

# 平成18年度診療報酬改定における 主要改定項目について

# 【 目 次 】

## 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 診療報酬体系の簡素化について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- I－2 医療費の内容の分かる領収書の発行について・・・・・・・・・・ 4
- I－3 患者の視点の重視について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- I－4 生活習慣病等の重症化予防に係る評価について・・・・・・・・・・ 9
- I－5 手術に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

## 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 在宅医療に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
- II－2 初再診に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
- II－3 DPCに係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
- II－4 リハビリテーションに係る評価について・・・・・・・・・・ 37
- II－5 精神医療に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44
- II－6 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

## 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 小児医療及び小児救急医療に係る評価について・・・・・・・・・・ 60
- III－2 産科医療に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67
- III－3 麻酔に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 69
- III－4 病理診断に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70
- III－5 急性期入院医療に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・ 71
- III－6 医療のIT化に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 75
- III－7 医療安全対策等に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・ 76
- III－8 医療技術に係る評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79

IV 医療費の配分の中で効率化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 | 慢性期入院医療に係る評価について     | 89  |
| IV-2 | 入院時の食事に係る評価について      | 93  |
| IV-3 | コンタクトレンズに係る診療の評価について | 97  |
| IV-4 | 検査に係る評価について          | 99  |
| IV-5 | 歯科診療報酬について           | 101 |
| IV-6 | 調剤報酬について             | 116 |
| IV-7 | その他                  | 121 |

## 老人診療報酬点数表の見直し

### 1 基本的考え方

- 現行の老人診療報酬点数表においては、医科診療報酬点数表、歯科診療報酬点数表及び調剤報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表等」という。）における診療報酬体系を基本としつつ、在宅寝たきり老人等に対する在宅医療の提供、一般病棟における90日を超える入院の適正化など、高齢者の心身の特性に着目した評価が設けられている。
- 平成20年度に新たな高齢者医療制度が創設されれば、高齢者に対する診療報酬体系について抜本的に見直すことが必要となることを視野に入れて、平成18年度改定においては、現在の老人診療報酬における各診療報酬項目について整理を行い、老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取扱いを改め、これらを一本化する。

### 2 具体的内容

- 老人診療報酬点数表にのみ存在する診療報酬項目
  - 同一の診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等とで異なる診療報酬項目
- 高齢者の心身の特性を踏まえ引き続き存続させることが適当なものを除き、簡素化の観点から、原則として一本化する。

(例) 老人一般病棟入院基本料は、若人の一般病棟入院基本料と比べ、Ⅱ群の場合の点数や入院期間に応じた加算の点数が異なっているところ、入院基本料の体系を見直す中でこれを一本化することとするが、90日を超えて入院している患者に係る老人特定入院基本料の取扱いは存続する。

(例) 寝たきり老人在宅総合診療料は老人診療報酬点数表にのみ存在するが、若人の在宅時医学管理料と併せて再編し、新たに在宅時医学総合管理料を設ける（後述）。

## 医療費の内容の分かる領収証の交付の義務付け

### 1 基本的考え方

- 保険医療機関等に医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付ける。

### 2 具体的内容

- 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）等を改正し、保険医療機関等は、医療費の内容の分かる領収証を無償で交付しなければならないこととする。
  - \* ここでいう「医療費の内容の分かる領収証」とは、個別の費用ごとに区分して記載した領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）とし、標準的な様式を通知で示すこととする。
  - \* 施行日（平成18年4月1日）までに体制を整えることが困難な保険医療機関等については、6ヶ月間の経過措置を設ける。
- 患者から求めがあったときは、保険医療機関等は、患者にさらに詳細な医療費の内容が分かる明細書の発行に努めるよう、通知で促すこととする。

[保険医療機関等に交付を義務付ける「医療費の内容の分かる領収証」の標準的な様式（案）]

（医科の様式例）

領 収 証

|      |     |                     |
|------|-----|---------------------|
| 患者番号 | 氏 名 | 請 求 期 間（入院の場合）      |
|      | 様   | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 |

| 受診科 | 入・外 | 領収書No. | 発 行 日    | 費 用 区 分 | 負担割合 | 本・家 | 区 分 |
|-----|-----|--------|----------|---------|------|-----|-----|
|     |     |        | 平成 年 月 日 |         |      |     |     |

|     |       |           |         |      |     |      |       |
|-----|-------|-----------|---------|------|-----|------|-------|
| 保 険 | 初・再診料 | 入院料等      | 医学管理等   | 在宅医療 | 検 査 | 画像診断 | 投 薬   |
|     | 点     | 点         | 点       | 点    | 点   | 点    | 点     |
|     | 注 射   | リハビリテーション | 精神科専門療法 | 処 置  | 手 術 | 麻 酔  | 放射線治療 |
|     | 点     | 点         | 点       | 点    | 点   | 点    | 点     |
|     | 食事療養  |           |         |      |     |      |       |
|     | 円     |           |         |      |     |      |       |

|           |       |      |
|-----------|-------|------|
| 保 険 外 負 担 | 選定療養等 | その他  |
|           |       |      |
|           | (内訳)  | (内訳) |
|           |       |      |

|            |     |        |       |
|------------|-----|--------|-------|
|            | 保 険 | 保険（食事） | 保険外負担 |
| 合 計        | 円   | 円      | 円     |
| 負担額        | 円   | 円      | 円     |
| 領収額<br>合 計 | 円   |        |       |

