

## DPCにおける入院期間Ⅰの設定方法の見直し

### 1 基本的考え方

- 在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっているが、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。

### 2 具体的内容

- 平成16年改定において、悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、入院日数の25パーセンタイル値（Ⅰ日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行ったが、今回、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う。

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

### 1 基本的考え方

- DPCにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会における検討結果を踏まえ、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。
  - ・ 画像診断管理加算について、包括評価の対象外とする。
  - ・ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料について、包括評価の対象とする。
- 以下の患者については、DPCによる包括評価の対象とせず、出来高算定とする。
  - ・ 平成17年度「7月から10月までの退院患者に係る調査」終了以降に、新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者
  - ・ 自家末梢血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植及び臍帯血移植を受ける患者

## DPCにおける調整係数の見直し

### 1 基本的考え方

- 医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年度改定においては、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。

### 2 具体的内容

- 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▲〇.〇〇%下がるように、調整係数を設定する。

## リハビリテーションの疾患別体系への見直し

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 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 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 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 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 等
リハビリテーション料(Ⅰ)	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
リハビリテーション料(Ⅱ)	〇〇〇点	〇〇点	〇〇点	〇〇〇点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

\* リハビリテーション料(Ⅱ)は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

\* リハビリテーション料(Ⅰ)は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。

- その際、長期間にわたって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があることから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有

用であると認められる一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定する。

- 併せて、算定日数上限の期間内に必要なリハビリテーションを提供できるよう、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逡減制は廃止する。
- リハビリテーション医療の必要度の高い患者に対し重点的にリハビリテーション医療を提供する観点から、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とする。
- なお、機能訓練室の面積要件については、広大な機能訓練室がなくとも手厚い人員配置により質の高いリハビリテーションの提供が可能な場合もあると考えられることから、緩和する。

## 急性期リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 急性期のリハビリテーションの充実を図る観点から、疾患の特性に着目しつつ、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する一方、現行の早期リハビリテーション加算については廃止する。

### 2 具体的内容

- 疾患の特性に着目しつつ、発症後早期については、1日当たりの単位数が多い場合を評価する観点から、患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和する。

現 行	改正案
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、合計で、患者1人・1日当たり4単位まで (別に厚生労働大臣が定める患者については、1日当たり6単位まで)	疾患別リハビリテーションについては、合計で患者1人・1日当たり6単位まで (別に厚生労働大臣が定める患者については、1日当たり9単位まで)
* 別に厚生労働大臣が定める患者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</li> <li>・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者</li> <li>・ 外来移行加算を算定する患者</li> </ul>	* 別に厚生労働大臣が定める患者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</li> <li>・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者</li> <li>・ ADL加算を算定する患者</li> </ul>

- \* 疾患別リハビリテーションについては、1人の患者が複数のリハビリテーションの要件をそれぞれ満たす場合には、それぞれ算定できることとするが、その場合も合計で1人・1日当たり6単位までとする。

- 併せて、発症後早期について1単位当たりの評価を高くしている早期リハビリテーション加算については、廃止する。

## 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

### 1 基本的考え方

- 現在、個別療法の実施単位数はリハビリテーション従事者1人当たり1日18単位を、集団療法の実施単位数はリハビリテーション従事者1人当たり1日のべ54単位を限度とされている。
- 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日当たりの実施単位数の上限を緩和する。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位まで	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  * 1日当たりの単位数は、18単位を標準とし、24単位を上限とする。  * 1週当たりの単位数は、非常勤の従事者については、常勤換算で1人当たりとして計算する。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

### 1 基本的考え方

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、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。

### 2 具体的内容

[算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大]

現 行	改正案
一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態	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
二 大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後3ヶ月以内の状態	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
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3ヶ月以内の状態	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
四 前三号に準ずる状態	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
	五 前四号に準ずる状態

[リハビリテーションを要する状態ごとの算定日数上限の設定]

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



## 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 理学療法士等が居宅を訪問して行うリハビリテーションについて、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、退院後早期の患者に対する評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

- 在宅訪問リハビリテーション指導管理料について、1日当たりの点数から1単位当たりの点数に改めるとともに、退院後早期について算定上限を緩和する。

現 行	改正案
<b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】（1日につき）</b> 530点	<b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</b> 000点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、リハビリテーションについて指導した場合</li> <li>・ 週3回まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、訪問によりリハビリテーションを行った場合</li> <li>・ 週6単位まで</li> <li>・ 退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定可</li> </ul>

