

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

基本診療料

「2006年度診療報酬改定①」

—基本診療料—

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



本資料は、4月25日
までの情報に基づいて
改正点を中心に作成
しています。
最終的には通知資
料等でご確認ください。

2006年度診療報酬改定の基本方針「4つの視点」

①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

- ・患者本位の医療(積極的な情報提供と患者のQOLを高める医療)
- ・診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする
- ・医療費の内容の分かる領収書の発行
- ・不適切な生活習慣(食生活、喫煙等)に起因した生活習慣病等の重症化予防

②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

- ・急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れ
- ・住み慣れた家庭や地域で最期を迎えることも選択できる体制
- ・平均在院日数の短縮を図る(DPCの拡大)
- ・病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方

③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

- ・国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡をとる
- ・休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保する
- ・IT化の推進
- ・医療安全に係るコストの実態を踏まえ、診療報酬上の評価を行う
- ・難易度、時間、技術力等を踏まえて適切に評価し、新しい医療技術についても有効性、安全性等を十分に確認した上で、適切に保険導入を図る

④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

- ・今後重点的に対応していく領域に適切な評価を行うために、医療費の効率的配分を行い、余地がある領域における適正化を図る
- ・在り方の検討(慢性期入院医療、入院時の食事、外来医療の不適切な頻回受診の抑制、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局)
- ・画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築し、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進する
- ・「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進める

2006年度診療報酬改定率

改定率	医療費ベース	備考	2002年度	2004年度
薬価改定率	▲1.6%	(▲6.7%)	▲1.3%	▲0.89%
材料価改定率	▲0.2%		▲0.1%	▲0.16%
診療報酬改定率	▲1.36%	医科：歯科：調剤 1：1：0.4 (1.5：1.5：0.6)%	▲1.3%	±0%
全体改定率	▲3.16%	2390億円（国予算） 約9500億円（医療費）	▲2.7%	▲1.05%
プラス要素・	+0.3%	小児科(救急)、産科、麻酔科、IT化 225億円(国予算)、900億円(医療費)		

改定率▲3.16%となったが、薬価本体▲6.7%も実質はさらに厳しい薬価ダウンの感がある。今改定は数字以上の厳しい改定となり、全ての形態の医療機関でダウンになると予測されるが、この厳しい改定を乗り越え、生き残り競争で残った医療機関で限られた原資を分配しようとしているのではないだろうかと思える。患者視点を意識した改定の中で、市場から選ばれるための経営戦略がさらに求められている。

老人診療報酬点数表の廃止

(参考:保医発第0306001号 2006.3/6)

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、原則として老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表の項目を一本化した。

(例)

- 老人一般病棟入院基本料は医科点数表と点数や加算が部分が異なっており一本化する
- 老人特定入院基本料（90日を超える入院）の取扱は存続する
- 寝たきり老人在宅総合診療料は医科点数表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

診療報酬自体の簡素化と、患者への情報提供が進んだ場合の分かり易さの問題もあり、今回の廃止 → 一本化となった。

医療費の内容のわかる領収書

- 保険医療機関等に医療費の内容のわかる領収書の発行を義務付ける療養担当規則を改正し、医療費のわかる領収書を無償で交付しなければならないこととなった。
 (点数表の各部単位で金額の内訳が分かるもの、様式例示)
 施行日は2006年4月(経過措置は6ヶ月)
- 患者からの求めにより、さらに詳細な医療内容がわかる明細証の発行に努める。(実費相当徴収可、100円程度か?)

医科診療報酬用
別紙様式1

(別紙様式1)

領 収 証

患者番号		氏 名		請求期間 (入院の場合)			
				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
領収額合計	円		

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇病院 〇〇〇〇〇 領収印

無床診療所等での「入院料等」など、算定しない項目についてはあらかじめ除外することができる。

保険薬局についても同様に「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」が変更され、内容のわかる領収書の提供が求められる。(別紙様式3として例示された)
 詳細な明細付き領収書発行は、広告も可能であり、地域にアピールする戦略ともなる。また患者さんから明細付き領収書を求められたときの対応も決めておく必要がある。

＜初・再診＞初診料、再診料、外来診療料の見直し

現行		改定後
初診料	病院 255点	270点 (+15点) (-4点)
	診療所 274点	
再診料	病院 58点	57点 (-1点) 71点 (-2点)
	診療所 73点	
継続管理加算 5点		(廃止)
外来診療料 (200床以上)	72点	70点 (-2点) ヘモグロビンA1cを包括範囲 から除外

診療所にとって影響の大きい改定になったが、外来患者を病院から診療所にシフトするためには必要な一本化だったかもしれない。今後は病院から患者を受け入れる体制作りが重要となる。

200床以上の病院の外来診療料については、検査等の包括範囲について医師等と再度確認することが重要である。

再診料が1点だけ格差が縮小した。2年前の診療報酬改定の初診料のケースと似ている...

紹介患者加算の廃止

- ・ 紹介患者加算を廃止し、特定機能病院、地域医療支援病院は入院料等で別途評価する

同一医療機関・同一日複数診療科受診時の評価

- ・ 同一医療機関の同一日の複数科受診について、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。
- ・ 総合診療外来等については1つ目とみなさない。
- ・ 2つ目の初診については加算点数は算定できない。

<初・再診>乳幼児の時間外・休日・深夜加算

時間内		時間外		休日		深夜	
現在	診療所の例	現在	改定後	現在	改定後	現在	改定後
初診料 274点	初診料 274点	初診料 270点	初診料 270点	初診料 274点	初診料 270点	初診料 274点	初診料 270点
乳幼児加算72点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 時間外加算 200点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 休日加算 365点	乳幼児加算 時間外 115点	乳幼児 深夜加算 695点
「時間内」は 変更なし	時間外加算85点	算定点数に に増減なし	休日加算 250点	休日加算 250点	乳幼児 休日加算 365点	深夜加算 480点	100点 アップ
						100点	

乳幼児加算と、時間外、休日、深夜のそれぞれの加算と併せて算定する場合は、新たに「乳幼児時間外加算」「乳幼児休日加算」「乳幼児深夜加算」を算定する。

初診料に対する「乳幼児育児栄養指導加算」は指導管理料として独立し、「乳幼児育児栄養指導料」とする。

小児医療充実させる点数構成とし、一般科の診療所にも算定促しているが、深夜のみのアップとなった。

<初・再診>電子化加算

(新設) 電子化加算(初診料に加算)

