

# 06年診療報酬改定 (案)のポイント

～ 中医協資料「平成18年診療報酬改定における  
主要改定項目について(案)」18年2月3日より～

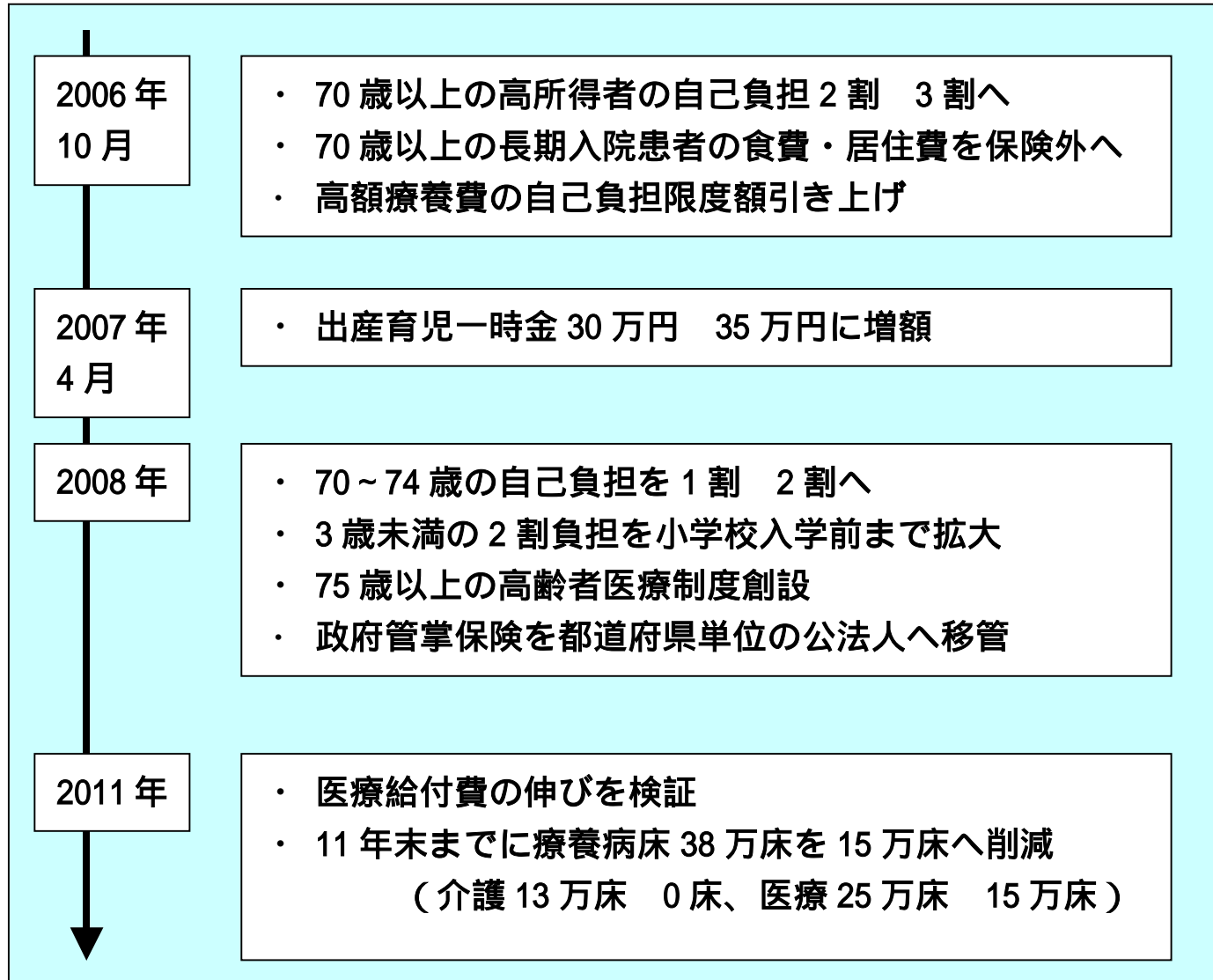
06年2月12日  
(株)日本医療総合研究所  
主席研究員  
工藤 高

# 閣議決定された医療制度改革法案

(06年2月10日)

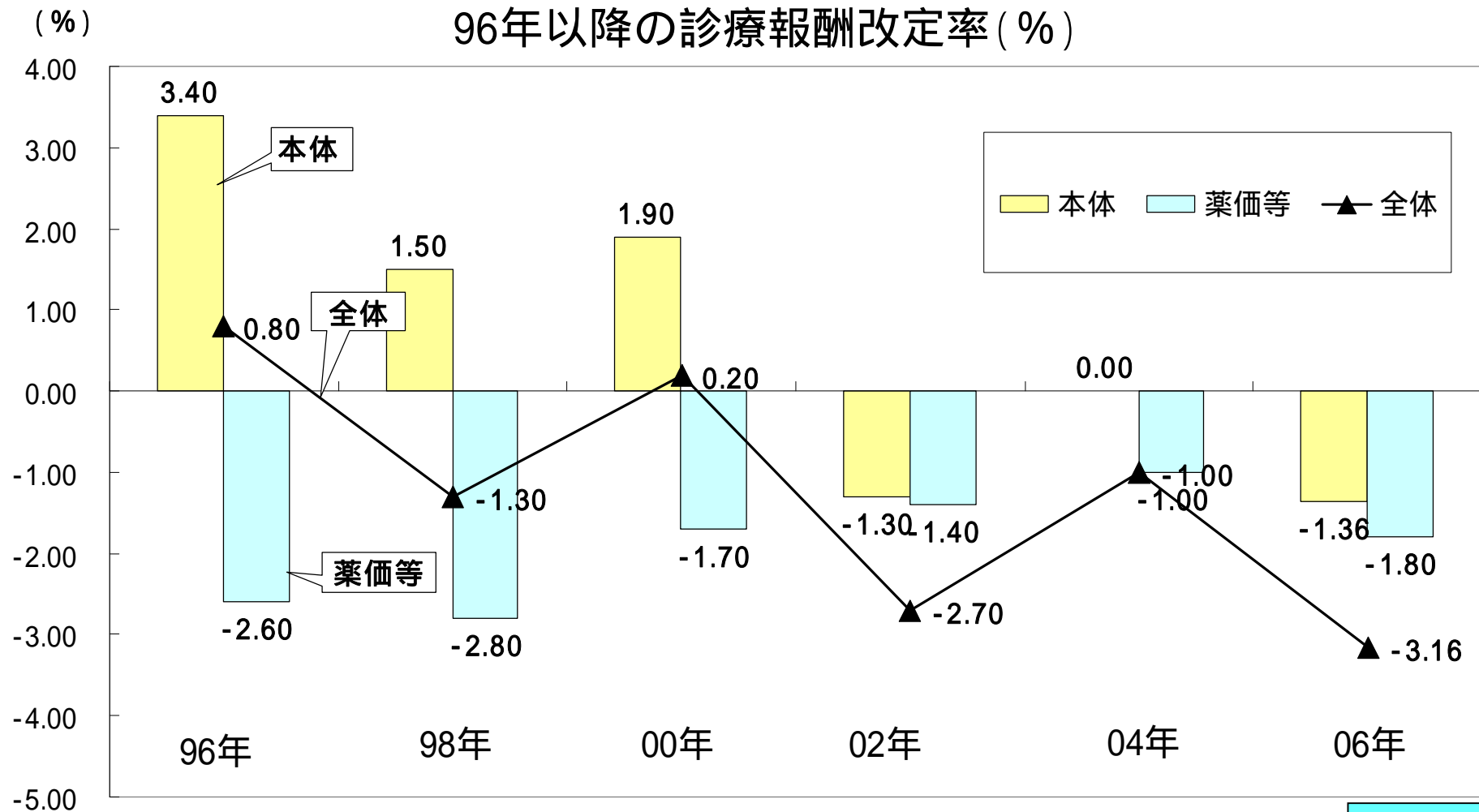
高齢者の自己負担増

2011年末までに療養  
38万床を15万床へ



# 史上最大の診療報酬マイナス改定率

合計 - 3.16% ( 本体 - 1.36%、薬価・材料 - 1.8%)



