

個別改定項目について（その2）

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について

重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

重点課題2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

重点課題2-5 訪問看護の充実について

重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

緩和ケア病棟の評価の見直し	1
緩和ケアを行う医療機関の評価	2
外来緩和ケアの更なる評価	5
在宅における緩和ケアの評価	7
医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和	8
がん診療連携の充実	9
外来放射線照射診療料の新設	13

小児入院医療管理料における放射線治療の評価	15
I-2 生活習慣病対策の推進について	
糖尿病透析予防指導の評価	17
たばこ対策への評価	18
I-3 精神疾患に対する医療の充実について	
精神科急性期入院医療の評価	20
精神科慢性期入院医療の評価	23
地域における精神医療の評価	25
I-4 認知症対策の推進について	
認知症入院医療の評価	33
認知症患者の外来診療の評価	36
重度認知症デイ・ケア料の評価	38
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価	39
I-5 感染症対策の推進について	
結核病棟入院基本料における退院基準の評価	40
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価	42
陰圧室、無菌治療室の適正な評価	43
感染防止対策への評価	45
I-6 リハビリテーションの充実について	
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価	47
早期リハビリテーションの評価	50
外来リハビリテーションの評価	52
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応	54
リハビリテーションの充実について	55
I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について	
I-8 医療技術の適切な評価について	
医療技術の適切な評価	56
先進医療の保険導入	59
医療技術の評価及び再評価	60
I-9 イノベーションの適切な評価について	
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	65
外来化学療法の評価の充実	69

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

II-1 医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 7 2

II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 7 3

患者に対する相談支援体制の充実等について 7 4

明細書の無料発行の促進 7 5

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 7 7

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）

の見直し 8 2

DPCフォーマットデータ提出の評価 9 2

III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

III-3 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

III-4 診療所の機能に着目した評価について

III-5 医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 9 4

III-6 調剤報酬について

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

IV-2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について . 9 9

IV-3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

検体検査実施料の適正化について	100
IV-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について	
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	101
コンピューター断層撮影診断料の見直し	102
ビタミン剤の取扱い	104
人工腎臓等の適正な評価	105
コンタクトレンズに係る診療の適正評価	108

緩和ケア病棟の評価の見直し

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

現 行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 3,780点	【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 1 30日以内の場合 〇点(改) 2 31日以上60日以内の場合 〇点(改) 3 61日以上の場合 〇点(改)

緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>

<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</u></p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ <u>がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</u></p>	<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。</u></p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</u></p>
--	--

<p><u>こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</u></p>	<p>こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。</p>
---	--

2. 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>

(*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定(重点課題1-4))

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケアチーム等の評価

(1) 専門的な緩和ケアチームによる外来緩和ケアの評価を新設する。
「重点課題1-4」を参照のこと。

(2) 緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

現 行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> ○点(新) 2 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 2</u> ○点(改) [算定要件] 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 緩和ケアの経験を有する医師が直接

<p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>	<p>当該指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>
--	--

(3) 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

「I-1-②」を参照のこと。

在宅における緩和ケアの評価

骨子【I-1-(4)】

1. 悪性腫瘍患者について、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両方の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することを可能にする。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

2. 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

「重点課題2-1-②」

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅がん医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」

医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和

骨子【I-1-(5)】

第1 基本的な考え方

1. 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、一部30日分を処方することが認められている。
2. 在宅での緩和医療を推進するため、医療用麻薬製剤について、医療の実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん診療連携の充実

骨子【I-1-(6)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、要件等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、<u>または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者</u></p>

2. 紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

(新) がん治療連携管理料 〇点

[算定要件]

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断さ

れた入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

3. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

現 行	改 定 案
<p>【がん治療連携計画策定料】 750点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>1 がん治療連携計画策定料 1 750点</p> <p>2 <u>がん治療連携計画策定料 2</u> 〇点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>がん治療連携計画策定料 1 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p>がん治療連携計画策定料 2 <u>がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）、月 1 回に限り算定する。</u></p>

4. リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 219 852 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="331 277 496 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 333 863 651">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="906 219 1426 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="906 277 1070 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 333 1430 875">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は術後に<u>地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）</u>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。</p>

5. がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 1305 852 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="331 1366 496 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 1422 863 2016">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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="906 1305 1426 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="906 1366 1070 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 1422 1430 2016">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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<u>ただし、地域連携診</u></p>

	<p><u>療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。</u></p>
--	---

外来放射線照射診療料の創設

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医1人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。

外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

第2 具体的な内容

外来放射線照射実施計画において、1週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 ○点

[算定要件]

- ① 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。
- ③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診

療料を算定しない。

- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

[施設基準]

- ① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が勤務していること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。
- ④ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料における評価を改める。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から放射線治療を除く。

現 行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、<u>放射線治療</u>、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院</p>

<p>強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
---	--

糖尿病透析予防指導の評価

骨子【I-2-(1)】

第1 基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

第2 具体的な内容

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 ○点

[算定要件]

ヘモグロビン A_{1c} (HbA_{1c}) が 6.1% (JDS 値) 以上、6.5% (国際標準値) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

たばこ対策への評価

骨子【I-2-(2)】

第1 基本的な考え方

受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す。

(対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例)

- 1 総合入院体制加算
- 2 乳幼児加算・幼児加算
- 3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- 4 小児療養環境特別加算
- 5 がん診療連携拠点病院加算
- 6 ハイリスク妊娠管理加算
- 7 ハイリスク分娩管理加算
- 8 呼吸ケアチーム加算
- 9 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 10 小児特定疾患カウンセリング科
- 11 小児科療養指導料
- 12 外来栄養食事指導料
- 13 入院栄養食事指導料
- 14 集団栄養食事指導料
- 15 喘息治療管理料

