

2006年度診療報酬改定について

Reform of The Medical Service Fee in 2006

大 坪 宏 至

(Hiroshi Ohtsubo)

2006年度診療報酬改定について

大 坪 宏 至

〈目次〉

はじめに

I、QOL 向上

- 1、患者の視点重視
- 2、生活習慣病等の予防

II、医療機能の分化・連携

- 1、在宅医療の評価
- 2、初再診やりハビリの評価
- 3、精神医療

III、重点領域の評価

- 1、小児・産科
- 2、急性期入院

IV、効率化領域の評価

- 1、慢性期入院医療
- 2、食事評価等

おわりに

はじめに

2006年診療報酬改定では、改定率マイナス3.16%と過去最大の下げ幅となった。医療機関にとっては、深刻なダメージを被ることになったが、大胆な点数再編は予測されたことでもあった。その背景には衆議院選挙で自民党が圧勝し、日本医師会の影響力も低下したこと等がある。

始めに改定に至る経緯について触れておく。2005年11月25日、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。また、改定率については、平成18年度予算案の編成過程において、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、保険財政の状況等を踏まえ、診療報酬本体でマイナス1.36%、薬価等の改定でマイナス1.8%、合計3.16%のマイナス改定が決定した。これらを受けて、2006年1月11日に厚生労働大臣より中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に対し、改定案を作成するよう諮問がなされた¹⁾。

中医協は2006年1月18日に、協議の成果を「現時点の骨子」としてまとめ、1月27日まで国民の

意見を募集した。また、公聴会も開催し、国民の意見を直接聴く機会をもった。それらの結果を踏まえ、2006年2月15日の諮問にも答える形で²⁾、同日、答申がなされた。

改定は以下の4つの基本方針に沿って行われた。

- ①患者からみて分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
 - 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・連携を推進する視点
 - ③我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視点
 - 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あり方について検討する視点
- 本稿では、これら4つの視点から主な改定内容を整理しながら、若干の考察を加えていきたい。

I、QOL 向上

1、患者の視点重視

診療報酬体系を簡素化するために、個々の診療報酬項目の名称が医療の内容を分かりやすく表記するように見直すことと、老人診療報酬点数表を別建てとしないで医科診療報酬と一本化することの2点を行った。

患者の視点を重視する観点から、今回の改訂で注目すべき点のひとつに、領収証の発行がある。2006年10月以降、すべての医療機関に領収証の無償交付が義務付けられた³⁾。なお、レセプト並みの明細書の発行は努力義務とした。こうした領収証の発行は、初診料に上乗せできる新設の電子化加算⁴⁾の要件とされた⁵⁾。

診療情報提供料は、従来4つに分かれていたが⁶⁾、これらを簡素化し、診療情報提供料（Ⅰ）として250点に引き下げた⁷⁾。さらに、患者や家族がセカンド・オピニオン（主治医以外の医師による助言）を求めた場合、診療に関する情報を文書で提供すれば、診療情報提供料（Ⅱ）として500点を算定できることとした。

外来の迅速化を促すものとして、初診または再診時に検体検査を行い、同日中に検査の結果に基づき診療を行うことについて、検体検査実施料及び外来診療料に対する外来迅速検体検査加算（1項目につき1点）を新設した。また、看護職員等の配置を実質配置基準に変更した⁸⁾。これらの変更は、患者の視点からすれば、評価すべき改定内容といえよう。

2、生活習慣病等の予防

生活習慣病指導管理料は「指導」の文字を削り、生活習慣病管理料とし、服薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする観点から、院内処方の場合の評価を引き下げる以上に院外

処方の場合の評価を引き下げた⁹⁾。同時に、患者が治療の趣旨をよく理解できるよう、療養計画書の様式を変更し、達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるように改められた。

生活習慣病のひとつともいえる喫煙に対して、今回初めて禁煙指導の保険適用が行われた。ニコチン依存症管理料の新設である。算定は初回（1週目）が230点、2回目、3回目及び4回目（2週目、4週目及び8週目）が184点、5回目（最終回、12週目）が180点である。対象はニコチン依存症の者で¹⁰⁾、医療機関の構内が禁煙であること等の施設基準¹¹⁾や算定要件¹²⁾が課されている。

がん診療連携拠点病院において、他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して、入院医療を提供した場合について、入院初日に限り入院基本料に対するがん診療連携拠点病院加算（200点）が新設された。一方、年間手術症例数による手術点数に対する加算は廃止され、今後検証を行うこととされた。

Ⅱ、医療機能の分化・連携

1、在宅医療の評価

高齢者ができる限り、住み慣れた地域や家庭で療養しながら生活できるよう、また、在宅での最期を迎えることができるよう、診療報酬上の制度として、在宅療養支援診療所（以下、在療診）を新たに設けた。この在療診に対する手厚い評価は今改定の特徴のひとつである。在療診になるためには、以下のような要件を満たしたうえで、社会保険事務局に届け出なければならない。

- ①診療所であること。
- ②当該診療所で24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- ③当該診療所または他の医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じ、24時間往診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していること。
- ④24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。
- ⑤在宅療養患者の緊急入院を受け入れる病床を確保し、あらかじめ社会保険事務局長に届け出ていること。
- ⑥在宅看取り数等を定期的に社会保険事務局長に報告していること。
- ⑦他の保健医療サービスと福祉サービスとの連携調整を担当する介護支援専門員等と連携していること。

