

② 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等の見直し

- ・ 「手術」による分岐の簡素化、「手術・処置等2」による分岐の精緻化、「検査入院」「教育入院」の廃止、「副傷病」の検証等を行う。
- ・ 短期入院が相当程度存在する診断群分類について、より短期の入院を高く評価する仕組みへの見直し（入院期間Iの設定方法の見直し）を行う。
- ・ DPCによる包括評価の範囲について、以下のとおり見直しを行う。

③ DPCにおける調整係数の見直し

- ・ 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、調整係数を設定する。

(4) リハビリテーションに係る評価について

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、作業療法及び言語聴覚療法を再編し、新たに4つの疾患別リハビリテーション料を新設する。

	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	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 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 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

- ・ 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逡減制を廃止する。
- ・ 集団療法に係る評価を廃止し、個別療法のみに係る評価とするほか、機能訓練室の面積要件については緩和する。

② 急性期リハビリテーションの評価

- ・ 発症後早期については、患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和し、患者1人・1日当たり6単位までとする。

③ リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和

- ・ リハビリテーション従事者の労働時間について、医療機関ごとの弾力的な運用を可能とする観点から、リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位までとする。

④ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- ・ 算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に180日を算定上限としている現行の取扱いを改め、リハビリテーションを要する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。

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	算定開始後 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)	算定開始後 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	算定開始後 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	算定開始後 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	算定開始後 60日

⑤ 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

- ・ 入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、在宅訪問リハビリテーション指導管理料について、1日当たり530点から1単位当たり300点に改めるとともに、算定上限を週6単位まで（退院後3月以内の患者については、週12単位まで）に緩和する。

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・者に対するリハビリテーションについて、新たに診療報酬上の評価を行う。
- ・ 摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーションの算定上限を緩和する。

(5) 精神医療に係る評価について

① 精神病床における急性期の入院医療の評価

- ・ 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。

精神科救急入院料（看護職員の実質配置10：1） [現行2：1に相当]

入院後30日以内	3, 200点
入院後30日超	2, 800点

精神科急性期治療病棟入院料 1 (看護職員の実質配置 13 : 1)

入院後 30 日以内	1, 900 点	[現行 2. 6 : 1 に相当]
入院後 30 日超	1, 600 点	

精神科急性期治療病棟入院料 2 (看護職員の実質配置 15 : 1) [現行 3 : 1 に相当]

入院後 30 日以内	1, 800 点
入院後 30 日超	1, 500 点

② 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

- 精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、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、長期入院の評価を引き下げる。

14 日以内	439 点	→	459 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
181 日～1 年以内	25 点	→	10 点

③ 通院精神療法に係る評価の見直し

- 通院精神療法の再診時の点数について、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格差を是正する。

診療所の場合	370 点	→	360 点
病院の場合	320 点	→	330 点

④ 入院精神療法の算定要件の緩和

- 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、新規入院又は退院予定のある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。

⑤ 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、短時間のケアについて、新たに評価を行う。

精神科ショート・ケア	
小規模	275 点 (1 日につき)
大規模	330 点 (1 日につき)

⑥ 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

- イ 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

週3回まで算定可

→ 退院後3ヶ月以内の患者に対して行う場合は週5回まで算定できる。

□ 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できる。

→ 入院後6月を超える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。

⑦ 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

- ・ 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月以内に限り、1日100点を加算する。
- ・ 重度認知症患者入院治療料については廃止する。
- ・ 認知症老人入院精神療法料は、既に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ことから廃止する。

⑧ 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

- ・ 算定対象となる重度認知症の定義に、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する。
- ・ 診療報酬体系を簡素化する観点から、重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）と（Ⅱ）とを統合するとともに、診療実態を踏まえ、4～6時間未満の診療に係る評価は廃止する。

重度認知症患者デイ・ケア料 6時間以上 1,000点

⑨ 小児に対する心身療法の評価

- ・ 20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、100/100点を加算する。

(6) その他

① 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

- ・ 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。

地域連携診療計画管理料（入院時） 1,500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合に、入院時に算定できる。

地域連携診療計画退院時指導料（退院時） 1,500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた退院後の療養計画を説明し、その療養計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合であ

って、紹介元の連携医療機関に対しその診療情報を文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

② 介護老人保健施設における他科受診の適正評価

- ・ 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。

③ 臨床研修病院に係る評価の見直し

- ・ 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）の評価を引き上げるとともに、新たに強力型臨床研修指定病院についても評価の対象とする。

単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合 40点
協力型臨床研修指定病院の場合 20点

④ 脳卒中ケアユニットの評価

- ・ 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。

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日を限度として算定する。

⑤ 地域加算の見直し

- ・ 平成18年2月1日に、国家公務員給与の地域手当の支給地域及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、地域加算の取扱いについて見直しを行う。