3点

30円の意味するところは？

レセプトなどのIT化を集中的に推進するため、平成22年度末までの時限的に評価する。

[必要に具備すべき要件]

- ・レセプト請求に係わる電算処理システムを導入していること
- ・平成19年度以降、試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること(400床以上の病院に限る) 平成18年度中は「選択的に具備すべき要件」として取り扱い、平成19年度以降、「必要に具備すべき要件」として扱う。
- ・医療費の内容の分かる領収証を無償で交付していること
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)とする。

[選択的に具備すべき要件](いずれか一つを実施)

- ・電子媒体によるレセプト請求(400床以上の病院以外に限る)
- ・試行的オンラインシステムを活用したレセプトのオンライン請求を行っていること(400床未満の病院、平成19年度以降)
- ・患者の求めに応じ、詳細な明細のある領収証を交付していること(手書きは不可)
- ・バーコードタグ・電子タグ等による医療安全対策を実施していること
- ・インターネットを活用した電子予約を行っていること
- ・診療情報提供(紹介状を含む)について電子的に行っていること
- ・検査、処方、注射等に係るオーダリングシステムが整備されていること
- ・電子カルテによる病歴管理を行っていること
- ・画像を電子媒体に保存し、PCの画面等で画像診断を行っていること
- ・遠隔医療支援システムを活用した離島・へき地及び在宅診療を行っていること

電子化加算は、領収証の発行が要件となり、診療報酬で評価していることから、中医協などからさらに詳細な明細領収証が求められている。また時限的点数であることは、平成23年度以降はレセプトオンライン化等が整備されていないと減算になるなど、厳しい施策の実施が予想されるので、対策は必須である。

<入院基本料>減算の廃止

入院基本料に係わる減算の廃止し、入院基本料の算定要件とした

	現行	改定後
入院診療計画未実施減算	350点(入院中1回)	廃止
院内感染防止対策未実施減算	5点(1日1回)	
医療安全管理体制未実施減算	5点(1日1回)	
褥瘡対策未実施減算	5点(1日1回)	

一泊入院などで、入院診療計画を未実施の場合は、入院基本料が算定できなくなった。

既に多くの医療機関で対応がなされているので廃止となった。ただし入院基本料の要件となったので、いままで減算で対応していた医療機関は、入院基本料が最下レベルの「特別入院基本料」の算定となり、「減算」から大きく減収することになる。

これらの対策ができていない医療機関は、医療保険からの撤退を促されていると考えられる。

<入院基本料>一般病棟入院基本料（表記の変更）

現行	➔	改定後
看護職員配置「2:1」		看護職員の実質配置「10:1」
入院患者2人に対して看護職員1人を雇用		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

入院患者に正しい情報を伝える観点から、看護職員の配置にかかわる表記を改め、それぞれの時間帯で実際に働いている看護職員の数についての情報提供を推進する

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

【看護職員の配置密度計算例】 疑義解釈その1（2006年3月23日）より

<入院患者50人の一般病棟で「10:1(2:1)」の場合>

- ① 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準とすると、各勤務帯で5人×3勤務帯＝15人となる
この15人を傾斜配分すると、日勤帯11名、準夜帯2名、深夜帯2名とすることも可となる
- ② 1勤務12時間の2交代制であれば、5人×2勤務帯＝10人となる

しかし実際の運用においては、交代要員、休暇要員等も必要になり、2:1の場合の25人に匹敵する要員を確保する必要がある。

看護職員の配置密度の考え方

(参考：中医協 診療報酬基本小委 2005年10月26日)

①日勤(8～16時)、準夜勤(16～24時)、深夜勤(24～8時)の3交代制勤務の場合

1日3勤務×年365日＝年間延べ1,095勤務帯(1年間の勤務帯の総数)

②1人の看護職員が1年間に働くことができる勤務帯数は、225勤務帯である

2,080時間(週労働40時間×年52週)－280時間(休暇35日×8時間)＝年労働1,800時間

年労働1,800時間÷8時間＝225(1人の看護職員が1年間に働ける勤務帯数)

③1,095勤務帯のすべてに看護職員を配置するには、最低5人が必要

年間延べ1,095勤務帯÷看護職員1人当たり225勤務帯＝4.867(小数点以下は切り上げ)

④入院患者40人の「2:1」(看護職員20人)の病棟では、1勤務帯当たり4人(20人÷5)が実質配置看護職員数となる。

⑤よって、40人÷4人＝10で「実質配置10:1」となる。

⑥ただし、看護職員の夜勤制限を考慮すると、現状以上(20人以上)の職員が必要になると考えられる。

<入院基本料>一般病棟入院基本料

入院基本料の区分を簡素化し再構成した

	看護職員配置基準		
	現行の配置表記	改定後の実質配置	
区分A	1.4:1	7:1	(新設)
区分B	2:1	10:1	
区分C	2.6:1	13:1	
区分D	3:1	15:1	
区分E	3.6:1	18:1	精神病棟 結核病棟
区分F	4:1	20:1	

・看護職員配置要件
 ・看護師比率要件
 ・平均在院日数要件
 ・その他の入院基本料要件
 (未実施減算、院内掲示等)
 のいずれかが基準に満たない場合は、特別入院基本料を算定することになる。

「2:1」以上の「1.4:1」を新設し、平均在院日数要件についてさらに短縮した。

夜間勤務等看護加算は廃止

夜間の看護職員の配置については、2人以上の看護職員による夜間勤務体制とし、かつ、看護職員1人当たりの月夜勤時間72時間以内であることを前提に、各施設において一定の範囲で傾斜配置できることとし、看護配置評価全体の中で評価する。