# 経済学の「囚人のジレンマ」

お互いに協力をすれば結果がよくなるはずなのに相手を出し抜くために悪くなる状況

		囚人 B (政府)	
		黙秘	自白
囚人 A (日医)	黙秘	2, 2	-1, 3
	自白	3, -1	0, 0

お互いに黙秘 (Aが黙秘, Bが黙秘)

Aが黙秘、Bが自白

Aが自白、Bが黙秘

お互いに自白 (Aが自白, Bが自白)

「小泉劇場」にはまった医療提供側  
中医協の権限縮小、発言力低下

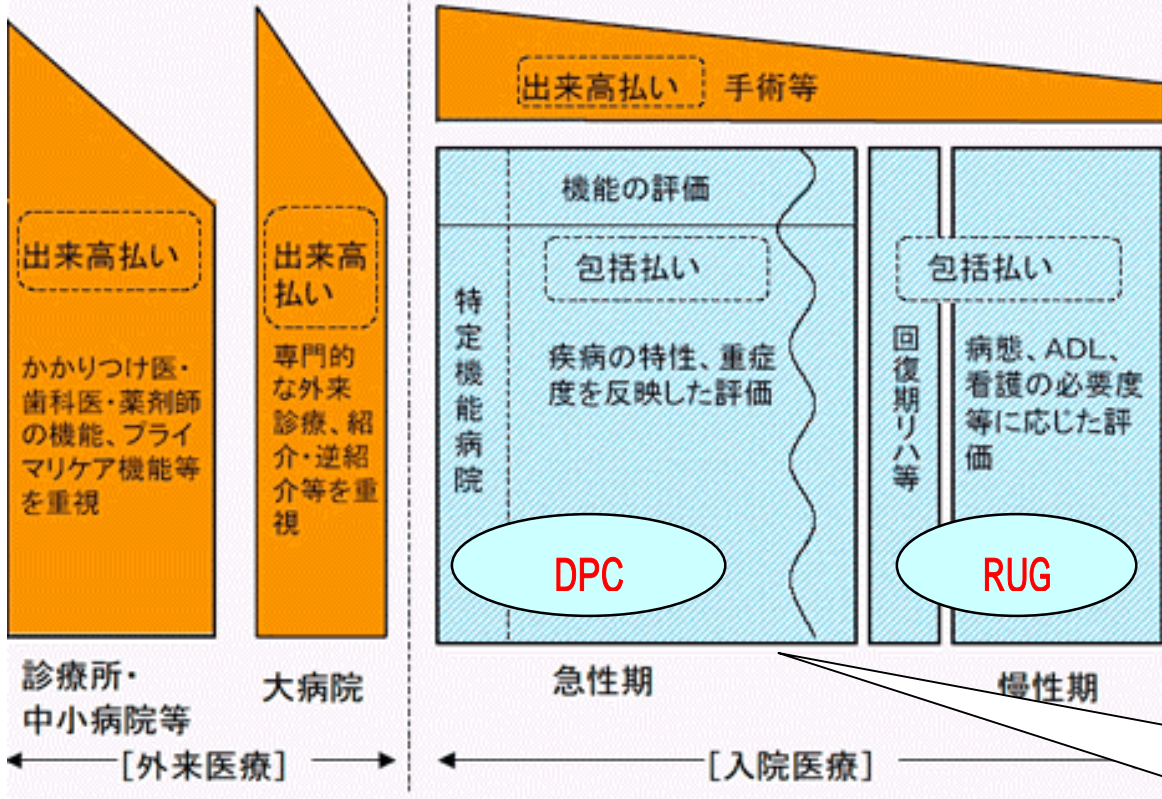
# 診療報酬はコスト・技術・エビデンス・患者の視点からの改革

## 診療報酬体系の基本的考え方

©医療総研

☆医療技術の適正な評価(難易度、時間、技術力を重視)  
 <ドクターフィー的要素>

☆患者の視点の重視  
 ・情報提供の推進  
 ・患者による選択の重視



☆医療機関のコストや機能の適切な反映  
 <ホスピタルフィー的要素>

急性期は包括払いという方向性。ただし、現行のDPCでは一般病床を持つ6000病院のうち最大2000病院MAXか(2対1看護1440病院04年7月)

# 06年診療報酬改定の4つの視点

「2006年度診療報酬改定における主要改定項目について（案）」06年2月3日中医協資料をベースに解説。個々の点数が決定するのは（答申）2月中旬以降。

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

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

## 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- 1 在宅医療に係る評価
- 2 初再診に係る評価
- 3 D P Cに係る評価
- 4 リハビリテーションに係る評価
- 5 精神医療に係る評価
- 6 その他

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

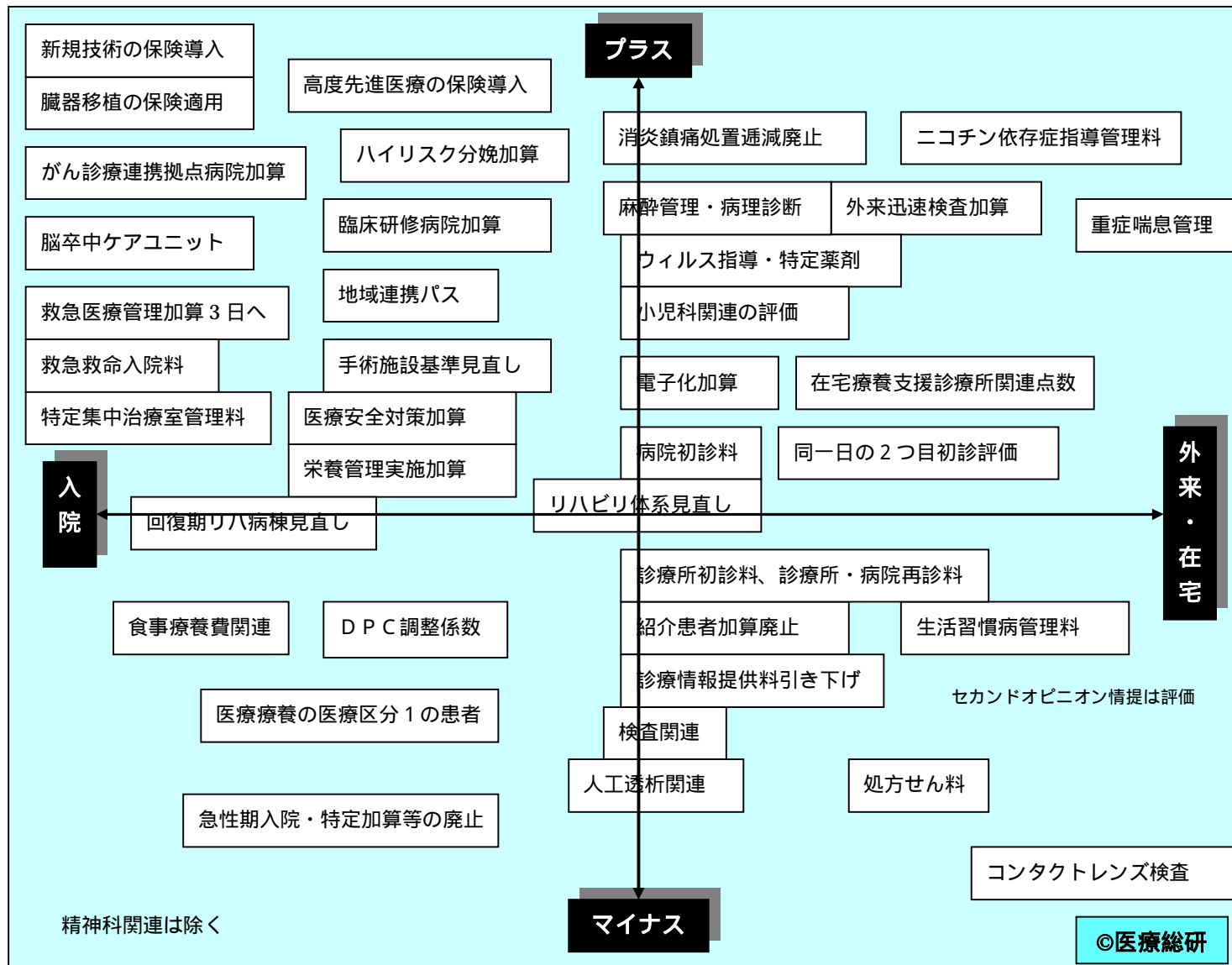
- 1 小児医療及び小児救急医療に係る評価
- 2 産科医療に係る評価
- 3 麻酔に係る評価
- 4 病理診断に係る評価
- 5 急性期入院医療に係る評価
- 6 医療のIT化に係る評価
- 7 医療安全対策等に係る評価
- 8 医療技術に係る評価

