
『平成 18 年度診療報酬改定のねらいと改定項目』

ポイント

平成 18 年度診療報酬改定の基本方針とポイント

QOL を高める視点と新設項目の算定内容

入院基本料をめぐる改定項目と概要

紹介率と地域連携に関する点数加算の改定項目

交付が義務化された領収書の取扱い

Q1 平成 18 年度診療報酬改定の基本方針とポイント

>>>平成 18 年度診療報酬改定の基本方針

本改定は、基本方針として示された、以下の 4 つの視点から構成されています。

この 4 つの大きな柱を踏まえて改定内容がまとめられたわけですが、社会保障審議会で定めた基本的な方向と、予算編成過程で示されたマイナス 3.16% を前提とする形で諮問され、中医協がまとめた方向性に対し、具体的な議論と国民の意見視聴が重ねられた結果によるものです。その点において、今改定に至ったプロセスは従来よりも開かれた形であったといえます。

<平成 18 年度 診療報酬改定の基本方針>

患者から見てわかりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する
 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
 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あり方について検討する
 医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価のあり方について検討する

さらに、本改定における特徴の一つとして、点数によるインセンティブ配置ではなく、医療政策の裏付けを原則としています。つまり、平成 17 年 12 月に示された医療制度改革大綱の項目に対応する形となっており、本改定も医療制度改革全体における取り組み項目の一つという位置づけであるということです。

これにより、誘導的点数は廃止された一方で、診療報酬自体が活動そのものを評価する体系へと変化しつつある途上だといえるでしょう。

>>>過去最大幅となったマイナス改定の全体構造

本体部分の引き下げ（-1.36%）は、平成 12 年度以来 2 度目となりますが、4 つの視点で示された重点的に評価すべき項目については、それぞれ新設点数および点数引き上げが行われており、効率化の余地があるとされた項目に関しては効率化の観点から見直しが行われています。

重点化項目に関しては約 1,500 億円のアップ（改定率で約 0.44% 相当）、また効率化対象として適正化が図られた項目を合計すると約 6,000 億円の引き下げ（同約 1.80% 相当）となる見込みです。

< マイナス改定の全体構造 >

重点的評価項目 医療費ベース：約 1,500 億円	適正化項目 医療費ベース：約 6,000 億円
小児医療 産科医療 麻酔・病理診断 救急医療 急性期入院医療の実態に即した看護配置 医療のIT化 在宅医療	慢性期入院医療 入院時食事療養費 コンタクトレンズに係る診療 検 査 初再診料 その他医科診療報酬 歯科診療報酬・調剤報酬

>>> マイナス改定が示すもの

史上最大の 1.36% という改定率だけではなく、多数の項目において「切り口」となる点数改定が実施されており、基本的な点数の引き下げも多く見られます。

「指導」という点数名称の多くが変更されていますが、減算ルールが基本的に廃止となり、その分が本体点数の算定要件や引き下げに反映されていることから、実質的にもマイナスとなった項目が多いと見受けられます。

>>> 一般・老人点数の一本化

従来若年者とは別立てであった老人診療報酬点数表が基本的に一本化されました。例えば、新設された「在宅時医学総合管理料」は、若年者のみ対象の「在医管」と老人対象の「在総診」が統合されたものであり、新たに 200 床未満の病院まで対象が拡大されました。

なお、外来管理加算（再診料）、生活習慣病管理料（生活習慣病指導管理料を改称、若年者のみ対象）等については、一本化から除外されています。「わかりやすさ」を主眼とした診療報酬体系の簡素化の一端です。

>>> 基本的点数の変更点と利便性の評価

病院と診療所の点数格差是正という観点から、病院を 15 点引き上げ、診療所を 4 点下げた結果、今回改定では初診料が 270 点で統一されました。大規模病院の初診料引き下げと患者負担化に関する議論が続けられていましたが、今回は見送られています。

