

日医工MPS行政情報シリーズ

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

「2006年度診療報酬改定を予測する」

—2006年1月11日の中医協への諮問書から—

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)



改訂3版

資料No.171221-30-3

作成：2006.1.13



日医工株式会社

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

医療制度改革大綱から（2005年12月1日）

<診療報酬改定>

- 2006年度の診療報酬改定は、賃金・物価など経済動向、医療経済実態調査の結果、保険財政の状況を踏まえ、引き下げの方向で検討する。
- 小児科、産科、麻酔科や救急医療などの医療の質の確保に配慮して改定する。
- 急性期医療の実態に即した看護配置を適切に評価する。
- 薬価と医療材料価格は市場実勢価格を踏まえ引き下げる。
- 先発品の薬価は後発品の状況を勘案して引き下げる。
- 後発品の使用促進のために処方せん様式を変更する。
- 患者が有効性・安全性の高い新薬をできるだけ早く使用できるように医薬品の審査の迅速化を図る。

薬価制度改革

新たな薬価制度の検討

「申請価格協議方式(製薬協)」、「メーカー希望償還価格(PhRMA)」、「自由価格制又は参照価格制」、「購入価格償還払い」……

ジェネリック促進 & ピカ新の評価

2006年度薬価制度改革

の骨子から

新薬の薬価算定 (2006年度実施)

画期性加算(40~100%) → 50~100%
有用性加算(I)(15~30%) → 25~40%
有用性加算(II)(5~10%) → 5~20%
小児加算の新設 → 3~10%

薬価調査の充実

薬価頻回調査(引き続き検討)
季節変動品(次々回以降実施)
未妥結・仮納入の是正策
(2006年度実施)

その他

後発品の規格揃え
(2006年度実施)

後発品のある先発品の薬価改定

現行の薬価算定ルールにおける先発品薬価の一律引き下げ率(4~6%)を2%拡大し、併せて平成14年度及び平成16年度改定において一律引き下げの対象となった後発品のある先発品についても、今回の薬価改正に限り、更に2%引き下げを行う。(2006年度薬価制度改革の骨子から)

長期収載品の再算定 (2002年度)

対象範囲：後発品が収載されている医薬品

(例外)：昭和42年10月1日以前に承認された医薬品、
局方品・生物学的製剤・漢方・生薬・希少疾病用薬、
不採算再算定対象品、GE薬価&最低薬価以下の医薬品

一定割合：4% (昭和42年10月1日~昭和55年9月30日の承認薬)
5% (昭和55年10月1日以降承認で再算定歴あり)
6% (昭和55年10月1日以降承認で再算定歴なし)

長期収載品の再算定 (2004年度)

対象範囲：新たに長期収載品に該当した医薬品、及び後発品のある局方品

- ・通常の長期収載品は、4%、5%、6%の引き下げ
- ・銘柄別収載局方品は、2%、2.5%、3%の引き下げ

2006年度の再算定
「特例引き下げ」

新たに長期収載品に該当した先発医薬品は6~8%で引き下げる。

一度再算定を受けた先発医薬品は2%引き下げる。

どうなる2006年薬価改正予想

—市場実勢価格及び計算方法等は日医工MPSが推定—

局方品として算定されたら

品名	現薬価 ①	市場実勢価		消費税 ④	R2 ⑤	算定薬価 ⑥	特例引き下げ(8%) ⑦	新薬価 ⑧	引き下げ率 ⑨	特例引き下げ(4%) ⑩	新薬価 ⑪	引き下げ率 ⑫
		(納入率) ②	予想値 ③									
			①×②		①×0.02	③+④+⑤	①×0.08	⑥-⑦	1-⑧/①	①×0.04	⑥-⑩	1-⑪/①
ベイスン錠0.2	57.6	90%	51.8	2.6	1.2	55.6	4.6	51.0	12%	2.3	53.3	8%
ベイスン錠0.3	80.3	90%	72.3	3.6	1.6	77.5	6.4	71.1	12%	3.2	74.3	8%
ボグリダーゼ錠0.2	40.3	70%	28.2	1.4	0.8	30.4	—	30.4	25%	ベイスン錠は2006年4月1日に局方品の指定を受ける予定で、3月の薬価内示の段階で局方品として新薬価が算定される可能性がある。		
ボグリダーゼ錠0.3	56.2	70%	39.3	2.0	1.1	42.4	—	42.4	25%			