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

- 1 慢性期入院医療に係る評価
- 2 入院時の食事に係る評価
- 3 コンタクトレンズに係る診療の評価
- 4 検査に係る評価
- 5 歯科診療報酬
- 6 調剤報酬
- 7 その他

# 06年改定項目のマトリックス

タテ軸の位置は関係ない



# 1つめの視点

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



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

- 1 （診療報酬体系の簡素化について） -

## 老人診療報酬点数表の見直し

老人点数が低い理不尽な  
点数格差是正

ただし、入院90日超包括は  
存続

### 基本的考え方

診療報酬の簡素化の観点から老人点数を一般と1本化

同一の診療行為に対する評価が老人点数表と医科点数表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。

老人一般病棟入院基本料は一本化するが、90日を越えて入院している患者に係る老人特定入院基本料（包括化）は存続

（例） 寝たきり老人在宅総合診療料は老人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（仮称）を設ける。

## 議論が白熱した部分

- 2（医療費の内容の分かる領収書の発行について） -

# 医療費の内容の分かる領収書の交付の義務付け

### 基本的考え方

医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付ける。

- ・ 療養担当規則等を改正して、「医療費の内容の分かる領収書」を無償で交付しなければならないこととする。

「医療費の内容の分かる領収書」とは、個別の費用ごとに区分して記載した領収書（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）

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、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。

3 （患者の視点の重視について）

## 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

### 基本的考え方

- ・患者の視点から情報の提供元及び提供先によって負担が違う疑問
- ・医療機関の機能分化及び連携にも寄与していないため、簡素化して点数は引き下げ
- ・セカンド・オピニオンを求める患者またはその家族からの希望に基づき、情報を提供することを診療情報提供料で評価

### [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

他院紹介インセンティブ  
を少なくした

### [新たな診療情報提供料の体系]

- ・ 診療情報提供料（ ） 点（診療情報提供料（ ）より低い点数）

\* 患者の退院時に、診療状況を示す文章に、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、 点を加算する。

- ・ 診療情報提供料（ ） 点（診療情報提供料（ ）より高い点数）

（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、治療方針を記載した文章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。）

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

- 3（患者の視点の重視について） -

## 外来迅速検体検査に係る評価の新設

後日、再診よりも医療費  
は安くつく、再診の回数減

### 基本的考え方

外来患者に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。

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、検体検査実施料及び外来診療料に対する加算を新設する。

### ・外来迅速検体検査加算（仮称） 点

- ・ 検体検査1項目ごとに、5項目限度  
院内検査が要件の検体検査は本加算の対象としない。  
（尿中一般、尿沈渣、赤血球沈降測定、血液ガス分析、先天性代謝異常症検査）
- ・ 検査結果を患者に書面で交付することを要件

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

- 3 （患者の視点の重視について） -

常時(24時間)2対1  
看護という誤解是正

## 看護職員等の配置に係る情報提供の推進

### 基本的考え方

- ・ 「2：1看護」は入院患者2人につき1人の看護職員が常に配置と勘違い
- ・ 実際には看護職員を各勤務帯で均等に配置しても「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係る表記を改める
- ・ それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員の数を入院患者への情報提供を推進する。

(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。

## 例) 看護職員配置の表記変更

考えられる新たな表記の例〔入院患者数 30 人で実質 10 対 1 (現行「2 対 1」の病棟)〕

(現行) 看護職員配置	看護職員数	看護実質配置	1 勤務当たりの 看護職員数	1 日当たりの 看護職員数	傾斜運用例 (昼、準、深)
2:1	15	実質 10:1	3	9	5,2,2
2.5:1	12	実質 12.5:1	2.4	7	3,2,2
3:1	10	実質 15:1	2	6	2,2,2

1.4対1看護    7対1看護  
 2対1看護    10対1看護  
 2.5対1看護    12.5対1看護  
 3対1看護    15対1看護

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

- 4 （生活習慣病予防等の重症化予防に係る評価について） -

名称を「指導管理」から、「指導」  
をとり、生活習慣病管理料へ変更

## 生活習慣病指導管理料の見直し

### 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、院内処方を引き下げる以上に院外処方を引き下げる。
- ・ 療養計画書の様式を変更し、達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるようにする

現 行	改正案
【生活習慣病指導管理料】	【生活習慣病管理料】
1 処方せんを交付する場合	1 処方せんを交付する場合
イ 高脂血症 1,050 点	イ 高脂血症 点
ロ 高血圧症 1,100 点	ロ 高血圧症 点
ハ 糖尿病 1,200 点	ハ 糖尿病 , 点
	(いずれも、2 の場合よりさらに引下げ)
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 , 点
ロ 高血圧症 1,400 点	ロ 高血圧症 , 点
ハ 糖尿病 1,650 点	ハ 糖尿病 , 点
	(いずれも、引下げ)

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

- 4 （生活習慣病予防等の重症化予防に係る評価について） -

## ニコチン依存症指導管理料(仮称)の新設

効果のほどは？  
検証の対象

### 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。

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

#### [対象患者]

以下のすべての要件を持たず者であること

- ・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
- ・直ちに禁煙を希望し、「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章により同意

#### [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
- ・本指導管理料を算定した患者の禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告
- ・本指導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



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

- 4 （生活習慣病予防等の重症化予防に係る評価について） -

## がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

がん拠点病院  
の評価

### 基本的考え方

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

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

### ・がん診療連携拠点病院加算(仮称) (入院初日) 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。

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

- 5 (手術に係る評価について) -

## 手術に係る施設基準の見直し

4年間の迷走でやっと廃止

手術症例数による医療機関ランキング本ブーム

### 基本的考え方

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調査及び検証を行うことを前提として、いったん廃止。

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を含め臨床医学、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。

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、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、靭帯断裂形成手術、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検討

## 2つ目の視点

質の高い医療を効率的  
に提供するために医療  
機能の分化・連携を推  
進する視点

- 1 (在宅医療に係る評価について) -

届出制  
実質的な24時間体制を評価

## 在宅療養支援診療所(仮称)の評価

### 基本的考え方

高齢者が出来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、新たに在宅療養支援診療所(仮称)を設け

- ・在宅療養支援診療所(仮称)が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、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医療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。

### 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、その連絡先を文章で患者に提供
- ・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、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文章で患者に提出
- ・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、患者の求めに応じて、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の担当看護職員の氏名、担当日等を文章で患者に提供
- ・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
- ・介護支援専門員(ケアマネージャー)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

1 (在宅医療に係る評価について) -

# 入院から在宅医療への円滑な移行の促進

在宅へ向けての  
チーム医療を評価

**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(仮称)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

現 行	改正案
【在宅患者入院共同指導料( )】 310点 ・退院時共同指導加算 290点	【地域連携退院時共同指導料( )】(仮称) (紹介元の医療機関が算定) 1 在宅療養支援診療所(仮称)の場合 , 点 2 1以外の場合 点
【在宅患者入院共同指導料( )】140点 ・退院時共同指導加算 360点	【地域連携退院時共同指導料( )】(仮称) (入院先の病院が算定) 1 在宅療養支援診療所(仮称)の場合 点 2 1以外の場合 点
【寝たきり老人退院時共同指導料( )】 600点 【寝たきり老人退院時共同指導料( )】140点	(地域連携退院時共同指導料(仮称)に統合)
【訪問看護療養費】 ・退院時共同指導加算 2,800円	【訪問看護療養費】 ・地域連携退院時共同指導加算(仮称) 1 在宅療養支援診療所(仮称)と連携 , 円(引上げ) 2 1以外の場合 , 円(引上げ)
【退院指導料】 300点 【退院時共同指導料】 150点	(廃止) (廃止)