- 16 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 17 糖尿病合併症管理料
- 18 乳幼児育児栄養指導料
- 19 生活習慣病管理料
- 20 ハイリスク妊産婦共同管理料
- 21 がん治療連携計画策定料
- 22 がん治療連携指導料

[施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

[経過措置]

平成〇年〇月〇日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期入院医療の評価

骨子【I-3-(1)】

第1 基本的な考え方

精神科急性期入院医療について、精神科救急医療機関の身体合併症患者の対応に関する評価を見直すとともに、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携についての評価を新設する。

また、児童思春期の精神科入院医療について、小児病院と精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 身体合併症の対応に関する評価

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。
- (2) 精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点	【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 〇点(改)

2. 精神科救急医療機関の後方病床の評価

- (1) 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回） ○点
(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） ○点

[算定要件]

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、入院日から 60 日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 紹介加算は、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ② 受入加算は、精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ③ 連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行う。

(2) 精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 救急支援精神病棟初期加算（14 日以内、1 日につき） ○点

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

3. 児童・思春期精神科入院医療の評価

(1) 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

- (新) 児童・思春期精神科入院医療管理料 ○点（1 日につき）

[算定要件]

20 歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね 8 割以上入院させる病棟又は治療室であること。
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする常勤医師が 2 名以上（うち 1 名は精神保健指定医）
- ③ 看護師配置常時 10 対 1 以上（夜勤看護師 2 名以上）
- ④ 専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ 1 名以上

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止する。

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）	【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）
重症者加算 40点	1 重症者加算1 ○点(改)
	2 重症者加算2 ○点(改)
[算定要件]	[算定要件]
GAFスコアが40以下の患者について算定する。	1 重症者加算1 <u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが0以下の患者について算定する。</u>
	2 重症者加算2 <u>GAFスコアが0以下の患者について算定する。</u>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

2. 精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院支援加算（退院時） ○点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

- (1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。
- (2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。
「重点課題2-5-③」を参照のこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（1日につき6時間）と精神科ショート・ケア（1日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の〇分の〇に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</u></p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して</u></p>

	精神科デイ・ケアを行った場合は、 所定点数の〇分の〇に相当する点 数を算定する。ただし、入院中1回 までとする。
--	---

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 〇点(改) 疾患別等診療計画加算 〇点(新) [算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

3. 通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合	500点	いる精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	○点(改)
2 1 以外の場合		2 1 以外の場合	
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点
		<p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に○点を加算する。</p>	

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<u>ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内</u>に限り算定する。</p>

4. 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現 行	改定案
<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p>1 <u>認知療法・認知行動療法 1</u></p> <p style="text-align: right;">〇点(新)</p> <p>2 <u>認知療法・認知行動療法 2</u></p> <p style="text-align: right;">〇点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法 1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法 2</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>

5. 向精神薬の多量・多剤投与の適正化

(1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、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に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 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、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>③ 他の精神科専門療法と同一日に</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、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に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② <u>当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の〇分の〇に相当する点数を算定する。</u></p> <p>③ 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、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ <u>抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に〇点を加算する。</u></p> <p>⑤ 他の精神科専門療法と同一日に</p>

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
--	--

6. 治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（1月につき） 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （1月につき）</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 ○点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調</u></p>

	<p><u>症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>クロザピン</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。</u></p> <p>② <u>副作用に対応できる体制が整備されていること。</u></p>
--	---

7. 精神科リエゾンチーム加算を新設する。
「重点課題1-4」を参照のこと。

認知症入院医療の評価

骨子【 I - 4 - (1) 】

第 1 基本的な考え方

認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状 (B P S D) の改善に入院日から概ね 1 カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、短期集中的な認知症治療の更なる評価により、早期退院を推進するとともに、退院支援の評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 認知症治療病棟入院料の見直し

(1) 認知症治療病棟入院料の入院 30 日以内についてさらなる評価を行い、入院 61 日以降の長期入院の評価を見直す。

現 行	改 定 案
【認知症治療病棟入院料】 (1 日につき)	【認知症治療病棟入院料】 (1 日につき)
1 認知症治療病棟入院料 1	1 認知症治療病棟入院料 1
イ 60 日以内の期間 1, 450 点	イ <u>30 日以内の期間</u> 〇点 (改)
ロ 61 日以上の期間 1, 180 点	ロ <u>31 日以上 60 日以内の期間</u> 〇点 (改)
	ハ 61 日以上の期間 〇点 (改)
2 認知症治療病棟入院料 2	2 認知症治療病棟入院料 2
イ 60 日以内の期間 1, 070 点	イ <u>30 日以内の期間</u> 〇点 (改)
ロ 61 日以上の期間 970 点	ロ <u>31 日以上 60 日以内の期間</u> 〇点 (改)
	ハ 61 日以上の期間 〇点 (改)

(2) 認知症治療病棟入院料について包括範囲の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲] 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲] 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法、<u>J-038人工腎臓（入院〇日以内に限る）</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

2. 認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

(新) 認知症夜間対応加算（1日につき） 〇点

[算定要件]

- ① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- ② 入院日から30日以内であること。

3. 退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 <u>〇点</u>(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に<u>退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従の従事者1人（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）</u>が配置されていること。</p>

認知症患者の外来診療の評価

骨子【I-4-(2)】

第1 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 認知症専門診断管理料の見直し

現 行	改定案
<p>【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に</p>	<p>【認知症専門診断管理料】(1人につき1回)</p> <p>1 <u>認知症専門診断管理料1</u> 〇点(改)</p> <p>2 <u>認知症専門診断管理料2</u> 〇点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認</p>

<p>紹介した場合に算定。</p>	<p>知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。</p> <p>③ <u>認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。</u></p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>② <u>他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、〇月に1回に限り算定。</u></p>
-------------------	---

2. 認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

(新) 認知症療養指導料 〇点(月1回、〇月まで)

[算定要件]

