

平成20年度診療報酬改定における 主要改定項目について（案）

緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

緊急課題-1 産科・小児科への重点評価について	3
緊急課題-2 診療所・病院の役割分担等について	12
緊急課題-3 病院勤務医の事務負担の軽減について	16
緊急課題-4 救急医療対策について	19

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 医療費の内容の情報提供について	20
I-2 分かりやすい診療報酬体系等について	21
I-3 生活を重視した医療について	29
I-4 保険薬局の機能強化について	37

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 質の高い効率的な入院医療の推進について	38
II-2 質の評価手法の検討について	48
II-3 医療ニーズに着目した評価について	53
II-4 在宅医療の推進について	55
II-5 精神障害者の療養生活支援について	59
II-6 歯科医療の充実について	71
II-7 調剤報酬の見直しについて	108

1

【緊急課題-1（産科・小児科への重点評価について）-①】

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題-1-(1)】

第1 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレスの対象者の拡大も行う。

第2 具体的な内容

1 ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引き上げ

現行	改正案
【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） 1,000点	【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） 〇〇〇点
【対象者】 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5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	【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦
	【施設基準等】 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

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 がん医療の推進について	112
III-2 脳卒中対策について	122
III-3 自殺対策・子どもの心の対策について	125
III-4 医療安全の推進と新しい技術等の評価について	128
III-5 オンライン化・IT化の促進について	138

IV 医療費の配分の中で効率化の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 新しい技術への置換えについて	139
IV-2 後発医薬品の使用促進等について	143
IV-4 その他の効率化や適正化すべき項目等について	148

V 後期高齢者の診療報酬について

V-1 入院医療について	150
V-2 在宅医療について	158
V-3 外来医療について	168
V-4 終末期医療について	174

産科医療に係る地域ネットワークの機能に関する評価

骨子【緊急課題－1－(1)】

第1 基本的な考え方

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、各都道府県において、総合周産期母子医療センターを中核とする周産期医療ネットワークの整備が進められており、こうした取組をさらに進めるため、医療機関間の連携体制や妊婦の救急受入れについての評価を行う。

第2 具体的な内容

1 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の対象拡大

現行	改正案
【ハイリスク妊産婦共同管理料】 【対象者】 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5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	【ハイリスク妊産婦共同管理料】 【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦 妊娠30週未満の切迫早産、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病及びRh不適合等の妊婦

新 2 診療情報提供料（Ⅰ）の加算の創設 ○○○点

【算定要件】

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準の届出を行っている保険医療機関からハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の基準を満たす病院に対する紹介に限る

【対象者】

ハイリスク妊産婦共同管理料の対象者

小児の手厚い入院医療の評価

骨子【緊急課題－1－(2)】

第1 基本的な考え方

子ども病院を始めとする地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関においては、現行の小児入院医療管理料1で求めている要件以上の手厚い人員配置により、高い水準の医療が提供されている。こうした医療機関について、新たな区分を設け、診療報酬上さらに高い評価を行う。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料の再編成

現行	改正案
【小児入院医療管理料】（1日につき） 1 3,600点 2 3,000点 3 2,100点	【小児入院医療管理料】（1日につき） 1 ○○○点 2 ○○○点 3 ○○○点 4 ○○○点 【施設基準等】 小児入院医療管理料1 1 常勤の小児科又は小児外科の医師20人以上（複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間の勤務が行われている場合には、10名までは常勤として取り扱う。） 2 新生児及び乳幼児の入院での手術が年間200例以上 3 7:1以上の看護配置で、夜間も9:1以上を確保 4 平均在院日数21日以内 等

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 ○○○点

【対象者】

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現行	改正案
【ノンストレステスト】 【対象者】 妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合 【算定回数】 入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定	【ノンストレステスト】 【対象者】 40歳以上の初産婦、BMIが3.5以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦 【算定回数】 入院中では1週間につき3回に限り、入院中以外では1週間につき1回に限り算定

