

平成18年度診療報酬改定の概要について（案）

平成18年2月15日

I 改定に至る経緯

- 平成18年度診療報酬改定に係る基本的な医療政策については、平成17年11月25日に、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、平成18年度診療報酬改定に係る改定率については、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、さらに保険財政の状況等を踏まえ、診療報酬本体の改定で▲1.36%、薬価等の改定で▲1.8%、合計で▲3.16%の改定とすることが決定された。
- これらを受けて、平成18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（中医協）に対し、上記改定率を前提として、「基本方針」に沿って診療報酬点数の改定案を作成するよう、諮問がなされた。
- 中医協においては、平成17年10月より、診療報酬調査専門組織の調査結果等を踏まえつつ議論を行ってきたが、平成18年1月18日に、その成果を「基本方針」に沿って「現時点の骨子」として取りまとめ、これについて、同月27日まで国民の意見を募集した。また、同日には横浜市にて公聴会を開催し、直接国民の意見を聴く機会を設定した。
- 中医協において、国民の意見を募集した結果等を踏まえ、さらに議論を積み重ね、平成18年2月15日に、厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案について、答申を行った。

II 改定に係る基本的考え方

- 平成18年度診療報酬改定については、「基本方針」に沿って、
 - 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在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在り方について検討する視点

の4つの視点から検討を行った。

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別に診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とした。

Ⅲ 主な改定内容

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視点

(1) 診療報酬体系の簡素化について

- 個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものととなっているか点検を行った上で、所要の名称の見直しを行う。
- 老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取扱いを改め、一本化する。

(2) 医療費の内容の分かる領収証の交付について

- 保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付しなければならないこととする。
 - * 平成18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る。
- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、促すこととする。

(3) 患者の視点の重視について

- 診療情報提供料の体系を大幅に簡素化する中で、全体としては評価を引き下げる。
- 主治医が、セカンド・オピニオン（主治医以外の医師による助言）を求める患者又は家族からの希望に基づき、診療に関する情報を提供することについて、新たに評価を行う。
- 初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行うことについて、新たに評価を行う。
- 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棟内に掲示することを、入院基本料等の算定要件とする。

(4) 生活習慣病等の重症化予防に係る評価について

- 生活習慣病指導管理料について、院内処方の場合以上に院外処方の場合の評価を引き下げるとともに、達成すべき目標等が明確になるよう療養計画書の様式を変更する。

- 禁煙の希望があるニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに評価を行う。
- がん診療連携拠点病院において、紹介による悪性腫瘍の患者に対し入院医療を提供することについて、新たに評価を行う。

(5) 手術に係る評価について

- 年間手術症例数と手術成績との間に相関関係を積極的に支持する科学的知見が得られていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算についてはいったん廃止し、今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、速やかに調査及び検証を行う。

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

(1) 在宅医療に係る評価について

- 診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築する。
- 入院から在宅療養への円滑な移行のために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う指導については、評価を引き上げる。
- 重症度、処置の難易度等の高い患者に対する訪問看護については、評価を引き上げる。
- 在宅療養支援診療所が関与する場合に、在宅におけるターミナルケアに係る評価を引き上げる。
- 特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うことやその指示に基づき訪問看護等を行うこと等について、新たに評価を行う。

(2) 初再診に係る評価について

- 初診料について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算を廃止する。
- 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介患者加算を廃止する。
- 同一医療機関における同一日の複数診療科受診について、新たに評価を行う。

(3) DPCに係る評価について

- 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院を拡大する。
- 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等について、所要の見直しを行う。
- 他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

(4) リハビリテーションに係る評価について

- 現行の体系を改め、新たに脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション及び心大血管疾患リハビリテーションの4つの疾患別の評価体系とする。
- 長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われているとの指摘を踏まえ、疾患ごとに算定日数上限を設定する一方、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逓減制を廃止する。
- 集団療法に係る評価の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和、発症後早期の患者1人・1日当たりの算定単位数の上限の緩和等を行う。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、算定対象となる状態を拡大するとともに、当該状態ごとに算定上限を設定する中で、当該上限を短縮する。

(5) 精神医療に係る評価について

- 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。
- 精神科訪問看護・指導料及び精神科退院前訪問指導料について、精神疾患の地域への復帰を支援する観点から、算定回数上限を緩和する。
- 認知症疾患に係る評価について、医療と介護との役割分担を明確化する中で、入院医療に係る評価を引き上げ、重度認知症デイ・ケア料に係る評価を見直す。

