

平成16年度社会保険診療報酬等の改定概要

I 基本的考え方

- 平成16年度診療報酬改定は、フリーアクセスを原則としつつ、国民皆保険体制を持続可能なものとし、患者中心の質がよく安心できる効率的な医療を確立するという基本的考え方に立って、合理的でメリハリのついたものとする。
- 現状の厳しい経済社会情勢を反映する中で、医療の安全・質の確保、具体的には、DPC、小児医療・精神医療等を重点的に評価し、国民が納得できる改定とすることとし、改定率は±0%とする。

II 主な改定内容

1 医療技術の適正な評価

- 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価
手術の施設基準については、技術集積性とアウトカムとの関係に関する調査・分析を継続することとするが、暫定的措置として、現行の施設基準の見直しを行う。
- 医療技術の評価、再評価
優れた有効性、安全性を有する新たな医療技術を迅速に国民に提供するため、普及性を勘案した上で、優先度の高いものについて保険導入する。併せて、骨髄移植・臍帯血移植やリハビリテーション等を含む既存の技術について、臨床現場における実態等も踏まえた見直しを行う。
- 歯科固有の技術の評価
歯科固有の技術の適正評価として、かかりつけ歯科医の機能や病院歯科機能の充実及び病診の連携の推進、齲蝕や歯周疾患等の重症化予防の評価、在宅歯科医療等の評価、歯及び補綴物の長期維持に関する基本的技術の評価等の見直しを行う。
- 調剤技術の評価
患者の安全性の確保や医薬品の適正使用の推進のため、患者や家族に対する情報提供、服薬管理の推進等の評価、かかりつけ薬剤師の機能の評価等を行うとともに、保険薬局の機能に応じた調剤基本料の区分の見直し等を行う。

2 医療機関のコスト等の適切な反映

① 疾病の特性等に応じた評価

○ 急性期入院医療等の評価

急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価について、診断群分類及び包括評価の範囲について見直しを行うとともに、DPC導入の影響の検証を引き続き行うため、調査協力医療機関についても試行的にDPCを適用してデータ収集の拡大を図り、その評価を検証する。

併せて、集中的な治療が必要で重症度が高い患者を対象とするハイケアユニットの評価を行う。

○ 小児医療の評価

小児救急医療体制、特に夜間診療体制に応じた評価や、専門的な小児入院医療等に対する評価の充実を図るとともに、新生児救急医療について、新生児入院医療管理加算の見直し等の評価の充実を図る。

○ 精神医療の評価

精神医療の充実を図る観点から、医療保護入院等における適切な処遇の確保への対応や標準的な薬物治療の評価を行うとともに、地域への復帰を支援する医療、精神科在宅医療等の評価の充実を図る。

○ 在宅医療の評価

在宅医療の充実を図る観点から、重症者に対する複数回訪問看護、在宅終末期医療の評価の充実等を行う。

② 医療機関等の機能に応じた評価

○ 入院医療

医師の新臨床研修制度の導入に併せ、臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上の評価を行う。

また、地域における救急医療や在宅医療の充実等の役割に着目して、有床診療所の入院について人員配置や機能に応じた評価を行う。

○ 外来医療

外来医療における医療機関の機能分担の明確化の観点から、病院・診療所間の初診料の格差の是正、外来診療料の包括範囲の拡大を行う。

3 患者の視点の重視

① 情報提供の推進

施設基準が設定された手術について、実施件数の院内掲示、当該手術の内容・合併症等に係る書面による患者への説明等の要件化等により、国民に対する情報提供の推進を図る。

② 患者による選択の重視

180日を超える入院に係る特定療養費の適用除外要件について、15歳未満の患者を追加する等の見直しを行う。

〔 なお、一定のエビデンスが認められる抗がん剤等の医薬品の適応外投与について、患者の視点を重視する観点から、今回改定に先立って特定療養費の対象としている（平成16年1月施行済）。 〕

