

# 平成20年度診療報酬改定における 主要改定項目について（案）

# 【 目 次 】

## 緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

緊急課題－1	産科・小児科への重点評価について……………	3
緊急課題－2	診療所・病院の役割分担等について……………	13
緊急課題－3	病院勤務医の事務負担の軽減について……………	18
緊急課題－4	救急医療対策について……………	20

## I 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

I－1	医療費の内容の情報提供について……………	21
I－2	分かりやすい診療報酬体系等について……………	22
I－3	生活を重視した医療について……………	30
I－4	保険薬局の機能強化について……………	38

## II 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

II－1	質の高い効率的な入院医療の推進について……………	39
II－2	質の評価手法の検討について……………	50
II－3	医療ニーズに着目した評価について……………	55
II－4	在宅医療の推進について……………	57
II－5	精神障害者の療養生活支援について……………	61
II－6	歯科医療の充実について……………	73
II－7	調剤報酬の見直しについて……………	110

### Ⅲ 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

Ⅲ－１	がん医療の推進について……………	1 1 4
Ⅲ－２	脳卒中对策について……………	1 2 4
Ⅲ－３	自殺対策・子どもの心の対策について……………	1 2 7
Ⅲ－４	医療安全の推進と新しい技術等の評価について……………	1 3 0
Ⅲ－５	オンライン化・IT化の促進について……………	1 4 0

### Ⅳ 医療費の配分の中で効率化の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

Ⅳ－１	新しい技術への置換えについて……………	1 4 1
Ⅳ－２	後発医薬品の使用促進等について……………	1 4 5
Ⅳ－３	その他の効率化や適正化すべき項目等について……………	1 5 0

### Ⅴ 後期高齢者の診療報酬について

Ⅴ－１	入院医療について……………	1 5 2
Ⅴ－２	在宅医療について……………	1 6 0
Ⅴ－３	外来医療について……………	1 6 9
Ⅴ－４	終末期医療について……………	1 7 5

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－１－(1)】

### 第１ 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

### 第２ 具体的な内容

#### 1 ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引き上げ

現 行	改正案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） 1,000点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から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、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） <u>2,000点</u></p> <p>[対象者] 妊娠22週から<u>32週未満</u>の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、<u>常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u></p> <p>[施設基準等] <u>病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること</u></p>

改

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 1,000点（1日につき）

[対象者]

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現 行	改正案
<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合</p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定</p>	<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p><u>40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産</u>、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、<u>膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦</u></p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき<u>3回</u>に限り、入院中以外では<u>1週間</u>につき1回に限り算定</p>

改

# 産科医療に係る地域ネットワークの機能に関する評価

骨子【緊急課題－１－(1)】

## 第1 基本的な考え方

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、各都道府県において、総合周産期母子医療センターを中核とする周産期医療ネットワークの整備が進められており、こうした取組をさらに進めるため、医療機関間の連携体制や妊婦の救急受入れについての評価を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の対象拡大

現 行	改正案
<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料】</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠22週から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、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料】</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠22週から<u>32週未満</u>の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、<u>常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u>、<u>妊娠30週未満の切迫早産、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病及びRh不適合等の妊婦</u></p>

改

### 新 2 診療情報提供料（Ⅰ）の加算の創設 200点

[算定要件]

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準の届出を行っている保険医療機関からハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の基準を満たす病院に対する紹介に限る

[対象者]

ハイリスク妊産婦共同管理料の対象者

新 3 妊産婦緊急搬送入院加算の創設 5,000点（入院初日）

[算定要件]

妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に算定する

[施設基準]

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること

[対象患者]

- 1 妊娠状態の異常が疑われ、救急車等により当該医療機関に搬送された妊産婦
- 2 他の医療機関において、妊娠状態の異常が認められ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦
- 3 助産所において、妊娠状態の異常が疑われ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦のいずれかであって、医療保険の対象となる入院診療が行われた者（ただし、直近3ヶ月以内に当該医療機関の受診歴のある患者は除く。）

## 周産期医療における新生児に対する医療 及び救急搬送に係る評価について

### 第1 基本的な考え方

リスクの高い新生児に高度の医療が適切に提供されるよう救急医療機関等での病態の安定化後に産科や小児科などの専門的な医療機関で治療を行う必要がある場合に、病態の急激な変化に対応できるよう、医師が同乗し、必要な医療機器等を備えて、救急用の自動車等で当該患者を搬送する必要性が生じている。

### 第2 具体的な内容

- 1 リスクの高い新生児に対して高度の医療を提供した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【新生児入院医療管理加算】（1日につき） 750点	【新生児入院医療管理加算】（1日につき） <u>800点</u>

改

- 2 小児患者等を含めて病態が不安定な患者を、医師が同乗し救急用の自動車等で搬送した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【救急搬送診療料】 650点	【救急搬送診療料】 <u>1,300点</u>

改



## 小児の手厚い入院医療の評価

骨子【緊急課題－１－(2)】

### 第１ 基本的な考え方

子ども病院を始めとする地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関においては、現行の小児入院医療管理料１で求めている要件以上の手厚い人員配置により、高い水準の医療が提供されている。こうした医療機関について、新たな区分を設け、診療報酬上さらに高い評価を行う。

### 第２ 具体的な内容

#### 小児入院医療管理料の再編成

現 行		改 正 案	
【小児入院医療管理料】（１日につき）		【小児入院医療管理料】（１日につき）	
		1	4, 500点
1	3, 600点	→ 2	3, 600点
2	3, 000点	→ 3	3, 000点
3	2, 100点	→ 4	2, 100点
		[施設基準等]	
		小児入院医療管理料 1	
		1 常勤の小児科又は小児外科の医師 20 人以上（複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間の勤務が行われている場合には、10名までは常勤として取り扱う。）	
		2 新生児及び乳幼児の入院での手術が年間 200 例以上	
		3 7 : 1 以上の看護配置で、夜間も 9 : 1 以上を確保	
		4 平均在院日数 21 日以内 等	

新

## 障害を持つ小児への手厚い医療の評価

骨子【緊急課題－1－(3)】

### 第1 基本的な考え方

超重症児や人工呼吸器を装着した患者が多い施設において、より手厚い看護配置を行うものを適切に評価する観点から、以下の措置を講ずる。

- 1 超重症児・準超重症児の中でも、状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、重点的に評価を行う。
- 2 肢体不自由児（者）等を対象とする施設において、一定以上の割合で超重症児等が入院していることを条件として、障害者等入院基本料に7対1入院基本料を創設する。

### 第2 具体的な内容

#### 1 超重症児等について

状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、特に加算を引き上げる。

現 行	改正案
【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）	【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）
1 超重症児（者）入院診療加算 300点	1 超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 600点 6歳以上 300点
2 準超重症児（者）入院診療加算 100点	2 準超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 200点 6歳以上 100点

改

2 肢体不自由児施設等に限りに、障害者施設等入院基本料に、超重症児等の入院比率を条件とする7対1入院基本料を新設する。

現 行		改正案	
【障害者施設等入院基本料】（1日につき）		【障害者施設等入院基本料】（1日につき）	
		1	7対1入院基本料 1, 555点
1	10対1入院基本料 1, 269点	→ 2	10対1入院基本料 1, 300点
2	13対1入院基本料 1, 092点	→ 3	13対1入院基本料 1, 092点
3	15対1入院基本料 954点	→ 4	15対1入院基本料 954点
		[施設基準等]	
		7対1入院基本料	
		1 当該病棟において、入院患者7に対し看護職員1以上を配置すること。ただし、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること	
		2 当該病棟に入院する患者のうち、3割以上が超重症児（者）又は準超重症児（者）であること	
		3 肢体不自由児施設、重度心身障害児施設又は国立高度専門医療センター並びに独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの	

