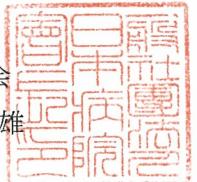


日病会発第 98 号
平成 27 年 8 月 5 日

厚生労働省
保険局長 唐澤 剛 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄



平成 28 年度診療報酬改定に係る要望書

1. 入院医療について

病床機能報告制度がスタートし、データを根拠にした地域医療構想により、それぞれの機能に応じた病床数の調整、医療資源配分の適正化がはかられることになった。これを機に、種々の管理加算や施設基準で複雑化した上に、看護配置基準に偏りすぎた現行の入院基本料の抜本的な改正が望まれる。そこでは限られた財源を無駄なく用いて、地域に必要と認められた病床が安定的に運営できるような診療報酬制度になることを期待している。

しかし、次回の診療報酬改定にあたり、当面の大幅な変更が出来ないという前提で、現行制度が抱えている問題を解決するために、以下を要望する。

1) 病棟群毎に入院基本料を選択できる方式の導入

現在、進行中の病床機能報告制度では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能区分のために定量的な基準を設けようとしている。これを入院基本料の区分に利用することは妥当であり、合理的である。そのためには、病床機能報告制度に合わせ、入院基本料の区分も病棟群単位で算定できるようにすべきである。

2) 病床機能報告制度と入院基本料

病床機能報告制度で急性期とされた病棟は 7 対 1 か 10 対 1 の算定を可能とすることとし、高度急性期病棟ではより多くの医療資源を必要とすることから、新たな区分を設けるか、 I C U、H C U として算定することが望まれる。回復期、慢性期についても、現状の区分に準じた算定を基本とする。

3) 入院基本料における重症度、医療・看護必要度の見直し

個々の疾病毎に医療資源投入量の多寡があることから、入院基本料は、患者毎の病態に基

づく「医療必要度」に応じて設定するのがよい。しかるに、現行の重症度は、画一的でもあり急性期の病状を必ずしも反映しておらず、歪みを生じている。ここでも病床機能報告制度での定量的基準に準じて、重症度、医療・看護必要度を一体として見直し、医療必要度を反映した要件として設定し、真の急性期病院（病棟）が評価されるよう要望する。

① A項目の見直し

現行の項目を基本に据えた上で、急性期の病態又は急性期の重症予防を評価する項目とされるべきである。具体的には、次のような患者病像についての評価を附加する、あるいは現項目へ加えての修正を要望する。

- ・手術後の術後管理（ドレナージ含む）
- ・感染管理
- ・合併症予防
- ・嚥下スクリーニング

② B項目の見直し

医療技術を高度に提供したり、看護師と他職種とが協働で患者をケアしたりするほど、B項目評価点数が早期に低くなる。医療の質を保持する観点からB項目の基本的見直しを要望する。また、認知症やせん妄患者に対する看護ケア量は多大なものがあり、A項目とB項目を組み合わせての要件化などの方法も含めての評価の見直しを、併せて要望する。

③ 特定集中治療室管理料及びハイケアユニット入院医療管理料（I C U等）

重症度、医療・看護必要度の評価項目の内容は、臨床現場での感覚と必ずしも一致したものではない。手術後、早い段階で患者の機器類を外したうえで、人員が充実しているI C U等にてADL改善を含めたケアを提供することで早期離床・早期退院が実現されている。しかし、前回の改定ではこれらの医療の質改善努力を評価する項目とはなっておらず、I C U等における重症度、医療・看護必要度の項目の見直しを要望する。

4) 急性期病床における平均在院日数の維持

急性期治療は疾患の性質上、長期の入院とならざるを得ない患者を抱えることもあり、これ以上の在院日数の短縮は急性期医療の質を低下させる可能性がある。また、諸外国の平均在院日数をそのまま当てはめることも適切でない。したがって、病棟群毎の入院基本料が導入されない場合には、急性期病床における平均在院日数は、現状を維持すべきである。

