

平成18年度診療報酬改定の概要について（案）

平成18年2月15日

I 改定に至る経緯

- 平成18年度診療報酬改定に係る基本的な医療政策については、平成17年11月25日に、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。
- また、平成18年度診療報酬改定に係る改定率については、平成18年度予算案の編成過程において、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、診療報酬本体の改定で▲1.36%、薬価等の改定で▲1.8%、合計で▲3.16%の改定とすることが決定された。
- これらを受けて、平成18年1月11日に、厚生労働大臣より中央社会保険医療協議会（中医協）に対し、上記改定率を前提として、「基本方針」に沿って診療報酬点数の改定案を作成するよう、諮問がなされた。
- 中医協においては、平成17年10月より、診療報酬調査専門組織の調査結果等を踏まえつつ議論を行ってきたが、平成18年1月18日に、その成果を「基本方針」に沿って「現時点の骨子」として取りまとめ、これについて、同月27日まで国民の意見を募集した。また、同日には横浜市にて公聴会を開催し、直接国民の意見を聴く機会を設定した。
- 中医協において、国民の意見を募集した結果等を踏まえ、さらに議論を積み重ね、平成18年2月15日に、厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案について、答申を行った。

II 改定に係る基本的考え方

- 平成18年度診療報酬改定については、「基本方針」に沿って、
 - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
 - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
 - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
 - ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

の4つの視点から検討を行った。

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別に診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とした。

Ⅲ 主な改定内容

1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

(1) 診療報酬体系の簡素化について

- 個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものととなっているか点検を行った上で、所要の名称の見直しを行う。
- 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、一本化する。

(2) 医療費の内容の分かる領収証の交付について

- 保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付しなければならないこととする。
 - * 平成18年4月1日までに体制を整えることが困難な保険医療機関等については、6ヶ月間の経過措置を設ける。
- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、促すこととする。

(3) 患者の視点の重視について

- 診療情報提供料の体系を大幅に簡素化する中で、全体としては評価を引き下げる。
- 主治医が、セカンド・オピニオン（主治医以外の医師による助言）を求める患者又は家族からの希望に基づき、診療に関する情報を提供することについて、新たに評価を行う。
- 初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行うことについて、新たに評価を行う。
- それぞれの勤務帯で看護職員1人が何人の入院患者を実際に受け持っているかを病棟内に掲示することを、入院基本料等の算定要件とする。

(4) 生活習慣病等の重症化予防に係る評価について

- 生活習慣病指導管理料について、院内処方の場合以上に院外処方の場合の評価を引き下げるとともに、達成すべき目標等が明確になるよう療養計画書の様式を変更する。

- 禁煙の希望があるニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに評価を行う。
- がん診療連携拠点病院において、紹介による悪性腫瘍の患者に対し入院医療を提供することについて、新たに評価を行う。

(5) 手術に係る評価について

- 年間手術症例数と手術成績との間に相関関係を積極的に支持する科学的知見が得られていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算についてはいったん廃止し、今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、速やかに調査及び検証を行う。

2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

(1) 在宅医療に係る評価について

- 診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築する。
- 入院から在宅療養への円滑な移行のために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う指導については、評価を引き上げる。
- 重症度、処置の難易度等の高い患者に対する訪問看護については、評価を引き上げる。
- 在宅療養支援診療所が関与する場合に、在宅におけるターミナルケアに係る評価を引き上げる。
- 特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うことやその指示に基づき訪問看護等を行うこと等について、新たに評価を行う。

(2) 初再診に係る評価について

- 初診料について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算を廃止する。
- 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介患者加算を廃止する。
- 同一医療機関における同一日の複数診療科受診について、新たに評価を行う。

(3) DPCに係る評価について

- 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院を拡大する。
- 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等について、所要の見直しを行う。
- 他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

(4) リハビリテーションに係る評価について

- 現行の体系を改め、新たに脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション及び心大血管疾患リハビリテーションの4つの疾患別の評価体系とする。
- 長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われているとの指摘を踏まえ、疾患ごとに算定日数上限を設定する一方、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逓減制を廃止する。
- 集団療法に係る評価の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和、発症後早期の患者1人・1日当たりの算定単位数の上限の緩和等を行う。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、算定対象となる状態を拡大するとともに、当該状態ごとに算定上限を設定する中で、当該上限を短縮する。

(5) 精神医療に係る評価について

- 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。
- 精神科訪問看護・指導料及び精神科退院前訪問指導料について、精神疾患の地域への復帰を支援する観点から、算定回数上限を緩和する。
- 認知症疾患に係る評価について、医療と介護との役割分担を明確化する中で、入院医療に係る評価を引き上げ、重度認知症デイ・ケア料に係る評価を見直す。

(6) その他

- 地域連携クリティカルパス（地域連携パス）を活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行う。
- 介護老人保健施設入所者に対する、専門的な診断技術や医療機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療行為について、新たに医療保険において評価を行う。
- 臨床研修病院に係る評価を充実する観点から、評価を引き上げる。
- 急性期の脳卒中患者に対して専門的な施設で専門的な医学管理を行った場合について、新たに評価を行う。