新

## 障害児等のリハビリテーションの充実・拡大

骨子【緊急課題－1－(4)(5)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 障害児(者)リハビリテーション料について、特殊性や専門性を考慮し診療報酬上の評価を引き上げる。また、実際に一定の割合以上障害児(者)を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設を対象施設に追加する。
- 2 失語症などの言語障害に対する治療については、個別療法を実施した場合に脳血管疾患等リハビリテーション料を算定することとしているが、集団で実施するコミュニケーション療法にも一定の効果が期待できることから、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の障害児(者)リハビリテーションの評価について見直し、さらに、一定以上の割合で障害児(者)を受け入れ、専門的な障害児(者)に対するリハビリテーションを行っている施設を評価の対象に追加する。

現 行	改正案												
<p>【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位)</p> <table> <tr> <td>6歳未満</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>6歳～18歳</td> <td>140点</td> </tr> <tr> <td>18歳以上</td> <td>100点</td> </tr> </table> <p>・患者1人につき1日6単位まで算定する</p> <p>[算定要件]</p> <p>児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの</p>	6歳未満	190点	6歳～18歳	140点	18歳以上	100点	<p>【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位)</p> <table> <tr> <td>6歳未満</td> <td><u>220点</u></td> </tr> <tr> <td>6歳～18歳</td> <td><u>190点</u></td> </tr> <tr> <td>18歳以上</td> <td><u>150点</u></td> </tr> </table> <p>・患者1人につき1日6単位まで算定する</p> <p>[算定要件]</p> <p>以下の各号のいずれかに該当すること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの</li> <li>2 当該施設でリハビリテーションを実施される患者が、主として脳性麻痺等の患者(た</li> </ol>	6歳未満	<u>220点</u>	6歳～18歳	<u>190点</u>	18歳以上	<u>150点</u>
6歳未満	190点												
6歳～18歳	140点												
18歳以上	100点												
6歳未満	<u>220点</u>												
6歳～18歳	<u>190点</u>												
18歳以上	<u>150点</u>												

改

<p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60㎡以上</li> </ul> <p>(言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)</p>	<p>だし、加齢に伴う心身の変化に起因する疾病のものを除く。) であること</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院60㎡以上、診療所45㎡以上</li> </ul> <p>(言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)</p>
--	---

2 言語障害のある患者（脳血管障害等による失語、構音障害や小児の発達障害によるもの等）を対象に、集団でコミュニケーション療法を実施した場合についての評価を新設する。

**新** 集団コミュニケーション療法 1単位につき 50点

(1人につき1日3単位まで算定可)

[算定要件]

- 1 専用の集団療法室等において、医師の指示のもと言語聴覚士（又は医師）と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する
- 2 実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とし、訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする
- 3 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同日に行なった場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する

[施設基準]

- 1 現に脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料を算定する施設で、専用の集団療法室を備えていること
- 2 専任の常勤医師が1名以上いること
- 3 言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が1名以上いること

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料の算定対象患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

## 勤務医の負担軽減に資する地域での機能分担の 促進に係る評価

骨子【緊急課題－２－(2)】

### 第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減に資するため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止める観点から、診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

夜間や休日における診療は、診療応需の体制を解いた診療所が急病等やむを得ない理由により診療を行った場合に、時間外加算等として評価されているが、開業時間内に行う夜間、早朝等における診療について初・再診料に係る加算を創設する。

新 (1) 初診料 夜間・早朝等加算 50点

新 (2) 再診料 夜間・早朝等加算 50点

#### [算定要件]

開業時間であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診料に対して加算する

- 1 平日においては夜間（18～22時）、早朝（6～8時）の診療
- 2 土曜においては夜間等（12～22時）、早朝（6～8時）の診療
- 3 日曜、祝日においては深夜以外（6～22時）の診療

#### [施設基準]

- 1 週30時間以上開業している診療所であること
- 2 開業時間を分かりやすい場所に掲示していること

#### [補足事項]

保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、診療を再開することを評価した初・再診料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱いについては、現行のとおり

## 小児の時間外等の外来医療の評価

骨子【緊急課題－2－(3)】

### 第1 基本的な考え方

小児科における病院勤務医の負担軽減を図るため、診療所が時間外を含めた小児科の外来医療を担うことを更に推進するため、小児科の外来に係る診療報酬上の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1 地域連携小児夜間・休日診療料の評価の引上げ

地域連携小児夜間・休日診療料1	300点	→	<u>350点</u>
地域連携小児夜間・休日診療料2	450点	→	<u>500点</u>

#### 2 小児科外来診療料の引上げ

##### 小児科外来診療料

##### 1 処方せんを交付する場合

イ 初診時	550点	→	<u>560点</u>
ロ 再診時	370点	→	<u>380点</u>

##### 2 1以外の場合

イ 初診時	660点	→	<u>670点</u>
ロ 再診時	480点	→	<u>490点</u>

## 地域で中核となる病院に勤務する医師の 負担軽減の評価

骨子【緊急課題－２－(4)】

### 第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

### 第2 具体的な内容

**新** 入院時医学管理加算 120点（1日につき、14日を限度）

[算定要件]

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
  - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
  - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
  - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
  - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
  - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること  
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する



## 10対1入院基本料の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域医療を担う多くの医療機関は、在院日数の減少により、短期間でより多くの患者に対して入院医療を提供することから、勤務医負担も大きい。このような地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、10対1入院基本料の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

現 行		改 正 案	
A100	一般病棟入院基本料	A100	一般病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
A102	結核病棟入院基本料	A102	結核病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 161点	2	10対1入院基本料 <u>1, 192点</u>
A103	精神病棟入院基本料	A103	精神病棟入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 209点	2	10対1入院基本料 <u>1, 240点</u>
A104	特定機能病院入院基本料	A104	特定機能病院入院基本料
1	一般病棟の場合	1	一般病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 269点	□	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
2	結核病棟の場合	2	結核病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 161点	□	10対1入院基本料 <u>1, 192点</u>
3	精神病棟の場合	3	精神病棟の場合
□	10対1入院基本料 1, 209点	□	10対1入院基本料 <u>1, 240点</u>
A105	専門病院入院基本料	A105	専門病院入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>
A106	障害者施設等入院基本料	A106	障害者施設等入院基本料
2	10対1入院基本料 1, 269点	2	10対1入院基本料 <u>1, 300点</u>

## 特定機能病院等の評価

### 第1 基本的な考え方

特定機能病院・専門病院に対しては、高度な医療を提供していること等を考慮し、一般病棟に係る入院基本料の14日以内の期間に係る加算を更に評価する。

ただし、特定機能病院・専門病院の役割にかんがみ、入院時医学管理加算等の評価を行わない。

### 第2 具体的な内容

#### 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

現 行	改正案	改
イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 652点	イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 <u>712点</u>	

#### 2 専門病院入院基本料

現 行	改正案	改
イ 14日以内の期間の加算 452点	イ 14日以内の期間の加算 <u>512点</u>	

## 勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題－3】

### 第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

#### 入院基本料等加算の新設

##### 新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

#### [算定要件]

- 1 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- 2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する

#### [施設基準]

- 1 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- 2 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
- 3 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること

4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

[病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係]

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関*	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院(200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。)

[医師事務作業補助者の業務範囲]

- 1 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)への対応を医師の指示の下に行う
- 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

## 救急医療の充実に係る評価

骨子【緊急課題－４】

### 第１ 基本的な考え方

救命救急センターでは、効率的な急性期医療の提供を目的として、入院初期より濃厚な医療を実施し、できるだけ早期に患者が一般病棟へ移行できるよう取組を行っている。そのため、極早期における手厚い医療が提供できるよう評価の仕組みを変更し、評価を引き上げる。

