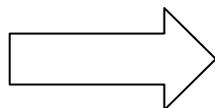


[初診の場合]

【現行（時間外）】

乳幼児加算	72点
時間外加算	85点
乳幼児加算の時間外による評価分	43点
	(計200点)

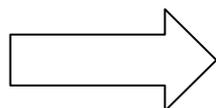


【改正案（時間外）】

乳幼児時間外加算	200点
----------	------

【現行（休日）】

乳幼児加算	72点
休日加算	250点
乳幼児加算の時間外による評価分	43点
	(計365点)

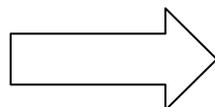


【改正案（休日）】

乳幼児休日加算	365点
---------	------

【現行（深夜）】

乳幼児加算	72点
深夜加算	480点
乳幼児加算の時間外による評価分	43点
	(計595点)



【改正案（深夜）】

乳幼児深夜加算	695点
---------	------

小児入院医療に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 現在、小児科の常勤医師の配置等の要件を満たす保険医療機関において、15歳未満の患者を対象として小児入院医療管理料が算定できることとなっているが、その評価を充実するとともに、常勤医師の確保が困難であること等の課題にも対応する。
- 小児医療の提供体制の確保を図る観点から、子育てしながら働くことができる環境の整備を進めるため、小児入院医療管理料における医師の常勤要件の取扱いについて見直すとともに、小児入院医療管理料の評価を見直す。

2 具体的内容

- 小児入院医療管理料の評価を引き上げる。

小児入院医療管理料 1	3, 000点	→	3, 600点
小児入院医療管理料 2	2, 600点	→	3, 000点
- 小児入院患者の療養生活指導の充実を図るため、プレイルーム、保育士等加算を引き上げる。

プレイルーム、保育士等加算	80点	→	100点
---------------	-----	---	------
- 小児入院医療管理料の算定要件となっている小児科の医師の常勤要件について、複数の小児科の医師が協同して常勤の場合と同等の時間数を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととする。

地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

1 基本的考え方

- 小児に対する専門的な医療や、専門的な小児救急を担うべき地域小児医療の中核病院において、小児科医が不足しており、十分な体制がとれていない。
- 地域における小児医療の集約化及び重点化を図る観点から、専門的な小児医療や小児救急医療を担うなど、地域における小児医療において中核的な役割を持つ病院に係る評価を引き上げる。

2 具体的内容

- 地域連携小児夜間・休日診療料を見直し、現行の算定要件を緩和するとともに、24時間の診療体制の評価を充実する。

現 行	改正案
<p>【地域連携小児夜間・休日診療料】</p> <p style="text-align: right;">300点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児を夜間、休日、深夜のうち、あらかじめ定めた時間として地域に周知された時間に診療することができる体制を有していること ・ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師が3名以上いること 	<p>【地域連携小児夜間・休日診療料】</p> <p>(1) 300点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児を夜間、休日、深夜のうち、あらかじめ定めた時間として地域に周知された時間に診療することができる体制を有していること ・ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科を担当する医師が3名以上おり、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること <p>(2) 450点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児を24時間診療することができる体制を有していること ・ 小児科を担当する医師が常時配置されていること ・ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師が3名以上いること

小児医療における手術の通則加算の見直し

1 基本的考え方

- 新生児及び乳幼児に対する手術については、成人に対する手術に係る評価に一律の比率で加算が設けられており、個々の項目で見ると、必ずしも適切な評価となっていないことから、手術の通則加算について、小児の特性に着目した評価に見直す。

2 具体的内容

- 個々の手術の特性に応じて加算を設ける取扱いとする中で、新生児及び乳幼児に対する手術に係る評価を引き上げる。
- 極低出生体重児に対して手術を行う場合の加算を新たに設ける。

小児医療における検査、処置等の技術に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 小児に対する検査、処置等については、現行の新生児加算、乳幼児加算等ではその困難性・不採算性が必ずしも十分反映されているとは言えないとの指摘があることから、小児医療における検査、処置等の技術に係る評価を上げる。

2 具体的内容

- 現行の検査及び処置の新生児加算及び乳幼児加算並びに注射の乳幼児加算について、評価を充実する。

（例）

- ・ 心臓カテーテル法による諸検査における新生児加算等に係る評価を引き上げる。
- ・ 乳児に対して非還納性ヘルニア徒手整復法を行う場合の評価を引き上げる。

小児食物アレルギー患者への対応

1 基本的考え方

- 我が国における食物アレルギーの有病率は、乳児が5～10%、学童以降が1.3%程度と考えられているが、現行ではその診断や治療について適切な評価がなされているとはいえない。
- 患者のQOL改善を図る観点から、食物アレルギーを持つ患者をより正確に診断し、不必要・不適切な食物除去が行われないよう、小児食物アレルギー一負荷検査を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。

2 具体的内容

新 ○ 小児食物アレルギー一負荷検査 1,000点

小児科を標榜する保険医療機関において小児科を担当する医師が、9歳未満の入院患者に対して問診、血液検査等から食物アレルギーが強く疑われ原因抗原を診断するために、又は耐性獲得の確認のために、食物負荷検査が必要と判断されたものに対して実施した場合に、年2回に限り算定。

- 外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料の対象となる食事として、小児食物アレルギー食を追加

ハイリスク分娩管理加算の新設

1 基本的考え方

- 合併症等により母体や胎児の分娩時のリスクが高い分娩（ハイリスク分娩）の妊産婦に係る診療については、母体・胎児集中治療室管理料において、医師の常時配置を始めとする手厚い人員配置や療養環境の整備等の体制に係る評価を行っているが、算定する医療機関は少なく、晩婚化による出産の高齢化等により、リスクの高い分娩が増加している実態に対応できていないことから、産科の体制が整っている病院におけるハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理について、新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- 産科の体制が整っている病院におけるハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理について、入院基本料に対する加算を新設する。

新 ・ ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 1,000点

* 1回の妊娠につき1入院のみ、8日を限度として所定点数に加算する。

[対象疾患等]

保険診療による分娩管理のため入院した妊婦のうち、以下のリスク要因を持つ患者を対象とする。

（妊娠22～27週の早産、40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症及び常位胎盤早期剥離）

[施設基準]

- ・ 専ら産科医療に従事する医師が3名以上いること
- ・ 年間分娩件数が120件以上あること
- ・ 年間分娩件数等の情報を院内掲示していること
- ・ 助産師が3名以上いること 等

ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

1 基本的考え方

- 複数の医療機関が患者の診療を共同で行うことについては、開放型病院共同指導料、在宅患者入院共同指導料等により評価がなされているが、ハイリスク分娩の妊産婦に係る診療を行う地方の中小病院においては、開放型病院共同指導料に係る施設基準に適合していない施設が多い。
- 開放型病院共同指導料が算定できないような病院においても、ハイリスク分娩の妊産婦に対し、複数の医療機関が共同で診療にあたるよう、新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- ハイリスク分娩の妊産婦が入院した場合において、入院先の病院の医師と、紹介元の医療機関の医師が共同で診療に当たった算定できる。

新 ・ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 500点
（紹介元の医療機関が算定）

新 ・ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 350点
（入院先の病院が算定）

* 1分娩につき1回に限り算定できる。

[対象疾患等]

ハイリスク分娩管理加算の対象疾患等と同様

[施設基準]

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）

- ・ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）を算定する保険医療機関と連携体制をとっている産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること
- ・ 年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等の情報を院内掲示していること

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）

ハイリスク分娩管理加算の施設基準を満たすこと

麻酔に係る技術の評価

1 基本的考え方

- 麻酔に係る技術を適切に評価する観点から、麻酔管理料の評価を引き上げる。
- マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔について、重症の患者に対して麻酔を行う場合の加算を新たに設けるとともに、加算の対象となる手術の範囲を拡大する等の措置を講じる。

2 具体的内容

現 行	改正案
【麻酔管理料】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 580点 【麻酔料】 ○ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 6,100点 ・ 人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算 100分の50 ・ 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 50点	【麻酔管理料】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 130点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 750点 【麻酔料】 ○ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 1 重症の患者に対して行う場合 8,300点 2 その他の場合 6,100点 ・ 側臥位における手術の場合の加算 100分の10 ・ 人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算 100分の100 (廃止)

病理診断に係る評価

1 基本的考え方

- 病院内で病理学的検査を実施する体制に係る評価を充実する観点から、
 - ・ 病理診断料の評価を引き上げる
 - ・ 病理診断料の算定要件となっている病理学的検査を専ら担当する医師の常勤要件を緩和する

2 具体的内容

- 病理診断料の評価を引き上げる。

病理診断料 255点 → 410点

- 病理診断料の算定要件となっている病理学的検査を専ら担当する医師の常勤要件を緩和し、当該保険医療機関内において非常勤の病理医が診断を行った場合でも算定できることとする。

急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

1 基本的考え方

- 急性期入院医療の実態に対応して、既に現行の診療報酬上の評価の対象となっている水準を大きく上回る看護体制が整備されている現状を踏まえ、より手厚い看護体制を評価するなど、メリハリを付けた適切な評価を行う。

2 具体的内容

- 入院基本料を算定する一般病棟、専門病棟、障害者施設等、結核病棟、精神病棟及び特定機能病院（一般病棟、結核病棟及び精神病棟）について、現行の区分を簡素化し、急性期医療により特化した入院料体系を夜間も含めて再構成する。

	看護職員の実質配置	現行の看護職員配置
区分A	7 : 1	1. 4 : 1に相当
区分B	10 : 1	2 : 1に相当
区分C	13 : 1	2. 6 : 1に相当
区分D	15 : 1	3 : 1に相当
区分E	18 : 1	3. 6 : 1に相当
区分F	20 : 1	4 : 1に相当

- * ただし区分E、Fは結核病棟及び精神病棟のみが算定できる。
- * 看護職員配置要件、看護師比率要件及び平均在院日数要件のいずれかが基準に満たない場合には、特別入院基本料を算定する。
- 平均在院日数要件について、更なる平均在院日数の短縮の促進を図る観点から、短縮する。
- 夜間勤務等看護加算は廃止し、夜勤に係る看護職員配置も看護職員配置に係る評価全体の中で併せて評価する。
 - * 夜間の看護職員の配置については、2人以上の看護職員による夜間勤務体制とし、かつ、看護職員一人当たりの月夜勤時間72時間以内であることを前提に、各施設において一定の範囲で傾斜配置できることとする。