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇  
 〇〇〇病院 〇 〇 〇 〇

領収印

## 診療情報提供料の体系の簡素化及びセカンド・オピニオンの推進

### 1 基本的考え方

- 診療情報提供料の体系について、患者の視点から見ると同じ情報内容でも情報の提供元及び提供先によって負担が異なることについての理解が得にくく、また、そもそも医療機関の機能分化及び連携にどの程度寄与しているのかが必ずしも明らかでないとの指摘があることを踏まえ、現行の体系を大幅に簡素化する中で、全体としては評価を引き下げる。
- セカンド・オピニオン（主治医以外の医師による助言）に係る患者からの要望の高まりを受け、主治医が、セカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの希望に基づき、診療録の写、検査結果、画像の写等の診療に関する情報を提供することについて、新たに診療情報提供料の体系の中で評価する。

### 2 具体的内容

#### [現行の診療情報提供料の体系]

- (A) 「診-診」、「病-病」等の場合： 220点
- (B) 「診-病」、「病-診」等の場合： 290点（逆紹介加算230点）
- (C) 「病-診」（退院時）等の場合： 500点（逆紹介加算 20点）
- (D) 特定機能病院等からの場合： 520点

#### [新たな診療情報提供料の体系]

##### ・ 診療情報提供料（Ⅰ） 250点

（別の保険医療機関での受診の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定できる。）

- \* 患者の退院時に、診療状況を示す文書に、退院後の治療計画、検査結果及び画像の写等を添付した場合には、200点を加算する。

新

##### ・ 診療情報提供料（Ⅱ） 500点

（治療法の選択等に関して第三者の意見を求める患者からの要望を受けて、診療方針を記載した文書等を患者に提供することを通じて患者の紹介を行った場合に算定できる。）

[セカンド・オピニオンの推進]

## 外来迅速検体検査に係る評価の新設

### 1 基本的考え方

- 入院中の患者以外の患者に対して、初診又は再診時に検体検査を行い、同日中に当該検体検査の結果に基づき診療を行う場合、患者にとって、検査結果に基づく治療が早期に開始される、医療機関の受診回数を減らすことができる等の利益があることから、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- 入院中の患者以外の患者に対して、初診又は再診時に検体検査を行い、すべての検体検査項目について同日内に結果が報告され、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合について、検体検査実施料及び外来診療料に対する加算を新設する。

新

#### ・ 外来迅速検体検査加算 1点

- \* 検体検査1項目ごとに、5項目を限度として算定する。
- \* 保険医療機関内で検査を行うことが算定要件とされている以下の検体検査については、本加算の対象としない。
  - 尿中一般物質定性半定量検査
  - 尿沈渣顕微鏡検査
  - 赤血球沈降速度測定
  - 血液ガス分析
  - 先天性代謝異常症検査
- \* 本加算の算定に当たっては、検査結果を患者に書面で交付することを要件とする。



## 看護職員等の配置に係る情報提供の推進

### 1 基本的考え方

- 現行の診療報酬体系における「2 : 1看護」は、一般には、入院患者2人につき1人の看護職員が常に配置されていると受け止められがちであるが、実際には、看護職員を各勤務帯で均等に配置したとしても、「勤務帯当たり入院患者10人に1人(実質10 : 1)」の配置でしかない。
- 入院患者に療養環境に係る情報を正しく伝える観点から、入院基本料等の体系について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改めるとともに、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員の数について、入院患者への情報提供を推進する。

### 2 具体的内容

- 入院基本料等について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改め、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員等の入院患者数に対する割合により表記を行う。

(例)

| 現 行                            | 改正案                                    |
|--------------------------------|--|
| 「看護職員配置2 : 1」                  | 「看護職員の実質配置10 : 1」                      |
| ・ 入院患者2人に対し看護職員1人を雇用していることを意味。 | ・ 平均して入院患者10人に対し看護職員1人が実際に勤務していることを意味。 |

- 日勤帯、準夜帯及び深夜帯のそれぞれで、看護職員1人が何人の入院患者を実際に受け持っているかを病棟内に掲示することを入院基本料等の算定要件とする。

## 生活習慣病指導管理料の見直し

### 1 基本的考え方

- 服薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする観点から、
  - ・ 院内処方の場合の評価を引き下げる以上に院外処方の場合の評価を引き下げる。
  - ・ 生活習慣病に係る総合的な治療管理を評価するものであることから、患者がその趣旨をよく理解できるよう、療養計画書の様式を変更し、達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるようにする等の措置を講ずる。

### 2 具体的内容

- 生活習慣病指導管理料の名称を見直すとともに、院内処方の場合の評価を引き下げる以上に院外処方の場合の評価を引き下げる。

| 現 行                 | 改正案               |
|---------------------|-------------------|
| <b>【生活習慣病指導管理料】</b> | <b>【生活習慣病管理料】</b> |
| 1 処方せんを交付する場合       | 1 処方せんを交付する場合     |
| イ 高脂血症 1, 050点      | イ 高脂血症 900点       |
| ロ 高血圧症 1, 100点      | ロ 高血圧症 950点       |
| ハ 糖尿病 1, 200点       | ハ 糖尿病 1, 050点     |
| 2 1以外の場合            | 2 1以外の場合          |
| イ 高脂血症 1, 550点      | イ 高脂血症 1, 460点    |
| ロ 高血圧症 1, 400点      | ロ 高血圧症 1, 310点    |
| ハ 糖尿病 1, 650点       | ハ 糖尿病 1, 560点     |

