

平成24年度診療報酬改定の概要

【 医 科 】

近畿厚生局

平成24年度診療報酬改定の概要

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38% (約5,500億円)
┌	医科 +1.55% (約4,700億円)
	歯科 +1.70% (約500億円)
	調剤 +0.46% (約300億円)
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

救急医療の推進①

小児の集中治療の評価

- 従来からある一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日につき)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

[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 小児入院管理料1を届出る医療機関であること。
- ② 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。
- ③ 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ④ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ⑤ 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。
- ⑥ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑦ 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年間20名以上受け入れていること。

救急医療の推進②

小児の救急医療の評価

- 一般向けの特定集中治療室(ICU)における15歳未満の者に対する特定集中治療についてもその評価を引き上げ、小児救急患者の一層の受入を推進する。

(改) 特定集中治療室管理料小児加算(1日につき)

1,500点→2,000点(7日以内)

1,000点→1,500点(8日以上14日以内)

- 救急医療管理加算についても、小児加算(15歳未満)を新設するとともに、乳幼児加算(6歳未満)を引き上げ、特定集中治療室管理に至らない事案であっても一般病棟における小児救急医療の充実を図る。

救急医療管理加算(1日につき・7日以内)

(新) 小児加算 200点

(改) 乳幼児加算 200点 → 400点

救急医療の推進③

救命救急入院料における看護配置基準の明確化

- 救命救急入院料1及び3について、ハイケアユニット(HCU)並みの看護配置(4対1)を基準とすることを明確化する。

【救命救急入院料1及び3の看護配置】

(現行) 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な看護師が常時配置されていること。

⇒(改定後) 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が4対1以上であること。

※(経過措置)

平成25年3月31日までは看護配置が常時4対1の基準を満たさない場合でも、従前の救命救急入院料を算定可

精神疾患を合併する救急患者の受入の推進

- 自殺企図等による重篤な患者への精神科救急診療について、救命救急入院料に設けられている加算を精神保健指定医以外の精神科医や自院以外の精神保健指定医でも算定可能とする。

(改) 救命救急入院料 注2加算* 3,000点

* 初回の精神疾患診断治療に対する評価

[算定要件]

精神保健指定医(自院以外の精神保健指定医を含む。)又は精神保健指定医以外の精神科医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、最初の診療時に限り算定。

救急医療の推進④

救急搬送患者に対する地域連携の推進

- 救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算の引き上げを行うとともに、
- ① 対象とする患者の要件を入院5日以内から7日以内に拡大、
 - ② 療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料で受入加算を算定可能とする、
 - ③ 紹介加算、受入加算いずれか1つのみ届出可能であったものを、同一医療機関で紹介加算、受入加算の双方を届出可能とすることとし、救急搬送患者の早期の転院支援を一層推進する。

(改) 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点→1,000点

(改) 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点→2,000点

救急医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図、現状⇒改定後)

救急病院

救命救急入院料

特定集中治療室管理料

ハイケアユニット入院医療管理料

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

救急医療管理加算・
乳幼児救急医療管理加算

救急搬送患者
地域連携紹介加算
500点 **⇒1,000点**

①入院日から5日以内に転院
⇒入院日から7日以内に転院

②算定不可
⇒算定可

後方病院

救急搬送患者
地域連携受入加算
1,000点 **⇒2,000点**

一般病棟
障害者病棟
特殊疾患病棟
回復期リハ病棟
亜急性期病棟
緩和ケア病棟 等

療養病棟

精神科病棟

③(現行) 紹介病院と受入病院の関係は、1方向のみ

⇒(改定後) 同一医療機関で**紹介加算・受入加算どちらも届出可能に**

救急医療の推進⑤

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 (13対1、15対1) において、急性期後の患者、状態が悪化した在宅療養中の患者又は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し、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき・14日まで)

- 療養病棟においても、療養病棟入院基本料1 (20対1) 算定病床について、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行い、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点 → 300点(1日につき・14日まで)

後方受入機能に係る主な診療報酬について

【現状】

急性期病院の患者

一般病棟、専門病院 等

在宅の軽症の患者

自宅、老健、特養 等

受入

救急・在宅からの受入れを
評価した初期加算

療養病棟 (20対1、25対1、有床診療所(療養)) 150点

有床診療所(一般) 100点

受入機能の
強化が必要

【改定後】

急性期病院の患者

一般病棟(7対1、10対1)
専門病院 等

在宅の軽症の患者

自宅、老健、特養 等

受入

救急・在宅からの受入れを
評価した初期加算

一般病棟 (13対1、15対1) **(新)** 150点

療養病棟(20対1) **(改)** 300点
(25対1、有床診療所(療養)) 150点

有床診療所(一般) 100点

受入の充実

周産期医療の推進①

ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

【医療連携の評価】

- ハイリスク妊産婦共同管理料を引き上げるとともに、算定対象に多胎妊娠、子宮内発育遅延の者を加え、地域医療機関と専門医療機関の連携を一層推進する。

(改) ハイリスク妊産婦共同管理料1(紹介側) 500点 → 800点

(改) ハイリスク妊産婦共同管理料2(受入側) 350点 → 500点

[算定対象患者(改定後、下線の疾患を追加)]

(妊婦)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、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、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

(妊産婦)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、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、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

【受入側の医療機関の評価】

- 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、ハイリスクの妊産婦に対する、必要な医療の円滑な提供を推進する。

(改) ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,000点 → 1,200点

(改) ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,000点 → 3,200点

周産期医療の推進②

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(NICU)における退院調整に係る評価について、NICUに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上で評価を引き上げる。また、超低出生体重児等ハイリスク者に対しては加算を2回算定可能とし、きめ細やかな退院調整を評価する。

新生児特定集中治療室退院調整加算

(改) 退院調整加算1(退院時1回) 300点→600点

(新) 退院調整加算2

イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点

ロ 退院加算(退院時1回) 600点

[施設基準]

(現行) 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または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

⇒(改定後) 下記のいずれかを満たす場合

- ・ 新生児の集中治療及び退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上配置。
- ・ 新生児の集中治療及び退院調整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。

[退院調整加算2の算定要件]

出生時体重が1,500g未満の者又は超重症、準超重症の状態が28日以上継続しているもの。

周産期医療の推進③

超重症児(者)、準超重症児(者)の受入医療機関の拡充

- 超重症児(者)、準超重症児(者)に対する日々の診療の評価について、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料でも算定可能とし、後方病床における取組を推進する。

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

[算定可能病床(改定後、下線部を追加)]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、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、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

[算定要件(改定後、下線部を追加)]

超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。

周産期医療の推進④

超重症児(者)、準超重症児(者)の受入医療機関の初期診療の評価

- 超重症児(者)、準超重症児(者)の初期診療の評価について、在宅からの入院の場合のみで評価されている超重症児(者)、準超重症児(者)入院診療加算の初期加算(1日につき200点・5日目まで)を、在宅以外に救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とし、後方病床における取組を推進する。

(改) 在宅重症児(者)受入加算 → 救急・在宅重症児(者)受入加算

[算定対象患者(改定後、下線部を追加)]

自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、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ことのある者

後方病床の重症児(者)受入の推進

- NICUに入院していた患者を受け入れた場合の評価である重症児(者)受入連携加算を引き上げるとともに、後方病院となる病床の範囲を拡大し、重症児(者)に係る医療機関間の連携を推進する。

(改) 重症児(者)受入連携加算(入院初日) 1,300点→2,000点

[算定可能病床(改定後、下線の入院料を追加)]

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、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¹²

病院医療従事者の勤務体制の改善等①

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目等に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料

勤務医負担軽減策の見直しのイメージ

要件とする項目

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

負担軽減の項目

- ・ 医師・看護師等の業務分担
- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 交代勤務制導入
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ 外来縮小の取り組み

いずれの項目も任意

改定後

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料

新規追加

【必須項目】

- ・ 医師・看護師等の役割分担

一定以上医師が配置されている、小児、産科、救急関係入院料では必ず検討する事項とする
(左の青字項目で必須)

【一部の病院で必須】

- ・ 交代勤務制導入
- ・ 外来縮小の取り組み

特定機能病院及び一般病床が500床以上の病院では必ず検討することとする

【任意項目】

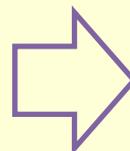
- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ (新) 予定手術前の当直に対する配慮

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1(※)	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。(年間の緊急入院患者数が100名以上でも算定可能とする。)

- 精神科救急医療に特化した**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**でも医師事務作業補助体制加算を算定可能とし、精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進を図る。

看護補助者配置の評価の充実について①

看護補助者配置の手厚い評価①

看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担を推進するため、現行の配置基準を上回る看護補助者の配置や夜間配置を評価する。

➤ 看護補助者の手厚い配置

急性期看護補助体制加算

【現行】

急性期看護補助体制加算1(50対1)	120点
急性期看護補助体制加算2(75対1)	80点



【改定後】

(1日につき、14日まで)

(新) 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) 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
50対1 急性期看護補助体制加算	120点
75対1 急性期看護補助体制加算	80点

※届出に必要な看護補助者の数に占める看護補助者
{みなし看護補助者(入院基本料等の施設基準に定める
必要な数を超えて配置している看護職員)を除く}の割合
(常勤換算)

[施設基準](新規・追加要件のみ)

25対1急性期看護補助体制加算

勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇改善に
資する体制の整備



看護補助者配置の評価の充実について②

看護補助者配置の手厚い評価②

➤ 看護補助者の夜間配置

(新) 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 **10点** (1日につき、14日まで)

(新) 夜間100対1急性期看護補助体制加算 **5点** (1日につき、14日まで)

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの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。

➤ 看護職員の夜間配置

(新) 看護職員夜間配置加算 **50点** (1日につき、14日まで)

[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 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12対1以上であること。

看護職員の負担軽減の様式について

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2(該当する方に○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 移植後患者指導管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 院内トリアージ実施料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 病棟薬剤師業務実施加算	年 月 日		

2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

- 医師・看護師等の業務分担(医師・助産師の業務分担を含む)

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

- 医師事務作業補助者の配置
 短時間正規雇用の医師の活用
 地域の他の医療機関との連携体制
 交代勤務制の導入(ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)
 外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。)
 ア 初診における選定療養の額 _____円
 イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割
 予定手術の術者の当直、夜勤に対する配慮
 その他(看護補助者の配置等)

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

- 勤務時間(平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))
 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____回)
 当直翌日の通常勤務に係る配慮(□ 当直翌日は休日としている □ 当直翌日の業務内容の配慮を行っている □ その他(具体的に: _____))
 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定
 その他

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

- ア 開催頻度 (_____ 回/年)
 イ 参加人数 (平均 _____ 人/回) 参加職種(_____)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: _____ 職種: _____)

- (6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
 あり(第三者評価を行った機関名: _____) なし

新規

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護補助加算 (対1)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 (対1)	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

- 看護職員と他職種との業務分担(□ 薬剤師 □ リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)
 臨床検査技師 □ 臨床工学技士 □ 病棟クラーク □ その他(職種 _____))
 看護補助者の配置
 短時間正規雇用の看護職員の活用
 多様な勤務形態の導入
 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
 ア 院内保育所 有 _____ 無 _____ (夜間保育の実施 有 _____ 無 _____)
 イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有 _____ 無 _____
 子育て中の夜勤の減免制度 有 _____ 無 _____
 ウ 育児短時間勤務 有 _____ 無 _____
 エ 他部署等への配置転換 有 _____ 無 _____
 夜勤負担の軽減 有 _____ 無 _____
 ア 長時間夜勤の是正 有 _____ 無 _____ イ シフト間隔の確保 有 _____ 無 _____
 ウ 夜勤従事者数の増員 有 _____ 無 _____ エ 月の夜勤回数の上限定数 有 _____ 無 _____
 その他

(2) 看護職員の勤務時間の把握等

- 勤務時間(平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))
 2交代の夜勤に係る配慮(□ 勤務後の暦日の休日の確保 □ 夜勤配置する看護職員の増員
 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 □ 16時間未満となる夜勤時間の設定)
 その他(具体的に: _____)
 3交代の夜勤に係る配慮(□ 夜勤後の暦日の休日の確保 □ 残業が発生しないような業務量の調整
 日勤深夜、準夜日勤のシフトの回避)
 その他(具体的に: _____)

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 業務分担推進のための委員会又は会議

- ア 開催頻度 (_____ 回/年)
 イ 参加人数 (平均 _____ 人/回) 参加職種(_____)

(5) 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者(労働時間管理者)(名前: _____ 職種: _____)

看護補助者配置の評価の充実について③

看護補助者配置の手厚い評価

- 看護職員の負担軽減を促進し、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、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。

【現行】

【改定後】

	看護補助加算		
	1 109点(30対1)	2 84点(50対1)	3 56点(75対1)
13対1※1		○	○
15対1※1	○	○	○
18対1※1	○	○	○
20対1※1	○	○	○

	看護補助加算		
	1 109点(30対1)	2 84点(50対1)	3 56点(75対1)
13対1※1	○	○	○
15対1※1	○	○	○
18対1※1	○	○	○
20対1※1	○	○	○

※1 特別入院基本料、療養病棟入院基本料を除く

【13対1入院基本料の病棟において看護補助加算1を算定する場合の施設基準】

- (1) 13対1入院基本料の病棟において看護補助加算1を算定する場合、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が1割以上であること。
- (2) (1)の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

救急外来や外来診療の機能分化の推進①

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- 従来は、小児に対するトリアージのみが評価されていたが、全年齢層の夜間、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院内トリアージを実施した場合の評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 院内トリアージ実施料 100点(初診時)

- 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新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)

- 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て、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(改) 地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点

(改) 2 550点 → 600点

(改) 地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点

※地域連携小児夜間・休日診療料1:小児科医が一定時間在院している場合

2:小児科医が常時在院している場合

救急外来や外来診療の機能分化の推進②

初・再診料及び関連する加算の評価

- 現在は、同一日の2科目以降の再診は評価されていないが、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には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診を評価を行う。

(新)	<u>再診料</u>	<u>34点(同一日2科目の場合)</u>
(新)	<u>外来診療料</u>	<u>34点(同一日2科目の場合)</u>

[算定要件]

- 1 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1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に関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、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(1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。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、算定できる。
- 2 乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は、算定できない。

【現行】

【改定後】

A診療科	B診療科	算定
再診	再診	再診料(69点)



A診療科	B診療科	算定
再診	再診	再診料(69点) + 再診料(34点)

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

初・再診料及び関連する加算の評価

- 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、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

救急外来や外来診療の機能分化の推進④

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 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)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

- ①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・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。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

他医療機関受診の評価の見直し

- 病棟の特徴から他医療機関受診の必要性がやむを得ないと考えられる精神病床、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の見直しを行う。

入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

出来高病棟

A医療機関

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

(新)入院基本料から15%減額

外来

B医療機関

診療行為に係る費用を算定

特定入院料等算定病棟

A医療機関

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

(新)入院料から55%減額

外来

B医療機関

包括範囲及び包括範囲外の診療行為に係る費用を算定

1. 包括範囲に含まれる診療行為がB医療機関で行われた場合

2. 包括範囲外の診療行為のみがB医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

(新)入院料から15%減額

外来

B医療機関

包括範囲外の診療行為のみに係る費用を算定

ただし、Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合議で精算することも可能

※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。

※ 特定入院料等算定病棟: 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及び特定入院基本料

チーム医療の推進①

一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科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、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た場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。

