

平成18年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課

改定に至る経緯 1

- 平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会・医療部会において、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。
- 平成18年度予算案の編成過程
診療報酬本体の改定で▲1.36%
薬価等の改定で▲1.8%
合計で▲3.16%の改定
とすることが決定。

改定に至る経緯 2

- 平成18年1月11日
厚生労働大臣より中央社会保険医療協議会（中医協）に対し、「基本方針」に沿って診療報酬点数の改定案を作成するよう諮問。
- 平成18年1月18日
中医協にて「現時点の骨子」を取りまとめ、同月27日まで国民の意見を募集。
同日、横浜市にて公聴会を開催。

改定に至る経緯 3

- 平成18年2月15日
厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案について、答申を行った。

基本方針

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

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

- (1) 診療報酬体系の簡素化
- (2) 医療費の内容の分かる領収証の交付
- (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

2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- (1) 在宅医療に係る評価
- (2) 初再診に係る評価
- (3) DPC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

3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していき べきと思われる領域の評価に対する視点

- (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

4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価に対する視点

- (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) その他

改定内容(主要項目)

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

- (1) 診療報酬体系の簡素化
- (2) 医療費の内容の分かる領収証の交付
- (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

診療報酬体系の簡素化

- 個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものとなっているか見直しを行う。
- 老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取扱いを改め、一本化する。

医療費の内容の分かる領収証の交付 1

- 保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証を無償で交付しなければならないこととする。
 - * 平成18年4月1日までに体制を整えることが困難な保険医療機関等については、6ヶ月間の経過措置を設ける。

医療費の内容の分かる領収証の交付2

- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、促すこととする。

様式の例

(医科の様式例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請 求 期 間 (入院の場合)
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発 行 日	費 用 区 分	負担割合	本・家	区 分
			平成 年 月 日				

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

保険外 負 担	選定療養等	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保険 (食事)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計	円		

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇 〇 〇 〇

領収印

患者の視点の重視 1

- 診療情報提供料の体系を大幅に簡素化し、全体の評価を引き下げる。

診療情報提供料(Ⅰ) 250点

(退院時の加算 200点)

- セカンド・オピニオンの推進

診療情報提供料(Ⅱ) 500点

患者の視点の重視 2

- 外来迅速検体検査に係る評価の新設
初診又は再診時に検体検査を行い、同日中にその結果に基づき診療を行うことについて加算を新設する。

外来迅速検体検査加算 1点(1項目につき)

患者の視点の重視 3

- 看護職員等の配置に係る情報提供の推進
入院基本料等について、看護職員等の配置に係る表記を改める。

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

生活習慣病等の重症化予防に係る評価につ いて 1

- 生活習慣病指導管理料について、
 - ①院外処方の場合の評価を引き下げる
 - ②療養計画書の様式を変更する。

生活習慣病等の重症化予防に係る評価に ついて 2

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

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

生活習慣病等の重症化予防に係る評価に ついて 3

- **がん診療連携拠点病院に係る評価の新設**
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、入院基本料に対する加算を新設する。

がん診療連携拠点病院加算(入院初日)

200点

手術に係る評価について

- 年間手術症例数による手術点数に対する加算についてはいったん廃止し、今後、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、年間手術症例数を院内に掲示することを算定要件とする。

2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- (1) 在宅医療に係る評価
- (2) 初再診に係る評価
- (3) DPC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

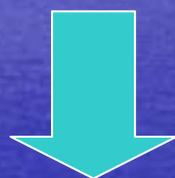
在宅医療に係る評価 1

- 在宅療養支援診療所の評価

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

在宅医療に係る評価 2

在宅療養支援診療所



24時間連絡を受けける医師又は看護職員を配置し、患家の求めに応じて、24時間往診や訪問看護の提供が可能な体制を確保する。

在宅医療に係る評価 3

- 入院から在宅療養への円滑な移行の促進

在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等が共同して行う指導について評価を引き上げる。

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
地域連携退院時共同指導料(Ⅰ) (紹介元の医療機関が算定)	1,000点	600点
地域連携退院時共同指導料(Ⅱ) (入院先の病院が算定)	500点	300点

在宅医療に係る評価 4

- 在宅療養における24時間対応体制の評価
 - ① 在宅時医学管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅時医学総合管理料を新設する。
 - ② 緊急の場合の往診又は訪問看護に対する評価を引き上げる。

在宅医療に係る評価 5

- 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

重症者管理加算1 5,000円／月

在宅移行管理加算1 500点／月

(例:気管カニューレを使用している状態にある者)

