

# 平成18年度診療報酬改定における 主要改定項目について

# 【 目 次 】

## I 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

I-1	診療報酬体系の簡素化について	3
I-2	医療費の内容の分かる領収書の発行について	4
I-3	患者の視点の重視について	6
I-4	生活習慣病等の重症化予防に係る評価について	9
I-5	手術に係る評価について	14

## II 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

II-1	在宅医療に係る評価について	16
II-2	初再診に係る評価について	28
II-3	DPCに係る評価について	32
II-4	リハビリテーションに係る評価について	37
II-5	精神医療に係る評価について	44
II-6	その他	54

## III 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

III-1	小児医療及び小児救急医療に係る評価について	60
III-2	産科医療に係る評価について	67
III-3	麻酔に係る評価について	69
III-4	病理診断に係る評価について	70
III-5	急性期入院医療に係る評価について	71
III-6	医療のIT化に係る評価について	75
III-7	医療安全対策等に係る評価について	76
III-8	医療技術に係る評価について	79

#### IV 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

IV-1	慢性期入院医療に係る評価について	89
IV-2	入院時の食事に係る評価について	93
IV-3	コンタクトレンズに係る診療の評価について	97
IV-4	検査に係る評価について	99
IV-5	歯科診療報酬について	101
IV-6	調剤報酬について	116
IV-7	その他	121

## 老人診療報酬点数表の見直し

### 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
  - 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
- 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。

(例) 老人一般病棟入院基本料は、若人の一般病棟入院基本料と比べ、Ⅱ群の場合の点数や入院期間に応じた加算の点数が異なっているところ、入院基本料の体系を見直す中でこれを一本化することとするが、90日を超えて入院している患者に係る老人特定入院基本料の取扱いは存続する。

(例) 寝たきり老人在宅総合診療料は老人診療報酬点数表にのみ存在するが、若人の在宅時医学管理料と併せて再編し、新たに在宅時医学総合管理料を設ける（後述）。

## 医療費の内容の分かる領収証の交付の義務付け

### 1 基本的考え方

- 保険医療機関等に医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付ける。

### 2 具体的内容

- 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）等を改正し、保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証を無償で交付しなければならないこととする。
  - \* 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）とし、標準的な様式を通知で示すこととする。
  - \* 施行日（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、通知で促すこととする。

[保険医療機関等に交付を義務付ける「医療費の内容の分かる領収証」の標準的な様式（案）]

（医科の様式例）

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
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保険（食事）	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	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

## 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

### 1 基本的考え方

- 診療情報提供料の体系について、患者の視点から見ると同じ情報内容でも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の理解が得にくく、また、そもそも医療機関の機能分化及び連携にどの程度寄与しているのかが必ずしも明らかでないとの指摘があることを踏まえ、現行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。
- セカンド・オピニオン（主治医以外の医師による助言）に係る患者からの要望の高まりを受け、主治医が、セカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの希望に基づき、診療録の写、検査結果、画像の写等の診療に関する情報を提供することについて、新たに診療情報提供料の体系の中で評価する。

### 2 具体的内容

#### [現行の診療情報提供料の体系]

- (A) 「診-診」、「病-病」等の場合： 220点
- (B) 「診-病」、「病-診」等の場合： 290点（逆紹介加算230点）
- (C) 「病-診」（退院時）等の場合： 500点（逆紹介加算 20点）
- (D) 特定機能病院等からの場合： 520点

#### [新たな診療情報提供料の体系]

##### ・ 診療情報提供料（Ⅰ） 250点

（別の保険医療機関での受診の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定できる。）

- \* 患者の退院時に、診療状況を示す文書に、退院後の治療計画、検査結果及び画像の写等を添付した場合には、200点を加算する。

新

##### ・ 診療情報提供料（Ⅱ） 500点

（治療法の選択等に関して第三者の意見を求める患者からの要望を受けて、診療方針を記載した文書等を患者に提供することを通じて患者の紹介を行った場合に算定できる。）

[セカンド・オピニオンの推進]

## 外来迅速検体検査に係る評価の新設

### 1 基本的考え方

- 入院中の患者以外の患者に対して、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場合、患者にとって、検査結果に基づく治療が早期に開始される、医療機関の受診回数を減らすことができる等の利益があることから、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- 入院中の患者以外の患者に対して、初診又は再診時に検体検査を行い、すべての検体検査項目について同日内に結果が報告され、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合について、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。

新

#### ・ 外来迅速検体検査加算 1点

- \* 検体検査1項目ごとに、5項目を限度として算定する。
- \* 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、本加算の対象としない。
  - 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
- \* 本加算の算定に当たっては、検査結果を患者に書面で交付することを要件とする。



## 看護職員等の配置に係る情報提供の推進

### 1 基本的考え方

- 現行の診療報酬体系における「2 : 1看護」は、一般には、入院患者2人につき1人の看護職員が常に配置されていると受け止められがちであるが、実際には、看護職員を各勤務帯で均等に配置したとしても、「勤務帯当たり入院患者10人に1人(実質10 : 1)」の配置でしかない。
- 入院患者に療養環境に係る情報を正しく伝える観点から、入院基本料等の体系について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改めるとともに、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員の数について、入院患者への情報提供を推進する。

### 2 具体的内容

- 入院基本料等について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改め、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員等の入院患者数に対する割合により表記を行う。

(例)

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。

- 日勤帯、準夜帯及び深夜帯のそれぞれで、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。

## 生活習慣病指導管理料の見直し

### 1 基本的考え方

- 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。
  - ・ 生活習慣病に係る総合的な治療管理を評価するものであることから、患者がそ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等の措置を講ずる。

### 2 具体的内容

- 生活習慣病指導管理料の名称を見直すとともに、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。

現 行	改正案
<b>【生活習慣病指導管理料】</b>	<b>【生活習慣病管理料】</b>
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

- 達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるよう、療養計画書の様式を変更する。

[新たな療養計画書の様式 (案)]

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	<b>【検査項目】</b> <input type="checkbox"/> 身長 ( cm) <input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg) →目標( kg) <input type="checkbox"/> BMI ( ) <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm) →目標( cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>【血液検査項目】</b> (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間) ( mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 ( %) →目標( %) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>【問診】</b> <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 <b>【①達成目標】:</b> 患者と相談した目標 { } <b>【②行動目標】:</b> 患者と相談した目標 { }	医師 サイン