(新) 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、i～iii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。

- i. 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
- ii. 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
- iii. 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

チーム医療の推進②

栄養サポートチームの推進

- 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。

(改) 栄養サポートチーム加算(週1回) 200点

[算定可能病床(改定後、下線部追加)]

一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1、15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、13対1)、療養病棟入院基本料

(※)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。

チーム医療の推進③

外来緩和ケアチームの評価

- 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に対する評価を新設し、緩和ケアの充実を図る。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点(月1回)

[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にかかわらず、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。

チーム医療の推進④

薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 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し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。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週間を限度とする。

[施設基準]

- (1) 病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- (2) 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
- (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すること。
- (4) 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る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) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (6) 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。

- 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 50点は廃止する。

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

- 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

[施設基準]

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

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

在宅医療の充実②

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例

<往診料>

【現行】

往診料 緊急加算	650点
夜間加算	1,300点
深夜加算	2,300点



【改定後】

往診料 緊急加算	<u>850点</u>
夜間加算	<u>1,700点</u>
深夜加算	<u>2,700点</u>

<在宅における医学管理料>

【現行】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点



【改定後】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	<u>5,000点</u>
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	<u>3,600点</u>

<緊急時の受入入院>

【現行】

在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
--------------	--------



【改定後】

在宅患者緊急入院診療加算	<u>2,500点</u>
--------------	---------------

在宅医療の充実③

特定施設等入居者に対する訪問診療料の引き上げ

- ▶ 特定施設等の自宅以外で在宅療養を行う患者へ医療サービスを充実させる観点から、訪問診療料の見直しを行う。

【現行】	
訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(同一建物)	200点

【改定後】	
訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>400点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点

同一建物		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点

特定施設等		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	<u>400点</u>
	2人目以降	<u>400点</u>

上記以外の同一建物		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点

在宅医療の充実④

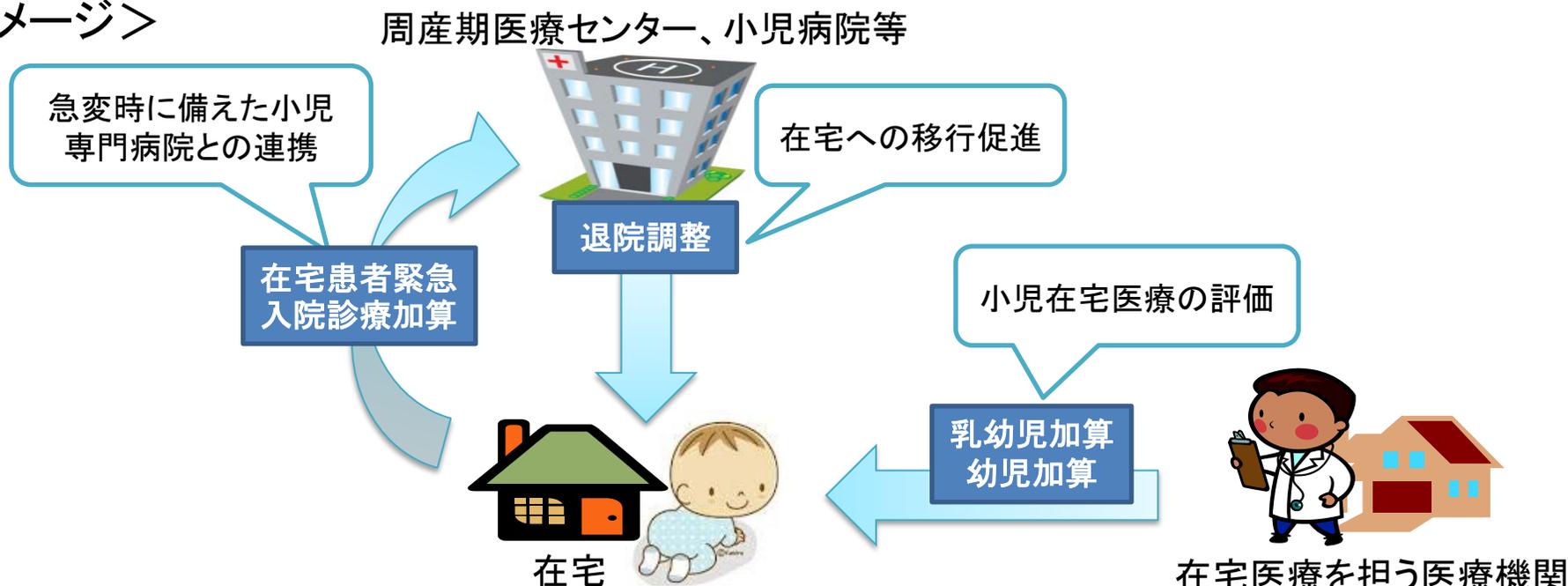
小児在宅医療の充実

- 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。

(改) 訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算 200点 → 400点

- 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。**

<イメージ>



在宅緩和ケアの充実

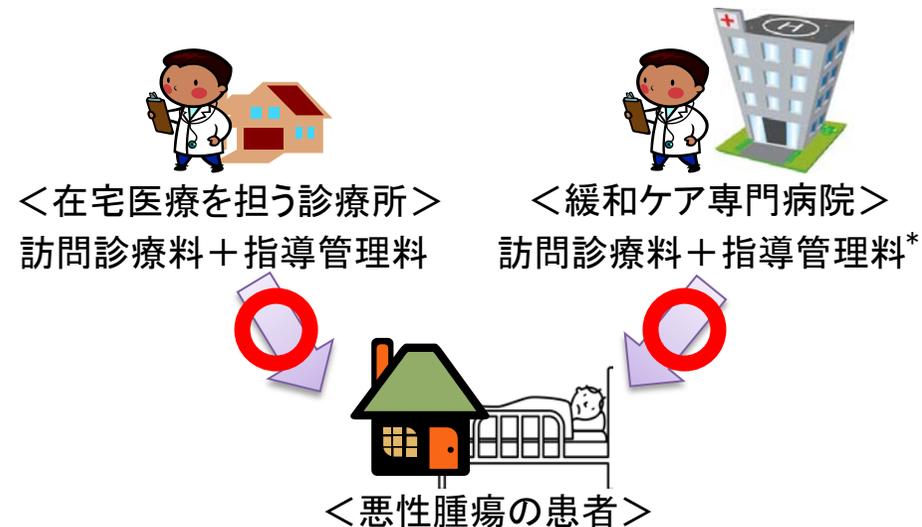
専門的な緩和ケアの評価

- 緩和ケア専門の医師と、在宅医療を担う医療機関の医師が共同して、同一日に診療を行った場合を評価する。

【現行】



【改定後】*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料：
専門の研修を受けた医師に限る



在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料
(処方せんを交付)

1,495点

【改定後】

在宅がん医療総合診療料
(処方せんを交付)

1,800点

※機能を強化した在支診・在支病(病床有)の例 33

在宅療養指導管理料の見直し

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の見直し

- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料において、評価の見直しを行うとともに対象疾患を拡大する。

(改) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点 → 1,000点

[対象疾患]

表皮水疱症、**(新)先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症**

在宅小児経管栄養法指導管理料の新設

- 在宅で療養中の小児患者について、新たな指導管理料を創設し、注入ポンプ等を用いた経管栄養の充実を図る。

(新) 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点

[算定要件]

- ① 経口摂取が著しく困難な15歳未満の患者又は15歳以上であっても、15歳未満から継続して経口摂取が著しく困難な患者(体重20kg未満に限る)について、在宅で経管栄養を行った場合に算定する(当該栄養法以外に栄養の維持が困難な患者のみ)。
- ② **注入ポンプ加算、経管栄養法用栄養管セット加算はそれぞれ別に算定できる。**

在宅の療養に係る医療機器の評価について①

機器の性能等に着目した評価の見直し

- ▶ 在宅で用いる医療機器について、性能に着目した評価の見直し

間歇注入シリンジポンプ加算

(性能によらず共通)

1,500点



1 プログラム付きポンプ

2,500点

2 1以外のポンプ

1,500点

[算定要件] プログラム付きポンプとは、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、1日につき24プログラム以上設定可能なもの。

- ▶ 実勢価格等を踏まえた評価の引き上げ

人工呼吸器加算

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



7,480点

6,480点

7,480点

- ▶ 対象範囲の明確化

人工呼吸器加算

人工呼吸器に必要な回路部品その他の付属品(療養上必要な分の外部バッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。)に係る費用は所定点数に含まれる。

在宅の療養に係る医療機器の評価について②

評価体系の見直し

➤ 月をまたいでの受診となる場合の取扱い

在宅酸素療法及び在宅持続陽圧呼吸療法を行う場合、患者の体調等の医学的理由により月をまたいでの受診になることもあることから、在宅療養指導管理材料加算の請求方法を見直す

[現行] 1月に1回に限り、第1款の所定点数に加算する

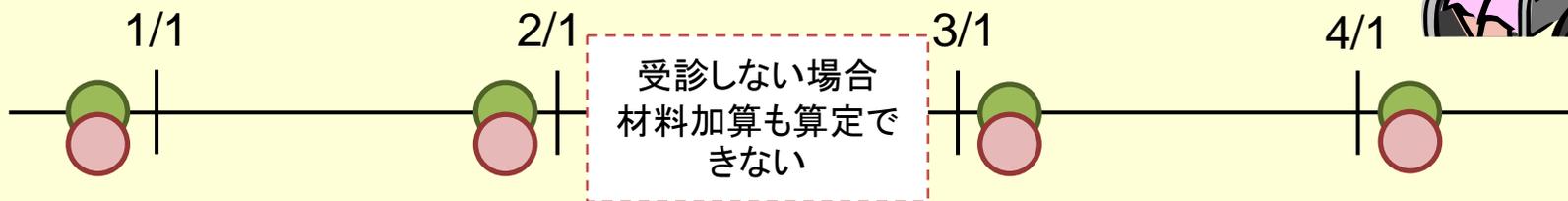


[改定後] 2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する

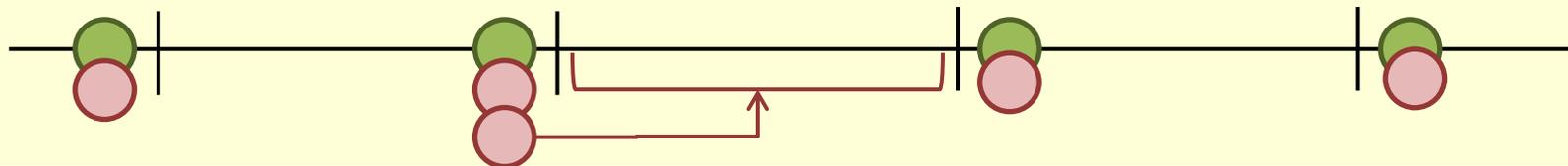


例)

[現行]



[改定後]



… 受診



… 在宅療養指導管理材料加算

[当該取扱いの対象となる在宅療養指導管理材料加算]

酸素ポンプ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

在宅の療養に係る管理料の評価

妊娠中の糖尿病患者の在宅血糖自己測定(SMBG)に基づく管理の評価

- 学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、インスリン製剤を使用していない妊娠中の糖尿病患者であって、周産期における合併症のリスクが高い者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合の評価を行う。

(新) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点

※ インスリン製剤を使用している場合は、在宅自己注射指導管理料 820点を算定可能

[算定要件] 妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者で血糖自己測定を行っている者

(1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合(明らかな糖尿病)

ア 空腹時血糖値が126mg/dL以上

イ HbA1CがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%)

ウ 随時血糖値が200mg/dL以上

(注)ウの場合は、空腹時血糖値がHbA1Cで確認すること。

エ 糖尿病網膜症が存在する場合

(2) ハイリスク妊娠糖尿病

HbA1CがJDS値で6.1%以下(NGSP値で6.5%以下)で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上

(改) 血糖自己測定器加算 400点

(月に20回~40回測定する場合の例)

[算定要件]

(新) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定している患者に対し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定

在宅における看取りの充実①

在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

- 在宅における看取りを充実させる観点から、ターミナルケアのプロセスと看取りを分けた評価体系に見直す。

<ターミナルケア加算> 【現行】

在支診・在支病	10,000点
上記以外	2,000点



<ターミナルケア加算>

【改定後】

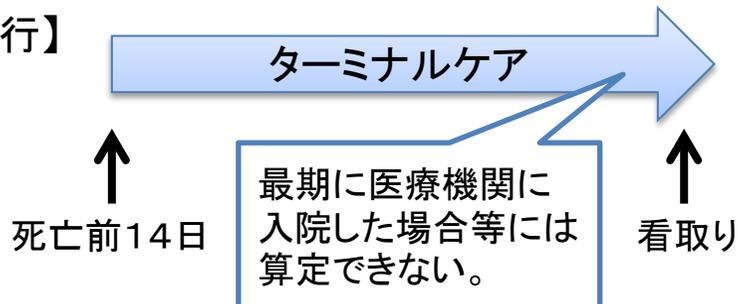
機能を強化した在支診・在支病 [※] (病床有り)	<u>6,000点</u>
機能を強化した在支診・在支病 [※] (病床無し)	<u>5,000点</u>
在支診・在支病	<u>4,000点</u>
上記以外	<u>3,000点</u>

※「在宅医療の充実」の項を参照

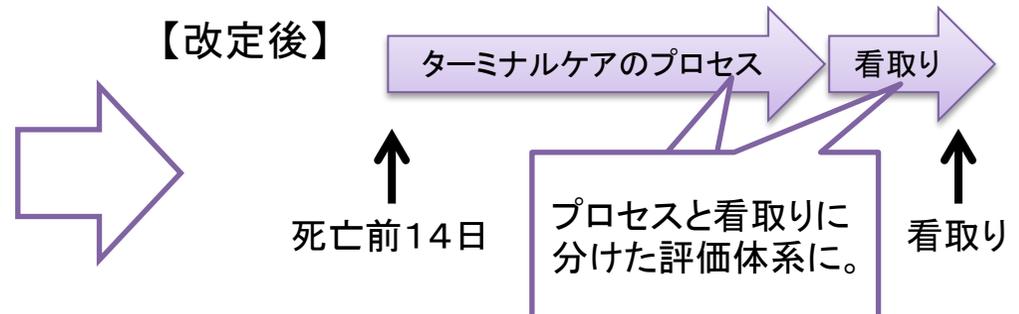


看取り加算	<u>3,000点</u>
-------	---------------

【現行】



【改定後】



在宅における看取りの充実②

訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 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。

訪問看護ターミナルケア療養費

在宅ターミナルケア加算／同一建物居住者ターミナルケア加算

- ① 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の訪問看護
(訪問看護基本療養費／在宅患者訪問看護・指導料等を算定)

計15日間

死亡日前14日

在宅で
死亡した日

- ② 訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者(患者)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実施

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進②

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。

(入院日より)

(新) 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
(新) 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

【退院調整加算1】

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、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