重症者管理加算2 2,500円／月

在宅移行管理加算2 250点／月

在宅医療に係る評価 6

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

現行	改定後
在宅患者訪問診療料 ターミナルケア加算 1,200点	在宅患者訪問診療料 ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点

在宅医療に係る評価 7

- 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進



特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うこと等について、新たに評価を行う。

初再診に係る評価 1

初診料、外来診療料等の見直し

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

* ヘモグロビンA1cを包括範囲から除外

初再診に係る評価 2

- 紹介患者加算の廃止

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。

- 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

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

DPCに係る評価

- ① DPCによる支払対象病院の拡大
- ② 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等の見直し
- ③ DPCにおける調整係数の見直し

リハビリテーションに係る評価 1

- 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。
- 疾患ごとに算定日数上限を設定する一方、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逓減制を廃止する。
- 集団療法に係る評価を廃止し、個別療法のみに係る評価とするほか、機能訓練室の面積要件については緩和する。

リハビリテーションに係る評価 2

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

リハビリテーションに係る評価 3

- 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6単位に緩和**する。
- リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の**上限の緩和**し、**18単位**を標準とし、**週108単位**までとする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、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し、当該上限を短縮する。

リハビリテーションに係る評価 4

- 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価
在宅訪問リハビリテーション指導管理料
530点(1日当たり)→300点(1単位当たり)
算定上限を週6単位まで(退院後3月以内の患者
については、週12単位まで)に緩和する。
- 障害児・者に対するリハビリテーションについて、
新たに診療報酬上の評価を行う。
- 摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーションの算
定上限を緩和する。

精神医療に係る評価 1

- 精神病床における急性期の入院医療の評価
精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

	入院後30日以内	入院後30日超
精神科救急入院料 (看護職員の実質配置10:1)	3,200点	2,800点
精神科急性期治療病棟入院料1 (看護職員の実質配置13:1)	1,900点	1,600点
精神科急性期治療病棟入院料2 (看護職員の実質配置15:1)	1,800点	1,500点

精神医療に係る評価 2

- 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し
精神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	439点	→	459点
15日～30日以内	242点	→	242点
31日～90日以内	125点	→	125点
91日～180日以内	40点	→	20点
181日～1年以内	25点	→	10点

精神医療に係る評価 3

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

診療所の場合 370点 → 360点

病院の場合 320点 → 330点

- 入院精神療法の算定要件の緩和

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

精神医療に係る評価 4

- 精神科デイ・ケアの短時間のケアについて、新たに評価を行う。

精神科ショート・ケア

小規模 275点(1日につき)

大規模 330点(1日につき)

- 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限を緩和し、週3回まで算定可とする。
- 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限を緩和し、入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できるようにする。

精神医療に係る評価 5

- 精神病棟入院基本料を算定する重度の認知症患者について、入院後3月以内に限り、**1日100点**を加算する。
- 重度認知症患者デイ・ケア料(Ⅰ)と(Ⅱ)とを統合し、4～6時間未満の診療に係る評価は廃止する。

重度認知症患者デイ・ケア料 6時間以上 1,000点

- 小児に対する心身療法の評価
20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、**100／100点**を加算する。

その他

- 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価
地域連携診療計画管理料(入院時) 1,500点
地域連携診療計画退院時指導料(退院時)
1,500点
- 介護老人保健施設における他科受診の適正評価
介護老人保健施設入所者に対する、専門的な診断技術や医療機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等の診療行為について、新たに医療保険において評価を行う。

その他

- 臨床研修病院入院診療加算の評価を引き上げ、協力型臨床研修病院についても評価の対象とする。

単独型又は管理型臨床研修病院の場合 40点

協力型臨床研修病院の場合 20点

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

脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日につき)

5,700点

発症後14日を限度として算定する。

その他

- 地域加算の見直し

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

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

3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していきべきと思われる領域の評価に対する視点

- (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

小児医療及び小児救急医療に係る評価 1

乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実

現行	改正後
【深夜】 乳幼児加算 72点 深夜加算 480点 乳幼児加算の時間外による評価 43点 (計595点)	【深夜】 乳幼児深夜加算 695点

小児医療及び小児救急医療に係る評価 2

- 小児入院医療管理料の評価を引き上げる
 - 小児入院医療管理料1 3,000点 → 3,600点
 - 小児入院医療管理料2 2,600点 → 3,000点
- 小児入院患者の療養生活指導の充実を図るため、プレイルーム、保育士等加算を引き上げる
 - プレイルーム、保育士等加算 80点 → 100点
- 小児科の医師の常勤要件について
 - 複数の小児科の医師が協同して常勤の場合と同等の時間数を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととする。