現 行		改正案	
1種地域（東京都特別区）	18点	1級地（東京都特別区）	18点
2種地域（横浜市、大阪市等）	15点	2級地（武蔵野市、大阪市等）	15点
3種地域（伊丹市、福岡市等）	9点	3級地（さいたま市、横浜市等）	12点
4種地域（札幌市、仙台市等）	5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

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

① 乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実

- ・ 診療報酬体系を簡素化する観点から、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するとともに、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。

現行	改正案
【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

② 小児入院医療に係る評価の見直し

- ・ 小児入院医療管理料の評価を引き上げる。
 小児入院医療管理料1 3,000点 → 3,600点
 小児入院医療管理料2 2,600点 → 3,000点
- ・ 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、保育士等加算を引き上げる。
 プレイルーム、保育士等加算 80点 → 100点
- ・ 小児入院医療管理料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、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できている場合には、常勤として取り扱うこととする。

③ 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

- ・ 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。

地域連携小児夜間・休日診療料

(1) 300点

- ・ 小児を夜間、休日、深夜のうち、あらかじめ定めた時間として地域に周知された時間に診療することができる体制を有していること
- ・ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする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

(2) 450点

- ・ 小児を24時間診療することができる体制を有していること

- ・ 小児科を担当する医師が常時配置されていること
- ・ 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名以上いること

④ 小児医療における手術の通則加算の見直し

- ・ 個々の手術の特性に応じて加算を設ける取扱いとする中で、新生児及び乳幼児に対する手術に係る評価を引き上げる。
- ・ 極低出生体重児（1, 500g未満の児）に対して手術を行う場合の加算を新たに設ける。

⑤ 小児医療における検査、処置等の技術に係る評価の見直し

- ・ 現行の検査及び処置の新生児加算及び乳幼児加算並びに注射の乳幼児加算について、評価を充実する。

⑥ 小児食物アレルギー患者への対応

- ・ 食物アレルギーを持つ患者をより正確に診断し、不必要・不適切な食物除去が行われないよう、小児食物アレルギー負荷検査（1, 000点）を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。
- ・ 外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料の対象となる食事として、小児食物アレルギー食を追加する。

(2) 産科医療に係る評価について

① ハイリスク分娩管理加算の新設

- ・ 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。

ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 1, 000点

[対象疾患等]

保険診療による分娩管理のため入院した妊婦のうち、以下のリスク要因を持つ患者（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及び常位胎盤早期剥離）

② ハイリスク妊産婦共同管理料の新設

- ・ ハイリスクの妊産婦が入院した場合において、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でも算定できるようにする。

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）

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）

(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。

麻酔管理料

硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点 → 130点
 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 580点 → 750点

麻酔料

- イ マスク又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（新設） 8,300点
 - その他の場合 6,100点
- ロ 側臥位における手術の場合の加算（新設） 100分の10
- ハ 人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算
100分の50 → 100分の100
- ニ 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合の加算 → 廃止

(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。
病理診断料 255点 → 410点
- 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し、当該保険医療機関内において非常勤の病理医が診断を行った場合でも算定できることとする。

(5) 急性期入院医療に係る評価について

① 急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

- ・ 入院基本料を算定する一般病棟、専門病棟、障害者施設等、結核病棟、精神病棟及び特定機能病院（一般病棟、結核病棟及び精神病棟）について、現行の区分を簡素化し、急性期医療により特化した入院料体系を夜間も含めて再構成する。

	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

*ただし区分E、Fは結核病棟及び精神病棟のみが算定できる。

- ・ 夜間勤務等看護加算は廃止し、夜勤に係る看護職員配置も看護職員配置に係る評価全体の中で併せて評価する。
- ・ 看護補助加算について、現行の5区分の体系を3区分に簡素化する。

区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分	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	1	6 : 1	基本料D、E、F
4	10 : 1	基本料2、3、4、5	2	10 : 1	基本料C、D、E、F
5	15 : 1	基本料2、3、4、5	3	15 : 1	基本料C、D、E、F

- ・ 入院期間に応じた加算については、結核病棟及び精神病棟について、入院初期を高く評価する。

[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 —			

② 紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止

イ 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。

ロ 併せて、以下のような措置を講ずる。

- ・ 特定機能病院については入院基本料の14日以内加算を引き上げる。
- ・ 地域医療支援病院については地域医療支援病院入院診療加算1を1,000点に引き上げる。

- ・ 救急医療管理加算について、算定できる時間帯を夜間又は休日以外にも拡大するとともに、算定日数を7日まで延長する。
- ・ 救急救命入院料及び特定集中治療室管理料を引き上げる。

③ 有床診療所における入院医療の評価の見直し

- ・ 有床診療所入院基本料について、看護職員配置による区分を簡素化するとともに、入院期間に応じた評価については、14日以内の評価を引き上げ、15日以降の評価を引き下げる。