## その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 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。

新

#### ・ 障害児・者リハビリテーション料（仮称）（1単位につき）

6歳未満	〇〇〇点
6歳～18歳未満	〇〇〇点
18歳以上	〇〇〇点

#### 【算定要件】

- ・ 脳性麻痺等の発達障害児・者及び肢体不自由児施設等の入所・通所者を対象患者とする。
- ・ 1日6単位まで
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーションを算定した場合には、本点数は算定できない。

- 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。

現 行	改正案
【摂食機能療法】（1日につき） 185点	【摂食機能療法】（1日につき） 185点
・ 月4回まで	・ 月4回まで ・ 治療開始から3ヶ月以内については、毎日算定可

## 精神病床における急性期の入院医療の評価

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 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、新たに入院後30日以内と30日超とで、点数に段階を設ける。

[現行] 精神科救急入院料（看護職員配置2：1） 2,800点

[改正案] 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 0,000点（引上げ）

入院後30日超 2,800点

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料1（看護職員配置2.5：1）

1,640点

[改正案] 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）

[現行2.6：1に相当]

入院後30日以内 0,000点（引上げ）

入院後30日超 0,000点（引下げ）

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料2（看護職員配置3：1）

1,580点

[改正案] 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 0,000点（引上げ）

入院後30日超 0,000点（引下げ）

## 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

- 精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、14日以内の加算に係る評価を引き上げ、91日以上に加算に係る評価を引き下げる。

14日以内	439点	→	〇〇〇点（引上げ）
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	→	〇〇点（引下げ）
181日～1年以内	25点	→	〇〇点（引下げ）

- 老人精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算についても、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算と同じ点数とする。

14日以内	233点	→	〇〇〇点（新設）
15日～30日以内	233点	→	242点
31日～90日以内	115点	→	125点
91日～180日以内	55点	→	〇〇点（引下げ）
181日～1年以内	32点	→	〇〇点（引下げ）

- なお、精神療養病棟入院料2は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

## 老人性認知症疾患治療病棟の人員配置基準の見直し

### 1 基本的考え方

- 現行の老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2は、看護職員及び看護補助者の配置が同じであるにもかかわらず、生活機能回復訓練室等の設備のみにより点数が区別されており、他の入院料における取扱いとは異なる取扱いがなされている。
- 一方、第4次医療法改正に係る経過期間の徒過により、平成18年3月1日より、精神病床における医療法上の看護職員の人員配置標準が6：1から4：1に引き上げられることとされている。
- 診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえつつ、認知症疾患に対する入院医療を重視する観点から、現行の老人性認知症疾患治療病棟1及び2を統合する中で、老人性認知症疾患治療病棟について、生活機能回復訓練室等の要件を見直すとともに、新たに看護職員の実質配置20：1（現行の看護職員配置4：1）に係る評価を行うこととする。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> 90日以内 1, 290点 90日超 1, 180点 ・看護職員配置6：1 ・看護補助者配置5：1	<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> 90日以内 〇, 〇〇〇点 (引上げ) 90日超 〇, 〇〇〇点 (引上げ) ・看護職員の実質配置20：1 (現行の看護職員配置4：1) ・看護補助者の実質配置25：1 (現行の看護補助者配置5：1)
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> 90日以内 1, 160点 90日超 1, 130点 ・看護職員配置6：1 ・看護補助者配置5：1	<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> 90日以内 〇, 〇〇〇点 (引下げ) 90日超 〇, 〇〇〇点 (引下げ) ・看護職員の実質配置30：1 (現行の看護職員配置6：1) ・看護補助者の実質配置25：1 (現行の看護補助者配置5：1)

## 通院精神療法に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 通院精神療法に係る病院と診療所との点数格差については、提供される医療の内容は同じであり、患者にとって分かりにくいとの指摘があることを踏まえ、病院及び診療所の点数格差を是正する。

