

## 入院から在宅療養への円滑な移行の促進

### 1 基本的考え方

- 入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる指導について、診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえ、現行の退院指導料、退院時共同指導料等を再編・統合する中で、在宅療養支援診療所（仮称）の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う指導については、評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）】 310点 ・退院時共同指導加算 290点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、その入院先の医師と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料（Ⅰ）】（仮称） （紹介元の医療機関が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 〇, 〇〇〇点</p> <p>2 1以外の場合 〇〇〇点</p> <p>退院後の療養を支援する医師が、入院医療機関の医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合</p> <p>注 1入院につき1回算定できる。ただし、在宅療養支援診療所（仮称）の医師が、一定の重症患者に対し、入院先の医療機関に赴いて、2回以上の指導を行った場合は、2回まで算定できる。</p>
<p>【在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）】 140点 ・退院時共同指導加算 360点 診療所において、在医管等を算定している患者が急変等により病院に入院し、入院先の医師が、主治医と共同して指導した場合及び退院に際して指導した場合</p>	<p>【地域連携退院時共同指導料（Ⅱ）】（仮称） （入院先の病院が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 〇〇〇点</p> <p>2 1以外の場合 〇〇〇点</p> <p>入院医療機関の医師が、入院医療機関の</p>

新

新

<p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅰ）】 600点</p> <p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅱ）】 140点</p> <p>入院中の寝たきり状態の患者に対して、退院後の診療所の主治医と入院医療機関の医師が、退院に際し共同して診療した場合（主治医の診療所は（Ⅰ）を、入院医療機関は（Ⅱ）を算定）</p>	<p>医師及び連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して、退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容について文書にて提供した場合</p> <p>（地域連携退院時共同指導料（仮称）に統合）</p>
<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・退院時共同指導加算 2,800円</p> <p>保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所にあたって、主治医や職員と訪問看護ステーションの看護師等が共同で、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>	<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・地域連携退院時共同指導加算（仮称）</p> <p>1 在宅療養支援診療所（仮称）と連携した場合 0,000円（引上げ）</p> <p>2 1以外の場合 0,000円（引上げ）</p> <p>保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、医師及び訪問看護ステーションの看護師等が共同して、居宅における療養上必要な指導を行った場合</p>
<p>【退院指導料】 300点</p> <p>1ヶ月以上入院した患者に対し、医師が退院時に指導を行った場合</p> <p>【退院時共同指導料】 150点</p> <p>医師、看護師等が、訪問看護ステーションの看護師等と共同して退院指導を行った場合</p>	<p>（廃止）</p> <p>（廃止）</p>

新

## 在宅療養における24時間対応体制の評価

### 1 基本的考え方

- 現行制度においては、複数の医師の連携等により、寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、患家の求めに応じて対応ができない事例もあることから、複数の医師の連携等により患家の求めに応じて確実に24時間対応できる体制に係る評価を設ける。

### 2 具体的内容

- 在宅時医学管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅時医学総合管理料（仮称）を新設する中で、
  - ・ 在宅療養支援診療所（仮称）である場合については、24時間患家の求めに応じて往診又は訪問看護が提供できる体制に係る評価を引き上げる。
  - ・ 在宅療養支援診療所（仮称）又は連携先の他の保険医療機関等から患家の求めに応じて提供される往診又は訪問看護について、緊急の場合等の往診又は訪問看護に対する評価を引き上げる。

現 行	改正案
【寝たきり老人在宅総合診療料】（月1回）	【在宅時医学総合管理料（仮称）】（月1回）
イ 処方せん交付する場合 2, 290点	1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 イ 処方せんを交付する場合 0, 000点
ロ 処方せん交付しない場合 2, 575点	ロ 処方せん交付しない場合 0, 000点
・ 24時間連携体制加算（Ⅰ）1, 400点 同一医療機関の複数の医師による体制	2 1以外の場合 イ 処方せんを交付する場合 0, 000点
・ 24時間連携体制加算（Ⅱ）1, 400点 入院医療機関との連携による体制	ロ 処方せん交付しない場合 0, 000点
・ 24時間連携体制加算（Ⅲ）410点 地域医師会等による連携体制	注1 診療所又は200床未満の病院において、寝たきり状態の患者又は通院困難な患者に対して、訪問診療を月2回以上行った場合に算定できる。
【在宅時医学管理料】（月1回） 3, 360点	