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( )) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・ ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ ) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である 指導者サイン <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 指導者サイン <input type="checkbox"/> その他( )
<b>【服薬指導】</b> <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 指導者サイン	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

患者サイン

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)( )回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日: 明・大・昭	年 月 日生( 才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】	【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重: 現在(          kg) → 目標(          kg) <input type="checkbox"/> BMI (          ) <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在(          cm) → 目標(          cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ          良好          肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(          /          mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 (          )	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後(          )時間) (          ) mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在(          %) → 目標(          %) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (          ) mg/dl <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (          ) mg/dl <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (          ) mg/dl <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (          ) mg/dl <input type="checkbox"/> その他 (          )
	【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標 【①達成目標】: 患者と相談した目標 (          ) 【②行動目標】: 患者と相談した目標 (          )			
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量:          )を週(          )回] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量:          )を週(          )回] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他(          )) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項(          ) <input type="checkbox"/> その他(          )	指導者 サイン
	□運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・          ) 時間(30分以上・          ), 頻度(ほぼ毎日・週          日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍          拍/分 or          ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・          ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など(          )	指導者 サイン	指導者 サイン
	□たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		指導者 サイン
	□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他(          )		指導者 サイン
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明		指導者 サイン	
【療養を行うにあたっての問題点】				
【他の施設の利用状況について】				

※実施項目は、□にチェック、(          )内には具体的に記入

患者サイン
-------

## ニコチン依存症管理料の新設

### 1 基本的考え方

- ニコチン依存症について、疾病であるとの位置付けが確立されたことを踏まえ、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、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

#### 新 ○ ニコチン依存症管理料

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。

## がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

### 1 基本的考え方

- 「がん対策推進アクションプラン2005」(平成17年8月25日厚生労働省がん対策推進本部決定)においては、「がん患者や地域医療機関からの相談対応を担う「相談支援センター(仮称)」の設置を要件とする「地域がん診療拠点病院(仮称)」等の整備を推進する」ととされている。
- これを踏まえ、がん診療連携拠点病院に関し、がんの集学的治療、セカンド・オピニオン提供、緩和医療提供、地域医療との連携、専門医師、専門的コメディカルの配置、相談支援センター等を備えた体制について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- 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。

新

#### ・ がん診療連携拠点病院加算(入院初日) 200点

- \* がん診療連携拠点病院については、「がん診療連携拠点病院の整備指針」(平成18年2月1日健発第0201001号、厚生労働省健康局長通知)を踏まえ、要件を設定する。

## 手術に係る施設基準の見直し

### 1 基本的考え方

- 手術に係る施設基準については、医療の質の向上及び効率的な医療提供の観点から導入されたものであるが、
  - ・ 現時点において、我が国においては、年間手術症例数と手術成績との間の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、以下に掲げるように調査及び検証を行うことを前提として、いったん廃止する。
  - ・ 今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、年間手術症例数、患者の重症度等と手術成績との相関関係について、医師の症例数等の他の因子も含め、臨床医学、疫学、統計学等の関係分野の有識者の参加を求めて速やかに調査及び検証を行う。

### 2 具体的内容

- 今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、医療技術評価分科会の下に、臨床医学、疫学、統計学等の関係分野の有識者により構成される検討会（「手術に係る施設基準の在り方に関する検討会（仮称）」）を設置し、医療機関の手術件数とともに医師の症例数など手術成績に影響すると考えられる他の因子を含めて、手術成績との関係に関する調査及び検証を速やかに実施する。
- 手術件数による手術点数に対する加算については、上記検討会における検討結果が得られるまでの間は、我が国における手術件数と手術成績に関するエビデンスが少なく、具体的な手術件数を提示するには更なる検討が必要であること等を踏まえ、いったん廃止することとする。
- 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。

[参考] 現在の加算の対象となっている手術

人工関節術、ペースメーカー移植術、冠動脈、大動脈バイパス術、体外循環を要する手術、経皮的冠動脈形成術、頭蓋内腫瘍摘出術、黄斑下手術、鼓室形成手術、肺悪性腫瘍手術、靱帯断裂形成手術、水頭症手術、肝切除術、子宮附属器悪性腫瘍 等

- なお、年間手術症例数以外の手術に係る情報の院内掲示の在り方についても、上記検討会において併せて検討を行うこととする。



## 在宅療養支援診療所の評価

### 1 基本的考え方

- 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、
  - ・ 在宅療養支援診療所が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション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とともに、
  - ・ このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。

### 2 具体的内容

新

- 以下の要件を満たす医療機関は、在宅療養支援診療所として地方社会保険事務局長に届け出ることができることとする。

#### [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

在宅療養支援診療所とその他の保険医療機関での評価の比較

項目	現行点数		現行		改正案	
			診療所	病院	在宅療養支援診療所	その他の保険医療機関
退院指導料	300	退院時	○	○	—	—
退院時共同指導料	150	退院時	○	○	—	—
在宅患者入院共同指導料	(Ⅰ)310 (Ⅱ)140	入院中	○(Ⅰ)	○(Ⅱ)	◎	○
退院時共同指導加算	(Ⅰ)290 (Ⅱ)360	退院時	○(Ⅰ)	○(Ⅱ)		
寝たきり老人退院時共同指導料	(Ⅰ)600 (Ⅱ)140	退院時	○(Ⅰ)	○(Ⅱ)		
往診料	650	1回につき	○	○	○	○
緊急往診加算 (時間内、夜間、深夜)	(時間内)325 (夜間)650 (深夜)1,300	1回につき	○	○	◎	○
診療時間加算	100	30分ごと	○	○	○	○
死亡診断加算	200	死亡日	○	○	○	○
在宅患者訪問診療料	830	1日につき	○	○	○	○
診療時間加算	100	30分ごと	○	○	○	○
在宅ターミナルケア加算	1,200	死亡日	○	○	◎	○
死亡診断加算	200	死亡日	○	○	○	○
* 特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者で末期の悪性腫瘍の者			×	×	○	×
訪問看護指示料	300	月1回	○	○	○	○
* 特別養護老人ホームの入所者で末期の悪性腫瘍の者			×	×	○	×
在宅時医学管理料(在医管)	3,360	月1回	○	○※1	◎	○※2
在宅末期医療総合診療料(在医総)	処方せんあり 1,495点 処方せんなし 1,685点	1日につき (1週間を単位として算定)	○	○	○	×
寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)	処方せんあり 2,290点 処方せんなし 2,575点	月1回	○	×	◎	○※2
在宅ターミナルケア加算	1,200	死亡日	○	×	◎	○※2
緊急時入院体制加算	100		○	×	—※3	—
24時間連携体制加算	(Ⅰ)1,400 (Ⅱ)1,400 (Ⅲ)410		○	×		

