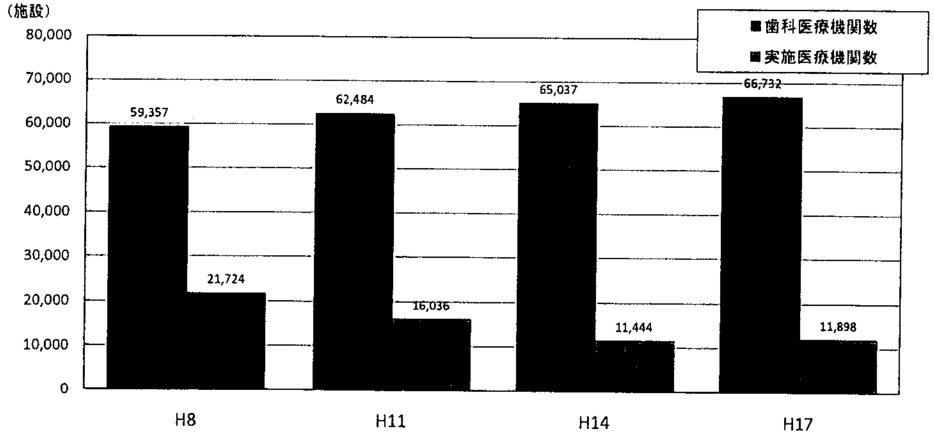
歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業).研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

9

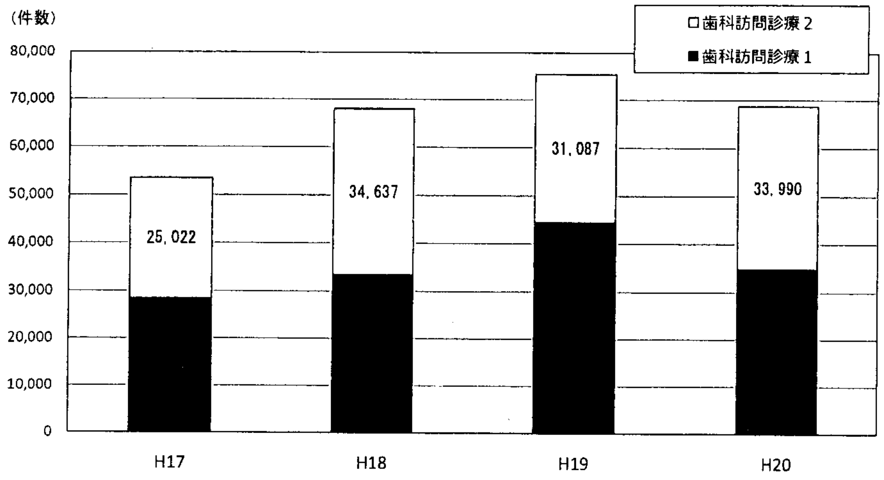
歯科訪問診療を実施している医療機関の割合の年次推移

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、約18%(H17医療施設調査)



(医療施設(静態・動態)調査・病院報告概況)

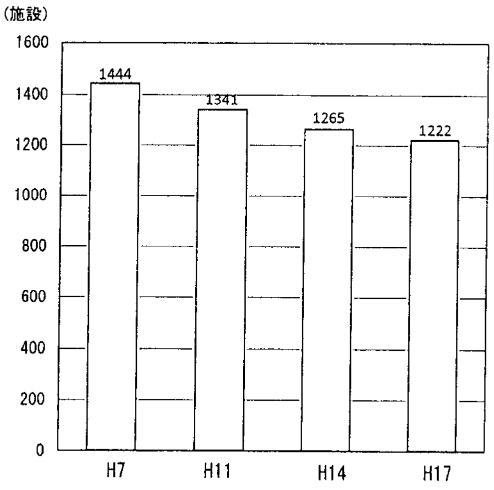
歯科訪問診療料の算定件数



(社会医療診療行為別調査;6月審査分)

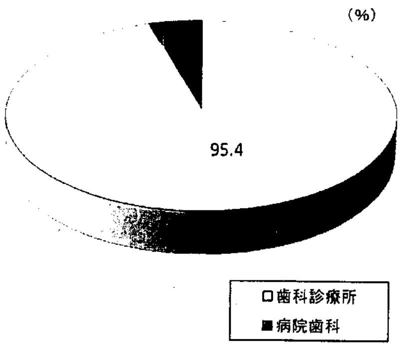
11

歯科を有する病院数の推移



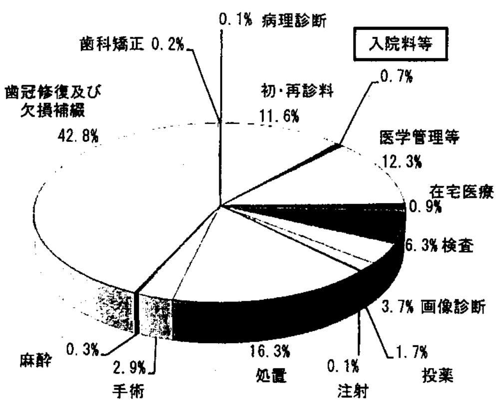
(医療施設調査)

歯科医療費の歯科診療所・病院歯科別構成割合

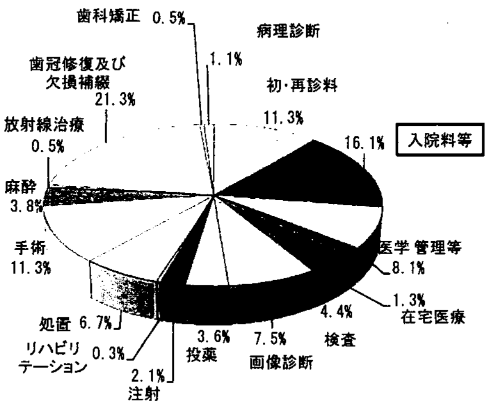


(社会医療診療行為別調査;平成20年6月審査分)

歯科医療機関全体の総点数の診療行為別の内訳

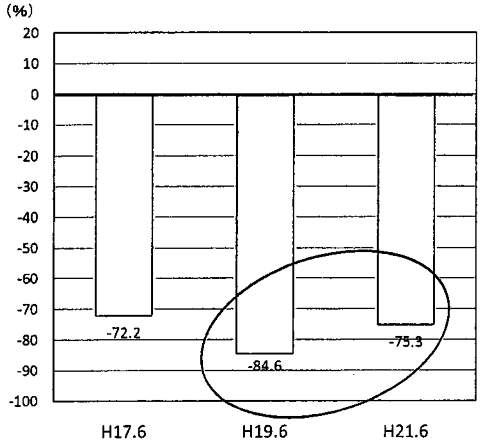


病院歯科の総点数の診療行為別の内訳



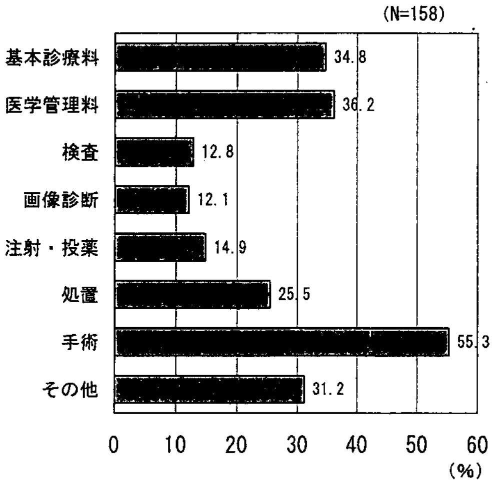
(社会医療診療行為別調査;平成20年6月審査分)

歯科大学病院の損益率



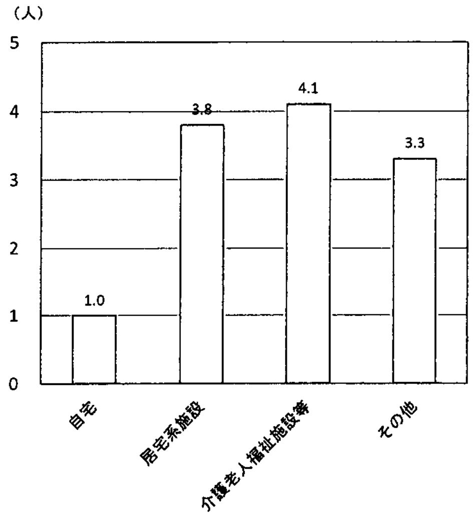
(平成21年度医療経済実態調査)

病院歯科の総収入変動に関連したと考えられる平成20年度歯科診療報酬改定項目(複数回答)

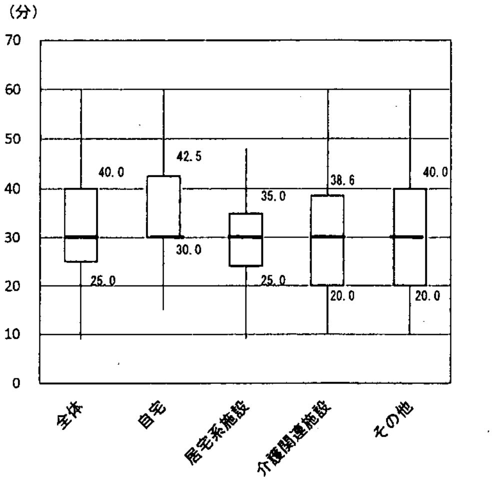


(平成20年4月診療報酬改定による大学歯科口腔外科・病院歯科影響調査報告書;日本口腔外科学会)

1回当たりの訪問歯科診療の患者数



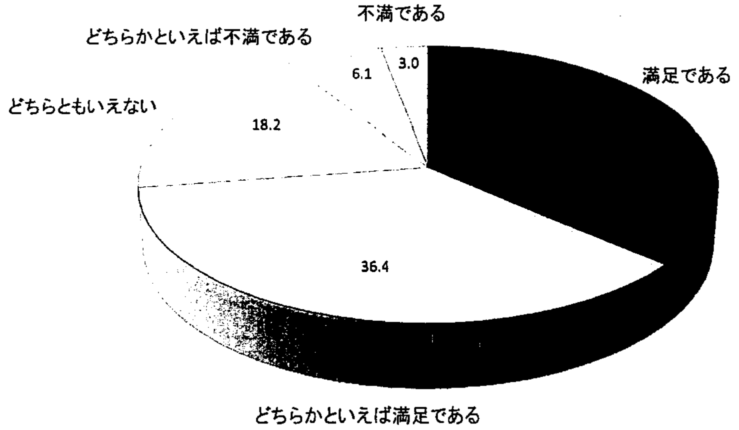
訪問歯科診療における患者1人当たりの所要時間



※ 有効回答のあった577施設(調査票送付数:無作為抽出した632施設)のうち、訪問歯科診療を実施していると回答のあった135施設について集計

(平成21年度医療課調べ)

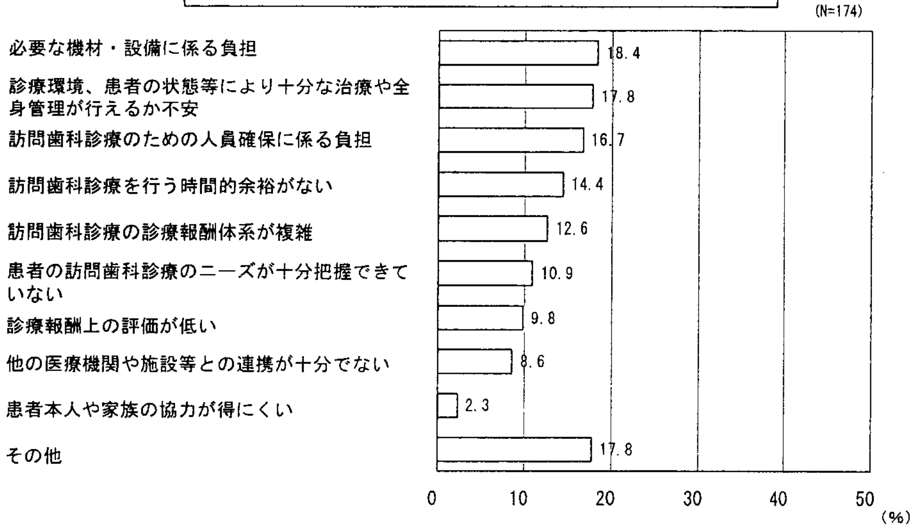
在宅歯科医療に対する患者またはその家族の満足度



(平成21年度医療課調べ)