- 1 (在宅医療に係る評価について) -

在宅末期は在宅療養  
支援診療所のみ限定

## 在宅療養における24時間対応の体制の評価

### 基本的考え方

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

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(仮称)を新設する中で、

- ・在宅療養支援診療所(仮称)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(仮称)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。
- ・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(仮称)であることに改める。

現 行	改正案
<p>【寝たきり老人在宅総合診療料】(月1回)</p> <p>イ 処方せん交付する場合 2,290点</p> <p>ロ 処方せん交付しない場合 2,575点</p> <p>・ 24時間連帯体制加算( )1,400点 同一医療機関の複数の医師による体制</p> <p>・ 24時間連帯体制加算( )1,400点 入院医療機関との連携による体制</p> <p>・ 24時間連帯体制加算( )410点 地域医師会等による連携体制</p> <p>【在宅時医学管理料】(月1回) 3,360点</p> <p>・ 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</p>	<p>【在宅時医学総合管理料(仮称)】(月1回)</p> <p>1 在宅療養支援診療所(仮称)の場合</p> <p>イ 処方せん交付する場合 点</p> <p>ロ 処方せん交付しない場合 点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 処方せん交付する場合 点</p> <p>ロ 処方せん交付しない場合 点</p> <p>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。</p> <p>注2 1のロ又は2のロを算定する場合は、投薬の費用は所定点数に含まれる。</p> <p>・重症者加算(月1回) 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。</p>

<p>【往診料】 650点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急に行く往診 100分の50に相当する点数を加算</li> <li>・ 夜間(深夜を覗く)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(仮称)の場合 点</li> <li>2 1以外の場合 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(仮称)の場合 点</li> <li>2 1以外の場合 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(仮称)の場合 点</li> <li>2 1以外の場合 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( )</p> <table> <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(1回につき) 点</li> </ul> <p>緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所(仮称)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</p> <p>【訪問看護療養費】基本療養費( )</p> <table> <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 , 円</li> </ul> <p>緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所(仮称)の医師の指示により、看護ステーションの看護師等が訪問した場合に、1日につき1回限り算定できる。</p>	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								



- 1 (在宅医療に係る評価について) -

訪問看護も患者に応じた評価

# 患者の重度症等を反映した訪問看護の評価の見直し

## 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。

現 行	改正案
【重症者管理加算】2,500円/月 【在宅移行管理加算】250点/月	【重症者管理加算】 円/月 【在宅移行管理加算】 点/月 (いずれも引上げ)
<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>	<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> 【重症者管理加算】2,500円/月 【在宅移行管理加算】250点/月 <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>

- 1 (在宅医療に係る評価について) -

## 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

ターミナルの  
評価

### 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、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

- ・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（仮称）が関与する場合の評価を上げる。
- ・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、在宅医療支援診療所（仮称）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。

現 行	改正案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア加算 1,200点</li> </ul> <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>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア加算 1,200点</li> </ul> <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>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア加算( ) 点(引上げ)</li> <li>・ ターミナルケア加算( ) 1,200点</li> </ul> <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、( )を算定できる。</p> <p>上記に加え、在宅療養支援診療所(仮称)の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合は、( )を算定できる。</p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア加算( ) 点(引上げ)</li> <li>・ ターミナルケア加算( )1,200点</li> </ul> <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、( )を算定できる。</p> <p>上記について、在宅療養支援診療所(仮称)の医師と連携しその支持を受けて行った場合は、( )を算定できる。</p>
<p>【訪問看護療養費】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア療養費 12,000円</li> </ul> <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>【訪問看護医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ターミナルケア療養費( ) 円(引上げ)</li> <li>・ ターミナルケア療養費( ) 12,000円</li> </ul> <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、( )を算定できる。</p> <p>上記について、在宅療養支援診療所(仮称)の医師と連携しその支持を受けて行った場合は、( )を算定できる。</p>

- 1 (在宅医療に係る評価について) -

介護施設での医療保険算定制限緩和

## 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

### 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

- ・ 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（仮称）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。
- ・ 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（仮称）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。
- ・ 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。表は省略

- 2 (初再診に係る評価について) -

## 初再診料、外来診療料等の見直し

診療所が最も痛い部分  
200床以上病院の初診料自費案は  
消滅

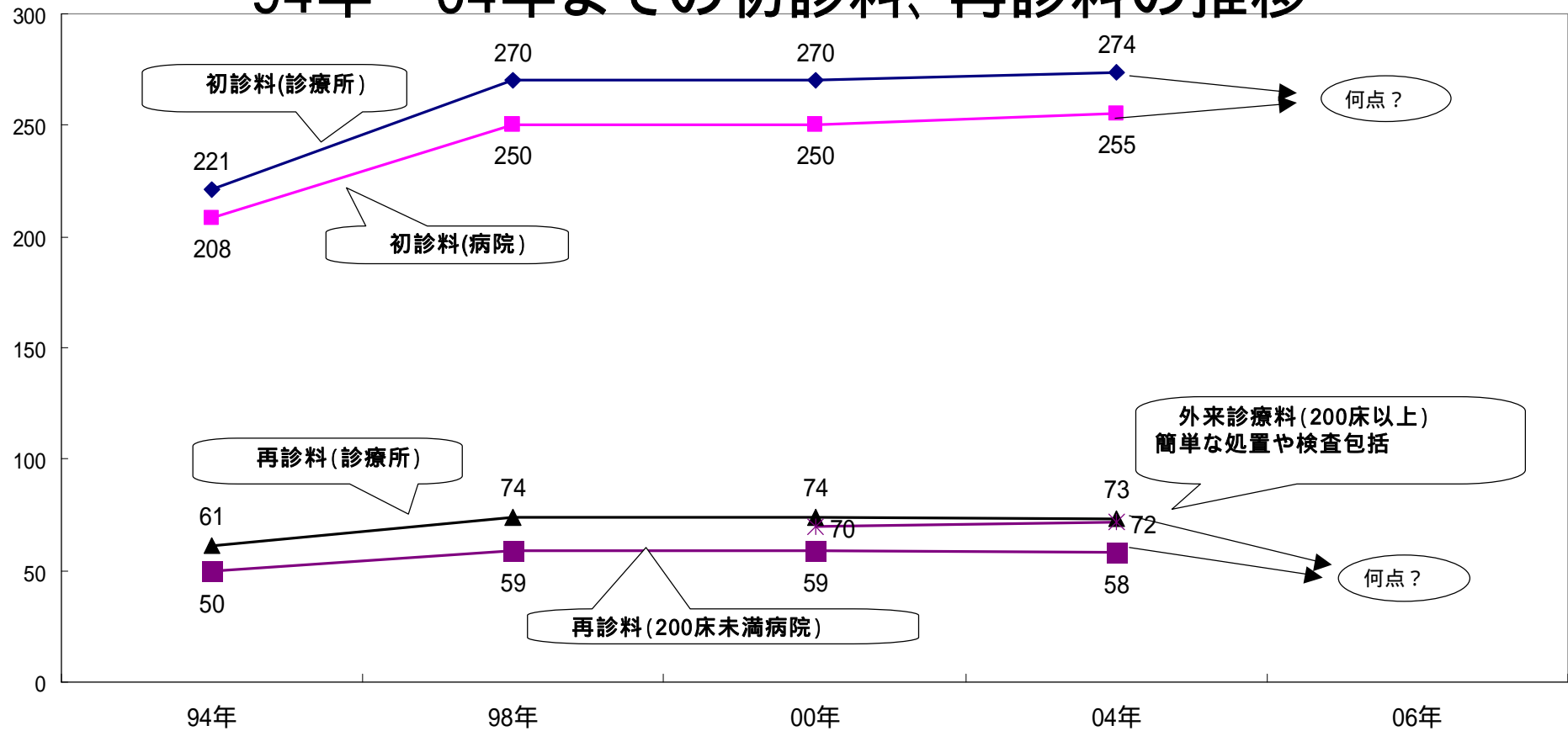
### 基本的考え方

- ・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。

- ・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。
- ・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、継続管理加算についても引き下げる。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、ヘモグロビンA1cを包括範囲から除外する。