3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

(1) 小児医療及び小児救急医療に係る評価について

- 深夜における小児救急医療の対応体制に係る評価を充実する。
- 小児入院医療管理料の評価を引き上げるとともに、そ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、弾力的な取扱いを認める。
- 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、地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件を緩和するとともに、24時間の診療体制に係る評価を充実する。

(2) 産科医療に係る評価について

- 晩婚化による出産の高齢化等によるハイリスク分娩の増加に対応するため、産科の体制が整っている病院におけるハイリスクの妊産婦に対する分娩管理について、新たに評価を行う。

(3) 麻酔に係る評価について

- 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とともに、重症の患者に対して麻酔を行う場合の加算を新設し、加算の対象となる手術の範囲を拡大する。

(4) 病理診断に係る評価について

- 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とともに、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。

(5) 急性期入院医療に係る評価について

- 急性期入院医療の実態に対応し、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。その際、更なる平均在院日数の短縮を図る観点から、平均在院日数要件を短縮する。
- 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する一方、救急医療等について評価を行う。
- 有床診療所について、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。

(6) 医療のIT化に係る評価について

- 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、時限的に新たに評価を行う。

(7) 医療安全対策等に係る評価について

- 入院診療計画の策定等の未実施の場合の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。
- 急性期入院医療の高度化・複雑化に対応し、医療安全管理対策の実施体制について新たに評価を行うとともに、より重点的な褥瘡管理対策の実施について新たに評価を行う。

(8) 医療技術に係る評価について

- 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。

- 高度先進医療や新規技術の保険導入を行うとともに、既存技術の再評価を行う。
- 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止する。

4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討

する視点

(1) 慢性期入院医療に係る評価について

- 患者の特性に応じた評価を行い、医療保険と介護保険の役割分担を明確化する観点から、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入し、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。
- 特殊疾患療養病棟等についても、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しつつ、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入する。

(2) 入院時の食事に係る評価について

- 入院時の食事に係る費用として1日当たりの費用を設定して、実際に提供された食数にかかわらず1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、新たに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。
- 特別食加算の見直しを行うほか、特別管理加算及び選択メニュー加算を廃止する。

(3) コンタクトレンズに係る診療の評価について

- 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検査を包括的に評価し、その適正化を図る。

(4) 検査に係る評価について

- 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。
- 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。

(5) 歯科診療報酬について

- 患者への実効性のあるきめ細やかな情報提供を推進する観点から、かかりつけ歯科医初・再診料を廃止する。
- 歯科医師臨床研修の必修化に伴い、歯科臨床研修病院における入院歯科診療について、新たに評価を行う。
- 歯科疾患に係る指導管理体系を簡素化する中で、総合的な歯科治療計画の作成及びその後の継続的な指導管理の実施を包括して、新たに評価を行う。
- 歯周疾患に係る治療の効果的実施を図る観点から、機械的歯面清掃について、新たに評価を行う。

(6) 調剤報酬について

- 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、2区分に見直す。
- 調剤料について、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る。
- 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一方、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。

(7) その他

- 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、処方せんの様式を変更する。
- 医療法上の医師、看護師等の人員配置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について、再構成する。
- 複合病棟における看護職員の配置基準は、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、平成18年9月30日限りで廃止する。
- 慢性維持透析患者外来医学管理料に係る評価の引下げ、人工腎臓の夜間及び休日加算に係る評価の引下げ、エリスロポエチン製剤の人工腎臓への包括評価など、透析医療に係る評価の適正化を行う。
- 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。
- 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。

Ⅳ 各科の改定内容（主要項目）

【医科診療報酬】

1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

(1) 診療報酬体系の簡素化について

- 個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものととなっているか点検を行った上で、所要の名称の見直しを行う。
- 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、一本化する。

(2) 医療費の内容の分かる領収証の交付について

- 保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付しなければならないこととする。
* 平成18年4月1日までに体制を整えることが困難な保険医療機関等については、6ヶ月間の経過措置を設ける。
- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、促すこととする。

（医科の様式）

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間（入院の場合）	
	様	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養						円

保 険 外 負 担	選定療養等	その他	保 険	保 険（食事）	保 険 外 負 担
			円	円	円
	(内訳)	(内訳)	円	円	円
			円		円

領収額合計	円
-------	---

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印

(3) 患者の視点の重視について

① 診療情報提供料の体系の簡素化及びセカンド・オピニオンの推進

- 診療情報提供料の体系について、患者から見ると情報の提供元及び提供先によって負担が異なることについて理解が得にくいこと等を踏まえ、大幅に簡素化する中で、全体としては評価を引き下げる。
→ 診療情報提供料(I) 250点(退院時の加算 200点)
- 主治医が、セカンド・オピニオン(主治医以外の医師による助言)を求める患者又は家族からの希望に基づき、診療に関する情報を提供することについて、新たに評価を行う。 → 診療情報提供料(II) 500点

② 外来迅速検体検査に係る評価の新設

- 初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行うことについて、検体検査実施料及び外来診療料に対する加算を新設する。
外来迅速検体検査加算 1点(1項目につき)

③ 看護職員等の配置に係る情報提供の推進

- 入院基本料等について、看護職員等の配置に係る表記を改める。

現 行	改正案
「看護職員配置 2 : 1」	「看護職員の実質配置 10 : 1」
入院患者 2 人に対し看護職員 1 人を雇用していることを意味	平均して入院患者 10 人に対し看護職員 1 人が実際に勤務していることを意味