○ 看護補助加算について、現行の5区分の体系を3区分に簡素化する。

区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分	区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分
1	4 : 1	基本料5			
2	5 : 1	基本料5			
3	6 : 1	基本料3、4、5	1	6 : 1	基本料D、E、F
4	10 : 1	基本料2、3、4、5	2	10 : 1	基本料C、D、E、F
5	15 : 1	基本料2、3、4、5	3	15 : 1	基本料C、D、E、F

○ 入院期間に応じた加算については、結核病棟及び精神病棟について、入院初期を高く評価する。

[改正後の病棟区分別の点数・基準一覧]

種別	基準	一般病棟	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能	特定結核	特定精神
A対7 1.4:1	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,555 対7以上 70%以上 19日以内	1,555 対7以上 70%以上 30日以内		1,447 対7以上 70%以上 25日以内		1,555 対7以上 70%以上 28日以内	1,447 対7以上 70%以上 28日以内	1,311 対7以上 70%以上 28日以内
B対10 2:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,269 対10以上 70%以上 21日以内	1,269 対10以上 70%以上 33日以内	1,269 対10以上 70%以上 —	1,161 対10以上 70%以上 25日以内	1,209 対10以上 70%以上 25日以内	1,269 対10以上 70%以上 28日以内	1,161 対10以上 70%以上 28日以内	1,209 対10以上 70%以上 28日以内
C対13 2.6:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,092 対13以上 70%以上 24日以内	1,092 対13以上 70%以上 36日以内	1,092 対13以上 70%以上 —	949 対13以上 70%以上 28日以内			949 対13以上 70%以上 36日以内	
D対15 3:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	954 対15以上 40%以上 60日以内		954 対15以上 40%以上 —	886 対15以上 40%以上 —	800 対15以上 40%以上 —		886 対15以上 70%以上 —	839 対15以上 70%以上 —
E対18 3.6:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数				757 対18以上 40%以上 —	712 対18以上 40%以上 —			
F対20 4:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数				713 対20以上 40%以上 —	658 対20以上 40%以上 —			
特別1	点数 実質配置 看護比率 在院日数	575 対15未満 40%未満 —							
特別2	点数 実質配置 看護比率 在院日数				550 対20未満 40%未満 —	550 対20未満 40%未満 —			

紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

1 基本的考え方

- 紹介患者加算に係る紹介率については、
 - ・ 医療機関の類型により、複数の算定式が存在すること
 - ・ 同一の病院であっても医療法上の算定式に基づく紹介率と診療報酬上の算定式に基づく紹介率が存在すること
 - ・ 救急医療を積極的に取り組むほど紹介率が低下することなど、必ずしも合理的でないとの指摘がある。
- また、医療機関の機能分化・連携に十分寄与していないのではないかとの指摘もあることから、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する。

2 具体的内容

- 紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する。

紹介外来加算・紹介外来特別加算	100点、140点	
急性期入院加算	155点	
急性期特定入院加算	200点	⇒ 廃止
地域医療支援病院入院診療加算2	900点	

- 併せて、以下のような措置を講じる。
 - ・ 特定機能病院については、入院基本料の14日以内加算を引き上げる。
 - ・ 地域医療支援病院については、地域医療支援病院入院診療加算1を引き上げる。
 - ・ 救急医療管理加算について、算定できる時間帯を夜間又は休日以外にも拡大し、さらに算定日数を7日まで延長する。
 - ・ 救急救命入院料及び特定集中治療室管理料を引き上げる。
 - ・ 急性期入院医療について評価を行う。

有床診療所における入院医療の評価の見直し

1 基本的考え方

- 有床診療所のその他病床における入院医療については、入院期間が比較的短期であるという現状を踏まえ、短期間の入院施設としての役割を明確化する方向で、その評価を見直す。
- また、地域における回復期リハビリテーションの提供や、在宅医療を支援する役割の一つとして、在宅における療養を補完する入院医療の提供等を推進する観点から、これらの機能に応じた有床診療所の入院医療について、評価する。

2 具体的内容

- 有床診療所入院基本料について、看護職員配置による区分を簡素化するとともに、入院期間に応じた評価については、14日以内の評価を引き上げ、15日以降の評価を引き下げる。

【現行】

I 群	有床診療所入院基本料1	489点
	有床診療所入院基本料2	456点
	有床診療所入院基本料3	415点
II 群	有床診療所入院基本料3	380点
	有床診療所入院基本料4	345点

※ 入院基本料の看護配置要件の見直しを踏まえ特別看護加算、特別看護補助加算は廃止する。

※ 老人と若人は統一する。

【現行】

有床診療所	7日以内	加算	223点
有床診療所	8～14日以内	加算	188点
有床診療所	15～30日以内	加算	85点
有床診療所	31～90日以内	加算	47点

【改正案】

有床診療所入院基本料	
(看護職員5人以上(*))	
7日以内	810点
14日以内	660点
30日以内	490点
31日以降	450点

* 看護職員5人以上のうち、看護師が1人以上いることが望ましい。

有床診療所特別入院基本料	
(看護職員1人以上5人未満)	
7日以内	640点
14日以内	480点
30日以内	320点
31日以降	280点

- 現行の医師の数による加算については、評価を引き上げる。

医師配置等加算 40点 → 100点

電子化加算の新設

1 基本的考え方

- レセプトのIT化等の医療のIT化を集中的に推進していく観点から、医療のIT化について、時限的に新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- 平成22年度までの時限的措置として、以下に掲げる必要的に具備すべき要件をすべて満たし、かつ、以下に掲げる選択的に具備すべき要件のいずれか1つを満たしている場合に、初診料に対する加算を新設する。

新

・ 電子化加算 3点

[必要的に具備すべき要件]

- ・ レセプト電算化システムを導入していること
- ・ 試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること（400床以上の病院に限る。）
 - * 平成18年度中は「選択的に具備すべき要件」として取り扱い、平成19年度以降、「必要的に具備すべき要件」として取り扱う。
- ・ 医療費の内容の分かる領収証を交付していること
 - * ここでいう「医療費の内容の分かる領収証」とは、個別の費用ごとに区分して記載した領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）とする。

[選択的に具備すべき要件]（いずれか一つを実施）

- ・ レセプトの電算化（電子媒体による請求）（400床以上の病院以外の保険医療機関に限る。）
- ・ 試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること（400床以上の病院以外の保険医療機関に限る。）
- ・ 患者から求めがあったときに、患者に詳細な医療費の内容の分かる明細書（個別の診療報酬点数の算定項目の分かるもの）を発行できる体制を整えていること
- ・ バーコードタグ、電子タグ等による医療安全対策を実施していること
- ・ インターネットを活用した電子予約を行っていること
- ・ 診療情報提供について電子的に行っていること
- ・ 電子紹介状を行っていること
- ・ 検査、処方、注射等に係るオーダリングシステムが整備されていること
- ・ 電子カルテによる病歴管理を行っていること
- ・ 医用画像管理システムによる放射線診断業務を行っていること
- ・ 遠隔医療支援システムを活用した離島・へき地及び在宅診療を行っていること

入院基本料に係る減算の廃止

1 基本的考え方

- 入院診療計画の策定、院内感染防止対策の実施、医療安全管理体制の整備及び褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みについて、既に大半の医療機関において体制が整備されている現状を踏まえ、入院基本料の算定要件とする。

2 具体的内容

- 入院診療計画の策定、院内感染防止対策の実施、医療安全管理体制の整備及び褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、入院基本料の算定要件とする。

入院診療計画未実施減算	350点（入院中1回）	→	廃止
院内感染防止対策未実施減算	5点／日	→	廃止
医療安全管理体制未整備減算	5点／日	→	廃止
褥創対策未実施減算	5点／日	→	廃止

医療安全対策加算の新設

1 基本的考え方

- 医療安全管理対策については、すでに特定機能病院等を中心に一般の医療機関においても管理部門の設置、複数の専従職員を配置など、従来の体制に上乗せした体制が整備されつつある。
- 入院患者にとってより安全で効果的な入院医療の提供を一層促進させる観点から、急性期医療の高度化・複雑化に対応できる医療安全管理対策の実施体制について、新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- 急性期入院医療において、医療機関内の医療安全管理委員会との連携による、より実効性のある医療安全対策を組織的に推進するため、医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等を医療安全管理者として専従で配置している場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

新

・ 医療安全対策加算（入院初日） 50点

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

1 基本的考え方

- 褥瘡管理対策については、既に特定機能病院等を中心に一般の医療機関においても管理部門の設置及び複数の専従職員を配置など、従来の体制に上乘せした医療提供体制が整備されつつある。
- 入院患者にとってより安全で効果的な入院医療の提供を一層促進させる観点から、急性期医療の高度化・複雑化に対応できるより重点的な褥瘡管理対策の実施を評価する。

2 具体的内容

- 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合の加算を新たに設ける。

・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1回の入院につき） 500点

[算定要件]

- ・ 専従の褥瘡管理者（*）を配置していること
 - * 褥瘡管理者は、所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること
- ・ 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと
- ・ その結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること
- ・ 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施すること
- ・ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること
- ・ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること

臓器移植の保険適用

1 基本的考え方

- 現在、臓器移植については腎移植（生体・死体）、肝移植（生体）のみが保険適用され、他の臓器移植は高度先進医療の対象とされている。

[臓器移植の保険適用状況]

	心	肺	肝	腎	膵
死体	高度先進医療	高度先進医療	高度先進医療	保険収載済	高度先進医療
生体		高度先進医療	保険収載済	保険収載済	

- 高度先進医療専門家会議において、保険適用とすることが適当とされた心臓移植、脳死肺移植、脳死肝臓移植及び膵臓移植について、新たに保険適用とするとともに、臓器提供施設における脳死判定、脳死判定後の医学管理等について、新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- 臓器採取及び移植に係る技術料を新設する。

