

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

1 基本的考え方

- 医療保険において療養病棟入院基本料を算定している病棟と介護保険において療養型介護療養施設サービス費を算定している病棟には、疾患、処置・治療の内容等の特性があまり変わらない患者が多数入院している。
- 患者の特性に応じた評価を行い、両者の役割分担を明確化する観点から、療養病棟入院基本料に医療の必要性による区分及びADLの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げる。

2 具体的内容

1 療養病棟入院基本料の見直し

[現行]

- ・ (老人) 療養病棟入院基本料 1 1, 209点 (1, 151点)
- ・ (老人) 療養病棟入院基本料 2 1, 138点 (1, 080点)
- ・ その他包括する加算
日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、
(準) 超重症児(者) 入院診療加算 等

[改正案]

ADL区分3	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))

2 有床診療所療養病床入院基本料の見直し

[現行]

- ・ (老人) 有床診療所療養病床入院基本料 816点 (798点)
- ・ その他包括する加算
日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、
(準) 超重症児 (者) 入院診療加算 等

[改正案]

ADL区分3	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))

3 留意点

[看護職員等の配置]

- 療養病棟入院基本料については「看護職員の実質配置25:1 (現行の看護職員配置5:1)・看護補助者の実質配置25:1 (現行の看護補助者配置5:1)」を、有床診療所療養病床入院基本料については「看護職員の実質配置30:1 (現行の看護職員配置6:1)・看護補助者の実質配置30:1 (現行の看護補助者配置6:1)」を算定要件とする。
- ただし、医療区分2・3に該当する患者を8割以上受け入れている病棟は、「看護職員の実質配置20:1 (現行の看護職員配置4:1)・看護補助者の実質配置20:1 (現行の看護補助者配置4:1)」を満たしていなければ、医療区分2・3に相当する点数は算定できないこととする。

[急性増悪時の対応]

- 急性増悪等により一般病棟への転棟又は転院を行った場合は、転棟又は転院前3日に限り、療養病棟において行われた診療行為について、出来高による評価を行う。ただし、この場合においては、入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定する。

[療養病棟療養環境加算]

- 療養病棟療養環境加算等については、介護保険における見直しを踏まえた見直しを行う。

[180日超の入院の特定療養費化の取扱い]

- 上記のような慢性期入院医療に係る評価の見直しに併せ、入院医療の必要性は低いながら180日を超えて入院している患者に関し、入院基本料を減額して特定療養費制度の対象とする仕組みについて、その対象から療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除外する。

[施行時期]

- 医療機関への周知期間等を勘案して、平成18年7月1日とする。なお、平成18年4月から6月までは、平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、現行の体系の下で評価の引下げを行う。

特殊疾患療養病棟等の見直し

1 基本的考え方

- 特殊疾患療養病棟等には、実際には療養病棟入院基本料を算定している病棟でも対応可能な患者が相当数入院している実態を踏まえ、患者の特性に応じた評価を行う観点から、医療の必要性による区分及びADLの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、その在り方について見直すこととする。

2 具体的内容

[現行]

- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 1 1, 980点
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 1, 600点
- ・ 特殊疾患入院医療管理料 1, 980点

[改正案]

- 療養病床については、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料に係る評価を廃止し、患者分類を用いた新しい療養病棟入院基本料を適用する。その際、一定以上の病棟床面積を有する場合には、療養環境に係る加算を新たに設けて評価する。なお、新しい療養病棟入院基本料の適用に当たっての留意点は、「患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価」において記載したとおり。
- 患者分類を用いた評価の導入に当たっては、現に入院している難病患者及び障害者の医療の必要性に配慮する。
- 一般病床及び精神病床については、長期にわたり療養が必要な患者は本来療養病床において対応すべきであるとの観点を踏まえ、経過期間を設けた上で、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料に係る評価を、平成20年3月31日限りで廃止する。

入院時の食事に係る費用の算定単位の見直し

1 基本的考え方

- 現在、入院時の食事に係る費用については、入院時食事療養費として1日当たりの費用が設定され、実際に提供された食数にかかわらず、1日単位で評価が行われている。
- しかし、実際には、入退院時、外泊時、手術の翌日など3食すべてが提供されない場合もあることを踏まえ、食事の提供の実態に合わせて費用を適切に評価する観点から、入院時の食事に係る費用の算定単位を見直す。

2 具体的内容

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

現 行	改正案
入院時食事療養（Ⅰ）（1日につき） 1,920円	入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき） 640円
入院時食事療養（Ⅱ）（1日につき） 1,520円	入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき） 506円