・初診料	病院の場合	255点	→	点
	診療所の場合	274点		
	(病院:引上げ)	(診療所:引下げ)		
・再診料	病院の場合	58点		点(引下げ)
	診療所の場合	73点		点(病院以上に引下げ)
・継続管理加算		5点		点(引下げ)
・外来診療料		72点		点(引下げ)
		ヘモグロビンA1cを包括範囲から除外		

# 94年～04年までの初診料、再診料の推移



- 2 (初再診に係る評価について) -

## 紹介患者加算の廃止

紹介率廃止という突然の方針転換  
「医療連携室」はどのような

### 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この指摘もあることから、**初診料の紹介患者加算を廃止**。

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。

- 3 (初再診に係る評価について) -

数少ない朗報

## 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

### 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、初診療又は再診料を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

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、所定定数の100分の 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。



- 3 (DPCに係る評価について) -

## DPCによる支払対象病院の拡大

やがては急性期病院の  
スタンダード支払方式か

### 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。

- ・「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の対象、試行、調査協力病院数(05年11月現在)

	数	開始	内訳
DPC対象病院	82	03年4月～	全国80の大学病院本院と国立癌・循環器センター
DPC試行的適用病院	62	04年4月～	手挙げ方式により、民間病院を含む
DPC調査協力病院	228	05年7月～10月のデータを調査	手挙げ方式であり、調査のみでDPCによる支払は伴わない

急性期病院の踏み絵の要件

ただし、100床前後の専門病院に努力規定は無理なものが多い

(参考) D P C 対象病院となる病院の規準

(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)

D P C 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

・基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

- 3 (DPCに係る評価について) -

## 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

### 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。

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2500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

アップコーディングというDPC永遠の課題

- 3 (DPCに係る評価について) -

## DPCにおける入院期間 の設定方法の見直し

### 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日あたりの包括点数は、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(入院期間の設定方法の見直し)を行う。

平成16年改正において、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( 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置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。

短期入院の矛盾を是正

- 3 (DPCに係る評価について) -

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

放射線科医の評価

術前・術後はこれまで出来高だった矛盾  
是正

### 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。

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決移植を受ける患者

- 3 (DPCに係る評価について) -

## DPCにおける調査係数の見直し

いよいよ調整係数廃止が視野へ

### 基本的考え方

医療機関別に調査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年度改正においては、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。

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

# DPC病院の入院料、加算算定状況(厚労省05年12月公表)

		算定病院数			算定病院の割合(%)		
		DPC 対象 病院	DPC 施行的 適用 病院	DPC 調査 協力 病院	DPC 対象 病院	DPC 施行的 適用 病院	DPC 調査 協力 病院
No	合計	82	62	228	100.0	100.0	100.0
1	一般病棟入院基本料1(2対1看護)	1	48	183	1.2	77.4	80.3
2	一般病棟入院基本料2(2.5対1看護)	0	14	44	0.0	22.6	19.3
3	特定機能病院入院基本料1(2対1看護)	81	0	0	98.8	0.0	0.0
4	特定機能病院入院基本料2(2.5対1看護)	0	0	0	0.0	0.0	0.0
5	専門病院入院基本料1(2対1看護)	0	0	1	0.0	0.0	0.4
6	専門病院入院基本料2(2.5対1看護)	0	0	0	0.0	0.0	0.0
7	特定集中治療室管理料	81	31	117	98.8	50.0	51.3
8	新生児特定集中治療室管理料	50	8	39	61.0	12.9	17.1
9	広範囲熱傷特定集中治療室管理料	5	1	3	6.1	1.6	1.3
10	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	13	3	7	15.9	4.8	3.1
11	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	14	3	7	17.1	4.8	3.1
12	救命救急入院料	30	6	47	36.6	9.7	20.6
13	小児入院医療管理料	0	24	66	0.0	38.7	28.9
14	ハイケアユニット入院医療管理料	3	7	13	3.7	11.3	5.7
15	入院時医学管理加算	15	11	39	18.3	17.7	17.1
16	紹介外来加算	82	33	121	100.0	53.2	53.1
17	紹介外来特別加算	15	14	47	18.3	22.6	20.6
18	急性期入院加算	9	28	115	11.0	45.2	50.4
19	急性期特定入院加算	0	14	44	0.0	22.6	19.3
20	地域医療支援病院入院診療加算	1	6	30	1.2	9.7	13.2
21	臨床研修病院入院診療加算	55	40	170	67.1	64.5	74.6
22	診療録管理体制加算	63	61	218	76.8	98.4	95.6
23	10対1看護補助加算	21	10	45	25.6	16.1	19.7
24	15対1看護補助加算	14	9	21	17.1	14.5	9.2
25	画像診断管理加算	82	51	191	100.0	82.3	83.8
26	麻酔管理料	80	53	207	97.6	85.5	90.8
27	病理診断料	81	35	145	98.8	56.5	63.6

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

## リハビリテーションの疾患別体系への見直し

リハビリのハコモノ評価を  
シャッフルして4つへ類型化  
上限設定と集団療法廃止

### 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。

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。

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おこな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機関を踏まえ、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、算定日数の上限を設定する

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。



	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( )	点	点	点	点
リハビリテーション料( )	点	点	点	点
算定日数の上限	180点	150日	90日	150日

リハビリテーション料( )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( )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

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

急性期リハビリの評価

# 急性期リハビリテーションの評価

## 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、現行の早朝リハビリテーション加算については廃止する

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日当たりの算定の算定単位数の上限を緩和する。

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。

現 行	改正案
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 (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)	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 (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)
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 別に厚生労働大臣が定める患者</li> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 別に厚生労働大臣が定める患者</li> <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>

疾患別リハビリテーションについては、1人の患者複数のリハビリテーションの要件をそれぞれ満たす場合には、それぞれ算定できることとするが、その場合も合計で1人・1日当たり6単位までとする

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

## 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

### 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。

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  18単位×5日間 = 90単位	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  18単位×6日間 = 108単位 * 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。

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

回復期リハも経営二極分化  
入院要件が厳しく、算定上限も短縮

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

[算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大]

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。

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1ヶ月以内の状態	算定開始後 60日

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

在宅リハは大きな評価

## 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

### 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。

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
<p>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】(1日につき)530点</p> <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>	<p>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料(1単位につき)】 点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>理学療法士、作業療法士又は言語視覚士が、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>

- 4 (リハビリテーションに係る評価について) -

障害者リハ、摂食機能リハの評価

## その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

### 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。

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。

### ・障害児・者リハビリテーション料(仮称)(1単位につき)

6歳未満	点
6歳～18歳未満	点
18歳以上	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

脳血管患者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
【摂食機能療法】(1日につき) 185点 ・月4回まで	【摂食機能療法】(1日につき) 185点 ・月4回まで ・治療開始から3ヶ月以内については、毎日算定可

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 精神病床における急性期の入院医療の評価

### 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、精神科救急入院科及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

精神科救急入院料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
[改訂案]	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	, 点 (引上げ)
	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
[改訂案]	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	, 点 (引上げ)
	入院後30日超	, 点 (引下げ)
[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
[改訂案]	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	, 点 (引上げ)
	入院後30日超	, 点 (引下げ)

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

### 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上げ、長期入院の評価を引き下げる

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	点(引上げ)
15日～30日以内	242	242点
31日～90日以内	125点	125点
91日～180日以内	40点	点(引き下げ)
181日～1年以内	25点	点(引き下げ)

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	点(新設)
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	点(引き下げ)
181日～1年以内	32点	点(引き下げ)

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。



- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 老人性認知症疾患治療病棟の人員配置基準の見直し

### 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、ほかの入院料における取り扱いとは異なる取り扱いがなされている。

・ 一方、第4次医療法改正に係る経過機関の経過により、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。

### 具体的内容

現行		改正案	
【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】		【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】	
90日以内	1,290点	90日以内	, 点(引上げ)
90日超	1,180点	90日超	, 点(引上げ)
	・ 看護職員配置 6 : 1		・ 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)
【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】		【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】	
90日以内	1,160点	90日以内	, 点(引上げ)
90日超	1,130点	90日超	, 点(引下げ)
	・ 看護職員配置 6 : 1		・ 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)

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 通院精神療法に係る評価の見直し

### 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。

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

診療所の場合	370点	点(引下げ)
病院の場合	320点	点(引上げ)

