日医工MPI行政情報

http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/

2012年度診療報酬改定
「医科2/2」（通知　Q&A）
＜特掲診療料＞

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

nikky

資料No.240409-269-12

株式会社日医工医業経営研究所

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

凡例

改定前	改定後
2010年度診療報酬の点数、施設基準等	2012年度診療報酬の点数、施設基準等

実線枠白地青字
2012年度診療報酬改定の通知等

薄灰色地
2012年度診療報酬改定の注釈・補足事項等

破線枠白地黒字（前回改定の参考資料）
2010年度診療報酬改定の通知等

点線緑枠緑字
2012年度診療報酬改定の疑義解釈等

橙破線枠図（厚労省資料から）
「平成24年度診療報酬改定の概要」
厚生労働省保険局医療課（2012年3月14日）

日医工MPIコメント
内容解説、等

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

目次(2/2)

	別表第七、別表第八		ハイリスク妊娠(分娩)管理加算	26	夜間休日救急搬送医学管理料	104	コンピューター断層撮影
	病院勤務医の負担軽減		退院調整加算	28	外来リハビリテーション診療料	105	磁気共鳴コンピューター断層撮影
	透析や検査の共同利用		地域連携計画加算	33	外来放射線照射診療料	106	ビタミン剤の取扱い
	たばこ対策		新生児特定集中治療室退院調整加	37	リンパ浮腫指導管理料	107	一般名処方の処方せん料加算
	初診料・再診料		救急搬送患者地域連携加算	38	退院時共同指導料	116	処方せん様式の変更
	時間外対応加算		精神科救急搬送患者地域連携加算	40	ハイリスク妊産婦共同管理料	118	医療用麻薬処方日数制限の緩和
	明細書の無料発行		地域連携認知症支援加算	41	がん治療連携計画策定料	119	外来化学療法加算
	入院基本料の通則		総合評価加算	44	がん治療連携管理料	124	無菌製剤処理料
	一般病棟入院基本料		後発医薬品使用体制加算	46	認知症専門診断管理料	125	疾患別リハビリテーション
	必要度評価票		病棟薬剤業務実施加算	48	認知症療養指導料	126	早期リハビリテーション加算
	特定除外制度の見直し(15対1、13対1)		データ提出加算	49	退院前訪問指導料	128	脳血管疾患等、運動器
	救急・在宅等支援病床初期加算		救命救急入院料	50	機能を強化した在支診・在支病	131	入院精神療法
	重症児(者)受入連携加算		自殺企図等患者加算	54	往診料	132	通院・在宅精神療法
	午前中の退院が多い医療機関		特定集中治療室管理料	55	在宅患者訪問診療料	136	精神科継続外来支援・指導料
	金曜日入院　月曜日退院		特定入院料	58	在宅ターミナルケア加算	138	認知療法・認知行動療法
	療養病棟入院基本料		小児特定集中治療室管理料	60	在宅時医学総合管理料	140	精神科ショート・ケア
	救急・在宅等支援療養病床初期加算		小児入院医療管理料	61	特定施設入居時等医学総合管理料	141	精神科デイ・ケア
	(各)入院基本料		回復期リハビリテーション病棟入院料	63	在宅がん医療総合診療料	143	精神科デイ・ナイト・ケア
	看取り加算		亜急性期入院医療管理料	64	救急搬送診療料　長時間加算	144	精神科訪問看護・指導料
	救急医療管理加算		緩和ケア病棟入院料	65	在宅患者訪問看護・指導料	150	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
	在宅患者緊急入院診療加算		児童・思春期精神科入院医療管理料	73	在宅患者訪問リハビリテーション指導	153	重度認知症患者デイ・ケア料　夜間
	医師事務作業補助体制加算		精神療養病棟入院料(重症者加算)	74	訪問看護指示料	154	局所陰圧閉鎖処置
	急性期看護補助体制加算		精神療養病棟入院料(退院調整加算	75	特別訪問看護指示加算	155	処置料
	超重症児(者)・準超重症児(者)入院		認知症治療病棟入院料	76	介護職員等喀痰吸引等指示料	157	人工腎臓
	二類感染症患者療養環境特別加算		特定一般病棟入院料	77	在宅療養指導管理料	158	透析液水質確保加算
	療養病棟療養環境加算		短期滞在手術基本料	85	在宅療養指導管理材料加算	159	手術
	無菌治療室管理加算	5	医学管理等	92	人工呼吸器加算	161	麻酔
	緩和ケア診療加算	7	がん性疼痛緩和指導管理料	93	疼痛等管理用送信器加算	162	放射線
	精神科身体合併症管理加算	9	がん患者カウンセリング料	95	検体検査実施料	163	対外照射
	精神科リエゾンチーム加算	11	外来緩和ケア管理料	96	検体検査判断料	164	直線加速器による定位放射線治療
	がん診療連携拠点病院加算	13	移植後患者指導管理料	97	生体検査料	164	密封小線源治療
	栄養サポートチーム加算	17	糖尿病透析予防指導管理料	99	診断穿刺・検体採取料	165	病理標本作製料
	感染防止対策加算	21	地域連携小児夜間・休日診療料	102	エックス線診断料	166	病理診断・判断料
	患者サポート体制充実加算	22	院内トリアージ実施料	103	核医学診断料	167	転換老健

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

参照（別表）

「特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者」
「特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者」

（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者）

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

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

B001の7 難病外来指導管理料

改定前	改定後
難病外来指導管理料　250点	難病外来指導管理料　270点（改）　改

B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料

改定前	改定後
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 ロ　イ以外の場合　320点	心臓ペースメーカー指導管理料　改 イ　遠隔モニタリングによる場合　550点（改） ロ　イ以外の場合　360点（改）

B001の14 高度難聴指導管理料

改定前	改定後
高度難聴指導管理料 イ　区分番号K328に掲げる人工内耳埋込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　480点 ロ　イ以外の場合　400点	高度難聴指導管理料　改 イ　区分番号K328に掲げる人工内耳埋込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　500点（改） ロ　イ以外の場合　420点（改）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

B001の18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

改定前	改定後
小児悪性腫瘍患者指導管理料　500点	小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点（改）改

B001の19 植込型補助人工心臓指導管理料

改定前	改定後
植込型補助人工心臓指導管理料　6,000点	（削除）

削除（区分変更）し評価を引き上げた。

B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料

改定後
（新）植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点 新 **[算定要件]** 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 （新）導入期加算　140点 新 **[算定要件]** 植込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に140点を加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

がん

B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料

改定前	改定後
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点 緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合 **[施設基準]** 当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。	【がん性疼痛緩和指導管理料】 1 がん性疼痛緩和指導管理料1 200点(新) 新 2 がん性疼痛緩和指導管理料2 100点(改) 改 **[算定要件]** **1 がん性疼痛緩和指導管理料1** 緩和ケアの経験を有する医師が直接当該指導管理を行った場合に算定する。 **[施設基準]** 当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。

(新)がん性疼痛緩和指導管理料 小児加算 50点 新

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【がん性疼痛緩和指導管理料】

(問90)同一の医療機関において、B001の22がん性疼痛緩和指導管理料1と2を、別々の患者に算定することは可能か。

(答) 医師の要件に応じて、算定可能である。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

22 がん性疼痛緩和指導管理料（平成24年3月5日留意事項）

(1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。

(2) がん性疼痛緩和指導管理料の「１」は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

(3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

(4) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料（平成24年3月5日施設基準）

１ がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

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。

(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

２ 届出に関する事項

(1) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の2を用いること。

(2) 1に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

看護師

医学管理等

連携

がん

B001の23 がん患者カウンセリング料

改定前	改定後
【がん患者カウンセリング料】 500点 **[算定要件]** 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。 継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関での実施の評価を追加した。	【がん患者カウンセリング料】 500点 **[算定要件]** 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<u>ただし、地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。</u>

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）] 【がん患者カウンセリング料】

（問91）B001の23がん患者カウンセリング料について、医師および看護師が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うとあるが、説明及び相談の際に終始医師が同席していなければならないのか。

（答）必ずしも同席の必要はないが、診断結果や治療方針等についての説明は医師が行うこと。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

23 がん患者カウンセリング料（平成24年3月5日留意事項）

（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）当該患者について区分番号B005－6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005－6－2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に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。**（平成24年3月30日関連通知の一部訂正）**

（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。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

チーム

がん

B001の24 外来緩和ケア管理料

改定後

緩和ケアチームを評価。

（新） 外来緩和ケア管理料 300点（月１回に限り） 新

[算定要件]

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

[施設基準]

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

ア身体症状の緩和を担当する常勤医師
イ精神症状の緩和を担当する常勤医師
ウ緩和ケアの経験を有する常勤看護師
エ緩和ケアの経験を有する薬剤師

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

(新)外来緩和ケア管理料 小児加算 150点 新

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）] 【外来緩和ケア管理料】

(問92)B001の24外来緩和ケア管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、緩和ケア診療加算の要件にある研修と同様で以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳ガン看護」又は「がん放射線療法看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

24 外来緩和ケア管理料（平成24年3月5日留意事項）

（1）外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（2）緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

（3）緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者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こと。

（4）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。

（5）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当する保険医、看護師などが参加していること。

（6）当該保険医療機関に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。

（7）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。

（8）当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

第4の4 外来緩和ケア管理料（平成24年3月5日施設基準）

１ 外来緩和ケア管理料に関する施設基準

（1）当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される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

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。

（2）緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の１以下であること。）

［略］

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

看護師　薬剤師

チーム

負担

B001の25 移植後患者指導管理料
B001の26 造血幹細胞移植後患者指導管理料

改定後

医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価

新

（新）移植後患者指導管理料

1　臓器移植後患者指導管理料　300点（月1回）

2　造血幹細胞移植後患者指導管理料　300点（月1回）

[対象患者]

1臓器移植後患者指導管理料

臓器移植後の患者

2造血幹細胞移植後患者指導管理料

造血幹細胞移植後の患者

[施設基準]

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

1臓器移植後患者指導管理料

①臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

2造血幹細胞移植後患者指導管理料

①造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

25 移植後患者指導管理料（平成24年3月5日留意事項）

（1）移植後患者指導管理料は、臓器移植（角膜移植を除く。）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という。）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期に渡って生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。臓器移植後の患者については「1 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「2 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。

（2）移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（GVHD）、易感染性等の特性にかんがみて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

（3）移植医療に係る適切な研修を受けた看護師は、関係診療科及び関係職種と緊密に連携をとり、かつ適切な役割分担を考慮しつつ、医師の指示のもと臓器等移植後の患者に対して提供される医療について調整を行うこと。

（4）臓器等移植後患者であっても、移植後の患者に特有な指導が必要ない状態となった場合は移植後患者指導管理料は算定できない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第4の5 移植後患者指導管理料（平成24年3月5日留意事項）

(1) 臓器移植後に関する施設基準

ア　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

（イ）臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師

① 腎臓移植領域10例以上

② 肝臓移植領域10例以上

③ ①、②以外の臓器移植領域3例以上

（ロ）臓器移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

（ハ）免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ　アの（ロ）における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

（イ）医療関係団体が主催するものであること。

（ロ）移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

（ハ）講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

ウ　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ　病院については、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、「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24年3月5日保発0305第2号）別添3の第1の1の(5)と同様であること。

(2) 造　血幹細胞移植後に関する施設基準

ア　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

（イ）造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は7例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師

（ロ）造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

（ハ）免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ　アの（ロ）における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

（イ）医療関係団体が主催するものであること。

（ロ）移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

（ハ）講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

ウ　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ　病院については、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、「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」の別添3の第1の1の(5)と同様であること。

2 届出に関する事項

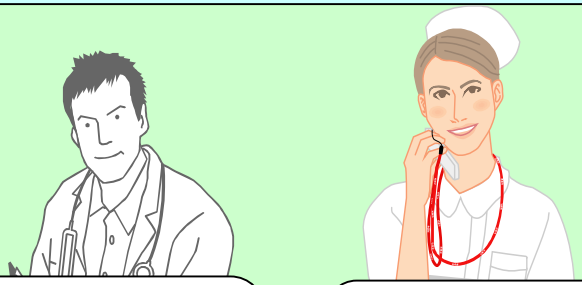
(1) 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の5及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2を用いること。

(2) 毎年7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、「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」の別添7の様式13の2により届け出ること。

図解資料

移植後患者指導管理料
造血幹細胞移植後患者指導管理料

移植後患者指導管理料



常勤医師
2年以上の経験
経験症例

常勤看護師
2年以上の経験
所定の研修要件

十分な経験を有する
薬剤師

① 腎臓移植領域10例以上
② 肝臓移植領域10例以上
③ ①、②以外の移植領域3例以上
のいずれか

造血幹細胞移植後患者指導管理料

常勤医師
2年以上の経験
経験症例

常勤看護師
2年以上の経験
所定の研修要件

十分な経験を有する
薬剤師

造血幹細胞移植10例以上
（小児科は7例以上）

・専門外来の設置
・病院勤務医の負担軽減

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

チーム

負担

B001の27 糖尿病透析予防指導管理料

改定後

（新） 糖尿病透析予防指導管理料 350点 新

[算定要件]

ヘモグロビンA1c（HbA1c）が6.1%（JDS値）以上、6.5%（国際標準値）以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、
糖尿病性腎症第2期以上の患者（透析療法を行っている者を除く）に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

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

透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価

[疑義解釈（日本医師会①2012年3月5日）] 【糖尿病透析予防指導管理料】
●Q. 透析予防診療チームは専任の医師、専任の看護師または保健師、専任の管理栄養士により構成されることが必要とされているが、非常勤でもよいか？
A. 管理栄養士は非常勤でもよいが、医師か看護師・保健師のどちらか一方が常勤である必要がある。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【糖尿病透析予防指導管理料】

(問93)B001の27糖尿病透析予防指導管理料について、当該点数を算定する日において、透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。
(答) そのとおり。当該指導にあたり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

(問94)B001の27糖尿病透析予防指導管理料について糖尿病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。
(答) そのとおり。

(問95)B001の27糖尿病透析予防指導管理料について、糖尿病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。
(答) 複数の患者に同時に指導を行った場合には算定出来ない。

(問96)B001の27糖尿病透析予防指導管理料の施設基準にある管理栄養士の経験として必要な栄養指導とは何か。
(答) 栄養指導とは、患者の栄養状態や食行動等の評価・判定を踏まえ、療養に必要な食事や栄養に関する指導を行うこと等が含まれる。なお、食事の提供にかかる業務のみを行っている場合は、栄養指導を行っていないため、当該経験として必要な栄養指導には該当しない。

(問97)B001の27糖尿病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、複数の施設で必要な経験年数を満たしていてもいいのか。
(答) そのとおり。

(問98)B001の27糖尿病透析予防指導管理料の医師、看護師、管理栄養士は栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士との兼任は可能か。
(答) 栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。

(問99)B001の27糖尿病透析予防指導管理料はB001の20糖尿病合併症管理料との併算定は可能か。
(答) 可能である。

(問100)B001の27糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。
(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。
① 日本看護協会認定看護師教育課程「糖尿病看護」「透析看護」の研修
② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護師教育課程
③日本糖尿病療養指導士認定機構が認定している糖尿病療養指導士の受講者用講習会

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

27 糖尿病透析予防指導管理料（平成24年3月5日留意事項）

（1）糖尿病透析予防指導管理料は、入院中以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.1 %以上（NGSP値で6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

（2）当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、（1）の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（3）当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（4）看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。

（5）当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

（6）同一月又は同一日においても、「注２ 」「注３」に規定するものを除き、第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（7）当該管理料を算定する場合は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２の様式５の７に基づき、一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

（平成24年3月30日関連通知の一部訂正）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第4の6 糖尿病透析予防指導管理料（平成24年3月5日施設基準）

1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
　ア糖尿病指導の経験を有する専任の医師
　イ糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
　ウ糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

(2) (1)のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

(3) (1)のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。

ア　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者。なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。
　① 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
　② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
　③ 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。
　④ 通算して10時間以上のものであること。

イ　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者

(4) (1)のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。

(5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

(6) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。

(7) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

(8) 糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

(9) 病院については、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、「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」の別添3の第1の1の(5)と同様であること。

(10) 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生局（支）局長に報告していること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

救急

連携

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料

改定前	改定後
【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 【地域連携夜間・休日診療料】 100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1　450点(改) 2　地域連携小児夜間・休日診療料2　600点(改)　改 【地域連携夜間・休日診療料】 200点(改)　改

評価を引き上げた。

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

看護師

医学管理等

救急

負担

B001-2-5 院内トリアージ実施料

救急外来受診患者に対する院内トリアージの評価を独立して評価した。

改定後

（新） 院内トリアージ実施料　100点 新

[算定要件]

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

[施設基準]