※ 有効回答のあった患者444名(調査票送付数:無作為抽出した1,000名)のうち、本人または家族に訪問歯科診療の経験があると回答した患者33名について集計

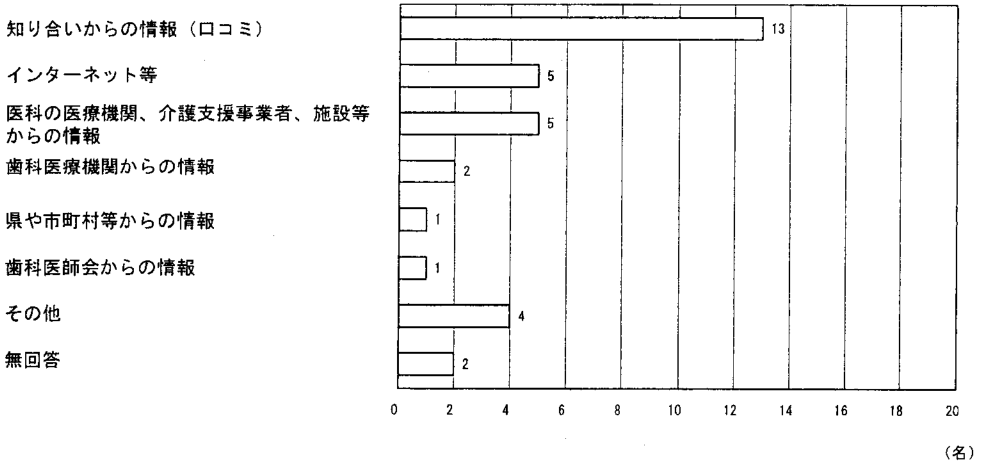
訪問歯科診療に関する課題（歯科医療機関）



※　有効回答のあった577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、訪問歯科診療の実施の有無に関わらず、訪問歯科診療の課題について回答のあった施設を集計

（平成21年度医療課調べ）

訪問歯科診療に関する情報源（患者）



※　有効回答のあった患者444名（調査票送付数：無作為抽出した1,000名）のうち、本人又は家族に訪問歯科診療の経験があると回答した患者33名について集計

（平成21年度医療課調べ）

在宅歯科医療推進の基盤整備
（平成20年度～）

①在宅歯科医療を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会
（歯の健康力推進歯科医師養成講習会）

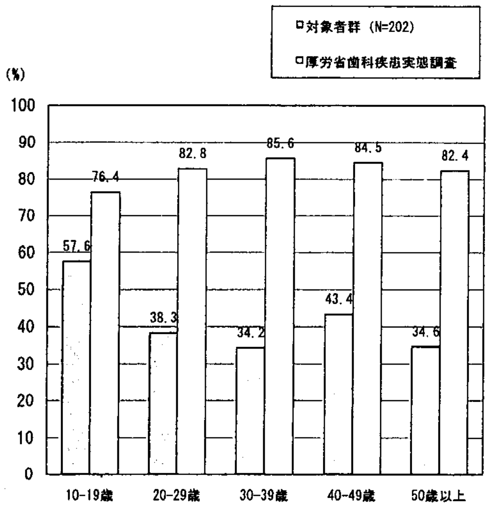
実施方法：日本歯科医師会委託
開催地区：全国8地区で開催、1地区　約50人
内　　容：在宅歯科診療の注意点、医師等の医療福祉連携、介護施設での実習等

②在宅歯科医療機器に関する歯科医療機関への補助制度
（在宅歯科診療設備整備事業）

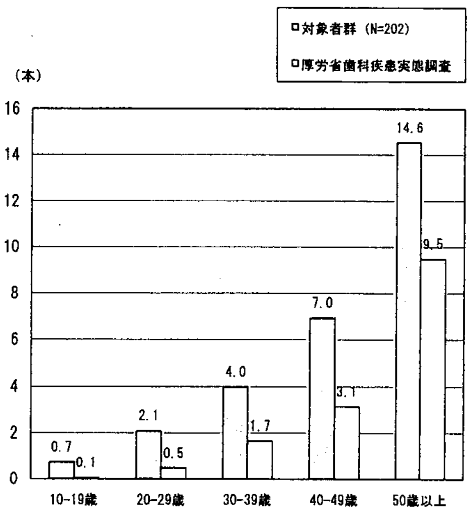
対　　象：上記①の講習会を修了した歯科医師で、医療機関の開設者である者。
補助内容：在宅歯科医療に必要な機器等に関する、初度設備整備事業
補助割合：事業主1／3、都道府県1／3、国1／3

歯科診療報酬について
- 障害者歯科医療の充実 -
(参考資料)

障害者のう蝕処置率

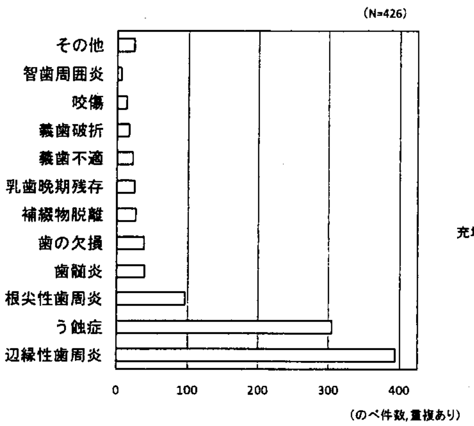


障害者の一人平均喪失歯数

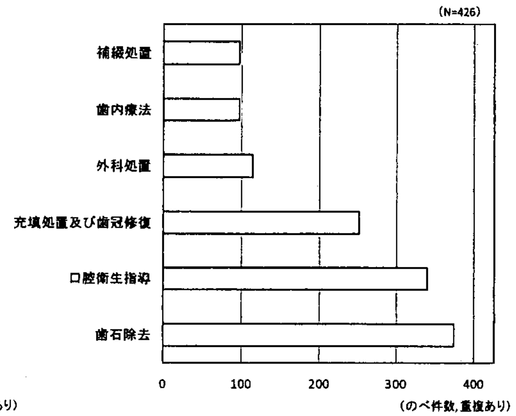


(岸ら, 心身障害者の歯科受療と地域歯科医療資源, 日本障害者歯科学会雑誌, 2001)

歯科を受診した障害者の歯科病名

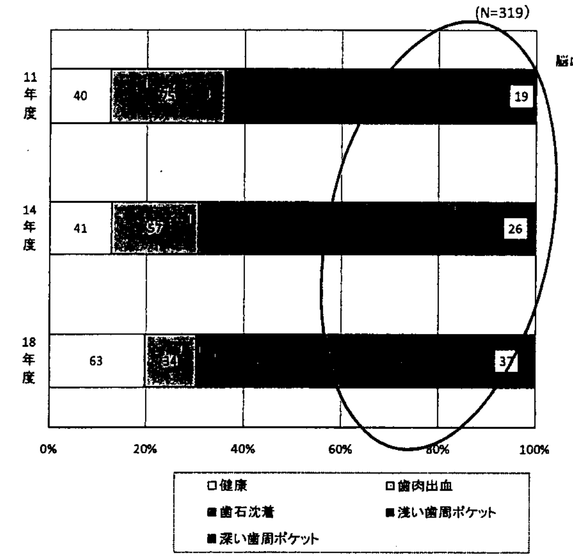


歯科を受診した障害者の歯科治療内容



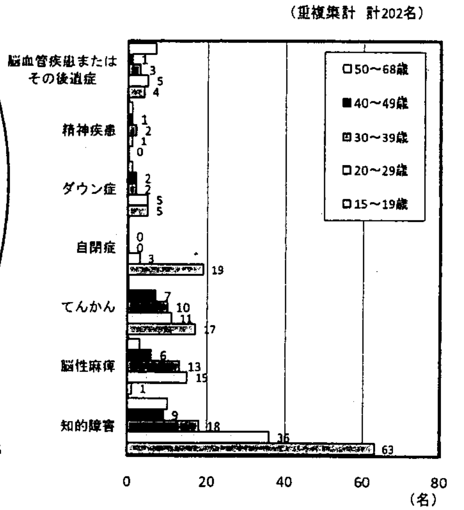
(山本ら, 重症心身障害児・者医療施設に併設された歯科診療室の歯科診療実態について, 日本障害者歯科学会雑誌, 2006)

障害者の歯周疾患の重症度の変化



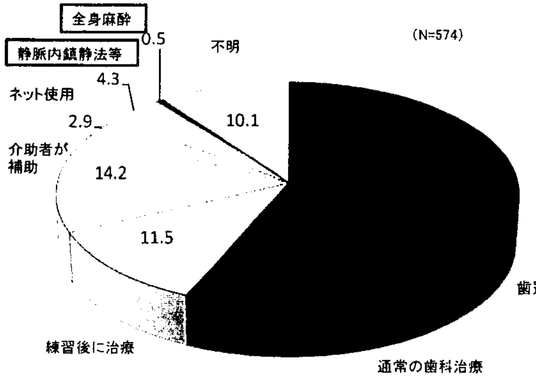
(石川ら, 全市的に実施した障害者施設歯科健診の8年間の推移, 日本障害者歯科学会雑誌,2008)

歯科を受診した障害者の障害分類



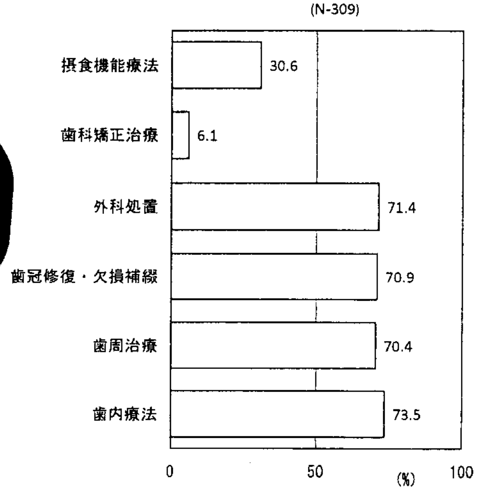
(岸ら, 心身障害者の齲蝕処置状況と地域医療環境の関連, 日本障害者歯科学会雑誌, 2001)