- 達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるよう、療養計画書の様式を変更する。

[新たな療養計画書の様式 (案)]

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 患者氏名: (男・女)           | 主病:  |
| 生年月日: 明・大・昭 年 月 日生(才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 |

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 【検査・問診】 | <b>【検査項目】</b><br><input type="checkbox"/> 身長 ( cm)<br><input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg) →目標( kg)<br><input type="checkbox"/> BMI ( )<br><input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm) →目標( cm)<br><input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)<br><input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)<br><input type="checkbox"/> 運動負荷心電図<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <b>【血液検査項目】</b> (採血日 月 日)<br><input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間)<br>( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 ( %) →目標( %)<br><input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|         | <b>【問診】</b> <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活<br><b>【①達成目標】:</b> 患者と相談した目標<br>( )<br><b>【②行動目標】:</b> 患者と相談した目標<br>( )  | 医師<br>サイン   |

|  |   |
|--|---|
| 【重点を置く領域と指導項目】   | <input type="checkbox"/> 食事<br><input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える<br><input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( )<br><input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: を週 回)]<br><input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: を週 回)]<br><input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他( )) 指導者サイン<br><input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる |
|  | <input type="checkbox"/> 運動<br><input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・ )<br>時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日)<br>強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )<br><input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) 指導者サイン<br><input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )  |
|  | <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> 非喫煙者である 指導者サイン<br><input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等   |
|  | <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量<br><input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 指導者サイン<br><input type="checkbox"/> その他( )  |
| <b>【服薬指導】</b> <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 指導者サイン |   |

**【療養を行うにあたっての問題点】**

**【他の施設の利用状況について】**

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

患者サイン



## ニコチン依存症管理料の新設

### 1 基本的考え方

- ニコチン依存症について、疾病であるとの位置付けが確立されたことを踏まえ、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

#### 新 ○ ニコチン依存症管理料

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 初回 (1 週目)                           | 230 点 |
| 2 回目、3 回目及び 4 回目 (2 週目、4 週目及び 8 週目) | 184 点 |
| 5 回目 (最終回) (12 週目)                  | 180 点 |

#### [対象患者]

以下のすべての要件を満たす者であること

- ・ ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト (TDS) でニコチン依存症と診断された者であること
- ・ ブリンクマン指数 (= 1 日の喫煙本数 × 喫煙年数) が 200 以上の者であること
- ・ 直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成) に則った禁煙治療プログラム (12 週間にわたり計 5 回の禁煙治療を行うプログラム) について説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意している者であること

#### [施設基準]

- ・ 禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること
- ・ 禁煙治療の経験を有する医師が 1 名以上勤務していること
- ・ 禁煙治療に係る専任の看護職員を 1 名以上配置していること
- ・ 呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・ 医療機関の構内が禁煙であること

#### [算定要件]

- ・ 「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成) に則った禁煙治療を行うこと
- ・ 本管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
- ・ 初回算定日より 1 年を超えた日からでなければ、再度算定することはできないこととする。

\* 本管理料の新設による効果については、診療報酬改定結果検証部会による検証の対象とする。

## がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

### 1 基本的考え方

- 「がん対策推進アクションプラン2005」(平成17年8月25日厚生労働省がん対策推進本部決定)においては、「がん患者や地域医療機関からの相談対応を担う「相談支援センター(仮称)」の設置を要件とする「地域がん診療拠点病院(仮称)」等の整備を推進する」ととされている。
- これを踏まえ、がん診療連携拠点病院に関し、がんの集学的治療、セカンド・オピニオン提供、緩和医療提供、地域医療との連携、専門医師、専門的コメディカルの配置、相談支援センター等を備えた体制について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- がん診療連携拠点病院において、他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り、入院基本料に対する加算を新設する。

新

#### ・ がん診療連携拠点病院加算(入院初日) 200点

- \* がん診療連携拠点病院については、「がん診療連携拠点病院の整備指針」(平成18年2月1日健発第0201001号、厚生労働省健康局長通知)を踏まえ、要件を設定する。

## 手術に係る施設基準の見直し

### 1 基本的考え方

- 手術に係る施設基準については、医療の質の向上及び効率的な医療提供の観点から導入されたものであるが、
  - ・ 現時点において、我が国においては、年間手術症例数と手術成績との間の相関関係を積極的に支持する科学的知見が得られていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算については、以下に掲げるように調査及び検証を行うことを前提として、いったん廃止する。
  - ・ 今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、年間手術症例数、患者の重症度等と手術成績との相関関係について、医師の症例数等の他の因子も含め、臨床医学、疫学、統計学等の関係分野の有識者の参加を求めて速やかに調査及び検証を行う。