4 診療報酬体系の在り方

- 加算・減算・逡減制・算定制限等について、簡素・合理化の第一歩として、一部項目について見直しを行うとともに、事務処理についても簡素・合理化を図る。
- 老人の診療特性等を踏まえた見直しの第一歩として、歯科診療報酬の一部項目について、一般、老人診療報酬の統合を図る。

5 その他

- 酸素価格の特例及び入院基本料における離島加算の新設により、特定地域へのきめ細かな対応を図る。

Ⅲ 各科の改定内容(主要項目)

医 科

1 医療技術の適正な評価

(1) 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価

① 手術における難易度に基づく評価の精緻化

肺悪性腫瘍手術、食道悪性腫瘍手術、大動脈弁置換術について「難易度」に基づき、点数の相対関係を調整する。

② 手術に関する施設基準の暫定的見直し

手術に関する施設基準について、技術集積性とアウトカムとの関係に関する調査・分析を継続することとするが、地域性・緊急性の考慮や患者への情報提供の推進の観点から、暫定的措置として、以下のような見直しを行う。

(見直しの要点)

- ・ 症例数及び医師経験年数の基準を満たす施設 5/100の加算
- ・ 症例数は基準に満たないが、医師経験年数の基準を満たす施設 減算を行わない
- ・ 症例数及び医師経験年数ともに基準に満たない施設 30/100の減算
- ・ その他、減算とならない施設の要件として、症例数の院内掲示、手術内容・合併症等に係る患者への説明等を新設する。

(2) 重症化予防等の評価

○ 肺血栓塞栓症予防のための医学管理の評価

術後等の重篤な合併症である肺血栓塞栓症の予防のために必要な機器、材料を用いて医学管理を行った場合を評価する。

- ・ 肺血栓塞栓症予防管理料 (新設) → 305点(入院中1回)

(3) 医療技術の評価、再評価

① 新規技術の評価、既存技術の再評価

診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会の調査などにより有効性が確認された技術等について、新たな技術の保険導入及び既存技術の再評価等を行う。

○ 新規技術の保険導入

(医療技術評価分科会の調査によるもの)

- ・ 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 3400点
- ・ 経皮的中心隔心筋焼灼術 22800点
- ・ 放射性同位元素内用療法管理料
 - 甲状腺癌に対するもの 500点
 - 甲状腺機能亢進症に対するもの 250点
- ・ 経尿道的尿管ステント留置術 2270点
- ・ 経尿道的尿管ステント抜去術 1000点

(新規承認の保険医療材料に係る技術)

- ・ 植込み型補助人工心臓 (初日) 30000点
- ・ 両室ペースメーカー移植術 13800点

(高度先進医療技術からの保険導入)

- ・ 体幹部に対する定位放射線治療 63000点
- ・ 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 13600点
- ・ 神経磁気診断 5000点 等

○ 既存技術の再評価

- ・ 骨髄移植・臍帯血移植の評価の充実
- ・ リハビリテーション等の評価の見直し
 - リハビリテーション等の算定制限及び通減制の見直し
 - 集団療法 8単位まで(1月) → 12単位まで(1月)
 - ※ 急性発症した脳血管疾患等の患者であって発症後180日以内のものに限る。 等
 - 消炎鎮痛等処置
 - 器具等による療法、湿布処置の通減の緩和
 - 言語聴覚療法の評価の見直し
 - 言語聴覚療法Ⅲ (新設) → 個別療法 100点
 - 集団療法 40点
 - ※ 算定要件
 - ・ 集団療法学専用室は集団療法を実施する場合のみ要件とする。 等
- ・ 在宅血液透析の導入期の重点評価
- ・ 睡眠時呼吸障害の診断のための検査の評価の見直し