注) 「◎」はその他の保険医療機関より高い評価となるもの、「○」は現行並の評価となるもの  
「×」は算定できないもの、「—」は廃止となるもの。

※1) 許可病床数が200床未満の病院に限る。

※2) 在医管と在総診の再編により、200床未満の病院が追加となる。

※3) 在宅療養支援診療所の要件とし、高く評価することとする。

## 入院から在宅療養への円滑な移行の促進

### 1 基本的考え方

- 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、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる指導について、診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえ、現行の退院指導料、退院時共同指導料等を再編・統合する中で、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。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）】 310点 ・退院時共同指導加算 290点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、その入院先の医師と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料（Ⅰ）】 （紹介元の医療機関が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点 退院後の療養を支援する医師が、入院医療機関の医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合</p> <p>注 1入院につき1回算定できる。ただし、在宅療養支援診療所の医師が、一定の重症患者に対し、入院先の医療機関に赴いて、2回以上の指導を行った場合は、2回まで算定できる。</p>
<p>【在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）】 140点 ・退院時共同指導加算 360点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、入院先の医師が、主治医と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料（Ⅱ）】 （入院先の病院が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 300点 入院医療機関の医師が、退院後の療養を支援する医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予</p>

新

新

<p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅰ）】 600点</p> <p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅱ）】 140点</p> <p>入院中の寝たきり状態の患者に対して、退院後の診療所の主治医と入院医療機関の医師が、退院に際し共同して診療した場合（主治医の診療所は（Ⅰ）を、入院医療機関は（Ⅱ）を算定）</p>	<p>定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合</p> <p>（地域連携退院時共同指導料に統合）</p>
<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・退院時共同指導加算 2,800円</p> <p>保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所にあたって、主治医や職員と訪問看護ステーションの看護師等が共同で、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>	<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・地域連携退院時共同指導加算</p> <p>1 在宅療養支援診療所と連携した場合 6,000円</p> <p>2 1以外の場合 4,200円</p> <p>保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、医師及び訪問看護ステーションの看護師等が共同して、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>
<p>【退院指導料】 300点</p> <p>1ヶ月以上入院した患者に対し、医師が退院時に指導を行った場合</p> <p>【退院時共同指導料】 150点</p> <p>医師、看護師等が、訪問看護ステーションの看護師等と共同して退院指導を行った場合</p>	<p>（廃止）</p> <p>（廃止）</p>

新

## 在宅療養における２４時間対応体制の評価

### 1 基本的考え方

- 現行制度においては、複数の医師の連携等により、寝たきり老人在宅総合診療料の２４時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、患家の求めに応じて対応ができない事例もあることから、複数の医師の連携等により患家の求めに応じて確実に２４時間対応できる体制に係る評価を設ける。

### 2 具体的内容

- 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中で、
  - ・ 在宅療養支援診療所である場合については、２４時間患家の求めに応じて往診又は訪問看護が提供できる体制に係る評価を引き上げる。
  - ・ 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。

現 行	改正案
<b>【寝たきり老人在宅総合診療料】（月１回）</b> イ 処方せん交付する場合 2, 290点 ロ 処方せん交付しない場合 2, 575点 ・ 24時間連携体制加算（Ⅰ） 1, 400点 同一医療機関の複数の医師による体制 ・ 24時間連携体制加算（Ⅱ） 1, 400点 入院医療機関との連携による体制 ・ 24時間連携体制加算（Ⅲ） 410点 地域医師会等による連携体制 <b>【在宅時医学管理料】（月１回）</b> 3, 360点	<b>【在宅時医学総合管理料】（月１回）</b> 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 注1 診療所又は200床未満の病院において、寝たきり状態の患者又は通院困難な患者に対して、訪問診療を月2回以上行った場合に算定できる。

新

<ul style="list-style-type: none"> <li>・常時、往診、訪問看護又は電話等により、対応できる体制を有していること</li> </ul>	<p>注2 1の口又は2の口を算定する場合は、投薬の費用は所定点数に含まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症者加算（月1回） 1,000点 一定の重症患者に対し、医師による往診又は訪問診療を月4回以上行った場合に算定できる。</li> </ul>								
<p>【往診料】 650点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急に行う往診 100分の50に相当する点数を加算</li> <li>・夜間（深夜を除く。）の往診 100分の100に相当する点数を加算</li> <li>・深夜の往診 100分の200に相当する点数を加算</li> </ul>	<p>【往診料】 650点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所の場合 650点</li> <li>2 1以外の場合 325点</li> </ul> </li> <li>・夜間加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所の場合 1,300点</li> <li>2 1以外の場合 650点</li> </ul> </li> <li>・深夜加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所の場合 2,300点</li> <li>2 1以外の場合 1,300点</li> </ul> </li> </ul>								
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 保健師、助産師又は看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 530点</li> <li>ロ 週4日目以降 630点</li> </ul> </li> <li>2 准看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 480点</li> <li>ロ 週4日目以降 580点</li> </ul> </li> </ol> <p>【訪問看護療養費】基本療養費（I）</p> <table border="0"> <tr> <td>看護師等</td> <td>5,300円</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>4,800円</td> </tr> </table>	看護師等	5,300円	准看護師	4,800円	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 保健師、助産師又は看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 530点</li> <li>ロ 週4日目以降 630点</li> </ul> </li> <li>2 准看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 480点</li> <li>ロ 週4日目以降 580点</li> </ul> </li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算（1回につき） 265点 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の医師の指示により、保険医療機関等の看護師等が訪問した場合に、1日につき1回に限り算定できる。</li> </ul> <p>【訪問看護療養費】基本療養費（I）</p> <table border="0"> <tr> <td>看護師等</td> <td>5,300円</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>4,800円</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算 2,650円 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の医師の指示により、訪問看護ステ</li> </ul>	看護師等	5,300円	准看護師	4,800円
看護師等	5,300円								
准看護師	4,800円								
看護師等	5,300円								
准看護師	4,800円								

新

新

新

	ーションの看護師等が訪問した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
--	------------------------------------

- 在宅末期医療総合診療料については、現在、常時、往診、訪問看護又は電話等により対応できる体制を有していることが算定要件となっているが、これを在宅療養支援診療所であることに改める。