小児医療及び小児救急医療に係る評価 3

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

地域連携小児夜間・休日診療料(1) 300点

(夜間、休日、深夜のうち、あらかじめ定めた時間に診療することができる体制を有している)

地域連携小児夜間・休日診療料(2) 450点

(小児科を担当する医師が常時配置され、小児を24時間診療することができる体制を有している)

小児医療及び小児救急医療に係る評価 4

- 小児医療における手術の通則加算の見直し
新生児及び乳幼児に対する手術に係る評価を引き上げ、極低出生体重児(1,500g未満の児)に対して手術を行う場合の加算を新たに設ける。
- 現行の検査・処置の新生児加算、乳幼児加算、注射の乳幼児加算について評価を充実する。
- 小児食物アレルギー患者への対応
小児食物アレルギー負荷検査(1,000点)を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。

産科医療に係る評価

- **ハイリスク分娩管理加算の新設**

産科の体制が整っている病院におけるハイリスクの妊産婦に対する分娩管理について、新たに評価を行う。

ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 1,000点

- **ハイリスクの妊産婦が入院した場合において、入院先の病院の医師と、紹介元の医療機関の医師が共同で診療に当たった場合でも算定できるようにする。**

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) 500点

(紹介元の医療機関が算定)

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 350点

(入院先の病院が算定)

麻酔に係る評価

- 麻酔管理料の評価を引き上げ、重症の患者に対する麻酔の加算を新設し、加算の対象となる手術の範囲を拡大する。

麻酔管理料

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

麻酔料

- イ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
重症の患者に対して行う場合(新設) 8,300点
その他の場合 6,100点
- ロ 側臥位における手術の場合の加算(新設) 100分の10
- ハ 人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合
の加算 100分の50 → 100分の100
- ニ 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 → 廃止

病理診断に係る評価

- 病院内で病理学的検査を実施する体制を評価し、病理診断料の評価を引き上げる。

病理診断料 255点 → 410点

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

急性期入院医療に係る評価 1

- 急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価
入院基本料について、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

急性期入院医療に係る評価 2

- 夜間勤務等看護加算は廃止し、夜勤に係る看護職員配置も看護職員配置に係る評価全体の中で併せて評価する。
- 看護補助加算について、現行の5区分の体系を3区分に簡素化する。

区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分
1	4:1	基本料5
2	5:1	基本料5
3	6:1	基本料3、4、5
4	10:1	基本料2、3、4、5
5	15:1	基本料2、3、4、5



区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分
1		
2		
3	6:1	基本料D、E、F
4	10:1	基本料C、D、E、F
5	15:1	基本料C、D、E、F

急性期入院医療に係る評価 3

- 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する。
- 救急医療管理加算について、算定できる時間帯を夜間又は休日以外にも拡大し、算定日数を7日まで延長する。
- 救急救命入院料及び特定集中治療室管理料を引き上げる。
- 特定機能病院については入院基本料の14日以内加算を引き上げる。
- 地域医療支援病院については地域医療支援病院入院診療加算1を1,000点に引き上げる。

急性期入院医療に係る評価 4

- 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、入院後14日以内の評価を引き上げ、15日以降の評価を引き下げる。

	有床診療所入院基本料1 (看護職員5人以上)	有床診療所入院基本料2 (看護職員1~4人)
7日以内	810点	640点
14日以内	660点	480点
30日以内	490点	320点
31日以降	450点	280点

医療のIT化に係る評価

- 医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成22年度までの時限的措置として、具備すべき要件をすべて満たし、かつ、選択的に具備すべき要件のいずれか1つを満たしている場合に、電子化加算として、初診料に対する加算(3点)を新設する。

医療安全対策等に係る評価

- 入院基本料に係る減算の廃止
- 医療安全対策加算(50点)の新設
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(500点)の新設

医療技術に係る評価

- 臓器移植の保険適用
- 高度先進医療の保険導入
- 新規技術の保険導入
- 既存技術の再評価
- 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止
- 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止
- 指導管理等に係る技術の評価

4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価に対する視点

- (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) その他

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価 1

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

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価 2

療養病棟入院基本料の見直し

ADL区分3	885点	1, 344点	1, 740点
ADL区分2	764点	1, 344点	1, 740点
ADL区分1	764点	1, 220点	1, 740点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

(認知機能障害加算 5点(医療区分2・ADL区分1))

