

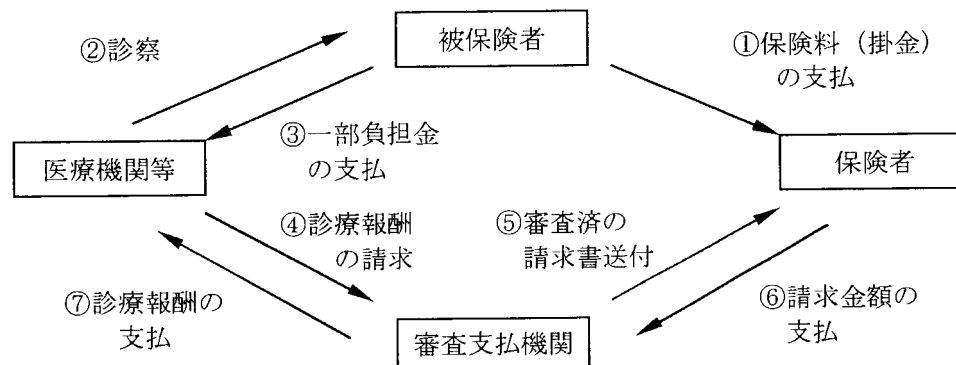
第 1 回 社 会 保 障 審 議 会 後 期 高 齢 者 医 療 の 在 り 方 に 関 す る 特 別 部 会	資料3-1
平 成 1 8 年 1 0 月 5 日	

# 現行の診療報酬体系

# 現行の診療報酬について

## 1 診療報酬とは

保険医療機関等がその行った保険医療サービスに対する対価として保険から受け取る報酬



## 2 診療報酬体系の性格

- ① 保険診療の範囲・内容を定める (品目表としての性格)
- ② 個々の診療行為の価格を定める (価格表としての性格) ※ 1点=10円

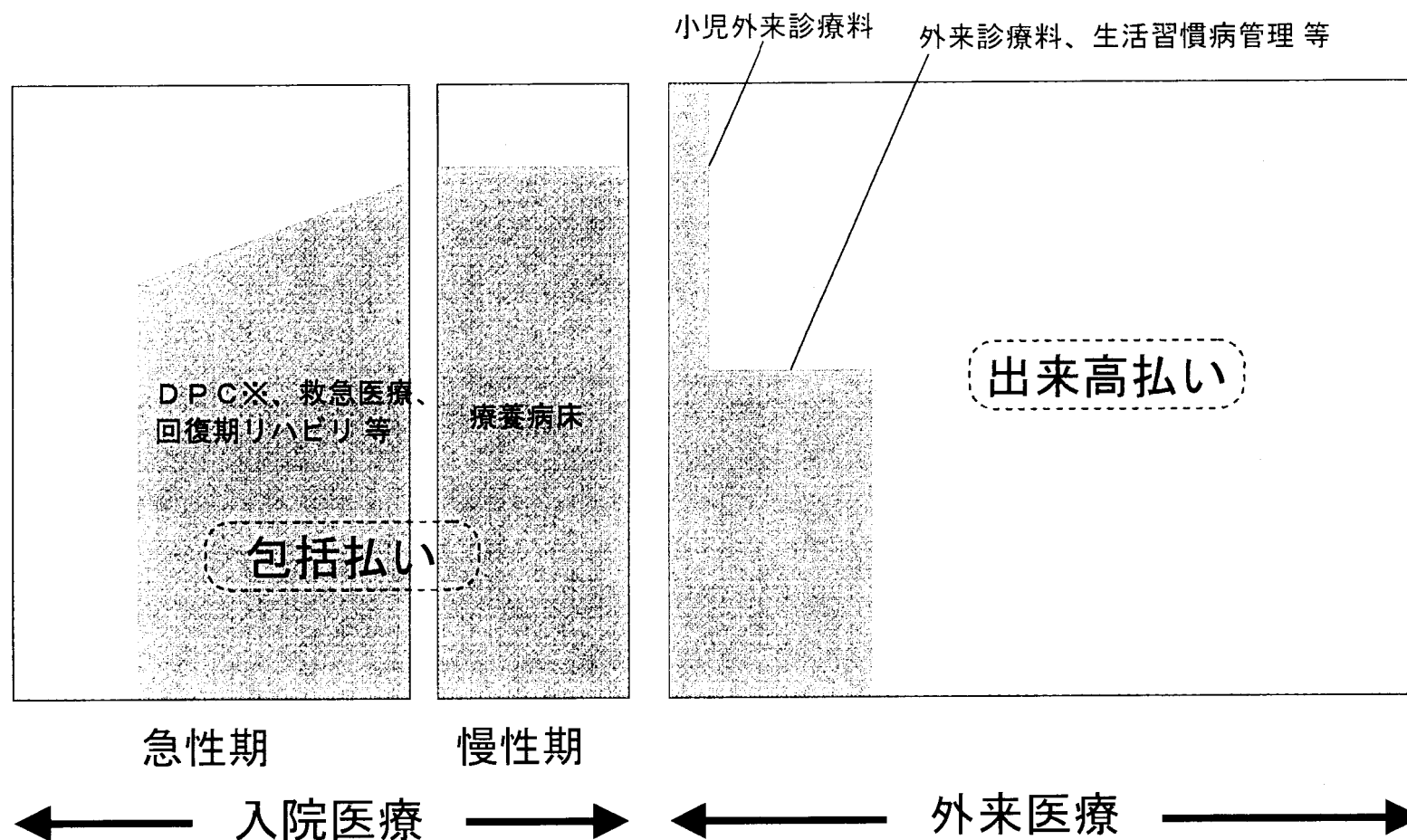
## 3 診療報酬体系の機能 (役割)

