

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

2006年2月15日

中医協答申

「2006年度診療報酬改定速報」

—2006年2月15日の中医協答申資料から—

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



答申では、とりあえず“点数”が公表されました。具体的な算定方法については今後の通知等で示されます。

資料No.180215-40-1

作成：2006.2.15



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

2006年度診療報酬改定率

改定率	医療費ベース	備考	2002年度	2004年度
薬価改定率	▲1.6%	(▲6.7%)	▲1.3%	▲0.89%
材料価改定率	▲0.2%		▲0.1%	▲0.16%
診療報酬改定率	▲1.36%	医科：歯科：調剤 1：1：0.4 (1.5：1.5：0.6)%	▲1.3%	±0%
全体改定率	▲3.16%	2390億円（国予算） 約9500億円（医療費）	▲2.7%	▲1.05%
プラス要素・	+0.3%	小児科(救急)、産科、麻酔科、IT化 225億円(国予算)、900億円(医療費)		

診療報酬改定率は、1:1:0.4になったことで、実質1.5%ダウンの医科のダメージが強かった。一時、日薬は1:1:1改定を覚悟しただけに、マイナス改定ながらも評価できる内容となった。今後のスケジュールは、1月に厚労大臣が中医協に諮問、パブリックコメントを求めたあと、2月中に中医協が答申する予定になっている。

2006年度診療報酬改定スケジュール

2006年1月11日

厚生労働大臣が中医協に診療報酬改定案を諮問

2006年1月18日

中医協基本小委が成案としてまとめ、パブリックコメントの募集開始

2006年1月27日

パブリックコメント募集終了、公聴会を開催し意見集約

2006年2月3日、8日

中医協による具体的内容の検討(項目毎の概要の公表)

2006年2月15日

中医協が厚生労働大臣に診療報酬改定を答申(新点数確定)

2006年3月上旬

診療報酬点数の告示 各通知の発出

2006年4月1日

新ルールの実行

2006年度診療報酬改定の基本方針「4つの視点」

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

- ・患者本位の医療(積極的な情報提供と患者のQOLを高める医療)
- ・診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする
- ・医療費の内容の分かる領収書の発行
- ・不適切な生活習慣(食生活、喫煙等)に起因した生活習慣病等の重症化予防

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

- ・急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れ
- ・住み慣れた家庭や地域で最期を迎えることも選択できる体制
- ・平均在院日数の短縮を図る(DPCの拡大)
- ・病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方

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

- ・国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡をとる
- ・休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保する
- ・IT化の推進
- ・医療安全に係るコストの実態を踏まえ、診療報酬上の評価を行う
- ・難易度、時間、技術力等を踏まえて適切に評価し、新しい医療技術についても有効性、安全性等を十分に確認した上で、適切に保険導入を図る

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

- ・今後重点的に対応していく領域に適切な評価を行うために、医療費の効率的配分を行い、余地がある領域における適正化を図る
- ・在り方の検討(慢性期入院医療、入院時の食事、外来医療の不適切な頻回受診の抑制、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局)
- ・画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築し、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進する
- ・「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進める

< 目 次 >

①患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実実現する視点	
診療報酬体系の簡素化について（老人診療報酬点数表）	6
医療費の内容の分かる領収書の発行について	7
患者の視点の重視について（セカンドオピニオン、外来迅速検査、看護職員配置の表記）	8
生活習慣病等の重症化予防に係る評価について手術に係る評価について（生活習慣病管理料、ニコチン依存症、がん連携病院）	11
手術に係わる評価について	15
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	
在宅医療に係る評価について（在宅療養支援診療所、在宅時医学総合管理料、訪問看護、ターミナルケア）	16
初再診に係る評価について	24
DPCに係る評価について	25
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料、回復期リハビリ病棟）	26
精神医療に係る評価について（入院料、精神療法、デイケア、小児）	31
その他（地域連携パス、老健の他科受診、臨床研修、脳卒中ケアユニット、地域加算）	36
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	
小児医療及び小児救急医療に係る評価について（時間外加算、入院料、地域連携、アレルギー）	41
産科医療に係る評価について（ハイリスク分娩）	45
麻酔に係る評価について	47
病理診断に係る評価について	48
急性期入院医療に係る評価について（看護配置、一般病棟入院基本料、加算の廃止、有床診療所）	49
医療のIT化に係る評価について	55
医療安全対策等に係る評価について（医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）	56
医療技術に係る評価について （臓器移植、先進医療新技術の評価、旧来技術の見直し、消炎鎮痛処置、指導管理料）	58
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	
慢性期入院医療に係る評価について（療養病棟・病床入院基本料、看護職員の配置、特殊疾患療養病棟）	64
入院時の食事に係る評価について（入院時食事療養費、適時適温、管理栄養士加算、選択メニュー）	71
コンタクトレンズに係る診療の評価について（コンタクトレンズ検査料）	73
検査に係る評価について（検体検査実施料、生体検査料）	74
歯科診療報酬について	75
調剤報酬について（調剤基本料、調剤料、薬剤情報提供料、薬剤服用歴管理料、後発品情報提供料）	77
その他（代替処方せん、標欠病院、複合病棟、透析、処方料、酸素の価格）	80

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

老人診療報酬の見直し(簡素化)

老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表の項目を原則として一本化する

(例)

- 老人一般病棟入院基本料は医科点数表と点数や加算が部分が異なっており一本化する
- 老人特定入院基本料(90日を超える入院)の取扱は存続する
- 寝たきり老人在宅総合診療料は医科点数表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」

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とは別建てとされている取扱いを改め、これらを一本化する。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

医療費の内容のわかる領収書

- 保険医療機関等に医療費の内容のわかる領収書の発行を義務付ける

療養担当規則を改正し、医療費の分かる領収書が無償で交付しなければならないこととする。標準的な様式は通知で示す。(点数表の各部単位で金額の内訳が分かるもの)

施行日は2006年4月(経過措置は6ヶ月)

- 患者からの求めにより、さらに詳細な医療内容がわかる明細書の発行に努めるよう通知で促す

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	指導管理等	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
	全事療養						
	円						
保険外負担	選定療養等	その他					
	(内訳)	(内訳)					
合計	保 険		保険(食事)		保険外負担		
	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 領収印

詳細項目記載の領収書様式については今回は義務付けはなくなったが、次回改定以降に義務付けになる可能性もある。また保険薬局についても同様に「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」が変更され、内容のわかる領収書の提供が求められる。

詳細な明細付き領収書発行は、広告も可能であり、地域にアピールする戦略ともなる。また患者さんから明細付き領収書を求められたときの対応も決めておく必要がある。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

診療情報提供料とセカンドオピニオンの評価

・診療情報提供料

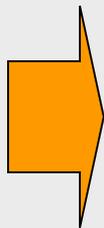
現在の6種類の診療情報提供料を、患者視点と連携推進の経済誘導効果の点から整理・簡素化し全体としては引き下げる

・セカンドオピニオンの評価

患者の希望に応じ「診療録の写」「検査結果」「画像の写」などの情報提供することについて診療情報提供料で評価する

患者さんからセカンドオピニオンを希望された場合の対応を事前に決めて、職員に伝えておく必要がある。

現行	
診-診 病-病	220点
診-病 病-診	290点
(逆紹介加算)	230点
病-診(退院時)	500点
(逆紹介加算)	20点
特定機能病院→	520点



新点数	
診療情報提供料(Ⅰ)	250点
* 他医受診の必要性、患者の同意、文書による情報提供	
退院時の情報提供加算	200点
診療情報提供料(Ⅱ)	500点
* セカンドオピニオンによる評価	
患者の要望を受けて、診療方針を記載した文書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	

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

外来迅速検体検査

・外来迅速検体検査

検体検査の同日実施と同日の2回目（結果通知）の診療を評価

外来迅速検体検査加算 1点

- * 全ての検体検査項目について同日内に結果報告すること
- * 検体検査1項目毎に、5項目を限度として算定する
- * 本加算の要件として、検査結果を書面で交付すること

最大算定は5点
(1点×5項目)

〈対象外となる検査〉

- 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

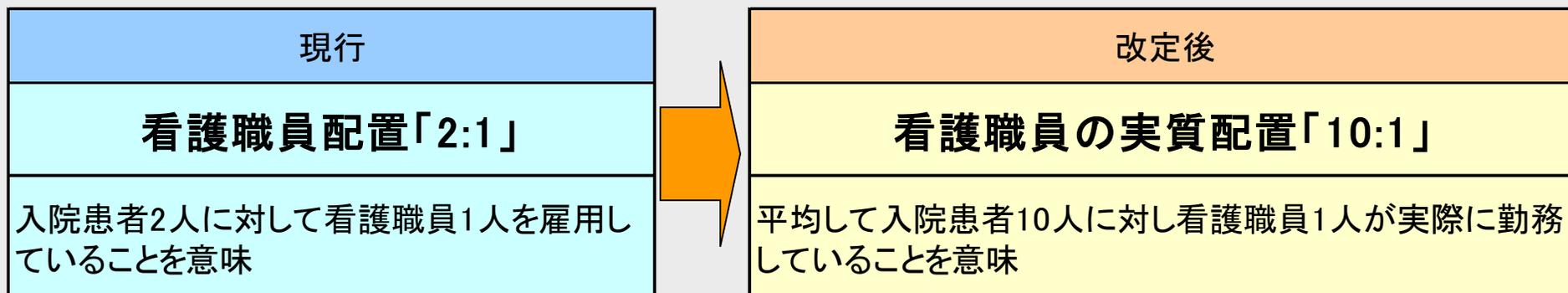
外来患者の検体検査では、同日中に検査結果に基き診療が始まるため患者にとっては早期に治療が進むこと、医療機関の受診回数が減ること、何度も来院しなくてもいいというメリットから評価するものだが、1点のみ。今回も検査に係わる点数が下がっている中では厳しい。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

