

3月1日中医協諮問後解禁

平成12年度社会保険診療報酬改定等の概要

資料 1

I 基本的考え方

医療保険制度抜本改革の一環として、医療の質の向上と効率化を図るため、診療報酬体系の見直しを着実に進める。

平成12年度診療報酬改定においては、「診療報酬体系（医科、歯科、調剤）のあり方に関する中間報告（平成11年12月1日）」に示された主要課題に従い、医療機関の機能分担と連携を促進する観点、医療技術を適正に評価する観点及び出来高払いと包括払いの最善の組み合わせを実現する観点から、基本診療料、手術料を中心に体系的な見直しに着手し、包括払いの範囲を拡大する。

また、平成12年度薬価制度改革にあわせて、薬剤使用の適正化策の拡大及び薬剤関連技術料の適正な評価を行う。さらに医療の質の向上と患者サービスの向上のため、小児医療の充実、回復期リハビリテーションの充実、逡減制の見直しを含む長期療養患者への必要な医療の確保、有効性・効率性の高い新規技術の保険導入、歯科医療技術の評価、患者への必要な情報提供の確保、在宅医療の充実等を行う。

このため、医科、歯科、調剤別に、質的、量的双方の面における現行報酬の合理化・簡素化を図ることにより生じる0.9%の財源に、1.9%を加えた財源を、現時点で必要度の高いこれらの分野に重点的に配分する。

Ⅱ 主たる改定内容

1 診療報酬体系の見直しに関する事項

① 初・再診料等

外来の機能分化を進め、医療の質の向上と医療提供の効率化を図るため、初・再診料等について必要な見直しを行う。

医科においては、再診時の評価として、外来診療料、再診料継続管理加算を新設、歯科においては、かかりつけ歯科医初診料、かかりつけ歯科医再診料、病院歯科初診料及び病院歯科再診料を新設、調剤においては、薬剤服用歴管理・指導料、長期投薬特別指導料を新設する。

② 入院基本料

入院の機能分化を進め、医療の質の向上と医療提供の効率化を図るため、入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を統合、簡素化し、基本的な入院医療の体制を総合的に評価する入院基本料を、病棟種類別に10種類新設する。

また、医療機関の機能等を適切に評価するため、7つの新設の加算を加えて計31種類の加算を整備する。

③ 特定入院料

入院基本料の新設と併せて、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料の4種類の新設に加え、既存の特定入院料についても包括範囲を拡大する等、特定入院料の体系を整備（計16種類）する。

④ 短期滞在手術基本料

医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術基本料を新設する。（従来の加算は廃止）

⑤ 手術料

手術料体系について、人件費構成、技術難易度等からみて現行点数体系の相対関係を調整するとともに、医療技術の高度化、安全確保の水準等の向上により材料等の比重が高まっている特定の技術の評価を重点的に見直す。

2 薬剤使用の適正化策の拡大と薬剤関連技術料の評価の見直し

平成12年度薬価制度改革にあわせて、多剤投与の際の逡減措置の拡大、長期投薬の見直し等行うとともに処方料、薬剤情報提供料等の薬剤関連技術料の評価の見直しを実施する。

3 その他の重点事項

① 小児医療

小児入院医療の充実を図るため小児入院医療管理料を新設するとともに、小児外来医療・救急医療の充実を図るため各種乳幼児加算、幼児加算の引上げ等を行う。

② 急性期入院医療

病院における外来の適正化を行う一方で、急性期入院医療の質の向上と効率化を図るため、紹介率の高い病院や高度な急性期入院医療を行う病院の入院評価を充実する。

③ 回復期リハビリテーション

寝たきり状態の患者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設する。

④ 特殊疾患等

長期療養が必要な特殊疾患等に関する医療を確保するため、平均在院日数を算定基準としない特殊疾患療養病棟の拡充、障害者施設等入院基本料や特殊疾患入院医療管理料等の新設を行う。

⑤ 早期退院に伴う問題発生の防止

一般病棟等に入院する患者のうち、患者の病状からみて長期入院が必要な者等については、平均在院日数要件の計算の対象外とするとともに、入院基本料の初期加算等により入院当初の評価を充実する一方で、長期入院に係る逓減制を緩和すること等により、早期退院に伴う問題発生の防止を図る。

⑥ 新規技術

有効性・効率性が高い新規技術として、同種末梢血幹細胞移植術、顕微鏡使用によるてんかん手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、在宅肺高血圧症患者指導管理料等を新たに保険導入する。