主要要件を示したが、在療診が24時間体制で対応する患者は、同意を得て文書を提供した在宅患者に限ることに注意したい。つまり、すべての在宅患者に対してではなく、個別の対応ということ

ができる。在療診と他の診療所との間には点数の格差があり、在療診だけに許される点数算定もある。次にその主な内容について整理してみたい。

改定前の在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）310点¹³⁾と、退院に際して指導した場合の退院時共同指導加算290点とを一本化し、地域連携退院時共同指導料1とした。これは紹介元が在療診以外の診療所では310と290の合計600点と変わらないが、在療診では1,000点の算定となった¹⁴⁾。紹介された側の入院先の病院が算定していた在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）140点と退院時共同指導加算360点も一本化され、地域連携退院時共同指導料2となった。これも在療診以外の診療所から紹介された場合は300点しか算定できないが、在療診からであれば500点の算定になる。紹介元と入院先の両者において、在療診が高く評価されていることがわかる。

在療診以外の診療所で算定できなくなったものとして、在宅末期医療総合診療料がある。これは入退院を繰り返さない末期の悪性腫瘍の患者に対して総合的に医療を提供した場合に、1日につき、処方せんを交付する場合で1,495点、交付しない場合で1,685点の算定ができた。改定により、点数は変わらないが、算定できるのは在療診だけになり、入退院を繰り返した場合でも算定できるようにした。

通院が困難な患者に対する訪問診療については、老人点数と一般点数に分かれていた。前者は寝たきり老人在宅総合診療料として月1回、処方せんを交付する場合で2,290点、交付しない場合で2,575点だった¹⁵⁾。後者は在宅時医学管理料で月1回3,360点となっていた。これらを一本化し、在宅時医学総合管理料とし、在療診と他の診療所とで大きな格差をつけた。在療診では処方せんを交付する場合で4,200点、交付しない場合で4,500点とし、他の診療所ではそれぞれ2,200点、2,500点と2,000点もの差がつけられた。在療診では点数が引き上がるが、それ以外の診療所では引き下がる。また、同点数は200床未満の病院も算定可能で、要件も緩和されたため¹⁶⁾、在療診以外の診療所にとっては一層厳しい競争を強いられることとなった。

在療診に対する優遇は往診料の加算でもみられる。従来、往診料650点には緊急往診加算325点、夜間加算650点、深夜加算1,300点があった¹⁷⁾。在療診以外の診療所では点数が変わらなかったが、在療診ではそれぞれ650点、1,300点、2,300点と大きく引き上げられた。さらに注目すべきは、在宅患者訪問診療料830点（1日）の在宅ターミナルケア加算1,200点（1ヶ月以上訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合）で、死亡前14日以内に2回以上訪問診療を行った場合に要件が緩和され、在療診の医師が死亡前24時間以内に訪問し看取った場合には、1万点の加算となった。これは極めて高い点数設定といえる。

訪問看護に関しては、在宅患者訪問看護・指導料の加算として、緊急訪問看護加算が新設された。これは在療診の医師の指示で看護師等が訪問した場合に1日につき1回、265点の算定ができる。

在宅ターミナルケア加算では、在療診とそれ以外で300点の差がつけられた¹⁸⁾。重症度、処置の難易度の高い患者に対する訪問看護では、在宅移行管理加算250点（月1回）を500点に引き上げた¹⁹⁾。また、従来は認められていなかった特別養護老人ホーム等に入所している末期の悪性腫瘍患者に対し、在療診の医師が訪問診療を行うことや、その指示で訪問看護を行うことについて、在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料の算定ができるようになった。

ここまで述べてきたように、在療診の評価は非常に手厚くされたことがわかる。したがって診療所は、在療診になるかならないかの選択を求められているともいえよう。

2、初再診やリハビリの評価

初再診料に関する見直しでは、プラスの評価もあった。1つは電子化加算の新設である。これについては前述した。もう1つは、同一医療機関において、同一日に複数の診療料を受診した場合に、2つ目の診療料の初診料に限り、所定点数の2分の1に相当する点数（135点）を算定できることとなった。しかし、マイナスの評価の方が目立った。

初診料では病院が15点引き上げられ、診療所が4点引き下げられ、どちらも270点に統一された。再診料は病院で1点減の57点、診療所で2点減の71点にいずれも下がった。外来診療料（200床以上の病院）も2点減られ70点になった。また、初診料に係る紹介患者加算は、病院、診療所ともに廃止され、継続管理加算も廃止された²⁰⁾。

今改定では診療群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院の拡大も示された。従来の対象病院（82病院）に加えて試行的適用病院（62病院）を対象病院に位置づけ、調整協力病院（228病院）のうち、一定の条件を満たす DPC 適用希望病院も対象病院とする²¹⁾。また、手術による分岐の簡素化等により、診断群分類数も3,074から2,347に見直し、包括評価や調整係数も見直した。