看護職員配置の表記の変更

- 入院患者に正しい情報を伝える観点から、看護職員の配置にかかわる表記を改め、それぞれの時間帯で実際に働いている看護職員の数についての情報提供を推進する



- 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

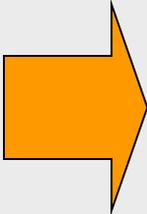
2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

生活習慣病指導管理料の見直し

- 生活習慣病指導管理料の見直し
 点数を引き下げる（院外処方さらに引き下げる）
 療養計画書の様式を変更（達成目標、具体的改善項目などを明確にする）
- 指導料の表記を変更

生活習慣病指導管理料 → 生活習慣病管理料

現行			新点数	
生活習慣病指導管理料			生活習慣病管理料	
院外処方			院外処方	
高脂血症	1,050点		高脂血症	900点(−150点)
高血圧症	1,100点		高血圧症	950点(−150点)
糖尿病	1,200点		糖尿病	1,050点(−150点)
院内処方			院内処方	
高脂血症	1,550点		高脂血症	1,460点(−90点)
高血圧症	1,400点	高血圧症	1,310点(−90点)	
糖尿病	1,650点	糖尿病	1,560点(−90点)	

老人診療報酬点数表が廃止になることから、本点数の対象者拡大も期待されたが、「老人保健法の規定により医療を受けるものを除く」とする文言が入り、従来どおり若年者のみが対象となった。

点数は引き下げになったが、その分、若干ではあるが患者負担も軽減となり算定しやすくなった。日医IMPSでは、ステータスという付加価値を付けることで、生活習慣病管理料の算定を勧めていきたい。

生活習慣病療養計画書（様式案）

十分な問診が
求められる

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □ 随時 □ 食後 () 時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活		
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
(例) 5kgの減量			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
(例) 毎日15分歩く			
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	<input type="checkbox"/> 運動 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() 指導者サイン		
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である 指導者サイン <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 指導者サイン		
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 指導者サイン <input type="checkbox"/> その他() 指導者サイン		
	【服薬指導】 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 指導者サイン		
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
※実施項目は、 <input type="checkbox"/> にチェック、()内には具体的に記入 患者サイン			

初回用

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □ 随時 □ 食後 () 時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活		
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
(例) 5kgの減量			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
(例) 毎日15分歩く			
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	<input type="checkbox"/> 運動 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) 指導者サイン <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() 指導者サイン		
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 指導者サイン		
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 指導者サイン <input type="checkbox"/> その他() 指導者サイン		
	服薬指導 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 指導者サイン		
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
※実施項目は、 <input type="checkbox"/> にチェック、()内には具体的に記入 患者サイン			

継続用

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

ニコチン依存症管理料

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

・対象患者

ニコチン依存症（スクーリングテスト＝TDS）と診断された者
ブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）が200以上の者
禁煙を希望し、禁煙プログラム*の説明を受け、文書により同意している者

・算定要件

禁煙治療のための標準手順書（禁煙プログラム）に則った禁煙治療を行うこと
禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
再度算定する場合は、初回算定日から1年を超える日であること

・施設基準

禁煙治療の院内掲示、禁煙治療の経験医の勤務、専任の看護職員
呼気一酸化炭素濃度測定器の装備、医療機関の構内が禁煙

禁煙プログラム

「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、日本癌学会により作成)にある、12週にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

がん診療連携拠点病院加算 (入院基本料)

(入院初日)	200点
--------	------

がん診療連携拠点病院において、他の医療機関からの紹介されたがん患者を入院させた場合、入院初日に限り入院基本料に加算する
施設要件等は、「がん診療連携拠点病院の整備指針」を踏まえて設定する。(平成18年2月1日 健発第0201001号 厚労省健康局長通知)

がん診療連携拠点病院

「がん対策推進アクションプラン2005」(2005年8月25日)において要件化された。
がんの集学的治療、セカンドオピニオンの提供、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設置、相談支援センター、などを備えた体制を評価する。

同じ診療圏に「がん診療連携拠点病院」があるか、無いか、どこにあるか、などは調べる必要がある。患者の紹介先として連携をアピールすることが、集患対策して重要となる。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

手術に係わる施設基準の見直し

- 年間手術症例数による手術点数の加算はいったん廃止する
- 手術症例数と治療成績等の相関関係の調査は今後も継続する
- 年間手術件数（加算の対象となっている手術）の院内掲示については、算定要件とし、今後も継続する

〈現在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、対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、子宮付属器悪性腫瘍、等

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

在宅療養支援診療所 (新設)

キーワード (在宅看取り、24時間、地域連携、在宅看取り、など)

〈算定要件〉

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、**24時間往診が可能な体制**を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との**連携**により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の**緊急入院を受け入れる体制**を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と**連携**していること
- 当該診療所における**在宅看取り数を報告すること** 等

在宅療養支援診療所とその他の保険医療機関での評価の比較

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

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

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

「在宅療養支援診療所」

- 今回の診療報酬改定の“目玉”となる新設点数である
- 診療所は特に大きなダウン改定となり、「在宅療養支援診療所」になることが医業経営にとっても重要になる
- 算定に際しては無床診療所より有床診療所が有利となる（緊急入院体制）
- ただし、連携において要件とされる体制を確保すればよいので、地域内医師グループや病院との連携が重要となる。
- 病院においても、在宅療養支援診療所をサポートすることは重要な市場開拓となり、経営戦略として診療所に対する積極的なアプローチが必要になる（緊急入院や24時間往診のサポート）
- 在宅療養支援診療所として実績を上げるには、さらに介護事業者との連携が重要となる。介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携強化となる施策も必要になる。
- 在宅看取り数の報告が義務付けられたことで、在宅療養支援診療所には患者の「畳の上で死にたい」とする希望をサポートすることが求められる

24時間体制などが無床診療所では負担が大きいからと、在宅療養支援診療所を簡単に諦める前に、どうしたら算定可能か十分に検討されるべきである。

受け持ちの患者さんで救急対応が必要になるケースが頻繁に発生することは少なく、また該当する患者さんはある程度予測ができるので、上手な連携において対応が可能になる。今後、療養病院の縮小によって多くの患者さんが在宅（自宅となる施設を含めて）へシフトするため、“すぐにはハシゴを外さない政策”には乗り遅れないようにしたい。

入院から在宅療養への円滑な移行の促進

在宅への円滑な移行を促すため、退院指導料、退院時共同指導等を再編統合し、地域連携の多職種共同について評価する

現行	新点数
<p>【在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)】310点 ・退院時共同指導加算290点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、その入院先の医師と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料(Ⅰ)】(紹介元の医療機関が算定) <u>1. 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</u> <u>2. 1以外の場合 600点</u> 退院後の療養を支援する医師が、入院医療機関の医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合 注)1入院につき1回算定できる。ただし、在宅療養支援診療所の医師が、一定の重症患者に対し、入院先の医療機関に赴いて、2回以上の指導を行った場合は、2回まで算定できる。</p>
<p>【在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)】140点 ・退院時共同指導加算360点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、入院先の医師が、主治医と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料(Ⅱ)】(入院先の病院が算定) <u>1. 在宅療養支援診療所の場合 500点</u> <u>2. 1以外の場合 300点</u> 入院医療機関の医師が、入院医療機関の医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合</p>
<p>【寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)】600点 【寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅱ)】140点 入院中の寝たきり状態の患者に対して、退院後の診療所の主治医と入院医療機関の医師が、退院に際し共同して診療した場合(主治医の診療所は(Ⅰ)を、入院医療機関は(Ⅱ)を算定)</p>	<p>(地域連携退院時共同指導料に統合)</p>
<p>【訪問看護療養費】 ・退院時共同指導加算2,800円 保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、主治医や職員と訪問看護ステーションの看護師等が共同で、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>	<p>【訪問看護療養費】 ・地域連携退院時共同指導加算 <u>1. 在宅療養支援診療所と連携した場合 6,000円(引上げ)</u> <u>2. 1以外の場合 4,200円(引上げ)</u> 保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、医師及び訪問看護ステーションの看護師等が共同して、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>
<p>【退院指導料】300点 1ヶ月以上入院した患者に対し、医師が退院時に指導を行った場合 【退院時共同指導料】150点 医師、看護師等が、訪問看護ステーションの看護師等と共同して退院指導を行った場合</p>	<p>(廃止) (廃止)</p>

