

日医工MPS行政情報シリーズ

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

2010年度診療報酬改定 「医科」

日医工株式会社 MPSチーム 菊地祐男
(日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217)



3月25日までの答申・告示・通知等の資料から抜粋して資料化しています。実際の算定に際しては原文等を確認してください。

資料No.220326-171-3



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

2010年度診療報酬改定
平成22年度診療報酬改定

2010年度診療報酬改定率

平成22年度予算大臣折衝資料
2009年12月23日

厚労省は、「長期収載品の追加引き下げ(▲2.2%)は、後発品への置き換えが進まなかった分の精算のために行うものであり、追加引き下げ分は次期薬価改定率には含まない」としており、薬剤費削減額が約4500億円(薬価ベース改定率:▲5.75%)となる。追加引き下げ分を含んだ場合の薬剤費削減額は約5100億円(薬価ベース改定率:▲約6.5%)となる

2010年度 改定率	医療費ベース		備考	2002 年度	2004 年度	2006 年度	2008 年度
	薬価 改定率	▲1.23%		▲約4500億円	▲5.75%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場 拡大、長期収載、等)	▲1.3%	▲0.89%
材料価 改定率	▲0.13%	▲約500億円		▲0.1%	▲0.16%	▲0.2%	▲0.1%
診療報酬 改定率	+1.55%	+約5700億円	医科:歯科:調剤 1:1.2:0.3 (1.74%:2.09%:0.52%)	▲1.3%	±0%	▲1.36%	+0.38%
全体 改定率	+0.19%	+約700億円	+約160億円 (国庫負担)	▲2.7%	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%

5	再診料・外来管理加算	59	がん診療連携拠点病院加算	114	精神療養病棟入院料	159	在宅血液透析指導管理料
8	地域医療貢献加算	60	放射線治療室管理加算	115	認知症病棟入院料(退院調整)	160	外来迅速検体検査管理加算
11	乳幼児加算(初診料・再診料)	61	精神科身体合併症管理加算	116	特定薬剤治療管理料	161	検体検査実施料
12	明細書発行体制等加算	62	精神科地域移行実施加算	117	特定疾患治療管理料	162	眼科学的検査・耳鼻科学的検査
17	療養病床(新型インフルエンザ)	63	児童・思春期精神入院医療管理	118	がん性疼痛緩和指導管理料	164	検体検査管理加算
18	一般病棟入院基本料(早期加算)	64	強度行動障害入院医療管理	119	がん患者カウンセリング料	165	エックス線撮影料
19	一般病棟入院基本料(15対1)	65	重度アルコール依存症入院医療	121	地域連携小児夜間・休日診療	167	コンピューター断層撮影診断料
20	一般病棟入院基本料(特別入)	66	摂食障害入院医療管理加算	121	院内トリアージ体制加算	168	処方せん様式等の見直し
21	一般病棟看護必要度評価加算	67	非定型抗精神病薬加算	123	地域連携夜間・休日診療料	169	保険医療費担当規則
22	特定入院基本料	69	栄養サポートチーム加算	125	生活習慣病管理料	170	抗悪性腫瘍剤処方管理加算
23	一般病棟入院基本料(一覧)	73	呼吸ケアチーム加算	127	リンパ浮腫指導管理料	171	外来化学療法加算
24	療養病棟入院基本料	76	医療安全対策加算	128	地域連携診療計画退院時指導	172	(注射)新規特定保険医療材料
26	救急・在宅等支援療養病床初	79	ハイリスク分娩管理加算	131	介護支援連携指導料	173	脳血管疾患等リハビリテーション
28	結核病棟入院基本料	80	慢性期病棟等退院調整加算	134	がん治療連携計画策定料	180	運動器リハビリテーション料
30	精神病棟入院基本料	82	急性期病棟等退院調整加算	136	認知症専門診断管理料	185	心大血管疾患リハビリテーション
31	精神病棟入院基本料(特別入)	85	新生児特定集中治療室退院計	137	肝炎インターフェロン	190	疾患別リハビリテーション一覧
32	精神科入院基本料加算	87	救急搬送患者地域連携加算	139	医薬品安全性情報等管理体制	194	早期リハビリテーション加算
33	精神病棟入院基本料(一覧)	89	総合評価加算	141	医療機器安全管理料	195	難病患者リハビリテーション料
34	重症児(者)受入連携加算	91	後発医薬品使用体制加算	142	薬剤情報提供料(手帳記載加)	196	がん患者リハビリテーション料
35	有床診療所入院基本料	94	救命救急入院料	143	退院時薬剤情報管理指導料	200	精神科専門療法
37	有床診療所一般病床初期加算	95	広範囲熱傷の場合	144	在宅療養支援病院	201	認知療法・認知行動療法
39	有床診療所入院基本料等加算	96	特定集中治療室管理料	145	救急搬送診療料	202	精神科デイ・ケア等
40	救急医療管理加算	97	ハイケアユニット入院医療管理	146	往診料	203	長期療養患者褥瘡等処置
42	総合入院体制加算	98	新生児特定集中治療室管理	147	在宅患者訪問診療料	204	人工腎臓
43	妊産婦緊急搬送入院加算	100	総合周産期特定集中治療室	151	在宅移行早期加算	205	在宅における血液透析(併算)
44	医師事務作業補助体制加算	101	新生児治療回復室入院医療	152	複数名訪問看護・指導加算	206	(処置)新規特定保険医療材料
48	病院勤務医の負担軽減	104	小児入院医療管理料	153	乳幼児加算・幼児加算(訪問)	207	皮膚科処置
49	急性期看護補助体制加算	105	回復期リハビリテーション病棟	154	訪問看護ターミナルケア	208	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜
52	超重症児(者)入院診療加算	107	休日リハビリテーション提供	155	重症者管理加算	209	手術料の適正な評価
53	在宅重症児(者)受入加算	109	亜急性期入院医療管理料	156	退院前在宅療養指導管理料	210	(手術)新規特定保険医療材料
55	二類感染症患者療養環境特	112	精神科救急入院料	157	在宅療養指導管理料	212	引き上げられた主な手術料
56	緩和ケア診療加算	113	精神科急性期治療病棟入院	158	在宅難治性皮膚疾患処置指	213	麻酔管理料

2010年度診療報酬改定のポイント

機能分担の強化

急性期は7：1、10：1以上

亜急性期入院医療管理料の検討（200床未満病院など）

連携の強化

医療機関のための連携→患者さんの生活支援のための連携

介護保険関連施設との連携（介護保険を知る必要）

療養病床は在宅等の後方支援として急性増悪等に対する対応の周知

在宅療養支援病院（200床未満病院）の検討

人に関するもの

医師→負担軽減策

看護師→従来の看護業務以外の業務の評価

社会福祉士→（院内での育成計画）

薬剤師、管理栄養士、理学療法士・・・

次回2012年度診療報酬改定は、
介護報酬改定と同時改定

人事を把握する部署、研修の一括管理
（資格、経験、意欲）

連携

協働

重症

手術

早期

チーム

資格

研修

後期

初・再診料

再診料・外来管理加算

病院(一般200床未満)と診療所の再診料を統一

初診・再診料		改定前	改定後
初診料	診療所	270点	
	病院		
再診料	診療所	71点	69点(-2点)
	病院(200床未満)	60点	69点(+9点)
外来管理加算	診療所	52点	52点 (要件変更)
	病院(200床未満)		
外来診療料	病院(200床以上)	70点	

外来管理加算の要件変更

- ・概ね5分以上という時間の目安は廃止
- ・懇切丁寧な説明
- ・簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合は、外来管理加算を算定できない

カルテに診察した旨の記載が必要か？

外来管理加算

[通則]

ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

提供される診療内容の事例

1 問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ 診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。イに規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

外来管理加算

エ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が2以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、ウに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ 「注6」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

初・再診料

地域医療貢献加算

再診料への加算

改定後(2010年4月)

新【地域医療貢献加算】 3点

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

次ページの[施設基準]では、24時間の電話対応については例外も認められ算定上は難しくないように見えるが、その解釈についてはあいまいさが残り、今後の疑義解釈が注目される。

例えば留守番電話の対応については「翌朝にまとめて対応する」ことについて認めない考え方が医療課から示されている。また中医協議事では「算定可能なのは全診療所の1/3程度」との発言もあった。

24時間の電話対応体制の評価
電話の内容に実際に対応できることが要件化されると都市部“ビル診”などでの算定は難しくなる
在宅療養支援診療所はほぼ無条件で算定可

24時間対応の院内掲示は要件化にならなかった
(悪用防止の観点から?)

地域医療貢献加算

【通則】

- ア 地域医療貢献加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、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を評価するものである。
- イ 当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関は、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。
- ウ 標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者から直接又は間接（電話、テレビ映像等による場合）に問い合わせがあった場合には、患者に対して必要な指導を行うこと。患者に周知している電話連絡先が診療所の場合には、転送可能な体制を取るなど、原則として常に電話に応じること。なお、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合には、留守番電話等により対応した上で、速やかに患者に連絡を取ること。
- エ 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。
- オ なお、電話再診の場合であっても、地域医療貢献加算の算定が可能であること。

【施設基準】

- (1) 診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。又は、当該診療所の職員が対応に当たる場合であっても、医師に電話を転送できる体制を備えていること。
- (3) 複数の診療所が連携してあらかじめ当番医を定めて対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等について、あらかじめ患者に周知していること。

【届出に関する事項】

地域医療貢献加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

地域医療貢献加算 (Q&A)

＜地域医療貢献加算＞(日本医師会Q&A①)

Q. この加算は診療所の再診料引下げを補填する目的に創設されたのか？

A. 地域の身近な診療所で患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することで、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を新たに評価した点数である。

Q. この加算を算定しない診療所は地域医療に貢献していないことになるのか？

A. そのようなことはない。

Q. 診察券に記載された時間外の連絡先に連絡があったが、留守番電話による対応だった場合、留守番電話の内容を聞いたら速やかに対応するということでよいか？

A. よい。

Q. 施設基準に「当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にあること」とあるが、携帯電話への転送等でもよいか？
また、学会出張等の場合の取り扱いはどうか？

A. 携帯電話への転送でもよい。また、学会等への参加のため、電話連絡等に対応できない場合には、連携医療機関の連絡先を患者に知らせることでよい。

Q. 患者からの問い合わせばメール対応でもよいか？

A. 電話での対応が原則であるが、患者の同意を得ていれば、速やかに応答することを条件に携帯メール等を併用してもよい。

Q. 時間外の連絡先について、電話の転送サービス等を活用するなどして、必ず医師が対応する必要があるか？

A. 時間外の連絡について、診療所職員が対応に当たり、患者からの電話の後、速やかに医師に連絡を行い対応することもよい。

Q. 電話再診料の場合でも地域医療貢献加算は算定できるか？

A. 算定できる。

初・再診料

乳幼児加算（初診料・再診料）

改定前	改定後(2010年4月)
【初診料】 乳幼児加算 72点	【初診料】 乳幼児加算 75点
【再診料】【外来診療料】 乳幼児加算 35点	【再診料】 乳幼児加算 38点

初・再診料

明細書発行体制等加算

改定前	改定後(2010年4月)
【電子化加算】(初診料に加算) 3点	【電子化加算】は廃止
<p>400床未満病院は▲3点 (再診料の恩恵のない200床以上病院の初診料は実質ダウン)</p>	<p>新【明細書発行体制等加算】 (再診料に加算) 1点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所であること。 (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。 (3) 明細書を無料で発行していること。その旨の院内掲示を行っていること。</p>

再診料への加算

診療所のみ

<明細書発行体制等加算>(日本医師会Q&A①)

- Q. 患者から明細書の交付は不要である旨申し出があり、交付しなかった患者についても算定できるか？
- A. 算定できる。
- Q. レセプト電子請求の義務はないが、明細書の発行を行う診療所では算定できるか？
- A. 届出要件に「レセプト電子請求を行っているところ」とあることから、算定できない。

診療所の再診料は2点ダウンとなったが、地域医療貢献加算(3点)と明細書発行体制等加算(1点)を算定できれば2点アップになる

【施設基準】

- (1) 診療所であること。
- (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
- (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

【届出に関する事項】

明細書発行体制等加算に係る届出は、別添7の様式2の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

明細書発行義務化

電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局

正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行

・明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

正当な理由がある場合は、患者から求めがあった場合には明細書を交付

・正当な理由に該当する旨を地方厚生(支)局長に届出を行い、明細書を発行する旨を院内掲示する

「正当な理由」(実費徴収が認められる場合)

イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等である場合

ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局

明細書発行の義務はないが、明細書発行に関する状況を院内掲示

・院内掲示の内容→明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

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

通知（厚生労働省保険局長）

「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」

(略)

3 電子情報処理組織のを使用による請求して又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと(以下「レセプト電子請求」という)が義務付けられたを行うこととされた保険医療機関及び保険薬局については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、患者から求められたときは、明細書を無償で交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨(明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む)を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方。厚生(支)局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局とは、以下に該当する保険医療機関又は保険薬局であること。また、平成22年4月1日現在においてレセプト電子請求が義務付けられている保険医療機関及び保険薬局が当該届出を行う場合には、平成22年4月14日までに行うこと。

- (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。

(略)

6 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む)を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。

(略)

院内揭示例

平成○年○月

▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

正当な理由に該当する場合

平成○年○月

▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるもので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚○円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

電子請求を行っていないが明細書を発行している場合

平成○年○月

▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚○円になります。

明細書を発行していない場合

平成○年○月

▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしていません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認ください。

明細書発行 (Q&A)

<明細書発行>(日本医師会Q&A①)