終夜睡眠ポリグラフィー

- 1 携帯用装置を使用した場合 600点 → 720点
- 2 1以外の場合 2200点 → 3300点

- ・ 腫瘍マーカー（PSA）の評価の見直し
癌を強く疑う数値であるが確定診断のつかない症例への定期的測定を可能とする。

等

○ 行われなくなった医療技術等の整理・再評価

- ・ 非観血的マニプレーション → 廃止
- ・ 経尿道的前立腺高温度治療 17400点 → 8550点

② 長期投薬に係る技術の評価

生活習慣病の増加や投薬期間の長期化に伴い、処方時における病態分析と処方管理の評価を充実する。

- ・ 特定疾患処方管理加算
処方期間が28日以上処方を行った場合（月1回 45点）を追加

③ 加算等で評価している材料、医療機器等の適正評価

○ 在宅療養指導管理料の加算の見直し

- ・ 在宅自己注射指導管理料の注入器加算等の見直し
注入器を使用した場合に加算 → 注入器を処方した場合に加算
- ・ 在宅酸素療法指導管理料の携帯用酸素ボンベ加算等の見直し

○ 手術時に使用する自動吻合器、自動縫合器加算の見直し

- ・ 自動吻合器加算 5900点 → 5500点
- ・ 自動縫合器加算 2700点 → 2500点
- ・ 使用回数の上限について、実態に合わせた見直しを行う。

2 医療機関のコスト等の適切な反映

(1) 疾病の特性等に応じた評価

① 急性期入院医療

- 診断群分類別包括評価

- ・ 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）の診断群分類、包括範囲等の見直しを行う。
- ・ DPC導入の影響の検証を引き続き行うとともに、調査協力医療機関についても本支払い方式を試行的に適用してデータ収集の拡大を図り、その評価を検証する。

② 集中的な治療病室の評価

- ハイケアユニット入院医療管理料の新設
一般病棟よりも手厚い体制の治療室で行う重症度の高い患者に対する集中的な治療を評価する。
 - ・ ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）（新設） → 3700点
 - ※ 算定要件
 - ・ 看護配置 看護師 常時4対1以上
 - ・ 特定集中治療室に準ずる設備
 - ・ 8割以上の患者が重症度等を満たしていること 等

③ 慢性期入院医療

- 180日超入院の適用除外要件の見直し
 - ・ 適用除外要件に15歳未満の患者等を追加
- 慢性期病棟等に入院している患者に係る他医療機関受診時の評価の見直し
 - ・ 他の医療機関を受診した日の入院基本料等の算定
15/100 → 30/100

④ 亜急性期（回復期）医療

- 亜急性期入院医療の評価
亜急性期医療を必要とする患者について、一定の入院期間（90日）に在宅復帰等を目的として行う入院医療管理を評価する。
 - ・ 亜急性期入院医療管理料(1日につき)（新設） → 2050点
 - ※ 算定要件
 - ・ 一般病棟の病室単位
 - ・ 看護配置 2.5対1以上
 - ・ 在宅復帰支援を担当する者が配置されていること
 - ・ 退院患者の6割以上が在宅等へ退院していること 等

⑤ 小児医療

専門的な小児入院医療や新生児・小児救急医療体制等に対する評価の充実を図る。

○ 専門的な小児入院医療の評価

- ・ 小児入院医療管理料の在院日数要件や複数病棟での算定の要件の見直し
小児入院医療管理料 1 14日以内 → 21日以内
- ・ 新生児入院医療管理加算 250点 → 750点

○ 小児に対する時間外診療体制の評価

- ・ 小児の外来の時間外加算の評価の見直し
小児科を標榜する医療機関で6歳未満の乳幼児を診療する場合は、当該保険医療機関の診療時間であっても、時間外加算等を算定可能とする。
乳幼児の時間外加算 初診時 102点 → 115点 等
- ・ 地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の見直し
24時間対応 → 夜間・休日の定められた時間に対応
(対応可能時間が地域住民に周知されていること) 等