移植用心採取術	49,300点
同種心移植術	104,100点
移植用肺採取術（死体）	49,800点
同種死体肺移植術	91,800点
移植用肝採取術（死体）	56,800点
同種死体肝移植術	108,600点
移植用膵採取術（死体）	46,800点
同種死体膵移植術	88,600点

新

- 併せて、臓器提供施設における脳死判定、判定後の医学管理、臓器提供時の麻酔に係る費用として、脳死臓器提供管理料を新設する。

新

・ 脳死臓器提供管理料（レシピエント1人につき）

14,200点

高度先進医療の保険導入

1 基本的考え方

- 医療の高度化等に対応する観点から、高度先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、高度先進医療の保険導入を行う。

2 具体的内容

- 高度先進医療 109 技術のうち、以下の 8 技術について保険導入を行う。
 - ・ 悪性腫瘍の遺伝子診断
 - ・ 進行性筋ジストロフィーの DNA 診断
 - ・ 腹腔鏡下前立腺摘除術
 - ・ CT 透視ガイド下生検
 - ・ 脳死肝臓移植手術
 - ・ 心臓移植手術
 - ・ 膵臓移植手術
 - ・ 脳死肺移植手術

（再掲）

新規技術の保険導入

1 基本的考え方

- 医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

2 具体的内容

- 学会からの要望のあった619技術のうち、50新規技術について保険導入を行う。

（例）

- ・ 医療機器決定区分C2（新機能、新技術）に係る技術（PET・CT等）
- ・ 内視鏡下手術
- ・ 既存技術を複合したもの又は少し改善したもの
- ・ 輸血管理の評価 等

既存技術の再評価

1 基本的考え方

- 医療技術の適正評価を図る観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、既存技術の再評価を行う。

2 具体的内容

- 学会からの要望のあった619技術のうち、86既存技術について再評価を行う。

（例）

- ・ 難易度等を考慮した設定点数の見直し
- ・ 腹腔鏡、胸腔鏡及び関節鏡下手術の再評価
- ・ 同一手術野等における手術の再評価
- ・ 高機能CT・MRIの評価 等

診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

1 基本的考え方

- 医療技術の陳腐化や新たな科学的知見等により、医療現場においては既に実施されていない又は臨床的な意義がほとんどなくなっていると考えられる項目を削除する。
- また、診療報酬点数表の簡素化を図る観点から、同様の手技等と考えられる項目については、統合することとする。

2 具体的内容

診療報酬上の評価を廃止又は統合する項目（例）

[尿中定量検査]

- D001 4. メラニン定性
- D001 9. 細菌尿検査（TTC還元能）
- D001 12. パラニトロフェノール、カタラーゼ反応
- D001 20. 成長ホルモン（GH）定量精密測定

[糞便検査]

- D003 2. ビリルビン定量、AMSⅢ

[血液形態・機能検査]

- D005 10. ヘモグロビンA1（HbA1）
- D005 13. LE現象検査

[出血・凝固時間]

- D006 6. 部分トロンボプラスチン時間測定
- D006 11. ユーグロブリン溶解時間測定
 - ユーグロブリン分層プラスミン値測定（Lewis法）
 - プラスミン活性値検査の簡易法（福武，畔柳法）
- D006 17. PIVKAⅡ精密測定（出血・凝固）

[生化学検査]

- D007 1. アルブミン・グロブリン比測定
- D007 3. 総脂質
- D007 6. 過酸化脂質測定
- D007 9. シアル酸測定
- D007 1 0. フルクトサミン
- D007 2 0. 尿中硫酸抱合型胆汁酸
- D007 3 1. ミオグロビン、 α 1-マイクログロブリン精密測定
- D007 3 6. トリプシン精密測定
- D007 3 7. 頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン精密測定
- D007 4 1. ビタミンB1 定量精密測定

[内分泌学的検査]

- D008 2. 11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS) 精密測定
- D008 3. 17-ヒドロキシコルチコステロイド (17-OHCS) 精密測定
- D008 8. プロラクチン (PRL) 精密測定
- D008 1 1. 黄体形成ホルモン (LH) 精密測定
- D008 1 2. ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL) 精密測定
- D008 1 7. エストロジェン精密測定
- D008 1 9. プレグナンジオール精密測定

[感染症血清反応]

- D012 2. ポールバンネル反応検査
- D012 4 0. HIV envelope 抗体価及び HIV core 抗体価測定

[自己抗体検査]

- D014 1 0. 抗 RNP 抗体精密測定
- D014 1 1. 抗 Sm 抗体精密測定

[血漿蛋白免疫学的検査]

- D015 7. トランスフェリン精密測定
- D015 8. 補体蛋白 (C3, C4) 精密測定
- D015 1 0. β 2-マイクログロブリン (β 2-m) 精密測定
- D015 1 5. 第Ⅷ因子様抗原精密測定

[細胞機能検査]

- D016 7. ロゼット法によるリンパ球サブセット検査

[微生物核酸同定精密検査]

D023 4. 結核菌核酸同定精密検査

[組織試験採取, 切採法]

D417 1 1. 膀胱

D417 1 3. 前立腺

[処置]

J080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法 5. 頸管ブジー法

J110 咽喉頭電気焼灼法

[手術]

K092 茎状突起管開放手術

K173-2 硬脳膜血管結紮術

K205 涙嚢瘻管閉鎖術

K231 涙腺摘出術 (切除を含む)

K232 眼窩涙腺腫瘍摘出 (切除) 術

K237 眼窩縁形成手術 (骨移植によるもの)

K238 眼球内異物摘出術 (硝子体内異物摘出を含む)

K247 角膜縫合術, 強膜縫合術, 結膜強膜縫合術

K253 角膜異物除去術

K258 ぶどう腫縮小術

K262 角膜点墨染色術

K263 虹彩癒着剥離術

K264 光学的虹彩切除術

K267 虹彩離断術

K307 鼓膜癒着症手術

K332 萎縮性鼻炎粘膜下異物挿入術

K366 副鼻腔骨形成手術

K379 扁桃悪性腫瘍手術

K495 胸腔内合成樹脂球摘出術

K550 内胸動脈心筋内移植手術

K561 房室弁輪形成術

K624 胸管ドレナージ法

K774 腎 (腎盂) 瘻造設術

K850-2 腔絨毛性腫瘍摘出術

K862 クレニッヒ手術

K864 子宮位置矯正術 1. アレキサンダー手術

消炎鎮痛等処置の同一月内逡減制の廃止

1 基本的考え方

- 平成14年度診療報酬改定において、簡単な処置に対する評価の適正化の観点から、消炎鎮痛等処置の器具による療法及び湿布処置について、同一月の5回目以降については点数を減ずる措置が導入された。
- しかし、同じ治療にも関わらず回数の違いで点数が異なることとなり、治療を受ける患者にとって分かりにくいものとなることから、これに係る評価を見直すこととする。

2 具体的内容

- 消炎鎮痛等処置の同一月内逡減制を廃止する。
 - ・ 消炎鎮痛等処置
 - イ マッサージ等の手技による療法 35点
 - ロ 器具等による療法 35点
 - ハ 湿布処置
 - 1 半肢の大部等にわたるもの 35点
 - 2 その他もの 24点
 - * 現行の「ロ及びハの療法について併せて5回以上行った場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する取扱」について廃止する。

その他の指導管理等に係る技術の評価

1 基本的考え方

○ 学会等より提出された医療技術評価希望書及び要望書等を踏まえ、指導管理等に係る要望項目のうち、重症化予防等の観点から医学的必要性の高いと思われる以下の技術について、新たに評価又は再評価を行う。

- ① ウイルス疾患指導料
- ② 特定薬剤治療管理料
- ③ 重症度の高い喘息患者に対する治療管理（新設）

2. 具体的内容

1 ウイルス疾患指導料

○ ウイルス疾患指導料について、より手厚い診療体制等を行っている場合を評価するため、加算を新設する。

特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ ウイルス疾患指導料1 240点

（肝炎ウイルス又は成人T細胞白血病）

ロ ウイルス疾患指導料2 330点

（後天性免疫不全症候群；月1回／人）

「ロについては、別に厚生労働大臣の定める施設基準を満たす施設には220点を加算する。」（新設）

[施設基準]

- ・ HIV感染者の医療に従事した経験が5年以上の専任医師が1名以上
- ・ HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上の専従看護師が1名以上
- ・ HIV感染者への服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上
- ・ 社会福祉士又は精神保健福祉士が院内に配置されていること
- ・ プライバシーの保護に配慮した診察室・相談室が準備されていること

2 特定薬剤治療管理料の適応拡大

○ バルプロ酸、カルバマゼピン（抗てんかん剤、気分安定剤）

	現 行	改正案
当該管理料の適応疾患	・てんかん	・てんかん ・躁うつ病、躁病

○ タクロリムス（免疫抑制剤）

	現 行	改正案
当該管理料の適応疾患	・臓器移植後患者の免疫抑制目的 ・全身型重症筋無力症	・臓器移植後患者の免疫抑制目的 ・全身型重症筋無力症 ・関節リウマチ

3 重症度の高い喘息患者に対する治療管理

○ 重症度の高い20歳以上の喘息患者に対する治療管理について、喘息治療管理料に対する加算を新設する。

1月目 2, 525点

2月目以降6月まで 1, 975点

[算定要件]

- ・ 過去1年間に中等度以上の発作による緊急外来受診回数が3回以上ある在宅療養中の成人の患者を対象とする
- ・ 1人の患者につき算定できる期間は連続した6ヶ月を標準とすること。
- ・ ピークフロー値、一秒量等計測器の適切な使用方法、日常の服薬方法、増悪時の対応方法を含む計画的な治療計画を作成し、文書で患者に交付すること。
- ・ 在宅におけるピークフロー値、一秒量等を毎日計測し、その検査値について週に1度以上報告させ、その情報に基づき、随時、治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について電話等で指導すること。
- ・ 当該保険医療機関において、専任の看護師等を配置し、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を備えていること。
- ・ 当該保険医療機関において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、緊急入院を受け入れる体制を確保していること。