改定後の病棟区分別の点数・基準一覧

種別	基準	一般病棟	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能	特定結核	特定精神
区分A 1.4:1	点数	1,555点	1,555点		1,447点		1,555点	1,447点	1,311点
	実質配置	7:1以上	7:1以上		7:1以上		7:1以上	7:1以上	7:1以上
	看護比率	70%以上	70%以上		70%以上		70%以上	70%以上	70%以上
	在院日数	19日以内	30日以内		25日以内		28日以内	28日以内	28日以内
区分B 2:1	点数	1,269点	1,269点	1,269点	1,161点	1,209点	1,269点	1,161点	1,209点
	実質配置	10:1以上							
	看護比率	70%以上							
	在院日数	21日以内	33日以内	—	25日以内	25日以内	28日以内	28日以内	28日以内
区分C 2.6:1	点数	1,092点	1,092点	1,092点	949点			949点	
	実質配置	13:1以上	13:1以上	13:1以上	13:1以上			13:1以上	
	看護比率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上			70%以上	
	在院日数	24日以内	36日以内	—	28日以内			36日以内	
区分D 3:1	点数	954点		954点	886点	800点		886点	839点
	実質配置	15:1以上		15:1以上	15:1以上	15:1以上		15:1以上	15:1以上
	看護比率	40%以上		40%以上	40%以上	40%以上		70%以上	70%以上
	在院日数	60日以内		—	—	—		—	—
区分E 3.6:1	点数				757点	712点			
	実質配置				18:1以上	18:1以上			
	看護比率				40%以上	40%以上			
	在院日数				—	—			
区分F 4:1	点数				713点	658点			
	実質配置				20:1以上	20:1以上			
	看護比率				40%以上	40%以上			
	在院日数				—	—			
特別1	点数	575点							
	実質配置	15:1未満							
	看護比率	40%未満							
	在院日数	—							
特別2	点数				550点	550点			
	実質配置				20:1未満	20:1未満			
	看護比率				40%未満	40%未満			
	在院日数				—	—			

＜入院基本料＞療養病棟入院基本料

平成18年7月1日から実施する

病院

現行	
療養病棟入院基本料1	1,209点(老人1,151点)
療養病棟入院基本料2	1,138点(老人1,080点)
[その他の包括する点数] 日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、 (準)超重症児(者)入院診療加算 等	

経過措置(平成18年6月30日まで)	
療養病棟入院基本料1	1,187点(老人1,130点)
療養病棟入院基本料2	1,117点(老人1,060点)

改定後(平成18年7月1日～)			
ADL区分	医療区分		
	1	2	3
3	D 885点	B 1,344点	A 1,740点
2	E 764点		
1		C 1,220点	
	50.2%	37.2%	12.6%

当初9分類(+認知症2分類)の11分類に点数が設定される方向だったが、結局5分類となった。
療養病棟に約半分入院している医療区分1の患者さんについては、大幅な点数ダウンとなり、自宅や介護施設へのシフトが始まると考えられる。

認知機能障害加算
+5点

＜入院基本料＞有床診療所療養病床入院基本料

平成18年7月1日から実施する

診療所

現行	
有床診療所療養病床入院基本料	816点(老人798点)
[その他の包括する点数] 日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等	

経過措置(平成18年6月30日まで)	
有床診療所療養病床入院基本料	801点(老人783点)

改定後(平成18年7月1日～)			
ADL区分	医療区分		
区分	1	2	3
3	D 602点	B 871点	A 975点
2	E 520点	C 764点	
1			

有床診療所が介護保険の中で重要な位置付けが行われる中で、医療度の低い患者は医療保険では評価しないことが明確にされた。
医療区分2、3の医療度の高い患者は、病院での管理が中心となり、有床診療所は在宅へシフトした医療区分1の患者さんのサポートが中心になる。24時間対応や緊急入院対応の施設として、地域内でのポジションを明確にすることが重要になる。

認知機能障害加算 +5点

＜入院基本料＞療養病棟入院基本料 ADL区分

「ADL区分」のためのADL得点の算出（単純合計方式）

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範囲な援助	最大の援助	全面依存	本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6
	ADL得点							
ADL区分 1	0～10点							
ADL区分 2	11～22点							
ADL区分 3	23～24点							

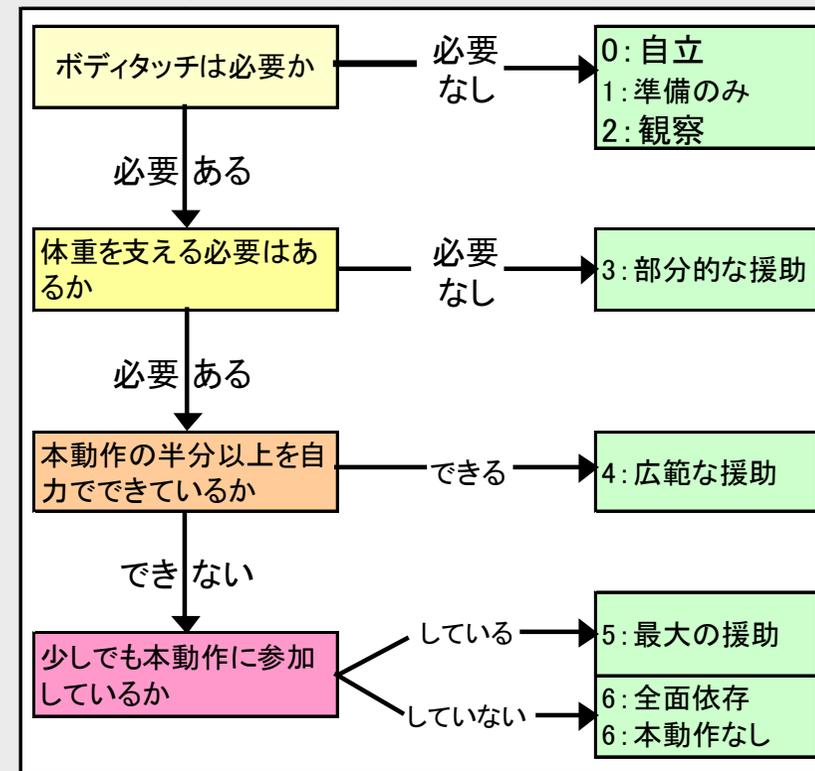
認知機能障害の加算の算出
 CPS (Cognitive Performance Scale) を用いて、「0 (障害なし)～6 (最大度)」の7段階に分類し、CPS3以上を「認知機能障害」ありとする。