(6) その他

- 地域連携クリティカルパス（地域連携パス）を活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行う。
- 介護老人保健施設入所者に対する、専門的な診断技術や医療機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療行為について、新たに医療保険において評価を行う。
- 臨床研修病院に係る評価を充実する観点から、評価を引き上げる。
- 急性期の脳卒中患者に対して専門的な施設で専門的な医学管理を行った場合について、新たに評価を行う。

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在り方について検討する視点

(1) 小児医療及び小児救急医療に係る評価について

- 深夜における小児救急医療の対応体制に係る評価を充実する。
- 小児入院医療管理料の評価を引き上げるとともに、その算定要件となっている小児科の医師の常勤要件について、弾力的な取扱いを認める。
- 地域における小児医療の集約化及び重点化を図る観点から、地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件を緩和するとともに、24時間の診療体制に係る評価を充実する。

(2) 産科医療に係る評価について

- 晩婚化による出産の高齢化等によるハイリスク分娩の増加に対応するため、産科の体制が整っている病院におけるハイリスクの妊産婦に対する分娩管理について、新たに評価を行う。

(3) 麻酔に係る評価について

- 麻酔に係る技術を適切に評価する観点から、麻酔管理料の評価を引き上げるとともに、重症の患者に対して麻酔を行う場合の加算を新設し、加算の対象となる手術の範囲を拡大する。

(4) 病理診断に係る評価について

- 病院内で病理学的検査を実施する体制に係る評価を充実する観点から、病理診断料の評価を引き上げるとともに、病理診断料の算定要件となっている病理学的検査を専ら担当する医師の常勤要件を緩和する。

(5) 急性期入院医療に係る評価について

- 急性期入院医療の実態に対応し、より手厚い看護体制を評価するなど、メリハリを付けた適切な評価を行う。その際、更なる平均在院日数の短縮を図る観点から、平均在院日数要件を短縮する。
- 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止する一方、救急医療等について評価を行う。
- 有床診療所について、短期間の入院施設としての役割を明確化する方向で、その評価を見直す。

(6) 医療のIT化に係る評価について

- 医療のIT化を集中的に推進していく観点から、医療のIT化について、時限的に新たに評価を行う。

(7) 医療安全対策等に係る評価について

- 入院診療計画の策定等の未実施の場合の入院基本料の減算の仕組みについて、既に大半の医療機関において体制が整備されている現状を踏まえ、入院基本料の算定要件とする。
- 急性期入院医療の高度化・複雑化に対応し、医療安全管理対策の実施体制について新たに評価を行うとともに、より重点的な褥瘡管理対策の実施について新たに評価を行う。

(8) 医療技術に係る評価について

- 高度先進医療専門家会議において保険適用とすることが適当とされた心臓移植、脳死肺移植、脳死肝臓移植及び膵臓移植について、新たに保険適用とする。

- 高度先進医療や新規技術の保険導入を行うとともに、既存技術の再評価を行う。
- 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止する。

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在り方について検討する視点

(1) 慢性期入院医療に係る評価について

- 患者の特性に応じた評価を行い、医療保険と介護保険の役割分担を明確化する観点から、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入し、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げる。
- 特殊疾患療養病棟等についても、現に入院している難病患者及び障害者の医療の必要性に配慮しつつ、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた評価を導入する。

(2) 入院時の食事に係る評価について

- 入院時の食事に係る費用として1日当たりの費用を設定して、実際に提供された食数にかかわらず1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、新たに1食当たりの費用を設定して、3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価を行う。
- 特別食加算の見直しを行うほか、特別管理加算及び選択メニュー加算を廃止する。

(3) コンタクトレンズに係る診療の評価について

- コンタクトレンズに係る診療は定型的であること等を踏まえ、コンタクトレンズに係る検査を包括的に評価し、その適正化を図る。

(4) 検査に係る評価について

- 検体検査実施料について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う。
- 生体検査料について、検査の難易度等を考慮した評価の見直しを行う。