- それぞれの勤務帯で看護職員 1 人が何人の入院患者を実際に受け持っているかを病棟内に掲示することを、入院基本料等の算定要件とする。

(4) 生活習慣病等の重症化予防に係る評価について

① 生活習慣病指導管理料の見直し

- 服薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする観点から、院内処方の場合の評価を引き下げる以上に院外処方の場合の評価を引き下げる。
- 患者が治療の趣旨をよく理解できるよう、療養計画書の様式を変更し、達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるようにする。

現 行	改正案
【生活習慣病指導管理料】	【生活習慣病管理料】
1 処方せんを交付する場合	1 処方せんを交付する場合
イ 高脂血症 1, 050点	イ 高脂血症 900点
ロ 高血圧症 1, 100点	ロ 高血圧症 950点
ハ 糖尿病 1, 200点	ハ 糖尿病 1, 050点
2 1 以外の場合	2 1 以外の場合
イ 高脂血症 1, 550点	イ 高脂血症 1, 460点
ロ 高血圧症 1, 400点	ロ 高血圧症 1, 310点
ハ 糖尿病 1, 650点	ハ 糖尿病 1, 560点

② ニコチン依存症管理料の新設

- ・ ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに評価を行う。

初回（1週目）	230点
2回目、3回目及び4回目（2週目、4週目及び8週目）	184点
5回目（最終回）（12週目）	180点

[対象患者]

以下のすべての要件を満たす者であること

- ・ ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）でニコチン依存症と診断された者であること
- ・ ブリンクマン指数（＝1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上の者であること
- ・ 直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成）に則った禁煙治療プログラム（12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム）について説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意している者であること

[施設基準]

- ・ 禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること
- ・ 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること
- ・ 禁煙治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること
- ・ 呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・ 医療機関の構内が禁煙であること

[算定要件]

- ・ 「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成）に則った禁煙治療を行うこと
 - ・ 本管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
 - ・ 初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできないこととする。
- * 本管理料の新設による効果については、診療報酬改定結果検証部会による検証の対象とする。

③ がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

- ・ がん診療連携拠点病院において、他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り、入院基本料に対する加算を新設する。

がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 200点

(5) 手術に係る評価について

- 年間手術症例数と手術成績との間に相関関係を積極的に支持する科学的知見が得ら

れていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算についてはいったん廃止し、今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、速やかに調査及び検証を行う。

- 患者が様々な情報に基づき適切に医療機関を選択することができるよう、現在加算の対象となっている手術については、手術実績がある場合の年間手術症例数を院内に掲示することを、当該手術に係る点数の算定要件とする。

2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

(1) 在宅医療に係る評価について

① 在宅療養支援診療所の評価

- ・ 高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設ける。

[在宅療養支援診療所の要件]

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
 - ・ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
 - ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
 - ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
 - ・ 当該診療所において、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、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
 - ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
 - ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等
- #### ② 入院から在宅療養への円滑な移行の促進

- ・ 入院から在宅療養への円滑な移行のために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同で行う指導については、評価を引き上げる。

地域連携退院時共同指導料（I）（紹介元の医療機関が算定）

- | | |
|----------------|--------|
| 1 在宅療養支援診療所の場合 | 1,000点 |
| 2 1以外の場合 | 600点 |

地域連携退院時共同指導料（Ⅱ）（入院先の病院が算定）

- 1 在宅療養支援診療所の場合 500点
- 2 1以外の場合 300点

③ 在宅療養における24時間対応体制の評価

- ・ 在宅時医学管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅時医学総合管理料を新設する。

在宅時医学総合管理料（月1回）

- 1 在宅療養支援診療所の場合
 - イ 処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せん交付しない場合 4,500点
- 2 1以外の場合
 - イ 処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せん交付しない場合 2,500点

- ・ 在宅療養支援診療所又は連携先の他の保険医療機関等から患家の求めに応じて提供される往診又は訪問看護について、緊急の場合等の往診又は訪問看護に対する評価を引き上げる。

④ 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

- ・ 重症度、処置の難易度等の高い患者に対する訪問看護については、評価を引き上げる。

重症者管理加算1 5,000円/月

在宅移行管理加算1 500点/月

- ・ 在宅悪性腫瘍患者指導管理
- ・ 在宅気管切開患者指導管理
- ・ 気管カニューレを使用している状態にある者
- ・ 留置カテーテルを使用している状態にある者

重症者管理加算2 2,500円/月

在宅移行管理加算2 250点/月

⑤ 在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価の見直し

- ・ 在宅療養支援診療所が関与する場合に、在宅におけるターミナルケアに係る評価を引き上げる。

現 行	改 正 案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算 1,200点 	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算（Ⅰ） 10,000点 ・ターミナルケア加算（Ⅱ） 1,200点

⑥ 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

- ・ 特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うことやその指示に基づき訪問看護等を行うこと等について、新たに評価を行う。

(2) 初再診に係る評価について

① 初診料、外来診療料等の見直し

- ・ 初診料について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- ・ 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算を廃止する。
- ・ 外来診療料についても、評価を引き下げる。