再診料については、病院が 1 点、診療所が 2 点の引き下げとなり、幅は小さいながら格差是正の方向性が示されているといえます。

患者の視点の重視として、利便性を評価するため、入院外患者の検体検査を当日中に全検査結果に基づく診察を行い、結果を書面で提供した場合に加算算定できる「外来迅速検査加算（項目ごと 1 点）」の新設し、また同一日に同一医療機関の複数受診の際に、2 つ目の診療科の初診料 135 点の算定などのインセンティブを設けています。

Q2 QOL を高める医療の視点と新たに設けられた項目に関する算定内容

>>>患者の視点による評価を重視する

「患者から見てわかりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点」の中で以下の項目について再評価され、新たに診療報酬での点数化が実施されています。

< QOL を高める視点 >

患者の視点の重視

- ・セカンドオピニオン
- ・外来迅速検査
- ・看護職員配置の標記

生活習慣病等の重症化予防に係る評価

- ・生活習慣病管理料
- ・ニコチン依存症管理料
- ・がん連携拠点病院加算

手術に関わる評価

- ・施設基準の見直し

>>>ニコチン依存症管理料の導入

今回の改定では、医療制度改革大綱に示されているように、疾病予防に重点を置いた保健医療システム構築の方向性と連動して、生活習慣病予防を中心とした点数が新設されました。今後の改定においても予防的点数の拡大は予想されます。

疾病として明確に位置づけられた結果ともいえますが、今回新設のニコチン依存症管理料は、12週間の禁煙プログラムを実施し、5回（初回 230 点、2～4 回目 184 点、5 回目 180 点）にわけて点数を算定できます。

< 施設基準 >

施設基準	禁煙治療経験医	1 名以上
	専任看護職員	1 名以上
	呼気一酸化炭素濃度測定器	
	算定医療機関の構内禁煙	等

>>>名称変更した生活習慣病管理料

従来の生活習慣病指導管理料が名称変更となり、点数が引き下げになりました。運動習慣の徹底、食生活の改善等を基本とする観点から、院内処方時の点数以上に院外処方の点数が引き下げられました。患者に交付する療養計画書も具体的目標等が記載できる様式に変更されましたので、注意が必要です。

点数の算定のためには、医学管理等（従前の指導管理等）検査、投薬、注射が包括されていること、計画書に患者本人のサインが必要であることは、引き続き求められています。

< 生活習慣病管理料に関する点数の算定 >

改正前	改正後
院外処方 高脂血症を主病 1,050 点 高血圧症を主病 1,100 点 糖尿病を主病 1,200 点	院外処方 高脂血症を主病 900 点 (150) 高血圧症を主病 950 点 (150) 糖尿病を主病 1,050 点 (150)
院内処方 高脂血症を主病 1,550 点 高血圧症を主病 1,400 点 糖尿病を主病 1,650 点	院内処方 高脂血症を主病 1,460 点 (90) 高血圧症を主病 1,310 点 (90) 糖尿病を主病 1,560 点 (90)

>>>在宅療養支援診療所の意義

新たな施設基準として「在宅療養支援診療所」が設定されました。今後の在宅医療の中心的役割を担うものとして期待されていますが、在宅に係る連携体制の構築が求められません。届出により算定できる点数が設定されておらず、在宅関連の診療報酬が未届出医療機関に比して高く算定できる等のインセンティブが設けられています。在宅に注力する診療所であれば、高点数算定確保のために届出を検討する必要があるといえます。

このほか在宅に係る診療報酬には、在宅時医学総合管理料や 24 時間連携、ターミナルケアに関する新設項目がみられます。

>>>コンタクトレンズに係わる診療

コンタクトレンズに関連する診療については大きな見直しがなされました。保険適用範囲の曖昧さ、一定期間経過後の継続検査を初診とみなす算定の多発等の指摘があった従前の設定を改めることが主眼です。

コンタクトレンズ処方にかかる初診の取扱では、屈折異常の疾患を有する継続患者であるとみなして、初診料は最初の 1 回のみ算定できることとなりました。一方で、新設されたのはコンタクトレンズ検査料です。これは定型的実施である眼科的検査料を包括したものであり、コンタクトレンズに係る受診が 7 割以上の医療機関においては、この検査料も半減されます。