(5) 歯科診療報酬について

- 患者への実効性のあるきめ細やかな情報提供を推進する観点から、かかりつけ歯科医初・再診料を廃止する。
- 歯科医師臨床研修の必修化に伴い、歯科臨床研修病院における入院歯科診療について、新たに評価を行う。
- 歯科疾患に係る指導管理体系を簡素化する中で、総合的な歯科治療計画の作成及びその後の継続的な指導管理の実施を包括して、新たに評価を行う。
- 歯周疾患に係る治療の効果的実施を図る観点から、機械的歯面清掃について、新たに評価を行う。

(6) 調剤報酬について

- 処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関からの処方せんの集中率により3区分とされている調剤基本料について、2区分に見直す。
- 調剤料について、調剤業務に手間のかかる浸煎薬及び湯薬の評価を引き上げる一方、長期投薬に係る内服薬の評価を引き下げる。
- かかりつけ薬局機能の適正な推進を図る観点から、薬剤情報提供料の評価対象を薬剤情報の手帳への記載に限定して評価を引き下げる一方、薬剤情報の文書等による情報提供については、薬剤服用歴管理・指導料の中で評価する。

(7) その他

- 後発医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、処方せんの様式を変更する。
- 医療法上の医師、看護師等の人員配置数を一定の比率以上欠く場合に、入院基本料の減額を行う現行の取扱いについて、再構成する。
- 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標準を下回る事となることから、平成18年9月30日限りで廃止する。
- 慢性維持透析患者外来医学管理料に係る評価の引下げ、人工腎臓の夜間及び休日加算に係る評価の引下げ、エリスロポエチン製剤の人工腎臓への包括評価など、透析医療に係る評価の適正化を行う。
- 長期投薬に係る評価を引き上げるとともに、併せて処方せん料を引き下げる。
- 薬や材料の価格決定方式との整合を図る観点から、酸素価格についても、告示価格の適正化を行う。

IV 各科の改定内容（主要項目）

【医科診療報酬】

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視点

(1) 診療報酬体系の簡素化について

- 個々の診療報酬項目の名称が提供されている医療の内容を分かりやすく表記したものととなっているか点検を行った上で、所要の名称の見直しを行う。
- 老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取扱いを改め、一本化する。

(2) 医療費の内容の分かる領収証の交付について

- 保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付しなければならないこととする。
 - * 平成18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る。
- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、促すこととする。

(医科の様式)

領 収 証

患者番号	氏 名	請 求 期 間 (入院の場合)	
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

受診科	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						
	円						

保 険 外 負 担	選定療養等	その他			
			保 険	保険 (食事)	保険外負担
	(内訳)	(内訳)	円	円	円
			円	円	円
			領収額合計	円	

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇 〇 〇 〇

領収印

(3) 患者の視点の重視について

① 診療情報提供料の体系の簡素化及びセカンド・オピニオンの推進

- 診療情報提供料の体系について、患者から見ると情報の提供元及び提供先によって負担が異なることについて理解が得にくいこと等を踏まえ、大幅に簡素化する中で、全体としては評価を引き下げる。

→ 診療情報提供料(I) 250点 (退院時の加算 200点)

- 主治医が、セカンド・オピニオン(主治医以外の医師による助言)を求める患者又は家族からの希望に基づき、診療に関する情報を提供することについて、新たに評価を行う。 → 診療情報提供料(II) 500点

② 外来迅速検体検査に係る評価の新設

- 初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体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加算を新設する。

外来迅速検体検査加算 1点 (1項目につき)

③ 看護職員等の配置に係る情報提供の推進

- 入院基本料等について、看護職員等の配置に係る表記を改める。

現 行	改正案
「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	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

- 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棟内に掲示することを、入院基本料等の算定要件とする。

(4) 生活習慣病等の重症化予防に係る評価について

① 生活習慣病指導管理料の見直し

- 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る。
- 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する。

現 行	改正案
【生活習慣病指導管理料】	【生活習慣病管理料】
1 処方せんを交付する場合	1 処方せんを交付する場合
イ 高脂血症 1, 050点	イ 高脂血症 900点
ロ 高血圧症 1, 100点	ロ 高血圧症 950点
ハ 糖尿病 1, 200点	ハ 糖尿病 1, 050点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 高脂血症 1, 550点	イ 高脂血症 1, 460点
ロ 高血圧症 1, 400点	ロ 高血圧症 1, 310点
ハ 糖尿病 1, 650点	ハ 糖尿病 1, 560点

