平成１８年度診療報酬改定について

平成１８年３月６日（月）

日 本 医 師 会

常任理事　松原謙二

平成１８年度診療報酬改定の経緯

＜中医協での基本的考え方＞

◎　『平成18年度診療報酬改定の**基本方針**』（社会保障審議会医療保険部会・医療部会）に沿って

◎**４つの視点**からの検討

（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

（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

（３）わ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

（４）医療費の配分の中で効率化余地のあると思われる領域の評価の在り方について検討する

具体的改定内容
（主なもの）

※　スライド各ページの（p.〇）は、
該当する「改定診療報酬点数表参考資料」の点数告示、
留意事項通知、施設基準（告示・通知）等のページを示す

全体大項目

１．医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化
２．処方せん様式の変更
３．入院診療計画実施、院内感染防止対策実施、医療安全管理体制整備、褥瘡対策実施が入院基本料の算定要件となる

※　別冊「Ｑ＆Ａ」参照

全体大項目

１．医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化

※　６か月間の経過措置　(p.511～514)

◎療養担当規則の改正

「保険医療機関は患者から費用の支払いを受ける時は、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。」

◎各部単位で金額の内訳が分かるもの

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、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、食事療養、その他

◎さらに詳細な医療費の内容の分かる明細書の発行

患者から求めがあった時は、発行に努める（努力規定）

社会的に妥当な金額の徴収可

※　指導料を管理料に名称変更

「指導管理等」⇒「医学管理等」

《領収証様式１》

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請　求　期　間（入院の場合）
平成　年　月　日　～　平成　年　月　日

受診料	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						
	点						

保険外適用	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			

（p.514）

東京都○○区○○　○-○-○
○○○医院

領収印

《内科無床診療所の一例》

領　　収　　証

氏　　名
様

発　行　日
平成　　年　　月　　日

	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検　査	画像診断
保　険	点	点	点	点	点
	投　薬	注　射			
	点	点	点	点	点

合計点数	点
領 収 額	円

東京都文京区本駒込○-○-○
○○○医院

領収印

(p.514)

《領収証様式や交付についての解釈》※ 別冊「Q＆A」参照

【様 式】

１）「点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの」

⇒　点数、金額のいずれかで表記する

２）個々の医療機関で算定することがない項目（例：入院料等、食事療養等）

⇒　様式から除外してもよい

【交 付】

１）患者が「領収証は不要である」旨の意思表示をした場合

⇒　交付は不要 ※ 文書にて署名を記した表示を残すことが望ましい

２）患者が医療費控除のために年末にまとめて交付することを希望

⇒　合計金額を記した領収証を交付すれば、その都度の交付は不要

※ 文書にて署名を記した表示を残すことが望ましい

３）領収証に予め「領収証は再発行しない」旨を明記してもよい

（不正利用の防止のため）

全体大項目

２．処方せん様式の変更 ※ 別冊「Q&A」参照 (p.565)

◎「備考」欄に「後発医薬品への変更可」の「保険医署名」欄を設定

① 医師が「すべての先発医薬品を後発医薬品に変更しても可」と判断

⇒ 「保険医署名」欄に署名 or 姓名を記載し、押印する

② 医師が「一部の先発医薬品については後発医薬品に変更することは不可」と判断

⇒ 「処方」欄の先発医薬品名の後に「後発医薬品への変更不可」と記載

③ 医師が「すべての先発医薬品について後発医薬品に変更することは不可」と判断

⇒ 「保険医署名」欄等への記載不要 or 従来の様式を用いる

※ 従来の処方せん様式も使用可能（そのまま or 取り繕う）

※ 調剤薬局から情報提供が行われる

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	明 大 昭 平　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	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				
備考			後発医薬品への変更可	
			保険医署名	
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		印	公費負担医療の受給者番号	

備考
1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2．この用紙は、日本工業規格　A　列５番とすること。
3．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こと。

様式第二号（第二十三条関係）

（p.565）

全体大項目

３．入院診療計画実施、院内感染防止対策実施、医療安全管理体制整備、褥瘡対策実施が入院基本料の算定要件となる

※ 別冊「Ｑ＆Ａ」参照　（p.4、41、444、459）

◎ 従来「減算」であった入院診療計画未実施（３５０点／入院）、院内感染防止対策未実施（５点／日）、医療安全管理体制未整備（5点／日）、褥瘡対策未実施（5点／日）を廃止

⇒ 入院基本料の算定要件とする

※ 未実施・未整備の場合、入院基本料そのものが算定できない

※ 有床診療所も対象となるので体制・対策の整備が必要

基本診療料

１．　初・再診料および外来診療料の見直し
　　紹介患者加算の廃止
　　同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価
２．　電子化加算の新設

基本診療料

１．初・再診料および外来診療料の見直し

（１）病診格差の是正、紹介率の廃止　(p.1～3)

１）初診料　病院の場合　：２５５点 ⇒ ２７０点（＋１５点）

診療所の場合：２７４点 ⇒ ２７０点（△４点）

病院紹介患者加算 ⇒ 廃止

診療所紹介患者加算 ⇒ 廃止

２）再診料　病院の場合　：５８点 ⇒ ５７点（△１点）

診療所の場合：７３点 ⇒ ７１点（△２点）

継続管理加算：５点 ⇒ 廃止

３）外来診療料：７２点 ⇒ ７０点（△２点）

※ ヘモグロビンＡ$_{1c}$を包括から除外し出来高算定へ

基本診療料

１．初・再診料および外来診療料の見直し

（２）診療所（再掲）(p.1)

１）初診料：２７４点 ⇒ ２７０点（△４点）

※ 同一医療機関で同一日に複数の診療科を受診した場合

⇒ 2つ目の診療科の初診に限り135点を算定できる。

紹介患者加算：５０点 ⇒ 廃止

２）再診料：　７３点 ⇒ 　７１点（△２点）

継続管理加算：　５点 ⇒ 廃止

基本診療料

１．初・再診料および外来診療料の見直し

（３）病院（再掲）(p.1～2)

１）初診料：２５５点 ⇒ ２７０点（＋１５点）

※ 同一医療機関で同一日に複数の診療科を受診した場合

⇒ ２つ目の診療科の初診に限り１３５点を算定できる。

(p.32)

紹介患者加算１：４００点
紹介患者加算２：３００点
紹介患者加算３：２５０点
紹介患者加算４：１５０点
紹介患者加算５：　７５点
紹介患者加算６：　４０点

廃止

２）再診料（一般病床２００床未満）：５８点 ⇒ ５７点（△１点）

継続管理加算：５点 ⇒ 廃止

３）外来診療料（一般病床２００床以上）：７２点 ⇒ ７０点（△２点）

※ ヘモグロビンＡ$_{1c}$を包括から除外

基本診療料

２．電子化加算の新設

※　医療のＩＴ化推進を時限的に評価（平成２２年度まで）

◎電子化加算：３点（初診料の加算）　(p.1)

※　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つを実施している場合に算定

［必要的に具備すべき要件］ (p.444、459)

① レセプト電算化システムを導入していること

② 個別の費用ごとに区分して記載した領収証（医科診療報酬点数表又は歯科点数報酬診療表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付していること

③ 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１９年度以降）

［選択的に具備すべき要件］　（いずれか１つを実施）（p.444、459）

① レセプトの電算化（電子媒体による請求）（400床未満の保険医療機関に限る）

② 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年度中のみ）

③ 患者から求めがあった時に、詳細な医療費の内容の分かる明細証（個別の診療報酬点数の算定項目の分かるもの）を発行できる体制を整えていること

④ 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

⑤ インターネットを活用した電子予約を行っていること

⑥ 診療情報提供について電子的に行っていること

⑦ 電子紹介状を行っていること

⑧ 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

⑨ 電子カルテによる病歴管理を行っていること

⑩ 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

⑪ 遠隔医療支援システムを活用した離島・僻地および在宅診療を行っていること

入院料等

１．入院診療計画実施、院内感染防止対策実施、医療安全管理体制整備、褥瘡対策実施が入院基本料の算定要件となる（再掲）
２．看護職員等の配置に係る情報提供の推進
３．有床診療所における入院医療の評価の見直し
４．紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止
５．急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価
６．患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価
７．特殊疾患療養病棟等の見直し

入院料等

８．　複合病棟の廃止
９．　新たな加算の設定
10.　地域加算の見直し
11.　臨床研修病院に係る評価の見直し
12.　新たな特定入院料の設定
13.　標欠による減額措置の簡素化

入院料等

２．看護職員等の配置に係る情報提供の推進 (p.444、460)

※　入院患者に療養環境に係る情報を正しく伝える観点

１）入院基本料等について、
「それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員等の入院患者数に対する割合」により表記する

（例）

（現　行）	（改　定）
「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している	・平均して入院患者１０人に対し看護職員１人が実際に常時働いていることを意味している

２）日勤帯、準夜帯、深夜帯の各々で、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病棟内に掲示

入院料等

３．有床診療所における入院医療の評価の見直し

※　急性期入院医療に係る評価 (p.12、47、447、462)

