

平成16年度診療報酬改定について

1



改定までの経緯

2



平成16年度診療報酬改定の経緯

<財務省によるプロパガンダ>

平15. 5. 23

- ・財務省主計局が財政制度等審議会に「社会保障制度について」を提出。
- ・国民所得と医療費の関係からみて、このままでは平成37年（2025年）には、医療費はあるべき規模に比して25兆円オーバーすると警告。

⇒ 日本医師会は、即座に25兆円の積算根拠の不備と財務省の介入等を批判（記者会見）。

3



平成16年度診療報酬改定の経緯

<概算要求基準>

平15. 8. 1

- ・平成16年度予算概算要求基準を閣議了解。
- ・社会保障費全体の自然増分9,100億円のうち、2,200億円を圧縮。（具体的な圧縮方策を明示したのは年金のみ。）
- ・▲2,200億円分の内訳は予算編成過程で引き続き検討。

⇒ 日本医師会は、直近の医療費動向（延日数の減少）を根拠に、マイナス改定阻止、単価引上げに係るロビイング実施。

4



平成16年度診療報酬改定の経緯

<中医協論戦>

平15.10.1

- ・診療側委員が16年度診療報酬改定に関する要望書を提出。
- ・以下の4点を診療報酬で手当てすることを要望。
 - (1) 医療安全推進体制の整備コスト
 - (2) ゆとりある医療提供のためのスタッフ増員コスト
 - (3) 安全な医療材料や機器、ディスポ製品の購入コスト
 - (4) 感染性廃棄物の処理コスト

⇒ 上記(1)と(2)で医療費ベース1兆270億円の財源確保を主張
12月12日、全体で1兆2,500億円の引上げを要望

5



平成16年度診療報酬改定の経緯

<さらなる財務省の介入>

平15.11.13

- ・主計局が財政制度等審議会に「16年度診療報酬・薬価改定の基本的考え方」を提出。
- ・物価・人件費の動向等から診療報酬全体で最低▲4%の措置の必要性を指摘。

⇒ 日本医師会は即座に中医協で、実質的人件費の動向等のデータを用いて財務省データを反証

6



平成16年度診療報酬改定の経緯

<保険者の要求>

平15.12.3

- ・支払側委員が16年度改定で前回並みの引下げを要求。
(前回(14年度)▲2.7%)

⇒ 引上げを要求する診療側委員との攻防は年末までもつれこむ

7



平成16年度診療報酬改定の経緯

<官邸の意向>

平15.12.6

- ・新聞各紙が、小泉首相が「診療報酬本体と薬価・材料で▲1~2%の引き下げ検討を財務省に指示した」と報道。

⇒ 10日の中医協が、この件で「中医協軽視」と紛糾
12日の中医協で坂口厚労相が釈明し、中医協論議を最優先
することを言明

8



平成16年度診療報酬改定の経緯

<中医協の攻防と決着>

平15.12.18

- ・前日から診療側と支払側の攻防が続くも、診療側委員が
 本体+0.5%、支払側委員が▲0.5%を譲らず総会が中断。

⇒ 個別折衝により、本体±0%で合意。

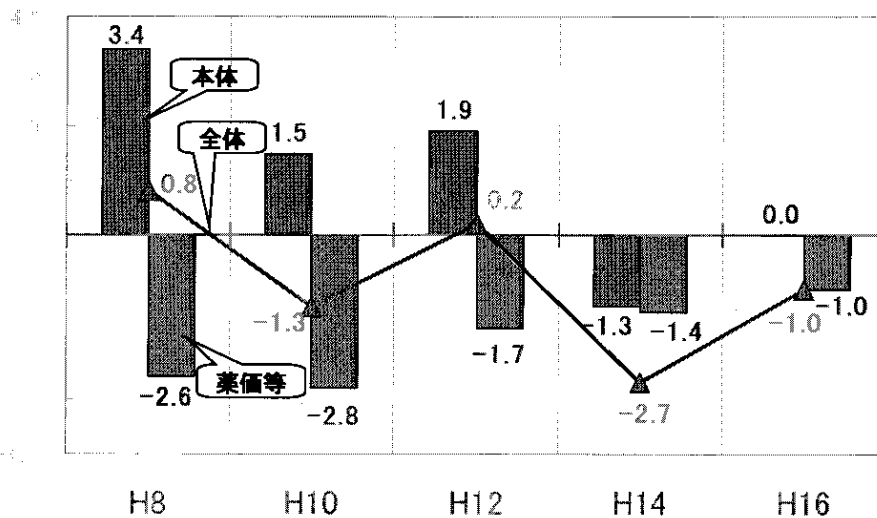
・薬価	▲0.9%
・材料	▲0.1%
・本体	±0.0%
合計	▲1.0%

9



診療報酬改定率の推移

■ 本体 ■ 薬価等 ▲ 全体



10



改定に対する考え方

11



平成16年度診療報酬改定について

【改定に臨む基本姿勢】

- 技術料本体引下げによる財源捻出の回避
- 平成14年度改定による不合理の是正
- 社会保険診療報酬検討委員会の最重点要望項目の反映
⇒総花的改定の回避（メリハリのある改定）
- 医業経営・医療費動向の反映
⇒入院より入院外の評価
⇒大病院より中小病院・診療所の評価
- 診療報酬検討ネットワークの活用

12



社会保険診療報酬検討委員会 最重点要望項目

- (1) 初診料・再診料の引上げ
- (2) 有床診療所の入院基本料の改定
- (3) 手術に係る施設基準廃止
- (4) 長期投与の制限緩和の一定の歯止め
- (5) 減算方式から加算方式への改定
- (6) 特定療養費制度拡大の歯止め
- (7) 診療所の位置づけの明確化、大病院への診療報酬の重点的配分の是正
- (8) 大病院の紹介外来制の推進
- (9) 不合理な処置及び検査点数の見直し
- (10) 診療報酬改定の十分な周知期間の設定及び告示・通知の早期化
- (11) 不合理通知の見直し
- (12) 届出等が必要な診療報酬算定要件の緩和
- (13) その他重点要望項目（小児、精神 等）

