

# 平成24年度診療報酬改定

社会保険担当理事連絡協議会  
(平成24年3月5日)  
日本医師会常任理事  
鈴木邦彦

# 平成24年度診療報酬改定

平成23年12月21日決定

全体改定率 +0.004%

## (1) 診療報酬改定(本体)

改定率 +1.379% (約5,500億円)

各科改定率 医科 +1.55%(約4,700億円)

※ 入院・外来別の改定率は未設定

歯科 +1.70%(約 500億円)

調剤 +0.46%(約 300億円)

## (2) 薬価改定等

改定率 ▲1.375% (約5,500億円)

薬価改定 ▲1.26% (薬価ベース▲6.00%)(約5,000億円)

材料価格改定▲0.12%(約500億円)

# 最近の診療報酬と薬価基準等の改定状況

単位：%

年 度	診 療 報 酬 改 定		薬 価 改 定	ネット
	改 定 率	各科改定率	引上げ率(医療費ベース)	
平成8年度 (1996)	+3.4	医科：+3.6 歯科：+2.2 調剤：+1.3	▲2.6 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	+0.8
平成9年度 (1997)	+1.70 (うち消費税上げ+0.77)		▲1.32 (うち医療材料の引下げ▲0.05)	+0.38
平成10年度 (1998)	+1.5	医科：+1.5 歯科：+1.5 調剤：+0.7	▲2.8 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲1.3
平成12年度 (2000)	+1.9	医科：+2.0 歯科：+2.0 これに加え0.5% (歯科用貴金属の国際価格変動対応) 調剤：+0.8	▲1.7 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	+0.2
平成14年度 (2002)	▲1.3	医科：▲1.3 歯科：▲1.3 調剤：▲1.3	▲1.4 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲2.7
平成16年度 (2004)	±0	医科：±0 歯科：±0 調剤：±0	▲1.0 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲1.0
平成18年度 (2006)	▲1.36	医科：▲1.50 歯科：▲1.50 調剤：▲0.60	▲1.8 (うち医療材料の引下げ▲0.2)	▲3.16
平成20年度 (2008)	+0.38	医科：+0.42 歯科：+0.42 調剤：+0.17	▲1.2 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲0.82
平成22年度 (2010)	+1.55	医科：+1.74 (入院：+3.03% 外来：+0.31%) 歯科：+2.09 調剤：+0.52	▲1.36 (うち医療材料の引下げ▲0.13)	+0.19
平成24年度 (2012)	+1.379	医科：+1.55 歯科：+1.70 調剤：+0.46	▲1.375 (うち医療材料の引下げ▲0.12)	+0.004

# 改定の基本方針

社会保障・税一体改革成案の確実な実現に向けた最初の第一歩  
「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いた取組を行う

## 《財務大臣と厚生労働大臣 合意（重点項目）[12月21日]》

下記の3項目に**重点的に配分**する

- 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな**医療従事者の負担軽減・処遇改善**の一層の推進を図る
- **地域医療の再生**を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る
- がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における**医療技術の進歩の促進と導入**を図ることができるよう、その評価の充実を図る

## 《社保審 医療部会・医療保険部会 基本方針（2つの重点課題と4つの視点）》

【重点課題】

[12月1日]

- 1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな**医療従事者の負担軽減**
- 2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

【4つの視点】

- I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
- II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
- III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

# 改定の主なポイント

## (1) 2回連続のネットプラス改定という政治判断

【賃金の動向】人事院勧告：▲1.7%（平成22年度改定～平成23年度まで）

【物価の動向】消費者物価指数：▲0.5%（平成22年度改定～平成23年9月まで）

### 《中医協における支払側の意見》[12月7日]

景気や雇用情勢の悪化や賃金の低下など、国民生活が厳しい状況にあり、また、医療保険財政も急速に悪化している一方で、医療機関の経営状況は概ね安定的に推移していること等を踏まえれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体（ネット）の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られず、財源を効率的かつ効果的に配分すべき

### 《中医協における診療側の意見》[12月7日]

平成14年度改定から平成20年度改定までの全体（ネット）マイナス改定により、急性期医療を引き受ける大規模病院、地域医療を支える中小病院や一般診療所、歯科診療所、薬局の経営はなお不安定で、前回の全体（ネット）プラス改定のみでは不十分であり、また、国際的に見て我が国の税と保険料を併せた国民負担は低く、引き上げる余地があり、医療機関の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るために、診療報酬の引き上げによる医療費全体（ネット）での底上げを行うべき

## (2) 入院・外来の財源の区分けをされず中医協の機能を果たせた

前回（入院：外来＝11:1） ➡ 今回（結果的に入院：入院外＝2.4:1）

## (3) 財務大臣と厚生労働大臣の合意

医療従事者の処遇改善、地域医療の再生など、3項目に重点配分

前は急性期の大病院、今回は中小病院、有床診療所、診療所の役割を評価



- 前は急性期の大病院にかなり手厚く配分されたが、今回は、**地域医療の再生**を図る観点から、医療と介護の役割分担と連携、在宅医療などが重点課題となり、**診療所、有床診療所、中小病院の役割**が評価された。
- **医療技術**の評価・再評価について、学会等からの提案書に基づき検討し、保険適用される仕組みが確立した。
- 前回改定で積み残した**医療資源の少ない地域に配慮した評価**が行えた。
- その他の分野でも、在宅や外来での緩和ケア、糖尿病の透析予防、認知症など、身近なところで受ける**地域に密着した医療への評価**もされた。
- 前回、エビデンスなく引下げられた**診療所の再診料**は、診療側が回復を強く求めたにもかかわらず、議論の対象にもならなかったことは遺憾。
  - 診療所の外来機能は、日本の医療の根底部分を支えており、病院勤務医の負担軽減にも繋がる。今後、時間外や在宅への対応がより求められるようになると、**公衆衛生活動**に時間を割くのが難しくなり、地域医療がまた新たな問題を抱えることを懸念
  - 初・再診料や入院基本料など**基本診療料**については中医協の答申書附帯意見に明記されたので平成24年度から議論していきたい



社会保障・税一体改革に向けた最初の第一歩として、2025年度のあるべき医療・介護の姿を念頭に置いた取組が行われたとしているが、あくまでも既存資源を活用した**日本型医療**で対応するなら**本当の第一歩**となるであろう。

## 医科における財源配分

医科改定財源4,700億円は、病院勤務医等の負担軽減に1,200億円、在宅医療等の推進に1,500億円、がん治療・認知症治療等に2,000億円配分された。

《平成24年2月1日 中医協 総-5》

### 24年改定の医科重点項目について

1. 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。  
約1,200億円
2. 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。  
約1,500億円
3. がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。  
約2,000億円



## 改定財源の配分

	平成22年度	平成24年度
全体	+0.19%	+0.004%
診療報酬本体	+1.55% 5,700億円	+1.379% 5,500億円
医科	+1.74% 4,800億円 { 入院 +3.03% 4,400億円 外来 +0.31% 400億円	+1.55% 4,700億円 { 入院 +2.07% 3,300億円 入院外 +1.01% 1,400億円
歯科	+2.09% 600億円	+1.70% 500億円
調剤	+0.52% 300億円	+0.46% 300億円
薬価・材料	▲1.36% 5,000億円	▲1.375% 5,500億円

# 中医協等における審議経過

## 平成22年9月8日

【総会】次回改定に向け3点を優先審議していくことを決定し、  
月2回のペースで検討開始

- 1) 基本診療料関連(初・再診料、外来管理加算、入院基本料等)
- 2) 医療と介護の同時改定関連(医療と介護の連携、訪問看護、慢性期入院医療)
- 3) 医療従事者関連(勤務医の負担軽減)

## 平成23年7月1日

社会保障・税一体改革成案が閣議報告

### 7月27日

【総会】社会保障・税一体改革成案が中医協に報告

### 8月1日～3日

中医協による被災地視察・意見交換会

### 8月24日

【総会】被災地訪問・意見交換会の報告

医療経済実態調査の調査票誤送付等の責任検証WGからの報告

大塚副大臣からの検証提案

【薬価部会】関係業界からの意見聴取

同一成分の新薬の価格が各国で異なる要因

### 8月30日

野田新首相誕生

## 9月7日

【調査実小】第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)のデータ信頼性検証

【検証部会】平成22年度診療報酬改定の結果検証(平成22年度調査)の結果

【総会】次期診療報酬改定に向けた今後のスケジュール

平成22年度診療報酬改定の結果検証(平成22年度調査)の結果

DPC制度における対応(DPC分科会からの中間報告(1))

慢性期入院医療の包括評価分科会からの報告

医療技術評価分科会の進め方

被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置

## 9月23日

国民医療推進協議会で受診時定額負担に対する反対決議

## 9月28日

【総会】次期診療報酬改定に向けた今後のスケジュール(現時点での項目案)

【材料部会】医療機器業界からの意見聴取

【薬価部会】新薬創出等加算の検証

次期薬価制度改革に向けたこれまでの主な指摘と今後の議論の進め方

## 10月5日 ※ 中医協は週1回の頻回ペースで具体的項目の検討開始

### 【総会】入院・外来・在宅医療について(総論)

我が国の現状と医療・介護に係る長期推計

入院医療の機能分化

I. 高度急性期・一般急性期医療、II. 亜急性期等医療、

III. 長期療養、IV. 地域に密着した病床

入院医療の機能分化に向けた今後の方向性

外来医療の役割分担に向けて

在宅医療の充実に向けて

今後の目標と課題

## 10月12日

### 【総会】外来管理加算、地域医療貢献加算(検証結果を受けて)

明細書の無料発行義務化(検証結果を受けて)

## 10月19日

### 【総会】救急・周産期医療について

救急医療(救急医療におけるトリアージ)、周産期医療、新生児医療

先進医療の実績報告

### 【材料部会】平成24年度保険医療材料制度の検討に当たっての論点(案)

### 【薬価部会】後発医薬品の薬価等について

既収載の医薬品(ラセミ体)を光学分割した医薬品

小児加算の取扱い

## 10月21日

【総会】災害医療(①東日本大震災の被災地への対応、②今後の災害医療体制の強化)

【介護給付費分科会との打合会】診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて

## 10月26日

【薬価部会】外国価格調整、原価計算方式による算定方式の取扱い

【総会】がん対策(外来放射線治療、緩和ケア)

生活習慣病対策(糖尿病対策、たばこ対策)

感染症対策(結核)(退院基準と平均在院日数、陰圧室、合併症)

## 11月2日

【調査実小】第18回医療経済実態調査の報告

【薬価部会】市場拡大再算定

【総会】精神科医療

I 認知症(①鑑別診断、②入院治療、③重度認知症患者デイ・ケア)

II 身体疾患を有する精神疾患患者等の救急医療

(①一般病棟における合併症患者、②精神科病棟における合併症患者)

III 精神療養病棟

IV 地域移行(①精神科デイ・ケア、②訪問看護、③外来の体制)

V その他(①外来における向精神薬の取扱い、②認知行動療法)

医療経済実態調査の報告

調剤薬局等における一部負担金の受領に応じたポイントの付与等



## 11月9日

### 【総会】在宅医療

①自宅以外の場所における医療サービスの充実、②急変時の対応、③在宅医療サービスの充実、④その他の課題:(i)在宅緩和ケア、(ii)地域医療を担う施設の地域性、(iii)地域の拠点機能

介護給付費分科会との打合せの報告

後発医薬品の使用促進のための環境整備について

## 11月9日

日本医師会が医療経済実態調査の分析結果を発表

「病院では前回改定の成果が見られたが、青色申告の個人診療所で厳しい結果であった。

医療法人の病院長と勤務医の給与が減少したことは深刻。

調査予算を年間データによる定点調査に集中して対象施設数の拡大を求める。」

## 11月11日

### 【総会】訪問看護

効率的な訪問看護、医療ニーズが高い等多様な患者に対する訪問看護の充実、  
医療から介護への円滑な移行

在宅歯科医療、在宅医療における薬剤師業務

## 11月16日

### 【薬価部会】後発医薬品の薬価等

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の検証

保険医療上必要性の高い医薬品の薬価改定方式

市場拡大再算定

配合剤の取扱い

## 11月18日

### 【総会】DPC分科会からの中間報告(2)

#### 医療経済実態調査に対する各側の見解

##### [診療側]

「今回の医療経済実態調査からは、10年振りのプラス改定となった前回改定を受けて、医業収益(保険薬局は収益)にある程度の伸びが見られたものの、これまでの相次ぐ診療報酬のマイナス改定によって経営状態が大きく悪化したところから少しばかりの改善を見せたに過ぎない。

しかも、国民のための質の高い医療の提供にとって不可欠な設備投資等を行い、さらに勤務医の処遇改善等を進めるためには、一定の黒字幅を持続的に確保することが必要であること等も考えると、経営は依然として不安定であることが示された」

## 11月25日

### 【材料部会】外国価格参照制度

#### イノベーションの評価

### 【総会】医療提供体制(1)

#### 入院医療

I. 高度急性期・一般急性期(①入院基本料、②入院日及び退院日の曜日、③入院日、退院日の評価、④その他(高度急性期・急性期医療に係る特定入院料):(i)救命救急入院料、(ii)小児の集中治療)

II. 亜急性期等医療

亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

III. 長期療養(①一般病棟の長期入院、②小児精神医療における小児入院医療管理5の算定)

IV. 有床診療所における入院医療

V. 地域特性

次期診療報酬改定に対する中医協としての意見具申

## 1 1月30日

### 【総会】医療提供体制(2)

#### 外来医療

1. 特定機能病院等での専門特化外来
2. 複数科受診
3. 他医療機関受診

#### 後発医薬品の使用促進のための環境整備(その2)

## 1 2月1日

社会保障審議会 医療保険部会・医療部会が

『平成24年度診療報酬改定の基本方針』をまとめる

## 1 2月2日

### 【総会】医療提供体制(3)

#### 医療連携

- ①退院調整、②救急医療、③周産期・小児医療、④精神科医療
- ⑤がん診療、⑥認知症診療、⑦慢性期医療

#### 薬価調査・特定保険医療材料価格調査結果

### 【薬価部会】後発医薬品の薬価等について

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の検証

平成24年度薬価制度改革に向けた全体的な論点整理

## 12月7日

【材料部会】再算定における為替変動への配慮

【薬価部会】平成24年度薬価制度改革に向けた全体的な論点整理について  
新薬創出・適応外薬解消等促進加算

【総会】提供体制(4)

### I 院内体制

#### ①病院医療従事者の負担軽減策

- (i) 医師・看護師等の業務分担、(ii) 看護職員の勤務負担軽減、
- (iii) 医師事務作業補助者、(iv) 交代勤務制

#### ②チーム医療

- (i) 呼吸ケアチーム、(ii) 栄養サポートチーム、
- (iii) その他(臓器・造血幹細胞移植後のフォローアップ)

#### ③院内感染、院内安全に対する取り組みの評価、

- (i) 院内感染、(ii) 患者サポートの充実に対する評価、
- (iii) 医療機器の保守管理等、(iv) 交代勤務制

#### ④入院基本料等加算の整理

### II リハビリテーション

#### ①回復期リハビリテーション病棟

#### ②リハビリテーション

- (i) 早期リハビリテーション、(ii) リハビリテーションにおける医師の診察、
- (iii) 医療と介護の円滑な移行)

薬剤師の病棟での業務

## 1 2月7日（続き）

【総会】平成24年度診療報酬改定について『建議書』をまとめ、

厚生労働大臣に意見具申

「本協議会としては、基本方針の実現に向けた診療報酬改定の具体的検討を行う所存である。厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成24年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求める」

[支払側]

「診療報酬全体（ネット）の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られず、財源を効率的かつ効果的に配分すべき」

[診療側]

「医療機関の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るために、診療報酬の引き上げによる医療費全体（ネット）での底上げを行うべき

## 1 2月14日

【薬価部会】関係業界からの意見聴取

【総会】後発医薬品の使用促進（骨子案）

これまでの宿題事項

## 1 2月16日

【材料部会】平成24年度保険医療材料制度改革の骨子（案）

【薬価部会】平成24年度薬価制度改革の骨子（たたき台）

## 12月21日

【薬価部会】平成24年度薬価制度改革の骨子(案)

【総会】DPC分科会からの報告(その2)

保険医療材料制度改革の骨子

薬価制度改革の骨子

平成24年度診療報酬改定の具体的な項目について両側の意見書

[支払側]

「平成24年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)の意見」

[診療側]

「国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための  
平成24年度診療報酬改定に関する2号(診療側)委員の意見」

～改定率決定 財務大臣と厚生労働大臣の合意～

## 平成24年1月13日

【総会】平成24年度診療報酬改定(改定率等の紹介)

これまでの議論の整理(現時点の骨子)(その1)

消費税率の引き上げを踏まえた検討

## 1月18日

【総会】厚生労働大臣からの諮問

これまでの議論の整理(現時点の骨子)(その2)

1月13日中医協での意見

医療資源が限られた地域への対応

パブリックコメントの募集(1月25日まで)



## 1月20日

【総会(地方公聴会(愛知県津島市))】意見発表

参加者462名 意見発表者11名

## 1月25日

【薬価部会】平成24年度実施の薬価算定基準等の見直し(案)

【材料部会】平成24年度実施の保険医療材料制度の見直し(案)

【総会】市場拡大再算定

平成24年度実施の薬価制度見直しの内容(案)(薬価部会からの報告)

平成24年度実施の保険医療材料制度見直しの内容(案)(材料部会からの報告)

平成24年度改定に向けたDPC制度の対応  
公聴会の概要報告

## 1月27日

【総会】医療技術評価分科会からの報告

先進医療保険導入、先進医療実績報告

個別改定項目(その1)

## 1月30日

【総会】平成24年度実施の特定保険医療材料の機能区分の見直し

機能区分の細分化、合理化、新規評価、簡素化

個別改定項目(その2)

## 2月1日

### 【総会】個別改定項目(その3)

答申書の附帯意見案

パブリックコメントの結果報告

1月18日～25日までの大変短い期間にもかかわらず、**1314件**もの意見が投稿された

最も意見が多かったのが**再診料**について**266件**

- ・ 再診料については、前回、診療所が2点引き下げられ、診療所・病院の再診料が統一されたが、診療所、中小病院の外来機能が病院勤務医の負担軽減に貢献していることを踏まえ、再診料は71点に戻すべき**(30件)**
- ・ 再診料を診療所、病院ともに74点にすべき**(236件)**

## 2月10日

### 【総会】答申

被災地における診療報酬の特例措置延長

## 3月5日

告示

# 平成24年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見

中 医 協 総 - 2  
平成24年2月10日

## (急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。

- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
- ・薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む。）
  - ・歯科医師等による肩衿期等の口腔機能の管理
  - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
  - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
- 等

（医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実）

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

## (質が高く効率的な医療提供体制)

- 8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。
- 9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
  - ・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に対する経過措置
- 10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

## (質が高く効率的な医療提供体制)

- 11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。
- 13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

## (患者の視点に配慮した医療の実現)

- 14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。



## (医薬品、医療材料等の適正な評価)

- 15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。
- 16 手術や処置・内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。
- 17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術・革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

## (その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

- (1) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2) 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4) 一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5) 診療報酬における消費税の取り扱い
- (6) 医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

## 【総論】

- 再診料
- 複数科受診(同一日2科目の再診料)
- 地域医療貢献加算→時間外対応加算
- 後発医薬品の使用促進
- 入院中の患者の他医療機関受診の緩和
- 被災地における診療報酬の特例措置延長
- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)
- 診療所関連の主な改定項目《外来》
- 有床診療所関連の主な改定項目

# 再診料

## 【日本医師会の要望】

前回改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療はいまだ危機に瀕している。日本医師会は、診療所、中小病院に係る診療上の不合理を徹底的に是正することを要望する。

最重点項目は、診療所、中小病院の再診料の見直しである。診療所、中小病院の再診料の水準を前回改定前の診療所の水準に戻し、さらに今回のプラス改定の中で適正に評価されることを要望する。

## 【前回改定における再診料の引下げ】

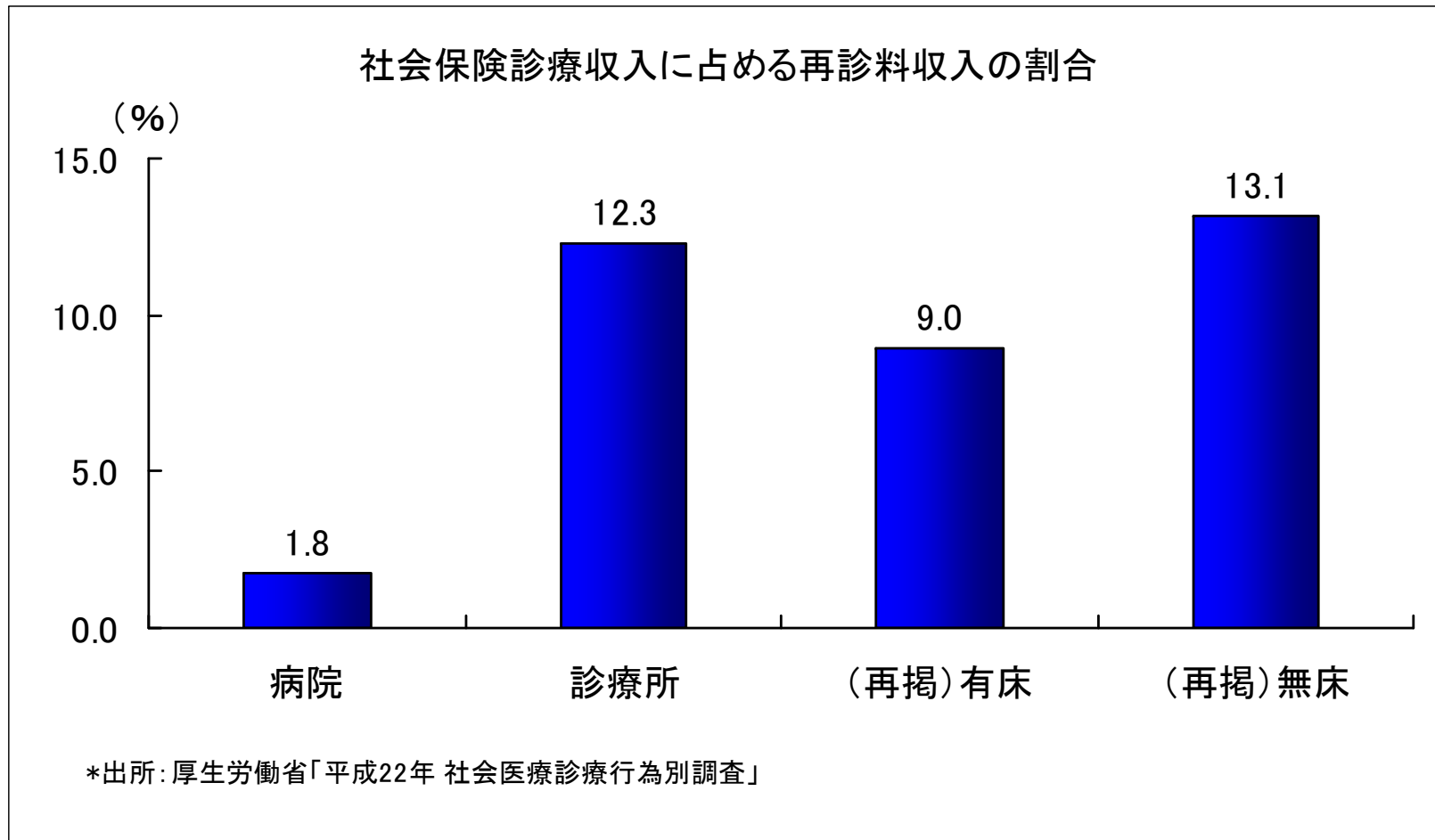
これまで「病院は入院、診療所は外来」という役割分担の下、診療所の主たる財源である再診料が病院(200床未満)の再診料よりも高く設定されてきた。前回改定前の再診料は、診療所71点、病院60点である。