### 第２ 具体的な内容

現行の救命救急入院料では、７日以内の期間について一律に評価しているが、３日以内と４～７日以内に分けて、極早期の入院医療の評価を引き上げる。

現 行		改正案	
1	7日以内の期間	1	3日以内の期間
イ	救命救急入院料1 9,000点	イ	救命救急入院料1 <u>9,700点</u>
ロ	救命救急入院料2 10,400点	ロ	救命救急入院料2 <u>11,200点</u>
		2	4日以上7日以内の期間
		イ	救命救急入院料1 <u>8,775点</u>
		ロ	救命救急入院料2 <u>10,140点</u>

改

# 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【I-1】

## 第1 基本的な考え方

### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関<sup>※1</sup>については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける<sup>※2</sup>。その際、DPC対象病院においては、レセプト提出時に包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報が添付されることと合わせ、入院中に使用された医薬品及び行われた検査について、その名称を付記することが望ましい。明細書の発行の際、費用徴収を行う場合にあっては、実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。

※1 具体的な医療機関の範囲（平成20年度よりレセプトオンライン化が義務付けられる医療機関と同様）

- ① 医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
- ② レセプト電算システムが導入されていること

※2 レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う（別に明細書が発行する必要はない。）。

### 2 電子化加算（初診料への加算）

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

## 第2 具体的な内容

### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

第1の1※1に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

### 2 電子化加算

[算定要件]

400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

[施設基準]

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

## 病院における再診料の評価の見直し

骨子【緊急課題-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

病院と診療所との再診料の点数格差については、患者の視点に立てば、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や、病院と診療所の格差是正を進めるべきとの指摘を踏まえ、再診料の病診格差の是正を行う。

### 第2 具体的な内容

再診料（病院の場合）の評価の見直し

現行 57点 → 改定案 60点

（診療所の場合については、引き続き71点）

## 外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【I-2-(4)】

### 第1 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。

これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

### 第2 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

[提供される診療内容]

1 問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話しでは、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。」

「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いですよ。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

5 1～4については、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。また、これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。



## 疾患別リハビリテーション料の逓減制の廃止等

骨子【I-2-(5)】

### 第1 基本的な考え方

平成19年4月の疾患別リハビリテーション料の一部見直しにより導入された逓減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなど患者にとって分かりにくいとの指摘があることから見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 逓減制と医学管理料の廃止と脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）の新設

(1) 逓減制については、診療報酬点数表の簡素化を図るため、今回の見直しにより廃止する。また、適正な評価の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）を新設する。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	250点	250点	180点	180点
上段：逓減前	210点	210点	150点	150点
下段：逓減後	210点	210点	150点	150点
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	100点	80点	80点
上段：逓減前	85点	85点	65点	65点
下段：逓減後	85点	85点	65点	65点
逓減までの日数	120日	140日	120日	80日
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

(改正案)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>200点</u>	<u>235点</u>	<u>170点</u>	<u>170点</u>
リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>100点</u>	<u>190点</u>	<u>80点</u>	<u>80点</u>
リハビリテーション料(Ⅲ)		<u>100点</u>		
標準的リハビリテーション実施日数	150日	180日	150日	90日

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止し、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする（算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能。）。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料(Ⅱ)の医学管理料	260点	260点	220点	220点

(改正案)

廃止

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したもののについて診療報酬上評価することとする。

新 (1) 早期リハビリテーション加算 30点 (1単位につき)

[算定要件]

- 1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- 2 入院中の患者についてのみ算定できることとする

3 入院中の患者に対し、訓練室以外の病棟等において行われたものについてのみ算定できるADL加算については、簡素化の観点より廃止とする。

(現行) ADL加算 1単位につき 30点  
 (改正案) 廃止

4 リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする。

現 行	改正案
<p>【リハビリテーション総合計画評価料】 480点</p> <p>[算定要件] 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、入院初月又はリハビリテーションを最初に実施した月並びに、その月から2月、3月及び6月の各月に限り、それぞれ1月に1回を限度として算定する</p>	<p>【リハビリテーション総合計画評価料】 <u>300点</u></p> <p>[算定要件] 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、<u>1月に1回を限度として算定できる</u></p>

改

## 1 手術当たりの支払方式の試行的導入

骨子【I-2-(6)】

### 第1 基本的な考え方

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式とする。

### 第2 具体的な内容

① 短期滞在手術基本料3 1手術当たり 5,670点  
(4泊5日までの場合)

[算定要件]

- 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術（ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。）に係る5日以内の入院を対象とする
- 2 包括対象
  - ・入院基本料及び入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。）
  - ・検査 ・画像診断 ・投薬 ・注射 ・1,000点未満の処置 等

## 病理学診断の重要性に着目した評価

骨子【I-2-(7)】

### 第1 基本的な考え方

病理学的検査の重要性に鑑み、現在は「第3部 検査」として評価されている病理学的検査を、「第13部 病理診断」として評価するとともに、既存の項目について、病理診断の進歩を踏まえて、実際の診療に即したものに再編成する。

加えて、検査として特定入院料に包括評価されている病理学的検査診断・判断料を、病理医の技術料として包括外として評価する。

### 第2 具体的な内容

#### 1 「第13部 病理診断」の新設と算定項目の再編成

現 行	改正案
第3部 検査 第2節 病理学的検査料	第13部 病理診断
第1款 病理学的検査実施料	第1節 病理標本作製料
【病理組織顕微鏡検査】	【病理組織標本作製】
電子顕微鏡加算	【電子顕微鏡病理組織標本作製】
免疫抗体法加算	【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】
【その他の病理組織検査】	
1 エストロゲンレセプター検査	1 エストロゲンレセプター
2 プロジェステロンレセプター(PgR)検査	2 プロジェステロンレセプター
3 HER2タンパク	3 HER2タンパク
	4 その他
【病理組織迅速顕微鏡検査】	【術中迅速病理組織標本作製】
【細胞診検査】	【細胞診】
1 婦人科材料	1 婦人科材料
2 その他	2 その他
【HER2遺伝子】	【HER2遺伝子標本作製】
第2款 病理学的検査診断・判断料	第2節 病理診断・判断料
【病理診断料】	【病理診断料】
【病理学的検査判断料】	【病理判断料】

新

## 2 特定入院料に包括されている病理学的検査診断・判断料の見直し

特定入院料において包括して評価されている病理学的検査のうち、特に急性期病床である A300～A305、A307 に限り、病理診断による治療方針の決定の重要性に鑑み、第 2 款 病理学的検査診断・判断料（改定後は第 2 節 病理診断・判断料）を別途算定できるようにする。

A300	救命救急入院料
A301	特定集中治療室管理料
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料
A303	総合周産期特定集中治療室管理料
A304	広範囲熱傷特定集中治療室管理料
A305	一類感染症患者入院医療管理料
A307	小児入院医療管理料

## 生活習慣病管理料の普及に向けた取組等

骨子【I-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 生活習慣病を有する患者に対し、治療計画に基づいた治療管理が円滑に実施されることが重要であるが、患者の自己負担が高く、普及が進まない生活習慣病管理料について、点数を引き下げて普及・拡大を目指すとともに、一層の内容の充実を行う。
- 2 糖尿病患者の中で血糖値が安定しており、インスリン製剤の長期投与が可能な患者について、患者の利便性を考慮し血糖自己測定器の加算を複数月分算定できるよう見直しを行う。
- 3 1型糖尿病患者については、頻回の血糖の自己測定が求められる患者が多いことから、血糖自己測定器加算について見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 療養計画書の作成にかかる負担を軽減するため、署名欄等の簡素化及び内容に変更のない場合の交付の頻度を3月に1回から4月に1回へ変更する。
- 2 また、糖尿病患者のうち、非インスリン患者に対するキットを用いた血糖自己測定に基づき指導を行った場合の加算を新設する。