13



診療報酬改定検討ネットワーク

日本医師会

【主な作業】

- ① 検討案件を各団体の責任者に示す。
- ② 案件について団体内で検討・検証し、団体としての意見を代表者を通じて日医に回答する。
- ③ 最終的な判断は日医が行う。

【その他の役割】

- ① 改定の矛盾点・不合理点の指摘
- ② 次回改定に対する要望事項の提出
- ③ 中医師に提出するデータ集積（調査協力）

【必要事項】

- ① 各団体内の責任体制の明確化
- ② 情報提供・交換
- ③ 学会と医会の連携

《外保連・内保連》

外保連(外科系学会社会保険委員会連合:51学会)

内保連(内科系学会社会保険連合:67学会)

《社会保険診療報酬検討委員会》

医会(9医会)

- ①日本産婦人科医会、②日本臨床皮膚科医学会、③日本放射線科医会、④日本臨床整形外科医会、⑤日本眼科医会、⑥日本小児科医会、⑦日本臨床泌尿器科医会

⑧日本臨床内科医会、⑨日本透析医会

病院団体

- ①日本病院会、②日本精神病院協会、③全日本病院協会

有床診療所

全国有床診療所連絡協議会

都道府県医師会(8ブロック)

- ①北海道ブロック、②東北ブロック、③東京ブロック、④関東甲信越ブロック、⑤中部ブロック、⑥近畿ブロック、⑦中国四国ブロック、⑧九州ブロック

14



具体的改定内容 (主なもの)

※ 以下、改定内容が示されている法令レベルが主に告示なのか通知なのか等を次のような略号で記す

- ・点数告示 : (告)
- ・留意事項通知 : (通)
- ・施設基準告示 : (施(告))
- ・施設基準通知 : (施(通)) 等

15



I. 医療技術の適正な評価

1. 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価

(1) 手術における難易度に基づく評価の精緻化

1) K514肺悪性腫瘍手術(告p.82)

「1」肺葉切除又はこれに満たないもの : 29,600点→35,100点 (+5,500点)

(比較対象) K511肺切除術「2」区域切除 : 34,200点、「3」肺葉切除 : 34,100点

2) K529食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)(告p.84)

「2」胸部、腹部の操作によるもの : 51,900点→60,100点 (+8,200点)

「3」腹部の操作によるもの : 37,300点→42,900点 (+5,600点)

(比較対象) K657胃全摘術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む)

「2」悪性腫瘍手術 : 59,100点

3) K564弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術 : 57,000点→59,000点 (+2,000点)(告p.85)

(比較対象) K563弁置換術「1」1弁のもの : 58,500点

16



I. 医療技術の適正な評価

1. 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価

(2) 手術に関する施設基準の暫定的見直し(施(告)p. 604)(通p. 653)

	医師の経験年数に関する基準(注1)	症例数に関する基準(注2)	算定点数 (手術点数×○/○)
①	○	○	105/100(注3) (5/100加算)
②	○	×	100/100(注3)
③	×	×	70/100 (30/100減算)

注1: 当該手術分野の臨床経験を10年間以上有する医師(常勤)

注2: 現行どおり

注3: ①、②の場合は、以下を要件とする

○情報の公開

手術の施設基準を設定された手術に関して、1年間の実施件数を当該医療機関の見やすい場所に掲示すること。

○詳細な説明

手術を受けるすべての患者に対して、それぞれの患者が受ける当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望があった場合、その都度手術に関する情報を提供すること。

手術の施設基準の改定 基本的考え方

この加算した点数が平成14年改定時の基本点数になるように設定

加算した点数
(105/100)

基本点数
(100/100)

減算した点数
(70/100)

①加算となる基準

年間手術件数が一定数以上であること
(②に加えて)

②減算にならないための基準

当該手術に関し10年以上の経験を有する医師が、1名以上常勤していること

※上記の他、共通の基準を満たすこと。

(新規に追加した要件)

平成16年改定の基準

共通の基準

1. 情報の公開

手術の施設基準を設定された手術に関して、1年間の実施件数を当該医療機関の見やすい場所に院内掲示すること。

2. 詳細な説明

全ての手術を行うに当たり、手術実施予定の患者に対し、当該手術の内容、合併症及び予後等を書面等を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望があった場合、その都度手術に関する情報を提供すること。

①と②の基準を満たす場合は所定点数の5/100の加算				
	手術名	経験年数基準①	年間症例数基準②	その他
1	区分1：5区分	当該手術に関し、10年以上の経験を有する医師が1名以上常勤	50例以上 専門医：30例以上	救命救急センター(注1)
2	区分2：7区分	"	10例以上 専門医：6例以上	救命救急センター(注1)
3	区分3：7区分	"	5例以上 専門医：3例以上	
4	人工関節置換術	"	50例以上	
5	乳児外科手術：11件	"	20例以上 実施件数に加えることができる手術あり(注2)	小児科を標榜 臨床工学技士1名以上常勤 心電図生理学的検査10例以上
6	ペースメーカー移植術 ペースメーカー交換術(電池交換を含む)	"	30例以上	循環器科を標榜 臨床工学技士1名以上常勤 心電図生理学的検査10例以上
7	冠動脈、大動脈バイパス移植術 体外循環を要する手術	"	100例以上	心臓血管外科を標榜 臨床工学技士1名以上常勤
8	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈血栓切除術 経皮的冠動脈ステント留置術	"	100例以上	循環器科を標榜 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師が1名以上常勤(注3) 臨床工学技士1名以上常勤

注1：以下の手術が救命救急センター(充実段階評価A)で実施される場合、①②の基準を満たしているものとする
 区分1：K175脳動脈瘤被包術、K176脳動脈瘤流入血管クリッピング、K177脳動脈瘤頸部クリッピング、K511肺切除術
 区分2：K695肝切除術
 注2：心房内血流転換手術、大動脈弁上狭窄手術等の実施件数に加えることができる
 注3：他の医療機関との連携があればよい

19
(施(告)p.604)(通p.653)

手術の施設基準の専門医・認定医を行う学会の追加

(1)区分1に分類される手術(実施件数：年間50例以上(専門医の場合：30例以上))

