

# 日医工MPS行政情報シリーズ

[http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps\\_m.html](http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html)

特掲診療料

## 「2006年度診療報酬改定②」

—特掲診療料—

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10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。

## ＜指導管理等＞特定疾患治療管理料①

### ウイルス疾患指導料2に加算を新設

ウイルス疾患指導料1(肝炎ウイルス又は成人T細胞白血病) (1回かぎり)	240点
ウイルス疾患指導料2(後天性免疫不全症候群) (月1回)	330点
(新設)ウイルス疾患指導料2の加算(下記施設基準)	220点
<p><b>[施設基準]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・HIV感染者の診療に従事した経験が5年以上の専任医師が1名以上</li> <li>・HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上の専従看護師が1名以上</li> <li>・HIV感染者への服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上</li> <li>・社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上</li> <li>・プライバシーの保護に配慮した診察室・相談室</li> </ul>	

### 特定薬剤治療管理料の適応拡大

	現行	改定後(追加された疾患)
パルプロ酸ナトリウム(デパケン等) カルバマゼピン(テグレトール等)	てんかん	躁うつ病、躁病
タクロリムス(プロGRAF)	臓器移植後患者の免疫抑制目的 全身型重症筋無力症	関節リウマチ

## <指導管理等>特定疾患治療管理料②

### 慢性維持透析患者外来医学管理料

安定した状態にある外来の慢性維持透析患者に対して、検査結果に基づき計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り算定	現行	改定後
	2,460点	2,305点(−155点)

今改定で引き下げられた検査料等が包括になっていることに伴い引き下げられた。

### 喘息治療管理料の加算の新設

(新設)1月目	2,525点	喘息管理料(1月目75点、2月目以降25点)に加算する
(新設)2月目以降6月目まで	1,975点	

#### [算定要件]

- ・過去1年間に中等度以上の発作により緊急受診した回数が3回以上ある在宅療養中の20歳以上の患者
- ・日常の服薬方法、増悪時の対応方法を文書で患者に交付
- ・週1回以上ピークフローメーターに加え、一秒量等計測器を用い、検査値等を報告

#### [施設基準]

- ・専任の看護師等を常時1名以上配置し、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制
- ・ピークフロー値、一秒量等を計測する機器の整備、患者データの蓄積、解析、管理の体制
- ・当該保険医療機関において、又は他の保険医療機関との連携により緊急入院を受け入れる体制

今までの喘息管理料では「無料交付のピークフローメーター代にもならない」とされ、不十分さを指摘する声もあった。今回の改定では高く評価された。

## <指導管理等> 地域連携小児夜間・休日診療料

現行	改定後
300点	地域連携小児夜間・休日診療料(1) 300点
	地域連携小児夜間・休日診療料(2) 450点(+150点)

### [施設基準]

#### 地域連携小児夜間・休日診療料(1)

- ・小児を夜間、休日、深夜に診療できる体制を有していること
- ・近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする、時間外に小児科を担当する医師が3名以上おり、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること
- ・地域に時間外の小児救急医療確保のためのあらかじめ定めた時間が周知されていること

- ・緊急時に小児が入院できる体制(連携を含む)

#### 地域連携小児夜間・休日診療料(2)

- ・小児を24時間診療することができる体制を有していること
- ・近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師が3名以上いること
- ・小児の救急医療を24時間診療することが周知されていること
- ・緊急時に小児が入院できる体制(連携を含む)

(1)については小児科医要件が3名から2名と要件が緩和された。(2)については24時間診療が義務付けられ、評価が高くなった。

小児科の評価の一環として要件緩和と点数引上げが実施され、(1)については小児科以外の医師も評価の対象になり、一般科の医師の小児救急への参画を促したとも言える。また在宅療養支援診療所と同様に地域内での24時間診療体制作りが求められている。

## ＜指導管理等＞生活習慣病管理料

	現行	改定後
	生活習慣病指導管理料	生活習慣病管理料
院外 処方	高脂血症 1,050点 高血圧症 1,100点 糖尿病 1,200点	高脂血症 900点 (－150点) 高血圧症 950点 (－150点) 糖尿病 1,050点 (－150点)
院内 処方	高脂血症 1,550点 高血圧症 1,400点 糖尿病 1,650点	高脂血症 1,460点 (－90点) 高血圧症 1,310点 (－90点) 糖尿病 1,560点 (－90点)

「生活習慣病指導管理料」の名称を「生活習慣病管理料」に変更し、点数を引き下げた。また新たな療養計画書の様式(達成目標、具体的改善項目などを明確にしたもの)が示された。

老人診療報酬点数表が廃止になることから、本点数の対象者拡大も期待されたが、「老人保健法の規定により医療を受けるものを除く」とする文言が入り、従来どおり若年者のみが対象となった。

点数は引き下げになったが、その分、若干ではあるが患者負担も軽減となり、また詳細な療養計画書の様式も定められたことで、患者さんの納得も得られやすくなった。

診療所は在宅支援とともに生活習慣病などの予防がポイントとなり、本点数の算定は経営戦略としても重要になる。

# 生活習慣病療養計画書(別紙様式6-、16-2)

必要な項目のみでOKだが、十分な問診が求められる。

別紙様式6の1

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: 糖尿病 高血圧症 高脂血症

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)

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

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 ( cm)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 随時 食後( )時間)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg) → 目標( kg)		<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在( %) → 目標( %)
<input type="checkbox"/> BMI ( )	<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm) → 目標( cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( mmHg)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

【問診】 食事の状況 運動の状況 たばこ その他の生活

【①達成目標】: 患者と相談した目標  
**(例) 5kgの減量**

【②行動目標】: 患者と相談した目標  
**(例) 毎日15分歩く**

医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】

食事

食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項( )

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他( )

節酒: (減らす(種類・量: を週 回))

間食: (減らす(種類・量: を週 回))

食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))

食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

担当者の氏名 (印)

運動

運動処方: 種類(ウォーキング・ )

時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日)

強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )

日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )

運動時の注意事項など( )

担当者の氏名 (印)

たばこ

非喫煙者である

禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

その他

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

担当者の氏名 (印)

その他( )

担当者の氏名 (印)

【服薬指導】 処方なし 薬の説明

担当者の氏名 (印)

【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

患者署名

医師氏名 (印)

初回用

別紙様式6の2

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 高脂血症

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg) → 目標( kg)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 随時 食後( )時間)
	<input type="checkbox"/> BMI ( )		<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在( %) → 目標( %)
<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm) → 目標( cm)	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( mmHg)	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】

食事

今回は、指導の必要なし

食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項( )

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他( )

節酒: (減らす(種類・量: を週 回))

間食: (減らす(種類・量: を週 回))

食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))

食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

担当者の氏名 (印)

運動

今回は、指導の必要なし

運動処方: 種類(ウォーキング・ )

時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日)

強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )

日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )

運動時の注意事項など( )

担当者の氏名 (印)

たばこ

禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

その他

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

担当者の氏名 (印)

その他( )

担当者の氏名 (印)

服薬指導 処方なし 薬の説明

担当者の氏名 (印)

【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

患者署名

医師氏名 (印)

継続用

## ＜指導管理等＞ニコチン依存症管理料

(新設)	初回 (1週目)	230点	スパイログラフィー等検査 の呼気ガス分析(D200)の 費用を含む
(新設)	2～4回目(2、4、8週目)	184点	
(新設)	最終回(5回目、12週目)	180点	

### [対象患者]

- ・ニコチン依存症(スクーリングテスト=TDS)と診断された者
- ・ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)が200以上の者
- ・禁煙を希望し、禁煙プログラムの説明を受け、文書により同意している者

### [算定要件]

- ・禁煙治療のための標準手順書(禁煙プログラム)に則った禁煙治療を行うこと
- ・禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
- ・再度算定する場合は、初回算定日から1年を超える日であること
- ・治療管理の要点を診療録に記載すること

### [施設基準]

- ・禁煙治療の院内掲示
- ・禁煙治療の経験を有する医師を1名以上配置
- ・専任の看護職員(正看、准看)を1名以上配置
- ・呼気一酸化炭素濃度測定器の装備
- ・医療機関の敷地内が禁煙

### 禁煙プログラム

「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、日本癌学会により作成)にある、12週にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム <http://www.j-circ.or.jp/>

## ＜指導管理等＞手術前（後）医学管理料

		現行	改定後
手術前医学管理料		1,310点	1,192点（－118点）
手術前医学管理料	病院	1,340点	1,188点（－152点）
	診療所	1,190点	1,056点（－134点）