①院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。

②患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。

③専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

大規模災害や新型感染症など、患者トリアージの重要性は増している。今後も充実される点数と思われる。

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

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【院内トリアージ実施料】

（問101）B001－2－5院内トリアージ実施料は夜間休日診療所のみ届出可能なのか。

（答）夜間休日診療所に限らず、施設基準を満たす保険医療機関であれば、届出可能である。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B001－2－5 院内トリアージ実施料（平成24年3月5日留意事項）

(1) 院内トリアージ実施料については、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、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対し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。ただし、B001－2－6「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者については算定できない。

(2) 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。

第6の4 院内トリアージ実施料（平成24年3月5日施設基準）

1 院内トリアージ実施料に関する施設基準

(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。

(4) 病院については、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、「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」の別添3の第1の1の(5)と同様であること。

2 届出に関する事項

(1) 院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の3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」の別添7の様式13の2を用いること。

(2) 毎年7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、「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」の別添7の様式13の2により届け出ること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

院内トリアージ実施料（施設基準）

①実施基準の取り決め

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

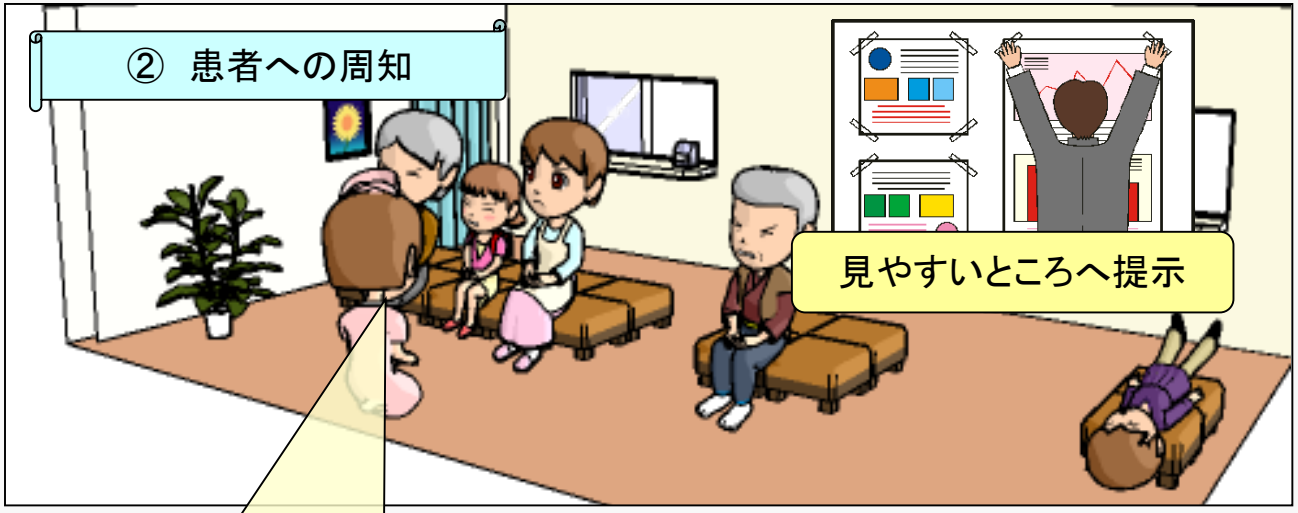
③　人員配置

医師

どちらか

看護師
救急医療に関する
3年以上の経験

②　患者への周知



当病院では患者の様態に応じて診療の順番を変更することがあります。

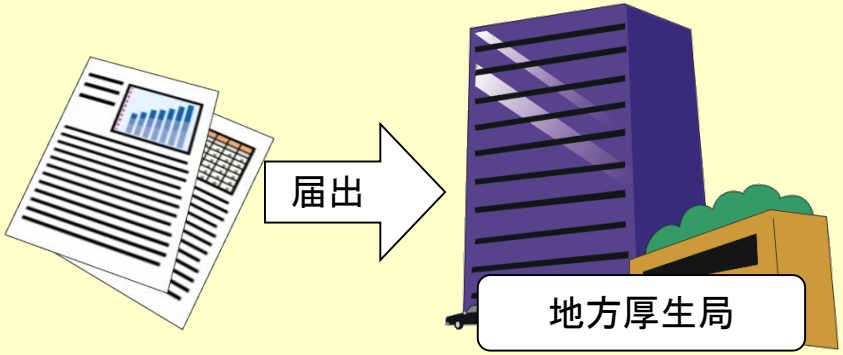
④　負担軽減体制

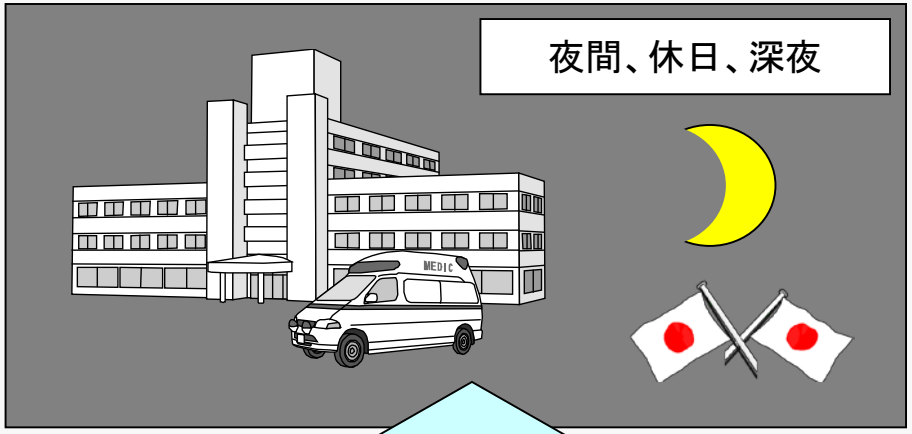
病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

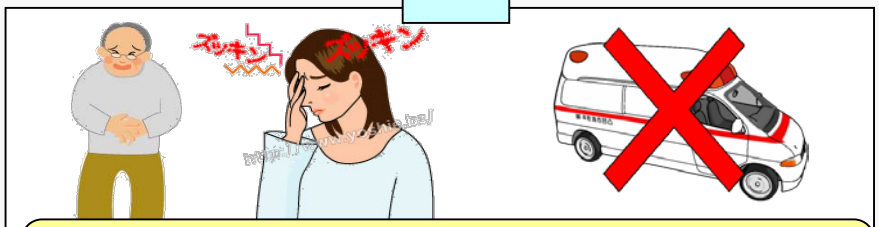
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

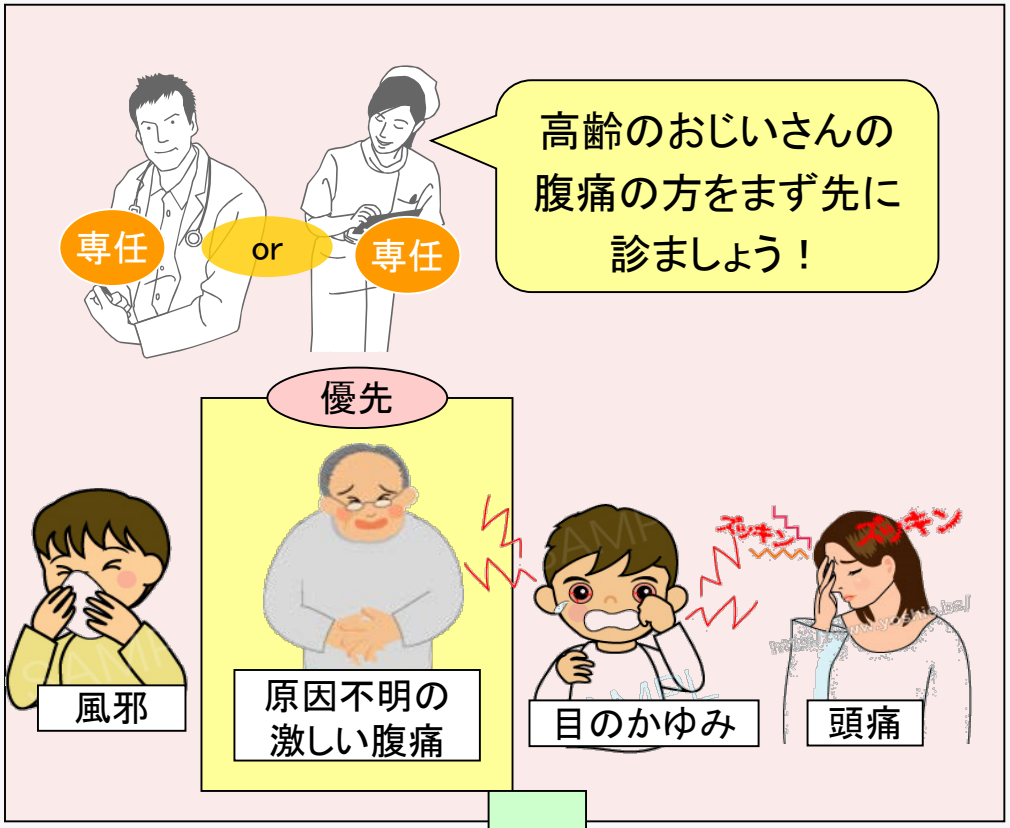
院内トリアージ実施料（算定要件）

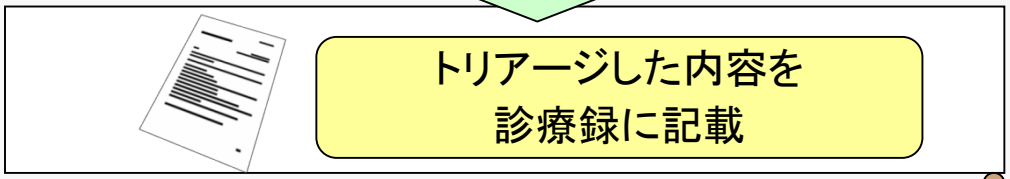






救急用の自動車等により緊急に
搬送された者を除く





トリアージした内容を
診療録に記載

※夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者は
算定できない

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

救急

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価

改定後

（新） 夜間休日救急搬送医学管理料　200点（初診時） 新

[算定要件]

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

[施設基準]

第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

救急に係る診療報酬の評価（外来・イメージ）

救急搬送

上記以外で来院

【救急医療を担う医療機関】

【二次救急医療機関】
（新） 夜間休日救急搬送医学管理料
200点

（新） 院内トリアージ実施料
100点（初診時）

夜間休日診療所等で
小児に対して評価していた
トリアージ加算について、
医療機関、年齢を拡大

【地域連携小児夜間・休日診療料】
地域連携小児夜間・休日診療料1
（小児科医による診療が夜間、休日等に行われている場合）
400点→450点
地域連携小児夜間・休日診療料2
（小児科医による診療が24時間行われている場合）
550点→600点
【地域連携夜間・休日診療料】
100点→200点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

改定後

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

新

リハビリテーション患者の毎回診察を緩和し、包括的な指示を評価

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料1

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

外来リハビリテーション診療料2

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

[施設基準]

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

再診をせず「今日はリハビリだけ」は、認められていなかったため、今回の点数が整備された。今後は本点数を算定せずに「今日はリハビリだけ」の状況がある場合は注意が必要か。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B001－2－7 外来リハビリテーション診療料（平成24年3月5日留意事項）

(1) 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。

(2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書におい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又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を1週間に2日以上提供することとしている患者である。

(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

(4) 外来リハビリテーション診療料2の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを2週間に2日以上提供することとしている患者である。

(5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

(6) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。

(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。

第6の6 外来リハビリテーション診療料（平成24年3月5日施設基準）

1 外来リハビリテーション診療料に関する施設基準

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていること。

(2) 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。

［略］

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【外来リハビリテーション診療料】

(問102)B001－2－7外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行う日において、2科目の診療を行った場合、2科目の初診料又は再診料(外来診療料)は算定できるのか。

(答) A000初診料の注3ただし書きに規定する点数又はA001再診料の注2(A002外来診療料の注3)に規定する点数を算定する。

(問103)B001－2－7外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料(外来診療料)は算定できるのか。

(答) 初診料又は再診料(外来診療料)を算定する。

(問104)B001－2－7外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

(答) リハビリテーションに係る再診料又は外来診療料は算定できない。

(問105)B001－2－7外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、リハビリテーションを実施した日に処置等を行った場合、当該診療に係る費用は算定できるか。

(答) 初診料、再診料、外来診療料以外の費用については、算定可能である。

(問106)B001－2－7外来リハビリテーション診療料はリハビリテーション実施計画で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションを実施することになっているが、実際は1日しかリハビリテーションを実施できなかった場合、どのように請求すればよいか。

(答) 診療録及びレセプトの摘要欄において、リハビリテーション実施予定日、リハビリテーションが実施できなかった理由、その際に受けた患者からの連絡内容等が記載されており、事前に予想できなかったやむを得ない事情で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションが実施できなかったことが明らかな場合は算定可能。

(問107)同一患者について、B001－2－7外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数が経過した後、当該診療料を算定せずに再診料等を算定してもよいのか。

(答) そのとおり。

(問108)B001－2－7外来リハビリテーション診療料の届出を行った医療機関であっても、当該診療料を算定する患者と再診料等を算定する患者が混在してもよいのか。

(答) そのとおり。

Copyright©2012 Nihon Ika Kogyo Keiei Kenkyusho Co.,Ltd.

[疑義解釈（日本医師会①2012年3月5日）] 【外来リハビリテーション診療料】

●Q. 外来リハビリテーション診療料の届出を行った場合であっても、患者の状況によって当該診療料を算定する患者と再診料を算定する患者が混在してよいか？

A. よい。

●Q. 外来リハビリテーション診療料に規定される期間（7日または14日）が経過した後、その都度診察を行う場合は、同一月であっても本点数を算定せず、再診料を算定することができるか？

A. できる。

●Q. 本点数を算定する期間（7日または14日）に、投薬や処置など別に算定できるか？

A. 算定できるが、投薬、処置等に対して別途再診料は算定できない。なお、外来診療料を算定する医療機関の場合、外来診療料に包括される診療行為については算定不可となる。

●Q. 本点数の算定を始めたが、リハビリテーションの回数を増やす必要が生じた場合、さかのぼって再診料を算定してよいか？

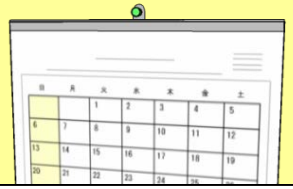
A. さかのぼって再診料を算定することはできない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

外来リハビリテーション診療料

包括的に指示

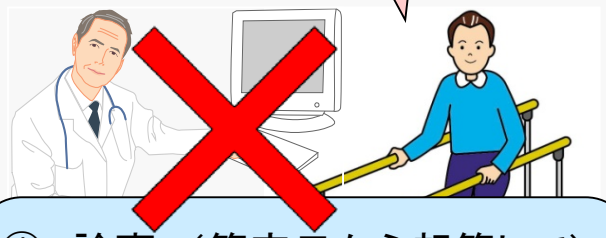


リハビリテーション実施計画

外来患者

診察の要件

診察なしでもリハビリ提供可能



① 診察 （算定日から起算して）

7日間不要

（1週間に2日以上リハを行う場合）

② 診察 （算定日から起算して）

14日間不要

（2週間に2日以上リハを行う場合）

ただし！

算定日から ①7日間 ②14日間は、リハビリテーションを実施した日について
初・再診料、外来診療料を算定しない

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B001-2-8 外来放射線照射診療料

１週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、チームによる毎回の観察を評価

改定後

（新） 外来放射線照射診療料　280点 新

[算定要件]

① 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。

② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。

③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

[施設基準]

① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が勤務していること。

② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。

③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。

④ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B001－2－8 外来放射線照射診療料（平成24年3月5日留意事項）

（1）放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
（2）外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
（3）放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症副作用等についても、必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
（4）関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
（5）算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

第6の7 外来放射線照射診療料（平成24年3月5日施設基準）

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準
（1）放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。
（2）専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
（3）放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。
（4）合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。
2 届出に関する事項
外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の6を用いること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）] 【外来放射線照射診療料】

(問109)B001－2－8外来放射線照射診療料を算定した後の7日間以内に、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

（答） 放射線治療に係る再診料又は外来診療料は算定できない。なお、放射線照射に伴い医学的に必要な場合に診察を行うことも含めて当該医学管理が評価されていることに留意されたい。

(問110)B001－2－8外来放射線照射診療料について、放射線治療の予定が3日間以内であったため、当該診療料の所定点数の50／100を算定したが、例えば、医学的理由により2日目、3日目の照射を行わず、当該診療料の50／100を算定した日から4日目以降に再度放射線治療を継続した場合に、再診料等を算定してよいか。