- ① 医療機関の収入源 → 医療機関の経営に影響
- ② 医療費の配分 → 医療機関間の医療費の配分に影響
- ③ 医療サービスの提供促進 → 医療提供体制の在り方に影響

\* 診療報酬体系(診療報酬点数表)は、中医協への諮問・答申を経て、厚生労働大臣が告示

- ・ 医科診療報酬区分数:約1,700区分、歯科診療報酬区分数:約300区分(医科点数表に準ずるものを除く)、調剤報酬点数表:約10区分
- ・ 薬価収載品目数:約14,000品目(薬価:医薬品の保険償還価格)

# 現行の診療報酬体系のイメージ



※DPC=Diagnosis Procedure Combination (診断群分類別包括評価)

# 例1 外来診療(出来高払い)

処方
画像診断
検査
初診料

- ・ 背部痛があり診療所を受診し、検査、画像診断を受け、外用薬を処方された場合

初診料	270点
検査	577点
画像診断	158点
処方せん料	70点

計 1,075点

医療費合計 10,750円

## 例2 入院診療の場合（出来高払い）

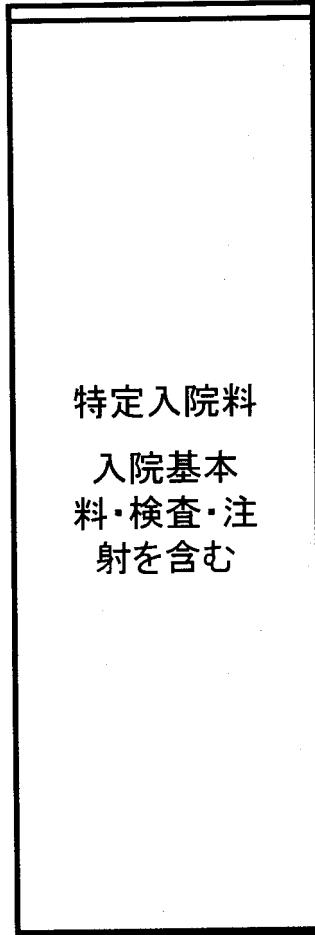
手術 麻酔
投薬・注射 薬剤
検査
入院基本料

- ・ 胃がんの手術のため30日間病院に入院し、開腹胃全摘術を施行した場合

入院基本料	38,044点
検査	8,720点
画像診断	3,563点
投薬・注射・薬剤	51,714点
手術・麻酔	50,170点
	計 152,211点
入院時食事療養費	54,400円
<u>医療費合計</u>	<u>1,576,510円</u>