リハビリテーションの点数評価の体制は大きく変更された。従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法といった種類別の点数から、4つの疾患別に分けられた。4つとは、脳血管疾患等・運動器・呼吸器・心大血管疾患をいい、4グループ毎に2段階の人員配置と施設の基準を設け、厳しい基準の方をリハビリテーション料（Ⅰ）とし、他方をリハビリテーション料（Ⅱ）として、両者に差をつけた。脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）は250点²²⁾、（Ⅱ）は100点²³⁾、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）は180点²⁴⁾、（Ⅱ）は80点²⁵⁾、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）は180点²⁶⁾、（Ⅱ）は80点²⁷⁾、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）は250点²⁸⁾、（Ⅱ）は100点²⁹⁾とした。またグループをまたいでスタッフの兼任や診療室の兼用は可能となり³⁰⁾、集団療養は廃止され、面積要件は緩和された³¹⁾。

同時に算定単位数の変更と算定回数上限の設定もなされた。前者については、患者1人1日当たりの算定単位数の上限を4から6単位までに拡大し、月11単位目以降を30%減算する逓減制を廃止し、早期リハビリテーション加算も廃止した。また、スタッフ1人1日当たり単位数の上限も24単位、週108単位までと緩和した。後者については疾患別に算定上限日数が設定され、脳血管疾患等で180日、運動器で150日、呼吸器で90日、心大血管疾患で150日とされた。つまり、これら算定日数上限を超えると算定できないことになった。さらに、回復期リハビリテーション病棟入院料について、一律180日を算定上限としていた取り扱いを改めて短縮し³²⁾、発症または手術後3ヶ月以内の対象患者をすべて2ヶ月以内の患者に絞った³³⁾。

3、精神医療

精神医療では早期退院の促進のため、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、入院早期の評価を引き上げ（14日以内は439から459点に）、長期入院の評価を引き下げた（91日から180日は40を20点に、181日から1年以内は25を10点に）³⁴⁾。

急性期の入院充実の観点から、改定前は1日につき一律2,800点だった精神科救急入院料（看護職員の実質配置10:1）は、入院後30日以内を3,200点、30日超を1,600点（改定前は1,640点）、同2（実質配置15:1）は30日以内を1,800点、30日超を1,500点（改定前は一律1,580点）と30日を目安に格差を設けた。なお、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ヶ月以内に限り、1日100点の加算が認められた。

地域への復帰支援の観点からは、精神科ショート・ケアが新設された。これは1日3時間を標準とし、小規模なものは1日につき275点³⁵⁾、大規模なものは330点とした³⁶⁾。通院精神療法の再診時の点数については、病院と診療所の格差を是正し、病院を320から330点に上げ、診療所を370から360点に下げた。また、算定回数上限の緩和として、精神科訪問看護・指導料について、改定前の週3回から、退院後3ヶ月以内の患者に対して週5回まで算定可能とした。精神科退院前訪問指導料について、改定前の入院後3ヶ月を越える患者で3回から、入院後6ヶ月を越える患者で6回まで算定可能とした。重度認知症デイ・ケア料については、従来はⅠとⅡに分かれ、4から6時間未満も評価していたが、それらをすべて一本化し、1日につき6時間以上で1,000点とした。

精神医療では早期退院と社会復帰を目指した改定ということができる。病院としては、正看護師を集め看護師比率40%以上を確保しながら実質配置を高め³⁷⁾、ショート・ケアの拡大を図っていくことで収益の確保につなげたいところである。

Ⅲ、重点領域の評価

1、小児・産科

小児科は今後重点的に対応していくべき領域として高く評価された。初再診療の時間外加算では、深夜の対応体制の評価を上げた。初診料の乳幼児深夜加算を595から695点へ、再診療の同加算を490から590点へ、それぞれ100点引き上げた。入院に係る評価では、算定要件の緩和と点数引き上げが同時になされた。重症な小児患者に対する小児入院医療管理料1及び同管理料2の算定要件となっている小児科医師の常勤要件について、従来は常勤医師の配置が不可欠であったところを、複数の小児科医が協同して常勤の場合と同等の時間数（週32時間以上）を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととした。点数は1で1日3,000から3,600点に、2で2,600から3,000点に引き上げられた。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、保育士等加算も80から100点に上げられた。

地域連携を図る救急対応に対する地域連携小児夜間・休日診療所では、要件の緩和と24時間診療を評価する点数の新設があった。要件については、従来、近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする、専ら小児科医を担当する医師が3人以上いることとなっていた。これを医師が3人以上おり、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であることに変更され、点数は300点のままとした。さらに、小児を24時間診療できる体制を有している場合、450点の算定を新設した。他には、手術における新生児加算及び乳幼児加算の引き上げ、極低出生体重児（1,500g未満）の手術加算の新設がある。小児科に対する評価は、要件緩和や点数引き上げにより手厚くなされ、病院にとってはメリットとなるが、診療所にとっては収益増に結びつかないともいわれている。

産科医療では2つの新設があった。1つはハイリスク分娩管理加算で、1日1,000点で8日を限度に算定できる。対象となるのはハイリスクの妊産婦で³⁸⁾、専ら産科医療に従事する医師が3人以上等の要件もそれ程厳しくはない³⁹⁾。もう1つはハイリスク妊産婦共同管理料で、紹介元の医療機関で算定すれば同管理料（Ⅰ）500点を、入院先の医療機関は（Ⅱ）350点を1分娩につき1回に限って算定できる。対象患者はハイリスク分娩管理加算の場合と同じである⁴⁰⁾。これらの新設は、リスクの高い患者向け医療を評価し、晩婚化による出産の高齢化に対応する評価といえる。ただし、小児科同様、病院にとっては増収になるが、診療所にとってはメリットが少ないといえよう。