## ＜指導管理等＞開放型病院共同指導料加算の廃止

開放型病院共同指導料（Ⅰ）（Ⅱ）		現行	改定後
退院時共同指導加算	（Ⅰ）開放型病院が算定	330点	（加算の廃止）
	（Ⅱ）診療所が算定	450点	（加算の廃止）



## <指導管理等> 地域連携退院時共同指導料

在宅療養  
支援診療所

現行		改定後(名称・区分の変更)	
在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)(Ⅱ)		地域連携退院時共同指導料(Ⅰ)(Ⅱ)	
(Ⅰ) 診療所画算定	310点	(Ⅰ)-1 紹介元の在宅療養支援診療所が算定	1,000点
退院時共同指導加算	290点	(Ⅰ)-2 紹介元の医療機関が算定	600点
(Ⅱ) 病院が算定	140点	(Ⅱ)-1 在宅療養支援診療所と連携する入院先の病院が算定	500点
退院時共同指導加算	360点	(Ⅱ)-2 入院先の病院が算定	300点
訪問看護療養費	退院時共同指導加算 2,800円	地域連携退院時共同指導加算(入院→在宅予定患者に医師と訪看Sの共同指導)	
		1, 在宅療養支援診療所と連携した場合	6,000円(+3,200円)
		2, 上記以外	4,200円(+1,400円)

### 地域連携退院時共同指導料(Ⅰ)

- ・1入院につき1回算定する。(紹介元医療機関と入院先病院が特別の関係にある場合は算定不可)
- ・ただし診療所の医師が、別に定める疾患患者(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、入院中2回まで算定できる。
- ・入院中の患者に対して、退院後の在宅療養を担う医師が、入院先病院に赴いて、患者の同意を得て、退院後の療養の指導等を入院中の病院の医師、看護師、または連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して実施し、その内容を文書で提供すること。
- ・初診料、再診料、外来診療料、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、往診料、在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
- ・居宅復帰の患者が対象。他の医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設への入所、または死亡した患者は対象外

### 地域連携退院時共同指導料(Ⅱ)

- ・1入院につき1回算定する。(紹介元医療機関と入院先病院が特別の関係にある場合は算定不可)
- ・ただし別に定める疾患患者(一定の重症患者)については、入院中2回まで算定できる。
- ・入院中の病院の医師、看護師等が、患者の同意を得て、退院後の療養の指導等を退院後の在宅療養を担う医師と共同して実施し、その内容を文書で提供すること。
- ・開放型病院共同指導料(Ⅱ)、地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。
- ・居宅復帰の患者が対象。他の医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設への入所、または死亡した患者は対象外

## <指導管理等>地域連携パスの評価

(新設)地域連携診療計画管理料	1,500点	計画管理病院が算定
(新設)地域連携診療計画退院時指導料	1,500点	計画管理病院以外の医療機関が算定

### 地域連携診療計画管理料

対象の患者に対して、地域連携診療計画(地域連携パス)に沿って治療を行うことの同意を得て、入院後7日以内に、個別の患者ごとの診療計画を作成し、説明し、文書で患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院が算定する。患者に交付した診療計画の写しをカルテに貼付する。

#### [対象疾患]

「大腿骨頸部骨折」(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)

#### [施設基準]

- ・一般病棟の平均在院日数17日以下の病院
- ・連携先医療機関を記載した地域連携診療計画を作成し、届け出ていること。
- ・連携先医療機関と定期的(年3回程度)に診療情報の共有、診療計画の評価のための機会を設けていること。

対象疾患は  
今後拡大か・・・

### 地域連携診療計画退院時指導料

対象の患者の同意を得て、地域連携診療計画に基く退院後の治療計画を作成し、計画管理病院に文書で報告し、説明し、文書で患者又は家族に提供した場合に、連携医療機関が退院時に算定する。患者に交付した診療計画の写しをカルテに貼付する。

#### [施設基準]

- ・地域連携診療計画に記載された連携先医療機関であり、診療計画を計画管理病院と共有し、届け出ていること。
- ・計画管理病院から紹介を受けて、診療計画の対象となる患者を受け入れられる体制が整備されていること。
- ・計画管理病院及び他の連携先医療機関と定期的(年3回程度)に診療情報の共有、診療計画の評価のための機会を設けていること。

## 地域連携診療計画（地域連携パス）

### [地域連携診療計画(地域連携パス)の定義]

○あらかじめ計画管理病院で作成され、連携医療機関と共有して活用されるもの

○必要な記載事項

- ・病名、・入院時の症状、・予定されている診療内容、・標準的に転院までの期間、
- ・転院後の診療内容、・連携する医療機関を退院するまでの標準的な期間(総治療期間)、・その他

### [毎年度報告が必要な事項]

計画管理病院(大腿骨頸部骨折で入院した患者において)

- ・地域連携診療計画を適用した患者数
- ・地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- ・自院における平均在院日数
- ・地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
- ・最終的に在宅復帰した患者数(連携医療機関で治療を終えた患者を含む)及び連携医療機関に転院した患者数

連携する保険医療機関(大腿骨頸部骨折で入院した患者において)

- ・地域連携診療計画を適用した患者数
- ・地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- ・自院における平均在院日数
- ・退院した患者数

既に地域連携パスの実施により平均在院日数の短縮が認められているので、今後も対象疾患拡大を含めパスを普及させる施策が打ち出されると考えられる。医療機関(急性期病院等)は、地域連携パスの実施が患者の確保につながるため、パスの作成や地域説明会の実施など、積極的に参加し地域医療のリーダーとして認識されることが重要となる。

(地域連携パスの参考サイト) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8c.html>

## ＜指導管理等＞ハイリスク妊産婦共同管理料

(新設)ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	500点	紹介元の医療機関が1分娩につき1回算定
(新設)ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)	350点	入院先の病院が1分娩につき1回算定

(Ⅰ)は紹介元の医師が、紹介先の病院に赴き、紹介先の医師と共同で診療した場合に、紹介元の医師が算定する。(Ⅱ)は紹介元の医師が(Ⅰ)を算定したときに、紹介先の病院において算定する。

### 【施設基準】

- ・産科又は産婦人科を標榜する医療機関
- ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う医療機関名等を院内掲示

### 【対象疾患】(ハイリスク分娩管理加算と同じ)

- ・妊娠22～27週の早産、・40歳以上の初産婦、・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

### 【算定上の注意】

- ・(Ⅰ)は、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料は算定できない

## ＜指導管理等＞退院指導料等の見直し

		現行	改定後
退院指導料(退院時1回)		300点	(廃止)
退院時共同指導料(入院中1回)		150点	(廃止)
退院前訪問指導料(入院中2回まで)	一般	360点	410点
	老人	460点	

セカンドオピニオン

## <指導管理等> 診療情報提供料の見直し

現行	
診療情報提供料(A) 診→診 病→病	220点
診療情報提供料(B) 診→病 病→診	290点
(逆紹介加算)200床以上病院→診	230点
診療情報提供料(C) 病→診(退院時)	500点
(逆紹介加算)200床以上病院→診	20点
診療情報提供料(D) 特定機能病院→	520点



改定後	
<b>診療情報提供料(Ⅰ)</b>	<b>250点</b>
(1人月1回)医療機関→医療機関	
<b>退院時の情報提供加算</b>	<b>200点</b>
退院に際して資料添付を行って紹介した場合(老健等含む)	
<b>診療情報提供料(Ⅱ)</b>	<b>500点</b>
(1人月1回)セカンドオピニオンを評価	

現在の6種類の診療情報提供料を整理・簡素化し、通常の見直しは(Ⅰ)とし、セカンドオピニオンの評価として(Ⅱ)を新設した。

診療情報提供料(Ⅰ)は、医療機関が他の医療機関に患者の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定する。

診療情報提供料(Ⅱ)は、セカンドオピニオンを希望する患者の要望を受けて、治療計画、検査結果、画像情報ほか、必要な情報を添付し、患者に渡すことによってセカンドオピニオンの支援を行った場合に算定する。

退院時の情報提供加算は、医療機関、精神障害者社会復帰施設、介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像情報ほか、必要な情報を添付して紹介した場合に算定する。

患者さんからセカンドオピニオンを希望された場合の対応を事前に決めておく必要がある。受ける場合はその方法、受けない場合は言い方等について職員に周知することが重要である。

在宅療養  
支援診療所

## ＜在宅医療＞在宅療養支援診療所（新設）

### ＜算定要件＞

- 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、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