専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して〇月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【I-4-(3)】

第1 基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 夜間ケア加算 〇点（1日につき）

[算定要件]

- ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。
- ② 当該加算を算定した日から起算して1年以内に限る。

[施設基準]

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する

医療連携の評価

骨子【I-4-(4)】

第1 基本的な考え方

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

- | | | |
|-----|---------------------------|----|
| (新) | <u>地域連携認知症集中治療加算（退院時）</u> | ○点 |
| (新) | <u>地域連携認知症支援加算（再転院時）</u> | ○点 |

[算定要件]

- ① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、BPSD等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。
- ② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、○日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

結核病棟入院基本料における退院基準の評価

骨子【I-5-(1)】

第1 基本的な考え方

結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>	<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、<u>15対1入院基本料</u>、<u>18対1入院基本料</u>又は<u>20対1入院基本料</u>の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>

② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)

③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)

③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

入院結核患者について、直接監視下短期化学療法（DOTS）の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等（院内DOTS）を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

現 行		改定案	
【結核病棟入院基本料】（1日につき）		【結核病棟入院基本料】（1日につき）	
1	7対1入院基本料 1,447点	1	7対1入院基本料 ○点(改)
2	10対1入院基本料 1,192点	2	10対1入院基本料 ○点(改)
3	13対1入院基本料 949点	3	13対1入院基本料 ○点(改)
4	15対1入院基本料 886点	4	15対1入院基本料 ○点(改)
5	18対1入院基本料 757点	5	18対1入院基本料 ○点(改)
6	20対1入院基本料 713点	6	20対1入院基本料 ○点(改)
		[施設基準]	
		<p><u>結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。</u></p> <p><u>施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。</u></p>	

陰圧室、無菌治療室の適正な評価

骨子【I-5-(3)】

第1 基本的な考え方

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室加算）について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

第2 具体的な内容

1. 二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

現 行	改定案
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。<u>ただし、陰圧室加算を算定する日にあつては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。</u></p>

2. 無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。なお、経過措置として平成25年3月31日までは従前の例による。

現 行	改定案
【無菌治療室管理加算】(1日につき)	【無菌治療室管理加算】(1日につき)

3,000点	<p>1 無菌治療室管理加算 1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算 2 〇点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算 1</p> <p>① <u>個室であること。</u></p> <p>② 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>③ 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス6以上</u> であること。</p> <p>④ <u>室内の空気の流れが一方向であること。</u></p> <p>2 無菌治療室管理加算 2</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス7以上</u> であること。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度がクラス1万以下であること。</p>	

[経過措置]

現在、この加算を算定している医療機関は、平成25年3月31日までは無菌治療室管理加算1を算定できる。

感染防止対策への評価

骨子【I-5-(4)】

第1 基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

(新) 感染防止対策加算1 〇点 (入院初日)

(新) 感染防止対策加算2 〇点 (入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

(新) 感染防止対策地域連携加算 〇点（入院初日）

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）
	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ○点(新)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ○点(改)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,600点

2. また、重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

[施設基準]

- ① 常時 13 対 1 以上の看護配置があること。(看護師 7 割以上、夜勤看護職員 2 名以上)
- ② 常時 30 対 1 以上の看護補助者の配置があること。
- ③ 専任のリハビリテーション科の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以

上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置があること。

- ④ 在宅復帰率が7割以上であること。
- ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者（日常生活機能評価で10点以上の患者）であること。
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。
- ⑦ 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。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>【重症患者回復病棟加算】（1日につき） 50点</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ○点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>⑥ <u>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</u></p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料における包括範囲について見直

しを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

早期リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

第2 具体的な内容

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき) 早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき)</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 (14日以内) <u>イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> ○点(新)</p> <p>ロ その他の場合 ○点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算 2 (15日以上30日以内) ○点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 <u>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。</u></p>

<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 注2（1単位につき）</p> <p>早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p> <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 注2（1単位につき）</p> <p>1 早期リハビリテーション加算1 (14日以内)</p> <p>イ <u>リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> ○点(新)</p> <p>ロ その他の場合 ○点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 (15日以上30日以内) ○点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 <u>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内</u>に限り算定する。</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p>
--	---

外来リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(3)】

第1 基本的な考え方

外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 1</u>	<u>〇点 (7日につき)</u>
(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 2</u>	<u>〇点 (14日につき)</u>

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料 1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーション診療料 2

- ① リハビリテーション実施計画において、2週間に2日以上疾患別リハビリ

テーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

- ② 算定日から 14 日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から 14 日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

[施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。

訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作（以下ADLという）が低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

第2 具体的な内容

- 急性増悪等のためにADLが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。<u>ただし、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合、6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定する。</u></p>

- 上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合にも、6月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

リハビリテーションの充実について

骨子【I-6-(5) (6)】

1. 現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対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については、これらを原則次回改定までとする。

「重2-6-①」を参照のこと。

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

「重2-6-①」を参照のこと。

3. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長し、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

「重2-6-②」を参照のこと。

医療技術の適切な評価

骨子【I-8-(1)】

第1 基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

第2 具体的な内容

1. 手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

(1) 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

(2) 評価対象手術

手術料の見直しについては、外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

2. 内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

①高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

(導入された技術の例)

ア) 時間内歩行試験

イ) 脳波検査判断料

ウ) ヘッドアップティルト試験

「I-8-③」を参照のこと。

②高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

(対応する技術)

ア) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ) 植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ) 心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

- カ) 高度難聴指導管理料の評価の引き上げ
- キ) 在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価の引き上げ
- ク) 小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ
- ケ) 難病外来指導管理料の評価の引き上げ

先進医療の保険導入

骨子【I-8-(2)】

第1 基本的な考え方

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。

第2 具体的な内容

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

(1月27日に提示済み)

(導入された技術の例)