タケプロンCp15	140.8	90%	126.7	6.3	2.8	135.9	11.3	124.6	12%
タケプロンCp30	245.8	90%	221.2	11.1	4.9	237.2	19.7	217.5	12%
ランソラールCp15	98.6	70%	69.0	3.5	2.0	74.4	—	74.4	25%
ランソラールCp30	172.1	70%	120.5	3.5	2.0	129.9	—	129.9	25%

172.1/245.8
=約70%

<特例引き下げ>
長期収載品で再算定を受けたことのない品目は通常の新薬価算定からさらに8%~6%を引き下げることになった。(局方品は4%~3%)
また過去に再算定を受けたことがあるものも2%の引き下げが行われ

129.9/217.5
=約60%

先発品が2桁(12%)ダウンとなった場合、薬価差益としてのコストメリットの提供は大変厳しくなる。またこのケースでは、後発品の薬価ダウンによって後発品/先発品の薬価比が70%から60%に拡大し、患者負担軽減効果がさらに大きくなる。

2006年保険医療材料制度改革の骨子から

材料価格一定幅の引き下げ

フィルム(6.5%)→5.0%

ダイアライザー(14.0%)→11.0%

他の品目は据置(4.0%)→4.0%

内外価格差の是正

再算定品目の拡大(2004年度は冠動脈ステント、PTCAバルンカテーテルなど)

保険上の算定制限あるもので有用性の認められるもの

算定制限の見直し、保険償還価格の見直し

その他

C2区分(新機能・新技術)を年4回の保険適用にする

2006年度材料価格改正は、医療費ベース▲0.2%とする

薬価改正等

薬価改正等	医療費ベース	薬価ベース
薬価改定率	▲1.6%	▲6.7%
材料価改定率	▲0.2%	
薬価・材料価改定率	▲1.8%	

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年度診療報酬改定の経緯

18日午前の谷垣禎一財務相と川崎二郎厚生労働相の閣僚折衝で焦点となっていた次期診療報酬改定は、過去最高となる医療費ベース3.16%(本体1.36%)の引き下げで決着した。

改定率をめぐるのは、当初5%程度的大幅引き下げを求めた財務省に対し、厚労省は医療の質確保などから小幅な改定を主張し、ギリギリまで調整が難航した。最終局面でも財務省の1.4%と、厚労省の1.3%で折り合いがつかなかったが、最後は小泉首相の「2002年度改定の本体引き下げ幅1.3%以上切り込むように」との指示を受けていた安倍官房長官が「小数点以下第1位で接点を探るのは無理だ」と判断、1.36%との「裁定」を示した。

『四捨五入すれば“1.4%”になる数字』となり、安倍氏から電話を受けた首相もOKしたことで結局2002年度改定より0.06%引き下げて決着した。

今回の交渉の中で、日本医師会と、自民党厚労族の動きは鈍かった。それでも3%後半から4%台の引き下げの可能性もあったなかで3.16%に落ち着いた背景には、政府と自民党幹部に「あまり医師会を追いつめて、対立と将来への禍根を決定的にするのは得策でない」と、医師会への“配慮”があったとの見方もある。

(各報道のコメントより日医工MPSが編

2006年度介護報酬改定率

2005年 10月 改正分	2006年4月改正分 100億円(国予算)		2003年改正		
	要介護 3~5	要介護 2以下			
	+4.0%	▲5.0%			
	在宅		施設	在宅	施設
	▲1.0%		±0%	+0.1%	▲4.0%
	▲0.5%				
▲2.4%		▲2.3%			

2006年度の介護報酬改定は在宅の中～重度の利用者を厚くしメリハリを持たせた。また、食住費を自己負担化した2005年10月の改定を含めて▲2.4%とし、前回改定を0.1%上回った。