（答） 算定して差し支えない。なお、その際、再診料、外来診療料又は外来放射線照射診療料のいずれかを医学的判断により算定すること。また、診療録及びレセプトの摘要欄に医学的理由を記載すること。

(問111)放射線治療を5日間実施する予定でB001－2－8外来放射線照射診療料を算定したが、医学的な必要があって2日間で治療終了となった場合はどのように対応したらよいのか。

（答） 100分の100を算定できる。ただし、早期に治療終了となった医学的な理由を診療録及びレセプトの摘要欄に記載すること。

(問112)外来放射線照射診療料の要件である「専従の診療放射線技師」は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）及び画像誘導放射線治療加算に係る「放射線治療を専ら担当する常勤の放射線技師」と兼任が可能か。

（答）可能。

(問113)外来放射線照射診療料の要件である「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」は、医療機器安全管理料2に係る「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」との兼任は可能か。

（答）可能。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

外来放射線照射診療料

施設基準

治療をしているときは勤務していることが条件

配置　放射線治療医

放射線治療の経験を5年以上

専従

看護師

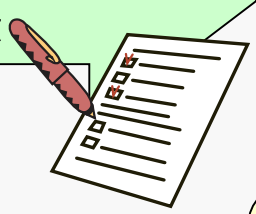
専従

診療放射線技師

勤務

精度管理を専ら担当する技術者

説明と
文書による同意



治療効果
成績
合併症
副作用等

算定日から**7日間**は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。

照射ごとに報告

・算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。
・算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

連携

がん

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

改定前	改定後
【リンパ浮腫指導管理料】 100点 **[算定要件]** 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。	【リンパ浮腫指導管理料】 100点 **[算定要件]** 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関<u>又は術後に地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)</u>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。

手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合の評価

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

B004 退院時共同指導料１　特別管理指導加算

連携

在宅

改定後

（新）退院時共同指導料1 特別管理指導加算　200点
（新）訪問看護療養費 特別管理指導加算　2,000円

新

[特別な管理が必要な者]

①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

②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

③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

④真皮を越える褥瘡の状態にある者

⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

在宅医療を担う医療機関の保険医
若しくは、当該保険医の指示を受けた看護師
又は、訪問看護ステーションの看護師
の退院時共同指導

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B005 退院時共同指導料２

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

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

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）] 【退院時共同指導料2】
（問114）B005退院時共同指導料2は複合型サービス事業所の看護師が訪問した場合にも算定できるのか。
（答）複合型サービス事業所が、都道府県による訪問看護ステーションの指定を受けていれば算定できる。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

連携

B005-4 B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料

評価を引き上げ、対象者を追加した。

改定前	改定後
【ハイリスク妊産婦共同管理料1】 500点 【ハイリスク妊産婦共同管理料2】 350点 [対象者] ①妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性、Rh不適合 ②妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性	【ハイリスク妊産婦共同管理料1】 800点(改) 【ハイリスク妊産婦共同管理料2】 500点(改) [対象者] ①妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性、Rh不適合 ②妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、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

改

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

連携

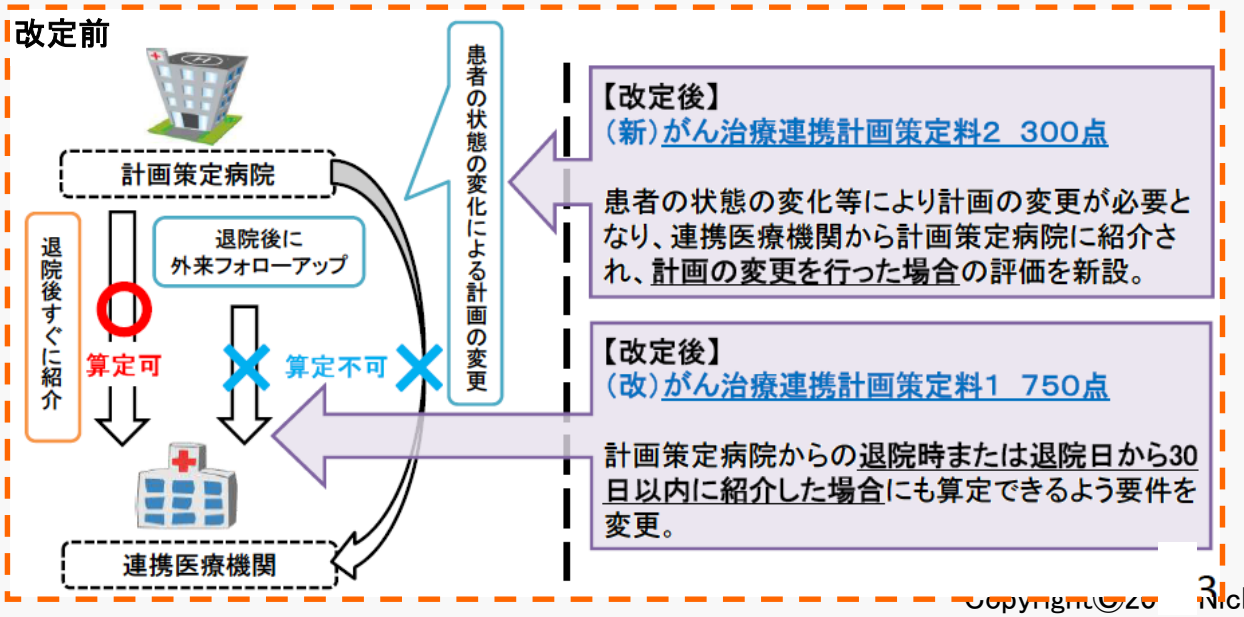
がん

B005-6 がん治療連携計画策定料

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

退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とした。

がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合も評価。



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B005－6 がん治療連携計画策定料、B005－6－2 がん治療連携指導料（平成24年3月5日留意事項）

(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1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、退院時又は退院した日から起算して30日以内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書の写しを診療録に貼付すること

(4) がん治療連携計画策定料1は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、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、退院した日から起算して30日以内に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、交付した治療計画書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。なお、がん治療連携計画策定料2は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「B005－6－2」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

(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基づく診療を提供し、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。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第11の2　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料（平成24年3月5日施設基準）

1 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

(1) 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。

(2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の1の(10)と同様であること。

2 がん治療連携計画策定料の施設基準

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。

3 届出に関する事項

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の2を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

(2) 計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添2の様式13の3を参考にすること。

(3) 1の(2)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【がん治療連携計画策定料】

(問116)B005－6－2がん治療連携指導料を算定する連携医療機関は自院が必ず届出を行う必要があるのか。

（答）B005－6がん治療連携計画策定料を算定する計画策定病院が一括して届出を行えば、連携医療機関も届出を行ったものとして取り扱う（連携医療機関は届出を行う必要はない）。

(問117)B005－6がん治療連携計画策定料及びB005－6－2がん治療連携指導料について、連携計画書の内容を変更する度に届出る必要があるのか。

（答）年に1回、7月1日時点のものを届出ること。

(問118)B005－6がん治療連携計画策定料の「2」の「計画の変更」とは、どのような場合か。

（答）がんの再発や転移等による状態の変化により、治療方法の変更（放射線療法から化学療法への変更や再手術の実施等）が行われた場合である。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

B005-6-3 がん治療連携管理料

連携

がん

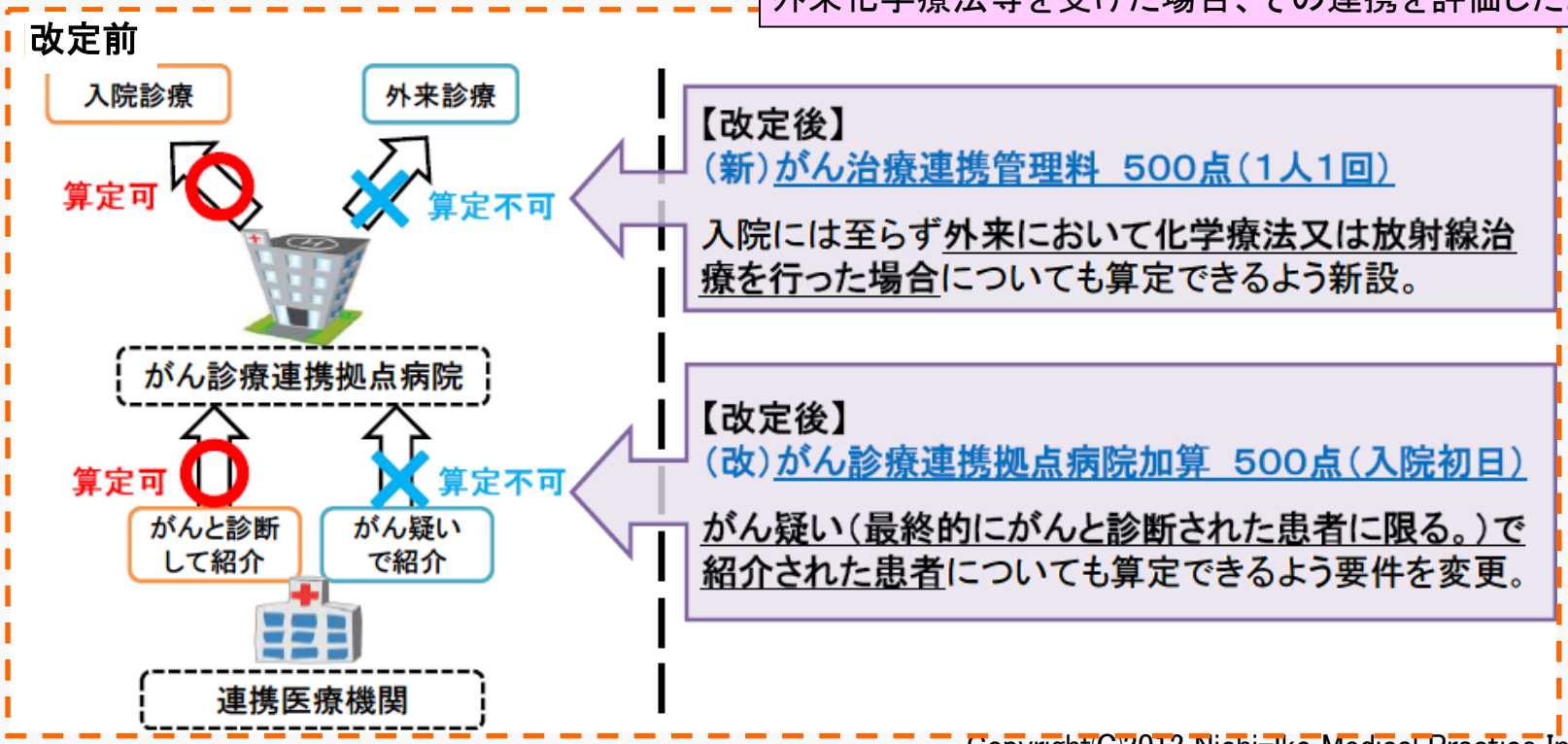
改定後

（新）がん治療連携管理料　500点 新

[算定要件]

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

がん診療連携拠点病院に紹介された患者が、入院せずに外来化学療法等を受けた場合、その連携を評価した。



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B005－6－3 がん治療連携管理料（平成24年3月5日留意事項）

（1）がん診療連携管理料は、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（2）当該管理料は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る 。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（3）当該管理料の対象患者は、（2）に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（4）がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「A232」がん診療連携拠点病院加算は算定できない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

認知

連携

B005-7 認知症専門診断管理料

改定前	改定後
【認知症専門診断管理料】 （1人につき1回） 500点 ［算定要件］ ① 入院中の患者以外のものに対して算定する。 ② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。	【認知症専門診断管理料】（1人につき1回） 1 認知症専門診断管理料1 700点(改) 改 2 認知症専門診断管理料2 300点(新) 新 ［算定要件］ 1認知症専門診断管理料1 ① 以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの ② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定（認知症と診断された場合は認知症療養計画を作成）し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。 ③ 認知症療養計画とは、病名、症状の評価（認知機能、生活機能、行動・心理症状等）、家族等の介護負担度評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。 2 認知症専門診断管理料2 ① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。 ② 他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定。

認知症の早期診断をより一層推進するため、さらなる評価を行なった。

BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関を評価した。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

B005－7 認知症専門診断管理料（平成24年3月5日留意事項）

(1) 認知症専門診断管理料1は、認知症疾患医療センター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（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）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。

(2)「注1」認知症療養計画は、別紙様式32又はこれに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（MMSE、HDS－R等））、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等）等、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。

(3) 認知症専門診断管理料2は、認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、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、患者１人につき3月に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。

第11の4 認知症専門診断管理料（平成24年3月5日施設基準）

1 認知症専門診断管理料に関する施設基準

「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。

2 届け出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の5を用いること。

「認知症疾患医療センター等」とは、

B009 診療情報提供料(Ⅰ)（平成24年3月5日留意事項）

(15)「注6」に掲げる「認知症疾患医療センター等」とは、認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定等を行うものとして、都道府県知事が指定した保険医療機関等をいうものであり、その取扱いについては、「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日付障発第0331009号）等を参考とし、都道府県精神保健主管課（部）と連絡を密にするものであること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

認知

連携

B005-7-2 認知症療養指導料

改定後
（新） 認知症療養指導料　350点（月１回、6月まで） 新 **[算定要件]** 専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

専門医療機関で認知症と診断された患者を、かかりつけ医が専門医療機関と連携し管理を行った場合を評価した。

B005－7－2 認知症療養指導料（平成24年3月5日留意事項）

認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者に対して、認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価（認知機能（MMSE、HDS－R等、生活機能（ADL、IADL等、行動・心））理症状（NPI、DBD等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等））の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行うこと。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

医学管理等

在宅

B007 退院前訪問指導料

改定前	改定後
【退院前訪問指導料】 410点 **[算定要件]** 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し，当該患者又はその家族等に対して，退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。	【退院前訪問指導料】 555点(改) 改 **[算定要件]** 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院を支援するため患家を訪問し，当該患者又はその家族等に対して，退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。 退院当日の訪問指導についても算定可能とする。

退院当日の訪問看護を評価する。

試験外泊時の訪問看護についても評価する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

機能を強化した在支診・在支病

在宅療養支援診療所（在支診）在宅療養支援病院（在支病）

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

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【在宅療養支援診療所】

（問119）複数の診療所と連携して機能を強化した在宅療養支援診療所となる場合、当該診療所が複数のグループに属することは可能か。

（答）可能である。

（問120）機能を強化した在宅療養支援診療所について、複数のグループに属する診療所の場合、往診、看取りの実績要件の計上はどうなるのか。

（答）当該診療所が複数の連携グループに属することは差し支えないが、その場合、実績要件は重複して計上することはできない。

（例）過去1年間の緊急の往診実績3件、看取り実績1件を有するA診療所が、BグループとCグループの2つのグループに属する場合、往診実績3件、看取り実績1件をBグループにおける実績として計上した場合、Cグループにおいて計上できる実績は、往診0件、看取り0件である。

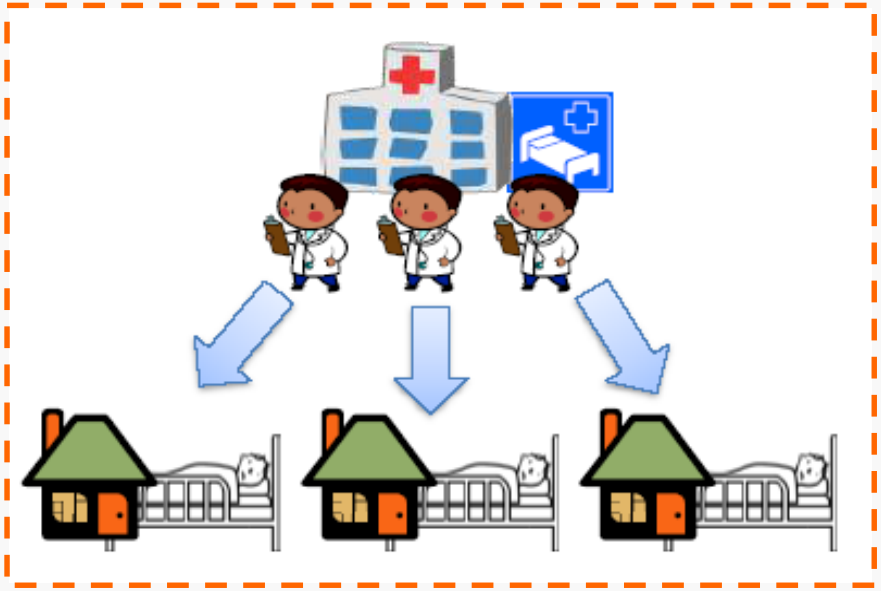
（問121）在宅療養支援診療所・病院の過去1年間の実績要件とは、年度単位での実績か。