入院時食事療養費に係る特別食加算の見直し

1 基本的考え方

- 患者の病状等に対応して特別食を提供した場合に算定できる糖尿食等の特別食加算について、介護保険における療養食加算の見直しを踏まえ、経管栄養のための濃厚流動食を対象から外すとともに、評価を引き下げる。

2 具体的内容

[特別食加算の金額の見直し]

現 行		改正案	
・特別食加算（1日につき）	350円	・特別食加算（1食につき）	76円

[特別食加算の対象の見直し]

現 行	改正案
<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・脾臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 ・経管栄養のための濃厚流動食 ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓食 ・肝臓食 ・糖尿食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・脾臓食 ・高脂血症食 ・痛風食 ・特別な場合の検査食 (削除) ・フェニールケトン尿症食 ・楓糖尿症食 ・ホモシスチン尿症食 ・ガラクトース血症食 ・治療乳 ・無菌食

入院時食事療養費に係る特別管理加算の廃止

1 基本的考え方

- 常勤の管理栄養士を配置し、適時・適温の食事を提供した場合に算定できる特別管理加算について、
 - ・ 適時・適温の食事の提供の要件については、すでに大半の医療機関で実施されている現状を踏まえ、入院時食事療養(I)の算定要件とする一方、
 - ・ 常勤の管理栄養士の配置の要件については、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合の加算を新たに設け、特別管理加算については廃止する。

2 具体的内容

- 特別管理加算を廃止する。

現 行	改正案
・ 特別管理加算 (1日につき) 200円	(廃止)

- 入院患者の栄養管理計画の作成及び当該計画に基づく栄養管理の実施を要件として、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

新

- ・ 栄養管理実施加算 (1日につき) 12点

入院時食事療養費に係る選択メニュー加算の廃止

1 基本的考え方

- 患者が選択できる複数のメニューによる食事を提供した場合に算定できる選択メニュー加算については、保険給付とする必要性にかんがみ、廃止する。
- 併せて、患者から特別の料金の支払いを受けることができる特別メニューの食事に係る取扱いを弾力化する。

2 具体的内容

- 選択メニュー加算を廃止する。

現 行	改正案
・選択メニュー加算（1日につき）50円	（廃止）

- 併せて、患者から特別の料金の支払いを受けることのできる特別メニューの食事に係る取扱いを弾力化し、患者が選択できる複数のメニューの中で特別メニューの食事を提供した場合についても患者に負担を求めることができることとする。

コンタクトレンズに係る診療の評価の適正化

1 基本的考え方

- コンタクトレンズに係る診療では、眼疾病を予防するから定期検査が実施されるなど、保険給付の範囲が必ずしも明確になっていないとの指摘や、コンタクトレンズを装用している患者に対する診療は、屈折異常に対する継続的な診療であるにもかかわらず、一定期間が経過すると初診料を再度算定している場合があるとの指摘がある。
- このような指摘のほか、コンタクトレンズに係る診療は定型的であること等を踏まえ、コンタクトレンズに係る診療を包括的に評価し、その適正化を図る。

2 具体的内容

- 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。
 - ・ 初診時に、コンタクトレンズの処方をもとに、屈折異常の患者に対して眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象となる。
 - ・ コンタクトレンズの処方を行った後、コンタクトレンズ装用者に自覚症状があるなど、疾病に罹患していることが疑われる場合に眼科学的検査等を行うことは、再診として保険給付の対象となる。
 - ・ コンタクトレンズの処方を行った後、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。

- コンタクトレンズに係る診療について算定する点数として、コンタクトレンズに係る診療において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。

その際、外来患者のうちコンタクトレンズに係る診療の患者が一定割合以上を占める保険医療機関にあっては、その評価を引き下げることとする。

新

・ コンタクトレンズ検査料（Ⅰ）

初診時 387点

再診時 112点

新

・ コンタクトレンズ検査料（Ⅱ）

初診時 193点

再診時 56点

- * コンタクトレンズの処方をもととして眼科学的検査が実施された場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を実施した場合にあっては、当該点数を算定し、別に眼科学的検査を算定することはできない。

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ってはその限りではない。

- * コンタクトレンズ診療に係る患者が70%以上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。

- * 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。

検体検査実施料に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 検体検査実施料について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。

2 具体的内容

- 検体検査実施料（基本的検体検査実施料を含む。）について、衛生検査所調査による市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。

(例)

- ・ 末梢血液一般検査 27点 → 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

生体検査料に係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 生体検査料について、検査の難易度等を考慮した評価の見直しを行う。

2 具体的内容

- 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