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を募集する

2006年1月下旬

パブリックコメント募集終了

2006年2月上旬

具体的内容の検討(新点数情報のリーク)

2006年2月中旬～下旬

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

新ルールの施行

2006年度診療報酬改定の基本方針①

＜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

2006年度診療報酬改定の基本方針②

＜4つの視点＞

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

- 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いての適正化を図る
- 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

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

手術の施設基準

- 手術にかかわる点数の見直し
手術の難易度を考慮した評価の見直し、内視鏡下手術の評価の見直し
同一手術野における2つ以上の手術の対象範囲の拡大
- 年間手術症例数による加算の廃止（減算は？）
- 年間手術件数の揭示は継続

手術の件数とアウトカムの結果について各学会が取りまとめたが、学会ごとの統計的手法に違いがあることから、医療技術評価分科会において統一的な手法で再評価する

医療技術

- 臓器移植の保険適用と脳死判定（判定後の医学管理）に点数を新設
心臓移植、脳死肺移植、脳死肝臓移植、膵臓移植

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

在宅医療

- 在宅での最期を迎える選択をサポートする「在宅療養支援診療所(仮称)」を新設
在宅末期医療総合診療料に在宅療養支援診療所を要件化
在宅時医学管理料、寝たきり老人在宅総合診療料の再編
- 訪問看護における患者の重症度や処置の難易度に応じた評価
重症者管理加算、在宅移行管理加算を上げる
- 退院から在宅への円滑な移行において、多職種による指導を評価する
退院指導料、退院時協同指導料は廃止する
- ターミナルケアに係わる評価を見直す
1ヶ月以上の訪問診療の要件を緩和し、死亡前のケアについて上げる
末期の癌患者は、ケアハウス、有料ホームであっても在宅患者訪問診療料を算定、
また特養であっても在宅患者訪問診療料や訪問看護料を算定できる

「在宅療養支援診療所(仮称)」の要件

診療所であること、24時間対応が可能で連絡先を文書で患家に提供していること、連携も含めて緊急入院を受け入れる体制があること、ケアマネージャーと連携していること、在宅看取り数を報告すること

看取りの施設

新たな高齢者医療制度において75歳以上を対象に「在宅看取り」など終末期医療体制の整備に重点をおいた診療報酬体系をつくる。患者の希望に応え、終末期に高額となる医療費を削減する狙いもある。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

リハビリテーション

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について
人員配置や機能訓練室の面積による区分を廃止
脳血管疾患リハビリ、運動器リハビリ、呼吸器リハビリ、心大血管リハビリの4つの疾患別評価体制とする
集団療法を廃止し、個別療法のみを評価する
- 「長期にわたって効果が明らかでないリハが行われている」ことの対策
新たに算定日数上限を設定し、一定単位数以上による逡減制は廃止する
- 「急性期リハビリが不十分」の対策
発症後早期のリハビリの上限を緩和する（早期リハビリ加算を廃止する）
- 要件の緩和
リハビリ従事者の実施単位数の上限、機能訓練室の面積
- 回復期リハビリ病棟入院料
対象疾患の拡大し、要件に「自宅復帰率」を追加
診療所での算定について検討
一律の180日上限から、疾患ごとに算定日数を設定する（短縮）
- 訪問リハは退院後早期の患者に重点的に評価
- 在宅訪問リハビリテーション指導管理料
退院後の早期の患者に対する評価を上げる

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

患者の視点の重視

- セカンドオピニオンの評価
情報提供する医療機関に診療情報提供料で評価する
患者の希望に応じ診療録写しの提供などを評価
- 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
- 医療費の内容のわかる領収書
診療報酬で評価することは未定。未実施減算の可能性も
実施時期は未定（2006年4月から1～2年の経過措置設けて実施の可能性）
標準的な様式について検討中