現 行	改 正 案
<p>【生活習慣病管理料】（1月につき）</p> <p>1 処方せんを交付する場合</p> <p>イ 高脂血症の場合 900点</p> <p>ロ 高血圧症の場合 950点</p> <p>ハ 糖尿病の場合 1,050点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 高脂血症の場合 1,460点</p> <p>ロ 高血圧症の場合 1,310点</p> <p>ハ 糖尿病の場合 1,560点</p>	<p>【生活習慣病管理料】（1月につき）</p> <p>1 処方せんを交付する場合</p> <p>イ <u>脂質異常症の場合 650点</u></p> <p>ロ <u>高血圧症の場合 700点</u></p> <p>ハ <u>糖尿病の場合 800点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ <u>脂質異常症の場合 1,175点</u></p> <p>ロ <u>高血圧症の場合 1,035点</u></p> <p>ハ <u>糖尿病の場合 1,280点</u></p> <p><u>注 中等度以上の糖尿病（2型糖尿病に限る。）の患者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行った場合に、年1回に限り500点を加算する。</u></p>

改

新

- 3 血糖自己測定器の加算について月100回、120回の加算を創設するとともに、インスリン製剤を長期投与されている患者については、3ヶ月分をまとめて算定できることとする。

現 行	改正案
【血糖自己測定器加算】（月1回に限る。）	【血糖自己測定器加算】（3月3回に限る。）
1 月20回以上測定する場合 400点	1 月20回以上測定する場合 400点
2 月40回以上測定する場合 580点	2 月40回以上測定する場合 580点
3 月60回以上測定する場合 860点	3 月60回以上測定する場合 860点
4 月80回以上測定する場合 1, 140点	4 月80回以上測定する場合 1, 140点
	5 <u>月100回以上測定する場合</u> 1, 320点
	6 <u>月120回以上測定する場合</u> 1, 500点

改



## 糖尿病の重症化予防に係る評価

骨子【I-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

糖尿病患者の増加に伴い、糖尿病網膜症、糖尿病腎障害、糖尿病神経障害、糖尿病足病変、糖尿病大血管症等の重症な合併症の発症を防止することは重要な課題となっている。

これらの合併症のうち、「糖尿病足病変」については、重点的な指導による発症防止効果があるため、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対し、専任の医師又は医師の指示に基づき専任の看護師が、重点的な指導・管理を実施した場合の評価を新設する。

**新** 糖尿病合併症管理料 170点（月1回）（外来の評価）

[算定要件]

足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害等の糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者に対し、専任の常勤医師又は専任の常勤看護師が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を30分以上行った場合に算定できることとする

- ・ 専任の常勤医師：糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する者
- ・ 専任の常勤看護師：糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ、糖尿病足病変に係る適切な研修を修了した者

## 人工腎臓に係る時間評価の導入

骨子【I-3-(3)】

### 第1 基本的な考え方

副作用等により、透析時間を長くせざる得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を考慮し、透析時間に応じた、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 時間に応じた評価の導入

人工腎臓 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（血液透析濾過を行った場合や生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症を有する患者に対して血液透析を行った場合等を除く。）

現 行	改正案						
<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p style="text-align: right;">2, 250点</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">イ 4時間未満</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">2, 117点</td> </tr> <tr> <td>ロ 4時間以上5時間未満</td> <td style="text-align: right;">2, 267点</td> </tr> <tr> <td>ハ 5時間以上</td> <td style="text-align: right;">2, 397点</td> </tr> </table>	イ 4時間未満	2, 117点	ロ 4時間以上5時間未満	2, 267点	ハ 5時間以上	2, 397点
イ 4時間未満	2, 117点						
ロ 4時間以上5時間未満	2, 267点						
ハ 5時間以上	2, 397点						

改

## 検査の評価体系の見直し

骨子【I-3-(4)】

### 第1 基本的な考え方

医療の根幹をなす各種検査は診断や治療に必須のものであり、その質の確保は重要な課題となっている。しかしながら、必要な検査が必要な時に速やかに実施できない状況は、診療の障害であるとともに、患者の不利益につながる事となるため、検査の迅速性や24時間対応等について重点的な評価をする一方、判断料を見直すなど、検査の評価体系の一部を見直す。

### 第2 具体的な内容

外来において実施する迅速な検査や24時間対応が可能な体制についての評価を引き上げる一方、判断料の評価を引き下げる。

現 行	改正案
<p><b>【外来迅速検体検査加算】 1点</b></p> <p>入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）</p>	<p><b>【外来迅速検体検査加算】 5点</b></p> <p>入院中の患者以外の患者に対して実施した以下の検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）</p> <p>便潜血反応検査、末梢血液一般検査、HbA1c、プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物（FDP）測定 等</p>

現 行	改正案
<p><b>【検体検査判断料】</b></p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 血液学的検査判断料 135点</p> <p>3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 155点</p> <p>4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 135点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p>	<p><b>【検体検査判断料】</b></p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 血液学的検査判断料 <u>125点</u></p> <p>3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 <u>144点</u></p> <p>4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 <u>144点</u></p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p>

現 行	改正案
<p>【検体検査管理加算】</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 300点</p> <p>検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準  検体検査管理加算（Ⅱ）の②～⑥まで満たすこと。</p> <p>検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準</p> <p>① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。</p> <p>② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。</p> <p>③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。  （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査  （イ）生化学的検査  （ウ）免疫学的検査</p> <p>④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っている</p>	<p>【検体検査管理加算】</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 100点</p> <p>ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） 300点</p> <p>検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準  検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。</p> <p>検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準  <u>臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師は検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わるものであること。</u>  <u>検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。</u></p> <p>検体検査管理加算（Ⅲ）の施設基準</p> <p>① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。</p> <p>② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。</p> <p>③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。  （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査  （イ）生化学的検査  （ウ）免疫学的検査  <u>（エ）微生物学的検査</u></p> <p>④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っている</p>

<p>ること。</p> <p>⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。</p> <p>⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。</p>	<p>ること。</p> <p>⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。</p> <p>⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。</p>
--	--

## 遺伝カウンセリングの評価

骨子【I-3-(5)】

### 第1 基本的な考え方

医療機関が、遺伝病的検査を行う場合には、臨床遺伝学の専門的知識を持ち、本人及び家族等の心理社会的支援を行うことができる者が、遺伝カウンセリングを実施する必要があることから、遺伝カウンセリング実施について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

検体検査判断料へ遺伝カウンセリングに係る加算を新たに創設

○ 遺伝カウンセリング加算 500点（月1回）

[算定要件]

- 1 遺伝カウンセリング加算は、遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が、遺伝病的検査を実施し、その結果について患者やその家族に対し情報提供を行う際に遺伝カウンセリングを実施した場合に算定できる
- 2 遺伝カウンセリングの実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」を遵守する

## 保険薬局の機能強化

骨子【 I - 4 】

### 第1 基本的な考え方

地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、常態として夜間、休日等に開局し、調剤を行っている薬局において、夜間・休日等加算を算定できることとする。

### 第2 具体的な内容

平日及び土曜日の以下の時間帯並びに休日であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算を算定できることとする。

平日 午前0時～午前8時、午後7時～午前0時

土曜日 午前0時～午前8時、午後1時～午前0時

**新** 夜間・休日等加算 40点 (処方せんの受付1回につき)

[算定要件]