⑦ 患者への情報提供

診療録管理責任者等を配置するなど一定水準以上の診療録の管理体制を確保し、かつ現に患者に対し診療情報の提供が行われている医療機関に対して、診療録管理体制加算を新設する。

⑧ 在宅医療

在宅医療の質の向上と効率化を図るため、在宅患者訪問診療料等の引上げ、在宅患者訪問看護・指導料等について同一日に複数回の訪問があった場合の加算の新設の他、在宅医療機器の価格の適正化を図る。

⑨ 生活習慣病への対応

生活習慣病へ対応するため、運動療法指導管理料を高脂血症、糖尿病に拡大する。

⑩ 感染症・精神医療

感染症対策として、一類感染症患者入院医療管理料、二類感染症患者入院診療加算を新設するとともに、一定の要件に該当するC型慢性肝炎患者へのインターフェロン再投与について保険適用を行う。また、精神医療について、精神病棟入院時医学管理加算を新設する。

⑪ 歯科固有の技術評価

歯科固有の技術の適正評価として、齶蝕治療の評価、歯周治療の評価、補綴物に関する技術の評価等の見直しを行う。

⑫ 歯科訪問診療等

歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導の一層の質の向上と効率化を図るため、同一施設内の複数患者に対し、同日に歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導を行う場合における評価の方法を見直す。

⑬ 検査・画像診断

市場実勢価格を踏まえた検体検査料の適正化を図る一方で、質の高い検体検査管理体制を有する医療機関の評価を充実し、検査の質の向上と効率化を図る。また、既存のCT、MRIや歯科パノラマ断層撮影等の評価の見直しを行う一方で、新規機能についての点数の新設等を行う。

⑭ 剤の見直し

屯服薬、注射薬の調剤料は、全ての場合に1剤又は1調剤として算定するよう、算定単位を見直す。

Ⅲ 各科の改定内容

医 科

1 診療報酬体系の見直しに関する事項

(1) 病院外来機能とかかりつけ機能の明確化（外来の基本診療料等の見直し）

外来における機能分化を進め、医療の質の向上と医療提供の効率化を図るため、再診時の評価等について次の見直しを行う。

イ 外来診療料の新設

200床以上の病院における再診については、再診料に代えて、簡単な検査等を包括した外来診療料で評価（従来の特定機能病院外来診療料は廃止）

外来診療料 (新設) → 70点

ロ 逆紹介の評価

200床以上の病院から診療所に患者の紹介を行った場合を評価

診療情報提供料 (B) 逆紹介加算 (新設) → 230点
診療情報提供料 (C) 逆紹介加算 (新設) → 20点

ハ 再診料の見直し

再診料は、200床未満の病院又は診療所における再診の評価とし、患者への継続性のある医学的管理を評価する継続管理加算を新設。

継続管理加算 (新設) → 5点 (月1回)

ニ 再診料外来管理加算の見直し

再診料外来管理加算は、200床未満の病院又は診療所に限定し、評価を充実。

外来管理加算 42点 → 52点

(2) 入院基本料の新設（入院の基本診療料の見直し）

入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を統合、簡素化し、基本的な入院医療の体制を総合的に評価する入院基本料を新設する。

イ 類型別設定

- ・医療機関の機能に応じ、病棟等の類型別に10種類の入院基本料を設定
- ・一般病棟、特定機能病院、専門病院、障害者施設等については、さらに機能を区分し、I群及びII群の類型を設定。(療養病棟、老人病棟の選択制は廃止)
- ・同一類型の入院基本料は、看護配置基準、平均在院日数等により区分。
- ・所定の看護婦比率(70%又は40%)より低い病棟は一定額減算。

(病院)

一般病棟入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率、平均在院日数)
療養病棟入院基本料	(看護配置基準、看護補助者配置基準)
結核病棟入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率、平均在院日数)
精神病棟入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率、平均在院日数)
特定機能病院入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率、平均在院日数)
専門病院入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率、平均在院日数)
障害者施設等入院基本料	(看護配置基準、看護婦比率)
老人病棟入院基本料	(看護配置基準、看護補助者配置基準)

(注) 特定機能病院における入院期間短縮計画による特例は4月に廃止し、専門病院の平均在院日数要件は10月に導入。

(有床診療所)

有床診療所入院基本料	(看護配置基準)
有床診療所療養病床入院基本料	(看護配置基準、看護補助者配置基準)