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

1 基本的考え方

- 医療保険において療養病棟入院基本料を算定している病棟と介護保険において療養型介護療養施設サービス費を算定している病棟には、疾患、処置・治療の内容等の特性があまり変わらない患者が多数入院している。
- 患者の特性に応じた評価を行い、両者の役割分担を明確化する観点から、療養病棟入院基本料に医療の必要性による区分及びADLの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げる。

2 具体的内容

1 療養病棟入院基本料の見直し

[現行]

- ・ (老人) 療養病棟入院基本料 1 1, 209点 (1, 151点)
- ・ (老人) 療養病棟入院基本料 2 1, 138点 (1, 080点)
- ・ その他包括する加算

日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、
(準) 超重症児(者)入院診療加算 等

[改正案]

ADL区分3	885点	1, 344点	1, 740点
ADL区分2	764点	1, 344点	1, 740点
ADL区分1	764点	1, 220点	1, 740点

医療区分1 医療区分2 医療区分3
(認知機能障害加算 5点 (医療区分2・ADL区分1))

2 有床診療所療養病床入院基本料の見直し

[現行]

- ・ (老人) 有床診療所療養病床入院基本料 816点 (798点)
- ・ その他包括する加算
日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、
(準) 超重症児(者)入院診療加算 等

[改正案]

ADL区分3	602点	871点	975点
ADL区分2	520点	871点	975点
ADL区分1	520点	764点	975点

医療区分1 医療区分2 医療区分3
(認知機能障害加算 5点 (医療区分2・ADL区分1))

3 留意点

[看護職員等の配置]

- 療養病棟入院基本料については「看護職員の実質配置25:1(現行の看護職員配置5:1)・看護補助者の実質配置25:1(現行の看護補助者配置5:1)」を、有床診療所療養病床入院基本料については「看護職員の実質配置30:1(現行の看護職員配置6:1)・看護補助者の実質配置30:1(現行の看護補助者配置6:1)」を算定要件とする。
- ただし、医療区分2・3に該当する患者を8割以上受け入れている病棟は、「看護職員の実質配置20:1(現行の看護職員配置4:1)・看護補助者の実質配置20:1(現行の看護補助者配置4:1)」を満たしていなければ、医療区分2・3に相当する点数は算定できないこととする。

[急性増悪時の対応]

- 急性増悪等により一般病棟への転棟又は転院を行った場合は、転棟又は転院前3日に限り、療養病棟において行われた診療行為について、出来高による評価を行う。ただし、この場合においては、入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定する。

[療養病棟療養環境加算]

- 療養病棟療養環境加算等については、介護保険における見直しを踏まえた見直しを行う。

[180日超の入院の特定療養費化の取扱い]

- 上記のような慢性期入院医療に係る評価の見直しに併せ、入院医療の必要性は低いながら180日を超えて入院している患者に関し、入院基本料を減額して特定療養費制度の対象とする仕組みについて、その対象から療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除外する。

[施行時期]

- 医療機関への周知期間等を勘案して、平成18年7月1日とする。なお、平成18年4月から6月までは、平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、現行の体系の下で評価の引下げを行う。

特殊疾患療養病棟等の見直し

1 基本的考え方

- 特殊疾患療養病棟等には、実際には療養病棟入院基本料を算定している病棟でも対応可能な患者が相当数入院している実態を踏まえ、患者の特性に応じた評価を行う観点から、医療の必要性による区分及びADLの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、その在り方について見直すこととする。

2 具体的内容

[現行]

- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 1 1, 980点
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 1, 600点
- ・ 特殊疾患入院医療管理料 1, 980点

[改正案]

- 療養病床については、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料に係る評価を廃止し、患者分類を用いた新しい療養病棟入院基本料を適用する。その際、一定以上の病棟床面積を有する場合には、療養環境に係る加算を新たに設けて評価する。なお、新しい療養病棟入院基本料の適用に当たっての留意点は、「患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価」において記載したとおり。
- 患者分類を用いた評価の導入に当たっては、現に入院している難病患者及び障害者の医療の必要性に配慮する。
- 一般病床及び精神病床については、長期にわたり療養が必要な患者は本来療養病床において対応すべきであるとの観点を踏まえ、経過期間を設けた上で、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料に係る評価を、平成20年3月31日限りで廃止する。

入院時の食事に係る費用の算定単位の見直し

1 基本的考え方

- 現在、入院時の食事に係る費用については、入院時食事療養費として1日当たりの費用が設定され、実際に提供された食数にかかわらず、1日単位で評価が行われている。
- しかし、実際には、入退院時、外泊時、手術の翌日など3食すべてが提供されない場合もあることを踏まえ、食事の提供の実態に合わせて費用を適切に評価する観点から、入院時の食事に係る費用の算定単位を見直す。

2 具体的内容

- 入院時食事療養（Ⅰ）として1,920円/日が、入院時食事療養（Ⅱ）として1,520円/日が設定されている現行の取扱いを改め、新たに入院時食事療養費として1食当たりの費用を設定して、3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価を行う。

現 行	改正案
入院時食事療養（Ⅰ）（1日につき） 1,920円	入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき） 640円
入院時食事療養（Ⅱ）（1日につき） 1,520円	入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき） 506円

入院時食事療養費に係る特別食加算の見直し

1 基本的考え方

- 患者の病状等に対応して特別食を提供した場合に算定できる糖尿食等の特別食加算について、介護保険における療養食加算の見直しを踏まえ、経管栄養のための濃厚流動食を対象から外すとともに、評価を引き下げる。

2 具体的内容

[特別食加算の金額の見直し]

現 行	改正案
・特別食加算（1日につき） 350円	・特別食加算（1食につき） 76円

[特別食加算の対象の見直し]

現 行	改正案
<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・膵臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 ・経管栄養のための濃厚流動食 ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・膵臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 (削除) ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食

入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

1 基本的考え方

- 常勤の管理栄養士を配置し、適時・適温の食事を提供した場合に算定できる特別管理加算について、
 - ・ 適時・適温の食事の提供の要件については、すでに大半の医療機関で実施されている現状を踏まえ、入院時食事療養（I）の算定要件とする一方、
 - ・ 常勤の管理栄養士の配置の要件については、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合の加算を新たに設け、特別管理加算については廃止する。

2 具体的内容

- 特別管理加算を廃止する。

現 行	改正案
・ 特別管理加算（1日につき） 200円	（廃止）

- 入院患者の栄養管理計画の作成及び当該計画に基づく栄養管理の実施を要件として、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

新

- ・ 栄養管理実施加算（1日につき） 12点

入院時食事療養費に係る選択メニュー加算の廃止

1 基本的考え方

- 患者が選択できる複数のメニューによる食事を提供した場合に算定できる選択メニュー加算については、保険給付とする必要性にかんがみ、廃止する。
- 併せて、患者から特別の料金の支払いを受けることができる特別メニューの食事に係る取扱いを弾力化する。

2 具体的内容

- 選択メニュー加算を廃止する。

現 行	改正案
・選択メニュー加算（1日につき）50円	（廃止）

- 併せて、患者から特別の料金の支払いを受けることのできる特別メニューの食事に係る取扱いを弾力化し、患者が選択できる複数のメニューの中で特別メニューの食事を提供した場合についても患者に負担を求めることができることとする。

コンタクトレンズに係る診療の評価の適正化

1 基本的考え方

- コンタクトレンズに係る診療では、眼疾病を予防するから定期検査が実施されるなど、保険給付の範囲が必ずしも明確になっていないとの指摘や、コンタクトレンズを装用している患者に対する診療は、屈折異常に対する継続的な診療であるにもかかわらず、一定期間が経過すると初診料を再度算定している場合があるとの指摘がある。
- このような指摘のほか、コンタクトレンズに係る診療は定型的であること等を踏まえ、コンタクトレンズに係る診療を包括的に評価し、その適正化を図る。

2 具体的内容

- コンタクトレンズに係る診療について、以下のとおり保険給付の範囲を明確化して周知徹底を図るとともに、その運用が適切に行われるよう個別指導を重点的に実施する。
 - ・ 初診時に、コンタクトレンズの処方をする目的として、屈折異常の患者に対して眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象となる。
 - ・ コンタクトレンズの処方を行った後、コンタクトレンズ装用者に自覚症状があるなど、疾病に罹患していることが疑われる場合に眼科学的検査等を行うことは、再診として保険給付の対象となる。
 - ・ コンタクトレンズの処方を行った後、疾病に罹患していることが疑われないにもかかわらず、定期的にコンタクトレンズ装用者に眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象とはならない。
 - ・ コンタクトレンズの処方に係る診療については、屈折異常の患者に対する診療が継続しているものとして、初診料は第1回の診療のときのみ算定できる。

- コンタクトレンズに係る診療について算定する点数として、コンタクトレンズに係る診療において定型的に実施される眼科学的検査に係る費用を包括したコンタクトレンズ検査料を新設する。

その際、外来患者のうちコンタクトレンズに係る診療の患者が一定割合以上を占める保険医療機関にあっては、その評価を引き下げることとする。

新

・ コンタクトレンズ検査料（Ⅰ）

初診時 387点

再診時 112点

新

・ コンタクトレンズ検査料（Ⅱ）

初診時 193点

再診時 56点

- * コンタクトレンズの処方をもととして眼科学的検査が実施された場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を実施した場合にあっては、当該点数を算定し、別に眼科学的検査を算定することはできない。

ただし、新たな疾患の発生に伴いコンタクトレンズの装用を中止した患者、眼内の手術後の患者等にあってはその限りではない。

- * コンタクトレンズ診療に係る患者が70%以上の医療機関にあっては、コンタクトレンズ検査料（Ⅱ）を算定する。

- * コンタクトレンズを装用している患者に対する診療は、屈折異常に対する継続的な診療であることから、コンタクトレンズ検査の初診時の所定点数は、患者1人につき1回を限度として算定する。

検体検査実施料に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 検体検査実施料について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。

2 具体的内容

- 検体検査実施料（基本的検体検査実施料を含む。）について、衛生検査所調査による市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。

(例)

