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]

	医療区分１	医療区分２	医療区分３
ＡＤＬ区分３	○○○点	○，○○○点	○，○○○点
ＡＤＬ区分２			
ＡＤＬ区分１		○，○○○点	

（認知機能障害加算　○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]

<table>
<tr><td>ＡＤＬ区分３</td><td rowspan="3">○○○点</td><td rowspan="2">○○○点</td><td rowspan="3">○○○点</td></tr>
<tr><td>ＡＤＬ区分２</td></tr>
<tr><td>ＡＤＬ区分１</td><td>○○○点</td></tr>
<tr><td></td><td>医療区分１</td><td>医療区分２</td><td>医療区分３</td></tr>
</table>

（認知機能障害加算　○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○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ＡＤＬの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、その在り方について見直すこととする。

２　具体的内容

[現行]

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

[改正案]

○　療養病床については、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料に係る評価を廃止し、患者分類を用いた新しい療養病棟入院基本料を適用する。その際、一定以上の病棟床面積を有する場合には、療養環境に係る加算を新たに設けて評価する。なお、新しい療養病棟入院基本料の適用に当たっての留意点は、「患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価」において記載したとおり。

○　患者分類を用いた評価の導入に当たっては、現に入院している難病患者及び障害者の医療の必要性に配慮する。

○　一般病床及び精神病床については、長期にわたり療養が必要な患者は本来療養病床において対応すべきであるとの観点を踏まえ、２年間の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。

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）　○○円

［特別食加算の対象の見直し］

現　行	改正案
・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・膵臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 ・経管栄養のための濃厚流動食 ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食	・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・膵臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 （削除） ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食

入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

１　基本的考え方

○　常勤の管理栄養士を配置し、適時・適温の食事を提供した場合に算定できる特別管理加算について、

・　適時・適温の食事の提供の要件については、すでに大半の医療機関で実施されている現状を踏まえ、入院時食事療養（Ⅰ）の算定要件とする一方、

・　常勤の管理栄養士の配置の要件については、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合の加算を新たに設け、

特別管理加算については廃止する。

２　具体的内容

○　特別管理加算を廃止する。

現　行	改正案
・特別管理加算（１日につき）　２００円	（廃止）

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

新　・　栄養管理実施加算（仮称）（１日につき）　○○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目的として、屈折異常の患者に対して眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象となる。

・　コンタクトレンズの処方を行った後、コンタクトレンズ装用者に自他覚症状があるなど、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に算定できる。

○　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（仮称）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)　・　<u>コンタクトレンズ検査料（Ⅰ）（仮称）</u>

初診時　　○○○点

再診時　　○○○点

(新)　・　<u>コンタクトレンズ検査料（Ⅱ）（仮称）</u>

初診時　　○○○点

再診時　　○○点

＊　コンタクトレンズの処方を目的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）（仮称）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（仮称）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	→	○○点	（引下げ）
・Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定量	２０点	→	○○点	（引下げ）

＊　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　→　○○点（引下げ）

○　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（○○○点）
- かかりつけ歯科医再診料（ 45 点）→歯科再診料（　○○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

歯科診療における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

現行		改定後
歯科初診料	（180点）	歯科初診料（○○○点）
病院歯科初診料２	（218点）	↑

・再診料の見直し

現行		改定後
歯科再診料	（ 38点）	歯科再診料（　○○点）
病院歯科再診料２	（ 48点）	↑

㊗新 ・地域歯科診療支援病院歯科初･再診料（仮称）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。

現行		改定後
病院歯科初診料１	（255点）	地域歯科診療支援病院歯科初診料（○○○点）
感染予防対策管理料	（50点）	↑
病院歯科再診料１	（59点）	地域歯科診療支援病院歯科再診料（○○点）
感染予防対策管理料	（50点）	↑

※地域歯科診療支援病院の位置付け：
・　歯科医師か常勤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。

新　・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	○○点
協力型臨床研修指定病院の場合	○○点

※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。

歯科診療における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
初診時	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。

㊊　・初診時の時間外、休日、深夜における小児加算の新設

- 乳幼児時間外加算（○○○点）
- 乳幼児休日加算　（○○○点）
- 乳幼児深夜加算　（○○○点）

㊊　・再診時の時間外、休日、深夜における小児加算の新設

- 乳幼児時間外加算（　○○点）
- 乳幼児休日加算　（○○○点）
- 乳幼児深夜加算　（○○○点）

歯科診療における患者の視点の重視

（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（再掲）　(100 点)
- 歯周疾患指導管理料　(110 点)→○○○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)→○○○点
- 歯科衛生実地指導料　(80 点)
- ㊎ 新製義歯指導料（再掲）　(100 点)
- 歯科訪問診療料 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) (○○○点)
- 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（仮称）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等による署名を求める。

㊎ 歯科疾患総合指導料１（○○○点）（機械的歯面清掃加算　○○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

㊎ 歯科疾患総合指導料２（○○○点）（機械的歯面清掃加算　○○点）
※施設基準として、歯科医師１名以上　等
（歯科疾患総合指導料２は歯科疾患総合指導料１よりも低い評価）

○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

歯周疾患継続治療診断料　（100 点）
歯科口腔継続管理治療診断料　（80 点）
→ 歯科疾患継続管理診断料（○○○点）
歯科疾患総合指導料算定患者のみ対象
患者のサインによる同意の確認

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

歯科口腔衛生指導料　（100 点）
継続的歯科口腔衛生指導　（105 点）
→ 歯科口腔衛生指導料　（○○○点）
齲蝕多発傾向者のみ
・フッ化物局所応用加算（○○点）
・フッ化物洗口加算（○○点）