障害児者福祉施設の入・通所者に対する歯科治療時の行動調整



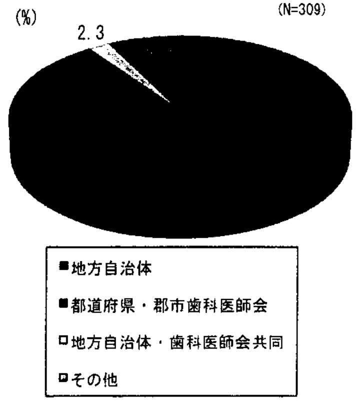
（山口ら、某中核市における障害児・者の歯科受診状況に関する調査, 2000年）

障害者に対する治療内容別の対応可能な口腔保健センター等の施設数

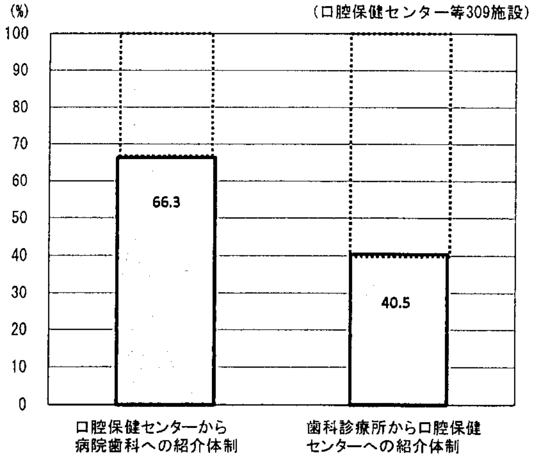


（口腔保健センター等業務内容報告書, 平成19年2月）

口腔保健センター等の設置主体

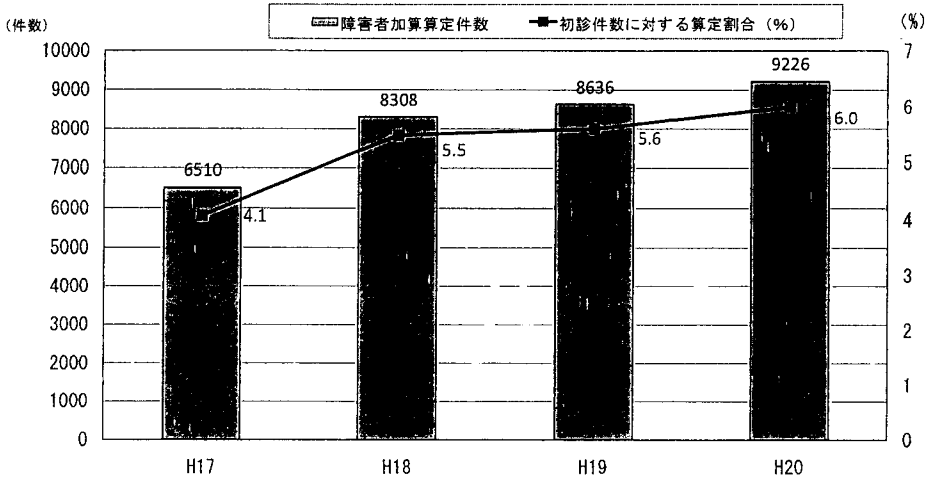


病院歯科・口腔保健センター・歯科診療所の連携状況



（口腔保健センター等業務内容報告書, 平成19年2月）

病院歯科における障害者加算の算定状況



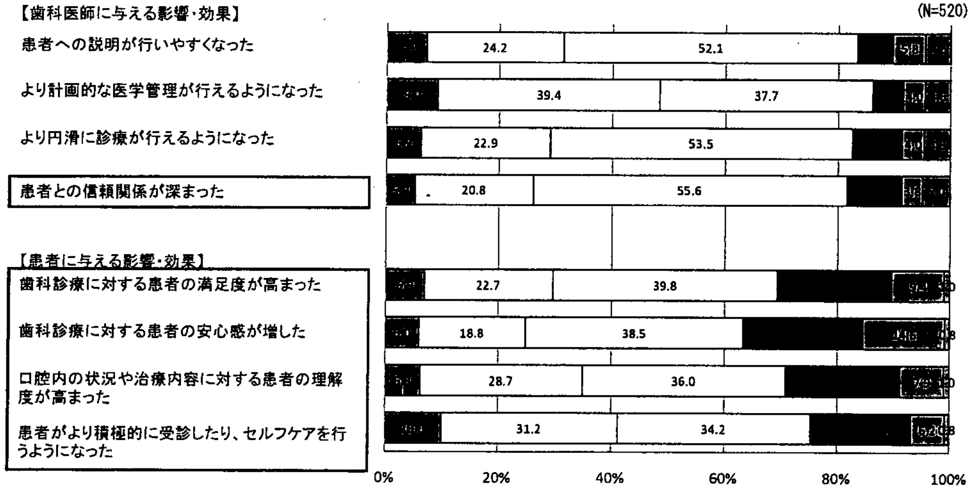
（社会医療診療行為別調査）

歯科診療報酬について

－患者の視点にたった歯科医療－

（参考資料）

歯科疾患管理料に係る情報提供による効果（歯科医療機関回答）



※ 有効回答のあった歯科医療機関577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、さらに情報提供の効果について回答のあった施設を集計

（平成21年度医療課調べ）

歯科疾患の管理に係る提供文書の例

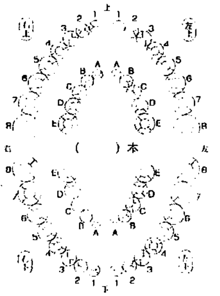
歯科疾患管理 （文書様式1継続用）

歯と口の治療管理（控）

様 平成 年 月 日

○歯・歯肉の状態・検査結果

- プラークや歯石の付着（///部分） □なし □あり
- 歯肉の炎症（発赤・出血・腫れ） □なし □あり
- 歯の動揺 □なし □あり
- 歯周ポケット（4㎜以上） □なし □あり



（ ）本

○治療予定

□むし歯（つめる・冠・根の治療）
□歯肉炎・歯周病の治療
□義歯・ブリッジ
□その他（ ）

○生活習慣の改善に合わせて、次のことに気をつけてください

□喫煙 □食生活習慣
□歯磨き □回数
□時間
□用具
（歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ）

医療機関名
（担当歯科医）

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

義歯の管理に係る提供文書の例

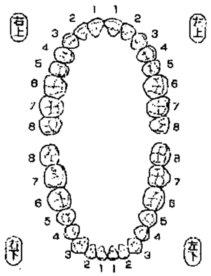
補管・義歯管理

義歯・ブリッジ・冠の管理について

様 平成 年 月 日

□ブリッジ・冠の管理

下図の部位に装着しました。
当院は長く快適に使える様に、2年間の維持管理を行っています。
不具合があればお気軽にお申し出下さい。



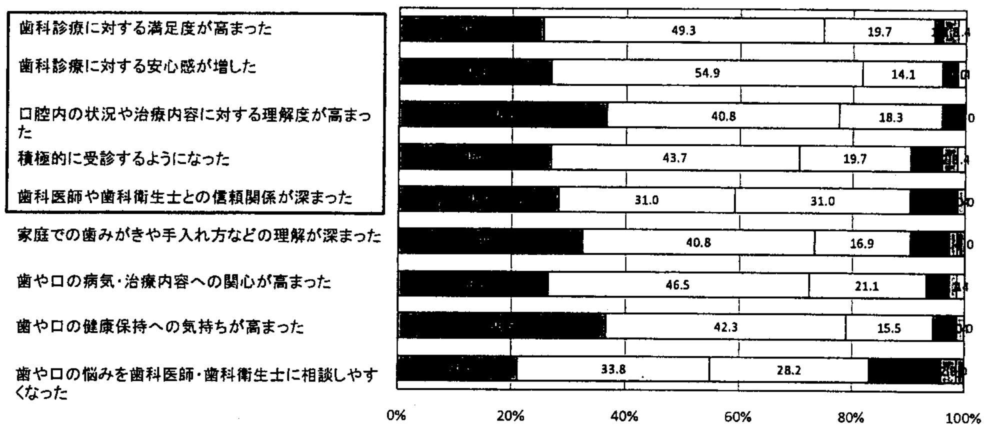
□義歯の使用上の注意について

- 今回、義歯が入りました。
- 食後は必ず洗ってください。
- 就寝時は、はずして専用の容器に保管して下さい。
- 必要に応じて、義歯清掃剤をお使い下さい。
- 痛みがありましたら調整しますので、ご連絡ください。
- 定期診査を忘れずに。
- 紛失に充分ご注意下さい。

（その他の情報）

保険医療機関名	
所在地・電話番号	
開設者・担当歯科医	

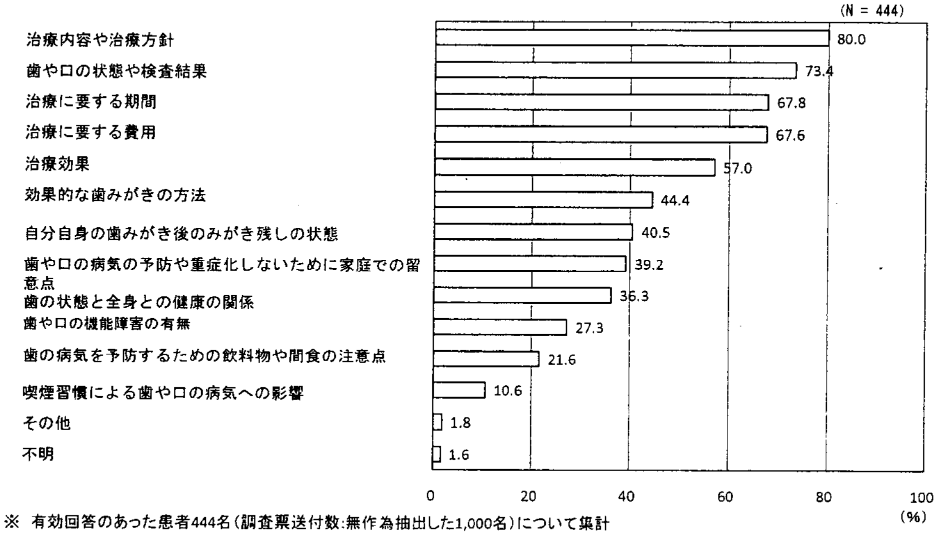
歯科疾患管理料に係る情報提供による効果（患者回答）



※ 有効回答のあった患者444名（調査票送付数：無作為抽出した1,000名）のうち、さらに情報提供の効果について回答のあった患者を集計

（平成21年度医療課調べ）

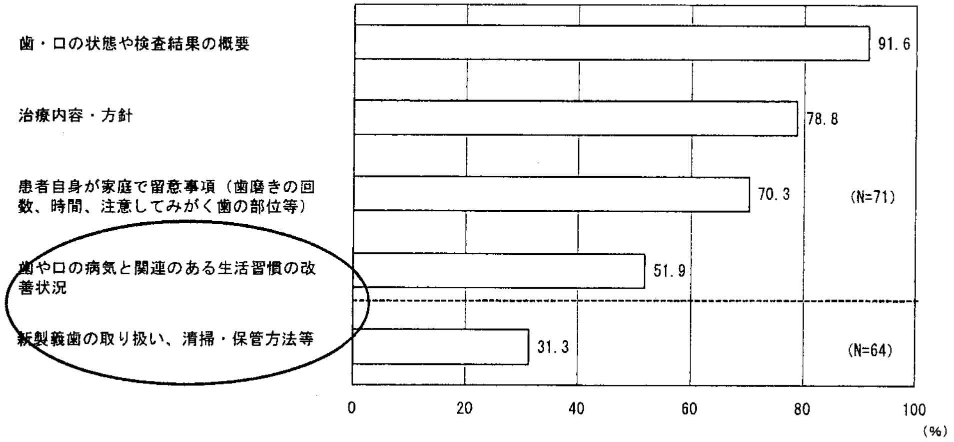
歯科医療機関から提供してほしい情報（患者）



※ 有効回答のあった患者444名(調査票送付数:無作為抽出した1,000名)について集計

（平成21年度医療課調べ）

歯科疾患管理及び義歯管理に係る情報提供文書の内容の分かりやすさ(患者)



