

※診療回数及び点数については、各年6月審査分

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
初・再診料	○病院及び診療所の初再診料の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることを踏まえ、所要の見直しを行う。	○初診料 病院の場合 255点 → 270点 診療所の場合 274点	初診料(病院) 4,298,160 回数	4,341,185 回数
初診料 電子化加算		○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	1,096,030,826 点数	1,172,120,004 点数
再診料	○外来診療料について、糖代謝に係る他の検査の取扱いとの整合を図る観点から踏まえ、包括範囲の見直しを行う。	○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	初診料(診療所) 15,956,587 回数	16,102,418 回数
1 病院の場合		○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単単位で金額の内訳の分かるもの)を交付していること	4,372,104,838 点数	4,347,652,806 点数
2 診療所の場合	○レセプトのIT化等の医療の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、時限的に新たに診療報酬上の評価を行う。	[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。) ・患者から求めがあったときに、患者に詳細な医療費の内容の分かる明細書(個別の診療報酬点数の算定項目の分かるもの)を発行できる体制を整えていること ・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ー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	初診料 (同一複数診療科受診) — 回数 319,494 回数 — 点数 43,131,690 点数	
外来診療料			初診料 電子化加算 — 回数 8,579,425 回数 — 点数 25,738,274 点数	
			再診料(病院) 15,097,965 回数 875,681,970 点数	14,944,222 回数 851,820,643 点数
			再診料(病院) 電話等による場合 21,836 回数 1,266,488 点数	24,901 回数 1,419,346 点数
			再診料(診療所) 69,441,663 回数 5,069,241,370 点数	71,529,818 回数 5,078,617,043 点数
			再診料(診療所) 電話等による場合 147,611 回数 10,775,588 点数	130,578 回数 9,271,038 点数
			外来診療料 14,900,635 回数 1,072,845,720 点数	14,662,352 回数 1,026,364,640 点数
			1,072,845,720 点数	1,026,364,640 点数