### 2 具体的内容

- 今後、再び診療報酬上の評価を行うことを視野に入れて、医療技術評価分科会の下に、臨床医学、疫学、統計学等の関係分野の有識者により構成される検討会（「手術に係る施設基準の在り方に関する検討会（仮称）」）を設置し、医療機関の手術件数とともに医師の症例数など手術成績に影響すると考えられる他の因子を含めて、手術成績との関係に関する調査及び検証を速やかに実施する。
- 手術件数による手術点数に対する加算については、上記検討会における検討結果が得られるまでの間は、我が国における手術件数と手術成績に関するエビデンスが少なく、具体的な手術件数を提示するには更なる検討が必要であること等を踏まえ、いったん廃止することとする。
- 患者が様々な情報に基づき適切に医療機関を選択することができるよう、現在加算の対象となっている手術については、手術実績がある場合の年間手術症例数を院内に掲示することを、当該手術に係る点数の算定要件とする。

[参考] 現在の加算の対象となっている手術

人工関節術、ペースメーカー移植術、冠動脈、大動脈バイパス術、体外循環を要する手術、経皮的冠動脈形成術、頭蓋内腫瘍摘出術、黄斑下手術、鼓室形成手術、肺悪性腫瘍手術、靱帯断裂形成手術、水頭症手術、肝切除術、子宮附属器悪性腫瘍 等

- なお、年間手術症例数以外の手術に係る情報の院内掲示の在り方についても、上記検討会において併せて検討を行うこととする。



## 在宅療養支援診療所の評価

### 1 基本的考え方

- 高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、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、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、
  - ・ 在宅療養支援診療所が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築するとともに、
  - ・ このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。

### 2 具体的内容

新

- 以下の要件を満たす医療機関は、在宅療養支援診療所として地方社会保険事務局長に届け出ることができることとする。

#### [在宅療養支援診療所の要件]

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
- ・ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

在宅療養支援診療所とその他の保険医療機関での評価の比較

| 項目  | 現行点数                                 |                        | 現行   |      | 改正案       |            |
|---|--------------------------------------|------------------------|------|------|-----------|------------|
|   |                                      |                        | 診療所  | 病院   | 在宅療養支援診療所 | その他の保険医療機関 |
| 退院指導料   | 300                                  | 退院時                    | ○    | ○    | —         | —          |
| 退院時共同指導料  | 150                                  | 退院時                    | ○    | ○    | —         | —          |
| 在宅患者入院共同指導料                                       | (Ⅰ)310<br>(Ⅱ)140                     | 入院中                    | ○(Ⅰ) | ○(Ⅱ) | ◎         | ○          |
| 退院時共同指導加算   | (Ⅰ)290<br>(Ⅱ)360                     | 退院時                    | ○(Ⅰ) | ○(Ⅱ) |           |            |
| 寝たきり老人退院時共同指導料                                    | (Ⅰ)600<br>(Ⅱ)140                     | 退院時                    | ○(Ⅰ) | ○(Ⅱ) |           |            |
| 往診料   | 650                                  | 1回につき                  | ○    | ○    | ○         | ○          |
| 緊急往診加算<br>(時間内、夜間、深夜)                             | (時間内)325<br>(夜間)650<br>(深夜)1,300     | 1回につき                  | ○    | ○    | ◎         | ○          |
| 診療時間加算  | 100                                  | 30分ごと                  | ○    | ○    | ○         | ○          |
| 死亡診断加算  | 200                                  | 死亡日                    | ○    | ○    | ○         | ○          |
| 在宅患者訪問診療料   | 830                                  | 1日につき                  | ○    | ○    | ○         | ○          |
| 診療時間加算  | 100                                  | 30分ごと                  | ○    | ○    | ○         | ○          |
| 在宅ターミナルケア加算                                       | 1,200                                | 死亡日                    | ○    | ○    | ◎         | ○          |
| 死亡診断加算  | 200                                  | 死亡日                    | ○    | ○    | ○         | ○          |
| * 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末期の悪性腫瘍の者 |                                      |                        | ×    | ×    | ○         | ×          |
| 訪問看護指示料   | 300                                  | 月1回                    | ○    | ○    | ○         | ○          |
| * 特別養護老人ホームの入所者で末期の悪性腫瘍の者                         |                                      |                        | ×    | ×    | ○         | ×          |
| 在宅時医学管理料(在医管)                                     | 3,360                                | 月1回                    | ○    | ○※1  | ◎         | ○※2        |
| 在宅末期医療総合診療料(在医総)                                  | 処方せんあり<br>1,495点<br>処方せんなし<br>1,685点 | 1日につき<br>(1週間を単位として算定) | ○    | ○    | ○         | ×          |
| 寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)                                | 処方せんあり<br>2,290点<br>処方せんなし<br>2,575点 | 月1回                    | ○    | ×    | ◎         | ○※2        |
| 在宅ターミナルケア加算                                       | 1,200                                | 死亡日                    | ○    | ×    | ◎         | ○※2        |
| 緊急時入院体制加算   | 100                                  |                        | ○    | ×    | —※3       | —          |
| 24時間連携体制加算  | (Ⅰ)1,400<br>(Ⅱ)1,400<br>(Ⅲ)410       |                        | ○    | ×    |           |            |