- (1) CTガイド下気管支鏡検査
- (2) 腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術
- (3) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- (4) 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- (5) マイクロ波子宮内膜アブレーション
- (6) 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術

医療技術の評価及び再評価

骨子【I-8-(3)】

第1 基本的な考え方

診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ保険導入を行う。
(1月27日に提示済み)

(評価された技術の例)

- ①コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
- ②時間内歩行試験 (資料1)
- ③ヘッドアップティルト試験 (資料2)
- ④高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査 (資料3)
- ⑤筋肉内コンパートメント内圧測定
- ⑥顔面多発骨折変形治癒矯正術
- ⑦内視鏡下神経剥離術
- ⑧内視鏡下経蝶形骨洞手術
- ⑨低侵襲性経肛門的局所切除術 (MITAS)
- ⑩大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術 (資料4)
- ⑪下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
- ⑫脳波検査判断料

(資料 1) 時間内歩行試験

○ 技術の概要

時間内（6分間）に呼吸器・循環器疾患を持つ患者にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験。特別な器具や設備を必要とせず、比較的重症例にも実施可能であり、日常生活における機能障害の重症度を評価するのに適している。米国胸部学会が標準的な実施方法・評価方法を定めており、標準的な検査として確立している。

【参考 1 時間内歩行試験の特徴】

- 客観的に日常的な機能障害を評価可能
- 在宅酸素療法等の治療方針の決定に有用
- 特別な器具や設備が不要

【参考 2 時間内歩行試験の検査風景】



検査の実施方法

- ① 検査前の血圧・脈拍・動脈血酸素飽和度・主観的な症状の程度等を記録し、歩行の方法等の説明を行う。
- ② マニュアルに定められた声かけを行いながら、患者を6分間歩行させる。
- ③ 6分経過後、歩行を中止する。

(資料2) ヘッドアップティルト試験

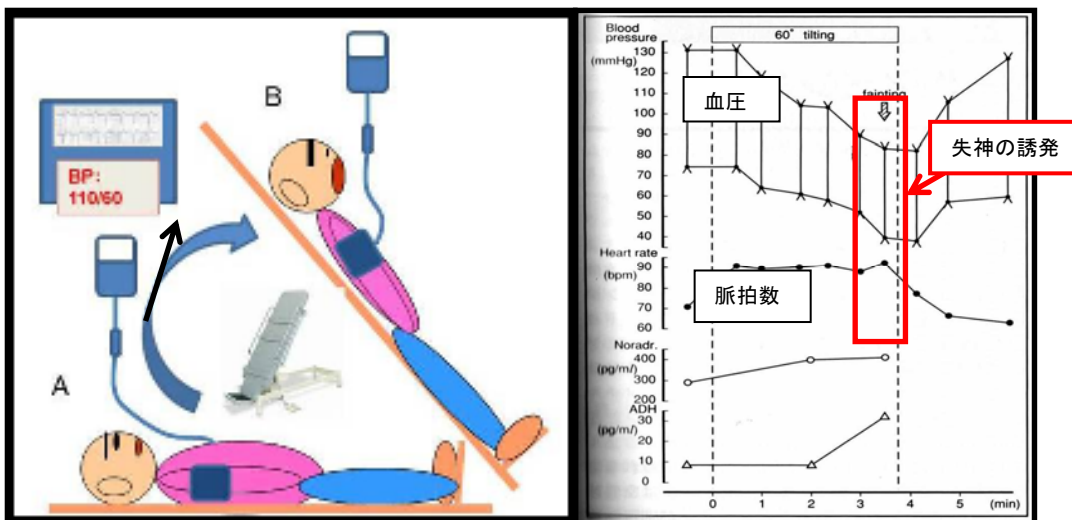
○ 技術の概要

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60~80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察する。神経調節性失神(※)を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能となるもので、特異性の高い検査法である。診断確定だけでなく、その程度の把握に有用な検査である。

※ 神経調節性失神

失神の原因で最も多い。長時間の起立により、静脈血が下半身にうっ滞し、心拍出量が減少するが、自律神経がそれを調節する際に、心拍数が減少し、失神が誘発されることがあり、これを神経調節性失神と言う。心疾患を有しない者の神経調節性失神の予後は良好で、直接死因になることは稀であるが、失神に伴う頭部外傷等には注意が必要となる。

【参考1 ヘッドアップティルト試験の模式図】【参考2 試験中の血圧や脈拍数の推移の例】



検査の実施方法

- ① Aの状態から、Bの状態へ被験者を起こし、25~45分間保持する。
- ② 血圧、脈拍数等を観察し、脈拍数の減少(徐脈)、血圧の低下、意識消失の有無を確認する。

(資料3) 高解像度赤外線 CCD を用いた眼振検査

○ 技術の概要

赤外線 CCD カメラが装着されたゴーグルにより、眼振及び異常眼球運動を TV 画面上に拡大してモニターし、評価を行う。従来の電気眼振図やフレンツェル眼鏡を用いた眼振検査に比べ、小さな眼振も検出することが可能である。