- Q. レセプト電子請求していない医療機関において、明細書の発行を要請されたら、手書きでも必ず発行しなければならないのか？
- A. 発行義務はない。発行できない旨院内掲示をする義務が課せられた。
- Q. レセプト電子請求していない医療機関でも明細書の発行ができる医療機関では、明細書を発行した場合、費用を徴収できるのか？
- A. 発行義務はないが、発行した場合、患者の同意の下、費用を徴収してよい。この場合、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、金額の院内掲示が必要であるが、地方厚生局(支)局長への届出は不要である。
- Q. レセプト電子請求していない医療機関には、レセプト電子請求義務化猶予中の医療機関も含まれるか？
- A. 含まれる。
- Q. レセプト電子請求を7月診療分から開始する診療所の場合、明細書発行義務化は7月1日からと考えてよいか？
- A. そのとおり。
- Q. 求められる明細書の具体的な内容とは？
- A. 医療費め内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について(保険局長通知)の別紙様式5を標準とし、同通知における記載例を参照されたい。
- Q. 明細書の発行が義務付けられる医療機関においては、正当な理由がない限り、原則として明細書を無料で発行することとされているが、原則ということは、明細書を発行しなくてもよい場合があるということか？
- A. 患者が明細書の発行を希望しない旨、申し出があった場合には、明細書を発行する必要はない。
- Q. 検査名や薬剤名から疾患名が判明するが、例えば、がん患者に告知する前、あるいは家族から本人に告知しないように言われている場合も発行義務があるのか？
- A. 明細書の交付により、療養の継続に支障が生じると判断される場合や患者に精神的な損害が生じると判断される場合には、明細書を交付する義務はない。また、病名告知に配慮するため、会計窓口に「明細書には薬剤の名称や 行った検査の名称が記載されます。明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、患者及びその家族の意向を的確に確認できるようにすること。
- Q. 全額公費負担の場合等、患者一部負担金が発生しない場合には領収証を交付しないが、明細書は交付する必要があるのか？
- A. 交付しなくても差し支えない。

「領収書を発行しないので、明細書を発行する義務はないのではないかという話があるが、趣旨からすると、発行していただくことは当然望ましいとわれわれは考えている」(厚労省)

療養病床における新型インフルエンザの対応

改定前のルール	改定後(2010年4月)
<p>療養病棟入院基本料を算定している患者において急性期増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその当日を1日目として3日前の間は、その日ごとに入院基本料Eにて検査や投薬等の費用を出来高算定とすることが可能。</p>	<p>新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等については出来高での算定を可能とする。</p>

新型インフルエンザ流行時に患者が急増して療養病床を使用する場合の病床確保

入院基本料

一般病棟入院基本料（入院早期加算）

一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟）

改定前	改定後（2010年4月）
<p>【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点</p>	<p>【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 450点</p>

看護配置に関わらず、入院早期部分を評価するもので、急性期医療全体の「底上げ」となる（22点）

平均在院日数の短い病院ほど評価される

入院基本料

一般病棟入院基本料（15対1入院基本料）

改定前	改定後(2010年4月)
【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15対1入院基本料 954点	【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15対1入院基本料 934点

今回の診療報酬改定では、「急性期」「亜急性期」「回復期」「療養」を評価するとされたが、15:1はそのいずれにも該当しないとされた？

療養病棟入院料(医療・介護)との比較でも厳しくなった

15対1とは、1日平均して入院患者さん15人に看護職員1人いること。
交代要員の確保を考慮すると100床あたりでは、概ね $100 / (15 / 5) = 34$ 人が必要となる。(5で割る)

入院基本料

一般病棟入院基本料（特別入院基本料）

7対1及び10対1入院基本料月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合

改定後（2010年4月）

新

【一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料】 **1,244点**

【一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料】 **1,040点**

該当入院基本料点数の**80%**の点数と設定する。

一般病棟7対1入院基本料 1,555点

一般病棟10対1入院基本料 1,300点

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3カ月間を限度として算定できることとする

(1) 3カ月を限度とする

(2) 毎月、看護師確保に向けた取組みについて地方厚生局に届出ること

(3) 特別入院基本料を算定してから1年以内は、新たに特別入院基本料を算定できない

準7対1入院基本料は廃止

算定している医療機関が少なかった

これにより、72時間要件を満たさない月と、満たす月を繰り返し、普通の入院基本料と新たな特別入院基本料を交互に算定するという操作はできなくなった。

入院基本料

一般病棟看護必要度評価加算

「10 対1入院基本料」にも看護必要度評価を導入

改定後(2010年4月)

新【一般病棟看護必要度評価加算】(1日につき) **5点**

[算定要件]

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

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

特定入院基本料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【後期高齢者特定入院基本料】(1日につき)</p> <p>[対象者] 特定患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者(以下「後期高齢者」という。)である患者であって、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。))</p>	<p>【特定入院基本料】(1日につき)</p> <p>[対象者] 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。))</p>

全年齢に適用

新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来通りの出来高による算定も可能

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))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。

一般病棟入院基本料（一覽）

14日を限度

p49

一般病棟入院基本料	平均在院日数要件	看護師比率	基本点数	初期加算		看護補助加算		
				14日以内	15日～30日	30対1	50対1	75対1
7対1入院基本料	19日以内	70%以上	1,555	450	192	—	120	80
7対1特別入院基本料	19日以内	70%以上	1,244	450	192	—	120	80
準7対1入院基本料 <small>廃止</small>	19日以内	70%以上	1,495					
10対1入院基本料	21日以内	70%以上	1,300	450	192	—	120	80
10対1特別入院基本料	21日以内	70%以上	1,040	450	192	—	120	80
13対1入院基本料	24日以内	70%以上	1,092	450	192	—	84	56
15対1入院基本料	60日以内	70%以上	946	450	192	109	84	56
		40%～70%	934	450	192	109	84	56
特別入院基本料	規定なし	規定なし	575	300	192	—	—	—

療養病棟入院基本料

入院基本料

5区分→9区分×2=18区分

プラス改定

15:1入院基本料
と同じ点数

(改定前)療養病棟入院基本料

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

マイナス改定

将来(2年後?)
は介護保険か

(改定後)療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点	1,369点	1,758点
ADL区分2	887点	1,342点	1,705点
ADL区分1	785点	1,191点	1,424点

[施設基準]

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

(改定後)療養病棟入院基本料2

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1,306点	1,695点
ADL区分2	824点	1,279点	1,642点
ADL区分1	722点	1,128点	1,361点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が25 対1配置以上であること。

経過措置の延長

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

データ提出の要件化

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

療養病棟入院基本料（データの提出）

データ提出の要件化

当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。**評価すること。**

基本診療料の施設基準等 1027

別紙 8

医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

I. 算定期間に限りがある区分

(1) 【医療区分3（別表第五の二）】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が環境動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められるものとする。（初日を含む。）

また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日

別添6の別紙8

別紙様式2

(別紙様式2)

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成 年 月 日

氏名 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

入院元(入院した月に限り記載)

一般病棟(自院以外の急性期病院からの転院)

一般病棟(自院の急性期病棟からの転院)

他の病棟(急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外)

介護老人保健施設

特別養護老人ホーム

有料老人ホーム等

自宅

退院先(退院した月に限り記載)

一般病棟(急性期病棟への転院・転棟)

他の病棟(急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外)

介護老人保健施設

特別養護老人ホーム

有料老人ホーム等

自宅

死亡

【留意事項】

1 療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

2 当該判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること(診療所はこの限りでない)。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

I. 算定期間に限りがある区分

医療区分3	頻度	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 24時間持続して点滴を実施している状態	7																															
2 経路感痛症に対する治療を実施している状態	14																															
3 薬物等によりハビリテーションが必要な状態	30																															
4 尿水に対する治療を実施している状態、かつ、糞便を伴う状態	7																															
5 消化管等の体内からの出血が収束継続している状態	7																															
6 薬物の副作用に対する治療を実施している状態、かつ、糞便を伴う状態	3																															

救急・在宅等支援療養病床初期加算

療養病棟入院基本料の加算

有床診療所療養病床入院基本料の加算

改定後(2010年4月)

新 【救急・在宅等支援療養病床初期加算】 **150点**(14日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの転院・入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

- ①病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ②診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

療養病棟のある施設は、急性増悪の患者を受け入れるために、何ができるかを地域にアピールする必要がある。

有床診療所の一般病床の評価は「有床診療所一般病床初期加算」(p37)

在宅療養者の「増悪時には、通いなれた地域の有床診療所に入院したい」というニーズに応えるもの。急性期病院の負担が軽減も期待される。
従来一般病床が行っていた役割を療養病床が担うことで、医療提供体制上の役割も変化していく。

救急・在宅等支援療養病床初期加算

[通則]

在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

- ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、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(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。))又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。))を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A205」救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1回の転棟に限り算定できるものとする。
- イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

13対1と15対1では、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合のみ算定可能
一般病棟と療養病棟が同一の病院にある場合は、一般病棟から療養病棟を1回の転棟に限り算定可能

入院基本料

結核病棟入院基本料

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟の平均在院日数要件を見直した

改定前	改定後(2010年)
<p>【結核病棟入院基本料】(1日につき)</p> <p>7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数25日以内</p> <p>10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数25日以内</p> <p>【特定機能病院入院基本料(結核病棟)】(1日につき)</p> <p>7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数28日以内</p> <p>10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数28日以内</p> <p>13対1入院基本料 949点 平均在院日数36日以内</p>	<p>【結核病棟入院基本料】(1日につき)</p> <p>7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数要件なし</p> <p>10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数要件なし</p> <p>【特定機能病院入院基本料(結核病棟)】(1日につき)</p> <p>7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数要件なし</p> <p>10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数要件なし</p> <p>13対1入院基本料 949点 平均在院日数要件なし</p>

平均在院日数要件の緩和により実質的な点数引上げ

特定機能病院入院基本料(結核)7:1、10:1、13:1の平均在院日数要件も廃止

小規模な結核病棟の取り扱い

病床種別ごとに平均在院日数の計算を行う

改定前	改定後(2010年4月)
<p><入院料等の施設基準等></p> <p>(通知)・・・(略)・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・(略)</p>	<p><入院料等の施設基準等></p> <p>(通知)・・・(略)・・・一般病棟(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟)と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・(略)・・・</p>

結核患者数の減少により専門病棟維持が困難になっていることを踏まえたユニット化のルール

入院基本料

結核病棟入院基本料（特別入院基本料）

7対1及び10対1入院基本料月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合

改定後（2010年4月）

新

【結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料】 1,158点

【結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料】 954点

該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

結核病棟7対1入院基本料 1,447点
結核病棟10対1入院基本料 1,192点

[算定要件]

- ① 結核病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3カ月間を限度として算定できることとする

(1) 3カ月を限度とする

(2) 毎月、看護師確保に向けた取組みについて地方厚生局に届出ること

(3) 特別入院基本料を算定してから1年以内は、新たに特別入院基本料を算定できない

準7対1入院基本料は廃止

算定している医療機関が少なかった

これにより、72時間要件を満たさない月と、満たす月を繰り返し、普通の入院基本料と新たな特別入院基本料を交互に算定するという操作はできなくなった。

入院基本料

精神病棟入院基本料

13対1を新設
主に身体合併症の治療を期待

改定後(2010年4月)

新【精神病棟入院基本料 13 対1 入院基本料】 **920点**

[算定要件]

- ①新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア 30 以下又は身体合併症患者)の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③平均在院日数が 80 日以内であること。

精神科病棟入院基本料に入院患者の重症度に関する基準を導入された。
精神科病棟も積極的に治療するところを評価

10対1は平均在院日数の要件を緩和

改定後(2010年4月)

【精神病棟入院基本料 10 対1 入院基本料】 1,240 点

[算定要件]

- ①平均在院日数が~~25日~~40 日以内であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア 30 以下)の割合が5割以上であること。

入院基本料

精神病棟入院基本料（特別入院基本料）

10対1入院基本料月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合

改定後（2010年4月）

新【精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料】 **992点**
 該当入院基本料点数の**80%**の点数と設定する。

精神病棟10対1入院基本料 1,240点

[算定要件]

- ① 精神病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3カ月間を限度として算定できることとする

- (1) 3カ月を限度とする
- (2) 毎月、看護師確保に向けた取組みについて地方厚生局に届出ること
- (3) 特別入院基本料を算定してから1年以内は、新たに特別入院基本料を算定できない

これにより、72時間要件を満たさない月と、満たす月を繰り返し、普通の入院基本料と新たな特別入院基本料を交互に算定するという操作はできなくなった。

入院基本料

精神科入院基本料加算

入院早期加算

改定前	改定後(2010年4月)
【入院基本料加算】 14日以内 459点 15日以上30日以内 242点 31日以上90日以内 125点 91日以上180日以内 20点 181日以上1年以内 5点	【入院基本料加算】 14日以内 465点 15日以上30日以内 250点 31日以上90日以内 125点 91日以上180日以内 10点 181日以上1年以内 3点

90日までに治療
生活の場は評価しない
(早期評価で
7万床削減計画推進)

入院早期加算 [特定機能病院入院基本料(精神病棟)]

改定前	改定後(2010年4月)
【特定機能病院入院基本料加算】 14日以内 499点 15日以上30日以内 242点 31日以上90日以内 125点 91日以上180日以内 40点 181日以上1年以内 20点	【特定機能病院入院基本料加算】 14日以内 505点 15日以上30日以内 250点 31日以上90日以内 125点 91日以上180日以内 30点 181日以上1年以内 15点

精神病棟入院基本料（一覽）

精神病棟入院基本料	平均在院 日数要件	看護師 比率	基本点数	初期加算					看護補助加算		
				14日以内	15-30	31-90	91-180	181-1年	30対1	50対1	75対1
10対1入院基本料	40日以内	70%以上	1,240	465	250	125	10	3	—	—	—
10対1特別入院基本料	40日以内	70%以上	992	465	250	125	10	3	—	—	—
13対1入院基本料	80日以内	70%以上	920	465	250	125	10	3	—	—	—
15対1入院基本料	規定なし	70%以上	812	465	250	125	10	3	109	84	56
		40%~70%	800	465	250	125	10	3	109	84	56
18対1入院基本料	規定なし	70%以上	724	465	250	125	10	3	109	84	56
		40%~70%	712	465	250	125	10	3	109	84	56
20対1入院基本料	規定なし	70%以上	670	465	250	125	10	3	109	84	56
		40%~70%	658	465	250	125	10	3	109	84	56
特別入院基本料	規定なし	規定なし	550	300	155	100	10	3	—	—	—

入院基本料

重症児（者）受入連携加算 （障害者施設等入院基本料等）

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合

改定後（2010年4月）

新 【重症児（者）受入連携加算】 **1,300点**（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。