地域医療のキーワードは、「在宅看取り」、「24時間体制」、「地域連携」など

## 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)	改定後	
		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	廃止	廃止
退院時共同指導料	150		
在宅患者入院共同指導料	( I ) 310 ( II ) 140	地域連携退院時共同指導料	
退院時共同指導加埠	( I ) 290 ( II ) 360	(紹介元) 1,000	(紹介元) 600
寝たきり老人退院時共同指導料	( I ) 600 ( II ) 140	(入院先) 500	(入院先) 300
往診料	650	650	650
緊急往診加算(時間内)	325	650	325
緊急往診加算(夜間)	650	1,300	650
緊急往診加算(深夜)	1,300	2,300	1,300
ターミナルケア加算	1,200	10,000	1,200
寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)	(院外) 2,290 (院内) 2,575	在宅時医学総合管理料	
在宅時医学管理料(在医管)	3,360	(院外) 4,200 (院内) 4,500	(院外) 2,200 <sup>*1</sup> (院内) 2,500
在宅末期医療総合診療料(在医総)	(院外) 1,495 (院内) 1,685	変更無し	× 算定不可
在宅ターミナルケア加算	1,200	10,000	1,200 <sup>*1</sup>
緊急時入院体制加算	100	要件化	× 算定不可
24時間連携体制加算( I )( II )( III )	(1,400、1,400、410)		

\* 1: 200床未満の中小病院が追加

在宅療養  
支援診療所

## 「在宅療養支援診療所」についての日医工MPS見解

- 今回の診療報酬改定の“目玉”となる新設点数である
- 診療所は特に大きなダウン改定となり、「在宅療養支援診療所」になることが医業経営にとっても重要になる
- 算定に際しては無床診療所より有床診療所が有利となる（緊急入院体制）
- ただし、連携において要件とされる体制を確保すればよいので、地域内医師グループや病院との連携が重要となる。
- 病院においても、在宅療養支援診療所をサポートすることは重要な市場開拓となり、経営戦略として診療所に対する積極的なアプローチが必要になる（緊急入院や24時間往診のサポート）
- 在宅療養支援診療所として実績を上げるには、さらに介護事業者との連携が重要となる。介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携強化となる施策も必要になる。
- 在宅看取り数の報告が義務付けられたことで、在宅療養支援診療所には患者の「畳の上で死にたい」とする希望をサポートすることが求められる

24時間体制などが無床診療所では負担が大きいからと、在宅療養支援診療所を簡単に諦める前に、どうしたら算定可能か十分に検討されるべきである。

受け持ちの患者さんで救急対応が必要になるケースが頻繁に発生することは少なく、また該当する患者さんはある程度予測ができるので、上手な連携において対応が可能になる。今後、療養病院の縮小によって多くの患者さんが在宅（自宅となる施設を含めて）へシフトするため、“すぐにはハシゴを外さない政策”には乗り遅れないようにしたい。



在宅療養  
支援診療所

# 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケア

	配置基準				訪問看護				訪問診療	
	医師		看護師		病院・診療所		訪問看護S			
	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数	現行	新点数
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)介護保険法	×	×	○	○	×*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	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×

自宅以外の居住の場におけるターミナルケア推進のため、訪問診療、訪問看護の算定要件を緩和した

- \* 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。
- △: 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。

訪問系もさらにバブル改定となっている。在宅療養支援診療所を整備して患者の自宅シフトを強力に促す。

在宅療養  
支援診療所

## <在宅医療>往診料

現行			改定後			
往診料 650点 (計)			往診料 650点(±0点) (計) (増減)			
緊急加算	+50/100	975点	緊急加算	在宅療養支援診療所	650点	1,300点 (+325点)
				上以外	325点	975点 (±0点)
夜間加算	+100/100	1,300点	夜間加算	在宅療養支援診療所	1,300点	1,950点 (+650点)
				上以外	650点	1,300点 (±0点)
深夜加算	+200/100	1,950点	深夜加算	在宅療養支援診療所	2,300点	2,950点 (+1,000点)
				上以外	1,300点	1,950点 (±0点)

在宅療養  
支援診療所

## <在宅医療>在宅患者訪問診療料

### 在宅患者訪問診療料 ターミナルケア加算

現行		改定後		
ターミナルケア加算	1,200点	(I)	在宅療養支援診療所	10,000点 (+8,800点)
		(II)	上以外	1,200点 (±0点)

#### [算定要件]

死亡前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を行った場合に(II)を算定する。(I)は(II)の要件に加え、在宅療養支援診療所の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合に算定する。

在宅療養  
支援診療所

# <在宅医療>在宅時医学総合管理料

200床未満の  
中小病院も算  
定できる

診療所のみ  
算定できる

寝たきり老人在宅総合診療料
在宅時医学管理料



在宅時医学総合管理料
------------

現行	
寝たきり老人在宅総合診療料	
院外処方(月1回)	2,290点
院内処方(月1回)	2,575点
24時間連携体制加算(Ⅰ) 同一医療機関	1,400点
24時間連携体制加算(Ⅱ) 入院医療機関	1,400点
24時間連携体制加算(Ⅲ) 地域医師会等	410点
在宅時医学管理料	
(月1回)	3,360点

改定後(再編)	
在宅時医学総合管理料	
1. 在宅療養支援診療所の場合	
院外処方(月1回)	4,200点
院内処方(月1回)	4,500点
2. (1)以外の場合	
院外処方(月1回)	2,200点
院内処方(月1回)	2,500点
重症者加算(月1回)	1,000点

	改定後
在宅末期医療総合診療料	(注の変更)在宅療養支援診療所に限る

24時間連携(院外処方)  
2290+1400=3690点 → 4200点 (+510点)

## [算定要件]

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する。

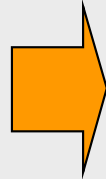
院内処方で算定する場合は、投薬の費用は所定点数に含まれる。

重症者加算は、特別な管理を必要とする患者(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する。

在宅療養  
支援診療所

# <在宅医療> 在宅患者訪問看護・指導料

現行	
在宅患者訪問看護・指導料	
保健師、助産師又は看護師	
週3日目まで(1日につき)	530点
週4日目以降(1日につき)	630点
准看護師	
週3日目まで(1日につき)	480点
週4日目以降(1日につき)	580点
ターミナルケア加算	1,200点
在宅移行管理加算	250点



改定後		
在宅患者訪問看護・指導料		訪問看護療養費
(点数の変更なし)		(金額の変更なし) 看護師等 5,300円 准看護師 4,800円
(新設)緊急訪問看護加算(1回につき)	265点(+265点)	2,650円(+)
ターミナルケア加算(Ⅰ)	1,500点(+300点)	15,000円(+)
ターミナルケア加算(Ⅱ)	1,200点(±0点)	12,000円
在宅移行管理加算(重傷度の高いもの)	500点(+250点)	5,000円(+)
在宅移行管理加算	250点(±0点)	2,500円

## [算定要件]

「緊急訪問看護加算」は、緊急の患家の求めにより、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緊急に訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

「ターミナルケア加算」は、死亡前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に(Ⅱ)を算定する。(Ⅰ)は在宅療養支援診療所の医師の指示により実施した場合。

「在宅移行管理加算」は、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料、在宅肺高血圧症患者指導管理料、ドレーンチューブを使用している患者、人工肛門又は人工膀胱を設置しており管理に配慮が必要な患者、在宅患者訪問点滴注射管理指準料を算定している患者のいずれかを算定している患者

また“重傷度の高いもの”は、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料、気管カニューレを使用している患者、留置カテーテルを使用している患者

## ＜在宅医療＞在宅訪問リハビリテーション指導管理料

現行	改定後
(1日につき) 530点	(1単位につき) 300点
・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に算定する ・週3回までを限度	要件の変更(緩和)

### [算定要件]

- ・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に算定する。
- ・週6単位までを限度。
- ・退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定できる。

## <検査> 外来迅速検体検査加算

(新設) 外来迅速検体検査加算

1点

最大算定は5点  
(1点×5項目)

外来患者に実施した全ての検体検査項目について、検査実施日のうちに説明し、文書で情報提供し、検査結果に基づく診療が行われた場合、検体検査1項目毎に、5項目(1日につき)を限度として算定する。要件を満たせば外注検査もOK。

### <対象外となる検査>

- ・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

外来患者の検体検査では、同日中に検査結果に基づき診療が始まるため患者にとっては早期に治療が進むこと、医療機関の受診回数が減ること、何度も来院しなくてもいいというメリット(患者視点)から評価されるもの。

この“1点”をどのように評価するのか、「たかが1点、されど1点」であり、算定のために努力することは、今改定でも検査に係わる点数が下がっている中では重要である。

## <検査> 検体検査実施料の見直し

(例)	現行	改定後
末梢血液一般検査	27点	23点(-4点)
C反応性蛋白(CRP)定量	20点	17点(-3点)
.....	...	...