医療費の内容のわかる領収書

医療費の内容のわかる領収書には、検査の内容、回数、薬剤名などの記載も検討されており、ほとんどレセプトに近い様式となりそうである。〇〇指導料や△△調剤料なども記載されると医療機関や調剤薬局の窓口でトラブルになるケースも考えられるので十分な対応が必要になる。ただし、実施時期は大綱に明記されなかったため、経過措置導入を含めて全ての医療機関導入までは数年かかることも考えられるが、減算になった場合早い対応が必要になる。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

後発医薬品の使用促進

- 処方せんに後発医薬品への代替調剤についてチェック欄を設ける
「可」にチェックか、「不可」にチェックか
処方せん様式の選択or様式の変更で議論は平行線(中医協基本小委
2006.1/11)
- 診療報酬による経済誘導
現在の処方せん加算の見直し

処方せん書式統一

処方せんの書式統一は、代替調剤への対応と、医療過誤防止の観点から検討が進められている。実施時期については未定だが、後発品で2点高い処方せん料は、先発品の銘柄を処方せんに書く代替調剤では算定できないと考えられるため、今回の診療報酬改定で見直されると考えられる。よってそのタイミングで新書式に代わるとすれば、2006年度(4月)から導入されると予想する。

診療点数インセンティブ

調剤薬局で算定する「後発品調剤加算」や「医薬品品質情報提供料」については多少の変更があっても基本的には維持と予想。また基準調剤加算に後発品備蓄要件を入れて後発品の処方環境の整備を進めることも検討。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、1749、中医協基本小委2006.1/11)

入院基本料

- ・看護職員配置の表記の変更（患者視点に基き、雇用実態→勤務実態）
「2：1」→「昼間8：1、夜間20：1」など
- ・夜間勤務等看護加算を廃止する。（昼夜の配置密度は医療機関の裁量か）
- ・看護職員配置基準に上位基準を設定
現行の「2：1」以上の「1.4：1」を新設する（5区分になる）
- ・看護師比率の上位基準を設定
最高で「70%以上」の看護師比率に、「80%」や「100%」を追加
- ・入院基本料の平均在院日数要件を短縮
- ・人員配置基準の減算率の簡素化
医療法標準以上は±0、標準以下は減算、など
- ・有床診療所の48時間規定撤廃（第五次医療法改正）を受けた対応
入院基本料を入院後早期を評価し長期を引き下げ、看護基準を簡素化する
- ・地域加算を4区分から6区分に（人事院勧告により国家公務員の規定が変更になったため）

看護職員配置の表記

現在の表記「2:1」等は、実際には患者2人を1人の看護師が看ているわけではなく、患者や家族にとっては分かりにくい表記だった。よって患者視点を考慮して「実質表記」に改められることになるが、さらに時間帯によって分かりやすい表記が求められている。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

食事関係

- 入院時食事療養費を食数に応じた評価に変更
1日3食を限度に、1食単位で算定する
- 入院時食事療養費（Ⅰ）の算定要件に適時・適温を含める
実質減額か
- 管理栄養士が、患者の栄養状態、健康状態に着目した栄養管理を行った場合を評価し、特別管理加算は廃止する
- 選択メニュー食加算は廃止する
患者の選択については、患者から別に費用を徴収する仕組みを導入
- 特別食加算を介護保険との整合性から見直す
評価を引き下げ、経管栄養のための濃厚流動食を対象外に
- 入院時食事療養費（Ⅱ）を引き下げる

入院時食事療養

入院時食事療養費については、2004年度の診療報酬改定で引き下げを見送られた経緯があり、食事差益のデータからも今回は特に大きな引き下げ対象になると考えられる。ただし、介護保険ではNST関連（栄養チーム）に点数がついたことから、栄養管理など管理栄養士等対しては評価されると考えられる。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

診察料 (初診・再診)