小児・産科以外に、麻酔管理料の引き上げ⁴¹⁾、重症患者に対する麻酔の加算新設⁴²⁾、病理診断料の引き上げ⁴³⁾と、その要件緩和等も行われた⁴⁴⁾。

2、急性期入院

入院基本料はこれまでⅠ群・Ⅱ群に分かれていたがそれらを簡素化し、一般病棟入院基本料は4区分になった(結核病棟及び精神病棟は別)。最も高い水準の一般病棟入院基本料1は1,555点。基準は平均在院日数19日以内、看護職員の実質配置7:1以上(改定前の1.4:1以上に相当)、看護師比率70%以上とした。同基本料2は1,269点で基準はそれぞれ、21日以内、10:1以上(改定前2:1に相当)、70%以上。同基本料3は1,092点で基準は24日以内、13:1以上(改定前2.6:1以上に相当)、70%以上。同基本料4は954点で基準は60日以内、15:1以上(同3:1以上)、40%以上である。入院基本料は全体的にマイナスとなった。なぜならば、紹介率を要件とする急性期入院加算(155点)、急性期特定入院加算(200点)、紹介外来加算、紹介外来特別加算の4つが廃止されたためである。ただし、救急医療管理加算の要件が緩和され、点数も600点と大きいので、同点数算定を病院の増収に結び付けたいところである⁴⁵⁾。また、夜間勤務等看護加算及び看護師比率による減算は廃止され、前者加算の要件だった複数夜勤体制(2人以上)は入院基本料の算定要件とされ、夜勤に従事する看護職員1人当たりの平均夜勤時間は月72時間以下に制限された。

ここで入院基本料の基準に注目したい。始めに平均在院日数であるが、これを短縮すればより上位のランクで算定できる仕組みになっており、病院側の努力を促す設定になっている。次に看護師比率は、従来20%以上ですんだが、40%もしくは70%以上とより厳しくなったといえる。続いて看護配置だが、これは前述した通り実質配置に変更され、1日当たり配置職員数、勤務帯別の看護職員1人当たりの受け持ち患者数の院内掲示は、入院基本料の算定要件とされた。実質配置は基準の中でもとくに重要であると考えため、ここでさらに詳しく言及しておきたい。

実質配置10:1の場合、入院患者が300人であれば、1勤務帯当たり30人の配置を意味する。1日当たりでは3勤務帯(日勤、準夜勤、深夜勤)あるので90人の配置になる。ただし、各勤務帯に等しく30人ずつの配置は必要ない。1日90人になればよいので、日勤に50人、準夜勤に25人、深夜勤に15人というように傾斜配置も可能である。また、1日当たりの配置数は月平均でクリアしていれば、平日・土日・祝日間で傾斜配置もできる。したがって、夜勤時間帯の設定を工夫することにより、看護配置にはいくつかの対応の仕方も考えられる⁴⁶⁾。

入院基本料の加算点数には新設されたものもある。褥瘡対策を実施した場合の褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院初日に500点)、がん診療連携拠点病院において、他の保険医療機関からの紹介により入院した悪性腫瘍の患者に対する、がん診療連携拠点病院加算(入院初日に200点)、医療安全対策加算(入院初日に50点)等である⁴⁷⁾。他に、急性期の脳卒中患者に対する専門的医学管理を評価する、脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日につき5,700点、発症後14日を限度)⁴⁸⁾や、地域連携クリティカルパス(地域連携パス、複数の医療機関間で共有する患者の診療計画)を活用し

た場合の地域連携診療計画管理料（入院時に1500点）と地域連携診療計画退院時指導料（退院時に1,500点）が新設された⁴⁹⁾。地域連携パスの評価は、紹介率による加算の廃止に代わるものとして導入されたと考えられる。

これまで病院における評価を述べてきたが、有床診療所入院基本料についても、一般病棟入院基本料と同様、従来のⅠ・Ⅱ群の区分は簡素化され、有床診療所入院基本料1と2の2つになった。

1は看護職員5人以上の場合で（看護師が1人以上いることが望ましい）、入院期間が7日以内で810点、14日以内で660点、30日以内で490点、31日以降で450点である。基本料2は看護職員1人以上5人未満で、入院期間7日以内で640点、14日以内で480点、30日以内で320点、31日以降で280点である。

有床診療所は7日以内の入院で増収となるが、これ以外は減収である。改定前には入院基本料Ⅱ群4の算定をするのに、看護職員がいなくとも可能であったが、改定後、すべての有床診療所で看護職員の配置が義務となった点に注意したい。なお、医師配置加算は40から100点に上がった⁵⁰⁾。

Ⅳ、効率化領域の評価

1、慢性期入院医療

慢性期入院では、今改定は大幅なマイナスとなった。その最大の要因は、療養病棟入院基本料の評価の考え方を大きく変更し、医療の必要性の低い患者の評価を低くしたことである。改定前には、療養病棟入院基本料1で1,209点、同基本料2で1,138点であり、両者は看護配置によって区別されていた。これを医療の必要性によって3つに区分し、さらに、ADLの状況によって3区分した。つまり、医療の必要性和ADLの状況がともに最軽度である医療区分1・ADL区分1から、最重度の医療区分3・ADL区分3までの9つの区分がなされたマトリックス分類での評価に変更された。