5) 資格をもった医療従事者の活用と評価

今後の高齢化社会において、認知症を持った入院患者が当然増加する。患者病態評価の中には、認知症患者や要介護度の高い患者に関する評価を盛り込むとともに、これら患者の療養のために、資格を持つ介護従事者等の活用と評価を図るべきである。

6) 医療を推進するためのコストの反映

高騰する光熱費によるコストは無視できない額となって経営を圧迫しており、診療報酬に

より対応を求める。またクラウドを活用したIT化の推進は、医療の質向上による患者への貢献ならびに情報保護対策による情報流出とこれに伴う費用の拡大を防止する効果に加え、診療報酬上も効率化による費用削減効果が見込める。これに要する医療機関のコストについて、評価を要望する。

2. 外来医療について

1) 中小病院と診療所の協調的連携を目指した主治医機能制度

平成26年度診療報酬改定では、地域での全人的かつ継続的診療を目指した主治医機能が評価された。その理念は良いものの、中小病院が対象と想定される地域包括診療料は、性格付けが不明確である。すなわち、救急病院要件では急性期医療の、在宅療養支援病院要件では回復期・慢性期医療の提供となり、これらの両機能を200床未満の病院に同時に求めることは適切でない。今後の少子高齢化社会において中小病院と診療所が協調できる制度設計が肝要であり、24時間対応が困難な場合への工夫や人口の少ない地域への配慮も含め、主治医機能を発揮しやすい制度となることを要望する。

2) 大病院外来における患者インセンティブも考慮した機能分化

継続受診していれば安心など、大病院から離がたい患者心理がある。これに対応する機能分化の一方策として、初診は大病院、安定した時期での再来は主治医機能での担当とするのもよい。複数科同日受診における制限の全廃も含め、患者にとって逆インセンティブとなる診療報酬の設定をすべきである。また、逆紹介を一層推進するための患者紹介状についての評価も必要であり要望する。

3. その他

1) 院内での急性期から在宅までのスムーズな移行

(1) 7対1入院基本料のADL維持向上体制加算

セラピスト配置を促し、廃用症候群の予防を行い、在宅生活が可能な状態での退院を支援するため、点数引き上げを要望する。また、平成26年4月10日付事務連絡通知より、病棟専従の常勤理学療法士が提供できる疾患別リハビリテーション等は1日6単位までとされているが、一層の人員配置を推進するために単位上限緩和を要望する。

(2) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算

在宅移行を積極的に実施していくために要件緩和が必要であり、「保険医療機関から情報提供を受け記録」と簡素化し、施設職員や訪問看護師等からの文書等による情報提供での確認でも認められるよう要望するとともに、本加算点数の引き上げを要望する。

また、寝たきり患者や高齢者は増加傾向にあり、在宅に移行できる患者は少ないため、在宅復帰率50%以上要件を30%程度への引き下げを要望する。

(3) 再入院における入院期間起算日

保険医療機関を退院後、同一疾病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算するがあるが、慢性疾患などは治癒する事が難しいので、軽快でもリセットできるよう要望する。

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

重症度、医療・看護必要度要件を廃止し、たとえば日本医療機能評価機構等の第三者機関による認定を要件とするなど、ケアプロセスの質を担保することを要望する。

(5) 特定集中治療室管理料の施設基準

算定対象患者に、特定集中治療室での持続的観察が必要である不整脈等の患者が含まれ

ておらず、集中治療による管理が必要な疾患であるため、これに含まれるよう要望する。

また、人員の配置や医療機器の配備等、機能面の評価が重視されるよう併せて要望する。

2) 医療機関の連携

(1) 退院時処方の取り扱い

退院時に在宅において使用するための薬剤は算定できるが、地域完結型医療体制を構築するのであれば、転院時の障害になるケースが現実的であり、転院時の退院時処方を算定できるように要望する。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算

急性期病床からのより早期の転院を受け、早期の回復期リハビリテーションの実施により在宅復帰を目指す観点から、療養病棟にも同等の評価を要望する。

(3) 地域連携診療計画管理料

現況、病院からの受け入れを老健がおこなっても、介護報酬に加算単位が無いため老健を退院先として受け入れにくい状況であり、患者の在宅を促進するためにも老健を受け入れ対象とした評価を要望する。