## 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 現在、訪問看護における重症者管理加算及び在宅移行管理加算については、一定の状態にある患者について、一律に評価を行っているが、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調査結果を踏まえ、重症度、処置の難易度等の高い患者については、評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【重症者管理加算】 2, 500円/月 【在宅移行管理加算】 250点/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅自己腹膜灌流指導管理</li> <li>・在宅血液透析指導管理</li> <li>・在宅酸素療法指導管理</li> <li>・在宅中心静脈栄養法指導管理</li> <li>・在宅成分栄養経管栄養法指導管理</li> <li>・在宅自己導尿指導管理</li> <li>・在宅人工呼吸指導管理</li> <li>・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理</li> <li>・在宅悪性腫瘍患者指導管理</li> <li>・在宅自己疼痛管理指導管理</li> <li>・在宅肺高血圧症患者指導管理</li> <li>・在宅気管切開患者指導管理</li> <li>・気管カニューレを使用している状態にある者</li> <li>・ドレーンチューブを使用している状態にある者</li> <li>・留置カテーテルを使用している状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者</li> </ul>	<p>【重症者管理加算】 5, 000円/月 【在宅移行管理加算】 500点/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅悪性腫瘍患者指導管理</li> <li>・在宅気管切開患者指導管理</li> <li>・気管カニューレを使用している状態にある者</li> <li>・留置カテーテルを使用している状態にある者</li> </ul> <p>【重症者管理加算】 2, 500円/月 【在宅移行管理加算】 250点/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅自己腹膜灌流指導管理</li> <li>・在宅血液透析指導管理</li> <li>・在宅酸素療法指導管理</li> <li>・在宅中心静脈栄養法指導管理</li> <li>・在宅成分栄養経管栄養法指導管理</li> <li>・在宅自己導尿指導管理</li> <li>・在宅人工呼吸指導管理</li> <li>・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理</li> <li>・在宅自己疼痛管理指導管理</li> <li>・在宅肺高血圧症患者指導管理</li> <li>・ドレーンチューブを使用している状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者</li> </ul>



## 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

### 1 基本的考え方

- 患者が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に、在宅におけるターミナルケアをより評価する。
- 在宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料の算定に係る入院医療の取扱いを見直す。

### 2 具体的内容

- 在宅におけるターミナルケアに係る評価の要件を見直し、在宅療養支援診療所が関与する場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>・ターミナルケア加算 1, 200点</p> <p>1ヶ月以上訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合に算定できる。</p> <p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b></p> <p>・ターミナルケア加算 1, 200点</p> <p>1ヶ月以上訪問看護を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定できる。</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>・ターミナルケア加算（Ⅰ） 10, 000点</p> <p>・ターミナルケア加算（Ⅱ）1, 200点</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の往診又は訪問診療を行った患者に対してターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p> <p>上記に加え、在宅療養支援診療所の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合は、（Ⅰ）を算定できる。</p> <p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b></p> <p>・ターミナルケア加算（Ⅰ） 1, 500点</p> <p>・ターミナルケア加算（Ⅱ）1, 200点</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p> <p>上記について、在宅療養支援診療所の</p>

	医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(I)を算定できる。
<p><b>【訪問看護療養費】</b></p> <p>・ターミナルケア療養費 12,000円</p> <p>1ヶ月以上ターミナルケアを行い、在宅で看取った場合に算定できる。</p>	<p><b>【訪問看護療養費】</b></p> <p>・ターミナルケア療養費 (I) 15,000円</p> <p>・ターミナルケア療養費 (II) 12,000円</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、(II)を算定できる。</p> <p>上記について、在宅療養支援診療所の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(I)を算定できる。</p>

- 現在、在宅末期医療総合診療料については、在宅医療と入院医療とが混在した週は算定できない取扱いとなっているが、在宅療養支援診療所に入院し、ターミナルケアを継続している場合は、在宅末期医療総合診療料を算定できることとする。この場合においては、当該月の入院医療に係る費用は、別に算定できないこととする。

## 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

### 1 基本的考え方

- 地域において、自宅以外にもケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する観点から、訪問診療及び訪問看護の算定要件を緩和する。

### 2 具体的内容

- 介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できることとする。
- 特別養護老人ホームの入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できることとする。
- 医療保険による訪問看護の給付対象について、「医療機関からの訪問看護であるか訪問看護ステーションからの訪問看護であるか」及び「訪問看護の提供先が自宅、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等のいずれであるか」によって、急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）に限られるのか、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も対象となるのかが分かれていた取扱いを改め、すべての場合について、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も、医療保険による訪問看護の給付対象とすることとする。

## 要介護認定者に対する訪問診療・訪問看護の給付について

### 【現 行】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	× ※1	× ※1	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	× ※1	× ※1	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	× ※1	× ※2	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	× ※2	× ※2	× ※3
特別養護老人ホーム	○	○	×	×	× ※4
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

※1 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

※2 急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

※3 医師又は看護婦等が配置されている施設に入居している患者は算定の対象としない。

※4 保険医が配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるもので、特に診療を必要とする場合には算定できる。

### 【改正案】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	△	△	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	△	△	▲
特別養護老人ホーム	○	○	▲	▲	▲
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

## 初再診料、外来診療料等の見直し

### 1 基本的考え方

- 病院及び診療所の初再診料の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることを踏まえ、所要の見直しを行う。
- 外来診療料について、糖代謝に係る他の検査の取扱いとの整合を図る観点を踏まえ、包括範囲の見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 初診料については、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。併せて、外来診療料について、再診料に係る評価の見直しに併せて評価を引き下げる。
- 外来診療料については、血液形態・機能検査としてヘモグロビンA<sub>1c</sub>が包括されているが、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>と同時に実施した場合は主たるもののみ算定するとされているフルクトサミン、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトールは包括されていないことから、外来診療料とは別に算定できて不合理であるとの指摘があることを踏まえ、他の診療報酬項目との整合を図る観点から、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>を包括範囲から除外する。

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A<sub>1c</sub>を包括範囲から除外

## 紹介患者加算の廃止

### 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、紹介患者加算については、紹介率等に応じて6区分に細分化されていて複雑な体系となっており、また、医療機関の機能分化・連携に対して必ずしも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、初診料の紹介患者加算を廃止する。

### 2 具体的内容

- 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。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療法上、紹介率に着目して承認要件が定められていることを踏まえ、入院料等において別途評価を行う。