※ 有効回答のあった患者444名(調査票送付数:無作為抽出した1,000名)のうち、
さらに「情報提供文書の分かりやすさ」について回答のあった患者を集計

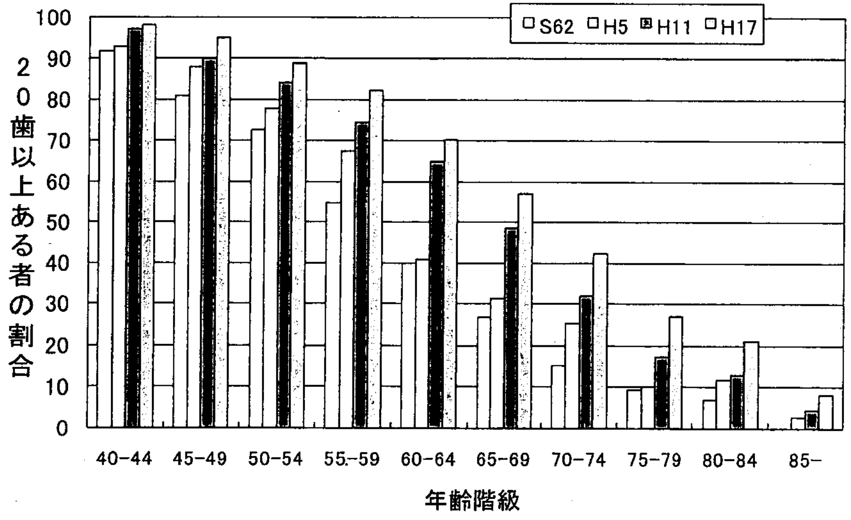
（平成21年度医療課調べ）

難解であると考えられる歯科用語に関する日本歯科医学会からの提案

現　行	提案内容
歯冠修復及び欠損補綴（ほてつ）	歯冠修復及び欠損治療
補綴（ほてつ）物維持管理料	クラウン・ブリッジ維持管理料
補綴（ほてつ）時診断料	ブリッジ・有床義歯診断料
歯髄覆罩（ふくとう）	歯髄保護処置
非侵襲性歯髄覆罩（ふくとう）（A-IPC）	歯髄温存療法
楔状（きつじょう）欠損（WSD）	歯質くさび状欠損

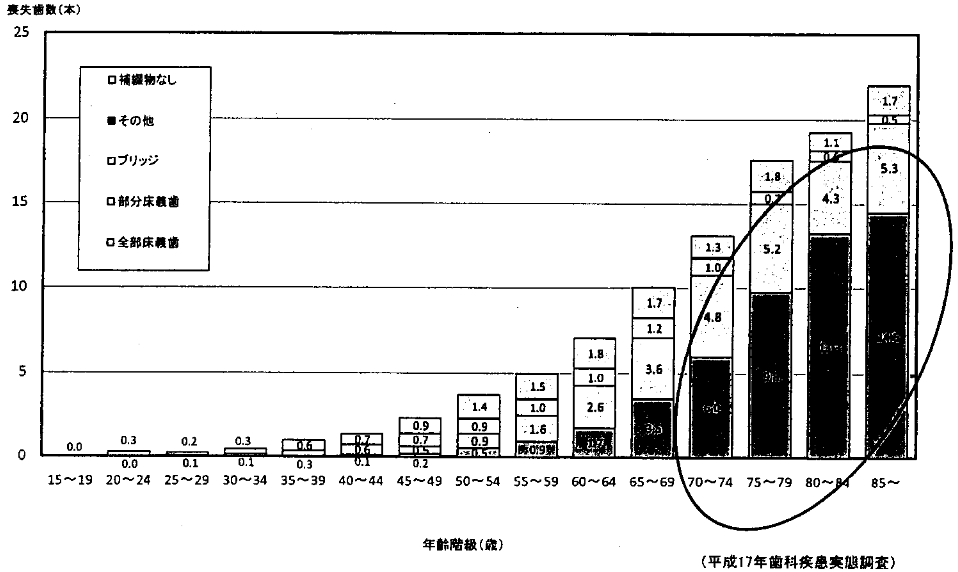
歯科診療報酬について
– 生活の質に配慮した歯科医療の充実–
（参考資料）

20歯以上の歯を有する者の割合の推移



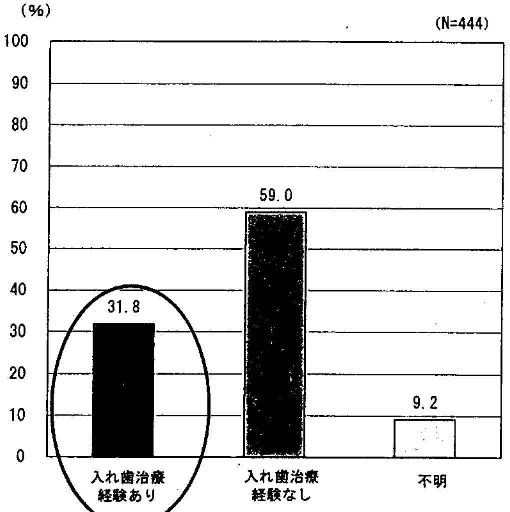
（歯科疾患実態調査）

年齢階級別平均喪失歯数と治療内容

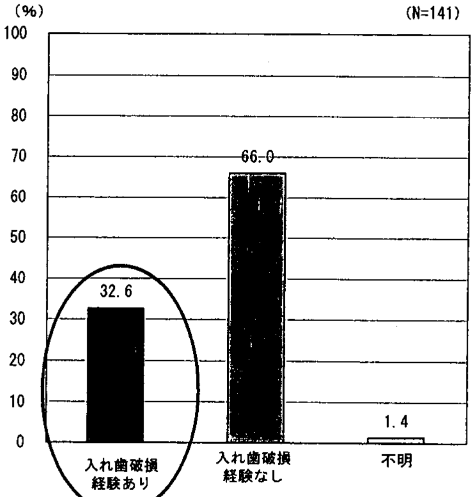


（平成17年歯科疾患実態調査）

入れ歯治療の経験のある者の割合



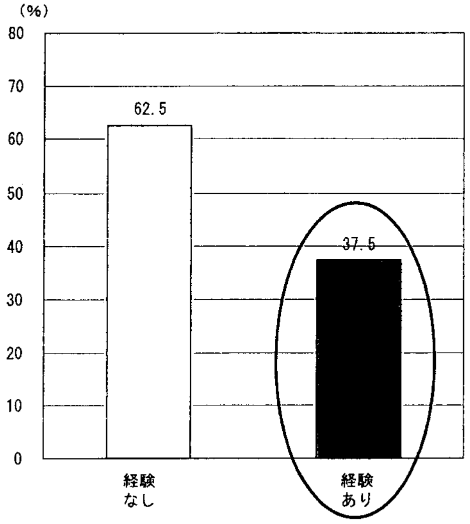
入れ歯治療経験のある患者のうち、義歯が破損した経験のある者の割合



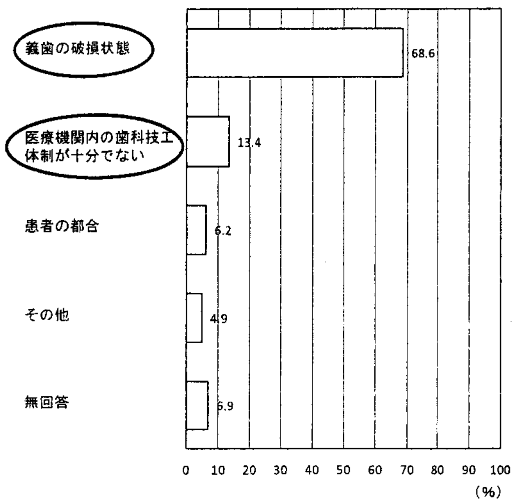
※ 有効回答のあった患者444名（調査票送付数:無作為抽出した1,000名）を集計

（平成21年度医療課調べ）

義歯修理経験者のうち、入れ歯を1日以上、歯科医療機関に預けた経験のある患者の割合

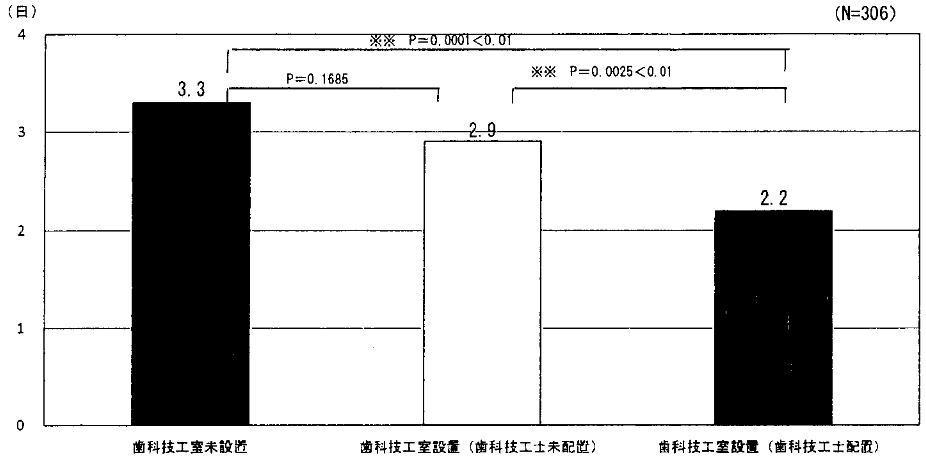


当日内に義歯の修理ができなかった理由（歯科医療機関回答）



（平成21年度医療課調べ）

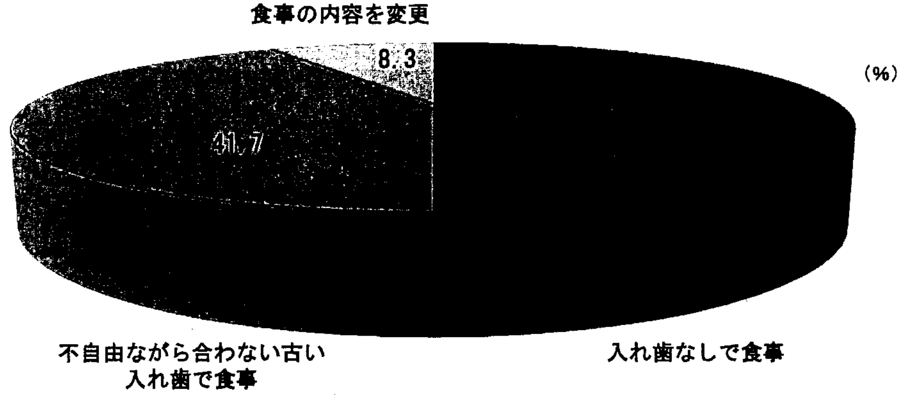
修理のために義歯を歯科医療機関に1日以上預けた場合の平均所要日数



※1：有効回答のあった歯科医療機関577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、さらに、1日以上、義歯を預かったことのある施設
※2：義歯預け入れ期間が7日未満の場合を集計