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

新　・歯周疾患指導管理料　機械的歯面清掃加算（　○○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度実施）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(○○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(○○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	→	○○点
	加算(同時に3分の1顎以上行った場合)		40点	→	○○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	→	○○点
		ロ 小臼歯	60点	→	○○点
		ハ 大臼歯	62点	→	○○点
3	歯周ポケット掻爬(1歯につき)				
		イ 前 歯	55点	→	○○点
		ロ 小臼歯	60点	→	○○点
		ハ 大臼歯	62点	→	○○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 歯周ポケット掻爬術	75点	→	○○○点
2 新付着手術	150点	→	○○○点
3 歯肉切除手術	300点	→	○○○点
4 歯肉剥離掻爬手術	600点	→	○○○○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。

歯科診療報酬における適応症・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

普通処置(１歯１回につき)　(16点)
→ 齲蝕処置(１歯１回につき)(○○点)
（齲蝕に対する暫間処置（やむをえない場合）に限る）
→ 新 咬合調整
（１歯以上10歯未満　(○○点)
　10歯以上　(○○点)）

○処置内容、適応症を明確化する項目

歯周疾患の処置(１口腔１回につき)(10点)
→ 歯周疾患処置(　○○点)
(薬剤の歯周ポケットへの注入処置に限る。)
→ その他の処置は、初･再診料に包括

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用件の見直し

　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)(○○○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)　→　(○○○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)　→　(○○○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)　→　(○○○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。

新製義歯調整指導料（１口腔につき）(170 点) →
- 新製義歯指導料（○○○点）（１口腔、月１回につき）
- 新製義歯調整料（○○○点）（１口腔、月１回につき）

○　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。

有床義歯調整・指導料（１口腔１回につき）（３５点）
有床義歯長期調整指導料（Ⅰ）　（３３０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）

→ 有床義歯調整料（○○点）
（困難加算　○○点）
（・１口腔、月１回につき
・指導料は初・再診料に包括）

歯科診療における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、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（150 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）（50 点）→廃止
・模型調整加算（プラスターベース使用時）（200 点）→廃止
・マルチブラケット装着加算（各ステップに１回）（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。

○　同一診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と歯科診療報酬点数表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　→　○○点
　加算(同時に 3 分の１顎以上行った場合)　40 点　→　○○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　→　○○点
　ロ 小臼歯　60 点　→　○○点
　ハ 大臼歯　65 点　→　○○点

３　歯周ポケット掻爬(1 歯につき)
　イ 前　歯　55 点　→　○○点
　ロ 小臼歯　60 点　→　○○点
　ハ 大臼歯　65 点　→　○○点

根管治療

・抜髄（1 歯につき）
　１　単根管　210 点　→○○○点
　２　２根管　390 点　→○○○点
　３　３根管以上　550 点　→○○○点

・感染根管処置（1 歯につき）
　１　単根管　120 点　→○○○点
　２　２根管　260 点　→○○○点
　３　３根管以上　390 点　→○○○点

・根管貼薬処置（１歯１回につき）
　１　単根管　11 点　→　○○点
　２　２根管　16 点　→　○○点
　３　３根管以上　21 点　→　○○点

歯冠修復

・歯冠形成（1歯につき）

1　生活歯歯冠形成

イ　鋳造冠	290点→○○○点
3/4冠又は前装鋳造冠加算	530点→○○○点
ロ　ジャケット冠	290点→○○○点
ニ　乳歯金属冠	110点→○○○点

2　失活歯歯冠形成

イ　鋳造冠	155点→○○○点
3/4冠又は前装鋳造冠加算	530点→○○○点
メタルコア加算	30点→　○○点
ロ　ジャケット冠	155点→○○○点
ニ　乳歯金属冠	110点→○○○点

4　窩洞形成

イ　単純なもの	40点→　○○点
ロ　複雑なもの	60点→　○○点

・齲蝕歯即時充填形成(1歯につき)　120点→○○○点

・齲蝕歯インレー修復形成(1歯につき)　120点→○○○点

・支台築造（1歯につき）

1　メタルコア

イ　大臼歯	160点→○○○点
ロ　小臼歯及び前歯	135点→○○○点

2　その他　110点→○○○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：○○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、○○点（引下げ）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	→	○○○点	（引上げ）
湯薬（１調剤につき）	１２０点	→	○○○点	（引上げ）

○　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	→	○○点	（引下げ）
ハ　２２日分以上３０日分以下の場合	８０点	→	○○点	（引下げ）
ニ　３１日分以上の場合	８８点	→	○○点	（引下げ）

《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　→　○○点（引下げ）

【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　○○点（引上げ）

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　　　○○点（引下げ）

ロ　月の２回目以降の算定の場合　○○点（引下げ）

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　㊞

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	後発医薬品への変更について 後発医薬品への変更可 保険医署名

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	

【 Ⅳ－７（その他）－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

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］

○　離島等所在保険医療機関以外の場合

		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	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

○　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

［改正案］

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

医師若しくは歯科医師	
70/100以下	50/100以下
○○/100相当の点数	○○/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こととなることから、実情を調査した上で、廃止する方向で検討する。

[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

○　実情を調査した上で、廃止する方向で検討する。

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　→　○，○○○点（引下げ）

○　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　→　○○○点（引下げ）

○　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　→　○，○○○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	→	○○点	（引上げ）

[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	→	○○点	（引下げ）
		ロ	イ以外	４１点	→	○○点	（引下げ）
処方料せん２	１以外	イ	含後発	７１点	→	○○点	（引下げ）
		ロ	イ以外	６９点	→	○○点	（引下げ）
特定疾患処方管理長期投薬加算				４５点	→	○○点	（引上げ）

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。