入院基本料

有床診療所入院基本料

手厚い看護職員の配置(看護職員7人以上)を行う有床診療所の評価を新設

14日間入院で(+350点)
 $(810 \times 7 + 660 \times 7) = 10,290$
 $760 \times 14 = 10,640$

人数	改定前			改定後		
	有床診療所入院基本料 1 (看護職員5人以上)	7日以内	810点	有床診療所入院基本料1 (看護職員7人以上)	14日以内	760点
7		8~14日	660点		15~30日	590点
6		15~30日	490点		31日以上	500点
5		31日以上	450点		14日以内	680点
4		7日以内	640点		15~30日	510点
3	有床診療所入院基本料 2 (看護職員1~4人)	8~14日	480点		31日以上	460点
2		15~30日	320点		14日以内	500点
1		31日以上	280点		15~30日	370点
					有床診療所入院基本料3 (看護職員1~3人)	31日以上

+10点

後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

- ・初期加算の新設
- ・医師配置加算の見直し
- ・重症児等の受入れの評価

安すぎるとの議論があった280点は340点(+60点)になった。

入院基本料

有床診療所入院基本料（医師配置加算）

複数医師配置について高い評価を新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【有床診療所入院基本料】注3 医師配置加算(1日につき) 60 点</p> <p>[算定要件] 当該診療所における医師の数が、2以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注3 医師配置加算1(1日につき) 88点 新 医師配置加算2(1日につき) 60 点</p> <p>[算定要件] 医師配置加算1 医師数が2以上(常勤換算)であること 有床診療所一般病床初期加算の要件を満たすこと</p> <p>[算定要件] 医師配置加算2 医師数が2以上(常勤換算)であること</p>

在宅療養支援診療所であるなどの要件を満たせば、初期加算の取得とともに、高い入院基本料を算定できる。地域医療の担い手を評価していく方向

【施設基準】

- (1) 医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。
- ア 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
 - イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年間30件以上であること。
 - ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
 - エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
 - オ 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
 - カ 注5に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

有床診療所一般病床初期加算

改定後(2010年4月)

新 【有床診療所一般病床初期加算】 **100点**(7日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たす診療所

- (1) 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- (2) 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年間30件以上であること。
- (3) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
- (4) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
- (5) 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
- (6) 注5に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

有床診療所の療養病床の評価は「救急・在宅等支援療養病床初期加算(p26)

在宅療養者の「増悪時には、通いなれた地域の有床診療所に入院したい」というニーズに応えるもの。急性期病院の負担軽減も期待される。

有床診療所一般病床初期加算

[通則]

急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して7日を限度に算定できる。

- ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、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(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。))又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。))を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあつては、区分番号「A205」救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。
- イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床がすみやかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

入院基本料

有床診療所入院基本料等加算

改定後(2010年4月)

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算、特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

全年齢で算定可(高齢者)

診療所後期高齢者医療管理料は廃止

入院基本料等加算

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【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 600点</p> <p>2 乳幼児救急医療管理加算 150点</p>	<p>【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 (さらに加算)</p>

救急医療管理加算とは、
 医師が診察の結果、緊急入院が必要と認められた重症患者に算定(診察当日の入院)

病院では誰が判定するのか？
 入院の可否を判断する人物が「800点」算定の命運を握る

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

【施設基準】

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院。なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。
- (2) 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するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

入院基本料等加算

総合入院体制加算（入院時医学管理加算の名称変更）

改定前	改定後(2010年4月)
【入院時医学管理加算】(1日につき) 120 点	【総合入院体制加算】(1日につき) 120 点

[施設基準]追加分

(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として**に対し**、次の体制を整備していること。

- ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
- ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること(客観的な手法を用いることが望ましい。)。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。
- エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等)を策定し、職員等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)

- ・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の具体的内容(静脈採血の検査部における実施〇年〇月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等)
- ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の保険医療機関との連携体制 ・交代勤務制の導入 ・外来縮小の取組み等

~~イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)~~

入院基本料等加算

妊産婦緊急搬送入院加算

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】 (入院初日)5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】 (入院初日) 7,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、他院での入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、他院での入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

産科以外の医師への周知

脳出血の妊産婦の緊急搬送先が決まらず死亡したケースの対応

入院基本料等加算

医師事務作業補助体制加算

全体の底上げと、さらに充実した体制を新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 25対1補助体制加算 355点 2 50対1補助体制加算 185点 3 75対1補助体制加算 130点 4 100対1補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1補助体制加算の施設基準 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</p> <p>2 50対1、75対1、100対1補助体制加算の施設基準 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</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 15対1補助体制加算 810点 新 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 50対1補助体制加算 255点 5 75対1補助体制加算 180点 6 100対1補助体制加算 138点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1、20対1補助体制加算の施設基準 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>2 25対1、50対1補助体制加算の施設基準 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>3 75対1、100対1補助体制加算の施設基準 1又は2の施設基準を満たしていること又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>

緊急入院患者数は特別の関係先からの搬送は除く

緊急入院患者数要件が200名から100名に

医師事務作業補助体制加算

病院機能	15:1	20:1	25:1	50:1	75:1	100:1
(500床あたり概数)	(34人)	(25人)	(20人)	(10人)	(7人)	(5人)
改定前	—	—	355点	185点	130点	105点
改定後	810点	610点	490点	255点	180点	138点
第三次救急医療機関	○	○	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○	○	○
災害拠点病院	×	×	○	○	○	○
へき地医療支援病院	×	×	○	○	○	○
地域医療支援病院	×	×	○	○	○	○
緊急入院患者を受け入れ数 (特別の関係の医療機関等からの搬送患者等を除く)	×	×	○	○	○	○
	800名	800名	200名	200名	100名	100名

全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院

医師事務作業補助体制加算

[通則]

- (1) 医師事務作業補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関(特定機能病院を除く。)において、病院勤務医の負担の軽減に対する体制を確保すること及び処遇の改善を目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という。)を配置している体制を評価するものである。
- (2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む。)の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、(DPCのコーディングに係る業務を含む。)窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。
- (4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。

医師事務作業補助体制加算（緊急入院患者数）

緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

入院基本料等加算

病院勤務医の負担軽減

病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を要件に加える項目を増やす

改定前(病院勤務医負担軽減が要件)	改定後(新たに追加される項目)
<ul style="list-style-type: none"> ・総合入院体制加算(入院時医学管理加算) ・ハイリスク分娩管理加算 ・医師事務作業補助体制加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期看護補助加算 ・栄養サポートチーム加算 ・呼吸ケアチーム加算 ・小児入院医療管理料1及び2 ・救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合等

充実度評価A加算

[算定要件]

- ①病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ②勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組み事例を参考に、具体的な取組み内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

入院基本料等加算

急性期看護補助体制加算

改定後(2010年4月)

7対1入院基本料及び10対1入院基本料
救急および看護必要度を要件**新**【急性期看護補助体制加算】(1日につき)

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

50対1は、100床につき概ね10人が必要

[施設基準]急性期看護補助体制加算1

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護要員の数は、常数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

[施設基準]急性期看護補助体制加算2

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護要員の数は、常数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

「当該病棟において必要最小数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる」ことになった

2008年3月末時点で7対1入院基本料の病棟が新たな算定要件を満たせなくなり、10対1入院基本料を算定する場合に限って、経過措置として看護補助加算を2010年3月まで算定できる

病院勤務医の負担軽減の体制(p48)

急性期看護補助体制加算

- (1) 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、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を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。
- (2) 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において必要最小数を越えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。
- (3) 急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

【算定要件】

- (1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日医政発第0126第1号)の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の5と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (4) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。)の割合が7対1入院基本料においては1割5分以上、10対1入院基本料においては1割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。
- (5) 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、次に掲げる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。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(1日程度)
 - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - (イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
 - (ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

急性期看護補助体制加算

(6) 急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止等

(7) 看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政発第1228001号)にある「2. 役割分担の具体例(1)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」及び「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」(平成22年3月日保医発第号)別添2 入院基本料等の施設基準等第2の4(6)に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

(8) 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(9) 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。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

【届出に関する事項】

急性期看護補助体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の2及び様式18の3を用いること。また、毎年4月において、前年度における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計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、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関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

入院基本料等加算

超重症児（者）入院診療加算

改定前	改定後(2010年4月) 有床診療所も算定可能
<p>【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】</p> <p>1 超重症児(者)入院診療加算</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 6歳未満の場合 600点 ロ 6歳以上の場合 300点 <p>[対象患者の状態]</p> <p>(1) 超重症の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。 ロ 超重症児(者)の判定基準による判定スコアが25点以上であること。 	<p>【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】</p> <p>1 超重症児(者)入院診療加算</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 6歳未満の場合 800点 ロ 6歳以上の場合 400点 <p>[対患者の状態]</p> <p>(1) 超重症の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。 ロ 超重症児(者)の判定基準による判定スコアが25点以上であること。

“6か月”要件については、答申時には記載がなかったが、3月5日の通知には記載があったため要件変更とはならなかった

第6 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に規定する状態

1 超重症児(者)とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。

2 準超重症児(者)とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児(者)に準ずる状態であること。

NICU退室後の患者に係る後方病床機能を有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定可とする。

入院基本料等加算

在宅重症児（者）受入加算

改定後（2010年4月）

在宅療養の継続を支援する観点から、入院早期の評価を新設

新【在宅重症児（者）受入加算】 **200点**（5日以内、1日につき）

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児（者）・準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

超重症児等の在宅移行後の不安感が減るため、在宅移行が促進するか

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態についても見直しを行う。

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

- 1 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。
- 2 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合※1に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能: 座位まで

2. 判定スコア (スコア)

(1) レスピレーター管理※2 = 10

(2) 気管内挿管, 気管切開 = 8

(3) 鼻咽頭エアウェイ = 5

(4) O₂吸入又はSaO₂が90%以下の状態が10%以上 = 5

(5) 1回/時間以上の頻回の吸引 = 8

6回/日以上以上の頻回の吸引 = 3

(6) ネブライザー 6回以上/日または継続使用 = 3

(7) IVH = 10

(8) 経口摂取(全介助)※3 = 3

経管(経鼻・胃ろう含む)※3 = 5

(9) 腸ろう・腸管栄養※3 = 8

持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時) = 3

(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上/日 = 3

(11) 継続する透析(腹膜灌流を含む) = 10

(12) 定期導尿(3回/日以上)※4 = 5

(13) 人工肛門 = 5

(14) 体位交換 6回/日以上 = 3

※2

毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。

※1

新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が1か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

※4

人工膀胱を含む

※3

(8)(9)は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

<判定>

1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)とする。

入院基本料等加算

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室管理）

陰圧室加算は個室加算との併算定も可能

改定前	改定後（2010年4月）
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300 点</p> <p>[算定対象] 二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。））の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 1 個室加算 300 点 2 陰圧室加算 200点 新</p> <p>[算定対象] 二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（H5N1））の患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者</p>

未知の感染症患者を治療するため、外気圧よりも居室の気圧を低くし陰圧として、患者の居室から空気が外にもれないようにすれることを評価

入院基本料等加算

緩和ケア診療加算

がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する講習会を受けることを要件とする

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【緩和ケア診療加算】 300 点</p> <p>[施設基準] (1)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>【緩和ケア診療加算】 400点</p> <p>[施設基準] (1)がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院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た施設であること。 (2)緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。 ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等</p>

がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、がん診療連携拠点病院の指定は受けていないが、地域のがん診療の中核となる病院として都道府県が認定している病院を指し、10 都道府県で77 病院が該当する。(平成21年9月時点)

緩和ケア診療加算

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。
 - 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。また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、当該専任の医師以外の医師にあっても、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行う場合については、緩和ケア診療加算を算定すべき診療に影響のない範囲においては専従とみなすことができる。なお、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診察することについては、差し支えないものとする。(ただし、所定労働時間の2分の1以下であること。)
- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、経過措置として、平成22年3月31日において現に緩和ケア診療加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなすものであること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
 - ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

緩和ケア診療加算

- (6) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
 - (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
 - (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 - (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
 - (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
 - (チ) コンサルテーション方法
 - (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (7) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (12) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

入院基本料等加算

がん診療連携拠点病院加算

改定前	改定後(2010年4月)
【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 400点	【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日) 500点 [算定要件] 1. がん診療連携拠点病院であること。 2. キャンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師その他関係する医療関係職種が参加していることが望ましい。

キャンサーボードとは、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのことをいう。

「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知)において、がん診療連携拠点病院の指定要件として、キャンサーボードの設置及び定期的開催が求められている。

入院基本料等加算

放射線治療室管理加算

改定前	改定後(2010年4月)
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 2,500点

アップ率500%
がん治療重視

入院基本料等加算

精神科身体合併症管理加算

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価
(単なる“収容”は評価しない)

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る))を算定している患者の場合 200点</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)</p> <p>350点</p> <p>算定要件に13対1を追加</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料(10対1、13対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している病棟であること。</p> <p>2 当該病棟に<u>内科または外科を専門とする医師</u>が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること。</p>

入院基本料等加算

精神科地域移行実施加算

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関を評価する

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 10点

入院基本料等加算

児童・思春期精神入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟を評価する

改定前	改定後(2010年4月)
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 800点

強度行動障害入院医療管理加算

改定後(2010年4月)

一般病床も算定できる

新 【強度行動障害入院医療管理加算】(1日あたり) **300点**

[算定要件]

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

[通則]

- (1) 強度行動障害入院医療管理加算は、医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児(者)に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、「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」(平成22年3月5日保医発加算第号)の別添6の別紙14の2の強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上のものをいう。

[施設基準]

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の4に規定する重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

ロ 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟であること。

[対象患者]

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添6の様式14の2を参照のこと。

重度アルコール依存症入院医療管理加算

改定後(2010年4月)

一般病床も算定できる

新【重度アルコール依存症入院医療管理加算】(1日あたり)

30日以内 **200点**

31日以上60日以内 **100点**

【通則】

- (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算は、アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものである。
- (2) 当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。
- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。
- (4) 家族者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

【施設基準】

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師、研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

入院基本料等加算

摂食障害入院医療管理加算

改定後(2010年4月)

