

現行	改正案
【時間外】 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)	【時間外】 乳幼児時間外加算 200点
【休日】 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)	【休日】 乳幼児休日加算 365点
【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分 43点 (計595点)	【深夜】 乳幼児深夜加算 695点

② 小児入院医療に係る評価の見直し

- ・ 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。

③ 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

- ・ 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、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

- ・ 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、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること

(2) 450点

- ・ 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

- ・ 小児科を担当する医師が常時配置されていること
- ・ 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

④ 小児医療における手術の通則加算の見直し

- ・ 個々の手術の特性に応じて加算を設ける取扱いとする中で、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（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。

⑤ 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

- ・ 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。

⑥ 小児食物アレルギー患者への対応

- ・ 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う、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。
- ・ 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する。

(2) 産科医療に係る評価について

① ハイリスク分娩管理加算の新設

- ・ 晩婚化による出産の高齢化等によるハイリスク分娩の増加に対応するため、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

[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（妊娠22～27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前の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及び常位胎盤早期剥離）

② ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

- ・ 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）

(3) 麻酔に係る評価について

- 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引き上げるとともに、重症の患者に対して麻酔を行う場合の加算を新設し、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

(4) 病理診断に係る評価について

- 病院内で病理学的検査を実施する体制に係る評価を充実する観点から、病理診断料の評価を引き上げる。

病理診断料 255点 → 410点

- 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 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。

- ・ 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	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

- ・ 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
A対7 1.4:1	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,555 対7以上 70%以上 19日以内	1,555 対7以上 70%以上 30日以内		1,447 対7以上 70%以上 25日以内		1,555 対7以上 70%以上 28日以内	1,447 対7以上 70%以上 28日以内	1,311 対7以上 70%以上 28日以内
B対10 2:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,269 対10以上 70%以上 21日以内	1,269 対10以上 70%以上 33日以内	1,269 対10以上 70%以上 —	1,161 対10以上 70%以上 25日以内	1,209 対10以上 70%以上 25日以内	1,269 対10以上 70%以上 28日以内	1,161 対10以上 70%以上 28日以内	1,209 対10以上 70%以上 28日以内
C対13 2.6:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,092 対13以上 70%以上 24日以内	1,092 対13以上 70%以上 36日以内	1,092 対13以上 70%以上 —	949 対13以上 70%以上 28日以内			949 対13以上 70%以上 36日以内	
D対15 3:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	954 対15以上 40%以上 60日以内		954 対15以上 40%以上 —	886 対15以上 40%以上 —	800 対15以上 40%以上 —		886 対15以上 70%以上 —	839 対15以上 70%以上 —
E対18 3.6:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数				757 対18以上 40%以上 —	712 対18以上 40%以上 —			
F対20 4:1相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数				713 対20以上 40%以上 —	658 対20以上 40%以上 —			
特別1	点数 実質配置 看護比率 在院日数	575 対15未満 40%未満 —							
特別2	点数 実質配置 看護比率 在院日数				550 対20未満 40%未満 —	550 対20未満 40%未満 —			

② 紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

イ 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。

ロ 併せて、以下のような措置を講ずる。

- ・ 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。

- ・ 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するとともに、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。

③ 有床診療所における入院医療の評価の見直し

- ・ 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(*)）

7日以内	810点
14日以内	660点
30日以内	490点
31日以降	450点

- * 看護職員5人以上のうち、看護師が1名以上いることが望ましい。

有床診療所入院基本料2（看護職員1人以上5人未満）

7日以内	640点
14日以内	480点
30日以内	320点
31日以降	280点

- ・ 現行の医師の数による加算については、40点から100点に評価を引き上げる。

(6) 医療のIT化に係る評価について

- 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、必要的に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。

[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（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を交付していること

[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
- ・ レセプト電算化システムを導入していること
- ・ 医療費の内容の分かる領収証を交付していること 等

(7) 医療安全対策等に係る評価について

① 入院基本料に係る減算の廃止

- ・ 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
褥創対策未実施減算	5点/日	→	廃止

② 医療安全対策加算の新設

- ・ 急性期入院医療において、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（50点）を新設する。

③ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

- ・ 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、総合的な褥瘡対策を実施する場合の加算を新たに設ける。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1回の入院につき） 500点

(8) 医療技術に係る評価について

① 臓器移植の保険適用

- ・ 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臓器採取及び移植に係る技術料を新設する。

移植用心採取術	49,300点	移植用肝採取術（死体）	56,800点
同種心移植術	104,100点	同種死体肝移植術	108,600点
移植用肺採取術（死体）	49,800点	移植用膵採取術（死体）	46,800点
同種死体肺移植術	91,800点	同種死体膵移植術	88,600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（14,200点）を新設する。

② 高度先進医療の保険導入

- 高度先進医療109技術のうち、以下の8技術について保険導入を行う。

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	脾臓移植手術
CT透視ガイド下生検	脳死肺移植手術

③ 新規技術の保険導入

- 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 等

④ 既存技術の再評価

- 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

⑤ 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

- 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。

(例)

[血液形態・機能検査]
D00510. ヘモグロビンA1 (HbA1)
[生化学検査]
D0071. アルブミン・グロブリン比測定
[手術]
K624 胸管ドレナージ法 等

⑥ 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

- 同じ治療にも関わらず回数の違いで点数が異なることとなり、患者にとって分かりにくいものとなることから、消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止する。

⑦ その他の指導管理等に係る技術の評価

- ・ 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（特に肝炎ウイルスやHIV）

特定薬剤治療管理料の適応拡大

重症度の高い喘息患者に対する治療管理（新設）

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) 慢性期入院医療に係る評価について

① 患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

- ・ 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する観点から、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。

[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))

[有床診療所療養病床入院基本料の見直し]

ADL区分3	602点	871点	975点
ADL区分2	520点	871点	975点
ADL区分1	520点	764点	975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。

② 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、療養病棟については、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しつつ、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。

(2) 入院時の食事に係る評価について

① 入院時の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

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

③ 入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

- 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。
- 一方で、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

④ 入院時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。

(3) コンタクトレンズに係る診療の評価について

- コンタクトレンズに係る診療について、以下のとおり保険給付の範囲を明確化して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。

② 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、看護職員等の配置については入院基本料において評価の適正化がなされていること等を踏まえ、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。

医師又は歯科医師

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)

③ 複合病棟の見直し

- 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複合病棟については、平成18年9月30日限りで廃止する。

④ 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して適正化する。
人工腎臓(入院中以外の場合) 1,960点 → 2,250点

⑤ 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
	ロ イ以外	41点	→	40点
処方料せん2 1以外	イ 含後発	71点	→	70点
	ロ 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

⑥ 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。
- ・ 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。