

「四つの視点」関連項目（入院を中心に）

精神科急性期入院医療に係る評価	1
精神科慢性期入院医療に係る評価	5
精神科専門的入院医療に係る評価	7
地域における精神医療の評価	9
医療安全対策の推進について	12
急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価	15
検体検査評価の充実について	16
安全な麻酔管理体制の評価	17
医療療養病棟の評価に係る見直し	18
疾患別リハビリテーションの充実について	20
回復期等における充実したリハビリテーションの評価	24
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価	28
ケアマネジャーとの連携の評価等について	30
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し	32

精神科急性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 〇〇〇点

[算定要件]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえてその平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。また、入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

なお、特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても同様の見直しを行う。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[算定要件]

- ①平均在院日数が 40 日以内であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

現 行	改定案
【入院基本料加算】	【入院基本料加算】
14日以内 459点	14日以内 〇〇〇点 改
15日以上 30日以内 242点	15日以上 30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 90日以内 125点	31日以上 90日以内 125点
91日以上 180日以内 20点	91日以上 180日以内 〇〇〇点 改
181日以上 1年以内 5点	181日以上 1年以内 〇〇〇点 改

2. 精神科急性期入院料の引き上げ

- (1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、その早期の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科救急入院料】（1日につき）	【精神科救急入院料】（1日につき）
1 精神科救急入院料 1	1 精神科救急入院料 1
30日以内 3,431点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 3,031点	31日以上 3,031点
2 精神科救急入院料 2	2 精神科救急入院料 2
30日以内 3,231点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 2,831点	31日以上 2,831点
【精神科救急・合併症入院料】	【精神科救急・合併症入院料】
（1日につき）	（1日につき）
30日以内 3,431点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 3,031点	31日以上 3,031点

(2) また、精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] 当該病院の全病床数の7割以上 又は200床以上が精神病床である 若しくは特定機能病院である。</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] (削除) 改</p>

(3) なお、精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受入れた場合の算定を認めるとともに、受入れた月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) ○○○点 改</p> <p>[算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精</p>

<p style="text-align: right;">300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る））を算定している患者の場合</p> <p style="text-align: right;">200点</p>	<p>精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>
---	---

精神科慢性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により取りまとめられた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 〇〇〇点 ㊦

2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】(1日につき)</p> <p><u>1 非定型抗精神病薬加算1 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p><u>2 非定型抗精神病薬加算2 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること</p> <p>(2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合</p>

3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 〇〇〇点 ⑨</p> <p><u>重症者加算(1日につき) 〇〇〇点</u> ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のGAFスコア が40以下であること。</p>

精神科専門的入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 改

2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。



強度行動障害入院医療管理加算 (1日につき) 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコア 24点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。



摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

地域における精神医療の評価

第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価になっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき）	【通院・在宅精神療法】（1日につき）
1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合	イ <u>30分以上の場合</u> 〇〇〇点 改
(1) 30分以上の場合 360点	ロ <u>30分未満の場合</u> 〇〇〇点 改
(2) 30分未満の場合 330点	
ロ 診療所の場合	
(1) 30分以上の場合 360点	
(2) 30分未満の場合 350点	

- (2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者に対して一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき 16 回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> (新)</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 〇〇〇点 (改)</p> <p>2 大規模なもの 〇〇〇点 (改)</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> (新)</p>

<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p>
---	---

医療安全対策の推進について

第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取り組みの評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全使用のため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

現 行	改定案
【医療安全対策加算】（入院初日） 50点	【医療安全対策加算】（入院初日） 1 医療安全対策加算 1 ○○○点 ^改 2 医療安全対策加算 2 ○○○点 ^新 [算定要件]

	<p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 感染防止対策加算（入院初日） ○○○点^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>
--	---

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

薬剤管理指導料



医薬品安全性情報等管理体制加算 ○○○点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	〇〇〇点 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	〇〇〇点 改

急性期の医療機関における 入院患者の看護必要度の評価

第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。



一般病棟看護必要度評価加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生（支）局長に報告すること。

検体検査評価の充実について

第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 〇〇〇点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ②当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査加算】 〇〇〇点/件（最大5件まで） ⑩