１）有床診療所入院基本料１（看護職員５人以上）

イ　７日以内　：８１０点
ロ　８日～１４日以内　：６６０点
ハ　１５日～３０日以内：４９０点
ニ　３１日～　：４５０点

２）有床診療所入院基本料２（看護職員１人以上５人未満）

イ　７日以内　：６４０点
ロ　８日～１４日以内　：４８０点
ハ　１５日～３０日以内：３２０点
ニ　３１日～　：２８０点

※　看護職員（看護師、准看護師）なしは算定不可となる（経過措置あり）

３）医師等配置加算：４０点 ⇒ １００点（＋６０点）

入院料等

４．紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

※　急性期入院医療に係る評価

◎廃止項目

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

◎手当て（p.9、14、15、20、21）

１）特定機能病院：入院基本料の１４日以内加算の引上げ
２）地域医療支援病院：地域医療支援病院入院診療加算の引上げ：
４９０点 ⇒ １，０００点
３）救急医療加算：入院初日のみ ⇒ 算定できる時間帯を夜間または休日以外にも拡大し、７日まで延長
４）救命救急入院料・特定集中治療室管理料の引上げ
５）急性期入院医療の評価を行う

入院料等

５．急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価 （p.4～、444～）

１）一般病棟、専門病棟、障害者施設等、結核病棟、精神病棟、特定機能病院（一般病棟、結核病棟、精神病棟）について、現行の区分を簡素化し、急性期医療に特化した体系を再構成

	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

※　区分E、F:結核病棟、精神病棟のみ

入院料等

５．急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

２）夜間勤務等看護加算の廃止 → 看護職員配置の評価全体で評価する

３）看護補助加算を現行の５区分の体系を３区分に簡素化（p.17、448）

（現行）

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

（改定）

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

４） 入院期間に応じた加算は、結核病棟・精神病棟について、入院初期を高く評価する ※ 病棟区分別の点数（次頁参照）

［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 –			

入院料等

６．患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

１）療養病棟入院基本料の見直し(p.5～7)

（現行）

１）療養病棟入院基本料１：一般１，２０９点、老人１，１５１点
２）療養病棟入院基本料２：一般１，１３８点、老人１，０８０点
３）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

（改定）

医療の必要性、ＡＤＬの状況による区分

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）

入院料等

６．患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

２）有床診療所療養病棟入院基本料の見直し (p.13～14)

（現行）

１）有床診療所療養病棟入院基本料１：一般８１６点、老人７９８点

２）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

（改定）

医療の必要性、ＡＤＬの状況による区分

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）

入院料等

７．特殊疾患療養病棟等の見直し (p.24、25)

（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

（改定）

１）療養病床：廃止
・患者分類を用いた新しい療養病棟入院基本料を適用
　※　現に入院している難病患者および障害者の医療の必要性に配慮
　※　療養環境加算新設（一定以上の病棟床面積を有する場合）

２）一般病床・精神病床：平成２０年３月３１日限り
　※　長期にわたり療養が必要な患者は、本来、療養病床で対応すべき
・特殊疾患療養病棟入院料１：１，９８０点 ⇒ １，９４３点（△３７点）
・特殊疾患療養病棟入院料２：１，６００点 ⇒ １，５７０点（△３０点）
・特殊疾患入院医療管理料　：１，９８０点 ⇒ １，９４３点（△３７点）

入院料等

８．複合病棟の廃止 （p.537）

◎平成１８年９月３０日限りで廃止

※　病床数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

※　複合病棟における看護職員の配置基準は、一般病床については平成１８年３月以降、医療法上の人員配置基準を下回ることとなるため廃止する

入院料等

９．新たな加算の設定

１）がん診療連携拠点病院加算（入院初日）　：　２００点
２）栄養管理実施加算（１日につき）　：　１２点
３）医療安全対策加算（入院初日）　：　５０点
４）褥瘡患者管理加算（入院中１回）　：　２０点
５）褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回）　：　５００点
６）ハイリスク分娩管理加算（１日につき）　：１，０００点

１）がん診療連携拠点病院加算：２００点（入院初日）

※　がんの集学的治療、セカンド・オピニオン提供、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配置、相談支援センター等を備えた体制を評価 (p.20、54、449、468)

（施設基準）

『がん対策推進アクションプラン２００５』

※　厚生労働省がん対策推進本部

・がん患者や地域医療機関からの相談対応を担う「相談支援センター」の設置を要件とする「地域がん診療拠点病院」等の整備を推進することとされている

２）栄養管理実施加算：１２点（１日につき）

※　入院時食事療養費「特別管理加算」の１つの要件を再編

※　個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理

（p.20、54、450、468）

（施設基準）

・常勤の管理栄養士１名以上

・入院時に患者ごとの栄養状態の評価

・医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、栄養状態、摂食機能、食形態を考慮した栄養管理計画を作成

・栄養管理計画に基づき、患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行う

３）医療安全対策管理加算：５０点（入院初日）

※　急性期医療の高度化・複雑化に対応できる、医療安全管理対策の実施体制を評価　（p.20、55、450、468）

（施設基準）

・専従の医療安全管理者を配置

　※ 医療安全対策の研修を受けた薬剤師、看護師等

・院内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制の整備

・患者相談窓口を設置

４）褥瘡患者管理加算：２０点（入院中１回）

※　褥瘡対策実施が入院料算定の要件となったことに伴い、入院基本料等加算として評価　（p.20、55、450、469）

（対象者）

褥瘡に関する危険因子のある患者および既に褥瘡を有する患者

（施設基準）

・適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施および評価の体制
・褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有する
・褥瘡対策の基準を満たしている

５）褥瘡ハイリスク患者ケア加算：５００点（入院中１回）

※　急性期医療の高度化・複雑化に対応できる、より重点的な褥瘡管理対策の実施を評価 (p.20、55、450、469)

（対象者）

褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要な患者

（施設基準）

・褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置

・褥瘡管理者は院内の褥瘡対策チームと連携し、予め定められた方法に基づき、患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行う

・特に重点的な褥瘡ケアが必要な患者には、主治医、その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に立案作成し、計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続実施

・褥瘡の早期発見、重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制

等

６）ハイリスク分娩管理加算：１，０００点（１日につき）

※　産科の体制が整っている病院におけるハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理 (p.20、56、450、469)

※　８日を限度として入院基本料に加算

（対象者）

保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であって、リスク要因を持つ患者

（リスク要因）

- 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
- 常位胎盤早期剥離

（施設基準）

- 専ら産婦人科または産科に従事する医師３名以上
- 年間分娩実施件数１２０件以上
- 年間分娩実施件数等の情報を院内掲示
- 助産師３名以上

入院料等

10. 地域加算の見直し (p.17、51、66)

※　国家公務員給与の地域手当ての支給地域およ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、見直しを行う

例）

（現行）		
1種地域	東京都特別区	18点
2種地域	横浜市、大阪市等	15点
3種地域	伊丹市、福岡市等	9点
4種地域	札幌市、仙台市等	5点

（改定）		
1級地	東京都特別区	18点
2級地	武蔵野市、大阪市等	15点
3級地	さいたま市、横浜市等	12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

入院料等

11．臨床研修病院に係る評価見直し

※　臨床研修病院に係る評価充実（p.15、48、448、464）

（現行）

◎臨床研修病院入院診療加算（入院初日）：３０点

（改定）

１）単独型または管理型臨床研修指定病院の場合：４０点

２）協力型臨床研修指定病院の場合　　：２０点

※　研修実施期間中の入院初日

入院料等

12. 新たな特定入院料の設定 (p.22、58、450、471)

※　急性期の脳卒中患者に対して行う専門的な治療管理

◎脳卒中ケアユニット入院医療管理料：５，７００点（１日につき）

（対象者）

脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者

※　上記対象患者が概ね８割以上入院している一定の基準を満たす専用病床で専門の医師職が急性期医療およびリハビリテーションを組織的・計画的に行った場合

※　発症後１４日を限度として算定

※　治療室単位で算定（看護師常時３：１以上、常勤の理学療法士または作業療法士が１名以上配置）

入院料等

13. 標欠による減額措置の簡素化 (p.522)

※ 医師数・看護師数 ⇒ 医師数のみ

［現 行］

看護要員	医師若しくは歯科医師			
	80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
80/100超	減額なし	減額無し	12/100減額	15/100減額
80/100以下	減額なし	12/100減額	18/100減額	21/100減額
60/100以下	12/100減額	18/100減額	24/100減額	27/100減額
50/100以下	15/100減額	21/100減額	27/100減額	30/100減額

［改 正］

看護要員	医師若しくは歯科医師	
	70/100以下	50/100以下
80/100超 80/100以下 60/100以下 50/100以下	90/100相当の点数	85/100相当の点数

○ 離島等所在保険医療機関の場合

看護要員	医師若しくは歯科医師			
	80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
80/100超	減額なし	減額無し	3/100減額	3/100減額
80/100以下	減額なし	6/100減額	6/100減額	6/100減額
60/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額
50/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額

看護要員	医師若しくは歯科医師	
	70/100以下	50/100以下
80/100超 80/100以下 60/100以下 50/100以下	98/100相当の点数	97/100相当の点数

入院時食事療養費

１．食事の費用の算定単位の見直し
２．特別食加算の見直し
３．特別管理加算の見直し
４．選択メニュー加算の廃止

入院時食事療養費

１．食事の費用の算定単位の見直し(p.523～530)

※　１日単位→１食単位

（現行）

１）入院時食事療養（Ⅰ）：１，９２０円（１日につき）
２）入院時食事療養（Ⅱ）：１，５２０円（１日につき）
患者一部負担金：　７８０円（１日につき）

（改定）

１）入院時食事療養（Ⅰ）：　６４０円（１食につき）
２）入院時食事療養（Ⅱ）：　５０６円（１食につき）
患者一部負担金：　２６０円（１食につき）

入院時食事療養費

２．特別食加算の見直し

(p.523～530)