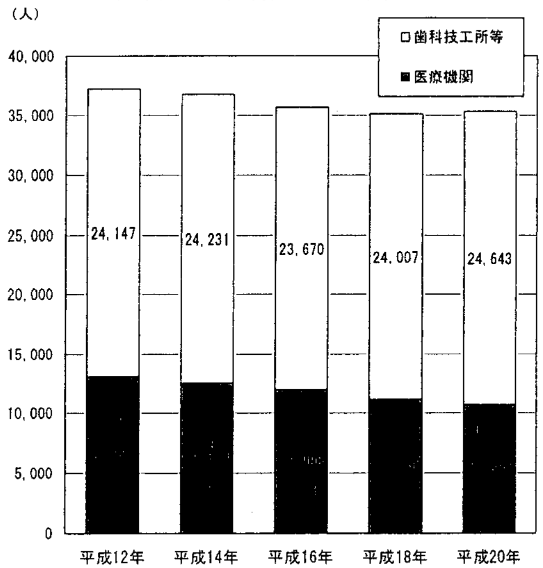
（平成21年度医療課調べ）

修理のために義歯を預けた期間における患者の食事の状況



（平成21年度医療課調べ）

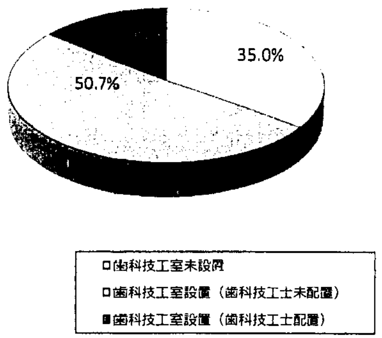
就業先別の歯科技工士の推移



（保健・衛生行政業務報告）

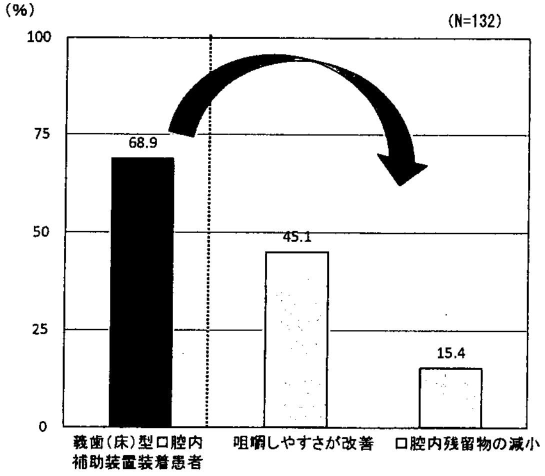
歯科技工士を配置している歯科医療機関の割合

（歯科医療機関数：66,732施設）



（平成17年医療施設調査）

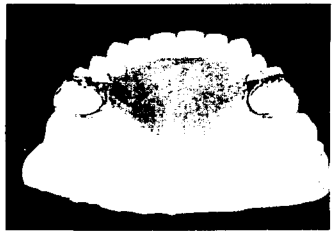
頭頸部がん患者に対する義歯(床)型の
口腔内補助装置の効果



(日本老年歯科医学会：症例調査)

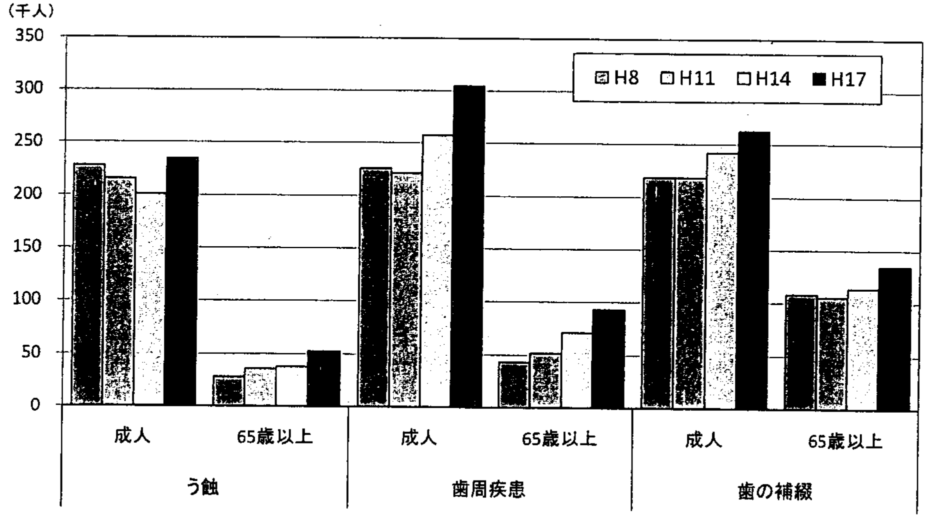
※ 義歯(床)型の口腔内補助装置

口腔内の形態や空隙を考慮して、咀嚼運動等の機能改善を補助する義歯(床)型の装置



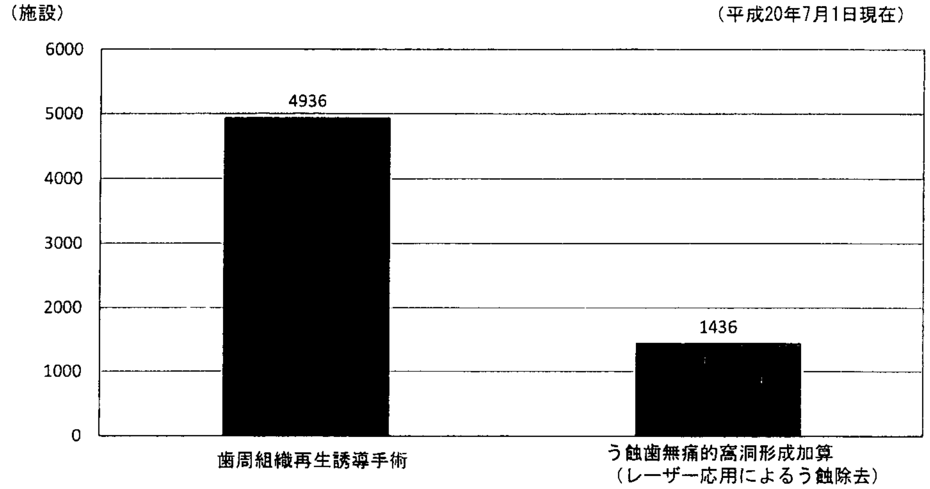
歯科診療報酬について
－ 歯科固有の技術の評価 －
(参考資料)

歯科疾患の推計患者数の推移



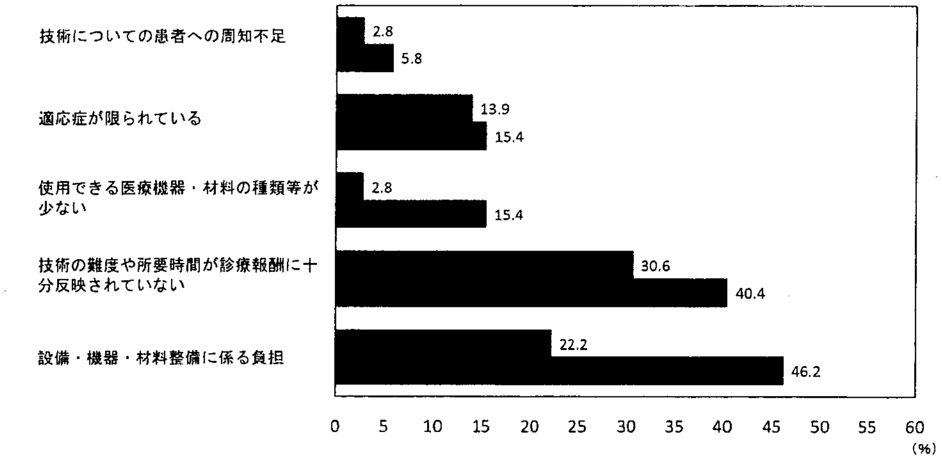
(患者調査)

施設基準の届出医療機関数



（平成21年度医療課調べ）

歯周組織再生誘導手術及び無痛的う蝕歯窩洞形成加算に関する課題

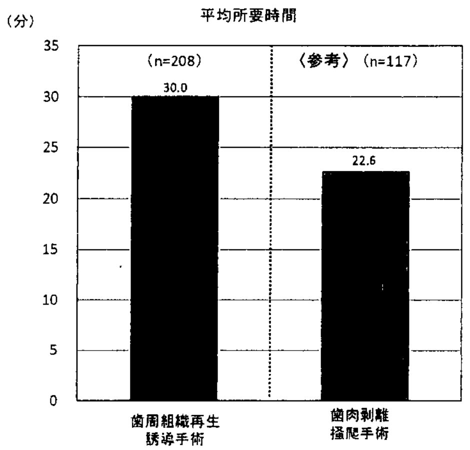


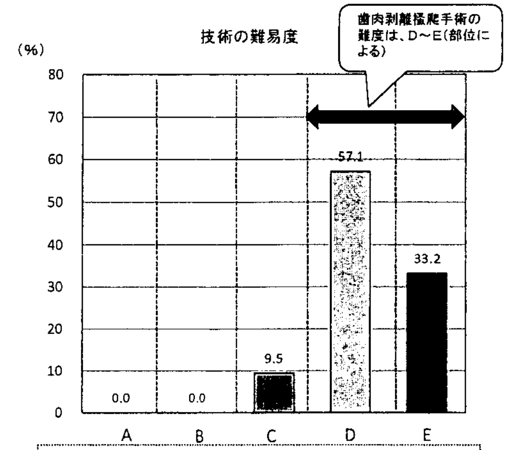
上段：う蝕歯無痛的窩洞形成加算（36施設）
下段：歯周組織再生誘導手術（52施設）

（平成21年度医療課調べ）

※ 対象：有効回答のあった歯科医療機関577施設（調査票送付数:無作為抽出した632施設）のうち、どちらか一方のみの施設基準の届出施設

歯周組織再生誘導手術に要する平均時間及び難易度



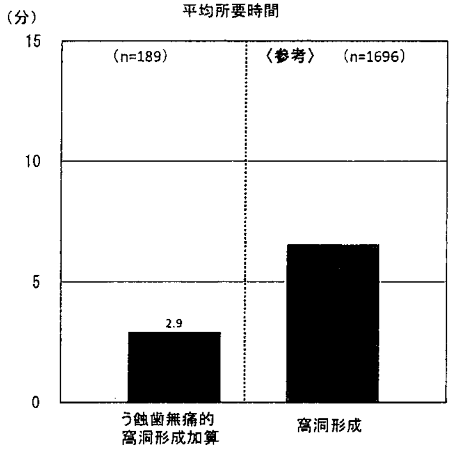


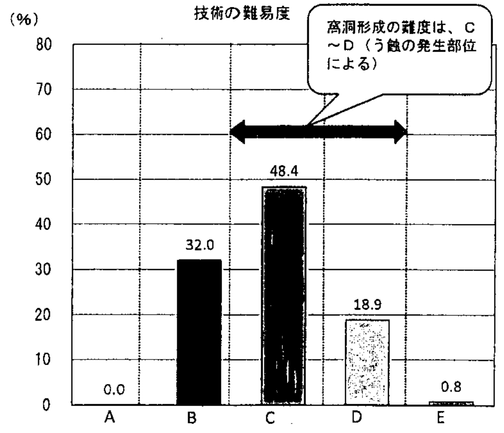
【技術の難易度】
A：歯科医師の指導・監督下で歯科衛生士でも可能
B：歯科医師であれば誰でも可能
C：中程度の診療技術を必要とする
D：やや高度の診療技術を必要とする
E：さらに高度の専門的トレーニングを要する高い技術を必要とする