現行	新点数
<p>【寝たきり老人在宅総合診療料】(月1回) イ、処方せん交付する場合 2,290点 ロ、処方せん交付しない場合 2,575点 ・24時間連携体制加算(Ⅰ)1,400点…同一医療機関の複数の医師による体制 ・24時間連携体制加算(Ⅱ)1,400点…入院医療機関との連携による体制 ・24時間連携体制加算(Ⅲ) 410点…地域医師会等による連携体制</p> <p>【在宅時医学管理料】(月1回) 3,360点 ・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】(月1回) 1. 在宅療養支援診療所の場合 イ、処方せんを交付する場合 4,200点 ロ、処方せん交付しない場合 4,500点 2. 1以外の場合 イ、処方せんを交付する場合 2,200点 ロ、処方せん交付しない場合 2,500点</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。 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) 1,000点 一定の重症患者に対し、医師による往診又は訪問診療を月4回以上行った場合に算定できる。</p>
<p>【往診料】650点 ・緊急に行う往診…100分の50に相当する点数を加算 ・夜間(深夜を除く)の往診…100分の100に相当する点数を加算 ・深夜の往診…100分の200に相当する点数を加算</p>	<p>【往診料】650点 ・緊急加算 1. 在宅療養支援診療所の場合 650点 2. 1以外の場合 325点 ・夜間加算 1. 在宅療養支援診療所の場合 1,300点 2. 1以外の場合 650点 ・深夜加算 1. 在宅療養支援診療所の場合 2,300点 2. 1以外の場合 1,300点</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】(1日につき) 1. 保健師、助産師又は看護師による場合 イ、週3日目まで 530点 ロ、週4日目以降 630点 2. 准看護師による場合 イ、週3日目まで 480点 ロ、週4日目以降 580点</p> <p>【訪問看護療養費】基本療養費(Ⅰ) 看護師等 5,300円 准看護師 4,800円</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】(1日につき) 1. 保健師、助産師又は看護師による場合 イ、週3日目まで 530点 ロ、週4日目以降 630点 2. 准看護師による場合 イ、週3日目まで 480点 ロ、週4日目以降 580点 ・緊急訪問看護加算(1日につき) 265点 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の医師の指示により、保険医療機関等の看護師等が訪問した場合に、1日につき1回に限り算定できる。</p> <p>【訪問看護療養費】基本療養費(Ⅰ) 看護師等 5,300円 准看護師 4,800円 ・緊急訪問看護加算 2,650円 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の医師の指示により、訪問看護ステ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>

在宅療養における
24時間対応体制

在宅時医学管理料、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
在宅末期医療総合診療料の算定要件を、在宅療養支援診療所であることに改める

患者の重症度等を反映した訪問看護

訪問看護における重症者管理加算、在宅移行管理加算について重症度、処置の難易度の高い患者について引上げる

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

在宅におけるターミナルケア及び看取り

在宅ターミナルケアの要件を見直し、在宅療養支援診療所が関与する場合を大きく評価する
 在宅末期医療総合診療料は在宅と入院の混在する週の算定はできないが、在宅療養支援診療所に入
 院している場合は算定可とする。ただし当該月の入院にかかわる費用は算定できないこととする

現行	新点数
<p>【在宅患者訪問診療料】 ・ターミナルケア加算 1,200点 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】 ・ターミナルケア加算 1,200点 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】 ・ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点(引上げ) ・ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の往診又は訪問診療を行った患者に対してターミナルケアを行った場合は、(Ⅱ)を算定できる。 <u>上記に加え、在宅療養支援診療所の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合は、(Ⅰ)を算定できる。</u></p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料】 ・ターミナルケア加算(Ⅰ) 1,500点(引上げ) ・ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、(Ⅱ)を算定できる。 上記について、<u>在宅療養支援診療所の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(Ⅰ)を算定できる。</u></p>
<p>【訪問看護療養費】 ・ターミナルケア療養費 12,000円 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>【訪問看護療養費】 ・ターミナルケア療養費(Ⅰ) 15,000円(引上げ) ・ターミナルケア療養費(Ⅱ) 12,000円 死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、(Ⅱ)を算定できる。 上記について、<u>在宅療養支援診療所の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(Ⅰ)を算定できる。</u></p>

在宅療養支援診療所のターミナルケア及び看取りに関する評価の高さを認識する必要がある。ここまで高い評価をしても病院で看取りを行うより医療費が軽減できるということなのかもしれない。

自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケア

自宅以外の居住の場におけるターミナルケア推進のため、訪問診療、訪問看護の算定要件を緩和する

	配置基準				訪問看護				訪問診療	
	医師		看護師		病院・診療所		訪問看護S			
	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数
自宅	×	×	×	×	× ^{*1}	△	× ^{*1}	△	○	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	×	×	× ^{*1}	△	× ^{*1}	△	○	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	×	×	× ^{*1}	△	× ^{*2}	△	○	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)介護保険法	×	×	○	○	× ^{*2}	△	× ^{*2}	△	× ^{*3}	▲
特別養護老人ホーム	○	○	○	○	×	▲	×	▲	× ^{*4}	▲
介護老人保健施設	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×

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

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

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

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

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

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

訪問系もさらにバブル改定となっている。在宅療養支援診療所を整備して患者の自宅シフトを強力に促す。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

初診料、再診料、外来診療料の見直し

現行		新点数
初診料	病院 255点	270点 (+15点)
	診療所 274点	
再診料	病院 58点	57点 (-1点)
	診療所 73点	71点 (-2点)
継続管理加算 5点		(廃止)
外来診療料 (200床以上)	72点	70点 (-2点) ヘモグロビンA1cを包括範囲 から除外

再診料が1点だけ格差が縮小した。
2年前の診療報酬改定の初診料と似ている...

診療所にとって影響の大きい改定になったが、外来患者を病院から診療所にシフトするためには必要な一本化だったかもしれない。今後は病院から患者を受け入れる体制作りが重要となる。

200床以上の病院の外来診療料については、検査等の包括範囲について医師等と再度確認することが重要である。

紹介患者加算の廃止

- ・ 紹介患者加算を廃止し、特定機能病院、地域医療支援病院は入院料等で別途評価する

同一医療機関・同一日複数診療科受診時の評価

- ・ 同一医療機関の同一日の複数科受診について、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。
- ・ 総合診療外来等については1つ目とみなさない。
- ・ 2つ目の初診については加算点数は算定できない。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

DPCに係わる評価

- 診断群分類の見直し
診断群分類数を2,500程度に簡素化する（現在3,074分類）
〔手術・処置による分岐の簡素化・精緻化、検査入院・教育入院の廃止、副傷病名の検証〕
- 入院期間Ⅰの設定方法の見直し
脳梗塞、外傷等の分類について入院期間Ⅰを25パーセンタイルから5パーセンタイルへ変更する
- 包括評価の範囲の見直し
画像診断管理加算は出来高、手術前（後）医学管理料は包括対象
- 包括評価から出来高算定とする患者
7月から10月のデータ提出期間後に発売された高額な薬剤を使用する患者、自家末梢血幹細胞移植患者、自家造血幹細胞移植及び臍帯血移植患者
- 調整係数の見直し
18年度診療報酬改定率を踏まえ、調整係数を引き下げる。（▲3.16%）
調整係数は平成20年度まで維持する。

紹介率に関する急性期病院の肩書きがなくなるため、「DPC」は急性期病院のブランドとなる。しかしDPC病院も、調整係数の廃止や、厳しい患者選択などから淘汰競争が始まる。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

- DPC対象病院を拡大（調査協力病院228施設からの手上げによる）

DPC病院の状況（中医協・診療報酬基本問題小委員会2005年11月16日）				
現名称	施設数		一般病床数	新名称
DPC対象病院	82	特定機能病院等	約7万床	DPC対象病院
試行的適用病院	62	国立8、社保25、民間等29	約2.5万床	
調査協力病院	228	15年度から参加20（国立1、社保9、民間等10）	約9.4万床	DPC準備病院 228施設のうち18年度にDPCに手上げしなかった病院と新たに調査協力に参加した病院
		16年度から参加125（国立9、社保4、民間等112） *4ヶ月分の全データ提出は40のみ		
		17年度から参加83（国立4、社保2、民間等77）		
計	372	特定機能等82、国立22、社保40、民間等228	約18.9万床	

DPC対象病院となるための基準

①看護配置基準「2:1」、②診療録管理体制、③標準レセ電算マスターによる調査データの提出

DPC対象病院となるために望ましい基準

（特定集中治療室管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔管理料、画像診断管理加算）の算定

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

リハビリテーションの疾患別体系

- ・理学療法、作業療法、言語聴覚療法を4つの疾患別リハビリテーション料に再編する
- ・長期間にわたって効果が明らかでないとの指摘において算定日数に上限を設定
- ・1月に一定単位以上行った場合の逓減制を廃止する
- ・集団療法は廃止し、個別療法のみを評価する
- ・機能訓練室の面積要件は緩和する

	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎・無気肺 ・開胸手術後 ・肺梗塞 ・慢性閉塞性肺疾患であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者等 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞 ・狭心症 ・開心術後 ・慢性心不全で左心駆出率40%以下 ・冠動脈バイパス術後 ・大血管術後等
リハビリ テーション料(Ⅰ)	250点	180点	180点	250点
リハビリ テーション料(Ⅱ)	100点	80点	80点	100点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

リハビリテーション料(Ⅰ)は、(Ⅱ)より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。

リハビリテーション料(Ⅱ)は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

施設基準等は
通知待ち

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

急性期リハビリテーションの評価

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
 早期リハビリテーション加算は廃止する

現行	新点数						
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)						
別に厚生労働大臣が定める患者 <table border="1" data-bbox="140 829 1058 1058"> <tr> <td data-bbox="140 829 1058 896">回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="140 896 1058 996">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="140 996 1058 1058">外来移行加算を算定する患者</td> </tr> </table>	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	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	外来移行加算を算定する患者	別に厚生労働大臣が定める患者 <table border="1" data-bbox="1104 829 2022 1058"> <tr> <td data-bbox="1104 829 2022 896">回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 896 2022 996">急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 996 2022 1058">ADL加算を算定する患者</td> </tr> </table>	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者	ADL加算を算定する患者
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者							
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							
外来移行加算を算定する患者							
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者							
急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者							
ADL加算を算定する患者							
疾患別リハビリテーションについては、1人の患者が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。							

集団療法が廃止され、リハビリは「疾患別」「個別」がキーワードとなった。また理学療法Ⅳ(施設基準なし)の取扱が不明である。新点数のⅡ(一定の基準)とⅠ(さらに手厚い配置)となり、施設基準の無いリハビリは廃止となった可能性もある。[通知等の施設基準公表待ち]