(4) 入院中の患者の他医療機関受診における診療報酬算定

現行制度は取り扱いが煩雑であり、他院外来を受診するだけで入院基本料や特定入院料の減額が15%から70%と大きく、入院患者を取り扱っている医療機関の持ち出し部分が多い。これらは医療機関同士の連携を阻害する一因となり、これまでの改定の連携推進理念とも反するため改定を要望する。

①DPC対象病棟入院中患者の他医療機関受診は、両医療機関の合議に委ねるとされているが、ほとんどのDPC対象病院が自己負担となっている。

②在宅自己注射等の在宅療養指導管理の対象患者が他院へ入院し、入院先で該当する指導管理ができず、通院していた医療機関へ受診し指導を実施した場合、外来を担当する医療機関で在宅療養指導管理料が算定できない。

3) 人員配置の要件緩和

(1) 7対1入院基本料の看護師夜勤72時間ルール

入院基本料には7対1や10対1といった看護職員の人員配置の基準が既にあるため、72時間ルールは絶対要件ではなく、基準を満たす場合に加算となるような以前の「夜間勤務等看護加算」に戻すことを要望する。

(2) 医療通訳を配置している医療機関の評価

多くの外国人が安定して日本滞在ができるよう、医療機関への医療通訳配置の必要性は増しており、例えば外国語講習を受けた職員の配置等、医療通訳を配置している医療機関に対する、診療報酬における点数評価の新設を要望する。

(3) 歯科衛生実地指導料

口腔ケアの取り組みは、入院患者の誤嚥性肺炎発生又は再発が激減する等効果があるが、歯科医師がいないため、例えば「歯科衛生実地指導料」等が算定できない。歯科医師の指示だけでなく、医師の指示でも算定できるよう改定を要望する。

(4) 施設基準の研修受講要件

専任の看護師が「認定看護師又は専門看護師」というような算定要件は厳しく、研修受講が要件となっているもので、研修会の開催頻度が少なく、開催地も限られているのは不合理であり、地域性無く医療の質向上が望めるため、算定要件の緩和を要望する。

4) チーム医療

(1) 栄養サポートチーム加算

一般病棟だけでなく、回復期リハビリテーション病棟や精神病棟でも栄養管理を必要とする患者は多いため、算定病床の拡充とともに、複数職種の職員が活動していることに鑑み、診療報酬の見直しを要望する。

(2) 緩和ケア診療加算

精神ケアを担当する医師が少ないため、身体症状の緩和だけでも評価を要望する。

(3) 呼吸ケアチーム加算

人工呼吸器装着日から1か月以内が算定対象だが、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアを長期間必要とする患者が多いことから、算定期間の延長を要望する。

5) 地域包括ケア病棟入院料

診療密度の高い患者やリハビリテーションを必要とする患者を鑑み、包括される診療行為の見直しを行い、多くの医療機関が当該入院料を算定でき、今後の増床が図れるよう見直しを要望する。

6) リハビリテーション

(1) 回復期リハビリテーション入院料

人員配置について、専従常勤医師が不在日に別のリハビリテーションに係る研修を修了した専従医を配置する要件は、施設基準で「1名以上」となっている点と矛盾があり、

体制強化加算の専従医師が外来診療を認められないのは、リハビリテーションの継続性からして支障があるため見直しを要望する。また、回復期リハビリテーションの充実に向け、回復期リハビリテーション認定看護師の加算等の評価を要望する。

対象患者について、発症から入院まで2か月以内に当該入院料の算定が開始とされているが、脳炎や重症の頭部外傷、重症の脳卒中では合併症も多く、リハビリテーション効果が期待できる身体・精神状態になるまでに、2か月以上の期間が必要なケースも少なくない。そのため、重症例などは入院までの期間の制限緩和を要望する。