一般病床も算定できる

新【摂食障害入院医療管理加算】(1日あたり)

30日以内 **200点**31日以上60日以内 **100点**

専門的な入院医療に対する新たな評価を評価する

【通則】

- (1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI(Body Mass Index)が15未満であるものをいう。

【施設基準】

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く。)が10人以上であること
- (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。
- (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

入院基本料等加算

非定型抗精神病薬加算

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度とすることを評価

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点 以下の特定入院料に加算 A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A312 精神療養病棟入院料</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】(1日につき) 1 非定型抗精神病薬加算1 15点 新 2 非定型抗精神病薬加算2 10点</p> <p>[算定要件] 1 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること 2 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合</p>

少なくとも1種類は非定型抗精神病薬であること

現行と同じ特定入院料に加算

<非定型抗精神病薬加算>(日本医師会Q&A①)

Q. 従来は統合失調症の入院患者に計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い療養上必要な指導を行った場合に、A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料に加算できたが、今回の改正では、非定型抗精神病薬ではなく、使用している抗精神病薬の種類数の加算に再編したのか？

A. 今回の改正においても、統合失調症の入院患者に非定型抗精神病薬による治療を行った場合に、非定型抗精神病薬加算が算定できる。その上で、使用している1日当たりの抗精神病薬の種類数が2種類以下の場合には15点、3種類以上の場合には10点の二段階の評価に再編された。

非定型抗精神病薬とは

非定型抗精神病薬とは、

オランザピン、クエチアピンフマル酸塩、ペロスピロン塩酸塩、リスペリドン、アリピプラゾール
ブロナンセリン、クロザピン

茶文字は3月26日の通知訂正より

抗精神病薬とは、

アリピプラゾール、オキシペルチン、オランザピン、カルピプラミン塩酸塩水和物、
カルピプラミンマレイン酸塩、クエチアピンフマル酸塩
クロカプラミン塩酸塩水和物、クロザピン、クロルプロマジン塩酸塩、スピペロン、スルトプリド塩酸塩
スルピリド、ゾテピン、チミペロン、トリフロペラジンマレイン酸塩、ネモナプリド、ハロペリドール
ハロペリドールデカン酸エステル、ピパンペロン塩酸塩、ピモジド、フルフェナジンデカン酸エステル
フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロルペラジンマレイン酸塩、ブロナンセリン、プロペリシアジン
ブロムペリドール、塩酸ペルフェナジン、ペルフェナジンフェンジゾ酸塩、ペルフェナジンマレイン酸塩
ペロスピロン塩酸塩、モサプラミン塩酸塩、モペロン塩酸塩、リスペリドン、レセルピン
レボメプロマジンマレイン酸塩、レボメプロマジン塩酸塩

入院基本料等加算

栄養サポートチーム加算

改定後(2010年4月)

新 【栄養サポートチーム加算】(週1回) **200点**

7対1入院基本料、10対1入院基本料

【対象患者】

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者等

【算定要件】

- ①対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回以上)
- ②対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療等
- ③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする

200点×4回(月)×30人×5日
=120万円/月[最大]

【施設基準】

当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係る専任のチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

一人は専従
専従: その仕事のみ
専任: 他の仕事OK

後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

病院勤務医の負担軽減の体制(p48)

日本静脈経腸栄養学会のNST認定施設は昨年1月段階で1330施設。すべての施設でNSTが稼働すれば、褥瘡などの合併症の減少や、薬剤・資材の削減によって年間5250億円の総医療費の削減が可能(学会)

栄養サポートチーム加算

[通則]

- (1) 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「栄養サポートチーム」という。)が診療することを評価したものである。
- (2) 栄養サポートチーム加算は、当該加算を算定できる病棟に入院している患者であって、区分番号A233に掲げる栄養管理実施加算を算定している患者のうち、次のアからエのいずれかに該当する者について算定できる。
 - ア 栄養管理実施加算に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
 - イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
 - ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
 - エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者
- (3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- (4) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。
 - ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
 - イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5の2又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
 - ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
 - エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5の2又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
 - オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

栄養サポートチーム加算

(5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。

ア 現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。

イ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

【施設基準】

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム(以下「栄養サポートチーム」という。)が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修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修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修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) (1)のアにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 栄養不良がもたらす影響

イ 栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング

エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

栄養サポートチーム加算

(3)(1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応(スクリーニング法)
- (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
- (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
- (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
- (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
- (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

[届出に関する事項]

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34の2及び様式13の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。また、毎年4月において、前年度における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成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

ウ (1)のイ、ウ又はエに規定される従事者のうち、専従者でない従事者については、当該従事者が平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより差し支えない。当該保険医療機関が複数の栄養サポートチームを有する場合も、各チームにつき、同様の取り扱いとする。なお、当該研修を修了していない従事者が研修を修了した際には、改めて修了した旨を届け出ること。

(4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(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。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

入院基本料等加算

呼吸ケアチーム加算

人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価

改定後(2010年4月)

チーム設置により人工呼吸器設置に伴う肺炎が減少した、あるいは再挿管率が減少したという報告もある。

新【呼吸ケアチーム加算】 **150点**(週1回)

一般病棟入院基本料など

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1ヶ月以内であること
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム(呼吸ケアチームという)による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する

[施設基準]

呼吸ケアチームは専任のア)～エ)により構成する

専任

- ア)人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- イ)人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師
- ウ)人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- エ)呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

病院勤務医の負担軽減の体制(p48)

呼吸ケアチーム加算

【通則】

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
- (3) 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。
- (5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
 - イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
 - ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
 - エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

呼吸ケアチーム加算

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

(ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療

(ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント(呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等)

(ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

(ホ) 呼吸ケアに関する看護技術(気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等)

(ヘ) 安全管理(医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等)

(ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

(チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(リ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

(3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

(4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

(5) 病院勤務医の負担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。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

(6) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

[届出に関する事項]

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式13の2を用いること。また、毎年4月において、前年度における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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

入院基本料等加算

医療安全対策加算

改定前	改定後(2010年4月)	
<p>【医療安全対策加算】 (入院初日)50点</p>	<p>【医療安全対策加算】(入院初日) 1 医療安全対策加算1 85点</p>	<p>専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者を配置</p>
<p>より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設</p>	<p>2 医療安全対策加算2 35点 新 [算定要件] (1) 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。 (2) その他の基準は1と同様。</p>	
<p>感染防止対策の強化 「医療安全対策加算1」の算定が条件</p>	<p>3 感染防止対策加算(入院初日1回) 100点 新 [算定要件] (1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。 (2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。 (3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。 (4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること。</p>	

感染防止対策加算

[通則]

ア 感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行ったうえで、さらに院内に感染防止対策のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものである。

イ 感染防止対策チームは以下の業務を行うものとする。

(イ) 感染防止対策チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

(ロ) 感染防止対策チームは微生物検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制等を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

(ハ) 感染防止対策チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

[施設基準]医療安全対策加算2

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからキの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

[施設基準]感染防止対策加算

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 感染防止に係る部門(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。ただし、医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としてもよい。

(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)

感染防止対策加算

イ 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。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

(ロ) 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

(ハ) 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(a) 感染予防・管理システム

(b) 医療関連感染サーベイランス

(c) 感染防止技術

(d) 職業感染管理

(e) 感染管理指導

(f) 感染管理相談

(g) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は1の(1)の力に掲げる院内感染管理者(医療安全対策加算に規定するもの)を兼ねることができる。また、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは院内感染防止対策チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。

(8) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

ハイリスク分娩管理加算

点数がアップされ、対象疾患が追加された

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 2,000点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが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>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 3000点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが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</p>

ハイリスク妊娠管理加算についても、同様に対象疾患が追加された。

入院基本料等加算

慢性期病棟等退院調整加算

専従の看護師or社会福祉士 → 1、看護師+社会福祉士(2名、どちらかが専従)
2、専従の看護師or専従の社会福祉士(どちらか1名)

退院調整加算は全ての病院で算定の方角

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【退院調整加算】</p> <p>1 退院支援計画作成加算(入院中1回)</p> <p>2 退院加算(退院時1回)</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【慢性期病棟等退院調整加算】</p> <p>1 慢性期病棟等退院調整加算1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 100点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 退院加算(退院時1回)</p> <p style="padding-left: 40px;">(1)療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2)障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点</p> <p>2 慢性期病棟等退院調整加算2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 100点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 退院加算(退院時1回)</p> <p style="padding-left: 40px;">(1)療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2)障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。</p> <p>退院加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する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>

どちらかが専従

これから社会福祉士が注目

慢性期病棟等退院調整加算

[施設基準]慢性期病棟等退院調整加算1

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整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。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する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は退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。

[施設基準]慢性期病棟等退院調整加算2

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。ただし、有床診療所の場合は部門の設置は必要としない。
- (2) 病院の場合は~~では、入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されており、当該退院調整部門に、退院調整に関する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。~~ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。
- (3) 有床診療所の場合は~~では、~~退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

入院基本料等加算

急性期病棟等退院調整加算

現行の後期高齢者退院調整加算を名称変更し、対象を介護保険の利用可能者に拡大するもの

改定後(2010年4月)

新

【急性期病棟等退院調整加算1】140点(退院時1回)

【急性期病棟等退院調整加算2】100点(退院時1回)

介護保険の1号保険者と2号保険者(特定疾病)医療と介護が切れ目なく提供されるよう患者サイドに立った調整を期待

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[特定疾病]がん、関節リウマチ、筋委縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上変性症、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統委縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

退院調整部門の設置

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算

[施設基準] 急性期病棟等退院調整加算1

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の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。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する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は退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- (3) 当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。
- (4) 退院調整を行うにつき十分な体制として、次に掲げる退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていること。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号A240に掲げる総合評価加算で実施する総合的な機能評価を行うことが望ましい。
 - ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。
 - イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。

急性期病棟等退院調整加算

[施設基準] 急性期病棟等退院調整加算2

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。ただし、有床診療所の場合は部門の設置は必要としない。
 - (2) 病院の場合、当該退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の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。なお、当該看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。
 - (3) ただし、有床診療所の場合は、退院調整を主に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。
 - (4) 退院調整を行うにつき十分な体制として、次に掲げる退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていることとは次のことをいうこと。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号「A240」後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい。
 - ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。
 - イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。
- ~~(4) 退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号「A240」後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい。~~

新生児特定集中治療室退院調整加算 (NICU)

改定後(2010年4月)

新【新生児特定集中治療室退院調整加算】 **300点**(退院時1回)

【算定要件】

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料(新生児特定集中治療室管理料の場合)の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に係る業務の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。なお、当該看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

新生児特定集中治療室退院調整加算

[通則]

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加算は、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を評価するものである。なお、対象となる患者には、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室から退室後、同一の保険医療機関の他の病床に入院している患者を含むものとする。
- (2) 当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。
- (3) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。
- (4) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師又は社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。
- (5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

入院基本料等加算

救急搬送患者地域連携加算

早期(5日以内)の転院支援の評価

改定後(2010年4月)

新【救急搬送患者地域連携紹介加算】 **500点**(退院時1回)**新**【救急搬送患者地域連携受入加算】 **1,000点**(入院初日)

急性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画管理料、診療情報提供料(I)は、別に算定できない

地域連携診療計画退院時指導料(I)は、別に算定できない

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

救急医療機関ベッドの回転率を上げ、「常に満床」という状態の緩和がねらい

[施設基準]: 救急搬送患者地域連携紹介加算

- (1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。
- (2) 区分番号A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、区分番号A300救命救急入院料、区分番号A301特定集中治療室管理料、区分番号A301-2ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3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。
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていないこと。

[施設基準]: 救急搬送患者地域連携受入加算

- (1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていないこと。

救急搬送患者地域連携加算

[通則]

- (1) 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は、高次の救急医療(区分番号A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、区分番号A300 機関救命救急入院料、区分番号A301特定集中治療室管理料、区分番号A301-2ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届をいう。以下同じ。)に緊急入院した患者(当該保険医療機出を行っている保険医療機関の一般病棟へ緊急入院した患者を含む。)について、他の保険医療機関(特別の関係にあるものを除く。)でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受入れ、入院後5日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、高次の救急医療機関において転院時に算定する。
- (3) 救急搬送地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から5日以内に受入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。
- (4) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関にさらに転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から5日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

入院基本料等加算

総合評価加算

「どうしたら退院後の暮らしができるか」
ケアマネージャーとの連携で介護保険の
適用検討と対象年齢拡大

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【後期高齢者総合評価加算】(入院中1回)50点</p> <p>保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】(入院中1回) 50点</p> <p>保険医療機関が、入院中の患者(65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、退院後の介護サービスの必要性等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

入院早期のケアマネージャーとの連携評価
【介護支援連携指導料】参照(p131)

ケアマネージャーとの連携評価については、入院早期には「総合評価加算」、入院中には「介護支援連携指導料」、退院前には「退院時共同指導料」と「介護支援連携指導料」、退院にあたっては「急性期病棟退院調整加算」の算定が該当する。
「介護支援連携指導料」は入院早期に、退院後の介護サービスの必要性などについて看護師等がケアマネージャーと共同で指導を行った場合等に算定できるが、要介護認定を受けて非該当とされた場合、介護保険とならず、そのときのケアマネージャーの保険収入は無しとなり、ボランティア的な業務にならざるを得ない状況もありうるため、対策の検討が要望されている

連携関連イメージ（急性期病院の例）



総合評価加算(入院中1回) 50点
介護保険の適用(見込まれる)患者の入院早期の総合的評価

介護支援連携指導料(入院中2回) 300点 **新**
ケアマネジャーに来院要請し、介護サービスの情報や退院後の必要なサービスについて共同で指導
要介護申請(区分変更含む)、結果の通知

対象者が後期高齢者から介護保険該当者になった

退院時共同指導料 300点 (3者以上と共同 2000点)
合同カンファレンスによる在宅復帰支援

2008年度診療報酬改定で新設病院の医師の他に3者(診療所医師、保険薬局薬剤師、訪問看護師など)が集まれば、2000点となる

急性期病棟等退院調整加算1(退院時1回) 140点 **新**
急性期病棟等退院調整加算2(退院時1回) 100点
介護保険の適用患者に適切な介護サービスや手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定