（答）年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位での実績である。

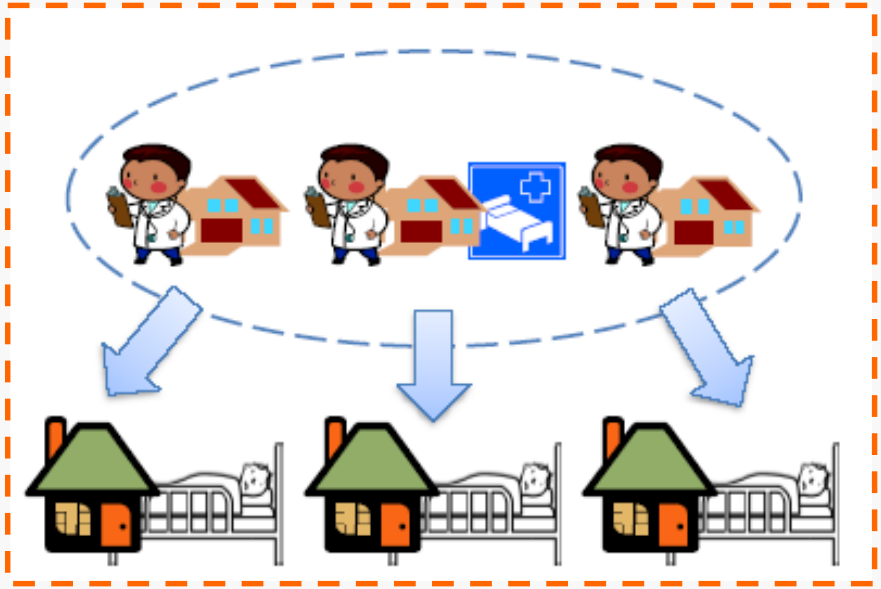
（例）24年6月に届出を行う場合は、23年6月～24年5月までの1年間の実績。なお、実績に係る届け出については、年に1回でよいが、施設基準を満たさなくなった場合は、直ちに届出を行うこと。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院のイメージ



3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合



複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合

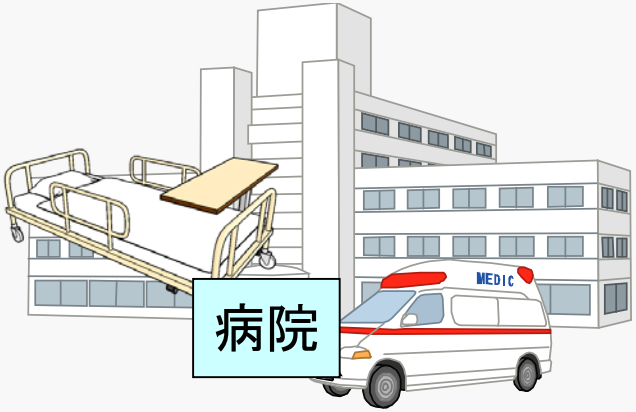
両方を評価、さらにベッドを有する場合を高く評価。

[疑義解釈(日本医師会①2012年3月5日)]【在宅療養支援診療所】
●Q. 連携する他の保険医療機関と併せて「在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上」の要件を満たす場合は、診療所(常勤医師1名)＋200床未満病院(常勤医師2名)でもよいか？
A. よい。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

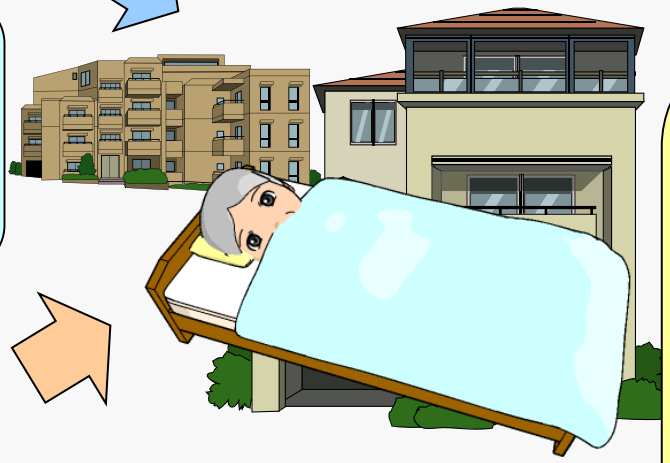
在宅医療の促進について



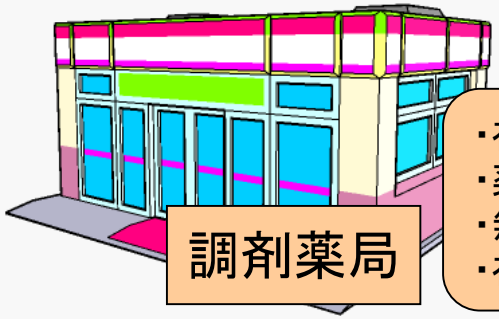
病院

診療所

・在宅患者緊急入院診療加算
・退院調整加算
・入院診療計画
・地域連携計画加算
・総合評価加算



・在支診、在支病の機能強化
（往診料、在宅時医学総合管理料）
・在宅患者訪問診療料
・特定施設入居時医学総合管理料
・訪問看護
（長時間、ターミナルケア、褥瘡、早朝・夜間・深夜、複数名、精神科、緊急）
・小児在宅医療の充実
・医療機器の評価
・ターミナルケア、看取り
・退院時共同指導料
・退院前訪問看護



調剤薬局

・在宅患者調剤加算の新設
・薬局間の連携評価
・無菌製剤処理の要件緩和
・在宅対応距離基準の設定

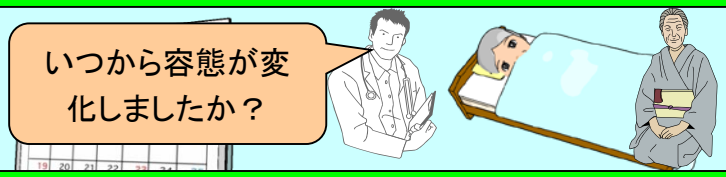
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

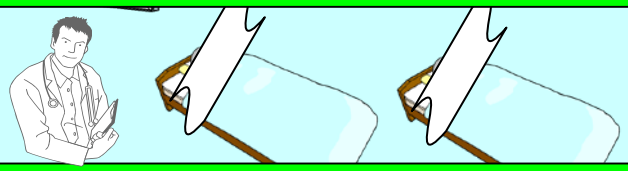
在宅医療の促進について

機能を強化した在支診・在支病の施設基準

在宅を担当する常勤医師3名以上



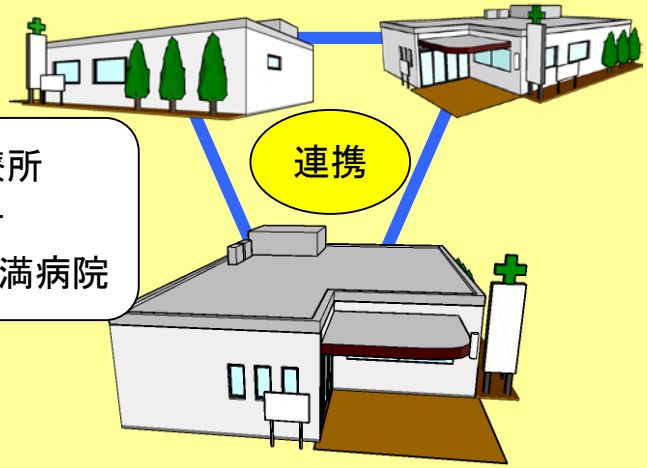
過去1年間の緊急の往診実績5件以上



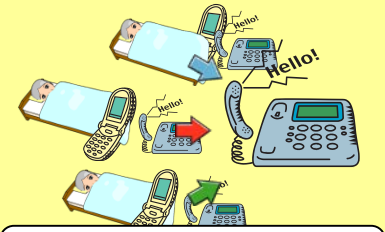
過去1年間の看取り実績2件以上

又は

連携する場合…



診療所
or
200床未満病院



緊急連絡先の一元化

カンファレンス
（月1回以上）

10施設未満の連携チーム

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

C000 往診料

改定前	改定後
【往診料】 機能を強化した在支診・在支病の往診料を新設した。 在支診・在支病 緊急加算　650点 夜間加算　1,300点 深夜加算　2,300点 在支診・在支病以外 緊急加算　325点 夜間加算　650点 深夜加算　1,300点	【往診料】 機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合 緊急加算　850点(新)　新 夜間加算　1,700点(新) 深夜加算　2,700点(新) 病床を有しない場合　新 緊急加算　750点(新) 夜間加算　1,500点(新) 深夜加算　2,500点(新) 在支診・在支病 緊急加算　650点 夜間加算　1,300点 深夜加算　2,300点 在支診・在支病以外 緊急加算　325点 夜間加算　650点 深夜加算　1,300点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅患者訪問診療料等

在宅

連携

改定前	改定後
【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】 【特定施設入居時等医学総合管理料】 **［特養における算定要件］** 末期の悪性腫瘍患者のみ	【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】 【特定施設入居時等医学総合管理料】 **［特養における算定要件］** 末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。 ①介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

特別養護老人ホームには内科系以外の医師が配置医師となっているケースも多いため、看取りについては外部の医師（在支診・在支病）との連携を可能にし、看取りにおいて病院転送を減らす仕組みを取り入れた。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C001 在宅患者訪問診療料

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

特定施設入居者に対する訪問診療料が独立(引き上げ)した。

＜特定施設＞
特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム
(「サ高住」は申請可能だが、難しいか)

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

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

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

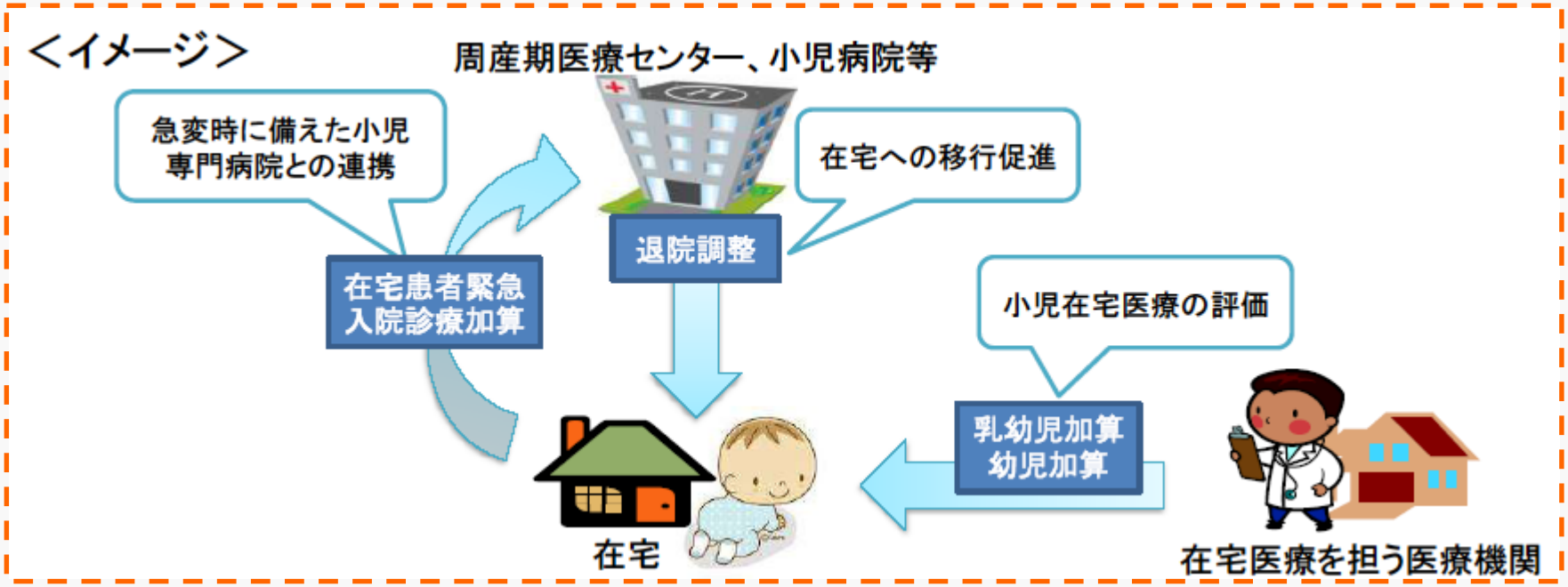
在宅医療

在宅患者訪問診療料　乳幼児加算・幼児加算

在宅

連携

改定前	改定後
【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 200点 6歳未満	【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 400点(改) 改 6歳未満 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

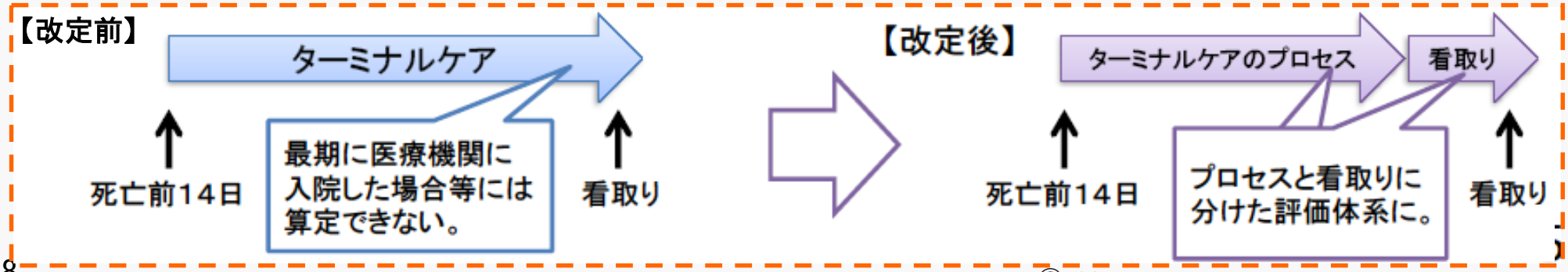
在宅医療

C001-注6,7

在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算

在宅

改定前	改定後
【在宅ターミナルケア加算】 在支診・在支病　10,000点 在支診・在支病以外　2,000点 在宅ターミナルケア加算をプロセスと看取りに分けた。 算定要件は次ページ	【在宅ターミナルケア加算】 機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合 ターミナルケア加算　6,000点(新) 看取り加算　3,000点(新)　新 病床を有しない場合 ターミナルケア加算　5,000点(新) 看取り加算　3,000点(新)　新 在支診・在支病 ターミナルケア加算　4,000点(新) 看取り加算　3,000点(新)　新 在支診・在支病以外 ターミナルケア加算　3,000点(新) 看取り加算　3,000点(新)　新



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

C001-注6,7

在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算

在宅

改定前	改定後
[算定要件] 在支診・在支病 死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）	**[算定要件]** 在支診・在支病（機能強化型を含む） ターミナルケア加算 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合 看取り加算 事前に患者の家族等に対して充分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合（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。）
在支診・在支病以外 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合	在支診・在支病以外 ターミナルケア加算 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合 看取り加算 事前に患者の家族等に対して充分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合（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。）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C002 在宅時医学総合管理料

改定前	改定後
【在宅時医学総合管理料】 **1　在支診・在支病** イ　処方せんを交付する場合　4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　4,500点 **2　1以外の場合** イ　処方せんを交付する場合　2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　2,500点	【在宅時医学総合管理料】(月1回) **1　機能を強化した在支診・在支病** イ　病床を有する場合 (1)処方せんを交付する場合　5,000点(新)　新 (2)処方せんを交付しない場合　5,300点(新) ロ　病床を有しない場合 (1)処方せんを交付する場合　4,600点(新)　新 (2)処方せんを交付しない場合　4,900点(新) **2　在支診・在支病** イ　処方せんを交付する場合　4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　4,500点 **3　1及び2以外の場合** イ　処方せんを交付する場合　2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　2,500点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

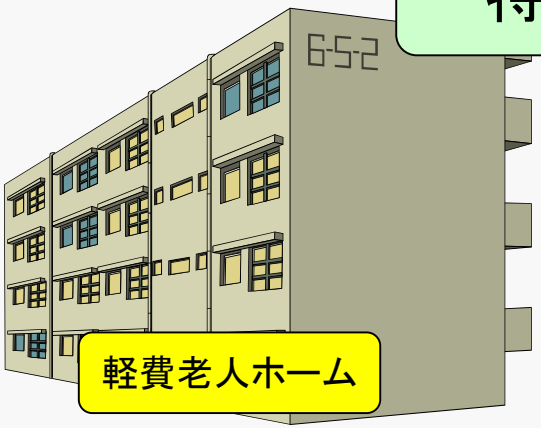
改定前	改定後
【特定施設入居時等医学総合管理料】 **1　在支診・在支病** イ　処方せんを交付する場合　3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点 **2　1以外の場合** イ　処方せんを交付する場合　1,500点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点	【特定施設入居時等医学総合管理料】(月1回) **1　機能を強化した在支診・在支病** イ　病床を有する場合 (1)処方せんを交付する場合　3,600点(新)　新 (2)処方せんを交付しない場合　3,900点(新) ロ　病床を有しない場合 (1)処方せんを交付する場合　3,300点(新)　新 (2)処方せんを交付しない場合　3,600点(新) **2　在支診・在支病** イ　処方せんを交付する場合　3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点 **3　1及び2以外の場合** イ　処方せんを交付する場合　1,500点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