医療区分は患者の疾患・状態及び必要となる医療処置の内容によって分けられる。患者の状態が、医師及び看護師による24時間体制の監視や管理が必要な場合で、中心静脈栄養や24時間持続点滴等の処置が必要な場合に、最も重い区分3になる。この医療区分3に該当しない患者のうち、肺炎、尿路感染症、多発性硬化症（ADLⅡ以上）等の疾患で、気管切開、気管内挿管ケア、透析、皮膚の潰瘍ケア等の処置が必要な場合、医療区分2になる。そして医療区分2、3に該当しない最も軽い状態が医療区分1になる。

ADLの状況は、患者の身体機能を測るいくつかの動作によって点数化し、自立に近い点数の低い患者をADL区分1とし、部分的な援助を必要とする中程度の患者をADL区分2とし、全面依存に近い重度の患者をADL区分3とする⁵¹⁾。医療区分1・2の患者については、ADL区分の違いによる入院医療の差が明白かもしれないが、医療区分3の患者については必ずしもそうではない。

したがって点数の設定は9区分でなく、5段階となっている。

医療の必要性の低い方から順に並べると、医療区分1のADL区分1と2の患者の療養病棟入院基本料Eは764点、医療区分1・ADL区分3は同基本料Dで885点、医療区分2・ADL区分1は同基本料Cで1,220点、医療区分2・ADL区分2・3は同基本料Bで1,344点、医療区分3はADL区分の別に関わらずすべて同基本料Aで1,740点である⁵²⁾。重度のAと軽度のEとの差は976点もあり、2倍以上の格差であることがわかる。医療区分、ADL区分の導入により、重度障害者に対する特殊疾患療養病棟入院料は廃止され、一定以上の病棟床面積を有する場合の療養環境を評価するものとして療養病棟療養環境加算が新設された。

有床診療所においても、病院同様の患者分類による評価となった。有床診療所療養病床入院基本料は改定前に816点だった。これが改定後は同基本料Eが520点、Dが602点、Cが764点、Bが871点、Aが975点（AからEは病院の場合と同じ）に変更された。

病院としては、医療区分2や3の患者を増やし、医療区分1の患者を減らせば減収は避けられるかもしれないが、容易なことではない。診療所にとっても、在宅療養支援診療所を届け出る等、病床の運営努力が必要となった。リハビリテーションの算定日数制限もあり、慢性期入院にとっては厳しい状況になったといえる。

2、食事評価等

入院時の食事に係る費用の算定方法を変えた。改定前は、1日当たりの費用を設定し、実際に提供された食数に関わらず1日単位で評価していた。改定後は、1食当たりの費用を設定し、3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価することにした。その結果、改定前の入院時食事療養費Ⅰ・Ⅱはそれぞれ1日当たり1,920円、1,520円であったところを、1食につきⅠは640円、Ⅱは506円とした。3倍した3食分の費用は改定前の金額と同額であるが、入院中毎日3食とることではないため、実際には1日分の食費が減ることになる。入院期間の長い患者の多い病院にとっては影響が少ないかもしれないが、入院期間の短い患者を扱っている病院にとっては減収の一因になる。

常勤の管理栄養士を配置し、適時・適温の食事を提供してくれた場合に、1日につき200円の算定をしていた特別管理加算、1日につき50円の選択メニュー加算は廃止され、栄養管理を行った場合の栄養管理加算（1日につき12点）を新たに設けた。しかしこの新設加算だけでは減収分を補うことができないといえる。

点数の引き下げはコンタクトレンズに係る診療にもみられ、保険対象と検査料の見直しがなされた。自覚症状がなく屈折異常以外の疾病に罹患していることが疑われないにもかかわらず、コンタクト装用者に眼科学的検査を行うことは、保険給付の対象にならないこととし、給付範囲を明確化

した。また、定型的に実施される眼科学的検査の費用は包括し⁵³⁾、コンタクトレンズ検査料Ⅰ（初診時387点、再診時112点）、同Ⅱ（初診時193点、再診時56点）とした。ⅠとⅡの区別は検査を実施した患者の割合によるが⁵⁴⁾、どちらも改定前に比べ大幅に低くなった。

画像診断についても評価が変更された。コンピュータ断層装置のCT、MRIの撮影料は、単純・特殊のどちらも撮影部位によって点数の差があった⁵⁵⁾。この部位別の評価から機器の性能別の評価に変わった。単純CTでは機能の高いマルチスライスで850点、それ以外で660点、単純MRIでは1.5テスラ以上で1,230点、それ以外で1,080点になった。特殊CT・MRIは部位別点数が一本化され、特殊CTは950点、特殊MRIは1,530点になった⁵⁶⁾。なお、同一月の2回目以降の撮影についても650点に統一された。X線では乳房撮影196点、写真診断256点が新設され、核医学ではポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影が新設された。生体検査では経皮的動脈血酸素飽和度測定が1日につき100点から30点に下げられ、脈派図、心機図、ポリグラフ検査判断料140点は廃止された。