注) 「◎」はその他の保険医療機関より高い評価となるもの、「○」は現行並の評価となるもの  
「×」は算定できないもの、「—」は廃止となるもの。

※1) 許可病床数が200床未満の病院に限る。

※2) 在医管と在総診の再編により、200床未満の病院が追加となる。

※3) 在宅療養支援診療所の要件とし、高く評価することとする。

## 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<br/>・退院時共同指導加算 290点<br/>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）】<br/>（紹介元の医療機関が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点<br/>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<br/>・退院時共同指導加算 360点<br/>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）】<br/>（入院先の病院が算定）</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 300点<br/>入院医療機関の医師が、退院後の療養を支援する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</p>  |

新

新

|   |   |
|---|---|
| <p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅰ）】<br/>600点</p> <p>【寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅱ）】<br/>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>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</p> <p>1 在宅療養支援診療所と連携した場合 6,000円</p> <p>2 1以外の場合 4,200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を新設する中で、
  - ・ 在宅療養支援診療所である場合については、２４時間患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   |
|--|---|
| <b>【寝たきり老人在宅総合診療料】（月１回）</b><br>イ 処方せん交付する場合 2, 290点<br>ロ 処方せん交付しない場合 2, 575点<br>・ 24時間連携体制加算（Ⅰ） 1, 400点<br>同一医療機関の複数の医師による体制<br>・ 24時間連携体制加算（Ⅱ） 1, 400点<br>入院医療機関との連携による体制<br>・ 24時間連携体制加算（Ⅲ） 410点<br>地域医師会等による連携体制<br><b>【在宅時医学管理料】（月１回）</b><br>3, 360点 | <b>【在宅時医学総合管理料】（月１回）</b><br>1 在宅療養支援診療所の場合<br>イ 処方せんを交付する場合 4, 200点<br>ロ 処方せん交付しない場合 4, 500点<br>2 1以外の場合<br>イ 処方せんを交付する場合 2, 200点<br>ロ 処方せん交付しない場合 2, 500点<br>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。 |

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） 1,000点<br/>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<br/>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<br/>100分の100に相当する点数を加算</li> <li>・深夜の往診<br/>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の場合 650点</li> <li>2 1以外の場合 325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の場合 1,300点</li> <li>2 1以外の場合 650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の場合 2,300点</li> <li>2 1以外の場合 1,300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） 265点<br/>緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所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 2,650円<br/>緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の医師の指示により、訪問看護ステ</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

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | 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<br/>【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】 5, 000円/月<br/>【在宅移行管理加算】 500点/月</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<br/>【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> |





|  |   |
|--|---|
|  | <p>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>  |
| <p><b>【訪問看護療養費】</b><br/> ・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><b>【訪問看護療養費】</b><br/> ・ターミナルケア療養費 (I)<br/> 15,000円<br/> ・ターミナルケア療養費 (II)<br/> 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<br>配置基準 | 看護師等の<br>配置基準 | 病院・診療所から<br>の訪問看護 | 訪問看護ステーション<br>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<br>(特定施設入居者生活介護以外) | ×           | ×             | × ※1              | × ※1                  | ○    |
| グループホーム<br>(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<br>(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<br>配置基準 | 看護師等の<br>配置基準 | 病院・診療所から<br>の訪問看護 | 訪問看護ステーション<br>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<br>(特定施設入居者生活介護以外) | ×           | ×             | △                 | △                     | ○    |
| グループホーム<br>(認知症対応型共同生活介護)        | ×           | ×             | △                 | △                     | ○    |
| ケアハウス・有料老人ホーム<br>(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、継続管理加算を廃止する。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 | } → | 270点 |
|     | 診療所の場合 | 274点 |     |      |

|     |        |     |   |     |
|-----|--------|-----|---|-----|
| 再診料 | 病院の場合  | 58点 | → | 57点 |
|     | 診療所の場合 | 73点 | → | 71点 |

・継続管理加算                      5点 → 廃止

外来診療料                              72点 → 70点

\* 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の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50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2,500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パーセンタイル値（Ⅰ日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行ったが、今回、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う。

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

### 1 基本的考え方

- DPCにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

### 2 具体的内容

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

## DPCにおける調整係数の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

- 平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、DPCによる支払対象病院の包括範囲に係る収入が▲3.16%下がるように、調整係数を設定する。

## リハビリテーションの疾患別体系への見直し

### 1 基本的考え方

- 人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分された現在の体系を改め、疾病や障害の特性に応じた評価体系とする。

### 2 具体的内容

- 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法を再編し、新たに4つの疾患別リハビリテーション料を新設する。

|               | 脳血管疾患等リハビリテーション                                      | 運動器リハビリテーション  | 呼吸器リハビリテーション  | 心大血管疾患リハビリテーション  |
|---------------|--|---|---|--|
| 対象疾患          | 脳血管疾患<br>脳外傷<br>脳腫瘍<br>神経筋疾患<br>脊髄損傷<br>高次脳機能障害<br>等 | 上・下肢の複合損傷<br>上・下肢の外傷・骨折の手術後<br>四肢の切断・義肢<br>熱傷瘢痕による関節拘縮<br>等 | 肺炎・無気肺<br>開胸手術後<br>肺梗塞<br>慢性閉塞性肺疾患<br>であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者<br>等 | 急性心筋梗塞<br>狭心症<br>開心術後<br>慢性心不全で左心駆出率40%以下<br>冠動脈バイパス術後<br>大血管術後<br>等 |
| リハビリテーション料（Ⅰ） | 250点   | 180点  | 180点  | 250点   |
| リハビリテーション料（Ⅱ） | 100点   | 80点   | 80点   | 100点   |
| 算定日数の上限       | 180日   | 150日  | 90日   | 150日   |