### <見直しの対象外となる検査>

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、院外に検体を持ち出して検査を行った場合には適切な結果が得られないと考えられるものであり、衛生検査所調査によっては市場実勢価格が把握できないため、今回の評価の見直しの対象とはしない。

- ・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

## <検査> 生体検査料の見直し

(例)	現行	改定後
経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	100点	30点(-70点)
脈派図、心機図、ポリグラフ検査判断料	140点	廃止(-140点)
.....	...	...

## ＜検査＞病理診断料

	現行	改定後
病理診断料	255点	410点(+155点) 常勤条項の緩和

病理診断料の算定要件の「病理学的検査を専ら担当する医師の常勤」要件を緩和し、非常勤の病理医が診断を行った場合も算定できることとして、点数の引上げを行った。

開業に向かない病理医については、医師数が増えない現状もあり、今回高い評価がされ、非常勤医師も評価対象となった。グループ内、連携先等の病理医について調査する必要がある。

## ＜検査＞新生児及び乳幼児加算

新生児加算及び乳幼児の処置を評価した

（例）心臓カテーテル法による諸検査（乳幼児加算）



## <検査>コンタクトレンズ検査料

(新設)コンタクトレンズ検査料(Ⅰ)	(イ)初回装用者 (ロ)既装用者	387点 112点	コンタクトレンズに係わる患者が70%未満
(新設)コンタクトレンズ検査料(Ⅱ)	(イ)初回装用者 (ロ)既装用者	193点 56点	コンタクトレンズに係わる患者が70%以上

### [施設基準]

・コンタクトレンズ検査料(Ⅰ)は、受診した患者のうち、コンタクトレンズに係わる患者が70%未満である医療機関であること。(70%以上の医療機関はコンタクトレンズ検査料(Ⅱ)を算定する)

### [算定要件]

- ・コンタクトレンズ初回装用者に、コンタクトレンズ処方のための眼科学的検査を実施した場合に(イ)を算定し、初診料が算定できる。
- ・コンタクトレンズ既装用者の継続的な管理のため、眼科学的検査を実施した場合に(ロ)を算定し、再診料(外来診療料)を算定する。
- ・コンタクトレンズ既装用者において、自覚症状がなく疾病予防等のために眼科学的検査を実施した場合は、自費診療とする。
- ・コンタクトレンズ既装用者において、自覚症状があり疾病の罹患が疑われる場合は(ロ)を算定する。
- ・コンタクトレンズ検査料を算定している場合は、別に眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生に伴いコンタクトレンズの装用を中止した患者、緑内障患者、眼内の手術前後の患者等にあってはその限りではないが、その場合は再診料(外来診療料)を算定する。

コンタクトレンズの装用者は1500万人に達し、市場規模も1400億円となった。一部にはカラーコンタクトのような美容に係わるケースもあり、保険診療について見直しされた。

## <検査>小児食物アレルギー負荷検査

**(新設)小児食物アレルギー負荷検査 1,000点**

外来栄養食事指導料及び、入院栄養食事指導料の対象に小児食物アレルギー食が追加された。

### [施設基準]

- ・小児科標榜の医療機関であり、当該点数の診断治療の経験が10年以上有る小児担当医師が1名以上常勤
- ・急変時の緊急対応の体制等の整備

### [算定要件]

- ・問診、血液検査等から食物アレルギーの疑いのある9歳未満の小児に、原因抗原診断、耐性獲得の確認のために食物不耐検査を実施した場合に算定する
- ・年2回に限り算定する
- ・検査を実施する場合は、その危険性、必要性等を患者家族に対して、文書にて説明し、カルテに添付する
- ・負荷試験食の費用、及び投薬、注射、処置の点数は包括されており、別に算定できない

食物アレルギーの有病率(乳児5~10%、学童以降1.3%程度)とされている患者に、適切な検査と栄養食事指導を評価するもの。また診療にあたっては「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き2005」を参考とする。

小児の食物アレルギー患者は、時代を背景に対象者が増加している。まず自院における対象患者を調査し、対応を検討することが重要になる。

## ＜投薬＞処方料、処方せん料

処方料		現行	改定後
特定疾患処方管理加算 (診療所、200床未満病院)	処方日数28日以上、月1回	45点	65点 (+20点)
	上記以外、月2回	15点	15点 (±0点)
処方料	7種類以上の内服薬	29点	29点 (±0点)
	上記以外	42点	42点 (±0点)
処方せん料		現行	改定後
処方せん料1	7種類以上の内服薬	後発品含む 43点	42点 (-1点)
		後発品含まない 41点	40点 (-1点)
処方せん料2	上記以外	後発品含む 71点	70点 (-1点)
		後発品含まない 69点	68点 (-1点)
特定疾患処方管理加算 (診療所、200床未満病院)	処方日数28日以上、月1回	45点	65点 (+20点)
	上記以外、月2回	15点	15点 (±0点)

- ・後発品は1種類以上含めば2点高い点数を算定可
- ・後発品は、銘柄名および一般名の記載でも2点高い点数を算定可
- ・先発品の銘柄名記載でも、変更可処方せん(「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せん)については 2点高い点数を算定可
- ・一般名記載又は、変更可処方せん先発品名記載する場合で2点高い点数を算定できるのは、後発品が存在していることが条件となる。
- ・一般名処方、又変更可処方せんにおいて、保険薬局で選択の結果先発品を処方した場合でも処方せん料の減額、差額の返還の必要はない。

マイナス改定の中で、長期投与に関する点数が“これでもか！”と評価されたのは、さらに長期投与を進めたいとの意向があるから。20点上げても再診料等が減る分医療費は抑制できる。

## <注射>乳幼児加算の見直し

6歳未満の乳幼児加算	現行	改定後
静脈内注射	21点	42点(+21点)
点滴注射	21点	42点(+21点)
中心静脈注射	(新設)	50点(+22点)
中心静脈注射用カテーテル挿入	300点	500点(+200点)
脳脊髄腔注射	30点	60点(+30点)

## <注射>点滴注射加算の見直し

点滴注射	現行	改定後	
無菌製剤処理加算(1日につき)	40点	(1)	50点(+10点)
		(2)	40点(±0点)
外来化学療法加算(1日につき)	300点	400点(+100点)	
	(15歳未満)500点	(15歳未満)700点(+200点)	

### 無菌製剤処理加算[施設基準]

- ・常勤薬剤師2名以上の病院、5㎡以上の専用室、無菌室又はクリーンベンチ
- ・(1)は、細胞毒性のある抗悪性腫瘍剤
- ・(2)は、次の厚労大臣が定める患者
  - ①無菌治療室管理加算の算定患者、②HIV感染者療養環境特別加算の算定患者、①②準ずる患者

### 外来化学療法加算

- ・関節リウマチとクローン病が対象疾患として追加

## ＜リハビリテーション＞疾患別リハビリテーションへの再編

現行	改定後
理学療法、作業療法、言語聴覚療法 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は1日6単位まで	4つの疾患別リハビリテーション料へ再編成 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は1日9単位まで
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
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	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
外来移行加算を算定する患者	ADL加算を算定する患者

### 疾患別リハビリテーション

	心大血管疾患 リハビリテーション料	脳血管疾患等 リハビリテーション料	運動器 リハビリテーション料	呼吸器 リハビリテーション料
(Ⅰ) (1単位)	250点	250点	180点	180点
(Ⅱ) (1単位)	100点	100点	80点	80点
算定日数上限	150日	180日	150日	90日
算定日数の上限 対象外となる疾患	失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷及び多部位外傷、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、難病患者リハビリテーション料に規定する疾患、障害児(者)リハビリテーション料に規定する疾患			
算定日数上限 の起算日	治療開始日：心大血管疾患リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション 発症日・手術日・急性増悪日：脳血管疾患リハビリテーション、運動器リハビリテーション			
ADL加算	(1単位につき) 30点			