これに対し、「患者にとって病院と診療所の再診料が異なることはわかりにくい」との指摘があった。

中医協において診療側委員は「病院を引上げて再診料を統一することに異論はない」としたが、前回改定が10年ぶりのプラス改定であった中、診療所の再診料は明確な理由なく2点引下げられ、69点で統一された。

## 再診料の重み

再診料は診療所収入の12.3%を占めており、診療所にとっては、初診料と並んで、もっとも重要な経営原資の1つである。





## 《中医協における再診料回復の議論》

### 【診療側】

- 前回改定で理由なく2点引下げられた分を戻してから、今後の議論をするべきで、今後それを引きずったままいくことは避けるべき
- 診療所は日本の医療を支えており、**病院勤務医の負担軽減のそもそもの基本**である。その体力をこれ以上奪うことは、負担軽減の改定趣旨に反すことから前回改定前の**71点に回復**すべき

### 【支払側】

- 診療所の役割は、診療所・病院の各々の役割をきちんと果たすことにより、病診機能の分化で勤務医の負担軽減につながるということは認識しており、むしろそう進めるべき
- 診療所がかなり高い医療技術で、特に地域の医療を支えているということも、その通り
- 中医協の役割は社保審の「基本方針」に沿って、定められた財源を配分することと認識している  
診療側の主張は広く捉えれば勤務医の負担軽減かも知れないが、重点課題に沿った優先度の高いものは、まだ他にあるので、そちらに傾斜配分をすべき  
従って、診療所の中でも地域医療貢献加算や在宅医療などに力を注いでいるところを中心に配分にすべきであり、**再診料引上げは反対**

## 《中医協における再診料回復の議論》

### 【地方公聴会（愛知県津島市）での意見発表】

#### 《診療所医師》

- 2年前に引下げられた再診料を元に戻すべき

### 【パブリックコメントの投稿】

- 1月18日～25日までの大変短い期間であったが、1314件もの意見が投稿された
- 再診料についての意見が最も多く、266件もの意見が寄せられた

- 再診料については、前回、診療所が2点引き下げられ、診療所・病院の再診料が統一されたが、診療所、中小病院の外来機能が病院勤務医の負担軽減に貢献していることを踏まえ、再診料は71点に戻すべき(30件)
- 再診料を診療所、病院ともに74点にすべき(236件)

① 募集期間をもう少し長くすべき

② 投稿された反対意見などについて中医協で議論しないと意見募集する意味がない

# 平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

中 医 協 総 ー 2  
平 成 2 4 年 2 月 1 0 日

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

1 初再診料及び入院基本料等の**基本診療料**については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。

なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。

その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。

# **複数科受診 同一日2科目の再診料**

## 同一日2科目の再診料

### 《経緯》

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、初診料は2科目に限って半分の点数を算定できるが、再診料はそのような対応となっていなかった
- 日本医師会が是正を求めた14項目の不合理的点の1つ

再診で複数科を受診した場合、2つ目以降の診療科では再診料を算定できない。しかし、それぞれの専門診療科の医師が他科の医師と連携を図りつつ、個別の技術特性を活かした診察を行なっているため、それぞれ適切に評価すべきである。

### 《改定内容》

- 患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合、初診料同様に評価する
    - 再診料 : 34点
    - 外来診療料 : 34点
- ※ 2科目の再診料、外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

## 《中医協における議論》

### 【診療側】

- 2科目の再診料については、別の日であれば算定可能なのに、同一日になると2科目の医師の技術が評価されないということが、現場の医師のプライドを傷つけ、モチベーションを著しく下げることになっている
- 限られた財源を重点項目に傾斜配分するのであれば、2科目の再診料こそ最も重要な部分である

### 【支払側】

- 2科目の再診料については、高齢者の自己負担の増加や、限られた財源を社会保障審議会で示された重点項目に集中的に配分すべきであるから、実施するべきではない
- 複数科受診を一様に対象にするのは、いわゆる底上げであり、重点配分の趣旨からも違う
- 2科目の再診料については、疾病が関連しているかのチェックが難しく、また、診療科の分け方が医療機関ごとに異なっている等の問題がある

**地域医療貢献加算**



**時間外対応加算**

## 地域医療貢献加算→時間外対応加算

### 《経緯》

- 地域医療貢献加算は、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の再編成を行う
- 日本医師会が是正を求めた14項目の不合理的点の1つ

すべての医療機関が地域医療に貢献していることは、今回の大震災において、多くの医療機関、医療従事者が被災地の地域医療を支援したことから、明らかである。こうした医療機関本来の役割を評価すべく、地域医療貢献加算(診療所のみ対象)の要件をわかりやすく見直し、地域住民、患者のもっとも身近な存在である診療所をしっかりと支えていくよう強く求める



# 地域医療貢献加算→時間外対応加算

## 《改定内容》

自院の患者への時間外対応であることが確認された上、分かりやすい名称に変更するとともに、さらなる推進のため評価体系を見直す

地域医療貢献加算：3点



時間外対応加算1：5点(常時対応)

時間外対応加算2：3点(準夜帯対応)

時間外対応加算3：1点(輪番制)

## [算定要件]

### 時間外対応加算1

- ① 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる
- ② 原則として自院で対応する

### 時間外対応加算2

- ① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる  
休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない
- ② 原則として自院で対応する

### 時間外対応加算3

- ① 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない
- ② 当番日は原則として自院で対応する
- ③ 連携する医療機関は自院を含め3以下とする
- ④ 連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する

☆ 問い合わせに応じる患者は新規初診患者ではなく、継続的に受診している患者  
地域医療貢献加算を届出している診療所は時間外対応加算2を満たす場合、  
改めて届出の必要はない

# 後発医薬品の使用促進

# 後発医薬品の使用促進

## 《品質確保への対応》

後発医薬品メーカーによる品質確保及び向上への取組、情報発信をより一層促すとともに

- ① 厚生労働省やPMDA等が中心になり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する
- ② ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る

## 《医療機関における促進策》

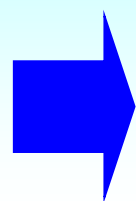
### (1) 処方せん様式の変更

現在、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合」の署名欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて後発医薬品に変更不可となる形式となっているが、ドイツの様式に倣い、個々の医薬品について変更の可否を明示できるきめ細かな様式に変更する(次ページ参照)

### (2) 一般名処方

使用促進が進まない原因の1つに保険薬局の在庫管理の負担が指摘されていることから、一般名による処方を行うことも可能となった(強制ではない)

医療機関において、患者さんへの説明などへの手当てとして



一般名による記載を含む処方せんを交付した場合に

一般名処方加算: 2点 が設定された

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号				保 険 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名			保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称								
	生年月日	明大期平	年 月 日	男・女	電 話 番 号							
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>							
都道府県番号		点数表番号		医 療 機 関 コード								
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
変更不可 <span style="font-size: small;">(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)</span>												
処 方												
保険医署名 <span style="font-size: small;">(「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</span>												
備 考												
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)		公費負担医療の受給者番号								
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。												

(原) 第二十三号 医薬品

# 一般名処方

- 一般名処方は義務化・強制ではない
- 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合に、**処方せんの交付1回につき2点加算**する
- **1品目でも**一般名で処方すれば加算できる
- 手書き医療機関でも一般名で処方すれば加算できる
- 一般名処方しても最終的に患者は**先発医薬品**を選択できる
  - ※ 先発医薬品が選択された場合でも加算は算定できる
- 医療機関・薬局では以下のような説明が必要
  - 1) 一般名に該当する薬剤の提示とそれらの先発医薬品、後発医薬品別の説明
  - 2) 従来処方されていた薬の提示
- ※ 平成24年9月30日までは従前の処方せん様式を手書き等で修正して使用できる

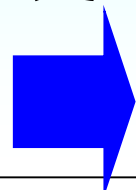
- 国は後発医薬品の有効性、安全性等について、先発医薬品と差異がないとしているが、現場の実感としてまだ**違和感**があるのが事実
  - その理由としては、後発医薬品の質の担保、安定供給体制、情報提供、価格設定の問題などがある
- 後発医薬品の品目の中には、医師が使用経験等から**信頼できる後発医薬品**とそうでない後発医薬品があるため、「この後発品が処方されるなら一般名処方してもよい」と考える医師がいる
  - 薬局における後発医薬品の品揃え等について、工夫ができないか？

# 後発医薬品の使用促進

## 《先発医薬品と異なる適応の後発医薬品の存在》

### ○厚生労働省から支払基金への回答

「先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品について、一律に査定を行うことは、後発医薬品への変更調剤が進まなくなること、また、それに伴い、医療費が増える可能性があること等を保険者に説明し、影響を理解してもらうよう努めていただきたい」



これを受け、支払基金は「現時点では支払基金による**査定処理は困難**」との見解を示している(平成24年1月30日)

## 《今後の課題》

### (1)財務大臣と厚生労働大臣 合意

後発医薬品の推進策については**新たなロードマップ**を作成して強力に進める

### (2)費用対効果の検証の必要性

薬価が安いことが後発医薬品が選ばれる理由であるのに、調剤薬局への様々な加算点数が設定されていることについて、後発医薬品への切り替えによる薬剤費減少分と、各種加算にかかる医療費を**比較検証**することが求められる

### (3)根本的な問題

**信頼性**という観点から、これまで使い慣れている先発医薬品の特許が切れた際に、**薬価を後発医薬品並に引下げて**引き続き使えることが望ましい

# 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

# 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

## 《経緯》

### ○ 前回改定の大きな問題点

平成22年5月に、出来高病棟に入院している患者の他医療機関受診の際の投薬の費用は他医療機関が請求できるよう緩和された

### ○ 日本医師会が是正を求めた14項目の不合理的点の1つ

出来高病棟に入院している患者が他医療機関を受診した際、入院医療機関(入院元)で入院料から3割(包括病棟の場合7割)が控除され、かつ、包括病棟入院の場合には、他医療機関(受診先)で、たとえば投薬については当日1日分しか算定できない。入院元、受診先のそれぞれの医療機関で責任を持って診療行為を行なっていることから、それぞれ適切に評価すべきである

## 《改定内容》

○ 入院中の患者が他医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、**精神病床、結核病床、有床診療所**に入院中の患者が、**透析**や**共同利用**をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。



# 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

## 《改定内容》

### ① 入院医療機関において当該患者が出来高入院料を算定している場合

→ 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定。

ただし、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料または有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析または共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定。

### ② 入院医療機関において当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料または特定入院基本料(以下「特定入院料等」という)を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合

→ 特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定。

ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料または認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析または共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定。

この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。

### ③ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定しない場合

→ 特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定。

ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析または共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合、または認知症治療病棟入院料を算定している場合(入院日から起算して60日以内に限る)であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定。

# **被災地における診療報酬の特例措置延長**

# 被災地における診療報酬の特例措置延期

当面、平成24年9月30日まで延長し、措置の利用状況を把握した上で、その後の措置のあり方を検討する

## (1) 月平均夜勤時間数

被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(72時間以下)について、2割以内の変動なら、当面、変更の届出は不要

## (2) 看護配置

被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、1日当たり勤務する看護師・准看護師・看護補助者(以下「看護要員」)の数、看護要員の数と入院患者の比率、看護師・准看護師の数に対する看護師の比率について、2割以内の変動なら、当面、変更の届出は不要

## (3) 平均在院日数

被災地の医療機関において、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合にも、2割以内の変動の場合は届出は不要で、特例的に従来の入院基本料等を算定できる

## (4) 外来機能の閉鎖

入院医療や在宅医療を行う保険医療機関において、外来機能を閉鎖してもよい

## (5) 在宅患者訪問診療料等

在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費について、週3回を超えて算定できる

## (6) 180日超入院

住居の損壊、その他の東日本大震災に起因するやむを得ない事情により保険医療機関からの退院に著しい困難を伴う患者は、入院期間が180日を超えた場合も、入院基本料の減額を行わない。

## **一般病棟入院基本料(13対1、15対1)**

## 1. 栄養管理、褥瘡対策が要件追加の上、点数見直し

13対1入院基本料: 1092点 → 1103点 (+11点)

15対1入院基本料: 934点 → 945点 (+11点)

## 2. 加算の新設・対象拡大

### (1) 13対1、15対1

① 救急・在宅等支援病床初期加算: 150点(14日を限度) (新設)

一般病棟(13対1、15対1)が、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受け入れを行った場合、加算を行う

② 重症児(者)受入連携加算: 1300点 → 2000点(入院初日) (対象拡大・点数引上げ)

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算の引き上げを行うとともに、これを一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する

③ 栄養サポートチーム加算: 200点(週1回) (対象拡大)

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、専門病院入院基本料(13対1)及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする

### (2) 13対1のみ

① 一般病棟看護必要度評価加算: 5点(1日につき) (新設)

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13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

② 看護補助加算1: 109点 (対象拡大)

13対1入院基本料を算定している病棟においても、看護補助者を30対1以上配置している場合は、看護補助加算1(30対1)を算定できるようにする

※ 15対1はすでに算定できる

### 3. 特定除外制度の見直し(平成24年10月1日～)

90日を超えて入院する患者は病棟単位で①か②を選択

① 引き続き一般病棟入院基本料を算定する

※ 平均在院日数の計算対象とする

② 医療区分、ADL区分を用いた包括評価(療養病棟入院基本料1)とする

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	G 945点	D 1380点	A 1769点
ADL区分2	H 898点	E 1353点	B 1716点
ADL区分1	I 796点	F 1202点	C 1435点

【生活療養を受ける場合】

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	G 931点	D 1366点	A 1755点
ADL区分2	H 884点	E 1339点	B 1702点
ADL区分1	I 782点	F 1188点	C 1421点

※平均在院日数の計算対象としない

[包括に含まれるもの]

検査、病理診断、エックス線単純撮影と写真診断

処置(創傷処置、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置)

投薬・注射(以下を除く)

[包括に含まれない薬剤・注射薬]

抗悪性腫瘍剤および疼痛コントロールのための医療用麻薬

エリスロポエチン、ダルベポエチン

インターフェロン製剤(B型及びC型肝炎)

抗ウイルス剤(B型及びC型肝炎、HIV感染症等の治療に係るもの)

血友病治療における血液凝固因子製剤等

[算定できる加算]

褥瘡評価実施加算、乳幼児加算・幼児加算、

超重症児(者)入院加算・準超重症児(者)入院加算、地域加算、離島加算、

HIV感染者療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、

栄養サポートチーム加算、退院調整加算、地域連携認知症支援加算、総合評価加算

[患者又は家族への説明]

月1回、書面で入院療養の状況(病状・治療内容等)、医療区分などの該当状況を説明しカルテに貼付

[レセプト請求]

疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果を併せて提出



## 《医療区分3の疾患・状態》

### (1) 対象疾患

- ・ スモン

### (2) 対象となる状態

- ・ 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- ・ 中心静脈栄養を実施している状態
- ・ 24時間持続して点滴を実施している状態
- ・ 人工呼吸器を使用している状態
- ・ ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・ 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態
- ・ 酸素療法を実施している状態
- ・ 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

## 《医療区分2の疾患・状態》

### (1) 対象疾患

- ・ 筋ジストロフィー症
- ・ 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))その他の難病(スモンを除く。)
- ・ 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)
- ・ 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)
- ・ 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)



## 《医療区分2の疾患・状態》

### (2)対象となる状態

- ・ 肺炎に対する治療を実施している状態
- ・ 尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・ 傷病等によるリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)
- ・ 脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・ 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・ 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・ 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2箇所以上に認められる場合に限る。)
- ・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
- ・ せん妄に対する治療を実施している状態
- ・ うつ症状に対する治療を実施している状態
- ・ 他者に対する暴行が毎日認められる状態
- ・ 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
- ・ 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
- ・ 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)
- ・ 頻回の血糖検査を実施している状態
- ・ 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

## 《医療区分2の疾患・状態》(続き)

### (3) 対象となる患者

次に掲げる保険医療機関の療養病棟であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定するものに入院している患者(重度の肢体不自由児(者)又は知的障害者に限る。)

- ① 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害者入所施設
- ② 児童福祉法第6条の2に規定する指定医療機関
- ③ 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第18条第2項に規定する指定医療機関

# 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係①

中医協 診-2-参考資料  
21. 12. 18 より抜粋

	特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分(参考)
1	難病等入院診療加算を算定する患者	多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋委縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 AIDS/HIV 多剤耐性結核(陰圧管理) 等	スモン 多発性硬化症 筋委縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病(スモンを除く。)	3 2 2 2 2
2	重症患者等療養環境特別加算を算定する患者	以下のいずれかに該当し、個室又は2人部屋で入院。 ア 病状が重篤であって絶対安静が必要 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要する	感染隔離室における管理	3
3	重度の肢体不自由者※1、脊髄損傷等の重度障害者※1、重度の意識障害者※2、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	※1 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。 ※2 JCS II -3以上又はGCS8点以下、あるいは無動症	脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺) 筋ジストロフィー	2 2
4	悪性新生物に対する治療※3(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態	※3 ・肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療 ・放射線治療 ・末期の悪性新生物に対する治療	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施 24時間持続点滴 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施、かつ発熱又は嘔吐を伴う 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合) 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態	3 3 2 2
5	観血的動脈圧測定を実施している状態		うつ状態 中心静脈栄養を実施	2 3

(注) 矢印の対応関係については、各特定除外項目に該当する患者に対して実施されることが比較的容易に想定される医療行為等を含めている。

## 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係②

特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	リハビリテーションが必要(原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	人工呼吸器を使用	3
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	気管切開又は気管内挿管が行われている(かつ発熱を伴う)	2 (3)
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
		24時間持続点滴	3
		創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注)特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

# 診療所関連の主な改定項目

## 《外来》

1. 同一日2科目の再診料(再掲p.36)
2. 地域医療貢献加算→時間外対応加算(再掲p.39)
3. 後発医薬品の使用促進(再掲p.42)
  - (1)処方せん様式の変更
  - (2)一般名処方加算
4. 医療技術の評価
  - (1)診療所に関連する技術評価
  - (2)内科的技術の評価
5. 内科系診療所が実施する主な検査項目
6. 糖尿病透析予防指導の強化

# 診療所関連の主な改定項目 《外来》

## 7. 機能を強化した在支診

- (1) 緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- (2) 在宅時医学総合管理料の引き上げ
- (3) 特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げ
- (4) 急変時に在宅患者を受け入れた場合に対する評価の引き上げ
- (5) 在宅ターミナルケア加算の評価見直し
- (6) 在宅がん医療総合診療料の引き上げ

## 8. 外来リハビリテーションの評価

## 9. その他

- (1) たばこ対策
- (2) 明細書の無料発行の促進



# 4. 医療技術の評価

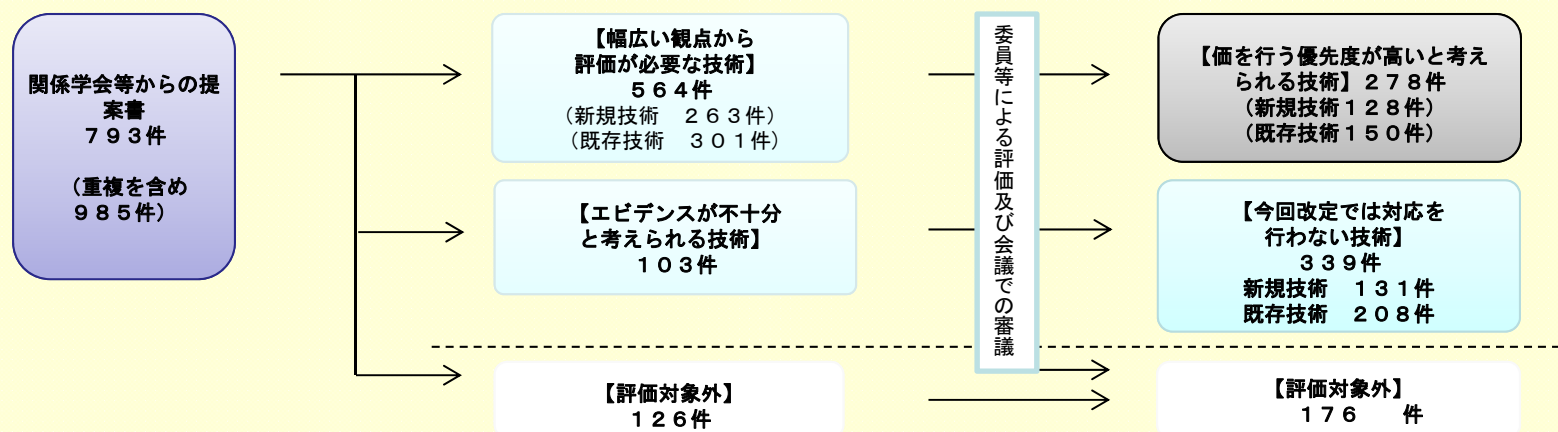
## 医療技術評価分科会での検討

### 1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術; 血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

### ➤ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

## 手術料や内科的な技術等の評価

### 2. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試案第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

### 3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

### 4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

### 5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。



## 医療技術の適切な評価（手術・内科的技術）


### ●外保連試案を活用した手術料の引き上げ

難易度C・D・Eの手術について、技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%引き上げ。

外保連試案第8版における手術の技術度区分について

2012.1.27

中医協総会資料



手術技術度	対応する身分	経験年数
A	初期臨床研修医	1
B	初期臨床研修修了者	5
C	基本領域の専門医	10
D	Subspecialty領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者	15
E	特殊技術を有する専門医	15

### ●内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術について評価

# 診療所に関連する技術評価の例(1)

## 《検査》

- (1) 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
  - 1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの: 42点→50点
  - 3 その他のもの: 40点→50点
- (2) 細菌培養同定検査
  - 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体: 140点→160点
  - 2 消化管からの検体: 140点→160点
  - 3 血液又は穿刺液: 150点→190点
  - 4 泌尿器又は生殖器からの検体: 130点→150点
  - 5 その他の部位からの検体: 120点→140点
  - 注 嫌気性培養加算: 80点→120点
- (3) ノロウイルス抗原定性: 150点(新設)
- (4) 細菌薬剤感受性検査
  - 1 菌種: 140点→150点、2菌種: 180点→220点、3菌種: 230点→280点
- (5) 血液採取(1日につき)
  - 1 静脈: 13点→16点
- (6) 平衡機能検査
  - 3 頭位及び頭位変換眼振検査: 150点
    - イ 赤外線CCDカメラ等による場合: 300点
    - ロ その他の場合: 140点
- (7) 神経学的検査: 300点→400点
- (8) ロービジョン検査判断料: 250点(新設)
- (9) 眼底カメラ撮影
  - 3 自発蛍光撮影法の場合: 510点(新設)

## 診療所に関連する技術評価の例(2)

### 《指導管理等》

#### (10) 特定薬剤治療管理料

##### (薬剤追加)

不整脈用剤: ソタロール塩酸塩、ベプリジル塩酸塩

免疫抑制剤: エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル

### 《在宅》

#### (11) 酸素濃縮装置加算

経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

##### (要件緩和)

2月に2回に限り、所定点数に加算する

### 《手術》

#### (12) 帝王切開術

1 緊急帝王切開: 19,340点 → 22,160点

2 選択帝王切開: 19,340点 → 22,160点

3 前置胎盤を合併する場合: 21,700点

→ 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合: 24,520点

# 内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等 質の高い医療を重要な技術要素が含まれていることから、医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

☆ 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

## ① 高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う

[導入された技術の例]

時間内歩行試験、脳波検査判断料、ヘッドアップティルト試験

## ② 高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う

[対応する技術の例]

植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

心臓ペースメーカー指導管理料、高度難聴指導管理料等の評価引き上げ

## 内科的技術の評価の例(1)

### 【新設】

#### (1) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料: 150点

妊娠中の糖尿病患者に対して周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合

対象患者: 妊娠糖尿病の患者で、周産期における合併症の危険性が高い(血糖の自己測定を必要とする者)