初診料	病院の場合	255点	} →	270点
	診療所の場合	274点		
再診料	病院の場合	58点	→	57点
	診療所の場合	73点	→	71点
	・ 継続管理加算	5点	→	廃止
外来診療料		72点	→	70点

* ヘモグロビンA1c を包括範囲から除外

② 紹介患者加算の廃止

- ・ 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、初診料に係る病院紹介患者加算を廃止するとともに、併せて診療所紹介患者加算を廃止する。

③ 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

- ・ 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、2つ目の診療科の初診に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することとする。

(3) DPCに係る評価について

① DPCによる支払対象病院の拡大

- ・ 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院を拡大し、「DPC対象病院」として、現行の対象病院（82病院）に加えて試行的適用病院（62病院）を位置付けるほか、DPCの適用を希望する調査協力病院（228病院）のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。

② 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等の見直し

- ・ 「手術」による分岐の簡素化、「手術・処置等2」による分岐の精緻化、「検査入院」「教育入院」の廃止、「副傷病」の検証等を行う。
- ・ 短期入院が相当程度存在する診断群分類について、より短期の入院を高く評価する仕組みへの見直し（入院期間Ⅰの設定方法の見直し）を行う。
- ・ D P Cによる包括評価の範囲について、以下のとおり見直しを行う。

③ D P Cにおける調整係数の見直し

- ・ 平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、D P Cによる支払対象病院の包括範囲に係る収入が▲3.16%下がるように、調整係数を設定する。

(4) リハビリテーションに係る評価について

① リハビリテーションの疾患別体系への見直し

- ・ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法を再編し、新たに4つの疾患別リハビリテーション料を新設する。

	脳血管疾患等 リハビリテー ション	運動器リハビ リテーション	呼吸器リハビ リテーション	心大血管疾患 リハビリテー ション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 等	上・下肢の外 傷・骨折の手術 後 熱傷瘢痕によ る関節拘縮 等	肺炎・無気肺 慢性閉塞性肺 疾患であって 重症後分類Ⅱ 以上の状態の 患者 等	急性心筋梗塞 開心術後 慢性心不全で 左心駆出率 40%以下 等
リハビリテー ション料(Ⅰ)	250点	180点	180点	250点
リハビリテー ション料(Ⅱ)	100点	80点	80点	100点
算定日数上限	180日	150日	90日	150日

- ・ 長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われているとの指摘を踏まえ、疾患ごとに算定日数上限を設定する一方、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逓減制を廃止する。
- ・ 集団療法に係る評価を廃止し、個別療法のみに係る評価とするほか、機能訓練室の面積要件については緩和する。

② 急性期リハビリテーションの評価

- ・ 発症後早期については、患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和し、患者1人・1日当たり6単位までとする。

③ リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和

- ・ リハビリテーション従事者の労働時間について、医療機関ごとの弾力的な運用を可能とする観点から、リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位までとする。

④ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- ・ 算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に180日を算定上限としている現行の取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定する中で、当該上限を短縮する。

一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態	算定開始後 150日
(高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多発外傷の場合)	算定開始後 180日
二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内の状態	算定開始後 90日
三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態	算定開始後 90日
四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヶ月以内の状態	算定開始後 60日

⑤ 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

- ・ 入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、在宅訪問リハビリテーション指導管理料について、1日当たり530点から1単位当たり300点に改めるとともに、算定上限を週6単位まで（退院後3月以内の患者については、週12単位まで）に緩和する。

⑥ その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

- ・ 障害児・者に対するリハビリテーションについて、新たに診療報酬上の評価を行う。
- ・ 摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーションの算定上限を緩和する。

(5) 精神医療に係る評価について

① 精神病床における急性期の入院医療の評価

- ・ 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

精神科救急入院料（看護職員の実質配置10：1） [現行2：1に相当]

入院後30日以内	3, 200点
入院後30日超	2, 800点

精神科急性期治療病棟入院料 1 (看護職員の実質配置 13 : 1)

入院後 30 日以内	1, 900 点	[現行 2. 6 : 1 に相当]
入院後 30 日超	1, 600 点	

精神科急性期治療病棟入院料 2 (看護職員の実質配置 15 : 1) [現行 3 : 1 に相当]

入院後 30 日以内	1, 800 点
入院後 30 日超	1, 500 点

② 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

- 精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、入院早期の評価を引き上げ、長期入院の評価を引き下げる。

14 日以内	439 点	→	459 点
15 日～30 日以内	242 点	→	242 点
31 日～90 日以内	125 点	→	125 点
91 日～180 日以内	40 点	→	20 点
181 日～1 年以内	25 点	→	10 点

③ 通院精神療法に係る評価の見直し

- 通院精神療法の再診時の点数について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正する。

診療所の場合	370 点	→	360 点
病院の場合	320 点	→	330 点

④ 入院精神療法の算定要件の緩和

- 当該保険医療機関に初めて入院する統合失調症の患者であって、新規入院又は退院予定のある患者の家族に対し精神療法を行った場合には、入院精神療法を算定できることとする。

⑤ 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、短時間のケアについて、新たに評価を行う。

精神科ショート・ケア	
小規模	275 点 (1 日につき)
大規模	330 点 (1 日につき)