>>>その他、主要な新設項目

医療安全管理体制未実施減算は、入院基本料の算定要件として廃止されましたが、新たに医療安全対策加算（50 点、入院初日）が設定されました。医療安全管理者の専従配置と届出が必要です。

また、従来の褥瘡対策未実施減算は廃止されましたが、新設の褥瘡ハイリスク患者ケア加算（500 点、1 回のみ）にも褥瘡管理者の配置が求められ、褥瘡患者管理加算との同時加算は認められません。

さらに、小児と産科は今回改定の重点項目となっていますが、小児科については、初診料に上乘せする加算点数が新設されたほか、従来の点数も引き上げられています。初再診料の時間外加算から乳幼児を別建てとし、時間外・休日・深夜加算の点数を設定しました。

小児科医の人員不足への対応としては、常勤医の条件を緩和し、複数での診療対応により常勤と同じ時間勤務できる場合には常勤として取り扱えることとされました。

そして、産科医療の充実に向けたハイリスク分娩管理料加算（1 日当たり 1,000 点）は、40 歳以上の初産婦らを対象として新設されました。

Q3 リハビリテーションに係る評価体系の変更

>>>療法から疾患別の体系へ

リハビリテーション関連の項目は大きな変更がいくつか加えられました。

従前の療法（理学、作業、言語聴覚）からみた体系を全廃し、心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器という4疾患ごとの施設基準および点数設定になりました。新しい点数は簡素化されて2区分に、また施設基準届出をしなければ算定できない点数となっています。

>>>短期間・充実・集中的が評価のキーワード

集団療法と月内逓減制は廃止となり、発症、手術または急性憎悪から起算した点数算定日数の上限（脳血管・180日、運動器・150日、呼吸器・90日、心臓・150日）が設定されました。疾病や障害の特徴に応じた評価基準との整合性をとっていると思われます。

改定された主な関連項目は次のとおりですが、このほか摂食機能療法は治療開始から3ヶ月間以内は毎日算定できるなど、効果的な施術実施をはかるため、短期間に充実した内容で集中的に実施するリハビリテーションへの評価の姿勢が明確となったといえます。

<改定された主な関連項目>

算定日数上限設定（除外患者あり）

集団療法は廃止

機能訓練室の面積要件緩和

患者1人1日当り単位数拡大

4単位 6単位、別に定める患者6単位 9単位

従事者1人1日当り単位数上限緩和

1日18単位 1日18単位を標準にして、1日24単位
週108単位を上限

>>>施設基準の取得ポイント

面積要件が緩和されましたが、複数疾患の施設基準を取得したい場合には、心大血管疾患を除いて専用面積も兼用可能であり、専任医は各疾患別大血管リハ施設を兼務可能となっていることがポイントです。

Q4 入院基本料に関連する改定の項目とその内容

>>>一般病棟入院基本料の見直し

一般病棟入院基本料についても幅広く見直しが行われました。

<一般病棟入院基本料にかかる見直し>

表記方法の変更

1.4 : 1 看護に新設

平均在院日数規定の強化

急性期病院にとって生命線ともいえる算定要件を満たすことが困難となる医療機関が出てくると思われます。

急性期入院医療の適切な評価を目的として、群・群が統一され、基準区分は明快なものとなりましたが、基準が廃止される 3.5 : 1 看護以下の病院は当然のことながら、また 3 : 1 看護と看護師比率 40% 以上および平均在院日数 60 日以上 of いずれかひとつでも満たすことが出来ない場合には、特別入院基本料を算定することとなるため、収入への大きな影響が生じることが明白です。

>>> 4 減算廃止と算定要件化

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実施に係る、いわゆる 4 減算が廃止され、そのまま入院基本料の算定要件とされました。減算の仕組みを算定要件化することにより、急性期医療に特化した入院料体系を、夜間を含めて再構成しようという意図が、この改定内容からうかがえます。

>>> 急性期病院の生命線

前述のように、平均在院日数要件と看護配置要件は急性期病院の生命線ではありますが、夜間勤務等看護加算が廃止されて、夜間についても看護職員配置全体の中で評価することとなりました。ここでは、2 人以上の夜間勤務体制であること、かつ看護職員 1 人当たりの月夜勤時間を平均 72 時間以内にするを前提条件として、傾斜配置を可能としています。平均在院日数短縮への努力もさることながら、看護職員確保と健全な勤務体制を構築することが求められているというわけです。