※ 対象：有効回答のあった歯科医療機関577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出施設

（日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」及び平成21年度医療課調べ）

う蝕歯無痛的窩洞形成加算に係る技術に要する平均時間及び難易度



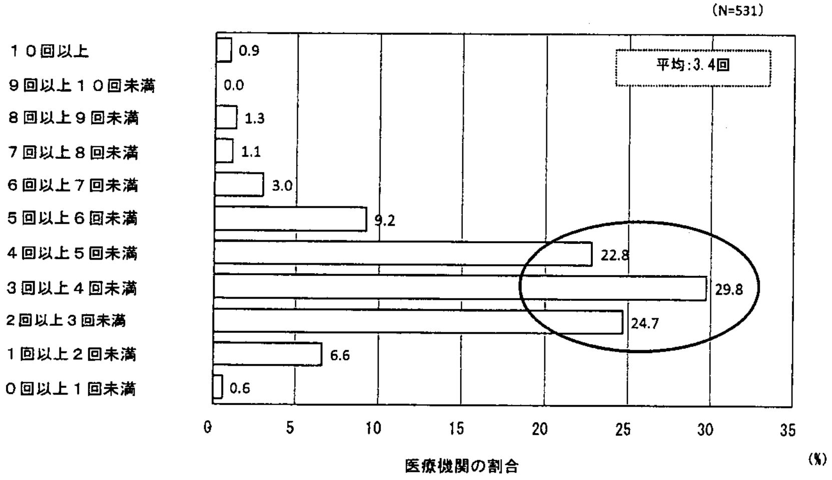


【技術の難易度】
A：歯科医師の指導・監督下で歯科衛生士でも可能
B：歯科医師であれば誰でも可能
C：中程度の診療技術を必要とする
D：やや高度の診療技術を必要とする
E：さらに高度の専門的トレーニングを要する高い技術を必要とする

※ 対象：有効回答のあった歯科医療機関577施設（調査票送付数：無作為抽出した632施設）のうち、う蝕歯無痛的窩洞形成加算に係る施設基準の届出施設

（日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」及び医療課調べ）

新たに製作した有床義歯の患者1人当たりの調整回数

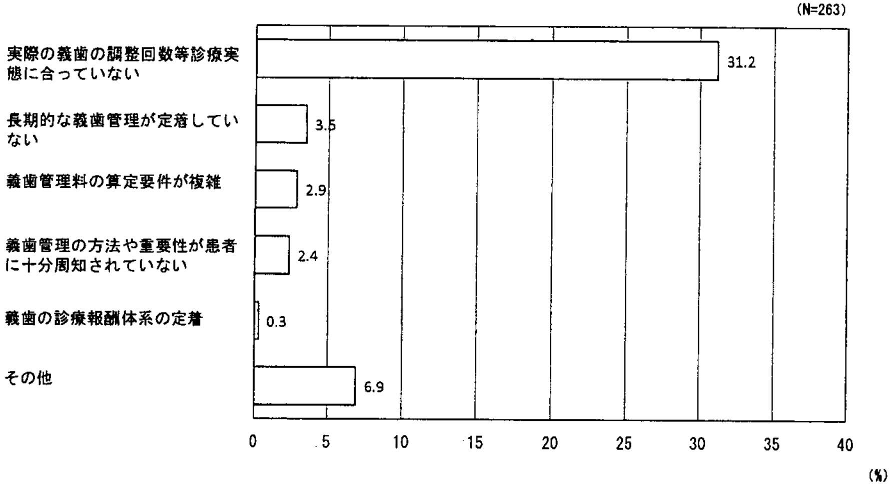


※ 対象:有効回答のあった歯科医療機関577施設(調査票送付数:無作為抽出した632施設)のうち、新製有床義歯の調整を行ったこのとのある施設

(平成21年度医療課調べ)

53

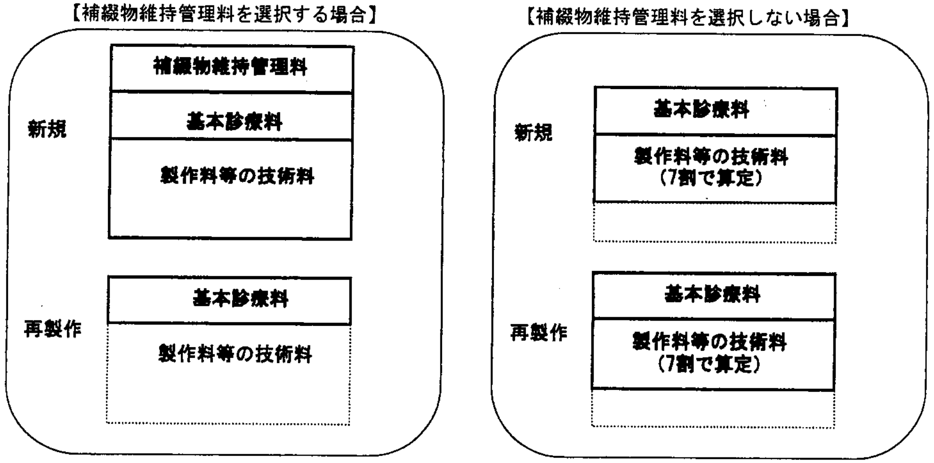
義歯の管理を行う上での診療報酬上の課題(歯科医療機関;複数回答)



※ 対象:有効回答のあった歯科医療機関577施設(調査票送付数:無作為抽出した632施設)のうち、義歯の管理の課題について回答のあった施設

(平成21年度医療課調べ)

54



注1:補綴物維持管理を選択している場合においては、再製作は原則として実線の範囲内で算定する。

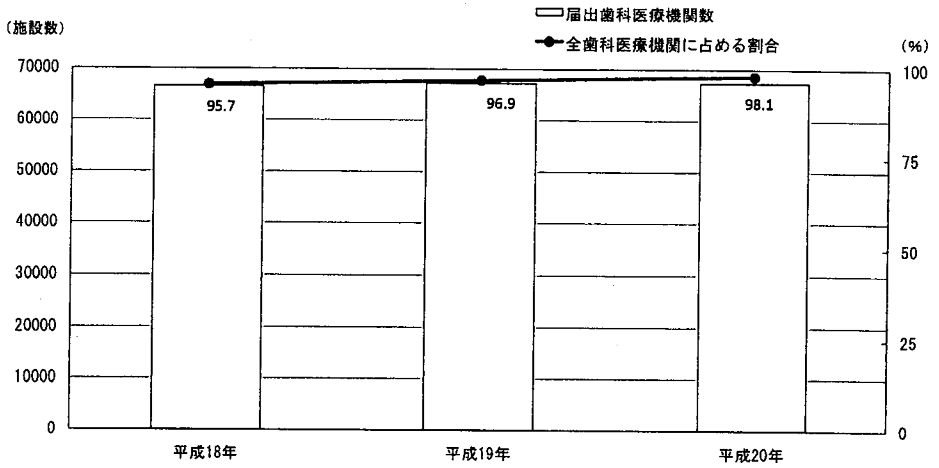
注2:補綴物維持管理を選択していない場合においては、すべて原則として実線の範囲内で算定する。

注3:製作料等の技術料は、特掲診療料として算定する一連の技術料である。
(補綴時診断,補綴関連検査,歯冠形成,支台築造,印象採得,咬合採得,試適,リテイナー,装着等)

(出典)社会保険研究所発行「歯科用語の解説」より引用

55

補綴物維持管理料に係る届出状況



(医療課調べ)

56

調剤報酬について

第１　調剤医療費の動向等について

１　調剤医療費は、医薬分業の進展（平成 20 年社会医療診療行為別調査における院外処方率 59.3%）に伴い増加し、平成 20 年度で 5.4 兆円である。

　また、処方せん１枚当たりの調剤医療費（以下、電算処理分に限る。）の内訳では、薬剤料が 73.6%を占め、技術料の割合は 26.2%となっている。（参考資料 P1, 2）

２　処方せん１枚当たりの薬剤料は、前年度と比較して伸びており、内服薬でみると、その伸びは 3.0%となっている。また、内服薬における処方せん１枚当たり薬剤料の伸びは、投薬日数の伸びの影響が大きい。（参考資料 P2, 3）

第２　現状と課題

１　後発医薬品調剤体制加算については、80%以上の薬局が、現行の要件である、処方せんベースの後発医薬品の調剤率 30%以上を満たしている一方で、薬局全体での数量ベースの調剤率は 18%程度にとどまっている。

　また、検証部会の調査結果によれば、後発医薬品の説明・調剤に積極的でない多くの薬局において、在庫管理の負担が大きいことや説明する時間的余裕がないことを理由に挙げている。（参考資料 P4-8）

２　内服薬の調剤料は、22 日分以上の場合 1 剤につき 77 点で一律であるが、一包化薬の調剤料は、その手間を考慮して 7 日ごとに 89 点を算定できるようになっている。

　一包化薬の算定要件を満たさない場合には、内服薬の調剤料を算定することになるが、長期投薬が増えている現状において、１種類の薬剤の追加で一包化薬の算定要件を満たすこととなった場合など、内服薬と一包化薬の間で調剤料の格差が大きくなることについて、分かりにくいとの指摘がある。（参考資料 P9-11）

３　漢方薬の湯薬（※）の調剤料は、投薬日数にかかわらず１調剤につき点数が設定されているが、長期投薬が増えており、調剤に要する手間に見合わなくなってきているとの指摘がある。（参考資料 P12）

※　２種類以上の生薬を適当な大きさに刻み、煎じる量ごとに分包したもの

４　平成 20 年度改定において、入院患者に対する薬剤管理指導料について、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が使用されている患者に対する薬学的管理指導を重点的に評価することとしたが、薬局での調剤時においても、ハイリスク薬に服薬指導等の重点を置くことが重要と考えられる。（参考資料 P13-15）

５　現在、調剤基本料については、40 点を基本としつつ、経営効率が高いと考えられる薬局（処方せん受付回数 4,000 回超／月、かつ、特定保険医療機関からの集中率 70%超）については 18 点とされている。

　しかし、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療に貢献している薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として 18 点となる場合があるとの指摘がある。

第３　現行の調剤報酬上の評価の概要

１　平成 20 年度改定において、後発医薬品の調剤に要するコストの負担にかんがみ、調剤基本料の加算として後発医薬品調剤体制加算（後発医薬品の処方せんベースの調剤率が 30%以上の場合の加算）を創設した。

後発医薬品調剤体制加算（処方せんの受付１回につき）　<u>4点</u>　（新）

届出薬局数

	平成19年	平成20年
後発医薬品調剤体制加算	－	34,941

（参考）保険薬局数　平成 20 年 4 月:50,933

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
後発医薬品調剤体制加算	－	38,470,240

2　薬剤の一包化については、多種類の薬剤が投与されている患者の飲み忘れや飲み間違いを防止することを評価しており、平成 20 年度改定において、一包化薬の調剤料を算定できる対象を拡大した。

改定前	平成20年度改定後　改
【調剤料】 一包化薬　97点 2剤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は、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する。	【調剤料】 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は、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する。

※　1剤とは、薬剤の種類数にかかわらず、服用時点が同一の内服薬をいう。

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
一包化薬	6,200,780	8,707,480

3　内服薬の調剤料については、投与日数により規定されており、14 日分以下の場合は出来高制、15 日分以上の場合は2段階の定額制の点数となっている。

【調剤料】
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

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
14日分以下（7日目以下の部分）	265,396,780	247,539,540
14日分以下（8日目以上の部分）	144,482,560	132,158,060
15日分以上21日分以下	3,021,380	3,065,220
22日分以上	24,321,120	25,786,020

4　湯薬は、2種類以上の生薬を適当な大きさに刻み、煎じる量ごとに分包したものであり、1調剤ごとに評価を行っている。

【調剤料】
湯薬（1調剤につき）　190点

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
湯薬	26,400	25,560

5　患者に対する必要な服薬指導を充実させるとともに、服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素化を図るため、平成 20 年度改定において、薬剤服用歴管理料と服薬指導加算を統合し、薬剤服用歴管理指導料として評価を見直した。

改定前	平成20年度改定後　改
【薬剤服用歴管理料】 （処方せんの受付1回につき）22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 ・　患者（後期高齢者を除く。）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
・　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等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定	①　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等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
服薬指導加算　22点 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った場合に加算	②　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

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
薬剤服用歴管理料	51,898,240	−
服薬指導加算	18,961,720	−
薬剤服用歴管理指導料	−	36,513,900