⑥ 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

- イ 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

週3回まで算定可

→ 退院後3ヶ月以内の患者に対して行う場合は週5回まで算定できる。

□ 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できる。

→ 入院後6月を超える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。

⑦ 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

- ・ 精神病棟入院基本料を算定する重度の認知症患者について、入院後3月以内に関り、1日100点を加算する。
- ・ 重度認知症患者入院治療料については廃止する。
- ・ 認知症老人入院精神療法料は、既に老人性認知症疾患治療病棟入院料の中で評価されていることから廃止する。

⑧ 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

- ・ 算定対象となる重度認知症の定義に、認知症の評価尺度を導入し、介護保険との役割分担を明確化する。
- ・ 診療報酬体系を簡素化する観点から、重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）と（Ⅱ）とを統合するとともに、診療実態を踏まえ、4～6時間未満の診療に係る評価は廃止する。

重度認知症患者デイ・ケア料 6時間以上 1,000点

⑨ 小児に対する心身療法の評価

- ・ 20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、100/100点を加算する。

(6) その他

① 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

- ・ 地域連携クリティカルパス（地域連携パス）を活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行う。

地域連携診療計画管理料（入院時） 1,500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合に、入院時に算定できる。

地域連携診療計画退院時指導料（退院時） 1,500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた退院後の療養計画を説明し、その療養計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合であ

って、紹介元の連携医療機関に対しその診療情報を文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

② 介護老人保健施設における他科受診の適正評価

- ・ 介護老人保健施設入所者に対する、専門的な診断技術や医療機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療行為について、新たに医療保険において評価を行う。

③ 臨床研修病院に係る評価の見直し

- ・ 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）の評価を引き上げるとともに、新たに強力型臨床研修指定病院についても評価の対象とする。

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

④ 脳卒中ケアユニットの評価

- ・ 急性期の脳卒中患者に対して専門的な施設で専門的な医学管理を行った場合について、新たに評価を行う。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 5,700点
発症後14日を限度として算定する。

⑤ 地域加算の見直し

- ・ 平成18年2月1日に、国家公務員給与の地域手当の支給地域及び支給割合に係る人事院規則が公布されたことを受けて、地域加算の取扱いについて見直しを行う。

現 行		改正案	
1種地域（東京都特別区）	18点	1級地（東京都特別区）	18点
2種地域（横浜市、大阪市等）	15点	2級地（武蔵野市、大阪市等）	15点
3種地域（伊丹市、福岡市等）	9点	3級地（さいたま市、横浜市等）	12点
4種地域（札幌市、仙台市等）	5点	4級地（京都市、福岡市等）	10点
		5級地（仙台市、伊丹市等）	6点
		6級地（札幌市、和歌山市等）	3点

3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

(1) 小児医療及び小児救急医療に係る評価について

① 乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実

- ・ 診療報酬体系を簡素化する観点から、初再診料の時間外加算等について、乳幼児を対象とする新点数を創設するとともに、深夜における小児救急医療の対応体制に係る評価を充実する。

現行	改正案
【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)	【時間外】 乳幼児時間外加算 200点
【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)	【休日】 乳幼児休日加算 365点
【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)	【深夜】 乳幼児深夜加算 695点

② 小児入院医療に係る評価の見直し

- ・ 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。

③ 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

- ・ 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、地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件を緩和するとともに、24時間の診療体制に係る評価を充実する。

地域連携小児夜間・休日診療料

(1) 300点

- ・ 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

(2) 450点

- ・ 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

④ 小児医療における手術の通則加算の見直し

- ・ 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（1, 500g未満の児）に対して手術を行う場合の加算を新たに設ける。

⑤ 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

- ・ 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。

⑥ 小児食物アレルギー患者への対応

- ・ 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う、小児食物アレルギー負荷検査（1, 000点）を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。
- ・ 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する。

(2) 産科医療に係る評価について

① ハイリスク分娩管理加算の新設

- ・ 晩婚化による出産の高齢化等によるハイリスク分娩の増加に対応するため、産科の体制が整っている病院におけるハイリスクの妊産婦に対する分娩管理について、新たに評価を行う。

ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 1, 000点

[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（妊娠22～27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前の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）

② ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

- ・ ハイリスク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場合でも算定できるようにする。

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）

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）

(3) 麻酔に係る評価について

- 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とともに、重症の患者に対して麻酔を行う場合の加算を新設し、加算の対象となる手術の範囲を拡大する。

麻酔管理料

硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	100点	→	130点
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	580点	→	750点

麻酔料

- イ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
 - 重症の患者に対して行う場合（新設） 8,300点
 - その他の場合 6,100点
- ロ 側臥位における手術の場合の加算（新設） 100分の10
- ハ 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 → 100分の100
- ニ 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 → 廃止

(4) 病理診断に係る評価について

- 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 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。

(5) 急性期入院医療に係る評価について

① 急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

- ・ 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. 2 : 1に相当
区分C	13 : 1	2. 6 : 1に相当
区分D	15 : 1	3. 3 : 1に相当
区分E	18 : 1	3. 6 : 1に相当
区分F	20 : 1	4. 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。

- ・ 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。
- ・ 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
1	4 : 1	基本料5
2	5 : 1	基本料5
3	6 : 1	基本料3、4、5
4	10 : 1	基本料2、3、4、5
5	15 : 1	基本料2、3、4、5