#### (2) 時間内歩行試験: 560点

呼吸器・循環器疾患を持つ患者に、時間内(6分間)にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験で、客観的に日常的な機能障害を評価できる

#### (3) 骨髄像診断加算: 240点

骨髄像を行い、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合、検体検査判断料に加算

#### (4) ヘッドアップティルト試験: 980点

ティルト台を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60～80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察で、神経調整性失神を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能になる

#### (5) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料: 810点

植込型輸液ポンプ持続注入療法に関する指導管理を行った場合

#### (6) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料: 810点

振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ患者に、在宅振管理に関する指導管理を行った場合

#### (7) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料: 810点

てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ患者に、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合

## 内科的技術の評価の例(2)

### 【引き上げ】

(1) 難病外来指導管理料: 250点 → 270点

(2) 心臓ペースメーカー指導管理料

イ 遠隔モニタリングによる場合: 460点 → 550点

ロ イ以外の場合: 320点 → 360点

(3) 高度難聴指導管理料

イ 人工内耳埋込術を行った日から3月以内: 480点 → 500点

ロ イ以外の場合: 400点 → 420点

(4) 小児悪性腫瘍患者指導管理料: 500点 → 550点

(5) 在宅自己腹膜灌流指導管理料: 3800点 → 4000点

(6) 脳波検査判断料: 140点 → 180点

## 5. 内科系診療所が実施する主な検査項目

衛生検査所検査料金調査に基づく引き下げ

### 検体検査実施料 (尿・糞便等検査)

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26 → 26	
D001 1	尿蛋白	7 → 7	

### (血液学的検査)

D005 2	網赤血球数	12 → 12	
D005 3	末梢血液像(自動機械法)	18 → 15	(旧名称:末梢血液像)、(項目分割)
D005 5	末梢血液一般検査	21 → 21	
D005 6	末梢血液像(鏡検法)	18 → 25	(旧名称:末梢血液像)、(項目分割)
D005 9	ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	50 → 49	

## 生化学的検査(Ⅰ)

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 1	総蛋白	11 → 11	
	アルブミン		
	総ビリルビン		
	膠質反応		硫酸亜鉛試験(ケンケル反応)(ZTT)、 チモール混濁反応(TTT) 等
	中性脂肪		
	尿素窒素		(旧名称:尿素窒素(BUN))
	尿酸		
	クレアチニン		
	ナトリウム及びクロール		



## 生化学的検査( I )

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 1	カリウム	11 → 11	
	カルシウム		
	鉄(Fe)		(旧名称:鉄)
	グルコース		
	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)		(旧名称:γ-グルタミルトランスぺプチダーゼ(γ-GT))
	アルカリホスファターゼ(ALP)		(旧名称:アルカリホスタファーゼ)
	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)		(旧名称:乳酸脱水素酵素(LD))
	アミラーゼ		
	コリンエステラーゼ(ChE)		
	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)		
	クレアチンキナーゼ(CK)		(旧名称:クレアチン・ホスホキナーゼ(CK))

## 生化学的検査(Ⅰ)

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 4	総コレステロール	17 → 17	
	アスパラギン酸アミトランスフェラーゼ(AST)		
	アラニンアミトランスフェラーゼ(ALT)		
	HDL-コレステロール		
D007 5	LDL-コレステロール	18 → 18	
	蛋白分画		
D007 7	リパーゼ	24 → 24	
D007 15	胆汁酸	48 → 47	
D007 17	リポ蛋白分画	50 → 49	(旧名称:リポ蛋白分画(アガロース法))
D007 26	アポリポ蛋白	95 → 94	
D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	150 → 150	(旧名称:ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP) (項目分割))
	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	150 → 150	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	95 → 93	
	包括項目:8項目又は9項目	104 → 102	
	包括項目:10項目以上	123 → 121	

## 生化学的検査(Ⅱ)

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D008 7	レニン活性	110 → 108	
D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	115 → 113	
D008 10	インスリン(IRI)	120 → 118	
	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )		
D008 11	C-ペプチド(CPR)	125 → 123	(旧名称:C-ペプチド(CPR))
D008 12	アルドステロン	140 → 137	
D008 13	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	140 → 140	(旧名称:サイロキシシン結合蛋白(TBG))
	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)		
	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )		
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115 → 113	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	115 → 115	
D009 6	CA19-9	140 → 140	(旧名称:PSA)
	前立腺特異抗原(PSA)		
D009 8	CA125	160 → 160	

## 免疫学的検査

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D012 1	抗streptolysin O (ASO) 定性	15 → 15	(旧名称: 抗streptolysin O価 (ASO価)) (項目分割)
	抗streptolysin O (ASO) 半定量		
	抗streptolysin O (ASO) 定量		
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29 → 29	(旧名称: HBs抗原(定性・半定量))
D013 2	HBs抗体定性	32 → 32	(旧名称: HBs抗体価(半定量)) (項目分割)
	HBs抗体半定量		
D013 4	HBe抗原	110 → 110	(旧名称: HBe抗体価)
	HBe抗体		
D013 5	HCV抗体定性・定量	120 → 120	(旧名称: HCV抗体価(定性・定量))
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150 → 150	(旧名称: HBc抗体価)
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37 → 37	(旧名称: サイロイドテスト) (旧名称: マイクロゾームテスト)
	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量		
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く)	110 → 110	(旧名称: 抗核抗体価(蛍光抗体法を除く))
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	115 → 113	(旧名称: 抗核抗体価(蛍光抗体法)) (項目分割)
	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量		
	抗核抗体(蛍光抗体法)定量		

## 免疫学的検査

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	170 → 167	(旧名称: 抗SS-B/La抗体)(項目分割)
	抗SS-B/La抗体半定量		
	抗SS-B/La抗体定量		
	抗Sm抗体定性		(旧名称: 抗Sm抗体)(項目分割)
	抗Sm抗体半定量		
	抗Sm抗体定量		
D014 12	抗DNA抗体定性	180 → 178	(旧名称: 抗DNA抗体価)(項目分割)
	抗DNA抗体定量		
D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性	210 → 206	(旧名称: 抗ミトコンドリア抗体)(項目分割)
	抗ミトコンドリア抗体定量		
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16 → 16	
	C反応性蛋白(CRP)		
D015 10	非特異的IgE半定量	100 → 100	(旧名称: 非特異的IgE)(項目分割)
	非特異的IgE定量		

## 検体検査判断料

区分番号	診療報酬項目	点数		備考
		旧	新	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	34	
D026 2	血液学的検査判断料	125	125	
D026 3	生化学的検査(Ⅰ)判断料	144	144	
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	144	144	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	144	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	150	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅰ)	40	40	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅱ)	100	100	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	300	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅳ)	500	500	
D026 注	骨髓像診断加算		→ 240	(新設)新規医療技術の評価
D027	基本的検体検査判断料	604	604	

## 診断穿刺・検体採取料

D400	血液採取(1日につき)			
D400 1	静脈	13	→ 16	既存技術の再評価
D400 2	その他	6	→ 6	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	→ 14	

## 6. 糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症※が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師または保健師、管理栄養士等の透析予防診療チームが連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。
- ※平成22年で原疾患の43.5%が糖尿病性腎症

### 《改定内容》

糖尿病透析予防指導管理料: 350点 (新設)

#### [算定要件]

HbA<sub>1c</sub>が6.1% (JDS値) 以上、6.5% (国際標準値) 以上

または

内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病腎症第2期以上の患者 (透析療法を行っている者を除く) に対し、

透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定

#### [施設基準]

##### ①透析予防診療チーム

糖尿病指導の経験を有する専任の医師

糖尿病指導の経験を有する専任の看護師または保健師

糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士 ← 非常勤でもよい

##### ②糖尿病教室等を実施

##### ③1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告

## 7. 機能を強化した在宅診療

- 高齢化等に伴い、今後、在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要になる。  
したがって、在宅診療・在宅病の機能分化と連携等による機能強化を進める。

### 《改定内容》

- 機能を強化した在宅診療・在宅病等への評価を行う

- (1) 緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- (2) 在宅時医学総合管理料の引き上げ
- (3) 特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げ
- (4) 急変時に在宅患者を受け入れた場合に対する評価の引き上げ
- (5) 在宅ターミナルケア加算の評価見直し
- (6) 在宅がん医療総合診療料の引き上げ

### [施設基準]

- ① 従前の在宅診療・在宅病の要件に以下を追加する
  - イ 所属する常勤医師3名以上
  - ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - ハ 過去1年間の看取り実績2件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は以下の要件を満たすこと
  - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ 連携する医療機関数は10未満
  - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る



## 機能を強化した在支診・在支病

従来の施設基準のポイント(在支診の例)

- ・24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で提供
- ・24時間往診が可能な体制を確保
- ・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保
- ・緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保

今回改定

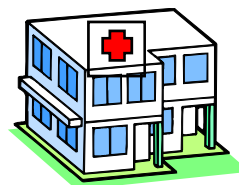
① 新たな施設基準(ポイント)・・・従来の要件に追加、在支病も同じ

- ・所属する常勤医師3名以上
- ・過去1年間の緊急の往診実績 5件以上
- ・過去1年間の看取り実績2件以上

② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可能



常勤医師 1名  
緊急往診 2件  
看取り 0件



常勤医師 2名  
緊急往診 3件  
看取り 5件

連携する場合

- ・緊急時の連絡先の一元化
- ・連携医療機関間で月1回以上のカンファレンス
- ・連携する医療機関数は10未満
- ・病院が連携に入る場合には200床未満

(1) 24時間対応を充実させる観点から、**緊急時・夜間の往診料の引き上げ**を行う。

改定後	現行
<p>C000 往診料 注1の加算</p> <p>●機能を強化した在支診・在支病</p> <p>◆病床を有する場合</p> <p>    緊急加算           850点(新)</p> <p>    夜間加算          1,700点(新)</p> <p>    深夜加算          2,700点(新)</p> <p>◆病床を有しない場合</p> <p>    緊急加算           750点(新)</p> <p>    夜間加算          1,500点(新)</p> <p>    深夜加算          2,500点(新)</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>    緊急加算           650点</p> <p>    夜間加算          1,300点</p> <p>    深夜加算          2,300点</p> <p>●在支診・在支病以外</p> <p>    緊急加算           325点</p> <p>    夜間加算          650点</p> <p>    深夜加算          1,300点</p>	<p>C000 往診料 注1の加算</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>    緊急加算           650点</p> <p>    夜間加算          1,300点</p> <p>    深夜加算          2,300点</p> <p>●在支診・在支病以外</p> <p>    緊急加算           325点</p> <p>    夜間加算          650点</p> <p>    深夜加算          1,300点</p>

(2) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。

改定後	現行
<p>C002 在宅時医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●機能を強化した在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病床を有する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 5,000点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 5,300点(新)</li> </ul> </li> <li>◆病床を有しない場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,600点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,900点(新)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</li> </ul> </li> </ul>	<p>C002 在宅時医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</li> </ul> </li> </ul>

(3) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

改定後	現行
<p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●機能を強化した在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病床を有する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 3,600点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 3,900点(新)</li> </ul> </li> <li>◆病床を有しない場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 3,300点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 3,600点(新)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</li> </ul> </li> </ul>	<p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</li> </ul> </li> </ul>

(4) 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、緊急時に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げを行う。

改定後	現行
<p>A206 在宅患者緊急入院診療 加算(入院初日)</p> <p>1 機能を強化した在支診・ 在支病間での受入の場合 2,500点(新)</p> <p>2 連携医療機関の場合 2,000点(改)</p> <p>3 1, 2以外の場合 1,000点(改)</p>	<p>A206 在宅患者緊急入院診療 加算(入院初日)</p> <p>1 連携医療機関の場合 1,300点</p> <p>2 1以外の場合 650点</p>

(5) 在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

改 定 後	現 行
<p>C001 在宅患者訪問診療料(1日につき)</p> <p>注6 在宅ターミナルケア加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●機能を強化した在支診・在支病 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病床を有する場合 ターミナルケア加算 6,000点(新)</li> <li>◆病床を有しない場合 ターミナルケア加算 5,000点(新)</li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病 ターミナルケア加算 4,000点(新)</li> <li>●在支診・在支病以外 ターミナルケア加算 3,000点(新)</li> </ul> <p>注7 看取り加算 3,000点(新) ※往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合</p>	<p>C001 在宅患者訪問診療料(1日につき)</p> <p>注5 在宅ターミナルケア加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在支診・在支病 10,000点</li> <li>●在支診・在支病以外 2,000点</li> </ul>

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在支診・在支病(機能強化型を含む)及び在支診・在支病以外</li> <li>◆ 注6 在宅ターミナルケア加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)</li> </ul> </li> <li>◆ 注7 看取り加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合</li> </ul> </li> </ul>	<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在支診・在支病 <ul style="list-style-type: none"> <li>死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)</li> </ul> </li> <li>● 在支診・在支病以外 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で死亡した患者(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合</li> </ul> </li> </ul>

(6) 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

改定後	現行
<p>C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)</p> <p>●機能を強化した在支診・在支病</p> <p>◆病床を有する場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 1,800点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 2,000点(新)</p> <p>◆病床を有しない場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 1,650点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,850点(新)</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 1,495点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点</p>	<p>C003 在宅末期医療総合診療料(1日につき)</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 1,495点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点</p>



## 8. 外来リハビリテーションの評価

○ 外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

### 《改定内容》

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設

外来リハビリテーション診察料1: 69点(7日につき)(新設)

外来リハビリテーション診察料2: 104点(14日につき)(新設)

### [算定要件]

- ① リハビリテーション実施計画において、1(2)週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する
- ② 算定日から7(14)日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい
- ③ 算定日から7(14)日間はリハビリテーションを実施した日について、初・再診料、外来診療料を算定しない

### [施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること

## 9. その他

### (1) たばこ対策

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算および医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す

#### 対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例

1 A200 総合入院体制加算	12 B001 9 外来栄養食事指導料
2 A208 乳幼児加算・幼児加算	13 B001 10 入院栄養食事指導料
3 A212 超重症児(者)入院診療加算・ 準超重症児(者)入院診療加算	14 B001 11 集団栄養食事指導料
4 A221-2 小児療養環境特別加算	15 B001 16 喘息治療管理料
5 A232 がん診療連携拠点病院加算	16 B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管 理料
6 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	17 B001 20 糖尿病合併症管理料
7 A237 ハイリスク分娩管理加算	18 B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料
8 A242 呼吸ケアチーム加算	19 B001-3 生活習慣病管理料
9 B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管 理料	20 B005-4・B005-5 ハイリスク妊産婦共 同管理料
10 B001 4 小児特定疾患カウンセリング 科	21 B005-6 がん治療連携計画策定料
11 B001 5 小児科療養指導料	22 B005-6-2 がん治療連携指導料

### [施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、**当該保険医療機関の屋内が禁煙**であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

### [経過措置]

**平成24年6月30日までは従前の通り算定可能**

**※ 施設基準の届出は必要ない**

## 9. その他

### (2) 明細書の無料発行の促進

前回の改定で、レセプトの電子請求を行っている医療機関および薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務付けされた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点からさらに促進していく。

### 《改定内容》

1. 正当な理由については、現在、以下の2つとしているが、**400床以上の病院**については、これを平成26年度以降は認めない
  - ① 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医療機関
  - ② 自動入金機を使用しており、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医療機関
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、医療機関は毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告する
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努める  
(努力義務)
5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供すべきであることを周知する。

# 有床診療所関連の主な改定項目

1. 有床診療所の機能に着目した評価
  - (1) 有床診療所緩和ケア診療加算
  - (2) 看取り加算
  - (3) 入院基本料の要件緩和
2. 入院基本料等加算の簡素化  
栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の包括化
3. 効果的な退院調整の評価
4. 有床診療所が算定できる入院基本料等加算の拡大
  - (1) 重症児(者)受入連携加算
  - (2) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
  - (3) 総合評価加算
5. 診療所療養病床療養環境加算の見直し
6. 入院中の患者の他医療機関受診の緩和



# 1. 有床診療所の機能に着目した評価

○ 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある

(1) 夜間に看護師が配置されている有床診療所について、**質の高い緩和ケア医療**が提供された場合の評価を新設する

## 《改定内容》

有床診療所緩和ケア診療加算：**150点**(1日につき)**(新設)**

### [算定要件]

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

### [施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置

# 1. 有床診療所の機能に着目した評価

- 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある
- (2) 有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する

## 《改定内容》

### 看取り加算(新設)

在宅療養支援診療所の場合: 2,000点

その他の場合: 1,000点

### [算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から30日以内に看取った場合

### [施設基準]

夜間に看護職員を1名以上配置

# 1. 有床診療所の機能に着目した評価

(3) 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う

## 《改定内容》

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする



## 2. 入院基本料等加算の簡素化

- 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、入院基本料、特定入院料の算定要件として包括するとともに、入院基本料、特定入院料の評価を引き上げる

### 《改定内容》

入院基本料、特定入院料の算定要件に**栄養管理体制**、**褥瘡対策の基準**を組み込むとともに評価を**11点**ずつ引き上げる

#### 有床診療所入院基本料1

- イ 14日以内の期間 : 760点 → 771点
- ロ 15日以上30日以内の期間 : 590点 → 601点
- ハ 31日以上期間 : 500点 → 511点

#### 有床診療所入院基本料2

- イ 14日以内の期間 : 680点 → 691点
- ロ 15日以上30日以内の期間 : 510点 → 521点
- ハ 31日以上期間 : 460点 → 471点

#### 有床診療所入院基本料3

- イ 14日以内の期間 : 500点 → 511点
- ロ 15日以上30日以内の期間 : 370点 → 381点
- ハ 31日以上期間 : 340点 → 351点

## 2. 入院基本料等加算の簡素化

### 《改定内容》

入院基本料、特定入院料の算定要件に**栄養管理体制**、**褥瘡対策の基準**を組み込むとともに評価を各々**11点**ずつ引き上げる

有床診療所療養病床入院基本料

入院基本料A : 975点 → 986点

(生活療養を受ける場合: 961点 → 972点)

入院基本料B : 871点 → 882点

(生活療養を受ける場合: 857点 → 868点)

入院基本料C : 764点 → 775点

(生活療養を受ける場合: 750点 → 761点)

入院基本料D : 602点 → 613点

(生活療養を受ける場合: 588点 → 599点)

入院基本料E : 520点 → 531点

(生活療養を受ける場合: 506点 → 517点)

## 2. 入院基本料等加算の簡素化

### [栄養管理体制]

- ① 常勤の管理栄養士が1名以上配置
- ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成
- ③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録
- ④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直し
- ⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない

### [経過措置]

平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は、届け出た場合限り、平成26年3月31日までの間は栄養管理体制を満たしているものとする

### [褥瘡対策] ※産婦人科診療所など対象患者がいなければ対応不要

- ① 当該保険医療機関において褥瘡対策が行われている
- ② 当該保険医療機関において、褥瘡対策チーム(褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成)が設置されている
- ③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う
- ④ 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられている

### [経過措置]

経過措置が設定されていないので注意！

### 3. 効果的な退院調整の評価

- 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する  
(1) 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと、及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する

#### 《改定内容》

##### 退院調整加算1

- イ 14日以内:340点
- ロ 30日以内:150点
- ハ 31日以上:50点

##### 退院調整加算2

- イ 30日以内:800点
- ロ 31日以上90日以内:600点
- ハ 91日以上120日以内:400点
- ニ 121日以上:200点

#### [算定要件]

##### 退院調整加算1

- ① 有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する

##### 退院調整加算2

- ① 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者が退院した場合
- ②～④ 退院調整加算1と同様

#### [施設基準]

有床診療所内に退院調整を担当する専任の者が配置されている

### 3. 効果的な退院調整の評価

- 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、さらに評価を行う
- (2) 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を行う別の医療機関と共有した場合の評価を行う

#### 《改定内容》

地域連携計画加算：300点（新設）

## 4. 有床診療所が算定できる入院基本料等加算の拡大

(1) NICU設置医療機関と予め連携し、NICUに入院していた患者を受け入れた場合の重症児(者)受入連携加算の引き上げを行うとともに有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する

### 《改定内容》

重症児(者)受入連携加算: 1,300点 → 2,000点

### [算定要件]

他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合

(2) 超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に後方病床における取組も推進されるよう超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする

### 《点数》

超重症児(者)入院診療加算(1日につき)	準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)
6歳未満の場合: 800点	6歳未満の場合: 200点
6歳以上の場合: 400点	6歳以上の場合: 100点

## 4. 有床診療所が算定できる入院基本料等加算の拡大

(3) 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する

### 《点数》

総合評価加算: 50点 → 100点

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、  
専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、  
有床診療所療養病床入院基本料



## 5. 診療所療養病床療養環境加算の見直し

- 診療所療養病床療養環境加算は医療法の経過措置として施設基準の緩和が認められてきたものであるが、今回、医療法の原則を下回る病棟について評価体系の見直しがされた

### 《改定内容》

診療所療養病床療養環境加算2:40点



診療所療養病床療養環境改善加算:35点(新設)

### [施設基準]

- 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする
- 当該加算を算定できる期間については、増築又は全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告

### [経過措置]

平成24年3月31日に診療所療養病床療養環境加算2の届出を行っている病床は、平成24年9月30日までの間、従前の加算:40点を算定できる



## 6. 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

### 《経緯》

- 前回改定の大きな問題点  
平成22年5月に、出来高病棟に入院している患者の他医療機関受診の際の投薬の費用は他医療機関が請求できるよう緩和された
- 日本医師会が是正を求めた14項目の不合理的点の1つ

出来高病棟に入院している患者が他医療機関を受診した際、入院医療機関(入院元)で入院料から3割(包括病棟の場合7割)が控除され、かつ、包括病棟入院の場合には、他医療機関(受診先)で、たとえば投薬については当日1日分しか算定できない。入院元、受診先のそれぞれの医療機関で責任を持って診療行為を行なっていることから、それぞれ適切に評価すべきである

### 《改定内容》

- 入院中の患者が他医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、**精神病床、結核病床、有床診療所**に入院中の患者が、**透析**や**共同利用**をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。

## 6. 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

### 《改定内容》

- ① 有床診療所入院基本料を算定している入院患者が、他医療機関を受診した場合  
→ 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定。  
ただし、有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析または共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定。
  
- ② 有床診療所療養病床入院基本料を算定している入院患者が、他医療機関を受診し、他医療機関において有床診療所療養病床入院基本料に含まれる診療に係る費用を算定する場合  
→ 有床診療所療養病床入院基本料の基本点数の70%を控除した点数により算定。
  
- ③ 有床診療所療養病床入院基本料を算定している入院患者が、他医療機関を受診し、他医療機関において有床診療所療養病床入院基本料に含まれる診療に係る費用を算定しない場合  
→ 有床診療所療養病床入院基本料の基本点数の30%を控除した点数により算定。  
ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析または共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該有床診療所療養病床入院基本料の基本点数の15%を控除した点数により算定。

## 【各 論】

### 診療報酬点数表の順に掲載

※スライド各ページに記載している  
【点p〇〇，留p〇〇，  
施告p〇〇，施通p〇〇，様p〇〇】等は、  
『改定診療報酬点数表参考資料』の  
点数告示、留意事項通知、施設基準告示、  
施設基準通知、届出様式等の関連するページ  
を示す。

【基本診療料】  
初診料・再診料

# 地域医療貢献加算の見直し

地域医療貢献加算について、**分かりやすい名称に変更**するとともに、さらなる推進のため**評価体系を見直す**。

点p3, 留p59, 施告p505, 施通p545, 様p820

改定後	現行
<p>A001 再診料 注9 <b>時間外対応加算</b></p> <p><b>イ 時間外対応加算1 5点(新)</b> (常時(24時間)対応)</p> <p><b>ロ 時間外対応加算2 3点(改)</b> (準夜帯対応)</p> <p><b>ハ 時間外対応加算3 1点(新)</b> (輪番制)</p> <p>※自院における通院中の患者を対象とするものであり、緊急の初診患者への対応を求めるものではない。</p>	<p>A001 再診料 注8 <u>地域医療貢献加算</u> 3点</p>