【退院調整加算2】

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

- ・退院困難な要因を有する者の抽出
- ・退院支援計画の作成に着手



- 退院困難な要因を有する者を7日以内に抽出する。
- 退院困難な要因を有する者については、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7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること、緊急入院であること、介護保険が未申請の場合、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)、排泄に介護を要すること、同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと、退院後に医療処置が必要なこと、入院を繰り返していること 等

[施設基準]

- 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つ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つては専任の看護師が配置されていること。
- 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が配置されていること。

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進③

効果的な退院調整の評価

- 退院支援計画を策定した患者について、退院後に必要とされる診療や訪問看護等の療養に必要な事項等を含む地域連携診療計画と同様の内容について、患者に説明し、文書により提供し、在宅を担う医療機関等と共有した場合の評価を行う。

(退院調整加算の注2の加算)

(新) 地域連携計画加算(入院中1回) 300点

総合評価加算の引き上げ

- 身体機能等に関する総合的な機能評価を評価した「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し、退院後に介護保険への円滑な移行を図る。

(改) 総合評価加算(入院中1回) 50点 → 100点

[算定可能病棟(改定後、下線部を追加)]

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

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進④

医療機関と訪問看護ステーションの連携について

円滑な地域移行を進めるために、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。

- 退院時共同指導料2について、従前は入院診療を担当する医療機関が当該患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と共同指導等を行った場合のみ算定可能であったため、訪問看護ステーションと行った場合にも、退院時共同指導料2を算定可能とする。
- 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加算の新設を行う。
(退院時共同指導料1の加算) **(新) 特別管理指導加算 200点**
(訪問看護療養費の加算) **(新) 特別管理指導加算 2,000円**

*特掲診療料施設基準の別表八に掲げる状態の者

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、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者、真皮を越える褥瘡の状態にある者等

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑤

外泊日の訪問看護

- 患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、外泊時の訪問看護基本療養費を新設する。

(訪問看護ステーション)

(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に掲げる者
- ③ 在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

- 入院医療機関からの一時的な外泊時の訪問看護について、点数の引き上げを行う。

(医療機関)

(改) 退院前訪問指導料 410点 → 555点

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑥

退院当日の訪問看護

早期の在宅療養への円滑な移行のため退院当日の訪問看護の算定方法の見直しを行う。

(訪問看護ステーション)

- 退院支援指導加算については、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退院及び再入院した場合に限り、その日に遡って算定可能とする。
- 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。

(改) 退院支援指導加算 6,000円

[算定要件]

- 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に掲げる者
- ③ (新) 診療に基づき、退院当日の訪問が必要であると認められた者

(医療機関)

- 医療機関からの退院当日の訪問看護を評価を引き上げる。

(改) 退院前訪問指導料 410点 → 555点

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑦

退院直後の訪問看護

- 退院直後の医療ニーズの高い状態の患者に対し、医師の指示に基づき、柔軟に対応できる医療保険の訪問看護が提供できることを明示する。

現 行	改定後
<p>【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>	<p>【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、退院直後等の事由により、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>

維持期リハビリテーションの評価

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の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の評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

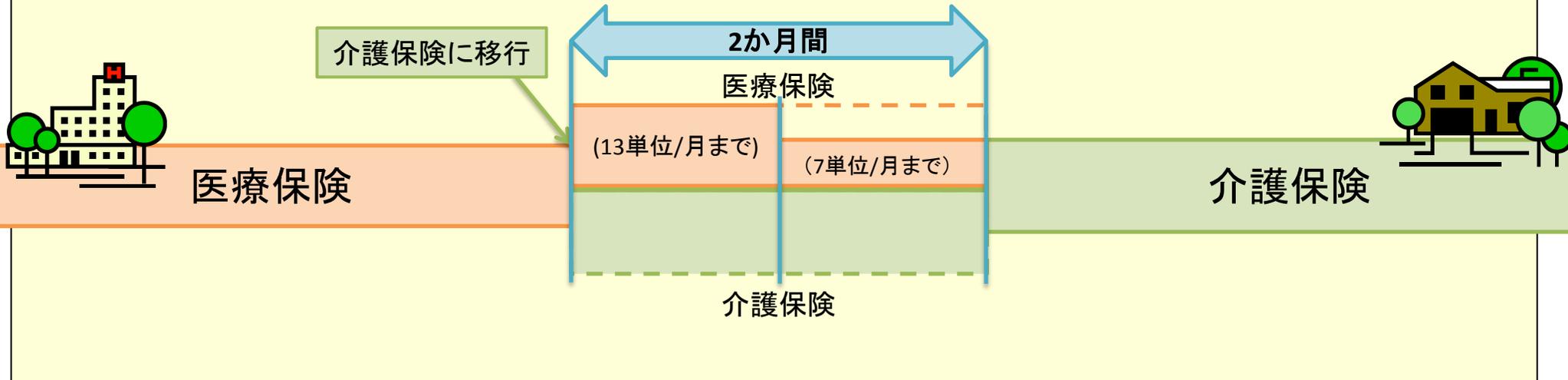
(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定次に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

リハビリテーションの医療から介護への移行期間について

- 介護保険のリハビリテーションに移行後、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。また、2月目については、疾患別リハビリテーションの算定可能な単位数を7単位までとし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する。



がん医療の推進①

緩和ケアの評価

- 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、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し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。

【現行】

緩和ケア病棟入院料(1日につき)

【改定後】

緩和ケア病棟入院料	3,780点



(改)	30日以内の場合	4,791点
(改)	31日以上60日以内の場合	4,291点
(改)	61日以上の場合	3,291点

- 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、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い、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関における緩和ケアの充実を図る。

[施設基準]

がん診療連携の拠点となる病院又は公益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病院若しくはこれらの病院に準じる病院

がん医療の推進②

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し、小児緩和ケアの充実を図る。

(新)	がん性疼痛緩和指導料	小児加算	50点
(新)	緩和ケア診療加算	小児加算	100点
(新)	外来緩和ケア管理料	小児加算	150点

[算定要件]

(注) 外来緩和ケア管理料は新設

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。

外来緩和ケアの更なる評価

- ▶ 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、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い、緩和ケアの充実を図る。

【現行】

がん性疼痛緩和指導管理料(月1回)

【改定後】

がん性疼痛緩和指導管理料	100点



(新)	がん性疼痛緩和指導管理料1	200点
(改)	がん性疼痛緩和指導管理料2	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。

[算定要件]

がん性疼痛緩和指導管理料1: 緩和ケアの経験を有する医師が直接当該指導管理を行った場合に算定する。

がん医療の推進③

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

- 小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料の包括範囲から除く。

医療用麻薬処方日数(14日)制限の緩和

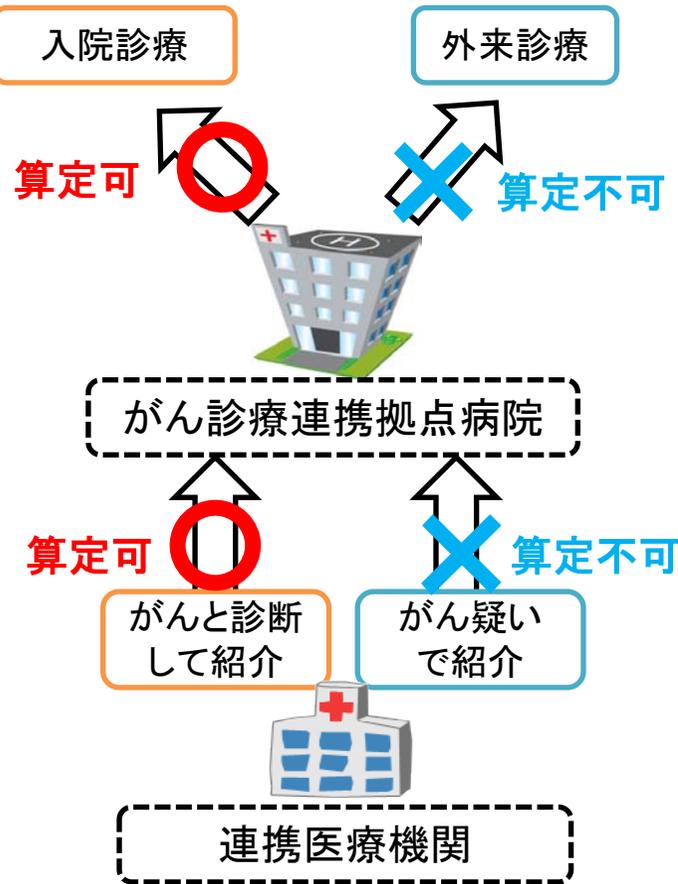
- 医療用麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、以下の4製剤について、30日分処方に改める。
 - ・ コデインリン酸塩(内用)
 - ・ ジヒドロコデインリン酸塩(内用)
 - ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射)
 - ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)

がん診療連携の充実①

がん診療連携拠点病院加算の見直し

- 従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

【現行】



【改定後】

(新) がん治療連携管理料 500点(1人1回)

入院には至らず外来化学療法等の外来診療を受けた場合についても算定できるよう新設。

【改定後】

(改) がん診療連携拠点病院加算 500点(入院初日)

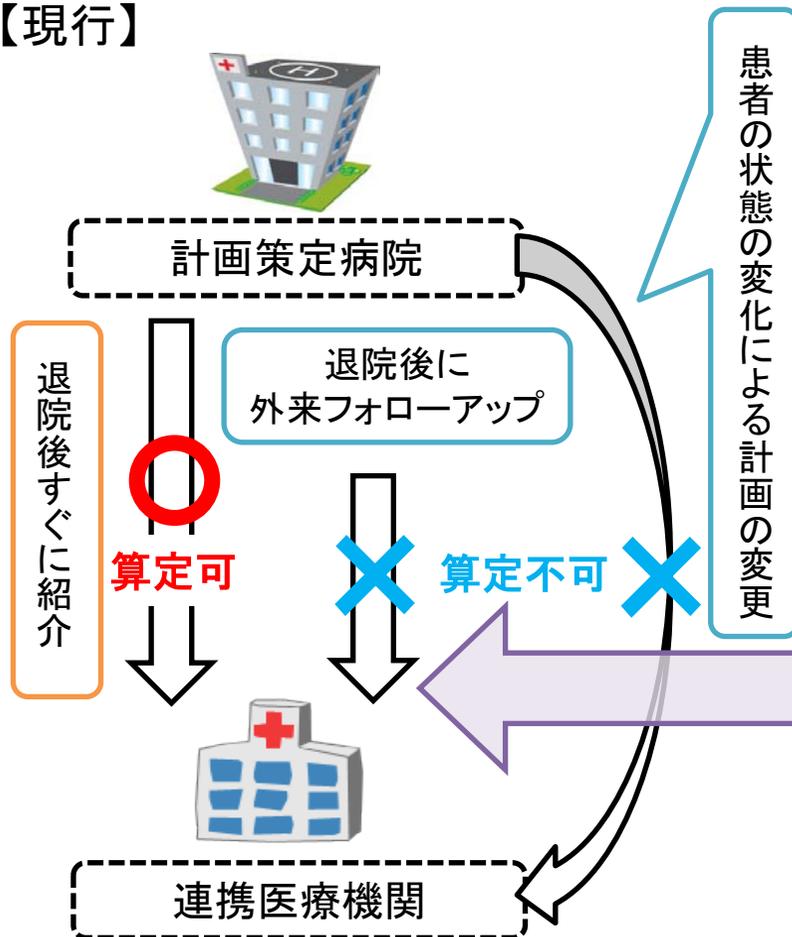
がん疑い(最終的にがんと診断された患者に限る。)で紹介された患者についても算定できるよう要件を変更。

がん診療連携の充実②

がん治療連携計画策定料の見直し

- 従来は、退院時に紹介した場合のみ算定可能であったが、退院後30日以内の外来診療時にも算定可能とするとともに、計画変更時も評価を行う。

【現行】



【改定後】

(新)がん治療連携計画策定料2 300点

患者の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の評価を新設。

【改定後】

(改)がん治療連携計画策定料1 750点

計画策定病院からの退院時または退院日から30日以内に紹介した場合にも算定できるよう要件を変更。

がん診療連携の充実③

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) リンパ浮腫指導管理料 100点

[算定要件]

手術を実施した保険医療機関で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、当該保険医療機関又は術後に地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)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。

がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

- がん患者カウンセリング料は、がんと診断された患者に対して1回に限り算定することとされているが、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) がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断された患者に対して、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。さらに、地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)においても患者1人につき1回に限り算定できる。

がんに対する放射線治療の評価体系の見直し

外来での放射線治療の評価体系の見直し

▶ 外来放射線照射診療料の創設

外来での放射線治療時に、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、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) 外来放射線照射診療料 280点

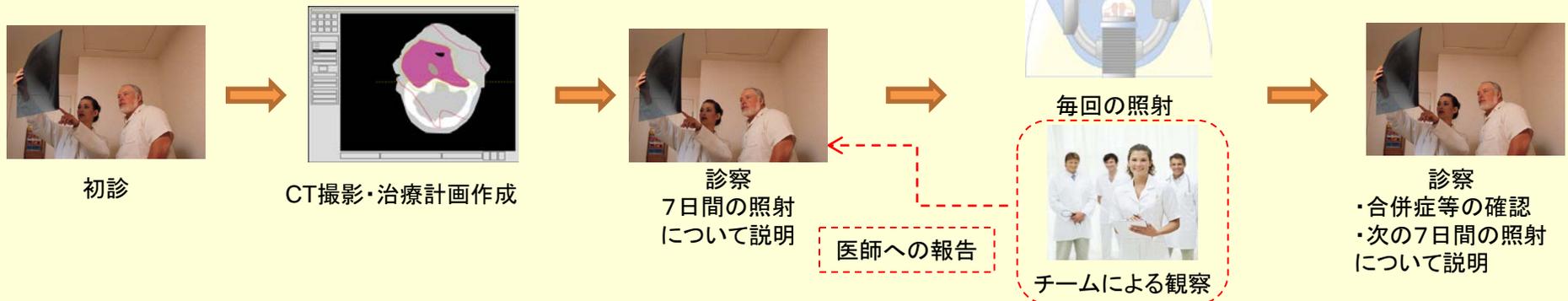
[算定要件]

- 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、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- ② 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、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。
- ③ 放射線治療を行う前に、放射線治療により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又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- ④ 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。
- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

[施設基準]

- ① 放射線照射の実施時において、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。)が配置されていること。
- 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 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

【外来での放射線照射のイメージ】



がん治療に対する放射線治療の評価の充実

放射線治療

➤ 小児に対する加算の新設

小児悪性腫瘍に対しては、集学的治療が基本となり、放射線治療も行われる頻度が多い。その際の合併症の発生を最小限に抑えるための治療計画の作成や、照射時間中の安静保持といった小児特有の対応について年齢区分に応じた評価を加える。

対象	M000放射線治療管理料からM004密封小線源治療		
評価	新生児 ;60/100	3歳未満の乳幼児(新生児を除く) ;30/100	
	3歳以上6歳未満の幼児 ;15/100	6歳以上15歳未満の小児 ;10/100	

➤ 呼吸性移動対策加算の新設

肺がんや乳がん、肝がんなど呼吸により位置が移動する臓器に対する放射線治療において、照射位置の精度を上げ、より確実・安全に腫瘍に対して集中的に照射を行うための技術を呼吸性移動対策加算として評価する。