## 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

### 1 基本的考え方

- 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、初診料又は再診料を1回のみ算定することとされているが、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点から、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評価を行うこととする。

### 2 具体的内容

- 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。
  - \* なお、総合診療外来等については、1つ目の診療科とはみなさない。
  - \* 2つ目の診療科の初診については、加算点数は算定できない。



## DPCによる支払対象病院の拡大

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 「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。
- 「DPC準備病院」として、調査協力病院（228病院）のうち今回DPC対象病院とはならなかったが引き続きDPCの適用を希望する病院を位置付けるほか、新たにDPCの適用を希望する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。

（参考）DPC対象病院となる病院の基準

（平成18年1月11日の診療報酬基本問題小委員会において了承）

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする。
  - ・ 看護配置基準 2：1以上であること
    - \* 現在、2：1を満たしていない病院については、平成20年度までに満たすべく計画を策定すること
  - ・ 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
  - ・ 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
- 上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
  - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
  - ・ 救命救急入院料を算定していること
  - ・ 病理診断料を算定していること
  - ・ 麻酔管理料を算定していること
  - ・ 画像診断管理加算を算定していること

## 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数の見直し

### 1 基本的考え方

- 医療資源の同等性、臨床的類似性、分類の簡素化及び精緻化、アップコーディングの防止等の観点から、診断群分類を見直すとともに、診断群分類ごとの診療報酬点数についても見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 臨床の専門家等により構成される1～16のMDCごとの作業班における検討結果を踏まえ、診断群分類及び点数の見直しを行う。
- 平成17年度のMDC作業班は、以下のような方針で検討を行っており、これにより、診断群分類数は、現行の3,074から約2,500程度に簡素化される見込み。
  - ・ 「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

## DPCにおける入院期間Ⅰの設定方法の見直し

### 1 基本的考え方

- 在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっているが、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。

### 2 具体的内容

- 平成16年改定において、悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、入院日数の25パーセンタイル値（Ⅰ日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行ったが、今回、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う。

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

### 1 基本的考え方

- DPCにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会における検討結果を踏まえ、DPC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。
  - ・ 画像診断管理加算について、包括評価の対象外とする。
  - ・ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料について、包括評価の対象とする。
- 以下の患者については、DPCによる包括評価の対象とせず、出来高算定とする。
  - ・ 平成17年度「7月から10月までの退院患者に係る調査」終了以降に、新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者
  - ・ 自家末梢血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植及び臍帯血移植を受ける患者

## DPCにおける調整係数の見直し

### 1 基本的考え方

- 医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年度改定においては、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。

### 2 具体的内容

- 平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、DPC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。

## リハビリテーションの疾患別体系への見直し

### 1 基本的考え方

- 人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分された現在の体系を改め、疾病や障害の特性に応じた評価体系とする。

### 2 具体的内容

- 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 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 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 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 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
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

\* リハビリテーション料（Ⅱ）は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

\* リハビリテーション料（Ⅰ）は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。

- その際、長期間にわたって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があることから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有

用であると認められる一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定する。

- 併せて、算定日数上限の期間内に必要なリハビリテーションを提供できるよう、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逡減制は廃止する。
- リハビリテーション医療の必要度の高い患者に対し重点的にリハビリテーション医療を提供する観点から、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とする。
- なお、機能訓練室の面積要件については、広大な機能訓練室がなくとも手厚い人員配置により質の高いリハビリテーションの提供が可能な場合もあると考えられることから、緩和する。
- このほか、保険医療機関及び保険医療養担当規則において、保険医の診療の具体的方針が定められているが、理学的療法については、リハビリテーションの医学的な有用性が認知されている現状を踏まえ、見直しを行う。

[現行] 理学的療法は、投薬、処置又は手術によって治療の効果を挙げることが困難な場合であって、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う。

[改正案] リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

## 急性期リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 急性期のリハビリテーションの充実を図る観点から、疾患の特性に着目しつつ、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する一方、現行の早期リハビリテーション加算については廃止する。

### 2 具体的内容

- 疾患の特性に着目しつつ、発症後早期については、1日当たりの単位数が多い場合を評価する観点から、患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和する。

現 行	改正案
<p>理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、合計で、患者1人・1日当たり4単位まで</p> <p>（別に厚生労働大臣が定める患者については、1日当たり6単位まで）</p> <p>* 別に厚生労働大臣が定める患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</li> <li>・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者</li> <li>・ 外来移行加算を算定する患者</li> </ul>	<p>疾患別リハビリテーションについては、合計で患者1人・1日当たり6単位まで</p> <p>（別に厚生労働大臣が定める患者については、1日当たり9単位まで）</p> <p>* 別に厚生労働大臣が定める患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</li> <li>・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者</li> <li>・ ADL加算を算定する患者</li> </ul>

- 併せて、発症後早期について1単位当たりの評価を高くしている早期リハビリテーション加算については、廃止する。



## 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

### 1 基本的考え方

- 現在、個別療法の実施単位数はリハビリテーション従事者 1 人当たり 1 日 18 単位を、集団療法の実施単位数はリハビリテーション従事者 1 人当たり 1 日のべ 54 単位を限度とされている。
- 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 日当たりの実施単位数の上限を緩和する。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
リハビリテーション従事者 1 人・1 日当たり 18 単位まで	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  * 1 日当たりの単位数は、18 単位を標準とし、24 単位を上限とする。  * 1 週当たりの単位数は、非常勤の従事者については、常勤換算で 1 人当たりとして計算する。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

### 1 基本的考え方

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、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。

### 2 具体的内容

#### [算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大]

現 行	改正案
一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態	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
二 大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後3ヶ月以内の状態	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
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3ヶ月以内の状態	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
四 前三号に準ずる状態	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
	五 前四号に準ずる状態

#### [リハビリテーションを要する状態ごとの算定日数上限の設定]

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

## 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 理学療法士等が居宅を訪問して行うリハビリテーションについて、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、退院後早期の患者に対する評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

- 在宅訪問リハビリテーション指導管理料について、1日当たりの点数から1単位当たりの点数に改めるとともに、退院後早期について算定上限を緩和する。

現 行	改正案
<b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】</b> （1日につき） 530点 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、リハビリテーションについて指導した場合</li> <li>・ 週3回まで</li> </ul>	<b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】</b> （1単位につき） 300点 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、訪問によりリハビリテーションを行った場合</li> <li>・ 週6単位まで</li> <li>・ 退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定可</li> </ul>