日医総研:平成15年

健康保険組合連合会:平成16年

<入院基本料>療養病棟入院基本料 ADL区分評価方法

過去3日間の全勤務帯における患者の支援レベル		
a ベッド上の可動性 横になった状態からどのように動くか。 寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 自立	手助け、準備、観察は不要、または1～2回のみ
	1 準備	ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
b 移乗 ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか。(浴槽や便座への移乗は除く)	2 観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
	3 部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる ・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
c 食事 どのように食べたり、飲んだりするか。(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	4 広範囲な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
	5 最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
d トイレの使用 どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門又はカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	6 全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した場合
	6 本動作なし	本動作は一度もなかった場合



<入院基本料>療養病棟入院基本料 医療区分

(厚生労働省による療養病床に関する説明会配付資料より 2006/4/13)

区分	疾患及び病態 [評価頻度]	医療処置 [評価頻度]
3	<ul style="list-style-type: none"> ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態[毎日] ・スモン[－] <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">1日に2つ以上の区分に該当する場合は高い区分で算定する</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養[毎日] (消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合) ・24時間持続点滴[毎日] ・レスピレーター使用[毎日] ・ドレーン法・胸腹腔洗浄[毎日] ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア[毎日] ・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO₂90%以下)[毎日] ・感染隔離室におけるケア[毎日]
2	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー[－] ・多発性硬化症[－] ・筋萎縮性側索硬化症[－] ・パーキンソン病関連疾患[－] (パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上) ・その他神経難病(スモンを除く)[－] ・神経難病以外の難病[－] ・脊髄損傷(四肢麻痺が見られる状態)[－] ・肺気腫／慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V度の状態)[－] ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍[毎日] ・肺炎[毎日] ・尿路感染症[毎日] (「発熱」、「細菌尿」、「白血球尿(10/HPF)」の全てに該当する場合) ・創感染[毎日] ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内[毎日] ・脱水(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの)[毎日] ・体内出血(持続するもの)[毎日] (例:「黒色便」「コーヒー残渣様嘔吐」「喀血」「痔核を除く持続性の便潜血陽性」) ・頻回の嘔吐(1日1回以上を7日間のうち3日以上)[毎日] ・褥瘡(2度以上又は2箇所以上)[毎日] ・うっ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創:2度以上)[毎日] ・せん妄の兆候(要件参照)[毎日] ・うつ状態(要件参照)[毎日] ・暴行が毎日みられる状態[毎日] 	<ul style="list-style-type: none"> ・透析[毎日] ・発熱又は嘔吐を伴う経管栄養(経鼻・胃瘻等)[毎日] ・喀痰吸引(1日8回以上)[毎日] ・気管切開・気管内挿管のケア[毎日] ・血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施)[毎日] ・手術創のケア[毎日] ・創傷処置[毎日] ・足のケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 90%;"> <p>[せん妄の兆候]「この7日間に通常の状態と異なる」に次の6項目中1つ以上が該当すること。 a注意がそらされやすい b周囲の環境に関する認識が変化する c支離滅裂な会話が時々ある d落ち着きが無い e無気力 f認知能力が1日のうちで変化する [うつ状態]4点以上とする(1点:3日間のうち1~2日観察された、2点:3日間のうち毎日観察された) a否定的な言葉を言った b自分や他者に対する継続した怒り c現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した d健康上の不満を繰り返した eたびたび不安、心配事を訴えた f 悲しみ、苦悩、心配した表情 g何回も泣いたり涙もろい</p> </div>
1	<ul style="list-style-type: none"> ・区分2、3に該当しない者 	<ul style="list-style-type: none"> ・区分2、3に該当しない者

<入院基本料>慢性期入院医療の評価①（看護職員の配置等）

療養病棟入院基本料の算定要件

- ・看護職員（実質25：1、現行5：1）、看護補助者（実質25：1、現行5：1）

有床診療所療養病床入院基本料の算定要件

- ・看護職員（実質30：1、現行6：1）、看護補助者（実質30：1、現行6：1）

医療区分2・3に該当する患者を8割以上入れている病棟は、以下の配置を満たさないと医療区分2・3に相当する点数は算定できない。

- ・看護職員（実質20：1、現行4：1）、看護補助者（実質20：1、現行4：1）

急性期増悪時の対応

- ・急性期増悪時により一般病棟へ転棟等を行った場合は、転棟等の3日前に限り、療養病棟において行われた医療行為については出来高による評価を行う。

（この場合の入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定）

療養病棟療養環境加算

現行			改定後			
1	2	3	1	2	3	4
105点	90点	30点	132点	115点	90点	30点

診療所療養病床療養環境加算1	
現行	改定後
90点	100点

180日超の入院患者の特定療養費化

180日を超えて入院している患者の入院基本料減額し特定療養費制度とする仕組みから、療養病棟入院基本料（有床診療所含む）を除外する

療養病棟は医療度の高い患者の入院施設となるため、長期入院によるペナルティ的なルールは廃止されることになった。しかし、一般病床については引き続き適用される。

<入院基本料>慢性期入院医療の評価②

同一病棟内での病室単位による指定を可能とする措置の拡大

改定前	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟を2病棟以下しか有しない病院は、病室単位で介護療養型医療施設の指定を受けることができる 介護療養病床が1病棟である病院または診療所は、2室8床に限り医療保険から給付を受けることができる
改定後	<ul style="list-style-type: none"> 平成21年3月31日までは、病室単位で医療療養病床と介護療養病床の指定を受けることができる ただし都道府県の計画の範囲内となる

介護保険移行準備病棟の創設(医療保険)

医療療養病床で「医療区分1」に該当する患者を6割以上入院させている病棟は、平成24年3月31日まで、介護老人保健施設等への移行準備計画を提出していることを要件として、「介護保険移行準備病棟」を選択できる。

【人員配置基準】(医療法等改正案) 【現行 参考】

医師:最低医師数2名、入院患者96名に1人配置 【3名、48名に1人】

看護要員:看8:1、補4:1 【看5:1、補5:1】

経過型介護療養型医療施設(介護保険)