	手術項目	専門医・認定医の認定を行う学会
1	頭蓋内腫瘍摘出術等 (頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング等)	日本脳神経外科学会
2	黄斑下手術等 (黄斑下手術、硝子体基底部微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術(表在性)、眼窩内腫瘍摘出術(深在性)等)	日本眼科学会
3	鼓室形成手術等 (鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳の聴神経腫瘍摘出術、経迷路の内耳道開放術)	日本耳鼻咽喉科学会
4	肺悪性腫瘍手術等 (肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、気管支形成を伴う肺切除術、胸壁悪性腫瘍手術、膿膜胸膜等)	日本胸部外科学会(呼吸器) 日本呼吸器外科学会 日本外科学会
5	経皮的カテーテル心筋焼灼術	日本胸部外科学会(心臓・大血管) 日本循環器学会

(施(通)p.661)
20

手術の施設基準の専門医・認定医を行う学会の追加

(2) 区分2に分類される手術(実施件数:年間10例以上(専門医の場合:6例以上))

	手術項目	専門医・認定医の認定を行う学会
1	靭帯断裂形成手術等 (靭帯断裂形成手術(関節鏡下によるものを含む)、親血的関節授動術、骨悪性腫瘍手術、脊椎、骨盤悪性腫瘍手術)	日本整形外科学会 日本形成外科学会
2	水頭症手術等 (水頭症手術、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術)	日本脳神経外科学会
3	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等 (涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術、鼻咽腔悪性腫瘍手術)	日本耳鼻咽喉科学会 日本眼科学会
4	尿道形成手術等 (尿道下裂形成手術、前立腺精嚢悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術等)	日本泌尿器科学会
5	角膜移植術	日本眼科学会
6	肝切除術等 (肝切除術、膵体尾部腫瘍切除術、膵頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、副腎悪性腫瘍手術)	日本消化器外科学会 日本外科学会
7	子宮付属器悪性腫瘍手術等 (子宮付属器悪性腫瘍手術(両側)、卵管鏡下卵管形成術、膈壁悪性腫瘍手術、造膈術(拡張器利用によるものを除く)等)	日本産科婦人科学会

※ 区分3に分類される手術は追加なし(省略)

(施(通p. 661)) 21



I. 医療技術の適正な評価

2. 重症化予防等の評価

(1) 肺血栓塞栓症予防のための医学管理の評価

◎肺血栓塞栓症予防管理料の新設: 305点(入院中1回)(告p.14)(通p.179)

術後等の重篤な合併症である肺血栓塞栓症の予防のために必要な機器・材料を用いて医学管理を行った場合を評価

- ①一般病棟に入院中の患者で肺血栓塞栓症を発症する危険性の高い者
(静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因のある大手術等(次ページ参照))
- ②予防を目的に弾性ストッキング・間歇的空気圧迫装置を使い計画的な医学管理
- ③ストッキングや装置の費用は点数に包括

22



リスクレベル	一般外科	泌尿器科	婦人科	産科	整形外科	脳神経外科	重症外傷 脊髄損傷
最高リスク	静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因のある大手術	静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因のある大手術	静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因の悪性腫瘍根治術	静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因の帝王切開術	「高」リスクの手術を受ける患者に静脈血栓塞栓症の既往、血栓性素因が存在する場合	静脈血栓塞栓症の既往や血栓性素因のある脳腫瘍の開頭術	静脈血栓塞栓症の既往や血栓性素因のある「高」リスクの重症外傷や脊髄損傷
高リスク	40歳以上の適の大手術	40歳以上の適の大手術	骨盤内悪性腫瘍根治術 静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因の良性疾患手術	高齢肥満妊婦の帝王切開術 静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因の経産分娩	股関節全置換術 膝関節全置換術 股関節骨折手術	脳腫瘍の開頭術	重症外傷、運動麻痺を伴う完全または不完全脊髄損傷
中リスク	60歳以上あるいは危険因子のある非大手術 40歳以上あるいは危険因子がある大手術	60歳以上あるいは危険因子のある非大手術 40歳以上あるいは危険因子がある大手術	良性疾患手術(開腹、経膈、腹腔鏡) 悪性疾患で良性疾患に準じる手術 ホルモン療法中の患者に対する手術	帝王切開術(高リスク以外)	脊椎手術 骨盤・下肢手術 (股関節全置換術、膝関節全置換術、股関節骨折手術を除く)	脳腫瘍以外の開頭術	
低リスク	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術	30分以内の小手術	正常分娩	上肢手術	開頭術以外の脳神経外科手術	

※ 2月20日関係学会からガイドラインが示された

23

I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(1) 新規技術の保険導入

1) 医療技術評価分科会の調査によるもの：4件

①経皮的中心筋焼灼術(PT SMA) (告p.54)

⇒ 経皮的中心筋焼灼術：22,800点

②甲状腺機能亢進症・甲状腺分化癌に対する放射性ヨード-131内用療法(告p.107)

⇒ 放射性同位元素内用療法管理料 甲状腺癌：500点
甲状腺機能亢進症：250点

③画像ガイド下吸引式乳腺生検術(告p.53)

⇒ 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(マンモトーム)：3,400点

④留置型尿管ステント設置及び抜去(片側)(告p.55)

⇒ 経尿道的尿管ステント留置術：2,270点
経尿道的尿管ステント抜去術：1,000点

24

I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(1) 新規技術の保険導入

2) 新規承認の保険医療材料に係る新規技術：3件

①体内植込み型補助人工心臓装着手術及び管理料(告p. 54, 13)

植込み型補助人工心臓	初日(1日につき)	: 30,000点
	2日目～30日(1日につき)	: 5,000点
	31日～90日(1日につき)	: 4,000点
	91日～(1月につき)	: 6,000点

(退院後：植込み型補助人工心臓指導管理料(1月につき)：6,000点)

②両室ペースメーカー移植術(告p. 54)

⇒ 両室ペースメーカー移植術：13,100点

③経皮的冠動脈内ステントグラフト留置術

⇒ 経皮的冠動脈内ステント留置術：22,800点

25



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(1) 新規技術の保険導入

3) 高度先進医療技術からの保険導入：6件

- ① 神経磁気診断装置による中枢神経機能異常の診断
- ② フローサイトメトリーのTwo-color分析法によるPNHの鑑別診断法
- ③ 潰瘍性大腸炎に対する遠心分離法による白血球除去治療
- ④ 体幹部病巣に対する直線加速器による定位放射線治療
- ⑤ 肝癌に対する高周波焼灼療法
- ⑥ 選択的副甲状腺PEIT