開局時間を分かりやすい場所に掲示していること

## D P Cに係る制度運用の改善

骨子【Ⅱ－１－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

D P Cに関しては、現在360病院が対象となっているが、平成18年度D P C準備病院のうち、平成18年度基準及び新たな基準を満たした病院についてD P Cの対象とする。

また、D P Cの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1 D P C対象病院の拡大について

- (1) 平成19年度D P C対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び（データ／病床）比が10ヶ月で8.75以上という要件を加える。
- (2) 平成20年度に新たにD P Cの対象となる医療機関は平成18年度D P C準備病院（371病院）のうち、基準を満たしたものとする。
- (3) 平成19年度D P C準備病院については、平成21年度にD P Cの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるD P C対象病院に適用される基準と同じものとする。

#### 2 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

- (1) 算定ルールの見直しについて
  - ア 3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
  - イ D P Cにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
- (2) 診断群分類の見直し等について
  - ア MDC16（外傷・熱傷・中毒、精神、その他）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他）に分割する。
  - イ 診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。
  - ウ 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を



参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。

エ 短期入院が相当程度存在する診断群分類(悪性腫瘍に対する化学療法など)については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組み(入院日数の25パーセンタイル値(1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)を適用する。

### 3 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間(10か月分)のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の▲0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10:1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

### 4 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準(望ましい基準を除く。)を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

## 急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

### 第2 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

新 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点

(60日を限度。200床未満の病院に限る。)

[算定要件]

- 1 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。  
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床（転院）してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 2 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

## 特殊疾患療養病棟等の役割に着目した見直し

骨子【Ⅱ－１－(6)(7)】

### 第１ 基本的な考え方

- 1 平成20年3月31日に廃止予定であった特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料については、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。
  - (1) 疾患の見直しの具体的内容：入院患者の概ね8割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。
  - (2) 特殊疾患療養病棟から療養病床に転換した場合等について、一定の経過措置を設ける。
  - (3) 「特殊疾患療養病棟入院料」の名称を「特殊疾患病棟入院料」とする。
- 2 障害者施設等入院基本料についても、本来設けられた趣旨・目的に照らして1(1)及び(2)と同様の措置を講ずる。
- 3 後期高齢者特定入院基本料においては、算定対象から除かれる疾患や状態が別に定められているが、特殊疾患療養病棟入院料及び障害者施設等入院基本料の対象の見直しにあわせて、同様に対象の整理を行う。
- 4 対象となる疾患疾患の見直しについては平成20年10月1日施行とする。

### 第２ 具体的な内容

#### 1 特殊疾患療養病棟入院料等

現 行	改正案
<p>【特殊疾患療養病棟入院料1】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を</p>	<p>【特殊疾患病棟入院料1】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意</p>

改

<p>概ね8割以上入院させる一般病棟</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者と見なす</p> <p>【特殊疾患療養病棟入院料2】 1,570点 [算定要件] 重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者を除く。)を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者と見なす</p>	<p>意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟</p> <p>[経過措置] (療養病床に移行している場合又は移行する場合)</p> <p>平成18年6月30日以降経過措置の対象となった患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する</p> <p>平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす</p> <p>※ 脊髄損傷、筋ジストロフィー症、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性脊索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、ハンチントン病、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺</p> <p>【特殊疾患病棟入院料2】 1,570点 [算定要件] <u>児童福祉法に規定され、厚生労働大臣の指定する肢体不自由児施設等及び肢体不自由児(者)等の重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)</u>を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟</p> <p>[経過措置] (療養病床に移行している場合又は移行する場合)</p> <p>平成18年6月30日以降経過措置の対象となっている患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する</p> <p>平成20年3月31日の時点で特殊疾患療</p>
---	--

改

<p>【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室</p>	<p>養病棟入院料2を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者とみなす</p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室 [経過措置] (療養病床に移行する場合) 平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす</p>
--	--

改

## 2 障害者施設等入院基本料

現 行	改正案
<p>【障害者施設等入院基本料】</p> <p>10対1入院基本料 1, 269点</p> <p>13対1入院基本料 1, 092点</p> <p>15対1入院基本料 954点</p> <p>[算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者)、脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】</p> <p style="text-align: right;">7対1入院基本料 1, 555点</p> <p>10対1入院基本料 1, 300点</p> <p>13対1入院基本料 1, 092点</p> <p>15対1入院基本料 954点</p> <p>[算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者) (脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、</p>

改

<p>ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟</p> <p>【特殊疾患入院施設管理加算】 350点 [算定要件] 重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する</p> <p>[施設基準] 当該病棟の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である。</p>	<p>脊椎損傷等の重度障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟</p> <p>[経過措置]（療養病床に移行している場合又は移行する場合） 平成20年3月31日の時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児（者）等の患者については、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分1に該当する患者は医療区分2、医療区分2に該当する患者は医療区分3の患者とみなす</p> <p>【特殊疾患入院施設管理加算】 350点 [算定要件] 重度の肢体不自由児（者）（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、脊髄損傷等の重度の障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する</p> <p>[施設基準] 当該病棟の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、脊髄損傷等の重度障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である</p>
--	--

### 3 後期高齢者特定入院基本料

現 行	改正案
<p>[老人特定入院基本料の対象外となる状態]</p> <p>3 重度の肢体不自由児者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等</p>	<p>[後期高齢者特定入院基本料の対象外となる状態]</p> <p>3 重度の肢体不自由児（者）<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、脊髄損傷等の重度障害者<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等</p>

改

## 感染症対策の拡充

骨子【Ⅱ－１－（８）（９）】

### 第１ 基本的な考え方

HIV や肝炎対策の推進のため、血友病を伴う HIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及び B・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。また、二類感染症及び HIV 感染症に係る個室での療養環境について評価する。

### 第２ 具体的な内容

#### １ 包括外で算定可能とする薬剤・注射剤

新 (1) 血友病を伴う HIV 患者

- ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ・ 抗ウイルス剤（後天性免疫不全症候群（エイズ）又は HIV 感染症の効能又は効果を有するもの）

新 (2) B・C 型肝炎患者

- ・ インターフェロン製剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）
- ・ 抗ウイルス剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）

[算定要件：包括外で算定できる入院料等]

後期高齢者特定入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A109 有床診療所療養病床入院基本料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

A309 特殊疾患療養病棟入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症疾患治療病棟入院料

A316 診療所老人医療管理料

介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。）



新 2 二類感染症患者療養環境特別加算 300点（1日につき）

[算定要件]

二類感染症患者のうち、医師が他者へ感染させる恐れがあると認めた者

3 HIV感染者療養環境特別加算の評価を引き上げる

HIV感染者療養環境特別加算

1 個室の場合

現行 300点 → 改正案 350点

## 有床診療所の評価

骨子【Ⅱ－１－(10)】

### 第1 基本的な考え方

医療法改正に伴い、入院患者の病状の急変に備えて診療所の医師が速やかに診療を行う体制や48時間を超えた入院医療を行う際の手厚い夜間の看護体制等を評価する。

### 第2 具体的な内容

#### 新 1 夜間緊急体制確保加算 15点（1日につき）

[算定要件]

入院患者の病状急変に備えて医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していること

#### 新 2 夜間看護配置加算2（2名以上） 50点（1日につき）

[算定要件]

夜間看護配置について看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上である場合（うち1名は当直者でもよい（看護職員が1名である場合は、当該看護職員についてはこの限りではない。））

#### 改 3 新設する加算と既存の加算との整合性を図るために、既存の注2及び注3の加算要件について整理する。

- ・ 医師配置加算（2名以上） 60点（1日につき）
- ・ 看護配置加算1（10名以上） 10点（1日につき）
- ・ 看護配置加算2（看護師3名以上を含む10名以上）  
15点（1日につき）
- ・ 夜間看護配置加算1（1名以上） 30点（1日につき）