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

リハビリテーション従事者の実施単位数の上限要件の緩和

医療機関ごとの弾力的な運用を可能とするため、従事者の実施単位数上限を緩和する

現行	新点数
<個別療法> リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位まで	リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位まで *1日当たりの単位数は、18単位を標準とし、24単位を上限とする。 *1週当たりの単位数は、非常勤の従事者については、常勤換算で1人当たりとして計算する。
<集団療法> リハビリテーション従事者1人・1日のべ54単位まで	(廃止)

障害児・者リハビリテーション料 (新設)

	新点数
(1単位につき)6歳未満	190点
6歳～18歳未満	140点
18歳以上	100点
脳性麻痺の発達障害児・者、肢体不自由児施設等の入所・通所者を対象 1日6単位まで、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定した場合は算定不可	

摂食機能療法の算定上限の緩和

「摂食機能療法 (1日につき) 185点・月4回まで」に、
 『治療開始から3ヶ月以内については、毎日算定可』を追加する

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

回復期リハビリ病棟入院料

対象疾患の拡大し、一律の180日上限から、疾患ごとに算定日数を設定する

現行	算定上限	新点数	算定上限
1, 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態	180日	1, 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	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	180日
2, 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		2, 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	90日
3, 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		3, 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態	90日
		4, 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ヵ月以内の状態	60日
4, 前三号に準ずる状態		5, 前四号に準ずる状態	

在宅訪問リハビリテーション指導管理料

算定開始後

1日当たりから、1単位当たりに変更し、退院後早期について上限を緩和する

現行	改正後
(1日につき) 530点 ・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 ・週3回まで	(1単位につき) 300点 ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、訪問によりリハビリテーションを行った場合 ・週6単位まで ・退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定可

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

急性期の精神病床

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料
入院後早期(30日以内)を評価し、長期(30日超)を引き下げる

	現行	改正後
精神科救急入院料	(2:1) 2,800点	(実質配置10:1) 入院後30日以内 3,200点 入院後30日超 2,800点
精神科急性期治療病棟入院料1	(2.5:1) 1,640点	(実質配置13:1) 入院後30日以内 1,900点 入院後30日超 1,600点
精神科急性期治療病棟入院料2	(3:1) 1,580点	(実質配置15:1) 入院後30日以内 1,800点 入院後30日超 1,500点

精神病床の入院期間に応じた評価

- 精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算を見直す。
- 精神療養病棟入院料2を廃止する
精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算→早期(14日以内)を評価し、長期(91日以上)を引き下げる

入院期間に応じた加算	現行		改正後	
	一般	老人	共通	
14日以内	439点	233点	459点	(+20、+226)
15日～30日以内	242点	233点	242点	(±0、+9)
31日～90日以内	125点	115点	125点	(±0、+10)
91日～180日以内	40点	55点	20点	(-20、-35)
181日～1年以内	25点	32点	10点	(-15、-22)

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

老人性認知症疾患治療病棟

生活機能回復訓練室等の要件を見直し、看護職員配置（実質20：1）の評価を行う

	現行	改正後
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 1,300点(+10点)
	91日超 1,180点	91日超 1,190点(+10点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 20:1(4:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)
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 1,060点(-100点)
	91日超 1,130点	91日超 1,030点(-100点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 30:1(6:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)

通院精神療法

通院精神療法の再診時の評価について、診療所と病院の格差是正を行う

再診時の評価	現行	改正後
診療所	370点	360点(-10点)
病院	320点	330点(+10点)

次回改定では
一本化？

入院精神療法

初めて入院する統合失調症の家族に対して精神療法を行った場合にも算定可とした

2006年度診療報酬改定<答申速報>

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

精神科デイ・ケア

- 長時間の精神科デイ・ケアが社会復帰を妨げていることに配慮し、短時間のケア「精神科ショート・ケア」新設した

精神科ショート・ケア(新設)	小規模の場合	大規模の場合
開始後3年以内の患者	275点(1日につき)	330点(2日につき)
開始後3年超の患者	275点(週5日まで)	330点(週6日まで)
1日3時間以上を標準とする 精神科の医師、作業療法士又は精神科経験を有する看護師等の従事者を配置する 従事者4名につき25人程度の患者を限度とする ショートケアを行う場合、食事加算は算定できない		

精神科訪問看護・指導料

- 精神疾患患者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

算定上限の緩和	現行	改正後
精神科 訪問看護・指導料	週3回まで	退院後3ヶ月以内の患者は 週5回まで
精神科退院前 訪問指導料	入院後3ヶ月を超える患者に 対しては1入院3回	入院後6ヶ月を超える患者 は1入院6回

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

精神病床の認知症患者対策

重度認知症加算(精神病棟入院基本料)	新設 100点(1日、入院後3ヶ月以内)
重度認知症患者入院治療料	(廃止)
認知症老人入院精神療法料	(廃止)

重症認知症患者デイ・ケア

- 認知症のデイケアについて、介護保険との役割分担を明確にした

現行	改正後
重度認知症デイ・ケア料(Ⅰ)送迎なし 4～6時間未満 705点 6時間以上 1,060点	重度認知症デイ・ケア料 6時間以上 1,000点 4～6時間未満は廃止
重度認知症デイ・ケア料(Ⅱ)送迎あり 4～6時間未満 953点 6時間以上 1,308点	

送迎については評価なし?

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

小児に対する心身療法

- 心身医学療法の20歳未満加算の新設
発達障害、ひきこもり、不登校等の児童や思春期の患者に対する精神医療を充実する

心身医学療法

20歳未満加算(新設) 100/100点を加算する

小児に対する精神療法は、小児科医によるカウンセリング料ともなり、過食症・拒食症などの15歳未満の患者にも対象患者は多いと考えられる。

小児・児童のカウンセリングは一般的な精神科病院の外来では抵抗も大きく、都市部でのサテライト診療所の設置が増える傾向がある。

精神医療のキーワード

早期退院、在宅復帰、訪問診療、時代のニーズ

精神科入院

精神科入院では長期入院の引き下げが大きい。経営的には在宅、訪問と連携して早期退院をアピールすることも必要になる

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

地域連携パス

- 「大腿骨頸部骨折の患者」について、地域連携パスを活用し医療機関間で診療情報が共有されている体制を評価する

入院時	(新設) 地域連携診療計画管理料 1,500点
	対象疾患患者、地域連携パスに基いた診療計画の説明、文書にて提供(患者家族)、入院時に算定 ①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 ②1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 ③連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換の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 ④平均在院日数17日以内の急性期病院であること 等
退院時	(新設) 地域連携診療計画退院時指導料 1,500点
	対象疾患患者、地域連携パスに基いた退院後の療養計画の説明、文書にて提供(患者家族・紹介元医療機関)、退院時に算定 ・地域連携診療計画管理料の算定要件のうち、①と②と③ ・地域連携診療計画退院時指導料は地域連携退院時共同指導料とは併算定不可
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

**対象疾患は
今後拡大
か...**

地域連携パスの実施により平均在院日数の短縮が認められているので、今後も対象疾患拡大を含めパスを普及させる施策が打ち出されると考えられる。

医療機関(一般病院等)は、地域連携パスの実施が、患者の確保につながるため、パスの作成や地域説明会の実施など、積極的に参加することが求められる。

(参考サイト) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8c.html>

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

介護老人保健施設の他科受診

- ・介護老人保健施設では診察できない専門的な技術や機器を要する疾患について、適切に評価する
算定不可としていた特掲診療料のうち、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、婦人科の一部の診療行為について「算定可」とする

[算定不可→算定可]

眼科(精密眼底検査等)、耳鼻咽喉科(耳処置、鼻処置等)、皮膚科(いぼ焼却法等)
婦人科(膣洗浄等)

介護療養病棟から老健施設への患者シフトにより、医療行為の必要な患者への対応が求められることになり、医療行為の算定については今後も対象が拡大すると考えられる。

2006年度診療報酬改定<答申速報>

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

臨床研修病院

- 臨床研修病院入院診療加算を引上げ、協力型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	現行	改定後
単独型、管理型	(入院初日) 30点	(入院初日) 40点(+10点)
協力型	—	(入院初日) 20点(新設)

[施設基準等] 現行のもの

- 診療録管理体制加算の届出
- 指導医は臨床経験を7年以上有する医師
- 研修医2.5人につき、指導医1人以上
- 医師数は医療法標準以上
- 研修管理委員会が設置されている**単独型、又は管理型**の臨床研修病院(大学病院を含む)
- 職員に対する保険診療に関する講習(当該医療機関が自ら行うもの)を年2回以上実施
- 研修医数は、病床数10に対し1人、または年間の入院患者数100に対し1人を超えない
- 研修医の診療録の記載に係る指導・確認は速やかに行う
- 診療録には指導の内容がわかるように指導医自ら記載を行い署名する
- 研修医が当該医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設で研修を受けている場合に算定

新点数の施設基準では変更になる

明細のわかる領収書を発行した場合、「臨床研修施設だから高い」ことを患者に説明する方法を事前に決めておく必要がある。『新米の先生が診察してるのに高い』ことには、『優秀な医師を育てるために、経験の豊富な優れた先生が多くいるからですよ』とするのはいかがだろうか。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

脳卒中ケアユニット

- 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

(新設)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	
<p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること ・神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が1名以上、当該治療室の専任として常勤していること ・当該治療室で夜勤を行う看護師は、当該治療室以外で夜勤を併せて行わないこと ・当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること ・CT、MRI、脳血管造影等の必要な脳画像診断が常時可能であること ・当該治療室専任の理学療法士又は作業療法士が1名以上常勤していること ・当該治療室に入院する患者のうち、8割以上が脳卒中対象疾患であること 	