- 初診料は格差解消 (同一点数にする)
初診料の診療所と病院の格差解消 (病院は引上げ、診療所は引き下げ)
- 再診料は引き下げ
再診料の診療所と病院の格差是正 (診療所は病院以上に引き下げ)
- 外来診療料も引き下げ
包括範囲から「ヘモグロビンA_{1c}測定」を除外する
- 200床以上の紹介なしの初診料は大幅引き下げ、患者が応分の負担する
- 同一医療機関の、同一日複数診療科受診の評価
1つの病院内で2科以上で診察を受けても初診・再診料は1回しか算定できないが、2つ目の診療科の初診に限り算定を認める
- 神経内科の初診料の引き上げ (例) 神経難病初診料
特に神経難病にかかわる検査時間などを考慮する必要がある

初診料・再診料の格差解消(是正)

経営調査で、診療所と病院の収入格差が伝えられたが、それらのデータを根拠にして診療所の点数を大幅にダウンする改定となりそうである。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

指導管理

- 生活習慣病指導管理料の見直し（服薬よりも運動と食事）
点数の引き下げ（院外の方を大きく）、投薬なしの場合を設定
療養計画書の様式を変更（達成目標、具体的改善項目など）
- 指導料の表記を変更
（例）〇〇指導管理料→〇〇予防管理料
- 禁煙指導（ニコチン依存症）を診療報酬で評価

禁煙プログラム

喫煙による超過医療費は1兆円を超え、労働力損失を加えた社会的損失は7兆円との推計があり、これを押さえ込むために医療保険を使用する。

ニコチン依存症という疾病に対して「禁煙プログラム」を点数化することを検討。またタバコ税の増税分（一本一円）は、児童手当の財源となることになったため、医療保険による禁煙指導の財源確保のため、更なるタバコ増税の可能性もある。

タバコ1箱500円になると喫煙者の約半数が禁煙するとのアンケート結果（禁煙広報センター）

も公表され、外国との価格比もとりだたされている。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

DPC関連

- 今年度の改定で、調整係数を引き下げる
- 調整係数は2008年度（平成20年度）まで維持する。（廃止は2010年？）
調整係数の廃止は、DPCからDRG/PPSへの移行につながる
- 診断群分類の見直し
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
- 入院期間Ⅰ・Ⅱの設定方法の見直し
脳梗塞、脳出血、外傷などの分類について入院期間Ⅰを25パーセントイルから5パーセントイルへ変更
- 包括評価の対象患者の見直し
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は出来高算定
- 包括評価の範囲の見直し
画像診断管理加算は出来高に、手術前（後）医学管理料は包括に

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

- 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

急性期入院の包括評価

DPCに慎重だった日本医師会が容認の姿勢を示したことで、DPCは拡大の方向へ。今後は参加病院数、調整係数の動向、疾患別包括(DRG/PPS)の移行が注目される。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

小児医療

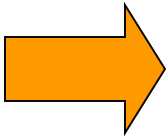
- 小児初診料の新設
現在の初診料＋乳幼児加算により、点数設定の簡素化を図る
- 「乳幼児育児栄養指導加算」を初診料加算から指導管理へ
- 時間外、休日、深夜の取り扱いの変更
「乳幼児時間外加算」「乳幼児休日加算」「乳幼児深夜加算」へ
- 手術の小児加算は実態に合わせ、手術点数に加算を含めた点数にする
低出生体重児に対する加算を新たに設ける
- 地域連携小児夜間休日診療料の引上げ
- 小児に対する初診再診の乳幼児深夜加算を引上げる（深夜の対応の充実）
- 新生児・乳幼児の検査、処置を引上げる
- 小児入院医療管理料の見直し
小児入院医療管理料を引上げる
子育てしながら勤務できる環境整備のため
「常勤」要件を緩和する

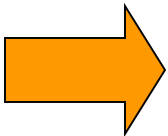
複数の小児科の医師
が協同して常勤と同等の
時間数を勤務できている
場合

2006年度診療報酬改定<予測>

(参考: Japan medicine2005/11/18)

手術の小児加算のイメージ

乳幼児に多く実施されるAA手術	8,000点		新点数 (加算込み)	計12,000点
3歳未満加算(50/100)	4,000点			
計12,000点				

臓器の小さい小児には難しいBB手術	20,000点		新点数	60,000点
新生児加算(200/100)	40,000点		1500g未満加算 (50/100)	30,000点
計60,000点			計90,000点	