【参考1 実際の検査の様子】



【参考2 眼振の検出により診断される疾患の例】

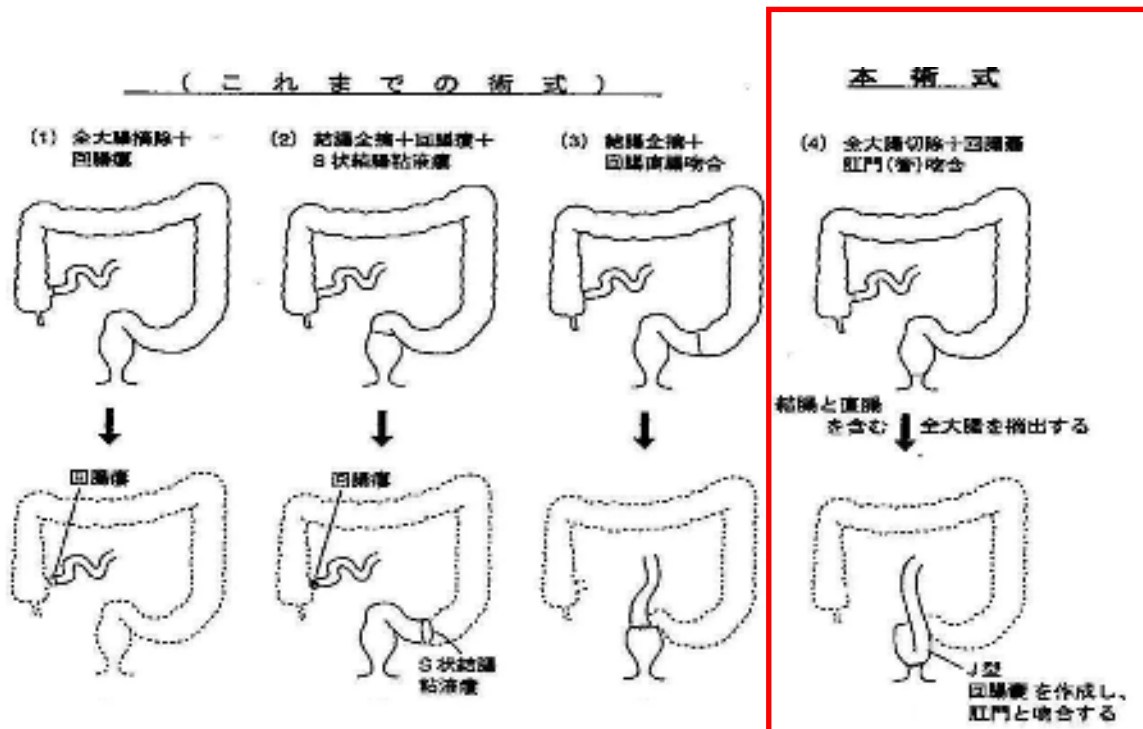
- 1) 良性発作性頭位めまい症
- 2) メニエール病
- 3) 内耳炎
- 4) 前庭神経炎
- 5) めまいを伴う突発性難聴
- 6) 外リンパ瘻
- 7) 遅発性内リンパ水腫
- 8) 聴神経腫瘍

(資料4) 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術

○ 技術の概要

潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症などの病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。これまでの方法は、病変発生母地となりえる直腸を温存するか、ストーマを造設していたが、本術式では直腸を切除可能で、かつ排便機能が温存される。

【参考 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術とこれまでの術式の比較】



新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【I-9-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。
2. その他の医療材料等にかかる管理料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

1. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている22技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

(技術の例)

- | | |
|---------------------------------|----|
| ①放射線治療用金属マーカ―留置術 | ○点 |
| ②植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (初日) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (2日目以降30日まで) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (31日目以降90日まで) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (91日目以降) | ○点 |

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている12の検査について、新たに検査実施料を新設する。

(検査の例)

- | | |
|--------------|----|
| ①レジオネラ核酸検出 | ○点 |
| ②HE-IgA (定性) | ○点 |

3. 新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

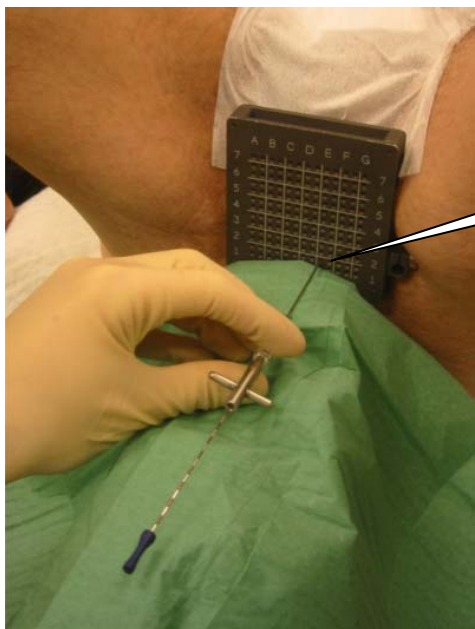
(薬剤の例)

- ①エベロリムス製剤
- ②ミコフェノール酸モフェチル製剤

(資料1)