- 5（精神医療に係る評価について） -

## 入院精神療法の算定要件の緩和

### 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て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り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に、算定要件を緩和する。

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

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

### 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、短期間のケアについて、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 精神科ショート・ケア

開始後3年以内の患者 点(1日につき)

開始後3年超の患者 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。
- ・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。

- 5（精神医療に係る評価について） -

## 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

### 基本的考え方

精神科訪問看護・指導料及び精神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。

### 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月を越える患者に対して3回に限り算定できる

[改正案] 入院後6月を越える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

### 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。

### 1 重度認知症加算（仮称）に新設

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 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、既に老人性認知症患者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治療料（1週間につき）330点（入院6月以内）  
老人性認知症患者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。

- 5 (精神医療に係る評価について) -

## 重度認知症患者デイ・ケア科の見直し

### 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測る。

算定対象となる重度認知症患者の定義に、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・ケア科( )と( )とを統合するとともに、診療実態を踏まえ、4～6時間未満の診療に関わる評価は廃止する。

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

- 5（精神医療に係る評価について） -

## 小児に対する心身療法の評価

### 基本的考え方

発達障害児、引きこもり、不登校当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。

### 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点を加算する。



- 6 (その他) -

## 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

### 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。

### 地域連携診療計画管理料（仮称）（入院時） \_\_\_\_\_ 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または家族に提供した場合に、入院時に算定できる。

- ・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 \_\_\_\_\_ 日以内の急性期病院であること \_\_\_\_\_ 等

### 地域連携診療計画退院時指導料（仮称）（退院時） \_\_\_\_\_ 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て文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

- ・複数の連携医療機関間で共有する患者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（仮称）は、地域連携退院時共同指導料（仮称）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）

- 6 (その他) -

介護療養廃止への布石？

## 介護老人保健施設における他科受診の適正評価

### 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。

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

- 6 (その他) -

これまでの30点が低すぎ  
協力型も評価

## 臨床研修病院に係る評価の見直し

### 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。

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 点
- 協力型臨床研修指定病院の場合 点

### \* 現行の臨床研修病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

- 6 (その他) -

脳外科医に待望のストロークユニット

## 脳卒中ケアユニットの評価

### 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食が急性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。

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。

**脳卒中ケアユニット入院医療費管理料（仮称）（1日につき）** ， **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 年以上を有する医師が 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 又はその端数を増やすごとに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 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、 割以上が脳卒中対象疾患であること

- 6 (その他) -

## 地域加算の見直し

### 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で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とされていることから、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。

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制が公布されたことを受けて、平成18年度診療報酬改定における対応を検討する。

## 3つ目の視点

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

- 1 (小児医療に係る評価について) -

小児科の深夜受診を評価

## 乳幼児深夜加算（仮称）等の新設及び評価の充実

### 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。

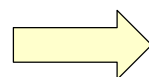
乳幼児加算と時間外加算、休日加算及び深夜加算と併せて算定する場合には、新たに乳幼児時間外加算（仮称）、乳幼児休日加算（仮称）及び乳幼児深夜加算（仮称）を算定することとし、乳幼児加算については、時間外、休日又は深夜以外に算定することとする。

\* 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（仮称）の評価を引き上げる。

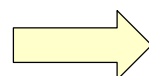
## [初診の場合]

<b>【現行（時間外）】</b>	
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)



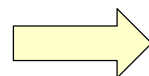
<b>【改正案（時間外）】</b>	
乳幼児時間外加算（仮称）	200点

<b>【現行（休日）】</b>	
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)



<b>【改正案（休日）】</b>	
乳幼児休日加算（仮称）	365点

<b>【現行（深夜）】</b>	
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)



<b>【改正案（深夜）】</b>	
乳幼児深夜加算（仮称）	点
	(引上げ)



- 1 (小児医療に係る評価について) -

小児入院料の評価

## 小児入院医療に係る評価の見直し

### 基本的考え方

現在、小児科の常勤医師の配置等脳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用件の取り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。

### 小児入院管理料の評価を引き上げる

小児入院医療費管理料1	3.000点	,	点 (引き上げ)
小児入院医療費管理料2	2.600点	,	点 (引き上げ)

小児入院患者の療養生活指導の充実を図るため、プレイゲーム、保育士等加算を引き上げ。  
プレイルーム、保育士等加算 80点 点 (引き上げ)

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通勤の場合と同時鬼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。

- 1 (小児医療に係る評価について) -

小児科連携体制の評価

## 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

### 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圏に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。

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】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) 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は位置されていること</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>

- 1 (小児医療に係る評価について) -

小児科手術の評価

## 小児医療における手術の通則加算の見直し

### 基本的考え方

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

個々の手術の特性に応じて加算を設ける取り扱いとする中で、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。

- 1 (小児医療に係る評価について) -

## 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

小児科検査、処置の評価

### 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い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引き上げる。

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上げる。

- 1 (小児医療に係る評価について) -

小児アレルギーの評価

## 小児食物アレルギー患者への対応

### 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。

### 小児食物アレルギー負荷検査(仮称) , 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

- 1 (産科医療に係る評価について) -

ハイリスク分娩の評価

## ハイリスク分娩管理加算 (仮称) の新設

### 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科において、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。

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。

・ **ハイリスク分娩管理加算 (仮称) (1日につき)** , **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。  
(妊娠22~27週の早産、40歳以上の初妊婦、BMIが35以上の初妊婦、糖尿病合併妊婦、妊婦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 名以上いること
- ・ 年間分娩件数が 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 名以上いること 等

- 1 (産科医療に係る評価について) -

## ハイリスク妊産婦共同管理料 (仮称) の新設

ハイリスク分娩の連携を評価

### 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。

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。

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

・ハイリスク妊産婦共同管理料 ( ) (仮称) 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 (仮称) 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 ( ) (仮称) については、ハイリスク妊産婦共同管理料 ( ) (仮称) 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健医療機関であること
- ・ハイリスク妊産婦共同管理料 ( ) (仮称) については、ハイリスク分娩管理加算 (仮称) の施設基準を満たすこと



## 3 (麻酔に係る評価について) -

## 麻酔に係る技術の評価

## 麻酔の評価

## 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。

現行	改正案
<p>【麻酔管理料】</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点</p> <p>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</p> <p>【麻酔料】</p> <p>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</p> <p>・ 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50</p> <p>・ 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 50点</p>	<p>【麻酔管理料】</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 点</p> <p>(いずれも、引上げ)</p> <p>【麻酔料】</p> <p>マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>1 重症の患者に対して行う場合 , 点(引上げ)</p> <p>2 その他の場合 6,100点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>側臥位における手術の場合の加算 100分の (新設)</li> <li>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 (引上げ)</li> </ul> <p>(廃止)</p>

4 (病理診断に係る評価について) -

病理診断医の評価

## 病理診断に係る評価

### 基本的考え方

病院内で病理学検査を実施する体制に係る評価を充実する観点から、

- ・ 病理診療料の評価を上げる
- ・ 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

### 病理診断料の評価を上げる

**病理診断料 255点 点(引上げ)**

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

## 5 (急性期入院医療に係る評価について) - 1.4対1看護を創設して区分へ 急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

### 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、メリハリをつけた適切な評価を行う。

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。

75

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。

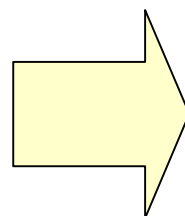
平均在院日数要件について、更なる平均在院日数の短縮の促進を図る観点から、短縮する。

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
1	4:1	基本料 5
2	5:1	基本料 5
3	6:1	基本料 3,4,5
4	10:1	基本料 2,3,4,5
5	15:1	基本料 2,3,4,5



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

入院期間に応じた加算については、結核病棟及び精神病棟について、入院初期を高く評価する。 [改正後の病棟区分別の基準一覧] は省略

5 (急性期入院医療に係る評価について) -

晴天の霹靂の廃止

## 紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

### 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
- ・ 緊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・連携に十分に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。

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| ・ 紹介外来加算・紹介外来特別加算 | 100点、140点(廃止) |
| ・ 急性期入院加算         | 155点(廃止)      |
| ・ 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(廃止)      |

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を引上げる。
- ・ 救急医療管理加算の算定日数を3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上げる。