一般病棟入院基本料 I 群 (平均在院日数 28 日以内) の場合

	看護配置	看護婦比率	平均在院日数	基本点数
入院基本料 1	2 : 1	70%	25日	1,216点
入院基本料 2	2.5 : 1	70%	28日	1,113点
入院基本料 3	3 : 1	40%	28日	943点
入院基本料 4	3.5 : 1	40%	28日	848点
入院基本料 5	4 : 1	40%	28日	788点

ロ 初期加算・長期減算

- 各病棟等の特性に応じて、初期加算、長期減算をそれぞれ設定。
- 従来の逓減制と比較して、急性期、慢性期に応じた評価の観点から、入院当初はより手厚い評価を、入院から1か月経過後は逓減を緩やかに設定。

一般病棟入院基本料 I 群の場合

入院後～14日	452点加算/日 (入院基本料5等は440点)
15日～30日	207点加算/日 (入院基本料5等は195点)
180日以降	50点減算/日

療養病棟入院基本料の場合

入院後～30日	312点加算/日
180日以降	37点減算/日

ハ 入院診療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算

入院に関し当然に行うべき、入院診療計画の説明、院内感染防止対策を実施しない医療機関では、次の減算を実施。

入院診療計画未実施減算	350点減算 (入院初日)
院内感染防止対策未実施減算	5点減算/日

ニ 各種加算

医療機関の機能等を適切に評価するため、7つの新設の加算（内容は後述）を加えて、合計31種類の加算を整備

（新設）

紹介外来加算・紹介外来特別加算
急性期特定病院加算
乳幼児救急医療管理加算
診療録管理体制加算
二類感染症患者入院診療加算
準超重症児（者）入院診療加算
精神病棟入院時医学管理加算

ホ 療養型病床群に係る評価の見直し

従来療養型病床群療養環境加算（Ⅳ）を廃止
入院時食事療養費に係る食堂加算を廃止

(3) 特定入院料体系の整備（入院の基本診療料の見直し）

従来より、特定の機能に着目して、段階的に整備されてきた包括払いを原則とする特定入院料について、入院基本料の新設と併せて、その体系の整備（合計16種類）を図る。

① 新規の特定入院料（内容は後述）

一類感染症患者入院医療管理料
特殊疾患入院医療管理料
小児入院医療管理料
回復期リハビリテーション病棟入院料

② 既存の特定入院料の見直し

イ 包括範囲の拡大及び小児医療・救急の充実等による見直し

救急救命入院料			
救急救命入院料1（7日以内の場合）	8,000点	→	9,200点/日
救急救命入院料2（7日以内の場合）	9,400点	→	10,600点/日
特定集中治療室管理料（7日以内の場合）	7,700点	→	8,900点/日
新生児特定集中治療室管理料	7,600点	→	8,500点/日
総合周産期特定集中治療室管理料			
母体・胎児集中治療室管理料	6,300点	→	7,000点/日
新生児集中治療室管理料	7,600点	→	8,600点/日
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	7,200点	→	7,900点/日

ロ 対象者の明確化

特殊疾患療養病棟入院料 重度意識障害者の追加

(4) 短期滞在手術基本料の新設

医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術基本料を新設する。(従来の加算は廃止)

イ 短期滞在手術基本料1 (新設) → 3,000点/1手術
(注) 対象手術: 入院当日に退院する眼内レンズ挿入術、乳腺腫瘍摘出術等 13種類

ロ 短期滞在手術基本料2 (新設) → 5,000点/1手術
(注) 対象手術: 入院の翌日までに退院する顎下腺腫瘍摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術等 16種類

(5) 手術料の体系的な見直し(外科系技術評価体系の見直し)

人件費構成、技術難易度等からみて現行点数体系の相対関係を調整するとともに、医療技術の高度化、安全確保の水準等の向上により材料等の比重が高まっている特定の技術の評価を重点的に見直す。

① 材料等の比重が高く特に評価を充実する主な手術料

イ 胸腔鏡下肺切除術	33,200点	→	36,400点
ロ (心臓)弁形成術(1弁のもの)	36,000点	→	43,200点
ハ 腹腔鏡下虫垂切除術	15,000点	→	18,000点

② 陳腐化等の理由により削除する主な手術

イ 脊椎棘突起骨折観血的手術
ロ 経前庭窓タック挿入術
ハ 口峽腫瘍摘出術

③ 人件費構成、技術難易度等からみて評価を引き上げる主な技術

イ 脳動脈瘤流入血管クリッピング(1箇所)	33,700点	→	40,400点
ロ 乳腺悪性腫瘍手術(単純乳房切除術)	8,700点	→	10,400点
ハ 臍頭部腫瘍切除術(臍頭十二指腸切除術)	46,700点	→	55,200点