6　調剤基本料については、平成20年度改定において、後発医薬品調剤体制加算の創設に伴い、その評価が見直された。

改定前	平成20年度改定後　改
【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき）　42点 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19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 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。

算定回数（社会医療診療行為別調査　各年6月審査分）

	平成19年	平成20年
調剤基本料	49,788,000	49,671,040
調剤基本料（特例）	3,393,800	2,035,400

第4　論点

1　後発医薬品調剤体制加算について、その算定状況と数量ベースでの後発医薬品調剤率に関する薬局の分布状況、さらには、後発医薬品の説明・調剤に積極的でない薬局におけるその原因を踏まえ、算定要件を含めた加算の在り方について、どのように考えるか。

2　長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けるなど、患者に分かりやすい点数体系とすることについて、どのように考えるか。

併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行22日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料の在り方について、どのように考えるか。

3　投薬日数の伸びと調剤に要する手間の観点から、湯薬の調剤料の在り方について、どのように考えるか。

4　ハイリスク薬が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の自覚症状の有無を確認するとともに、服薬中の注意事項等について詳細に説明することについて、調剤報酬上の評価をどのように考えるか。

5　調剤基本料の特例（18点）について、時間外加算等や在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定に係る処方せんの受付回数上の取扱いをどのように考えるか。

調剤報酬について
（参考資料）

調剤医療費の全数と電算処理分の比較

平成20年度の電算処理割合は、医療費ベース、処方せん枚数ベースとも9割を超えている。処方せん1枚当たり調剤医療費について、調剤レセプト全体と電算処理分を比較すると、その差は0.1%と小さい。

	平成	実数				対前年度比(%)		
		17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
全数	調剤医療費(億円)	45,927	47,468	51,673	54,402	3.4	8.9	5.3
	処方せん枚数(万枚)	66,363	68,955	70,739	72,008	3.9	2.6	1.8
	1枚当たり調剤医療費(円)	6,921	6,884	7,305	7,555	▲0.5	6.1	3.4
電算処理分	調剤医療費(億円)	25,658	33,305	41,803	49,630	29.8	25.5	18.7
	電算化率(%)	55.9	70.2	80.9	91.2	—	—	—
	処方せん枚数(万枚)	36,777	48,106	57,089	65,638	30.8	18.7	15.0
	電算化率(%)	55.4	69.8	80.7	91.2	—	—	—
	1枚当たり調剤医療費(円)	6,977	6,923	7,322	7,561	▲0.8	5.8	3.3
	電算処理分／全数	1.008	1.006	1.002	1.001	—	—	—

出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向の概要（平成20年度版）より抜粋

調剤医療費の内訳

処方せん1枚当たり調剤医療費（以下、電算処理分に限る。）の内訳をみると、技術料の割合が26.2%、薬剤料の割合が73.6%となっている。
対前年度比は、技術料が3.1%、薬剤料が3.3%となっており、処方せん1枚当たり調剤医療費全体では3.3%となっている。

平成	実数				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
調剤医療費(円)	6,977	6,923	7,322	7,561	▲0.8	5.8	3.3
技術料(円)	1,897	1,901	1,924	1,984	0.2	1.2	3.1
構成割合(%)	27.2	27.5	26.3	26.2	—	—	—
薬剤料(円)	5,069	5,011	5,387	5,565	▲1.2	7.5	3.3
構成割合(%)	72.7	72.4	73.6	73.6	—	—	—
内服薬薬剤料(円)(再掲)	4,301	4,245	4,573	4,713	▲1.3	7.7	3.0
特定保険医療材料料(円)	10	11	12	12	7.5	8.2	3.7
構成割合(%)	0.1	0.2	0.2	0.2	—	—	—

出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向の概要（平成20年度版）より抜粋

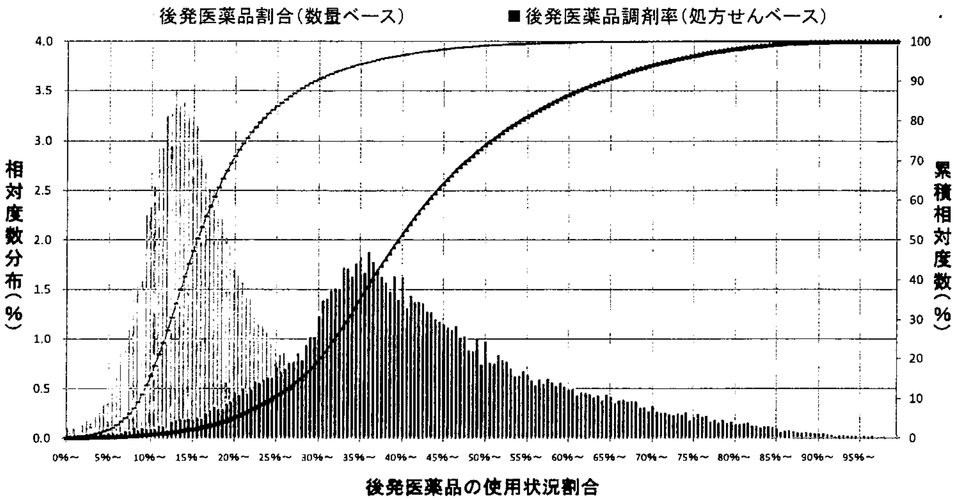
処方せん1枚当たり薬剤料の3要素分解

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料4,706円を、処方せん1枚当たり薬剤種類数、投薬日数、1種類1日当たり薬剤料に分解すると、各々2.85、18.8日、88円となっている。
また、内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料の伸び率3.0%を、処方せん1枚当たり薬剤種類数の伸び率、投薬日数の伸び率、1種類1日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々0.8%、5.3%、▲3.0%となっている。処方せん1枚当たり薬剤料の伸びは、投薬日数の伸びの影響が大きい。

平成	実数				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料(円)	4,296	4,243	4,571	4,706	▲1.2	7.7	3.0
処方せん1枚当たり薬剤種類数	2.77	2.80	2.83	2.85	1.0	1.1	0.8
投薬日数(日)	16.7	17.3	17.9	18.8	3.2	3.5	5.3
1種類1日当たり薬剤料(円)	93	88	90	88	▲5.3	2.9	▲3.0

出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向の概要（平成20年度版）より抜粋

後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注3) 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。
出所:厚生労働省保険局調査課調べ

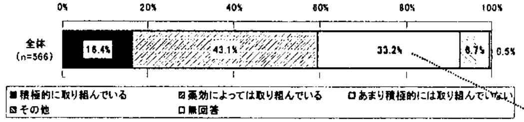
後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布

		後発医薬品割合(数量ベース)		後発医薬品調剤率(処方せんベース)	
		相対度数(%)	累積相対度数(%)(割合の高い方からの累積)	相対度数(%)	累積相対度数(%)(割合の高い方からの累積)
後発医薬品の使用状況割合	95%以上	0.0	0.0	0.1	0.1
	90%以上95%未満	0.0	0.0	0.2	0.3
	85%以上90%未満	0.0	0.0	0.6	0.8
	80%以上85%未満	0.0	0.0	1.2	2.0
	75%以上80%未満	0.0	0.0	1.8	3.8
	70%以上75%未満	0.0	0.1	2.4	6.2
	65%以上70%未満	0.1	0.2	3.4	9.7
	60%以上65%未満	0.2	0.4	4.3	14.0
	55%以上60%未満	0.3	0.7	5.5	19.6
	50%以上55%未満	0.5	1.2	7.4	27.0
	45%以上50%未満	1.0	2.2	9.9	36.9
	40%以上45%未満	1.5	3.7	13.3	50.3
	35%以上40%未満	2.4	6.0	16.5	66.7
	30%以上35%未満	4.0	10.1	15.3	82.0
	25%以上30%未満	7.3	17.4	8.1	90.1
	20%以上25%未満	13.3	30.6	5.1	95.2
	15%以上20%未満	25.5	56.1	2.6	97.8
	10%以上15%未満	30.7	86.8	1.3	99.1
	5%以上10%未満	11.5	98.3	0.6	99.7
	0%以上5%未満	1.7	100.0	0.3	100.0
平均値			18.2		42.6
中央値			16.0		40.1

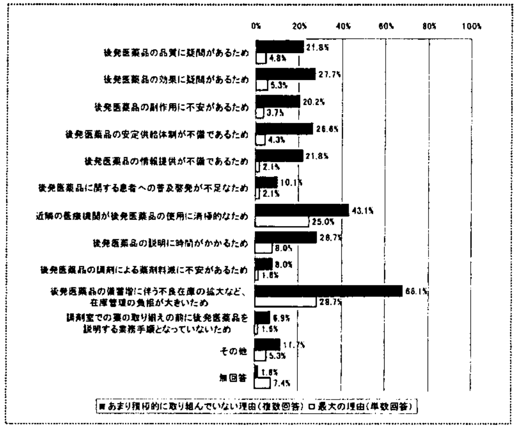
注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
注3) 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。
出所:厚生労働省保険局調査課調べ

後発医薬品の説明・調剤に関する考え方

図表 26 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方



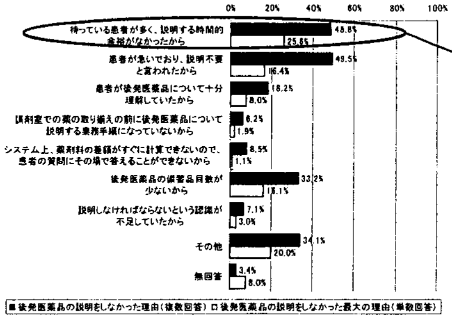
図表 27 あまり積極的に取り組んでいない理由 (n=188)



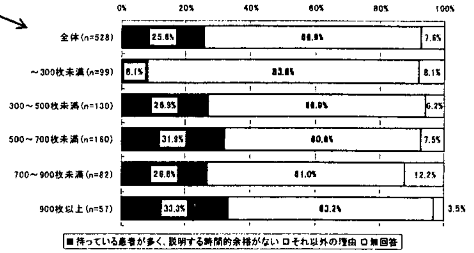
出典:検証部会 後発医薬品の使用状況調査(平成21年度) 結果概要(速報)より抜粋

後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由

図表 30 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由(n=566)

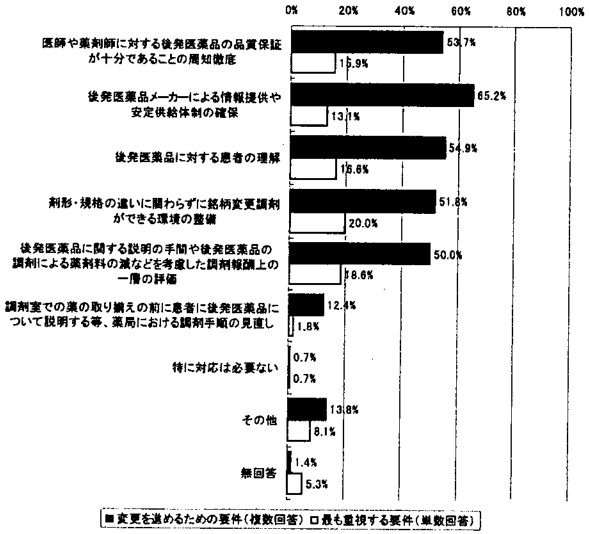


図表 32 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に対し、後発医薬品についての説明をしなかった最大の理由として「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」を選んだ薬局と選ばなかった薬局 (薬剤師(常勤換算)1人当たりの受付処方せん枚数(1か月間合計)別)