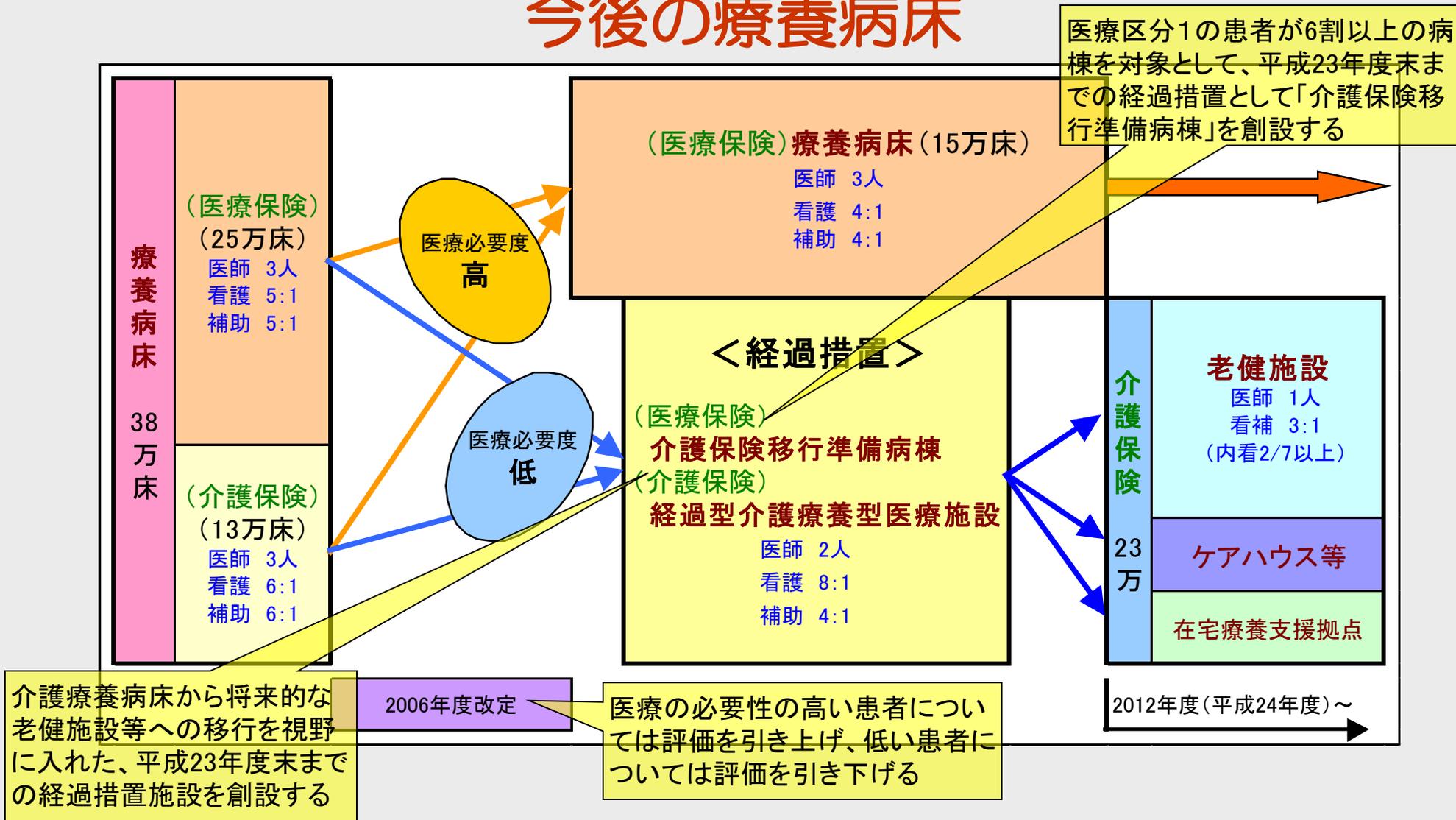
平成24年3月31日までについて、介護療養病床で介護老人保健施設等への転換を計画し、在宅復帰、在宅支援機能の充実を要件として、人員配置基準を緩和した「経過型の介護療養型医療施設」を設定する。

【人員配置基準】(医療法等改正案) 【現行 参考】

医師:最低医師数2名、入院患者96名に1人配置 【3名、48名に1人】 [参考:老健 1名]

看護要員:看8:1、補4:1 【看6:1、補6:1】 [参考:老健 計3:1、内2/7が看]

今後の療養病床



- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応する。
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居宅系サービス、又は老健施設等の介護保険で対応する。

療養病床15万床に削減へ、介護施設への転換進める

政府・与党は、長期入院が多く医療費の膨張につながっている全国の療養病床約38万床を、2012年度までに約15万床に減らす方針を決めた。

他の施設への転換を進め抜本的に再編する考えで、今国会に提出する医療制度改革関連法案に盛り込む。

療養病床は、慢性症状などで医療の必要度が高い人が入院する病床で、医療保険が適用される医療型が約25万床、介護保険適用の介護型が約13万床ある。

しかし、医療をほとんど必要としない人が半数近く入院しているうえ、医療型と介護型の違いがあいまいで、非効率的だとの指摘が強い。

このため、療養病床を医療型に一本化し、介護型は2011年度末までに廃止。医療型も約10万床減らす。いずれも、老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウスなどの介護施設への転換を促すほか、在宅で療養可能な人は在宅に移ってもらう。

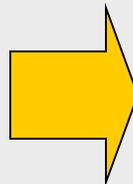
転換にあたり、医療型は医療保険から、介護型は交付金で費用を助成する。
(読売新聞2月1日)

政府は2月10日、医療制度改革関連法案を閣議決定、国会審議中。

<入院基本料>有床診療所入院基本料

短期間の入院施設としての役割を明確化し、また地域における回復期リハビリの提供や在宅医療の支援する機能を評価することとし、看護職員配置を簡素化し、点数配分にも入院日数でメリハリをつけた。

現行		
有床診療所入院基本料(看護配置)		
I群1	10人以上	489点
I群2	5人以上	456点
I群3	1人以上	415点
II群3	1人以上	380点
II群4	-	345点
有床診療所 初期加算		
	7日以内	223点
	8~14日以内	188点
	15~30日以内	85点
	31~90日以内	47点
医師配置等加算	40点	



改定後		
有床診療所入院基本料	①	②
7日以内	810点	640点
14日以内	660点	480点
30日以内	490点	320点
31日以降	450点	280点
①有床診療所入院基本料 看護職員5人以上(看護師1人以上が望ましい)		
②有床診療所特別入院基本料 看護職員1人以上5人未満		
初期加算は入院基本料に統合し廃止する		
医師配置等加算	100点	