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <p><b>イ 時間外対応加算1</b></p> <p>① 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p> <p><b>ロ 時間外対応加算2</b></p> <p>① 標榜時間外の夜間の数時間において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p> <p><b>ハ 時間外対応加算3</b></p> <p>① 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の夜間の数時間において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p>② 当番日は原則として自院で対応する。</p> <p>③ 連携する医療機関数は、<u>当該診療所を含め最大3以下とする。</u></p> <p>④ 連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p>

## 同一日の複数科受診の評価

再診料、外来診療料について、**同一日の2科目の再診**について評価を行う。

(新) 再診料                    34点(同一日2科目の場合)      点p3, 留p57

(新) 外来診療料            34点(同一日2科目の場合)      点p4, 留p60

### [算定要件]

- ① **同一日**に他の傷病(一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者が医療機関の事情によらず、**患者の意思により新たに別の診療科**(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(一つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)に算定する。
- ② 2科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の**加算点数は算定できない**。



## 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

1. 紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院における初診料について、紹介なしに当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

点p2, 留p52, 施告p505

**(新) A000 初診料 200点(紹介のない場合)**

[算定要件]

- ① 紹介率が40%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院において、紹介のない患者に対して初診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が30%以上の場合は、当該初診料は算定しない。

※紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院において、紹介なしに当該病院を受診した場合の初診料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。



2. 紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院における外来診療料について、患者に対して、他の病院（一般病床が200床未満に限る）又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

点p4, 留p59, 施告p506

**(新) A002 外来診療料 52点**

**(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)**

[算定要件]

- ① 紹介率が40%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院において、他の病院(200床未満)又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に対して再診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が30%以上の場合は、当該外来診療料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院において、他の病院（一般病床が200床未満に限る）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

【基本診療料】  
入院基本料等

# 入院基本料等加算の簡素化

様p813・822

## ◆栄養管理実施加算の見直し

- (1) **栄養管理実施加算**について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、**加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する**。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、**経過措置**を設ける。

### [経過措置]

平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、**平成26年3月31日までの間は**栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、**栄養管理体制を満たしているものとする**。(基本診療料の施設基準等に係る届出書(別添7)の様式5の2による届出が必要)

改定後	現行
<p>第1章 第2部 通則7</p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策<b>及び栄養管理体制</b>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。</p> <p><b>[栄養管理体制の基準]</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 当該保険医療機関に<b>常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。</b></li> <li>② 患者の入院時に患者ごとの<b>栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</b></li> <li>③ 当該<b>栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</b></li> <li>④ 当該<b>栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</b></li> <li>⑤ <b>有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</b></li> </ol> <p><b>(削除)</b></p>	<p>第1章 第2部 通則7</p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。</p> <p><b>A233 栄養管理実施加算(1日につき) 12点</b></p>

# 入院基本料等加算の簡素化

点p5, 留p65, 施告p506, 施通p548, 様p774・822

## ◆栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(2) **褥瘡患者管理加算**について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、**加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。**

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、**入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ11点ずつ引き上げる。**

改定後	現行
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</p> <p>④ 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</p> <p>(削除)</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p><u>A235 褥瘡患者管理加算(入院中1回)</u> <u>20点</u></p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があって褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>

# 効果的な入院診療計画の策定

施告p506, 施通p548, 様p773・774

現在入院診療計画で示されている内容以上に**詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添6の別紙2及び別紙2の2が不要ないことをより明確にする。**

[算定要件]

- ①A100～109 入院基本料、300～314 特定入院料に入院する患者であること。
- ②入院7日以内に詳細な入院診療計画が作成され説明が行われていること。
- ③詳細な入院診療計画の内容は、入院中から退院時及び退院後の生活のイメージができるような内容であり、**月日、経過、達成目標、日毎の治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、教育・指導(栄養・服薬)・説明、観察記録、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点等**である。これらが含まれている場合には、**様式の形式は当該様式に限るものではない。**



## 入院中の患者の他医療機関受診の見直し

精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が**透析や共同利用**をすすめている検査のため**他の医療機関を受診**する場合の評価を見直す。

留p61

改定後	現行
<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。<b>ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟・精神病棟に限る。)</b>又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、<b>透析又は共同利用を進めている機器による検査(PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</b></p>	<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。</p>



## 改定後

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料(以下「特定入院料等」という。)を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定する。**ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査(PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。**

## 現行

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料(以下「特定入院料等」という。)を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定する。

改定後	現行
<p>ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。<b>ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査(PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合(入院日から起算して60日以内に限る。)であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</b></p>	<p>ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。</p>

## 医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関(ただし、一定規模の医療機関を除く)について、評価体系を見直す。

- ◆これらの地域では、他の地域と比べ、同一病院で様々な状態の患者を診療していることや、医療従事者の確保等が難しく病棟全体で看護要員の要件を満たすことが困難なこと等を踏まえ、入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする。

施通p557

改定後	現行
<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。ただし、別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く)の一般病棟においては、それぞれの病棟ごとに届出を行っても差し支えない。</p>	<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p>

## 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

- ◆一般病棟における7対1 入院基本料の算定要件の見直し  
**平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げ**を行う。

施告p507(一般)・施告p511(特定)・施告p513(専門)  
 施通p550

改 定 後	現 行
A100 一般病棟入院基本料(7対1) A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟7対1) A105 専門病院入院基本料(7対1)	A100 一般病棟入院基本料(7対1) A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟7対1) A105 専門病院入院基本料(7対1)
<p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>18日以内</b>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<b>1割5分以上</b>入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>	<p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>19日以内</b>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<b>1割以上</b>入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>

改定後	現行
<p><b>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</b></p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>26日以内</b>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<b>1割5分以上</b>入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p>	<p><b>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</b></p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>28日以内</b>であること。</p> <p>② 当該病棟に入院している患者の看護必要度について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。</p>
<p><b>[専門病院入院基本料の施設基準]</b></p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>28日以内</b>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<b>1割5分以上</b>入院させる病棟であること（<b>悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関及び</b>救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p>	<p><b>[専門病院入院基本料の施設基準]</b></p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<b>30日以内</b>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<b>1割以上</b>入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p>

**[経過措置]**

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の10対1入院基本料を算定する病棟に限り、**平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定**できる。

施告p532



## 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

### ◆一般病棟における10対1入院基本料の算定要件の見直し

- (1) 現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、**看護必要度に係る評価を要件として新設**する。

施告p507(一般)・施告p511(特定)・施告p513(専門)

改定後	現行
A100 一般病棟入院基本料(10対1)	A100 一般病棟入院基本料(10対1)
A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟10対1)	A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟10対1)
A105 専門病院入院基本料(10対1)	A105 専門病院入院基本料(10対1)
[施設基準] <b>当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。</b>	
<b>(削除)</b>	<u>一般病棟看護必要度評価加算</u> 5点

施告p532, 施通p552

### [経過措置]

10対1入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成24年7月1日とする。

# 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

点p6, 留p68, 施告p508

## ◆一般病棟における10対1入院基本料の算定要件の見直し

(2) 10対1入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が**一定以上の場合の加算**を新設する。

(新) 看護必要度加算1      30点

(新) 看護必要度加算2      15点

[算定要件]

●看護必要度加算1

看護必要度基準**15%以上**の基準を満たす患者を  
15%以上入院させている当該病棟に入院している患者について算定する。

●看護必要度加算2

看護必要度基準**10%以上**の基準を満たす患者を  
10%以上入院させている当該病棟に入院している患者について算定する。

## 急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

- ◆一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護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。

点p6, 留p67

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算

150点(1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う救急医療機関入院中や在宅療養中の患者等を一般病棟(13対1、15対1に限る)で受け入れた場合に14日以内に限り算定する。



# 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

点p6・15, 留p68・77, 施告p508・513, 施通p553, 様p829

## ◆入院基本料13対1の算定要件の見直し

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13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。

**(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)**

[算定要件]

一般病棟13対1入院基本料、専門病棟13対1入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定する。

## 慢性期入院医療の適切な評価

◆一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1) 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）とする。

点p8, 留p71、様p830

改定後	現行
<p>A100 一般病棟入院基本料 (13対1、15対1)</p> <p>届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</p>	<p>A100 一般病棟入院基本料 (13対1、15対1)</p> <p>特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。</p>

(2) 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

※なお、上記二つ((1)、(2))の取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置:上記の取扱いについては、平成24年10月1日から施行する。]

# 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係①

中医協 診-2-参考資料  
21.12.18 より抜粋

特定除外項目		備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分(参考)
1	難病等入院診療加算を算定する患者	多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋委縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 AIDS/HIV 多剤耐性結核(陰圧管理) 等	スモン	3
			多発性硬化症	2
			筋委縮性側索硬化症	2
			パーキンソン病関連疾患	2
			その他の難病(スモンを除く。)	2
2	重症患者等療養環境特別加算を算定する患者	以下のいずれかに該当し、個室又は2人部屋で入院。 ア 病状が重篤であって絶対安静が必要 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要する	感染隔離室における管理	3
			脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺)	2
3	重度の肢体不自由者※1、 脊髄損傷等の重度障害者※1、 重度の意識障害者※2、 筋ジストロフィー患者及び難病患者等	※1 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。  ※2 JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下、あるいは無動症	筋ジストロフィー	2
			医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
			24時間持続点滴	3
			経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施、かつ発熱又は嘔吐を伴う	2
4	悪性新生物に対する治療※3 (重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態	※3 ・肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療 ・放射線治療 ・末期の悪性新生物に対する治療	悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合)	2
			頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態	2
			うつ状態	2
5	観血的動脈圧測定を実施している状態		中心静脈栄養を実施	3

(注) 矢印の対応関係については、各特定除外項目に該当する患者に対して実施されることが比較的容易に想定される医療行為等を含めている。

## 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係②

特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	リハビリテーションが必要(原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	人工呼吸器を使用	3
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	気管切開又は気管内挿管が行われている(かつ発熱を伴う)	2 (3)
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
		24時間持続点滴	3
		創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注) 特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

## 効率化の余地のある入院についての適正な評価

点p7・14・15, 留p65-66, 施告p508・512・513

### ◆午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料の適正化

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料算定医療機関のうち、**正午までに退院するものの割合が90%を超える**医療機関について、当該病棟に30日を超えて入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された**入院基本料を8%減額**する。

## [対象医療機関]

以下のすべてを満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 当該病棟の退院全体のうち正午までに退院するものの割合が90%を超える保険医療機関

## [対象とする入院基本料]

以下のすべてを満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に30日を超えて入院しているものの退院日に算定されたもの
- ② 退院調整加算が算定されていないもの
- ③ 算定された日に手術、1,000点以上の処置を伴わないもの

## [経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

## 効率化の余地のある入院についての適正な評価

点p7・14・15, 留p66, 施告p508・512・513

### ◆金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料の適正化

金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が40%を超える医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を8%減額する。



## [対象医療機関]

以下のいずれも満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が40%以上の保険医療機関

## [対象とする入院基本料]

以下のいずれも満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもの
- ② 算定された日に手術、1,000点以上の処置を伴わないもの

## [経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。



## 急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

- ◆療養病棟においても、**一定の条件の下**、救急・在宅等支援療養病床初期加算の**引き上げ**を行う。

点p9, 留p73

改定後	現行
<p>A101 療養病棟入院基本料</p> <p><b>注6</b> 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、<b>救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては1日につき300点)</b>を所定点数に加算する。</p>	<p>A101 療養病棟入院基本料</p> <p><b>注5</b> 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、<b>救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を</b>所定点数に加算する。</p>

# 慢性期入院医療の適切な評価

施通p544・554

## ◆療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

入院時既に発生している褥瘡に限り、**治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続**して算定可能とする。

併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など**医療の質に関する内容の公表を要件化する**。

## ◆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に対する経過措置については2年間延長し、次回改定における取り扱いについては、現場の実態を踏まえた措置を検討する。

## NICU入院患者等の後方病床の充実

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の**重症児(者)受入連携加算**が設けられているが、**同加算の引き上げ**を行うとともに、これを**一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)**、**療養病棟入院基本料**、**有床診療所入院基本料**、**有床診療所療養病床入院基本料**にも拡大する。

改 定 後	現 行
<p>A106 障害者施設等入院基本料                      A306 特殊疾患入院医療管理料                      A309 特殊疾患病棟入院料  <b>A100 一般病棟入院基本料</b>  <b>(13対1、15対1に限る。)</b>  <b>A101 療養病棟入院基本料</b>  <b>A108 有床診療所入院基本料</b>  <b>A109 有床診療所療養病床入院基本料</b></p> <p>重症児(者)受入連携加算                      (入院初日) <b>2,000点(改)</b></p> <p>[算定要件]                      他の保険医療機関から転院してきた者                      であって、当該他の保険医療機関におい                      て新生児特定集中治療室退院調整加                      算を算定したものである場合に算定する。</p>	<p>A106 障害者施設等入院基本料                      A306 特殊疾患入院医療管理料                      A309 特殊疾患病棟入院料</p> <p>重症児(者)受入連携加算                      (入院初日) 1,300点</p> <p>[算定要件]                      他の保険医療機関から転院してきた者                      であって、当該他の保険医療機関におい                      て新生児特定集中治療室退院調整加                      算を算定したものである場合に算定する。</p>

# 結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

結核病棟入院基本料において、院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

留p74

改定後	現行
<p>A102 結核病棟入院基本料(1日につき)</p> <p>1 7対1入院基本料 <b>1,566点(改)</b></p> <p>2 10対1入院基本料 <b>1,311点(改)</b></p> <p>3 13対1入院基本料 <b>1,103点(改)</b></p> <p>4 15対1入院基本料 <b>945点(改)</b></p> <p>5 18対1入院基本料 <b>809点(改)</b></p> <p>6 20対1入院基本料 <b>763点(改)</b></p>	<p>A102 結核病棟入院基本料(1日につき)</p> <p>1 7対1入院基本料 1,447点</p> <p>2 10対1入院基本料 1,192点</p> <p>3 13対1入院基本料 949点</p> <p>4 15対1入院基本料 886点</p> <p>5 18対1入院基本料 757点</p> <p>6 20対1入院基本料 713点</p>
<p>[施設基準]</p> <p>結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。</p> <p>施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。</p>	

# 結核病棟入院基本料における退院基準の評価

結核病棟入院基本料において、感染症法における**退院基準を**満たした患者については特別入院基本料を算定する。

留p74

改定後	現行
A102 結核病棟入院基本料 注2(1日につき) 特別入院基本料 550点  7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、 <b>15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料</b> の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。	A102 結核病棟入院基本料 注2(1日につき) 特別入院基本料 550点  7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。

## [退院させることができる要件]

- ① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。
- ② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあっては、速やかに連日検査を実施する。)
- ③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。



# 精神科急性期入院医療の評価

## ◆精神科救急医療機関の後方病床の評価

精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

点p12, 留p75

A103 精神病棟入院基本料

(新)注5 救急支援精神病棟初期加算

100点(14日以内、1日につき)

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

## 診療所の機能に着目した評価

### ◆有床診療所におけるターミナルケアの推進

有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する。

点p18, 留p79, 施告p515, 施通p556

#### (新)看取り加算

在宅療養支援診療所の場合	2,000点
その他の場合	1,000点

#### [算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から30日以内に看取った場合

#### [施設基準]

夜間に看護職員を1名以上配置していること。



## 診療所の機能に着目した評価

点p19・20, 留p79・82, 施告p515・516

- ◆有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- ◆介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

# 有床診療所に対する診療報酬上の評価

	有床診療所 入院基本料1	有床診療所 入院基本料2	有床診療所 入院基本料3	有床診療所 療養病床入院基本料			診療所型介護療 養 施設サービス費 (I)<多床室>														
病床種別	一般			療養			療養														
点数	14日以内: 760点 15日以上 30日以内: 590点 31日以上: 500点	14日以内: 680点 15日以上 30日以内: 510点 31日以上: 460点	14日以内: 500点 15日以上 30日以内: 370点 31日以上: 400点	<table border="1"> <tr> <td>医療区分</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL区分</td> <td>3</td> <td>602点</td> <td>871点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td rowspan="2">520点</td> <td rowspan="2">764点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> </tr> </table>	医療区分	1	2	3	ADL区分	3	602点	871点		2	520点	764点		1	975点		要介護1: 775単位 要介護2: 827単位 要介護3: 879単位 要介護4: 930単位 要介護5: 982単位
医療区分	1	2	3																		
ADL区分	3	602点	871点																		
	2	520点	764点																		
	1																				
包括範囲	出来高			検査・投薬・注射・病理診 断・一部の画像診断及び 処置包括			検査・投薬・注射・ 病理診断・一部の 画像診断及び処 置包括														
看護職員	7以上	4以上7未満	1以上4未満	6対1			6対1														
看護補助者	—			6対1			6対1														
届出病床数 (22年7月時点)	92,976床			9,061床			4,100床														
	●病床 一人部屋 6.3㎡/床以上 二人部屋～ 4.3㎡/床以上			●病床 6.4㎡/床以上			●病床 6.4㎡/床以上														

# 一般病床と療養病床の相互乗入について

<例>

有床診療所

一般病床(出来高)  
7床

医療療養(包括)  
12床

長期療養を必要とする患者が入院

急性増悪により密度の高い医療が必要となった場合



通常は医療療養

【通常】

一般病床に転床

医療療養

包括算定では、  
密度の高い医療  
を提供しにくい

【一般病床が  
満床の場合】

一般病床が満床



医療療養

【改正案】

一般病床が満床



療養病床でも一般病床の報酬が算定可能に

出来高算定となり、  
密度の高い医療を  
提供しやすくなる

現行のルール

## 有床診療所の看護配置について

病床数	療養病床 1,069診療所			看護 区分 看護 職員	一般病床 7,175診療所								
	看護 職員	看護 補助者	看護 要員 合計		1			2			3		
	6 : 1	6 : 1			9	8	7	6	5	4	3	2	1
19	4	4	8		○	○	-	-	-	△	△	△	△
18	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
17	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
16	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
15	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
14	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
13	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
12	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
11	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
10	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
9	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
8	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	-	△
7	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	-	△
6	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△
5	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△
4	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△

※黒枠部分（○の部分）は病室の面積要件を満たしていれば、療養病床入院基本料を算定できる。  
赤枠部分は、△の部分について、一般病床の入院基本料を算定できる。

# 2室8床の要件緩和について

<例> 有床診療所

医療療養(包括)  
6床

介護療養(包括)  
13床

要介護者が入院

医療提供の必要性が増加した場合



通常は介護療養



【通常】

医療療養に転床

介護療養



医療保険の  
給付対象に

介護療養

【医療療養が満床の場合】

医療療養が満床

医療保険の  
給付を受けら  
れない



【既に介護療養8床も医療保険  
の給付対象としている場合】

医療療養が満床

既に8床を医療保険  
対象に

介護  
療養

医療保険の  
給付対象に



現  
行  
の  
ル  
ー  
ル

【**改正案**】

医療療養が満床

8床を超えて医療保険対象に

【基本診療料】  
入院基本料等加算

## 質の高い救命救急入院に係る医療の推進

### ◆小児救急医療に対する評価 (救急医療管理加算における小児加算の創設及び 乳幼児救急医療管理加算の引き上げ)

特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

改定後	現行
<p>A205 救急医療管理加算 (1日につき) 800点</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。</p> <p>3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 (1日につき)</p> <p>1 救急医療管理加算 800点</p> <p>2 乳幼児救急医療管理加算 200点</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 <u>乳幼児救急医療管理加算</u>は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。</p>



# 在宅医療の促進について

## ◆機能を強化した在支診・在支病等への評価

入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、  
緊急時に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げを行う。

点p22, 留p85, 施告p517

改定後	現行
A206 在宅患者緊急入院診療 加算(入院初日) 1 機能を強化した在支診・ 在支病間での受入の場合 2,500点(新) 2 連携医療機関の場合 2,000点(改) 3 1, 2以外の場合 1,000点(改)	A206 在宅患者緊急入院診療 加算(入院初日) 1 連携医療機関の場合 1,300点 2 1以外の場合 650点

# N I C U入院患者等の後方病床の充実

在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

点p40

改定後	現行
A206 在宅患者緊急入院診療加算	A206 在宅患者緊急入院診療加算
[算定可能病床]	[算定可能病床]
A100 一般病棟入院基本料	A100 一般病棟入院基本料
A101 療養病棟入院基本料	A101 療養病棟入院基本料
A102 結核病棟入院基本料	A102 結核病棟入院基本料
A103 精神病棟入院基本料	A103 精神病棟入院基本料
A104 特定機能病院入院基本料	A104 特定機能病院入院基本料
A105 専門病院入院基本料	A105 専門病院入院基本料
A106 障害者施設等入院基本料	A106 障害者施設等入院基本料
A108 有床診療所入院基本料	A108 有床診療所入院基本料
A109 有床診療所療養病床入院基本料	A109 有床診療所療養病床入院基本料
<b>A307 小児入院医療管理料</b>	

## 医師事務作業補助体制加算 配置に応じた適切な評価の新設

30対1、40対1の評価を新設する。また、50対1については、年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

点p22, 留p86, 施告p517, 施通p562

改 定 後				現 行			
A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)				A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)			
1	15対1補助体制加算	810点		1	15対1補助体制加算	810点	
2	20対1補助体制加算	610点		2	20対1補助体制加算	610点	
3	25対1補助体制加算	490点		3	25対1補助体制加算	490点	
4	<b>30対1補助体制加算</b>	<b>410点(新)</b>					
5	<b>40対1補助体制加算</b>	<b>330点(新)</b>					
6	50対1補助体制加算	255点		4	50対1補助体制加算	255点	
7	75対1補助体制加算	180点		5	75対1補助体制加算	180点	
8	100対1補助体制加算	138点		6	100対1補助体制加算	138点	

改定後	現行
<p>【施設基準】</p> <p>1 15対1補助体制加算</p> <p>2 20対1補助体制加算</p> <p>第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算</p> <p><b>4 30対1補助体制加算</b></p> <p><b>5 40対1補助体制加算</b></p> <p>1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p><b>6 50対1補助体制加算</b></p> <p>7 75対1補助体制加算</p> <p>8 100対1補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>	<p>【施設基準】</p> <p>1 15対1補助体制加算</p> <p>2 20対1補助体制加算</p> <p>第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算</p> <p><b>4 50対1補助体制加算</b></p> <p>1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>5 75対1補助体制加算</p> <p>6 100対1補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>

## 医師事務作業補助体制加算の 算定可能病床の見直し

### ◆精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進

精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とするため、医師事務作業補助体制加算算定可能病床に**精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料**を追加する。

#### A207-2 医師事務作業補助体制加算

施通p562

##### [算定可能病床]

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| A100 一般病棟入院基本料          | A306 特殊疾患入院医療管理料                                  |
| A105 専門病院入院基本料          | A307 小児入院医療管理料                                    |
| A106 障害者施設等入院基本料        | A308 回復期リハビリテーション病棟入院料<br>(一般病床のみ)                |
| A300 救命救急入院料            | A308-2 亜急性期入院医療管理料                                |
| A301 特定集中治療室管理料         | A310 緩和ケア病棟入院料                                    |
| A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料  | <b>A311 精神科救急入院料</b>                              |
| A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | <b>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料</b><br>(精神科急性期治療病棟入院料1のみ) |
| A302 新生児特定集中治療室管理料      | <b>A311-3 精神科救急・合併症入院料</b>                        |
| A303 総合周産期特定集中治療室管理料    |   |
| A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料  |   |
| A305 一類感染症患者入院医療管理料     |   |