26



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

1) 在宅医療：2件

①在宅血液透析指導管理料(告p.18)

⇒ 導入から2か月は1,900点を月4回まで加算可能とする

②在宅酸素療法指導管理料(通p.208)

⇒ 対象疾患に「中等症以上の慢性心不全」を追加

27

I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

2) 検査：5件

①腫瘍マーカー（PSA）(通p.231)

⇒ 4.0ng/mL以上は3月に1回を3回まで測定可

②自覚的聴力検査 3. 簡易聴力検査（内耳）（中耳）(告p.20)

⇒ 標準純音聴力検査（骨導聴力検査を行わない場合）：110点

その他：40点

③経皮的動脈血酸素飽和度測定(通p.253)

静脈麻酔施行時も呼吸管理が重要であり、算定を認める

④赤血球不規則抗体検査(通p.233)

産婦人科領域：「帝王切開手術」+

「子宮悪性腫瘍手術、子宮全摘術、子宮外妊娠手術、子宮付属器悪性腫瘍手術」

⑤終夜睡眠ポリグラフィー(告p.40)

携帯用装置を使用した場合：600点 → 720点

それ以外の場合：2,200点 → 3,300点

28

I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

3) 注射：2件

①点滴注射の無菌製剤加算

※ 病院薬剤師の評価

⇒ 点滴注射の無菌製剤処理加算：40点の対象拡大（通p.286）（施（告p.602））

必要があって無菌製剤処理が行われた場合

悪性腫瘍に対して用いる薬剤で、細胞毒性を有するもの

↓

①悪性腫瘍に対して用いる薬剤で、細胞毒性を有する薬剤を使用

②白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者

②外来化学療法加算（医療機能評価機構の要件緩和）

「（財）日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること」とする要件を廃止（施（告p.602））

29



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

4) リハビリテーション：4件

①心疾患リハビリテーション料の要件緩和（施（通p.635））

「特定集中治療室、救命救急入院料を算定している医療機関」

↓

「循環器科または心臓血管外科を標榜しており、当該診療科の医師が常時勤務しており、緊急手術や緊急の血管造影検査を行える体制が確保されている」

②言語聴覚療法

- ・早期リハビリテーション加算の対象に言語聴覚療法を追加（告p.46）
- ・在宅訪問リハビリテーション指導管理料での言語聴覚士による訓練の追加（告p.16）
- ・言語聴覚療法（Ⅲ）（個別：100点、集団：40点）の新設（告p.45）

30



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

③早期リハビリテーション対象疾患拡大(施(告)p. 603)(通p. 290)

【現状】

- ・ 急性発症した脳血管疾患等の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、この計画に基づき、(老人)理学療法(I)(II)、(老人)作業療法(I)(II)の個別療法を行った場合に、早期リハビリテーション加算として90日を限度として算定する。
- ・ 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とは、以下に示す患者であり理学療法による治療が必要と認められる者
 - ①脳血管疾患の患者
 - ②脊髄損傷等の脳・脊髄（中枢神経）外傷の患者
 - ③大腿骨頭部骨折の患者
 - ④下肢・骨盤等の骨折の患者
 - ⑤上肢骨折の患者
 - ⑥開腹術・開胸術後の患者
 - ⑦先天性股関節脱臼症等の手術後の患者（15歳未満のみ）
 - ⑧脊椎・関節の手術を受けた患者（平成14年3月28日 疑義解釈通知）
 - ⑨関節鏡下の半月板切除、滑膜切除の手術を受けた患者（平成14年10月17日 医療課長通知）

31



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（再評価するもの）

③早期リハビリテーション対象疾患拡大(施(告)p. 603)(通p. 290)

【今回の改定で従来の9項目に加えて以下の患者(9項目)が追加された】

- ①急性発症した脳炎・ギランバレーなどの神経筋疾患の患者
 - ②高次脳機能障害の患者
 - ③脳性麻痺の患者
 - ④四肢（手部・足部も含む）の骨折・切斷・離斷・腫損傷の患者
 - ⑤脊椎・肩甲骨・関節の手術後の患者
 - ⑥四肢の熱傷（Ⅱ度の熱傷：体表面積15%以上、Ⅲ度の熱傷：体表面積10%以上）の患者
 - ⑦気道熱傷を伴う熱傷の患者
 - ⑧多発外傷の患者
 - ⑨植皮術後の患者
- ※ 手術後の患者は手術日を起算とする

32



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

④リハビリテーション等に関する逓減・算定制限の見直し

○個別療法 (1日当たり: 3単位限り、1月当たり: 11単位目以降は70/100)

以下の点数を算定している患者は逓減されない (現行)

- ①回復期リハビリテーション病棟入院料
- ②早期リハビリテーション加算 (理学療法 (I) (II)、老人理学療法 (I) (II)、作業療法 (I) (II)、老人作業療法 (I) (II)のみ) (発症後90日以内まで)
- ③外来移行加算 (老人理学療法 (I) (II)、老人作業療法 (I) (II)のみ)

⇒逓減制の除外対象拡大

1) 理学療法 (I) (II)、老人理学療法 (I) (II)、作業療法 (I) (II)、老人作業療法 (I) (II)

②の早期リハビリテーション加算の対象である「急性発症した脳血管疾患等の患者」が拡大されたことに伴う拡大 (通p. 290)

2) 理学療法 (III) (IV)、老人理学療法 (III) (IV)、言語聴覚療法 (I) (II)

除外対象者は設定されていなかったが、「急性発症した脳血管疾患等の患者」は発症後90日以内まで逓減されないことになった (通p. 290)

33



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

④リハビリテーション等に関する逓減・算定制限の見直し

○集団療法 (1日当たり: 2単位限り、1月当たり: 8単位限り)

⇒標準的な実施回数を勘案し、1月当たりの算定単位数の上限を緩和

「急性発症した脳血管疾患等の患者」は

発症後180日以内は、1月当たり12単位まで算定 (告p. 45) (通p. 290)