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

産科医療

- 学会などのガイドラインに沿った、ハイリスク分娩の評価
晩婚化による高齢出産等
- 産科医療の提供体制の確保を図る

精神医療

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料
入院後早期を評価し、長期を引き下げる
- 精神療養病棟入院料1を見直し、精神療養病棟入院料2を廃止する
精神療養病棟入院料1で人員配置基準を満たさない場合を引き下げる
精神病棟入院基本料の在院日数加算→早期を評価し、長期を引き下げる
- 精神科専門療法（入院精神療法と通院精神療法）
入院と通院の整合性のため、入退院時の患者家族への精神療法を評価
精神科作業療法の入院後早期を評価し、長期を引き下げる
精神科デイケアの短時間ケアを評価する
精神科訪問看護指導料、精神科退院前訪問指導料の算定上限を緩和し、
長期入院患者の地域への復帰支援する

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

精神医療 (つづき)

- ・ 認知症患者の診療に対する医療保険と介護保険の役割分担
精神病床において重度の認知症の評価を新設する
重度認知症患者デイケア料は介護保険にも同様の点数があり廃止する
- ・ 児童・思春期の精神疾患患者に対する診療の評価
発達障害、ひきこもり、不登校などへの心身医学療法を評価する
- ・ 不眠症患者に対する治療薬の投与期間制限の緩和
不眠症は14日が上限、他の精神疾患は90日

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が厳しくなる。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〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1748、中医協基本小委2006.1/11)

慢性期入院医療

- 医療療養病床、特殊疾患療養病棟入院料の算定病床で医療区分、ADL区分に認知機能障害加算からなる患者分類を活用した診療報酬を設定する
- 医療区分1にあたる患者の報酬額は引き下げる
- 療養病棟入院基本料
 - 「看護職5:1、看護補助職5:1」、医療度の高い病棟は「4:1、4:1」
- 有床診療所療養病棟入院基本料は「看護職6:1、看護補助職6:1」
- 日常生活障害加算、認知症加算は廃止
- 急性増悪時の一般病棟への転棟（転院）前の医療を出来高にする
- 特殊疾患療養病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を廃止し、療養病棟入院基本料の加算（一定以上の病棟床面積など）で評価する
- 療養病棟入院基本料については180日超患者の85%給付の対象外とする

療養病床

医療は『急性期→回復期→在宅』となり、療養病床の位置付けがなくなってきた。医療療養病床は、医療が必要で且つ長期入院が必要な患者のみ入院させる施設となり、介護療養病床は廃止になる。

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)

慢性期入院の患者分類		医療区分		
ADL区分	ADL得点	1	2	3
3	23～24	13.9%	18.9%	9.8%
2	11～22	16.7%	11.2%	1.5%
1	0～10	4.6%*	1.9%*	1.4%
		15.0%	5.3%	
		50.2%	37.2%	12.6%

医療度の低い患者は介護保険より評価を下げて在宅へ誘導する。
医療療養病床には医療度が高い長期入院患者の比率が上がる。

療養病棟等の入院患者の割合
* : 認知機能障害の加算該当者

2006年度診療報酬改定<予測>

ADL区分案

「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

医療区分案

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 	<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〈予測〉

介護型の療養病床は廃止へ 2012年度めどに厚労省

厚生労働省は2日、介護保険3施設のうち一定の医療が必要な人のための介護療養型医療施設（介護型療養病床）を2012年度にも廃止し、特別養護老人ホームと老人保健施設の2つに集約する方向で検討に入った。

（共同通信12月3日）

長期療養患者向けの「療養病床」をめぐって、「不要論」とも取れる発言が相次いでいる。医療療養病床（約21万床）、介護療養病床（約14万床）があるが、厚生労働省の保険局幹部は先ごろ、「今後、医療型をすべて介護型に移行させるべきだ」と講演。一方、介護型に対しては一部の関係者が廃止や老人保健施設への転換を求めている。