体外照射の場合	150点(1回毎)
動体追尾法 (定位放射線治療の場合)	10,000点(一連につき)
動体追尾法以外(定位放射線治療の場合)	5,000点(一連につき)

➤ 照射回数を減らす治療体系の新設

転移性骨腫瘍などに対する緩和的照射について、少ない回数で照射する方法の有効性が示されていることから、直線加速器による放射線治療に新たな評価体系を加える。

【現行】

【改定後】

直線加速器による定位放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点



直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 (新) 1以外の場合	6,720点

がん治療等に対する化学療法の評価の充実

化学療法について

- ▶ 外来化学療法加算の見直し(薬剤のリスクに応じた評価体系の見直し)

がんに対する化学療法は、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、抗リウマチ薬等の分子標的治療薬についても化学療法と同様の管理が必要な場合もあることから、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直し、手厚い体制や設備が必要な場合はより重点的に評価を行う。

【現行】

外来化学療法加算	
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	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	700点



【改定後】

外来化学療法加算	
1 外来化学療法加算1	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	780点
(2) 15歳以上	580点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	630点
(2) 15歳以上	430点
2 外来化学療法加算2	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	700点
(2) 15歳以上	450点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	600点
(2) 15歳以上	350点

[外来化学療法加算Aの対象]

薬剤: 添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」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治療薬

投与経路: 静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など。

(G000(皮内、皮下、筋肉内注射)を除く。)

生活習慣病対策の推進①

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、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)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。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[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 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- 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。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

生活習慣病対策の推進②

たばこ対策への評価

- 受動喫煙による健康への影響を踏まえ、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

新たに屋内禁煙が算定要件となる入院基本料等加算及び医学管理等

1 総合入院体制加算	120点	12 外来栄養食事指導料	130点
2 乳幼児加算・幼児加算	333点等	13 入院栄養食事指導料	130点
3 超重症児（者）入院診療加算・ 準超重症児（者）入院診療加算	800点等	14 集団栄養食事指導料	80点
4 小児療養環境特別加算	300点	15 喘息治療管理料	75点等
5 がん診療連携拠点病院加算	500点	16 小児悪性腫瘍患者指導管理料	500点
6 ハイリスク妊娠管理加算	1,000点	17 糖尿病合併症管理料	170点
7 ハイリスク分娩管理加算	3,000点	18 乳幼児育児栄養指導料	130点
8 呼吸ケアチーム加算	150点	19 生活習慣病管理料	800点等
9 悪性腫瘍特異物質治療管理料	400点等	20 ハイリスク妊産婦共同管理料	500点等
10 小児特定疾患カウンセリング科	500点等	21 がん治療連携計画策定料	750点
11 小児科療養指導料	250点	22 がん治療連携指導料	300点

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ③ 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。
- ④ 緩和ケア病棟等においては、分煙でも差し支えない。
- ⑤ 分煙を行う場合は、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。

[経過措置]

平成24年6月30日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期医療の充実①

精神科救急の連携の評価

- 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、精神科医療機関が受け入れた場合の評価を新設し、精神科救急医療機関と後方病床としての精神科医療機関の連携を評価する。

(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 1,000点

(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 2,000点

[算定要件]

精神科救急を担う医療機関に緊急入院した患者が、入院日から60日以内に他の精神科医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

<精神科救急搬送患者地域連携紹介加算>

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

<精神科救急搬送患者地域連携受入加算>

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、
児童・思春期入院医療管理料

精神科急性期医療の充実②

精神入院医療の充実

- 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の初期診療の評価を新設する。

(新) 救急支援精神病棟初期加算 100点(14日まで)

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算または精神科救急搬送患者地域受入加算を算定された患者

身体合併症対応の評価

- 身体合併症に対応する精神病棟の評価を引き上げる。

(改) 精神科身体合併症管理加算 350点 → 450点

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・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。

小児精神医療の充実

児童・思春期精神科入院医療の評価

- 従来、小児病院と精神科病院とで小児の精神科入院医療の評価が異なる場合があったことから、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) 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又は治療室
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師が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及び常勤臨床心理技術者がそれぞれ1名以上

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に伴い、児童・思春期精神科入院医療管理加算を廃止する。

精神科慢性期医療の充実

精神療養病棟入院料の見直し

- 精神科救急医療体制の確保への協力及び重症者を受入れている病棟の評価を行い、より質の高い精神医療の充実を図る。

【現行】

精神療養病棟入院料

重症者加算(1日につき) 40点
〔算定要件〕
当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。



【改定後】

精神療養病棟入院料

(新) 重症者加算1(1日につき) 60点

〔算定要件〕

精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であって、当該患者のGAF尺度による判定が30以下であること。

(改) 重症者加算2(1日につき) 30点

〔算定要件〕

当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

- 退院支援のための部署を設置し、退院調整を行った場合の評価を新設し、早期退院を推進する。

(新) 退院調整加算 500点(退院時1回)

地域における精神医療の評価①

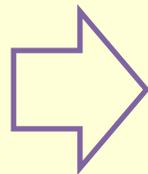
通院・在宅精神療法の見直し①

- 精神科救急医療体制の確保に協力を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

【現行】

通院・在宅精神療法1(1回につき)
500点

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



【改定後】

(改)通院・在宅精神療法1(1回につき)
700点

初診の日にお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等が通院・在宅精神療法を行った場合

- 抗精神病薬を服用中の患者に対して、副作用の重症度評価を行った場合について評価を新設する。

(新) 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)

[算定要件]

「通院・在宅精神療法2の30分以上行う場合(400点)」に、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)を用いて副作用の重症度評価を行った場合に算定する。

地域における精神医療の評価②

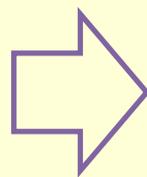
通院・在宅精神療法の見直し②

- ▶ 児童精神の精神科通院治療について、20歳未満加算の要件の見直しを行う。

(改) 通院・在宅精神療法 20歳未満加算 200点(1回につき)

[現行の算定要件]

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)。



[改定後の算定要件]

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(児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内))。

地域における精神医療の評価③

精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケア等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の評価を行う。

精神科ショート・ケア(1日につき)	
1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点

精神科デイ・ケア(1日につき)	
1 小規模なもの	590点
2 大規模なもの	700点

(改)〔算定要件〕

それぞれの「2の大規模なもの」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。

【現行】

精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき)	
	1,040点

【改定後】

精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき)	
(改)	1,000点
(新) 疾患別等診療計画加算	40点

〔算定要件〕

疾患別等診療計画加算については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。

- 地域移行を推進するため、入院中の患者が精神科デイ・ケア等を利用した場合の評価を新設する。

(新) 入院中の患者が精神科ショート・ケアまたはデイ・ケアを利用した場合、所定点数の100分の50に相当する点数を加算。

地域における精神医療の評価④

認知療法・認知行動療法の見直し

- 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が実施した場合の評価を新設する。

【現行】

認知療法・認知行動療法(1日につき)

420点

[算定要件]

- (1)精神科を標榜する保険医療機関以外の保健医療機関においても算定できる。
- (2)認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。

【改定後】

認知療法・認知行動療法(1日につき)

(新)認知療法・認知行動療法1 **500点**

認知療法・認知行動療法2 420点

[算定要件]

認知療法・認知行動療法1

- (1)精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)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行った場合に算定する。

認知療法・認知行動療法2

- (1)精神科を標榜する保険医療機関以外の保健医療機関においても算定できる。
- (2)認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。

地域における精神医療の評価⑤

精神科継続外来支援・指導料の見直し

- 抗不安薬または睡眠薬を3剤以上処方した場合の評価を見直す。

(改) 精神科継続外来支援・指導料 55点(1日につき)

⇒ 1回の処方において、抗不安薬または睡眠薬を3剤以上投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

- 抗精神病薬を服用中の患者に対して、副作用の重症度評価を行った場合の評価を新設する。

(新) 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)

[算定要件]

「精神科継続外来支援・指導料」を行う場合に、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)を用いて副作用の重症度評価を行った場合に算定する。

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おいて、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(クロザピン)を投与した場合の評価を新設する。

【現行】

持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

250点(月1回)



【改定後】

抗精神病特定薬剤治療指導管理料(月1回)

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

(新) 2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

認知症対策の推進①

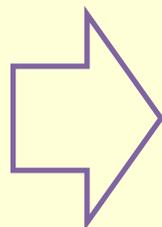
認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症の行動・心理症状(BPSD)の改善に入院日から概ね1カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

【現行】

認知症治療病棟入院料1	
60日以内の期間	1,450点
61日以上	1,180点

認知症治療病棟入院料2	
60日以内の期間	1,070点
61日以上	970点



【改定後】

認知症治療病棟入院料1	
(改) 30日以内の期間	<u>1,761点</u>
(改) 31日以上60日以内の期間	<u>1,461点</u>
(改) 61日以上	<u>1,171点</u>

認知症治療病棟入院料2	
(改) 30日以内の期間	<u>1,281点</u>
(改) 31日以上60日以内の期間	<u>1,081点</u>
(改) 61日以上	<u>961点</u>

- 認知症治療病棟入院料の包括範囲を見直し、入院60日以内に限り、J-038人工腎臓を算定可能とする。

認知症対策の推進②

認知症夜間対応の評価

- 認知症治療病棟で、夜間に手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

(新) 認知症夜間対応加算 84点(1日につき、30日まで)

[算定要件]

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。

認知症退院支援の評価

- 認知症治療病棟における認知症患者退院支援のための部署の設置を要件化するとともに評価を引き上げ、早期退院を推進する。

(改) 退院調整加算(退院時) 100点 → 300点

[算定要件]

認知症治療病棟に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。

[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の従事者1人(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)が配置されていること。

認知症対策の推進③

認知症外来医療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点(1人につき1回)

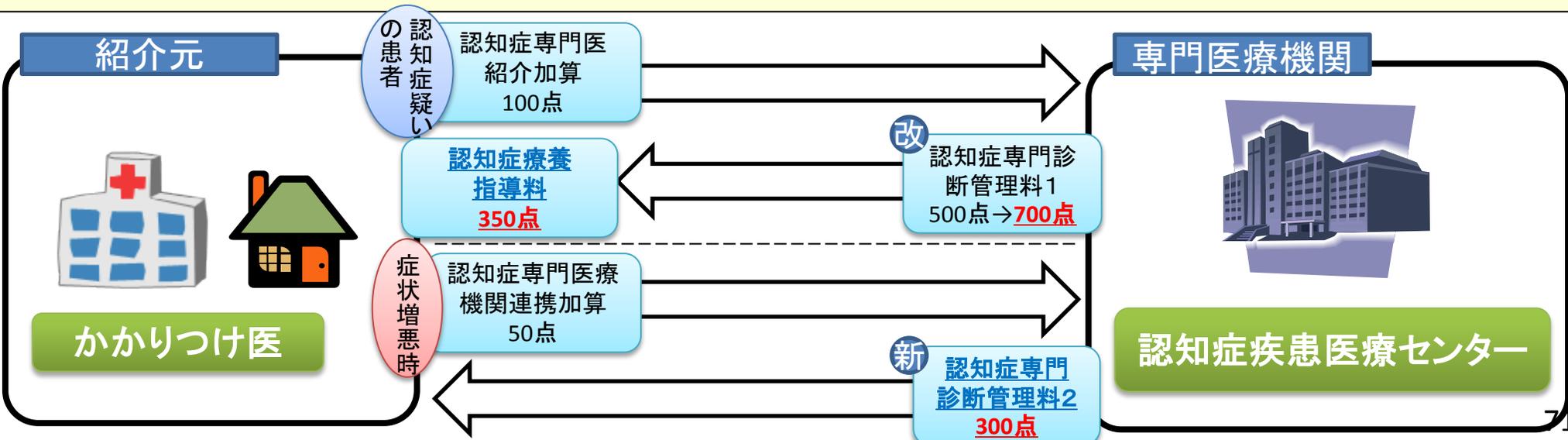


(改)認知症専門診断管理料1
700点(1人につき1回)

(新)認知症専門診断管理料2
300点(3月に1回)

- 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)



認知症対策の推進④

重度認知症患者デイ・ケアの評価

- 重度認知症患者デイ・ケアについて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 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(6時間以上)に加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。
- ② 夜間に日中より手厚い体制で従事者を配置していること。

認知症対策の推進⑤

医療連携の評価

- 療養病床に入院中の患者が、BPSDの増悪等のため専門的な短期集中入院加療が必要となった際に、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行い、状態の落ち着いた後に、紹介元の医療機関が受け入れた場合の連携について評価を行う。

(新) 地域連携認知症集中治療加算 1,500点(退院時)

(新) 地域連携認知症支援加算 1,500点(再転院時)

[算定要件]

療養病床または有床診療所療養病床に入院中の患者であって、認知症症状の急性増悪等により、認知症治療病棟へ転院し、転院日から60日以内に紹介元の医療機関に再転院した場合に算定する。

紹介元



療養病床または
有床診療所療養病床

新

地域連携認知症
支援加算
1500点

新

地域連携認知症
集中治療加算
1500点

紹介先



認知症治療病棟

60日以内
の短期集中
入院加療

感染症対策の推進①

結核病棟入院基本料の評価

- 入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、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い、結核対策の充実を図る。

【現行】

結核病棟入院基本料

【改定後】

7対1入院基本料	1,447点
10対1入院基本料	1,192点
13対1入院基本料	949点
15対1入院基本料	886点
18対1入院基本料	757点
20対1入院基本料	713点



(改)	7対1入院基本料	1,566点
(改)	10対1入院基本料	1,311点
(改)	13対1入院基本料	1,103点
(改)	15対1入院基本料	945点
(改)	18対1入院基本料	809点
(改)	20対1入院基本料	763点

[算定要件]

結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該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。

- 結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、結核病棟入院基本料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550点を算定することとし、適切な結核対策の推進を図る。

感染症対策の推進②

陰圧室の適正な評価

- 二類感染症患者療養環境特別加算(陰圧室加算)について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化し、適切な感染症対策を推進する。

(改) 陰圧室加算 200点

[算定要件]

加算を算定する日にあっては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。

無菌治療室管理加算の見直し

- 無菌治療室について、要件を見直した上で届出を行うこととする。

(改) 無菌治療室管理加算1 3,000点 (1日につき)

(新) 2 2,000点 (1日につき)

無菌治療室加算1(新たな要件のみ)

- ① 個室であること。
- ② 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上であること。
- ③ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

無菌治療室加算2

従前の無菌治療室管理加算と同様

[経過措置]

平成24年3月31日に無菌治療室管理加算を算定することができる無菌治療室で、平成24年4月1日以降に無菌治療室管理加算2の届出を行っている無菌治療室については、平成25年3月31日までの間、無菌治療室加算1を算定できる。