34



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

5) 処置 : 3件

① 消炎鎮痛等処置

逓減の算定開始回数の見直し (告p. 50) (通p. 326)

現行 : 5回目以降 50 / 100

→ 改正 : 7回目以降 50 / 100

(急性発症した脳血管疾患等の患者 : 発症後 180日以内)

② 介達牽引

独立した技術として評価する (告p. 49)

③ 耳垢塞栓除去 (複雑なもの)

乳幼児加算 : 50点の新設 (告p. 49)

35



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

6) 手術 : 5件

① 乳腺悪性腫瘍手術「1.」乳房部分切除術 (告p. 80)

⇒ 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの) : 20,000点

② 鏡視下手術の評価

・ 腹腔鏡下結腸切除術 (告p. 55)

結腸悪性腫瘍等に腹腔鏡を用いて低侵襲的に結腸切除を行う技術

・ 腹腔鏡下幽門形成術 (告p. 54)

先天性肥厚性幽門狭窄症に対する腹腔鏡下の幽門筋切開を行う技術

・ 内視鏡下鎖肛手術 (腹会陰、腹仙骨式) (告p. 55)

腹腔鏡を用いて直腸と尿路系、直腸と生殖器系のろう孔を切離し、未熟な肛門括約筋の中央を同定して鎖肛根治術を行う技術

③ 骨髄移植・臍帯血移植 (告p. 106)

⇒ 10,000点引き上げ

36



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

7) 老人：1件

老人性痴呆疾患治療病棟入院料2の新設(告p.113)(施(告p.435)(通p.501))

看護職員配置6:1、看護補助者配置5:1

作業療法の経験を有する看護師：作業療法士が1人以上勤務している事と見なす

<1~90日> <91日~>

老人性痴呆疾患治療病棟入院料1:1, 290点 1, 180点

老人性痴呆疾患治療病棟入院料2:1, 160点 1, 130点 (新設)

※ 老人性痴呆疾患療養病棟は平成18年3月31日まで (新規届出は認めない)

→介護保険への移行を依頼

37



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価 (再評価するもの)

7) 老人性痴呆疾患治療病棟入院料：施設基準比較表

	老人性痴呆疾患治療病棟 (現行)	老人性痴呆疾患治療病棟2 (新設)
看護職員配置	6:1	6:1
	半数以上が精神病棟に勤務経験のある者	半数以上が精神病棟に勤務経験のある者
	2割以上は看護師	2割以上は看護師
看護補助者配置	5:1	5:1
病棟専従の作業療法士	1名以上	1名以上 (注1)
精神保健福祉士又は臨床心理技術者	いずれか1名以上専従で勤務	いずれか1名以上専従で勤務
1看護単位	40~60床	60床を上層
患者1人当たりの面積	23㎡ (管理部分を除く)	18㎡ (管理部分を除く)
回廊又はデイルーム	あること	
生活機能回復訓練室	60㎡以上 (患者1人4㎡を基準)	60㎡以上
訓練	1日4時間、週5回	1日4時間、週5回

※ 注1：現行の老人性痴呆疾患療養病棟入院料と同じ (施(告p.435)(通p.501))

(作業療法の経験を有する看護師：作業療法士が1人以上勤務している事と見なす)

※ 老人性痴呆疾患療養病棟は平成18年3月31日まで (新規届出は認めない)

→介護保険へ移行してもらおう

38



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(2) 既存技術の再評価（行われなくなった医療技術等の整理・再評価）

①非観血的脊椎骨マニブラチオン

⇒ 廃止 (通p. 338)

②経尿道的前立腺高温度治療

⇒ 17,400点 → 8,550点(Δ8,850点) (告
p. 102)

39



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(3) 長期投薬に係る技術の評価

◎特定疾患処方管理加算（処方料・処方せん料の加算）に長期投薬に係る区分新設 (告p. 43)

①従来の評価

主病が特定疾患（糖尿病、高血圧、胃潰瘍等）である患者に対して処方した場合、15点（月2回）を加算する。

②長期投薬にかかる加算を新設

主病が特定疾患（糖尿病、高血圧、胃潰瘍等）である患者に対して処方期間が28日以上処方（特定疾患に限る）を行った場合、45点（月1回）を加算する。

※ 同一月に15点と併算定は不可

40



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(4) 加算等で評価している材料、医療機器等の適正評価

1) 在宅療養指導管理料の加算の見直し

①在宅自己注射指導管理料(告p.17)

・注入器加算：300点

注入器を使用した場合に加算 → 注入器を処方した場合に加算

・注入器用注射針加算：160点(1型糖尿病・血友病等の場合) → 200点
80点(上記以外の場合) → 130点

②在宅酸素療法指導管理料(告p.18)

・携帯用酸素ポンペ加算：990点 → 880点(Δ110点)

・携帯型液化酸素装置加算：990点 → 880点(Δ110点)

・設置型液化酸素装置加算：4,320点 → 3,970点(Δ350点)

41



I. 医療技術の適正な評価

3. 医療技術の評価、再評価

(4) 加算等で評価している材料、医療機器等の適正評価

2) 手術時に使用する自動吻合器、自動縫合器加算の見直し

①自動縫合器 2,700点 → 2,500点(Δ200点) (告p.53~56)

②自動吻合器 5,900点 → 5,500点(Δ400点)

③使用回数の上限個数の見直し(次ページ参照) (各通知参照)

42



I. 医療技術の適正な評価

(1) 自動吻合器又は自動縫合器: 5,900点→5,500点

改定前				改定後		
(1) 自動吻合器又は自動縫合器: 5,900点				⇒ 自動吻合器又は自動縫合器: 5,500点		
区分	手術名	個数制限	合計点	個数制限	合計点	点数増減
K529	食道悪性腫瘍手術	2個まで	11,800点	吻合器を1、縫合器を3	13,000点	+1,200点
K531	食道切除後2次の再建術	2個まで	11,800点	吻合器を1、縫合器を3	13,000点	+1,200点
K532	食道・胃静脈瘤手術	個数制限記載なし		特になし		0
K655	胃切除術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	2個まで	11,800点	吻合器を1、縫合器を3	13,000点	+1,200点
K657	胃全摘術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	2個まで	11,800点	吻合器を2、縫合器を4	21,000点	+9,200点
K735	先天性巨大結腸症手術(内視鏡下によるものを含む。)	3個まで(2,700点)	8,100点	4個(2,500点)	10,000点	+1,900点
K740	直腸切除・切断術	3個まで	17,700点	吻合器を1、縫合器を4	15,500点	▲2,200点