## <リハビリテーション>疾患別リハビリテーション

「理学療法、作業療法、言語聴覚療法」を「4つの疾患別リハビリテーション料」に再編した。  
長期間にわたって効果が明らかでないとの指摘において算定日数に上限を設定した。  
1月に一定単位以上行った場合の逓減制を廃止した。  
集団療法は廃止し、個別療法のみを評価することとした。  
機能訓練室の面積要件は緩和した。  
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した。  
早期リハビリテーション加算は廃止した。

### [疾患別リハビリテーションの算定要件]

- ・医師は定期的な機能検査、効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する。
- ・リハビリ開始後3ヶ月に1回以上、患者に実施計画を説明し、カルテに要点を記載する。
- ・1単位は20分以上とする。
- ・患者1人につき1日合計6単位(別に定める患者は9単位)とする。
- ・算定する区分は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当するものを算定する。
- ・ただし病態の異なる複数の疾患を持つ場合は、必要に応じてそれぞれの区分を算定できるが、各々の算定日数の範囲で算定し、1日の単位数は前項の規定とする。
- ・レセプトの適用欄に、疾患名及び疾患の発症日を明記する。

### [ADL加算の算定要件]

- ・訓練室以外の病棟において、ADL改善の訓練を実施した場合に算定する  
(平行棒内歩行、基本的動作訓練の歩行訓練、座位保持訓練等は対象としない)
- ・リハビリ開始時、及びその後は1ヶ月に1回以上、医師、理学療法士等が共同して、実施計画書を作成し、患者家族に説明の上交付し、カルテに添付する

## ＜リハビリテーション＞疾患別リハビリテーション

現行	改定後
＜個別療法＞ 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単位を標準とする。 ・1週当たりの単位数は、108単位を上限とする ・1日当たりの単位数は、24単位を上限とする ・1週当たりの単位数は、非常勤については常勤換算で1人当たりとする
＜集団療法＞ リハビリテーション従事者1人 1日のべ54単位まで	（廃止）

疾患別リハビリテーションにおける“専従”の従事者について、機能訓練室で行うリハビリテーションに「専従」という意味であり、心大血管を除き、脳血管、運動器、呼吸器、障害児(者)の各リハビリテーションにおいて兼任できる。機能訓練室も心大血管を除き、前記の各リハビリテーションにおいて兼用できる。

集団療法が廃止され、リハビリテーションは「疾患別」「個別」がキーワードとなった。  
 また施設基準の無いリハビリテーション「理学療法Ⅳ」は算定出来なくなった。  
 これからのリハビリテーションは漫然と実施するだけのものはさらに評価が下げられ、確実に効果が出るように評価体制も見直されることになる。

## <リハビリテーション>心大血管疾患リハビリテーション①

	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
心大血管疾患リハビリテーション料	250点	100点	150日

### [対象疾患]

- ・急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患(大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後)
- ・慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下又はBNPが80pg/ml以上のもの

### [標準的な実施時間]

- ・1回1時間(3単位)程度とする。外来患者等については1日あたり1時間(3単位)以上、1週3時間(9単位)標準とする。

### [算定要件]

- ・所定点数には、当該リハビリに付随する心電図検査、負荷心電図検査、呼吸心拍監視の費用が含まれる。



## <リハビリテーション>心大血管疾患リハビリテーション②

(再掲)	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
心大血管疾患リハビリテーション料	250点	100点	150日

日本心臓リハビリテーション学会の認定する心臓リハビリテーション指導士の研修等

### [施設基準(Ⅰ)]

- ・循環器科、心臓血管外科の標榜。標榜科の担当医で当該リハビリの経験のある専任の常勤医が1名(当該医師の直接の監視下でリハビリを実施する)
- ・当該リハビリの経験のある専従の常勤理学療法士、又は専従の常勤看護師が併せて2名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専用の機能訓練室(病院45㎡、診療所30㎡)は当該療法を実施する時間帯は他と兼用不可[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・専用の機能訓練室に整備する器械、器具(酸素供給装置、除細動器、心電図モニター装置、ホルター心電図、トレッドミル(エルゴメーター)、血圧計、救急カート、運動負荷試験装置) [(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・リハビリの記録は、患者ごとに同一ファイルで保管され、常に医療従事者に閲覧可能にする[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・定期的に多職種が参加するカンファレンスを開催[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・当院または連携先にて、緊急手術や緊急の血管造影検査の体制の確保[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・当院または連携先にて、ICUや救命救急入院料の体制があり、緊急事態に対応できること[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]

### [施設基準(Ⅱ)] (Ⅰ)との相違点

- ・当該リハビリの経験のある専任の常勤医1名の監視下で実施するが、症状が安定している場合はその必要はない
- ・当該リハビリの経験のある専任の常勤理学療法士、及び常勤看護師がいずれか1名

専従:その仕事だけに従事すること    専任:その仕事を担当することで、要件を満たせば兼務可となる  
専従の方が条件としては厳しい

## ＜リハビリテーション＞脳血管疾患等リハビリテーション①

	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
脳血管疾患等リハビリテーション料	250点	100点	180日

### 【対象疾患】

- ・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等
- ・脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等
- ・多発性神経炎(ギランバレー症候群等)、多発性硬化症、末梢神経障害(顔面神経麻痺等)
- ・パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患(筋萎縮性側索硬化症)、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等
- ・失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
- ・咽頭摘出術後の言語障害、聴覚障害、言語聴覚障害、構音障害、言語障害をともなう発達障害等
- ・顎・口腔の先天異常に伴なう構音障害を有する患者
- ・外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等の発達障害等の患者であって、治療開始時のFMI(機能的自立度評価法)が115以下、BI(基本的日常生活活動度)が85以下の状態

### 【算定要件】

- ・日常生活での自立を図るために種々の訓練を行うものであり、物理療法だけの実施の場合は処置料にて算定する。
- ・所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリに付随する諸検査の費用が含まれる。
- ・急性増悪とは、1週間以内にFMI又はBIが10以上低下する状態
- ・医師の指導監督の下、それぞれの療法士の監視の下で実施された場合に算定。専任の医師の直接実施でも算定。
- ・当該リハビリの訓練、受講したあん摩マッサージ指圧師の場合で必要要件を満たす場合は(Ⅱ)を算定できる。

## ＜リハビリテーション＞脳血管疾患等リハビリテーション②

(再掲)	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
脳血管疾患等リハビリテーション料	250点	100点	180日

### 〔施設基準(Ⅰ)〕

- ・専任の常勤医が2名以上、うち1名は当該リハビリの経験を有すること
- ・専従の常勤理学療法士が5名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専従の常勤作業療法士が3名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・言語聴覚療法を実施する場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- ・上記の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士があわせて10名以上
- ・専用の施設(160㎡)、言語聴覚療法を実施する場合は、別途個別療法室(8㎡)
- ・整備する器械、器具(歩行補助具、訓練マット、治療台、バーベル、各種測定用具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備 等)
- ・言語聴覚療法のみを実施する場合は、専任の常勤医1名、専従の常勤言語聴覚士3名、個別療法室(8㎡)、聴力検査機器等の設置を満たせば(Ⅰ)を算定できる
- 酸素供給装置、除細動器、心電図モニター装置、ホルター心電図、トレッドミル(エルゴメーター)、救急カート、運動負荷試験装置)
- ・リハビリの記録は、患者ごとに同一ファイルで保管され、常に医療従事者に閲覧可能にする[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・定期的に多職種が参加するカンファレンスを開催[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]

### 〔施設基準(Ⅱ)〕(Ⅰ)との相違点

- ・専任の常勤医が1名以上
- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか1名以上が専従常勤職員(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専用の施設(病院100㎡、診療所45㎡)
- ・整備する器械、器具(歩行補助具、訓練マット、治療台、バーベル、各種測定用具 等)

## <リハビリテーション>運動器リハビリテーション①

	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
運動器リハビリテーション料	180点	80点	150日

### [対象疾患]

- ・上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍 等
- ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症 等

### [算定要件]

- ・日常生活での自立を図るために種々の訓練を行うものであり、物理療法だけの実施の場合は処置料にて算定する。
- ・所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリに付随する諸検査の費用が含まれる。
- ・医師の指導監督の下、それぞれの療法士の監視の下で実施された場合に算定。専任の医師の直接実施でも算定。
- ・当分の間、当該リハビリの訓練、受講したあん摩マッサージ指圧師等の場合で必要要件を満たす場合は(Ⅱ)を算定できる。