新 3 妊産婦緊急搬送入院加算の創設 ○○○点

【算定要件】

緊急の分娩にも対応できる妊娠の異常が疑われる妊産婦の患者を受け入れる十分な体制が整備されていること

【対象患者】

- 1 妊娠状態の異常が疑われ、救急車等により当該医療機関に搬送された妊産婦
- 2 他の医療機関において、妊娠状態の異常が認められ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦
- 3 助産所において、妊娠状態の異常が疑われ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦のいずれかであって、医療保険の対象となる入院診療が行われた者（ただし、直近3ヶ月以内に当該医療機関の受診歴のある患者は除く。）

障害を持つ小児への手厚い医療の評価

骨子【緊急課題-1-(3)】

第1 基本的な考え方

超重症児や人工呼吸器を装着した患者が多い施設において、より手厚い看護配置を行うものを適切に評価する観点から、以下の措置を講ずる。

- 1 超重症児・準超重症児の中でも、状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、重点的に評価を行う。
- 2 肢体不自由児（者）等を対象とする施設において、一定以上の割合で超重症児等が入院していることを条件として、障害者等入院基本料に7対1入院基本料を創設する。

第2 具体的な内容

1 超重症児等について

状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、特に加算を引き上げる。

現行	改正案
【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）	【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（1日につき）
1 超重症児（者）入院診療加算 300点	1 超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 〇〇〇点 6歳以上 〇〇〇点
2 準超重症児（者）入院診療加算 100点	2 準超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 〇〇〇点 6歳以上 〇〇〇点

改

- 2 肢体不自由児施設等に限り、障害者施設等入院基本料に、超重症児等の入院比率を条件とする7対1入院基本料を新設する。

現行	改正案
【障害者施設等入院基本料】（1日につき）	【障害者施設等入院基本料】（1日につき）
1 10対1入院基本料 1,296点	1 7対1入院基本料 〇〇〇点
2 13対1入院基本料 1,092点	2 10対1入院基本料 〇〇〇点
3 15対1入院基本料 954点	3 13対1入院基本料 〇〇〇点
	4 15対1入院基本料 〇〇〇点
	【施設基準等】
	7対1入院基本料
	1 当該病棟において、入院患者7に対し看護職員1以上を配置すること。ただし、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること
	2 当該病棟に入院する患者のうち、3割以上が超重症児（者）又は準超重症児（者）であること
	3 肢体不自由児施設、重度心身障害児施設又は国立高度専門医療センター並びに独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの

新

障害児等のリハビリテーションの充実・拡大

骨子【緊急課題-1-(4)(5)】

第1 基本的な考え方

- 1 障害児（者）リハビリテーション料について、特殊性や専門性を考慮し診療報酬上の評価を引き上げる。また、実際に一定の割合以上障害児（者）を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設を対象施設に追加する。
- 2 失語症などの言語障害に対する治療については、個別療法を実施した場合に脳血管疾患等リハビリテーション料を算定することとしているが、集団で実施するコミュニケーション療法にも一定の効果が期待できることから、診療報酬上の評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1 現行の障害児（者）リハビリテーションの評価について見直し、さらに、一定以上の割合で障害児（者）を受け入れ、専門的な障害児（者）に対するリハビリテーションを行っている施設を評価の対象施設に追加する。

現行	改正案
【障害児（者）リハビリテーション料（1単位）】	【障害児（者）リハビリテーション料（1単位）】
6歳未満 190点	6歳未満 〇〇〇点
6歳～18歳 140点	6歳～18歳 〇〇〇点
18歳以上 100点	18歳以上 〇〇〇点
・患者1人につき1日6単位まで算定する	・患者1人につき1日6単位まで算定する
【算定要件】	【算定要件】
児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの	以下の各号のいずれかに該当すること 1 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの 2 当該施設でリハビリテーションを実施される患者が、主として脳性麻痺等の患者（た

改

【施設基準】 ・60㎡以上 (言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)	【施設基準】 ・病院60㎡以上、診療所45㎡以上 (言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)
---	--

- 2 言語障害のある患者（脳血管障害等による失語、構音障害や小児の発達障害によるもの等）を対象に、集団でコミュニケーション療法を実施した場合についての評価を新設する。

新 集団コミュニケーション療法 1単位につき 〇〇〇点

(1人につき1日3単位まで算定可)