# 看護職員の看護業務を補助する職員の 配置に対する評価

点p22, 留p86, 施告p517, 施通p564  
様p825・826・828・829・834・835・840

## ◆急性期医療を担う医療機関における看護補助者の 配置の評価

現行の急性期看護補助体制加算1(50対1)の配置基準を上回る**25対1の看護補助者**を雇用・配置している場合及び**夜勤帯**に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

A207-3 急性期看護補助体制加算(1日につき、14日を限度)

(新) **25対1急性期看護補助体制加算**

- |              |      |
|--------------|------|
| 1 看護補助者5割以上※ | 160点 |
| 2 看護補助者5割未満※ | 140点 |

※ 急性期看護補助体制加算(25対1)の届出に必要な看護補助者全体(常勤換算)に占める看護補助者の割合



改定後	現行
<p>A207-3 急性期看護補助体制加算                      (1日につき)</p> <p>1 25対1急性期看護補助体制加算                      (看護補助者5割以上) 160点(新)</p> <p>2 25対1急性期看護補助体制加算                      (看護補助者5割未満) 140点(新)</p> <p>3 50対1急性期看護補助体制加算                      120点</p> <p>4 75対1急性期看護補助体制加算                      80点</p>	<p>A207-3 急性期看護補助体制加算                      (1日につき)</p> <p>1 急性期看護補助体制加算1                      (50対1) 120点</p> <p>2 急性期看護補助体制加算2                      (75対1) 80点</p>

[算定要件]

25対1急性期看護補助体制加算

- ① 急性期医療を担う病院であること。
- ② 看護必要度の基準を満たす患者を、7対1入院基本料を算定する病棟にあつては1割5分以上、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては1割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定し、平成24年4月1日以降に新7対1入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新7対1入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。
- ③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(新) イ 夜間50対1急性期看護補助体制加算(1日につき)  
(入院患者数※に対して常時50対1以上) 10点

(新) ロ 夜間100対1急性期看護補助体制加算(1日につき)  
(入院患者数※に対して常時100対1以上) 5点

※ 同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算(25対1、50対1、75対1)を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 50点(1日につき)

[施設基準]

- ① 25対1急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。
- ② 当該病棟における看護職員の数、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。



# N I C U入院患者等の後方病床の充実

超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、**超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算**を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。

点p9・20

改 定 後	現 行
<p>A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院 診療加算 [算定可能病床]</p> <p>A100 一般病棟入院基本料 <b>A101 療養病棟入院基本料</b> A102 結核病棟入院基本料 A103 精神病棟入院基本料 A104 特定機能病院入院基本料 A105 専門病院入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料 A108 有床診療所入院基本料 <b>A109 有床診療所療養病床入院基本料</b> A306 特殊疾患入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料 A309 特殊疾患病棟入院料</p>	<p>A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院 診療加算 [算定可能病床]</p> <p>A100 一般病棟入院基本料  A102 結核病棟入院基本料 A103 精神病棟入院基本料 A104 特定機能病院入院基本料 A105 専門病院入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料 A108 有床診療所入院基本料  A306 特殊疾患入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料 A309 特殊疾患病棟入院料</p>

## N I C U入院患者等の後方病床の充実

- ◆現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている「在宅重症児(者)受入加算を、**救急医療機関からの転院の場合にも算定可能**とする。

点p24, 留p88

改定後	現行
<p>A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算</p> <p>注3</p> <p><b>救急・在宅重症児(者)受入加算</b> (1日につき) 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>自宅から入院した患者<b>又は他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したものである</b>場合に、入院日から5日に限り算定する。</p>	<p>A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算</p> <p>注3</p> <p><u>在宅重症児(者)受入加算</u> (1日につき) 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>自宅から入院した患者である場合に、入院日から5日に限り算定する。</p>

## 看護職員の看護業務を補助する職員の 配置に対する評価

### ◆ 13対1入院基本料を算定している医療機関における手厚い看護補助者の配置の評価

医師と看護職員との役割分担を推進するため、**13対1入院基本料を算定している病棟**においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い**看護補助加算1(30対1)**を算定できるよう見直しを行う。

点p24, 施告p518, 施通p565, 様p826・828・829・835

改定後	現 行
<p>A214 看護補助加算1(1日につき) 109点</p> <p>[施設基準]</p> <p><b>13対1入院基本料</b>、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。</p>	<p>A214 看護補助加算1(1日につき) 109点</p> <p>[施設基準]</p> <p>15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。</p>

#### [算定要件]

**13対1入院基本料**を算定している病棟において看護補助加算1を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、**1割以上入院**させていること。

# 陰圧室、無菌治療室の適正な評価

◆二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

点p25, 留p89

改定後	現行
A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算(1日につき) 2 陰圧室加算 200点	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算(1日につき) 2 陰圧室加算 200点
[算定要件] 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。ただし、陰圧室加算を算定する場合は、結核患者を収容している日によっては、煙管または差圧計等で病室及び特定区域の陰圧の状況を確認すること。	[算定要件] 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。

## 入院基本料等加算の簡素化

### ◆療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

## (1) 療養病棟療養環境加算の見直し

点p26, 留p89, 施告p519, 施通p566, 様p843・844

改定後	現行
<p>A222 療養病棟療養環境加算 (1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点 2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <p><b>A222-2 療養病棟療養環境改善加算</b> (1日につき)</p> <p><b>1 療養病棟療養環境改善加算1</b> 80点(新)</p> <p><b>2 療養病棟療養環境改善加算2</b> 20点(新)</p> <p>[施設基準] 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。 当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</p>	<p>A222 療養病棟療養環境加算 (1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点 2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <hr/> <p><b>3 療養病棟療養環境加算3 90点</b></p> <hr/> <p><b>4 療養病棟療養環境加算4 30点</b></p>

### 【経過措置】

平成24年3月31日に療養病棟療養環境加算3、4の届出を行っている病棟にあっては、平成24年9月30日までの間、従前の加算を算定できる。

## (2) 診療所療養病床療養環境加算の見直し

改 定 後	現 行
<p>A223 診療所療養病床療養環境加算 (1日につき) 100点</p> <p><b>A223-2</b> <b>診療所療養病床療養環境改善加算</b> (1日につき) 35点(新)</p> <p>[施設基準] 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。 当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</p>	<p>A223 診療所療養病床療養環境加算 (1日につき)</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算1 100点</p> <p><u>2 診療所療養病床療養環境加算2</u> <u>40点</u></p>

### 【経過措置】

平成24年3月31日に診療所療養病床療養環境加算2の届出を行っている病床にあっては、平成24年9月30日までの間、従前の加算を算定できる。



## 陰圧室、無菌治療室の適正な評価

- ◆無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。  
なお、経過措置として平成25年3月31日までは従前の例による。

点p26, 留p90, 施告p519, 施通p567, 様p846

改定後	現行
<p>A224 無菌治療室管理加算(1日につき)</p> <p style="margin-left: 20px;">1 無菌治療室管理加算1    3,000点</p> <p style="margin-left: 20px;">2 無菌治療室管理加算2    <b>2,000点(改)</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算1</p> <p style="margin-left: 20px;">① <b>個室であること。</b></p> <p style="margin-left: 20px;">② 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">③ 室内の空気清浄度が、無菌治療室管理の際に、常時<b>ISOクラス6以上</b>であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">④ <b>室内の空気の流れが一方向であること。</b></p> <p>2 無菌治療室管理加算2</p> <p style="margin-left: 20px;">① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">② 室内の空気清浄度が、無菌治療室管理の際に、常時<b>ISOクラス7以上</b>であること。</p>	<p>A224 無菌治療室管理加算(1日につき)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">3,000点</p> <p>[施設基準]</p> <p style="margin-left: 20px;">① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">② 室内の空気清浄度が<u>クラス1万以下</u>であること。</p>

### [経過措置]

現在、この加算を算定している医療機関は、平成25年3月31日までは無菌治療室管理加算1を算定できる。



## 医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

点p27, 留p90, 施告p519・535, 施通p568, 様p847

### ◆チームで診療を行う緩和ケア診療加算における**専従要件を緩和した評価**を新設する。

A226-2 緩和ケア診療加算 注2

**(新)緩和ケア診療加算(指定地域) 200点(1日につき)**

#### [施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ② 当該保険医療機関に**以下から構成される緩和ケアチームが設置**されている。
  - ア 身体症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
  - イ 精神症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
  - ウ 緩和ケアの経験を有する所定の研修を終了した専任の常勤看護師
  - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ③ 1日当たりの算定患者数は、**1チームにつき概ね15人以内**とする。

# 診療所の機能に着目した評価

点p27, 留p91, 施告p519, 施通p569, 様p841・847

◆有床診療所において質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する。

(新)A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算

150点(1日につき)

[算定要件]

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合。

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

# 精神科急性期入院医療の評価

点p28, 留p93, 施告p520, 施通p570, 様p849

## ◆身体合併症の対応に関する評価

精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の**評価を引き上げる**。

改定後	現行
A230-3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき) <b>450点(改)</b>	A230-3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき) 350点

## 多職種が連携した、より質の高い医療 (チーム医療)の推進

点p28, 留p93, 施告p520, 施通p570, 様p841・850

### ◆精神科リエゾンチーム加算の新設

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

**(新)A230-4 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)**

#### [算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(週1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

#### [施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ② 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③ 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

# がん診療連携の充実

◆がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

点p28, 留p95, 施告p520, 施通p572, 様p852

改定後	現行
A232 がん診療連携拠点病院加算 (入院初日) 500点  [算定要件] 別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者。	A232 がん診療連携拠点病院加算 (入院初日) 500点  [算定要件] 別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者

## 多職種が連携した、より質の高い医療 (チーム医療)の推進

### ◆栄養サポートチームの推進

点p29, 留p96, 施告p520, 施通p572, 様p834・852

栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、専門病院入院基本料(13対1)及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病棟においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とし、入院2月以降は月1回に限り算定可能とする。

改定後	現行
<p>A233-2 栄養サポートチーム加算(週1回) 200点</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、<b>13対1、15対1</b>)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、<b>13対1</b>)、療養病棟入院基本料</p> <p>ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</p>	<p>A233-2 栄養サポートチーム加算(週1回) 200点</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)</p>

## 医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

点p29, 留p96, 施告p520, 施通p572, 様p834・852

### ◆チームで診療を行う栄養サポートチーム加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

A233-2 栄養サポートチーム加算 注2

**(新) 栄養サポートチーム加算(指定地域) 100点(週1回)**

#### [施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ② 当該保険医療機関に以下から構成される栄養サポートチームが設置されている。
  - ア 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師
  - イ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤看護師
  - ウ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤薬剤師
  - エ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の管理栄養士
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。



# 感染防止対策への評価

点p29, 留p98, 施告p521, 施通p574, 様p813-817・853

## ◆医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

- (1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

### A234-2 感染防止対策加算(入院初日)

- |      |           |      |
|------|-----------|------|
| (新)1 | 感染防止対策加算1 | 400点 |
| (新)2 | 感染防止対策加算2 | 100点 |

- (2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。



## [施設基準]

### 感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ③ 年4回程度、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から必要時に院内感染対策に関する相談を受けていること。

### 感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床以下の医療機関であることを標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回程度、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

# 感染防止対策への評価

点p29, 留p98, 施告p521, 施通p575, 様p854

◆感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

A234-2 感染防止対策加算(入院初日)

(新)注2 感染防止対策地域連携加算

100点(入院初日)

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回程度、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

# 患者サポート体制の充実した医療機関への評価

点p29, 留p99, 施告p521, 施通p576, 様p854

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

## (新)A234-3 患者サポート体制充実加算

70点(入院初日)

### [施設基準]

- ① 患者又はその家族等からの相談支援窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

# N I C U入院患者等の後方病床の充実

## ◆ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げる。

改定後	現行
A236-2 ハイリスク妊娠管理加算 (1日につき) 1,200点(改)	点p30, 留p100, 施告p521, 施通p577, 様p855 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算 (1日につき) 1,000点
A237 ハイリスク分娩管理加算 (1日につき) 3,200点(改)	点p30, 留p101, 施告p521, 施通p577, 様p834・841・855 A237 ハイリスク分娩管理加算 (1日につき) 3,000点

## 効果的な退院調整の評価

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

点p30, 留p102, 施告p521, 施通p577, 様p856

### (新)A238 退院調整加算1(退院時1回)

イ	14日以内	340点
ロ	15日以上30日以内	150点
ハ	31日以上	50点

### (新)A238 退院調整加算2(退院時1回)

イ	30日以内	800点
ロ	31日以上90日以内	600点
ハ	91日以上120日以内	400点
ニ	121日以上	200点

## [算定要件]

### ●退院調整加算1

- 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、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ②医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

### ●退院調整加算2

- ①療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
- ②～④ 退院調整加算1と同様。

## [施設基準]

①**病院の場合**は以下の基準をすべて満たしていること。

イ 当該保険医療機関内に、**退院調整に関する部門が設置**されていること。

ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する**十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士**が配置されていること。

ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては**専任の社会福祉士**が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては**専任の看護師**が配置されていること。

②**診療所の場合**は、**退院調整を担当する専任の者**が配置されていること。

## [退院支援計画の内容]

- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画再作成日
- イ 退院困難な要因
- ウ 退院に関する患者以外の相談者
- エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、退院調整部門のそれぞれ）
- オ 退院に係る問題点、課題等
- カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名



## 効果的な退院調整の評価

- ◆疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した**退院支援計画**を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、**当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合の評価**を行う。

点p30, 留p103

A238 退院調整加算

**(新)注2 地域連携計画加算 300点**

# NICU入院患者等の後方病床の充実

## ◆新生児特定集中治療室における退院調整の充実

新生児特定集中治療室退院調整加算について、**新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件**としたうえで評価を引き上げる。また、超低出生体重児（出生時体重1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の**2回算定可能**とする。

改 定 後	現 行
<p>A238-3 新生児特定集中治療室 退院調整加算</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院 調整加算1(退院時1回) 600点(改)</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院 調整加算2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 600点(新)</p> <p>ロ 退院加算(退院時1回) 600点(新)</p>	<p>A238-3 新生児特定集中治療室 退院調整加算(退院時1回) 300点</p>

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算1  新生児特定集中治療室管理料等を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算  新生児特定集中治療室管理料等を算定したことがある超低出生体重児（出生時体重1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に<b>入院中に1回に限り算定</b>する。</p> <p>ロ 退院加算  <b>退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り算定する。</b></p>	<p>[算定要件]</p> <p>新生児特定集中治療室管理料等を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、<u>退院時に1回に限り算定</u>する。</p>

改定後	現行
<p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に<b>新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上、又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。</b></p>	<p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>

# 救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。

点p31, 留p105, 施告p522, 施通p578, 様p856

改定後	現行
<p>A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 1,000点(改)</p> <p>[算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から7日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>	<p>A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 500点</p> <p>[算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から5日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>
<p>A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日) 2,000点(改)</p>	<p>A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日) 1,000点</p>

# 救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。

点p31, 留p105, 施告p522, 施通p578, 様p856

改定後	現行
<p>A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p><b>(③削除)</b></p>	<p>A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>③ <u>救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p>

改定後	現行
<p>A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算</p> <p>[施設基準] 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p><b>(②削除)</b></p>	<p>A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算</p> <p>[施設基準] ① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② <u>救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p>

※受入加算について、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床で算定可能とする。



# 精神科急性期入院医療の評価

点p32, 留p106, 施告p522, 施通p578, 様p857

## ◆精神科救急医療機関の後方病床の評価

精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

(新)A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算  
1,000点(退院時1回)

(新)A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算  
2,000点(入院初日)

### [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、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、**入院日から60日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院**した場合に算定する。

### [施設基準]

- ① 紹介加算は、**精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料等**の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ② 受入加算は、**精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料**の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ③ 連携医療機関間で患者の**転院受入体制に関する協議をあらかじめ行う**。

# 長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する 医療連携の評価

点p32, 留p106

療養病床に入院中の者が**BPSDの増悪**等により認知症専門医による**短期集中的な入院加療が必要**となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ**再転院を行った場合について、評価**を新設する。

(新)A238-9 地域連携認知症集中治療加算  
1,500点(退院時)

(新)A238-8 地域連携認知症支援加算  
1,500点(入院初日)

## [算定要件]

- ① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、**BP  
SD等の急性増悪等**により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。
- ② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、**60日以内に紹介元  
の療養病床に転院**した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

## 効果的な退院調整の評価

- ◆ 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

点p32, 留p107, 施告p522, 施通p579, 様p857

改定後	現行
<p>A240 総合評価加算 (入院中1回) <b>100点(改)</b></p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>A100 一般病棟入院基本料 A102 結核病棟入院基本料 A104 特定機能病院入院基本料 A105 専門病院入院基本料 A108 有床診療所入院基本料 <b>A101 療養病棟入院基本料</b> <b>A109 有床診療所療養病床入院基本料</b></p>	<p>A240 総合評価加算 (入院中1回) 50点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>A100 一般病棟入院基本料 A102 結核病棟入院基本料 A104 特定機能病院入院基本料 A105 専門病院入院基本料 A108 有床診療所入院基本料</p>

# 後発医薬品の使用促進について

## ◆医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「**30%以上**」の評価を加える。

点p33, 留p108, 施告p522, 施通p580, 様p858

改 定 後	現 行
<p>A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)</p> <p><b>1 後発医薬品使用体制加算1 35点(新)</b> <b>2 後発医薬品使用体制加算2 28点(改)</b></p> <p>[施設基準]</p> <p><b>1 後発医薬品使用体制加算1</b> 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が<b>3割以上</b>であること。</p> <p><b>2 後発医薬品使用体制加算2</b> 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日) <b>30点</b></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>

## 多職種が連携した、より質の高い医療 (チーム医療)の推進

点p33, 留p108, 施告p523, 施通p580, 様p834・841・859

### ◆薬剤師の病棟における業務に対する評価の新設

勤務医の負担軽減等の観点から薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設する。

(新)A244 病棟薬剤業務実施加算  
100点(週1回)

## [算定要件]

- ① すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週を限度する。
- ② 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務(以下「病棟薬剤業務」という。)を実施している場合に算定する。

### ※ 病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務

## [施設基準]

- ① 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
- ② 病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- ④ 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。
- ⑤ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- ⑥ 薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※ 十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定

◆ 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

点p144, 留p179



# DPCフォーマットデータ提出の評価について

点p33, 留p109, 施告p523, 施通p581, 様p859-862

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

## (新)A245 データ提出加算(入院中1回)

### 1 データ提出加算1

イ	200床以上の病院	100点
ロ	200床未満の病院	150点

### 2 データ提出加算2

イ	200床以上の病院	110点
ロ	200床未満の病院	160点



## [算定要件]

### 1 データ提出加算1

- ① データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない(従来のデータ提出係数と同等の取扱い)。

### 2 データ提出加算2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない(従来のデータ提出係数と同等の取扱い)。

## [施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料(7対1又は10対1)、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)、特定機能病院一般病棟入院基本料(7対1又は10対1)を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

## [その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数 I (係数の設定方法については、その他の機能評価係数 I と同様) 又は包括外の患者については当該評価として整理する。

# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、以下に掲げる項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

現 行	新たに要件を加える項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>①A200 総合入院体制加算</li> <li>②A207-2 医師事務作業補助体制加算</li> <li>③A237 ハイリスク分娩管理加算</li> <li>④A207-3 急性期看護補助体制加算</li> <li>⑤A233-2 栄養サポートチーム加算</li> <li>⑥A242 呼吸ケアチーム加算</li> <li>⑦A307 小児入院医療管理料1及び2</li> <li>⑧A300 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑨A303 総合周産期特定集中治療室管理料</li> <li>⑩(新)A301-4 小児特定集中治療室管理料</li> <li>⑪(新)A230-4 精神科リエゾンチーム加算</li> <li>⑫(新)A244 病棟薬剤業務実施加算</li> <li>⑬(新)B001-2-5 院内トリアージ実施料</li> <li>⑭(新)B001 25 移植後患者指導管理料</li> <li>⑮(新)B001 27 糖尿病透析予防指導管理料</li> </ul>

# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

## [施設要件]

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

### (病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例)

改定後	現行
<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医師事務作業補助者の配置</li><li>・ 短時間正規雇用医師の活用</li><li>・ 地域の他の医療機関との連携体制</li><li>・ 外来縮小の取り組み (一部必須)</li><li>・ 交代勤務制の導入 (一部必須)</li></ul> <p>・ 予定手術前の当直に対する配慮</p>	<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医師事務作業補助者の配置</li><li>・ 短時間正規雇用医師の活用</li><li>・ 地域の他の医療機関との連携体制</li><li>・ 外来縮小の取り組み</li><li>・ 交代勤務制の導入</li><li>・ <u>医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担</u></li></ul>

改定後	現行
<p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</li> <li>・ 外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</li> <li>・ 交代勤務制の導入については、「③A237 ハイリスク分娩管理加算」、「⑦A307 小児入院医療管理料1」、「⑧A300 救命救急入院料 注3加算」、「⑨A303 総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩A301-4 小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。</li> <li>・ なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。</li> </ul>	<p>【必須項目】</p> <p><u>なし</u></p>

【基本診療料】  
特定入院料

## 質の高い救命救急入院に係る医療の推進

### ◆救命救急入院料に対する看護配置の明確化

救命救急入院料1及び3における看護配置については、必要な看護師を常時配置とし、明確な基準を設けていないため、多くの医療機関では手厚い看護配置を行っているものの、一部の医療機関では他の救急医療に係る特定入院料と比較しても薄い配置となっている。

重篤な救急患者に対する救命救急医療に必要な設備だけでなく、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。



改定後	現行	点p33, 留p111 施告p523, 施通p583 様p821・825・834・ 841・863
<p>A300 救命救急入院料</p> <p>1 救命救急入院料1</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。</p> <p><b>③ 看護師配置が、常時4対1以上あること。</b></p> <p>④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料3</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 救命救急入院料1の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>[経過措置]</p> <p>看護師配置が常時4対1の基準を満たさない場合、<u>平成25年3月31日までの間</u>、従前の特定入院料を算定できる。</p>	<p>A300 救命救急入院料</p> <p>1 救命救急入院料1</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師<u>及び看護師</u>が常時配置されていること。</p> <p>③ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料3</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 救命救急入院料1の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	



## 精神疾患を合併する救急患者の 受入のさらなる推進

救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や都道府県等が実施する精神科救急医療体制の確保の取り組みに協力している精神保健指定医等、当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

改定後	現行
<p>A300 救命救急入院料</p> <p>注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、<b>当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師</b>が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。</p>	<p>A300 救命救急入院料</p> <p>注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、<u>当該保険医療機関の精神保健指定医</u>が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。</p>

# 質の高い救命救急入院に係る医療の推進

点p35, 留p112, 施告p523, 施通p583  
様p841・863・864, 重症度評価p795-799

## ◆小児救急医療に対する評価 (特定集中治療室管理料小児加算の引き上げ)

特定集中治療室管理料算定病床において、**15歳未満の重篤な患者**に対して特定集中治療室管理が行われた場合の**小児加算を引き上げる。**

改定後	現行
A301 特定集中治療室管理料 注2 (1日につき) <b>小児加算</b> イ 7日以内の期間 <b>2,000点(改)</b> ロ 8日以上14日以内の期間 <b>1,500点(改)</b>	A301 特定集中治療室管理料 注2 (1日につき) 小児加算 イ 7日以内の期間 1,500点 ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点

# 質の高い救命救急入院に係る医療の推進

点p36, 留p113, 施告p524, 施通p585  
様p834・841・864・867  
重症度評価p795-799

## ◆小児特定集中治療室管理料の新設

小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

- (新) A301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)  
15,500点(7日以内の期間)  
13,500点(8日以上14日以内の期間)

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

# 小児入院医療管理料における放射線治療の評価

小児入院医療管理料の**包括範囲から放射線治療を除く。**

点p39

改定後	現行
<p>A307 小児入院医療管理料</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、<b>放射線治療</b>、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>A307 小児入院医療管理料</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