日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会を行う運動療法機能訓練技能講習会

「等」には、看護師、准看護師、柔道整復師を含むが、はり師、きゅう師は含まない

## <リハビリテーション>運動器リハビリテーション②

(再掲)	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
運動器リハビリテーション料	180点	80点	150日

日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等

### [施設基準(Ⅰ)]

- ・当該リハビリの経験を有する専任の常勤医が1名以上(経験は、3年又は適切な研修を終了したもの)
- ・専従の常勤理学療法士が2名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専従の常勤作業療法士が2名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・常勤理学療法士及び作業療法士があわせて2名以上常勤職員として配置(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専用の施設(病院100㎡、診療所45㎡)
- ・整備する器械、器具(各種測定用具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具 等)
- ・リハビリの記録は、患者ごとに同一ファイルで保管され、常に医療従事者に閲覧可能にする[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・定期的に多職種が参加するカンファレンスを開催[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]

### [施設基準(Ⅱ)] (Ⅰ)との相違点

- ・専任の常勤医が1名以上
- ・理学療法士、作業療法士のいずれか1名以上が専従の常勤職員(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専用の施設(45㎡)
- ・整備する器械、器具(歩行補助具、訓練マット、治療台、バーベル、各種測定用具 等)

## ＜リハビリテーション＞呼吸器リハビリテーション①

	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
呼吸器リハビリテーション料	180点	80点	90日

### 【対象疾患】

- ・肺炎、無気肺 等
- ・胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患(COPD)に対するLVRS、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術後 等
- ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎(DPB)、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症(MRCSで2以上、COPDの重症度分類Ⅱ以上、呼吸障害による歩行機能低下ADL低下を来たす状態)

### 【算定要件】

- ・所定点数には、呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリに付随する諸検査の費用が含まれる。また呼吸機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用も所定点数に含まれる。
- ・医師の指導監督の下、理学療法士の監視の下で実施された場合に算定。専任の医師の直接実施でも算定。

## <リハビリテーション>呼吸器リハビリテーション②

(再掲)	(Ⅰ) (1単位)	(Ⅱ) (1単位)	算定日数上限
呼吸器リハビリテーション料	180点	80点	90日

日本呼吸器学会の認定する呼吸療法認定士の研修等の修了者が望ましい

### [施設基準(Ⅰ)]

- ・当該リハビリの経験を有する専任の常勤医が1名以上
- ・専従の常勤理学療法士が1名を含む常勤理学療法士が2名以上(専従の1名は回復期リハビリ病棟との兼務不可)
- ・専用の施設(病院100㎡、診療所45㎡)
- ・整備する器械、器具(呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器 等)
- ・リハビリの記録は、患者ごとに同一ファイルで保管され、常に医療従事者に閲覧可能にする[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]
- ・定期的に多職種が参加するカンファレンスを開催[(Ⅰ)・(Ⅱ)とも]

### [施設基準(Ⅱ)] (Ⅰ)との相違点

- ・当該リハビリの経験を有する専任の常勤医が1名以上
- ・専従の常勤理学療法士が1名以上(回復期リハビリ病棟との兼務は不可)
- ・専用の施設(45㎡)
- ・整備する器械、器具(呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器 等)

## <リハビリテーション>摂食機能療法の算定上限の緩和

	現行	改定後
	(1日につき) 185点	(1日につき) 185点
摂食機能療法	月4回まで	月4回まで (追加)ただし摂食機能療法開始日から3ヶ月以内については毎日算定可

## <リハビリテーション>障害児（者）リハビリテーション料

(新設) 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歳以上18歳未満	140点
	18歳以上	100点

### [算定要件]1日6単位まで

- ・脳性麻痺の発達障害児・者、肢体不自由児施設等の入所・通所者を対象
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料は別に算定不可
- ・医師は定期的な運動機能検査を実施し、硬化判定を行い、実施計画を作成する

### [対象患者]

- ・脳性麻痺
- ・胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害(脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候群、二分脊椎症)
- ・顎・口腔の先天異常
- ・先天性の体幹四肢の奇形又は変形(先天性切断、先天性多発性関節拘縮症 等)
- ・先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症
- ・先天性又は進行性の神経筋疾患(脊髄小脳変性症、シャルコーマリートウス病、進行性筋ジストロフィー 等)
- ・神経障害による麻痺及び後遺症(低酸素脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長時間を要する神経疾患 等)
- ・言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害 等)

### [施設基準]

- ・専任の常勤医が1名以上で、次のいずれかに該当すること
  - ①専従の常勤理学療法士又は作業療法士が2名以上
  - ②専従の常勤理学療法士又は作業療法士のいずれか1名以上と当該リハビリの経験を有する看護師が1名以上(回復期リハビリ病棟との兼務不可)
- ・専用の施設(60㎡)、言語聴覚療法を行う場合は専用の個別療法室(8㎡)と常勤言語聴覚療法士1名
- ・整備する器械、器具(訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用器具(角度計、握力計) 等)
- ・リハビリの記録は、患者ごとに同一ファイルで保管され、常に医療従事者に閲覧可能にする
- ・定期的に多職種が参加するカンファレンスを開催



## ＜精神科専門療法＞通院精神療法の再診時の見直し

再診時の評価	現行	改定後
診療所	370点	360点（-10点）
病院	320点	330点（+10点）

次回改定では  
一本化？

通院精神療法の再診時の評価について、診療所と病院の格差是正行う

## ＜精神科専門療法＞心身医学療法 加算の新設

心身医学療法 (新設) 20歳未満加算 100/100点を加算する

発達障害、ひきこもり、不登校等の児童や思春期の患者に対する精神医療を充実する

小児に対する精神療法は、小児科医によるカウンセリング料ともなり、過食症・拒食症などの15歳未満の患者にも対象患者は多いと考えられる。

小児・児童のカウンセリングは一般的な精神科病院の外来では抵抗も大きく、都市部でのサテライト診療所の設置が増える傾向がある。

## <精神科専門療法>精神科ショート・ケア

精神科ショート・ケア(新設)	小規模なもの	大規模なもの
開始後3年以内の患者(1日につき)	275点	330点
開始後3年超の患者(週5日まで)		

長時間の精神科デイ・ケアが社会復帰を妨げていることに配慮し、短時間ケアを新設した

### [算定要件]

- ・患者1人当たり1日につき3時間を標準とする
- ・入院中の患者は対象外
- ・同一日に実施する他の精神科専門療法は算定不可、ただし退院後3ヶ月以内に限り精神科訪問看護・指導料は同一日に算定可
- ・当該療法に要する消耗材料等については医療機関が負担する

### 小規模なもの[施設基準]

- ・精神科医師及び従事者(作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護師) 1人の2人の場合は、患者数は1回20人とすること。(看護師は精神科ショートケアの経験を有していることが望ましい)
- ・専用の施設(30㎡以上、患者1人あたり3.3㎡を標準とする)、デイケア施設等との兼用も可

### 大規模なもの[施設基準]

- ・精神科ショートケアの大規模なものは次のいずれかに該当すること
  - ①精神科医師及び専従する3人の従事者(作業療法士又は経験のある看護師のいずれか1人、看護師1人、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人を含む)の4人の場合は、患者数は1回50人を限度とすること。
  - ②上記①の4人に、更に精神科医1人と、上記従事者1人を加えた6人の場合は、患者数は1回70人を限度とすること。
- ・専用の施設(60㎡以上、患者1人あたり4㎡を標準とする)、デイケア施設等の兼用も可

<精神科専門療法>

精神科訪問看護・指導料  
精神科退院前訪問指導料

算定上限の緩和	現行	改定後
精神科退院前訪問指導料	入院後3ヶ月を超える患者は1入院3回	入院後3ヶ月を超える患者は1入院3回 入院後6ヶ月を超える患者は1入院6回
精神科訪問看護・指導料	週3回まで	週3回まで 退院後3ヶ月以内の患者は週5回まで

精神疾患患者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した

精神科医療のキーワードは、「早期退院」「在宅復帰」「訪問診療」「時代のニーズ」となる。  
精神科入院では長期入院の引き下げが大きい。経営的には在宅、訪問と連携して早期退院をアピールすることも必要になる。

## <精神科専門療法> 認知症患者特殊療法料

	現行	改定後
重度認知症患者入院治療料	入院3ヶ月以内 365点 入院3ヶ月超 260点	(廃止)
認知症老人入院精神療法料	1週間につき 330点	(廃止)