## 回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

### 第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点</p> <p>[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 1, 690点</p> <p>[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</li> <li>2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</li> </ol> <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

改

新

【重症患者回復病棟加算】

50点（1日につき）

〔算定要件〕

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

〔施設基準〕

回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

【回復期リハビリテーション病棟入院料2】

1,595点

〔算定要件〕

当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

〔施設基準〕

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること

改

2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

〔施設基準〕

（現行）

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

改（改正案）

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定することができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設については、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。

## 医療療養病棟等の評価に係る見直し

骨子【Ⅱ－１－(4)】

【Ⅱ－２－(2)】

### 第１ 基本的な考え方

- 1 平成18年度慢性期入院医療の包括評価分科会における医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割に係る検討結果を踏まえて、療養病棟入院基本料等の見直しを行う。
- 2 長期入院患者等が、居宅等での療養を希望する場合には、医療機関による円滑な退院を支援するための取組が重要であるため、退院調整のための体制整備の評価を新設する。

### 第２ 具体的な内容

- 1 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の基準及び加算の見直し

改 (1) 医療区分・ADL区分の評価方法の簡素化

原則として、患者病態の変化時に、医療区分及びADL区分の評価・記録を行う。

改 (2) 医療区分の評価項目の見直し

ア 「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。

イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ 「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

改 (3) 認知機能障害加算の廃止

医療区分2、ADL区分1の患者で、認知機能障害のある場合の加算（1日につき5点）を廃止する。

新 (4) 褥瘡評価実施加算 15点（1日につき）

ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行

っていることを評価し、加算を創設する。これにより、各病棟における褥瘡の発症予防等の取組が促進され、医療の質の向上が期待される。

[算定基準]

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 (5) 医療の質の評価へ向けた取組の促進

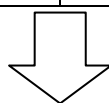
将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付ける。

2 療養病棟入院基本料の見直し

医療経済実態調査結果等を踏まえて、療養病棟入院基本料の評価を引き下げる。なお、医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。

(現行) 医療区分、ADL区分における入院基本料  
療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
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



(改正案) 医療区分、ADL区分における入院基本料  
療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点	1,320点	1,709点
ADL区分1	750点	1,198点	1,709点

(※医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。)

### 3 退院調整加算の新設

患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価を新設する。

新 (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 100点

新 (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 300点

新 (3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院していた脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者

退院時に(2)のイに加えて、500点加算(平成22年3月31日まで)

#### [施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
  - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
  - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
  - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

## 7対1入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ－3】

### 第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

### 第2 具体的な内容

- 1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
  - (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。
  - (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
  - (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
  - (4) 特定機能病院には適用しない（ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。）。
- 2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
  - (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
  - (2) 特定機能病院には適用しない。

**新** 準7対1入院基本料 1, 495点（7対1入院基本料から60点減じた点数）  
※へき地等の場合は、1, 525点（7対1入院基本料から30点減じた点数）

#### [経過措置]

- 1 準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 2 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算2（84点）又は看護補助加算3（56点）を算定できる



[7対1入院基本料改正基準の導入と経過措置について]

4月1日 7月1日

7対1入院基本料算定	◇「看護必要度」「医師配置」のいずれの基準も満たす場合 <u>7対1入院基本料を算定</u>  ◇「医師配置」基準を満たさない場合 <u>準7対1入院基本料を算定</u>
10対1入院基本料算定	◇「看護必要度」基準を満たさない場合 <u>10対1入院基本料を算定</u>  ◇看護補助加算を算定

(経過措置期間：平成20年4月1日～平成22年3月31日まで)

< 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし	/	あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
4 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

## 在宅療養支援病院の新設

骨子【Ⅱ－４－(1)】

### 第1 基本的考え方

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

#### 新 在宅療養支援病院の創設

[在宅療養支援病院の要件]

- 1 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
- 2 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 3 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること

以下、在宅療養支援診療所と同様の要件

- 4 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 5 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 6 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 7 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること 等

## 円滑に地域移行を進めるための退院時の 情報提供の在り方の見直し

骨子【Ⅱ－１－(5)】

### 第1 基本的な考え方

地域連携の観点から、急性期医療を担う病院から地域の医療機関への転院や外来への引き継ぎを円滑に進めることが重要であることから、退院時に算定される画像等の診療情報の加算の要件を拡大することとする。

### 第2 具体的な内容

退院時に検査結果等を添付して患者の紹介を行った場合の加算について、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合についても算定できるようにする。

現 行	改正案
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 250点</p> <p>注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 250点</p> <p>注7 保険医療機関が、患者の<u>退院日の属する月又はその翌月に</u>、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する</p>

改

## 療養病床から転換した介護老人保健施設における 医療の充実

骨子【Ⅱ－４－(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、医療ニーズの高い入所者も多いため、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価する。
- 2 また、夜間又は休日に施設の医師が対応できず、併設医療機関の医師が往診した場合に、診療報酬上評価する。

### 第2 具体的な内容

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する。

[拡大する項目]

創傷処理  
咽頭異物摘出術（複雑なもの）  
胸腔穿刺  
腹腔穿刺  
顎関節脱臼非観血的整復術  
心電図検査（判断料）  
点滴・注射（手技料） 等

- 2 夜間又は休日に療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、その求めにより併設保険医療機関の医師が往診した場合に評価する。

**新** 緊急時施設治療管理料 500点

[算定要件]

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者が急性増悪し、療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる

- 2 患者1人につき1日1回、月4回まで算定できることとする
- 3 患者の病態については、介護保険における緊急時治療管理と同等とする  
緊急時施設治療管理料の対象となる入所者
  - (1) 意識障害又は昏睡
  - (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
  - (3) 急性心不全（心筋梗塞を含む）
  - (4) ショック
  - (5) 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病）
  - (6) その他薬物中毒等で重篤なもの

## 地域移行を支援する取組に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(1)(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月精神保健福祉対策本部）においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を押し進めていくため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を今後10年で進めることとしており、患者の状態に応じた地域生活への支援策が求められていることから、この方針に従って、必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 長期入院患者への地域移行支援

- (1) 入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。

新 精神科地域移行支援加算 200点（退院時1回）

- (2) 当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。

新 精神科地域移行実施加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- 1 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2 目標値を達成した場合に、1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする

- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

## 2 入院早期からの退院支援

精神科退院前訪問指導料について、入院直後から退院支援が行えるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b>            入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>	<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b>            入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>

改

また、精神病棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる。

現 行	改正案
<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b>            181日以上1年以内の期間（1日につき）                              10点（特別入院基本料は5点）</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b>            181日以上1年以内の期間（1日につき）              25点</p>	<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b>            181日以上1年以内の期間（1日につき）              5点</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b>            181日以上1年以内の期間（1日につき）              20点</p>

改

### 3 退院後の支援

地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする。

現 行	改正案
<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">550点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）に限り算定</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">575点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）  <u>ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定。ただし書きの患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した7日間については、1日につき1回に限り算定</u></p>

改



## 認知症に係る医療の評価

骨子【Ⅱ－５－(8)(10)(11)】

### 第1 基本的な考え方

平成19年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症のステージに合わせた対策が必要とされており、これに沿った高齢者支援体制整備が急務となっている。この中で、医療体制の役割としては、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

今後、後期高齢者が増加することに伴い、認知症の早期発見が重要な課題となっていることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価する。

#### 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

認知症患者の入院医療については、特に入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対して、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実し、一方、入院期間が長期に渡る場合には、評価を見直す。