## その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

### 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、リハビリテーションに係る評価を見直す。

### 2 具体的内容

- 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。

新

#### ・ 障害児・者リハビリテーション料（1単位につき）

6歳未満	190点
6歳～18歳未満	140点
18歳以上	100点

[算定要件]

- ・ 脳性麻痺等の発達障害児・者及び肢体不自由児施設等の入所・通所者を対象患者とする。
- ・ 1日6単位まで
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーションを算定した場合には、本点数は算定できない。

- 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。

現 行	改正案
<b>【摂食機能療法】（1日につき） 185点</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月4回まで</li> </ul>	<b>【摂食機能療法】（1日につき） 185点</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月4回まで</li> <li>・ 治療開始から3ヶ月以内については、毎日算定可</li> </ul>

## 精神病床における急性期の入院医療の評価

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 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、新たに入院後30日以内と30日超とで、点数に段階を設ける。

[現行] 精神科救急入院料（看護職員配置2：1） 2,800点

[改正案] 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

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料1（看護職員配置2.5：1）  
1,640点

[改正案] 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）  
[現行2.6：1に相当]

入院後30日以内 1,900点

入院後30日超 1,600点

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料2（看護職員配置3：1）  
1,580点

[改正案] 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

## 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、14日以内の加算に係る評価を引き上げ、91日以上に加算に係る評価を引き下げる。

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

- 老人精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算についても、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算と同じ点数とする。

14日以内	233点	→	459点
15日～30日以内	233点	→	242点
31日～90日以内	115点	→	125点
91日～180日以内	55点	→	20点
181日～1年以内	32点	→	10点

- なお、精神療養病棟入院料2は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

## 老人性認知症疾患治療病棟の人員配置基準の見直し

### 1 基本的考え方

- 現行の老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2は、看護職員及び看護補助者の配置が同じであるにもかかわらず、生活機能回復訓練室等の設備のみにより点数が区別されており、他の入院料における取扱いとは異なる取扱いがなされている。
- 一方、第4次医療法改正に係る経過期間の徒過により、平成18年3月1日より、精神病床における医療法上の看護職員の人員配置標準が6：1から4：1に引き上げられることとされている。
- 診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえつつ、認知症疾患に対する入院医療を重視する観点から、現行の老人性認知症疾患治療病棟1及び2を統合する中で、老人性認知症疾患治療病棟について、生活機能回復訓練室等の要件を見直すとともに、新たに看護職員の実質配置20：1（現行の看護職員配置4：1）に係る評価を行うこととする。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> 90日以内 1, 290点 90日超 1, 180点 ・看護職員配置6：1 ・看護補助者配置5：1	<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> 90日以内 1, 300点 90日超 1, 190点 ・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25：1 （現行の看護補助者配置5：1）
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> 90日以内 1, 160点 90日超 1, 130点 ・看護職員配置6：1 ・看護補助者配置5：1	<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> 90日以内 1, 060点 90日超 1, 030点 ・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25：1 （現行の看護補助者配置5：1）

## 通院精神療法に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 通院精神療法に係る病院と診療所との点数格差については、提供される医療の内容は同じであり、患者にとって分かりにくいとの指摘があることを踏まえ、病院及び診療所の点数格差を是正する。

### 2 具体的内容

- 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



## 入院精神療法の算定要件の緩和

### 1 基本的考え方

- 現在、外来の精神障害者の家族に対し精神療法を行った場合には、通院精神療法が算定できるが、入院中の精神障害者の家族に対し精神療法を行った場合の評価はなされていない。
- 入院精神療法について、通院精神療法における取扱いとの整合を図る観点から、入退院時に患者の家族に対し精神療法を行った場合にも算定できるよう、算定要件を緩和する。

### 2 具体的内容

- 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。

## 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 現在、精神科デイ・ケアについては、6時間以上を標準とした治療プログラムを提供した場合の評価がなされているが、一方で、精神疾患患者を医療機関内に拘束してしまうことになり、社会復帰させにくいとの問題点が指摘されている。
- 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、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

#### 新 ○ 精神科ショート・ケア

##### 小規模の場合

開始後3年以内の患者	275点（1日につき）
開始後3年超の患者	275点（週5日まで）

##### 大規模の場合

開始後3年以内の患者	330点（1日につき）
開始後3年超の患者	330点（週5日まで）

#### [算定要件]

- ・ 1日3時間以上を標準とする。
- ・ 精神科の医師、作業療法士又は精神科経験を有する看護師等の従事者を配置すること。
- ・ 従事者4人につき25人程度の患者を限度とする。
- ・ ショート・ケアを行う場合、食事加算は算定できない。

## 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

#### 1 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 週3回まで算定可

[改正案] 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。

#### 2 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 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。

[改正案] 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。

## 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

### 1 基本的考え方

- 認知症の患者に対する入院医療の充実を図る観点から、精神病棟における重度の認知症患者に対し、診療報酬上の評価を新たに設ける。

### 2 具体的内容

新

#### 1 重度認知症加算の新設

- 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月以内に限り、1日100点を加算する。

#### 2 老人診療報酬の見直し

- 重度認知症患者入院治療料については、廃止する。

\* 重度認知症患者入院治療料（1日につき）

入院3月以内 365点、3月超 260点

精神症状及び行動異常が特に著しい認知症患者に対し、別に厚生労働大臣が定める病棟において、生活機能回復のための訓練及び指導を行った場合に算定する。ただし、老人性認知症治療病棟入院料を算定した場合は算定しない。

- 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。

\* 認知症老人入院精神療法料（1週間につき）330点（入院6月以内）

老人性認知症疾患治療病棟入院料を算定する医療機関が当該病棟の患者に対して回想法又はリアリティー・オリエンテーション法を用いて治療を行った場合に算定する。

## 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

### 1 基本的考え方

- 認知症のデイ・ケアについては、医療保険と介護保険との双方で評価がなされ、同様のサービスが提供されているところであり、診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえつつ、介護保険との役割分担の明確化を図る。

### 2 具体的内容

- 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。

現 行	改正案
<b>【重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）】</b> 4～6時間未満           705点 6時間以上               1,060点	<b>【重度認知症患者デイ・ケア料】</b> 6時間以上               1,000点
<b>【重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅱ）】</b> 4～6時間未満           953点 6時間以上               1,308点	
* （Ⅰ）は送迎なしの場合、（Ⅱ）は送迎ありの場合に算定	