発言の背景には、医療型も介護型も入院している患者像がほとんど変わらない実態があり、急性期病床の削減から、今度は療養病床へ焦点が移りそうな気配だ。（じほう社コメントから）

介護療養病床の廃止（2006年度介護報酬改定に関する審議報告より）

- ・介護保険3施設は「特養」と「老健」の二類型に集約する
- ・介護療養病床を両施設に移行させるためのインセンティブを設定する

介護療養病床の廃止は厚労省老健局が主導し、保険局は17年10月の講演会で医療療養病床を介護へシフトさせる見解を示していたが、介護療養病床を廃止することで固まったか。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1750、中医協基本小委2006.1/11)

紹介率等

- 紹介率の計算方法には、医療機関類型（医療法・診療報酬）により4つの種類があり、また救急対応で紹介率が下がるなど問題があり見直す
 - 自家用車、民間救急車、救急ヘリで来院する救急患者の扱い
 - 開設者が同一の特別な関係にある医療機関からの紹介患者の扱い
 - 紹介先（元）の少ない僻地等の医療機関への配慮
- 地域医療支援病院、特定機能病院の紹介率の評価は入院基本料に包括
- 初診料に加算されている「紹介患者加算（1～6）」を廃止
- 入院料に加算されている「紹介外来加算」「急性期入院加算」等は見直し

診療情報提供料（医療連携）

- 現在は医療機関類型により6種類の診療情報提供料があるが、患者視点と連携推進の経済誘導効果などから整理（廃止）し、今後は情報提供の内容により2本建てとする
 - ①通常の紹介、②退院後の治療計画

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1750、中医協基本小委2006.1/11)

医療安全対策

- 入院基本料に組み入れる
入院診療計画、院内感染症防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策
- 上位基準の実施については評価
専任の医療安全管理者の配置、安全管理部門の設置、患者相談窓口の常設
特定機能病院と臨床研修指定病院で先行評価し一般病院は次回か(?)
- 褥瘡管理対策の推進
医師または専門看護師による総合的な褥瘡ケアに加算

麻酔

- 麻酔管理料を上げる
- 閉鎖循環式全身麻酔
重症者に実施する場合の加算を新設
対象の手術範囲を拡大する

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:医療タイムスNo.1750、中医協基本小委2006.1/11)

病理診断

- 病院内の病理学的検査を評価する
病理診断料を上げる
病理診断料の算定要件（担当医の常勤要件）を緩和する

コンタクトレンズ診療

- 初診時は保険診療、自覚症状ありの受診は再診料（受診間隔3ヶ月以上でも）
- 自覚症状の無い定期検査は、保険外（自費診療）
- 「コンタクトレンズ検査料（仮称）」の新設
初診・再診時の検査を包括した点数
一定数以上の患者を見る医療機関は引き下げる

初診料は
1回のみ

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、今回、診療報酬上のチェックが入った。

混合診療の流れの中で、特定療養費が急増しており、コンタクトレンズにおいても患者負担が導入されることになったが、検査率の低下による眼障害の増加も危惧されるところである。

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考: 中医協基本小委2006.1/11)

その他

- 医療法上の欠格病院（人員配置）は、減額を改め再構成を行う
- 複合病棟（一般と療養の病床を併せて1病棟とするもの）を廃止
- 透析（人工腎臓）の引き下げ
 - 夜間休日加算の廃止を含め引き下げる。包括の範囲を拡大する
- 老人診療報酬を原則廃止し、一般診療報酬と一本化する
- 地域連携クリニカルパスを評価する
- 老健施設の他科受診について、専門的な診断技術や医療機器を必要とするものは算定可能にする
- 臨床研修病院の評価を上げる
- 医療のIT化の評価
 - レセプト、明細領収書、医療安全対策、遠隔医療支援システムの活用

歯科

- かかりつけ歯科医初診料、かかりつけ歯科医再診料の廃止
- 指導管理料の見直し
 - 総合的な歯科治療計画の作成や継続的な指導管理の実施を包括で評価
 - 指導管理料に文書による情報提供を算定要件にする