新

<ul style="list-style-type: none"> <li>・常時、往診、訪問看護又は電話等により、対応できる体制を有していること</li> </ul>	<p>注2 1の口又は2の口を算定する場合は、投薬の費用は所定点数に含まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症者加算（月1回） 〇, 〇〇〇点 一定の重症患者に対し、医師による往診又は訪問診療を月4回以上行った場合に算定できる。</li> </ul>								
<p>【往診料】 650点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急に行う往診 100分の50に相当する点数を加算</li> <li>・夜間（深夜を除く。）の往診 100分の100に相当する点数を加算</li> <li>・深夜の往診 100分の200に相当する点数を加算</li> </ul>	<p>【往診料】 650点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 〇〇〇点</li> <li>2 1以外の場合 〇〇〇点</li> </ul> </li> <li>・夜間加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 〇, 〇〇〇点</li> <li>2 1以外の場合 〇〇〇点</li> </ul> </li> <li>・深夜加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>1 在宅療養支援診療所（仮称）の場合 〇, 〇〇〇点</li> <li>2 1以外の場合 〇, 〇〇〇点</li> </ul> </li> </ul>								
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 保健師、助産師又は看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 530点</li> <li>ロ 週4日目以降 630点</li> </ul> </li> <li>2 准看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 480点</li> <li>ロ 週4日目以降 580点</li> </ul> </li> </ol> <p>【訪問看護療養費】基本療養費（I）</p> <table border="0"> <tr> <td>看護師等</td> <td>5, 300円</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>4, 800円</td> </tr> </table>	看護師等	5, 300円	准看護師	4, 800円	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 保健師、助産師又は看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 530点</li> <li>ロ 週4日目以降 630点</li> </ul> </li> <li>2 准看護師による場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 週3日目まで 480点</li> <li>ロ 週4日目以降 580点</li> </ul> </li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算（1回につき） 〇〇〇点 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所（仮称）の医師の指示により、保険医療機関等の看護師等が訪問した場合に、1日につき1回に限り算定できる。</li> </ul> <p>【訪問看護療養費】基本療養費（I）</p> <table border="0"> <tr> <td>看護師等</td> <td>5, 300円</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>4, 800円</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算 〇, 〇〇〇円 緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所（仮称）の医師の指示により、訪問</li> </ul>	看護師等	5, 300円	准看護師	4, 800円
看護師等	5, 300円								
准看護師	4, 800円								
看護師等	5, 300円								
准看護師	4, 800円								

新

新

新

	看護ステーションの看護師等が訪問した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
--	--

- 在宅末期医療総合診療料については、現在、常時、往診、訪問看護又は電話等により対応できる体制を有していることが算定要件となっているが、これを在宅療養支援診療所（仮称）であることに改める。

## 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 現在、訪問看護における重症者管理加算及び在宅移行管理加算については、一定の状態にある患者について、一律に評価を行っているが、診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における調査結果を踏まえ、重症度、処置の難易度等の高い患者については、評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【重症者管理加算】 2, 500円/月 【在宅移行管理加算】 250点/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅自己腹膜灌流指導管理</li> <li>・在宅血液透析指導管理</li> <li>・在宅酸素療法指導管理</li> <li>・在宅中心静脈栄養法指導管理</li> <li>・在宅成分栄養経管栄養法指導管理</li> <li>・在宅自己導尿指導管理</li> <li>・在宅人工呼吸指導管理</li> <li>・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理</li> <li>・在宅悪性腫瘍患者指導管理</li> <li>・在宅自己疼痛管理指導管理</li> <li>・在宅肺高血圧症患者指導管理</li> <li>・在宅気管切開患者指導管理</li> <li>・気管カニューレを使用している状態にある者</li> <li>・ドレーンチューブを使用している状態にある者</li> <li>・留置カテーテルを使用している状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者</li> </ul>	<p>【重症者管理加算】 0, 000円/月 【在宅移行管理加算】 000点/月 (いずれも、引上げ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅悪性腫瘍患者指導管理</li> <li>・在宅気管切開患者指導管理</li> <li>・気管カニューレを使用している状態にある者</li> <li>・留置カテーテルを使用している状態にある者</li> </ul> <p>【重症者管理加算】 2, 500円/月 【在宅移行管理加算】 250点/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅自己腹膜灌流指導管理</li> <li>・在宅血液透析指導管理</li> <li>・在宅酸素療法指導管理</li> <li>・在宅中心静脈栄養法指導管理</li> <li>・在宅成分栄養経管栄養法指導管理</li> <li>・在宅自己導尿指導管理</li> <li>・在宅人工呼吸指導管理</li> <li>・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理</li> <li>・在宅自己疼痛管理指導管理</li> <li>・在宅肺高血圧症患者指導管理</li> <li>・ドレーンチューブを使用している状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者</li> </ul>