有床診療所の48時間規制を無くし、施設としての位置付けを、“小規模な病院”から“地域密着の短期療養施設”として、また居宅介護と在宅医療の要として評価していく方向が明確になった。

＜入院基本料等加算＞紹介率を要件とする点数の廃止

	現行	改定後
紹介外来加算	100点	(廃止)
紹介外来特別加算	140点	
急性期入院加算	155点	
急性期特定入院加算	200点	
地域医療支援病院入院診療加算2	900点	

＜紹介率に係わるの問題点＞

- ・紹介率の計算方法には、医療機関類型、同一施設でも複数の算定式が存在すること
- ・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
- ・サテライトクリニックや不必要な救急車搬送など、紹介率のみを上げる経営手法がみられること

＜代替となる点数等＞

- ①特定機能病院については、入院基本料の14日以内加算を引上げる
- ②地域医療支援病院については、地域医療支援病院入院診療加算1を引上げる
- ③救急医療管理加算の算定日数を夜間・休日以外にも拡大し7日まで延長する
- ④救急救命入院料及び特定集中治療室管理料を引上げる

急性期病院での紹介率評価の廃止は、「ハシゴを外されて火付けられた」と指摘する声もあるほど強烈なメッセージとなった。代替の点数で減収をカバーできる病院は少なく、サバイバルが熾烈となる。紹介の評価は少なくなっても患者確保から連携はさらに重要になった。

＜入院基本料等加算＞引き上げになった加算

特定機能病院入院基本料の初期加算(14日以内、512点→625点)

現行				改定後				
一般病棟	看護配置	I群(28日以内)	初期加算		看護配置(実質)	新点数	在院日数	初期加算
特定機能病院入院基本料			(1日～14日) 512点 (15日～30日) 207点 (180日以上) ▲50点	区分A	1.4:1 (7:1)	1,555点	19日以内	(1日～14日) 625点 (15日～30日) 207点
入院基本料1	2:1	1,209点	21日以内	区分B	2:1 (10:1)	1,269点	21日以内	

地域医療支援病院入院診療加算(紹介率要件を廃止し引き上げ)

	現行	改定後
地域医療支援病院入院診療加算1	490点	地域医療支援病院入院診療加算
紹介率80%未満 入院初日		(入院初日)1000点 (+510点)
地域医療支援病院入院診療加算2	900点	(+100点)
紹介率80%以上 入院初日		

紹介率要件が無くなって、地域医療支援病院入院診療加算1は510点の引き上げになったが、入院中1回だけの算定である。

救急医療管理加算の算定要件緩和(算定日数を夜間・休日以外にも拡大し7日まで延長する)

救急医療管理加算 (乳幼児 +150点)	現行	改定後
夜間・休日 入院初日	600点	(点数増減なし 算定制限の緩和) 入院した日から7日
		600点

救急救命入院料及び特定集中治療室管理料の加算要件を変更し引き上げる → 特定入院料

<入院基本料等加算> 臨床研修病院入院診療加算

臨床研修病院入院診療加算を引上げ、協力型についても評価の対象とした

臨床研修病院入院診療加算	現行	改定後
(1) 単独型、管理型	(入院初日) 30点	(入院初日) 40点(+10点)
(2) 協力型	—	(入院初日) 20点(新設)

[施設基準等]

(1) 単独型、管理型

ア、指導医は臨床経験を7年以上有する医師

イ、研修医2.5人につき、指導医1人以上

ウ、医師数は医療法標準以上

エ、研修管理委員会が設置されている単独型、又は管理型の臨床研修病院(大学病院を含む)

オ、職員に対する保険診療に関する講習(当該医療機関が自ら行うもの)を年2回以上実施

カ、研修医数は、病床数10に対し1人、または年間の入院患者数100に対し1人を超えない

キ、診療録管理体制加算の届出

ク、診療録には指導の内容がわかるように指導医自ら記載を行い署名する

(2) 協力型

ア、(1)のア、イ、ウ、カ、キ、クを満たしていること

イ、研修医が、(1)のオにおける講習を受けていること

明細のわかる領収書を発行した場合、「臨床研修施設だから高い」ことを患者に説明する方法を事前に決めておく必要がある。『研修中の先生が診察してるのに高い』ことには、『優秀な医師を育てるために、経験の豊富な優れた先生が多くいるからですよ』とするのはいかがだろうか。

<入院基本料等加算>看護補助加算

看護補助加算を5区分から3区分に簡素化した

現行				改定後			
区分	配置基準	点数	算定できる入院基本料の区分	区分	配置基準	点数	算定できる入院基本料の区分
1	4:1	121点	基本料5				
2	5:1	109点	基本料5				
3	6:1	93点	基本料3、4、5	1	6:1	109点	基本料D、E、F
4	10:1	80点	基本料2、3、4、5	2	10:1	84点	基本料C、D、E、F
5	15:1	54点	基本料2、3、4、5	3	15:1	56点	基本料C、D、E、F

入院患者数に対する看護補助者(介護保険適用施設では介護職員とも呼ぶがヘルパー資格や看護師資格は要さない)の比率によって加算する

＜入院基本料等加算＞地域加算

国家公務員給与の人事院規則の公布を受けて地域加算が見直された

現行				改定後					
1種地域	2種地域	3種地域	4種地域	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地
18点	15点	9点	5点	18点	15点	12点	10点	6点	3点
1級地	東京都特別区								
2級地	取手市、和光市、成田市、印西市、武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、稲城市、西東京市鎌倉市、厚木市、大阪市、守口市、門真市、芦屋市								
3級地	つくば市、さいたま市、志木市、船橋市、浦安市、袖ヶ浦市、八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市、横浜市、川崎市、海老名市、名古屋市、刈谷市、豊田市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市、西宮市、宝塚市、天理市								
4級地	水戸市、土浦市、守谷市、鶴ヶ島市、千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市、三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市、藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市、豊明市、鈴鹿市、大津市、草津市、京都市、豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市、神戸市、尼崎市、奈良市、大和郡山市、広島市、福岡市、(暫定指定地域)横須賀市、堺市、東大阪市								
5級地	仙台市、日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市、宇都宮市、川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市、茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市、平塚市、秦野市、甲府市、静岡市、沼津市、御殿場市、瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市、津市、四日市市、守山市、宇治市、亀岡市、京田辺市、河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市、伊丹市、三田市、大和高田市、橿原市、(暫定指定地域)三浦郡葉山町、岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市								
6級地	札幌市、名取市、多賀城市、龍ヶ崎市、筑西市、鹿沼市、小山市、大田原市、前橋市、高崎市、太田市、熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町、野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町、武蔵村山市、小田原市、三浦市、富山市、金沢市、福井市、長野市、松本市、諏訪市、岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市、浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市、豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町、桑名市、名張市、伊賀市、彦根市、長浜市、向日市、相楽郡木津町、柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町、姫路市、明石市、加古川市、三木市、桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町、和歌山市、橋本市、岡山市、廿日市市、安芸郡梅田町、安芸郡坂町、周南市、高松市、筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡糟屋町、(暫定指定地域)北九州市、長崎市								