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年																																																																						
入院料等																																																																										
入院基本料																																																																										
一般病棟入院基本料	○急性期入院医療の実態に対応して、既に現行の診療報酬上の評価の対象となっている水準を大きく上回る看護体制が整備されている現状を踏まえ、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。	<p>・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。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>看護職員の実質配置</th> <th>改定前の看護職員配置</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7対1</td> <td>1. 4対1に相当</td> </tr> <tr> <td>10対1</td> <td>2対1に相当</td> </tr> <tr> <td>13対1</td> <td>2. 6対1に相当</td> </tr> <tr> <td>15対1</td> <td>3対1に相当</td> </tr> <tr> <td>18対1</td> <td>3. 6対1に相当</td> </tr> <tr> <td>20対1</td> <td>4対1に相当</td> </tr> </tbody> </table> <p>*ただし区分18対1、20対1は結核病棟及び精神病棟のみが算定できる。</p> <p>[改正後の一般病棟区分別の点数・基準一覧]</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>種別</th> <th>基準</th> <th>一般病棟</th> <th>特定機能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">7対1 1. 4:1相当</td> <td>点 数</td> <td>1,555</td> <td>1,555</td> </tr> <tr> <td>実質配置</td> <td>対7以上</td> <td>対7以上</td> </tr> <tr> <td>看護比率</td> <td>70%以上</td> <td>70%以上</td> </tr> <tr> <td>在院日数</td> <td>19日以内</td> <td>28日以内</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">10対1 2:1相当</td> <td>点 数</td> <td>1,269</td> <td>1,269</td> </tr> <tr> <td>実質配置</td> <td>対10以上</td> <td>対10以上</td> </tr> <tr> <td>看護比率</td> <td>70%以上</td> <td>70%以上</td> </tr> <tr> <td>在院日数</td> <td>21日以内</td> <td>28日以内</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">13対1 2. 6:1相当</td> <td>点 数</td> <td>1,092</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実質配置</td> <td>対13以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護比率</td> <td>70%以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在院日数</td> <td>24日以内</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">15対1 3:1相当</td> <td>点 数</td> <td>954</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実質配置</td> <td>対15以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護比率</td> <td>40%以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在院日数</td> <td>60日以内</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	看護職員の実質配置	改定前の看護職員配置	7対1	1. 4対1に相当	10対1	2対1に相当	13対1	2. 6対1に相当	15対1	3対1に相当	18対1	3. 6対1に相当	20対1	4対1に相当	種別	基準	一般病棟	特定機能	7対1 1. 4:1相当	点 数	1,555	1,555	実質配置	対7以上	対7以上	看護比率	70%以上	70%以上	在院日数	19日以内	28日以内	10対1 2:1相当	点 数	1,269	1,269	実質配置	対10以上	対10以上	看護比率	70%以上	70%以上	在院日数	21日以内	28日以内	13対1 2. 6:1相当	点 数	1,092		実質配置	対13以上		看護比率	70%以上		在院日数	24日以内		15対1 3:1相当	点 数	954		実質配置	対15以上		看護比率	40%以上		在院日数	60日以内		<p>一般病棟入院基本料計 14,833,895 回数 19,518,766,035 点数</p> <p>7対1入院基本料 — 回数 — 点数</p> <p>10対1入院基本料 — 回数 — 点数</p> <p>13対1入院基本料 — 回数 — 点数</p> <p>15対1入院基本料 — 回数 — 点数</p> <p>特定機能病院入院基本料計 318,156 回数 350,515,947 点数</p> <p>7対1入院基本料 — 回数 — 点数</p> <p>10対1入院基本料 — 回数 — 点数</p>	<p>12,989,447 回数 18,139,611,143 点数</p> <p>629,344 回数 978,630,231 点数</p> <p>7,565,376 回数 9,600,462,398 点数</p> <p>2,679,410 回数 2,925,915,938 点数</p> <p>1,608,193 回数 1,534,216,313 点数</p> <p>359,084 回数 442,602,673 点数</p> <p>49,924 回数 77,631,820 点数</p> <p>217,098 回数 275,497,362 点数</p>
看護職員の実質配置			改定前の看護職員配置																																																																							
7対1			1. 4対1に相当																																																																							
10対1			2対1に相当																																																																							
13対1			2. 6対1に相当																																																																							
15対1			3対1に相当																																																																							
18対1			3. 6対1に相当																																																																							
20対1			4対1に相当																																																																							
種別			基準	一般病棟	特定機能																																																																					
7対1 1. 4:1相当			点 数	1,555	1,555																																																																					
	実質配置	対7以上	対7以上																																																																							
	看護比率	70%以上	70%以上																																																																							
	在院日数	19日以内	28日以内																																																																							
10対1 2:1相当	点 数	1,269	1,269																																																																							
	実質配置	対10以上	対10以上																																																																							
	看護比率	70%以上	70%以上																																																																							
	在院日数	21日以内	28日以内																																																																							
13対1 2. 6:1相当	点 数	1,092																																																																								
	実質配置	対13以上																																																																								
	看護比率	70%以上																																																																								
	在院日数	24日以内																																																																								
15対1 3:1相当	点 数	954																																																																								
	実質配置	対15以上																																																																								
	看護比率	40%以上																																																																								
	在院日数	60日以内																																																																								
1 7対1入院基本料																																																																										
2 10対1入院基本料																																																																										
3 13対1入院基本料																																																																										
4 15対1入院基本料																																																																										
特定機能病院入院基本料																																																																										
1 一般病棟の場合																																																																										
イ 7対1入院基本料																																																																										
ロ 10対1入院基本料																																																																										