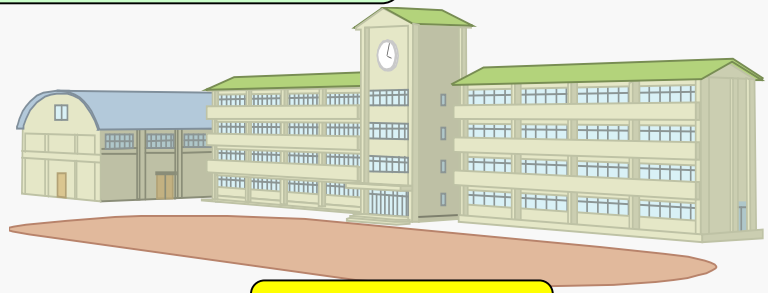
図解資料

特定施設入居時等医学総合管理料

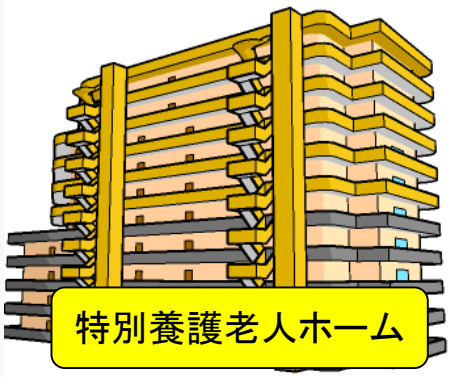
特定施設とは？



軽費老人ホーム



有料老人ホーム



特別養護老人ホーム

サービス付高齢者向け住宅の一部

サービス付き高齢者向け住宅が特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けるためには、下記の基準を満たすことが必要です。具体的には入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事又は健康管理などのサービス提供体制が求められます。

＜基準＞（東京都の場合）

・指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生労働省令第37号）

・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等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35号）

・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（平成18年厚生労働省令第34号）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅末期医療総合診療料→在宅がん医療総合診療料

C003

在宅

がん

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅
救急
診断医

C004注3 救急搬送診療料　長時間加算

改定後

ドクターカー等による救急搬送診療

（新）【救急搬送診療料 長時間加算】 500点 新

[算定要件]

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

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【救急搬送診療料の長時間加算】

（問122）C004救急搬送診療料の長時間加算30分以上の診療の時間について、迎えに行く際の時間や搬送先医療機関での診療時間は含まれるか。

（答）含まれない。当該時間については、医療機関に搬送されるまでに、実際に医師が診療した時間のみを含める。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅患者訪問看護・指導料等

改定前	改定後
在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 **【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）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患又は人工呼吸器を装着している患者	在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 **【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・ドーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、別表第八に定める患者

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更予定）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）については、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料は算定しない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅　がん　連携

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

C005③, C005-1-2③ がん専門訪問看護料

改定後

（新）【在宅患者訪問看護・指導料　がん専門訪問看護料】（月１回）　1,285点　新

[算定要件]

５年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

鎮痛療法又は化学療法を行っている在宅患者に医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価した。

真皮を越える褥瘡の在宅患者に医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価した。

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

C005③, C005-1-2③ 褥瘡専門訪問看護料

改定後

（新）在宅患者訪問看護・指導料　褥瘡専門訪問看護料（月１回）　1,285点　新

[算定要件]

５年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

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

在宅

C005注4, C005-1-2注4

緊急訪問看護加算

在支診以外の診療所との連携を評価

改定前	改定後
注3　患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。 注4　別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。	注4　1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた<u>診療所</u>又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。 注5　1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回<u>(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回)</u>に限り、所定点数に520点を加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

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　在宅

C005注7, C005-1-2注7

複数名訪問看護加算

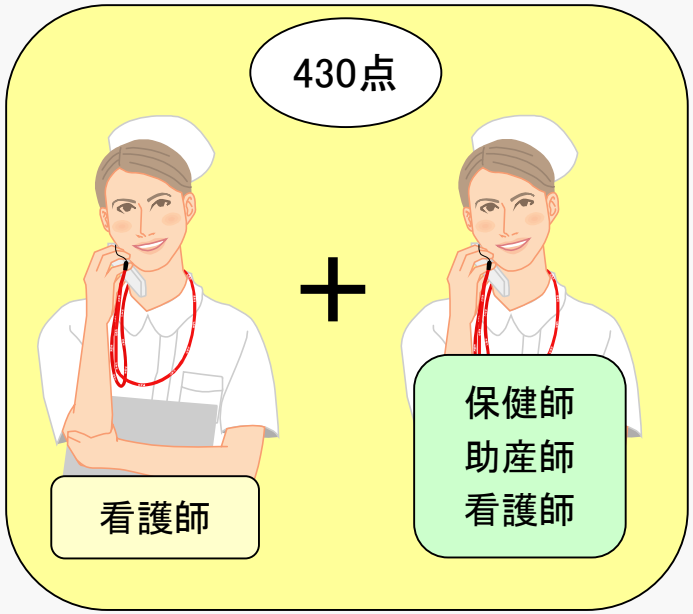
改定前	改定後
【複数名訪問看護加算】 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　380点	【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

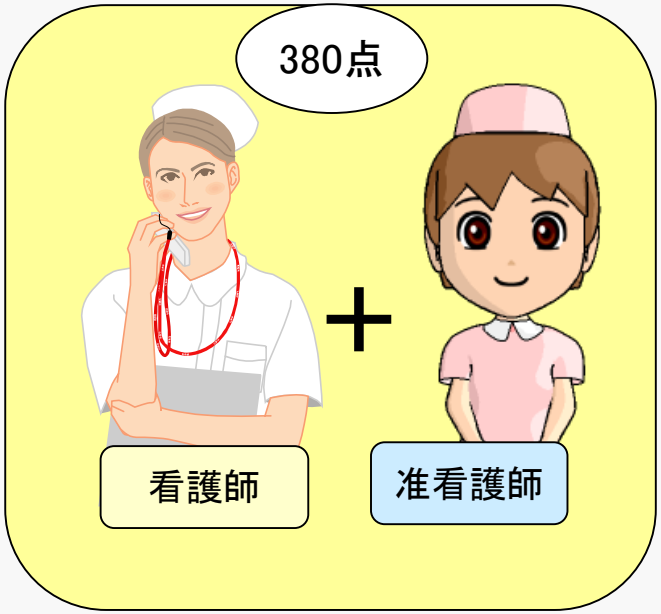
おむつ交換などの看護ケアを担う看護補助者と同行し、役割分担をした場合について評価する。

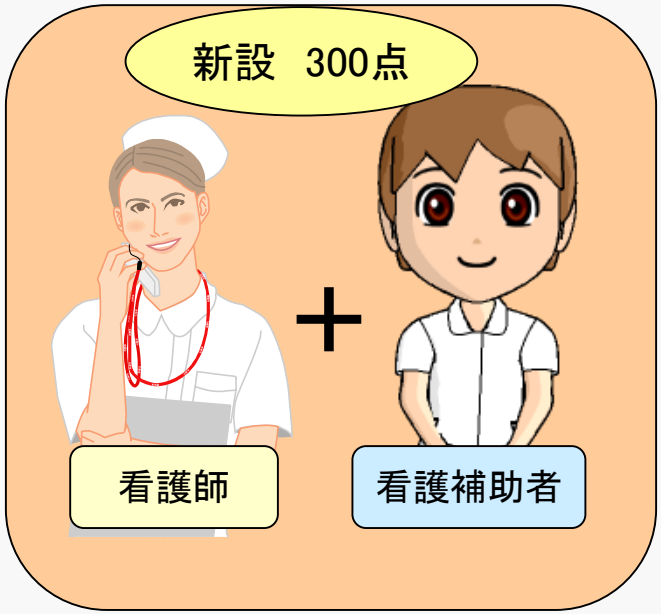
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

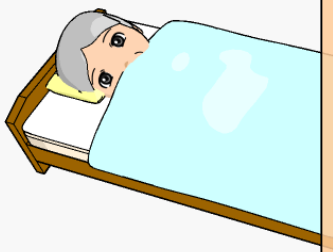
図解資料

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
複数名訪問看護加算









算定できる患者

①別表第七に掲げる疾病等の患者
②医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
③別表第八に掲げる者
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患者
⑤その他利用者の状況等から判断して、①から④までのいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

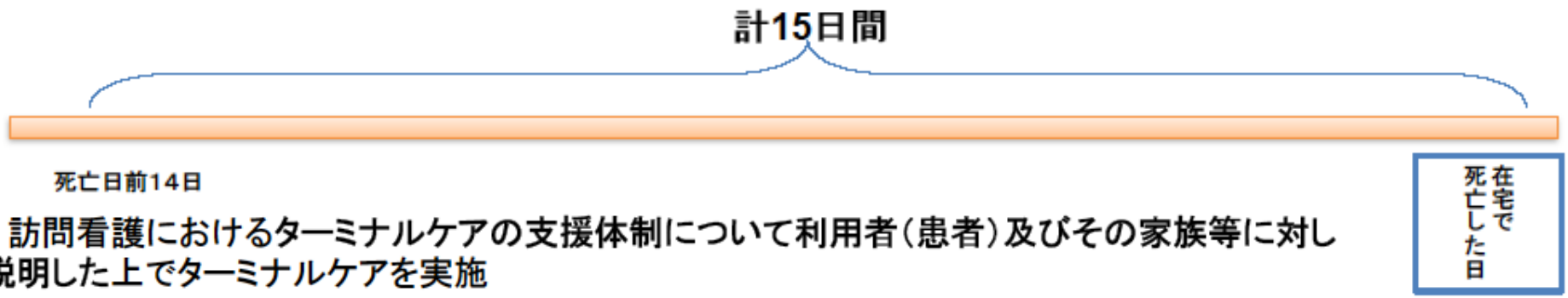
在宅医療

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　在宅

C005注10, C005-1-2注10 ターミナルケア加算

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

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



② 訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者（患者）及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを実施

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

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　在宅

C005注11，C005-1-2注11

在宅移行管理加算

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

【要件】医療保険の訪問看護では、「1月に4日以上の訪問看護の実施」が当該加算の算定要件であったが、月の途中に入退院した患者等の場合に適切な管理を行っていても当該加算を算定できないケースがあったため「1月に4日以上」の要件を削除する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

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

在宅

C005注12, C005-1-2注12 早朝・夜間・深夜加算

改定後
(新)【在宅患者訪問看護・指導料】 早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時） 210点 深夜加算（22時～6時まで） 420点

新

標榜時間外の訪問看護は、医療保険では自費（介護保険は保険適用）だったが、今回、早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設した。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

在宅

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

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

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

連携

C007注1 訪問看護指示料（対象範囲拡大）

改定後
【訪問看護指示料】 300点 [算定要件]（追加） 指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は複合型サービス事業を行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認めた場合

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【訪問看護指示料】

（問123）C007訪問看護指示料について、訪問看護指示書の様式は、訪問看護ステーションが準備するものか。

（答）訪問看護指示書は、医師の診察に基づき、医師の責任において交付するものであるため、医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うものである。

（問124）医療保険の訪問看護の対象となる患者について、主治医が訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付し、当該月にその患者が介護保険の複合型サービス事業所を利用する場合、主治医は再度当該月にC007訪問看護指示料を算定できるか。

（答）C007訪問看護指示料は患者１人につき月１回に限り算定するものであり、当該月の訪問看護指示料は１回しか算定できない。

（問125）真皮を超える褥瘡の状態又は、気管カニューレを使用している状態にある要介護被保険者等に対する特別訪問看護指示書は、月２回特別訪問看護指示書が交付できるのか。

（答）そのとおり。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

連携

訪問看護指示料　特別訪問看護指示加算（退院直後の訪問看護）

C007注2

改定前	改定後
【特別訪問看護指示加算】　100点 **[算定要件]** 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。	【特別訪問看護指示加算】　100点（月1回） **[算定要件]** 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

C007-2 訪問看護指示料　介護職員等喀痰吸引等指示料

在宅

改定後
（新）【介護職員等喀痰吸引等指示料】 240点 （患者一人につき3月に1回） 新 ［算定要件］ 保険医療機関の医師が、訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことに対応した。

［疑義解釈（日本医師会①2012年3月5日）］【介護職員等喀痰吸引等指示料】

●Q. 主治医が患者等の選定する登録事業者に介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の点数が新設されたが、たんの吸引により医療事故が発生した場合、指示をした医師の責任になるか？

A. 医師は利用者の状態等を確認した上で、たん吸引をする必要性について事業所単位に指示を出す。事故の原因が行為を行う介護福祉士や介護職員が一定の技量に達していない場合や、事業所に管理体制の不備がある場合は、医師の責任までは問われないが、事故の原因が医師の指示内容に起因するような場合は医師に責任が及び得ると考えられる。例えば、ある利用者の状態から判断し咽頭反射が激しい等々の理由により、看護師でないと吸引ができないと判断されるにもかかわらず、医師が介護福祉士等に指示して、それが原因で窒息などの事故が起これば、それは医師の責任ということもあり得る。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

（C101～C116） 在宅療養指導管理料

在宅

連携

改定後
[算定要件]（追加） 緩和ケア病棟等に所属する緩和ケアに関する研修を受けた医師が、在宅医療を提供する医療機関の医師と連携して、同一日に同一患者を診療した場合。

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C101 在宅自己注射指導管理料

改定前	改定後
【在宅自己注射指導管理料】 820 点	【在宅自己注射指導管理料】 1　複雑な場合　1,230点(新)　新 2　1以外の場合　820点 [算定要件] 　複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【在宅自己注射指導管理料】
(問127)在宅において緊急補助的治療として使用するためにアドレナリン製剤を処方された患者について、毎月、自己注射に関する指導管理を行った場合に、その都度、C101在宅自己注射指導管理料を算定することができるのか。
(答) アドレナリン製剤を処方した際のC101在宅自己注射指導管理料については、医学的な必要性からアドレナリン製剤を処方し、処方と同時に自己注射に関する指導管理を行った場合に限り、算定することができる。

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

改定後
(新)【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 150点　新 [算定要件] 　妊娠中の糖尿病患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

改定前	改定後
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 3,800点	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 4,000点（改） 改

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

改定後
（新）【在宅小児経管栄養法指導管理料】 1,050点 新 **[算定要件]** 在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

C107 在宅人工呼吸指導管理料

改定前	改定後
【在宅人工呼吸指導管理料】 2,800点	【在宅人工呼吸指導管理料】 2,800点 **[算定要件]** 当該管理料を算定する保険医療機関は、患者が使用する装置の保守・管理を、委託する場合を含め、十分に行い、必要な保守・管理の内容及び緊急時の対応等について、患者に情報提供を行うこと。

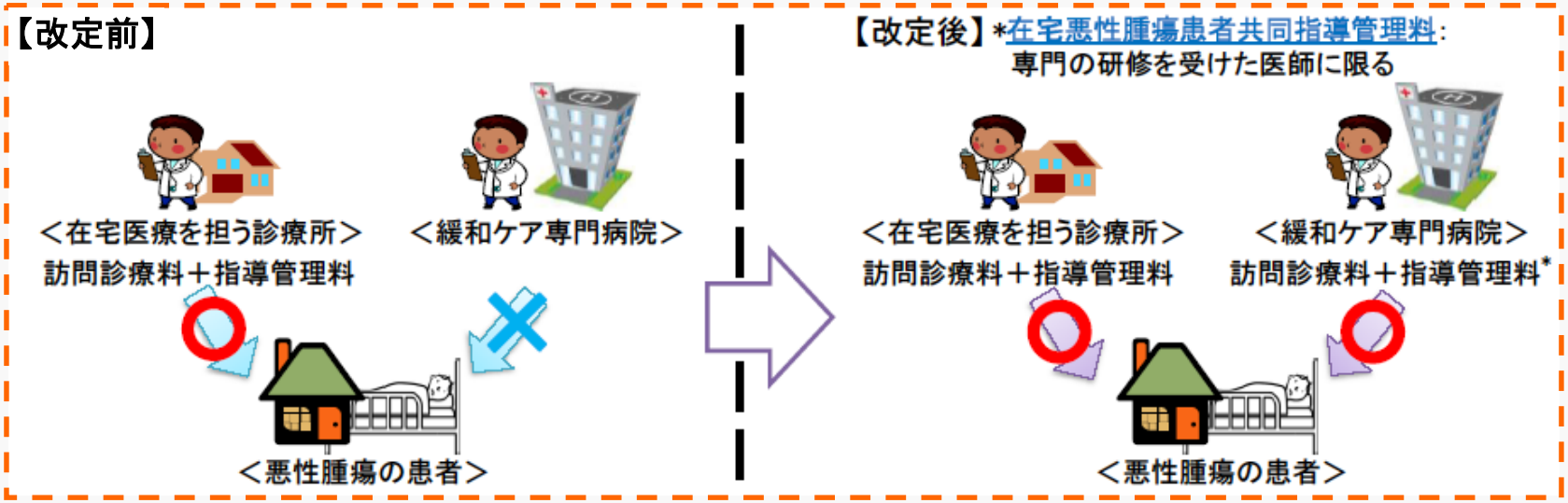
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅
がん
連携