【算定要件】

- 1 専用の集団療法室において、医師の指示のもと言語聴覚士（又は医師）と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する
- 2 実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とし、訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする
- 3 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する

【施設基準】

- 1 現に脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料を算定する施設で、専用の集団療法室を備えていること
- 2 専任の常勤医師が1名以上いること
- 3 言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が1名以上いること

【対象患者】

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料の算定対象患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

勤務医の負担軽減に資する地域での機能分担の促進に係る評価

骨子【緊急課題-2-(2)】

第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減に資するため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止める観点から、診療所における夜間・早朝等における診療の評価を新設する。

第2 具体的な内容

夜間や休日における診療は、診療応需の体制を解いた診療所が急病等やむを得ない理由により診療を行った場合に、時間外加算等として評価されているが、開業時間内に行う夜間・早朝等における診療について初・再診料に係る加算を創設する。

新 (1) 初診料 夜間・早朝等加算 〇〇〇点

新 (2) 再診料 夜間・早朝等加算 〇〇〇点

【算定要件】

開業時間であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診料に対して加算する

- 平日においては夜間(18~22時)、早朝(6~8時)の診療
- 土曜においては夜間等(12~22時)、早朝(6~8時)の診療
- 日曜、祝日においては深夜以外(6~22時)の診療

【施設基準】

- 週30時間以上開業している診療所であること
- 開業時間を分かりやすい場所に掲示していること

【補足事項】

保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、診療を再開することを評価した初・再診料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱いについては、現行のとおり

小児の時間外等の外来医療の評価

骨子【緊急課題-2-(3)】

第1 基本的な考え方

小児科における病院勤務医の負担軽減を図るため、診療所が時間外を含めた小児科の外来医療を担うことを更に推進するため、小児科の外来に係る診療報酬上の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1 地域連携小児夜間・休日診療料の評価の引上げ

地域連携小児夜間・休日診療料(1) 300点 → 〇〇〇点
 地域連携小児夜間・休日診療料(2) 450点 → 〇〇〇点

2 小児科外来診療料の引上げ

小児科外来診療料

1 処方せんを交付する場合

- イ 初診時 550点 → 〇〇〇点
- ロ 再診時 370点 → 〇〇〇点

2 1以外の場合

- イ 初診時 660点 → 〇〇〇点
- ロ 再診時 480点 → 〇〇〇点

地域で中核となる病院に勤務する医師の負担軽減の評価

骨子【緊急課題-2-(4)】

第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

第2 具体的な内容

新 入院時医学管理加算 〇〇〇点(1日につき、14日を限度)

【算定要件】

- 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等)を策定し、職員等に対して周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)
- 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
 入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

10対1入院基本料の見直し

第1 基本的な考え方

地域医療を担う多くの医療機関は、在院日数の減少により、短期間でより多くの患者に対して入院医療を提供することから、勤務医負担も大きい。このような地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、10対1入院基本料の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

現 行		改正案	
A100	一般病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 1,269点	A100	一般病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 〇〇〇点
A102	結核病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 1,161点	A102	結核病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 〇〇〇点
A103	精神病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 1,209点	A103	精神病棟入院基本料 2 10対1入院基本料 〇〇〇点
A104	特定機能病院入院基本料 1 一般病棟の場合 □ 10対1入院基本料 1,269点 2 結核病棟の場合 □ 10対1入院基本料 1,161点 3 精神病棟の場合 □ 10対1入院基本料 1,209点	A104	特定機能病院入院基本料 1 一般病棟の場合 □ 10対1入院基本料 〇〇〇点 2 結核病棟の場合 □ 10対1入院基本料 〇〇〇点 3 精神病棟の場合 □ 10対1入院基本料 〇〇〇点
A105	専門病院入院基本料 2 10対1入院基本料 1,269点	A105	専門病院入院基本料 2 10対1入院基本料 〇〇〇点
A106	障害者施設等入院基本料 2 10対1入院基本料 1,269点	A106	障害者施設等入院基本料 2 10対1入院基本料 〇〇〇点