有床診療所入院基本料1（看護職員5人以上(*)）

7日以内	810点
14日以内	660点
30日以内	490点
31日以降	450点

* 看護職員5人以上のうち、看護師が1名以上いることが望ましい。

有床診療所入院基本料2（看護職員1人以上5人未満）

7日以内	640点
14日以内	480点
30日以内	320点
31日以降	280点

- ・ 現行の医師の数による加算については、40点から100点に評価を引き上げる。

(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、平成22年度までの時限的措置として、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つを満たしている場合に、電子化加算として、初診料に対する加算（3点）を新設する。

[必要的に具備すべき要件]

- ・ レセプト電算化システムを導入していること
- ・ 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年度中は「選択的に具備すべき要件」として取り扱い、平成19年度以降、「必要的に具備すべき要件」として取り扱う。
- ・ 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）を交付していること

[選択的に具備すべき要件]（いずれか一つを実施）

- ・ レセプトの電算化（電子媒体による請求）（400床以上の病院以外の保険医療機関に限る。）
- ・ 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床以上の病院以外の保険医療機関に限る。）

- ・ 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を行っていること
- ・ 診療情報提供について電子的に行っていること
- ・ 電子紹介状を行っていること
- ・ 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
- ・ 電子カルテによる病歴管理を行っていること
- ・ 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
- ・ 遠隔医療支援システムを活用した離島・へき地及び在宅診療を行っていること
- ・ 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 等

(7) 医療安全対策等に係る評価について

① 入院基本料に係る減算の廃止

- ・ 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の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、入院基本料の算定要件とする。

入院診療計画未実施減算	350点（入院中1回）	→ 廃止
院内感染防止対策未実施減算	5点/日	→ 廃止
医療安全管理体制未整備減算	5点/日	→ 廃止
褥創対策未実施減算	5点/日	→ 廃止

② 医療安全対策加算の新設

- ・ 急性期入院医療において、医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等を医療安全管理者として専従で配置している場合について、入院基本料に対する加算（50点）を新設する。

③ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

- ・ 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、総合的な褥瘡対策を実施する場合の加算を新たに設ける。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1回の入院につき） 500点

(8) 医療技術に係る評価について

① 臓器移植の保険適用

- ・ 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臓器採取及び移植に係る技術料を新設する。

移植用心採取術	49,300点	移植用肝採取術（死体）	56,800点
同種心移植術	104,100点	同種死体肝移植術	108,600点
移植用肺採取術（死体）	49,800点	移植用膵採取術（死体）	46,800点
同種死体肺移植術	91,800点	同種死体膵移植術	88,600点

- 併せて、臓器提供施設における脳死判定、判定後の医学管理、臓器提供時の麻酔に係る費用として、脳死臓器提供管理料（14,200点）を新設する。

② 高度先進医療の保険導入

- 高度先進医療109技術のうち、以下の8技術について保険導入を行う。

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

③ 新規技術の保険導入

- 学会からの要望のあった619技術のうち50新規技術について保険導入を行う。
(例)
医療機器決定区分C2（新機能、新技術）に係る技術（PET・CT等）
内視鏡下手術 等

④ 既存技術の再評価

- 学会からの要望のあった619技術のうち、86既存技術について再評価を行う。
(例)
難易度等を考慮した設定点数の見直し
腹腔鏡、胸腔鏡及び関節鏡下手術の再評価
同一手術野等における手術の再評価
高機能CT・MRIの評価 等

⑤ 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

- 医療技術の陳腐化や新たな科学的知見等により、医療現場においては既に実施されていない又は臨床的な意義がほとんどなくなっていると考えられる項目を削除する。
(例)
[血液形態・機能検査]
D00510. ヘモグロビンA1 (HbA1)
[生化学検査]
D0071. アルブミン・グロブリン比測定
[手術]
K624 胸管ドレナージ法 等

⑥ 消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制の廃止

- 同じ治療にも関わらず回数の違いで点数が異なることとなり、患者にとって分かりにくいものとなることから、消炎鎮痛等処置の同一月内逓減制を廃止する。

⑦ その他の指導管理等に係る技術の評価

- ・ 指導管理等に係る要望項目のうち、重症化予防等の観点から医学的必要性の高いと思われる以下の技術について、新たに評価又は再評価を行う。
 ウイルス疾患指導料（特に肝炎ウイルスやHIV）
 特定薬剤治療管理料の適応拡大
 重症度の高い喘息患者に対する治療管理（新設）

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

① 患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価

- ・ 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。

[療養病棟入院基本料の見直し]

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))

[有床診療所療養病床入院基本料の見直し]

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))

- ・ 医療機関への周知期間等を勘案して、平成18年7月1日施行とする。

② 特殊疾患療養病棟等の見直し

- ・ 特殊疾患療養病棟等についても、療養病棟については、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。
- ・ その際、一定以上の病棟床面積を有する場合には、療養環境に係る加算を新たに設けて評価する。