### 2 具体的内容

- 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 → 〇〇〇点（引下げ）

病院の場合 320点 → 〇〇〇点（引上げ）

## 入院精神療法の算定要件の緩和

### 1 基本的考え方

- 現在、外来の精神障害者の家族に対し精神療法を行った場合には、通院精神療法が算定できるが、入院中の精神障害者の家族に対し精神療法を行った場合の評価はなされていない。
- 入院精神療法について、通院精神療法における取扱いとの整合を図る観点から、入退院時に患者の家族に対し精神療法を行った場合にも算定できるよう、算定要件を緩和する。

### 2 具体的内容

- 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。

## 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 現在、精神科デイ・ケアについては、6時間以上を標準とした治療プログラムを提供した場合の評価がなされているが、一方で、精神疾患患者を医療機関内に拘束してしまうことになり、社会復帰させにくいとの問題点が指摘されている。
- 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、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

新 ○ 精神科ショート・ケア

- 開始後3年以内の患者 ○○○点（1日につき）
- 開始後3年超の患者 ○○○点（週5日まで）

#### [算定要件]

- ・ 1日3時間以上を標準とする。
- ・ 精神科の医師、作業療法士又は精神科経験を有する看護師等の従事者を配置すること。
- ・ 従事者4人につき25人程度の患者を限度とする。
- ・ ショート・ケアを行う場合、食事加算は算定できない。



## 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

### 1 基本的考え方

- 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。

### 2 具体的内容

#### 1 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 週3回まで算定可

[改正案] 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。

#### 2 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 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。

[改正案] 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。

## 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

### 1 基本的考え方

- 認知症の患者に対する入院医療の充実を図る観点から、精神病棟における重度の認知症患者に対し、診療報酬上の評価を新たに設ける。

### 2 具体的内容

#### 新 1 重度認知症加算（仮称）の新設

- 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日〇〇〇点を加算する。

#### 2 老人診療報酬の見直し

- 重度認知症患者入院治療料については、廃止する。

- \* 重度認知症患者入院治療料（1日につき）

入院3月以内 365点、3月超 260点

精神症状及び行動異常が特に著しい認知症患者に対し、別に厚生労働大臣が定める病棟において、生活機能回復のための訓練及び指導を行った場合に算定する。ただし、老人性認知症治療病棟入院料を算定した場合は算定しない。

- 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。

- \* 認知症老人入院精神療法料（1週間につき）330点（入院6月以内）

老人性認知症疾患治療病棟入院料を算定する医療機関が当該病棟の患者に対して回想法又はリアリティー・オリエンテーション法を用いて治療を行った場合に算定する。

## 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

### 1 基本的考え方

- 認知症のデイ・ケアについては、医療保険と介護保険との双方で評価がなされ、同様のサービスが提供されているところであり、診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえつつ、介護保険との役割分担の明確化を図る。

### 2 具体的内容

- 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。

現 行	改正案
【重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）】	【重度認知症患者デイ・ケア料】
4～6時間未満 705点	6時間以上 0,000点
6時間以上 1,060点	
【重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅱ）】	
4～6時間未満 953点	
6時間以上 1,308点	
*（Ⅰ）は送迎なしの場合、（Ⅱ）は送迎ありの場合に算定	

## 小児に対する心身療法の評価

### 1 基本的考え方

- 発達障害児、引きこもり、不登校等の児童の患者及び思春期の患者に対する精神医療の充実を図る観点から、このような患者に対して心身医学療法を行った場合の加算を新たに設ける。

### 2 具体的内容

- 新 ○ 心身医学療法の20歳未満加算の新設  
20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、  
〇〇〇／100点を加算する。

## 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

### 1 基本的考え方

- 医療計画の見直しの動向を踏まえつつ、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を評価する観点から、特定の疾患に限り、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、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

**新** ○ 地域連携診療計画管理料（仮称）（入院時） ○, ○○○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。

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換のための会合を定期的に行われ、診療情報の共有が適切に行われていること
- ・ 平均在院日数○○日以内の急性期病院であること 等

**新** ○ 地域連携診療計画退院時指導料（仮称）（退院時） ○, ○○○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文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換のための会合を定期的に行われ、診療情報の共有が適切に行われていること 等

\* 地域連携診療計画退院時指導料（仮称）は、地域連携退院時共同指導料（仮称）と併算  
定できない。

[対象疾患] 大腿骨頸部骨折の患者

（大腿部頸部骨折骨接合術、大腿部頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合）