医療機関の特長をアピールする点数として、脳外科を標榜する医療機関では算定が必須になる。逆に算定できないの脳外科医療機関は特長を打ち出すことが難しくなる。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

地域加算の見直し

- 国家公務員給与の人事院規則の公布を受けて、地域加算を見直す

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

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

小児医療 乳幼児の時間外・休日・深夜加算

- ・乳幼児加算と、時間外、休日、深夜のそれぞれの加算と併せて算定する場合は、新たに「乳幼児時間外加算」「乳幼児休日加算」「乳幼児深夜加算」を算定する

時間内		時間外		休日		深夜	
現在	診療所の例	現在	改正後	現在	改正後	現在	改正後
初診料 274点	初診料 274点	初診料 270点	初診料 270点	初診料 274点	初診料 270点	初診料 274点	初診料 270点
乳幼児加算72点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 時間外加算 200点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 休日加算 365点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 深夜加算 695点
	時間外加算85点		休日加算 250点			深夜加算 480点	
						100点	100点 アップ

「時間内」は
変更なし

算定点数に
に増減なし

初診料に対する「乳幼児育児栄養指導加算」は指導管理料として独立し、「乳幼児育児栄養指導料」とする。

小児医療充実させる点数構成とし、一般科の診療所にも算定促している。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

小児医療 小児入院医療管理料

- 小児入院医療管理料を引上げ、医師の常勤要件を見直す

	現行	改正後
小児入院医療管理料1	3,000点	3,600点(+600点)
小児入院医療管理料2	2,600点	3,000点(+400点)
プレイルーム、保育士等加算	80点	100点(+20点)
複数の小児科医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は、常勤として取り扱う		

子育てしながら働ける環境整備として、出産、育児等でリタイアしている女性医を対象とした常勤換算の変更である。地域医師会等に照会するなどして積極的に小児科医を探すことも必要になる。

小児医療 手術の通則加算の見直し

- 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

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

小児医療 地域連携小児夜間・休日診療料

- ・地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件を緩和し、24時間の診療体制の評価を充実する

現行	改正後
<p>地域連携小児夜間・休日診療料 300点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 	<p>地域連携小児夜間・休日診療料(1) 300点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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、<u>うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること</u> <p>地域連携小児夜間・休日診療料(2) 450点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・<u>小児科を担当する医師が常時配置されていること</u> ・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

(1)については小児科を担当する医師が2名と要件が緩和された。(2)については24時間診療が義務付けられ、評価が高くなった。在宅療養支援診療所と同様に地域内での24時間診療体制作りが進められている。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

小児医療 検査、処置等の技術

- ・ 検査、処置の新生児加算及び乳幼児加算、注射の乳幼児加算について評価する
 (例) 心臓カテーテル法による諸検査 (乳幼児加算)
 乳児の非還納性ヘルニア徒手整復法

小児医療 食物アレルギー負荷検査

- ・ 食物アレルギーの有病率 (乳児5~10%、学童以降1.3%程度) とされている患者に、適切な検査と栄養食事指導を評価する

(新設) 食物アレルギー負荷検査 1,000点

- ・ 小児科標榜医療機関の小児科を担当する医師
- ・ 9歳未満の入院患者
- ・ 問診、血液検査等から食物アレルギーの疑いあり
- ・ 原因抗原診断、耐性獲得の確認のために実施
- ・ 年2回に限り算定

**(新設) 外来栄養食事指導料及び、入院栄養食事指導料の対象に
小児食物アレルギー食を追加**

小児の食物アレルギー患者は、時代を背景に対象者が増加している。自院における対象患者を調査する必要がある。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

産科医療 ハイリスク分娩管理加算

- ・ハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理を入院基本料加算として新設する

(新設)ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 1,000点

* 1回の妊娠につき1入院のみ、8日を限度

[対象疾患]

妊娠22～27週の早産

40歳以上の初産婦

BMIが35以上の初産婦

糖尿病合併妊娠

妊娠高血圧症候群重症

常位胎盤早期剥離

[施設基準]

- ・専ら産科医療に従事する医師が3名
- ・年間分娩件数が120件
- ・年間分娩件数等の情報の院内掲示
- ・助産婦が3名

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

産科医療 ハイリスク妊産婦共同管理料

- ・ハイリスク分娩の妊産婦の入院に対し、入院先の医師と紹介元の医師が共同で診療した場合に算定する

<p>(新設)ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)(1分娩1回) 500点 * 紹介元の医療機関が算定</p>
<p>(新設)ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)(1分娩1回) 350点 * 入院先の医療機関が算定</p>
<p>[対象疾患](ハイリスク分娩管理加算と同じ) 妊娠22~27週の早産、40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離</p>
<p>[ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準] ・ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定している医療機関と連携している、産科(産婦人科)を標榜する医療機関 ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う医療機関名等の情報を院内掲示</p>
<p>[ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)の施設基準] ・ハイリスク分娩管理加算の施設基準を満たすこと</p>

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

麻酔に係わる技術

- ・麻酔管理料を引上げ、閉鎖循環式全身麻酔について重症者に対する加算を新設し対象の手術範囲を拡大する

	現行	改正後
麻酔管理料	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 580点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 130点(+30点) 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 750点(+170点)
麻酔料	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 6,100点 ・人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算 100分の50 ・呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 50点	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 1重症の患者に対して行う場合 8,300点(+2,200点) 2その他の場合 6,100点 ・側臥位における手術の場合の加算 100分の10 ・人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算 100分の100 (廃止)

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

病理診断

- 病理診断料を引上げ、非常勤の病理医による診断も算定できることとする

	現行	改正後
病理診断料	255点	410点(+155点)

病理診断料の算定要件の「病理学的検査を専ら担当する医師の常勤」要件を緩和し、非常勤の病理医が診断を行った場合も算定できることとする

開業に向かない病理医については、医師数が増えない現状もあり、今回高い評価がされ、非常勤医師も評価対象となった。グループ内、連携先等の病理医について調査する必要がある。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

- 入院基本料を算定する病棟について現行の区分を簡素化し再構成する。
 現行の「2:1」以上の「1.4:1」を新設する
 平均在院日数要件についてさらに短縮する
 夜間勤務等看護加算を廃止する

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1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。

	看護職員配置基準		
	実質配置	現行の配置表記	
区分A	7:1	1.4:1	
区分B	10:1	2:1	
区分C	13:1	2.6:1	
区分D	15:1	3:1	
区分E	18:1	3.6:1	精神病棟 結核病棟
区分F	20:1	4:1	

看護職員配置要件、看護師比率要件、平均在院日数要件のいずれかが基準に満たない場合は、特別入院基本料を算定する。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

- 看護補助加算を5区分から3区分に簡素化する

看護補助加算					
現行			改正後		
区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分	区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分
1	4:1	基本料5			
2	5:1	基本料5			
3	6:1	基本料3、4、5	1	6:1	基本料D、E、F
4	10:1	基本料2、3、4、5	2	10:1	基本料C、D、E、F
5	15:1	基本料2、3、4、5	3	15:1	基本料C、D、E、F

改正後の病棟区別の点数・基準一覧

種別	基準	一般病棟	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能	特定結核	特定精神
区分A 1.4:1	点数	1,555点	1,555点		1,447点		1,555点	1,447点	1,311点
	実質配置	7:1以上	7:1以上		7:1以上		7:1以上	7:1以上	
	看護比率	70%以上	70%以上		70%以上		70%以上	70%以上	
	在院日数	19日以内	30日以内		25日以内		28日以内	28日以内	
区分B 2:1	点数	1,269点	1,269点	1,269点	1,161点	1,209点	1,269点	1,161点	1,209点
	実質配置	10:1以上							
	看護比率	70%以上							
	在院日数	21日以内	33日以内	—	25日以内	25日以内	28日以内	28日以内	28日以内
区分C 2.6:1	点数	1,092点	1,092点	1,092点	949点			949点	
	実質配置	13:1以上	13:1以上	13:1以上	13:1以上			13:1以上	
	看護比率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上			70%以上	
	在院日数	24日以内	36日以内	—	28日以内			36日以内	
区分D 3:1	点数	954点		954点	886点	800点		886点	839点
	実質配置	15:1以上		15:1以上	15:1以上	15:1以上		15:1以上	
	看護比率	40%以上		40%以上	40%以上	40%以上		70%以上	70%以上
	在院日数	60日以内		—	—	—		—	—
区分E 3.6:1	点数				757点	712点			
	実質配置				18:1以上	18:1以上			
	看護比率				40%以上	40%以上			
	在院日数				—	—			
区分F 4:1	点数				713点	658点			
	実質配置				20:1以上	20:1以上			
	看護比率				40%以上	40%以上			
	在院日数				—	—			
特別1	点数	575点							
	実質配置	15:1未満							
	看護比率	40%未満							
	在院日数	—							
特別2	点数				550点	550点			
	実質配置				20:1未満	20:1未満			
	看護比率				40%未満	40%未満			
	在院日数				—	—			

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

一般病棟入院基本料 (一般患者) 改定の概要

現行				改正後						
一般病棟	看護配置	I 群(28日以内)	II 群(29日以上)	看護配置(実質)		新点数	在院日数			
				1.4:1	(7:1)	1,555点	19日以内			
入院基本料1	2:1	1,209点	21日以内	2:1	(10:1)	1,269点	21日以内			
入院基本料2	2.5:1	1,107点	26日以内	2.6:1	(13:1)	1,092点	24日以内			
入院基本料3	3:1	939点	28日以内	974点	60日以内	3:1	(15:1)	954点	60日以内	
入院基本料4	3.5:1	842点		880点	90日以内	3:1未満	(15:1)未満	575点		
入院基本料5	4:1	783点		820点	なし					
特別入院基本料1	4:1	569点		608点						
特別入院基本料2	4:1未満	540点		580点						