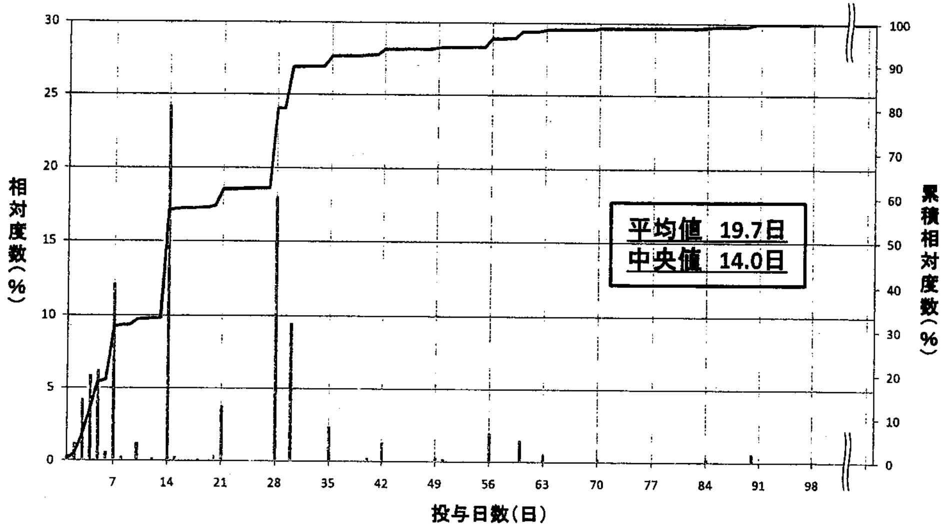


出典:検証部会 後発医薬品の使用状況調査(平成21年度) 結果概要(速報)より抜粋

図表 51　後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件(n=566)

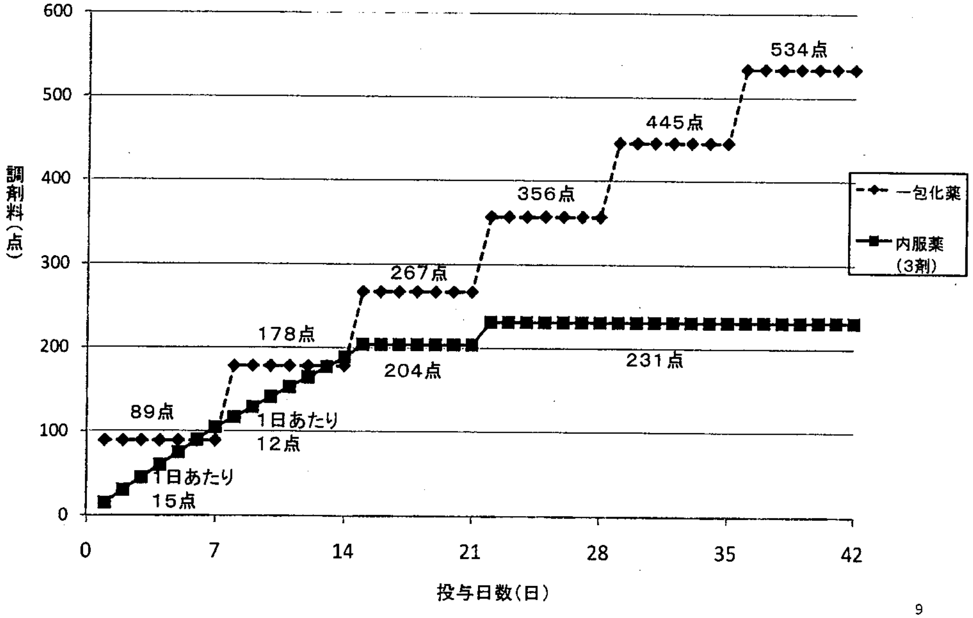


出典：検証部会 後発医薬品の使用状況調査(平成21年度) 結果概要(速報)より抜粋

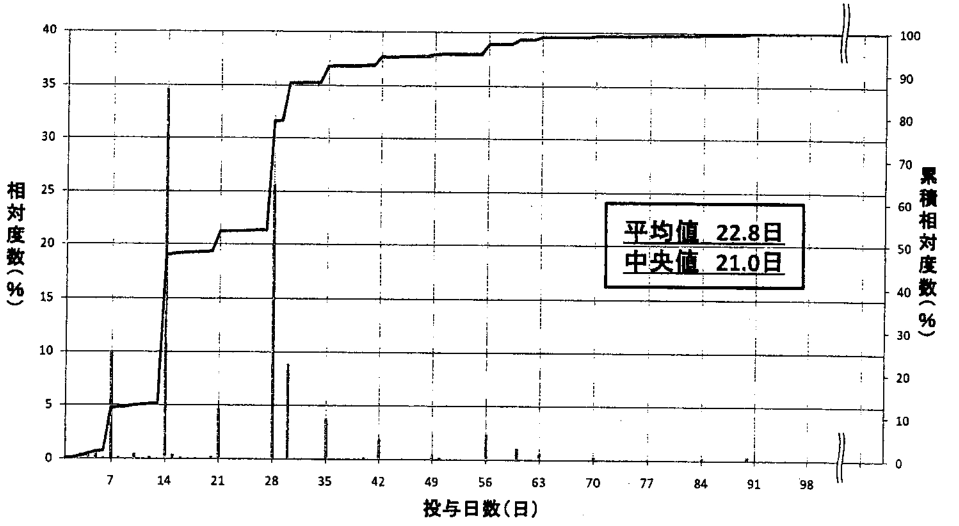


注1）審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)を抽出率100分の1で無作為抽出したものを集計対象としたものである。
出所：厚生労働省保険局調査課調べ

一包化薬と内服薬(3剤)の投与日数ごとの調剤料の比較

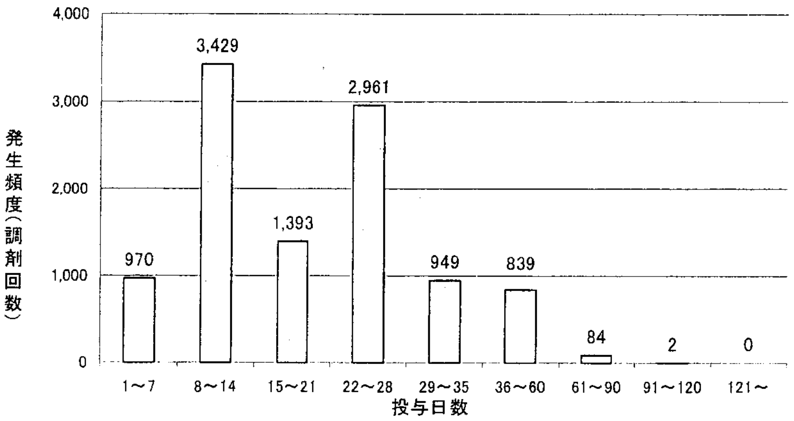


一包化薬　投与日数別処方せん枚数の相対度数分布



注1）審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。
出所：厚生労働省保険局調査課調べ

漢方薬（湯薬）の投与日数の分布



調査客体：（社）日本東洋医学会を通じて協力を得られた保険薬局

調査対象：平成21年10月（1カ月間）に受け付けた処方せんのうち、生薬調剤（湯薬）を実施したもの

調査結果
- 回答薬局　103施設（有効102施設）
- 処方せん枚数　158,187枚（1施設あたり1,551枚）
  うち、生薬調剤に係る処方せん　10,506枚（1施設あたり103枚）

出典：（社）日本薬剤師会調べ

薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン（平成21年11月）

<趣旨>

今日、医療技術の高度化に伴い医療現場は専門分化され、薬局・薬剤師にも広範囲にわたる専門性に応じた薬学的関与が求められている。薬剤師業務においても医療薬学の分野が重視されるようになり、従来の薬剤供給や調製を中心とした医薬品の管理者という役割に加えて、医薬品の適正使用や効果的な薬物治療の実現、さらには患者のQOLの向上を図る役割が求められている。

また、新しい作用機序を持つ医薬品をはじめ、安全かつ適正使用を確保するため、特に専門家の関与が必要な医薬品が登場している。そのため薬剤師には、医薬品に関わる医療事故防止の観点から、患者の安全対策、特に副作用及び医薬品に関わる被害の防止に向けて、より具体的かつ積極的な取り組みが求められている。さらに、安全管理が必要な医薬品（以下、「ハイリスク薬」）を使用する患者に対しては、個々の生活環境や療養状況に応じた適切な服薬管理や服薬支援を行うことが必要となる。

しかしながら、その一方で、外来患者に処方されるハイリスク薬の薬学的管理指導については、その方法が確立されていないことや、医療関係者や患者等にその必要性が十分理解されていないという問題がある。
そのような背景を踏まえ、今般、薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務のガイドラインを策定した。

出典：平成21年11月「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（第1版）
（社団法人 日本薬剤師会）より抜粋

ハイリスク薬の薬学的管理指導で特に注意すべき事項の例

薬剤管理指導料における特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）

①抗悪性腫瘍剤
②免疫抑制剤
③不整脈用剤
④抗てんかん剤
⑤血液凝固阻止剤
⑥ジギタリス製剤
⑦テオフィリン製剤
⑧カリウム製剤（注射薬に限る。）
⑨精神神経用剤
⑩糖尿病用剤
⑪膵臓ホルモン剤（インスリン製剤等）
⑫抗HIV薬

ハイリスク薬の薬学的管理指導で特に注意すべき事項の例（ガイドラインより抜粋）

抗悪性腫瘍剤
- 化学療法に対する不安への対応
- 患者に最適な疼痛緩和のための情報収集、処方提案と患者への説明
- 外来化学療法実施の際に受けた指導内容や提供された情報の確認

不整脈用剤
- 体調変化（ふらつき、動機、低血糖等の副作用症状）の有無の確認
- 最近の発作状況を聞き取り、薬剤の効果が得られているかの確認
- QT延長を起こしやすい薬剤等、併用薬による症状の変化のモニタリング

血液凝固阻止剤
- 服用患者のアドヒアランスの確認
- 服薬管理の徹底（検査・手術前・抜歯時の服薬休止、検査・手術後抜歯後の服薬再開の確認）
- 併用薬や食事（納豆等）、一般用医薬品や健康食品との相互作用の指導
- 服用中は、出血傾向となるので、過量投与の兆候（あざ、歯茎からの出血等）の確認とその対策

出典：平成21年11月「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（第1版）
（社団法人 日本薬剤師会）より抜粋

ハイリスク薬を対象とした薬学的管理指導の標準的な方法

（1）患者情報、臨床所見及び使用薬剤に関する十分な情報と知識に基づいて、患者の薬学的管理を行う。

（2）以下の情報等を患者に説明する際には、患者の理解を深めるために、必要に応じて薬剤情報提供文書等を編集し活用する。また、最も重要な情報は反復させて患者の理解度を確認する。

①薬剤の効果：どういう効果があるか、いつごろ効果が期待できるか

②副作用：どのような副作用が起こりうるか、いつ頃から、どのように自覚されるか

③服薬手順：どのように、いつ、いつまで服用するか、食事との関係、最大用量、服用を継続する意義

④注意事項：保管方法、残薬の取り扱い、自己判断による服薬や管理の危険性

⑤再診の予定：いつ再診するか、予定より早く受診するのはどのような時か

（3）指導内容等を正確に記録する。特に検査値やバイタルサインの情報を得られたときは、副作用発現の可能性の有無について、薬学的な視点から検討を行う。

（4）問題点を明確にし、記録を基に薬学的見地に立った見解および情報を、主治医等に必要に応じて適切に提供する。

（5）応需処方せんの医療機関以外の処方薬や一般用医薬品、退院時の服薬に関する注意事項などの情報に気を配り、応需処方せんに限定されない包括的な薬学的管理に努める。

出典：平成21年11月「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（第1版）
（社団法人 日本薬剤師会）より抜粋