特定機能病院等の評価

第1 基本的な考え方

特定機能病院・専門病院に対しては、高度な医療を提供していること等を考慮し、一般病棟に係る入院基本料の14日以内の期間に係る加算を更に評価する。

ただし、特定機能病院・専門病院の役割にかんがみ、入院時医学管理加算等の評価を行わない。

第2 具体的な内容

1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

現行	改正案
イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 652点	イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間の加算 〇〇〇点

改

2 専門病院入院基本料

現行	改正案
イ 14日以内の期間の加算 452点	イ 14日以内の期間の加算 〇〇〇点

改

勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価

骨子【緊急課題-3】

第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

入院基本料等加算の新設

新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）	
1 25対1 医師事務作業補助体制加算	〇〇〇点
2 50対1 医師事務作業補助体制加算	〇〇〇点
3 75対1 医師事務作業補助体制加算	〇〇〇点
4 100対1 医師事務作業補助体制加算	〇〇〇点

(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)

【算定要件】

- 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する【施設基準】
 - 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
 - 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
 - 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

救急医療の充実に係る評価

骨子【緊急課題-4】

第1 基本的な考え方

救命救急センターでは、効率的な急性期医療の提供を目的として、入院初期より濃厚な医療を実施し、できるだけ早期に患者が一般病棟へ移行できるよう取組を行っている。そのため、極早期における手厚い医療が提供できるよう評価の仕組みを変更し、評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

現行の救命救急入院料では、7日以内の期間について一律に評価しているが、3日以内と4～7日以内に分けて、極早期の入院医療の評価を引き上げる。

現行	改正案
1 7日以内の期間 イ 救命救急入院料1 9,000点 ロ 救命救急入院料2 10,400点	1 3日以内の期間 イ 救命救急入院料1 〇〇〇点 ロ 救命救急入院料2 〇〇〇点 2 4日以上7日以内の期間 イ 救命救急入院料1 〇〇〇点 ロ 救命救急入院料2 〇〇〇点

改

18年4月21日医政発第0421005号等）、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成19年3月30日医政発第0330033号）等に準拠した体制が整備されていること

4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

【病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係】

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
第二次救急医療機関*	×	○	○	○

* 第二次救急医療機関であって、開業時間外に受診した患者のうち緊急入院した患者及び救急搬送（特別の関係にある保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、施設からの搬送を除く。）により緊急入院した患者が、年間〇〇〇名以上の実績を有する病院であること。

【医師事務作業補助者の業務範囲】

- 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（がん登録等の統計・調査、救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）への対応を医師の指示の下に行う
- 医師以外の職種の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【1-1】

第1 基本的な考え方

- 1 保険医療機関及び保険医療費担当規則の改正
レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関[※]については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける。併せて、明細書の発行の際、実費として費用徴収を行うことを可能とする。
※ 具体的な医療機関の範囲（平成20年度よりレセプトオンライン化が義務づけられる医療機関と同様）
① 医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
② レセプト電算システムが導入されていること
- 2 電子化加算（初診料への加算）
レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

第2 具体的な内容

- 1 保険医療機関及び保険医療費担当規則の改正
第1の1※に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する
- 2 電子化加算
〔算定要件〕
400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする
〔施設基準〕
患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

20

病院における再診料の評価の見直し

骨子【緊急課題-2-(1)】

第1 基本的な考え方

病院と診療所との再診料の点数格差については、患者の視点に立てば、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や、病院と診療所の格差是正を進めるべきとの指摘を踏まえ、再診料の病診格差の是正を行う。

第2 具体的な内容

再診料（病院の場合）の評価の見直し

現行 57点 → 改定案 〇〇点

（診療所の場合については、引き続き71点）

外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【1-2-(4)】

第1 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。
これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

第2 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。
併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

〔提供される診療内容〕

- 1 問診し、患者の訴えを総括する
「今日何ってお話しでは、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続く、痰の切れが悪い。』ということですね。」
- 2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明
「診察した結果、頸のリンパ節やどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」
- 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導
「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。」
「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いでしょう。」
- 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組
「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」
- 5 1～4については、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。また、これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。