また、看護補助加算については、体系が 3 区分に簡素化されました。一方、初期加算も見直され、群・群の統一により点数の一本化が図られた上、減算となる 180 日を超える区分を廃止しました。群で届出していた病院にとっては、点数アップとなるため、大きなインセンティブであるといえます。

>>>特定患者の取扱い

一般病棟入院基本料においては、特定患者として、入院期間 90 日超の老人保健法に定める患者については、老人特定入院基本料(928 点)を算定するものとされました。ただし、特別入院基本料を届出している場合には、この点数も低く設定(790 点)されているため、下位の施設基準からのシフトアップを図る必要があるでしょう。

なお、老人特定入院基本料を算定した入院患者に対する検査・投薬・注射、別に厚生労働大臣が定める画像診断および処置の費用(フィルム含む)については、所定点数に包括されています。

>>>救急医療をめぐる加算

今後重要性を増す分野の強化として、救急医療に関連する管理加算が見直されました。対象を緊急入院の必要性がある重症患者に限定しているものの、算定可能な時間帯の拡大と算定日数を延長したうえで、救急医療管理加算 600 点が設定されています。また、乳幼児救急医療管理加算 150 点についても見直しを実施され、小児科救急と共に、この分野の強化策を推進するインセンティブを設けています。

>>>その他の見直し内容

地域加算については、従前は 4 種に区分されていた地域が 1 ~ 6 級とピッチを詳細化して、国家公務員給与の調整手当の支給地域・割合を基礎に点数設定が見直されました。

また、臨床研修指定病院の評価については、従前の加算を引き上げた上、新たに協力型臨床研修指定病院についても評価対象に加えました。単独型あるいは管理型での臨床研修指定が困難であった病院も、比較的取り組みやすい協力型を選択することによって、この診療報酬を算定できる可能性があります。

患者にとってわかりやすく、QOL を高める医療の実現に資するとする考え方からは、変更になった看護配置の表示として、勤務帯ごとに「看護職員 1 人が何人の入院患者を受け持っているか」について病棟内に掲示することが入院基本料等の算定要件になっていること、またがん診療連携拠点病院に係る評価の新設等があります。

その他、入院時食事療養費については、1 日当たりから 1 食当たり(1 日 3 食まで)の費用を設定し、3 食を限度として実際に提供された食数を評価することとなりました。この部分の減収を回避することは難しく、食事有無の確認等事務的な負担も増えることになりました。

Q 5

紹介・地域医療連携に係る点数加算の見直しと交付が義務付けられた領収書の取扱い

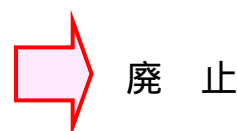
>>>紹介率を前提とする加算廃止

従来の診療報酬体系では、紹介率を算定要件に掲げる点数が設定されており、これらの取得が地域医療連携を図る上では必須事項といわれていましたが、今回改定ではこれらの紹介率に関わる点数が廃止されました。紹介率の不合理性を指摘する意見が見られており、これが廃止の理由とされていますが、積極的に紹介率向上に向けた取り組みを行ってきた医療機関にとっては、推進へのモチベーションが低下することは否めません。

しかし、紹介率のみではなく、実質的な運用が可能な、機能分担に着目した医療連携体制を構築するための取り組みは、むしろ推進されており、それは診療情報提供料の改定に表れています。

< 紹介に係る加算の廃止 >

紹介外来加算・紹介外来特別加算	100 点・50 点
急性期入院加算	155 点
急性期特定入院加算	200 点
地域医療支援病院入院診療加算 2	900 点



>>>地域連携をめぐる改定

診療情報提供料は、退院患者紹介を除いて 250 点に点数が統一されました。病病連携や診診連携は引き上げ(30 点)となった一方で、病診連携についてはマイナス(40~270 点)の改定内容となりました。また、セカンドオピニオンを希望する患者に対する点数(500 点)が新設されたこととあわせて、患者の視点重視の考え方が反映されている項目となっています。