放射線治療用経皮的体内金属マーカ―留置術

放射線治療の際に、画像上で確認することができる識別マーカ―を作成するためのコイルを体内に植込む。これにより放射線治療の精度の向上が期待できる。

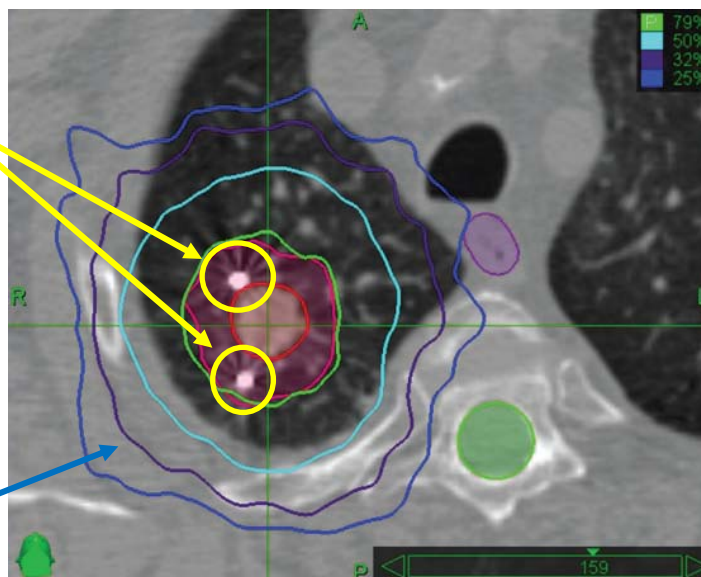


内部に装填されているコイル

当該製品を体内に設置している図

設置されたマーカ―にあわせて、毎回の放射線治療のたびに位置調節を行う。

放射線治療において、放射線が照射される範囲と線量

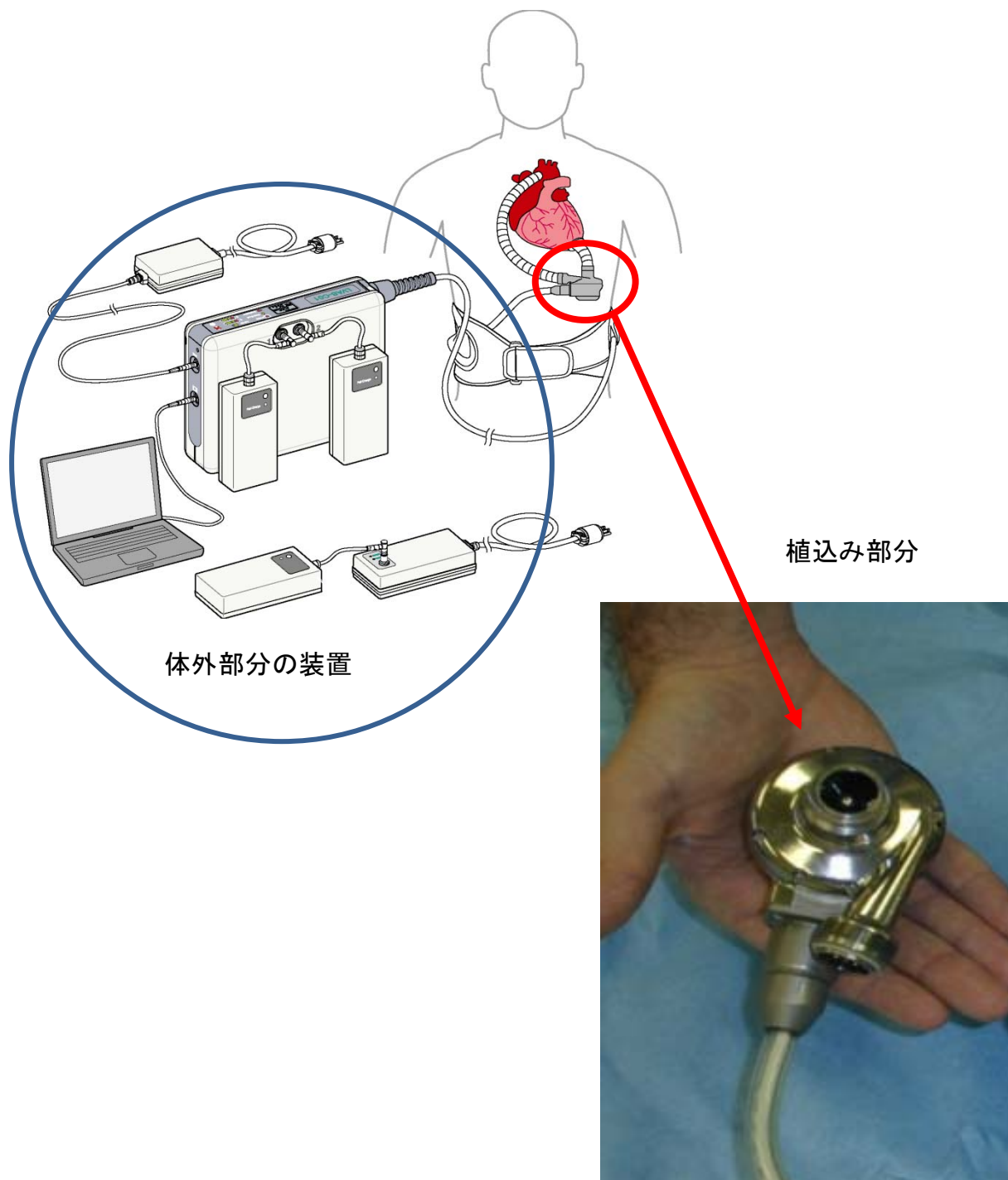


放射線治療の計画を立てる際の画像(例)

(資料2)

植込型補助人工心臓（非拍動流型）

心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法等によっても継続した代償不全に陥っており、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善のために体内に植込んで使用する。



外来化学療法の評価の充実

骨子【I-9-(2)】

第1 基本的な考え方

現在、外来化学療法加算において、通常の点滴よりも手厚い体制や設備のもと、外来における化学療法が行われることを評価している。

がんに対する化学療法については、狭義の抗悪性腫瘍剤のみならず、ホルモン剤などが用いられる様になり、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、いわゆる分子標的治療薬については、がんの化学療法だけでなく、自己免疫性疾患等にも使用されており、その際は、化学療法と同様の管理が必要な場合もある。

これらの実態を踏まえ、外来化学療法加算について、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算】</p> <p>イ 外来化学療法加算 1 550 点</p> <p>(15 歳未満の患者に対して行った場合は 750 点)</p>	<p>【外来化学療法加算】</p> <p>1 外来化学療法加算 1</p> <p> イ 外来化学療法加算 A</p> <p> (1) 15 歳未満 ○点(新)</p> <p> (2) 15 歳以上 ○点(新)</p> <p> ロ 外来化学療法加算 B</p> <p> (1) 15 歳未満 ○点(新)</p> <p> (2) 15 歳以上 ○点(新)</p>

<p>□ 外来化学療法加算 2 420 点 (15 歳未満の患者に対して行った場合は 700 点)</p>	<p>2 外来化学療法加算 2 <u>イ 外来化学療法加算 A</u> (1) 15 歳未満 ○点(新) (2) 15 歳以上 ○点(新) <u>ロ 外来化学療法加算 B</u> (1) 15 歳未満 ○点(新) (2) 15 歳以上 ○点(新)</p>
--	---