2006年度診療報酬改定〈予測〉

(参考:18回社保審医療部会 2005/10/20、中医協基本小委2006.1/11)

調剤報酬

- 調剤基本料は2区分の整理
基本料1 (49点) ↓、基本料3 (39点) ↑、基本料2 (21点) ↓
予想点数: 基本料1・3は、42~43点、基本料2は19点以下
- 施設基準の見直し
基準調剤加算1 (10点) と2 (30点) を統合→30点?
医療安全対策 (安全管理体制責任者の配置、管理マニュアルの作成)
医薬品備蓄 (後発品100品目など)
- 調剤料の整理
「剤」の見直し (長期投与のマルメ部分の拡大して引き下げ)
浸煎薬・湯薬の引上げ
- 指導料・情報提供料の見直し
情報提供料 (文書によるもの) を薬剤服用歴管理・指導料に包括
薬剤情報提供料は手帳に限定し引き下げる
- 医薬品品質情報提供料 (名称の見直し)
情報提供項目に先発と後発の「薬剤料の差」を追加
- 薬局機能に関する情報の届出、公表の制度化

2006年度の医療〈予測〉

(医療計画の見直し等に関する検討会2005/11/30 参考:Japan medicine 2005/12/2)

救急医療

搬送患者の重傷度に応じて現行の救急病院の機能を3分類にする。

①「救命救急センター」(生命にかかわる重篤患者)

- 3年の救急医療の臨床経験をもつ医師の常勤
- 夜間、休日診療の交代勤務制
- 搬送依頼を拒否できない
- 年間365人以上の患者を受け入れる

②「入院機能を持つ救急医療機関」(治療後に入院が必要な患者)

- 3年の救急医療の臨床経験をもつ医師の常勤、又はその医師の指導の下での常勤
- 搬送依頼を拒否できない
- 年間365人以上の患者を受け入れる

③「救急医療担当医療機関」(治療のみを担当)

- 救急医療担当医師が夜間、休日を含めて診療可能な体制
- 年間365人以上の患者を受け入れる

救急医療については「医療計画の見直し等に関する検討会」で討議されており、救急患者の重傷度や年間受け入れ患者数において「救急患者の定義」などでさらに議論されることになっている。また小児救急も重症対象の「連携強化病院」と軽症対象の「連携病院」の2種類として整備を進める。

2006年度の医療〈予測〉

(医療計画の見直し等に関する検討会2005/11/30 参考:Japan medicine 2005/12/2)

公立病院改革

医療計画の見直しに向けた都道府県と厚生労働省との懇談会で、「都道府県に病床削減の権限がなければ、医療費の適正化はできない」とする意見が出ていたこともあり、11月30日の検討会で、公立病院の許可病床を削減できる権限を都道府県知事に認める方針が決まった。

年間平均の病床利用率が50%を下回る公立病院から許可病床を“没収”し、地域で必要な医療サービスを担う民間病院に、没収した病床の一部を回せるようにする。

厚労省医政局によると、2003年度末時点で年間平均病床利用率が50%を下回っている公立病院は46の市町村立病院(2,444床)と10の都道府県立病院(1,109床)。一方、民間病院全体の年間平均病床利用率は84.4%。

没収された病床の一部を、小児や周産期といったニーズの高い病床にすることを条件に民間病院の増床新規参入を認め、残りの病床は削減することで医療費の適正化を図る。

まず公立病院が率先垂範し、次に公的病院にも適用を検討する。

2006年度の医療<予測⑰>

(医療計画の見直し等に関する検討会2005/11/30 参考:Japan medicine 2005/12/2)

知事の権限強化による許可病床の弾力化の流れ

公立病院Aの 空病床 120床	知事権限により 没収された病床 110床	削減病床 40床	2次医療圏で 40床の病床削減
		民間病院へ 振り分けた病床 (増床・新規) 70床	民間病院で新たに 有効利用された病床
公立病院Aの 利用病床 80床	公立病院Aの 新たな許可病床 90床	病床利用率89%の 公立病院A	