# 例3 入院診療の場合 (急性期・包括払い)

処置・薬剤・食事



特定入院料  
入院基本  
料・検査・注  
射を含む

- ・急性薬物中毒のため救命救急センターに搬送され、2日後退院となった場合

特定入院料 (救命救急入院料等)	36,236点
薬剤	100点
処置	250点
計	36,586点
入院時食事療養費	3,840円
<u>医療費合計</u>	<u>369,700円</u>

## 例4 入院診療の場合 (慢性期・包括払い)

食事
療養病棟 入院基本料  入院基本 料・検査・投 薬・注射・処 置を含む

- ・肺炎の治療のため病院の療養病  
床に31日間入院した場合

療養病棟入院基本料	37,820点
入院時食事療養費	59,520円
<u>医療費合計</u>	<u>437,720円</u>

# 点数表の体系

- 医科診療報酬点数表
- 歯科診療報酬点数表
- 調剤報酬点数表
- 診断群分類点数表



# 医科診療報酬点数表(基本診療料)

基本診療料は、初診若しくは再診の際及び入院の際に行われる基本的な診療行為の費用を一括して評価するもの。													
初・再診料	<p>初診料(1回につき) <span style="float: right;">270点</span>            外来での初回の診療時に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p> <p>再診料(1回につき) <span style="float: right;">病院 57点 診療所 71点</span>            外来での二回目以降の診療時に一回毎に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p>												
入院基本料	<p>入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">例)一般病棟入院基本料(1日につき)</td> <td style="width: 20%;">7対1入院基本料</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">1,555点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">1,269点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">1,092点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15対1入院基本料</td> <td style="text-align: right;">954点</td> </tr> </table> <p>なお、療養病床の入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。</p>	例)一般病棟入院基本料(1日につき)	7対1入院基本料	1,555点		10対1入院基本料	1,269点		13対1入院基本料	1,092点		15対1入院基本料	954点
例)一般病棟入院基本料(1日につき)	7対1入院基本料	1,555点											
	10対1入院基本料	1,269点											
	13対1入院基本料	1,092点											
	15対1入院基本料	954点											
入院基本料等加算	<p>人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">例)入院時医学管理加算(1日につき) (常勤の医師数が病床数の100分の12以上であること等を評価)</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">60点</td> </tr> <tr> <td>診療録管理体制加算(1入院につき) (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価)</td> <td style="text-align: right;">30点</td> </tr> </table>	例)入院時医学管理加算(1日につき) (常勤の医師数が病床数の100分の12以上であること等を評価)	60点	診療録管理体制加算(1入院につき) (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価)	30点								
例)入院時医学管理加算(1日につき) (常勤の医師数が病床数の100分の12以上であること等を評価)	60点												
診療録管理体制加算(1入院につき) (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価)	30点												
特定入院料	<p>集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する点数。入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射、処置等の費用が含まれている。</p> <p>例)救命救急入院料(1日につき)(7日以内の場合) <span style="float: right;">10,400点</span>            (救命救急センターでの重篤な救急患者に対する診療を評価)</p>												