### ◆回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

点p40, 留p116, 施告p526, 施通p588  
 様p825・826・841・869-872, 日常生活機能評価p808-812  
 看護必要度p777-782, リハ計画p806-808

改定後	現行
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,911点(新)	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,761点(改)	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点
3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,611点	



## 回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

◆重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1

#### [施設基準]

- ① 常時13対1以上の看護配置があること。(看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること。
- ③ 専任のリハビリテーション科の医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置があること。
- ④ 在宅復帰率が7割以上であること。
- ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者(日常生活機能評価で10点以上の患者)であること。
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

## ◆回復期リハビリテーション病棟入院料2

改 定 後	現 行
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 <b>1,761点(改)</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること ② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること ③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること ④ 在宅復帰率6割以上であること ⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること <b>⑥ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</b></p> <p><b>(注2削除)</b></p>	<p>A308 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 1,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること ② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること ③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること ④ 在宅復帰率6割以上であること ⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>注2 重症患者回復病棟加算 (1日につき) 50点</p>



## 回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

### ◆回復期リハビリテーション病棟入院料における**包括範囲**について見直しを行う。

改定後	現行
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p> <p>[包括範囲] 診療にかかる費用(注2、注3の加算、在宅医療及びリハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る)、地域連携診療計画退院時指導料(I)、<b>J-038 人工腎臓</b>並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p> <p>[包括範囲] 診療にかかる費用(注2、注3、注4の加算、リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る)、地域連携診療計画退院時指導料(I)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

## 亜急性期入院医療管理料の見直し

亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改める。

点p41, 留p117  
 施告p526, 施通p589  
 様p826・841・872・873

改定後	現行
A308-2 亜急性期入院医療管理料 (1日につき)	A308-2 亜急性期入院医療管理料 (1日につき)
1 亜急性期入院医療管理料1 2,061点(改)	1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点
2 亜急性期入院医療管理料2 1,911点(新)	2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>① <b>60日</b>を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>② <b>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。</b></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p>① 60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>② <b>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。</b></p>	<p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p><u>90日</u>を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p>60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p>

改定後	現行
<p>[施設基準]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>① 届出可能病床は<b>亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて</b>一般病床数の<b>3割以下</b>。<b>ただし、一般病床200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、一般病床100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。</b></p> <p>② 看護職員配置が常時13対1以上。(看護師7割以上)</p> <p>③ 診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること</p> <p>⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>① 届出可能病床は一般病床数の<u>1割以下</u>。<u>ただし、一般病床400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、一般病床100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。</u></p> <p>② 看護職員配置が常時13対1以上。(看護師7割以上)</p> <p>③ 診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。</p>

改定後	現行
<p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>① 届出可能病床は<b>亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて</b>一般病床数の<b>3割以下</b>。ただし、<b>一般病床200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、一般病床100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能</b>。</p> <p>② 看護職員配置が常時13対1以上。 (看護師7割以上)</p> <p>③ 診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p><u>(削除)</u></p>	<p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p>① <u>許可病床数200床未満であること。</u></p> <p>② <u>届出可能病床は一般病床数の3割以下。ただし、一般病床100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。</u></p> <p>③ 看護職員配置が常時13対1以上。 (看護師7割以上)</p> <p>④ 診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑥ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>⑦ <u>治療開始日より3週間以内に7対1入院基本料、10対1入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が2／3以上であること。</u></p>

## 医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

### ◆亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

点p41, 留p117, 施告p526, 施通p589  
様p826・841・872・873

A308-2 亜急性期入院医療管理料 注2

(新)亜急性期入院医療管理料1(指定地域) 1,761点(1日につき)

(新)亜急性期入院医療管理料2(指定地域) 1,661点(1日につき)

[算定要件]

60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ② 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の3割以下。
- ③ 看護職員配置が常時15対1に限る。(看護師4割以上)
- ④ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
- ⑥ 在宅復帰率が6割以上であること。

## 緩和ケア病棟の評価の見直し

- ◆ 入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院料の評価体系の見直しを行う。

点p42

改定後	現行
A310 緩和ケア病棟入院料 (1日につき) 1 30日以内の場合 4,791点(改) 2 31日以上60日以内の場合 4,291点(改) 3 61日以上の場合 3,291点(改)	A310 緩和ケア病棟入院料 (1日につき) 3,780点



# 緩和ケアを行う医療機関の評価

## ◆緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

留p119, 施告p527, 施通p591  
様p826・841・874・875

改定後	現行
<p>A310 緩和ケア病棟入院料 [施設基準]</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている<b>病院又はこれらに準ずる病院</b>であること。</p> <p>A226-2 緩和ケア診療加算 [施設基準]</p> <p>③ がん治療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている<b>病院又はこれらに準ずる病院</b>であること。</p>	<p>A310 緩和ケア病棟入院料 [施設基準]</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p> <p>A226-2 緩和ケア診療加算 [施設基準]</p> <p>③ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>

# 精神科急性期入院医療の評価

点p42, 留p119

## ◆ 身体合併症の対応に関する評価

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料及びA311-3精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

# 精神科急性期入院医療の評価

点p44, 留p121, 施告p529, 施通p594  
様p826・878

## ◆ 児童・思春期精神科入院医療の評価

(1) 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

**(新)A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料  
2,911点(1日につき)**

[算定要件]

**20歳未満の精神疾患を有する患者**について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20歳未満の精神疾患を有する患者を**概ね8割以上入院させる病棟(精神病棟に限る)又は治療室(精神病床に限る)**であること。
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする**常勤医師が2名以上**(うち1名は精神保健指定医)
- ③ **看護師配置常時10対1以上**(夜勤看護師2名以上)
- ④ **専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ1名以上**

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、**児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止**する。

# 精神科慢性期入院医療の評価

## ◆精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、**より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。**

点p44, 留p122, 施告p529, 施通p594, 様p826・841・844・877

改定後	現行
<p>A312 精神療養病棟入院料 注4 (1日につき)</p> <p><b>イ 重症者加算1 60点(改)</b> <b>ロ 重症者加算2 30点(改)</b></p> <p>[算定要件] イ 重症者加算1 <b>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であって、GAF尺度による判定が30以下の患者について算定する。</b> ロ 重症者加算2 <b>GAF尺度による判定が40以下の患者について算定する。</b></p> <p>[経過措置] 重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整備事業に協力しているものとみなす。</p>	<p>A312 精神療養病棟入院料 注4 (1日につき) 重症者加算 40点</p> <p>[算定要件] GAF尺度による判定が40以下の患者について算定する。</p>

# 精神科慢性期入院医療の評価

点p44, 留p122, 施告p529, 施通p594, 様p826・841・844・877

## ◆精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

A312 精神療養病棟入院料

**(新)注5 退院調整加算(退院時) 500点**

[算定要件]

退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか)が勤務していること。

# 認知症入院医療の評価

点p45, 留p122, 施告p530, 施通p595, 様p826・841・877

## ◆認知症治療病棟入院料の見直し

(1) 認知症治療病棟入院料の入院30日以内についてさらなる評価を行い、入院61日以降の長期入院の評価を見直す。

改定後	現行
A314 認知症治療病棟入院料 (1日につき)	A314 認知症治療病棟入院料 (1日につき)
1 認知症治療病棟入院料1	1 認知症治療病棟入院料1
イ 30日以内の期間 1,761点(改)	イ <u>60日以内</u> の期間 1,450点
ロ 31日以上60日以内の期間 1,461点(改)	ロ 61日以上の間 1,180点
ハ 61日以上の間 1,171点(改)	
2 認知症治療病棟入院料2	2 認知症治療病棟入院料2
イ 30日以内の期間 1,281点(改)	イ <u>60日以内</u> の間 1,070点
ロ 31日以上60日以内の間 1,081点(改)	ロ 61日以上の間 970点
ハ 61日以上の間 961点(改)	



# 認知症入院医療の評価

点p45, 留p122, 施告p530, 施通p595, 様p826・841・877

## ◆ 認知症治療病棟入院料の見直し

(2) 認知症治療病棟入院料について**包括範囲の見直し**を行う。

改定後	現行
<p>A314 認知症治療病棟入院料 (1日につき)</p> <p>[包括範囲] 診療にかかる費用(注2及び注3の加算、臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、精神科専門療法、<b>J-038 人工腎臓(入院60日以内に限る)</b>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>A314 認知症治療病棟入院料 (1日につき)</p> <p>[包括範囲] 診療にかかる費用(注2の加算、臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>



# 認知症入院医療の評価

## ◆退院支援の評価

点p45, 留p122, 施告p530, 施通p595  
様p826・841・877

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、**退院支援部署**による支援で**退院**を行った場合の**評価を引き上げる**。

改定後	現行
<p>A314 認知症治療病棟入院料 注2 (退院時) 退院調整加算 <b>300点(改)</b></p> <p>[算定要件] 当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関内に<b>退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか)</b>が配置されていること。</p>	<p>A314 認知症治療病棟入院料 注2 (退院時) 退院調整加算 100点</p> <p>[算定要件] 当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。</p>

# 認知症入院医療の評価

点p45, 留p122, 施告p530, 施通p595  
様p826・841・877

## ◆認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

A314 認知症治療病棟入院料

**(新)注3 認知症夜間対応加算(1日につき) 84点**

[算定要件]

- ① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- ② 入院日から30日以内であること。

## 医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

点p45, 留p123, 施告p530・535, 施通p596  
様p825・826・878, 注7・注9様式p826・841・872・873

### ◆ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

#### (新) A317 特定一般病棟入院料(指定地域)(1日につき)

- |                    |        |
|--------------------|--------|
| 1 特定一般病棟入院料1(13対1) | 1,103点 |
| 2 特定一般病棟入院料2(15対1) | 945点   |

#### [施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ② 当該保険医療機関の病棟が一つであり、一般病床であること。

医療を提供しているが、  
医療資源の少ない地域に配慮した評価

別表六の二

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)

都道府県	二次医療圏	市町村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町

都道府県	二次医療圏	市町村
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町



【特掲診療料】  
医学管理等

# 外来緩和ケアの更なる評価

点p133, 留p159, 施告p599, 施通p631, 様p886

## ◆緩和ケアチーム等の評価

緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

改定後	現行
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料 <b>1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医</b> <b>200点(新)</b> <b>2 1以外の場合</b> <b>100点(改)</b> [算定要件] がん性疼痛緩和指導管理料の「1」は、 緩和ケアの経験を有する医師が <b>直接当該</b> <b>指導管理を行った場合</b> に算定する。 [施設基準] 当該医療機関内に、緩和ケアの経験を 有する医師が配置されていること。	B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料 100点 [施設基準] 当該医療機関内に、緩和ケアの経験を 有する医師が配置されていること。

# がん診療連携の充実

点p133, 留p160  
施告p599, 施通p631  
様p886

## ◆がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

改定後	現行
<p>B001 23 がん患者カウンセリング料 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回(当該患者についてがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及びがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。</p>	<p>B001 23 がん患者カウンセリング料 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>

## 多職種が連携した、より質の高い医療 (チーム医療)の推進

点p133, 留p160  
施告p599, 施通p632  
様p885・887

### ◆外来緩和ケアチームの評価の新設

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、**外来における緩和ケア診療の評価**を新設する。

**(新) B001 24 外来緩和ケア管理料 300点**

#### [算定要件]

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに関して必要な診療を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

① 当該保険医療機関内に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

## 緩和ケアを行う医療機関の評価

- ◆ **小児の緩和ケア**については、特別な配慮を必要とすることから、**がん性疼痛緩和指導料**、**緩和ケア診療加算**及び**外来緩和ケア管理料**に**小児加算**を新設する。

点p133

(新)B001 22 **がん性疼痛緩和指導料** **小児加算** **50点**

点p27

(新)A226-2 **緩和ケア診療加算** **小児加算** **100点**

点p133

(新)B001 24 **外来緩和ケア管理料** **小児加算** **150点**

(\*「**外来緩和ケア管理料**」は今回改定で新設)

[算定要件]

**15歳未満の小児患者**に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

## 多職種が連携した、より質の高い医療 (チーム医療)の推進

点p133, 留p160, 施告p599, 施通p632, 様p887

### ◆臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に 対する評価の新設

臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、**医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理**に対する評価を新設する。

#### (新) B001 25 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後の場合 300点(月1回)

※対象患者:臓器移植後の患者

2 造血幹細胞移植後の場合 300点(月1回)

※対象患者:造血幹細胞移植後の患者

## [施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームが設置されていること。

### 1 移植後患者指導管理料(臓器移植後の場合)

- ① 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師
- ② 臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

### 2 移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後の場合)

- ① 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師
- ② 造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

(研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定)



# 糖尿病透析予防指導の評価

点p133, 留p161, 施告p599, 施通p633, 様p888

糖尿病患者に対し、外来において、**透析予防診療チーム**で行う透析予防に資する**指導の評価**を新設する。

**(新)B001 27 糖尿病透析予防指導管理料 350点**

[算定要件]

ヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)が6.1%(JDS値)以上、6.5%(NGSP値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
  - ア 糖尿病指導の経験を有する**専任の医師**
  - イ 糖尿病指導の経験を有する**専任の看護師又は保健師**
  - ウ 糖尿病指導の経験を有する**専任の管理栄養士**
- ② **糖尿病教室**等を定期的実施していること。
- ③ **一年間**に当該指導管理料を算定した**患者の人数、状態の変化等**について**報告**を行うこと。

# 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

点p134, 留p163・164, 施告p599, 施通p634, 様p889・890

## ◆二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げる。

改定後	現行
B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点(改) 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 600点(改)	B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 550点
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200点(改)	B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 100点

# 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

点p135, 留p164, 施告p600, 施通p634, 様p890

## ◆院内トリアージを実施している場合の評価の新設

- (1) **夜間、深夜、休日の救急外来受診患者**に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、**院内トリアージを実施**した場合の評価を新設する。

**(新)B001-2-5 院内トリアージ実施料 100点**

### [算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて**専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し**、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

### [施設基準]

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
- ② 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、**院内の見やすいところへの掲示等により周知**を行っている。
- ③ **専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置**されている。

- (2) 院内トリアージ実施料の新設に合わせ、**地域連携小児夜間・休日診療料 院内トリアージ加算は廃止**する。

# 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

点p135, 留p165, 施告p600, 施通p635, 様p891

## ◆二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

**(新) B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料  
200点(初診時)**

[算定要件]

救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る))及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のもの

[施設基準]

第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

# 外来リハビリテーションの評価

点p135, 留p165, 施告p600, 施通p635, 様p891

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

## (新)B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 1 外来リハビリテーション診療料1 | 69点(7日につき)   |
| 2 外来リハビリテーション診療料2 | 104点(14日につき) |

[算定要件]

### 外来リハビリテーション診療料1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初診料、再診料、外来診療料を算定しない。

## [算定要件]

### 外来リハビリテーション診療料2

- ① リハビリテーション実施計画において、**2週間に2日以上**疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から14日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から14日間はリハビリテーションを実施した日について初診料、再診料、外来診療料を算定しない。

## [施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。



# 外来放射線照射診療料の創設

点p135, 留p166, 施告p600, 施通p635, 様p892

外来放射線照射実施計画において、1週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

## **(新)B001-2-8 外来放射線照射診療料 280点**

[算定要件]

- ① 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。
- ③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初診料、再診料、外来診療料を算定しない。
- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。



## [施設基準]

- ① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に**放射線治療医**（放射線治療の**経験を5年以上**有するものに限る。）が勤務していること。
- ② **専従の看護師及び専従の診療放射線技師**がそれぞれ**1名以上**勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための**精度管理を専ら担当する技術者**（放射線治療の**経験を5年以上**有するものに限る。）が**1名以上**勤務していること。
- ④ **緊急の合併症等時**に放射線治療医が対応できる**連絡体制**をとること。

# がん診療連携の充実

点p139, 留p169

## ◆リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。

改定後	現行
<p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p>[算定要件] 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関<b>又は当該患者の退院後において地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)</b>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。</p>	<p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p>[算定要件] 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

(新)B004 退院時共同指導料1 特別管理指導加算 200点

(新)訪問看護療養費 特別管理指導加算 2,000円

点p139  
留p170

点p730  
留p738

[特別な管理が必要な者(特掲診療料の施設基準等別表第八)] 施告p601・617

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料2を算定できるようにする。

点p139, 留p170

改定後	現行
<p>B005 退院時共同指導料2 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、<b>若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、又は訪問看護ステーションの看護師等</b>と共同して行った場合に算定する。</p>	<p>B005 退院時共同指導料2 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。</p>

## ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、**ハイリスク妊産婦共同管理料**の対象患者について、その評価を引き上げるとともに他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

改 定 後	現 行
<p>B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) 800点(改)</p> <p>[対象者] ●妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 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、<b>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</b>、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、Rh不適合</p>	<p>B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) 500点</p> <p>[対象者] ●妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 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、Rh不適合</p>
<p>B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 500点(改)</p> <p>[対象者] ●妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 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35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、<b>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</b>、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、HIV陽性</p>	<p>B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 350点</p> <p>[対象者] ●妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 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35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、HIV陽性</p>

## がん診療連携の充実

◆がん治療連携計画策定料について、**退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合**についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく**治療方針の変更が必要となった場合**についても評価を行う。

点p142, 留p175, 施告p602, 施通p639, 様p898・899

改定後	現行
<p>B005-6 がん治療連携計画策定料</p> <p>1 がん治療連携計画策定料1 750点</p> <p><b>2 がん治療連携計画策定料2</b> <b>300点(新)</b></p> <p>[算定要件]  <b>がん治療連携計画策定料1</b>            入院中<b>又は退院の日から30日以内</b>にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p><b>がん治療連携計画策定料2</b>            がん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)、月1回に限り算定する。</p>	<p>B005-6 がん治療連携計画策定料 750点</p> <p>[算定要件]            入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p>



## がん診療連携の充実

- ◆ 紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、**入院には至らず外来化学療法等を受けた場合**について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

点p142, 留p175, 施告p602, 施通p639, 様p852・898

**(新)B005-6-3 がん治療連携管理料 500点**

### [算定要件]

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

# 認知症患者の外来診療の評価

## ◆認知症専門診断管理料の見直し

点p142, 留p176, 施告p602, 施通p639, 様p899

改定後	現行
<p>B005-7 認知症専門診断管理料 (1人につき1回)</p> <p>1 認知症専門診断管理料1 700点(改)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 300点(新)</p>	<p>B005-7 認知症専門診断管理料 (1人につき1回)</p> <p>500点</p>

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の患者以外のもの</li> <li>・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの</li> </ul> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定する。</p> <p>③ 認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。</p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者又は他の医療機関の療養病棟に入院中の患者に対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定する。</p>

# 認知症患者の外来診療の評価

## ◆認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、**かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。**

点p143, 留p176

**(新) B005-7-2 認知症療養指導料  
350点(月1回、6月まで)**

### [算定要件]

専門医療機関において**認知症専門診断管理料1**を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆外泊日の訪問看護

(退院前訪問看護)

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

点p143, 留p177

改定後	現行
B007 退院前訪問指導料 555点(改)	B007 退院前訪問指導料 410点

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆外泊日の訪問看護

(訪問看護療養費)

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

点p727, 留p731, 施告p740

**(新)訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8,500円**

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- ③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者



## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆退院当日の訪問看護の評価

(訪問看護療養費)

点p730, 留p732

- ① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。
- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

留p177

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

改定後	現行
<p>●訪問看護療養費 ◆退院支援指導加算 6,000円 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者、注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者、<u>および診療により、退院当日の訪問看護が必要であると認められた者</u>に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。 <u>ただし、退院日以降の初回の訪問看護が行われる前に患者が死亡した場合に限り、死亡日に算定可能とする。</u></p> <p>B007 退院前訪問指導料 <b>555点(改)</b> 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の<u>円滑な退院を支援するため</u>患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。 <u>退院当日の訪問指導についても算定可能とする。</u></p>	<p>●訪問看護療養費 ◆退院支援指導加算 6,000円 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。</p> <p>B007 退院前訪問指導料 410点 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の<u>退院に先立って</u>患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p>

【特掲診療料】  
在宅医療

# 機能を強化した在支診・在支病等への評価

施告p600・603, 施通p636・641, 様p894

## [機能を強化した在支診・在支病の施設基準]

- ① 従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。
  - イ 所属する常勤医師3名以上(在宅医療を担当)
  - ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - ハ 過去1年間の看取り実績2件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ 連携する医療機関数は10未満
  - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

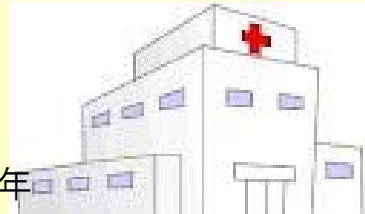
## 強化型在支診・在支病（連携による場合）

- ① 新たな施設基準（ポイント）・・・従来の要件に追加、在支病も同じ
- ・ 所属する常勤医師3名以上
  - ・ 過去1年間の緊急の往診実績 5件以上
  - ・ 過去1年間の看取り実績2件以上

### 強化型在支診・在支病（病床を有する場合）

#### A 病院

在宅担当医2名  
緊急往診3件/年  
在宅看取り5件/年



#### A 診療所（無床）

常勤医師1名  
緊急往診2件/年  
在宅看取り0件/年

### 強化型在支診（病床を有する場合）



#### B 診療所（有床）

常勤医師1名  
緊急往診2件/年  
在宅看取り2件/年



#### C 診療所（無床）

常勤医師1名  
緊急往診2件/年  
在宅看取り1件/年



#### D 診療所（無床）

常勤医師1名  
緊急往診1件/年  
在宅看取り0件/年

#### 連携する場合

- ・ 緊急時の連絡先の一元化
- ・ 連携する医療機関数は10未満
- ・ 連携医療機関間で月1回以上のカンファレンス
- ・ 病院が連携に入る場合には200床未満

強化型在支診（病床を有しない場合）



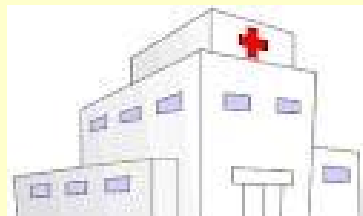
B診療所（無床）  
常勤医師1名  
緊急往診2件/年  
在宅看取り1件/年



C診療所（無床）  
常勤医師1名  
緊急往診2件/年  
在宅看取り2件/年



D診療所（無床）  
常勤医師1名  
緊急往診1件/年  
在宅看取り0件/年



B病院（200床以上病院）  
・緊急時の病床のみ提供  
・在宅医療は行わない  
・在支病ではない

連携する場合

- ・緊急時の連絡先の一元化
- ・連携する医療機関数は10未満
- ・連携医療機関間で月1回以上のカンファレンス
- ・病院が連携に入る場合には200床未満

# 機能を強化した在支診・在支病等への評価

(1) 24時間対応を充実させる観点から、**緊急時・夜間の往診料**の引き上げを行う。

点p186, 留p205, 施告p604, 施通p638・643

改定後	現行
<p>C000 往診料 注1の加算</p> <p>●機能を強化した在支診・在支病</p> <p>◆病床を有する場合</p> <p>    緊急加算           850点(新)</p> <p>    夜間加算           1,700点(新)</p> <p>    深夜加算           2,700点(新)</p> <p>◆病床を有しない場合</p> <p>    緊急加算           750点(新)</p> <p>    夜間加算           1,500点(新)</p> <p>    深夜加算           2,500点(新)</p> <p>●在支診・在支病(従来型)</p> <p>    緊急加算           650点</p> <p>    夜間加算           1,300点</p> <p>    深夜加算           2,300点</p> <p>●在支診・在支病以外</p> <p>    緊急加算           325点</p> <p>    夜間加算           650点</p> <p>    深夜加算           1,300点</p>	<p>C000 往診料 注1の加算</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>    緊急加算           650点</p> <p>    夜間加算           1,300点</p> <p>    深夜加算           2,300点</p> <p>●在支診・在支病以外</p> <p>    緊急加算           325点</p> <p>    夜間加算           650点</p> <p>    深夜加算           1,300点</p>