22

疾患別リハビリテーション料の逓減制の廃止等

骨子【1-2-(5)】

第1 基本的な考え方

平成19年4月の疾患別リハビリテーション料の一部見直しにより導入された逓減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなど患者にとって分かりにくいとの指摘があることから見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 逓減制と医学管理料の廃止と脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）の新設
(1) 逓減制については、診療報酬点数表の簡素化を図るため、今回の見直しにより廃止する。また、適正な評価の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）を新設する。

〔現行〕

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	250点	250点	180点	180点
上段：逓減前	210点	210点	150点	150点
下段：逓減後	100点	100点	80点	80点
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	100点	80点	80点
上段：逓減前	85点	85点	65点	65点
下段：逓減後	85点	85点	65点	65点
逓減までの日数	120日	140日	120日	80日
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

21

23

(改正案)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
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	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
リハビリテーション料(III)		〇〇〇点		
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止し、各疾患別リハビリテーションの算定日数上限を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする(算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能。)

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(I)の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料(II)の医学管理料	260点	260点	220点	220点

(改正案)

廃止

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて診療報酬上評価することとする。

新 (1) 早期リハビリテーション加算 〇〇〇点(1単位につき)

【算定要件】

- 1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- 2 入院中の患者についてのみ算定できることとする

24

【1-2(分かりやすい診療報酬体系等について)-④】

1 手術当たりの支払方式の試行的導入

骨子【1-2-(6)】

第1 基本的な考え方

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式とする。

第2 具体的な内容

新 短期滞在手術基本料3 1手術当たり 〇〇〇点(4泊5日までの場合)

【算定要件】

- 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。)に係る5日以内の入院を対象とする
- 2 包括対象
 - ・入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。)
 - ・検査 ・画像診断 ・投薬 ・注射 ・1,000点未満の処置 等

26

3 入院中の患者に対し、訓練室以外の病棟等において行われたものについてのみ算定できるADL加算については、簡素化の観点より廃止とする。

(現行) ADL加算 1単位につき 30点
(改正案) 廃止

4 リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする。

現行	改正案
【リハビリテーション総合計画評価料】 480点	【リハビリテーション総合計画評価料】 〇〇〇点
【算定要件】 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、入院初月又はリハビリテーションを最初に実施した月並びに、その月から2月、3月及び6月の各月に限り、それぞれ1月に1回を限度として算定する	【算定要件】 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、1月に1回を限度として算定できる

改

25

【1-2(分かりやすい診療報酬体系等について)-③】

病理学診断の重要性に着目した評価

骨子【1-2-(7)】

第1 基本的な考え方

病理学的検査の重要性に鑑み、現在は「第3部 検査」として評価されている病理学的検査を、「第13部 病理診断」として評価するとともに、既存の項目について、病理診断の進歩を踏まえて、実際の診療に即したものに再編成する。

加えて、検査として特定入院料に包括評価されている病理学的検査診断・判断料を、病理医の技術料として包括外として評価する。

第2 具体的な内容

1 「第13部 病理診断」の新設と算定項目の再編成

現行	改正案
第3部 検査 第2節 病理学的検査料	第13部 病理診断
第1款 病理学的検査実施料	第1節 病理標本作製料
【病理組織顕微鏡検査】	【病理組織標本作製】
電子顕微鏡加算	【電子顕微鏡病理組織標本作製】
免疫抗体法加算	【免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製】
【その他の病理組織検査】	
1 エストロゲンレセプター検査	1 エストロゲンレセプター
2 プロゲステロンレセプター(PgR)検査	2 プロゲステロンレセプター
3 HER2タンパク	3 HER2タンパク
	4 その他
【病理組織迅速顕微鏡検査】	【術中迅速病理組織標本作製】
【細胞診検査】	【細胞診】
1 婦人科材料	1 婦人科材料
2 その他	2 その他
【HER2遺伝子】	【HER2遺伝子標本作製】
第2款 病理学的検査診断・判断料	第2節 病理診断・判断料
【病理診断料】	【病理診断料】
【病理学的検査判断料】	【病理判断料】

新

27

生活習慣病管理料の普及に向けた取組等

骨子【1-3-(1)】

2 特定入院料に包括されている病理学的検査診断・判断料の見直し

特定入院料において包括して評価されている病理学的検査のうち、特に急性期病床であるA300～A305、A307に限り、病理診断による治療方針の決定の重要性に鑑み、第2款 病理学的検査診断・判断料（改定後は第2節 病理診断・判断料）を別途算定できるようにする。