# 医科診療報酬点数表(特掲診療料1)

特掲診療料は、基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個々に点数を設定し、評価を行うもの。	
医学管理等	<p>特殊な疾患に対する診療、医療機関が連携して行う治療管理、特定の医学管理等が行われた場合に算定する点数。</p> <p>例)ニコチン依存症管理料(初回) 230点            (ニコチン依存症患者に対する禁煙のための管理を評価)</p> <p>診療情報提供料(I) 250点            (別の医療機関に対する、文書による患者の紹介を評価)</p>
在宅医療	<p>在宅医療に係る診療報酬。患家を訪問して医療が行われた場合に算定する点数と、在宅における療養のための医学管理及び医療機器の貸与等が行われた場合に算定する点数とからなる。</p> <p>例)往診料(1回につき) 650点            (医師による往診を評価)</p> <p>在宅血液透析指導管理料(月1回) 3,800点            透析液供給装置加算(月1回) 8,000点            (在宅血液透析患者に対する医学管理等について評価)</p>
検査	<p>検体検査、病理学的検査、生体検査等の施行時に算定する点数。</p> <p>例)尿中一般物質定性半定量検査 28点</p>
画像診断	<p>エックス線診断、核医学診断、コンピューター断層撮影診断等の画像撮影、診断時に算定する点数。</p> <p>例)コンピューター断層撮影 850点</p>
投薬	<p>投薬時に算定する点数。</p> <p>例)調剤料 9点            (薬剤師等による薬剤の調整を評価)</p> <p>処方料 42点            (医師による薬剤の処方を評価)</p> <p>薬剤料 薬価基準による            (薬剤の費用を評価)</p>

## 医科診療報酬点数表(特掲診療料2)

注射	例) 静脈内注射 薬剤料	30点 薬価基準による
リハビリテーション	例) 摂食機能療法(1日につき)	185点
精神科専門療法	例) 標準型精神分析療法	850点
処置	喀痰吸引、人工呼吸、介達牽引等の処置時に算定する点数。 例) 創傷処置 薬剤料 材料料	45点 薬価基準による 材料価格基準による
手術	例) 胃全摘術(悪性腫瘍手術) 薬剤料 材料料	58,300点 薬価基準による 材料価格基準による
麻酔	例) 閉鎖循環式全身麻酔(2時間まで) (2時間以降、30分毎に)	6,100点 600点
放射線治療	例) 体外照射	110点

平成18年4月以降。1点は10円。

# 歯科診療報酬点数表

基本診療料			
初・再診料	歯科初診料(1回につき)		180点
	地域歯科診療支援病院歯科初診料(1回につき)		270点
	歯科再診料(1回につき)		38点
	地域歯科診療支援病院歯科再診料(1回につき)		57点
特掲診療料			
医学管理等	例) 歯周疾患指導管理料(月1回) (歯周疾患に罹患している患者に対し、療養上必要な指導管理を評価)		100点
在宅医療	例) 歯科訪問診療料(1日につき) (歯科医師による訪問診療を評価)	歯科訪問診療1	830点
		歯科訪問診療2	380点
	訪問歯科衛生指導料(複雑なもの)		350点
検査	例) 電氣的根管長測定検査		30点
画像診断	例) 歯科パノラマ断層撮影(写真診断)		125点
処置	例) 齲蝕処置(1歯1回につき)		16点
	抜髄(単根管)		220点
手術	例) 抜歯手術(臼歯)		260点
	歯周外科手術(歯肉剥離搔爬手術)		1,000点
麻酔	例) 伝達麻酔(下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)		38点
歯冠修復及び 欠損補綴	例) 生活歯歯冠形成(鑄造冠)		300点
	全部鑄造冠(小臼歯及び大臼歯)		445点
	総義歯		2,050点
	材料料	材料価格基準による	
矯正	例) 歯科矯正診断料		1,500点

その他は医科診療報酬点数表と同様。平成18年4月以降。1点は10円<sub>1</sub>

# 調剤報酬点数表

調剤技術料	処方せんに基づく調剤技術を評価	
	例) 調剤基本料(処方せんの受付1回につき)	42点
	調剤料 (例) 内服薬(1剤につき)	14日分以下の場合
		7日目以下の部分(1日分につき) 5点
		8日目以上の部分(1日分につき) 4点
	15日分以上21日分以下の場合 68点	
	22日分以上の場合 77点	
	麻薬加算(1調剤につき)	70点
薬学管理料	薬剤服用歴に基づく患者への説明等を評価	
	例) 薬剤服用歴管理料(処方せんの受付1回につき)	22点
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月1回目の算定の場合 500点 月2回目以降の算定の場合 300点
	(医師の指示に基づき、患家を訪問して行う薬学的管理指導等を評価)	
薬剤料	薬剤料	薬価基準による
特定保険医療材料料	材料料	材料価格基準による