入院基本料等加算

後発医薬品使用体制加算

薬剤料を包括外で算定している入院患者の入院基本料に加算

DPC対象病棟に入院しながら出来高算定となっている患者については算定はできないことになった

改定後(2010年4月)

新【後発医薬品使用体制加算】(入院初日) **30点**

平均在院日数の短い医療機関はメリット大

[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料:

一般病棟入院基本料、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及び有床診療所入院基本料(いずれも特別入院基本料を含む。)

[施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

後発医薬品使用体制加算

【通則】

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、DPC対象病棟に入院している患者を除くものであること。

【施設基準】

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上であること。なお、採用品目数とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目数をいう。なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成年月日保医発第号)を参照すること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

【届出に関する事項】

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

後発医薬品使用体制加算（届け出）

様式 40 の 3

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

2. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

① 全ての医薬品の採用品目数 （②+③）		品目
② 後発医薬品の採用品目数		品目
③ 後発医薬品以外の採用品目数		品目
後発医薬品の採用割合 （②/①）		%

[記載上の注意]

- 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表2. ②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表2. ③に該当する品目の一覧表）を添付すること。なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。また、2の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（保医発 第 号）を参照すること。
- 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格A列4番の用紙1枚当たり、50品目程度を目安に記載して添付すること。

特定入院料

救命救急入院料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 500点</p>	<p>【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 1,000点 充実度評価Bの加算 500点 新</p>

病院勤務医の負担軽減の体制(p48)

改定後(2010年4月)

新 【救命救急入院料 小児加算】 **5,000点**(入院初日1回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

特定入院料

広範囲熱傷の場合

専用の治療室管理料から、特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価する

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】 (1日につき) 7,890点</p> <p>[算定日数] 60日を限度として算定</p>	<p>【特定集中治療室管理料】(1日につき) 広範囲熱傷の場合 7,890点</p> <p>[算定日数] 60日を限度として算定</p> <p>【救命救急入院料】(1日につき) 広範囲熱傷の場合 7,890点</p> <p>[算定日数] 60日を限度として算定</p>

特定入院料

特定集中治療室管理料

加算を廃止して点数を引き上げた

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 8,760点 2 8日以上14日以内 7,330点 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室の場合、所定点数の100分の5に相当する点数を加算する。</p>	<p>【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 9,200点 2 8日以上14日以内 7,700点 (削除)</p>
<p>[施設基準]特定集中治療室管理料2 (1) 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、1床当たり15平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。</p>	

改定後(2010年4月)

新【特定集中治療室管理料 小児加算】 **1,500点**(7日以内)
1,000点(8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

特定入院料

ハイケアユニット入院医療管理料

ICUに係る要件がなくなった

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700点</p> <p>[施設基準] 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関</p> <p>平均在院日数17日以内</p>	<p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 4,500点</p> <p>[施設基準] 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関</p> <p>平均在院日数19日以内</p>

救命救急入院料または特定集中治療室管理料の届け出が不要になった施設基準も平均在院日数17日以内から19日以内に緩和された

特定入院料

新生児特定集中治療室管理料 (NICU)

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

改定前	改定後(2010年4月)
【新生児特定集中治療室管理料】 (1日につき)8,500点	【新生児特定集中治療室管理料1】 (1日につき) 10,000点 【新生児特定集中治療室管理料2】 (1日につき) 6,000点 新 [施設基準] (1) 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。 (2) 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合(病院内に常勤)の評価を新設

総合周産期特定集中治療室管理料についても同様に評価する

新生児特定集中治療室管理料2

[通則]

新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合(超過する病床数は2床を上限とする。)であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

- (1) 常時4対1以上の看護配置(当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること)よりも手厚い看護配置であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置(当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること)の基準を満たせなくなってから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

[施設基準]新生児特定集中治療室管理料2

- (1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)の施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

特定入院料

新生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 —ハイリスク新生児受入れの要件緩和—

改定後(2010年4月)

① 一時的な超過入院における算定

ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的に止むを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数は常時4:1以上を超えない範囲で、24時間以内に常時3:1以上に調整すること。

イ) 超過病床数は2床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

満床時にさらに患者を受入れると、看護配置の基準を満たさない場合でも、一時的なものについては算定要件を緩和し、受け入れ拒否にならない状況をつくる

特定入院料

新生児治療回復室入院医療管理料 (GCU)

NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室(GCU)について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設した

改定後(2010年4月)

新【新生児治療回復室入院医療管理料】 **5,400点**(1日につき)

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 常時6対1以上の看護配置であること。

新生児治療回復室入院医療管理料

[通則]

- (1) 新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。
- (2) 新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。
 - ア、高度の先天奇形
 - イ、低体温
 - ウ、重症黄疸
 - エ、未熟児
 - オ、意識障害又は昏睡
 - カ、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - キ、急性心不全(心筋梗塞を含む。)
 - ク、急性薬物中毒
 - ケ、ショック
 - コ、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
 - サ、大手術後
 - シ、救急蘇生後
 - ス、その他外傷、破傷風等で重篤な状態
- (3) 新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

新生児治療回復室入院医療管理料

[施設基準]

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師が常時1名以上配置されていること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット)
 - イ 新生児用呼吸循環監視装置
 - ウ 新生児用人工換気装置
 - エ 微量輸液装置
 - オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
 - カ 酸素濃度測定装置
 - キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

特定入院料

小児入院医療管理料

常勤小児科医9人以上の新たな区分を新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【小児入院医療管理料】(1日につき)</p> <p>1 (常勤小児科医20人以上) 4,500点</p> <p>2 (常勤小児科医5人以上) 3,600点</p> <p>3 (常勤小児科医3人以上) 3,000点</p> <p>4 (常勤小児科医1人以上) 2,100点</p>	<p>【小児入院医療管理料】(1日につき)</p> <p>1 (常勤小児科医20人以上) 4,500点</p> <p>2 (常勤小児科医9人以上) 4,000点 新</p> <p>3 (常勤小児科医5人以上) 3,600点</p> <p>4 (常勤小児科医3人以上) 3,000点</p> <p>5 (常勤小児科医1人以上) 2,100点</p>

小児救急医療等の提供を要件に追加

病院勤務医の負担軽減の体制(p48)

小児入院医療管理料1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

小児入院医療管理料2

[施設基準]

- ① 常勤の小児科又は小児外科の医師9人以上配置されていること。
- ② 7:1以上の看護配置であること。
- ③ 平均在院日数21日以内であること。
- ④ 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。

特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする

特定入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

提供すべきリハビリテーションの単位数の基準が設定された重症患者の受け入れ率は15%から20%に引き上げられた

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690点</p> <p>[施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること (3)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595点</p> <p>[施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】(1日につき)</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点</p> <p>[施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること (3)当該病棟において新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること (4)当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点</p> <p>[施設基準] (1)回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること (2)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</p>

回復期リハビリテーション病棟入院料

[施設基準]追加分

(9) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、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及び呼吸器リハビリテーションの総単位数

イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

(10) 平成22年3月31日に現に回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟であって、平成22年4月1日以降に新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っていないものについては、平成22年9月30日までの間は、なお従前の例による。

「1日2単位以上のリハビリ実施」や「重症者2割要件」を行えない場合、平成22年9月30日まで旧点数を算定することが可能

特定入院料

休日リハビリテーション提供体制加算 リハビリテーション充実加算

改定後(2010年4月)

回復期リハビリテーション病棟入院料の加算
リハビリ実績の多い施設への評価

新【休日リハビリテーション提供体制加算】(1日につき) **60点**

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

新【リハビリテーション充実加算】(1日につき) **40点**

[算定要件]

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

60点 × 100床 × 30日 = 180万円
100点 × 100床 × 30日 = 300万円

発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

回復期リハビリ病棟入院料には「対象疾患の発症から2ヵ月以内(1ヵ月以内)に回復期リハ病棟に入院しなければならない」との要件があるが、回復期リハ病棟に入院する前の急性期病棟で実施した充実したリハビリの日数は除外されることになる。たとえば、脳卒中を発症した場合、通常はその60日後までに回復期リハ病棟に入院しなければならないが、急性期病棟で10日間、1日6単位以上の充実したリハビリを行った場合には、回復期リハ病棟への転院は70日以内でよい。

休日リハビリテーション提供体制加算 リハビリテーション充実加算

[施設基準]休日リハビリテーション提供体制加算

- (1) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- (2) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。
- (3) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

[施設基準]リハビリテーション充実加算

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。計算式は第11の1の(9)に示した式を用いること。

回復期リハビリテーション病棟入院料
の施設基準(9)

特定入院料

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の加算

急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、急性期後のリハビリテーション提供を評価

改定後(2010年4月)

新

【リハビリテーション提供体制加算】(1日につき) **50点**

[算定要件]

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

本点数算定患者は、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者になる

改定前

【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 2,050点

[施設基準]

当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。

2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

[施設基準]

(1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る

(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。

改定後(2010年4月)

【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 2,050点

[施設基準]

当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。

2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

[施設基準]

(1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る

(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。ただし、他医療機関の一般病棟入院基本料(7対1、10対1)等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。

病床数要件の条件付き緩和

亜急性期入院医療管理料

[通則]追加分

- (3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。~~なお~~、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算又は区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する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を兼ねることができる。

[施設基準]亜急性期入院医療管理料1

- (1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割(一般病床の数が400床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあっては10床)以下とする。ただし、回復期のリハビリテーションを必要とする患者であって、主たる疾患あるいは合併症に対して継続してリハビリテーション以外の医療が必要な患者、中心静脈栄養を行っている患者、重度の認知症の患者、気管切開を有する患者(以下「合併症を有する患者」という)の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合については、一般病床の数の3割(一般病床の数が200床を超える病院の場合は60床、一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床)までとすることができる。なお、患者数の割合については以下のアをイで除して算出すること。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とし合併症を有する患者の数

イ 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とする患者の数

亜急性期入院医療管理料

[施設基準]亜急性期入院医療管理料2

- (1) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、当該病室に入院する患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者、当該保険医療機関の他の病棟から転棟してきた患者又は当該病棟の他の病床から転床してきた患者であって、転院前、転棟前又は転床前の保険医療機関において区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算、区分番号A300に掲げる救命救急入院料、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定し、当該病室に入院した時点でこれらを算定するに至った負傷又は疾病に対して急性期治療が提供された日から起算して3週間が経過していない者(以下「急性期治療を経過した患者」という。)の数が3分の2以上であること。
- (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床)以下であること。ただし、当該病室において、急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は、5割(一般病床の数が100床未満の病院にあっては50床)以下であること。

[施設基準]リハビリテーション提供体制加算

注2の加算を算定する病室においては、当該病室に入院し、リハビリテーションを行う患者に対する心大血管疾患リハビリテーション、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、呼吸器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション(以下、この項において「リハビリテーション」という)を1人1週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、1人1週間あたりの平均単位数については、以下に示すアをイで除した数に7を乗じて得た数により計算するものとする。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料を算定する病床に入室する患者に対し提供されたりハビリテーションの総単位数

イ 直近3か月間に当該亜急性期入院医療管理料を算定する病床において一度でもリハビリテーションを提供された患者の延入院日数

特定入院料

精神科救急入院料 精神科救急・合併症入院料

早期評価の引き上げ

改定前	改定後(2010年4月)
【精神科救急入院料】(1日につき) 1 精神科救急入院料1 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点 2 精神科救急入院料2 30日以内 3,231点 31日以上 2,831点 【精神科救急・合併症入院料】(1日につき) 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点	【精神科救急入院料】(1日につき) 1 精神科救急入院料1 30日以内 3,451点 31日以上 3,031点 2 精神科救急入院料2 30日以内 3,251点 31日以上 2,831点 【精神科救急・合併症入院料】(1日につき) 30日以内 3,451点 31日以上 3,031点

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

特定入院料

精神科急性期治療病棟入院料

評価が引き上げられ、施設基準が緩和された

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] 当該病院の全病床数の7割以上又は200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である。</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料1 30日以内 1,920点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料2 30日以内 1,820点 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] (削除)</p>

特定入院料

精神療養病棟入院料

重症度に応じた加算を新設し、入院の長期化を抑制し、かつ重症者への治療が充実することを期待

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,050点</p> <p>重症者加算(1日につき) 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算: 当該患者のGAFスコアが40以下であること</p>

特定入院料

認知症病棟入院料（退院調整加算）

認知症医療は、「早期の治療が重要である」との指摘があり、これを踏まえたもの

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【認知症病棟入院料1】 (1日につき) イ 90日以内の期間 1,330点 ロ 91日以上の期間 1,180点</p>	<p>【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき) イ 60日以内の期間 1,450点 ロ 61日以上の期間 1,180点</p>
<p>【認知症病棟入院料2】 (1日につき) イ 90日以内の期間 1,070点 ロ 91日以上の期間 1,020点</p>	<p>【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき) イ 60日以内の期間 1,070点 ロ 61日以上の期間 970点</p>

改定後(2010年4月)

新【認知症治療病棟退院調整加算】 **100点**(退院時1回)

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士及び専従する臨床心理技術者が勤務していること。

入院期間が6ヶ月を超える患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合

特定薬剤治療管理料

適応拡大

改定後(2010年4月)

血中濃度測定による治療管理を行う当該管理料について、シクロスポリンの対象疾患に難治性のアトピー性皮膚炎を追加する。

院内での情報共有が重要

特定疾患治療管理料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>B001 特定疾患治療管理料 12【心臓ペースメーカー指導管理料】 イ 区分番号K597 に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598 に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460 点 ロ イ以外の場合 320 点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料 12【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 新 ロ その他の場合 320点</p> <p>注1 イについては、体内埋込式心臓ペースメーカー又は体内埋込式除細動器等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、4月に1回に限り算定する。ただし、イを算定した月以外であって、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、ロを算定する。 2 ロについては、体内埋込式心臓ペースメーカー又は体内埋込式除細動器等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。 3 区分番号K597 に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598 に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599 に掲げる埋込型除細動器移植術又は、区分番号K599-3 に掲げる両室ペースティング機能付き埋込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</p>