感染症対策の推進③

院内における感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

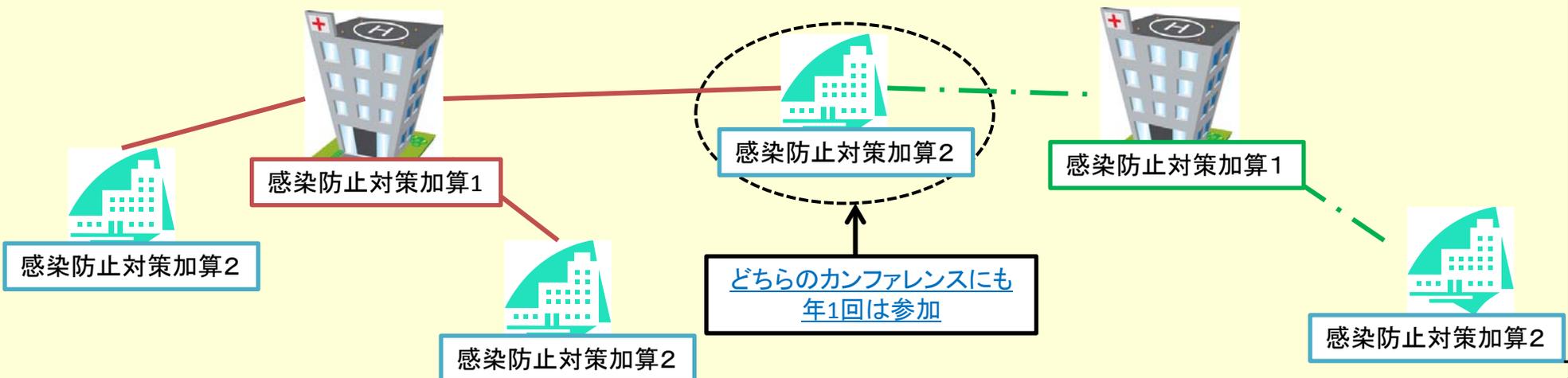
[施設基準]

感染防止対策加算1(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

○ 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と年4回以上合同カンファレンスを開催していること。

感染防止対策加算2

- ① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、研修要件及び専従要件を緩和したチームを作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。
- ② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催するカンファレンスに年4回以上参加すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)



感染症対策の推進④

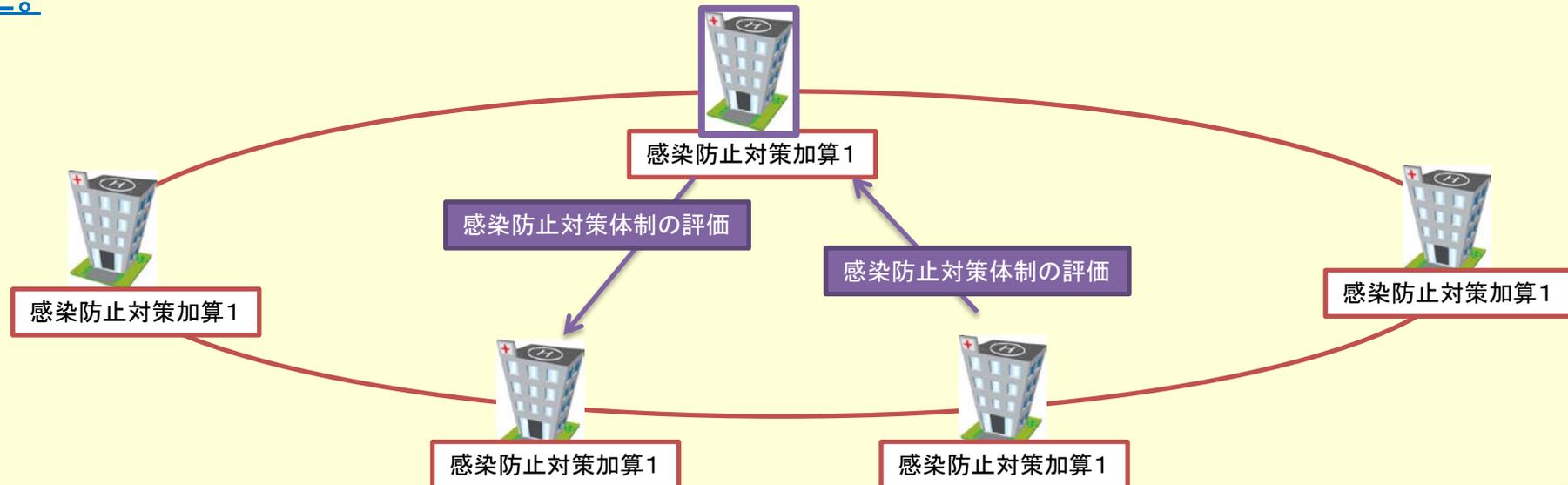
感染防止対策の相互評価について

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴い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し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

[算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。



リハビリテーションの充実①

回復期リハビリテーション病棟の評価

➤ 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点



(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

[施設基準]

	(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (旧1)
看護配置	13対1以上	15対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、 作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、 作業療法士1名以上
在宅復帰率	7割以上	6割以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上
重症患者の退院時日常生活機能評価 *	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上

* 重症患者回復病棟加算の包括化に伴う要件

リハビリテーションの充実②

早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

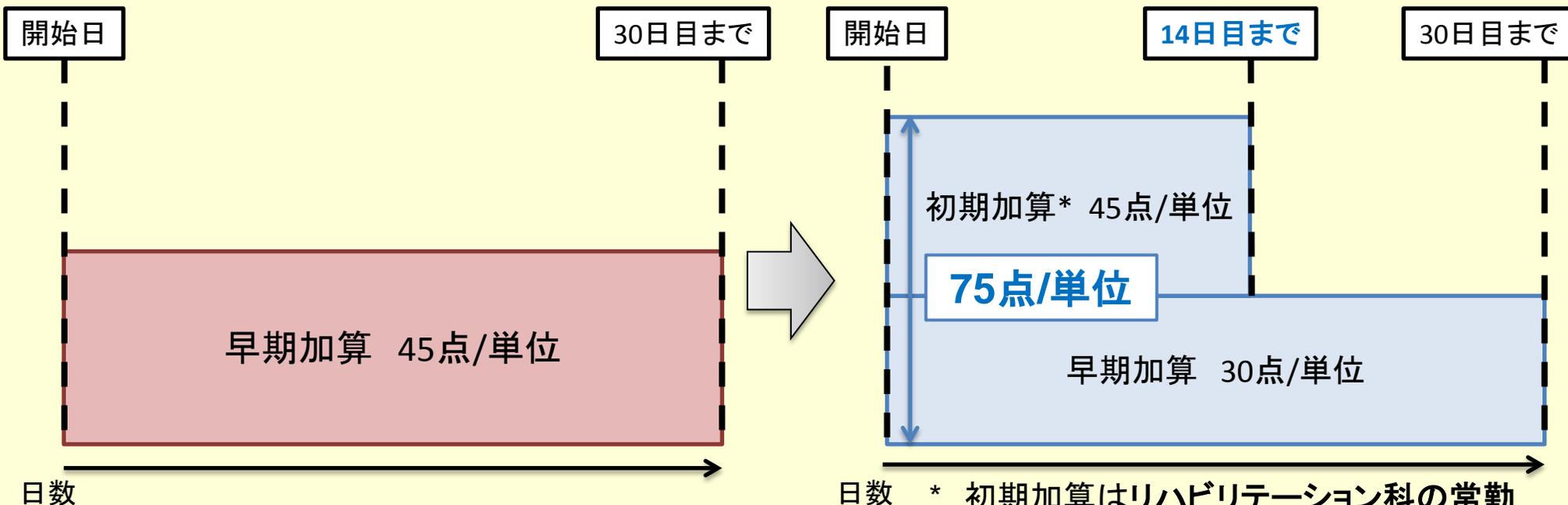
14日以内の期間

(新) ① リハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合	75点
② その他の場合	30点

15日以上30日以内の期間 30点

【現行】

【改定後】



* 初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。

リハビリテーションの充実③

外来リハビリテーションの評価

- ▶ 外来リハビリテーションについて、医師の包括的な診察に関する評価を新設し、状態の安定した患者については、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行うことや、直ちに医師の診察が可能な体制をとること等を要件とした上で、再診料等を算定せずにリハビリテーションを提供できるようにする。

外来リハビリテーション診療料1 69点 (7日につき)

2 104点 (14日につき)

[外来リハビリテーション診療料の算定要件]

- ① 対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、疾患別リハビリテーションを1週間(診療料1の場合)又は2週間(診療料2の場合)に2日以上実施することとしている患者。
 - ② 当該診療料を算定した日から起算して7日間(診療料1の場合)又は14日間(診療料2の場合)は、疾患別リハビリテーションに係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できず、この間は再診料等を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。
 - ③ 疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフがリハビリテーション実施前に患者の状態を十分に観察し記録すること。また、前回と状態の変化があった場合や患者の求めがあった場合等は、必要に応じて医師が診察を行うこと。
 - ④ 医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。
- ▶ 医師が包括的な診察を行わない場合は、外来リハビリテーション診療料を算定せずに、従前の通り再診料等を算定した上で、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。

リハビリテーションの充実④

急性増悪時の訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーションを提供している患者が急性増悪等のため一時的に日常生活動作(以下ADLという。)が低下した場合、ADL改善のため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施できるようにする。

[算定要件] (新たな項目のみ)

急性増悪等のため、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要となった患者については、6月に1回、14日間に限り、1日4単位まで算定できる。

(注：介護保険の訪問リハビリテーションを提供されている患者について、上記の取扱いを行うときは、医療保険からの給付が可能となる)

具体的な内容

1. 医療技術の評価及び再評価

超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)や内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術など128項目の新しい医療技術について保険導入を行う。また、血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)や乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など、150項目について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等の見直しを行う。

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、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指導管理料の新設

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抗体定性(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。

処置における評価体系の見直し等

血漿交換療法の対象疾患の拡大

- 治療成績の向上が示されている疾患を、血漿交換療法の対象疾患に追加

【新たに対象となる疾患】

川崎病、血液型不適合若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植

皮膚レーザー照射療法の評価体系の見直し

- Qスイッチ付レーザー照射療法について、評価体系及び算定回数を見直し

(面積によらず共通)

2, 800点



4cm ² 未満	<u>2, 000点</u>
4cm ² 以上16cm ² 未満	<u>2, 370点</u>
16cm ² 以上64cm ² 未満	<u>2, 900点</u>
64cm ² 以上	<u>3, 950点</u>

- 太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対し、再度当該療法を行う場合は、初回を含め、5回を限度として算定する。(従来は2回を限度)

難治性下痢疾患の患者に対する処置の新設

- 持続的難治性下痢便ドレナージの新設

(新) 持続的難治性下痢便ドレナージ(開始日) 50点

(2日目以降は「ドレーン法 2 その他のもの」(25点)で算定)



病理診断 診断に係る評価体系の見直し

病理診断管理加算の新設

病理診断は、疾病の診断、治療方法の選択や治療効果の判定など、臨床上重要な役割を果たしており、良質かつ適切な医療を提供するために、その質を確保する観点から、病理診断に係る評価体系の見直しを行う。

病理組織標本作製 (1臓器につき)	880点
病理診断料	
1 組織診断料	500点
2 細胞診断料	240点



病理組織標本作製(1臓器につき)	860点
病理診断料	
1 組織診断料	400点
2 細胞診断料	200点
イ 病理診断管理加算1	
(1)組織診断を行った場合	120点
(2)細胞診断を行った場合	60点
ロ 病理診断管理加算2	
(1)組織診断を行った場合	320点
(2)細胞診断を行った場合	160点

[要件]

- ・病理診断を専ら担当する医師(診療所では常勤)が診断を行った場合
- ・年間の剖検数、生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしていることが望ましい。

組織診断料・細胞診断料[算定要件]

- ・病理診断を専ら担当する医師(診療所では常勤)が診断を行った場合

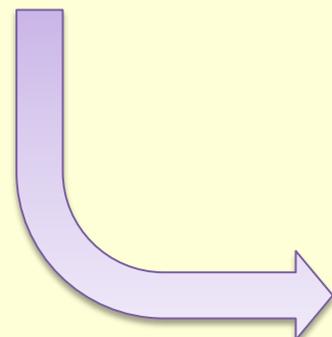
病理診断管理加算1[施設基準]

- ・病理部門を設置している保険医療機関(診療所・病院)
- ・病理診断を専ら担当する常勤医1名 (※)
- ・十分な剖検数・検体数・剖検等の設備や体制があることが望ましい

病理診断管理加算2[施設基準]

- ・病理部門を設置している病院
- ・病理診断を専ら担当する常勤医 2名以上 (※)
- ・十分な剖検数・検体数や剖検等の設備・体制があることが必要
- ・年2回以上のCPC(Clinicopathological Conference)の開催
- ・標本について病理診断を専ら担当する複数の医師がチェックする体制

医療機関の体制について、
病理診断管理加算として評価



(※)病理診断を専ら担当する常勤医は、病理診断を専ら担当した経験を10年以上有するものに限る

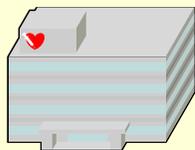
保険医療機関間の連携による病理診断

具体的な評価方法

- 診断や治療方針の決定に重要な病理診断について、保険医療機関間で連携して行った場合の評価を行う。(遠隔画像診断と同様の仕組み)

届出を行った保険医療機関において連携して病理診断を行った場合、標本の送付側の保険医療機関で病理診断料及び病理診断管理加算(文書による報告を受けた場合に限る。)を算定できることとする。

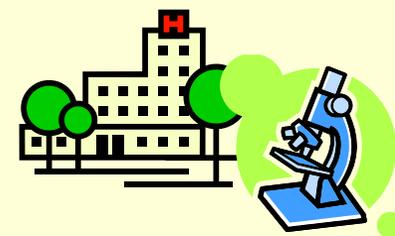
標本の送付側



標本の送付



標本の受取側



[施設要件]

- ・常勤の検査技師1名以上(※)
- (※)5年以上の病理診断業務の経験があり、病理組織標本を作成できる臨床検査技師又は衛生検査技師

病理診断結果の報告

(病理診断を専ら担当する常勤医が診断を行い文書で報告)

[施設要件]

- ・病理診断管理加算を算定していること
- ・以下のいずれかであること
 - 特定機能病院
 - 臨床研修指定病院
 - へき地医療拠点病院
 - へき地中核病院
 - へき地医療支援病院

➡ <算定可能>

- ・病理診断料
- ・病理診断管理加算(標本の受取側の届出による)

注)標本の受取側における診断等の費用は相互の合議に委ねる。

適正な血液製剤の使用に対する評価の充実

輸血管理料の評価体系の見直し

- より適切な血液製剤の使用を推進する観点から、輸血療法を安全かつ適正に実施するための医療機関での体制整備に関する評価体系を見直すとともに、評価を引き上げる。

輸血管理料	
輸血管理料 I	200点
輸血管理料 II	70点



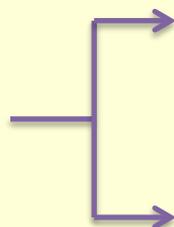
輸血管理料	
輸血管理料 I	220点
輸血管理料 II	110点
輸血適正使用加算(輸血管理料 I の場合)	120点
輸血適正使用加算(輸血管理料 II の場合)	60点

[施設基準] 輸血管理料1

- ・輸血部門に、輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置
- ・輸血部門に専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- ・輸血部門において、輸血用血液製剤の一元管理を実施
- ・輸血用血液検査が常時できる体制を構築
- ・輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催
- ・血液製剤の使用に際し、関係指針を遵守し、適正に使用
- ・血液製剤の使用割合が以下を満たしていること