点数簡素化にともなって、I 群とII 群の分類が無くなった。2:1看護の在院日数については21日が継続となったが、2.5:1(2.6:1)が2日短縮となり、急性期病院のレベルが引上げられた。逆に3:1については60日以内となり、亜急性期を担う病院としての病院戦略が必要になる。また3:1未満の標欠病院については病院として残ることが難しい点数設定となった。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

- 紹介患者加算に係わる紹介率の問題点

紹介率の計算方法には、医療機関類型、同一施設でも複数の算定式が存在すること
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

紹介外来加算	100点	廃止
紹介外来特別加算	140点	
急性期入院加算	155点	
急性期特定入院加算	200点	
地域医療支援病院入院診療加算2	900点	

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夜間・休日以外にも拡大し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上げる

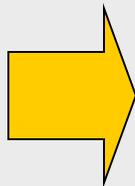
2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

有床診療所入院基本料

- ・ 短期間の入院施設としての役割を明確化し、また地域における回復期リハビリの提供や在宅医療の支援する機能を評価する
 看護職員配置を簡素化し、14日以内を引上げ、15日以内を引き下げる

現行		
有床診療所入院基本料(看護配置)		
I 群1	10人以上	489点
I 群2	5人以上	456点
I 群3	1人以上	415点
II 群3	1人以上	380点
II 群4	-	345点
有床診療所 初期加算		
	7日以内	223点
	8～14日以内	188点
	15～30日以内	85点
	31～90日以内	47点
医師配置等加算	40点	



改正後		
有床診療所入院基本料	①	②
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
①有床診療所入院基本料 看護職員5人以上(看護師1人以上が望ましい)		
②有床診療所特別入院基本料 看護職員1人以上5人未満		
初期加算は入院基本料に統合し廃止する		
医師配置等加算	100点	

有床診療所の48時間規制を無くし、施設としての位置付けを、“小規模な病院”から“地域密着の短期療養施設”として評価していく方向にある。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

電子化加算

- ・レセプトなどのIT化を集中的に推進するため、時限的（平成22年度年末まで）に評価する
初診料に加算する

(新設)電子化加算 3点

[必要的に具備すべき要件]

- ・レセプト電算化システムを導入していること
- ・試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること
(400床以上の病院に限る)

平成18年度中は「選択的に具備すべき要件」として取り扱い、平成19年度以降、「必要的に具備すべき要件」として取り扱う。

- ・医療費の内容の分かる領収証を交付していること

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

[選択的に具備すべき要件](いずれか一つを実施)

- ・レセプトの電算化(電子媒体による請求)
(400床以上の病院以外の保険医療機関に限る)
- ・試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること
(400床以上の病院以外の保険医療機関に限る)
- ・バーコードタグ・電子タグ等による医療安全対策を実施していること
- ・インターネットを活用した電子予約を行っていること
- ・診療情報提供について電子的に行っていること
- ・電子紹介状を行っていること
- ・検査、処方、注射等に係るオーダリングシステムが整備されていること
- ・電子カルテによる病歴管理を行っていること
- ・医用画像管理システムによる放射線診断業務を行っていること
- ・遠隔医療支援システムを活用した離島・へき地及び在宅診療を行っていること

電子化加算には領収書の発行も要件となっており、診療報酬で評価していることから、さらに詳細な明細領収書が求められる可能性もある。また時限的点数であることは、平成23年度以降はレセプトオンライン化等整備されていないと減算になるなど、厳しい施策の実施が予想される。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

医療安全対策等

- 入院基本料に係わる減算の廃止し、入院基本料の算定要件とする

	現行	改正後
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(1日1回)	
医療安全管理体制未実施減算	5点(1日1回)	
褥瘡対策未実施減算	5点(1日1回)	

- 医療安全対策加算の新設 (入院基本料の加算)

詳細な要件は
通知待ち

(新設) 医療安全対策加算(入院初日) 50点

急性期入院医療について、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、医療安全対策に係わ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

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

医療安全対策等

- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

(新設) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(1回の入院につき) 500点

[算定要件]

- ・専従の褥瘡管理者(*)を配置していること

(*) 褥瘡管理者は、所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること

- ・褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと
- ・その結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同し褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること
- ・当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施すること
- ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること
- ・総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

臓器移植の保険適用

現行(臓器移植の保険適用状況)					
	心臓	肺臓	肝臓	腎	膵臓
死体	高度先進医療				高度先進医療
生体			保険収載済		

改正後	
(新設) 移植用心採取術	49,300点
(新設) 同種心移植術	104,100点
(新設) 移植用肺採取術(死体)	49,800点
(新設) 同種死体肺移植術	91,800点
(新設) 移植用肝採取術(死体)	56,800点
(新設) 同種死体肝移植術	108,600点
(新設) 移植用膵採取術(死体)	46,800点
(新設) 同種死体膵移植術	88,600点
(新設) 脳死死体移植管理料(レシipient1人につき)	14,200点
臓器移植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わる費用	

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

高度先進医療の保険導入

高度先進医療109技術のうち、8技術について保険導入する

保険導入8技術	
悪性腫瘍の遺伝子診断	脳死肝臓移植手術
進行性筋ジストロフィーのDNA診断	心臓移植手術
腹腔鏡下前立腺摘除術	膵臓臓移植手術
CT透視ガイド下生検	脳死肺移植手術

新規技術の保険導入

学会から要望のあった619技術のうち、50新規技術を保険導入する

保険導入50新規技術
医療機器決定区分2(新機能、新技術)に係わる検査(PET・CT等) 内視鏡下手術 既存技術を複合したもの又は少し改善したもの 輸血管理の評価 等

既存技術の再評価

学会から要望のあった619技術のうち
86既存技術を再評価する

再評価の86新規技術(例)
難易度等を考慮した設定点数の見直し 腹腔鏡、胸腔鏡及び関節鏡下手術の再評価 同一手術野等における手術の再評価 高機能CT・MRIの評価 等

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

- 診療報酬上の評価を廃止又は統合する

診療報酬上の評価を廃止又は統合する項目(例)

[尿中定量検査] D001 4. メラニン定性 D001 9. 細菌尿検査(TTC還元能) D001 12. パラニトロフェノール、カタラーゼ反応 D001 20. 成長ホルモン(GH)定量精密測定	[内分泌学的検査] D008 2. 11ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)精密測定 D008 3. 11ヒドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)精密測定 D008 8. プロラクチン(PRL)精密測定 D008 11. 黄体形成ホルモン(LH)精密測定 D008 12. ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)精密測定 D008 17. エストロジェン精密測定 D008 19. プレグナンジオール精密測定	J110 咽喉頭電気焼灼法 [手術] K092 茎状突起管開放手術 K173-2 硬脳膜血管結紮術 K205 涙嚢瘻管閉鎖術 K231 涙腺摘出術(切除を含む) K232 眼窩涙腺腫瘍摘出(切除)術 K237 眼窩縁形成手術(骨移植によるもの) K238 眼球内異物摘出術(硝子体内異物摘出を含む) K247 角膜縫合術、強膜縫合術、結膜強膜縫合術 K253 角膜異物除去術 K258 ぶどう腫縮小術 K262 角膜点墨染色術 K263 虹彩癒着剥離術 K264 光学釣虹彩切除術 K267 虹彩離断術 K307 鼓膜癒着症手術 K332 萎縮性鼻炎粘膜下異物挿入術 K366 副鼻腔骨形成手術 K379 扁桃悪性腫瘍手術 K495 胸腔内合成樹脂球摘出術 K550 内胸動脈心筋内移植手術 K561 房室弁輪形成術 K624 胸管ドレナージ法 K774 腎(腎盂)瘻造設術 K850-2 臍絨毛性腫瘍摘出術 K862 クレニツヒ手術 K864 子宮位置矯正術 1、アレキサンダー手術
[糞便検査] D003 2. ビリルビン定量、AMSⅢ	[感染症血清反応] D012 2. ポールバンネル反応検査 D012 40. HIV envelope抗体価及びHIV core抗体価測定	
[血液形態・機能検査] D005 10. ヘモグロピンA1(HbA1) D005 13. LE現象検査	[自己抗体検査] D014 10. 抗RNP抗体精密測定 D014 11. 抗Sm抗体精密測定	
[出血・凝固時間] D006 6. 部分トロンボプラスチン時間測定 D006 11. ユーグロブリン溶解時間測定 ユーグロブリン分層プラスミン値測定(Lewis法) プラスミン活性値検査の簡易法(福武, 畔柳法) D006 19. PIVKA II 精密測定(出血・凝固)	[血漿蛋白免疫学的検査] D015 7. トランスフェリン精密測定 D015 8. 補体蛋白(C3,C4)精密測定 D015 10. B2-マイクログロブリン(β 2-m)精密測定 D015 15. 第Ⅷ因子様抗原精密測定	
[生化学検査] D007 1. アルブミン・グロブリン比測定 D007 3. 総脂質 D007 6. 過酸化脂質測定 D007 9. シアル酸測定 D007 10. フルクトサミン D007 20. 尿中硫酸抱合型胆汁酸 D007 31. ミオグロビン、 α 1-マイクログロブリン精密測定 D007 36. トリプシン精密測定 D007 37. 頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン精密測定 D007 41. ビタミンB1定量精密測定	[細胞機能検査] D016 7. ロゼット法によるリンパ球サブセット検査 [微生物核酸同定精密検査] D023 4. 結核菌核酸同定精密検査 [組織試験採取、切採法] D417 11. 膀胱 D417 13. 前立腺	
	[処置] J080 子宮頸管拡張及び分挽誘発法 5、頸管ブジー法	