ペースメーカー、埋込み型除細動器、両室ペースティング機能付き埋込み型除細動器に係る技術料の評価

がん性疼痛緩和指導管理料

緩和ケアに関する講習会の受講を要件化する

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】100点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】100点</p> <p>[施設基準] 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。 ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等</p>

[施設基準]

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。ただし、経過措置として、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなすものであること。

- (1) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
- (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

がん患者カウンセリング料

改定後(2010年4月)

看護師の同席が要件化
「30分要件」については削除された

新【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、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

【通則】

- (1) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (2) 自院、他院を問わず、原則として患者1人1回に限り算定する。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後新たに診断された悪性腫瘍(転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。)に対して行った場合は別に算定できる。
- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

がん患者カウンセリング料

〔施設基準〕

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。
- (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
- ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等
- (3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
 - イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
 - (ロ) 臨床倫理(告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割)
 - (ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
 - (ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程
 - (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 - (ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
 - (ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
 - (チ) コンサルテーション方法
 - エ 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践
- (4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

地域連携小児夜間・休日診療料

改定前	改定後(2010年4月)
【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1 350点 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点	【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

3年以上の経験を有する専任の看護師も評価できることになった

多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設

改定後(2010年4月)

新【院内トリアージ体制加算】 **30点**

【施設基準】

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ② 患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

【算定要件】

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

院内トリアージ体制とは、数少ない小児救急対応医療機関に患者が複数押し寄せた場合に、どの患者が最も救急医療の必要度が高いかを判断すること。今回は小児の一部の医療機関に限定して導入となるが、将来的には一般にも拡大するか。

院内トリアージ体制加算

【通則】

院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、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又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、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。

院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

【施設基準】

(1) 以下の項目を含む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こと。

ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ トリアージ分類

ウ トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

(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、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

(3) 専任の医師又は小児看護や救急医療に関する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こと。

<地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算> (日本医師会Q&A①)

Q. 地域連携小児夜間・休日診療料の届出医師や診療に当たる医師については、B001-2-4地域連携夜間・休日診療料における届出医師や診療に当たる医師と兼務可能とされている。

兼務の場合にあっては、同一医師のもとに複数の小児患者と成人患者が同時に来ることも想定されるが、その場合であっても院内トリアージ加算の対象となるのは、小児患者だけなのか？あるいは、成人患者も含めてトリアージを行わなければならないのか？

A. 成人患者も含めてトリアージを実施したとしても、加算できるのは地域連携小児夜間・休日診療料を算定する小児患者のみである。

Q. 院内トリアージを行った患者に加算するが、例えば同じ目でも午前は患者が多く、午後は少ないということから、午前中はトリアージが行われたが、午後は行われなかった。この場合、午前中のみ加算という理解でよいのか？

A. そのとおり。

地域連携夜間・休日診療料

大人用 小児における場合と同様の評価を新設

軽症等の患者(救急)について地域の開業医等が連携して対応することで、3次救急・2次救急の無用な混雑が緩和することにつながるため、6歳以上版の「地域連携夜間・休日診療料」を新設した

改定後(2010年4月)

新【地域連携夜間・休日診療料】 100点

【施設基準】

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師(当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの)が3名以上いること。

【施設基準】

- (1) 救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師(近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。)として3名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が2名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。
- (3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。
- (4) 緊急時に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入院できる体制が整備されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。

地域連携夜間・休日診療料

【通則】

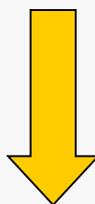
- (1) 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
- (3) 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (7) 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。
- (8) 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。
- (9) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。
- (10) 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

医学管理等

生活習慣病管理料

— 後期高齢者診療料等の扱い —

改定前	改定後(2010年4月)
【後期高齢者診療料】(1月につき) 600点	(廃止)
【後期高齢者外来継続指導料】(退院後最初の診療日) 200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料】(1回限り) 200点	(廃止 平成20年7月1日より凍結)



生活習慣病管理料の年齢要件を廃止し、
高齢者も算定可能に

生活習慣病管理料		
院外 処方	脂質異常症	650点
	高血圧症	700点
	糖尿病	800点
院内 処方	脂質異常症	1,175点
	高血圧症	1,035点
	糖尿病	1,280点

月1回

「生活習慣病管理料」のポイント

- ①算定点数が高い。収益性が高い。
- ②届出が不要。
- ③患者毎に選択が可能。
- ④特定の患者においても月毎に算定する、しないが選択できる。
- ⑤以前あった「運動療法に相当の経験を有する医師」要件が不要。
- ⑥慢性疾患患者にかかりつけ医として認知され、固定患者となる。

デメリットをメリットに変える方法

算定できる施設

- ・診療所と許可病床200床未満病院

包括される項目

- ・指導管理(糖尿病合併症管理料を除く)、検査、病理診断、投薬、注射

診療

- ・療養計画書の交付(4か月に一回以上)
- ・月一回以上の総合的な治療管理

リンパ浮腫指導管理料

外来において再び指導管理を行った場合を評価

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p>1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料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リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>

医学管理等

地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画退院時指導料2

地域連携診療計画管理料

地域連携診療計画退院時指導料1
地域連携診療計画退院計画加算

連携

介護サービス事業所・ケアマネージャー

診療所、200床未満病院

① 急性期治療

② 回復期等

患者

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時1回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料1】(退院時1回) 600点 【地域連携診療計画退院計画加算】 100点 新 [算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料1に加算する。</p>
	<p>【地域連携診療計画退院時指導料2】(退院時1回) 300点 新 [算定要件] (1) 診療所又は許可病床数 200床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料1を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。 (2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>

介護サービス事業所(通所リハなど)との連携を評価

現行の退院時指導料に地域連携診療計画退院計画加算が上乗せされ(引き上げられ)、さらに退院時指導料2が新設された

地域連携診療計画退院時指導料

[通則]

- (1) 地域連携診療計画は、あらかじめ計画管理病院において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関(必要に応じて、計画管理病院から転院後の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関を含む。また、特別の関係であっても差し支えない。)又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間(以下本区分において「総治療期間」という。)、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。
- (2) 地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。また、計画は必ず、計画管理病院、計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う保険医療機関(以下「2段階目の保険医療機関」という。)又は介護老人保健施設(以下「2段階目の保険医療機関等」という。)、2段階目の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関(以下「3段階目の保険医療機関」という。)又は介護サービス事業所(介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所)(以下「3段階目の保険医療機関等」という。)の3段階の連携に限られる必要はなく、必要に応じて、計画管理病院及び2段階目の保険医療機関等の2段階の連携も活用されるべきものである。
- (3) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象疾患は、大腿骨頸部骨折(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。)又は脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。)である。なお、脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。

地域連携診療計画退院時指導料

- (4) 地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (5) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)は、地域連携診療計画管理料を算定したの対象疾患の患者に対し、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に2段階目の保険医療機関連携する保険医療機関において退院時に算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (6) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の「注3」に掲げる地域連携診療計画退院計画加算は、2段階目の保険医療機関及び3段階目の保険医療機関等を含んだ診療計画に基づき患者の同意を得て、当該保険医療機関の退院後、3段階目の保険医療機関等で行われるべき診療等の計画を作成するとともに、患者、家族に説明し、3段階目の保険医療機関等と適切に情報共有を行うことについて評価したものである。
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)は、3段階目の保険医療機関等において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。
- (8) 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時、2段階目の保険医療機関及び地域連携診療計画退院時指導料を算定する連携保険医療機関からの退院時及び3段階目の保険医療機関における退院後の初回受診時においては、別紙様式10に定める日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

介護支援連携指導料

入院中の患者について退院の見込みがついた段階で、介護サービスに係る必要な情報共有を行うことを評価するもの

改定後(2010年4月)

新 【介護支援連携指導料】 **300点**(入院中2回)

[算定要件]

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

要介護認定申請をしてから実際にケアプランが作成され、介護サービスが開始されるまでには、1ヵ月ほどかかる。退院後に要介護認定申請をすると医療と介護の間に長期間の空白が生じるが、この対策として、入院中からケアマネと看護師等が共同して退院後の介護サービスに係る情報を共有することを評価するもの

医療機関に併設された「居宅介護支援事業所」のケアマネジャーの算定は可能
医療機関に併設された「介護保険施設等」のケアマネジャーの算定は不可

介護支援連携指導料

〔通則〕

- (1) 介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。
 - ア 介護老人福祉施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第20項に規定する地域密着型老人福祉施設及び同条第24項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）
 - イ 介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設
 - ウ 介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設
 - エ 特定施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設及び同条の2第11項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）

介護支援連携指導料

- オ 認知症対応型グループホーム(介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。)
- カ 小規模多機能居宅介護事業所(介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。)
- (4) 初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
- (5) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプランの写しを診療録に添付すること。
- (6) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援連携指導料を算定することはできない。
- (7) 同一日に区分番号B005退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の両方を算定することはできない。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料

改定後(2010年4月)

がん版の地域連携パスである。
治療計画によって連携する医療機関がそれぞれ算定できる

新【がん治療連携計画策定料】(計画策定病院(退院時)) **750点**

【算定要件】

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

新【がん治療連携指導料】(連携医療機関(情報提供時)) **300点**

【算定要件】

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

【施設基準】がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

【施設基準】がん治療連携計画策定料

がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

がん治療連携

【通則】

- (1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。
- (3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。
- (5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。
- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

認知症専門診断管理料 認知症専門医療機関連携加算

改定後(2010年4月)

新【認知症専門診断管理料】 **500点**(1人につき1回)

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価

新【認知症専門医療機関連携加算】 **50点**(月1回)

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

診療情報提供料(I)への加算

「認知症患者紹介加算」は鑑別のための紹介の評価
本加算は診断された患者の紹介を評価

[通則]

認知症専門診断管理料は、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1人につき1回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「B005-7」に掲げる認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。

[施設基準]認知症専門診断管理料

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成20年3月31日障発第0331009号)における認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能を有する保険医療機関であること。

肝炎インターフェロン

インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に、患者の治療計画を策定した専門医療機関と治療計画に基づいてインターフェロン治療を行う地域の医療機関がそれぞれ算定できるようになった。

新

改定後(2010年4月)

【肝炎インターフェロン治療計画料】(1人につき1回) **700点**

【算定要件】

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

【施設基準】

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

インターフェロンを投与すると、副反応として発熱やだるさが長時間続くため、副反応を就寝中にやりすごそうと、午後インターフェロン投与を行う診療所などを評価するもの

診療情報提供料(I)への加算

改定後(2010年4月)

新

【肝炎インターフェロン治療連携加算】(月1回まで) **50点**

【算定要件】

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況を計画策定医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

肝炎インターフェロン治療計画料

【通則】

- (1) 肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (2) 治療計画の策定にあたっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。
- (3) 入院中の患者については退院時に算定すること。

【施設基準】

- (1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断(活動度及び病期を含む。)と治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

医薬品安全性情報等管理体制加算

改定後(2010年4月)

薬剤管理指導料

新【医薬品安全性情報等管理体制加算】 **50点**

薬剤管理指導料に加算
更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

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

医薬品安全性情報等管理体制加算

【施設基準】

- (1) 医薬品情報管理室において、次のアからウに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
 - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。また、入院患者への投薬及び注射並びに外来受診患者の院内処方のみならず、院外処方せんの情報を含む。）
 - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用、ヒヤリハット、インシデント等の情報
 - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）
- (2) 医薬品安全性情報等（(1)アからウに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師は、当該保険医療機関の各病棟において薬学的管理指導を行う薬剤師と定期的にカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が薬学的管理指導を行うにつき必要な情報を提供すること。
- (4) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (5) 上記加算の要件に規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

医療機器安全管理料

点数の引き上げ

改定前	改定後(2010年4月)
【医療機器安全管理料1】 50点	【医療機器安全管理料1】 100点
【医療機器安全管理料2】 1,000点	【医療機器安全管理料2】 1,100点

[施設基準]医療機器安全管理料1

- (1) 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (2) 医療に係る安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。)を設置していること。
- (3) 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者(以下「医療機器安全管理責任者」という。)が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。
- (5) 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

[施設基準]医療機器安全管理料2

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)並びに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。)がそれぞれ1名以上いること。**なお、当該医師については、区分番号M000の注2に規定する放射線治療専任加算における医師との兼任は可能であるが、当該技術者については放射線治療専任加算における技術者との兼任はできないこと。**
- (2) 当該保険医療施設に於いて高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

薬剤情報提供料（手帳記載加算）

対象者を全年齢に拡大

改定前	改定後（2010年4月）
<p>【薬剤情報提供料】10点 注2 後期高齢者手帳記載加算 5点 後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】10点 注2 手帳記載加算 3点 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ「手帳記載加算」算定する

薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない

退院時薬剤情報管理指導料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】 100点 注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>【薬剤管理指導料】 注 退院時服薬指導加算 50点 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】 90点 注 患者の入院時に当該患者が服用中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>(廃止)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>対象者を全年齢に拡大し、薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した (後期高齢者と一般の点数を全年齢に拡大し一本化した)</p> </div>

患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導(保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方せんを提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。)を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。

在宅療養支援病院

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【在宅療養支援病院について】 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。</p> <p>また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 許可病床数が200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。</p> <p>また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

届け出件数(2008年7月1日)
 診療所は1万1450件、病院は7件
 200床未満の病院数は6085軒

200床未満の中小病院は、緊急時の連絡体制整備など他の要件を満たせば在宅療養支援病院となることが可能になった

単純に在宅療養支援病院になっても、在宅を行える医師の確保は難しい。在宅療養支援病院は地域の在宅療養支援診療所と競合せず、後方支援などで連携することで地域にアピールしたい。

救急搬送診療料

医師の同乗の評価

改定前	改定後(2010年4月)
【救急搬送診療料】(1回につき) 1,300点 乳幼児加算 150点	【救急搬送診療料】(1回につき) 1,300点 新生児加算 1,000点 新 乳幼児加算 500点

往診料

改定前	改定後(2010年4月)
【往診料】 650点	【往診料】 720点

往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

対診: 他の医師が診療に立ち会うこと。
または診療の結果を鑑定すること

定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

<入院中の患者の他医療機関への受診>(日本医師会Q&A①)