⑥ 精神医療

○ 医療保護入院等における適切な処遇の確保を評価

医療保護入院等の患者に対する精神保健指定医の計画的な治療管理の評価を行う。

- ・ 医療保護入院等診療料 (入院中1回) (新設) → 300点

※ 算定要件

- ・ 院内に患者行動制限最小化委員会を設置していること 等

○ 精神科包括評価病棟における標準的薬物治療等の評価

精神科の包括評価を行う病棟における非定型抗精神病薬を用いた治療の評価、精神科急性期入院医療の対象へのアルコール依存症の追加等の見直しを行う。

- ・ 特定抗精神病薬治療管理加算 (1日につき) (新設) → 10点

○ 精神科入院患者の地域への復帰支援と在宅医療の評価

- ・ 精神科退院前訪問指導料の訪問回数増と複数職種による訪問の評価
- ・ 精神科訪問看護・指導料における複数名の訪問の評価
- ・ 精神科デイケア等の実施回数の見直し

⑦ 在宅医療

② 外来医療

○ 初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料の評価の見直しを行う。

- ・ 初診料 病院の場合 250点 → 255点
診療所の場合 270点 → 274点

○ 外来診療料の見直し

外来診療の医療機関の機能分化と請求事務の簡素化の観点から、外来診療料の包括範囲を拡大する。

- ・ 外来診療料 68点 → 72点
尿検査、糞便検査及び血液形態・機能検査について包括範囲を拡大

(3) その他のコストの適切な評価

① 医療安全対策の適正評価

褥瘡対策について、従来の未実施減算を見直すとともに、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備等について加算評価を行う。

- ・ 褥瘡患者管理加算（入院中1回） (新設) → 20点
- ・ 褥瘡対策未実施減算の要件の見直し

② 検体検査、画像診断等の適正化

○ 市場実勢価格を踏まえた検体検査料の適正化と緊急時の院内検査体制の評価

- ・ 検体検査管理加算（Ⅰ） 30点 → 40点
- ・ 検体検査管理加算（Ⅱ） 250点 → 300点

○ 画像診断の評価の見直し

- ・ 特殊CT撮影（頭部） 715点 → 710点
- ・ 特殊MRI撮影（頭部） 1760点 → 1500点
- ・ 画像診断管理加算1 48点 → 58点
- ・ 画像診断管理加算2 72点 → 87点 等

3 患者の視点の重視

(1) 情報提供の推進

- 手術の施設基準を見直し、医療機関の診療実績等に関する院内掲示及び患者への説明を充実する。
- 診療計画等の作成と患者への説明に対する評価を充実する。
 - ・ 特定抗精神病薬治療管理加算 (再掲)
 - ・ 褥瘡患者管理加算 (再掲)

(2) 患者による選択の重視

- 特定療養費制度について180日超入院の適用除外要件の見直しを行う。
 - ・ 15歳未満の患者、小児慢性特定疾患治療研究事業の対象患者、育成医療の対象患者を適用除外要件に追加

4 その他

- 特定地域への対応
離島等の特定地域における物流コスト等の評価を行う。
 - ・ 離島等の特定地域における酸素価格の特例
特段の事情がある場合には実態に応じた価格で償還する 等
 - ・ 入院基本料に係る離島加算(1日につき)(新設) → 18点