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

改定後
（新）【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 新 [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

改定後
（新）【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】 810点 新 注2　植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に、140点を加算する。 **[算定要件]** 　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

改定後
(新)【在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料】 810点 新 注2　植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。 **[算定要件]** 　てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においてててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

改定前	改定後
【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 500点 [対象者] 表皮水疱症	【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 1,000点(改) 改 [対象者] 表皮水疱症、水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

C115 C116 在宅植込型補助人工心臓指導管理料（拍動流型・非拍動流型）

改定後
（新） 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料　6,000点 新 （新） 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　45,000点 新 **［算定要件］** 植込型補助人工心臓に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、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。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

改定前	改定後
注1　1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者	注1　1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ニ　妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）
注2　4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者	注2　4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ　妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

在宅療養指導管理材料加算
C152 間歇注入シリンジポンプ加算

改定前	改定後
【間歇注入シリンジポンプ加算】 1,500点	【間歇注入シリンジポンプ加算】 新 1　プログラム付きポンプ　2,500点(新) 2　1以外のポンプ　1,500 点 [算定要件] プログラム付きのポンプとは、自動でボーラス投与が行えるようなプログラムを設定できるものをいう。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

（C150～C170）在宅療養指導管理材料加算

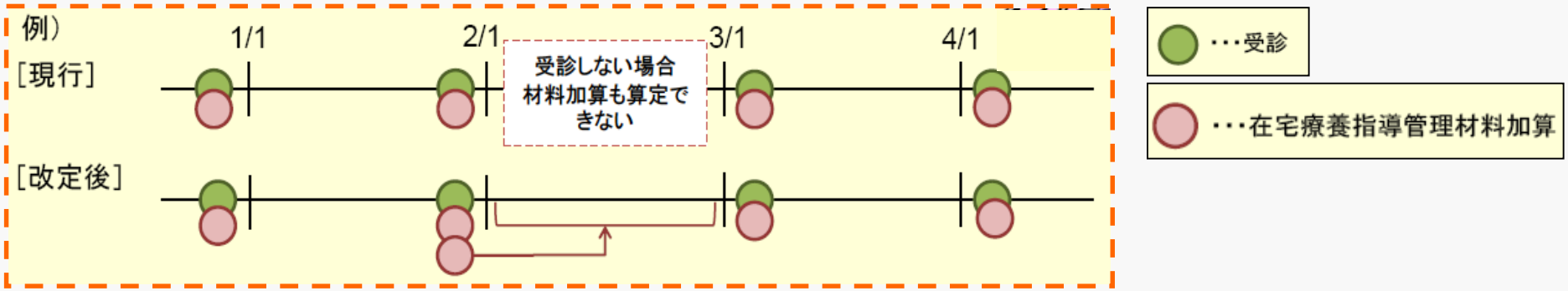
改定後
【酸素ボンベ加算】C157 【酸素濃縮装置加算】C158 【液化酸素装置加算】C159 【呼吸同調式デマンドバルブ加算】C159-2 【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】C165 **［算定要件］** ２月に2回に限り算定する。

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

［疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）］【注入器用注射針加算】
（問128）注射器一体型の製剤（シリンジに薬剤が充填されている製剤を含む。）を自己注射する患者に対し、使用する針が特定保険医療材料として設定されていない場合には、保険医療機関においてC153注入器用注射針加算を算定し、針を支給することでよいか。
（答）そのとおり。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

2月に2回に限り算定



C157　酸素ボンベ加算

改定前	改定後
【酸素ボンベ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【酸素ボンベ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【訪問看護指示料】
（問129）C157酸素ボンベ加算等について、2月に2回に限り算定することとなったが、次の月と合わせて2月とするのか、又は前の月と合わせて2月とするのか。
（答）患者が受診していない月の医学管理が適切に行われている場合には、いずれについても可。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅療養指導管理材料加算

在宅

改定前	改定後
【酸素濃縮装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。	【酸素濃縮装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。
【液化酸素装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【液化酸素装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。
【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅療養指導管理材料加算
C161 注入ポンプ加算

改定前	改定後
【注入ポンプ加算】　1,250点 **[算定要件]** 　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。	【注入ポンプ加算】1,250点 **[算定要件]** 　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、<u>在宅小児経管栄養法</u>を行っている患者又は在宅で鎮痛痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

在宅療養指導管理材料加算
C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算

改定前	改定後
【在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点 **[算定要件]** 在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。	【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】2,000点 **[算定要件]** 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。

名称を変更し、“小児”を追加した。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅療養指導管理材料加算

C164 人工呼吸器加算

改定前	改定後
【人工呼吸器加算】 1　陽圧式人工呼吸器　7,000 点 2　人工呼吸器　6,000 点 3　陰圧式人工呼吸器　7,000 点	【人工呼吸器加算】 1　陽圧式人工呼吸器　7,480点(改) 2　人工呼吸器　6,480点(改)　改 3　陰圧式人工呼吸器　7,480点(改) 人工呼吸器に必要な回路部品その他附属品(療養上必要な分の外部バッテリーを含む)等に係る費用は所定点数に含まれる。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅療養指導管理材料加算

C167 疼痛等管理用送信器加算

改定前	改定後
【疼痛管理用送信器加算】 注　疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【疼痛等管理用送信器加算】 注　疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植込んだ後に、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器（患者用プログラマを含む）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

在宅医療

在宅

在宅療養指導管理材料加算

C170 排痰補助装置加算

改定前	改定後
【排痰補助装置加算】 注　人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	【排痰補助装置加算】 注　人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

（D000～D025） 検体検査実施料

改定前	改定後
【出血・凝固時間】 注　患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から24までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目　数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　3項目又は4項目　530点 ロ　5項目以上　750点	【出血・凝固時間】D006 注　患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　3項目又は4項目　530点 ロ　5項目以上　744点（改）　改
【肝炎ウイルス関連検査】 注　患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から11までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　3項目　290点 ロ　4項目　360点 ハ　5項目以上　494点	【肝炎ウイルス関連検査】D013 注　患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から12までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　3項目　290点 ロ　4項目　360点 ハ　5項目以上　484点（改）　改

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

（D026～D027） 検体検査判断料

改定後
【検体検査判断料】（追加） 注5　区分番号D005の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、所定点数に240点を加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

生体検査料（D200～D325）

改定前	改定後 D206
【心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）】 注3　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。 注4　厚生労働大臣の定める施設基準を満たす保険医療機関において血管内視鏡検査を実施した場合は所定点数に300点を加算する。	【心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）】 注3　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。 改 注4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。 改 注8　心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。 新

【時間内歩行試験】 560点 新 D211-3
注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
注2　区分番号D007の30に掲げる血液ガス分析、D200に掲げるスパイログラフィー等検査及びD220からD223－2に掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

【筋肉コンパートメント内圧測定】 620点 新 D221-2
注　筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず1回のみ算定する。

【ヘッドアップティルト試験】 980点 新 D225-4
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

（D200～D325） 生体検査料

改定前	改定後
【筋電図検査】 注1　2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。	【筋電図検査】 D239 注1　2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。 改
【眼底カメラ撮影】（追加） D256 注2　広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、所定点数に100点を加算する。 新	
【ロービジョン検査判断料】 250点 新 D270-2 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定する。	
【内服・点滴誘発試験】 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、年2回に限り算定する。	【内服・点滴誘発試験】 D291-3 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

（D400～D419） 診断穿刺・検体採取料

改定前	改定後
【センチネルリンパ節生検】 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	【センチネルリンパ節生検】D409-2 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

【経気管肺生検法】D415
注1　ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、所定点数に500点を加算する。新
注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に1,000点を加算する。新

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

検査の適正化（例）

改定前	改定後
【量的視野検査（片側）】 ２　静的量的視野検査　300点 【調節検査】 74点 【角膜形状解析検査】 110点 【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】 １　鼓膜音響インピーダンス検査　300点 ２　チンパノメトリー　350点	【量的視野検査（片側）】 ２　静的量的視野検査　280点(改) 【調節検査】 70点(改)　改 【角膜形状解析検査】 105点(改) 【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】 １　鼓膜音響インピーダンス検査　290点(改) ２　チンパノメトリー　340点(改)　改

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

検査

コンタクトレンズに係る診療

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

画像診断

エックス線診断料

改定前	改定後
【造影剤注入手技】E003 3　動脈造影カテーテル法 イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点 ロ　イ以外の場合　1,180点	【造影剤注入手技】 3　動脈造影カテーテル法 イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。 新 ロ　イ以外の場合　1,180点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。 新

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

画像診断

（E100～E102） 核医学診断料

改定前	改定後
【ポジトロン断層撮影】E101-2 注1　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}FDGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。	【ポジトロン断層撮影】 3　^{13}N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,500点　新 注1　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}FDGの合成及び注入並びに^{13}N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
【核医学診断】　370点　E102	【核医学診断】 1　区分番号E101－2に掲げるポジトロン断層撮影及びE101－3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合450点（新）　新 2　1以外の場合370点

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【ポジトロン断層撮影】
（問147）E101－2ポジトロン断層撮影及びE101－3ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影について、悪性リンパ腫の治療効果判定のために行った場合については、転移・再発の診断の目的に該当すると考えてよいか。
（答）そのとおり。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

画像診断

E200 コンピューター断層撮影

64 列以上のマルチスライス型CTによる評価を新設した。

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

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

(新)【大腸CT撮影加算】　600点 新

注7　CT撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

画像診断

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影

3テスラ以上のMRIによる評価を新設した。

改定前	改定後
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】 1　1.5テスラ以上の機器による場合　1,330点 2　1以外の場合　1,000点	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】 1　3テスラ以上の機器による場合　1,400点(改)　改 2　1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合　1,330点(改) 3　1、2以外の場合　950点(改) **[施設基準]** 1については、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

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

[2010年度参考]画像診断管理加算2の施設基準
① 放射線科を標榜している病院であること。
② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

投薬
注射

「薬剤」（注）の見直し　ビタミン剤の取扱い

F200

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

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

投薬

GE

F400 一般名処方の推進（処方せん料）

改定前	改定後
【処方せん料】 １　7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合　40点 ２　１以外の場合　68点	【処方せん料】 １　7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合　40点 ２　１以外の場合　68点 （注を追加） 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付１回につき2点を加算する。

後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合に算定できる。以前あった「後発医薬品の処方加算」は、処方せんに1品目でも後発医薬品の記載があれば算定できた・・・。

最低薬価を用いるのは、医科での処方せん料の計算においてのみであり、調剤薬局において関係することはない。

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【一般名処方】

(問148) 数種類の処方薬のうち、1種類だけでも一般名で処方されていれば他の処方薬が銘柄名で処方されていても算定できるという理解で良いか。

(答) そのとおり。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方した場合に限り算定できる。従って、後発医薬品の存在しない漢方、後発医薬品のみ存在する薬剤等について一般名処方した場合は算定できない。

(問149) 一の処方薬について、一般名とカッコ書等で銘柄名が併記されている場合、一般名処方加算は算定可能か。

(答) 算定できない。

(問150) 一般名処方において、配合剤等の記載方法はどのようにすればよいのか。

(答) 処方せんへの一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則としているところであり、内用薬及び外用薬のうち、後発医薬品が存在する先発医薬品の主な単味製剤について一般名処方マスタを作成・公表しているところである。一般名処方が浸透する当分の間は、可能な限り一般名処方マスタの範囲で対応されたい。なお、対象については、順次拡大する予定としている。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shohosen.html

(問151) 一般名処方の処方せんを受け付けた保険薬局において先発医薬品を調剤した場合、処方元の保険医療機関に情報提供は必要であるのか。

(答) 処方した薬剤が先発医薬品であるか、後発医薬品であるかにかかわらず、一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、実際に調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することになっている。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

[日医工MPI注]

4月5日に厚労省に問い合わせを行い、一般名処方加算の対象になる薬剤は、厚労省ホームページに掲載されている「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について」のリストで判断するとしています。

これによると多くの配合剤は、一般名処方加算の対象にならないとされており、4月5日時点では一般名記載を想定していないと考えられます。これに関する資料は、日医工ホームページ「Stu-GE」に掲載しています。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(日本医師会①2012年3月5日)] 【一般名処方】

●Q. 一般名処方(後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付すること)は義務化されたのか？

A. 強制ではない。

●Q. 1品目でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方を行う必要がある。

●Q. 手書き医療機関でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、「一般名＋剤形＋含量」という形で処方する必要があり、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタを参照されたい。厚生労働省ホームページに3月5日に掲載「処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例(一般名処方マスタ)について(平成24年4月1日現在)」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shohosen.html)

●Q. 医療機関が一般名処方した薬剤を、薬局で患者と薬剤師が相談して、先発医薬品が選択される場合はあるのか？

A. 一般名処方は先発医薬品も後発医薬品も横並びで患者さんが選択するというもので、後発医薬品が原則になるわけではない。薬局は薬担規則上、後発医薬品を勧めることになるが、最終的には患者さんの選択になるので、先発医薬品を選択するケースは考えられる。

●Q. 一般名による記載を含む処方せんを交付する場合に、「薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価」の計算について「薬価が最も低いものを用いる」こととなっているが、医療機関では薬価の情報をどのように知ることができるか？

A. 以下の3つが考えられるが、手書きによる請求を行っている医療機関では2)か3)の対応になると思われる。なお、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタには同一剤形・規格内の最低薬価に関する情報も含まれている。

1)レセプトのシステムの導入

2)紙媒体であれば、保険薬辞典など

3)厚生労働省ホームページでの電子媒体での情報提供 厚生労働省ホームページに3月5日に掲載「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について (平成24年4月1日現在)」(http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html) ※ エクセルのファイルになっているので検索が可能

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第5 処方せんの記載上の注意事項（平成24年3月26日「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正）

7「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。

(3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。

(4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること。

(5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

(6) 処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

［略］

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例（一般名処方マスタ）について（平成24年4月1日現在）

（凡例）

区分：内用薬及び外用薬

一般名処方の記載例：【般】＋「一般的名称」＋「剤形」＋「含量」

「一般的名称」については、添付文書における有効成分の一般名を基本としつつ、これをもととした既収載品の販売名も参考にして一部簡略化したものもあります。

例：アトルバスタチンカルシウム水和物　→　アトルバスタチン

　　ジクロフェナクナトリウム　　→　ジクロフェナクNa

一般名コード：薬価基準収載医薬品コード（厚生労働省医政局経済課の分類コード）の上9桁に続き、3桁「ZZZ」を付記し、12桁としています。

区分	一般名コード	一般名処方の記載例	成分名	規格	同一剤形・規格内の最低薬価	備考（効能違いなど）
内用薬	1124009F1ZZZ	【般】プロチゾラム錠０．２５ｍｇ	プロチゾラム	０．２５ｍｇ１錠	6.10	
内用薬	1124009F2ZZZ	【般】プロチゾラム口腔内崩壊錠０．２５ｍｇ	プロチゾラム	０．２５ｍｇ１錠	6.10	
内用薬	1139004C1ZZZ	【般】バルプロ酸Ｎａ細粒２０％	バルプロ酸ナトリウム	２０％１ｇ	12.10	先発品及び一部後発品が「片頭痛発作の発症抑制」の適応を有す
内用薬	2129008M2ZZZ	【般】ピルシカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇ	ピルシカイニド塩酸塩水和物	５０ｍｇ１カプセル	36.40	
内用薬	2144002F1ZZZ	【般】エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ	エナラプリルマレイン酸塩	２．５ｍｇ１錠	8.50	

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

『薬剤料における所定単位当たりの薬価の計算を、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする』の意味は？