Q. 従来からの、対診の場合の診療報酬請求の取扱いに関する以下の規定について、変更はないと考えてよいか？

- (1) 診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立会診療を求めることができる。
- (2) 対診を求められて診療を行った保険医の属する保険医療機関からは、当該基本診療料、往診料等は請求できるが、他の治療行為にかかる特掲診療料は主治医の属する保険医療機関において請求するものとし、治療を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。

A. 取扱いに変更はない。ただし、定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できないことを明確化したものである。

在宅患者訪問診療料

福祉施設もマンションも同じであるとして、この診療料2を「居住系施設」ではなく、「同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合」に改められた

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合 830点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 2以外の場合 830点</p> <p>2 同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合 200点</p>

居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費(Ⅲ)についても同様に算定対象を見直す

＜在宅患者訪問診療料＞(日本医師会Q&A①)

Q. 同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場以外の場合に見直されたが、同一患家で2人以上の患者を診察算定はどうなるのか？

A. 同一患家の取扱いは従来どおりであり、2人目以降は在宅患料を算定せず、初診料、再診料及び特掲診療料を算定する。

改定後(2010年4月)

新 【在宅患者訪問診療料】乳幼児加算 **200点**

在宅患者訪問診療料（在宅ターミナルケア加算）

他医療機関で死亡した場合も本加算を算定できるようになった

改定前	改定後（2010年4月）
<p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前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に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前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（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）に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して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）に10,000点を加算。</p>

在宅患者訪問診療料

[通則]追加分

- (3) 「2」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- ア 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者
- イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (4) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「1」の同一建物居住者以外の場合の所定点数を算定する。

在宅患者訪問診療料

(5) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、(3)の規定にかかわらず、1人目は、「1」の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、区分番号「A000」に初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料の「注4」に規定する加算を算定する。

(6) 略

(7) 在宅患者訪問診療料の算定は週3回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、ライゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若筋萎縮症、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

在宅移行早期加算

在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に加算

改定後(2010年4月)

新【在宅移行早期加算】(月1回) **100点**

【算定要件】

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

【通則】

在宅移行早期加算は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から3月を限度として、1月1回に限り所定点数に加算する。ただし、在宅移行早期加算は、退院から1年を経過した患者に対しては算定できない。新在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては新たに3月を限度として、月1回に限り所定点数に加算できるものとする。

複数名訪問看護・指導加算

改定後(2010年4月)

在宅患者訪問看護・指導料に加算

(在宅患者訪問看護・指導料)(同一建物居住者訪問看護・指導料)

新【複数名訪問看護・指導加算】(週1回)保健師、助産師又は看護師と当時に行った場合 **430点**
 准看護師と当時に行った場合 **380点**

[算定要件]

(1) 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※:訪問看護療養費においては看護師等とする。

(2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- ①末期の悪性腫瘍等の者
- ②特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- ③特別な管理を必要とする者
- ④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

[通則]

複数名訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者に対して、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導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、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導を実施した場合、1人の患者に対して週1回に限り算定できるものであり、単に2人の看護師等が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

乳幼児加算・幼児加算（訪問看護）

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設

改定後（2010年4月）

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）

新 【乳幼児加算（3歳未満）】 **50点**（1日につき）

【幼児加算（3歳以上6歳未満）】 **50点**（1日につき）

凍結されていた在宅患者訪問看護・指導料の加算の廃止

改定前

改定後（2010年4月）

【後期高齢者終末期相談支援加算】（1回限り） 200点

（廃止）

訪問看護ターミナルケア

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、死亡診断を目的として医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、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回以上在宅患者訪問看護・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</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、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回以上在宅患者訪問看護・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(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場合を含む)</p>
<p>【居住系施設入居者等訪問看護・指導料ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、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回以上居住系施設入居者等訪問看護・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</p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>死亡した同一建物居住者に対して、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回以上同一建物居住者訪問看護・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(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場合を含む)</p>

重症者管理加算

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 	<p>【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 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 六 真皮を越える褥瘡の状態にある者
<p>重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に追加</p>	<p>[算定要件](六について)</p> <p>定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</p>

退院前在宅療養指導管理料

在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設

改定後(2010年4月)

新 【退院前在宅療養指導管理料】乳幼児加算 **200点**

12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する

改定後(2010年4月)

【退院前在宅療養指導管理料】

新 在宅小児低血糖症患者指導管理料 **820点**

在宅療養指導管理料

複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

改定後(2010年4月)

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

改定後(2010年4月)

新【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 **500点**

【算定要件】

表皮水疱患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要なもの

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価

【通則】

- (1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料は当該指導管理料に含まれる。
- (3) 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用(薬剤及び特定保険医療材に係る費用を含む。)は別に算定できる。

在宅血液透析指導管理料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【在宅血液透析指導管理料】 (1月につき) 3,800点 2回目以降 2,000点 (月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで)</p> <div data-bbox="161 639 932 806" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げ、要件見直し</p> </div> <p>【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】 (1月につき) 8,000点 2回目以降 2,000点 (初回算定から2月までの間)</p> <p>【施設基準】 患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</p> <p>【算定要件】 関係学会等のマニュアルを参考に在宅透析を行うこと。</p> <p>【透析液供給装置加算】 (1月につき) 10,000点</p>

【施設基準】

- (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。
- (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

検査

外来迅速検体検査管理加算

改定前	改定後(2010年4月)
【外来迅速検体検査加算】 5点／件(最大5件まで)	【外来迅速検体検査加算】 10点 ／件(最大5件まで)

評価の引き上げ

検体検査実施料

改定後(2010年4月)

衛生検査所等調査より得られた検体検査実施における実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について検査実施料の適正化を実施する。

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

不採算とされる微生物学的検査など約20項目が引き上げになったので、引き下げとなった約40項目を含め検体検査実施料全体で見た場合、「マイナスにはならない」という試算もある

引き下げとなったのは42項目(多くが5%から8%程度)

- ・血液化学検査の「総鉄結合能(TIBC)」85点→11点(▲87%)
- ・「不飽和鉄結合能(UIBC)」も80点→11点(▲86%)

引き上げは22項目でさらに新設項目も多い

- ・出血・凝固検査の「プロトロンビン時間測定」15点→18点(+20%)引き上げとなる。実施回数の多い検査である。
- ・「遺伝学的検査」2000点→4000点(+200%)
- ・「染色体検査」2000点→2600点(+30%)
- ・微生物学的検査では、16項目が引き上げとなり、さらに新設項目

検査

眼科学的検査・耳鼻科学的検査・内視鏡検査

改定前	改定後(2010年4月)
D261【屈折検査】74点 D263【矯正視力検査】 1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点 2 1以外の場合 74点 D264【精密眼圧測定】85点 D265【角膜曲率半径計測】89点	D261【屈折検査】 69点 D263【矯正視力検査】矯正視力検査 1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 69点 2 1以外の場合 69点 D264【精密眼圧測定】 82点 D265【角膜曲率半径計測】 84点

改定前	改定後(2010年4月)
D244【自覚的聴力検査】 1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 400点 2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点	D244【自覚的聴力検査】 1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 350点 2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 350点

改定前	改定後(2010年4月)
D298【嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコーピー】 (部位を問わず一連につき) 620点 D299【喉頭ファイバースコーピー】 620点	D298【嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコーピー】 (部位を問わず一連につき) 600点 D299【喉頭ファイバースコーピー】 600点

新規特定保険医療材料等に係る技術料

改定後(2010年4月)

新 D231-2【皮下連続式グルコース測定】(一連につき) **700点**

[算定要件]

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

改定前	改定後(2010年4月)
<p>D206【心臓カテーテル法による諸検査】(一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>D206【心臓カテーテル法による諸検査】(一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影または冠動脈血流予備能測定を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>

検体検査管理加算

改定後(2010年4月)

現行の3区分に加えて、より充実した体制(常勤の臨床検査技師が10名など)を新設

新 【検体検査管理加算(Ⅳ)】 **500点**

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

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

[施設基準]検体検査管理加算(Ⅳ) 追加分

(1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

エックス線撮影料

デジタルエックス線撮影料の新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>E002【撮影】</p> <p>1 単純撮影 65 点</p> <p>2 特殊撮影(一連につき) 264 点</p> <p>3 造影剤使用撮影 148 点</p> <p>4 乳房撮影(一連につき) 196点</p>	<p>E002【撮影】</p> <p>1 単純撮影</p> <p style="padding-left: 20px;">イ アナログ撮影 60点 ● 新</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ デジタル撮影 68点 ● 新</p> <p>2 特殊撮影(一連につき)</p> <p style="padding-left: 20px;">イ アナログ撮影 260点 ● 新</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ デジタル撮影 270点 ● 新</p> <p>3 造影剤使用撮影</p> <p style="padding-left: 20px;">イ アナログ撮影 144点 ● 新</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ デジタル撮影 154点 ● 新</p> <p>4 乳房撮影(一連につき)</p> <p style="padding-left: 20px;">イ アナログ撮影 192点 ● 新</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ デジタル撮影 202点 ● 新</p>

アナログ撮影の点数は現行よりも引下げ、デジタル撮影点数は現行よりも上げられた。

エックス線撮影料

デジタル映像化処理加算の廃止

改定前	改定後(2010年4月)
【デジタル映像化処理加算】 15 点 (平成21年度末までの経過措置)	(廃止)

電子画像管理加算の見直し

改定前	改定後(2010年4月)
【電子画像管理加算】 イ 単純撮影の場合 60 点 ロ 特殊撮影の場合 64 点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72 点 ニ 乳房撮影の場合 60 点	【電子画像管理加算】 イ 単純撮影の場合 57点 ロ 特殊撮影の場合 58点 ハ 造影剤使用撮影の場合 66点 ニ 乳房撮影の場合 54点

コンピューター断層撮影診断料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>E200 コンピューター断層撮影</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ マルチスライス型の機器による場合 850 点</p> <p>ロ イ以外の場合 650 点</p>	<p>E200 コンピューター断層撮影 新</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 900点</p> <p>ロ 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p> <p>外傷全身CT加算 800点 新</p> <p>全身外傷に対してCT撮影を行った場合</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 1300 点</p> <p>2 1 以外の場合 1080 点</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 1,330点</p> <p>2 1 以外の場合 1,000点</p>
<p>第3節 通則2</p> <p>(中略)当該月の2 回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。</p>	<p>第3節 通則2</p> <p>(中略)当該月の2 回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100 分の80に相当する点数により算定する。</p>

[通則]外傷全身CT加算

外傷全身CTとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したCT撮影をいう。

「16列以上」を引上げ、他は引下げる。
「1.5テスラ以上の機器」の点数を引上げ、それ以下は引下げた

[施設基準]外傷全身CT加算

- (1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。
- (2) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
- (3) 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。

投薬

(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	年	月	日	男・女	電話番号										
	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、交付の日を念めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----	---	---	---	-----------	----	---	---	---	--

処方																		
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

処方せん様式等の見直し

2010年度の新処方せん様式
太破線内が追加された
・都道府県番号
・点数表番号
・医療機関コード

突合が容易になるため、処方元は、病名漏れに注意

改定後(2010年4月)

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

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

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。その際、処方箋の一部について後発医薬品への変更を差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
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。

保険医療機関及び 保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

改定後(2010年4月)

「保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。」

[通知において以下を記載]

患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応としては、例えば、診察時に後発医薬品の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等をいう。

投薬

抗悪性腫瘍剤処方管理加算

改定後(2010年4月)

新【抗悪性腫瘍剤処方管理加算】 **70点**(1処方につき、月1回)

処方料または処方せん料に加算

【通則】

- ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、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、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。
- イ 同一暦月に処方料とF400処方せん料を算定する場合にあっては、処方料又はF400処方せん料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。
- ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

【施設基準】

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

注射

外来化学療法加算

改定前	改定後(2010年4月)
イ 外来化学療法加算1 500点 15歳未満の患者 700点	イ 外来化学療法加算1 550点 15歳未満の患者 750点
ロ 外来化学療法加算2 390点 15歳未満の患者 700点	ロ 外来化学療法加算2 420点 15歳未満の患者 700点

介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

改定後(2010年4月)

外来化学療法加算1又は2の届け出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射(手技料)の算定を可能とする。

注射

新規特定保険医療材料等に係る技術料

改定後(2010年4月)

新 G005-3【末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術】 **700点**

脳血管疾患等リハビリテーション料

廃用症候群に対するリハビリテーションを新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【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) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点</p>	<p>【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) (1) (2)以外の場合 245点 (2) 廃用症候群の場合 235点 新</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1) (2)以外の場合 200点 (2) 廃用症候群の場合 190点 新</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 新</p>

廃用症候群:

安静状態が長期に続く事によって起こる心身のさまざまな低下等
筋萎縮、関節拘縮、褥瘡(床ずれ)、等

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）

[施設基準]脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

- (1) 当該保険医療機関において、専従の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのうち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴(又は講師歴)を有すること。
- (2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。
- ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。
- イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能であること。
- ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。
- エ アからウまでの専従の従事者が合せて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、160平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、~~なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。す場合にあつては、それぞれ専用の機能訓練室は別の空間として区別する必要はない。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なお、ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。~~
- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備等
- (5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たすものとする。
- ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- イ 専従の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。
- ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)を有していること。
- エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。
- (6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

【届出に関する事項】

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (4) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

[施設基準]脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

(2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。ただし回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能である。

イ 専従の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能である。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関の専用の機能訓練室で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なおただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、
血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、
各種日常生活動作用設備等
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に
医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

【届出に関する事項】

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、
専任・非専任の別）等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、その他の従事者が脳血管疾
患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

[施設基準]脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料、における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合にあっては、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なお、ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。
- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

【届出に関する事項】

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、その他の従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

リハビリ

運動器リハビリテーション料

より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【運動器リハビリテーション料】(1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】(1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 新 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点 [運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件] 入院中の患者に対し、運動器リハビリテーションを行った場合に算定する。 [運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準] (1) 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。 (2) 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。 (3) 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。 (4) 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。</p>

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

【施設基準】運動器リハビリテーション料(Ⅰ)

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該専従の従事者は、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該保険当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

【届出に関する事項】

- (1) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

[施設基準]運動器リハビリテーション料(Ⅱ Ⅰ)