(2) がん患者リハビリテーション料

がん患者は増加傾向にあり、今後ますます充実が求められる領域であるが、施設基準にある研修会の開催頻度が少ないため、研修機会が大きく制限されている。したがって、個人単位ではなく施設単位等要件への見直しとともに、入院患者だけでなく外来患者への評価拡充を要望する。

(3) 疾患別リハビリテーション料

呼吸器リハビリテーションや心大血管リハビリテーションでは摂食機能療法を必要とする患者も多く、言語聴覚士が実施した際の評価を要望する。

また、チーム医療を推進するために、病床当たりのセラピスト配置割合を基準とするよう見直しを要望する。

(4) 摂食機能療法

高齢者の誤嚥性肺炎患者に対するニーズが高く、入院長期化抑制にも重要な役割を果たすため、適応疾患の拡充を要望するとともに、1単位30分ではなく20分への見直しを要望する。

(5) 難病患者リハビリテーション料

ミトコンドリア病、ウィルス性脳炎後遺症、自己免疫性脳炎後遺症の対象疾患拡充を要望する。

(6) 脳血管疾患リハビリテーション料

重症の高次機能障害を合併した患者のリハビリテーションは点数の再評価とともに、廃用症候群のリハビリテーション算定時に添付する評価表について、医療保険での治療に対し要介護度を記載することは、患者側視点でも介護保険証の提示を求める等時間的負担も多く、見直しを要望する。

また、脳血管疾患リハビリテーション料算定の対象に、言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能もしくは聴覚機能に係る訓練を行った場合とあるが、摂食嚥下訓練が脳血管疾患リハビリテーション料として算定できるよう、言語聴覚士の介入要件の拡大を要望する。

(7) 維持期リハビリテーション

介護保険適用病棟はリハビリテーションの算定に制限は無いが、医療保険では制限がある。同一リハビリテーションの中で、重症度や必要性に応じた制限の弾力化を要望する。

また、医療保険による維持期リハビリテーションが有効な場合も多くみられ、経過措置の延長もしくは医療保険による維持期リハビリテーションの継続を併せて要望する。

7) 短期滞在手術等基本料

退院後 7 日以内の再入院の場合、DPC のルールも絡み双方の入院料算定が複雑でわかり難く、入院会計の変更による返金や追加徴収で患者側にも迷惑が掛かるうえ、説明内容も複雑となるため、再入院算定ルールの簡素化を要望する。

また、短期滞在手術等基本料 3 は全てが包括医療（一部除外あり）であるため、術前（外来）も全て包括となるが、検査に伴う判断料は算定可能と明記されている一方で、「定型的な検査、画像」についての説明がなく不明瞭であり、外来診療に対する包括部分の明瞭化を要望する。

8) 救急医療及び救急医療管理加算

(1) 検査及び画像診断の時間外加算

時間外に受診し検体検査や画像診断をおこなった結果、入院が必要と判断され入院となる場合でも DPC では包括となってしまうが、緊急に行う検査や画像診断を評価する加算であるため、出来高算定とされることを要望する。

(2) 院内トリアージ実施料

二次救急では時間に関係なくトリアージを実施することは非常に重要であり、休日及び夜間だけでなく、時間内の受入れでも算定可能とすることを要望する。

(3) 救急医療管理加算

算定対象となるアからケ及びそれに準ずる重篤な状態が不明瞭であるため、明確化することを要望する。

また、救急医療の初期対応は多くのコストを要し、多額の赤字となっている。入院診療の応需態勢に対する十分な評価のための増点について、見直しを要望する。

(4) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算

急性期病院は、疾患の性質上や地域性（後方支援病院が少ない）等の問題により、長期入院患者を抱え込まなければならないのが現状としてある。現在、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算の評価はあるが、「7 日以内に転院」要件が厳しく十分に機能分化の推進を図っていない。急性期病院における平均在院日数の維持や短縮化、医療機関の機能分化と連携を促すためにも要件の緩和を要望する。

(5) 処置及び手術の時間外、休日、深夜加算 1 の施設基準

「届出診療科全体」で当直は年間 12 日までとされているが、診療科ごとの医師数偏在や医療機関が提供する医療機能等が異なるため、当直体制に係る診療科を合算しての日数（診療科単位）等への要件緩和を要望する。