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

② 紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

イ 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する。

ロ 併せて、以下のような措置を講ずる。

- ・ 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1,000点に引き上げる。

- ・ 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するとともに、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。

③ 有床診療所における入院医療の評価の見直し

- ・ 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。

有床診療所入院基本料1（看護職員5人以上(*)）

7日以内	810点
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名以上いることが望ましい。

有床診療所入院基本料2（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、40点から100点に評価を引き上げる。

(6) 医療のIT化に係る評価について

- 医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成22年度までの時限的措置として、必要的に具備すべき要件をすべて満たし、かつ、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、電子化加算として、初診料に対する加算（3点）を新設する。

[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」として扱う。
- ・ 医療費の内容の分かる領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を交付していること

[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

と（４００床以上の病院以外の保険医療機関に限る。）

- ・ 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ー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
- ・ レセプト電算化システムを導入していること
- ・ 医療費の内容の分かる領収証を交付していること 等

(7) 医療安全対策等に係る評価について

① 入院基本料に係る減算の廃止

- ・ 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

② 医療安全対策加算の新設

- ・ 急性期入院医療において、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（50点）を新設する。

③ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

- ・ 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、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

(8) 医療技術に係る評価について

① 臓器移植の保険適用

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

- 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（14,200点）を新設する。

② 高度先進医療の保険導入

- 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	脳死肝臓移植手術
進行性筋ジストロフィーのDNA診断	心臓移植手術
腹腔鏡下前立腺摘除術	膵臓移植手術
CT透視ガイド下生検	脳死肺移植手術

③ 新規技術の保険導入

- 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 等

④ 既存技術の再評価

- 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

⑤ 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

- 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。
(例)
[血液形態・機能検査]
D00510. ヘモグロビンA1 (HbA1)
[生化学検査]
D0071. アルブミン・グロブリン比測定
[手術]
K624 胸管ドレナージ法 等

⑥ 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

- 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、患者にとって分かりにくいものとなることから、消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止する。

⑦ その他の指導管理等に係る技術の評価

- ・ 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。

ウイルス疾患指導料（特に肝炎ウイルスやHIV）

特定薬剤治療管理料の適応拡大

重症度の高い喘息患者に対する治療管理（新設）

4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

(1) 慢性期入院医療に係る評価について

① 患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

- ・ 患者の特性に応じた評価を行い、医療保険と介護保険の役割分担を明確化する観点から、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入し、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。

[療養病棟入院基本料の見直し]

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))

[有床診療所療養病床入院基本料の見直し]

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))

- ・ 医療機関への周知期間等を勘案して、平成18年7月1日施行とする。

② 特殊疾患療養病棟等の見直し

- ・ 特殊疾患療養病棟等についても、療養病棟については、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しつつ、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入する。
- ・ 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。

(2) 入院時の食事に係る評価について

① 入院時の食事に係る費用の算定単位の見直し

- 入院時の食事に係る費用として1日当たりの費用を設定して、実際に提供された食数にかかわらず1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、新たに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。

入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき） 640円

入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき） 506円

② 入院時食事療養費に係る特別食加算の見直し

[特別食加算の金額の見直し]

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]

経管栄養のための濃厚流動食 → 削除

③ 入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

- 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（1日につき200円）を廃止する。
- 一方で、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。

栄養管理実施加算（1日につき） 12点

④ 入院時食事療養費に係る選択メニュー加算の廃止

- 保険給付とする必要性にかんがみ、選択メニュー加算を廃止する。
- 併せて、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。

(3) コンタクトレンズに係る診療の評価について

- 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。

- 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、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。

- ・コンタクトレンズ検査料（Ⅰ） 初診時 387点 再診時 112点
- ・コンタクトレンズ検査料（Ⅱ） 初診時 193点 再診時 56点

(4) 検査に係る評価について

① 検体検査実施料に係る評価の見直し

- ・ 検体検査実施料（基本的検体検査実施料を含む。）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。

(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

② 生体検査料に係る評価の見直し

- ・ 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。
 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

(5) その他

① 後発医薬品の使用促進のための環境整備

- ・ 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。

[新たな処方せんの様式（案）]

処 方 せ ん					
（この処方せんは、どの診療科目でも有効です。）					
公費負担番号		保険者番号			
公費負担医療の支拂番号		診療科目、診療科、診療科の記号・番号			
患 者 氏 名		保険医療機関の所在地及び名称		電 話 番 号	
生年月日	年 月 日 男・女	電 話 番 号			
住 居 区 分	補保種別	被扶養者	保険証氏名		
交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	（注）医師が患者に交付した処方せんは、原則として1年以内の有効期間を有する。	
<div style="text-align: right; padding-right: 20px;"> <p style="font-size: small;">後発医薬品への使用について</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">後発医薬品への変更可</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">不可</p> </div>					
調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担番号			
調剤薬局の所在地及び名称		公費負担医療の変更番号			

② 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

- 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。

医師又は歯科医師

70/100 以下	→	90/100 相当の点数	
		(離島等所在保険医療機関の場合	98/100 相当の点数)
50/100 以下	→	85/100 相当の点数	
		(離島等所在保険医療機関の場合	97/100 相当の点数)