平成18年4月以降。1点は10円。

## 診断群分類点数表

- 傷病、診療行為、重症度等により分類された2,347の分類のうち、1,438分類について、入院期間に応じた3段階の1日当たりの包括点数を設定。
- 包括の範囲は入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置等。
- その他の手術、麻酔、放射線治療等の費用については出来高により算定する。
- 平成18年7月現在で、特定機能病院を含む360病院が対象。

### 【包括評価部分】

- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1,000点未満の処置 等

+

### 【出来高評価部分】

- 指導管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1,000点以上の処置 等

# 診療報酬制度の国際比較

		アメリカ (メディケア)	イギリス	ドイツ	フランス	日本
診療報酬支払方式	診療所 開業医	出来高払い制 (診療報酬点数表に基づいて支払う) (RBRVS方式：医師の各医療行為の価値を、当該行為に使用した資源の量に基づき評価し、その結果を点数として表す考え方)	登録人头制 (登録患者数に応じて支払う) + 基本診療手当 (各種加算あり) 別途診療所借料等の補助あり	総額請負制 (保険医協会に保険診療を一括して請け負わせ、その費用を保険者より一括して支払う。個々の医師については、医師会より点数表に基づき出来払いで配分される。)	出来高払い制 (毎年国会で決められた医療費の伸びの枠内で、全国疾病金庫と医師組合が協約(診療報酬)を締結。枠を超えた場合は、次年度の診療報酬減額又は払い戻しが行われる。)	出来高払い制 (各診療行為についてそれぞれ評価を行い、評価額の合計額を診療報酬として支払う方式) 一部包括払い方式
	病院	DRG-PPS方式 (疾患別定額払制) 入院患者の分類に従い、あらかじめ定まった額を支払う	NHS※病院トラストは保健当局との契約に基づき支払いを受ける。 NHS病院トラストの運営は独立採算で行われる。 ※NHS=National Health Service: 国民保健サービス	入院費用 ・特定の療養について1件当たり包括払制 ・1件当たりの包括払の対象とならない給付について、1人1日当たり定額の形で支払われる診療科別療養費+基礎療養費 別途、建物等について州からの補助があり(今後中期的かつ段階的に診療報酬に一元化の方向)	公的病院 総枠予算制 私的病院 地方疾病保険金庫と各病院の契約により決定された1人1日当たり定額のホスピタルフィーと全国協約方式によるドクターフィー	外来=同上 入院 ・療養環境、看護及び医学的管理費用については入院基本料で患者1人当たりの定額払い ・手術料等については原則として出来高払い ・特定の病棟については、入院基本料と技術料を包括払いする仕組みあり(特定入院料) ・一部病院において診断群分類別包括評価(DPC)を導入

## (参考)老人医療費の財源構成

(18年度予算)

老人医療費 約 10.8 兆円

給 付 費		約 9.8 兆円	①
公 費 負 担		約 4.3 兆円 (給付費の46%、10月以降50%)	②
(内訳)	国 庫 負 担	約 2.9 兆円	③
	地 方 負 担	約 1.4 兆円 * 都道府県 : 市町村 = 1 : 1	
拠 出 金		約 5.5 兆円	
(内訳)	保 険 料	約 4.3 兆円	
	国 庫 負 担	約 1.1 兆円	④
	$\left[ \begin{array}{l} \text{政管健保からの拠出金の 16.4\%} \\ \text{国保からの拠出金の 43\%} \end{array} \right]$		
	都道府県負担	約 0.1 兆円	⑤
$\left[ \text{国保からの拠出金の 7\%} \right]$			
患 者 負 担		約 1.0 兆円	

(注1) 老人医療給付費に占める公費負担等の割合

公費負担の割合 約56% (= (②+④+⑤) / ①)

国庫負担の割合 約40% (= (③+④) / ①)

(注2) 拠出金中の公費負担は、定率負担分のみである。