43

I. 医療技術の適正な評価

(2) 自動縫合器: 2,700点→2,500点

改定前				改定後		
(2) 自動縫合器: 2,700点				⇒ 自動縫合器: 2,500点		
区分	手術名	個数制限	合計点	個数制限	合計点	点数増減
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 微小静脈の縫合のために微小血管自家縫合器を用いた場合	2個まで	5,400点	特になし	5,000点	▲400点
K511	肺切除術	10個まで	27,000点	個数については同じ	25,000点	▲2,000点
K514	肺悪性腫瘍手術 肺縫縮又は気管支断端縫合	4個まで	10,800点	6個	15,000点	+4,200点
K517	肺縫縮術(肺気腫に対する正中切開による)	10個まで	27,000点	15個	37,500点	+10,500点
K605	大動脈瘤切除術	個数制限記載なし		特になし		0
K719	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	4個まで	10,800点	小腸の場合3個を新設	7,500点	+7,500点
K803	膀胱悪性腫瘍手術 尿路変更に当たって使用した場合	6個まで	16,200点	吻合器を1、縫合器を5	18,000点	+1,800点
K817	尿道悪性腫瘍摘出術 尿路変更に当たって使用した場合	6個まで	16,200点	吻合器を1、縫合器を5	18,000点	+1,800点

44

II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(1) 急性期入院医療

1) 診断群分類別包括評価 (DPC)

【1】診断群分類、包括範囲等の見直し

高額な薬剤・材料等への対応、合併症による分類の精緻化、重症度による分類の精緻化等により診断群分類の見直しを実施

①疾患：575→591、診断群分類：1,860→1,727

②対象除外：生後7日以内の新生児の死亡

③出来高に移行した項目：選択的動脈造影カテーテル手技、病理診断、病理学的検査判断

④1日当たり点数：2,759点→2,718点

悪性腫瘍に対する化学療法等の短期入院の分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値まで繰り上げて加算 等

45



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(1) 急性期入院医療

1) 診断群分類別包括評価 (DPC)

【2】特定機能病院以外の病院への適用検討

○対象医療機関

調査協力医療機関 (92病院) のうち一定基準を満たし、手を挙げた医療機関

①DPCに対して協力する意思がある

②データ/病床比が概ね3.5以上

③データの質が確保されている

○比較評価事項

再入院率等「DPC導入の影響評価に関する調査」(中間報告)にある評価項目について調査・評価を行う

○比較データは1年ごとに中医協 診療報酬基本問題小委員会に報告

○試行期間

平成16年4月～平成18年3月

○各医療機関におけるDPC比較調査研究担当者の配置及びDPC調査専門組織分科会の体制強化等について引き続き検討

46



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(1) 急性期入院医療

2) 集中的な治療病室の評価

◎ハイケアユニット入院医療管理料の新設：3,700点/日
(告p.9)(施(告p.430))

- ① 入院基本料、入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算を除く）、検査（検体検査判断料を除く）、点滴注射、中心静脈注射、酸素吸入（酸素・窒素の費用を除く）、留置カテーテル設置を含む
- ② 1病院30床以下、治療室単位、ICU対象の状態に準ずる設備、21日を限度（ICU算定日数を合算）、看護配置常時4：1以上（終日一定以上の看護を提供できる体制）、8割以上の患者が重症度等を満足

47



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(2) 慢性期入院医療

1) 180日超入院の適用除外要件の見直し

除外規定の拡大(揭示事項(通p.832))

- ① 15歳未満の患者
- ② 小児慢性特定疾患治療研究事業の対象患者
- ③ 育成医療対象患者

48



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(2) 慢性期入院医療

2) 入院医療機関において、特定入院料等（特定入院料、療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料）を算定している患者が、他医療機関へ受診した場合の評価の見直し

⇒ 他の医療機関を受診した日の入院基本料等の算定(通p.137)
15%→30%

49



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(2) 慢性期入院医療

3) 特殊疾患療養病棟入院料2の対象患者の見直し(施(通p.496))

(現 行)		(改定後)
重度の肢体不自由児(者)	→	重度の肢体不自由児(者)
		(日常生活自立度のランクB以上に限る)

50



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(3) 亜急性期（回復期）医療

1) 回復期病棟入院医療の評価

◎亜急性期入院医療管理料の新設（2,050点/日）

(告p.10) (施(告p.432) (通p.495))

①入院から90日を限度

②包括除外項目：臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、指導管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、1,000点を超える処置、手術、麻酔、放射線治療

③一般病棟の病室単位、最小：10床、最大：一般病床数の1割以下または40床以下（1割が10床に満たない場合は10床）、看護配置2.5：1以上（看護師7割以上）、理学療法（Ⅲ）以上、退院患者の6割が在宅等へ移行等

51



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(4) 小児医療

1) 専門的な小児入院医療の評価

① 小児入院医療管理料の評価の充実(施(告p.431) (通p.494))

⇒ 複数病棟での算定制限の撤廃

小児入院医療管理料1の平均在院日数：14日以内→21日以内
一般病棟全体の平均在院日数計算へ組み込む

② 新生児入院医療管理加算の評価の充実

⇒ 点数を実態に合わせて引き上げる

250点 → 750点(+500点) (告p.8)

52



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(4) 小児医療

2) 小児に対する時間外診療体制の評価

【1】小児の外来の時間外加算の評価の見直し

1) 小児科標榜医療機関の時間外加算の見直し(告p.1~2)

①夜間・休日を診療時間とし、夜間・休日に診察が行われた場合も時間外加算等を算定できることとする

②6歳未満の乳幼児に対する時間外等加算時の乳幼児加算点数の見直し

○点数引き上げ

○6歳未満の一本化(高い点数に合わせる)

初診料) 102点 → 115点(+13点)

再診料・外来診療料 3歳未満 : 65点 → 70点 (一本化) (+5点)