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

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

- その際、長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーションが行われているとの指摘があることから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有

用であると認められる一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定する。

- 併せて、算定日数上限の期間内に必要なリハビリテーションを提供できるよう、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逡減制は廃止する。
- リハビリテーション医療の必要度の高い患者に対し重点的にリハビリテーション医療を提供する観点から、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とする。
- なお、機能訓練室の面積要件については、広大な機能訓練室がなくとも手厚い人員配置により質の高いリハビリテーションの提供が可能な場合もあると考えられることから、緩和する。
- このほか、保険医療機関及び保険医療養担当規則において、保険医の診療の具体的方針が定められているが、理学的療法については、リハビリテーションの医学的な有用性が認知されている現状を踏まえ、見直しを行う。

[現行] 理学的療法は、投薬、処置又は手術によって治療の効果を挙げることが困難な場合であって、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う。

[改正案] リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

## 急性期リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 急性期のリハビリテーションの充実を図る観点から、疾患の特性に着目しつつ、発症後早期については患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和する一方、現行の早期リハビリテーション加算については廃止する。

### 2 具体的内容

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

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

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



## リハビリテーション従事者 1 人・1 日当たりの実施単位数の上限の緩和

### 1 基本的考え方

- 現在、個別療法の実施単位数はリハビリテーション従事者 1 人当たり 1 日 18 単位を、集団療法の実施単位数はリハビリテーション従事者 1 人当たり 1 日のべ 54 単位を限度とされている。
- リハビリテーション従事者の労働時間について、医療機関ごとの弾力的な運用を可能とする観点から、リハビリテーション従事者 1 人・1 日当たりの実施単位数の上限を緩和する。

### 2 具体的内容

| 現 行                             | 改正案   |
|---------------------------------|---|
| リハビリテーション従事者 1 人・1 日当たり 18 単位まで | リハビリテーション従事者 1 人・1 日当たり 18 単位を標準とし、週 108 単位まで<br><br>* 1 日当たりの単位数は、18 単位を標準とし、24 単位を上限とする。<br><br>* 1 週当たりの単位数は、非常勤の従事者については、常勤換算で 1 人当たりとして計算する。 |

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

### 1 基本的考え方

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に180日を算定上限としている現行の取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定する中で、当該上限を短縮する。

### 2 具体的内容

#### [算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大]

| 現 行  | 改正案  |
|--|--|
| 一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態                            | 一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態                        |
| 二 大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後3ヶ月以内の状態                       | 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内の状態                 |
| 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後3ヶ月以内の状態 | 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態 |
| 四 前三号に準ずる状態  | 四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヶ月以内の状態              |
|  | 五 前四号に準ずる状態  |

#### [リハビリテーションを要する状態ごとの算定日数上限の設定]

|  |               |
|--|---------------|
| 一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態                        | 算定開始後<br>150日 |
| (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多発外傷の場合)         | 算定開始後<br>180日 |
| 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内の状態                 | 算定開始後<br>90日  |
| 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態 | 算定開始後<br>90日  |
| 四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヶ月以内の状態              | 算定開始後<br>60日  |

## 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

- 理学療法士等が居宅を訪問して行うリハビリテーションについて、入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、退院後早期の患者に対する評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

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

| 現 行  | 改正案   |
|--|---|
| <b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】</b> (1日につき) 530点<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、リハビリテーションについて指導した場合</li> <li>・ 週3回まで</li> </ul> | <b>【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】</b> (1単位につき) 300点<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、訪問によりリハビリテーションを行った場合</li> <li>・ 週6単位まで</li> <li>・ 退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定可</li> </ul> |

## その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 学会等より提出された医療技術評価希望書及び要望書等を踏まえ、リハビリテーションに係る評価を見直す。

### 2 具体的内容

- 障害児・者に対するリハビリテーションについて、新たに診療報酬上の評価を行う。

新

#### ・ 障害児・者リハビリテーション料（1単位につき）

|          |      |
|----------|------|
| 6歳未満     | 190点 |
| 6歳～18歳未満 | 140点 |
| 18歳以上    | 100点 |

[算定要件]

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

- 摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーションの算定上限を緩和する。

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

## 精神病床における急性期の入院医療の評価

### 1 基本的考え方

- 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

- 精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、新たに入院後30日以内と30日超とで、点数に段階を設ける。

[現行] 精神科救急入院料（看護職員配置2：1） 2,800点

[改正案] 精神科救急入院料（看護職員の実質配置10：1）  
[現行2：1に相当]

入院後30日以内 3,200点

入院後30日超 2,800点

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料1（看護職員配置2.5：1）  
1,640点

[改正案] 精神科急性期治療病棟入院料1（看護職員の実質配置13：1）  
[現行2.6：1に相当]