１）１日単位→１食単位

特別食加算：３５０円（１日につき）⇒ ７６円（１食につき）

２）対象の見直し

「経管栄養のための濃厚流動食」を除外

３．特別管理加算の見直し

１）適時・適温の食事提供

入院時食事療養（Ｉ）の算定要件とする

２）常勤の管理栄養士配置の要件

栄養管理実施加算（１日につき）：１２点（新設）

特別管理加算（１日につき）：２００円（廃止）

４．選択メニュー加算の廃止

１）選択メニュー加算（１日につき）：５０円（廃止）

２）特別メニューの食事の取扱いを弾力化（患者負担）

医学管理等

１．名称変更「指導料」を「管理料」に
２．診療情報提供料の簡素化、セカンド・オピニオンの推進
３．生活習慣病指導管理料の見直し
４．ニコチン依存症指導管理料の新設
５．手術前医学管理料・手術後医学管理料の評価の見直し
６．地域連携クリティカルパスの活用
７．その他の指導管理等に係る技術の評価

医学管理等

１．名称変更「指導料」を「管理料」に (p.69～)

※　国民が理解できる診療報酬体系
※　日医 社会保険診療報酬検討委員会からの提言

１）指導管理等 ⇒ 医学管理等
２）特定疾患療養指導料 ⇒ 特定疾患療養管理料 (p.69、82)
「治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する」
↓
「治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する」
３）生活習慣病指導管理料 ⇒ 生活習慣病管理料 (p.75、94)

医学管理等

２．診療情報提供料の簡素化、セカンド・オピニオンの推進

※　患者の視点の重視（p.80、100）

（現行）

１）診療情報提供料（Ａ）診療所→診療所、病院→病院等：２２０点

２）診療情報提供料（Ｂ）診療所→病院、病院→診療所等：２９０点
　　逆紹介加算：２３０点

３）診療情報提供料（Ｃ）病院－診療所（退院時）等：５００点
　　逆紹介加算：２０点

４）診療情報提供料（Ｄ）特定機能病院等から：５２０点

（新体系）

１）診療情報提供料（Ⅰ）：２５０点
　　退院時に診療情報提供書に退院後の治療計画、検査結果、画像の写等を添付した場合の加算：２００点

２）診療情報提供料（Ⅱ）：５００点
　　セカンドオピニオンの評価（新設）

医学管理等

３．生活習慣病指導管理料の見直し

※　生活習慣病等の重症化予防

１）服薬よりも運動習慣の徹底、食生活の改善を基本とする(p.75、94)

◎生活習慣病管理料

・処方せんを交付する場合

イ　高脂血症：１，０５０点 ⇒　９００点（△１５０点）
ロ　高血圧症：１，１００点 ⇒　９５０点（△１５０点）
ハ　糖尿病　：１，２００点 ⇒　１，０５０点（△１５０点）

・処方せんを交付しない場合

イ　高脂血症：１，５５０点 ⇒　１，４６０点（△９０点）
ロ　高血圧症：１，４００点 ⇒　１，３１０点（△９０点）
ハ　糖尿病　：１，６５０点 ⇒　１，５６０点（△９０点）

２）療養計画書の様式変更(p.606)

※　達成すべき目標や具体的な改善項目を明確にするために

医学管理等

４．ニコチン依存症指導管理料の新設

※　生活習慣病等の重症化予防

◎ニコチン依存症指導管理料（p.75、95、477、490）

初回　　：２３０点
２～４回目：１８４点（２週目、４週目、８週目）
５回目　　：１８０点（１２週目）

対象者：スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等でニコチン依存症と診断された者で、ブリンクマン指数200以上で、直ちに禁煙治療を希望する者

・「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）に則る
・禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告
・禁煙治療の経験を有する医師１名以上勤務
・禁煙治療に係る専任の看護職員を１名以上配置
・呼気一酸化炭素濃度測定器を備えている
・医療機関の構内が禁煙　　等

医学管理等

５．手術前医学管理料･手術後医学管理料の評価の見直し

※　検体検査料、薬剤料の実勢価格に基づく点数の見直しに伴い、検査料・薬剤料を包括する点数の見直し(p.75、77)

１）手術前医学管理料：１，３１０点 ⇒ １，１９２点（△１１８点）
２）手術後医学管理料
　　病　　院　　：１，３４０点 ⇒ １，１８８点（△１５２点）
　　診 療 所　　：１，１９０点 ⇒ １，０５６点（△１３４点）

※　同一の手術について、同一月に手術前医学管理料を算定する場合は、手術後医学管理料を算定する３日間は、９５／１００に相当する点数を算定する。

医学管理等

６．地域連携クリティカルパスの活用

※　地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を評価

（p.79、98、478、492）

１）地域連携診療計画管理料（入院時）　：１，５００点（新設）
２）地域連携診療計画退院時指導料（退院時）：１，５００点（新設）

［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

［算定要件］

・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、その具体的および実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届出
・１種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携　等

医学管理等

７．その他の指導管理等に係る技術の評価

※　医療技術に係る評価

１）ウイルス疾患指導料に加算：２２０点（新設）(p.69、83、477、490)

「ロ」後天性免疫不全症群等に対する加算

・専任医師、専従看護師、専任薬剤師、社会福祉士（または精神保健福祉士）の配置

・プライバシーの保護に配慮した診察室、相談室が準備

２）特定薬剤治療管理料（適応拡大）(p.83)

・躁うつ病または躁病：バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン

・関節リウマチ　　：タクロリムス水和物

３）喘息治療管理料に加算（新設）(p.73、91、477、490)

１月目：２，５２５点、２月目以降６月目まで：１，９７５点

・２０歳以上の重度喘息患者に対する治療管理の評価

（ピークフローメーター・１秒量等計測器を用いて検査値等を毎日計測させ、週１回以上報告させた上で指導等）

在宅

１．在宅療養支援診療所の設置
２．入院から在宅への円滑な移行の促進
３．２４時間対応体制の評価の見直し
４．患者の重症度等を反映した訪問看護の評価見直し
５．ターミナルケアおよび看取りの評価の見直し
６．施設入所者の終末期における訪問診療・訪問看護の見直し
７．在宅療養指導管理材料加算の項の新設

在宅

１．在宅療養支援診療所の設置 （p.113、477、491）

※　在宅医療の中心的役割を担う診療所
（患者からの連絡を一元的に受け、患者への診療情報を集約する等）

◎要件

１）２４時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、連絡先を文書で患家に提供

２）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（他の保険医との連携も可）

３）２４時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、担当職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供（他の保険医療機関、訪問看護ステーション等との連携も可）

４）在宅療養患者の緊急入院の受入れ体制確保（他の保険医療機関との連携も可）

５）地域において他の保健医療・福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携

６）看取り数の報告　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

項目	現行点数		現行 診療所	現行 病院	改正 在宅療養支援診療所	改正 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）	◎	○
退院時共同指導加算	（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）		

注）　「◎」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とその他の保険医療機関での評価の比較

項目	現行点数		現行		改正	
			診療所	病院	在宅療養支援診療所	その他の保険医療機関
往診料	650	1回につき	○	○	○	○
緊急往診加算（時間内、夜間、深夜）	（時間内）325 （夜間）650 （深夜）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			×	×	○	×

注）「◎」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。

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

項目	現行点数		現行		改正	
			診療所	病院	在宅療養支援診療所	その他の保険医療機関
在宅時医学管理料	3,360	月1回	○	○※1	◎	○※2
在宅末期医療総合診療料	処方せんあり 1,495点 処方せんなし 1,685点	1日につき（1週間を単位として算定）	○	○	○	×
寝たきり老人在宅総合診療料	処方せんあり 2,290点 処方せんなし 2,575点	月1回	○	×	◎	○※2
在宅ターミナルケア加算	1,200	死亡日	○	×	◎	○※2
緊急時入院体制加算	100		○	×	ー※3	ー
24時間連携体制加算	（Ⅰ）1,400 （Ⅱ）1,400 （Ⅲ） 410		○	×		

注） 「◎」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、「ー」は廃止となるもの。

※1） 許可病床数が200床未満の病院に限る。

※2） 在宅時医学管理料と寝たきり老人在宅総合診療料の再編により、200床未満の病院が追加となる。

※3） 在宅療養支援診療所の要件とし、高く評価することとする。

在宅

２．入院から在宅への円滑な移行の促進

※　退院指導料、退院時共同指導料等の再編・統合（紹介元の医療機関が算定）

（現行）

◎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）

※　診療所で在宅時医学管理料、在総診等を算定している患者が急変等により病院に入院し、入院先の医師と共同して指導した場合および退院に際して共同で指導した場合（※ 診療所が算定する）

（改定）

◎地域連携退院時共同指導料（Ｉ）在宅療養支援診療所の場合：１，０００点
それ以外の場合　：　６００点

※　退院後の療養を支援する医師が、入院医療機関の医師およ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、患者または家族等に説明・指導を行い、その内容について文書提供した場合

※　寝たきり老人退院時共同指導料（Ｉ）６００点は本点数に統合

（p.78、97、478、482）

在宅

２．入院から在宅への円滑な移行の促進

※　退院指導料、退院時共同指導料等の再編・統合（入院先の医療機関が算定）

（現行）

◎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）

※　診療所で在宅時医学管理料、在総診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および退院に際して共同で指導した場合（※ 入院先の病院が算定する）