3歳以上6歳未満 : 57点 → 70点 (+13点)

2) 再診料・外来診療料の6歳未満の加算見直し(告p.2~3)

○3歳未満の乳幼児と3歳以上6歳未満の幼児に対する加算の一本化

(高い点数(乳幼児)に合わせる)

再診料・外来診療料 3歳未満 : 35点 → 35点 (一本化)

3歳以上6歳未満 : 27点 → 35点 (+8点) 53



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(4) 小児医療

2) 小児に対する時間外診療体制の評価

【2】地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の見直し(通p.176)(施(通p.622))

①診療時間 : 24時間・365日対応

→ 休日、夜間・深夜の医療機関が予め定めた時間に対応
(対応可能時間が地域住民に周知されていること)

②医師要件 : 届出医療機関以外の協力医師が診療した場合のみ算定

→ 廃止

③医師数 : 届出医療機関以外の医師5人の協力を含め、10人の医師

→ 届出医療機関以外の医師3人の協力



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(5) 精神医療

1) 医療保護入院等における適切な処遇の確保を評価

◎医療保護入院等診療料の新設：300点／入院中1回

(告p. 48) (通p. 303) (施(告p. 604) (通p. 646))

対象：医療保護入院及び措置入院患者

院内に患者行動制限最小化委員会（医師、看護師、精神保健福祉士等で構成）を設置していること

55



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(5) 精神医療

2) 精神科包括評価病棟における標準的薬物治療の評価

◎特定抗精神病薬治療管理加算の新設：10点／日(告p. 11) (通p. 161)

精神科の包括評価を行っている病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料）における非定型抗精神病薬（オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドン）を用いた治療の評価を行う

56



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(5) 精神医療

3) 精神科入院患者の地域への復帰支援と在宅医療の評価

①精神科退院前訪問指導料

○複数回の訪問を評価(告p.47)

入院中1回 + 早期に退院前訪問指導が必要な時は2回 → 入院中3回

○多職種による複数人での訪問について加算新設: 320点

②精神科訪問看護・指導料(I)(告p.48)

○2名以上による訪問について加算新設: 450点

発症早期等で症状が不安定で、複数の看護師等による訪問が必要との
医師の判断

③精神科デイ・ケア(小規模、大規模)、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ ケアに通院期間による回数の基準を設ける(告p.47)

1日毎の算定(回数基準なし) → 通院期間3年未満: 週7回まで(現行どおり)

通院期間3年以上: 週5回まで

57



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(6) 在宅医療

1) 末期がんや神経難病等の患者に対する1日複数回訪問看護の評価の充実

○重症者に対する1日複数回等、訪問看護の評価の充実

1) 在宅患者訪問看護・指導料に加算を新設(告p.16)

①同一日に2回訪問看護を実施 : 250点 → 450点(+200点)

②同一日に3回以上訪問看護を実施 : 800点(新設)

2) (老人) 訪問看護基本療養費に加算を新設(訪問看護(告p.898))

①同一日に2回訪問看護を実施 : 2,500円 → 4,500円(+2,000円)

②同一日に3回以上訪問看護を実施 : 8,000円(新設)

3) 頻回な訪問看護が評価されている「厚生労働大臣が定める疾病等の利用者」の変更

※特定疾患治療研究事業の対象疾患が見直されたことによる変更(通p.196)(施(告p.609))

【変更部分】

ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底
核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類のステージ3以上
かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒
質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病⁵⁸



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

1. 疾病の特性等に応じた評価

(6) 在宅医療

2) 在宅で点滴治療を必要とする患者に係る主治医の訪問看護師等への指示の評価
○在宅療養患者に対して看護師等の訪問により点滴注射を実施した場合の評価

1) 在宅点滴注射管理指導料の新設：60点(告p.16)

- ① 医師の診察に基づき、訪問看護時の点滴注射指示（診察の日から7日間有効）があり、この指示に基づき、訪問看護を行う看護師等が点滴注射を実施した場合
- ② なおかつ、1週間のうちに3日以上点滴注射を実施した場合
 - ※ 医療機関が薬剤と輸液セットを渡し管理料を算定する。ステーションは、医療機関から薬剤と輸液セットをもらい点滴注射を実施する。
 - ※ 従来算定不可である薬剤料を算定可とする。
 - ※ 看護師の手技料としての評価ではなく、医療機関が算定する。

2) 「在宅点滴注射管理指導を算定している患者」を追加

- ① 在宅患者訪問看護・指導料の「注4」在宅移行管理加算(通p.201)
退院後1月以内に4回以上訪問看護した場合の加算
- ② 訪問看護管理療養費の重症者管理加算(訪問看護(通p.904))

59



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

2. 医療機関等の機能に応じた評価

(1) 入院医療

1) 臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上の評価

◎臨床研修病院入院診療加算の新設：30点（入院初日）(告p.7)

対象：指定病院で現に研修医が研修を行っている病院

診療録管理体制加算を算定

研修医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制

全職種が参加する保険診療の講習会が年2回開催

一定数以上の指導医

(通p.148) (施(告p.425) (通p.475))

60



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

2. 医療機関等の機能に応じた評価

(1) 入院医療

2) 有床診療所の入院の評価の充実

- ①有床診療所 I 群入院基本料 1 (看護職員 10 人以上) に加算新設 : 40 点
(告p. 6) (施(告p. 424))
- ・医師数 (常勤換算) 2 人以上の場合
 - ・夜間緊急体制を整備し、看護職員を 1 人以上配置 (※半年間は補助者でもよい)
- ②有床診療所でも小児療養環境特別加算 (個室管理) : 300 点を算定可能にする
(告p. 6)
- ③有床診療所の薬剤師への評価
入院患者へ投薬を行った場合に調剤技術基本料 : 42 点 (現行は病院のみ)
を算定可能にする (告p. 43)

61



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

2. 医療機関等の機能に応じた評価

(2) 外来医療

初診の評価の充実

- ◎初診料の見直し (告p. 1)
- 病 院 : 250 点 → 255 点 (+5 点)
診 療 所 : 270 点 → 274 点 (+4 点)

62



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

2. 医療機関等の機能に応じた評価

(2) 外来医療

2) 外来診療料の見直し (告p.2)