1 歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価

(1) かかりつけ歯科医機能の評価の充実

患者の視点を重視した情報提供の推進及び継続的な歯科医学的管理の充実を図る観点から見直しを行う。

① かかりつけ歯科医再診料の評価の充実

再診時における治療の進行状況や次回の治療内容等に関する患者の視点を重視した情報提供の充実や口腔内の変化に応じた機能等の評価を行う。

- ・ かかりつけ歯科医再診料 40点 → 45点

うしょく

② 初期齲蝕治療等におけるかかりつけ歯科医の機能の適正評価

初期齲蝕治療等におけるかかりつけ歯科医の機能の評価した継続管理加算について、算定要件をかかりつけ歯科医初診料を算定する者に限定する。

(2) 高次歯科医療を担う病院歯科機能の充実及び連携の推進

病院歯科機能における初診時の治療計画に基づく情報提供及び医科の関連科との連携による指導管理の充実を図る。

① 病院歯科機能における初診時の治療計画に基づく情報提供の充実

- ・ 病院歯科初診料1 250点 → 255点

② 医科の関連科との連携による指導管理及び情報提供の評価の充実

- ・ 歯科特定疾患療養指導料 150点（月2回）
共同療養指導計画加算（新設） → 100点

(3) 全身疾患を有する患者に対する総合的医療管理の評価

一定の全身疾患を有する患者に対するかかりつけ医からの診療情報提供に基づく歯科治療による偶発症等の抑制に係る総合的医療管理に対する評価を行う。

- ・ 歯科治療総合医療管理料（新設） → 250点/月

(4) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置治療の評価

睡眠時無呼吸症候群に対する治療法として、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科医療機関からの診療情報提供に基づき口腔内装置治療の依頼を受けた場合について、床副子を準用して評価を行う。

2 齲蝕や歯周疾患等の重症化予防

(1) 混合歯列期における歯肉炎等の重症化予防治療技術の評価

初診から3月以上経過した歯肉炎以外の治療が終了した病状安定が得られている概ね6～15歳の混合歯列期にある患者に対し、患者の同意に基づき継続管理計画を策定し、1～3月ごとの歯肉炎等の継続管理治療を行う新たな治療体系の評価を行う。

- ・ 歯科口腔継続管理治療診断料 (新設) → 80点
混合歯列期の歯肉炎の継続管理治療の必要性の判断を評価
- ・ 歯科口腔継続管理総合診療料 (新設) → 325点
歯科口腔継続管理治療診断に基づく継続管理計画の策定により、機械的歯面清掃、指導管理等の治療管理が1～3月ごとに行われた場合を評価

(2) 歯周疾患のメンテナンス治療の充実

歯及び補綴物の長期維持管理の推進を図る観点から、長期にわたるメンテナンス治療やブリッジにおけるポンティック部の維持管理の充実を図る。

3 地域医療との連携を重視した在宅歯科医療等の評価

(1) 歯科訪問診療の質の向上と適正化

- ① かかりつけ歯科医による地域の病院歯科等との連携による休日、夜間等における歯科訪問診療の体制の充実を図る。

- ・ 歯科訪問診療料 (1日につき)
 - 1 歯科訪問診療1 830点
 - 2 歯科訪問診療2 380点
- 地域医療連携体制加算 (新設) → 300点/月

- ② 歯科訪問診療の対象者、適切な治療範囲等の整理による適正評価

(2) 訪問歯科衛生指導の適正評価

歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導について、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示書に基づく指導内容の充実等による質の向上と適正化を図る。

- ・ 歯科訪問診療料（1日につき）
訪問指導計画・指示書加算（新設） → 100点
- ・ 訪問歯科衛生指導料
 - 1 複雑なもの

イ	1回目	550点	} → 350点（月4回まで）
ロ	2回目以降	300点	
 - 2 簡単なもの 80点 → 100点

4 その他

(1) 歯及び補綴物の長期維持に関する基本的技術の評価

- ① 歯髄保護治療の評価の充実

直接歯髄覆罩の評価及び治療状況等に関する情報提供の充実を図る。

- ・ 直接^{ふくとう}歯髄覆罩 70点 → 120点

- ② 根管治療に関する適正評価

根管の解剖学的形態等も踏まえ、抜髄、感染根管処置における臼歯部の評価の充実を図る。

- ・ 抜髄（2根管） 380点 → 390点
- ・ 抜髄（3根管以上） 530点 → 550点
- ・ 感染根管処置（2根管） 250点 → 260点
- ・ 感染根管処置（3根管以上） 370点 → 390点

- ③ 歯冠修復・補綴物の製作に関する技術評価

義歯等補綴物の製作技術について、適正評価を行う。

(主な例)