[算定要件]

- ① 外来化学療法加算 A は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤、又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、G O O O 以外によって投与した場合に算定する。
- ② 外来化学療法加算 B は、外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合に算定する。
- ③ いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得て、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。

[施設基準]

外来化学療法加算 1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施し

ている時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来化学療法加算2

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ③ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ④ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑤ 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－（１）】

第１ 基本的な考え方

1. 医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。
2. また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。
 - (1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。
 - (2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。
「Ⅰ－５－④」を参照のこと。
2. 高い機能を有するCT撮影装置及びMRI撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置、MRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－（１）】

第１ 基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２ 具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

(新) 患者サポート体制充実加算 ○点（入院初日）

[施設基準]

- ① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート及び院内のトラブルに関するマニュアルの作成、リスク報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

2. 入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－（３）】

第１ 基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２ 具体的な内容

1. 正当な理由については、現在、
 - (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
 - (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－３－（１）】

第１ 基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は経過措置を設ける。

現 行	改定案
第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。	第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び <u>栄養管理体制</u> について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 [栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養

<p>【栄養管理実施加算】（1日につき） 12点</p>	<p>士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</p> <p>③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</p> <p><u>（削除）</u></p>
----------------------------------	---

[経過措置]

平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>

<p>対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p>【褥瘡患者管理加算】（入院中1回） 20点</p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>	<p>対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、<u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u></p> <p>④ <u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
--	---

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ〇点ずつ引き上げる。

2. 療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の本則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、本則を下回る病棟については、当療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1) 療養病棟療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算 3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算 4 30点</p>	<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>1 <u>療養病棟療養環境改善加算 1</u> ○点(新)</p> <p>2 <u>療養病棟療養環境改善加算 2</u> ○点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に療養病棟療養環境加算 3、4 の届出を行っている病棟にあっては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2) 診療所療養病床療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
【診療所療養病棟療養環境加算】（1	【診療所療養病棟療養環境加算】（1

<p>日につき)</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算 1 100点</p> <p>2 診療所療養病床療養環境加算 2 40点</p>	<p>日につき)</p> <p>診療所療養病床療養環境加算 100点</p> <p><u>【診療所療養病床療養環境改善加算】</u></p> <p><u>診療所療養病床療養環境改善加算</u> 〇点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないもの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>
---	---

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に診療所療養病床療養環境加算 2 の届出を行っている病床にあっては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅲ－１－（６）】

第１ 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPSにおいても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。
5. 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関 A の暫定調整係数〕} &= \\ &\text{〔医療機関 A の属する医療機関群の基礎係数〕} \times 0.25 \\ &+ \text{〔医療機関 A の調整係数（※）〕} \times 0.75 \end{aligned}$$

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、〇%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を機能評価係数 I として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- (2) 現行の評価項目（6指数）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

①データ提出指数

現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応	
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児 2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）

- (3) 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。(詳細別表3)
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。

DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

「Ⅲ-1-⑦」を参照のこと。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成22年10月1日～平成23年9月30日（12ヶ月間）のデータ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① 手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数Ⅰとして整理）。</p> <p>② データの質の評価 A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。（新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定） B 今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号 ・ がんのUICC分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類 ※ なお、DPC 病院Ⅲ群について、外来診療に係るEF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05点を目安に今後検討）を加算する。（同上）</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>											
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕											
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価</p> <p>（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="913 507 2045 727"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）</p> <p>地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ）</p> <p>〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】</p> <p>DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院Ⅲ群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】</p> <p>DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

<地域医療指数・体制評価指数別表2>地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価（「P」はポイントを表し、1項目1ポイント、但し上限は7ポイント）。

評価項目（各1P）	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P）

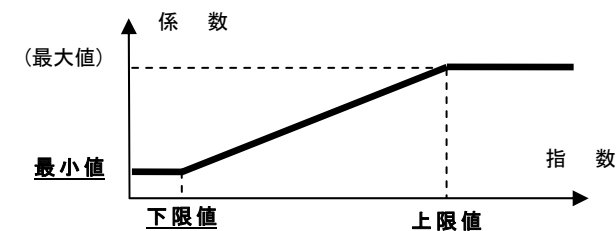
評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） 	<p>「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P）</p> <p>※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院。</p>
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表 3

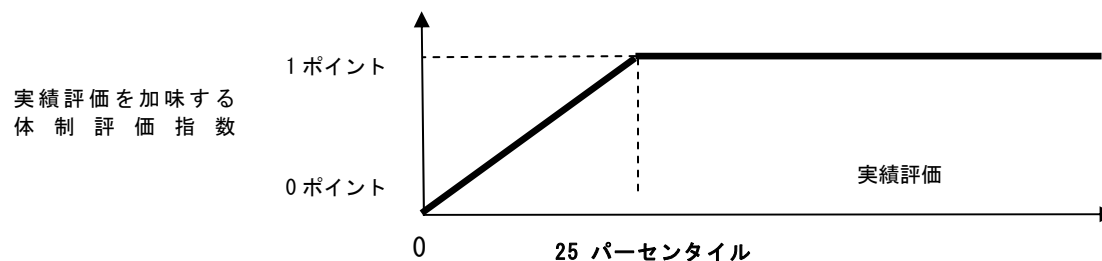
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセントタイル値を上限値1ポイント（つまり、実績を有する施設の上から4分の3は満点（1ポイント））。



D P Cフォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－（７）】

第１ 基本的な考え方

急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、D P C対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。また、D P C対象病院における外来診療や入院診療の出来高算定患者（包括対象外の患者）に係るデータの提出についても出来高算定病院での取扱いと同様な評価を行う。この際、D P C対象病院のデータ提出に係る評価（機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む）については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理（統合）する。