その他、透析医療の点数引き下げ⁵⁷⁾、処方せん料の点数引き下げ⁵⁸⁾、長期投薬加算の引き上げ等も行われた⁵⁹⁾。また、後発医薬品の使用促進のため、処方せんの様式を変更し、備考欄に後発医薬品への変更が可能かどうかのチェック欄を設けた⁶⁰⁾。

おわりに

2006年度診療報酬改定は、医療費抑制を主眼とした過去最大の下げ幅となった。患者の視点からは、領収証の無償発行や看護配置表記の変更等がプラスの側面となったが、リハビリテーションの算定上限日数の設定はマイナス面といえる。自己負担の増加もあり、医療提供体制に対する不安はなくなる。

医療機関にとっては、小児・産科や在療診に対する評価は手厚くされたが、マイナスの面の方がはるかに大きい。慢性期入院を中心に引き下げが目立った。診療所においても引き下げは深刻で、他の医療機関とどう連携し在療診としての届出をするのかといった選択を迫られることとなった。改定の影響は既に現れており、例えば、日本病院会の調査では、療養病床のある病院の7割が収入減となっている。改定は医療費抑制を主眼としているが、最も重要なのは国民が安心して受けられる安全な医療提供体制の構築であり、そのうえで削減できるところを引き下げていくという姿勢を望みたい。今後一層の負担増を強いられる国民が納得し、患者が行き場を失うようなことだけは避けなければならない。

[注]

- 1)、2006年1月11日付け厚生労働省発保第0111001号
- 2)、2006年2月15日付け厚生労働省発保第0215001号
- 3)、2006年4月1日までに体制を整えることが困難な保険医療機関等については、6ヶ月間の経過措置を設けたため、すべての医療機関での発行がそろうのは10月以降となった。
- 4)、初診料に対する電子化加算は2010年度までの時限的措置として新設され、3点の設定である。
- 5)、電子化加算は必要的に具備する要件(必須要件)をすべて満たし、かつ選択的に具備すべき要件(選択要件)のいずれか1つを満たしている場合に算定できる。これらの要件は以下の通りである。
 - (必須要件)
 - ・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。
 - ・400床以上の病院に限り、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。(2006年度中は選択要件として取り扱い、2007年度以降は必須要件として取り扱う)
 - (選択要件)
 - ・電子媒体による請求。
 - ・400床未満の保険医療機関に限り、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。
 - ・患者から求めがあったときに、医療費の内容の分かる詳細な明細証を交付する体制の整備。
 - ・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の整備。
 - ・紹介状を含む診療情報の電子的な提供。
 - ・検査、投薬等に係るオーダーリングシステムの整備。
 - ・電子カルテによる病歴管理の実施。
 - ・画像管理システムによる画像診断の実施。
 - ・遠隔医療支援システムを活用した離島・へき地・在宅医療の実施。
- 6)、診療情報提供料 (A) 220点 (診療所間、病院間)、同 (B) 290点 (診療所・病院間)、230点 (逆紹介加算)、同 (C) 500点 (退院時)、20点 (逆紹介加算)、同 (D) 520点 (特殊機能病院等からの場合) の4区分である。
- 7)、注6の4区分は250点に一本化され、退院時加算は200点とした。
- 8)、従来の看護職員配置2:1は、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た。これに相当する配置を10:1とし、平均して入院患者10人に対し看護職員1人が実際に勤務していることを意味する実質配置に変更した。これに伴い、それぞれの勤務帯で、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を病院内に掲示することとなった。
- 9)、生活習慣病管理料は以下の通り引き下げられた (カッコ内は改定前)。
 - ①処方せんを交付する場合
 - イ高脂血症900点 (1,050点)、口高血圧950点 (1,100点)、ハ糖尿病1,050点 (1,200点)
 - ②①以外の場合
 - イ高脂血症1,460点 (1,550点)、口高血圧1,310点 (1,400点)、ハ糖尿病1,560点 (1,650点)

10)、対象患者は以下のすべての要件を満たす者をいう。

- ①スクリーニングテスト（TDS）でニコチン依存症と診断された者。
- ②ブリックマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上の者。
- ③直ちに禁煙することを希望し、12週間・計5回の禁煙プログラムの説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意している者。

11)、施設基準は以下のようである。

- ①禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること。
- ②禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること。
- ③禁煙治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること。
- ④呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ⑤医療機関内が禁煙であること。

12)、算定要件としては次のことがある。

- ①「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成）に則った禁煙治療を行うこと。
- ②本管理料を算定した患者について、成功率を地方社会保険事務局長に報告すること。なお、初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定はできない。

13)、診療所で、在宅時医学管理料等を算定している患者が急変等で病院に入院し、その入院先の医師と共同で指導した場合、紹介元の診療所で算定できた点数をいう。

14)、この点数は退院後の在宅医療を担当する医師が、入院医療機関の医師等と共同で、患者の在宅医療に関し、患者や家族に説明や指導を行い、文書で提供した場合に算定できる。

15)、これは月2回以上訪問診療をした場合に算定できた。また、同一医療機関内の複数医師による体制があれば24時間連携体制加算（Ⅰ）1,400点、入院医療機関との連携による体制があれば同加算（Ⅱ）1,400点、地域医師会等による連携体制の場合に同加算（Ⅲ）410点があった。