- A300 救命救急入院料
- A301 特定集中治療室管理料
- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A302 新生児特定集中治療室管理料
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- A305 一類感染症患者入院医療管理料
- A307 小児入院医療管理料

第1 基本的な考え方

- 1 生活習慣病を有する患者に対し、治療計画に基づいた治療管理が円滑に実施されることが重要であるが、患者の自己負担が高く、普及が進まない生活習慣病管理料について、点数を引き下げて普及・拡大を目指すとともに、一層の内容の充実を行う。
- 2 糖尿病患者の中で血糖値が安定しており、インスリン製剤の長期投与が可能な患者について、患者の利便性を考慮し血糖自己測定器の加算を複数月分算定できるよう見直しを行う。
- 3 1型糖尿病患者については、頻回の血糖の自己測定が求められる患者が多いことから、自己血糖測定器加算について見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 療養計画書の作成にかかる負担を軽減するため、署名欄等の簡素化及び内容に変更のない場合の交付の頻度を3月に1回から4月に1回へ変更する。
- 2 また、糖尿病患者のうち、非インスリン患者に対するキットを用いた血糖自己測定に基づき指導を行った場合の加算を新設する。

現 行	改正案
【生活習慣病管理料】（1月につき）	【生活習慣病管理料】（1月につき）
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 高脂血症の場合 900点	イ 脂質異常症の場合 〇〇〇点
ロ 高血圧症の場合 950点	ロ 高血圧症の場合 〇〇〇点
ハ 糖尿病の場合 1,050点	ハ 糖尿病の場合 〇〇〇点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 高脂血症の場合 1,460点	イ 脂質異常症の場合 〇〇〇点
ロ 高血圧症の場合 1,310点	ロ 高血圧症の場合 〇〇〇点
ハ 糖尿病の場合 1,560点	ハ 糖尿病の場合 〇〇〇点
	注 中等度以上の糖尿病（2型糖尿病に限る。）の患者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行った場合に、年1回に限り〇〇〇点を加算する。

28

29

3 血糖自己測定器の加算について月100回、120回の加算を創設するとともに、インスリン製剤を長期投与されている患者については、3ヶ月分をまとめて算定できることとする。

現 行	改正案
【血糖自己測定器加算】（月1回に限る。）	【血糖自己測定器加算】（3月3回に限る。）
1 月20回以上測定する場合 400点	1 月20回以上測定する場合 400点
2 月40回以上測定する場合 580点	2 月40回以上測定する場合 580点
3 月60回以上測定する場合 860点	3 月60回以上測定する場合 860点
4 月80回以上測定する場合 1,140点	4 月80回以上測定する場合 1,140点
	5 月100回以上測定する場合 〇〇〇点
	6 月120回以上測定する場合 〇〇〇点

30

糖尿病の重症化予防に係る評価

骨子【1-3-(2)】

第1 基本的な考え方

糖尿病患者の増加に伴い、糖尿病網膜症、糖尿病腎障害、糖尿病神経障害、糖尿病足病変、糖尿病大血管症等の重症な合併症の発症を防止することは重要な課題となっている。

これらの合併症のうち、「糖尿病足病変」については、重点的な指導による発症防止効果があるため、評価を行う。

第2 具体的な内容

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対し、専任の医師又は医師の指示に基づき専任の看護師が、重点的な指導・管理を実施した場合の評価を新設する。

新 糖尿病合併症管理料 〇〇〇点（月1回）（外來の評価）

【算定要件】

足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害等の糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者に対し、専任の常勤医師又は専任の常勤看護師が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を30分以上行った場合に算定できることとする

・専任の常勤医師：糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する者

・専任の常勤看護師：糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ、糖尿病足病変に係る適切な研修を修了した者

31

人工腎臓に係る時間評価の導入

骨子【1-3-(3)】

第1 基本的な考え方

副作用等により、透析時間を長くせざるを得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を考慮し、透析時間に応じた、診療報酬上の評価を行う。