入院後30日以内 1,900点

入院後30日超 1,600点

[現行] 精神科急性期治療病棟入院料2（看護職員配置3：1）  
1,580点

[改正案] 精神科急性期治療病棟入院料2（看護職員の実質配置15：1）  
[現行3：1に相当]

入院後30日以内 1,800点

入院後30日超 1,500点

## 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、入院早期の評価を引き上げ、長期入院の評価を引き下げる。

### 2 具体的内容

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

|            |      |   |      |
|------------|------|---|------|
| 14日以内      | 439点 | → | 459点 |
| 15日～30日以内  | 242点 | → | 242点 |
| 31日～90日以内  | 125点 | → | 125点 |
| 91日～180日以内 | 40点  | → | 20点  |
| 181日～1年以内  | 25点  | → | 10点  |

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

|            |      |   |      |
|------------|------|---|------|
| 14日以内      | 233点 | → | 459点 |
| 15日～30日以内  | 233点 | → | 242点 |
| 31日～90日以内  | 115点 | → | 125点 |
| 91日～180日以内 | 55点  | → | 20点  |
| 181日～1年以内  | 32点  | → | 10点  |

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

## 老人性認知症疾患治療病棟の人員配置基準の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

| 現 行   | 改正案  |
|---|--|
| <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b><br>90日以内 1, 290点<br>90日超 1, 180点<br>・看護職員配置6：1<br>・看護補助者配置5：1 | <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b><br>90日以内 1, 300点<br>90日超 1, 190点<br>・看護職員の実質配置20：1<br>（現行の看護職員配置4：1）<br>・看護補助者の実質配置25：1<br>（現行の看護補助者配置5：1） |
| <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b><br>90日以内 1, 160点<br>90日超 1, 130点<br>・看護職員配置6：1<br>・看護補助者配置5：1 | <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b><br>90日以内 1, 060点<br>90日超 1, 030点<br>・看護職員の実質配置30：1<br>（現行の看護職員配置6：1）<br>・看護補助者の実質配置25：1<br>（現行の看護補助者配置5：1） |

## 通院精神療法に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

- 通院精神療法の再診時の点数について、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正する。

|        |      |   |      |
|--------|------|---|------|
| 診療所の場合 | 370点 | → | 360点 |
| 病院の場合  | 320点 | → | 330点 |



## 入院精神療法の算定要件の緩和

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

- 当該保険医療機関に初めて入院する統合失調症の患者であって、新規入院又は退院予定のある患者の家族に対し精神療法を行った場合には、入院精神療法を算定できることとする。

## 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

#### 新 ○ 精神科ショート・ケア

##### 小規模の場合

|            |             |
|------------|-------------|
| 開始後3年以内の患者 | 275点（1日につき） |
| 開始後3年超の患者  | 275点（週5日まで） |

##### 大規模の場合

|            |             |
|------------|-------------|
| 開始後3年以内の患者 | 330点（1日につき） |
| 開始後3年超の患者  | 330点（週5日まで） |

#### [算定要件]

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

## 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

### 1 基本的考え方

- 精神科訪問看護・指導料及び精神科退院前訪問指導料について、精神疾患の地域への復帰を支援する観点から、算定回数上限を緩和する。

### 2 具体的内容

#### 1 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 週3回まで算定可

[改正案] 退院後3ヶ月以内の患者に対して行う場合は週5回まで算定できる。

#### 2 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できる。

[改正案] 入院後6月を超える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。

## 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

新

#### 1 重度認知症加算の新設

- 精神病棟入院基本料を算定する重度の認知症患者について、入院後3月以内に限り、1日100点を加算する。

#### 2 老人診療報酬の見直し

- 重度認知症患者入院治療料については、廃止する。

\* 重度認知症患者入院治療料（1日につき）

入院3月以内 365点、3月超 260点

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

- 認知症老人入院精神療法料は、既に老人性認知症疾患治療病棟入院料の中で評価されていることから、廃止する。

\* 認知症老人入院精神療法料（1週間につき）330点（入院6月以内）

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

## 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

- 算定対象となる重度認知症の定義に、認知症の評価尺度を導入し、介護保険との役割分担を明確化する。
- 診療報酬体系を簡素化する観点から、重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）と（Ⅱ）とを統合するとともに、診療実態を踏まえ、4～6時間未満の診療に係る評価は廃止する。

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

## 小児に対する心身療法の評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

## 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

### 1 基本的考え方

- 医療計画の見直しの動向を踏まえつつ、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を評価する観点から、特定の疾患に限り、地域連携クリティカルパス（地域連携パス）を活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

新 ○ 地域連携診療計画管理料（入院時） 1, 500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた診療計画を説明し、その診療計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合に、入院時に算定できる。

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換ための会合を定期的を開催し、診療情報の共有が適切に行われていること
- ・ 平均在院日数17日以内の急性期病院であること 等

新 ○ 地域連携診療計画退院時指導料（退院時） 1, 500点

地域連携パスの対象疾患の患者に対し、地域連携パスに基づいた退院後の療養計画を説明し、その療養計画書を文書にて患者又は家族に提供した場合であって、紹介元の連携医療機関に対し文書にて渡した場合に退院時に算定できる。

[算定要件]