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。
- (2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。
- イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。
- ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。
- また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、及び障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、~~同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室においては同時に行うこと差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- [届出に関する事項]**
- (1) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、~~従事者が運動器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

【施設基準】運動器リハビリテーション料(ⅢⅡ)

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関の専用の機能訓練室で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

【届出に関する事項】

- (1) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、従事者が運動器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

心大血管疾患リハビリテーション料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 200点</p> <p>[施設基準] (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 200点</p> <p>[施設基準] (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</p>

実施が可能な施設が全国で418施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）

[施設基準]心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

- (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ること。こと。
- (3) 専用の機能訓練室(少なくとも、病院については30平方メートル以上、診療所については20平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できないが、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。

心大血管疾患リハビリテーション料（I）

(4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

ア 酸素供給装置

イ 除細動器

ウ 心電図モニター装置

エ トレッドミル又はエルゴメータ

オ 血圧計

カ 救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること

運動負荷試験装置

(5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

(8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

【届出に関する事項】

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料（I）の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間について別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、従事者が心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する者である場合には、勤務歴等を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

〔施設基準〕心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)

- (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務していること。ただし、専従者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。こと。
- (3) 専用の機能訓練室(少なくとも、病院については30平方メートル以上、診療所については20平方メートル以上。)を有していること。専用の機能訓練室は、~~当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できないが~~、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。
- (4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
 - ア 酸素供給装置
 - イ 除細動器
 - ウ 心電図モニター装置
 - エ トレッドミル又はエルゴメータ
 - オ 血圧計
 - カ 救急カートまた、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること
運動負荷試験装置

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

【届出に関する事項】

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間について別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、従事者が心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する者である場合には、勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

疾患別リハビリテーション料（一覽）

改定前	心大血管	脳血管疾患	運動器	呼吸器
I	200点	235点	170点	170点
II	100点	190点	80点	80点
III		100点		
早期リハ加算(30日以内)	30点			
算定日数上限	150日	180日	150日	90日
算定日数上限以降	月13単位まで算定可能 (14単位目以降は選定療養として実施できる)			

改定後(2010年4月)	心大血管	脳血管疾患		運動器	呼吸器
		1	2(廃用症候群)		
I	200点	245点	235点	175点	170点
II	100点	200点	190点	165点	80点
III		100点	100点	80点	
早期リハ加算(30日以内)	45点				
算定日数上限	150日	180日		150日	90日
算定日数上限以降	月13単位まで算定可能 (14単位目以降は選定療養として実施できる)				

疾患別リハビリテーション（通則）

同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、一つの保険医療機関が責任をもって実施すべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、障害児(者)リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

心大血管疾患リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。

脳血管疾患等リハビリテーション料の「廃用症候群の場合」の対象となる患者は、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。

呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）

〔施設基準〕呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

- (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士1名については、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料を実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

〔届出に関する事項〕

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）

〔施設基準〕呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション及び障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

〔届出に関する事項〕

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の24を用いて提出すること。なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

リハビリ

早期リハビリテーション加算

改定前	改定後(2010年4月)
【早期リハビリテーション加算】(1単位につき) 30点	【早期リハビリテーション加算】(1単位につき) 45点

維持期のリハビリテーション

改定後(2010年4月)

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

介護保険には短時間(2時間)の通所リハがある
将来的に医療保険の維持期リハ(13単位)は、介護へ移行させたいか

難病患者リハビリテーション料

療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価する
短期集中リハビリテーション実施加算を新設する

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 600点 注2 難病患者リハビリテーション料を行った場合に食事を提供した時は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 640点</p> <p>新 短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき) 退院後1月以内 280点 退院後1月を超え3月以内 140点</p>

(略)

(5) 「注2」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なりハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して1月以内に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。加算の対象となる食事の提供は、あくまで医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われるものに限られる。なお、食事の提供に当たっては、当該保険医療機関内で調理した食事を提供するとともに、関係帳簿を整備する。

(6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

リハビリ

がん患者リハビリテーション料

がん患者の生活のサポート

改定後(2010年4月)

新【がん患者リハビリテーション料(1単位につき)】 **200点**

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[施設基準]

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

がん患者リハビリテーション料

【対象患者】

(1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者

例) 術前からの呼吸方法は喀痰排出のための訓練等

(2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者

例) 術前・術後の適宜代用器具等も用いた発生や、嚥下の訓練や肩・肩甲骨等の運動障害に対するリハビリ等

(3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者

(4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

例) 義肢や装具を用いた訓練や、患肢以外の機能獲得のための訓練等

(5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

例) 構音障害や麻痺等に対する訓練等

(6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

例) 心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等

(7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者

例) 心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等

(8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

例) 自助具等の使用訓練、摂食・嚥下療法、呼吸法の指導等

[通則]

- (1) がん患者リハビリテーション料は、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(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。
- (2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を終了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。
- (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。
- ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
 - イ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
 - ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
 - エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
 - オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
 - カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
 - キ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
 - ク 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者
- (4) がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。
- (5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、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、呼吸器リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

がん患者リハビリテーション料

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことを言う。
 - ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
 - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を終了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものを言う。
 - (イ) 「がんのリハビリテーション研修」(厚生労働省委託事業)その他関係団体が主催するものであること。
 - (ロ) 研修期間は通算して14時間程度のものであること。
 - (ハ) 研修内容に以下の内容を含むこと。
 - (a) がんのリハビリテーションの概要
 - (b) 周術期リハビリテーションについて
 - (c) 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて
 - (d) がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて
 - (e) がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて
 - (f) 進行癌患者に対するリハビリテーションについて
 - (ニ) 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。
 - (ホ) リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものであること。
- (2) 当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、(1)のイに規定する研修を終了した者のことをいう。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも100平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。
- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び機械・器具として、以下のものを具備していること。歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

精神科専門療法

在宅復帰支援

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【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が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 350点</p>	<p>【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が通院精神療法を行った場合 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>

病院と診療所を同じにした

認知療法・認知行動療法

うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法を診療報酬上で評価した

改定後(2010年4月)

新【認知療法・認知行動療法】(1日あたり) **420点**

[算定要件]

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

精神科標榜していない保険医療機関でも算定できる

[通則]

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分以上の治療が行われた場合に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回を限度として算定する。
- (4) 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (5) 認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)を踏まえて行うこと。

精神科デイ・ケア等

早期の地域移行についての評価

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【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</p> <p>【精神科デイ・ケア】(1日につき) 1 小規模なもの 550点 2 大規模なもの 660点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科ナイトケア】(1日につき) 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 (1日につき) 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 (1日につき) 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ショートケア】(1日につき) 1 小規模なもの 275点 2 大規模なもの 330点 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。新</p> <p>【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 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に50点を加算する。新</p> <p>【精神科ナイトケア】(1日につき) 540点 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。新</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】(1日につき) 1,040点 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】(1日につき) 1,040点 当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。新</p>

在宅復帰支援

メリハリをつけるために、
期間を1年と区切った

処置

長期療養患者褥瘡等処置

対象者を全年齢に拡大

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【後期高齢者処置】(1日につき) 12点 注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】(1日につき) 24点 注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれる物とする。</p>
<p>【後期高齢者精神病棟等処置】15点 注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>

処置

人工腎臓

人工腎臓の薬剤費の包括化を外来だけでなく入院中の慢性腎臓病患者にも拡大し、併せて点数を引き下げる。急性腎不全などに対する人工腎臓は入院でも出来高算定となる。

改定前	改定後(2010年4月)
【人工腎臓】(1日につき) 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合 イ 4時間未満の場合 2,117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点 ハ 5時間以上の場合 2,397点 2 その他の場合 1,590点	【人工腎臓】(1日につき) 1 慢性維持透析の場合 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 2 その他の場合 1,580点

エリスロポエチンの価格を考慮して点数を引き下げた

改定後(2010年4月)	
新 【透析液水質確保加算】 10点 (1日につき) [算定要件] ①月1回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用していること。 ②専任の透析液安全管理者1名(医師又は臨床工学技士)を配置していること。 ③透析機器安全管理委員会を設置していること。	基準を満たした透析液を使用していることに対する評価

[施設基準]透析液水質確保加算 (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。 (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。
--

処置

在宅における血液透析（併算定要件）

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合の手技料算定を認める

改定前	改定後（2010年4月）
<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</p>

処置

新規特定保険医療材料等に係る技術料

改定後(2010年4月)

新 J045-2【一酸化窒素吸入療法】(1時間につき) **920点**

[算定要件]

下記の何れかの施設基準の届け出を行っている医療機関において算定できる。

- ①新生児特定集中治療室管理料(A302)
- ②総合周産期特定集中治療室管理料(A303)

改定後(2010年4月)

新 J003【局所陰圧閉鎖処置】(1日につき)

1 被覆材を交換した場合

イ 100 cm²未満 **1,600点**ロ 100 cm²以上200 cm²未満 **1,680点**ハ 200 cm²以上 **1,900点**注 初回のみ、イにあつては**1,690点**、ロにあつては**2,650点**、ハにあつては**3,300点**を加算する。2 その他の場合 **900点**

処置

皮膚科処置

改定前	改定後(2010年4月)
<p>J055【いぼ焼灼法】</p> <p>1 3箇所以下 220点</p> <p>2 4箇所以上 270点</p> <p>J056【いぼ冷凍凝固法】</p> <p>1 3箇所以下 220点</p> <p>2 4箇所以上 270点</p>	<p>J055【いぼ焼灼法】</p> <p>1 3箇所以下 210点</p> <p>2 4箇所以上 260点</p> <p>J056【いぼ冷凍凝固法】</p> <p>1 3箇所以下 210点</p> <p>2 4箇所以上 260点</p>

手術

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等

ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更
 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術の算定要件の明確化

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】</p> <p>1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740 点</p> <p>2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730 点</p>	<p>【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】</p> <p>1 ポリープ又は切除範囲が2cm未満のもの 5,000点</p> <p>2 ポリープ又は切除範囲が2cm以上のもの 7,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 5,360 点</p>	<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 ポリープが2cm未満のもの 5,000点</p> <p>2 ポリープが2cm以上のもの 7,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</p>

手術料の適正な評価

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、概ね手術料全体の評価を引き上げる。特に、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を必要とする手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を必要とすると鑑定されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差については外保連試案を用いて整合をとることとする。

約900の手術

区分E: 15年の経験を有し、特殊技術を有する専門医による手術
区分D: 15年の経験を有する専門医による手術

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

3歳未満に限られていた手術料の乳幼児加算は、3歳以上6歳未満で算定可能となった

新規特定保険医療材料等に係る技術料

改定前	改定後(2010年4月)
<p>K142-2【脊椎側彎症手術】 34,800 点</p> <p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に17,400 点を加算する。ただし、加算点数は69,600 点を限度とする。</p>	<p>K142-2【脊椎側彎症手術】</p> <p>1 固定術 37,420点</p> <p>2 矯正術</p> <p>イ 初回挿入術 112,260点 新</p> <p>ロ 全体交換術 37,420点 新</p> <p>ハ 伸展術 20,540点 新</p> <p>注 1については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。</p>
改定前	改定後(2010年4月)
<p>K595【経皮的カテーテル心筋焼灼術】</p>	<p>K595【経皮的カテーテル心筋焼灼術】</p> <p>注1 三次元カラーマッピング下に行った場合は所定点数に17,000点を加算する。 新</p>

新規特定保険医療材料等に係る技術料

改定後(2010年4月)

D210-3【埋込型心電図検査(解析料を含む。)] **90点**

新 K597-3【埋込型心電図記録計移植術] **1,260点**

K597-4【埋込型心電図記録計摘出術] **840点**

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術(K 597)及びペースメーカー交換術(K 597-2)
- ②両心室ペースメーカー移植術(K 598)及び両心室ペースメーカー交換術(K598-2)
- ③埋込型除細動器移植術(K 599)及び埋込型除細動器交換術(K 599-2)
- ④両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術(K 599-3)及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術(K 599-4)

改定後(2010年4月)

新 K651【内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術] **7,590点**

引き上げられた手術料（例）

手術名	改定前	改定後
増点となった手術の例(50%増)		
肝切除術拡大葉切除	64,700点	97,050点
胸腔鏡下肺切除術	37,500点	56,250点
大動脈瘤切除術胸腹部大動脈	111,000点	166,500点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800点	83,700点
子宮悪性腫瘍手術	39,000点	58,500点
膀胱悪性腫瘍手術全摘 (回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600点	98,400点
喉頭, 下咽頭悪性腫瘍手術 (頸部, 胸部, 腹部等の操作による再建を含む)	63,300点	94,950点
関節形成手術肩, 股, 膝	26,500点	39,750点
動脈(皮)弁術, 筋(皮)弁術	21,900点	32,850点
緑内障手術流出路再建術	14,200点	21,300点
増点となった手術の例(30%増)		
腹腔鏡下虫垂切除術虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点	14,140点
内視鏡的胆道ステント留置術	6,830点	8,880点
埋込型除細動器移植術	13,100点	17,030点
定位的脳内血腫除去術	12,200点	15,860点
子宮附属器腫瘍摘出術(両側)腹腔鏡	19,600点	25,480点
腎部分切除術	19,300点	25,090点
喉頭悪性腫瘍手術全摘	30,900点	40,170点
耳下腺腫瘍摘出術耳下腺深葉摘出術	18,400点	23,920点
人工関節置換術肩, 股, 膝	22,300点	28,990点
硝子体置換術	4,080点	5,300点

麻酔管理料

改定後(2010年4月)

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

新【麻酔管理料(Ⅱ)】

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 **100点**(1人につき1回)
- 2 全身麻酔 **300点**(1人につき1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

[施設基準]麻酔管理料(Ⅰ)

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

[施設基準]麻酔管理料(Ⅱ)

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。
- (4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。
- (5) 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。

麻酔管理料（Ⅱ）

[通則]

- (1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。
- (3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。
- (4) 麻酔管理料(Ⅱ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (5) 麻酔管理料(Ⅱ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。
- (6) 同一の患者について、麻酔管理料(Ⅰ)と麻酔管理料(Ⅱ)を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(Ⅰ)と麻酔管理料(Ⅱ)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。