#### 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（I）に対する加算を創設する。

新 認知症患者紹介加算 100点（1回につき）

## 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2において、周辺症状に対してより手厚い医療が必要な90日以内の入院期間について評価を引き上げ、91日以上入院期間についての評価を引き下げる。また、当該病棟の入院対象となる患者は老人に限られないことから、名称を認知症病棟入院料に改める。

現行	改正案
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,300点 ロ 91日以上期間 1,190点 <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,060点 ロ 91日以上期間 1,030点	<b>【認知症病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,330点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,180点</u> <b>【認知症病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,070点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,020点</u>

改

## 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

「Ⅱ-5-③ 身体合併症に対応した取組に係る評価について」を参照。

## 身体合併症に対応した取組に係る評価

骨子【Ⅱ－5－(6)(8)(9)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。
- 2 結核病棟及び精神病棟において、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の7日間における加算を創設する。

#### 新 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点（1日につき）
- (2) 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合 200点（1日につき）

#### [算定要件]

- 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、15対1）又は特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること
- 2 当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること
- 3 対象疾患
  - (1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）
  - (2) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
  - (3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 等

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として、結核病棟及び精神病棟においても、必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定が可能となるよう対象を拡大する。

現 行	改正案
<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>	<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（<u>結核病棟においては手術を伴うもの、精神病棟においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。</u>）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>

改

## 外来等における精神療法の適正化と評価の充実

骨子【Ⅱ－５－(12)(13)(14)】

### 第1 基本的な考え方

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

精神科外来における精神療法については、患者の状態に応じて診療が長時間となる場合もあることから、一律の評価を見直して、診療時間に応じた評価を行う。また、合わせて地域で生活する精神障害者に対する継続的な地域医療を適切に提供するという観点から、精神科医の訪問及び往診診療時における精神療法について評価するとともに、外来における精神障害者の病状の安定化に資するため、頻回の精神医学的援助を評価する。

このほか、20歳未満の場合について、その重要性にかんがみ、加算の算定期間を延長する。

- 2 精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

- (1) 通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げる。なお、前回改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げる。

現 行	改正案
1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合 330点	イ 病院の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 330点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 350点

改

(2) 20歳未満の患者については、子どもの心の診療の充実という観点から、加算の算定が可能な期間を6ヶ月間から1年間に延長する。

(3) 医師の訪問及び往診診療時も、通院精神療法を算定できるものとし、これに伴い、名称を「通院・在宅精神療法」に改める。

2 精神科を担当する医師が、患者又は家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合の評価を創設する。

また、医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又は家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合の加算を創設する。

**新** 精神科継続外来支援・指導料 55点（1日につき）

**新** 保健師等による支援加算 40点（1日につき）

3 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方をする。なお、処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の残薬と、重複処方の有無について、患者に確認し、カルテに記載することとする。

	現 行	改正案
14日	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く
	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く
30日	<b>【内服薬】</b> アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する	<b>【内服薬】</b> アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する

**改**

	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤</p>	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤、<u>トリア ゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼ パム、ブロチゾラム、フルニトラゼパム、 エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパ ム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、 塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキ シコドン、塩酸オキシコドン水和物</u> 【外用薬】 <u>塩酸モルヒネ、フェンタニル</u></p>
--	---	---

## 精神科救急医療に係る評価

骨子【Ⅱ－5－(7)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神科救急医療体制の整備の普及を図るため、地域の実情をよりきめ細かく反映できる基準とするとともに、精神科救急入院料に係る算定要件を見直し、在宅へ移行した実績に応じた評価を行う。
- 2 精神科救急医療において身体疾患を併せ持つ患者については、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療の提供体制が重要であることから、いわゆる総合病院等において実施される身体合併症治療を含めた精神科救急医療を評価し、精神科救急・合併症入院料を創設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行う。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げる。

現 行	改正案
<b>【精神科救急入院料】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 3, 200点 2 31日以上の期間 2, 800点	<b>【精神科救急入院料 1】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 <u>3, 431点</u> 2 31日以上の期間 <u>3, 031点</u> <b>【精神科救急入院料 2】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 <u>3, 231点</u> 2 31日以上の期間 <u>2, 831点</u>

#### [算定要件]

	現 行	改正案
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること	<b>【精神科救急入院料 1】</b> 新規患者のうち <u>6割以上</u> が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること <b>【精神科救急入院料 2】</b> 新規患者のうち4割以上が入院日か



		ら起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上、又は <u>指定された地域における人口万対2.5件以上</u> であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

等

- 2 いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設する。

**新** 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	3,431点
2	31日以上の期間	3,031点

[算定要件]

- 1 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であり、身体合併症に対応できる施設であること
- 2 精神病棟を単位として、当該病棟に合併症ユニットを有している
- 3 その他、在宅へ移行する患者の割合、時間外等の救急受診件数等の要件については、精神科救急入院料に準じたものとする 等

## 歯科疾患の指導管理体系の見直し

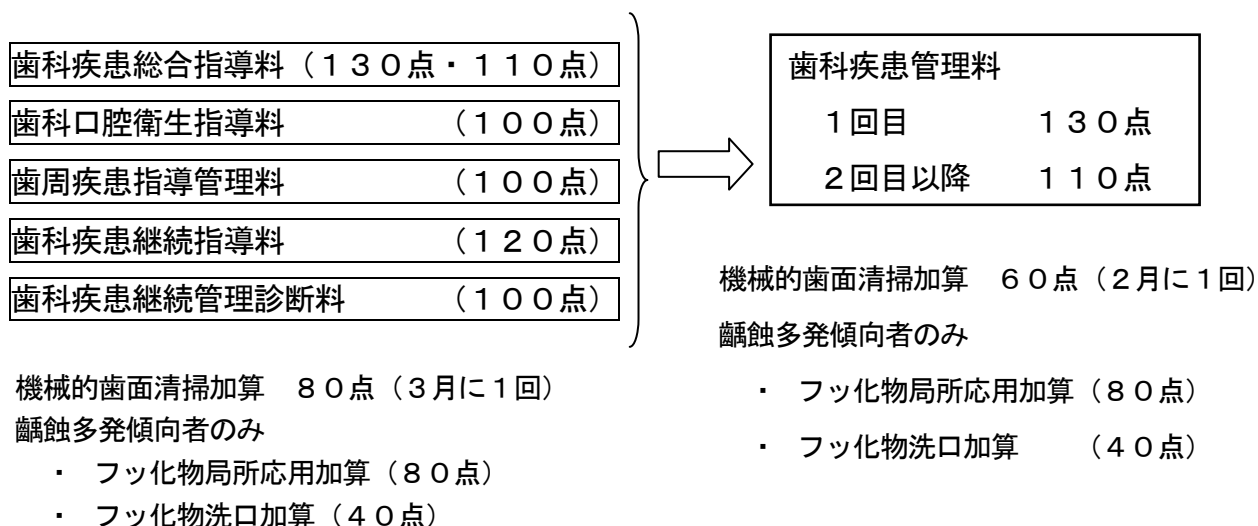
骨子【Ⅱ－6－(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 現行の歯科診療における指導管理については、初診時における総合的な治療計画の立案と一連の治療終了後の継続的管理を除き、疾患別の指導管理体系となっている。しかしながら、実際の歯科治療においては、口腔を一単位として考え、口腔全体の治療計画の立案や指導管理が実践されている。
- 2 このような歯科医療の特性を踏まえて、口腔全体や歯科疾患の継続管理を含めた歯科診療に係る指導管理体系や患者から見て分かりやすい指導管理体系を構築するため、現行の指導管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科疾患総合指導料、歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料、歯科疾患継続指導料及び歯科疾患継続管理診断料を廃止する。
- 2 口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により、<sup>うしよく</sup>齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な歯科疾患の治療に加えて、再発防止・重症化予防のための継続管理を新たに評価する。