<入院基本料等加算>がん診療連携拠点病院加算

新設（入院初日） 200点	<加算対象> 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、短期滞在手術基本料
----------------------	---

[施設基準]

「がん診療連携拠点病院の整備について」(健発第0201004号 平成18年2月1日)に基き、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。(届出が必要)

他の医療機関からの紹介されたがん患者を入院させた場合、入院初日に限り入院基本料に加算する

がん診療連携拠点病院 「がん対策推進アクションプラン2005」(2005年8月25日)

がんの集学的治療、セカンドオピニオンの提供、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設置、相談支援センター、などを備えた病院

算定しない医療機関であっても、同じ診療圏に「がん診療連携拠点病院」があるか、無いか、どこにあるか、などは調べる必要がある。患者の紹介先として連携をアピールすることが、集患対策して重要となる。

<入院基本料等加算>医療安全対策加算

(新設) (入院初日) 50点

国及び医療関係団体が主催、通算40時間以上または5日程度の研修。制度、事例分析・評価・対策、事故時の対応、意識の向上等

[施設基準]

- ・医療安全対策に係わる適切な研修を受けた専従の看護師、薬剤師等を医療安全管理者として配置
- ・「医療安全管理部門」の設置
- ・部門の業務指針、管理者の業務内容の整備
- ・「医療安全管理対策委員会」との連携
- ・専任の院内感染管理者
- ・医療安全管理者への相談・支援の掲示、患者への情報提供

[医療安全管理者の業務]

- ・企画立案、評価
- ・定期的な院内巡回、安全対策の実施状況の把握・分析、業務改善のための対策
- ・医療事故防止担当者への支援
- ・各部門との調整
- ・職員研修の企画・実施
- ・相談窓口業務(患者、家族の相談)

[医療安全管理部門の業務]

- ・業務改善計画書、実施状況・評価結果の記録
- ・連携状況、院内研修実績、相談件数、相談内容、相談後の取り扱い、活動実績の記録
- ・取り組み評価のカンファレンス(週1回)、など

<入院基本料等加算>褥瘡の加算

褥瘡患者管理加算（項目の移動 入院基本料→入院基本料等加算）

（移動）（1回の入院につき）20点

入院基本料減算の廃止により入院基本料等加算へ移動

[施設基準]

- ・褥瘡危険の患者、褥瘡患者に対して、専任の医師及び看護師が診療計画、褥瘡対策、評価を行っていること
- ・褥瘡対策として、体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制、など

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

（新設）（1回の入院につき）500点

国及び医療関係団体が主催する、通算して6月程度研修。
（褥瘡ケア知識、技術の習得）
日本看護協会看護研修学校、社保看護研修センターの創傷・オストミー・失禁等の看護課程（平成18年3月時点）

[施設基準]

- ・褥瘡ハイリスク患者のケア5年以上の経験があり、適切な研修を終了した者を褥瘡管理者として専従で配置は、所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること
- ・褥瘡リスクアセスメント票、褥瘡予防治療計画書、実施状況、評価結果の記録
- ・褥瘡対策チームと連携、院内研修の実施、アセスメント実施件数、患者特定数、計画件数、ケア実施件数の記録
- ・褥瘡対策カンファレンスの実施（週1回）
- ・総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施、など

[褥瘡管理者の業務]

- ・院内の褥瘡対策チームと連携して褥瘡リスクマネジメントを行うこと
- ・その結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同し褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること
- ・当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、評価すること
- ・院内の褥瘡対策チーム及び主治医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと

<入院基本料等加算>ハイリスク分娩管理加算

(新設) (1日につき) 1,000点

1回の妊娠につき1入院のみ、8日を限度

[施設基準]

- ・専ら産科医療に従事する医師が3名以上配置
- ・常勤の助産師が3名以上配置
- ・年間分娩件数等の情報の院内掲示

[対象患者]

- ・妊娠22～27週の早産
- ・40歳以上の初産婦
- ・分娩前のBMIが35以上の初産婦
- ・糖尿病合併妊娠
- ・妊娠高血圧症候群重症
- ・常位胎盤早期剥離

＜特定入院料＞救命救急入院料・特定集中治療室管理料

救命救急入院料

	7日以内の期間		8日～14日の期間	
	1	2	1	2
現行	9,190点	10,590点	7,990点	9,390点
改定後	9,000点 (-190点)	10,400点 (-190点)	7,490点 (-500点)	8,890点 (-500点)

加算部分が
アップとなった

加算

現行	高度救命救急センター	評価B、C施設
	+100点	▲500点
改定後	評価A施設	高度救命救急センター
	+500点	+100点

特定集中治療室管理料

	7日以内の期間	8日～14日の期間
現行	8,890点	7,690点
改定後	8,760点 (-130点)	7,330点 (-360点)

加算

現行	重症患者9割未満	95/100
改定後	重症患者9割以上	105/100

<特定入院料>脳卒中ケアユニット入院医療管理料

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設した

(新設) (1日につき) 5,700点	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の発症後14日を限度として算定する 対象疾患外の患者は入院基本料を算定する
---------------------	--

[施設基準]

- ・病院の治療室単位とし、専用の治療室であること
- ・病床数は30床以下
- ・入院する患者のうち、概ね8割以上が対象疾患患者であること
- ・神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上
- ・看護師数は常時3:1であること
- ・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
- ・経験を有する専任の常勤理学療法士又は作業療法士が1名以上
- ・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
- ・必要な器械、器具
[救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、除細動器、心電計、呼吸循環監視装置]