- ①FFPの使用量をMAPの使用量で除した値が0.5未満
- ②アルブミン製剤の使用量をMAPの使用量で除した値が2未満

体制に関する評価



適正使用に関する評価

[施設基準] 輸血管理料1

- ・輸血部門に、輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置
- ・輸血部門に専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- ・輸血部門において、輸血用血液製剤の一元管理を実施
- ・輸血用血液検査が常時できる体制を構築
- ・輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催
- ・血液製剤の使用に際し、関係指針を遵守し、適正に使用

[施設基準] 輸血適正使用加算

- ・血液製剤の使用割合が以下を満たしていること
- ①FFPの使用量をMAPの使用量で除した値が0.54未満
- ②アルブミン製剤の使用量をMAPの使用量で除した値が2未満

[施設基準] 輸血管理料2

- ・輸血部門に、輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置
- ・輸血部門に専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- ・輸血部門において、輸血用血液製剤の一元管理を実施
- ・血液製剤の使用割合が以下を満たしていること

- ①FFPの使用量をMAPの使用量で除した値が0.25未満
- ②アルブミン製剤の使用量をMAPの使用量で除した値が2未満

体制に関する評価



適正使用に関する評価

[施設基準] 輸血管理料2

- ・輸血部門に、輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置
- ・輸血部門に専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- ・輸血部門において、輸血用血液製剤の一元管理を実施

[施設基準] 輸血適正使用加算

- ・血液製剤の使用割合が以下を満たしていること
- ①FFPの使用量をMAPの使用量で除した値が0.27未満
- ②アルブミン製剤の使用量をMAPの使用量で除した値が2未満

血液製剤等の調製に係る技術の評価

無菌製剤処理加算

➤ 揮発性の高い薬剤の取扱いに対する評価

抗悪性腫瘍剤の中には、発がん性を有する可能性があるものが存在することが指摘されている。

特に揮発性の高い薬剤を取り扱う際には、一般の注射剤調製とは異なり、調製者の被爆防止、環境汚染防止のため安全管理と高い技術が要求されるため、評価を行う。

(新) 無菌製剤処理料 1

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合

(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点

[算定できる成分]

イホスファミド、シクロフォスファミド、ベンダムスチン塩酸塩



血小板洗浄術の評価

➤ 副作用の出現を押さえるため、血小板製剤を洗浄する技術を新たに評価

(新) 血小板洗浄術 580点

[算定要件]

血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として洗浄操作した場合関係学会の定めるガイドラインを遵守

血小板輸血の3-5% (頻回輸血患者の30%) で、血小板濃厚液に含まれる血漿に起因した蕁麻疹などのアレルギー反応や発熱が起こり、アナフィラキシー・ショックで死亡することもある。

当該技術により原因となる血漿を除去することで、アレルギー反応等の急性副作用を90%以上予防できること (残りも症状の軽減が達成できる) が複数の検討で明らかにされている。

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

- 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し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、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、体制の整備を実施していること。

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由
- ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合

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こととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について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。
- 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。

入院基本料等加算の簡素化①

栄養管理実施加算の簡素化

- 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準] (新たに追加された栄養管理に関する項目)

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた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。
- ⑦ 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑧ 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来の入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、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日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

入院基本料等加算の簡素化②

栄養管理体制の確保方法①

1. 栄養管理実施加算を算定している場合

<従前の取扱いと変更がない部分>

- ① 常勤管理栄養士の確保。
- ② 栄養管理手順の作成。
- ③ 栄養管理計画を作成した患者について、栄養状態の定期的な評価や記録、計画の見直し等を行う。

<従前の取扱いと変更になる部分>

- ① 入院患者の入院診療計画書に、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。

●入院診療計画書の例(電子カルテ等、様式の変更が間に合わない場合は「その他」欄に記載してもよい)

推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他 ・看護計画	

- ② 栄養管理計画は、入院診療計画書で必要と認めた患者について作成する。
- ③ 離職等のため、管理栄養士がいなくなった場合は、当該月を含めて3か月間は従来の入院料を算定することができる。(それ以降は、特別入院基本料及び短期滞在手術料1のみ算定可能)
- ④ 有床診療所については、非常勤の管理栄養士でもよい。

入院基本料等加算の簡素化③

栄養管理体制の確保方法②

2. 栄養管理実施加算を算定していない場合

<新たに必要となる項目>

- ① 常勤の管理栄養士の確保(有床診療所では、非常勤でもよい)
ただし、別に届出を行うことで、平成26年3月31日まで猶予される。
- ② 栄養管理手順の作成。
- ③ 入院患者の入院診療計画書に、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。

●入院診療計画書の例(電子カルテ等、様式の変更が間に合わない場合は「その他」欄に記載してもよい)

推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その ・ 看護計画 その他	

- ④ 入院診療計画書で特別な栄養管理の必要性がある患者について、栄養管理計画を作成する。
- ⑤ 栄養管理計画を作成した患者について、栄養状態の定期的な評価や記録、計画の見直し等を行う。

入院基本料等加算の簡素化④

褥瘡患者管理加算の簡素化

	(旧)入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	(新)入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要)	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	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要) + 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
人員要件	褥瘡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の設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	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の設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下 など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	褥瘡患者管理加算の様式を使用
体制		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。	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。
その他			褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。
主な変更点			○看護師要件「褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験」→「褥瘡看護に関して臨床経験」に緩和 ○様式を褥瘡対策に関する診療計画書(従前の褥瘡患者管理加算の様式)に統一 ○褥瘡対策委員会の定期的な開催が望ましい ○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の整備を追加

入院基本料に包括

7対1入院基本料の適正化等について

算定要件の見直し

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、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を行う。

7対1入院基本料

【現行】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	➔	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	➔	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ		特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[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7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、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。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

急性期の入院医療の評価

看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価

- 10対1入院基本料届出病棟において看護必要度基準を満たしている患者※が多く入院している病棟の入院患者に対する加算を新設する。

(新) 看護必要度加算1 30点(1日につき)

(新) 看護必要度加算2 15点(1日につき)

※看護必要度基準を満たしている患者
看護必要度A項目2点以上かつB項目3点以上
合計5点以上の患者

[施設基準]

- ① 10対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)を算定していること。
- ② 看護必要度評価加算1 看護必要度の高い患者※を1割5分以上入院させている病棟であること。
- ③ 看護必要度評価加算2 看護必要度の高い患者※を1割以上入院させている病棟であること。

13対1入院基本料届出医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(13対1入院基本料)の届出医療機関における患者の重症度・看護必要度の継続的な測定及び評価を評価する。

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

7対1入院基本料の適正化の経過措置のイメージ

改
定
前

患者50人に対して
看護補助者が1人配置

看護補助者
配置

50対1
(120点)

75対1
(80点)

看護職員
配置

7対1
(1555点)

新7対1の基準を満たした医療機関

新7対1の基準は満たせないが、
新7対1の点数を算定する
医療機関

新7対1の基準を満たせず、
10対1を算定する医療機関

改
定
後

夜間の看護
補助者の配置

新

50対1 100対1

看護補助者
配置

25対1
(160点)

50対1
(120点)

75対1
(80点)

経過措置の7対1届出医療機関は25
対1急性期看護補助体制加算が算定
できない。

50対1
(120点)

75対1
(80点)

新

50対1 100対1

25対1
(160点)

50対1
(120点)

75対1
(80点)

10対1届出医療機関は25対1急性期
看護補助体制加算が算定できる。

看護職員
配置

新7対1
(1566点)

7対1
(経過措置)
(1566点)

看護必要度基準を満
たす患者が7対1と同
等(多い)10対1届出医
療機関は看護必要度
加算が算定できる。

10対1
(1311点)

看護必要度
加算1(30点)

看護必要度
加算2(15点)

効率化の余地のある入院についての適正な評価①

土曜日・日曜日の入院基本料について

- 金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数が他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が高い医療機関について、土曜日、日曜日に算定された一部の入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関] (①と②両方を満たす医療機関)

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定する医療機関。
- ② 入院全体のうち金曜日に入院する者の割合(A割)と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合(B割)の合計(A+B)が6か月連続して、4割を超える医療機関。

[減額の対象となる入院基本料]

- ① 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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、金曜日に入院した者の入院直後の土曜日、日曜日及び月曜日に退院した者の退院直前の土曜日、日曜日に算定されたもの。



- ② 対象日に手術や1,000点以上の処置を伴わない場合に限る。

[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②

退院日の入院基本料について

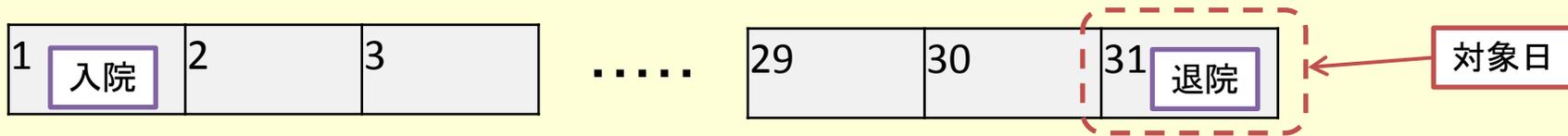
- 正午までに退院した患者の割合が9割を超える医療機関について、30日以上入院している患者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された一部の入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関] (①と②両方を満たす医療機関)

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定する医療機関。
- ② 退院患者全体のうち正午までに退院する患者の割合が 6か月連続して、9割を超える医療機関。

[対象とする入院基本料] (①と②と③のすべてを満たす場合)

- ① 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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、30日以上入院している患者で退院日に算定されたもの。



- ② 入院中に退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算が算定されていない場合。
- ③ 対象日に手術や1,000点以上の処置を伴わない場合。

[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。

亜急性期入院医療管理料

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中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。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。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること。
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ④ 在宅復帰率6割以上であること。

DPCフォーマットデータ提出の評価について

DPCフォーマットデータ提出の評価

- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、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行う。

(新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)

(200床以上) 100点、(200床未満) 150点(退院時一回)

(新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)

(200床以上) 110点、(200床未満) 160点(退院時一回)

※ DPC対象病院のデータ提出に係る評価(機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む)については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理

[施設基準]

- (1) 7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。
- (4) 「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。

[算定基準]

- データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。 等

新たにデータ提出を始める病院のスケジュール(イメージ)

10月からは、DPC対象病院等と同じタイミングで3か月毎に提出(※3)。

10月1日より

⑧データ提出加算算定可

少なくとも2か月分

①データ作成開始前に医療課長に届出(※1)

②6,7月分(試行データ)を作成

③ソフトウェアによる自己チェック(※2)

⑦通知された区分を厚生局に届出

⑨10~12月分を作成 → 1月提出

病院

④試行データを提出(8月)

⑥通知

内容が適切であれば算定区分を通知

⑤判定

厚生労働省(調査事務局)

7月

8月

9月

10月

11月

12月

※1 4/20までに厚生局を經由して届出(施設の状態により若干時期が異なる)

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施(必須)。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省(調査事務局)にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

慢性期入院医療の適切な評価①

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟（13対1、15対1病棟に限る）における長期療養患者の評価体系（特定除外制度）の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

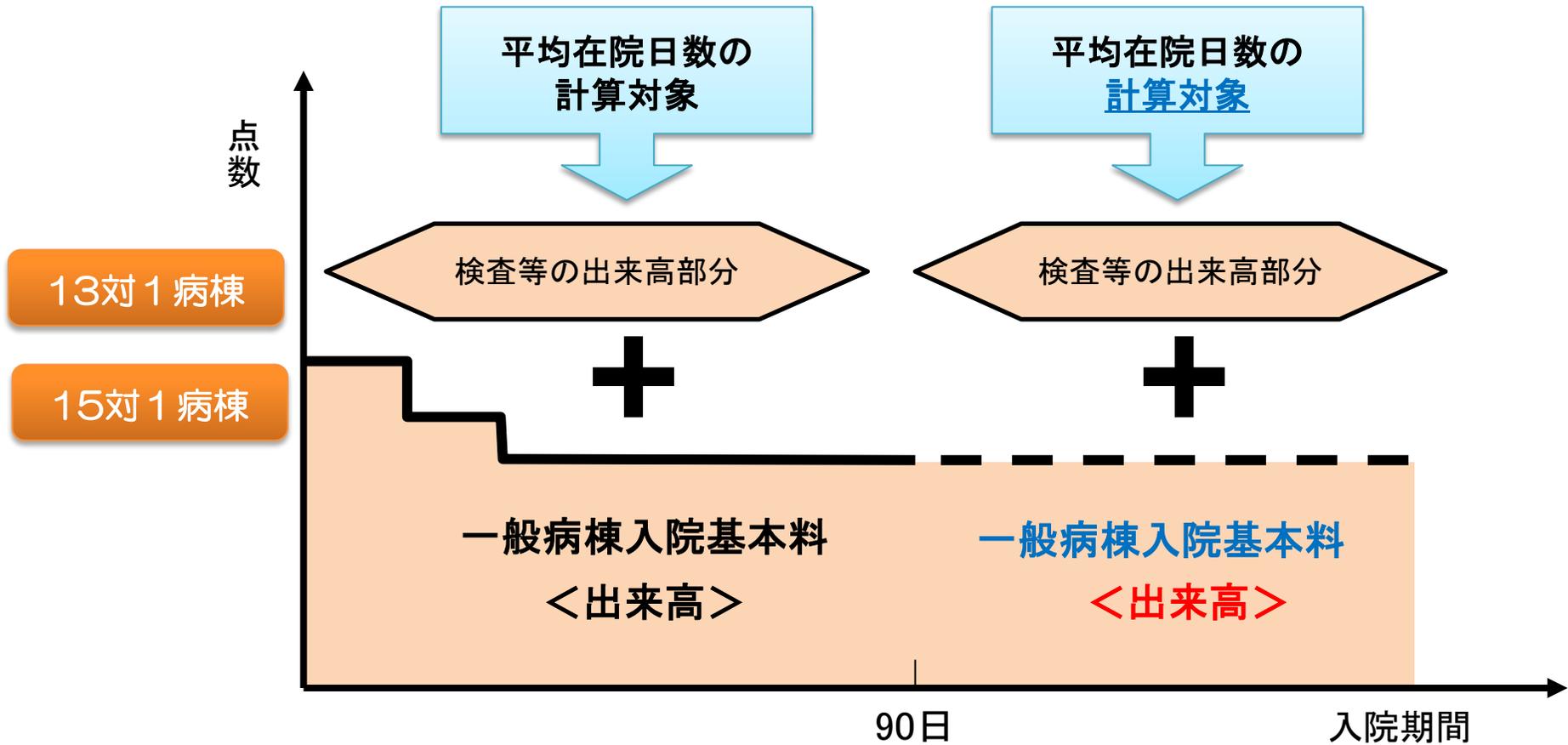
- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料（出来高）の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分・ADL区分を用いた包括評価）とし、平均在院日数の計算対象外する。