第2 具体的な内容

時間に応じた評価の導入

人工腎臓 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（血液透析濾過を行った場合や生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症を有する患者に対して血液透析を行った場合等を除く。）

現 行	改正案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合
2. 250点	イ 4時間未満 ○○○点 ロ 4時間以上5時間未満 ○○○点 ハ 5時間以上 ○○○点

改

検査の評価体系の見直し

骨子【1-3-(4)】

第1 基本的な考え方

医療の根幹をなす各種検査は診断や治療に必須のものであり、その質の確保は重要な課題となっている。しかしながら、必要な検査が必要な時に速やかに実施できない状況は、診療の障害であるとともに、患者の不利益につながる事となるため、検査の迅速性や24時間対応等について重点的な評価をする一方、判断料を見直すなど、検査の評価体系の一部を見直す。

第2 具体的な内容

外来において実施する迅速な検査や24時間対応が可能な体制についての評価を引き上げる一方、判断料の評価を引き下げる。

現 行	改正案
【外来迅速検体検査加算】 1点	【外来迅速検体検査加算】 ○○○点
入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）	入院中の患者以外の患者に対して実施した以下の検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。（5項目まで）
	便潜血反応検査、末梢血液一般検査、HbA1c、プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物（FDP）測定 等

改

現 行	改正案
【検体検査判断料】	【検体検査判断料】
1 尿・糞便等検査判断料 3.4点	1 尿・糞便等検査判断料 ○○○点
2 血液学的検査判断料 13.5点	2 血液学的検査判断料 ○○○点
3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 15.5点	3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 ○○○点
4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 13.5点	4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 ○○○点
5 免疫学的検査判断料 14.4点	5 免疫学的検査判断料 ○○○点
6 微生物学的検査判断料 15.0点	6 微生物学的検査判断料 ○○○点

改

現 行	改正案
【検体検査管理加算】	【検体検査管理加算】
イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点	イ 検体検査管理加算（Ⅰ） ○○○点
ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 300点	ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） ○○○点
	ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） ○○○点
検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準 検体検査管理加算（Ⅱ）の②～⑥まで満たすこと。	検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準 検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。
検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準 ① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものを行い、他の診療科を行っている場合はこれに該当しない。	検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師は検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものを行い、院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わるものであること。 検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。
② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。	検体検査管理加算（Ⅲ）の施設基準 ① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものを行い、他の診療科を行っている場合はこれに該当しない。
③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査 （イ）生化学的検査 （ウ）免疫学的検査	② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。 ③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査 （イ）生化学的検査 （ウ）免疫学的検査 （エ）微生物学的検査
④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。	④ 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

新

ること。	ること。
⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。	⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。
⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。	⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

遺伝カウンセリングの評価

骨子【I-3-(5)】

第1 基本的な考え方

医療機関が、遺伝病的検査を行う場合には、臨床遺伝学の専門的知識を持ち、本人及び家族等の心理社会的支援を行うことができる者が、遺伝カウンセリングを実施する必要があることから、遺伝カウンセリング実施について評価を行う。

第2 具体的な内容

検体検査判断料へ遺伝カウンセリングに係る加算を新たに創設

新 遺伝カウンセリング加算 ○○○点

【算定要件】

- 1 遺伝カウンセリング加算は、遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が、遺伝病的検査を実施し、その結果について患者やその家族に対し情報提供を行う際に遺伝カウンセリングを実施した場合に算定できる
- 2 遺伝カウンセリングの実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」を遵守する

36

保険薬局の機能強化

骨子【I-4】

第1 基本的な考え方

地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、常態として夜間、休日等に開局し、調剤を行っている薬局において、夜間・休日等加算を算定できることとする。

第2 具体的な内容

平日及び土曜日の以下の時間帯並びに休日であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算を算定できることとする。