第２ 具体的な内容

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

（新） データ提出加算 1

イ 200床以上の病院 〇点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 〇点（退院時1回）

（新） データ提出加算 2

イ 200床以上の病院 〇点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 〇点（退院時1回）

[算定要件]

データ提出加算 1

- ① データ提出することをあらかじめ届出した上で、D P Cフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算

を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

データ提出加算 2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

[施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）、専門病院入院基本料（7対1又は10対1）、特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数I（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Iと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。

医療機関間の連携に着目した評価

骨子【Ⅲ－５－（４）】

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1－1－③」を参照のこと。

2. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

3. 一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

4. 新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の2回算定可能とする。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

5. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13対1、15対1のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

6. 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

7. 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

10. 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

11. 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

12. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重点課題2-3-②」を参照のこと。

13. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題2-3-②」を参照のこと。

14. 退院時共同指導料の評価の見直し

(1) 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料2を算定できるようにする。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

(2) 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

15. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合

の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。

- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

16. 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき、訪問看護が提供できることを明示する。

「重 2-3-⑤」を参照のこと。

17. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。また、紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

「I-1-⑥」を参照のこと。

18. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

19. リンパ浮腫指導管理料について、手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。また、がん患者カウンセリング料について、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

20. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合

併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

21. 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

22. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

23. 認知症専門診断管理料の見直しを行う。また、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

「Ⅰ－４－②」を参照のこと。

24. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

25. 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

「Ⅲ－２」を参照のこと。

平均在院日数の減少や社会的入院の

是正に向けた取組について

骨子【Ⅳ－２－（１）】

1. 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件を見直す。
「Ⅲ－１－①」を参照のこと。
2. 金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関について、土曜日、日曜日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ－１－②」を参照のこと。
3. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、退院日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ－１－②」を参照のこと。
4. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。
「Ⅲ－２」を参照のこと。
5. 精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。
「Ⅰ－３－②」を参照のこと。
6. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－３】

第１ 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて、その見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、臨床的な観点から検査の区分や名称の変更を行う。

第２ 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 現在、１つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。
3. 検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた標準検査名称・標準検査法名称を参考に見直しを行う。
例) プロテインS→プロテインS活性、プロテインS抗原
単純ヘルペスウイルス特異抗原→単純ヘルペスウイルス抗原定性

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-1-(1)】

第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第2 具体的な内容

現 行		改定案	
【量的視野検査（片側）】		【量的視野検査（片側）】	
2 静的量的視野検査	300点	2 静的量的視野検査	○点(改)
【調節検査】		【調節検査】	
	74点		○点(改)
【角膜形状解析検査】		【角膜形状解析検査】	
	110点		○点(改)
【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】		【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】	
1 鼓膜音響インピーダンス検査	300点	1 鼓膜音響インピーダンス検査	○点(改)
2 チンパノメトリー	350点	2 チンパノメトリー	○点(改)
【皮膚科光線療法（1日につき）】		【皮膚科光線療法（1日につき）】	
3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	350点	3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	○点(改)

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

CT撮影及びMRI撮影について、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にあり、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 〇点(新)</p> <p>ロ 16列以上<u>64列未満</u>のマルチスライス型の機器による場合 〇点(改)</p> <p>ハ <u>4列以上</u>16列未満のマルチスライス型の機器による場合 〇点(改)</p> <p>ニ イ、ロ、<u>ハ</u>以外の場合 〇点(改)</p> <p>[施設基準]</p>

	<p style="text-align: center;"><u>イについては、画像診断管理加算 2 が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が 1 名以上。</u></p>
<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）】</p> <p>1 1.5 テスラ以上の機器による場合 1,330 点</p> <p>2 1 以外の場合 1,000 点</p>	<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）】</p> <p>1 <u>3 テスラ以上の機器による場合</u> ○点(改)</p> <p>2 1.5 テスラ以上の機器による場合 ○点(改)</p> <p>3 1、2 以外の場合 ○点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p style="text-align: center;"><u>1については、画像診断管理加算 2 が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が 1 名以上。</u></p>

[参考]

画像診断管理加算 2 の施設基準

- ① 放射線科を標榜している病院であること。
- ② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT 撮影及び MRI 撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- ④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

ビタミンB群及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第2 具体的な内容

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

現 行	改定案
<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与された<u>ビタミン剤</u>については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

人工腎臓等の適正な評価

骨子【Ⅳ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析における合併症防止の観点から、近年有効性が明らかとなりつつある新しい血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価等を行う。また、包括薬剤の価格や、より低価格で同様の効果を持つエリスロポエチン製剤使用の実態を踏まえた包括点数の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められることから、透析液水質確保加算２を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算２を算定していることとする。

(新) 慢性維持血液透析濾過（複雑なもの） ○点（１日につき）

[算定要件]

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

[施設基準]

透析液水質確保加算２を算定していること。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき） 透析液水質確保加算 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 透析液水質確保加算 1 ○点(改)</p> <p>2 透析液水質確保加算 2 ○点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 透析液水質確保加算 1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>2 透析液水質確保加算 2</p> <p>① 月1回以上水質検査を実施し、<u>関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。</u></p> <p>② <u>透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</u></p>

2. エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等への置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>

	2,075点		<u>〇</u> 点(改)
□	4時間以上5時間未満の場合	□	4時間以上5時間未満の場合
	2,235点		<u>〇</u> 点(改)
ハ	5時間以上の場合	ハ	5時間以上の場合
	2,370点		<u>〇</u> 点(改)

コンタクトレンズに係る診療の適正評価

骨子【IV－4－(3)】

第1 基本的な考え方

コンタクトレンズに係る診療報酬については、検査点数を包括化した体系で評価を行っている。

この度、コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、検査に対する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

第2 具体的な内容

コンタクトレンズ検査料2を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。