## 機能を強化した在支診・在支病等への評価

(2) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。

点p188, 留p210, 施告p604, 施通p638・643, 様p901

改定後	現行
<p>C002 在宅時医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●機能を強化した在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病床を有する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 5,000点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 5,300点(新)</li> </ul> </li> <li>◆病床を有しない場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,600点(新)</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,900点(新)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病(従来型)           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</li> </ul> </li> </ul>	<p>C002 在宅時医学総合管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</li> <li>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</li> </ul> </li> </ul>

## 機能を強化した在支診・在支病等への評価

(3) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

点p188, 留p210, 施告p604, 施通p638・643, 様p901

改定後	現行
<p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料</p> <p>●機能を強化した在支診・在支病</p> <p>◆病床を有する場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,600点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,900点(新)</p> <p>◆病床を有しない場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,300点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,600点(新)</p> <p>●在支診・在支病(従来型)</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>	<p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料</p> <p>●在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>

## 看取りに至るまでの医療の充実について

在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

点p187, 留p209, 施告p604, 施通p638・643

改定後	現行
<p>C001 在宅患者訪問診療料(1日につき)</p> <p>注6 在宅ターミナルケア加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●機能を強化した在支診・在支病           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病床を有する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケア加算 6,000点(新)</li> </ul> </li> <li>◆病床を有しない場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケア加算 5,000点(新)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病(従来型)           <ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケア加算 4,000点(新)</li> </ul> </li> <li>●在支診・在支病以外           <ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケア加算 3,000点(新)</li> </ul> </li> </ul> <p>注7 看取り加算 3,000点(新)</p> <p>※往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合(在支診・在支病の届出の有無にかかわらず)</p>	<p>C001 在宅患者訪問診療料(1日につき)</p> <p>注5 在宅ターミナルケア加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在支診・在支病 10,000点</li> <li>●在支診・在支病以外 2,000点</li> </ul>

改定後	現行
<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在支診・在支病(機能強化型を含む)及び在支診・在支病以外</li> <li>◆ 注6 在宅ターミナルケア加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)</li> </ul> </li> <li>◆ 注7 看取り加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合</li> </ul> </li> </ul>	<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在支診・在支病 <ul style="list-style-type: none"> <li>死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)</li> </ul> </li> <li>● 在支診・在支病以外 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で死亡した患者(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合</li> </ul> </li> </ul>

# 在宅医療の促進について

## ◆特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げ

点p186, 留p207

改定後	現行
<p>C001 在宅患者訪問診療料</p> <p>1 同一建物居住者以外 830点</p> <p><b>2 同一建物居住者の場合</b></p> <p>    <b>イ 特定施設等</b>      <b>400点(新)</b></p> <p>    <b>ロ イ以外</b>      <b>200点</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>2 イ 特定施設等            介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。</p>	<p>C001 在宅患者訪問診療料</p> <p>1 同一建物居住者以外 830点</p> <p>2 同一建物居住者      200点</p>

# 在宅緩和ケア等の促進について

## ◆小児在宅医療の充実について

小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

点p187, 留p209

改定後	現行
C001 在宅患者訪問診療料 注4 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に <b>400点</b> を加算する。	C001 在宅患者訪問診療料 注3 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。

## 看取りに至るまでの医療の充実について

- ◆介護老人福祉施設(以下「特養」という。)における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、**特養における看取りを行った場合について評価を行う。**

改定後	現行
<p>C001 在宅患者訪問診療料(ターミナルケア加算含む)</p> <p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料 [特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者に加え、<b>以下の場合について算定可能とする。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、</li> <li>② 在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、</li> <li>③ 疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。</li> </ul>	<p>C001 在宅患者訪問診療料(ターミナルケア加算含む)</p> <p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料 [特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者のみ</p>



## 在宅緩和ケア等の促進について

◆機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

点p189, 留p212, 施告p604, 施通p638・643, 様p902

改 定 後	現 行
<p>C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)</p> <p>●機能を強化した在支診・在支病</p> <p>◆病床を有する場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 処方せんを交付する場合 1,800点(新)</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 処方せんを交付しない場合 2,000点(新)</p> <p>◆病床を有しない場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 処方せんを交付する場合 1,650点(新)</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 処方せんを交付しない場合 1,850点(新)</p> <p>●在支診・在支病</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 処方せんを交付する場合 1,495点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点</p>	<p>C003 在宅末期医療総合診療料(1日につき)</p> <p>●在支診・在支病</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 処方せんを交付する場合 1,495点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点</p>

## 質の高い救命救急入院に係る医療の推進

### ◆一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間(30分以上)診療を行っている場合の評価を新設する。

点p189, 留p215

C004 救急搬送診療料  
(新) 長時間加算 500点

#### [算定要件]

救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が30分を超えた場合に算定する。

## 医療ニーズの高い患者への対応について

### ◆週4日以上が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる状態等にある者）については、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

改定後	現行
<p><u>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</u></p> <p><b>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</b></p> <p>末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、<b>別表第八各号に定める患者</b></p>	<p><u>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</u></p> <p><b>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</b></p> <p>末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者</p>

# 医療ニーズの高い患者への対応について

## ◆訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和

訪問看護管理療養費の算定は、**月12日までを限度**としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者。ただし、別表第八各号に掲げる者を追加。）の週4日以上訪問看護が実施できる患者については、月13日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、**訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和**する。

点p729, 留p736, 施告p739

改定後	現行
<p>●訪問看護管理療養費</p> <p>1 月の初日の訪問の場合 7,300円</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合 2,950円</p> <p><b>(削除)</b></p>	<p>●訪問看護管理療養費</p> <p>1 月の初日の訪問の場合 7,300円</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合 2,950円</p> <p><b>※1月に12日までを限度とする</b></p>

# N I C U入院患者等の後方病床の充実

施告p604

## ◆長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を、小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者



改定後	現 行
<p>●訪問看護療養費</p> <p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、<b>1回の訪問看護の時間が90分を超える</b>長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p><b>ただし、15歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週3回までを可能とする。</b></p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>注5 長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が<b>90分を超えた場合</b>について週1回に限り算定できるものとする。</p>	<p>●訪問看護療養費 <span style="background-color: #e0f0e0;">点p728, 留p733, 施告p739</span></p> <p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p style="text-align: right;"><span style="background-color: #e0f0e0;">点p190, 留p218, 施告p604</span></p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>注4 長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が<b>2時間を超えた場合</b>について、週1回に限り算定できるものとする。</p>

改定後	現行
<p>●訪問看護療養費 C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>【厚生労働大臣が定める 長時間の訪問を要する者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>15歳未満の超重症児又は準超重症児</b></li> </ul> <p>注) 準・超重症児長時間訪問看護加算の対象となる準・超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙14の超重症児(者)判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>特掲診療料の施設基準別表第八に掲げる者</b></li> <li>・ <b>医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた者</b></li> </ul>	<p>●訪問看護療養費 C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>【厚生労働大臣が定める 長時間の訪問を要する者】</p> <p>別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>人工呼吸器を使用している状態にある者</u></li> </ul>

## 看取りに至るまでの医療の充実について

### ◆訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

改定後

現行

点p191, 留p219

C005 在宅患者訪問看護・指導料

注10 在宅で死亡した患者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む)に対して、保険医療機関の保険医の指示により、**死亡日及び**死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

●訪問看護療養費

訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。)に対して、その主治医の指示により、**死亡日及び**死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料

注9 在宅で死亡した患者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む)に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

●訪問看護療養費

訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。)に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

点p730, 留p739

## 専門性の高い看護師による訪問の評価

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

### ●訪問看護療養費

点p727, 留p732, 施告p739

(新)悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る  
専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

点p190, 留p217, 施告p604, 施通p644, 様p903

### C005 在宅患者訪問看護・指導料「3」

(新)悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る  
専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

#### [算定要件]

がん患者への緩和ケア等又は褥瘡患者への処置やケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

# 介護保険の訪問看護との整合

## ◆訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

### ●訪問看護療養費

点p728, 留p736, 施告p739

(新)早朝・夜間加算(6時～8時・18時～22時)	2,100円
(新)深夜加算(22時～6時まで)	4,200円

### C005 在宅患者訪問看護・指導料

点p191・193, 留p220

(新)早朝・夜間加算(6時～8時・18時～22時)	210点
(新)深夜加算(22時～6時まで)	420点

## 介護保険の訪問看護との整合

### ◆重症者管理加算の名称変更・要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

- (1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。
- (2) 重症者管理加算および在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。



改定後

●訪問看護療養費  
**特別管理加算** 2,500円又は5,000円

特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、**特別管理加算として**、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料  
 注11 在宅移行管理加算 250点又は500点

訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（※別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

現行

点p729, 留p737  
 施告p739

●訪問看護療養費  
重症者管理加算 2,500円又は5,000円

特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、1月に4日以上の指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

点p191・193  
 留p219

C005 在宅患者訪問看護・指導料  
 注10 在宅移行管理加算 250点又は500点

訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（※別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

# 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

点p191・193

## ◆訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、**看護補助者と同行**し、役割分担をした場合について評価する。

改定後

●訪問看護療養費

【複数名訪問看護加算】

1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、**イ及びロの場合にあつては週1回(区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等(\*)の利用者に対する場合を除く。)**に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

(\*)特掲診療料の施設基準別表第七

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円

**ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合 3,000円(新)**

現行

●訪問看護療養費

点p728, 留p733, 施告p739

【複数名訪問看護加算】

1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円

改定後	現行
<p>C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>注7 複数名訪問看護加算</p> <p>同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、<b>イ及びロの場合にあっては週1回(注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等(*)の利用者に対する場合を除く。)</b>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>(*)特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p><b>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点(新)</b></p>	<p>C005 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>注6 複数名訪問看護加算</p> <p>同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点</p>

# 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

## ◆緊急時訪問看護の評価の見直し

在支診・在支病のみならず、**在支診以外の診療所との連携**により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

改 定 後	現 行
<p>●訪問看護基本療養費 注9 利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（<b>診療所</b>又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。</p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料 注4 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた<b>診療所</b>又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p>	<p>●訪問看護基本療養費 <span style="float: right;">点p728, 留p7363</span> 注8 利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。 <span style="float: right;">点p190, 留p217</span></p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料 注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。 <span style="float: right;">298</span></p>



## 訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

- ◆急性増悪等のためにADLが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

点p194, 留p221

改定後	現行
<p>C006 在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料(1単位につき)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点 2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件] 患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に 限り算定する。ただし、1月にバーセル指数又は FIMが5点以上悪化した場合、6月に1回、14 日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定 する。</p>	<p>C006 在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料(1単位につき)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点 2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件] 患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に 限り算定する。</p>

- ◆上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合にも、6月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

### ◆退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、**退院直後の2週間に限り**、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

点p194, 留p222

改定後	現行
<p>C007 訪問看護指示料 注2 特別訪問看護指示加算 100点 [算定要件] 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、<b>退院直後</b>等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>	<p>C007 訪問看護指示料 注2 特別訪問看護指示加算 100点 [算定要件] 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>



# 介護保険の訪問看護との整合

## ◆ 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

点p194, 留p223, 施告p605

### (1) たん吸引等の指示書

保険医療機関の医師が、訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

**(新) C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点**

## (2) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを受けている患者に対する訪問看護指示書の交付を評価する。

点p194, 留p222

### C007 訪問看護指示料 300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者からの指定訪問看護の必要を認め、又は、**介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者(定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。)**からの**指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス(いずれも訪問看護を行うものに限る。)**の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

# 在宅緩和ケア等の促進について

## ◆在宅療養指導管理料の見直し

点p197, 留p231, 施告p605

在宅で療養中の小児患者について、**経管栄養法に関する指導管理を行うことを評価**するとともに、**注入ポンプ加算及び経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象を見直す**。

**(新) C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料  
1,050点**

### [算定要件]

在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

改定後	現行
<p>C161 注入ポンプ加算 1,250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、<b>在宅小児経管栄養法</b>を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。</p>	<p>C161 注入ポンプ加算 1,250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。</p>
<p>C162 <b>在宅経管栄養法用栄養管セット加算</b> 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法<b>又は在宅小児経管栄養法</b>を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>	<p>C162 <b>在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算</b> 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>

# 在宅緩和ケア等の促進について

点p198, 留p233, 施告p605

- ◆現在、在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することは出来ないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

(新)C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料  
1,500点

注) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

# 在宅緩和ケア等の促進について

## ◆在宅療養指導管理料の見直し

点p198, 留p236, 施告p605・617

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の対象疾患に**先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症**を加えるとともに評価を引き上げる。

改定後	現行
C114 在宅難治性皮膚疾患処置 指導管理料 <b>1,000点(改)</b>	C114 在宅難治性皮膚疾患処置 指導管理料 500点
[対象者] 表皮水疱症 <b>水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症</b>	[対象者] 表皮水疱症

# 在宅の療養に係る技術・機器等の評価

1. 実勢価格に基づく評価の引き上げ
2. 医学的な必要性を踏まえた対象の拡大
3. 新たに保険適用された医療機器の在宅指導管理料の新設

点p197・200, 留p228・238

改定後	現 行
<p>C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p>1 複雑な場合 1,230点(新)</p> <p>2 1以外の場合 820点</p> <p>[算定要件] 複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。</p>	<p>C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p style="text-align: right;">820点</p>
<p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p>1 プログラム付きポンプ 2,500点(新)</p> <p>2 1以外のポンプ 1,500点</p> <p>[算定要件] プログラム付きのポンプとは、自動でボーラス投与が行えるようなプログラムを設定できるものをいう。</p>	<p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p style="text-align: right;">1,500点</p>



改定後	現行												
<p>C107 在宅人工呼吸指導管理料 [算定要件] 当該管理料を算定する保険医療機関は、患者が使用する装置の保守・管理を、委託する場合を含め、十分に行い、必要な保守・管理の内容及び緊急時の対応等について、患者に情報提供を行うこと。</p>	<p>C107 在宅人工呼吸指導管理料</p>												
<p>C164 人工呼吸器加算</p> <table border="0"> <tr> <td>1 陽圧式人工呼吸器</td> <td>7,480点(改)</td> </tr> <tr> <td>2 人工呼吸器</td> <td>6,480点(改)</td> </tr> <tr> <td>3 陰圧式人工呼吸器</td> <td>7,480点(改)</td> </tr> </table> <p>人工呼吸器に必要な回路部品その他附属品(療養上必要な分の外部バッテリーを含む)等に係る費用は所定点数に含まれる。</p>	1 陽圧式人工呼吸器	7,480点(改)	2 人工呼吸器	6,480点(改)	3 陰圧式人工呼吸器	7,480点(改)	<p>C164 人工呼吸器加算</p> <table border="0"> <tr> <td>1 陽圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> </tr> <tr> <td>2 人工呼吸器</td> <td>6,000点</td> </tr> <tr> <td>3 陰圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> </tr> </table>	1 陽圧式人工呼吸器	7,000点	2 人工呼吸器	6,000点	3 陰圧式人工呼吸器	7,000点
1 陽圧式人工呼吸器	7,480点(改)												
2 人工呼吸器	6,480点(改)												
3 陰圧式人工呼吸器	7,480点(改)												
1 陽圧式人工呼吸器	7,000点												
2 人工呼吸器	6,000点												
3 陰圧式人工呼吸器	7,000点												
<p>C167 疼痛等管理用送信器加算</p> <p>注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植込んだ後に、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器(患者用プログラマを含む)を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>C167 疼痛管理用送信器加算</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>												

# 在宅の療養に係る技術・機器等の評価

点p133・198・199, 留p161・235・236

## (新)B001 26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

## (新)C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

## (新)C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

## (改)C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

45,000点

## 在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

在宅酸素療法や、在宅持続陽圧呼吸療法については、一般的に月に1回の療養上の指導を行っているが、患者の体調等の医学的な理由により外来受診ができなかった場合には、月をまたいで受診となることがあると指摘されていることから、在宅療養指導管理材料加算について、複数月分の材料加算を1月で算定できることとする。

点p200, 留p239

改定後	現行
<p>C157 酸素ポンベ加算 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、酸素ポンベを使用した場合に、<b>2月に2回に限り</b>、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>C157 酸素ポンベ加算 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、酸素ポンベを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C158 酸素濃縮装置加算 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、<b>2月に2回に限り</b>、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>	<p>C158 酸素濃縮装置加算 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>

改定後	現行
<p>C159 液化酸素装置加算</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、液化酸素装置を使用した場合に、<b>2月に2回に限り</b>、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>C159 液化酸素装置加算</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、<b>2月に2回に限り</b>、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く)に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p> <p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、<b>2月に2回に限り</b>、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p> <p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

【特掲診療料】  
検 査

## 検体検査実施料の適正化について

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、**保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査**について、適正な評価を行う。
2. 現在、1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、**医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化**を行う。
3. 検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた**標準検査名称・標準検査法名称**を参考に見直しを行う。  
例) プロテインS → プロテインS活性、プロテインS抗原  
単純ヘルペスウイルス特異抗原  
→ 単純ヘルペスウイルス抗原定性

# 内科系診療所が実施する主な検査項目

衛生検査所検査料金調査に基づく引き下げ

## ◆検体検査実施料

(尿・糞便等検査)

点p242, 留p260

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26 → 26	
D001 1	尿蛋白	7 → 7	

(血液学的検査)

点p243, 留p262

D005 2	網赤血球数	12 → 12	
D005 3	末梢血液像(自動機械法)	18 → 15	(旧名称:末梢血液像)(項目分割)
D005 5	末梢血液一般検査	21 → 21	
D005 6	末梢血液像(鏡検法)	18 → 25	(旧名称:末梢血液像)(項目分割)
D005 9	ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	50 → 49	



## 生化学的検査(Ⅰ)

点p244, 留p264

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 1	総蛋白	11 → 11	
	アルブミン		
	総ビリルビン		
	膠質反応		硫酸亜鉛試験(ケンケル反応)(ZTT)、 チモール混濁反応 等
	中性脂肪		
	尿素窒素		(旧名称:尿素窒素(BUN))
	尿酸		
	クレアチニン		
	ナトリウム及びクロール		

生化学的検査(Ⅰ)

点p244, 留p264

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 1	カリウム	11 → 11	
	カルシウム		
	鉄(Fe)		(旧名称:鉄)
	グルコース		
	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)		(旧名称:γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GT))
	アルカリホスファターゼ(ALP)		(旧名称:アルカリホスタファーゼ)
	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)		(旧名称:乳酸脱水素酵素(LD))
	アミラーゼ		
	コリンエステラーゼ(ChE)		
	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)		
	クレアチンキナーゼ(CK)		(旧名称:クレアチン・ホスホキナーゼ(CK))

生化学的検査(Ⅰ)

点p244, 留p264

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D007 4	総コレステロール	17 → 17	
	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ <sup>※</sup> (AST)		
	アラニンアミノトランスフェラーゼ <sup>※</sup> (ALT)		
	HDL-コレステロール		
D007 5	LDL-コレステロール	18 → 18	
	蛋白分画		
D007 7	リパーゼ	24 → 24	
D007 15	胆汁酸	48 → 47	
D007 17	リポ蛋白分画	50 → 49	(旧名称:リポ蛋白分画(アガロース法))
D007 26	アポリポ蛋白	95 → 94	
D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	150 → 150	(旧名称:ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP) (項目分割))
	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	150 → 150	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	95 → 93	
	包括項目:8項目又は9項目	104 → 102	
	包括項目:10項目以上	123 → 121	

生化学的検査(Ⅱ)

点p244, 留p266

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D008 7	レニン活性	110 → 108	
D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	115 → 113	
D008 10	インスリン(IRI)	120 → 118	
	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )		
D008 11	C-ペプチド(CPR)	125 → 123	(旧名称:C-ペプチド(CPR))
D008 12	アルドステロン	140 → 137	
D008 13	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	140 → 140	(旧名称:サイロキシシン結合蛋白(TBG))
	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)		
	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )		
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115 → 113	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	115 → 115	
D009 6	CA19-9	140 → 140	(旧名称:PSA)
	前立腺特異抗原(PSA)		
D009 8	CA125	160 → 160	

# 免疫学的検査

点p246, 留p269

区分番号	診療報酬項目	点数		備考
		旧	新	
D012 1	抗streptolysin O (ASO) 定性	15	15	(旧名称:抗streptolysin O価(ASO価)) (項目分割)
	抗streptolysin O (ASO) 半定量			
	抗streptolysin O (ASO) 定量			
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	29	(旧名称:HBs抗原(定性、半定量))
D013 2	HBs抗体定性	32	32	(旧名称:HBs抗体価(半定量)) (項目分割)
	HBs抗体半定量			
D013 4	HBe抗原	110	110	(旧名称:HBe抗体価)
	HBe抗体			
D013 5	HCV抗体定性・定量	120	120	(旧名称:HCV抗体価(定性、定量))
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150	150	(旧名称:HBc抗体価)
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	37	(旧名称:サイロイドテスト) (旧名称:マイクロゾームテスト)
	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量			
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く)	110	110	(旧名称:抗核抗体価(蛍光抗体法を除く))
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	115	113	(旧名称:抗核抗体価(蛍光抗体法)) (項目分割)
	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量			
	抗核抗体(蛍光抗体法)定量			

# 免疫学的検査

点p247, 留p272

区分番号	診療報酬項目	点数	備考
		旧 → 新	
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	170 → 167	(旧名称: 抗SS-B/La抗体)(項目分割)
	抗SS-B/La抗体半定量		
	抗SS-B/La抗体定量		
	抗Sm抗体定性		(旧名称: 抗Sm抗体)(項目分割)
	抗Sm抗体半定量		
	抗Sm抗体定量		
D014 12	抗DNA抗体定性	180 → 178	(旧名称: 抗DNA抗体価)(項目分割))
	抗DNA抗体定量		
D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性	210 → 206	(旧名称: 抗ミトコンドリア抗体)(項目分割))
	抗ミトコンドリア抗体定量		
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16 → 16	
	C反応性蛋白(CRP)		
D015 10	非特異的IgE半定量	100 → 100	(旧名称: 非特異的IgE)(項目分割)
	非特異的IgE定量		

## 検体検査判断料

点p248, 留p277

区分番号	診療報酬項目	点数		備考
		旧	新	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	
D026 3	生化学的検査(Ⅰ)判断料	144	→ 144	
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	144	→ 144	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅰ)	40	→ 40	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅱ)	100	→ 100	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	→ 300	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅳ)	500	→ 500	
D026 注	骨髓像診断加算		→ <b>240</b>	(新設)
D027	基本的検体検査判断料	604	→ 604	

## 診断穿刺・検体採取料

点p256, 留p293

D400	血液採取(1日につき)			
D400 1	静脈	13	→ <b>16</b>	既存技術の再評価
D400 2	その他	6	→ 6	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	→ 14	



## 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

改 定 後	現 行
D260 量的視野検査(片側) 2 静的量的視野検査 <b>290点(改)</b>	D260 量的視野検査(片側) 2 静的量的視野検査 <u>300点</u>
D262 調節検査 <b>70点(改)</b>	D262 調節検査 <u>74点</u>
D265-2 角膜形状解析検査 <b>105点(改)</b>	D265-2 角膜形状解析検査 <u>110点</u>
D247 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 1 鼓膜音響インピーダンス検査 <b>290点(改)</b> 2 チンパノメトリー <b>340点(改)</b>	D247 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 1 鼓膜音響インピーダンス検査 <u>300点</u> 2 チンパノメトリー <u>350点</u>
J054 皮膚科光線療法(1日につき) 3 中波紫外線療法(308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの) <b>340点(改)</b>	J054 皮膚科光線療法(1日につき) 3 中波紫外線療法(308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの) <u>350点</u>