医療機関への周知期間等を勘案して、平成18年7月1日施行とする。

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価 3

特殊疾患療養病棟等の見直し

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

入院時の食事に係る評価 1

食事に係る費用の算定単位の見直し

- 入院時の食事に係る費用として1日当たりの費用を設定して、実際に提供された食数にかかわらず1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、新たに1食当たりの費用を設定して、3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価を行う。

入院時食事療養(Ⅰ)(1食につき) 640円

入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき) 506円

入院時の食事に係る評価 2

入院時食事療養費に係る特別食加算の見直し

- 特別食加算の金額の見直し
特別食加算(1日につき) 350円
→ 特別食加算(1食につき) 76円
- 特別食加算の対象の見直し
経管栄養のための濃厚流動食
→ 削除

入院時の食事に係る評価 3

特別管理加算の廃止と栄養管理実施加算の新設

- 常勤の管理栄養士を配置し、適時・適温の食事を提供した場合に算定できる特別管理加算(1日につき200円)を廃止する。
- 入院患者の栄養管理計画の作成及び当該計画に基づく栄養管理の実施を要件として、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

栄養管理実施加算(1日につき) 12点

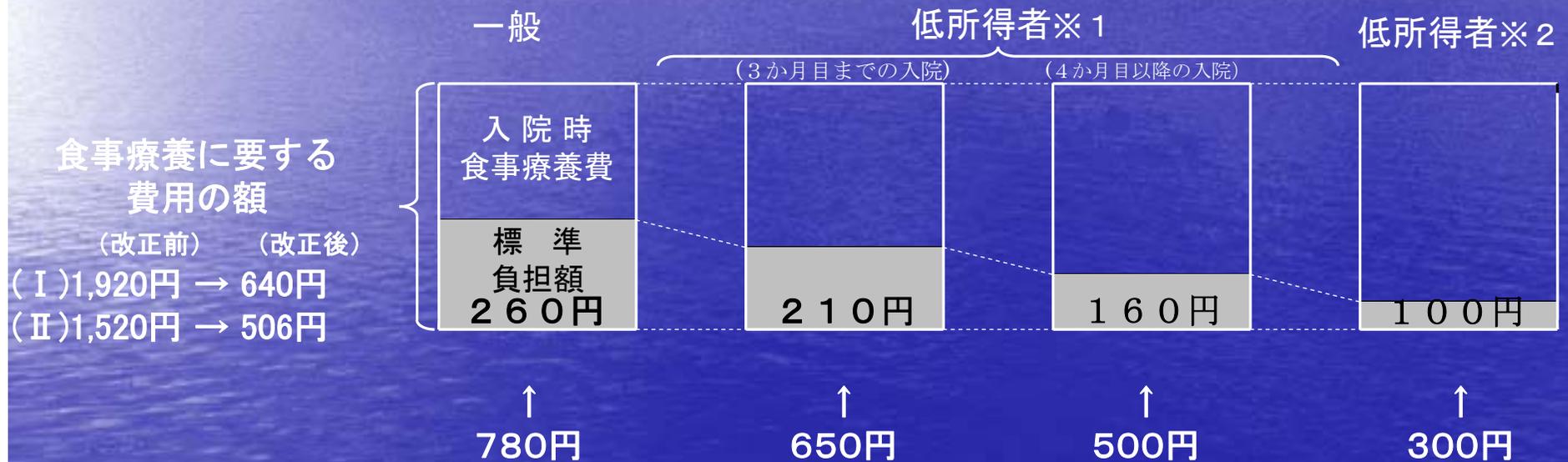
入院時の食事に係る評価 4

食事療養費に係る選択メニュー加算の廃止

- 保険給付とする必要性にかんがみ、選択メニュー加算を廃止する。
- 併せて、患者が選択できる複数のメニューの中で特別メニューの食事を提供した場合についても患者に負担を求めることができることとする。

入院時の食事に係る負担の見直し

- 入院時の食事に係る標準負担額の設定についても、現行の1日単位(3食相当)から1食単位とする。
(18年4月1日施行)



※1 市町村民税非課税の世帯に属する方等

※2 ※1のうち、所得が一定の基準に満たない70歳以上の方等

4月1日から
健康保険法等の規定に基づいて
入院時の食事についての
負担方法が変わります

◎ 4月1日から入院時の食事の負担が、1日単位から、1食単位に変更されます。

		変更前		変更後
①	一般の方	...	1日につき 780円	→ 1食につき 260円
②	市町村民税非課税の世帯に属する方等(③以外の方) 〔過去1年間の入院日数が90日を超えている場合〕	...	1日につき 650円	→ 1食につき 210円
		...	(500円)	→ (160円)
③	②のうち、所得が一定の基準に満たない70歳以上の方等	...	1日につき 300円	→ 1食につき 100円