(6) 心臓カテーテル検査の時間外加算

疾患の特異性から心臓カテーテル検査は緊急で実施する頻度も高いが、多くの病院では常時実施態勢になく、職員の緊急登院で対応し人件費コストも掛かるため、時間外等加算の新設を要望する。

(7) 人工腎臓への時間外等加算

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、吸着式血液浄化法等は職員の緊急登院

で対応し、人件費コストが掛かるため、時間外等加算の新設を要望する。

(8) 夜間休日救急搬送医学管理料

時間内であっても医療スタッフ確保等の人件費コストや医療機器維持コスト等が掛かるため、時間内の受入れでも算定が可能となるとともに、急性アルコール中毒患者への対応は多くの人件費コストが掛かるため、精神疾患患者等受入加算と同等の評価を要望する。

9) 在宅医療

(1) 在宅時医学総合管理料

「同一建物の複数訪問の点数」について、地方部では遠距離施設から訪問診療要請の場合、時間と労力に対しての診療報酬が正当に評価されていないため、見直しを要望する。

(2) 在宅自己注射指導管理料

週2回の外来受診をしないと指導料の算定はできないが、緊急で外来受診されアドレナリン製剤（エピペン）を処方する場合は、その場で指導し処方するため、1回目の外来受診で指導料の算定ができるよう要望する。

(3) 血糖自己測定器加算

算定要件に、「在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料又は区分番号「C101-2」在宅小児低血糖症患者指導管理料に加算するものとあるが、初回から測定器は処方するため、初回から算定できるよう見直しを要望する。

10) 勤務医等医療従事者の負担軽減

医師事務作業補助体制加算は急性期医療だけでなく、回復期リハビリテーション病棟や精神病棟においても勤務医等医療従事者の負担軽減は必要なことであり、見直しを要望するとともに、加算1で業務場所の80%以上を病棟又は外来とされているが、例えば文書作成の一部は場所を選ばず可能であり、その割合も高いため、場所ではなく業務量を基準とした要件への見直しを要望する。

11) その他

(1) DPC

①新規分岐設定

心不全におけるハンプは高額薬剤のため新規分岐設定要望とともに、認知症患者は医療従事者の労力が必要であり、副傷病としての分岐を併せて要望する。

②血管造影の医療材料

高額材料を複数使用するケースがあるため、出来高算定への見直しを要望する。

③機能評価係数Ⅱ

現行の各係数のデータ公開を求めるとともに、暫定調整係数からの置き換えについて慎重な点数配分となるよう併せて要望する。

④再入院ルール

再入院について、診断群分類上位 2 術で判定されるようになったが、治療内容が異なる疾患が同一の診断群分類でコーディングされることは正当な評価でないため、見直しを要望する。

(2) 胃瘻造設術

病院の規模や地域性及びその役割が異なる点を考慮せず、年間 50 件以上実施の場合は 35% 以上を 1 年以内に経口摂取に切り替える要件は、医療造設術依頼が多い医療機関には厳しい要件であり、見直しを要望する。

(3) 画像診断ポータブル撮影の評価

入院患者には寝たきり等で動きが制限される患者も多く、ポータブル撮影の頻度が増加しているため、時間や人員に対する評価の新設を要望する。

(4) 初再診料

同一日の初再診料の減額や制限は、患者の中核病院集中の要因の一つであり、診療した診療科全てについて算定可能となる見直しを要望する。

(5) 発症後 48 時間以内の大腿骨近位部骨折に対する手術評価

高齢化に伴い大腿骨近位部骨折患者の増加が著しいが、医師不足により早期手術が困難となっている。48 時間以内に手術を実施しない場合、褥瘡や筋力低下、血栓塞栓等のリスクが高まり予後に影響があることから、早期手術に対する医療従事者負担評価を要望する。