## 在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 患者が身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅におけるターミナルケアをより評価する。
- 在宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料の算定に係る入院医療の取扱いを見直す。

### 2 具体的内容

- 在宅におけるターミナルケアに係る評価の要件を見直し、在宅療養支援診療所（仮称）が関与する場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b>                      ・ターミナルケア加算 1, 200点</p> <p>1ヶ月以上訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合に算定できる。</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b>                      ・ターミナルケア加算（Ⅰ）                          〇〇, 〇〇〇点（引上げ）                      ・ターミナルケア加算（Ⅱ）1, 200点</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の往診又は訪問診療を行った患者に対してターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p> <p>上記に加え、在宅療養支援診療所（仮称）の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合は、（Ⅰ）を算定できる。</p>
<p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b>                      ・ターミナルケア加算 1, 200点</p> <p>1ヶ月以上訪問看護を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定できる。</p>	<p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b>                      ・ターミナルケア加算（Ⅰ）                          〇, 〇〇〇点（引上げ）                      ・ターミナルケア加算（Ⅱ）1, 200点</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p>

	上記について、在宅療養支援診療所(仮称)の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(I)を算定できる。
<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・ターミナルケア療養費 12,000円</p> <p>1ヶ月以上ターミナルケアを行い、在宅で看取った場合に算定できる。</p>	<p>【訪問看護療養費】</p> <p>・ターミナルケア療養費 (I) 00,000円(引上げ)</p> <p>・ターミナルケア療養費 (II) 12,000円</p> <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、(II)を算定できる。</p> <p>上記について、在宅療養支援診療所(仮称)の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、(I)を算定できる。</p>

- 現在、在宅末期医療総合診療料については、在宅医療と入院医療とが混在した週は算定できない取扱いとなっているが、在宅療養支援診療所(仮称)に入院し、ターミナルケアを継続している場合は、在宅末期医療総合診療料を算定できることとする。この場合においては、当該月の入院医療に係る費用は、別に算定できないこととする。



## 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

### 1 基本的考え方

- 地域において、自宅以外にもケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する観点から、訪問診療及び訪問看護の算定要件を緩和する。

### 2 具体的内容

- 介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所（仮称）に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できることとする。
- 特別養護老人ホームの入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所（仮称）に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できることとする。
- 医療保険による訪問看護の給付対象について、「医療機関からの訪問看護であるか訪問看護ステーションからの訪問看護であるか」及び「訪問看護の提供先が自宅、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等のいずれであるか」によって、急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）に限られるのか、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も対象となるのかが分かれていた取扱いを改め、すべての場合について、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も、医療保険による訪問看護の給付対象とすることとする。

## 要介護認定者に対する訪問診療・訪問看護の給付について

### 【現行】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	×※1	×※1	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	×※1	×※1	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	×※1	×※2	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	×※2	×※2	×※3
特別養護老人ホーム	○	○	×	×	×※4
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

※1 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

※2 急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

※3 医師又は看護婦等が配置されている施設に入居している患者は算定の対象としない。

※4 保険医が配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるもので、特に診療を必要とする場合には算定できる。

### 【改正案】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	△	△	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	△	△	△
特別養護老人ホーム	○	○	△	△	△
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所(仮称)に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

## 初再診料、外来診療料等の見直し

### 1 基本的考え方

- 病院及び診療所の初再診料の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることを踏まえ、所要の見直しを行う。
- 外来診療料について、糖代謝に係る他の検査の取扱いとの整合を図る観点から踏まえ、包括範囲の見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 初診料については、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算についても引き下げる。併せて、外来診療料について、再診料に係る評価の見直しに併せて評価を引き下げる。
- 外来診療料については、血液形態・機能検査としてヘモグロビンA<sub>1c</sub>が包括されているが、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>と同時に実施した場合は主たるもののみ算定するとされているフルクトサミン、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトールは包括されていないことから、外来診療料とは別に算定できて不合理であるとの指摘があることを踏まえ、他の診療報酬項目との整合を図る観点から、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>を包括範囲から除外する。