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
入院基本料等加算 ハイリスク分娩管理加算	<p>○合併症等により母体や胎児の分娩時のリスクが高い分娩(ハイリスク分娩)の妊産婦に係る診療については、母体・胎児集中治療室管理料において、医師の常時配置を始めとする手厚い人員配置や療養環境の整備等の体制に係る評価を行っているが、算定する医療機関は少なく、晩婚化による出産の高齢化等により、リスクの高い分娩の体制が整っている病院におけるハイリスク分娩の妊産婦に対する分娩管理について、新たに診療報酬上の評価を行う。</p>	<p>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。</p> <p>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)</p>	ハイリスク分娩管理加算 — 回数 — 点数	3,707 回数 3,707,200 点数
特定入院料 小児入院医療管理料 1 小児入院医療管理料1 2 小児入院医療管理料2 3 小児入院医療管理料3	<p>○現在、小児科の常勤医師の配置等の要件を満たす保険医療機関において、15歳未満の患者を対象として小児入院医療管理料が算定できることとなっているが、その評価を充実するとともに、常勤医師の確保が困難であること等の課題にも対応する。</p> <p>○小児医療の提供体制の確保を図る観点から、子育てしながら働くことができる環境の整備を進めるため、小児入院医療管理料における医師の常勤要件の取扱いについて見直すとともに、小児入院医療管理料の評価を見直す。</p>	<p>小児入院医療に係る評価の見直し</p> <p>・小児入院医療管理料の評価を一部引き上げる。            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            小児入院医療管理料3 2,100点 → 2,100点</p> <p>・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</p> <p>・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。</p>	小児入院医療管理料1 148,143 回数 444,428,100 点数 小児入院医療管理料2 105,490 回数 274,275,040 点数 小児入院医療管理料3 20,270 回数 42,567,420 点数 小児入院医療管理料 プレイルーム、保育士等加算 98,314 回数 7,865,104 点数	107,511 回数 387,040,320 点数 65,774 回数 197,322,000 点数 10,052 回数 21,109,200 点数 93,679 回数 9,367,880 点数
医学管理等 地域連携小児夜間・休日診療料 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 2 地域連携小児夜間・休日診療料2	<p>○小児に対する専門的な医療や、専門的な小児救急を担うべき地域小児医療の中核病院において、小児科医が不足しており、十分な体制がとれていない。</p> <p>○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、専門的な小児医療や小児救急医療を担うなど、地域における小児医療において中核的な役割を持つ病院に係る評価を引き上げる。</p>	<p>地域連携小児夜間・休日診療料の見直し</p> <p>・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。</p> <p>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</p> <p>地域連携小児夜間・休日診療料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</p>	地域連携小児夜間・休日診療料 215,734 回数 64,720,200 点数 地域連携小児夜間・休日診療料1 — 回数 — 点数 地域連携小児夜間・休日診療料2 — 回数 — 点数	— 回数 — 点数 65,322 回数 19,596,720 点数 30,935 回数 13,920,840 点数

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
ニコチン依存症管理料 1 初回 2 2回目から4回目 3 5回目	○ニコチン依存症について、疾病であるとの位置付けが確立されたことを踏まえ、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、新たに診療報酬上の評価を行う。	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 ・プリンクマン指数(=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 ・禁煙治療の経験の有する医師が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。	ニコチン依存症管理料 初回 - 回数 320 回数 - 点数 73,600 点数 2回目から4回目 - 回数 1,247 回数 - 点数 229,448 点数 5回目 - 回数 - 回数 - 点数 - 点数	