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

- 同じ治療でも回数の違いで点数が異なることが分かりにくいことから見直す

現行	改正後
消炎鎮痛等処置 イ マッサージ等の手技による療法 35点 ロ 器具による療法 35点 ハ 湿布処置 1 半肢の大部等にわたるもの 35点 2 その他のもの 24点	同一月内逓減制を廃止する (50/100)

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

指導管理等に係わる技術の評価

- ウイルス疾患指導料2に加算を新設

ウイルス疾患指導料1	240点
肝炎ウイルス又は成人T細胞白血病	
ウイルス疾患指導料2	330点
後天性免疫不全症候群(月1回/人)	
(新設)ウイルス疾患指導料2について下記の施設基準を満たす施設に加算する 220点	
[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年以上の専任看護師が1名以上 HIV感染者への服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上 社会福祉士又は精神保健福祉士が院内に設置されていること プライバシーの保護に配慮した診察室・相談室が準備されていること	

- 特定薬剤治療管理料の適応拡大

特定薬剤治療管理料	現行	改正後(追加の適応)
パルプロ酸 カルバマゼピン	てんかん	躁うつ病、躁病
タクロリムス	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

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

指導管理等に係わる技術の評価

- 重症度の高い喘息患者に対する治療管理

喘息治療管理料の加算

(新設)1月目	2,525点
(新設)2月目以降6月まで	1,975点

[算定要件]

- ・過去1年間に中等度以上の発作による緊急外来受診回数が3回以上ある在宅療養中の成人の患者を対象とする
- ・1人の患者につき算定できる期間は連続した6ヶ月を標準とすること
- ・ピークフロー値、一秒量等計測器の適切な使用方法、日常の服薬方法、増悪時の対応方法を含む計画的な治療計画を作成し、文書で患者に交付すること
- ・在宅におけるピークフロー値、一秒量等を毎日計測しその検査値について週に1度以上報告させ、その情報に基づき、随時、治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について電話等で指導すること。
- ・当該保険医様機関において、専任の看護師等を配置し、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を備えていること。
- ・当該保険医療機関において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、緊急入院を受け入れる体制を確保していること。

2006年度診療報酬改定<答申速報>

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

病院

療養病棟入院基本料の見直し(平成18年7月1日~)

現行	
療養病棟入院基本料1	1,209点(老人1,151点)
療養病棟入院基本料2	1,138点(老人1,080点)
[その他の包括する点数]	
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	

経過措置(平成18年6月30日まで)	
療養病棟入院基本料1	1,187点(老人1,130点)
療養病棟入院基本料2	1,117点(老人1,060点)

改正後(平成18年7月1日~)			
ADL区分	医療区分		
	1	2	3
3	885点	1,344点	1,740点
2	764点		
1		1,220点	
	50.2%	37.2%	12.6%

当初9分類(+認知症2分類)の11分類に点数が設定される方向だったが、結局5分類となった。
療養病棟に約半分入院している医療区分1の患者さんについては、大幅な点数ダウンとなり、自宅や介護施設へのシフトが始まると考えられる。

認知機能障害加算
5点

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

診療所

有床診療所療養病床入院基本料の見直し (平成18年7月1日~)

現行
有床診療所療養病床入院基本料 816点(老人798点)
[その他の包括する点数] 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

経過措置(平成18年6月30日まで)
有床診療所療養病床入院基本料 801点(老人783点)

改正後(平成18年7月1日~)			
ADL区分	医療区分		
区分	1	2	3
3	602点	871点	975点
2	520点		
1		764点	

有床診療所が介護保険の中で重要な位置付けが行われる中で、医療度の低い患者は医療保険では評価しないことが明確にされた。
医療度の高い患者は、病院での管理体制が必要なケースも多く、今回の見直しによって、有床診療所の介護保険化が進む可能性もある。

認知機能障害加算
5点

2006年度診療報酬改定<予測>

ADL区分 の案

「ADL区分」のためのADL得点の算出（単純合計方式）

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範囲な援助	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
	ADL得点							
ADL区分 1	0～10点							
ADL区分 2	11～22点							
ADL区分 3	23～24点							

認知機能障害の加算の算出
 CPS (Cognitive Performance Scale) を用いて、「0 (障害なし)～6 (最大度)」の7段階に分類し、CPS3 以上を「認知機能障害」ありとする。

日医総研:平成15年

健康保険組合連合会:平成16年

2006年度診療報酬改定<予測>

(中医協調査専門部会 慢性期入院医療包括評価調査分科会2005/11/11)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
疾患及び病態	区分2, 3に該当しない者	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷(四肢麻痺が見られる状態) ・肺気腫／慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V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(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」「コーヒーマグ残渣様嘔吐」「喀血」「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度以上又は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(別途要件有り) ・うつ状態(別途要件有り) ・暴行が毎日みられる状態 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <h2>医療区分 の案</h2> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態
医療処置	区分2, 3に該当しない者	<ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・意識障害のある経管栄養(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) ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・発熱を伴う場合の気管切開、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SiO₂90%以下) ・感染隔離室におけるケア

喀痰吸引などは医療機関がコントロールしやすい条件？

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

慢性期入院医療の評価（看護職員等の配置）

- 療養病棟入院基本料の算定要件
看護職員（実質25：1、現行5：1）、看護補助者（実質25：1、現行5：1）
- 有床診療所療養病床入院基本料の算定要件
看護職員（実質30：1、現行6：1）、看護補助者（実質30：1、現行6：1）
- 医療区分2・3に該当する患者を**8割以上**入れている病棟は、以下の配置を満たさないと医療区分2・3に相当する点数は算定できない。
看護職員（実質20：1、現行4：1）、看護補助者（実質20：1、現行4：1）
- 急性期増悪時の対応
急性期増悪時により一般病棟へ転棟等を行った場合は、転棟等の3日前に限り、療養病棟において行われた医療行為については出来高による評価を行う。（この場合の入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定）
- 療養病棟療養環境加算
介護保険を踏まえて見直す

180日超の入院患者の特定療養費化

- 180日を超えて入院している患者の入院基本料減額し、特定療養費制度とする仕組みから療養病棟入院基本料（有床診療所含む）を除外する。

療養病床15万床に削減へ、介護施設への転換進める

政府・与党は、長期入院が多く医療費の膨張につながっている全国の療養病床約38万床を、2012年度までに約15万床に減らす方針を決めた。

他の施設への転換を進め抜本的に再編する考えで、今国会に提出する医療制度改革関連法案に盛り込む。

療養病床は、慢性症状などで医療の必要度が高い人が入院する病床で、医療保険が適用される医療型が約25万床、介護保険適用の介護型が約13万床ある。

しかし、医療をほとんど必要としない人が半数近く入院しているうえ、医療型と介護型の違いがあいまいで、非効率的だとの指摘が強い。

このため、療養病床を医療型に一本化し、介護型は2011年度末までに廃止。医療型も約10万床減らす。いずれも、老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウスなどの介護施設への転換を促すほか、在宅で療養可能な人は在宅に移ってもらう。

転換にあたり、医療型は医療保険から、介護型は交付金で費用を助成する。
(読売新聞2月1日)

政府は2月10日、医療制度改革関連法案を閣議決定し、国会に提出した。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

特殊疾患療養病棟等の見直し

- 療養病床については廃止し、患者分類による新たな体系により評価する
- 一般病床、精神病床については、患者を療養病床へシフトする観点から、経過期間を設けて廃止する。

	現行	改正後	
		療養病床	一般病床、精神病床
特殊疾患療養病棟入院料1	1,980点	廃止 (平成18年3月31日)	廃止 (平成20年3月31日)
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		

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

入院時の食事に係わる費用の算定単位の見直し

- 入院時食事療養費を食数に応じた評価に変更する

3食が限度とされ、
1日分を単純に3で
割った金額になって
いる

	現行	改正後
入院時食事療養費(Ⅰ)	(1日につき) 1,920円	(1食につき) 640円
入院時食事療養費(Ⅱ)	(1日につき) 1,520円	(1食につき) 506円

- 特別食加算の見直し

	現行	改正後
特別食加算	(1日につき) 350円	(1食につき) 76円(−40円 1食換算)
	「経管栄養のための濃厚流動食」を対象から外す	

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

入院時の食事に係わる費用の算定単位の見直し

- ・ 特別管理加算（適時適温）の廃止する

現行	改正後
特別管理加算(1日につき) 200円	(廃止)

- ・ 常勤管理栄養士の加算の新設

入院患者の栄養管理計画の作成及び栄養管理の実施を要件として、栄養状態、健康状態に着目した栄養管理を行った場合に入院基本料に加算する。

(新設) 栄養管理実施加算(1日につき) 12点

- ・ 選択メニュー加算の廃止

患者に負担を求めることができる取り扱いにする

現行	改正後
選択メニュー加算(1日につき) 50円	(廃止)

食事療養費が1食単位となったが、「3食」では引き下げにならなかった。しかし適時適温加算が食事療養費に含まれるとしたので、実質200円のダウンとなる。介護保険で栄養管理の項目が評価されたが、医療保険では1項目(12点)にとどまった。しかしこれからの病院経営においては“食事”はキーワードとなる。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

コンタクトレンズに係わる診療

- コンタクトレンズに係わる診療について、初回のみ初診料の算定ができる
- コンタクトレンズ処方後の自覚症状あり検査等は再診料の算定ができる
- コンタクトレンズ処方後の自覚症状の無い定期検査等は、保険外（自費診療）とする
- 「コンタクトレンズ検査料」を新設する