（改定）

◎地域連携退院時共同指導料（Ⅱ）在宅療養支援診療所と連携：５００点
それ以外の場合　：３００点

※　入院医療機関の医師・看護師等が、退院後の療養を支援する医師およ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、患者または家族等に説明・指導を行い、その内容について文書提供した場合、入院先の医療機関が算定

※　寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅱ）１４０点は本点数に統合

（p.78、97、478、482）

在宅

２．入院から在宅への円滑な移行の促進

※　退院指導料、退院時共同指導料等の再編・統合（訪問看護療養費）

（現行）

◎退院時共同指導加算：２，８００円

※　保険医療機関等に入院中、または介護老人保健施設に入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院または退所に当たり、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

（改定）

◎地域連携退院時共同指導加算　　在宅療養支援診療所と共同：６，０００円
それ以外の場合　　：４，２００円

※　保険医療機関等に入院中、または介護老人保健施設に入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院または退所に当たり、主治医およ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.531～535）

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　在総診、在医管の再編 (p.106、118、478、493)

（現行）

◎寝たきり老人在宅総合診療料（月１回）

イ　処方せんを交付　　：２，２９０点

ロ　処方せんを交付しない：２，５７５点

２４時間連携体制加算

（Ⅰ）：１，４００点（同一医療機関内の複数の医師）

（Ⅱ）：１，４００点（入院医療機関との連携）

（Ⅲ）：　　４１０点（地域医師会等による連携）

◎在宅時医学管理料（月１回）：３，３６０点

常時、往診、訪問看護または電話等により、対応できる体制

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　在総診、在医管の再編(p.106、118、478、493)

（改定）

◎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　　：４，２００点

ロ　処方せんを交付しない：４，５００点（投薬包括）

（２）それ以外の診療所または病院（２００床未満）の場合

イ　処方せんを交付　　：２，２００点

ロ　処方せんを交付しない：２，５００点（投薬包括）

※在医総管・支援診療所の両方を届け出た診療所は、要件を満たした患者の場合には（１）を、満たさなかった場合には（２）を算定できる。

但し、居宅において療養を行っている患者であって、通院困難なものに対して、訪問診療を月２回以上行った場合に算定する

◎重症者加算（月１回）：１，０００点

※　一定の重症患者に対し、往診または訪問診療を月４回以上行った場合

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　往診料の評価 (p.105、115)

◎往診料：６５０点

１）緊急加算

50/100（３２５点）　⇒　在宅療養支援診療所：６５０点
それ以外：　３２５点

２）夜間加算

100/100（６５０点）　⇒　在宅療養支援診療所：１，３００点
それ以外　：　６５０点

３）深夜加算

200/100（１，３００点）　⇒　在宅療養支援診療所：２，３００点
それ以外　：１，３００点

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　訪問看護の評価 (p.106、122)

◎在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

１）保健師、助産師また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回につき）：２６５点（新設）

※　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、１日１回につき算定できる

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　訪問看護の評価（訪問看護療養費）(p.531～535)

◎訪問看護療養費（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（新設）

※　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、１日につき算定できる

在宅

３．２４時間対応体制の評価の見直し

※　在宅末期

◎在宅末期医療総合診療料（１日につき）(p.106、119)
（算定要件の変更）

現行：常時、往診、訪問看護または電話等により対応できる体制を有する保険医療機関

改定：在宅療養支援診療所であること

在宅

４．患者の重症度等を反映した訪問看護の評価見直し

※　重症度、処置の難易度等の高い患者は評価引上げ

◎重症者管理加算　：２，５００円／月 ⇒ ５，０００円／月
（訪問看護療養費）

◎在宅移行管理加算：　２５０点／月 ⇒ ５００点／月

（評価引上げされたもの）

- 在宅悪性腫瘍患者指導管理料算定患者
- 在宅気管切開患者指導管理料算定患者
- 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

※　上記以外は従前どおり

（p.107、123、478、483、531～536）

在宅

５．ターミナルケアおよび看取りの評価の見直し

※　ターミナルケア加算の評価引上げ（訪問診療）

（p.107、122）

（現行）

◎在宅患者訪問診療料

ターミナルケア加算：１，２００点

※　１か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

（改定）

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

※　死亡日前１４日以内に２回以上の往診または訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合（Ⅱ）を算定

※　さらに、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、死亡診断した場合は（Ⅰ）を算定

在宅

５．ターミナルケアおよび看取りの評価の見直し

※　ターミナルケア加算の評価引上げ（訪問看護）

（p.107、122）

（現行）

◎在宅患者訪問看護・指導料

ターミナルケア加算：１，２００点

※　１か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

（改定）

ターミナルケア加算（Ⅰ）：１，５００点

ターミナルケア加算（Ⅱ）：１，２００点

※　死亡日前１４日以内に２回以上訪問看護を実施し、かつ、その死亡前２４時間以内にターミナルケアを行った場合（Ⅱ）を算定できる。

※　ただし、在宅療養支援診療所の医師の指示により実施した場合は（Ⅰ）を算定できる。

在宅

５．ターミナルケアおよび看取りの評価の見直し

※　ターミナルケア加算の評価引上げ（訪問看護療養費）

(p.531～535)

（現行）

◎訪問看護療養費

ターミナルケア療養費：１２，０００円

※　１か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

（改定）

ターミナルケア療養費（Ⅰ）：１５，０００円

ターミナルケア療養費（Ⅱ）：１２，０００円

※　死亡日前１４日以内に２回以上訪問看護を実施し、かつ、その指示により実施死亡日２４時間以内にターミナルケアを行った場合（Ⅱ）を算定できる。

※　ただし、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。

在宅

５．ターミナルケアおよび看取りの評価の見直し

※　在宅末期（入院医療の取扱いの見直し）

（p.106、119、478、493）

◎在宅末期医療総合診療料（１日につき）

（算定要件の変更）

現行：在宅医療と入院医療が混在した週は算定できない

改定：在宅療養支援診療所に入院し、ターミナルケアを継続している場合は、算定できる

在宅

６．施設入所者の終末期における訪問診療・訪問看護の見直し

※　多様な居住の場におけるターミナルの推進

◎訪問診療の算定要件緩和

　ケアハウス・有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設）、の入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、特別養護老人ホーム、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料が算定できる

◎訪問看護の算定要件緩和

　特別養護老人ホームの入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師の指示に基づき訪問看護を行う場合には、在宅患者訪問看護・指導料等が算定できる

在宅

６．施設入所者の終末期における訪問診療・訪問看護の見直し

※　多様な居住の場におけるターミナルの推進

◎医療保険による訪問看護の給付対象を統一

・訪問看護が医療機関からなのか or 訪問看護ステーションからなのか

・訪問看護の提供先が自宅、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等のいずれであるか

によって、

・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）に限られるのか

・末期の悪性腫瘍および難病等の場合も対象となるのか

⇒　分かれていた取扱いを改め、上記のすべての場合について、末期の悪性腫瘍および難病等の場合も、医療保険による訪問看護の給付対象とする

在宅

７．在宅療養指導管理材料加算の項の新設

※　点数表の簡素化　(p.110、134)

◎従来、在宅療養指導管理料各点数の「注」の各加算をまとめて表記

１）血糖自己測定器加算
２）注入器加算
３）間歇注入シリンジポンプ加算
４）注入器用注射針加算
５）紫外線殺菌器加算
６）自動腹膜灌漑流装置加算
７）透析液供給装置加算
８）酸素ボンベ加算
９）酸素濃縮装置加算
10）液化酸素装置加算
11）在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
12）注入ポンプ加算
13）在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算
14）間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算
15）人工呼吸器加算
16）経鼻的持続陽圧呼吸法用治療加算
17）携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
18）疼痛管理用送信器加算
19）携帯型精密輸液ポンプ加算
20）気管切開患者用人工鼻加算

検査

１．外来迅速検査の評価
２．検体検査の評価見直し
３．生体検査の評価見直し
４．コンタクトレンズに係る診療の評価
５．病理診断の評価

検査

１．外来迅速検査の評価

※　患者の視点の重視　(p.138、170、479、483)

◎外来迅速検体検査加算の新設：１点（５項目を限度）

外来患者に対して、検体検査を行い、
すべての検体検査項目について同日内に結果が報告され、
当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、検体検査実施料の各所定点数に加算

要件：検査結果を患者に書面で交付

（対象外）

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
心筋トロポニンＴ定性
インフルエンザウイルス抗原精密測定　等

検査

２．検体検査の評価見直し

（１）実施料の市場実勢価格を踏まえた適正化 (p.138～)

（２）判断料の点数見直し

・生化学的検査（Ⅱ）判断料：１３４点⇒１３５点（＋１点）

(p.151)

３．生体検査の評価見直し

※　検査の難易度・機器の費用等を考慮した評価の見直し

（１）経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）：　(p.156)

１００点⇒３０点（△７０点）

（２）脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料：１４０点⇒廃止

（３）超音波検査：腹部エコー５５０点⇒５３０点

心エコー　８００点⇒７８０点

検査

４．コンタクトレンズに係る診療の評価

※　保険給付の範囲の明確化と個別指導の重点的実施

１）初診時にコンタクトレンズの処方を目的として、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。

２）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他覚症状があるなど、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。