16)、在宅時医学管理料では月4回以上の訪問診療が要件だったが、在宅時医学総合管理料では月2回以上と緩和された。なお、重症患者に対し医師が月4回の訪問診療を行った場合には、重症者加算1,000点（月1回）を算定できる。

17)、緊急往診加算は標榜時間内、夜間加算は18時から翌6時（地域で異なる）、深夜加算は22時から翌6時に往診した場合である。

18)、1ヶ月以上訪問看護・指導を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを実施した場合に、ターミナルケア加算1,200点を算定できた。この要件が、死亡前2週間以内に2回以上訪問看護を行い、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に変わり、在宅ターミナルケア加算として1,200点に据え置かれた。しかし、在療診の医師の指示があった場合には1,500点と差をつけた。

19)、訪問看護では、在宅移行管理加算、月1回250点（訪問看護ステーションの場合には重症患者管理加算、月1回2,500点）を算定する患者の中で、重症度の高い在宅悪性腫瘍患者指導料算定者、在宅気管切開患者指導管理料算定者、気管カニューレ使用者、留置カテーテル使用者については、2倍の500点を算定できることとした。

20)、改定前は月をまたいで外来診療を行った際、月1回、5点を上乗せできる継続管理加算があった。

21)、一定の条件として次の3条件すべてを満たさなければならない。

①看護配置基準で旧2:1以上であること。

②診療録管理体制加算を算定または診療録管理体制を有すること。

③標準レセ電算マスター対応で、7月から10月までの退院患者調査のデータを提出すること。

22)、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準の主なものは次の通りである。

人員基準の医師は専任常勤2人以上（うち1人は脳血管疾患等リハビリテーションの経験者）、スタッフは専任常勤PT5人以上、専任常勤OT3人以上、専任常勤ST1人以上（言語療法を行う場合）、スタッフは計10人以上とする。施設基準として、面積160平方メートル以上。器械・器具については歩行補助具、訓練マット等が挙げられている。

23)、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の主な基準は次の通りである。

専任常勤医師1人以上、専任常勤PT・OT・STのいずれか1人以上、専用面積は病院100平方メートル以上、診療所45平方メートル以上。

24)、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の主な基準は以下の通り。

運動器リハビリテーションの経験がある専任常勤医師1人以上。

スタッフは次の3つのいずれかを満たすこと。

①専任常勤PT2人以上、②専任常勤OT2人以上③専任常勤PT及びOTが合わせて2人以上。ただし、研修終了の専任常勤あん摩マッサージ指圧師が経験ある医師の監督下で携わればPTとみなす。面積は病院で100平方メートル以上、診療所で45平方メートル以上。

25)、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の主な基準は次の通り。

専任常勤医師1人以上、専任常勤PT・OTのいずれか1人以上。面積45平方メートル以上。

26)、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の主な基準は次のようである。

呼吸器リハビリテーションの経験がある専任常勤医師1人以上。専任常勤PT2人以上（呼吸器リハビリテーションの経験があるPT1人含む）、面積は病院で100平方メートル以上、診療所で45平方メートル以上。

27)、呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の基準の主なものは次の通り。

専任常勤医師1人以上、専任常勤PT1人以上。面積45平方メートル以上。

28)、心大血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準の主なものは次の通り。

循環器科または心臓血管外科を標榜する保険医療機関の医師で、心大血管リハビリテーションの経験のある専任常勤医師1人以上、心大血管リハビリテーションの経験のある専任常勤PTと専任常勤看護師がそれぞれ1人以上。面積は病院で45平方メートル以上、診療所で30平方メートル以上。

29)、心大血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の主な基準は次の通りである。

医師は（Ⅰ）と同様、スタッフは経験のあるPTか看護師のいずれか1人以上、面積は（Ⅰ）と同基準。

30)、心大血管疾患等リハビリテーションを除いて、疾患別スタッフの兼任と機能訓練室の兼用は可能。ただし、回復期リハビリテーション病棟との兼任は不可。

31)、例えば脳血管疾患等リハビリテーション料の面積要件は、240から160平方メートル以上に下げられている。

32)、大腿骨等の骨折、または手術後2ヶ月以内の患者では算定上限日数を90日に、外科手術または肺炎等の治療時の安静で生じた廃用症候群を有しており、手術後または発症後2ヶ月以内の患者も90日に短縮された。

33)、算定対象に新たに加えられた、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経・筋・靱帯損傷後1ヶ

月以内の患者は、60日の算定上限とした。

34)、15日から30日以内は242点のまま、31日から90日以内は125点のままで据え置かれた。

35)、小規模なものの要件とは、精神科医師1人、作業療法士または看護師等を1人専従で配置し、従事者2人につき患者数は1回20人を限度、実施面積は30平方メートル以上の場所で、患者1人当たり3.3平方メートルを標準とする等である。

36)、大規模なものの要件とは、従事者4人につき患者数は1回50人を限度、実施面積は60平方メートル以上の場所で、患者1人当たり4平方メートルを標準とする等である。

37)、精神病棟入院基本料の算定はすべて看護師比率40%以上が要件となっており、実質配置20:1以上で658点、18:1以上で712点、15:1以上で800点、10:1以上で1,209点と高くなる。40%未満の場合には特別入院基本料550点しか算定できない。