- ・ 末梢血液一般検査 27点 → 23点
- ・ C反応性蛋白（CRP）定量 20点 → 17点

- * 保険医療機関内で検査を行うことが算定要件とされている以下の検体検査については、院外に検体を持ち出して検査を行った場合には適切な結果が得られないと考えられるものであり、衛生検査所調査によっては市場実勢価格が把握できないため、今回の評価の見直しの対象とはしない。

尿中一般物質定性半定量検査

尿沈渣顕微鏡検査

赤血球沈降速度測定

血液ガス分析

先天性代謝異常症検査

生体検査料に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 生体検査料について、検査の難易度等を考慮した評価の見直しを行う。

2 具体的内容

- 経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）
100点 → 30点
- 脈派図、心機図、ポリグラフ検査判断料
140点 → 廃止

「かかりつけ歯科医初・再診料」の廃止

1 基本的考え方

- 「かかりつけ歯科医初・再診料」は、歯科診療におけるインフォームド・コンセントを評価して平成12年に創設された。
算定要件は、患者の同意に基づき、スタディモデル、口腔内写真等を用いて病状、治療計画等の説明を行うとともに説明した内容を文書により提供することとなっている。
- 現在、歯科医療機関の91.3%が「かかりつけ歯科医初診料」の届出（H16年）を行っており、歯科初診料及びかかりつけ歯科医初診料の合計算定数の61.0%が「かかりつけ歯科医初診料」を算定（H15年）しており、普及・定着している。
- 一方、算定要件の一つである文書による情報提供を実施していないにも関わらず、算定している医療機関があるとの調査結果もあるため、「かかりつけ歯科医初・再診料」の適正化を図る。

2 具体的内容

- 患者へのきめ細やかな実効性のある情報提供を推進するため、別途評価することとし、「かかりつけ歯科医初・再診料」及びかかりつけ歯科医関連項目は見直し又は廃止する。
 - ・ かかりつけ歯科医初診料(274点) → 歯科初診料(180点)
 - ・ かかりつけ歯科医再診料(45点) → 歯科再診料(38点)
 - ・ 歯科衛生実地指導料(初期齲蝕小窩裂溝填塞処置加算)(20点) → 廃止
 - ・ 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置(かかりつけ歯科医加算)(12点) → 廃止
 - ・ 齲蝕歯即時充填形成(かかりつけ歯科医加算)(5点) → 廃止
 - ・ 病院歯科共同治療管理料(I)(320点) → 廃止
 - ・ 病院歯科共同治療管理料(II)(200点) → 廃止

病院と診療所の連携と機能分化

1 基本的考え方

- 病院歯科においては、専門的な診療機能、診療所においてはかかりつけ歯科医機能及びプライマリーケア機能と各々の有する機能は異なるため、病院及び診療所の相互の連携を図りつつ、両者の機能分化を図る。

2 具体的内容

- 病院と診療所の機能分化を適正評価し、歯科初・再診料の見直しを行う。

・初診料の見直し

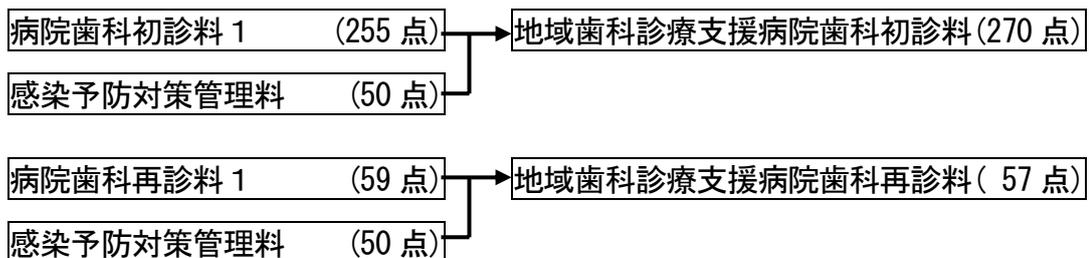


・再診料の見直し



・地域歯科診療支援病院歯科初・再診料の新設

地域の歯科診療の支援を行う病院歯科の初・再診料の見直しを行う。



※地域歯科診療支援病院の位置付け：

- ・ 歯科医師が常勤3名以上、歯科衛生士又は看護師等が3名以上配置されていること。
- ・ 歯科医療を担当する保険医療機関である病院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、又は、歯科医療を担当する保険医療機関である病院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、厚生労働大臣が定めた手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
- ・ 地域歯科医療との連携体制が確保されていること。 等

歯科医師臨床研修の評価

1 基本的考え方

- 平成18年4月から歯科医師臨床研修が必修化されることとなっている。現在、歯科診療報酬においては、歯科医師臨床研修に対する評価が行われていない。
- 平成18年4月からの歯科医師臨床研修の必修化に伴い、歯科診療報酬において評価を行う。

2 具体的内容

- 臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修病院又は管理型臨床研修病院（大学病院を含む。）若しくは協力型臨床研修指定病院を対象とし、入院基本料の加算を新設して歯科医師臨床研修に対する評価を行う。



・臨床研修病院入院診療加算

単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合	40点
協力型臨床研修指定病院の場合	20点

※臨床研修病院の数及びの年間の延べ入院患者数（平成18年度見込み）

・単独型・管理型	200病院	約5万人
・協力型	80病院	約5千人

※歯科における臨床研修病院入院診療加算の算定医療機関の位置付け：

- ・ 単独型又は管理型臨床研修指定病院若しくはこれに相当すると認められる病院で、研修医が研修を行っている施設であること
- ・ 診療録管理体制加算を算定していること
- ・ 研修歯科医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制がとられていること
- ・ 保険診療の質の向上を図る観点から、当該保険医療機関の全職種を対象とした保険診療に関する講習を年2回以上実施すること
- ・ 当該保険医療機関の歯科医師数は医療法標準を満たしており、一定数の指導医がいること
- ・ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

乳幼児時間外加算等の新設

1 基本的考え方

- 歯科診療報酬の基本診療料における乳幼児歯科診療に対する評価は、歯科初・再診料に対する乳幼児加算により行われている。
- 歯科診療報酬の簡素化を推進する観点から乳幼児加算を含む複数の加算となっている現行制度の見直しを行う。

2 具体的内容

[現行の乳幼児加算等の体系]

初診料、再診料に次の加算の合計点数を加える。

初診料	時間外の場合	：乳幼児加算(40点)＋時間外加算(85点)	＝125点
	休日の場合	：乳幼児加算(40点)＋休日加算(250点)	＝290点
	深夜の場合	：乳幼児加算(40点)＋深夜加算(480点)	＝520点
再診料	時間外の場合	：乳幼児加算(10点)＋時間外加算(65点)	＝75点
	休日の場合	：乳幼児加算(10点)＋休日加算(190点)	＝200点
	深夜の場合	：乳幼児加算(10点)＋深夜加算(420点)	＝430点

[新たな乳幼児加算の体系]

- 歯科における休日夜間等における乳幼児救急診療の評価として、初・再診料における加算の新点数の創設を行う。

① 初診時の時間外、休日、深夜における乳幼児加算の新設

- ・ 乳幼児時間外加算 (125点)
- ・ 乳幼児休日加算 (290点)
- ・ 乳幼児深夜加算 (620点)

② 再診時の時間外、休日、深夜における乳幼児加算の新設

- ・ 乳幼児時間外加算 (75点)
- ・ 乳幼児休日加算 (200点)
- ・ 乳幼児深夜加算 (530点)

患者の視点の重視

（指導管理等における患者への情報提供）

1 基本的考え方

- 現在、歯科診療報酬における治療計画、指導管理料等においては、患者への文書による情報提供は一部の診療項目を除き規定されていない。
- 歯科疾患の治療においては、医療機関での治療に加え生活環境における自己管理が療養において重要であり、治療計画、指導管理等の内容を患者に理解してもらうとともに、生活の中で忘れず実践することが必要となる。
- より適切かつ効率的な治療計画、指導管理等とするため患者へのより積極的な情報提供ができる制度への見直しを行う。

2 具体的内容

- 患者に対して実施した治療計画、指導管理等の内容を文書により情報提供を行うこと及び当該文書の写しを診療録へ添付することを算定要件とする。また、加算点数として文書提供が評価されているものについては文書提供を算定要件とし、治療計画、指導管理等の効果的な実施を図る。

・患者に対し行った病状、治療計画、指導内容等を文書により患者に情報提供することを算定要件とするとともに評価の見直しを図る項目

- ・ 歯科口腔衛生指導料 (100点) (再掲)
 - ・ 歯周疾患指導管理料 (110点) → 100点
 - ・ 歯科特定疾患療養指導料 (150点)
 - ・ 歯科治療総合医療管理料 (250点) → 140点
 - ・ 歯科衛生実地指導料 (80点)
 - 新製義歯指導料 (100点) (再掲)
 - ・ 歯科訪問診療料 歯科訪問診療1 (830点)
 - ・ 老人訪問口腔衛生指導管理料 (430点)
 - ・ 補綴時診断料(1装置につき) (75点) → (1口腔につき)(100点) (再掲)
 - ・ 歯科矯正管理料 (300点)
 - ・ 装着 可撤式装置 フォースシステム加算 (400点)
 - ・ 固定式装置 フォースシステム加算 (400点)
- ・ 歯周疾患指導管理料における文書提供の算定要件化により廃止
- ・ 歯科訪問診療料 訪問歯科衛生指導に係る指示書加算(100点) → 廃止

歯科疾患の指導管理体系の見直し

（歯科疾患総合指導料の新設等）

1 基本的考え方

- 現在の歯科診療報酬においては、疾患、年齢等により個別の治療計画、指導管理等の評価が行われている。このため、診断、治療計画、指導管理等の評価が複雑化し、歯科診療報酬が分かり難く、請求等においても煩雑となりやすい状態となっている。
- 現在の歯科診療報酬において、総合的かつ効率的な診断に基づく治療計画の立案及び重症化予防策等を総合的に評価することは行われていない。
- 歯科診療報酬の簡素化の推進、総合的歯科診療に対する評価、歯科医療の特性に合わせた評価を行い歯科治療の効率化を図る。