３）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。

４）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回の診療の時にのみ算定できる。

検査

４．コンタクトレンズに係る診療の評価

※　検査を包括的に評価し、適正化を図る

◎コンタクトレンズ検査料の新設　（p.160、214、479、495）

１）コンタクトレンズ検査料（Ⅰ）

初診時：３８７点、再診時：１１２点

２）コンタクトレンズ検査料（Ⅱ）

初診時：１９３点、再診時：　５６点

※　定型的に実施されるすべての眼科学的検査に係る費用を包括

※　コンタクトレンズ診療患者が７０％以上の医療機関は（Ⅱ）を算定

※　初診時の点数は患者１人につき１回を限度として算定

※　初診料、再診料は別に算定できる

検査

５．病理診断の評価

※　病院内で病理学的検査を実施する体制の評価充実(p.152、200)

◎病理診断料：２５５点 ⇒ ４１０点（＋１５５点）

◎算定要件の緩和

（現行）

病理学的検査は専ら担当する常勤医師

（改定）

保険医療機関内で非常勤の病理医が診断を行った場合も算定可

画像診断

１．ＰＥＴ／ＣＴの評価
２．画像診断機器の性能に応じた評価
３．コンピューターによる画像処理の評価
４．マンモグラフィーの評価

画像診断

１．ＰＥＴ／ＣＴの評価

（p.226、237、479、496）

◎ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（新設）

１）^{15}O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）：７，６２５点

２）^{18}FDGを用いた場合（一連の検査につき）　　：８，６２５点

画像診断

２．画像診断機器の性能に応じた評価

（p.227、240、479、496）

◎コンピューター断層撮影（一連につき）

（現行）

１）単純ＣＴ撮影

頭部：６２０点、躯幹：８３０点、四肢：５７０点

２）特殊ＣＴ撮影（管腔描出を行った場合）

頭部：７１０点、躯幹：９５０点、四肢：６６０点

（改定）

１）単純ＣＴ撮影

マルチスライス型の機器の場合：８５０点

それ以外の場合　　：６６０点

２）特殊ＣＴ撮影（管腔描出を行った場合）：９５０点

画像診断

２．画像診断機器の性能に応じた評価

（p.227、241、479、496）

◎磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）

（現行）

１）単純ＭＲＩ撮影

頭部：１，１４０点、躯幹：１，２２０点、四肢：１，１６０点

２）特殊ＭＲＩ撮影（管腔描出を行った場合）

頭部：１，５００点、躯幹：１，６００点、四肢：１，５２０点

（改定）

１）単純ＭＲＩ撮影

１．５テスラ以上の機器の場合：　１，２３０点

それ以外の場合　　：　１，０８０点

２）特殊ＭＲＩ撮影（管腔描出を行った場合）：１，５３０点

画像診断

２．画像診断機器の性能に応じた評価

◎ＣＴ、ＭＲＩを同一月に２回以上行った場合(p.226、239)

（現行）

２回目以降の断層撮影の費用は撮影部位に応じて

頭部（一連につき）：６００点

躯幹（一連につき）：８１０点

四肢（一連につき）：５６０点

（改定）

２回目以降の断層撮影（一連につき）　：６５０点

画像診断

３．コンピューターによる画像処理の評価

１）画像情報を電子媒体に保存した場合の評価（p.226、240）

コンピューター画像処理加算の新設：６０点

（核医学診断、コンピューター断層撮影１回につき）

２）機器の普及を踏まえた適正化（p.224）

デジタル映像化処理加算

イ　単純撮影の場合：　７５点 ⇒ ６０点（△１５点）

ロ　特殊撮影の場合：　９５点 ⇒ ６４点（△３１点）

ハ　造影剤使用撮影の場合：１２０点 ⇒ ７２点（△４８点）

画像診断

４．マンモグラフィーの評価 (p.224、230)

１）デジタル映像化処理加算
　乳房撮影の場合：６０点（新設）
２）写真診断
　乳房撮影（一連につき）：２５６点
３）撮影
　乳房撮影（一連につき）：１９６点
　※　当該撮影専用の機器を用いて、原則両側の乳房に対し２方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定

投薬

１．処方料・処方せん料の見直し
２．処方せん様式の変更（再掲）

投薬

１．処方料・処方せん料の見直し（p.242、243）

※　適切な長期投薬の推進

１）処方料

特定疾患処方管理長期投薬加算：４５点 ⇒ ６５点（＋２０点）

２）処方せん料

①　内服薬７種類以上の投薬

イ　後発医薬品を含む　：４３点 ⇒ ４２点（△１点）

ロ　イ以外の場合　：４１点 ⇒ ４０点（△１点）

②　内服薬７種類未満の投薬

イ　後発医薬品を含む　：７１点 ⇒ ７０点（△１点）

ロ　イ以外の場合　：６９点 ⇒ ６８点（△１点）

特定疾患処方管理長期投薬加算：４５点 ⇒ ６５点（＋２０点）

投薬

２．処方せん様式の変更（再掲）(p.565)

※　後発医薬品の使用促進

◎「備考」欄中に「後発医薬品への変更可」の「保険医署名」欄を設けた処方せん様式に変更

◎「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「保険医署名」欄に署名する

◎「後発医薬品への変更可」の「保険医署名」欄に署名のある処方せんを受け付けた保険薬局は、患者に後発医薬品の情報提供し、患者が選択した後発医薬品または先発医薬品を調剤する。

リハビリテーション

１．リハビリテーションの疾患別体系への見直し
２．急性期リハビリテーションの評価
３．従事者１人１日当たりの実施単位数の上限の緩和
４．回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
５．退院後早期の訪問リハビリテーションの評価
６．その他のリハビリテーションに係る評価の見直し
７．消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

リハビリテーション

１．リハビリテーションの疾患別体系への見直し

※ 理学療法、作業療法、言語聴覚療法を４つの疾患別体系へ再編

	①脳血管疾患等リハビリテーション	②運動器リハビリテーション	③呼吸器リハビリテーション	④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 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷　等	上・下肢の外傷・骨折の手術後 熱傷瘢痕による関節拘縮 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 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
算定日数上限	１８０日	１５０日	９０日	１５０日

※ 集団療法の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和　（p.258、261、480、483、497）

リハビリテーション

２．急性期リハビリテーションの評価

１）発症後早期について、患者１人・１日当たりの算定単位数の上限を６単位まで緩和する　（p.258、261）

２）早期リハビリテーション加算：廃止

３．従事者１人１日当たりの実施単位数の上限の緩和

※　医療機関ごとの弾力的な運用を可能に（p.262～）

（現行）

リハビリテーション従事者１人・１日当たり１８単位まで（個別療法）

（改定）

リハビリテーション従事者１人・１日当たり１８単位までを標準とし、週１０８単位まで

※　１日当たり単位数：１８単位を標準とし、２４単位を上限

※　１週間当たりの単位数：非常勤従事者は常勤換算で１人当たりとして計算

リハビリテーション

４．回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

※　更なる普及を図るため（p.451、455）

１）「算定対象となるリハビリテーションを要する状態」の拡大

大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経・筋・靭帯損傷後１ヶ月以内の状態

２）算定上限の変更

⇒　一律１８０日までの設定を、リハビリテーションを要する状態ごとに

一　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
二　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
三　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
四　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ヶ月以内の状態	60日

リハビリテーション

５．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 (p.107、123)

（現行）

５３０点（１日につき）週３回まで

（改定）

３００点（１単位につき）週６単位まで

※　退院後３月以内の患者は週１２単位まで

リハビリテーション

６．その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

※　障害児、障害者に対するリハビリテーションの評価　等

１）障害児(者)リハビリテーション料の新設（１単位につき）

６歳未満　　：１９０点　　(p.259、268、480、484、500)

６歳～１８歳未満：１４０点

１８歳以上　　：１００点

※　脳性麻痺等の発達障害児（者）、肢体不自由児施設等の入所・通所者

※　１日６単位まで

※　脳血管疾患等リハビリテーションを算定した場合は算定できない

２）摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーション (p.259、267)

算定上限の緩和

月４回まで ⇒ 月４回まで（治療開始から３か月以内は毎日算定可）

リハビリテーション

７．消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

※　患者に分かりにくい逓減制の撤廃の一環
※　リハビリテーションの体系変更に対応

◎消炎鎮痛等処置(p.291)

イ	マッサージ等の手技による療法		：３５点
ロ	器具等による療法		：３５点
ハ	湿布処置	１　半肢の大部にわたるもの他	：３５点
		２　その他のもの	：２４点

⇒　規定「ロおよびハの療法について、合わせて５回以上行った場合は５回目以降については所定点数の５０／１００で算定する」を廃止

処置・手術

１．消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止（再掲）
２．創傷処置・皮膚科軟膏処置
３．熱傷処置
４．重度褥瘡処置の新設
５．不合理な処置点数の是正
６．手術の施設基準の廃止
７．麻酔に係る技術の評価

処置

２．創傷処置・皮膚科軟膏処置

※　項目の変更および点数見直し（p.282、287、294）

（現行）

１）手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの　：　４２点
２）半肢の大部又は頭部、頸部および顔面の大部にわたる範囲のもの：　４９点
３）１肢又はこれに準ずる範囲のもの　：　７５点
４）２肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの　：１４０点
５）身体の大部にわたる範囲のもの　：２５０点

（改定）

１）１００㎠未満　：　４５点（＋３点）
２）１００㎠以上５００㎠未満　：　４９点
３）５００㎠以上３，０００㎠未満　：　７５点
４）３，０００㎠以上６，０００㎠未満　：１４０点
５）６，０００㎠以上　：２５０点

処置

３．熱傷処置

※　術後創傷処置から独立

◎熱傷処置（１日につき）(p.282、295)