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)	<p>○複数の医療機関が患者の診療を共同で行うことについては、開放型病院共同指導料、在宅患者入院共同指導料等により評価がなされているが、ハイリスク分娩の妊産婦に係る診療を行う地方の中小病院においては、開放型病院共同指導料に係る施設基準に適合していない施設が多い。</p> <p>○開放型病院共同指導料が算定できないような病院においても、ハイリスク分娩の妊産婦に対し、複数の医療機関が共同で診療にあたるよう、新たに診療報酬上の評価を行う。</p>	<p>ハイリスク妊産婦共同管理料の新設</p> <p>・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。</p> <p>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)</p>	<p>ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)</p> <p>— 回数 0 回数 — 点数 0 点数</p> <p>ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)</p> <p>— 回数 0 回数 — 点数 0 点数</p>	
診療情報提供料(Ⅱ)	<p>○セカンド・オピニオン(主治医以外の医師による助言)に係る患者からの要望の高まりを受け、主治医が、セカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの希望に基づき、診療録の写、検査結果、画像の写等の診療に関する情報を提供することについて、新たに診療情報提供料の体系の中で評価する。</p>	<p>セカンド・オピニオンの推進</p> <p>・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</p>	<p>診療情報提供料(Ⅱ)</p> <p>— 回数 25,842 回数 — 点数 12,920,900 点数</p>	
在宅医療 1 在宅療養支援診療所の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ロ 処方せんを交付しない場合	<p>○現行制度においては、複数の医師の連携等により、寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、患者の求めに応じて対応ができない事例もあることから、複数の医師の連携等により患者の求めに応じて確実に24時間対応できる体制に係る評価を設ける。</p> <p>○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中で、在宅療養支援診療所である場合については、24時間患者の求めに応じて往診又は訪問看護が提供できる体制に係る評価を引き上げる。</p>	<p>在宅療養における24時間対応体制の評価</p> <p>・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。</p> <p>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</p>	<p>在宅時医学総合管理料 在宅療養支援診療所(処方せんを交付する場合)</p> <p>— 回数 31,952 回数 — 点数 134,198,400 点数</p> <p>(処方せんを交付しない場合)</p> <p>— 回数 16,415 回数 — 点数 73,866,150 点数</p>	

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
検査 コンタクトレンズ検査料 1 コンタクトレンズ検査料1 イ 初回装用者の場合 ロ 既装用者の場合 2 コンタクトレンズ検査料2 イ 初回装用者の場合 ロ 既装用者の場合	<p>○コンタクトレンズに係る診療では、眼疾病を予防するから定期検査が実施されるなど、保険給付の範囲が必ずしも明確になっていないとの指摘や、コンタクトレンズを装着している患者に対する診療は、屈折異常に対する継続的な診療であるにもかかわらず、一定期間が経過すると初診料を再度算定している場合があるとの指摘がある。</p> <p>○このような指摘のほか、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診療を包括的に評価し、その適正化を図る。</p>	<p>○コンタクトレンズに係る診療について、以下のとおり保険給付の範囲を明確化して周知徹底を図るとともに、その運用が適切に行われるよう個別指導を重点的に実施する。</p> <p>・コンタクトレンズの処方を行った後、疾病に罹患していることが疑われないにもかかわらず、定期的にコンタクトレンズ装用者に眼科学的検査等を行うことは、保険給付の対象とはならない。</p> <p>・コンタクトレンズの処方に係る診療については、屈折異常の患者に対する診療が継続しているものとして、初診料は第1回の診療のときのみ算定できる。</p> <p>○コンタクトレンズに係る診療について算定する点数として、定型的に実施される眼科学的検査に係る費用を包括したコンタクトレンズ検査料を新設する。</p> <p>・コンタクトレンズ検査料(Ⅰ)              初診時 387点 再診時 112点</p> <p>・コンタクトレンズ検査料(Ⅱ)              初診時 193点 再診時 56点</p>	コンタクトレンズ検査料1 初回装用者 — 回数 216,726 回数 — 点数 83,873,039 点数 既装用者 — 回数 399,681 回数 — 点数 44,764,238 点数 コンタクトレンズ検査料2 初回装用者 — 回数 121,150 回数 — 点数 23,381,950 点数 既装用者 — 回数 153,900 回数 — 点数 8,618,400 点数	
小児食物アレルギー負荷検査	<p>○我が国における食物アレルギーの有病率は、乳児が5～10%、学童以降が1.3%程度と考えられているが、現行ではその診断や治療について適切な評価がなされているとはいえない。</p> <p>○患者のQOL改善を図る観点から、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を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。</p>	<p>小児食物アレルギー患者への対応</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>	小児食物アレルギー負荷検査 — 回数 18 回数 — 点数 17,600 点数	