イ 前装鑄造冠	1 2 4 2 点	→	1 2 0 0 点
ロ ポンティック (前装鑄造加算)	8 0 0 点	→	7 7 2 点
ハ 鑄造鉤 (双歯鉤)	2 1 0 点	→	2 2 0 点
ニ 線鉤 (双歯鉤)	1 8 5 点	→	1 9 5 点

④ 補綴物における診断設計技術等に関する評価の充実

補綴時診断の充実を図り、補綴物の装置ごとに応じた総合的な診断設計技術の評価及び患者の視点を重視した補綴物の設計等の概要に係る患者への情報提供の充実を行う。

- ・ 補綴時診断料 (1 口腔につき) 7 0 点
→ 補綴時診断料 (1 装置につき) 7 5 点

(2) 有床義歯調整指導の評価の見直し

義歯の長期維持のための調整技術等を適正評価する観点から、有床義歯長期調整指導の充実及び新製義歯調整指導の簡素化を図る。

- ・ 新製義歯調整指導料
1 2 回目まで 6 5 点
2 3 回目以降 4 0 点 } → 1 7 0 点 / 月
- ・ 有床義歯長期調整指導料 (Ⅲ) (新設) → 7 0 0 点

(3) 有床義歯修理、ブリッジの装着の評価の見直し

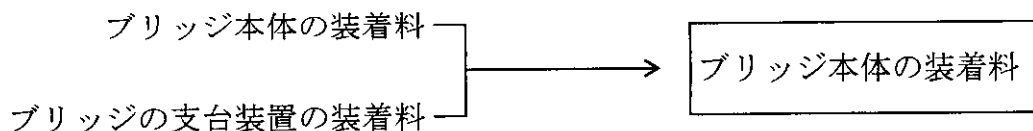
補綴物の装着の適正評価の観点から、有床義歯修理にかかる装着料の適正評価、ブリッジの支台装置ごとの装着料の包括化等を行う。

① 有床義歯修理に係る装着料等の見直し

- ・ 装着
有床義歯 (区分新設) → 有床義歯修理
(1) 少数歯欠損 6 0 点 (1) 少数歯欠損 3 0 点
(2) 多数歯欠損 1 2 0 点 (2) 多数歯欠損 6 0 点
(3) 総義歯 2 3 0 点 (3) 総義歯 1 1 5 点

② ブリッジの支台装置ごとの装着料の包括化

支台装置ごとの装着料をブリッジ本体の装着料に包括し適正評価を行う。



(4) 歯周治療の評価の見直し

歯周基本治療の適正評価の観点から、同一部位に2回以上の歯周基本治療を行った場合の適正化を行う。

- 同一部位に2回以上の歯周基本治療を行った場合
所定点数の100分の50 → 所定点数の100分の30

(5) 矯正治療の適応疾患の見直し

しんがくこうがいれつ

矯正治療の適応疾患として、現行の唇顎口蓋裂等の他に、ターナー症候群などの4つの先天性疾患を追加する。

(6) 一般、老人歯科診療報酬の評価の見直し

診療報酬点数表の簡素化・合理化等を図る観点から、有床義歯調整指導、装着、咬合採得等における一般、老人歯科診療報酬を統合して均一評価とする。



(7) 医科関連項目の見直し

医科・歯科共通の項目について、医科と同様の見直しを実施する。

○ 初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料の評価の見直しを行う。

- 病院歯科初診料1 250点 → 255点 (再掲)
- かかりつけ歯科医初診料 270点 → 274点

調 剤

1 かかりつけ薬剤師の役割を踏まえた情報提供・服薬管理指導等の評価

(1) 薬剤服用歴管理・指導の適正評価

かかりつけ薬剤師として、より一層の綿密な指導を行うことにより医薬品の適正使用を推進する観点から、特別指導の適正化及び重点評価を行う。

- ・ 特別指導加算 月1回目 30点 → 28点
月2回目以降 25点 → 26点
- ・ 麻薬管理指導加算 5点 → 8点

(2) 薬剤情報提供の適正評価

かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、継続的に薬剤を服用する患者にとって特に重要な相互作用（飲み合わせ）等の情報の手帳（いわゆる「おくすり手帳」）への記載を充実することにより、より一層の適正使用の推進を図る。