１）１００㎠未満　：　１３５点
２）１００㎠以上５００㎠未満　：　１４７点
３）５００㎠以上３，０００㎠未満　：　２２５点
４）３，０００㎠以上６，０００㎠未満：　４２０点
５）６，０００㎠以上　：１，２５０点

※　初回の処置から２か月まで算定、それ以降は創傷処置

処置

４．重度褥瘡処置の新設

※　技術評価

◎重度褥瘡処置（１日につき）(p.283、295)

１）１００㎠未満　：　９０点
２）１００㎠以上５００㎠未満　：　９８点
３）５００㎠以上３，０００㎠未満　：１５０点
４）３，０００㎠以上６，０００㎠未満：２８０点
５）６，０００㎠以上　：５００点

※　初回の処置から２か月まで算定、それ以降は創傷処置

処置

５．不合理な処置点数の是正

１）外来管理加算より低い処置料の格差緩和

◎４２点の処置点数を４５点に引上げ

（例）

１）創傷処置、皮膚科軟膏処置

２）ドレーン法（ドレナージ）「持続的吸引を行うもの」

３）高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、４）干渉低周波による膀胱等刺激法

５）子宮頸管内への薬物注入、６）子宮出血止血法「分娩外のもの」

７）胎盤圧出法、８）クリステル胎児圧出法、９）霰粒腫の穿刺

10）鼻涙管ブジー法、11）涙嚢ブジー法（洗浄を含む）、

12）副鼻腔手術後の処置（片側）、13）耳管ブジー法（片側）

14）唾液腺管ブジー法（片側）、15）滋養浣腸

処置

５．不合理な処置点数の是正

２）点数評価の是正

(p.288)

◎軟属腫摘除：１００点 ⇒ １０箇所未満 ：１００点
１０箇所以上３０箇所未満：２００点
３０箇所以上 ：３００点

◎鶏眼・胼胝処置
１７０点（一連につき）⇒ １００点（月１回）(p.288)

◎少数睫毛抜去 ：２５点 ⇒ 睫毛抜去 少数の場合：２５点 (p.289)
睫毛抜去（多数）：３１点 多数の場合：４５点

手術

６．手術の施設基準の廃止

※　相関関係の調査・検証を前提（p.318、481、507）

◎医師の経験年数、年間症例数による５／１００加算の廃止

人工関節術、ペースメーカ移植術、冠動脈、大動脈バイパス術、体外循環を要する手術、経皮的冠動脈形成術、頭蓋内腫瘤摘出術、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、子宮附属器悪性腫瘍手術　等

⇒　加算を上乗せした点数に改定

⇒　手術実績がある場合の年間手術症例数を院内掲示する

⇒　今後、年間手術症例数、患者の重症度等と手術成績との相関関係を調査・検証

麻酔

７．麻酔に係る技術の評価

※　技術評価

１）麻酔管理料の引上げ（p.424、429）

・硬膜外麻酔または脊椎麻酔：１００点 ⇒ １３０点（＋３０点）

・マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
：５８０点 ⇒ ７５０点（＋１７０点）

２）麻酔料（重症患者に対する全身麻酔の評価）

（現行）

・マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔：６，１００点

（改定）

・重症の患者に対して行う場合：８，３００点（p.423、427、481、484）

・その他の場合　：６，１００点

精神医療

１．精神病床における急性期の入院医療の評価の見直し
２．精神病床における入院期間に応じた評価の見直し
３．老人性認知症疾患治療病棟等の人員配置の見直し
４．通院精神療法の見直し
５．入院精神療法の見直し
６．精神科デイ・ケアの見直し
７．精神科訪問看護・指導料および精神科退院前訪問指導料の見直し
８．精神病床における認知症患者に対する入院医療の充実
９．重度認知症デイ・ケア料の見直し
10．小児に対する心身療法の評価

精神医療

１．精神病床における急性期の入院医療の評価の見直し

※　精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料における
入院早期の評価引上げ　（p.26、62）

１）精神科救急入院料：２，８００点 ⇒ 入院後３０日以内：３，２００点
入院後３０日超　：２，８００点

２）精神科急性期治療病棟入院料１：１，６４０点
⇒ 入院後３０日以内：１，９００点
入院後３０日超　：１，６００点

３）精神科急性期治療病棟入院料２：１，５８０点
⇒ 入院後３０日以内：１，８００点
入院後３０日超　：１，５００点

精神医療

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の見直し
（入院早期：引上げ、長期入院：引下げ）（p.8）

１）精神病棟入院基本料

１４日以内	：４３９点	⇒	４５９点（＋２０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（△２０点）
１８１日～１年以内	：２５点	⇒	１０点（△１５点）

２）老人精神病棟入院基本料

１４日以内	：２３３点	⇒	４５９点（＋２２６点）
１５日～３０日以内	：２３３点	⇒	２４２点（＋９点）
３１日～９０日以内	：１１５点	⇒	１２５点（＋１０点）
９１日～１８０日以内	：５５点	⇒	２０点（△３５点）
１８１日～１年以内	：３２点	⇒	１０点（△２２点）

３）精神療養病棟入院料２　⇒　廃止

精神医療

３．老人性認知症疾患治療病棟等の人員配置の見直し

（p.27、64、453、475）

1）老人性認知症疾患治療病棟入院料1

90日以内　：1，290点 ⇒ 1，300点（＋10点）
90日超　　：1，180点 ⇒ 1，190点（＋10点）
・看護職員配置　6：1　⇒ 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）

2）老人性認知症疾患治療病棟入院料2

90日以内　：1，160点 ⇒ 1，060点（△100点）
90日超　　：1，130点 ⇒ 1，030点（△100点）
・看護職員配置　6：1　⇒ 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）

精神医療

４．通院精神療法の見直し (p.270)

※　病診格差是正

１）診療所の場合：３７０点 ⇒ ３６０点（△１０点）
２）病　院の場合：３２０点 ⇒ ３３０点（＋１０点）

５．入院精神療法の見直し (p.270、274)

※　要件緩和（入院中２回）

◎　当該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「家族関係」が疾患原因または増悪の原因の場合、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

６．精神科デイ・ケアの見直し（p.271、278、480、501）

※　短時間のケアについて新たに診療報酬上の評価

※　精神障害者の地域復帰を支援

◎精神科ショート・ケア（新設）

１）小規模の場合：２７５点

２）大規模の場合：３３０点

※　開始後３年超の患者は週５日を限度

※　１日３時間以上を標準

精神医療

７．精神科訪問看護・指導料および精神科退院前訪問指導料の見直し

※　算定回数上限を緩和（p.272、280）

１）精神科訪問看護・指導料

（現行）週３回まで算定可

（改定）退院後３か月以内の患者は週５回まで算定可

２）精神科退院前訪問指導料

（現行）入院３か月超の患者に入院中３回に限り算定可

（改定）入院６か月超の患者に入院中６回まで算定可

精神医療

８．精神病床における認知症患者に対する入院医療の充実

◎重度認知症加算：１００点（新設）（p.8、45、446、462）

※　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か月以内に限り加算

◎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

※　老人性認知症疾患治療病棟入院料の中で評価されている

精神医療

９．重度認知症デイ・ケア料の見直し

※　簡素化および介護保険との役割分担の明確化（p.273、281、480、502）

１）重度認知症の定義

⇒　認知症の評価尺度を導入し、介護保険との役割分担を明確化

２）重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）と（Ⅱ）を統合

（現行）

・重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）４～６時間未満：　７０５点
　送迎なし　６時間以上　：１，０６０点

・重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅱ）４～６時間未満：　９５３点
　送迎あり　６時間以上　：１，３０８点

（改定）

・重度認知症患者デイ・ケア料　６時間以上：１，０００点

精神医療

10. 小児に対する心身療法の評価

※　発達障害児、引きこもり、不登校等の児童の患者および思春期の患者に対する精神医療の充実

◎心身医学療法の２０歳未満加算の新設（p.271）

※　１００／１００点を加算

小児医療・産科医療

１．乳幼児深夜加算等の新設および評価の充実
２．小児入院医療の評価の見直し
３．地域連携小児夜間・休日診療料の見直し
４．小児医療における手術の通則加算の見直し
５．小児医療における検査、処置等の技術評価の引上げ
６．小児食物アレルギー患者への対応
７．ハイリスク分娩管理加算の新設（再掲）
８．ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

小児医療

１．乳幼児深夜加算等の新設および評価の充実

※　診療報酬体系の簡素化の観点から、初再診料の時間外加算等について、乳幼児を対象とする新点数を創設および深夜の評価充実（p.1）

現　行	改　定
〔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 （＋100点）

※小児科外来診療料には従来どおり、85点、250点、480点の加算のみ

小児医療

２．小児入院医療の評価の見直し

※　小児入院医療管理料の評価充実・要件緩和 (p.24、60、451、472)

１）小児入院医療管理料の評価引上げ

・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）

２）プレイルーム、保育士等加算：８０点 ⇒ １００点（＋２０点）

３）小児科の医師の常勤要件の緩和

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

⇒ 「常勤」として取扱う

小児医療

３．地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

※　算定要件緩和と２４時間診療体制の評価充実

（p.74、477、490）

１）要件緩和

「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」

↓

「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」⇒１名は小児科医でなくてもよい

２）２４時間診療体制の評価充実：４５０点（新設）

・小児を２４時間診療することができる体制

・小児科を担当する医師が常時配置

小児医療

４．小児医療における手術の通則加算の見直し

※　新生児、乳幼児に対する手術評価引上げ（p.319）

１）新生児：２００／１００　⇒　３００／１００
　　乳幼児：　５０／１００　⇒　１００／１００
２）極低出生体重児（１，５００ｇ未満の児）への加算新設
　　４００／１００