2 具体的内容

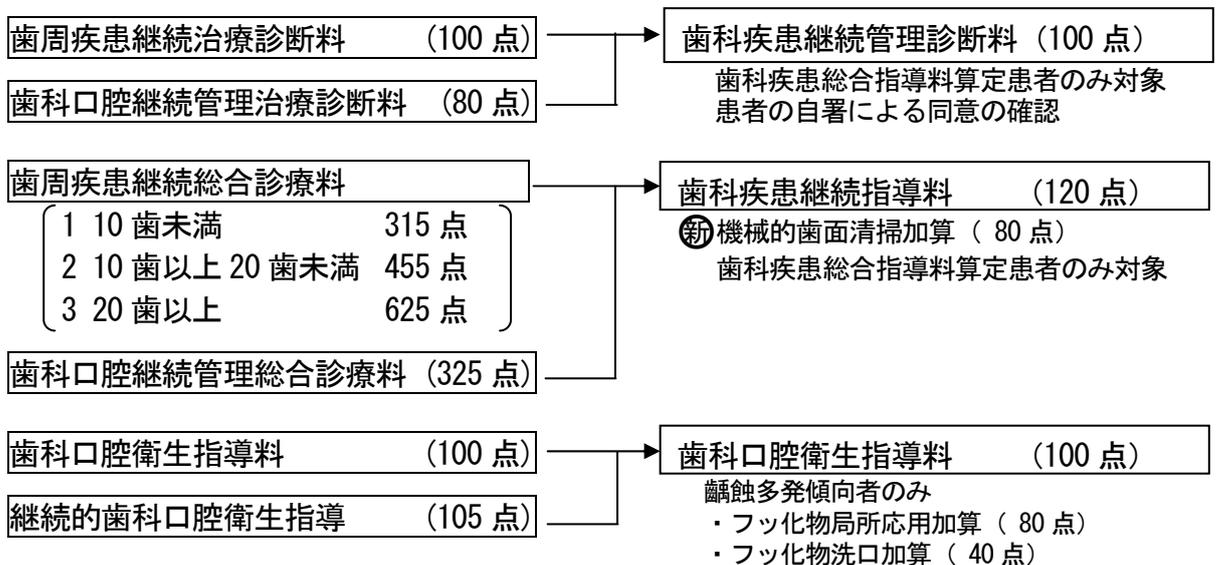
○歯科疾患総合指導料の新設

算定に際しては患者の同意に基づく総合的な歯科治療計画の立案、継続的な指導管理の実施を行うとともに、患者に対し病状等に即した具体的な説明を行うとともに、説明内容を文書により情報提供する歯科診療における総合的指導管理に関する評価を新設する。なお、同意については患者の自署による署名を求める。

- ① **歯科疾患総合指導料 1（130点）**（機械的歯面清掃加算 80点）
※施設基準として、歯科医師1名以上、歯科衛生士1名以上 等

- ② **歯科疾患総合指導料 2（110点）**（機械的歯面清掃加算 80点）
※施設基準として、歯科医師1名以上 等

○歯科診療報酬の簡素化を推進する観点から統合する診療項目



歯周疾患の評価の見直し

（歯周疾患指導管理料機械的歯面清掃加算の新設、歯周基本治療及び歯周外科手術の見直し）

1 基本的考え方

- 歯周疾患の治療に対する評価は現在、検査、指導管理、処置、手術等おいて行われている。
- 歯周疾患の治療においてはより効率的な治療を行なうとともに、患者にわかりやすい内容とすることが重要である。
- 包括化されていた手技を個別に評価するほか、検査方法、算定単位、算定方法等の見直しを行い、よりきめ細やかな歯周疾患治療とする見直しを行う。

2 具体的内容

● ・歯周疾患指導管理料 機械的歯面清掃加算（80点）
歯石除去等に包括して評価されていた機械的歯面清掃（歯科用機器を用いて歯垢、着色等の除去を行う手技、3月に1回実施）について別途評価を行い歯周治療の効果的実施を図る。

・ 歯周組織検査 歯周精密検査の見直し

現在、歯周疾患の検査において歯周疾患のガイドライン（6点法：歯周ポケットの6箇所を計測する。）と診療報酬の評価（4点法：歯周ポケットの4箇所を計測する。）において差がある。過去においては歯周組織検査を普及定着する必要から4点としていたものであるが、歯周疾患の検査治療が普及定着していることから、4点法からガイドラインで示されている6点法とする。

・ 歯周組織検査 2 歯周精密検査（4点法）→（6点法）

イ	1 歯以上 10 歯未満	100 点
ロ	10 歯以上 20 歯未満	220 点
ハ	20 歯以上	400 点

・ フッ化物局所応用加算及びフッ化物洗口加算の見直し（継続的歯科口腔衛生指導料）

継続的歯科口腔衛生指導料の歯科口腔衛生指導料への統合に伴い、フッ化物局所応用加算及びフッ化物洗口加算を歯科口腔衛生指導料の加算への変更を行うとともに、評価の見直しを行う。

・ フッ化物局所応用（フッ化物歯面塗布）加算

継続的歯科口腔衛生指導料 加算（80点）→歯科口腔衛生指導料 加算（80点）

・ フッ化物洗口指導加算

継続的歯科口腔衛生指導料 加算（80点）→歯科口腔衛生指導料 加算（40点）

・歯周基本治療の見直し

歯周基本治療においては、2回目以降の実施が1回目の実施の費用と異なることから患者に評価内容が分かりにくい診療報酬項目となっていることから、1回目の診療報酬に2回目以降の診療報酬を包括して評価の見直しを行う。

1	スケーリング(3分の1顎につき)	60点	→	64点
	加算(同時に3分の1顎以上毎に加算)	40点	→	42点
2	スケーリング・ルートプレーニング(1歯につき)			
	イ 前歯	55点	→	60点
	ロ 小臼歯	60点	→	64点
	ハ 大臼歯	65点	→	70点
3	歯周ポケット搔爬(1歯につき)			
	イ 前歯	55点	→	60点
	ロ 小臼歯	60点	→	64点
	ハ 大臼歯	65点	→	70点

・歯周外科手術の見直し

歯周外科手術の診療報酬における評価単位は1歯単位となっているが、術式において1歯のみに限局した手術の実施は不可能であることから、算定単位を3分の1顎単位に変更するとともに評価の見直しを行う。

・歯周外科手術(1歯につき)→(3分の1顎につき)

1	歯周ポケット搔爬術	75点	→	200点
2	新付着手術	150点	→	300点
3	歯肉切除手術	300点	→	400点
4	歯肉剥離搔爬手術	600点	→	1,000点

※ 同時に3分の1顎以上の手術を行った場合は所定点数の100分の30の加算を行う。

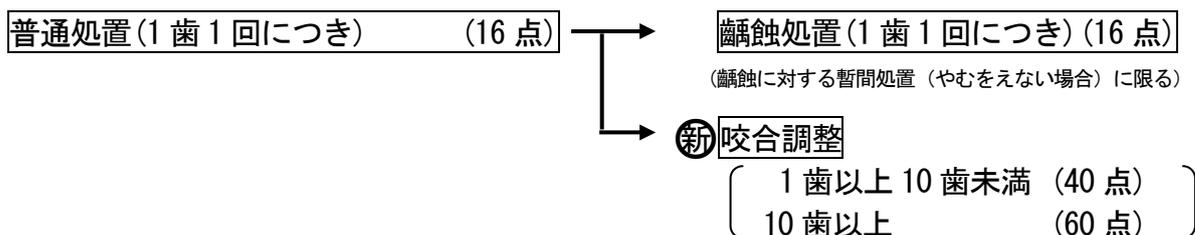
適応症、処置内容の明確化

1 基本的考え方

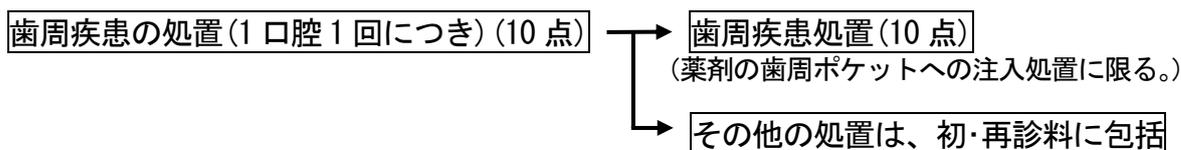
- 現在の歯科診療報酬においては、不明確な適応症、多数の処置に準用等により処置内容等について明確化されていない診療報酬項目があり、必要性の有無、実施された処置内容が患者にとっても医療機関においても分かり難い項目が存在している。
- 患者に分かりやすい診療報酬とするとともに、歯科医療機関においても算定等に対する煩雑さを除去し、効率化を図るために適応症、処置内容等の明確化をはかる。

2 具体的内容

○他の処置への準用が多数あり、分かり難いことから見直しを行う項目



○処置内容、適応症を明確化する項目



チェックバイト検査 (400点)

検査対象を明確化：多数歯欠損等の咬合誘導状態が不明確な症例

ゴシックアーチ描記法 (500点)

検査対象を明確化：下顎の位置が不明確な多数歯欠損等の症例

歯冠修復及び欠損補綴の評価の見直し

（補綴時診断料及び補綴物維持管理料の見直し）

1 基本的考え方

- 現在、歯冠修復及び欠損補綴においては診断及び治療計画の策定、補綴物の維持管理について評価している。
歯冠修復及び欠損補綴は上下の歯の咬合状態から総合的な診断及び治療計画を策定することが必要であるとともに、患者が病状、治療計画、完成する義歯等を深く理解することが継続して義歯等を適切に使用する上で重要となる。
- 現在、補綴物維持管理については 97.1%の歯科医療機関が届出を行っていることからほとんどの歯科医療機関において普及・定着がなされたと考えられる。
- 適切な歯冠修復及び欠損補綴の診断及び治療計画の策定がなされ患者への情報提供の充実を図るとともに、歯科医療機関ですでに普及・定着がなされた補綴物維持管理料の評価の見直しを行う。

2 具体的内容

○ 補綴時診断料の算定単位及び算定要件の見直し

診断、治療計画、補綴物の設計等を患者に説明し、その内容を文書により患者に提供するとともに、適切な総合的な診断、治療計画、補綴物の設計等を可能とするため算定単位の変更を評価の見直しにあわせて行う。