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

\* 地域連携診療計画退院時指導料は、地域連携退院時共同指導料と併算定できない。

[対象疾患] 大腿骨頸部骨折の患者

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



## 介護老人保健施設における他科受診の適正評価

### 1 基本的考え方

- 介護老人保健施設には常勤医師が配置されているが、入所者の傷病等からみて必要な場合には往診及び通院が認められている。また、介護老人保健施設では対応できない医療行為については、保険医療機関での請求が認められている。
- 特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療については、通常、他科受診として専門の保険医療機関を受診することとなるが、保険医療機関における費用の請求手続きの煩雑さなどにより、入所者の受診が抑制され入所者の重症化の要因となっているとの指摘がある。
- こうした現状にかんがみ、専門的な診断技術や医療機器を必要とする診療行為については、医療保険により適切に評価することとする。

### 2 具体的内容

- 保険医療機関において「算定不可」とされている特掲診療料のうち、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科及び婦人科に係る一部の診療行為について、「算定可」とする。

[算定不可→算定可となるもの]

|       |   |          |
|-------|---|----------|
| 眼科    | : | 精密眼底検査等  |
| 耳鼻咽喉科 | : | 耳処置、鼻処置等 |
| 皮膚科   | : | いぼ焼灼法等   |
| 婦人科   | : | 膣洗浄等     |

## 臨床研修病院に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

- 臨床研修病院に係る評価を充実する観点から、評価を引き上げる。

### 2 具体的内容

- 臨床研修病院入院診療加算の評価を引き上げるとともに、新たに協力型臨床研修指定病院についても、評価の対象とする。
  - ・ 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）30点
    - 単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合 40点
    - 協力型臨床研修指定病院の場合 20点
  - \* 現行の臨床研修病院入院診療加算の施設基準の概要
    - ・ 単独型又は管理型臨床研修指定病院若しくはこれに相当すると認められる病院で、研修医が研修を行っている施設であること
    - ・ 診療録管理体制加算を算定していること
    - ・ 研修医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制がとられていること
    - ・ 保険診療の質の向上を図る観点から、当該保険医療機関の全職種を対象とした保険診療に関する講習を年2回以上実施すること
    - ・ 当該保険医療機関の医師数は医療法標準を満たしており、一定数の指導医がいること

## 脳卒中ケアユニットの評価

### 1 基本的考え方

- 急性期の脳卒中患者に対して、一定の基準を満たす専用病床にて専門の医療職が急性期医療及びリハビリテーションを組織的・計画的に行った場合について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 2 具体的内容

- 急性期の脳卒中患者に対して行う専門的な治療管理を、新たな特定入院料として新設する。

- 新
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 5,700点
  - \* 発症後14日を限度として算定する。

#### [施設基準]

- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること
- ・ 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が1名以上、当該治療室の専任として常勤していること
- ・ 当該治療室で夜勤を行う看護師は、当該治療室以外で夜勤を併せて行わないこと
- ・ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること
- ・ CT、MRI、脳血管造影等の必要な脳画像診断が常時可能であること
- ・ 当該治療室専任の理学療法士又は作業療法士が1名以上常勤していること
- ・ 当該治療室に入院する患者のうち、8割以上が脳卒中対象疾患であること

## 地域加算の見直し

### 1 基本的考え方

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣が定める地域区分（4区分）に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っているところ。
- 地域加算は、国家公務員給与の調整手当の支給地域及び支給割合を基礎として設定されているが、給与関係法令の改正により、現行の調整手当に替え、新たに地域手当が新設され、支給地域及び支給割合についても変更されることから、このような動向を踏まえつつ、地域加算の取扱いについて見直しを行う。

### 2 具体的内容

- 平成18年2月1日に、国家公務員給与の地域手当の支給地域及び支給割合に係る人事院規則が公布されたことを受けて、地域加算の取扱いについて見直しを行う。

| 現 行            |     | 改正案             |     |
|----------------|-----|-----------------|-----|
| 1種地域（東京都特別区）   | 18点 | 1級地（東京都特別区）     | 18点 |
| 2種地域（横浜市、大阪市等） | 15点 | 2級地（武蔵野市、大阪市等）  | 15点 |
| 3種地域（伊丹市、福岡市等） | 9点  | 3級地（さいたま市、横浜市等） | 12点 |
| 4種地域（札幌市、仙台市等） | 5点  | 4級地（京都市、福岡市等）   | 10点 |
|                |     | 5級地（仙台市、伊丹市等）   | 6点  |
|                |     | 6級地（札幌市、和歌山市等）  | 3点  |

## 乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実

### 1 基本的考え方

- 診療報酬体系を簡素化する観点から、初再診料の時間外加算等について、乳幼児を対象とする新点数を創設する。
- 夜間、休日又は深夜における小児救急医療の充実を図る観点から、深夜における小児救急医療の対応体制に係る評価を充実する。

### 2 具体的内容

- 乳幼児加算と時間外加算、休日加算及び深夜加算とを併せて算定する場合には、新たに乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算を算定することとし、乳幼児加算については、時間外、休日又は深夜以外に算定することとする。
  - \* 初診料の乳幼児育児栄養指導加算は指導管理料として独立させ、乳幼児育児栄養指導料とする。
- 新設する乳幼児深夜加算の評価を引上げる。