小児医療

５．小児医療における検査、処置等の技術評価の引上げ

※　新生児加算、乳幼児加算の評価充実

１）検査、処置の新生児加算、乳幼児加算

（例）

- 心臓カテーテル法による諸検査：新生児加算等の引上げ
- 非還納性ヘルニア徒手整復法　：新生児加算等（新設）

２）注射の乳幼児加算

（例）

- 静脈内注射、点滴注射：乳幼児加算２１点 ⇒ ４２点（＋２１点）
- 中心静脈注射：乳幼児加算５００点（新設）

小児医療

６．小児食物アレルギー患者への対応

※　診断・治療の評価

１）小児食物アレルギー負荷検査：１，０００点（新設）

※　年２回に限り算定　(p.162、218、479、495)

※　小児科を標榜する保険医療機関で小児科を担当する医師が９歳未満の入院患者に対して、問診、血液検査等から食物アレルギーが強く疑われ、原因抗原を診断するために、または耐性獲得の確認のために、食物負荷検査が必要と判断された者に対して実施した場合

２）外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料の対象追加

※　小児食物アレルギー患者に対する「小児食物アレルギー食」

(p.87、477、482)

産科医療

７．ハイリスク分娩管理加算の新設（再掲）

※　産科の体制が整っている病院におけるハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理について、入院基本料に加算

◎ハイリスク分娩管理加算：１，０００点（１日につき）

※　８日を限度として入院基本料に加算

（対象者）

保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であって、リスク要因を持つ患者

（リスク要因）

- 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
- 常位胎盤早期剥離

（施設基準）

- 専ら産婦人科または産科に従事する医師３名以上
- 年間分娩実施件数１２０件以上
- 年間分娩実施件数等の情報を院内掲示
- 助産師３名以上

産科医療

８．ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

※　ハイリスク分娩の妊産婦に対して、複数の医療機関が共同で診療に当たれるような診療報酬上の評価 （p.79、97、478、482、492）

◎ハイリスク分娩の妊産婦について、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に算定

１）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

２）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

（施設基準）

（Ⅰ）：

- （Ⅱ）を算定する保険医療機関と連携し、産科・産婦人科を標榜
- 年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を院内掲示

（Ⅱ）：ハイリスク分娩管理加算の施設基準を満たすこと

ＤＰＣ

１．　ＤＰＣによる支払対象病院の拡大
２．　診断群分類および点数の見直し
３．　入院期間Ｉの設定方法の見直し
４．　包括評価の範囲の見直し
５．　調整係数の見直し

ＤＰＣ

１．ＤＰＣによる支払対象病院の拡大

１）ＤＰＣ対象病院

現行：８２病院に加えて

① 試行的適用病院：６２病院

② 調査協力病院：２２８病院のうち一定の基準を満たす病院

２）ＤＰＣ準備病院

① 上記②で対象とならなかった病院のうち引き続き適用希望する病院

② 新たに適用希望する病院のうち一定の基準を満たす病院

ＤＰＣ

２．診断群分類および点数の見直し

※　医療資源の同等性、臨床的類似性、分類の簡素化・精緻化、アップコーディング防止等の観点から

１）診断群分類　３，０７４ ⇒ 約２，５００

２）見直し方針

①「手術」による分岐の簡素化
②「手術・処置等２」による分岐の精緻化
③「検査入院」「教育入院」の廃止
④「副傷病」の検証　　等

ＤＰＣ

３．入院期間Ｉの設定方法の見直し

※　より短期の入院を評価する仕組み

◎　平成１６年度改定で、悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、入院日数の２５パーセンタイル値までの点数の１５％加算を、５パーセントタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行った。

◎　今回改定では、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う

ＤＰＣ

４．包括評価の範囲の見直し

※　ＤＰＣ評価分科会での検討結果等を踏まえて

１）包括評価の対象外とする：画像診断管理加算
２）包括評価の対象とする　：手術前医学管理料、手術後医学管理料
３）出来高算定とする患者
　① 平成１７年度「７月から１０月までの退院患者に係る調査」終了以降に、新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者
　② 自家末梢血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植、臍帯血輸血を受ける患者

５．調整係数の見直し

◎平成１８年度診療報酬改定率を踏まえ、ＤＰＣによる支払対象病院の包括範囲に係る収入が△３．１６％下がるように設定

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入
２．既存技術の再評価
３．高度先進医療の保険導入
４．廃止・統合

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入

※　５０技術を導入（医療技術評価分科会での検討結果）

1）PET／CT検査
2）小児の弱視・斜視治療のための眼鏡・コンタクトレンズ
3）小児食物アレルギー負荷検査
4）高周波熱凝固法
5）髄腔内薬剤投与用植え込み型ポンプ
6）胃局所切除術
7）CT・MRにおける先進画像加算
8）両方向グレン手術
9）肝膵同時切除術
10）多臓器提供管理料
11）小切開水晶体再建術
12）大動脈縮窄/離断と他の心疾患との一期的修復手術

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入

※　５０技術を導入（医療技術評価分科会での検討結果）

13）左室形成術
14）心室中隔穿孔手術
15）褥瘡処置
16）一期的乳房再建術（乳房切除後）
17）二期的乳房再建術（乳房切除後）
18）免疫関連遺伝子再構成
19）PAIgG測定
20）終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定
21）外陰・膣血腫除去術
22）膣断端挙上術（膣式・腹式）
23）扁桃処置
24）間接喉頭鏡下喉頭処置

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入

※　５０技術を導入（医療技術評価分科会での検討結果）

25）鼓室処置
26）マグネットカテーテルによる食道・胃内異物摘出
27）腹腔鏡補助下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
28）経内視鏡的噴門部縫縮術
29）内視鏡的粘膜下層剥離術
30）髄液MBP・IgGインデックス・髄液オリゴクローナルバンド測定
31）脊椎固定術・前方後方同時手術
32）寛骨臼移動術・大腿骨近位部（転子間を含む近位部）骨切り術・大腿骨頭回転骨切り術
33）神経交差縫合術
34）内視鏡下脊椎前方固定術

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入

※　５０技術を導入（医療技術評価分科会での検討結果）

35）内視鏡下椎間板前方摘出術
36）内視鏡下椎間板後方摘出術
37）整形外科内視鏡手術
38）内視鏡下椎弓切除術
39）内痔核に対する四段階注射法
40）直腸腫瘍摘出術の自動吻合器又は自動縫合器加算
41）胸腔鏡下膿胸掻爬術
42）乳腺悪性腫瘍に対する腋窩郭清を伴わない乳房切除術
43）定位脳手術・脳刺激装置植込術・頭蓋内電極植込術の両側手術の新設
44）ダーモスコピー

医療技術の評価・再評価

１．新規技術の保険導入

※　５０技術を導入（医療技術評価分科会での検討結果）

45）密封小線源前立腺癌永久挿入療法
46）輸血管理料
47）自己血貯血（液状保存）
48）自己血貯血（凍結保存）
49）膵頭十二指腸切除術における自動吻合器・縫合器加算
50）HIV-1ジェノタイプ薬剤耐性検査

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

1）持続緩徐式血液濾過術
2）後腹膜気体造影の廃止
3）経尿道的前立腺手術
4）潰瘍性大腸炎に対する遠心分離式による白血球除去療法
5）環境アレルゲンや薬疹の原因薬剤検査のための貼布試験（パッチテスト）
6）血漿交換療法（中毒性皮膚壊死症等）への適応拡大
7）関節リウマチに対するインフリキシマブ点滴注射に係る外来抗体製剤療法加算の新設
8）Picture archiving and communication system(PACS)運用費の評価
9）エックス線乳房撮影の単純撮影からの独立
10）コンピュータ画像撮影機器の性能別の評価

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

11）エタノールの局所注入の適応拡大
12）肝切除術
13）気管支形成を伴う肺切除術
14）食道悪性腫瘍手術
15）食道悪性腫瘍手術の有茎腸管加算追加
16）大動脈瘤手術　８．胸腹部大動脈瘤
17）肺切除術
18）副甲状腺全摘出、自家移植
19）弁形成術
20）FDG-PETの婦人科癌への適応拡大
21）FDG-PETの食道癌への適応拡大
22）内視鏡下手根管開放術

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

23）関節鏡下半月板縫合術
24）オフポンプ冠動脈バイパス手術時のスタビライザーの特定保険医療材料としての評価
25）植込み型補助人工心臓
26）組織拡張器による再建手術
27）結核菌核酸同定精密検査、結核菌群核酸増幅同定検査
28）呼吸器疾患心肺運動負荷試験
29）CA125精密測定
30）NSTの外来使用
31）骨盤位娩出術
32）腟洗浄
33）耳管処置

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

34）内耳機能検査
35）鼻腔通気度検査
36）標準語音聴力検査
37）補聴器適合検査
38）偽関節手術
39）脳性麻痺等の発達障害に対するリハビリテーション
40）腹腔鏡補助下胃悪性腫瘍手術
41）外来化学療法加算のクローン病患者に対する抗TNFα抗体製剤使用への適応拡大
42）瀉血療法
43）止血（補助用）デバイスの算定要件の見直し
44）ポツリヌス毒素筋肉注射手技料の新設