## 小児に対する心身療法の評価

### 1 基本的考え方

- 発達障害児、引きこもり、不登校等の児童の患者及び思春期の患者に対する精神医療の充実を図る観点から、このような患者に対して心身医学療法を行った場合の加算を新たに設ける。

### 2 具体的内容

- **新** 心身医学療法の20歳未満加算の新設  
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。

## 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

### 1 基本的考え方

- 医療計画の見直しの動向を踏まえつつ、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を評価する観点から、特定の疾患に限り、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、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

新 ○ 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。

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換ための会合を定期的に行われ、診療情報の共有が適切に行われていること
- ・ 平均在院日数17日以内の急性期病院であること 等

新 ○ 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文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換ための会合を定期的に行われ、診療情報の共有が適切に行われていること 等

\* 地域連携診療計画退院時指導料は、地域連携退院時共同指導料と併算定できない。

[対象疾患] 大腿骨頸部骨折の患者

(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合)



## 介護老人保健施設における他科受診の適正評価

### 1 基本的考え方

- 介護老人保健施設には常勤医師が配置されているが、入所者の傷病等からみて必要な場合には往診及び通院が認められている。また、介護老人保健施設では対応できない医療行為については、保険医療機関での請求が認められている。
- 特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療については、通常、他科受診として専門の保険医療機関を受診することとなるが、保険医療機関における費用の請求手続きの煩雑さなどにより、入所者の受診が抑制され入所者の重症化の要因となっているとの指摘がある。
- こうした現状にかんがみ、専門的な診断技術や医療機器を必要とする診療行為については、医療保険により適切に評価することとする。

### 2 具体的内容

- 保険医療機関において「算定不可」とされている特掲診療料のうち、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科及び婦人科に係る一部の診療行為について、「算定可」とする。

[算定不可→算定可となるもの]

眼科	:	精密眼底検査等
耳鼻咽喉科	:	耳処置、鼻処置等
皮膚科	:	いぼ焼灼法等
婦人科	:	膣洗浄等

## 臨床研修病院に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 臨床研修病院入院診療加算の評価を引き上げるとともに、新たに協力型臨床研修指定病院についても、評価の対象とする。
  - ・ 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）30点
    - 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
  - \* 現行の臨床研修病院入院診療加算の施設基準の概要
    - ・ 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

## 脳卒中ケアユニットの評価

### 1 基本的考え方

- 急性期の脳卒中患者に対して、一定の基準を満たす専用病床にて専門の医療職が急性期医療及びリハビリテーションを組織的・計画的に行った場合について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- 急性期の脳卒中患者に対して行う専門的な治療管理を、新たな特定入院料として新設する。

新

- ・ 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。

#### [施設基準]

- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること
- ・ 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が1名以上、当該治療室の専任として常勤していること
- ・ 当該治療室で夜勤を行う看護師は、当該治療室以外で夜勤を併せて行わないこと
- ・ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること
- ・ CT、MRI、脳血管造影等の必要な脳画像診断が常時可能であること
- ・ 当該治療室専任の理学療法士又は作業療法士が1名以上常勤していること
- ・ 当該治療室に入院する患者のうち、8割以上が脳卒中対象疾患であること

## 地域加算の見直し

### 1 基本的考え方

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣が定める地域区分（4区分）に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っているところ。
- 地域加算は、国家公務員給与の調整手当の支給地域及び支給割合を基礎として設定されているが、給与関係法令の改正により、現行の調整手当に替え、新たに地域手当が新設され、支給地域及び支給割合についても変更されることから、このような動向を踏まえつつ、地域加算の取扱いについて見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 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

## 乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実

### 1 基本的考え方

- 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。
- 夜間、休日又は深夜における小児救急医療の充実を図る観点から、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。

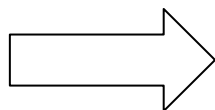
### 2 具体的内容

- 乳幼児加算と時間外加算、休日加算及び深夜加算とを併せて算定する場合には、新たに乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算を算定することとし、乳幼児加算については、時間外、休日又は深夜以外に算定することとする。
  - \* 初診料の乳幼児育児栄養指導加算は指導管理料として独立させ、乳幼児育児栄養指導料とする。
- 新設する乳幼児深夜加算の評価を引上げる。

[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)

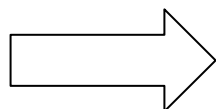


**【改正案（時間外）】**

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)

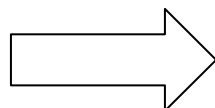


**【改正案（休日）】**

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"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>	<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"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>(2) 450点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 小児科を担当する医師が常時配置されていること</li> <li>・ 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</li> </ul>



## 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、個々の項目でみると、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
<b>【麻酔管理料】</b> 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  <b>【麻酔料】</b> ○ 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	<b>【麻酔管理料】</b> 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  <b>【麻酔料】</b> ○ 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
  - ユーグロブリン分屑プラスミン値測定（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、 $\alpha$ 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.  $\beta$ 2-マイクログロブリン ( $\beta$ 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が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A D L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"> <li>・腎臓食</li> <li>・肝臓食</li> <li>・糖尿食</li> <li>・胃潰瘍食</li> <li>・貧血食</li> <li>・膵臓食</li> <li>・高脂血症食</li> <li>・痛風食</li> <li>・特別な場合の検査食</li> <li>・経管栄養のための濃厚流動食</li> <li>・フェニールケトン尿症食</li> <li>・楓糖尿症食</li> <li>・ホモシスチン尿症食</li> <li>・ガラクトース血症食</li> <li>・治療乳</li> <li>・無菌食</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腎臓食</li> <li>・肝臓食</li> <li>・糖尿食</li> <li>・胃潰瘍食</li> <li>・貧血食</li> <li>・膵臓食</li> <li>・高脂血症食</li> <li>・痛風食</li> <li>・特別な場合の検査食 (削除)</li> <li>・フェニールケトン尿症食</li> <li>・楓糖尿症食</li> <li>・ホモシスチン尿症食</li> <li>・ガラクトース血症食</li> <li>・治療乳</li> <li>・無菌食</li> </ul>