## 5 (急性期入院医療に係る評価について) - 医療法上の48時間入院規定廃止とリンク 有床診療所における入院医療の評価の見直し

### 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保管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。

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日以内の評価を引上げ15日以降の評価を引き下げる。

#### 【現行】

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
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。

\* 老人と若者は統一する

#### 【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 点

14日以内 点

30日以内 点

31日以降 点

有床診療所特別入院料基本料

(看護職員1人以上5人未満)

7日以内 点

14日以内 点

30日以内 点

31日以降 点

現行の医師の数による加算については、評価を引上げる

## 6 (医療IT化に係る評価について) - 電子化加算(仮称)の新設

レセプト・オンライン化へのインセンティブ  
初診料に対する加算のみ

### 基本的な考え方

レセプトのIT化等の医療のIT化を中心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。

平成22年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、いかに掲げる選択的に具備すべき要件のいずれか一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。

### 電子化加算(仮称) 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
- ・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(400床以上の病院限定)  
平成18年度中は「選択的に具備すべき要件」、平成19年度以降「必要的具備すべき要件」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(個別の費用ごとに区分して記載した領収証で診療報酬点数表の各部分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)
- ・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(400床以上の病院以外)
- ・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療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

## 7 (医療安全策等に係る評価について) - 入院基本料に係る減算の廃止

やらくてもいいのではなく、  
やることが必須の要件

### 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。

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
褥瘡対策未実施減算	5点 / 日	廃止



7 (医療安全策等に係る評価について) -

リスクマネージャーの評価

## 医療安全対策加算(仮称)の新設

### 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、複数の専従職員の配置など、従来の体制に上乘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。

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。

医療安全対策加算(仮称)(1回の入院につき) \_\_\_\_\_ 点

## 7 (医療安全策等に係る評価について) - 褥瘡管理対策に係る評価の検討

これは見送り

### 基本的考え方

褥瘡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及び複数の専従職員の配置など、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褥瘡管理対策の実施等について検討する。

褥瘡管理対策の推進を図る観点から、急性期入院医療において、医師又は褥瘡対策に係る専門の教育を受けた看護師等を専従で配置し、褥瘡になる可能性が高い患者等に対し褥瘡予防治療計画に基づき総合的な褥瘡ケアを実施する場合の加算を新たに設けることについて検討することとするが、このような評価を行う前提としては、医療従事者の専門性を診療報酬上評価すること全般にわたる議論が必要であることから、平成18年度診療報酬改定においては対応せず、今後の検討課題とする。

8 (医療技術に係る評価について) -

# 臓器移植の保険適用

## 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。

	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	保険収載済み	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。

### 臓器最終及び移植に係る技術料を新設する

移植用心採取術	,	点
同種心移植術	,	点
移植用肺採取術（死体）	,	点
同種死体肺移植術	,	点
移植用肝採取術（死体）	,	点
同種死体肝移植術	,	点
移植用膵採取術（死体）	,	点
同種膵移植術	,	点

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

脳死臓器提供管理料（仮称）（レシビエント1人につき） , 点

## 高度先進医療の保険導入

### 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。

- .. 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(再掲)
- 心臓移植手術(再掲)
- 膵臓移植手術(再掲)
- 脳死肺移植手術(再掲)
-

## 新規技術の保険導入

### 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、新規技術保険導入を行う。

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

8 (医療技術に係る評価について) -

## 既存技術の再評価

### 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。

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
- ・ 同一手術等における手術の再評価
- ・ 高機能CT・MRIの評価 等

8 (医療技術に係る評価について) -

## 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

### 基本的な考え方

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、同様の手技等考えられる項目については、統合することとする。

7 (医療技術に係る評価について) -

## 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

一物二価という02年改定の  
過去の遺物廃止

### 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、同じ治療にもかか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。

### 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止

#### ・消炎鎮痛等処置等処置

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 そのほかのもの 24点

\* 現行の「ロおよびハの療法について合わせて5回以上行った場合は、5回目以降について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する取扱い」について廃止する。



## 8 (医療技術に係る評価について) - 医師コンサルティングフィーの評価 その他の指導管理等に係る技術の評価

### 基本的考え方

学会等より提出された医療技術評価希望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。

ウイルス疾患指導料

特定薬剤治療管理料

重症度の高い喘息患者に対する治療管理（新設）

### 1 ウィルス疾患指導料

ウイルス疾患指導料について、より手厚い診療体型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 ウィルス疾患指導料

イ ウィルス疾患指導料1 240点  
(肝炎ウイルス又は成人T細胞白血病)

ロ ウィルス疾患指導料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 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感染者の医療服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上
- ・ 精神保健福祉士が院内に配属されていること
- ・ 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

パルプロ酸、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（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料の新設

- ・ **重症喘息治療管理料（新設）** \_\_\_\_\_ 点（1回/月）  
    **ピークフロー等計測器加算** \_\_\_\_\_ 点

[算定条件]

- ・ 過去一年間に中等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、日常の服用方法、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、服用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、専任の看護師などを配置し、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、または他の保険医療機関との連携により他の保健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。

## 4つ目の視点

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

# 慢性期入院は日本版RUG 導入 「医療区分とADL区分に応じた包括評価」

## 04年度に調査を実施

< 調査対象医療機関 > 100病院以上、入院患者10000データ以上

療養病棟入院基本料

介護療養型医療施設の施設サービス費

特殊疾患療養病棟入院料

一般病棟入院基本料 群の3

回復期リハビリテーション病棟入院料（患者特性調査のみ）

上記を算定する病棟を有する病院

## 【調査結果】

- ・医療、介護の療養型の入院患者に大差はなかった
- ・「疼痛コントロール」では医療が上回っているが、「胃瘻、腎瘻、人工肛門などの瘻の処置」では介護が上回っている

結論 「医療療養型は医療必要度が高い患者の受け皿ではない」

# 医療区分の分類案

05年11月11日

<p>医療区分 3 「医療ケア の必要性が 最も重い」</p>	<p>以下のいずれかの要件に該当する者</p> <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師および看護師による 24 時間体制での監視・管理を要する状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中心静脈栄養（消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合） ・ 24 時間持続点滴 ・ レスピレーター使用 ・ ドレーン法、胸腹腔洗浄</li> <li>・ 発熱をともなう場合の気管切開、気管内挿管のケア ・ 酸素療法（安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで SiO<sub>2</sub> 90%以下） ・ 感染隔離室におけるケア</li> </ul>
<p>医療区分 2</p>	<p>区分3に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者</p> <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多発性硬化症（ADL11 以上） ・ パーキンソン病関連疾患（ADL11 以上） ・ その他神経難病 ・ 脊髄損傷（四肢麻痺がみられる状態） ・ 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones 度の状態) ・ 疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・ 肺炎 ・ 尿路感染症（「発熱」,「細菌尿」,「白血球尿 (&gt; 10/HPF)」の全てに該当する場合） ・ 創感染 ・ リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内 ・ 脱水（舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの） ・ 体内出血（持続するもの（例）「黒色便」,「コーヒー残渣様嘔吐」,「咯血」,「痔核を除く持続性の便潜血陽性」） ・ 頻回の嘔吐（1 日 1 回以上を 7 日間のうち 3 日以上） ・ 褥瘡(2 度以上または 2 箇所以上) ・ うっ血性潰瘍（末梢循環障害による下肢末端の開放創:2 度以上） ・ せん妄の兆候 ・ うつ状態 ・ 暴行が毎日みられる状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 透析 ・ 発熱または嘔吐をともなう場合の経管栄養（経鼻・胃瘻等） ・ 喀痰吸引（1 日 8 回以上） ・ 気管切開、気管内挿管のケア ・ 血糖チェック（1 日 3 回以上の血糖チェックを 7 日間のうち 2 日以上実施） ・ 皮膚の潰瘍のケア ・ 手術創のケア ・ 創傷処置 ・ 足のケア（開放創、蜂巣炎、膿等の感染症</li> </ul>
<p>医療区分 1</p>	<p>医療区分 3 , 2 に該当しない者</p>

# A D L 区分 ( ケア依存度の高さ ) と認知機能障害の加算

A D L 得点の算出方法 ( 単純合計方式 ) 05 年 11 月 11 日

( 単位 : 得点 )