医療機関の特長をアピールする点数として、脳外科を標榜する医療機関では算定が必須になる。逆に算定できないの脳外科医療機関は特長を打ち出すことが難しくなる。

＜特定入院料＞小児入院医療管理料

点数を引上げ、医師の常勤要件を見直した

	現行	改定後
小児入院医療管理料1	3,000点	3,600点(+600点)
小児入院医療管理料2	2,600点	3,000点(+400点)
プレイルーム、保育士等加算	80点	100点(+20点)

[施設基準]追加分

週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科医を組み合わせることで常勤勤務と同じ時間医師を配置する場合は、常勤として取り扱う

子育てしながら働ける環境整備として、出産、育児等でリタイアしている女性医を対象とした常勤換算の変更である。地域医師会等に照会するなどして積極的に小児科医を探すことも必要になる。

<特定入院料>回復期リハビリ病棟入院料

算定開始後

現行	算定上限	改定後	算定上限
1, 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態	180日	1, 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2か月以内の状態	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部位外傷の場合	180日
		2, 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	90日
		3, 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により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	90日
4, 前三号に準ずる状態		4, 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ヵ月以内の状態	60日

対象疾患の拡大し、一律の180日上限から疾患ごとに算定日数を設定した

リハビリテーションの抜本改革とその重要性から対象疾患と算定上限日数が見直された。リハビリテーションのきめ細かい対応と、在宅復帰の方向がさらに強調された。

＜特定入院料＞特殊疾患療養病棟等

特殊疾患療養病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料

	現行	改定後		
		療養病床	一般病床、精神病床	
特殊疾患療養病棟入院料1	1,980点	療養病棟入院 基本料へ移行	1,943点（－37点）	2008年3月末 で廃止
特殊疾患療養病棟入院料2	1,600点		1,570点（－30点）	
特殊疾患入院医療管理料	1,980点		1,943点（－37点）	

【経過措置】平成18年6月30日時点で下記の入院料を算定している場合

特殊疾患療養病棟入院料1を算定している病棟に同時点で入院している神経難病等に該当する患者は、平成20年3月31日までは「医療区分3」に該当するものとみなす。

特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟に同時点で入院している神経難病等に該当する患者は、平成20年3月31日までは医療区分1に該当するものを、「医療区分2」に該当するものとみなす。

重度心身障害児（者）施設等を有する療養病棟で、特殊疾患療養病棟入院料1、2、特殊疾患入院施設管理加算を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児（者）または知的障害者であって、医療区分1に該当するものは、「医療区分2」に該当するものとみなす。

特殊疾患療養病棟入院料1、2、特殊疾患入院施設管理加算を算定していた病棟については、平成20年3月31日までは、適時の要件（適時適温）を満たさなくても基本食事療養費（I）を算定する

重度の意識障害や筋ジストロフィーなどの難病患者を対象とした特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料（病室単位）については、今改定で療養病棟が「医療度が高く長期に入院の必要な患者の入院施設」となったため、療養病棟入院基本料で評価することにした。一般病床、精神病床については、これから患者を療養病床へシフトすることとし、2年間の経過期間を設けて廃止することになった。

特殊疾患療養病棟入院料等が廃止になったとするよりは、療養病床が医療度が高く長期入院の必要な患者を対象としたものになったため、療養病床が特殊疾患療養病床になったと考えるべきである。

<特定入院料>精神科入院料等

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料

	現行	改定後
精神科救急入院料	(2:1) 2,800点	(実質配置10:1) 30日以内 3,200点(+400点) 入院後30日超 2,800点(±0点)
精神科急性期治療病棟入院料1	(2.5:1) 1,640点	(実質配置13:1) 30日以内 1,900点(+260点) 入院後30日超 1,600点(-40点)
精神科急性期治療病棟入院料2	(3:1) 1,580点	(実質配置15:1) 30日以内 1,800点(+220点) 入院後30日超 1,500点(-80点)

精神科病棟入院基本料の初期加算についても、早期(14日以内)を引上げ、長期(91日以上)を引き下げる改定が実施されたが、精神科急性期も、さらに短期を高く、逆に30日を超えてくるとダウンの評価となり、「短期に集中して治療にあたり、早期退院、早期社会復帰目指す」ことがさらに明確になった。

精神科療養病棟入院料

	現行	改定後
精神科療養病棟入院料1 (3:1)等	1,090点	1,090点(±0点)
精神科療養病棟入院料2	600点	廃止

(精神科病棟入院基本料の初期加算)

入院期間に応じた加算	現行		改定後
	一般	老人	共通
14日以内	439点	233点	459点(+20,+226)
15日~30日以内	242点	233点	242点(±0,+9)
31日~90日以内	125点	115点	125点(±0,+10)
91日~180日以内	40点	55点	20点(-20,-35)
181日~1年以内	25点	32点	10点(-15,-22)

(精神科病棟入院基本料 加算の新設)

(新設) 重度認知症加算(入院後3ヶ月以内、1日につき) 100点

<特定入院料>老人性認知症疾患治療病棟入院料

	現行	改定後
老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (面積要件等)	90日以内 1,290点 91日超 1,180点	90日以内 1,300点(+10点) 91日超 1,190点(+10点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 20:1(4:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)
老人性認知症疾患治療病棟入院料2	90日以内 1,160点 91日超 1,130点	90日以内 1,060点(-100点) 91日超 1,030点(-100点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 30:1(6:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)
老人性認知症疾患療養病棟入院料	1,120点	廃止

老人性認知症疾患治療病棟入院料については、看護配置基準の(実質20:1)が評価され、生活機能回復訓練室等の要件が変更された。また老人性認知症疾患療養病棟入院料は3月31日で廃止される。

[施設基準]老人性認知症疾患治療病棟入院料の変更分

(旧)~~ひとつのまとまった空間であり、広さ約60㎡以上の生活機能回復訓練室を有し、...~~

(新)老人性認知症疾患治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ約60㎡以上の専用の生活能...

実質配置(20:1)の評価が+10点、他は-100点となり、入院料1が通常の評価で、2は暫定的な位置付けになったとも考えられる。次は入院料2の廃止も予測され、療養病床の看護基準4:1(実質20:1)に収束される方向にある。