補綴時診断料(1装置につき)(75点) → 補綴時診断料(1口腔につき)(100点)

○ 補綴物維持管理料の評価の見直し

普及・定着状況に基づき評価の見直しを行うとともに、患者への提供文書等を診療録に添付する。

・補綴物維持管理料(1装置につき)

1 歯冠補綴物 (150点) → (100点)

2 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が5歯以下の場合
(500点) → (330点)

3 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が6歯以上の場合
(670点) → (440点)

義歯の調整指導料の評価の見直し

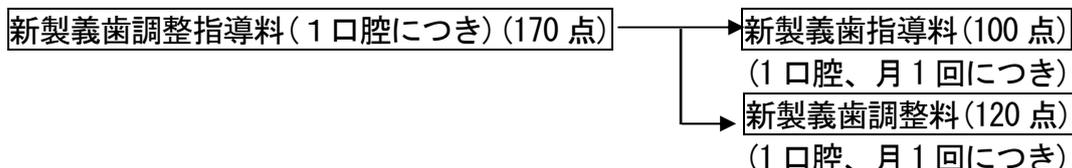
1 基本的考え方

- 現在、義歯の調整指導料は義歯の指導と義歯の調整が包括して評価が行われているものである。また、新製義歯調整指導料は1月間で包括評価されているものであるが、有床義歯調整・指導料は出来高評価、有床義歯長期調整指導料は6ヶ月に1度等となっている。
- 義歯の指導と義歯の調整が包括されていることから、患者にとって実施内容が分かり難く、算定の方法も1ヶ月の包括された診療報酬及び出来高払いの診療報酬が混在しており請求事務を煩雑にする内容となっている。
- 以上の状況を踏まえて、歯科診療報酬の簡素化の推進と患者にわかりやすい診療報酬とするため、義歯の指導料と調整料を個別に評価するとともに、義歯の使用期間別の評価体系を統合し、簡素化を図る。

2 具体的内容

○ 新製義歯調整指導料の見直し

- ・ 新製義歯調整指導料について、義歯調整料と義歯指導料を個別に評価を行うとともに、指導料については、患者に対して行った指導内容を文書で提供する。



○ 有床義歯調整・指導料、有床義歯長期調整指導料(I)～(III)の見直し

- ・ 有床義歯調整・指導料については、義歯調整と義歯指導に分割するとともに義歯の指導については初・再診料に包括して評価する。
- ・ 義歯調整においては、1口腔1回につき算定する算定方法の見直しを行い、1口腔月1回の算定単位とする。
- ・ 有床義歯長期調整指導料については、有床義歯調整料に統合し評価を行う。
- ・ 全部床義歯等の調整が困難な症例について現在長期調整指導料の加算として評価されているものについては、評価の見直しを行いつつ有床義歯調整料の加算として評価を行う。



旧来型技術等の評価の廃止

1 基本的考え方

- 現在、既に治療技術が学会等において評価されていない行為、歯科治療に際して必要性がすでに認められていない項目等が歯科診療報酬で評価されている。
- これらの項目においては、歯科診療報酬を複雑化し分かりにくくする原因となっているとともに、診療報酬の請求に際しても請求事務を煩雑化する要素となっている。
- 診療報酬の簡素化を推進する観点から旧来型の技術に対する適正化を図る。

2 具体的内容

- 医療技術の進歩に伴って旧来型となった技術及び必要性が低く算定が行われていない加算等に対して、評価の廃止を行う。

・旧来型技術（帯環金属冠及び歯冠継続歯）に係る評価の廃止

・歯冠形成

- 1 生活歯歯冠形成 ハ 帯環金属冠(40点) →廃止
- 2 失活歯歯冠形成 ハ 帯環金属冠(70点) →廃止
- 3 根面形成(155点) →廃止

・帯環金属冠（1歯につき）（85点）→廃止

・歯冠継続歯（1歯につき）（400点）→廃止

・必要性低い加算の廃止

- ・ 歯科矯正管理料加算（動的治療開始時加算）（50点）→廃止
- ・ 模型調整加算（プラスターベース使用加算）（200点）→廃止
- ・ マルチブラケット装着加算（各ステップに1回につき）（500点）→廃止

老人歯科診療報酬の見直し

1 基本的考え方

- 現行の老人診療報酬点数表においては、医科診療報酬点数表、歯科診療報酬点数表及び調剤報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表等」という。）における診療報酬体系を基本としつつ、在宅寝たきり老人等に対する在宅医療の提供、一般病棟における 90 日を超える入院の適正化など、高齢者の心身の特性に着目した評価が設けられている。
- 平成 20 年度に新たな高齢者医療制度が創設されれば、高齢者に対する診療報酬体系について抜本的に見直すことが必要となることを視野に入れて、平成 18 年度改定においては、現在の老人診療報酬における各診療報酬項目について整理を行い、老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取扱いを改め、これらを一本化する。

2 具体的内容

- 老人診療報酬点数表にのみ存在する診療報酬項目
 - 高齢者の心身の特性を踏まえ引き続き存続させることが適当なものを除き、簡素化の観点から、原則として一本化する。
- 同一の診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等とで異なる診療報酬項目
 - 頻回実施の適正化のために設定されている項目に配慮しつつ、簡素化の観点から、原則として一本化する。

・ 一本化する歯科固有の老人診療報酬項目

6 歯科口腔疾患指導管理料(110 点)→廃止(歯周疾患指導管理料に統一)

11 老人歯周組織検査→廃止(歯周組織検査の歯周基本検査に統一)

- イ 1 歯以上 10 歯未満 (50 点)
- ロ 10 歯以上 20 歯未満 (110 点)
- ハ 20 歯以上 (200 点)

歯科治療における重要な治療項目の再評価

(歯周基本治療、根管治療、歯冠形成等)

1 基本的考え方

- 歯科疾患においては、個々の治療行為が細かく評価されているところであるが、行為の中で治療結果に重大な影響を及ぼす行為が含まれている。
- このような、治療の鍵となる技術料に対しては、最新の調査に基づく難易度、必要時間等を加味した評価が行われていないのが現状である。
- 歯周疾患、歯内療法、歯冠修復等においては重要度、難易度、必要時間等に応じて治療の結果に影響を及ぼす手技等の評価の見直しを行う。

2 具体的内容

歯周疾患治療

・歯周基本治療 (歯周基本治療の評価の見直し (再掲))

1	スケーリング(3分の1顎につき)	60点	→	64点
	加算(同時に3分の1顎以上行った場合)	40点	→	42点
2	スケーリング・ルートプレーニング(1歯につき)			
	イ 前歯	55点	→	60点
	ロ 小臼歯	60点	→	64点
	ハ 大臼歯	65点	→	70点
3	歯周ポケット搔爬(1歯につき)			
	イ 前歯	55点	→	60点
	ロ 小臼歯	60点	→	64点
	ハ 大臼歯	65点	→	70点

根管治療

・抜髄 (1歯につき)

1	単根管	210点	→	220点
2	2根管	390点	→	406点
3	3根管以上	550点	→	570点

・感染根管処置 (1歯につき)

1	単根管	120点	→	130点
2	2根管	260点	→	276点
3	3根管以上	390点	→	410点

・根管貼薬処置 (1歯1回につき)

1	単根管	11点	→	14点
2	2根管	16点	→	22点
3	3根管以上	21点	→	28点

歯冠修復

・歯冠形成 (1 歯につき)

1	生活歯歯冠形成		
	イ 鑄造冠	290 点	→300 点
	3/4 冠又は前装鑄造冠加算	530 点	→490 点
	ロ ジャケット冠	290 点	→300 点
	ハ 帯環金属冠	40 点	→廃止(再掲)
	ニ 乳歯金属冠	110 点	→120 点
2	失活歯歯冠形成		
	イ 鑄造冠	155 点	→160 点
	3/4 冠又は前装鑄造冠加算	530 点	→470 点
	メタルコア加算	30 点	→ 30 点
	ロ ジャケット冠	155 点	→160 点
	ハ 帯環金属冠	70 点	→廃止(再掲)
	ニ 乳歯金属冠	110 点	→114 点
3	根面形成	155 点	→廃止(再掲)
4	窩洞形成		
	イ 単純なもの	40 点	→ 44 点
	ロ 複雑なもの	60 点	→ 68 点

・齶蝕歯即時充填形成(1 歯につき) 120 点 →120 点

・齶蝕歯インレー修復形成(1 歯につき) 120 点 →120 点

・支台築造 (1 歯につき)

1	メタルコア		
	イ 大臼歯	160 点	→170 点
	ロ 小臼歯及び前歯	135 点	→144 点
2	その他	110 点	→120 点

調剤基本料の見直し

1 基本的考え方

- 処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関からの処方せんの集中率により3区分とされている調剤基本料について、
 - ・ 診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における検討結果を踏まえ、調剤基本料2（受付回数4, 000回超/月であって、集中率70%超の保険薬局において算定）に係る評価を引き下げる。
 - ・ 患者の視点を重視し、現行の3区分を2区分に簡素化する。

* 集中率： 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

2 具体的内容

- 調剤基本料2（受付回数4, 000回超/月であって、集中率70%超の保険薬局において算定）に係る評価を引き下げるとともに、現行の3区分を2区分に簡素化する。

【現行】

調剤基本料1：49点

（受付回数4, 000回以下/月、かつ、集中率70%以下の保険薬局）

調剤基本料2：21点

（受付回数4, 000回超/月、かつ、集中率70%超の保険薬局）

調剤基本料3：39点

（上記のいずれにも該当しない保険薬局）

【改正案】

調剤基本料：42点

《現行の調剤基本料1と調剤基本料3の2区分を1区分とする。》

注 受付回数4, 000回超/月、かつ、集中率70%超の保険薬局においては、19点を算定する。

調剤料の見直し

1 基本的考え方

- 調剤料について、診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における検討結果を踏まえ、調剤業務に手間のかかる浸煎薬及び湯薬の評価を引き上げる一方、長期投薬に係る内服薬の評価を引き下げ、区分を簡素化する。