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範な援助	最大の援助	全面依存	本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

## 認知機能障害の加算について

- ・ C P S ( Cognitive Performance Scale ) を使って、「 0 ( 障害なし ) ~ 6 ( 最重度 ) 」の 7 段階に分類し、 C P S 3 以上を「 認知機能障害 」ありとした
- ・ なお、「 認知機能障害 」の加算は、「 医療区分 1 」または「 医療区分 2 」で「 A D L 区分 1 」の 2 グループを対象とした。

# 患者分類別の患者構成比 05年11月11日

(療養病棟入院基本料、特殊疾患療養病棟入院基本料1, 2に入院する患者 3538 件を対象)

ADL区分3 ケア依存度高い	42.5%	13.9%	18.9%	9.8%
ADL区分2	29.4%	16.7%	11.2%	1.5%
ADL区分1 ケア依存度低い	28.1%	認知機能障害加算 あり4.6%	認知機能障害加算 あり1.9%	1.4%
		15.0%	5.3%	
	50.2%	37.2%	12.6%	
		医療区分1 医療ケア必要性低い	医療区分2	医療区分3 医療ケア必要性高い

ADL得点によって3区分した。

・ADL 0~10点 ADL区分1

・ADL 11~22点 ADL区分2

・ADL 23~24点 ADL区分3

- 1 (慢性期入院医療に係る評価について) -

9のマトリックスが4つの点数  
パターンへシンプル化

## 患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

### 基本的な考え方

医療療養病棟と介護療養病棟には、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

。

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

(認知機能障害加算 点 (医療区分 2・ADL 区分 1))

療養の医療区分 2, 3  
割以上は 4:1, 4:1 が要件  
急性期増悪は出来高可  
になるが入院料は最も低く

## 3 留意点

[看護職員等の配置]

### ・療養病棟入院基本料は

看護職員の実質配置 2.5 : 1 (現行の看護職員配置 5 : 1)

看護補助者の実質配置 2.5 : 1 (現行の看護補助者配置 5 : 1)

### ・有床診療所療養病床入院基本料は

看護職員の実質配置 3.0 : 1 (現行の看護職員配置 6 : 1)

看護補助者の実質配置 3.0 : 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 2.0 : 1 (現行の看護職員配置 4 : 1)・看護補助者の実質配置 2.0 : 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。

[急性増悪時の対応]

急性増悪等により一般病棟への転棟または転院を行った場合は、転棟または転院前 3 日に限り、療養病棟において行われた診療行為において、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。

包括評価導入にともない180日超入院特定療養費化は廃止

### [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り扱い]

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き下げを行う。

- 1 (慢性期入院医療に係る評価について) -

特殊疾患療養病棟の評価

## 特殊疾患療養病棟等の見直し

### 基本的な考え方

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。

### [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。

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およ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置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。

- 2 (入院時の食事に係る評価について) -

食事は1日単位から  
1食単位へ

## 入院時の食事に係る費用の算定単位の見直し

### 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日あ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。

入院時食事療養( )として1,920円/日が、入院時食事療養( )として1,520円/日が設定されている現行の取り扱いを改め、新たに入院時食事療養費として1食あ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。

- 2 (入院時の食事に係る評価について) -

## 入院時食事療養費に係る特別食加算の見直し

**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。

介護療養同様に350円 230円か  
 経管栄養のための濃厚流動を加算から外す

[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日につき) 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>・ 脾臓食</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>・ 脾臓食</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>(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>

- 2 (入院時の食事に係る評価について) -

## 入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

適時適温はスタンダード  
栄養マネジメント加算  
NST単独は？

### 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、入院時食事療法( )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な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。

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なった場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

- ・ 栄養管理実施加算(仮称)(1日につき) 点

- 2 (入院時の食事に係る評価について) -

## 入院時食事療養費に係る選択メニュー加算の廃止

自己負担化

### 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り扱いを弾力化する。

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ができる特別メニューの食事に係る取り扱いを弾力化し、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出来ることとする。

- 3 (コンタクトレンズに係る診療の評価について) -

眼科は利益が高いという  
報道

## コンタクトレンズに係る診療の評価の適正化

### 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。

- ・ 初診時の眼科学的検査等は保険給付の対象。
- ・ コンタクトレンズの処方後、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回の診療の時のみに算定できる



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。

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。

・コンタクトレンズ検査料（ ）（仮称）

初診時 点

再診時 点

・コンタクトレンズ検査料（ ）（仮称）

初診時 点

再診時 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出来ない。

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%以上はコンタクトレンズ検査料（ ）（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。

- 4 (検査に係る評価について) -

## 検体検査実施料に係る評価の見直し

毎度おなじみ検体検査引き下げ  
市場実勢価格、なぜ、下がる？

### 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。

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）

\* 院内検査が要件の以下の検体検査は評価の見直しの対象外。

尿中一般物質定性半定量検査  
尿沈渣顕微鏡検査  
赤血球沈降速度判定  
血液ガス分析先天性代謝異常検査

- 4 (検査に係る評価について) -

## 生体検査料に係る評価の見直し

経皮的酸素飽和度は100点が  
高すぎ

### 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

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、ポリロググラフ検査判断料

140点 廃止

- 7 (その他) -

## 後発医薬品の使用促進のための環境整備

処方せん料の格差は？

### 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、わ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由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。

- ・ 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。
- ・ 「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。

- 7 (その他) -

## 医療法上の人員配置基準を下回る場合の取扱いの見直し

**基本的な考え方**  
 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。

[現行]

離島等所在保険医療機関以外の場合

看護要員	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
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
/100 相当の点数	/100 相当の点数

- 7 (その他) -

## 複合病棟の見直し

### 基本的考え方

複合病棟は、病床数（介護療養病床を有数場合にあっては、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たが、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、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

実情を調査した上で、廃止する方向で検討する。

- 7 (その他) -

## 透析医療に係る評価の適正化

いつもどおりの管理料、ダイアライザー引き下げだが、今回は夜間休日加算引き下げエリスロポエチン包括という変更

### 基本的考え方

慢性維持透析患者外来医学管理料は検体検査実施料等が包括されており、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、併せて見直しを行う。

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、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、評価を引き下げ

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。

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の評価を引き下げる。

・人工腎臓の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

- 7 (その他) -

## 処方料等の見直し

医薬分業へのインセンティブは過去の話  
長期投与だけは引き上げ

**基本的考え方**  
適正な長期投薬を推進し、最新の最適化を図る観点から、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。

<b>[処方料の見直し]</b>					
特定疾患処方管理長期投薬加算			45点		点 (引上げ)
<b>[処方せん料の見直し]</b>					
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)
処方せん料2	1以上	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)



- 7 (その他) -

## 酸素の価格について

### 基本的な考え方

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年度の改定においては、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。

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。

# 06年改定の特徴

- 過去最大のマイナス改定
- 診療所初診料、再診料のマイナスが痛い
- 紹介率廃止という気まぐれな方針転換
- 4年の迷走を続けた手術施設基準の廃止
- 晴天の霹靂の介護療養廃止問題
- D P C の拡大
- 医療療養型へ医療区分等に応じた包括評価導入
- リハビリの大幅見直し
- 小児科、産科の評価
- 後発医薬品の推進
- 入院時食事療養費の見直し

# マイナス改定へ対応する7つの化

1. 効率化（包括払い対応）
2. 標準化（EBM、診療ガイドライン、パス、業務マニュアル）
3. 透明化（情報公開と説明責任）
4. 快適化（アメニティ追求）
5. 情報化（情報の共有化）
6. 連携化（Win-Winの関係）
7. 専門化（Focused Factory）

ルール(医療経営環境)が変われば  
戦い方(戦略・戦術)も変わるのは当たり前

# 06年改定で必要なのはA C E

## Accountability（説明責任）

会計内容の患者に対する  
レセプト内容の審査機関や保険者に対する  
院内掲示  
他医療機関や介護保険事業者  
行政や地域住民等

## Cost（費用）

コスト管理がますます重要

## Evidence（根拠）

提供している医療にエビデンスが必要  
効果がないと思われる医療行為等には収獲遞減の法則が作用

# 自院のビジョン(あるべき姿)を明確に