精神科入院基本料  
への加算

**(新設) 重度認知症加算 (入院後3ヶ月以内、1日につき) 100点**

精神病床の認知症患者対策として、精神科入院基本料に重度認知症加算が新設され整理された

## 重症認知症患者デイ・ケア料

	現行	改定後
重度認知症デイ・ケア料(Ⅰ) <送迎なし>	4~6時間未満 705点 6時間以上 1,060点	重度認知症デイ・ケア料 4~6時間未満 (廃止) 6時間以上 1,000点
重度認知症デイ・ケア料(Ⅱ) <送迎あり>	4~6時間未満 953点 6時間以上 1,308点	(廃止) 送迎の評価はなくなった

認知症のデイケアについて、介護保険との役割分担を明確にした

## <処置>範囲の見直し

創傷処置、熱傷処置、皮膚科軟膏処置等の範囲の見直し(点数もそれぞれ見直されている)		
	現行	改定後
1	手若しくは指又は足又若しくは指にわたる範囲のもの	100cm <sup>2</sup> 未満
2	半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面大部にわたる範囲のもの	100cm <sup>2</sup> 以上、500cm <sup>2</sup> 未満
3	1肢又はこれに準ずる範囲のもの	500cm <sup>2</sup> 以上、3000cm <sup>2</sup> 未満
4	2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの	3000cm <sup>2</sup> 以上、6000cm <sup>2</sup> 未満
5	身体の大部にわたる範囲のもの	6000cm <sup>2</sup> 以上

わかりにくかった処置の範囲について簡素化され明確になった。

## <処置>消炎鎮痛等処置

現行	改定後
イ マッサージ等の手技による療法 35点	(点数に変更無し)
ロ 器具による療法 35点	
ハ 湿布処置 1 半肢の大部等にわたるもの 35点	
2 その他のもの 24点	
同一患者に同一月内で5回目以降は 50/100で算定する	同一月内逡減制を廃止する

## ＜処置＞人工腎臓（透析）

人工腎臓	現行	改定後
入院中以外の場合	1,960点	2,250点（+290点）
入院中場合	1,590点	1,590点（±0点）
（追加）入院中の患者以外の場合は、エリスロポエチン製剤を包括とする		
人工腎臓に係わる夜間加算及び休日加算	500点	300点（-200点）

外来での透析においては、従来の透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水に加えてエリスロポエチン製剤も包括となった。その分290点引き上げられている。

また人工腎臓は計画的に実施されているとの観点から、夜間休日加算については引き下げられた。

## ＜処置＞新生児及び乳幼児加算

新生児加算及び乳幼児の処置評価した

（例）乳児の非還納性ヘルニア徒手整復法

## ＜手術＞手術に係わる施設基準の見直し

現行		改定後
症例数、医師経験年数とも満たす	+5/100	加減算なし
症例数は満たさない、医師経験年数は満たす	加減算なし	
医師経験年数は満たさない	▲30/100	

### ＜加算の対象となっていた手術＞

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、対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、靭帯断裂形成手術、水頭症手術、肝切除術、子宮付属器悪性腫瘍、等

年間手術症例数による手術点数の加算はいったん廃止するが、手術症例数と治療成績等の相関関係の調査は今後も継続する。また年間手術件数(加算の対象となっていた手術)の院内掲示については、施設基準として算定要件とされた。

手術の加減算が廃止されました。しかし「いったん廃止」とされたことで、今後の研究で手術の質に関してエビデンスが認められたものがでてくると、再び加減算が導入されることとなります。

## ＜検査＞新生児及び乳幼児、低体重児の評価

新生児、乳幼児の手術を評価し、極低出生体重児の加算を新設した

## ＜手術＞臓器移植の保険適用

現行（臓器移植の保険適用状況）					
	心臓	肺臓	肝臓	腎	膵臓
死体	高度先進医療				高度先進医療
生体			保険収載済		

改定後（抜粋）	
（新設）移植用心採取術	49,300点
（新設）同種心移植術	104,100点
（新設）移植用肺採取術（死体）	49,800点
（新設）同種死体肺移植術	91,800点
（新設）移植用肝採取術（死体）	56,800点
（新設）同種死体肝移植術	108,600点
（新設）移植用膵採取術（死体）	46,800点
（新設）同種死体膵移植術	88,600点
（新設）脳死臓器提供管理料	14,200点
臓器移植施設における脳死判定、判定後の医学管理、臓器提供時の麻酔に係わる費用	



## ＜麻酔＞麻酔料

麻酔料	現行	改定後
麻酔管理料		
1、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	100点	130点(+30点)
2、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	580点	750点(+170点)
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (2時間まで)	6,100点	1、重症の患者に対して行う場合 8,300点(+2,200点) 2、その他の場合 6,100点
側臥位における手術の場合の加算	—	(新設) +10/100
人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術 を行った場合の加算	+50/100	+100/100
呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合	50点	(廃止)

麻酔管理料を引上げ、閉鎖循環式全身麻酔について重症者に対する加算を新設し、対象の手術範囲を拡大した

## 高度先進医療・新規技術

### 高度先進医療の保険導入

高度先進医療109技術のうち、8技術について保険導入する

保険導入8技術	
悪性腫瘍の遺伝子診断	脳死肝臓移植手術
進行性筋ジストロフィーのDNA診断	心臓移植手術
腹腔鏡下前立腺摘除術	膵臓移植手術
CT透視ガイド下生検	脳死肺移植手術

### 新規技術の保険導入

学会から要望のあった619技術のうち、50新規技術を保険導入する

保険導入50新規技術
医療機器決定区分2(新機能、新技術)に係わる検査(PET・CT等) 内視鏡下手術 既存技術を複合したもの又は少し改善したもの 輸血管理の評価 等

### 既存技術の再評価

学会から要望のあった619技術のうち86既存技術を再評価する

再評価の86新規技術(例)
難易度等を考慮した設定点数の見直し 腹腔鏡、胸腔鏡及び関節鏡下手術の再評価 同一手術野等における手術の再評価 高機能CT・MRIの評価 等

# 診療報酬における旧来型技術等の評価の廃止

## 診療報酬上の評価を廃止又は統合する項目

診療報酬上の評価を廃止又は統合する項目(例)		
[尿中定量検査] D001 4. メラニン定性 D001 9. 細菌尿検査(TTC還元能) D001 12. パラニトロフェノール、カタラーゼ反応 D001 20. 成長ホルモン(GH)定量精密測定	[内分泌学的検査] D008 2. 11ハイドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)精密測定 D008 3. 11ハイドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)精密測定 D008 8. プロラクチン(PRL)精密測定 D008 11. 黄体形成ホルモン(LH)精密測定 D008 12. ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)精密測定 D008 17. エストロジェン精密測定 D008 19. プレグナンジオール精密測定	J110 咽喉頭電気焼灼法 [手術] K092 茎状突起管開放手術 K173-2 硬脳膜血管結紮術 K205 涙嚢嚢管閉鎖術 K231 涙腺摘出術(切除を含む) K232 眼窩涙腺腫瘍摘出(切除)術 K237 眼窩縁形成手術(骨移植によるもの) K238 眼球内異物摘出術(硝子体内異物摘出を含む) K247 角膜縫合術、強膜縫合術、結膜強膜縫合術 K253 角膜異物除去術 K258 ぶどう腫縮小術 K262 角膜点墨染色術 K263 虹彩癒着剥離術 K264 光学釣虹彩切除術 K267 虹彩離断術 K307 鼓膜癒着症手術 K332 萎縮性鼻炎粘膜下異物挿入術 K366 副鼻腔骨形成手術 K379 扁桃悪性腫瘍手術 K495 胸腔内合成樹脂球摘出術 K550 内胸動脈心筋内移植手術 K561 房室弁輪形成術 K624 胸管ドレナージ法 K774 腎(腎盂)瘻造設術 K850-2 膺絨毛性腫瘍摘出術 K862 クレニツヒ手術 K864 子宮位置矯正術 1、アレキサンダー手術
[糞便検査] D003 2. ビリルビン定量、AMSⅢ	[感染症血清反応] D012 2. ポールバネル反応検査 D012 40. HIV envelope抗体価及びHIV core抗体価測定	
[血液形態・機能検査] D005 10. ヘモグロピンA1(HbA1) D005 13. LE現象検査	[自己抗体検査] D014 10. 抗RNP抗体精密測定 D014 11. 抗Sm抗体精密測定	
[出血・凝固時間] D006 6. 部分トロンボプラスチン時間測定 D006 11. ユーグロブリン溶解時間測定 ユーグロブリン分屑プラスミン値測定(Lewis法) プラスミン活性値検査の簡易法(福武,畔柳法) D006 19. PIVKA II 精密測定(出血・凝固)	[血漿蛋白免疫学的検査] D015 7. トランスフェリン精密測定 D015 8. 補体蛋白(C3,C4)精密測定 D015 10. B2-マイクログロブリン( $\beta$ 2-m)精密測定 D015 15. 第Ⅳ因子様抗原精密測定	
[生化学検査] D007 1. アルブミン・グロブリン比測定 D007 3. 総脂質 D007 6. 過酸化脂質測定 D007 9. シアル酸測定 D007 10. フルクトサミン D007 20. 尿中硫酸抱合型胆汁酸 D007 31. ミオグロビン、 $\alpha$ 1-マイクログロブリン精密測定 D007 36. トリプシン精密測定 D007 37. 頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン精密測定 D007 41. ビタミンB1定量精密測定	[細胞機能検査] D016 7. ロゼット法によるリンパ球サブセット検査 [微生物核酸同定精密検査] D023 4. 結核菌核酸同定精密検査 [組織試験採取、切採法] D417 11. 膀胱 D417 13. 前立腺	
	[処置] J080 子宮頸管拡張及び分挽誘発法 5、頸管ブジー法	