< 地域医療連携に係る点数の改定 >

診療情報提供料(退院患者紹介除く)	250 点
病病連携・診診連携	30 点 引き上げ
病診連携	マイナス 40~270 点
セカンドオピニオン(新設)	500 点

その他では、地域連携パスという概念が導入され、これに対する点数が新設されました。本改定では大腿骨頸部骨折患者のみが対象となっていますが、第 5 次医療法改正による医療計画の見直しが実施されると、これに記載される医療圏ごとの疾患別ネットワークが推進される見込みであり、地域連携パスの有用性の認知につながると期待できますので、将来的には点数評価が拡大する可能性も考えられます。

>>>医療費の内容がわかる領収書とは

今回の改定の基本方針である『4つの視点』のうち最初に掲げられている「患者から見てわかりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点」に盛り込まれた項目のひとつです。

保険医療機関等は医療費の内容のわかる領収証を無償で交付しなければならない
保険医療機関及び保険医療養担当規則を改正し、義務化を明記

< 医療費の内容のわかる領収書の定義 >

点数表の各部単位で金額の内訳がわかるもの

* 標準的洋式は公開中

施行日の 2006 年 4 月までに体制が整備することが困難であった場合には経過措置あり
(6ヶ月間)

レセコンベースでの領収書は可

レシートは不可(診療所に多いと思われる)

>>>領収書取り扱いの対応ポイント

レセコンベースでの対応が必須となると思われませんが、患者からの求めにより、さらに詳細な医療内容がわかる明細書の発行に対応しなければならないとされています。
(例：検査内容 GOT、GPT、GTP等)。

この場合には、より詳細な明細の発行に努めるため、ほぼ診療報酬明細書と同等の形式のものが必要となると捉えてください。レセコン業者に確認を行う必要があるでしょう(患者別日計表等)。実際に患者から領収書の発行を求められた際の対応手順も決めておかなければなりません。

なお、保険薬局についても同様に「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」が変更され、内容のわかる領収書の提供が求められます。

一方で、領収書の発行に際しては、広告も可能であることから、これを活用することで地域にアピールする戦略にもなりうる可能性を持っています。

Q 6

D P C に係る評価範囲の見直しと D P C 対象病院のゆくえ

>>> 支払対象病院の拡大

特定機能病院等の従来の対象病院（82 病院）+ 試行的適用病院（62 病院）+ 調査協力病院（228 病院）のうち、一定の基準（看護配置 2：1 以上ほか）を満たしており、D P C での算定を希望する病院を支払対象としました。今後も新たな調査協力受付が実施されることは予測されますが、全ての一般病院が対象となるには、しばらくの猶予があると思われます。

>>> 診断群分類と設定の見直し

手術・処置による分岐の簡素化・精緻化、検査入院・教育入院の廃止、副傷病名の検証などにより、診断群分類数を従来の 3,074 分類から 2,500 程度に簡素化しました。

また、入院期間に係る設定のうち、脳梗塞、外傷等の分類については、入院期間が 25 パーセントタイルから 5 パーセントタイルに変更されました。

>>> 包括評価の範囲の見直し

画像診断管理加算は出来高、手術前（後）医学管理料は包括による評価の対象となりました。また、包括評価から出来高算定とされるのは、平成 18 年 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、自家抹消血幹細胞移植患者、自家造血幹細胞移植患者及び臍帯血移植患者を対象としています。

>>> D P C 対象病院のゆくえ

18 年度診療報酬改定率を踏まえ、調整係数は 3.16% 引き下げられますが、調整係数の概念は、平成 20 年度まで維持することとなっています。また、D P C の支払対象病院は、「D P C 対象病院」と「D P C 準備病院」の 2 類型に再編されました。

紹介率に基づく急性期病院としての位置づけは意義を失うため、今後は D P C 対象病院が急性期病院のブランドとなる方向性が見えます。一方で、調整係数の見直しや患者選択について、D P C 対象病院の中での淘汰が始まるといえます。