初診料	病院の場合	255点	} →	〇〇〇点	(病院：引上げ)
	診療所の場合	274点			
					(診療所：引下げ)
再診料	病院の場合	58点	→	〇〇点	(引下げ)
	診療所の場合	73点	→	〇〇点	(病院以上に引下げ)
	・継続管理加算	5点	→	〇〇点	(引下げ)
外来診療料		72点	→	〇〇点	(引下げ)
	* ヘモグロビンA <sub>1c</sub> を包括範囲から除外				

## 紹介患者加算の廃止

### 1 基本的考え方

- 紹介患者加算に係る紹介率については、
  - ・ 医療機関の類型により、複数の算定式が存在すること
  - ・ 同一の病院であっても医療法上の算定式に基づく紹介率と診療報酬上の算定式に基づく紹介率が存在すること
  - ・ 救急医療を積極的に取り組むほど紹介率が低下することなど、必ずしも合理的でないとの指摘がある。
  
- また、紹介患者加算については、紹介率等に応じて6区分に細分化されていて複雑な体系となっており、また、医療機関の機能分化・連携に対して必ずしも十分寄与していないのではないかと指摘もあることから、初診料の紹介患者加算を廃止する。

### 2 具体的内容

- 初診料に係る病院紹介患者加算を廃止するとともに、併せて診療所紹介患者加算を廃止する。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療法上、紹介率に着目して承認要件が定められていることを踏まえ、入院料等において別途評価を行う。

## 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

### 1 基本的考え方

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、初診料又は再診料を1回のみ算定することとされているが、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点から、同一医療機関における同一日の複数診療科受診について評価を行うこととする。

### 2 具体的内容

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、2つ目の診療科の初診に限り、所定点数の100分の〇〇に相当する点数を算定することとする。
  - \* なお、総合診療外来等については、1つ目の診療科とはみなさない。
  - \* 2つ目の診療科の初診については、加算点数は算定できない。

## DPCによる支払対象病院の拡大

### 1 基本的考え方

- 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払対象病院を拡大する。

### 2 具体的内容

- 「DPC対象病院」として、現行の対象病院（82病院）に加えて試行的適用病院（62病院）を位置付けるほか、DPCの適用を希望する調査協力病院（228病院）のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。
- 「DPC準備病院」として、調査協力病院（228病院）のうち今回DPC対象病院とはならなかったが引き続きDPCの適用を希望する病院を位置付けるほか、新たにDPCの適用を希望する病院のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。

（参考）DPC対象病院となる病院の基準

（平成18年1月11日の診療報酬基本問題小委員会において了承）

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする。
  - ・ 看護配置基準 2：1以上であること
    - \* 現在、2：1を満たしていない病院については、平成20年度までに満たすべく計画を策定すること
  - ・ 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
  - ・ 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
- 上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
  - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
  - ・ 救命救急入院料を算定していること
  - ・ 病理診断料を算定していること
  - ・ 麻酔管理料を算定していること
  - ・ 画像診断管理加算を算定していること

## 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数の見直し

### 1 基本的考え方

- 医療資源の同等性、臨床的類似性、分類の簡素化及び精緻化、アップコーディングの防止等の観点から、診断群分類を見直すとともに、診断群分類ごとの診療報酬点数についても見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 臨床の専門家等により構成される1～16のMDCごとの作業班における検討結果を踏まえ、診断群分類及び点数の見直しを行う。
- 平成17年度のMDC作業班は、以下のような方針で検討を行っており、これにより、診断群分類数は、現行の3,074から約2500程度に簡素化される見込み。
  - ・ 「手術」による分岐の簡素化、「手術・処置等2」による分岐の精緻化
  - ・ 「検査入院」「教育入院」の廃止
  - ・ 「副傷病」の検証



## DPCにおける入院期間Ⅰの設定方法の見直し

### 1 基本的考え方

- 在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっているが、短期入院が相当程度存在する診断群分類について、より短期の入院を高く評価する仕組みへの見直し（入院期間Ⅰの設定方法の見直し）を行う。

### 2 具体的内容

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

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

### 1 基本的考え方

- DPCにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

### 2 具体的内容

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

## DPCにおける調整係数の見直し

### 1 基本的考え方

- 医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年度改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

### 2 具体的内容

- 平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、DPCによる支払対象病院の包括範囲に係る収入が▲〇.〇〇%下がるように、調整係数を設定する。