(新設)コンタクトレンズ検査料(Ⅰ)	初診時 387点 再診時 112点
(新設)コンタクトレンズ検査料(Ⅱ)	初診時 193点 再診時 56点
<p>・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つてはその限りではない。</p> <p>・コンタクトレンズ診療に係る患者が70%以上の医療機関にあっては、コンタクトレンズ検査料(Ⅱ)を算定する。</p> <p>・コンタクトレンズを装用している患者に対する診療は、屈折異常に対する継続的な診療であることから、コンタクトレンズ検査の初診時の所定点数は患者1人につき1回を限度として算定する。</p>	

コンタクトレンズの装用者は1500万人に達し、市場規模も1400億円となった。一部にはカラーコンタクトのような美容に係わるケースもあり、保険診療について見直しされた。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

検査に係わる項目

・検体検査実施料

市場実勢価を踏まえた見直しを行う

(例)	現行	改正後
末梢血液一般検査	27点	23点
C反応性蛋白(CRP)定量	20点	17点

保険医療機関内で検査を行うことが算定要件とされている以下の検体検査については、院外に検体を持ち出して検査を行った場合には適切な結果が得られないと考えられるものであり、衛生検査所調査によっては市場実勢価格が把握できないため、今回の評価の見直しの対象とはしない。

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・尿沈渣顕微鏡検査
- ・赤血球沈降速度測定
- ・血液ガス分析
- ・先天性代謝異常症検査

・生体検査料

検査の難易度を考慮した評価の見直しを行う

	現行	改正後
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

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

歯科診療報酬①

- かかりつけ歯科医初診料・再診料の廃止
かかりつけ歯科医関連項目は見直し又は廃止する
- 病院と診療所の連携と機能分化
初診料・再診料の見直し、「地域歯科診療支援病院歯科初・再診料」の新設
- 歯科医師臨床研修
「臨床研修病院入院診療加算」の新設
- 乳幼児時間外加算
「初診時・再診時の時間外、休日、深夜における乳幼児加算」の新設
- 患者の視点の重視
指導管理料算定において文書による情報提供を要件化 等
- 歯科疾患の指導管理体系
「歯科疾患総合指導料1・2」の新設、歯周疾患継続治療診断料等の統合再編
- 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」を歯石除去等の包括から個別に評価等

歯科診療報酬については、個々の点数については厚労省配付資料をご参照ください

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

歯科診療報酬②

- 適応症、処置内容の明確化
他の処置への準用の多い項目、処置内容・適応症を明確にする項目を見直す
- 歯冠修復及び欠損補綴
補綴時診断料の算定単位、算定要件の見直し、補綴物維持管理料の評価の見直し
- 義歯の調整指導料
新製義歯調整指導料等の見直し
- 旧来型技術等の評価の廃止
「歯冠形成、帯環金属冠、歯冠継続歯」等の廃止
- 老人歯科診療報酬の見直し
医科診療報酬点数表への一本化を進めるために、老人診療報酬点数表を見直す
- 歯科治療における重要な治療項目の再評価
「歯科疾患治療」「根管治療」「歯冠修復」等を評価する

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

調剤報酬①

・調剤基本料

現行				改正後	
	受付回数	集中度	1回につき	処方せん受付1回につき	
調剤基本料1	4,000回以下	70%以下	49点	調剤基本料	42点
調剤基本料2	4,000回超	70%超	21点	(4,000回超、70%超)	19点
調剤基本料3	上記(1,2)以外		39点		

・調剤料（湯薬・浸煎薬を除く）

	現行	改定後
イ、14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
ロ、15日以上21日分以下の場合	70点	68点 (-2点)
ハ、22日分以上30日分以下の場合	80点	77点 (-3点)
ニ、31日分以上の場合	88点	
1剤につき(3剤まで)、浸煎製剤、湯製剤、一包化製剤を除く		

2006年度診療報酬改定＜答申速報＞

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

調剤報酬②

- 調剤料 (湯薬・浸煎薬)

	現行	改正後
湯薬(1調剤につき)	120点	190点(+70点)
浸煎薬(1調剤につき)	120点	190点(+70点)

- 薬剤情報提供料

	現行	改正後
薬剤情報提供料1	17点	15点(-2点)
手帳に記載した場合に限る。月4回(処方に変更があった場合は変更後月4回)		
薬剤情報提供料2	10点	(廃止)

- 薬剤服用歴管理料：薬剤情報の文書による提供（薬剤情報提供料2）を含む

	現行	改正後
	薬剤服用歴管理・指導料	薬剤服用歴管理料
	17点	22点(+5点)
	特別指導加算	服薬指導加算
月1回目の算定	28点	22点(-6点)
月2回目以降の算定	26点	22点(-4点)

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

調剤報酬③

- 後発医薬品情報提供料

現行	改正後
医薬品品質情報提供料	後発医薬品情報提供料
10点	10点(±0点)
後発医薬品に関する主たる情報に「先発医薬品との薬剤料の差に係る情報」を含む	

後発医薬品情報提供料は、代替調剤の場合も算定できると考えられるが、名称から考えて、ジェネリックから先発品への代替では算定できないと思われる。また「高薬価ジェネリックから低薬価ジェネリック」、「低薬価ジェネリックから高薬価ジェネリック」、「ジェネリックの存在しない代替調剤」などの取扱は、今後の通知やQ&Aにより明らかになる。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

後発品使用促進のための処方せん様式変更（代替調剤）

- 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、当該処方せんに係わ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。

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	男大 年 月 日	男・女	電話番号
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 印
交付年月日	平成 年 月 日	保険医療機関での自己負担区分 <small>病200以上・病200未満・診定率・診定額</small>		

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			
方			
備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>		

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号 印	

備考 1. 保険医療機関での自己負担区分については、次の区分に従い、該当する記号を○で囲むこと。
 (1) 病200以上：医療法（昭和23年法律205号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届け出をし、又は承認を受けた病院（以下「病院」という。月の途中において病床数に変更があった場合は、変更前の病床数。以下同じ。）が200床以上の病院である保険医療機関
 (2) 病200未満：病床数が200床未満の病院である保険医療機関
 (3) 診定率：診療所である保険医療機関であって、④に該当しないもの
 (4) 診定額：老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第5項に規定する届出保険医療機関
 2. 「処方」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 3. この用紙は、日本工業規格 A 列の薬とすること。
 4. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

別紙様式 第二十三条関係

中医協総会（2006年2月15日） で示された答申での様式案

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

署名・捺印

配付資料には『』署名するか、又は姓名を記載し、押印する』とあり、姓名印+捺印でも良いと思われる。詳細は通知待ち

2006年度診療報酬改定＜予測＞

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

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

- ・ 標欠病院に対する入院基本料減額の取り扱いを改め再構成する
看護職員配置については入院基本料で評価することとし簡素化する

		現行				改正後	
		医師もしくは歯科医師				医師もしくは歯科医師	
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下	70/100以下	50/100以下
看護 要 員	80/100超			▲12%	▲15%	▲10%	▲15%
	80/100以下		▲12%	▲18%	▲21%		
	60/100以下	▲12%	▲18%	▲24%	▲27%		
	50/100以下	▲15%	▲21%	▲27%	▲30%		
離島等所在保険医療機関の場合							
看護 要 員	80/100超			▲3%		▲2%	▲3%
	80/100以下						
	60/100以下	▲3%		▲6%			
	50/100以下						

医師等の人数による標欠の減額は緩和されたが、入院基本料の再編により、看護職員配置の評価も見直されたため、診療報酬全体で収支シミュレーションを行う必要がある。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

複合病棟の見直し

複合病棟については、医療法上の人員配置標準を下回ることもあり廃止する

複合病棟については、平成18年9月30日限りで廃止する

[複合病棟]

100床未満の小規模病院において同一病棟内(同一看護単位)に療養病床と一般病床が併設された病床をいう。

看護職員配置基準は「看護職員4:1、看護補助者6:1」で、平成17年7月時点で届けられている医療機関数は48となっている。

2006年度診療報酬改定＜予測＞

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

透析医療

- 慢性維持透析患者外来医学管理料

今回引き下げられた検査料等が包括になっていることに伴い見直す

	現行	改定後
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,460点	2,305点 (-155点)

安定した状態にある外来の慢性維持透析患者に対して、検査結果に基き計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り算定できる。

- 人工腎臓に係わる夜間加算及び休日加算

人工腎臓は計画的に実施されているとの観点から評価を引き下げる

	現行	改定後
人工腎臓に係わる夜間加算及び休日加算	500点	300点 (-200点)

- 人工腎臓（入院中以外の場合）

エリスロポエチン製剤を包括とし引上げる

	現行	改定後
人工腎臓(入院中以外の場合)	1,960点	2,250点 (+290点)

エリスロポエチン製剤を包括とする。

2006年度診療報酬改定〈答申速報〉

(参考: 中医協総会資料2006.2/15)

処方料等の見直し

- 処方せん料を引き下げ、長期投薬に係わる評価は引上げる

処方料	特定疾患処方管理長期投薬加算: 65点(+20点)
処方せん料	処方せん料1 内服7種 <input type="checkbox"/> 含後発: 42点(-1点) <input type="checkbox"/> イ以外: 40点(-1点)
	処方せん料2 1以外 <input type="checkbox"/> 含後発: 70点(-1点) <input type="checkbox"/> イ以外: 68点(-1点)
	特定疾患処方管理長期投薬加算: 65点(+20点)

マイナス改定の中で、長期投与に関する点数が“これでもか！”と評価されたのは、さらに長期投与を進めたいとの意向があるから。20点上げても再診料等の算定が無い方が医療費は抑制できる。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

酸素の価格

社保事務所に届けられた購入単価と告示価格（上限単価）が最大32%乖離していることから、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。