# コンタクトレンズに係る診療の適正評価

施告p607, 施通p647

コンタクトレンズ検査料2を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。

【特掲診療料】  
画像診断

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を新設する。

点p299, 留p309, 施告p607, 施通p649, 様p915

改定後	現行
<p>E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 <b>950点(新)</b></p> <p>ロ 16列以上<b>64列未満</b>のマルチスライス型の機器による場合 <b>900点(改)</b></p> <p>ハ <b>4列以上</b>16列未満のマルチスライス型の機器による場合 <b>780点(改)</b></p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 <b>600点(改)</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>イについては、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。</p>	<p>E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 <u>900点</u></p> <p>ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 <u>820点</u></p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 <u>600点</u></p>

改 定 後	現 行
<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)</p> <p>1 <b>3テスラ以上の機器による場合</b> <b>1,400点(改)</b></p> <p>2 1.5テスラ以上3テスラ未満 の機器による場合 <b>1,330点(改)</b></p> <p>3 1又は2以外の場合 <b>950点(改)</b></p> <p>[施設基準] 1については、画像診断管理加算2が 算定できる施設に限る。専従の診療放 射線技師が1名以上。</p>	<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)</p> <p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u></p> <p>2 1以外の場合 <u>1,000点</u></p>

[参考]

画像診断管理加算2の施設基準

- ① 放射線科を標榜している病院であること。
- ② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- ④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

# 医療安全対策等に関する評価

施告p607, 施通p649, 様p915

高い機能を有するCT撮影装置及びMRI撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置、MRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

- |            |   |                |
|------------|---|----------------|
| E200 CT撮影  | イ | 64列以上          |
|            | ロ | 16列以上64列未満     |
|            | ハ | 4列以上16列未満      |
| E202 MRI撮影 | 1 | 3テスラ以上         |
|            | 2 | 1.5テスラ以上3テスラ未満 |

【特掲診療料】  
投 薬



# 後発医薬品の使用促進について

## ◆一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、**後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算**を新設する。

点p314, 留p319, 施通p692

改 定 後	現 行
F400 処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点 <b>注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</b>	F400 処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「**薬剤料**における**所定単位当たりの薬価**」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

# 後発医薬品の使用促進について

施通p691

## ◆処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、**個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する(別紙)。**

### 【経過措置】

平成24年9月30日までは、従前の様式(旧様式)を手書き等で修正することにより使用可能。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号				保 険 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名			保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称								
	生年月日	明大期平	年 月 日	男・女	電 話 番 号							
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>							
交付年月日		平成 年 月 日		処 方 せ ん の 使 用 期 間				平成 年 月 日				
<p>変更不可 <span style="font-size: small;">(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)</span></p>												
<p>「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。</p>												
<p>「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p>												
保 険 医 署 名 <span style="float: right;">(印)</span>												
備 考												
調剤済年月日				平成 年 月 日				公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号 <span style="float: right;">(印)</span>								
<p>備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。</p> <p>2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。</p> <p>3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。</p>												

(原)第二十三号 医薬品

## 医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和

揭示事項等告示p695

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

# ビタミン剤の取扱い

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

点p313, 留p318

改定後	現行
<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与された<b>ビタミン剤については</b>、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>	<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤(<u>ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。</u>)については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>

【特掲診療料】  
注 薬

# 外来化学療法の評価の充実

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

点p321, 留p325, 施告p608, 施通p650, 様p917

改定後	現行
<b>第6部 注射【通則6:外来化学療法加算】</b> 1 外来化学療法加算1 <b>イ 外来化学療法加算A</b> (1) 15歳未満           780点(新) (2) 15歳以上           580点(新) <b>ロ 外来化学療法加算B</b> (1) 15歳未満           630点(新) (2) 15歳以上           430点(新) 2 外来化学療法加算2 <b>イ 外来化学療法加算A</b> (1) 15歳未満           700点(新) (2) 15歳以上           450点(新) <b>ロ 外来化学療法加算B</b> (1) 15歳未満           600点(新) (2) 15歳以上           350点(新)	<b>第6部 注射【通則6:外来化学療法加算】</b> イ 外来化学療法加算1       550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は 750点) ロ 外来化学療法加算2       420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は 700点)

## [算定要件]

- ① **外来化学療法加算A**は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」欄に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、G000以外により投与した場合に算定する。
- ② **外来化学療法加算B**は、**外来化学療法加算A以外の抗悪性腫瘍剤（ホルモン効果を持つ薬剤を含む）**を投与した場合に算定する。
- ③ **いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。**



## 外来化学療法加算1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射(輸血を含む。)以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者(代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上(1診療科の場合は、2名以上)の代表者であること。)、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

## 外来化学療法加算2

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射(輸血を含む。)以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ③ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ④ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑤ 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

# 【特掲診療料】 リハビリテーション

# 早期リハビリテーションの評価

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

点p332・334, 留p341・347  
 施告p609, 施通p651

改定後	現行
H000 心大血管疾患リハビリテーション料 H003 呼吸器リハビリテーション料  注2 早期リハビリテーション加算 (1単位につき) <b>30点(改)</b> [算定要件] 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日に限り算定する。  注3 初期加算(1単位につき) <b>45点(新)</b> [算定要件] 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して <b>14日</b> に限り算定する。 注2の加算とは別に算定可能	H000 心大血管疾患リハビリテーション料 H003 呼吸器リハビリテーション料  注2 早期リハビリテーション加算 (1単位につき) 45点 [算定要件] 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日に限り算定する。

改定後	現行
<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料                      H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>注2<sub>(※1)</sub> 早期リハビリテーション加算                      (1単位につき) <b>30点(改)</b></p> <p>[算定要件]                      入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日に限り算定する。</p> <p><b>注3<sub>(※2)</sub> 初期加算(1単位につき)</b>  <b>45点(新)</b></p> <p>[算定要件]                      入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して<b>14日</b>に限り算定する。                      注2<sub>(※1)</sub>の加算とは別に算定可能</p> <p>※1:運動器リハは注3                      ※2:運動器リハは注4</p>	<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料                      H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>注2 早期リハビリテーション加算                      (1単位につき) 45点</p> <p>[算定要件]                      入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日に限り算定する。</p>

# 維持期リハビリテーションの評価

◆現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、**要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション**については、これらを**原則次回改定**までとする。

留p343・345

改定後	現行
<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 注4 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</p>	<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>
<p>H002 運動器リハビリテーション料 注5 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</p>	<p>H002 運動器リハビリテーション料 注4 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>

# 維持期リハビリテーションの評価

◆要介護被保険者等について、標準的算定日数を超過しており、**状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合**の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

点p333

改定後	現行
<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 (1単位につき)</p> <p><b>注4</b> 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超過しており、<b>状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合</b>においては、下記の点数を算定する。</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 <b>221点(改)</b>  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 <b>212点(改)</b></p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 <b>180点(改)</b>  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 <b>171点(改)</b></p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 <b>90点(改)</b>  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 <b>90点(改)</b></p>	<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 (1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 245点  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 200点  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)  <input type="checkbox"/> 口以外の場合 100点  <input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 100点</p>



## リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

- ◆介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を**2月間に延長**する。

改定後	現行
<p>●疾患別リハビリテーション</p> <p>医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、<b>2月間に限り</b>、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日<sup>1</sup>に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。</p>	<p>●疾患別リハビリテーション</p> <p>医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、<u>1月間に限り</u>、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日<sup>1</sup>に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。</p>



◆また、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる**単位数を7単位**までとする。

改定後	現行
<p>●疾患別リハビリテーション</p> <p>[算定要件] 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。<b>ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、2月目について1月7単位に限り算定できるものとする。</b></p>	<p>●疾患別リハビリテーション</p> <p>[算定要件] 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>

改定後	現行
<p>H002 運動器リハビリテーション料 (1単位につき)</p> <p>注5</p> <p>要介護被保険者等であって標準的算 定日数を超えており、状態の改善が期待 できると医学的に判断されない場合におい ては、下記の点数を算定する。</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 158点(改)</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 149点(改)</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点</p>	<p>H002 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) 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点</p>

【特掲診療料】  
精神科専門療法

# 地域における精神医療の評価

## ◆通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

改定後	現行
<p>I002 通院・在宅精神療法 (1日につき)</p> <p>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地域の<b>精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている</b>精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p style="text-align: right;"><b>700点(改)</b></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p> <p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、<b>薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)</b>を用いて<b>薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。</b></p>	<p>I002 通院・在宅精神療法 (1日につき)</p> <p>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等が通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p style="text-align: right;">500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>

# 地域における精神医療の評価

## ◆通院・在宅精神療法の見直し

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

点p352, 留p362

改定後	現行
<p>I002 通院・在宅精神療法 注3 (1日につき) 20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内に限り算定する。</p>	<p>I002 通院・在宅精神療法 注3 (1日につき) 20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>

## 地域における精神医療の評価

### ◆向精神薬の多量・多剤投与の適正化

- (1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果を高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

改定後	現行
<p>I002-2 精神科継続外来支援・指導料 (1日につき) 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</p> <p>③ 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ 抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。</p> <p>(以下略)</p>	<p>I002-2 精神科継続外来支援・指導料 (1日につき) 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p>



# 地域における精神医療の評価

## ◆ 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

点p353, 留p363, 施告p610, 施通p658, 様p923

改定後	現行
I003-2 認知療法・認知行動療法 (1日につき) <b>1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合</b> <b>500点(新)</b> <b>2 1以外の場合 420点(改)</b>	I003-2 認知療法・認知行動療法 (1日につき) 420点

# 地域における精神医療の評価

## ◆精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア(1日につき6時間)と精神科ショート・ケア(1日につき3時間)の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

改定後	現行								
<p>I008-2 精神科ショート・ケア (1日につき)</p> <table data-bbox="358 399 1008 526"> <tr> <td>1 小規模なもの</td> <td>275点</td> </tr> <tr> <td>2 大規模なもの</td> <td>330点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</p> <p>② I011 精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</p>	1 小規模なもの	275点	2 大規模なもの	330点	<p>I008-2 精神科ショート・ケア (1日につき)</p> <table data-bbox="1209 399 1859 526"> <tr> <td>1 小規模なもの</td> <td>275点</td> </tr> <tr> <td>2 大規模なもの</td> <td>330点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	1 小規模なもの	275点	2 大規模なもの	330点
1 小規模なもの	275点								
2 大規模なもの	330点								
1 小規模なもの	275点								
2 大規模なもの	330点								

改定後	現行
<p>I009 精神科デイ・ケア(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p>	<p>I009 精神科デイ・ケア(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</p> <p>② I011 精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科デイ・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>

# 地域における精神医療の評価

## ◆精神科デイ・ケア等の見直し

(2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた**疾患別等プログラム**を実施した場合の評価を新設する。

点p355, 留p369

改定後	現行
I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア (1日につき) <b>1,000点(改)</b>	I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア (1日につき) 1,040点
<b>注4 疾患別等診療計画加算 40点(新)</b>	
[算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する 際に疾患ごとの診療計画を作成して いる場合に算定する。	

# 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

## ◆精神科訪問看護の報酬体系の見直し

点p357, 留p372

### (1) 訪問看護指示の見直し

訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(新) I012-2 精神科訪問看護指示料 300点

(新) I012-2 注2 特別訪問看護指示加算 100点

### [算定要件]

- ① 精神科を標榜する医療機関の医師が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付すること。
- ② 患者一人につき月1回に限り算定する。

# 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

## ◆精神科訪問看護の報酬体系の見直し

### (2) 精神科訪問看護基本療養費と30分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないので、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

●訪問看護療養費

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- ①週3日目まで30分以上 5,550円
- ②週3日目まで30分未満 4,250円
- ③週4日目以降30分以上 6,550円
- ④週4日目以降30分未満 5,100円

ロ 准看護師による場合

- ①週3日目まで30分以上 5,050円
- ②週3日目まで30分未満 3,870円
- ③週4日目以降30分以上 6,050円
- ④週4日目以降30分未満 4,720円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ 1,600円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- ①週3日目まで30分以上 4,300円
- ②週3日目まで30分未満 3,300円
- ③週4日目以降30分以上 5,300円
- ④週4日目以降30分未満 4,060円

ロ 准看護師による場合

- ①週3日目まで30分以上 3,800円
- ②週3日目まで30分未満 2,910円
- ③週4日目以降30分以上 4,800円
- ④週4日目以降30分未満 3,670円



## [算定要件]

### ●精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者1人につき、週3日を限度として算定する。

### ●精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者1人につき、週3日を限度として算定する。

### ●精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が同一建物居住者に対して指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者1人につき、週3日を限度として算定する。

## [施設要件]

- ① 精神科を標榜する保険医療機関において、**精神病棟又は精神科外来に勤務した経験**を有する者
- ② **精神障害者に対する訪問看護の経験**を有する者
- ③ 精神保健福祉センター又は保健所等における**精神保健に関する業務の経験**を有する者
- ④ 専門機関等が主催する**精神保健に関する研修**を修了している者

## [経過措置]

平成25年4月1日施行

## I012 精神科訪問看護・指導料

点p356, 留p370

### 1 精神科訪問看護・指導料 I

#### (新)イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ① 週3日目まで30分以上 | 575点(1日につき) |
| ② 週3日目まで30分未満 | 440点(1日につき) |
| ③ 週4日目以降30分以上 | 675点(1日につき) |
| ④ 週4日目以降30分未満 | 525点(1日につき) |

#### (新)ロ 准看護師による場合

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ① 週3日目まで30分以上 | 525点(1日につき) |
| ② 週3日目まで30分未満 | 400点(1日につき) |
| ③ 週4日目以降30分以上 | 625点(1日につき) |
| ④ 週4日目以降30分未満 | 485点(1日につき) |

#### (新)2 精神科訪問看護・指導料 II 160点(1日につき)

#### (新)3 精神科訪問看護・指導料 III

##### イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ① 週3日目まで30分以上 | 445点(1日につき) |
| ② 週3日目まで30分未満 | 340点(1日につき) |
| ③ 週4日目以降30分以上 | 545点(1日につき) |
| ④ 週4日目以降30分未満 | 415点(1日につき) |

##### ロ 准看護師による場合

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ① 週3日目まで30分以上 | 395点(1日につき) |
| ② 週3日目まで30分未満 | 300点(1日につき) |
| ③ 週4日目以降30分以上 | 495点(1日につき) |
| ④ 週4日目以降30分未満 | 375点(1日につき) |

## [算定要件]

### 精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

### 精神科訪問看護・指導料Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

### 精神科訪問看護・指導料Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者1人につき、週3日を限度として算定する。

# 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

## ◆精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(3) 看護補助者及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

### ●訪問看護療養費

点p728, 留p734, 施告p739

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢ

**(新)複数名訪問看護加算**

**(看護補助者又は精神保健福祉士) 3,000円**

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢを算定している患者について、所定額を算定する指定訪問看護を保健師、看護師等が**看護補助者又は精神保健福祉士**と同時に指定訪問看護を行った場合、週1回に限り、いずれかを所定額に加算する。

### I012 精神科訪問看護・指導料

点p357, 留p371

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ

**(新)複数名訪問看護加算(看護補助者) 300点**

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの所定点数を算定する看護又は療養上必要な指導を保健師、看護師等が**看護補助者**と同時に看護又は療養上必要な指導を行った場合、週1回に限り、所定額に加算する。

## 地域における精神医療の評価

### ◆精神科訪問看護の報酬体系の見直し

訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

# 地域における精神医療の評価

## ◆治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

改定後	現行
<p>I013 <b>抗精神病特定薬剤治療指導管理料</b> (1月につき)</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 <b>治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</b> 500点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 <b>クロザピン</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① 当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されていること。</p> <p>② 副作用に対応できる体制が整備されていること。</p>	<p>I013 <u>持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</u> (1月につき) 250点</p> <p>点p358, 留p374 施告p610, 施通p660 様p925</p>



# 重度認知症患者デイ・ケア料の評価

重度認知症患者デイ・ケア料において、**夜間のケアを行った場合の評価**を新設する。

点p358, 留p375, 施告p610, 施通p660, 様p925

I015 重度認知症患者デイ・ケア料

**(新)注3 夜間ケア加算 100点(1日につき)**

[算定要件]

- ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、**2時間以上夜間ケア**を行った場合に算定する。
- ② 当該加算を算定した日から起算して**1年以内**に限る。

[施設基準]

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

【特掲診療料】  
処 置

## 人工腎臓等の適正な評価

◆長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められることから、透析液水質確保加算2を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算2を算定していることとする。

J038 人工腎臓（1日につき）

点p380, 留p395, 施告p610, 施通p661, 様p927

**（新）2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合**

**2,255点**

[算定要件]

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

[施設基準]

透析液水質確保加算2を算定していること。

改定後	現行
<p>J038 人工腎臓(1日につき) 注9</p> <p>イ 透析液水質確保加算1 <b>8点(改)</b></p> <p>ロ 透析液水質確保加算2 <b>20点(新)</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 透析液水質確保加算1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>2 透析液水質確保加算2</p> <p>① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>J038 人工腎臓(1日につき) 注9</p> <p>透析液水質確保加算 <u>10点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>

点p380, 留p395  
 施告p610, 施通p661  
 様p927

## 人工腎臓等の適正な評価

- ◆ **エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等への置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。**

点p380, 留p395, 施告p610・620

改 定 後	現 行
J038 人工腎臓(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 <b>2,040点(改)</b> ロ 4時間以上5時間未満の場合 <b>2,205点(改)</b> ハ 5時間以上の場合 <b>2,340点(改)</b>	J038 人工腎臓(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u> ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u> ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u>

【特掲診療料】  
手 術

# 医療技術の適切な評価

## ◆手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

### (1) 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

### (2) 評価対象手術

手術料の見直しについては、外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

# 医療技術の適切な評価

## ◆内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、**内科医等**により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、**診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会**での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

- (1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、**下記の内科系技術について、診療報酬上の評価**を行う。



## ① 高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

(導入された技術の例)

ア) 時間内歩行試験

イ) 脳波検査判断料

ウ) ヘッドアップティルト試験

## ② 高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

(対応する技術)

ア) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ) 植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ) 心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

カ) 高度難聴指導管理料の評価の引き上げ

キ) 在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価の引き上げ

ク) 小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ

ケ) 難病外来指導管理料の評価の引き上げ

# 先進医療技術の保険導入

☆ 既存の第2項先進医療技術95技術（平成24年1月現在）のうち、平成23年6月末までに実績報告が提出された89技術について、先進医療専門家会議で有効性、効率性等が検討され、**23技術の保険導入**を行う。

ただし、導入に当たり、適応症や実施する施設等について適切な条件を付されるものもある。

- (1) インプラント義歯
- (2) 人工括約筋を用いた尿失禁手術
- (3) CTガイド下気管支鏡検査
- (4) 筋強直性ジストロフィーの遺伝子診断
- (5) 抗悪性腫瘍剤感受性検査（HDRA法又はCD-DST法）
- (6) 腫瘍脊椎骨全摘術
- (7) 腹腔鏡補助下錐体尾部切除又は核出術
- (8) エキシマレーザー冠動脈形成術
- (9) 三次元再構築画像による股関節疾患の診断及び治療
- (10) 隆起性皮膚線維肉腫の遺伝子診断

## 先進医療技術の保険導入

- (11) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- (12) 先天性銅代謝異常症の遺伝子診断
- (13) 超音波骨折治療法
- (14) 色素性乾皮症の遺伝子診断
- (15) 腹腔鏡下直腸固定術
- (16) 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- (17) 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
- (18) 先天性難聴の遺伝子診断
- (19) マイクロ波子宮内膜アブレーション
- (20) 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術
- (21) 腹腔鏡下膀胱内手術
- (22) 腹腔鏡下根治的膀胱全摘除術
- (23) 根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援

# 医療技術の評価及び再評価

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ保険導入を行う。  
(1月27日中医協総会に提示)

## 【評価された技術の例】

- ① コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
- ② 時間内歩行試験
- ③ ヘッドアップティルト試験
- ④ 高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査
- ⑤ 筋肉内コンパートメント内圧測定
- ⑥ 顔面多発骨折変形治癒矯正術
- ⑦ 内視鏡下神経剥離術
- ⑧ 内視鏡下経蝶形骨洞手術
- ⑨ 低侵襲性経肛門的局所切除術(MITAS)
- ⑩ 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術
- ⑪ 下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
- ⑫ 脳波検査判断料

# 新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

1. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている22技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

(技術の例)

- ① 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 10,000点
- ② 植込型補助人工心臓(非拍動流型)(初日) 58,500点  
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(2日目以降30日まで) 5,000点  
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(31日目以降90日まで) 2,780点  
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(91日目以降) 1,500点

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている12の検査について、新たに検査実施料を新設する。

(検査の例)

- ① レジオネラ核酸検出 300点
- ② HE-IgA(定性) 210点

3. 新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

(薬剤の例)

- ① エベロリムス製剤
- ② ミコフェノール酸モフェチル製剤

# 明細書の無料発行の促進

療担p682, 療担通p684

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、**正当な理由のない限り**、詳細な個別の点数項目が分かる**明細書の発行が義務づけられた**。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

1. 正当な理由については、現在、
  - (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
  - (2) 自動入金機を使用しており、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又は保険薬局であること。としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。
5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供すべきであることを周知する。



## たばこ対策への評価

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、**原則屋内全面禁煙**を行うよう要件を見直す。

### 対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例

1 A200 総合入院体制加算	12 B001 9 外来栄養食事指導料
2 A208 乳幼児加算・幼児加算	13 B001 10 入院栄養食事指導料
3 A212 超重症児(者)入院診療加算・ 準超重症児(者)入院診療加算	14 B001 11 集団栄養食事指導料
4 A221-2 小児療養環境特別加算	15 B001 16 喘息治療管理料
5 A232 がん診療連携拠点病院加算	16 B001 18 小児悪性腫瘍患者指導 管理料
6 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	17 B001 20 糖尿病合併症管理料
7 A237 ハイリスク分娩管理加算	18 B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料
8 A242 呼吸ケアチーム加算	19 B001-3 生活習慣病管理料
9 B001 3 悪性腫瘍特異物質治療 管理料	20 B005-4・B005-5 ハイリスク妊産婦 共同管理料
10 B001 4 小児特定疾患カウンセ リング料	21 B005-6 がん治療連携計画策定料
11 B001 5 小児科療養指導料	22 B005-6-2 がん治療連携指導料



## [施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、**当該保険医療機関の屋内が禁煙**であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

## [経過措置]

**平成24年6月30日までは従前の通り算定可能。**

**※施設基準の届出は必要ない。**

# 医療と介護の円滑な連携について

## 転換老健に対応した項目の期間の延長

介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が**6年間延長されたこと**を踏まえ、緊急時施設治療管理料等の対象を、「平成18年7月1日から平成24年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」から、「**平成18年7月1日から平成30年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設**」に改正する。

改定後	現行
<p>●緊急時施設治療管理料 500点</p> <p>平成18年7月1日から<b>平成30年3月31日</b>までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>	<p>●緊急時施設治療管理料 500点</p> <p>平成18年7月1日から<u>平成24年3月31日</u>までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>

（転換老健において、認められている医療保険からの給付についても同様に延長。）

【その他】

D P C

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、**診断群分類点数表の設定（改定）**において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数 I に係るものを除く）については、**診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたもの**とし、医療機関別係数の計算において反映させる。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆調整係数の見直しに係る対応と経過措置

#### (1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆調整係数の見直しに係る対応と経過措置

#### (2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数(※)〕－

〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.75

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆機能評価係数 I の見直し

- (1) 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を機能評価係数 I として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」(現行出来高評価)を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。



## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆機能評価係数Ⅱの見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付）は等分とする。
- (2) 現行の評価項目（6指数）のうち、地域医療指数、急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。



〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

①データ提出指数

現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応	
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児 2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆機能評価係数Ⅱの見直し

- (3) 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数（効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆算定ルールの見直し

#### (1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

#### (2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

#### (3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

### ◆外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。