② ニコチン依存症管理料の新設

- ・ ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに評価を行う。

初回（1週目）	230点
2回目、3回目及び4回目（2週目、4週目及び8週目）	184点
5回目（最終回）（12週目）	180点

[対象患者]

以下のすべての要件を満たす者であること

- ・ ニコチン依存症に係る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であること
- ・ ブリンクマン指数（＝1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上の者であること
- ・ 直ちに禁煙することを希望し、「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）に則った禁煙治療プログラム（12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム）について説明を受け、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であること

[施設基準]

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・ 医療機関の構内が禁煙であること

[算定要件]

- ・ 「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
 - ・ 本管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
 - ・ 初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできないこととする。
- * 本管理料の新設による効果については、診療報酬改定結果検証部会による検証の対象とする。

③ がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

- ・ 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加算を新設する。

がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 200点

(5) 手術に係る評価について

- 年間手術症例数と手術成績との間に相関関係を積極的に支持する科学的知見が得ら

れていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算についてはいったん廃止し、今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、速やかに調査及び検証を行う。

- 患者が様々な情報に基づき適切に医療機関を選択することができるよう、現在加算の対象となっている手術については、手術実績がある場合の年間手術症例数を院内に掲示することを、当該手術に係る点数の算定要件とする。

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・連携を推進する視点

(1) 在宅医療に係る評価について

① 在宅療養支援診療所の評価

- ・ 高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設ける。

[在宅療養支援診療所の要件]

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
- ・ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又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
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、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していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

② 入院から在宅療養への円滑な移行の促進

- ・ 入院から在宅療養への円滑な移行のために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う指導については、評価を引き上げる。

地域連携退院時共同指導料（I）（紹介元の医療機関が算定）

- | | |
|----------------|--------|
| 1 在宅療養支援診療所の場合 | 1,000点 |
| 2 1以外の場合 | 600点 |

地域連携退院時共同指導料（Ⅱ）（入院先の病院が算定）

- 1 在宅療養支援診療所の場合 500点
- 2 1以外の場合 300点

③ 在宅療養における24時間対応体制の評価

- ・ 在宅時医学管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅時医学総合管理料を新設する。

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 処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せん交付しない場合 4,500点
- 2 1以外の場合
 - イ 処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せん交付しない場合 2,500点

- ・ 在宅療養支援診療所又は連携先の他の保険医療機関等から患家の求めに応じて提供される往診又は訪問看護について、緊急の場合等の往診又は訪問看護に対する評価を引き上げる。

④ 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

- ・ 重症度、処置の難易度等の高い患者に対する訪問看護については、評価を引き上げる。

重症者管理加算1 5,000円/月

在宅移行管理加算1 500点/月

- ・ 在宅悪性腫瘍患者指導管理
- ・ 在宅気管切開患者指導管理
- ・ 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

重症者管理加算2 2,500円/月

在宅移行管理加算2 250点/月

⑤ 在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価の見直し

- ・ 在宅療養支援診療所が関与する場合に、在宅におけるターミナルケアに係る評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算 1,200点 	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

⑥ 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

- ・ 特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うことやその指示に基づき訪問看護等を行うこと等について、新たに評価を行う。

(2) 初再診に係る評価について

① 初診料、外来診療料等の見直し

- ・ 初診料について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- ・ 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算を廃止する。
- ・ 外来診療料についても、評価を引き下げる。

初診料	病院の場合	255点	} →	270点
	診療所の場合	274点		
再診料	病院の場合	58点	→	57点
	診療所の場合	73点	→	71点
	・継続管理加算	5点	→	廃止
外来診療料		72点	→	70点

* ヘモグロビンA1c を包括範囲から除外

② 紹介患者加算の廃止

- ・ 医療機関の機能分化・連携に必ずしも十分寄与していないとの指摘も踏まえ、初診料に係る病院紹介患者加算を廃止するとともに、併せて診療所紹介患者加算を廃止する。

③ 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

- ・ 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、2つ目の診療科の初診に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することとする。

(3) DPCに係る評価について

① DPCによる支払対象病院の拡大

- ・ 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院を拡大し、「DPC対象病院」として、現行の対象病院（82病院）に加えて試行的適用病院（62病院）を位置付けるほか、DPCの適用を希望する調査協力病院（228病院）のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。