(6) 障害者施設等入院基本料の 7 対 1

一般の医療機関等でも、患者看護に対する必要度や人員配置の条件を満たしていれば、障害者施設等入院基本料の 7 対 1 を算定できるよう、要件緩和を要望する。

(7) 糖尿病透析予防指導管理料

透析療法は、予防指導の対象は糖尿病に限ったことではなく、生活改善に視点を置いた看護師による指導は重要であり、糖尿病透析予防指導管理料の対象疾患拡充の見直しを要望する。

(8) 経口補水液のみ提供時の入院時食事療養費

手術前に食事を提供せず経口補水液のみを提供する場合、入院時食事療養費が算定不可となったが、手術前の水分管理は重要な治療の一部であり、治療行為としての見直しを要望する。

(9) 排泄ケアに対する評価

高齢化に伴い、排泄ケアに対する指導が増加し療養指導内容も多岐に渡っており、ストーマケアは指導が評価されているため、同様に尿失禁や便失禁又は膀胱留置カテーテルに係る指導に対し、診療報酬として評価を要望する。

(10) 訪問看護管理療養費等

真皮を超える褥瘡の状態にある患者での重症度の高い者としての評価見直し、4 回以上訪問の複数回訪問の評価、在宅ターミナルケア要件を 24 時間以内から 72 時間以内等への見直しを要望する。

また、平成 27 年度介護報酬改定で新設された看護体制強化加算は、医療保険でもニーズが高く同様に評価されるべきであるため新設を要望する。

4. 精神科医療について

1) 入院基本料等

(1) 特定入院料算定時の他医療機関受診による減算の廃止

現実に精神科専門医療を実施している病棟の多数が単科精神科病院であり、他の医療機関で身体疾患の診療を受けることがしばしばある。その受診に際しては家族との協議、看護師等職員の同行など、多大な労力を要している。この問題において、他の一般医療における特定入院料と同等に減算されることは合理性を欠く。

(2) 医療観察法入院からの移行入院医療管理加算について

医療観察法入院であっても、治療反応性がないという理由で精神保健福祉法の入院に移行することがある。この場合の治療には多くの人手を要するにもかかわらず、何らの手当てもなされていない。新たに医療観察法入院からの移行入院加算の設定を求める。点数は 1 日につき 500 点とする。

(3) 薬物依存症入院医療管理加算について

近年、危険ドラッグの問題が大きな社会問題となっていたが、アルコール依存症以上に人手もかかり治療の難しい薬物依存症については何の加算もない。そのため、薬物依存症入院医療管理加算の新設を求める。なお、30 日以内 300 点、31 日以上 60 日以内 200 点を加算することを求める。

2) 総合病院精神科

(1) 精神病棟入院基本料のうち 10 対 1 入院基本料の平均在院日数要件を 40 日から 60 日に改定すること

平成 22 年改定において 10 対 1 精神病棟入院基本料が新設されたが、平均在院日数要件からこれを取得できない病院が多い。精神科疾患の特性から、平均在院日数の要件を 40 日から 60 日に変更することにより、一般病院における精神病棟の確保、維持に貢献できる。また、この項目は単科精神病院にも適応するべきである。

(2) 精神病棟と一般病棟入院基本料の合算

精神病棟は一般病院に併設していても精神病棟入院基本料で算定し、一般病棟入院基本料では算定されない。他の診療科は全て診療科毎の算定ではなく一般病棟として看護師数、平均在院日数を合算されており、精神病棟だけが合算から除外される合理的根拠はない。少なくとも下記①～④の条件を満たす精神病棟は一般病棟入院基本料に合算できるよう要望する。

- ①当該精神病棟が 16 対 1 医師配置を行っていること

- ②看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと
- ③精神病棟の病床数が 50 床以下であること
- ④当該精神病棟の平均在院日数が 60 日以下であること

(3) 総合入院体制加算（1）（2）を精神病棟においても算定可能とすること

本加算を算定している病院であっても、精神病棟における算定は認められていない。施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担う体制があると考えられる。総合入院体制加算（1）（2）を算定している病院において、精神科入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟、精神科救急・合併症入院料を算定する病棟がある場合は、それらの病棟においても総合入院体制加算（1）（2）の点数を算定できるよう要望する。