① 外来診療料の点数引き上げ：68点 → 72点(+4点)

② 包括範囲の拡大

尿中一般物質定性半定量検査 → 尿検査 (D000～D002の検査)

尿沈渣顕微鏡検査

糞便検査

→ 糞便検査 (D003の検査)

便潜血反応検査

血液形態・機能検査

→ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定

(D005の検査 (16骨髄像以外))

末梢血液一般検査

末梢血液像

63



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

3. その他のコストの適切な評価

(1) 医療安全対策の適正評価

1) 褥瘡対策

【1】褥瘡対策未実施減算：△5点の要件の見直し(施(通p.459))

① 褥瘡に係る専任の医師、看護師から構成される褥瘡対策チームが設置されている。

② 日常生活の自立度が低い入院患者につき、褥瘡に関する危険因子のアセスメントを行う。(自立度が高い患者には不要とする)

【2】褥瘡患者管理加算の新設：20点(入院中1回)(告p.9)(施(告p.425)(通p.459))

① 危険因子のある患者、すでに褥瘡を有する患者に対し、褥瘡に係る専任の医師及び褥瘡看護に5年以上の経験を有する看護師が、診療計画を作成し褥瘡対策を実施・評価する。

② 患者の状態に応じて、体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する。

64



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

3. その他のコストの適切な評価

(2) 検体検査、画像診断等の適正化

1) 市場実勢価格を踏まえた検体検査料の適正化と緊急時の院内検査体制の評価

1) 実施料の市場実勢価格を踏まえた適正化 (参考資料参照) (告p. 22~40)

2) 判断料の点数見直し (告p. 40)

①尿・糞便等検査判断料	:	32点	→	34点(+2点)
②血液学的検査判断料	:	130点	→	135点(+5点)
③生化学的検査(I)判断料	:	150点	→	155点(+5点)
④生化学的検査(II)判断料	:	130点	→	134点(+4点)
⑤免疫学的検査判断料	:	140点	→	144点(+4点)
⑥微生物学的検査判断料	:	145点	→	150点(+5点)
⑦検体検査管理加算(I)	:	30点	→	40点(+10点)
⑧検体検査管理加算(II)	:	250点	→	300点(+50点)

65



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

3. その他のコストの適切な評価

(2) 検体検査、画像診断等の適正化

2) 画像診断の評価の見直し

CT、MRIの点数見直し(告p. 41~42)

①特殊CT撮影	イ 頭部:	715点	→	710点(Δ5点)
	ロ 軀幹:	960点	→	950点(Δ10点)
	ハ 四肢:	670点	→	660点(Δ10点)
②特殊MRI撮影	イ 頭部:	1,760点	→	1,500点(Δ260点)
	ロ 軀幹:	1,880点	→	1,600点(Δ280点)
	ハ 四肢:	1,790点	→	1,520点(Δ270点)
③画像診断管理加算	1:	48点	→	58点(+10点)
	2:	72点	→	87点(+15点)

66



II. 医療機関のコスト等の適切な反映

3. その他のコストの適切な評価

(2) 検体検査、画像診断等の適正化

3) 検体検査料、薬剤料を含む包括点数の適正評価(告p.12~14)

【1】特定薬剤治療管理料

①薬物血中濃度	:	500点	→	470点(Δ30点)
②急速飽和	:	800点	→	740点(Δ60点)
③4月目以降	:	250点	→	240点(Δ10点)
④加算 臓器移植月	:	3,000点	→	2,740点(Δ260点)
⑤加算 初回月	:	300点	→	280点(Δ20点)

【2】悪性腫瘍特異物質治療管理料

①測定方法が一般的なもの	:	240点	→	220点(Δ20点)
②測定方法が精密なもの				
1項目の場合	:	390点	→	360点(Δ30点)
2項目以上の場合	:	430点	→	400点(Δ30点)
初回月加算	:	160点	→	150点(Δ10点)

【3】慢性維持透析患者外来医学管理料: 2,670点 → 2,460点(Δ210点)

【4】手術前医学管理料: 1,420点 → 1,310点(Δ110点)

【5】手術後医学管理料

①病院	:	1,410点	→	1,340点(Δ70点)
②診療所	:	1,250点	→	1,190点(Δ60点)

67



III. 患者視点の重視

1. 情報提供の推進(再掲)

(1) 手術の施設基準を見直し、医療機関の診療実績等に関する院内掲示及び患者への説明を充実させる

○ 患者に対する診療計画、安全対策等情報提供の推進(施(告p.605)(通p.657))

1) 情報公開

施設基準が設定された手術について、1年間の実施件数を医療機関の見やすい場所に院内掲示する。

2) 詳細な説明

すべての手術を行うに当たり、手術実施予定の患者に対して、手術内容、合併症、予後等を文書を用いて詳しく説明し、併せて患者から要望があった場合は、その都度手術に関する情報を提供する。

68



IV. その他（不合理的事項の見直し等）

1. 特定地域への対応

(1) 離島等の特定地域における物流コスト等の評価

1) 特定地域の酸素価格(酸素(告p. 807)) (通p. 380)

- ①従来の離島（1.5倍）と同様の評価とする
- ②業者が1社のみ等特段の事情がある場合は償還価格とする
（1.5倍でも不足の地域）

2) 離島の病院・有床診療所に入院した場合(告p. 8)(施(告p. 428))

離島加算の新設：18点/日

69



IV. その他（不合理的事項の見直し等）

2. 特定地域への対応

(1) 医療法改正を反映した入院施設基準の見直し(告p. 108)(経過措置の項)

- ① 経過措置対象外の医療機関：医療法標準を下回る区分の入院基本料は算定不可
- ② 経過措置対象の医療機関：経過措置は平成18年2月28日に終了するが、医療法標準を下回る区分の入院基本料は、平成18年3月31日まで算定可とする。

例) 一般病棟入院基本料4・5：平成18年4月以降は算定不可
ただし、一般病床200床以上病院は、
平成16年4月以降算定不可

70



IV. その他（不合理的事項の見直し等）

3. その他

(1) 病棟移動時の入院料

◎病棟を移動した日の入院医療の算定（通p.139）

移動先の病棟の入院料（入院基本料または特定入院料）を算定