2 具体的内容

- 浸煎薬及び湯薬の評価を引き上げる。

浸煎薬（1調剤につき）	120点	→	190点
湯薬（1調剤につき）	120点	→	190点

- 長期投薬に係る内服薬の評価を引き下げ、区分を簡素化する。

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 → 5点

（2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点 → 4点

ロ 15日分以上21日分以下の場合 70点 → 68点

ハ 22日分以上30日分以下の場合 80点 → 77点

ニ 31日分以上の場合 88点 → 77点

《現行のハとニの2区分を1区分とする。》

調剤報酬における指導管理料の見直し

1 基本的考え方

- 薬剤情報の手帳への記載及び文書等による情報提供を評価している薬剤情報提供料について、かかりつけ薬局機能の適正な推進を図る観点から、
 - ・ 薬剤情報提供料の評価対象を薬剤情報の手帳への記載に限定して、評価を引き下げる。
 - ・ 薬剤情報の文書等による情報提供については、薬剤服用歴管理・指導料の中で評価することとし、併せて特別指導加算の評価を引き下げる。

2 具体的内容

- 薬剤情報提供料の評価対象を薬剤情報の手帳への記載に限定して、評価を引き下げる。
 - ・ 薬剤情報提供料 1 17点 → 15点

【現行】

注 1回の処方せん受付において、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するとともに、当該薬剤の名称、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提供した場合に、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。

【改正案】

注 1回の処方せん受付において、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。

・ 薬剤情報提供料 2 10点 → 廃止

(現行)

注1 1回の処方せん受付において、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た場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

注2 薬剤情報提供料1を算定している患者については、算定しない。

○ 薬剤情報の文書等による情報提供については、薬剤服用歴管理・指導料の中で評価することとし、併せて特別指導加算の評価を引き下げるとともに、これらの名称を見直す。

【現行】

・ 薬剤服用歴管理・指導料 17点

注1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、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する。

注2（特別指導加算） 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は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 月の1回目の算定の場合 28点

ロ 月の2回目以降の算定の場合 26点

【改正案】

・ 薬剤服用歴管理料 22点

注1 1回の処方せん受付において、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、基本的な説明及び指導を行った場合に算定する。

注2（服薬指導加算） 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は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 月の1回目の算定の場合 22点

ロ 月の2回目以降の算定の場合 22点

医薬品品質情報提供料の見直し

1 基本的考え方

- 医薬品品質情報提供料について、後発医薬品に関する情報提供であることが明らかになるよう名称の見直しを行うとともに、情報提供項目として、先発医薬品と後発医薬品との薬剤料の差に係る情報を加える。

2 具体的内容

- 名称の見直しを行うとともに、情報提供項目として、先発医薬品と後発医薬品との薬剤料の差に係る情報を加える。

【現行】

- ・ 医薬品品質情報提供料 10点

注 1回の処方せんの受付において、後発医薬品に関する主たる情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

【改正案】

- ・ 後発医薬品情報提供料 10点

注 1回の処方せんの受付において、後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

後発医薬品の使用促進のための環境整備

1 基本的考え方

- これまで、後発医薬品の使用促進のため、後発医薬品を含む処方を行った場合に処方せん料を高く評価するなどの対応を行ってきたが、我が国における後発医薬品の市場シェアは欧米諸国に比べて依然として低い。
- このような状況を踏まえ、後発医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするため、処方せんの様式を変更する。

2 具体的内容

- 処方せんの様式を変更し、「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。
 - * 「処方」欄に先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、当該先発医薬品を後発医薬品に変更しても差し支えないと判断した場合は、その意思表示として「後発医薬品への変更可」のチェック欄に署名するか、又は姓名を記載し、押印することとする。
 - * ただし、処方医が、当該処方せんに係る先発医薬品の一部については後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、その意思表示として「処方」欄の当該先発医薬品の銘柄名の後に「(後発医薬品への変更不可)」と記載することとする。
- 「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せんを受け付けた保険薬局は、患者の選択に資するため、後発医薬品に関する情報等を提供し、患者が選択した後発医薬品又は先発医薬品を調剤する。
- 「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せんについては、診療報酬上、後発医薬品を含む処方を行った場合に該当するものとして取り扱うこととする。

[新たな処方せんの様式 (案)]

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療 の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	男・女	電 話 番 号
	区 分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 (印)

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	---------------	----------	--

処 方	
--------	--

備 考	<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin: 0;">後発医薬品への変更について</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;">後発医薬品への変更可</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;">保険医署名</div>
--------	---

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受給者番号		

医療法上の人員配置標準を下回る場合の取扱いの見直し

1 基本的考え方

- 診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえ、医療法上の医師、看護師等の人員配置標準を基準として標準数を一定の比率以上欠く場合に、入院基本料の減額を行う現行の取扱いを改め、再構成する。

2 具体的内容

- 医療法上の医師、看護師等の人員配置標準を基準として標準数を一定の比率以上欠く場合の分類について、看護職員等の配置については入院基本料の体系において評価の適正化がなされていること等を踏まえ、看護要員の要件を除くことなどにより簡素化し、再編成する。

[現 行]

		医師若しくは歯科医師			
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
看護 要員	80/100超	減額なし	減額なし	12/100減額	15/100減額
	80/100以下	減額なし	12/100減額	18/100減額	21/100減額
	60/100以下	12/100減額	18/100減額	24/100減額	27/100減額
	50/100以下	15/100減額	21/100減額	27/100減額	30/100減額

[改正案]

医師若しくは歯科医師	
70/100以下	50/100以下
90/100相当の点数	85/100相当の点数

- 離島等所在保険医療機関の場合

		医師若しくは歯科医師			
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
看護 要員	80/100超	減額なし	減額なし	3/100減額	3/100減額
	80/100以下	減額なし	6/100減額	6/100減額	6/100減額
	60/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額
	50/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額

医師若しくは歯科医師	
70/100以下	50/100以下
98/100相当の点数	97/100相当の点数

複合病棟の見直し

1 基本的考え方

- 複合病棟は、病床数（介護療養病床を有する場合にあっては、当該介護療養病床の数を含む。）が100床未満で療養病棟への移行が困難と認められる病院についての特例措置として、一般病床と療養病床とを併せて1病棟とすることを認めたもので、一般病棟入院基本料又は療養病棟入院基本料が算定されている。
- 上記特例措置は、平成8年に5年程度として設けられが、平成12年度改定において4年間、平成16年度改定においてさらに2年間延長されており、平成14年4月以降は、新規届出は認められていない。
- 複合病棟における看護職員の配置基準は、「看護職員配置4：1（看護師比率20%）以上・看護補助配置6：1以上」であり、一般病床については、平成18年3月以降、医療法上の人員配置標準を下回る事となることから、経過措置を設けた上で、廃止する。

[参考] 届出保険医療機関数（保険局医療課調査 各年7月1日現在）

平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
49	95	84	88	63	53	48

2 具体的内容

- 複合病棟については、平成18年9月30日限りで廃止する。

透析医療に係る評価の適正化

1 基本的考え方

- 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づく計画的な治療管理を評価した項目であり、検体検査実施料等が包括されている。今回改定において、市場実勢価格を踏まえた検体検査実施料の見直しが行われることから、当該項目についても併せて見直しを行うこととする。
- 人工腎臓には夜間又は休日に実施した場合に加算を算定することとしているが、人工腎臓は計画的に実施されること、そのため実施医療機関は診療応需の体制にあること等から、当該加算に係る評価を引き下げることとする。
- また、大部分の慢性維持透析患者は、人工腎臓実施時にエリスロポエチン製剤の投与を受けており、適切な透析の実施により一定程度貧血の改善が期待される。こうしたことを踏まえ、人工腎臓の適切な評価及び請求事務の簡素化を図る観点から、エリスロポエチン製剤について人工腎臓に含め包括的に評価することとする。

2 具体的内容

- 慢性維持透析患者外来医学管理料について、検体検査実施料の見直しを踏まえ、適正化を行う。
 - ・ 慢性維持透析患者外来医学管理料
2, 460点 → 2, 305点
- 人工腎臓の夜間加算及び休日加算について、評価を引き下げる。
 - ・ 人工腎臓に係る夜間加算及び休日加算
500点 → 300点
- 人工腎臓について、エリスロポエチン製剤を含め包括的に評価して適正化する。
 - ・ 人工腎臓（入院中以外の場合） 1, 960点 → 2, 250点

処方料等の見直し

1 基本的考え方

- 適切な長期投薬を推進し、再診の適正化を図る観点から、長期投薬に係る評価を引き上げるとともに、併せて処方せん料を引き下げる。

2 具体的内容

[処方料の見直し]

特定疾患処方管理長期投薬加算	45点	→	65点
----------------	-----	---	-----

[処方せん料の見直し]

処方せん料1	内服7種以上イ	含後発	43点	→	42点
		□ イ以外	41点	→	40点
処方料せん2	1以外	イ 含後発	71点	→	70点
		□ イ以外	69点	→	68点
特定疾患処方管理長期投薬加算			45点	→	65点

酸素の価格について

1 基本的考え方

- 酸素の価格については、保険医療機関ごとに届け出た単価（前年の購入実績に基づき算出）に使用した酸素の容積及び補正率（1.3）を乗じた額により償還されている。
- 平成14年度改定においては、購入価により保険償還されてきた酸素価格に、離島等の地域であるかどうか等の区分に応じた上限価格が設定された。
- 平成16年度改定においては、離島等の範囲が拡大されるとともに、特別の事情のある場合における特例が追加された。なお、価格については、据え置きとされている。
- 地方社会保険事務局に届け出られた購入単価の区分毎の加重平均は、告示価格（上限単価）から最大32%乖離しており、医療の効率化が求められる中、薬や材料の価格決定方式との整合を図る観点から、酸素価格についても、告示価格の適正化を行う。

2 具体的内容

- 酸素における告示価格は、薬や材料とは異なり上限価格であることを踏まえ、加重平均単価に告示価格の15%を加えた値が現行告示価格を下回る場合には、当該価格を告示価格とする。
- また、離島等の地域の告示価格については、離島以外の地域における告示価格の1.5倍に設定されていることを踏まえ、離島以外の地域における改正後の告示価格の1.5倍とする。