3) 児童思春期精神科

(1) 精神科専門療法の点数の見直し

20 歳未満に対する精神科デイ・ケア及びショート・ケアは、学校や専門機関（児童相談所、施設など）、家族との連携が重要であり、専門的な知識や技術を必要としている。また、有効な結果を導くためには、多くの専門職（作業療法士、看護師、看護補助者、臨床心理技術者、精神保健福祉士や保育士など）とのチーム医療が必須であり、多くの時間（関連機関との連携、情報交換、スタッフ間の協議や検討など）を要し専門性に対する適正な評価が必要である。

①20 歳未満の精神科デイ・ケア 1 回につき 200 点の加算

20 歳未満のデイ・ケア 1 回につき 200 点加算の根拠として、通院・在宅精神療法 20 歳未満の加算点数（350 点）と比べ、時間や人員配置の観点から同等の評価が必要である。

②20 歳未満の精神科ショート・ケア 1 回につき 100 点の加算

20 歳未満のショート・ケア 1 回につき 100 点加算の根拠として、通院・在宅精神療法 20 歳未満の加算点数（350 点）と比べ、時間や人員配置の観点から同等の評価が必要である。

③半日プログラムの精神科ショート・ケアと他の精神科専門療法の同一日算定

精神科ショート・ケアを算定すると同一日に他の精神科専門療法の算定ができないが、精神科患者にとってデイ・ケア、ショート・ケアは薬物療法とならび重要な治療であるため、外来の前後にショート・ケアを利用するよう指導することが多い。よってこれを算定できるように要望する。

(2) 通院・在宅精神療法の施設基準の見直し及び診察医の資格基準の設定

要件を児童・思春期精神科医療における専門性の担保に変更する。

積極的かつ専門的に児童・思春期精神科医療に取り組んでいる大学病院、総合病院、診療所が多い。児童・思春期精神科入院管理料を算定する医療機関で、16 歳未満の患者を対象とした場合のみ 2 年間算定できるとされているが、これを一

定の専門性の担保を要件に変更すべきである。

- ①精神保健指定医あるいは日本精神神経学会専門医であること
- ②全初診患者の半数以外が 16 歳未満であること

4) 精神科救急

(1) 精神科救急入院料 I の新設

重症かつ急性患者を迅速・確実に受け入れ、短期集中的治療により、速やかに在宅ケアに移行する観点から、精神科救急医療体制整備事業における常時対応型の精神科救急医療施設であることや全国共通の臨床指標データベースの導入などを要件として、現行の精神科救急入院料 I を見直し、入院 2 週間以内は 5,000 点、4 週間以内は 3,500 点、12 週間以内は 2,800 点とする。現行の精神科救急入院料 I は精神科救急入院料 II とし、現行の精神科救急入院料 II は廃止する。現状調査によれば、この見直し措置によって、現行の精神科救急入院料病棟群にかかる入院医療費の総額にはほとんど変化がないと推計される。

5) 精神科急性期作業療法について

(1) 精神科急性期作業療法について

精神科における作業療法は、現行の集団的形態から個別的形態へと急速に変化している。平成 26 年度より新設された認知症患者リハビリテーション料に合わせ、精神病院に入院した患者に早期からリハビリを実施した場合に、240 点の新設を要望する。その要件として、入院 3 ヶ月まで、1 人の作業療法士が 20 分以上の個別対応を行うこと。1 人当たり 18 人の患者を限度とすること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に限ること。

(2) 精神科デイ・ケアについて

精神科デイ・ケアは、現行の生活支援モデルから、社会復帰、社会参加モデルに急速に移行している。ケースマネジメントを併施できるデイ・ケアの効果として、就労移行（一般就労、福祉就労）や安定した地域定着が可能となり、デイ・ケアの終結も可能となる。

人員配置を 1.5 倍としたデイ・ケアの診療報酬を 1200 点に増額することを要望し、これをデイ・ケア I とし、従来のデイ・ケアはデイ・ケア II として存続する。