安全な麻酔管理体制の評価

第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



麻酔管理料（Ⅱ）

1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）
2	全身麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）

[算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

[施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

医療療養病棟の評価に係る見直し

第1 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

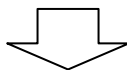
1. 療養病棟入院基本料の見直し

(1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

- ① 看護職員及び看護補助者が20対1配置以上であること。
- ② 医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

㊦ (改定案) 療養病棟入院基本料 2

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

(2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

2. 療養病床における後方病床機能の評価 [1 月 27 日提示済み]

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

疾患別リハビリテーションの充実について

第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なリハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(I)(II)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 ^新

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 (I) 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(I) 〇〇〇点^新</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(II) 〇〇〇点^改</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(III) 80点</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の算 定要件]</p> <p>入院中の患者に対し、運動器リハビ リテーションを行った場合に算定す る。</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の施 設基準]</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担 当する専任の常勤医師が1名以上 配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担 当する常勤の理学療法士、作業療法 士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行 うにつき十分な施設を有している こと。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行 うにつき必要な機械、器具が具備さ れていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p>

2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 〇〇〇点^改</p>

3. 維持期のリハビリテーションについて

維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

回復期等における充実した リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果で明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
 - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 〇〇〇点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割以上が重症の患者であること</u></p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 〇〇〇点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

- (2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

新 休日リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

新 リハビリテーション充実加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

改 リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、平均週 16 単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改定案
【亜急性期入院医療管理料】	【亜急性期入院医療管理料】

<p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 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1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 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。</p>	<p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 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1割以下であること。 <u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者であって合併症を有する患者の受け入れ割合が10%以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 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。<u>ただし、他医療機関の7対1入院基本料等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。</u></p>
---	---

がん患者や難病患者に対する リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取り組みを評価する。

⑨ がん患者リハビリテーション料（1単位につき） 〇〇〇点

[算定要件]

がんの治療のため入院中の患者に対して 20 分以上の個別リハビリテーションを提供した場合に 1 日 6 単位を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なりハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 600点</p> <p>注2 難病患者リハビリテーション料を行った場合に食事を提供した時は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 〇〇〇点 改</p> <p><u>短期集中リハビリテーション実施加算</u> (1日につき)</p> <p>退院後1月以内 〇〇〇点 新</p> <p>退院後1月を超え3月以内 〇〇〇点 新</p>

ケアマネジャーとの連携の評価等について

第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。	【総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の患者（ <u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者</u> であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限り）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、 <u>退院後の介護サービスの必要性</u> 等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。 ㊦

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。



介護支援連携指導料 〇〇〇点（入院中2回）

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算（B005 注3）を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

第1 基本的な考え方

1. 明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

2. 電子化加算について

平成18年度改定において、医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成23年3月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

第2 具体的な内容

1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半（注1）であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから（注2）、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、全ての患者に対して明細書を無料で発行することとする。

「正当な理由」の考え方（案）

① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等や、付与されていてもその発行に一定以上の時間を要するレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

② 費用徴収関係

上記①のイ又はロに該当する場合

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することが望ましいものとする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するととも

に、地方厚生局にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局に届け出るものとする。

(注1)

レセコンベンダへの聞き取り調査によれば、

- ・ 医科ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 19 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 11 社)
- ・ 歯科ベンダ 16 社中、明細書発行に対応しているベンダは 16 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 14 社)
- ・ 調剤ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 14 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 6 社)

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30 秒程度かかる
とのこと

(注2)

平成 21 年度の検証部会調査(「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」)によれば、明細書を発行している保険医療機関等の 71.0%が無料で明細書を発行しており、患者の 43.4%が無料であれば明細書発行を希望すると回答している。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)を院内に掲示することとする。

2. 電子化加算の見直し



IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



明細書発行体制等加算 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨を領収証に記載し、院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】 （初診料に加算） 3点 	【明細書発行体制等加算】 （再診料に1月につき1回加算） 〇〇〇点 

3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成 22 年 9 月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の 2 桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は 1、歯科は 3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の 7 桁の番号）