38)、対象患者は以下のリスク要因を持つ患者である。

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、糖尿病合併妊婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離。

39)、要件としては次のものがある。

専ら産科医療に従事する医師が3人以上。

年間分娩件数が120件以上。

年間分娩件数等の情報を院内掲示。

助産師が3人以上。

1回の妊娠につき1入院のみ、8日を限度に入院基本料に加算。

40)、(Ⅰ)の要件は、(Ⅱ)を算定している保険医療機関と連携体制を取っている産科、または産婦人科を標榜する保険医療機関であり、年間分娩数、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の情報を院内掲示していること。

(Ⅱ)の要件はハイリスク分娩管理加算と同じである。

41)、硬膜外麻酔または脊椎麻酔で100から130点に、マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔で580点から750点に引き上げた。

42)、マスクまた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に8,300点。

43)、255点を410点に変更。

44)、病理学的検査を専ら担当する医師の常勤要件を、非常勤の病理医が診断を行った場合でも算定可能とした。

45)、救急医療管理加算は、休日または夜間に重症患者の救急医療を受け付けた場合、入院初日に600点を算定していた。今改正によりこの点数の要件が大きく緩和された。つまり、休日・夜間に限らず重症患者を救急で受け入れれば、入院初日に限らず、7日を限度に算定できるようになり、さらに、重症患者の対象を昏睡、急性薬物中毒、重篤な代謝障害（肝不全・腎不全等）等へ拡大した。

46)、夜間時間帯は22時から翌5時までの時間帯を含んだ連続16時間をいうため、16時から翌8時をその時間帯に設定することもできる。この場合、10時から18時まで勤務した職員は、16時から18時までの2時間の夜勤ということになる。夜勤の厳しい職員でも、夜勤時間帯での月労働時間が16時間以上になれば、夜勤従事者として取り扱われることになる。

47)、医療安全対策加算を算定するには、安全管理の専門の教育を受けた看護師や薬剤師を管理者として専従

で配置しなければならない等の要件がある。同様に褥瘡ハイリスク患者ケア加算にも褥瘡ケアに係る研修を終了した専従管理者の配置等の算定要件がある。

- 48)、この算定要件として、看護配置は常時3:1以上、専用の治療室を有し、必要な装置・器具を常時備えていること等がある。
- 49)、この算定の対象疾患は大腿骨頸部骨折である。
- 50)、医師配置加算の要件は、医師2人以上、夜間看護師1人以上に加え、看護職員10人以上の配置が必要となった。看護職員配置加算も看護師3人を含む看護職員10人以上が要件となったが、15点で据え置かれた。
- 51)、例えば食事という動作について、自立で食事ができれば0点、部分的援助が必要なら3点、全面依存なら6点というように、0点~6点間での評価を行う。食事以外に、ベッド上の可動性、トイレの使用等の動作についても同様の点数評価を行い、それぞれの点数の合計を出して3段階に区分する。
- 52)、療養病棟入院基本料の算定には、看護職員25:1以上、看護補助者25:1以上の配置が必要である。なお、医療区分2、3の患者割合が全体の8割以上の場合、看護職員20:1以上、看護補助者20:1以上の配置が必要となる。
- 53)、日常的に実施される精密眼定検査(両眼で112点)、屈折検査(74点)、矯正視力検査(74点)、角膜曲率半径計測(89点)、細隙燈顕微鏡検査(38点)、精密眼圧検査(85点)等の別途算定は、手術後患者等の特別な場合を除いてできないこととなった(カッコ内は改定前点数)。
- 54)、初診料、再診料または外来診療料を算定した患者のうち、コンタクトレンズに関する検査を実施した患者の割合が70%未満の場合にコンタクトレンズ検査料1を、70%以上の場合に2を算定する。
- 55)、単純CTは頭620点、躯幹803点、四肢570点だった。単純MRIは頭1,140点、躯幹1,220点、四肢1,160点だった。
- 56)、特殊CTは頭710点、躯幹950点、四肢660点を統一して950点。特殊MRIは頭1,500点、躯幹1,600点、四肢1,520点を統一して1,530点。
- 57)、慢性維持透析患者外来医学管理料を2,460点から2,305点に下げ、人工腎臓の夜間及び休日加算を500から300点に下げた。
- 58)、院外処方について、7種類以上の内服薬の投薬では処方せん料1、それ以外は処方せん料2の算定をするが、さらに1・2ともに後発品を含めばイを、そうでなければロを算定する。これらすべてが1点引き下げられ、処方せん料1のイは42点、ロは40点、同2のイは70点、ロは68点になった。
- 59)、慢性疾患患者に28日以上処方を行った場合の特定疾患処方管理長期投薬加算は45から65点に上がった。
- 60)、後発品に変更して差し支えない場合、処方せんの備考欄において、処方せんを交付した医師が「後発医薬品への変更可」の署名、もしくは姓名記載と押印する。変更し差し支えがある場合には、先発医薬品の銘柄名の後に変更不可と記載する。変更可であれば、処方せん料でイの算定になる。また、変更したときには、どんな後発品を調剤したのか、薬局は処方せんの発行をした医療機関に対して情報提供することになる。

(2006年12月16日受理)