## 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もとに、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

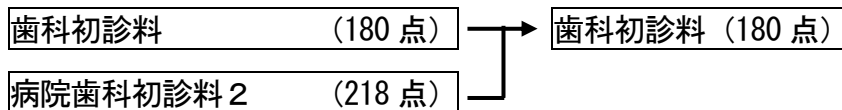
### 1 基本的考え方

- 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

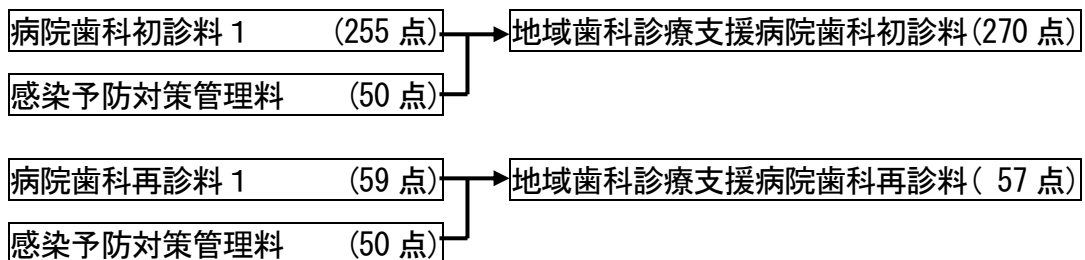


#### ・再診料の見直し



#### ・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

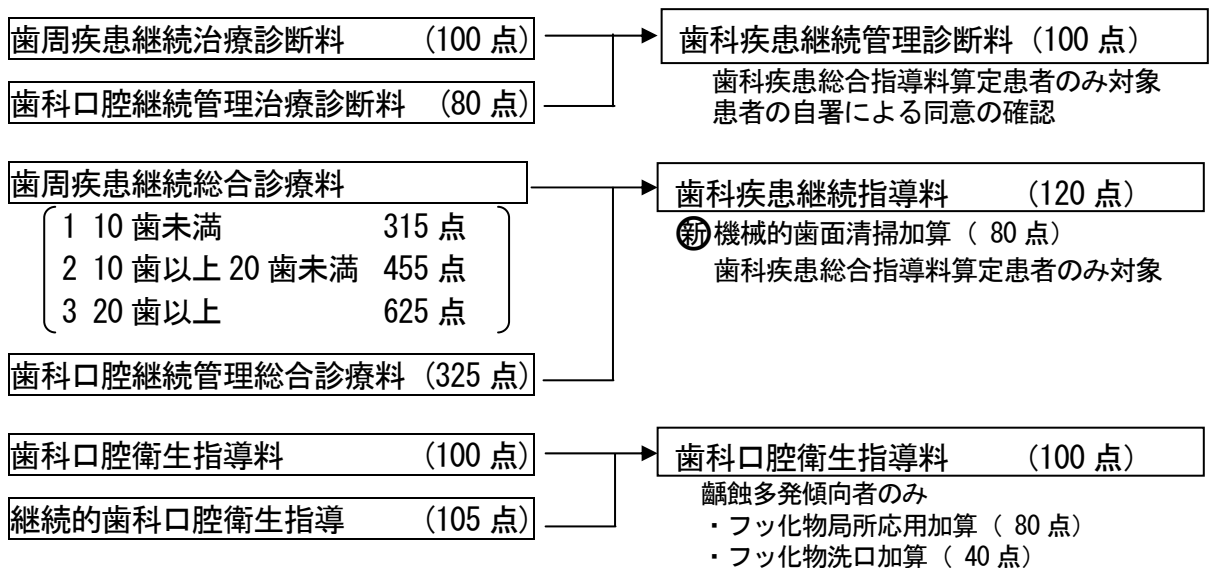
#### ○ 歯科疾患総合指導料の新設

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。

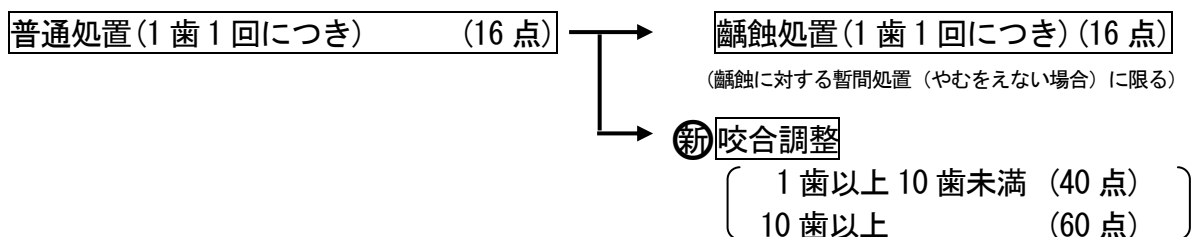
## 適応症、処置内容の明確化

### 1 基本的考え方

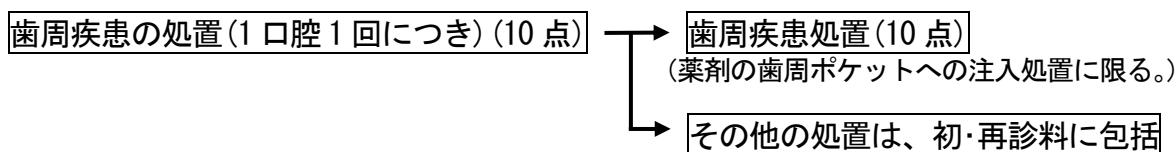
- 現在の歯科診療報酬においては、不明確な適応症、多数の処置に準用等により処置内容等について明確化されていない診療報酬項目があり、必要性の有無、実施された処置内容が患者にとっても医療機関においても分かり難い項目が存在している。
- 患者に分かりやすい診療報酬とするとともに、歯科医療機関においても算定等に対する煩雑さを除去し、効率化を図るために適応症、処置内容等の明確化をはかる。

### 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

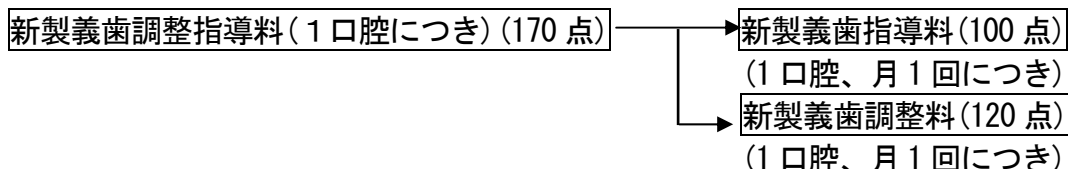
### 1 基本的考え方

- 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

・齲蝕歯即時充填形成(1 歯につき) 120 点 →120 点

・齲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 <span style="float: right;">(印)</span>

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。