③ 複合病棟の見直し

- 病床数が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複合病棟については、平成18年9月30日限りで廃止する。

④ 透析医療に係る評価の適正化

- 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
(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

⑤ 処方料等の見直し

- 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。

[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
	ロ イ以外	41点	→	40点
処方料せん2 1以外	イ 含後発	71点	→	70点
	ロ 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

⑥ 酸素の価格について

- ・ 酸素における告示価格は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。

【歯科診療報酬】

(1) 「かかりつけ歯科医初・再診料」の廃止

「かかりつけ歯科医初診料」の普及、定着等を鑑み、「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。

- ① かかりつけ歯科医初診料 274点→180点(歯科初診料)
- ② かかりつけ歯科医再診料 45点→38点(歯科再診料)
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 齲蝕歯即時充填形成(かかりつけ歯科医加算) 5点→廃止
- ⑥ 病院歯科共同治療管理料(I) 320点→廃止
- ⑦ 病院歯科共同治療管理料(II) 200点→廃止

(2) 病院と診療所の連携と機能分化

病院歯科と歯科診療所の機能は異なることから、病院歯科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。

① 歯科初診料、歯科再診料等の見直し

歯科初診料	180点	→180点(歯科初診料)
病院歯科初診料	2218点	
歯科再診料	38点	→38点(歯科再診料)
病院歯科再診料	248点	

② 地域歯科診療支援病院歯科初診料等の新設

病院歯科初診料	1255点	→(新設)地域歯科診療支援病院歯科初診料270点
感染予防対策管理料	50点	
病院歯科再診料	159点	→(新設)地域歯科診療支援病院歯科再診料57点
感染予防対策管理料	50点	

(3) 歯科医師臨床研修の評価

平成18年4月から必修化される歯科医師臨床研修の評価を行う。

臨床研修病院入院診療加算(新設)

単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合(新設)→40点

協力型臨床研修指定病院の場合(新設)→20点

(4) 乳幼児時間外加算等の新設

歯科診療報酬体系の簡素化を推進する観点から現行制度の見直しを行う。

- 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(新設)→125点
乳幼児休日加算(新設)→290点
乳幼児小児深夜加算(新設)→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(新設)→75点
乳幼児休日加算(新設)→200点
乳幼児深夜加算(新設)→530点

(5) 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)

適切かつ効率的な歯科治療を行うため、患者への積極的な情報提供ができる制度とするため指導管理料等の算定要件等の見直しを行う。

① 患者に対し説明を行った病状、治療計画、指導内容等を文書により情報提供すること要件とするとともに評価等の見直しを行う。

イ 歯科口腔衛生指導料 100点(再掲)
ロ 歯周疾患指導管理料 110点→100点
ハ 歯科特定疾患療養指導料 150点
ニ 歯科治療総合医療管理料 250点→140点
ホ 歯科衛生実地指導料 80点
ヘ 新製義歯指導料 (新設)→100点(再掲)
ト 歯科訪問診療料 歯科訪問診療1 830点
チ 老人訪問口腔衛生指導管理料 430点
リ 補綴時診断料 75点/1装置→100点/1口腔(再掲)
ヌ 歯科矯正管理料 300点
ル 歯科矯正 装着 可撤式装置 フォースシステム加算 400点
ヲ 固定式装置 フォースシステム加算 400点

② 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する
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

(6) 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)

歯科診療報酬体系の簡素化の推進、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。

① 歯科疾患総合指導料の新設

患者の同意に基づく総合的な歯科治療計画等の立案、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。

イ 歯科疾患総合指導料1 (新設)→130点
機械的歯面清掃加算 (新設)→80点

※ 歯科医師1名以上、歯科衛生士1名以上等の歯科医療機関が対象、実施時には患者の自署による同意の確認を行う

ロ 歯科疾患総合指導料2 (新設)→110点

機械的歯面清掃加算 (新設) → 80 点

※ 歯科医師 1 名以上等の歯科医療機関が対象、実施時には患者の自署による同意の確認を行う

② 歯科診療報酬体系の簡素化を推進する観点から診療項目を統合する

歯周疾患継続治療診断料 100 点 → (新設) 歯科疾患継続管理診断料 100 点
歯科口腔継続管理治療診断料 80 点

※ 歯科疾患総合指導料算定患者を対象、患者の自署による同意の確認を行う。

歯周疾患継続総合診療料

1 10 歯未満 315 点 → (新設) 歯科疾患継続指導料 120 点
2 10 歯以上 20 歯未満 455 点 (新設) 機械的歯面清掃加算 80 点
3 20 歯以上 625 点 ※ 歯科疾患総合指導料算定患者のみ対象
歯科口腔継続管理総合診療料 325 点

歯科口腔衛生指導料 100 点 → 歯科口腔衛生指導料 100 点
継続的歯科口腔衛生指導 105 点 フッ化物局所応用加算 80 点
フッ化物洗口加算 40 点

(7) 歯周疾患の評価の見直し (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)

患者にわかりやすい治療内容とすることから評価、検査方法、算定単位、算定方法等の見直しを行う。

① 歯周疾患指導管理料 機械的歯面清掃加算 (3 月に 1 回) (新設) → 80 点

② 歯周組織検査 歯周精密検査の見直し

歯周組織検査 2 歯周精密検査 (4 箇所検査) → (6 箇所検査)