- ・ 薬剤情報提供料1 15点 → 17点

(3) 長期投薬の処方実態を踏まえた薬剤管理及び情報提供等の評価

従来 of 投薬期間の制限が撤廃され、長期投薬が処方されている実態に鑑み、患者の安全性確保に係る情報提供等についてさらなる評価を行う。併せて、長期にわたる保存の困難性などから、分割して行う調剤についても評価する。

- ・ 長期投薬情報提供料1 15点 → 18点
- ・ 長期投薬情報提供料2 25点 → 28点
- ・ 調剤基本料（分割調剤）（新設） → 5点

2 保険薬局の機能に応じた調剤基本料の評価

1月の処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合により、4区分に分けられている調剤基本料について見直しを行う。

- 調剤基本料（処方せん受付1回につき）

調剤基本料（Ⅰ） a (処方せん受付回数が月4,000回以下、 特定の医療機関の処方せん70%以下)	49点	→	調剤基本料 1 (処方せん受付回数が月4,000回以下、 特定の医療機関の処方せん70%以下)	49点
調剤基本料（Ⅰ） b (処方せん受付回数が月4,000回超、 特定の医療機関の処方せん70%以下)	44点		調剤基本料 2 (処方せん受付回数が月4,000回超、 特定の医療機関の処方せん70%超)	21点
調剤基本料（Ⅱ） a * (処方せん受付回数が月4,000回以下、 特定の医療機関の処方せん70%超)	39点		調剤基本料 3 * (調剤基本料 1 及び 2 以外の場合)	39点
調剤基本料（Ⅱ） b (処方せん受付回数が月4,000回超、 特定の医療機関の処方せん70%超)	21点			
(*) 処方せん受付回数が月600回以下 の場合は44点				(*) 処方せん受付回数の多い上位3 の医療機関に係る処方せんによ る調剤の割合の合計が80%以下の 場合は49点

3 調剤技術の適正評価

(1) 長期投薬の処方実態を踏まえた調剤料の見直し

- 内服剤（1剤につき）（3剤まで）

1 4日分以下の場合

7日目以下の部分（1日分につき） 5点 → 5点

8日目以上の部分（1日分につき） 4点 → 4点

1 5日分以上 2 1日分以下の場合 70点 → 70点

2 2日分以上 3 0日分以下の場合 80点 → 80点

3 1日分以上 6 0日分以下の場合 90点 → 88点

6 1日分以上の場合 95点 → 88点

(2) 医薬品の特性に応じた調剤技術の評価

漢方薬の浸煎剤等については、調剤日数及び剤に基づく調剤料と製された製剤の形態が必ずしも相関していないことから、調剤料と加算からなる仕組みの見直しを行う。

① 調剤料

(例) 15日分の場合 70点 → 廃止

② 自家製剤加算 (浸煎剤、湯剤)

(例) 乳幼児用製剤の場合 105点 → 廃止

③ 一包化加算 (1週間毎)

30点 → 廃止

○ 調剤料

- ・ 浸煎薬 (新設) → 120点 (1調剤につき算定 (3調剤まで))
- ・ 湯薬 (新設) → 120点 (1調剤につき算定 (3調剤まで))
- ・ 一包化薬 (新設) → 97点 (1週間分ごと)

4 在宅医療における薬剤管理指導の評価

在宅のがん末期患者や居宅において中心静脈栄養療法が施されている患者について、患者個々の病態に合わせた在宅医療の充実を図る観点から、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数について見直しを行う。

・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料

月の1回目	500点	}	→	月の1回目	500点
月2回目以降 (4回まで)	300点			月2回目以降 (4回まで)	300点

(がん末期患者及び中心静脈栄養療法対象患者については、週2回かつ月8回までに限り算定。)