- ・ 上記の②及び③に該当する方は、加入している医療保険の保険者(老人保健は居住地の市町村)の発行する減額認定証を、被保険者証等に添えて医療機関の窓口提出することにより、減額が受けられます。
- ・ 詳しくは、加入している医療保険の保険者(老人保健は居住地の市町村)までお問い合わせください。
- ・ 医療機関で提供される食事の内容が変わるものではなく、食事の負担額について、食数に関わらず1日単位で計算していたものを1食単位の計算に変更するものです。

平成18年3月
厚生労働省

コンタクトレンズ診療の適正化 1

- コンタクトレンズに係る診療について、保険給付の範囲を明確化してその周知徹底を図るとともに、その運用が適切に行われるよう個別指導を重点的に実施する。
 - － コンタクトレンズの処方を行った後、疾病に罹患していることが疑われないにもかかわらず、定期的にコンタクトレンズ装用者に眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象とはならない。
 - － コンタクトレンズの処方に係る診療については、屈折異常の患者に対する診療が継続しているものとして、初診料は第1回の診療のときのみ算定できる。

コンタクトレンズ診療の適正化 2

- 定型的に実施される眼科学的検査に係る費用を包括したコンタクトレンズ検査料を新設する。

コンタクトレンズ検査料(Ⅰ)

初診時 387点 再診時 112点

コンタクトレンズ検査料(Ⅱ)

初診時 193点 再診時 56点

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
 - 検体検査実施料(基本的検体検査実施料を含む。)について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。
(例)
 - 末梢血液一般検査 27点 → 23点
 - C反応性蛋白(CRP)定量 20点 → 17点
- 生体検査料に係る評価の見直し
 - 生体検査料について、検査の難易度等を考慮した評価の見直しを行う。
 - 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 100点
→ 30点
 - 脈派図、心機図、ポリグラフ検査判断料 140点
→ 廃止

後発医薬品の使用促進のための環境整備

- 先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするため、
- 処方せんの様式を変更し、「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。

医療法上の人員配置標準を下回る場合の 取扱いの見直し

- 医療法上の医師、看護師等の人員配置標準を基準として標準数を一定の比率以上欠く場合の分類について、看護要員の要件を除くことなどにより簡素化し、再編成する。
- 医療法標準を基準とした医師又は歯科医師の員数
70/100以下 → 90/100相当の点数
(離島等所在保険医療機関の場合 98/100相当の点数)
50/100以下 → 85/100相当の点数
(離島等所在保険医療機関の場合 97/100相当の点数)

複合病棟の見直し

- 複合病棟とは、病床数が100床未満で療養病棟への移行が困難と認められる病院についての特例措置として、
- 一般病床と療養病床とを併せて1病棟とすることを認めたもの。

 平成18年9月30日限りで廃止する

透析医療に係る評価の適正化

- 慢性維持透析患者外来医学管理料について、検体検査実施料の見直しを踏まえ、適正化を行う。

慢性維持透析患者外来医学管理料

2,460点 → 2,305点

- 人工腎臓の夜間加算及び休日加算について、評価を引き下げる

500点 → 300点

- 人工腎臓について、エリスロポエチン製剤を含め包括的に評価する。

人工腎臓(入院中以外の場合) 1,960点 → 2,250点

処方料等の見直し

- 適切な長期投薬を推進し、再診の適正化を図る観点から、長期投薬に係る評価を引き上げるとともに、併せて処方せん料を引き下げる。

[処方料の見直し]

特定疾患処方管理長期投薬加算 45点 → 65点

[処方せん料の見直し]

処方せん料1 内服7種以上 イ 含後発 43点 → 42点

□ イ以外 41点 → 40点

処方料せん2 1以外 イ 含後発 71点 → 70点

□ イ以外 69点 → 68点

特定疾患処方管理長期投薬加算 45点 → 65点

酸素の価格について

- 酸素における告示価格は上限価格であることを踏まえ、加重平均単価に告示価格の15%を加えた値が現行告示価格を下回る場合には、当該価格を告示価格とする。
 - － 定置式液化酸素貯槽について上限価格の引き下げる。
- 離島等の地域の告示価格については、離島以外の地域の1.5倍に設定されていることを踏まえ、離島以外の地域における改正後の告示価格の1.5倍とする。