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

45）ボツリヌスキシンを用いた顔面神経ブロック
46）両室ペースメーカー移植術
47）脊髄誘発電位測定の適応拡大（側弯症手術）
48）難治性骨折超音波治療法
49）同一術野における複数手術の見直し
50）言語聴覚療法の算定対象に嚥下訓練を追加
51）吸着型血液浄化器を用いたβ2-ミクログロブリン除去療法の算定要件の見直し
52）連続携行式腹膜灌流腹腔内留置カテーテルの処置加算から手術への変更
53）腹腔鏡下結腸悪性腫瘍手術
54）同種皮膚移植

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

55）熱傷処置（６，０００㎠以上）
56）血管内手術
57）膀胱及び前立腺に対する組織試験採取、切採法（廃止）
58）前立腺針生検
59）限界線療法（廃止）
60）軟属腫摘除
61）精神科作業療法の要件見直し、点数引上げ等
62）経鼻的下垂体腺腫摘出術
63）頸動脈血栓内膜摘除術
64）HER2遺伝子
65）電子顕微鏡検査
66）病理組織迅速顕微鏡検査

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

67）免疫抗体法
68）両側子宮附属器癒着剥離術（腹腔鏡下）
69）腹腔鏡下卵巣部分切除術
70）腹腔鏡による子宮外妊娠手術
71）腹腔鏡下子宮筋腫核出術
72）腹腔鏡下子宮内膜病巣除去術
73）腹腔鏡下膣式子宮全摘術
74）抗悪性腫瘍剤に係る無菌処理加算の点数引上げ
75）鶏眼・胼胝処置
76）腹腔鏡下複数臓器手術
77）アルブミン・グロブリン比測定の廃止
78）フルクトサミン測定（廃止）

医療技術の評価・再評価

２．既存技術の再評価

※　８６技術を再評価（医療技術評価分科会での検討結果）

79）ヘモグロビンA_1測定（廃止）
80）ポールバンネル反応（廃止）
81）ロゼット法によるリンパ球サブセット検査（廃止）
82）過酸化脂質測定（廃止）
83）検体検査
84）検体検査管理加算
85）総脂質測定（廃止）
86）部分トロンボプラスチン時間測定（廃止）

医療技術の評価・再評価

３．高度先進医療の保険導入

※　普及性、効率性、有効性、安全性等を踏まえた導入

１）悪性腫瘍の遺伝子診断
２）進行性筋ジストロフィーのＤＮＡ診断
３）腹腔鏡下前立腺摘除術
４）ＣＴ透視ガイド下生検
５）脳死肝臓移植手術
６）心臓移植手術
７）膵臓移植手術
８）脳死肺移植手術

医療技術の評価・再評価

４．廃止・統合

※　医療現場ですでに実施されていない、臨床的な意義が無くなっていると考えられる項目の削除

※　点数表の簡素化のために、同様の手技等と考えられる項目を統合する

〔検査の例〕

旧区分	旧検査項目名
D006　16 D009　8	PIVKAⅡ PIVKAⅡ精密測定
D015　15 D015　15	第Ⅷ因子様抗原 第Ⅷ因子様抗原精密測定
D007　31 D007　31	ミオグロビン ミオグロビン精密測定
D007　36 D007　36	トリプシン トリプシン精密測定
D007　41 D007　41	ビタミンB_1定量 ビタミンB_1定量精密測定

新区分	新検査項目名
D006　16	PIVKAⅡ
D006　17	第Ⅷ因子様抗原
D007　29	ミオグロビン
D007　34	トリプシン
D007　38	ビタミンB_1定量

医療技術の評価・再評価

４．廃止・統合

※　医療現場ですでに実施されていない、臨床的な意義が無くなっていると考えられる項目の削除

※　点数表の簡素化のために、同様の手技等と考えられる項目を統合する

旧区分	旧検査項目名
D008　2 D008　2	11-ﾊｲﾄﾞﾛｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(11-OHCS) 11-ﾊｲﾄﾞﾛｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(11-OHCS)精密測定
D008　3 D008　3	17-ﾊｲﾄﾞﾘｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(17-OHCS) 17-ﾊｲﾄﾞﾘｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(17-OHCS)精密測定
D008　8 D008　8	プロラクチン(PRL) プロラクチン(PRL)精密測定
D008　11 D008　11	黄体形成ホルモン(LH) 黄体形成ホルモン(LH)精密測定
D008　12 D008　12	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL) ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)精密測定

新区分	新検査項目名
D008　2	11-ﾊｲﾄﾞﾛｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(11-OHCS)
D008　3	17-ﾊｲﾄﾞﾘｷｼｺﾙﾁｺｽﾃﾛｲﾄﾞ(17-OHCS)
D008　10	プロラクチン(PRL)
D008　12	黄体形成ホルモン(LH)
D008　14	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)

医療技術の評価・再評価

４．廃止・統合

※　医療現場ですでに実施されていない、臨床的な意義が無くなっていると考えられる項目の削除

※　点数表の簡素化のために、同様の手技等と考えられる項目を統合する

旧区分	旧検査項目名
D008　16 D008　17	エストロジェン エストロジェン精密測定
D008　19 D008　19	プレグナンジオール プレグナンジオール精密測定
D014　10 D014　10	抗RNP抗体 抗RNP抗体精密測定
D014　11 D014　11	抗Sm抗体 抗Sm抗体精密測定
D015　7 D015　7	トランスフェリン トランスフェリン精密測定
D015　8 D015　8	補体蛋白(C3) 補体蛋白(C3)精密測定

新区分	新検査項目名
D008　18	エストロジェン
D008　21	プレグナンジオール
D014　10	抗RNP抗体
D014　11	抗Sm抗体
D015　7	トランスフェリン
D015　8	補体蛋白(C3)

医療技術の評価・再評価

４．廃止・統合

※　医療現場ですでに実施されていない、臨床的な意義が無くなっていると考えられる項目の削除

※　点数表の簡素化のために、同様の手技等と考えられる項目を統合する

旧区分	旧検査項目名
D015　8 D015　8	補体蛋白(C4) 補体蛋白(C4)精密測定
D015　9 D015　10	β_2-マイクログロブリン(β_2-m) β_2-マイクログロブリン(β_2-m)精密測定
D007　31 D007　31	α_1-マイクログロブリン α_1-マイクログロブリン精密測定
D007　37 D007　37	頸管膣分泌液中癌胎児性ﾌｨﾌﾞﾛﾈｸﾁﾝ 頸管膣分泌液中癌胎児性ﾌｨﾌﾞﾛﾈｸﾁﾝ精密測定
D023　4 D023　6	結核菌核酸同定精密検査 結核菌群核酸増幅同定検査

新区分	新検査項目名
D015　8	補体蛋白(C4)
D015　11	β_2-マイクログロブリン(β_2-m)
D015　13	α_1-マイクログロブリン
D015　18	頸管膣分泌液中癌胎児性ﾌｨﾌﾞﾛﾈｸﾁﾝ
D023　9	結核菌群核酸増幅同定検査

その他

１．透析医療の適正な評価
２．酸素の価格引下げ
３．長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い
　　（不適切な“超長期投薬”への対応）

その他

１．透析医療の適正な評価

１）慢性維持透析患者外来医学管理料：２，４６０点 ⇒ ２，３０５点
（△１５５点）
（p.72、226、240）

２）人工腎臓（入院中以外の場合）　：１，９６０点 ⇒ ２，２５０点
※　エリスロポエチン製剤を包括

３）夜間加算・休日加算：５００点 ⇒ ３００点（△２００点）
（p.286、299 p.480、484）

その他

２．酸素の価格引下げ

※　告示価格の適正化（p.314、564）

◎定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価のみ改定

・離島以外：０．２０円／１Ｌ ⇒ ０．１８円／１Ｌ

・離島　　：０．３０円／１Ｌ ⇒ ０．２７円／１Ｌ

※　購入単価の区分ごとの加重平均は現行告示価格から最大３２％乖離

※　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は、当該価格を告示価格とする

※　離島等の地域の告示価格：
現行どおり、離島以外の地域における告示価格の１．５倍に設定

その他

３．長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い

事　務　連　絡
平成１８年３月３日

各地方社会保険事務局保険課（部）
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）
都道府県老人医療主管部（局）
　老人医療主管課（部）
御中

厚生労働省保険局医療課

長期の投薬が不適切になされた事例の取扱いについて

　標記について、別添のとおり社会保険診療報酬支払基金及び（社）国民健康保険中央会あて連絡したので、お知らせ致します。

その他

３．長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い

事　務　連　絡
平成１８年３月３日

社会保険診療報酬支払基金
（社）国民健康保険中央会
御中

厚生労働省保険局医療課

長期の投薬が不適切になされた事例の取扱いについて

薬剤の投薬量については、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第1項第2号ホの規定において、特に定めるものを除き、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないとされているところであるが、一回の処方にて長期の投薬が不適切になされる事例が散見されている。

ついては、そのような不適切な事例が疑われる場合には、各審査委員会において、医学的判断に基づき適切に審査していただくようお願いする。

その他

３．長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い

（事務連絡　つづき）

なお、長期の投薬が不適切になされた具体的事例について、下記にまとめたので参考にされたい。

記

	薬剤名	処方期間	審査結果	備考
事例1	経皮吸収型消炎鎮痛貼付剤	140枚	査定	医学的必要性を踏まえつつ、症状の経過に応じ処方すべき。
事例2	不整脈用薬	90日	査定	症状の経過及び副作用等の状況に応じ処方すべき。
事例3	腫瘍用薬	56日	査定	症状の経過及び副作用等の状況に応じ処方すべき。