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

③ フッ化物局所応用加算及びフッ化物洗口加算の見直し

イ 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の加算 80 点 → 歯科口腔衛生指導料の加算 80 点

ロ フッ化物洗口指導加算

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

④ 歯周基本治療の見直し

歯周基本治療の第 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。

歯周基本治療

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

⑤ 歯周外科手術の算定単位の見直し

歯周外科手術 (1歯につき)→(3分の1顎につき)

※同時に3分の1顎以上の手術を行った場合は所定点数に100分の30を加算

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

(8) 適応症、処置内容の明確化

患者に分かりやすい診療報酬体系とするために、適応症、処置内容等の明確化を図る。

① 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

普通処置(1歯1回につき)16点→(新設)齲蝕処置(1歯1回につき)16点

※齲蝕に対する暫間処置(やむをえない場合)に限る

(新設)咬合調整 1歯以上10歯未満 40点

10歯以上 60点

※歯冠形態修正を含む。

② 処置内容、適応症を明確化する項目

イ 歯周疾患の処置 10点 → 歯周疾患処置 10点

※歯周ポケットへの薬剤の注入処置に限る。

ロ チェックバイト検査 400点

→検査対象：多数歯欠損等の咬合誘導状態が不明確な症例

ハ ゴシックアーチ描記法 500点

→検査対象：下顎の位置が不明確な多数歯欠損等の症例

(9) 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)

患者への情報提供の充実を図るとともに、補綴物維持管理料の評価の見直しを行う。

- ① 補綴時診断料の算定単位及び算定用件の見直し
患者に対し治療計画等の文書により情報提供を行うとともに、算定単位及び評価の見直しを行う。

補綴時診断料 75点(1装置につき)→100点(1口腔につき)

- ② 補綴物維持管理料の評価の見直しを行う。

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

(10) 義歯の調整指導料の評価の見直し

- ① 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。新製義歯指導料については、患者に対して行った指導内容を文書で提供する。

新製義歯調整指導料(1口腔につき)170点→(新設)新製義歯指導料(1口腔1回)100点
(新設)新製義歯調整料(1口腔1回)120点

- ② 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(1口腔1回) 35点 →(新設)有床義歯調整料(1口腔月1回) 60点

有床義歯長期調整指導料(I) 330点 (新設)調整困難者加算 40点

有床義歯長期調整指導料(II) 530点

有床義歯長期調整指導料(III) 700点

(11) 旧来型技術等の評価の廃止

- ① 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

イ 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

ロ 帯環金属冠(1歯につき) 85点→廃止

ハ 歯冠継続歯(1歯につき) 400点→廃止

- ② 算定頻度が低く必要性の低い加算の廃止

イ 歯科矯正管理料加算(動的治療開始時加算) 50点→廃止

ロ 模型調整加算(プラスチック使用加算) 200点→廃止

ハ 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

(12) 老人歯科診療報酬の見直し

- ① 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。

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合)

11 老人歯周組織検査

イ 1歯以上10歯未満 50点 →廃止(歯周組織検査に統合)

ロ 10歯以上20歯未満 110点

ハ 20歯以上 200点

(13) 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)

歯周疾患、歯内療法、歯冠修復等において重要度、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。

① 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

② 根管治療

イ 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

ロ 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

ハ 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

③ 歯冠修復

イ 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
- 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
- ニ 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

【調剤報酬】

1 調剤基本料の見直し

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見直しを行う。

調剤基本料1	49点	調剤基本料	42点
(受付回数4,000回以下/月、集中率70%以下)			
→			
調剤基本料2	21点	(注)	受付回数4,000回超/月、 集中率70%超の場合は19点
(受付回数4,000回超/月、集中率70%超)			
調剤基本料3	39点		
(調剤基本料1及び2以外の場合)			

2 調剤料の見直し

(1) 長期投薬に係る内服薬の調剤料の見直し

- ・ 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））

14日分以下の場合

7日目以下の部分（1日分につき）	5点	→	5点
8日目以上の部分（1日分につき）	4点	→	4点
15日分以上21日分以下の場合	70点	→	68点
22日分以上30日分以下の場合	80点	→	77点
31日分以上の場合	88点	→	77点

(2) 浸煎薬及び湯薬の調剤料の見直し

- ・ 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

3 調剤報酬における指導管理料の見直し

(1) 薬剤情報提供料の見直し

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する。

- ・ 薬剤情報提供料1 17点 → 薬剤情報提供料 15点
- ・ 薬剤情報提供料2 10点 → 廃止

(2) 薬剤服用歴管理・指導料の見直し

薬剤情報の文書等による情報提供について、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見直しを行うとともに、これらの名称を見直す。

- ・ 薬剤服用歴管理・指導料 17点 → 薬剤服用歴管理料 22点

・ 特別指導加算			服薬指導加算	
月1回目	28点	→	月1回目	22点
月2回目以降	26点	→	月2回目以降	22点

4 医薬品品質情報提供料の見直し

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。

- ・ 医薬品品質情報提供料 10点 → 後発医薬品情報提供料 10点