新	歯科疾患管理料（月1回）	
	1回目	130点
	2回目以降	110点

[算定要件]

- 1 齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者を対象とする
- 2 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に算定する。なお、1回目の管理計画書の提供は、初診日から起算して1月以内に行う
- 3 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラークや歯石の付着状況、歯や歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果の要点（エックス線検査及び歯周検査等）、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定の内容等を記載する

## 有床義歯の指導・調整等の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

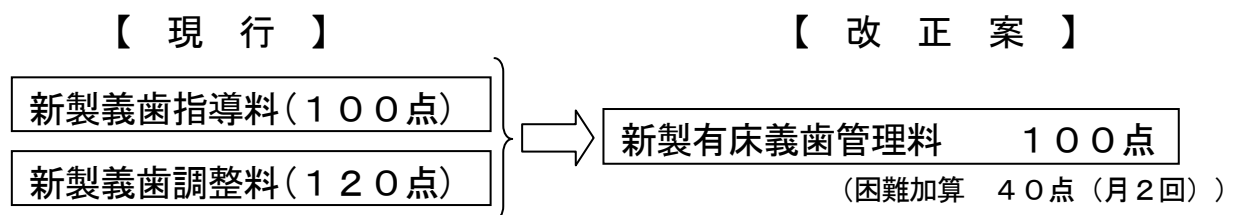
### 第1 基本的な考え方

- 1 新たに製作された有床義歯（入れ歯）や既に製作された有床義歯の調整・指導については、「有床義歯の調整・指導のガイドライン」を参考に、新製義歯指導料、新製義歯調整料及び有床義歯調整料を算定できることとなっている。
- 2 今般、日本歯科医学会において、口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的管理の考え方が取り入れられる等、「有床義歯の管理」に係る指針の見直しが行われたことから、有床義歯の管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 新たに製作された有床義歯について、現行の新製義歯指導料と新製義歯調整料を新製有床義歯管理料として一体的に評価し、口腔内への調和を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）を新たに評価する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例については、新製有床義歯管理料の加算を創設する。

新製有床義歯管理料 100点（1口腔につき、月2回）



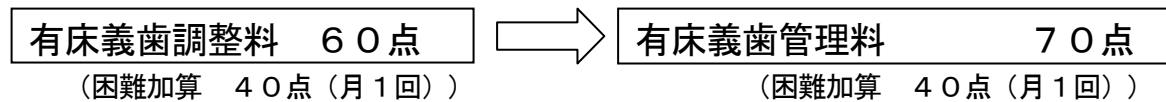
[算定要件]

- 1 新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に当該有床義歯を制作した保険医療機関において、当該有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する
- 2 有床義歯の装着後1月を超え3月以内の期間において、口腔機能の回復を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯管理料の加算として評価する。

新 有床義歯管理料 70点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



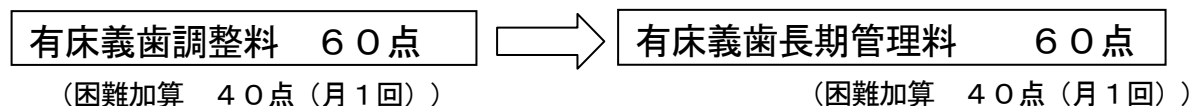
[算定要件]

- 1 有床義歯の離脱・疼痛、嘔吐感・嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明し、義歯に係る管理を行った場合に月1回算定する
- 2 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する
- 3 有床義歯の装着の日が属する月から起算して3月を超え1年以内の期間における口腔機能の維持を目的として行った義歯の管理(調整・指導)の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯長期管理料の加算を創設する。

新 有床義歯長期管理料 60点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



[算定要件]

- 1 有床義歯の装着の日を含む月から起算して3月を超え1年以内の期間において、義歯を長期的に使用するために必要な管理を行った場合に月1回算定する。
- 2 対象となる有床義歯を製作した保険医療機関においてのみ、算定できる。

## 歯周疾患の治療体系の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 今般の日本歯科医学会における歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、歯周病の治療体系の見直しを行う。
- 2 具体的には、現行の「歯科疾患継続管理診断料」及び「歯科疾患継続指導料」を廃止し、歯周治療における一時的な症状安定後の継続的な治療として歯周病安定期治療を新たに評価するとともに、歯周基本治療及び歯周外科治療の評価について、歯科治療の実態に応じた見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 一連の歯周基本治療等の終了後、歯周組織検査及びその他必要に応じて実施される検査により、一時的に病状が安定した状態であって、継続的な治療が必要と判断された患者に対して、病状の安定を維持し、治癒させることを目的として行う歯周病安定期治療の評価を新設する。

#### 新 歯周病安定期治療（1口腔につき）

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合  
150点
- 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を越え2年以内に行った場合  
125点
- 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を越え3年以内に行った場合  
100点

#### [算定要件]

- 1 歯科疾患管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する
- 2 歯周病安定期治療の開始に当たっては、上記検査等の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、歯科疾患管理料に係る文書を提供すること
- 3 2回目以降の歯周病安定期治療については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うことを基本とする（歯周外科手術を実施した場合等重度の歯周疾患を有する場合を除く。）

2 歯周基本治療において実施されるスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等については、1回目の歯周基本治療終了後においても必要に応じて適時行う必要があることから、歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、これらの処置の2回目以降の評価を新たに行うとともに、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬<sup>もうのう</sup>については、評価の引き下げを行う。

現 行	改正案
<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） 64点</p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬（<sup>もうのう</sup>盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする</p>	<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） <u>64点</u></p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>注1 <u>同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1は、注加算を含む。）の30/100に相当する点数により算定する</u></p>

改

3 歯周外科手術は、個々の歯の状況に応じて、一歯単位に評価して実施することが重要であることから、歯周治療の実態に合わせた、1歯単位の評価に改める。

現 行	改正案
【歯周外科手術】（3分の1顎につき）	【歯周外科手術】（1歯につき）
1 歯周ポケット搔爬術 200点	1 歯周ポケット搔爬術 75点
2 新付着手術 300点	2 新付着手術 150点
3 歯肉切除術 400点	3 歯肉切除術 300点
4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点	4 歯肉剥離搔爬手術 600点

改

4 歯周疾患による急性症状が発現した場合であって、特定薬剤を用いて症状緩解を図った場合の処置の評価を追加する。

現 行	改正案
【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点	【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点
[適応症]	[適応症]
<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善が見られず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> <li><u>歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤の注入を行った場合</u></li> </ul>

改



## 病院歯科機能の評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 病院歯科においては、その専門的な診療機能等について評価がなされているが、現行の施設基準は、病院歯科の機能評価を行う上で、必ずしも実態に即したものとなっていないことから、現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を見直し、適切な機能評価を行う。
- 2 また、在宅療養を行っている患者に対して、地域において在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて、病院歯科等において全身管理下での処置や手術及び入院を伴う歯科診療が必要になる場合があることから、在宅歯科診療を後方支援する病院歯科機能について新たに評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を緩和し、適切な機能評価を行う。

#### (1) 地域歯科診療支援病院の施設基準の見直し

現 行	改正案
(1) 歯科医師が常勤3名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上であること ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること	(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上であること ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

改

- 2 在宅での歯科診療が困難であると判断され、連携している地域の病院歯科等を受診し、入院して歯科診療を行った場合に、在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の機能を評価するため、入院基本料への加算を創設する。

**新** 地域歯科診療支援病院入院加算 300点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する