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。

なお、②の場合には、地方厚生（支）局に届出を行うこと。

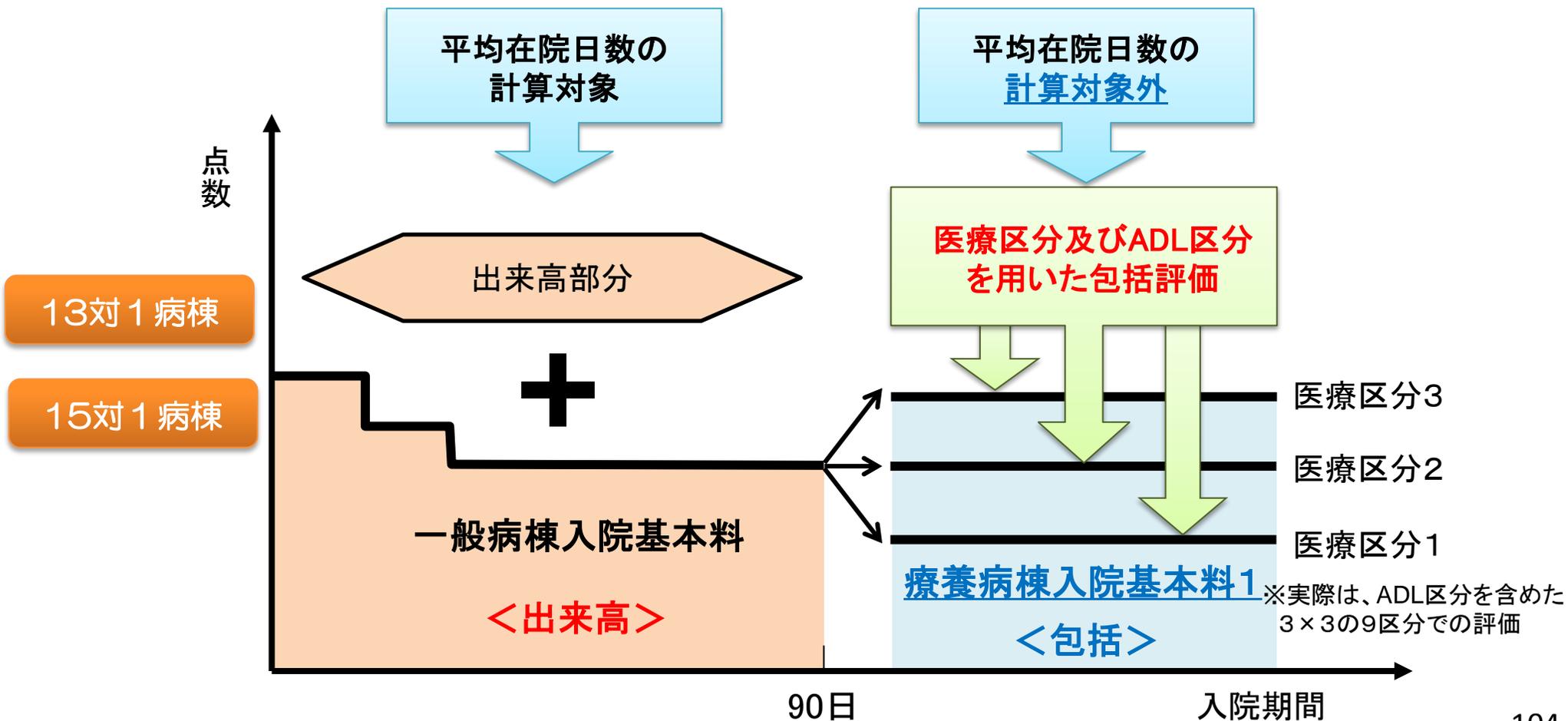
パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。

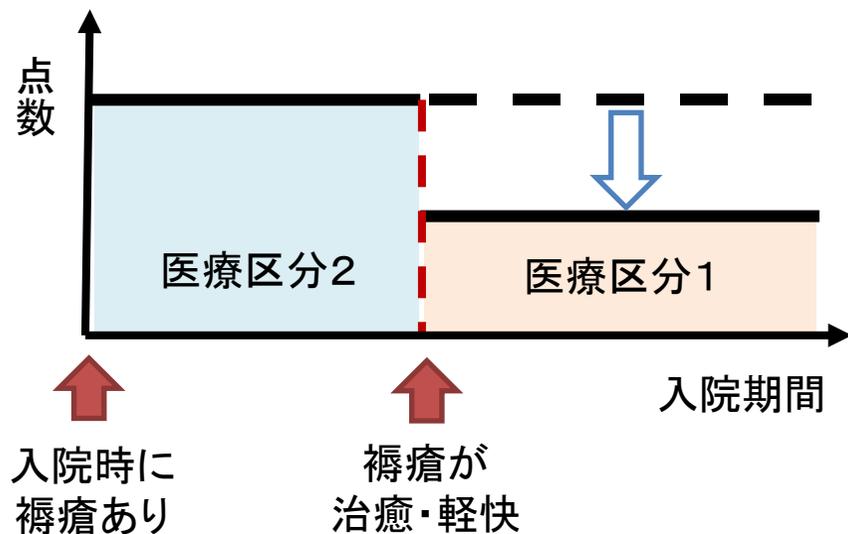


慢性期入院医療の適切な評価②

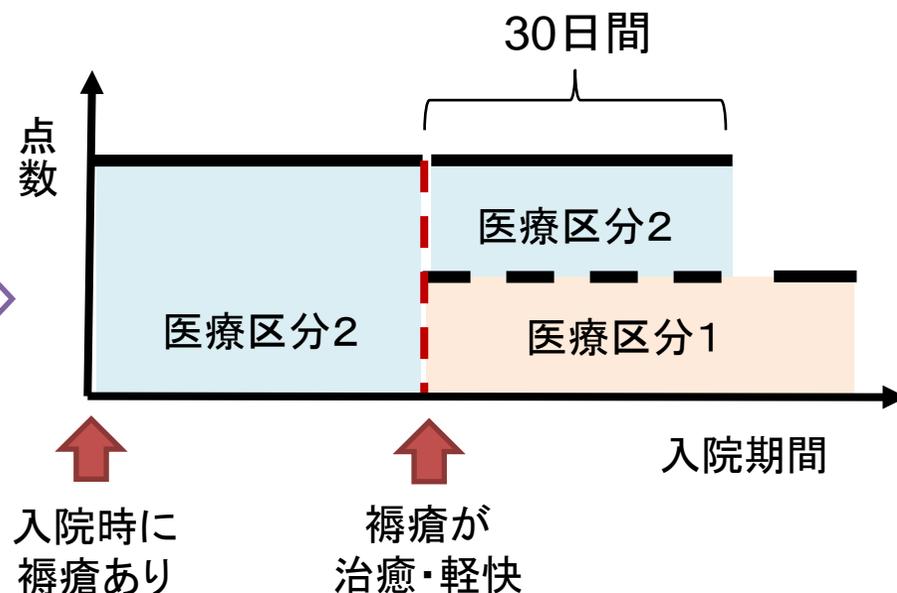
療養病棟における褥瘡の治療に係る評価

- 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後も30日間は医療区分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を患者等に説明することを要件化する。

【現行】



【改定後】



慢性期入院医療の適切な評価③

療養環境の適正な評価

- 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することとする。

【病院】

療養病棟療養環境加算1	132点	} 医療法の原則を満たす
療養病棟療養環境加算2	115点	

(新) 療養病棟療養環境改善加算1	80点	} 医療法の経過措置を満たす
(新) 療養病棟療養環境改善加算2	20点	

[施設基準]療養環境の改善に資する計画を策定して報告すること。

【診療所】

診療所療養病床療養環境加算 100点 → 医療法の原則を満たす

(新) 診療所療養病床療養環境改善加算 35点 → 医療法の経過措置を満たす
[施設基準]療養環境の改善に資する計画を策定して報告すること。

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

[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。

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、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

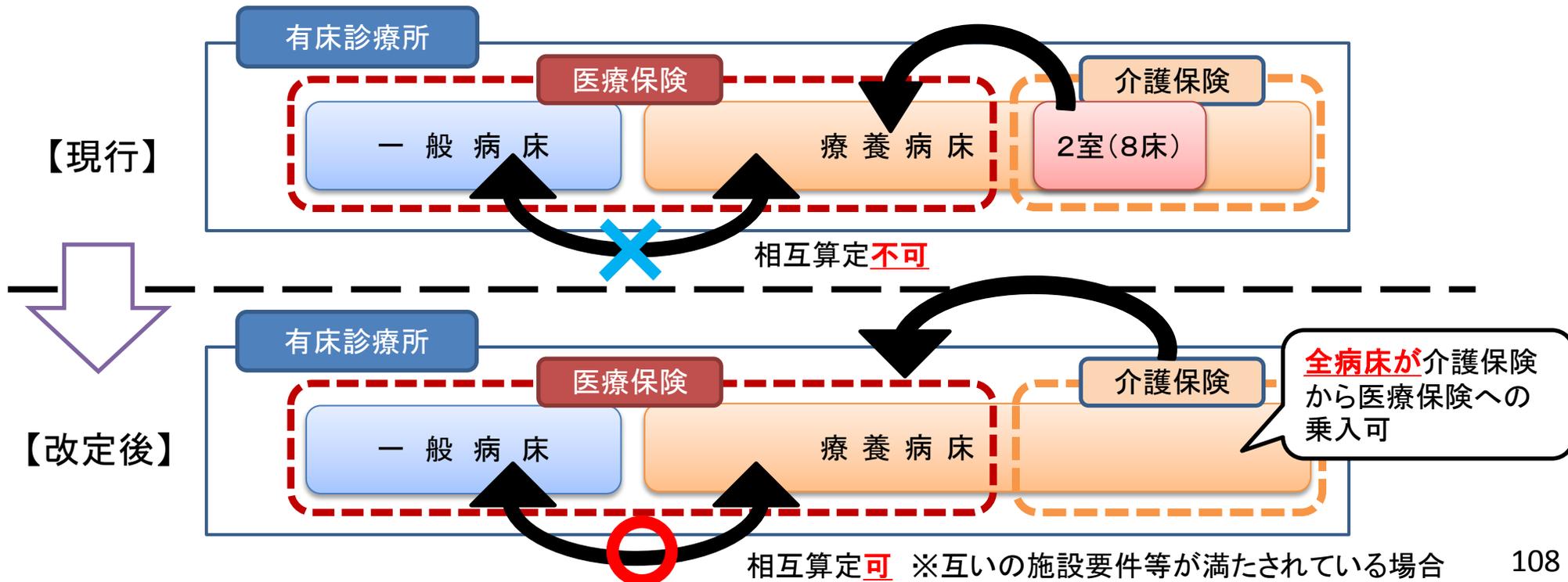
(新) 看取り加算
在宅療養支援診療所の場合 2,000点
その他の場合 1,000点

[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②

有床診療所の柔軟な病床運用

- 一般病床、療養病床で区別されている入院基本料を、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、全介護療養病床について算定可能とする。



後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進①

医療機関で後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

- 医療機関でも後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。

後発医薬品使用体制加算 30点（採用品目割合：20%）

- 後発医薬品使用体制加算1 35点（採用品目割合：30%以上）
- 後発医薬品使用体制加算2 28点（採用品目割合：20%以上）

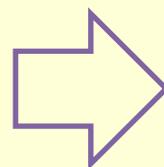
一般名処方の推進

- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品のある医薬品について、一般名処方を行った場合の加算を新設する。

（新） 一般名処方加算 2点（処方せん交付1回）

銘柄名処方（現行）

原則、当該銘柄を用いて調剤



一般名処方（改定後）

有効成分が同一であれば、
どの後発医薬品も調剤可能

[算定要件]

後発品のある医薬品について、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（一般名処方）により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。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進②

諸外国の例にならい、処方せん様式を変更※して、医師から処方された医薬品ごとにジェネリック医薬品への変更の可否を明示するようにする。

※ この欄を追加

ここに変更不可の印（「レ」印など）が無い場合は、保険薬局でジェネリック医薬品へ変更することができる。

ここに変更不可の印（「レ」印など）がある場合は、ジェネリック医薬品へ変更することができない。

(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	
氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日 明大昭平	年月日	電話番号	
男・女		保険医氏名	(印)
区分	被保険者	被扶養者	
	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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。		
レ	テノーミン錠50mg	1錠	
	ノルバスクOD錠5mg	1錠	
	1日1回 朝食後	7日分	
	【般】ファモチジン錠20mg	2錠	
	1日2回朝食後・就寝前	7日分	
保険医署名	「変更不可」欄に「√」又は「×」の場合は、署名又は記名・押印すること。		
医師署名等			
備考	一般名処方の場合、保険薬局でジェネリック医薬品又は先発医薬品を選択可		
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。
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。

様式第二号 (第二十三条関係)

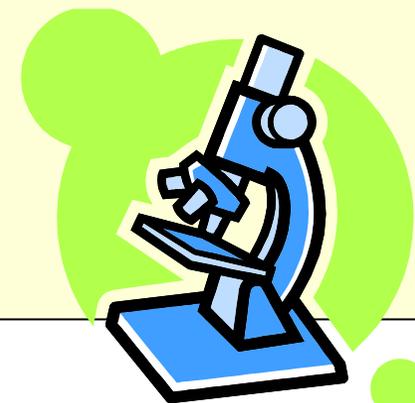
効率化の余地がある領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化

- 衛生検査所検査料金調査における実勢価格に基づいた、実施料の見直し。
検体検査約650項目のうち、HbA1cなど約70項目を見直し。

例)

HbA1c	50点	49点
D-Dダイマー定性	140点	137点
リポ蛋白分画	50点	49点
血液化学検査5~7項目	95点	93点



コンタクトレンズに係る診療の適正評価

- 個別の検査が必要な場合の取扱い

コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、

「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割5分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、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。

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

具体的な対応

- 使用する医療機器の価格や検査に要する時間等に基づき、検査及び処置の評価を見直す。

量的視野検査(片側) 2 静的量的視野検査	300点
調節検査	74点
角膜形状解析検査	110点
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	300点
他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 2 チンパノメトリー	350点
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)	350点



<u>290点</u>
<u>70点</u>
<u>105点</u>
<u>290点</u>
<u>340点</u>
<u>340点</u>

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
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	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点



コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
ロ 16列以上64列未満 のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満 のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点



磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	950点

[施設基準]64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。またCT撮影に係る部門又はMRI撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務していること。

※放射線科を標榜している病院であることや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など4項目が要件

医療機器の保守管理に関する評価

- 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置や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。

相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

ビタミン剤の取扱いについて

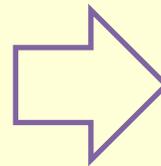
ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤については、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定できないこととなっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまる。

よって、全てのビタミン製剤について「単なる栄養補給の目的」での投与は算定不可とする。

【現行】

「単なる栄養補給目的」での投与
(現行)

ビタミンB群製剤	不可
ビタミンC製剤	不可



【改定後】

「単なる栄養補給目的」での投与
(改定後)

<u>全てのビタミン製剤</u>	不可
------------------	----

人工腎臓の適正な評価

新たな技術の評価及び評価の見直し

- ▶ 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になりつつある新しい治療法（いわゆるオンライン血液透析濾過）の評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

（新）慢性維持透析濾過（複雑なもの※） 2,255点（1日につき）

※血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。

[算定要件]