④ 人件費構成、技術難易度等からみて評価を引き下げる主な技術

イ 白内障手術(後発切開術)	1,960点	→	1,740点
ロ 内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術	5,000点	→	4,000点
ハ 経尿道的前立腺高温度治療	25,800点	→	23,200点

2 薬剤使用の適正化策の拡大と薬剤関連技術の適正評価

平成12年度薬価制度改革にあわせて、今回、薬剤使用の適正化策の拡大と薬剤関連技術の評価の見直しとを実施する。

(1) 薬剤使用の適正化策の拡大

① 多剤投与の場合の薬剤料等の逓減措置の拡大

多剤投与の際の薬剤料、処方料、処方せん料逓減の基準の見直し
8種類以上 → 7種類以上

② 長期投薬の見直し

疾病構造の変化、新薬に係る副作用情報の収集・提供体制の整備等を踏まえ、長期投薬の見直しを行う。

イ	外用薬の一般的な投与期間の延長	7日	→	14日
ロ	外用薬の長期投薬期間の見直し	14日又は30日	→	30日
ハ	長期投薬の対象の拡大			
ニ	新薬に係る長期投薬猶予期間の短縮	2年	→	1年

(2) 薬剤関連技術料の適正評価

イ	処方料（7種類以下の場合）	37点	→	（6種類以下の場合）	42点
	処方料（8種類以上の場合）	26点	→	（7種類以上の場合）	29点
	特定疾患処方管理加算	12点	→	15点	
ロ	薬剤情報提供料	7点	→	10点	
ハ	薬剤管理指導料	月2回480点の算定	→	週1回350点の算定	
ニ	退院時服薬指導加算	（新設）	→	50点	
ホ	注射手技料（主な例）				
	皮下・筋肉内注射	16点	→	18点	
	静脈内注射	28点	→	30点	
	点滴注射	93点	→	95点	
ニ	調剤料				
	外来内服薬等	7点	→	9点	
	外来外用薬	4点	→	6点	
	入院患者投薬	5点	→	7点	

3 小児医療の充実

(1) 小児入院医療の充実

イ 小児入院医療管理料の新設

小児入院医療の質の向上と効率化を図るため、病院単位で、小児1人当たりの包括点数（投薬、注射、手術、麻酔を除く。）を新設。

小児入院医療管理料（新設） → 2,100点/日

（注）算定対象患者：届出を行った医療機関に入院する全ての15歳未満の患者

ロ 入院基本料加算の新設（特別入院基本料の場合を除く。）

乳幼児加算（3歳未満）	333点
幼児加算（3歳～6歳）	283点

(2) 小児外来の充実

イ 小児科外来診療料

院外処方の場合（初診時）	540点	→	550点
上記以外の場合（初診時）	650点	→	660点

ロ 初診料

乳幼児加算（6歳未満）	65点	→	72点
夜間等の場合	65点	→	102点

ハ 再診料・外来診療料

乳幼児加算（3歳未満） 夜間等の場合	35点	→	65点
幼児加算（3歳～6歳） 夜間等の場合	27点	→	57点

(3) 24時間救急医療の充実

① 入院の場合（入院基本料）

乳幼児救急医療管理加算（新設） → 150点加算

（注）対象患者：救急医療管理加算（600点）を算定する6歳未満の患者

② 外来の場合

イ 初診料の加算 210点 → 230点

ロ 再診料・外来診療料の加算 160点 → 180点

③ 救急搬送の場合

救急搬送診療料乳幼児加算（新設） → 150点加算

（注）対象患者：救急搬送診療料（650点）を算定する6歳未満の患者

4 急性期入院医療の質の向上と効率化

病院における外来の適正化を行う一方で、急性期入院医療の質の向上と効率化を図る。

イ 医師配置数の評価（加算入院時医学管理料の見直し）

5/100加算の廃止
10/100加算の組み替え

入院基本料入院時医学管理加算 60点加算（14日以内）

ロ 紹介率の高い病院の入院医療の評価

紹介外来加算（紹介率30%以上）

（新設） → 100点加算（14日以内）

紹介外来特別加算（外来入院比率1.5以下）

（新設） → 更に50点加算（14日以内）

ハ 地域において高度な急性期入院医療を行う病院の評価

急性期病院加算（従来の入院時医学管理料（Ⅱ））

155点加算（14日以内）

急性期特定病院加算

（新設） → 200点加算（14日以内）