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年																									
リハビリテーション 心大血管疾患リハビリテーション料 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 運動器リハビリテーション料 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 呼吸器リハビリテーション料 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	○人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分された現在の体系を改め、疾病や障害の特性に応じた評価体系とする。	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。 ・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通減制を廃止する。 ・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。	リハビリテーション計 17,446,934 回数 2,605,599,171 点数 心大血管疾患(Ⅰ) — 回数 — 点数 心大血管疾患(Ⅱ) — 回数 — 点数 脳血管疾患等(Ⅰ) — 回数 — 点数 脳血管疾患等(Ⅱ) — 回数 — 点数 運動器(Ⅰ) — 回数 — 点数 運動器(Ⅱ) — 回数 — 点数 呼吸器(Ⅰ) — 回数 — 点数 呼吸器(Ⅱ) — 回数 — 点数	16,593,797 回数 3,089,422,711 点数 29,190 回数 7,297,375 点数 11,557 回数 1,155,660 点数 5,775,066 回数 1,443,766,375 点数 2,558,281 回数 255,828,120 点数 5,060,423 回数 910,876,176 点数 2,327,200 回数 186,176,000 点数 144,495 回数 26,009,172 点数 24,499 回数 1,959,952 点数																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>脳血管疾患等リハビリテーション</th> <th>運動器リハビリテーション</th> <th>呼吸器リハビリテーション</th> <th>心大血管疾患リハビリテーション</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象疾患</td> <td>脳血管疾患 脳外傷 等</td> <td>上・下肢の外傷・骨折の手術後、熱傷・癱瘓による関節拘縮等</td> <td>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</td> <td>急性心筋梗塞、開心術後、慢性心不全で左心駆出率40%以下</td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション料(Ⅰ)</td> <td>250点</td> <td>180点</td> <td>180点</td> <td>250点</td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション料(Ⅱ)</td> <td>100点</td> <td>80点</td> <td>80点</td> <td>100点</td> </tr> <tr> <td>算定日数上限</td> <td>180日</td> <td>150日</td> <td>90日</td> <td>150日</td> </tr> </tbody> </table>		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・癱瘓による関節拘縮等	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	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		
	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・癱瘓による関節拘縮等	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																									
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																									

項目	改定の基本的考え方	具体的な内容	平成17年	平成18年
難病患者リハビリテーション料 障害児(者)リハビリテーション料 1 6歳未満の患者の場合 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 3 18歳以上の患者の場合	○学会等より提出された医療技術評価希望書及び要望書等を踏まえ、リハビリテーションに係る評価を見直す。	○難病患者及び障害児(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。 ・難病患者リハビリテーション料(1日につき) 600点 ・障害児(者)リハビリテーション料(1単位につき) 6歳未満 190点 6歳～18歳未満 140点 18歳以上 100点 1日6単位まで	難病患者リハビリテーション料 0 回数 0 点数 障害児(者)リハビリテーション料 6歳未満 - 回数 - 点数 6歳以上18歳未満 - 回数 - 点数 18歳以上 - 回数 - 点数	1,156 回数 693,600 点数 85,849 回数 16,311,253 点数 41,338 回数 5,787,320 点数 34,859 回数 3,485,940 点数
麻酔 麻酔管理料 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 2 マスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	○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。	○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。 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	麻酔管理料 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 15,859 回数 1,585,920 点数 マスク又は気管挿管による閉鎖循環式 82,842 回数 48,048,476 点数	22,794 回数 2,963,259 点数 83,051 回数 62,288,550 点数