- 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。
 - 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。
- ▶ オンライン血液透析濾過で使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点



人工腎臓(1日につき)	
1 透析水質確保加算1	8点
2 透析水質確保加算2	20点

- [施設基準]
- ① 月1回以上水質検査を実施し、関係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成し、使用していること。
 - 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。

- ▶ 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

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	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点



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	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

検体検査の評価の充実

検体検査実施料の見直し

➤ 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、実施料の引き上げ等を行う。

1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う

細菌培養同定検査(血液又は穿刺液)	150点
染色体検査	2,600点
WT1mRNA	2,000点



<u>190点</u>
<u>2,730点</u>
<u>2,520点</u>

2. 算定要件の見直し

α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)とPIVKA-II(半定量・定量)	同月内に併せて実施した場合にも算定可
悪性腫瘍遺伝子検査 EGFR遺伝子検査	肺癌において、2次的遺伝子変異等が疑われ、 <u>再度治療法を選択する必要がある場合</u> にも算定可
抗シトルリン化ペプチド抗体(定性・定量)	関節リウマチに対する <u>治療薬の選択のため</u> に行う場合においても算定可

3. 検査方法に応じた評価

末梢血液像

(方法によらず共通)

18点



末梢血液像(自動機械法)

15点

末梢血液像(鏡検法)

25点

改定に伴う施設基準の届出の要否について

平成24年3月5日現在

第1 施設基準創設により算定するに当たり届出が必要なもの

新たに施設基準が創設されたことにより、平成24年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【基本診療料】

- 1 時間外対応加算1
- 2 時間外対応加算3
- 3 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1（10対1入院基本料に限る。）
- 4 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算2（10対1入院基本料に限る。）
- 5 一般病棟入院基本料の注7に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対1入院基本料に限る。）
- 6 一般病棟入院基本料の注13に掲げる療養病棟入院基本料1（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）（平成24年10月1日以降に限る。）
- 7 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算1（一般病棟の10対1入院基本料に限る。）
- 8 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算2（一般病棟の10対1入院基本料に限る。）
- 9 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1（10対1入院基本料に限る。）
- 10 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算2（10対1入院基本料に限る。）
- 11 専門病院入院基本料の注4に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対1入院基本料に限る。）
- 12 有床診療所入院基本料の注7に掲げる看取り加算
- 13 有床診療所入院基本料の注9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料
- 14 有床診療所療養病床入院基本料の注7に掲げる看取り加算
- 15 有床診療所療養病床入院基本料の注9に掲げる有床診療所入院基本料
- 16 医師事務作業補助体制加算（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する保険医療機関に限る。）
- 17 医師事務作業補助体制加算（30対1補助体制加算）
- 18 医師事務作業補助体制加算（40対1補助体制加算）
- 19 急性期看護補助体制加算（25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上））
- 20 急性期看護補助体制加算（25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満））
- 21 急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間50対1急性期看護補助体制加算
- 22 急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間100対1急性期看護補助体制加算
- 23 急性期看護補助体制加算の注3に掲げる看護職員夜間配置加算
- 24 看護補助加算1（13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）
- 25 療養病棟療養環境改善加算1
- 26 療養病棟療養環境改善加算2
- 27 診療所療養病床療養環境改善加算
- 28 無菌治療室管理加算1
- 29 無菌治療室管理加算2
- 30 緩和ケア診療加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 31 有床診療所緩和ケア診療加算
- 32 精神科リエゾンチーム加算
- 33 栄養サポートチーム加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 34 感染防止対策加算1
- 35 感染防止対策加算2
- 36 感染防止対策加算の注2に掲げる感染防止対策地域連携加算
- 37 患者サポート体制充実加算
- 38 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
- 39 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- 40 病棟薬剤業務実施加算
- 41 データ提出加算1
- 42 データ提出加算2

- 43 小児特定集中治療室管理料
- 44 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
- 45 亜急性期入院医療管理料の注 2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 46 児童・思春期精神科入院医療管理料
- 47 精神療養病棟入院料の注 4 に掲げる重症者加算 1（平成 25 年 3 月 31 日以降に限る。）
- 48 精神療養病棟入院料の注 5 に掲げる退院調整加算
- 49 認知症治療病棟入院料注 3 に掲げる認知症夜間対応加算
- 50 特定一般病棟入院料 1
- 51 特定一般病棟入院料 2
- 52 特定一般病棟入院料の注 7 に掲げる加算
- 53 特定一般病棟入院料の注 12 に掲げる療養病棟入院基本料 1

【特掲診療料】

- 1 外来緩和ケア管理料
- 2 移植後患者指導管理料
- 3 糖尿病透析予防指導管理料
- 4 院内トリアージ実施料
- 5 夜間休日救急搬送医学管理料
- 6 外来リハビリテーション診療料
- 7 外来放射線照射診療料
- 8 別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所
- 9 別添 1 の「第 9」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援診療所
- 10 がん治療連携管理料
- 11 別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援病院
- 12 別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院
- 13 在宅訪問看護・指導料（注 2 に係るものに限る。）
- 14 同一建物居住者訪問看護・指導料（注 2 に係るものに限る。）
- 15 時間内歩行試験
- 16 ヘッドアップティルト試験
- 17 ロービジョン検査判断料
- 18 CT 透視下気管支鏡検査加算
- 19 歯科画像診断管理加算 2
- 20 大腸 CT 撮影加算
- 21 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の初期加算
- 22 認知療法・認知行動療法
- 23 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）
- 24 透析液水質確保加算 2
- 25 腫瘍脊椎骨全摘術
- 26 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）
- 27 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
- 28 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
- 29 経皮的冠動脈形成術（特殊高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）（エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるものに限る。）
- 30 経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）
- 31 植込型補助人工心臓（非拍動流型）
- 32 腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術
- 33 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
- 34 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
- 35 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
- 36 人工尿道括約筋植込・置換術
- 37 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- 38 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6 に掲げる手術（胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術に限る。）

- 39 輸血適正使用加算
- 40 自己生体組織接着剤作成術
- 41 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 42 内視鏡手術用支援機器加算
- 43 広範囲顎骨支持型装置埋入手術
- 44 体外照射呼吸性移動対策加算
- 45 定位放射線治療呼吸移動対策加算
- 46 保険医療機関間の連携による病理診断
- 47 病理診断管理加算 1
- 48 病理診断管理加算 2
- 49 在宅患者調剤加算

第 2 届出直しが必要となるもの

施設基準の改正により、平成 24 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び、平成 24 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【基本診療料】

- 1 入院基本料及び特定入院料（様式 5）（平成 24 年 3 月 31 日において、褥瘡患者管理加算の届出を行っていない保険医療機関及び、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって栄養管理体制の基準を満たしているものに限る。）
- 2 入院基本料及び特定入院料（様式 5 の 2）（平成 24 年 3 月 31 日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、栄養管理体制の経過措置に該当する保険医療機関に限る。）
- 3 一般病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料）
- 4 一般病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料（経過措置））
- 5 一般病棟入院基本料（平成 24 年 7 月 1 日以降、10 対 1 入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）
- 6 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7 対 1 入院基本料）
- 7 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7 対 1 入院基本料（経過措置））
- 8 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（平成 24 年 7 月 1 日以降、10 対 1 入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）
- 9 専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料）
- 10 専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料（経過措置））
- 11 専門病院入院基本料（平成 24 年 7 月 1 日以降、10 対 1 入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）
- 12 新生児特定集中治療室退院調整加算
- 13 後発医薬品使用体制加算 1
- 14 救命救急入院料 1（平成 25 年 4 月 1 日以降、救命救急入院料 1 を引き続き算定する場合に限る。）
- 15 救命救急入院料 3（平成 25 年 4 月 1 日以降、救命救急入院料 3 を引き続き算定する場合に限る。）
- 16 総合周産期特定集中治療室管理料
- 17 回復期リハビリテーション病棟入院料 2（重症患者回復病棟加算の届出を行っていない場合に限る。）
- 18 亜急性期入院医療管理料
- 19 認知症治療病棟入院料注 2 に掲げる退院調整加算

【特掲診療料】

- 1 CT 撮影及び MRI 撮影
- 2 後発医薬品調剤体制加算 1、2 及び 3
- 3 基準調剤加算

第3 名称が変更されたが、届出直しは必要でないもの

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成24年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

【基本診療料】

1	地域医療貢献加算	→	時間外対応加算2
2	障害者歯科医療連携加算	→	歯科診療特別対応連携加算
3	慢性期病棟等退院調整加算1	→	退院調整加算
4	慢性期病棟等退院調整加算2	→	退院調整加算
5	急性期病棟等退院調整加算	→	退院調整加算
6	後発医薬品使用体制加算	→	後発医薬品使用体制加算2
7	回復期リハビリテーション病棟入院料1 (重症患者回復病棟加算の届出を行っている場合に限る。)	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2
8	回復期リハビリテーション病棟入院料2	→	回復期リハビリテーション病棟入院料3

【特掲診療料】

1	在宅療養支援診療所	→	別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所
2	在宅療養支援病院	→	別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院
3	在宅末期医療総合診療料	→	在宅がん医療総合診療料
4	血液細胞核酸増幅同定検査	→	造血器腫瘍遺伝子検査
5	HPV核酸同定検査	→	HPV核酸検出
6	埋込型心電図検査	→	植込型心電図検査
7	神経磁気診断	→	脳磁図
8	画像診断管理加算(歯科診療に係るものに限る。)	→	歯科画像診断管理加算1
9	透析液水質確保加算	→	透析液水質確保加算1
10	人工内耳埋込術	→	人工内耳植込術
11	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	→	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに限る。)
12	埋込型心電図記録計移植術	→	植込型心電図記録計移植術
13	埋込型心電図記録計摘出術	→	植込型心電図記録計摘出術
14	埋込型除細動器移植術	→	植込型除細動器移植術
15	埋込型除細動器交換術	→	植込型除細動器交換術
16	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
17	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
18	埋込型補助人工心臓	→	植込型補助人工心臓(拍動流型)

1 円滑な届出の受付に関するお願い

(1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0005 福井市大手2-7-15 明治安田生命福井ビル2F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0056 大津市末広町1-1 日本生命大津ビル4F	077-526-8114	077-526-8116
京都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町691 りそな京都ビル5F	075-256-8681	075-256-8684
大阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪市中央区農人橋1-1-22 大江ビル8F	06-4791-7316	06-4791-7355
兵庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒650-0023 神戸市中央区栄町通1-2-7 大同生命神戸ビル8F	078-325-8925	078-325-8928
奈良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市三木町台所町7 三井住友海上和歌山ビル4F	073-421-8311	073-421-8315

(2) 施設基準等の届出方法

- 施設基準等の届出については「郵送」でお願いします。
- 4月1日から算定を行うためには、「4月16日(月)必着」までに届出が必要となりますのでご注意ください。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。
- FAXでの届出書及び添付書類の提出は認められません。
- 添付資料については、特に求めがない場合、通知や届出様式で定めているもののみの添付でかまいません。
- 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)
 - 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>
 - 近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>
- 届出書の提出前にもう一度施設基準通知等を確認し、内容に漏れや誤りがないか十分確認をしてください。(※下記のチェックリストを活用してご確認ください。)

★チェックリスト★

- 「届出書」を添付していますか。
※「届出書」…基本診療料：別添7(4枚組)、特掲診療料：別添2(7枚組)
「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに添付が必要です。
- 「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。
- 「届出書」に開設者印を押印していますか。
- 施設基準通知等に記載されている必要な「添付書類」が添付されていますか。
- 「届出書」及び「添付書類」を正副2通セットしていますか。

2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

- 診療報酬改定内容に関するご質問は、所定の疑義照会票(※近畿厚生局ホームページに掲載)に必要事項をご記入の上、「郵便又はFAX」にて各事務所へお送りください。
※ FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。
※ 電話による照会は、できる限り控えて頂くようご協力願います。
- 回答は、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。
- 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

3 その他の周知事項

(1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険医療機関・保険薬局の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 従事者等を含め、届出した内容に変更が生じたときは速やかに届出してください。
- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きを行ってください。なお、辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。
(記載例)
 - ・運動器リハビリテーション料：〇月〇日付で専従の理学療法士が退職したため。
 - ・後発医薬品調剤体制加算：平成〇年〇月～平成〇年〇月分の実績が22%を下回り、要件を満たさなくなったため。
- ④ 施設基準の届出を行った保険医療機関等は、**毎年7月1日現在**で届出書の記載事項について報告しなければなりません。(詳しくは、7月上旬の近畿厚生局ホームページでお知らせします。)
- ⑤ 前年の実績等、報告が必要となる施設基準については、告示・通知を確認のうえ、適宜、報告書を提出してください。

(2) 酸素の購入価格に関する届出について

酸素を使用して診療する保険医療機関は、平成24年4月1日以降の診療報酬の請求に用いる酸素の単価等、必要な事項を届出する必要があります。未提出の場合は速やかに提出してください。(詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。)

(3) 手術件数等の院内掲示について

- ① 手術の施設基準で、昨年1年間の実施件数の掲示が要件とされているものについて、昨年1年間の件数が0件であっても、「**0件**」として掲示しなければなりません。
- ② その他の院内掲示が施設基準の要件として求められているものについては、告示、通知を確認の上、保険医療機関等内の見やすい場所に掲示してください。

(4) 入院診療計画の作成上の留意点について

- ① 医師、看護師等の関係職種が共同して総合的な診療計画を策定する必要があります。
- ② 記載項目については、通知に定められた項目(病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等)を網羅しなければなりません。
- ③ 記載する内容については、画一的なものにならないよう、個々の患者ごとに具体的でわかりやすい表現としてください。

(5) 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

- ① 療養の給付と直接関係ないサービスにより費用徴収を行う場合は、そのサービスの内容、料金を施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
- ② 患者から費用徴収を行う場合は、患者に対して、費用徴収を行うサービスの内容、料金等について、明確かつ懇切に説明し、同意を確認しなければなりません。
- ③ 同意の確認は、費用徴収を行うサービスの内容・料金を明示した文書に、患者の署名を受けることにより行う必要があります。

(6) 保険医・保険薬剤師の登録について

保険医・保険薬剤師の登録がされていない例が見受けられます。保険医療機関・保険薬局におかれては、保険医・保険薬剤師の登録状況の確認を適切に行ってください。

平成 24 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

【照会元】	① 照会日	月 日	【宛先】	↓ ○をした事務所等
② 病院・診療所・薬局の名称			⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所) FAX:0776-25-5375 ・ 滋賀(滋賀事務所) FAX:077-526-8116 ・ 京都(京都事務所) FAX:075-256-8684 ・ 大阪(指導監査課) FAX:06-4791-7355 ・ 兵庫(兵庫事務所) FAX:078-325-8928 ・ 奈良(奈良事務所) FAX:0742-25-5522 ・ 和歌山(和歌山事務所) FAX:073-421-8315
③ 医療機関・薬局コード				
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)				
⑤ ご担当者氏名				
⑥ ご連絡先	・ 電話 (— —) ・ FAX (— —)			
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット 閲覧環境 (*いずれかに○)		有 ・ 無

★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他()	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他()		

★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例: A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

★ 手順4 この照会票を、郵送又はFAXにて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。
 ※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。
 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他()
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日