

## 在宅療養支援診療所（仮称）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（仮称）を設け、
  - ・ 在宅療養支援診療所（仮称）が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患者に対する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（仮称）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（仮称）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者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、患者の求めに応じて、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者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、患者の求めに応じて、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者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(仮称)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(仮称)	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 (II)140	入院中	○(I)	○(II)		
退院時共同指導加算	(I)290 (II)360	退院時	○(I)	○(II)	◎	○
寝たきり老人退院時共同指導料	(I)600 (II)140	退院時	○(I)	○(II)		
往診料	650	1回につき	○	○	○	○
緊急往診加算 (時間内、夜間、深夜)	(時間内)325 (夜間)650 (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 1,495点 処方せんなし 1,685点	1日につき (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 2,290点 処方せんなし 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		○	×		
24時間連携体制加算	(I)1,400 (II)1,400 (III)410		○	×	—※3	—

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(仮称)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（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 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 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時共同指導加算 2,800円</li> </ul> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携退院時共同指導加算(仮称)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>2 1以外の場合 0,000円(引上げ)</li> </ol> <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） イ 処方せん交付する場合 2, 290点 ロ 処方せん交付しない場合 2, 575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 ・ 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 ・ 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 【在宅時医学管理料】（月1回） 3, 360点	【在宅時医学総合管理料（仮称）】（月1回） 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 0, 000点 2 1以外の場合 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 0, 000点 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） 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>・緊急に行く往診 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>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算 1, 200点</li> </ul> <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>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算（Ⅰ） 〇〇, 〇〇〇点（引上げ）</li> <li>・ターミナルケア加算（Ⅱ） 1, 200点</li> </ul> <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>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算 1, 200点</li> </ul> <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>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算（Ⅰ） 〇, 〇〇〇点（引上げ）</li> <li>・ターミナルケア加算（Ⅱ） 1, 200点</li> </ul> <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の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を踏まえ、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  
診療所の場合 274点 } → 〇〇〇点  
(病院：引上げ)  
(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こ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パーセンタイル値（1日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行ったが、今回、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う。

## DPCによる包括評価の範囲の見直し

### 1 基本的考え方

- DPCにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

### 2 具体的内容

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

## DPCにおける調整係数の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

## リハビリテーションの疾患別体系への見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

	脳血管疾患等リハビリテーション	運動器リハビリテーション	呼吸器リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺疾患 であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 等
リハビリテーション料 (Ⅰ)	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
リハビリテーション料 (Ⅱ)	〇〇〇点	〇〇点	〇〇点	〇〇〇点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

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

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

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

用であると認められる一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定する。

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

## 急性期リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

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

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

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



## リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

#### [算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大]

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

#### [リハビリテーションを要する状態ごとの算定日数上限の設定]

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

## 退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

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

## その他のリハビリテーションに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

新

#### ・ 障害児・者リハビリテーション料 (仮称) (1単位につき)

6歳未満	〇〇〇点
6歳～18歳未満	〇〇〇点
18歳以上	〇〇〇点

#### [算定要件]

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

- 摂食機能・嚥下機能障害リハビリテーションの算定上限を緩和する。

現 行	改正案
【摂食機能療法】(1日につき) 185点	【摂食機能療法】(1日につき) 185点
・ 月4回まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月4回まで</li> <li>・ 治療開始から3ヶ月以内については、毎日算定可</li> </ul>

## 精神病床における急性期の入院医療の評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

[現行] 精神科救急入院料（看護職員配置2：1） 2,800点

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

入院後30日以内 0,000点（引上げ）

入院後30日超 2,800点

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

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

入院後30日以内 0,000点（引上げ）

入院後30日超 0,000点（引下げ）

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

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

入院後30日以内 0,000点（引上げ）

入院後30日超 0,000点（引下げ）

## 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

14日以内	439点	→	〇〇〇点（引上げ）
15日～30日以内	242点	→	242点
31日～90日以内	125点	→	125点
91日～180日以内	40点	→	〇〇点（引下げ）
181日～1年以内	25点	→	〇〇点（引下げ）

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

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

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

## 老人性認知症疾患治療病棟の人員配置基準の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</p> <p>90日以内 1, 290点</p> <p>90日超 1, 180点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員配置6：1</li> <li>・看護補助者配置5：1</li> </ul>	<p>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</p> <p>90日以内 〇, 〇〇〇点（引上げ）</p> <p>90日超 〇, 〇〇〇点（引上げ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の実質配置20：1 （現行の看護職員配置4：1）</li> <li>・看護補助者の実質配置25：1 （現行の看護補助者配置5：1）</li> </ul>
<p>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</p> <p>90日以内 1, 160点</p> <p>90日超 1, 130点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員配置6：1</li> <li>・看護補助者配置5：1</li> </ul>	<p>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</p> <p>90日以内 〇, 〇〇〇点（引下げ）</p> <p>90日超 〇, 〇〇〇点（引下げ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の実質配置30：1 （現行の看護職員配置6：1）</li> <li>・看護補助者の実質配置25：1 （現行の看護補助者配置5：1）</li> </ul>

## 通院精神療法に係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

診療所の場合 370点 → 〇〇〇点（引下げ）

病院の場合 320点 → 〇〇〇点（引上げ）



## 入院精神療法の算定要件の緩和

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

## 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

#### 新 ○ 精神科ショート・ケア

- 開始後3年以内の患者 〇〇〇点 (1日につき)
- 開始後3年超の患者 〇〇〇点 (週5日まで)

#### [算定要件]

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

## 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

#### 1 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 週3回まで算定可

[改正案] 退院後3ヶ月以内の患者に対して行う場合は週5回まで算定できる。

#### 2 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和

[現 行] 入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できる。

[改正案] 入院後6月を超える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。

## 精神病床における認知症患者に対する医療の充実

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

新

#### 1 重度認知症加算（仮称）の新設

- 精神病棟入院基本料を算定する重度の認知症患者について、入院後3月以内に限り、1日〇〇〇点を加算する。

#### 2 老人診療報酬の見直し

- 重度認知症患者入院治療料については、廃止する。

\* 重度認知症患者入院治療料（1日につき）

入院3月以内 365点、3月超 260点

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

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

\* 認知症老人入院精神療法料（1週間につき）330点（入院6月以内）

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

## 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

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

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

## 小児に対する心身療法の評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

新

- 心身医学療法の20歳未満加算の新設

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

## 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

### 1 基本的考え方

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

### 2 具体的内容

**新** ○ 地域連携診療計画管理料（仮称）（入院時） 〇, 〇〇〇点

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

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換のための会合を定期的を開催し、診療情報の共有が適切に行われていること
- ・ 平均在院日数〇〇日以内の急性期病院であること 等

**新** ○ 地域連携診療計画退院時指導料（仮称）（退院時） 〇, 〇〇〇点

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

[算定要件]

- ・ 複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを現に有し、その具体例及び実施例数を地方社会保険事務局長に事前に届け出ていること
- ・ 1種類の地域連携パスにつき、複数の医療機関と連携していること
- ・ 連携医療機関間で、地域連携パスに係る情報交換のための会合を定期的を開催し、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（仮称）は、地域連携退院時共同指導料（仮称）と併算定できない。

**[対象疾患] 大腿骨頸部骨折の患者**

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