平日 午前0時～午前8時、午後7時～午前0時
土曜日 午前0時～午前8時、午後1時～午前0時

新 夜間・休日等加算 ○○○点（処方せんの受付1回につき）

【算定要件】

開局時間を分かりやすい場所に掲示していること

37

DPCに係る制度運用の改善

骨子【II-1-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

DPCに関しては、現在360病院が対象となっているが、平成18年度DPC準備病院のうち、平成18年度基準及び新たな基準を満たした病院についてDPCの対象とする。

また、DPCの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

第2 具体的な内容

1 DPC対象病院の拡大について

- (1) 平成19年度DPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び（データ/病床）比が10ヶ月で8.7以上という要件を加える。
- (2) 平成20年度に新たにDPCの対象となる医療機関は平成18年度DPC準備病院（371病院）のうち、基準を満たしたものとす。
- (3) 平成19年度DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきを検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする。

2 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

- (1) 算定ルールの見直しについて
 - ア 3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
 - イ DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
- (2) 診断群分類の見直し等について
 - ア MDC16（外傷・熱傷・中毒、精神、その他）をMDC16（外傷・熱傷・中毒）、MDC17（精神疾患）及びMDC18（その他）に分割する。
 - イ 診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。
 - ウ 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を

38

参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。

- エ 短期入院が相当程度存在する診断群分類（悪性腫瘍に対する化学療法など）については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組み（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）を適用する。

3 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間（10か月分）のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の▲0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10：1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

4 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準（望ましい基準を除く。）を満たさない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成20年3月31日時点でDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

39

急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ-1-(3)】

第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

第2 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

新 亜急性期入院医療管理料2 〇〇〇点 (60日を限度。200床未満の病院に限る。)

【算定要件】

- 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟、特定機能病院、専門病院)、入院時医学管理加算、救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病棟等から転床(転院)してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

特殊疾患療養病棟等の役割に着目した見直し

骨子【Ⅱ-1-(6) (7)】

第1 基本的な考え方

1 平成20年3月31日に廃止予定であった特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料については、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。

(1) 疾患の見直しの具体的内容：入院患者の概ね8割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児(者)又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。

(2) 特殊疾患療養病棟から療養病床に転換した場合等について、一定の経過措置を設ける。

(3) 「特殊疾患療養病棟入院料」の名称を「特殊疾患病棟入院料」とする。

2 障害者施設等入院基本料についても、本来設けられた趣旨・目的に照らして1(1)及び(2)と同様の措置を講ずる。

3 後期高齢者特定入院基本料においては、算定対象から除かれる疾患や状態が別に定められているが、特殊疾患療養病棟入院料及び障害者施設等入院基本料の対象の見直しにあわせて、同様に対象の整理を行う。

第2 具体的な内容

1 特殊疾患療養病棟入院料等

現行	改正案
【特殊疾患療養病棟入院料1】 1,943点 【算定要件】 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟	【特殊疾患病棟入院料1】 〇〇〇点 【算定要件】 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟

【経過措置】 平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者と見なす	【経過措置】 平成18年6月30日以降経過措置の対象となった患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する 平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす ※ 脊髄損傷、筋ジストロフィー症、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性脊索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、ハンチントン病、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺
【特殊疾患療養病棟入院料2】 1,570点 【算定要件】 重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者を除く。)を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟	【特殊疾患病棟入院料2】 〇〇〇点 【算定要件】 児童福祉法に規定され、厚生労働大臣の指定する肢体不自由児施設等及び肢体不自由児(者)等の重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)を概ね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟
【経過措置】 平成18年6月30日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する神経難病等の患者については、平成20年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者と見なす	【経過措置】 平成18年6月30日以降経過措置の対象となっている患者*のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く。)については、経過措置を延長する 平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3

【特殊疾患入院医療管理料】 1,943点 【算定要件】 脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室	【特殊疾患入院医療管理料】 〇〇〇点 【算定要件】 脊髄損傷等の重度の障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室 【経過措置】 平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす
--	---

2 障害者施設等入院基本料

現行	改正案
【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】
7対1入院基本料 1,000点	7対1入院基本料 〇〇〇点
10対1入院基本料 1,269点	10対1入院基本料 〇〇〇点
13対1入院基本料 1,092点	13対1入院基本料 〇〇〇点
15対1入院基本料 954点	15対1入院基本料 〇〇〇点
【算定要件】 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・肢体不自由児施設 ・重症心身障害児施設 ・国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟	【算定要件】 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・肢体不自由児施設 ・重症心身障害児施設 ・国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させてい