## 複合病棟の廃止

複合病棟は、平成18年9月30日で廃止する

### 〔複合病棟〕

100床未満の小規模病院において同一病棟内(同一看護単位)に療養病床と一般病床が併設された病床をいう。

看護職員配置基準は「看護職員4:1、看護補助者6:1」で、平成17年7月時点で届けられている医療機関数は48となっている。

複合病棟については、医療法上の人員配置標準を下回ることもあり廃止する

## 酸素の価格

酸素における告示価格は、薬や材料とは異なり上限価格であることを踏まえ、加重平均単価に告示価格の15%を加えた値が現行告示価格を下回る場合には、当該価格を告示価格とする。

また、離島等の地域の告示価格については、離島以外の地域における告示価格の1.5倍に設定されていることを踏まえ、離島以外の地域における改正後の告示価格の1.5倍とする。

社保事務所に届けられた購入単価と告示価格(上限単価)が最大32%乖離していることから、告示価格の適正化を行った

## DPCに係わる評価

### 診断群分類の見直し（簡素化）

疾患数（2004年度591疾患→2006年度516疾患）

診断群分類数2004年度（現在3,074分類、内、点数評価は1727分類）

診断群分類数2006年度（2,500分類程度、内、点数評価は1440分類）

[手術・処置による分岐の簡素化・精緻化、検査入院・教育入院の廃止、副傷病名の検証]

### 入院期間Ⅰの設定方法の見直し

脳梗塞、外傷等の分類について入院期間Ⅰを25パーセントイルから5パーセントイルへ変更する

### 包括評価の範囲の見直し

画像診断管理加算は出来高に、手術前（後）医学管理料は包括対象に

### 包括評価から出来高算定とする患者

7月から10月のデータ提出期間後に発売された高額な薬剤を使用する患者、自家末梢血幹細胞移植患者、自家造血幹細胞移植及び臍帯血移植患者

### 調整係数の見直し

18年度診療報酬改定率を踏まえ、調整係数を引き下げる。（▲3.16%換算）

調整係数は平成20年度まで維持する。

紹介率に関する急性期病院の肩書きがなくなるため、「DPC」は急性期病院のブランドとなる。しかしDPC病院も、調整係数の廃止や、厳しい患者選択などから淘汰競争が始まる。

# DPC対象病院を拡大

(調査協力病院228施設からの手上げによる)

DPC病院の状況(中医協・診療報酬基本問題小委員会2005年11月16日)				
現名称	施設数		一般病床数	新名称
DPC対象病院	82	特定機能病院等	約7万床	DPC対象病院
試行的適用病院	62	国立8、社保25、民間等29	約2.5万床	
調査協力病院	228	15年度から参加20(国立1、社保9、民間等10)	約9.4万床	DPC準備病院 228施設のうち18年度にDPCに手上げしなかった病院と新たに調査協力に参加した病院
		16年度から参加125(国立9、社保4、民間等112) *4ヶ月分の全データ提出は40のみ		
		17年度から参加83(国立4、社保2、民間等77)		
計	372	特定機能等82、国立22、社保40、民間等228	約18.9万床	

## DPC対象病院となるための基準

①看護配置基準「2:1」、②診療録管理体制、③標準レセ電算マスターによる調査データの提出

## DPC対象病院となるために望ましい基準

(特定集中治療室管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔管理料、画像診断管理加算)の算定

## 介護老人保健施設の他科受診

### 算定不可から算定可になった特掲診療料

- ・眼科(精密眼底検査等)
- ・耳鼻咽喉科(耳処置、鼻処置等)
- ・皮膚科(いぼ焼却法等)
- ・婦人科(膣洗浄等)

介護老人保健施設では診察できない専門的な技術や機器を要する疾患について、算定不可としていた特掲診療料のうち、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、婦人科の一部の診療行為について「算定可」とした

介護療養病棟から老健施設への患者シフトにより、医療行為の必要な患者への対応が求められることになり、医療行為の算定については今後も対象が拡大すると考えられる。

## 医療法上の人員配置基準を下回る場合の取扱いの見直し

		現行				改定後	
		医師もしくは歯科医師				医師もしくは歯科医師	
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下	70/100以下	50/100以下
看護 要員	80/100超			▲12%	▲15%	▲10%	▲15%
	80/100以下		▲12%	▲18%	▲21%		
	60/100以下	▲12%	▲18%	▲24%	▲27%		
	50/100以下	▲15%	▲21%	▲27%	▲30%		
離島等所在保険医療機関の場合							
看護 要員	80/100超			▲3%		▲2%	▲3%
	80/100以下						
	60/100以下	▲3%		▲6%			
	50/100以下						

標欠病院に対する入院基本料減額の取り扱いについて、看護職員配置については入院基本料で評価することとし、簡素化した

医師等の人数による標欠の減額は緩和されたが、入院基本料の再編により、看護職員配置の評価も見直されたため、診療報酬全体で収支シミュレーションを行う必要がある。



## 入院時食事療養費

	現行	改定後
入院時食事療養費(Ⅰ)	(1日につき) 1,920円	(1食につき) 640円
入院時食事療養費(Ⅱ)	(1日につき) 1,520円	(1食につき) 506円

入院時食事療養費を食数に応じた評価に変更し1日3食が限度とされた。金額は1日分を単純に3で割った金額になっている

	現行	改定後
特別食加算	(1日につき) 350円	(1食につき) 76円(−40円 1食換算)
「経管栄養のための濃厚流動食」を対象から外す		

治療食の加算となる特別食加算も1食単位になり減額となった

(適時適温加算)	現行	改定後
特別管理加算(1日につき)	200円	(廃止)

適時適温加算(適時適温加算)は廃止されたが、入院時食事療養費(Ⅰ)の算定要件となって義務化された。よって対応しない場合は入院時食事療養費(Ⅱ)を算定する

# 入院時食事療養費

	現行	改定後
選択メニュー加算(1日につき)	50円	(廃止)

選択メニュー加算は廃止とし、特定療養費化して別に患者に負担を求めることができるようにする。基本メニューと選択メニューをあらかじめ患者に提示し、患者が選択メニューを選択した場合、1食につき17円を標準として、1日3回まで算定できる。

## 入院基本料への加算

**(新設) 栄養管理実施加算(1日につき) 12点**

常勤管理栄養士の  
加算の新設

入院患者の栄養管理計画の作成及び栄養管理の実施を要件として、栄養状態、健康状態に着目した栄養管理を行った場合に入院基本料に加算する。食無しでもIVH等で算定可

### [施設基準、算定要件]

- ・常勤の管理栄養士が1名以上
- ・入院時の栄養評価、多職種協同による栄養管理計画の作成
- ・栄養管理計画に基づく栄養管理、記録、定期的評価、必要に応じて計画の見直し

食事療養費が1食単位となったが3食計では引き下げにならなかった。しかし術後、入退院日等での影響は避けられず、適時適温加算が食事療養費に含まれ、特別食加算の引き下げ、選択メニューの保険外と“食事”については大幅なダウンとなった。

介護保険で栄養管理の項目が大きく評価されたが、医療保険では1項目(12点)にとどまりつた。これは今回の▲3.16%のためと考えられ、次回改定が注目される。これからの病院経営においては“食事”はキーワードとなり、NSTを含めた食事戦略が重要になった。