診療報酬では処方薬剤の種類数によって点数が異なる。6種類以下であれば高い点数、7種類を超えてしまう場合は点数が低く設定されている
よって処方種類数の管理として、1剤1日あたり205円（20点）以下か、以上か、が重要になる

診療報酬点数		
	処方料	処方せん料
6種類以下	42点	68点
7種類以上	29点	40点

院内処方の場合は7種類以上になると薬剤料が10%減額となる

多剤投与の場合の薬剤料の算定方法

ア　錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類とする。

イ　散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ことに1種類と計算する。

ウ　イの薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

エ　薬剤料に掲げる所定単位当たり（1剤1日）の薬価が205円以下（20点以下）の場合は、1種類とする。

（医科点数表より）

服用時点と服用回数が同じ内服薬を1剤とする

この1剤1日あたり205円（20点）以下であれば1種類とカウントするルールを「205円ルール」という

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

205円ルールの変遷

	2つのルール	医事会計システムの電算化	現在（2012年）
（1）	処方薬剤の種類をカウントする際、その薬剤の合計額が205円以下であれば、1種類としてカウントするルール		変更なし（適用されている）
（2）	診療報酬明細書に、薬剤名や投与量、投与又は使用の原因となった傷病などの記載の省略を認めるルール	されていない	＜手書きレセプト＞ 地方厚生局長に届出を行ったうえで175円以下について適用を認める
		されている	＜電子レセプト＞ 適用しない

2002年度（平成14年）診療報酬改定時にレセプト請求の透明化を図る観点から見直された。

現在でも「剤」の計算上は205円ルールが適用されるが、多くの場合、レセプトへの薬剤名記載は省略できなくなっている。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

薬剤の計算例「剤」

通常は3剤7種類処方でも1剤が20点（205円）以下になると種類数が減る場合がある

Rp.1（朝・昼・夕食後の分3処方）					単位薬価	1日薬価	1日点数
①	「A」錠10mg	1回1錠	朝・昼・夕食後	1日3錠	40.0	120.0	
②	「B」Cp5mg	1回2錠	朝・昼・夕食後	1日6錠	33.5	201.0	
						321.0	32点

Rp.2（朝・夕食後の分2処方）							
③	「C」顆粒50mg	1回50mg	朝・夕食後	1日100mg	10.0/10mg	100.0	
④	「D」顆粒20mg	1回20mg	朝・夕食後	1日40mg	38.0/10mg	152.0	
						252.0	25点

Rp.3（朝食後の分1処方）							
⑤	「E」錠5mg	1回5mg	朝食後	1日2錠	32.0	64.0	
⑥	「F」錠10mg	1回10mg	朝食後	1日1錠	104.0	104.0	
⑦	「G」錠10mg	1回10mg	朝食後	1日1錠	235.0	235.0	
						403.0	40点

①②③④⑤⑥⑦
3剤7種類処方

Rp.3'（朝食後の分1のジェネリック処方）							
⑧	「e」錠5mg	1回5mg	朝食後	1日2錠	18.0	36.0	
⑨	「f」錠10mg	1回10mg	朝食後	1日1錠	51.0	51.0	
⑩	「g」錠10mg	1回10mg	朝食後	1日1錠	117.0	117.0	
						204.0	20点

全部で1種類

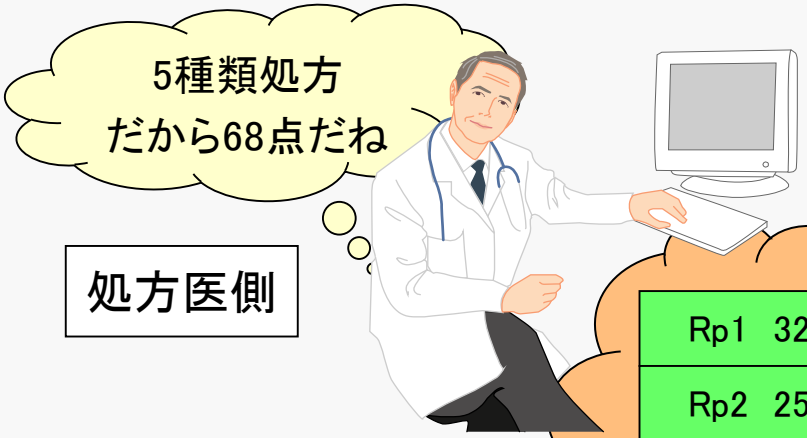
①②③④⑧⑨⑩
3剤5種類処方

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

一般名記載の処方せん料は最低薬価で計算

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



処方医側

Rp1	32点
Rp2	25点
Rp3’	20点
3剤5種類	

医師がジェネリックを想定して考えた処方

一般名処方

銘柄の違い
（薬価の違い）

在庫で
調剤できるわ♪

調剤側

Rp1	32点
Rp2	25点
Rp3	40点
3剤7種類	

薬剤師が在庫があった先発分を調剤した場合

205円ルールで5種類（7成分）となる一般名記載処方せんを受け付けた調剤薬局が、処方医の想定より高い薬価の薬剤で調剤し、205円ルールが適用されず7種類（7成分）の調剤になった場合でも、処方元の処方せん料は査定されません。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

投薬

処方せん様式の変更

個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

保険医署名
（変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。）

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　せ　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証、被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称 電話番号
	生年月日	明 大 昭 平　年　月　日	男・女	保険医氏名　印
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号 / 点数表番号 / 医療機関コード

交付年月日	平成　年　月　日	処方せんの使用期間	平成　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。）

処方	**変更不可**（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）
備考	**保険医署名**（変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。）

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	

備考1.「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
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こと。

第2 処方せん様式に関する事項（療担規則様式第2号関係）（保医発0305 第11号 平成24年3月5日）

（1）処方せんの様式を変更し、処方を行う保険医（以下「処方医」という。）が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとしたこと。

（2）「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた保険薬局における調剤は従来どおりとすること。また、「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がある処方せんを受け付けた場合でも、「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない医薬品（銘柄名で記載されたものに限る。）について、患者の選択に基づき、従来と同様に、後発医薬品を調剤することができること。

（3）一部改正省令の施行の際現にある改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第2号による処方せん（以下「改正前処方せん」という。）については、平成24年4月1日から同年9月30日までの間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。この場合にあっては、改正前処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断したときは、改正前処方せんの「保険医署名・押印し、かつ、医薬品ごとに「✓」又は「×」を記載するなど、医薬品ごとに、当該判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

（平成24年4月1日施行）

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【処方せん様式】

（問188）システム改修を行うまでの間、旧様式の処方せんの使用について猶予期間はあるのか。（趣旨確認）

（答）一部改正省令の施行の際現にある改正前の処方せんについては、平成24 年4月1日から同年9月30 日までの間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。この場合にあっては、医薬品ごとに、変更の可否に関する判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

[疑義解釈（日本医師会①2012年3月5日）]【処方せん様式】

●Q. 今回の改定で処方せん様式が変更されたのはなぜか？

A. 現在、処方せんは「後発医薬品への変更がすべて不可の場合」の署名欄があり、処方医の署名により、処方薬すべてについて後発医薬品に変更不可となる形式となっているが、これをドイツの様式に倣い個々の医薬品について変更の可否を明示できるきめ細かな様式に変更することとなった。さらに、後発医薬品の使用促進が進まない原因の1つに、薬局の在庫管理の負担が指摘されていること等から、一般名による処方を推進することとなった。医療機関においては、患者への説明等に対する手当て等として処方せん料に加算が設定された。

●Q. 処方せん様式が変更になったが、従来の様式の処方せんを使用することはできないのか？

A. 平成24年9月30日までは従前の処方せんを手書き等で修正して使用できる。この場合、後発医薬品へ変更することに差し支えがある場合は、「保険医署名」欄にある「全て」という文言を削除した上で「保険医署名」欄に署名または記名・押印し、かつ、医薬品ごとに「✓」または「×」を記載するなど、医薬品ごとに、当該判断が薬局に明確に伝わるようにすること。

投薬

医療用麻薬処方日数（14 日）制限の緩和

改定後
緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。 ・コデインリン酸塩（内用） ・ジヒドロコデインリン酸塩（内用） ・フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射） ・フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

注射

チーム

がん

外来化学療法加算

改定前	改定後
【外来化学療法加算】 イ　外来化学療法加算1　550 点 （15 歳未満の患者に対して行った場合は750 点） ロ　外来化学療法加算2　420 点 （15 歳未満の患者に対して行った場合は700 点） 重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、評価区分を見直す。	【外来化学療法加算】 1　外来化学療法加算1 イ　外来化学療法加算A ①15 歳未満　780点(新) ②15 歳以上　580点(新) ロ　外来化学療法加算B ①15 歳未満　630点(新) ②15 歳以上　430点(新) 2　外来化学療法加算2 イ　外来化学療法加算A ①15 歳未満　700点(新) ②15 歳以上　450点(新) ロ　外来化学療法加算B ①15 歳未満　600点(新) ②15 歳以上　350点(新) 「A」は十分注意を要する抗悪性腫瘍剤等 新 新 新 新

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第6部注射＜通則＞（平成24年3月5日留意事項）

4 外来化学療法加算

（1）「通則6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定する。同一日に外来化学療法加算Aと外来化学療法加算Bは併せて算定できない。

（2）外来化学療法加算1を届出た保険医療機関において外来化学療法加算1を算定するにあたり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算1及び2は算定できない。

（3）外来化学療法加算Aは、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」欄に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクロ―ナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬を、G000以外により投与した場合に算定する。

（4）外来化学療法加算Bは、外来化学療法加算A以外の抗悪性腫瘍剤（ホルモン効果を持つ薬剤を含む。）を投与した場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

第37 外来化学療法加算（平成24年3月5日施設基準）

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

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

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

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

3 届出に関する事項

(1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
(2) 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

外来化学療法加算１

使用中は
他と併用不可

専用のベッド、又は、リクライニングシート

人員配置

5年以上の経験有する
専任の常勤医師

専任

専任

5年以上の経験有する
専任の常勤看護師

専任

化学療法に係る調剤の経験を5年
以上有する専任の常勤薬剤師

急変時等に当該患者が入院できる体制、又は連
携先で入院できる体制が確保されていること

レジメン検討委員会

最低、年1回　委員会を開催

2名以上の医師
（化学療法に携わる各診療科の医師の代表者）

業務に携わる
看護師

業務に携わる薬剤師

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

外来化学療法加算２

使用中は
他と併用不可

専用のベッド、又は、リクライニングシート

人員配置

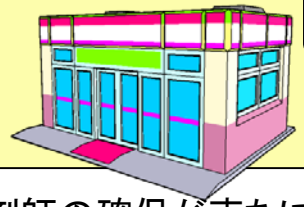
専任

経験有する
専任の常勤看護師

専任

専任の常勤薬剤師

診療所



常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所も算定できる。

急変時等に当該患者が入院できる体制、又は連携先で入院できる体制が確保されていること

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

G020 無菌製剤処理料

改定前	改定後
【無菌製剤処理料】 1　無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　100点 ロ　イ以外の場合　50点 2　無菌製剤処理料2（1以外のもの）　40点	【無菌製剤処理料】 1　無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ　閉鎖式接続器具を使用した場合 （1）　揮発性の高い薬剤の場合　150点（新）　新 （2）（1）以外の場合　100点 ロ　イ以外の場合50点 2　無菌製剤処理料2（1以外のもの）40点

G020 無菌製剤処理料（平成24年3月5日留意事項）

［略］

(3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

(4) 無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。

ア　イホスファミド
イ　シクロホスファミド
ウ　ベンダムスチン塩酸塩

［略］

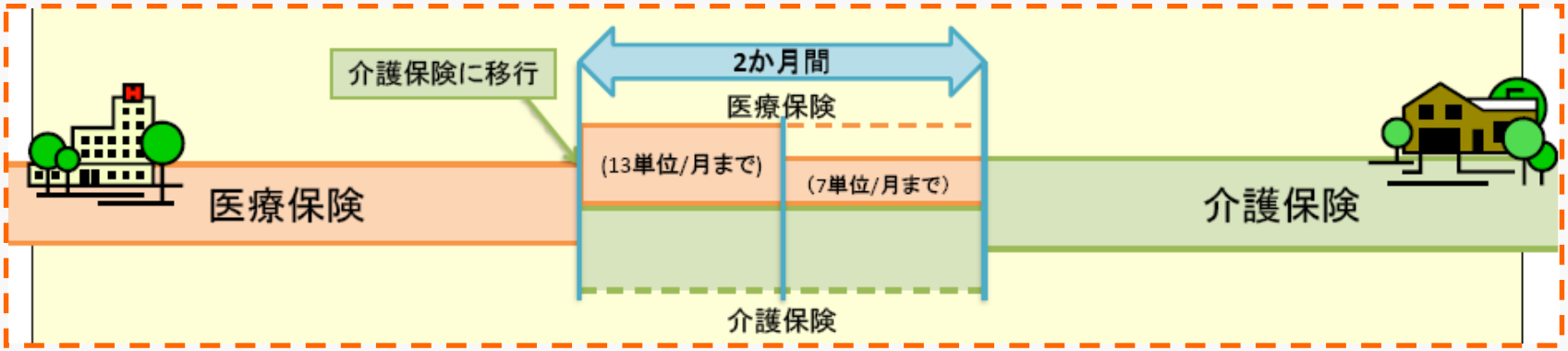
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

リハビリ

（H000～H003）疾患別リハビリテーション

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

改定前	改定後
【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、1月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。	【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、<u>2月間に限り、</u>同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。
【疾患別リハビリテーション】 **[算定要件]** 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとした。	【疾患別リハビリテーション】 **[算定要件]** 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 <u>ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、2月目について1月7単位に限り算定できるものとする。</u>



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

リハビリ

早期リハビリテーション加算

H000注2,3　H003注2,3

【心大血管疾患リハビリテーション料】【呼吸器リハビリテーション料】

改定前	改定後
【心大血管疾患リハビリテーション料】注2（1単位につき） 【呼吸器リハビリテーション料】注2（1単位につき） 早期リハビリテーション加算　45点 ［算定要件］ 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。	【心大血管疾患リハビリテーション料】注2、3（1単位につき） 【呼吸器リハビリテーション料】注2、3（1単位につき） 1　早期リハビリテーション加算1（14日以内） イ　リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合　75点(新)　新 ロ　その他の場合　30点(改)　改 2　早期リハビリテーション加算2（15日以上30日以内）　30点(改)　改 ［算定要件］ **1早期リハビリテーション加算1** 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。 **2　早期リハビリテーション加算2** 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して15日以上30日以内に限り算定する。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【リハビリテーションの初期加算】

(問152)リハビリテーションの初期加算について、リハビリテーション科を標榜している必要があるか。

（答）原則として標榜している必要がある。ただし、リハビリテーションに専ら従事している常勤の医師が勤務している場合は、リハビリテーション科を標榜していない場合であっても、当該加算を算定出来る。また、心大血管疾患リハビリテーションについては、当該リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している循環器科又は心臓血管外科、呼吸器リハビリテーションについては、呼吸器リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している呼吸器内科、呼吸器外科を標榜していることで差し支えない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

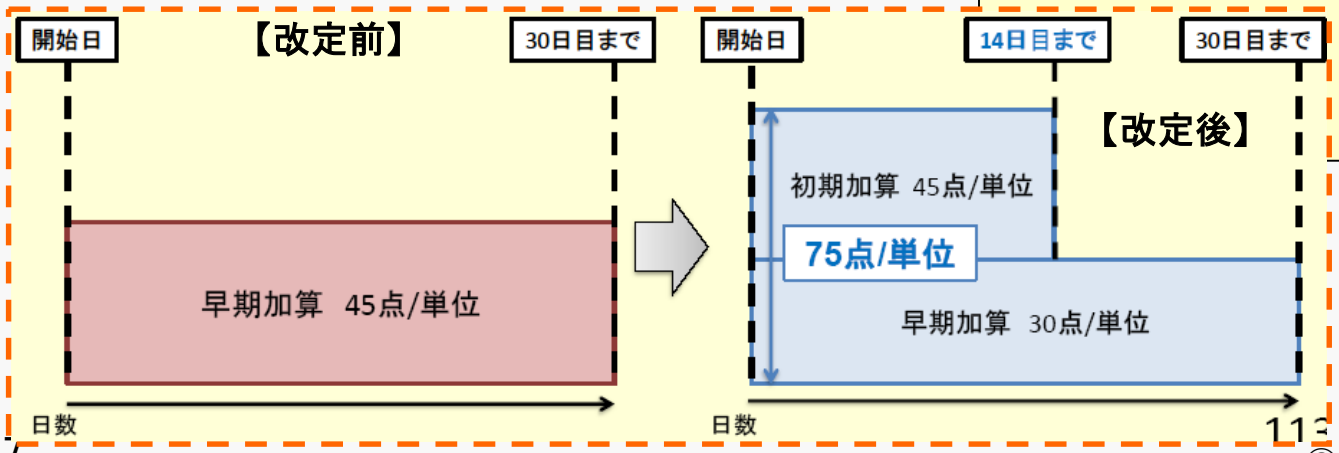
リハビリ

早期リハビリテーション加算

H001注2,3　H002注2,3

【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】

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】注2（1単位につき） 【運動器リハビリテーション料】注2（1単位につき） 早期リハビリテーション加算　45点 より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を引き下げた。 **[算定要件]** 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】注2、3（1単位につき） 【運動器リハビリテーション料】注2、3（1単位につき） 1　早期リハビリテーション加算1（14日以内） イ　リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合　75点(新)　新 ロ　その他の場合　30点(改)　改 2　早期リハビリテーション加算2（15日以上30日以内）　30点(改)　改 **[算定要件]** **1早期リハビリテーション加算** 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内に限り算定する。 **2早期リハビリテーション加算2** 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して15日以上30日以内に限り算定する。



Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

リハビリ

H001注4 脳血管疾患等リハビリテーション
H002注5 運動器リハビリテーション

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

要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、および運動器リハビリテーションについては、1月に13 単位実施できる疾患別リハビリテーションを原則次回改定までとする。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

リハビリ

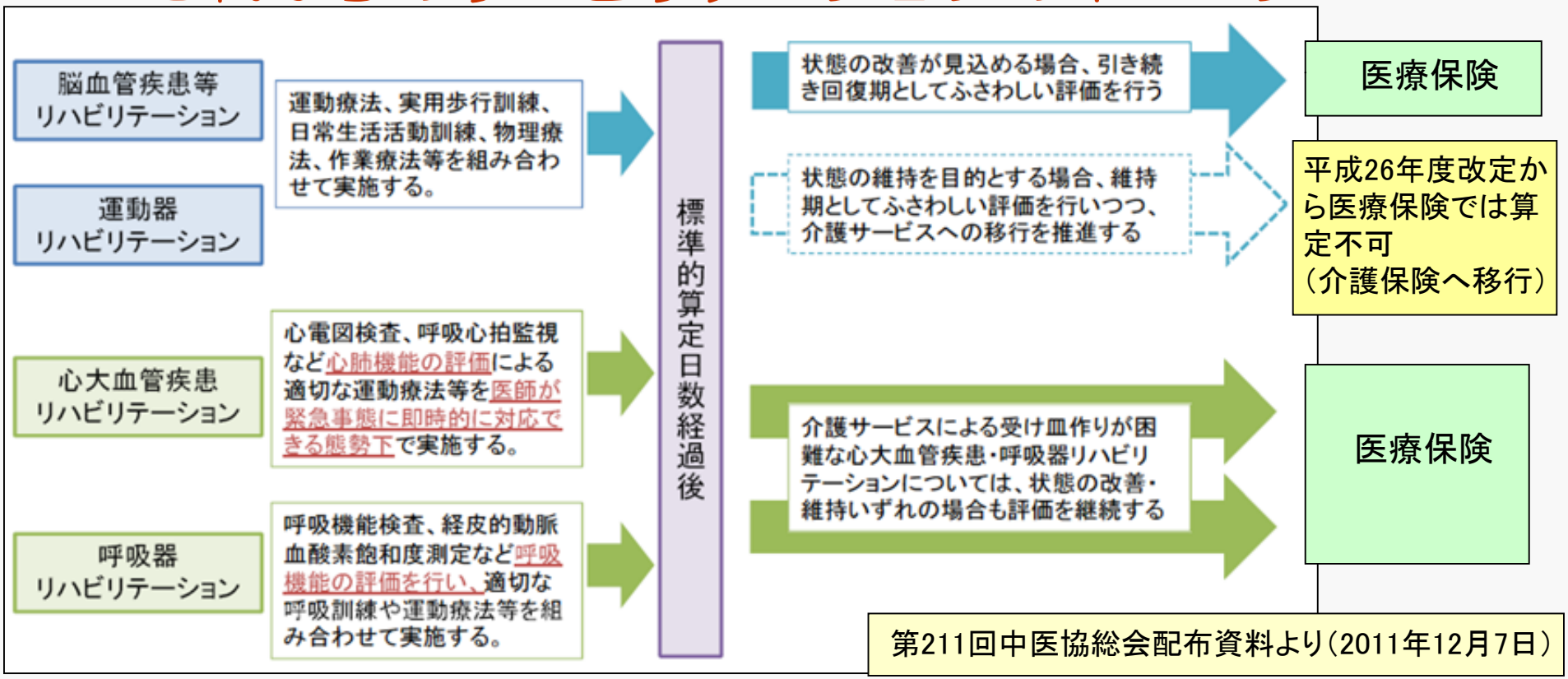
H001注4 H002注5 脳血管疾患等リハビリテーション 運動器リハビリテーション

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) 1　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ　ロ以外の場合　245点 ロ　廃用症候群の場合　235点 2　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ　ロ以外の場合　200点 ロ　廃用症候群の場合　190点 3　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ　ロ以外の場合　100点 ロ　廃用症候群の場合　100点	【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき)　180日 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 1　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ　ロ以外の場合　221点(改) ロ　廃用症候群の場合　212点(改)　改 2　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ　ロ以外の場合　180点(改) ロ　廃用症候群の場合　171点(改)　改 3　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ　ロ以外の場合　90点(改) ロ　廃用症候群の場合　90点(改)　改
【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 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】(1単位につき)　150日 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 1　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)　158点(改) 2　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)　149点(改)　改 3　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)　80点

標準的算定日数を超えた要介護被保険者等について、状態の改善が期待されないと医学的に判断された脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価が引き下げられた。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

これからのリハビリテーションのイメージ



第211回中医協総会配布資料より（2011年12月7日）

- 一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とするよう要件を変更する
- 要介護等認定者に対するリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。
- 介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。
- 介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逓減制とする。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

I001 入院精神療法

改定前	改定後
【入院精神療法】 注3　区分番号A231に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。	【入院精神療法】 注3 （削除）

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

I002 通院・在宅精神療法

精神

在宅

地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げた。

改定前	改定後
【通院・在宅精神療法】（１日につき） １　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合　500点 ２　１以外の場合 　イ　30分以上の場合　400点 　ロ　30分未満の場合　330点	【通院・在宅精神療法】（１日につき） １　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において<u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている</u>精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合　<u>700点(改)</u> 改 ２　１以外の場合 　イ　30分以上の場合 400点 　ロ　30分未満の場合 330点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【通院・在宅精神療法】

(問153)I002通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たっては、当該療法を実施する精神保健指定医等が要件を満たす必要があるのか。

(答) そのとおり。なお、「標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」の要件については、保険医療機関でその要件を満たしていればよい。

(問154)I002通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」については、主治医である精神保健指定医等が必ず対応しなければならないのか。

(答) 必ずしも主治医である精神保健指定医等が問合せに直接対応する必要はないが、継続的に受診している患者の診療の状況について、外部からの問合せに確実に応じ、対応できる体制を整備すること。

(問155)I002通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、必要となる精神科救急医療体制の確保に対する協力の要件はいつの時点の実績で満たしていればよいか。

(答) 当該点数を算定した月の前月から起算して過去12月の実績で要件を満たす必要がある。ただし、「標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」については、算定した月で要件を満たしていればよい。

(問156)I002通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「措置入院及び緊急措置入院時の診察」や「医療保護入院および応急入院のための移送時の診察」について、都道府県の求めに応じ診察を行った結果、入院に至らなかった場合、1回の実績としてよいか(答) 1回の実績としてよい。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

精神

在宅

通院・在宅精神療法

I002注4 特定薬剤副作用評価加算

（新）【特定薬剤副作用評価加算】 25点（月１回） 新

［算定要件］

２のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合

薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合の評価を新設した。

I002通院・在宅精神療法（平成24年3月5日留意事項）

［略］

(14) 注4に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月に1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「I002－2」精神科継続外来支援・指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

精神科継続外来支援・指導料にも「特定薬剤副作用評価加算」があるが、同時算定はできない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

精神

在宅

I002注3 通院・在宅精神療法（20歳未満加算）

改定前	改定後
【通院・在宅精神療法】注3（1日につき） 20歳未満加算　200点 **[算定要件]** 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。	【通院・在宅精神療法】注3（1日につき） 20歳未満加算　200点 **[算定要件]** 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<u>ただし、児童・思春期入院料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内に限り算定する。</u>

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

精神科継続外来支援・指導料

抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と3剤以上の場合で分けて評価した。 精神

改定前	改定後 I002-2注2,4
【精神科継続外来支援・指導料】(1日につき) 55点 ① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。	【精神科継続外来支援・指導料】(1日につき) 55点 ① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。 ② 当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
② 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。	③ 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。
	④ 抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。ただし通院・在宅精神療法の注4に規定する加算を算定する月は算定しない。 新
③ 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	⑤ 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

特定薬剤副作用評価加算

薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合の評価を新設した。

DIEPSSの活用で症状が抗精神病薬の副作用によるものか、または原疾患によるものかを評価する。薬が原因の場合は投与量を調整するなどして治療方針に役立てる。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【精神科継続外来支援・指導料】

(問157)IOO2－2精神科継続外来支援・指導料において、「1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。」とあるが、頓用の抗不安薬、睡眠薬を含むのか。

(答) 頓用の抗不安薬、睡眠薬も含む。

(問158)IOO2－2精神科継続外来支援・指導料の1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなるが、当該所定点数には注3に規定する療養生活環境を整備するための支援や注4に規定する特定薬剤副作用評価加加算が含まれるか。

(答) 含まない。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

認知

I003-2 認知療法・認知行動療法

改定前	改定後
【認知療法・認知行動療法】(1日につき) 420点 [算定要件] ① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 ② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。	【認知療法・認知行動療法】(1日につき) 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点(新) 新 2 1以外の場合 420点(改) 改 [算定要件] **1認知療法・認知行動療法1** ① 精神科を標榜する保険医療機関であること。 ② 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。 **2認知療法・認知行動療法2** ① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 ② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。

精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を分け、普及状況の把握等の観点から、届出が必要になった。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

I003－2 認知療法・認知行動療法（平成24年3月5日留意事項）

［略］

(6) 認知療法・認知行動療法の「1」は、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医がア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たした場合に算定できる。

ア　精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県（政令市の区域を含むものとする。以下本区分番号において同じ。）に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)のいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察

(ロ) 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察

(ハ) 精神医療審査会における業務

(ニ) 精神科病院への立ち入り検査での診察

(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

イ　都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)の要件を合計して年6回以上行うこと。

(イ) 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む）に協力していること。

(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

(ハ) 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ　標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たすこと。

(イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

精神科専門療法

I005-2 精神科ショート・ケア

精神

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

　精神科ショート・ケア（１日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとし、入院中の患者が精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行なった。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

I009 精神科デイ・ケア

精神

精神科デイ・ケア（１日につき6時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとし、入院中の患者が精神科デイ・ケアを利用した場合の評価を行なった。

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）] 【精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア】

(問159)I008－2精神科ショート・ケア、I009精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」について、「特掲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」で示されている、様式46の2に準じたものであれば、それぞれの医療機関ごとの様式でよいか。

（答）様式46の2で示した内容がすべて含まれるものであれば、差し支えない。

(問160)I008－2精神科ショート・ケア、I009精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」にはどの程度の頻度で見直しを行えばよいのか。

（答）短期目標として、概ね3ヶ月以内の目標を設定していることから、概ね3ヶ月以内に1度、短期目標の達成状況の評価を行い、必要に応じ、目標の修正を行うこと。

(問161)I008－2精神科ショート・ケア、I009精神科デイ・ケアのうち、「大規模なもの」について、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定することになるが、診療計画に基づいてショート・ケア、デイ・ケアを提供するごとに、その内容や結果について、従事する者すべてで評価を行い、その要点を診療録に記載している場合は、参加者を少人数に分けて、それぞれに個別のプログラムを実施することは可能か。

（答）可能。

(問162)入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、I008－2精神科ショート・ケア又はI009精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することができるが、当該所定点数には注3に規定する早期加算を含むのか。

（答）含む。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

精神

I010-2注4 精神科デイ・ナイト・ケア

改定前	改定後
【精神科デイ・ナイト・ケア】(1日につき)　1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】(1日につき)　1,000点(改) 疾患別等診療計画加算　40点(新) [算定要件] **疾患別等診療計画加算** 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

改　新

患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設した。

【改定前】

精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき)　1,040点

【改定後】

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

〔算定要件〕
疾患別等診療計画加算については、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

I012 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）

改定後
【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 ①週3日目まで 30分以上　575点(1日につき) ②週3日目まで 30分未満　440点(1日につき) ③週4日目以降 30分以上　675点(1日につき) ④週4日目以降 30分未満　525点(1日につき) ロ　准看護師による場合 ①週3日目まで 30分以上　525点(1日につき) ②週3日目まで 30分未満　400点(1日につき) ③週4日目以降 30分以上　625点(1日につき) ④週4日目以降 30分未満　485点(1日につき) **[算定要件]** 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） 注1　精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。 注2　精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

I012 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）

改定後
【精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）】 160点(1日につき) [算定要件] 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 注1 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。 注2 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

精神科訪問看護・指導料Ⅰ	患者宅 個別	575点
精神科訪問看護・指導料Ⅱ	施設 複数 同時	160点

（30分以上 週3日目まで）

	精神科訪問看護・指導料Ⅰ	患者宅 個別	575点
	精神科訪問看護・指導料Ⅱ	施設 複数 同時	160点
（新）	精神科訪問看護・指導料Ⅲ	同一建物 居住者	445点

【改定前】 精神科訪問看護・指導料 ［改定後］

Ⅰ	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	575点

保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	（新） 30分未満	440点
	30分以上	575点
准看護師	（新） 30分未満	400点
	（新） 30分以上	525点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

I012 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

改定後

（新）【精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）】

イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

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

新

ロ　准看護師による場合

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

新

[算定要件] 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

注１　精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

注２　精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者一人につき、週３日を限度として算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

I012注5 精神科訪問看護・指導料　複数名訪問看護加算

精神

改定前	改定後
【複数名訪問看護加算】　450点 **[算定要件]** 精神科訪問看護・指導料Ⅰの場合であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合。	【複数名訪問看護加算】 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1回を限度とする。 イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　450点　新 ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　380点　新 ハ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　300点　新

【改定前】　**複数名訪問看護加算**　［改定後］

【改定前】		［改定後］	
複数の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	450点	保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に行う場合	450点
		（新）保健師又は看護師が准看護師と同時に行う場合	380点
		（新）保健師又は看護師が看護補助者と同時に行う場合	300点

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科訪問看護・指導料加算

（新）【長時間精神科訪問看護・指導加算】 520点　週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回）　I012注7　新

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合。

（新）【夜間・早朝訪問看護加算】 210点　新　I012注8

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの場合であって、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合。

【深夜訪問看護加算】 420点　新

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの場合であって、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合。

（新）【精神科緊急訪問看護加算】 265点　新　I012注9

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢの場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

精神

I012-2 精神科訪問看護指示料
I012-2注2 精神科特別訪問看護指示加算

改定後

精神科訪問看護においては、疾病等により通院による療養が困難な患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため見直しを行なった。

（新）【精神科訪問看護指示料】 300点
（新）【精神科特別訪問看護指示加算】 100点 新

[算定要件]

①精神科を標榜する医療機関の医師が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付すること。

②患者一人につき月1回に限り算定する。

【改定前】

	点数	訪問看護の対象
訪問看護指示料	300点	疾病、負傷のために通院による療養が困難な者

［改定後］

	点数	訪問看護の対象
訪問看護指示料	300点	疾病、負傷のために通院による療養が困難な者
（新）精神科訪問看護指示料	300点	精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【精神科訪問看護指示書】

（問163）精神科訪問看護指示書の交付により、精神科以外の診療所に外来通院中の精神疾患を有する患者に対して訪問を行うことは出来るのか。

（答）精神科以外の疾患については、その担当科の医師から診療情報の提供を受け、それを踏まえて精神科医が、訪問看護の必要性があると判断し、精神科訪問看護指示書を交付した場合は、可能である。

精神科専門療法

薬剤師

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

精神

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

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合の医学管理評価を新設した。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

IO13 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（平成24年3月5日留意事項）

（1）「1」の抗精神病特定薬剤治療指導管理料の1.持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

（2）持続性抗精神病注射薬剤とは、ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステル及びリスペリドンをいう。

（3）抗精神病特定薬剤治療指導管理料の2. 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、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。

（4）治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

（5）抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

第54の2 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（平成24年3月5日施設基準）

1 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

（1）当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。

（2）副作用に対応できる体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式46の3を用いること。

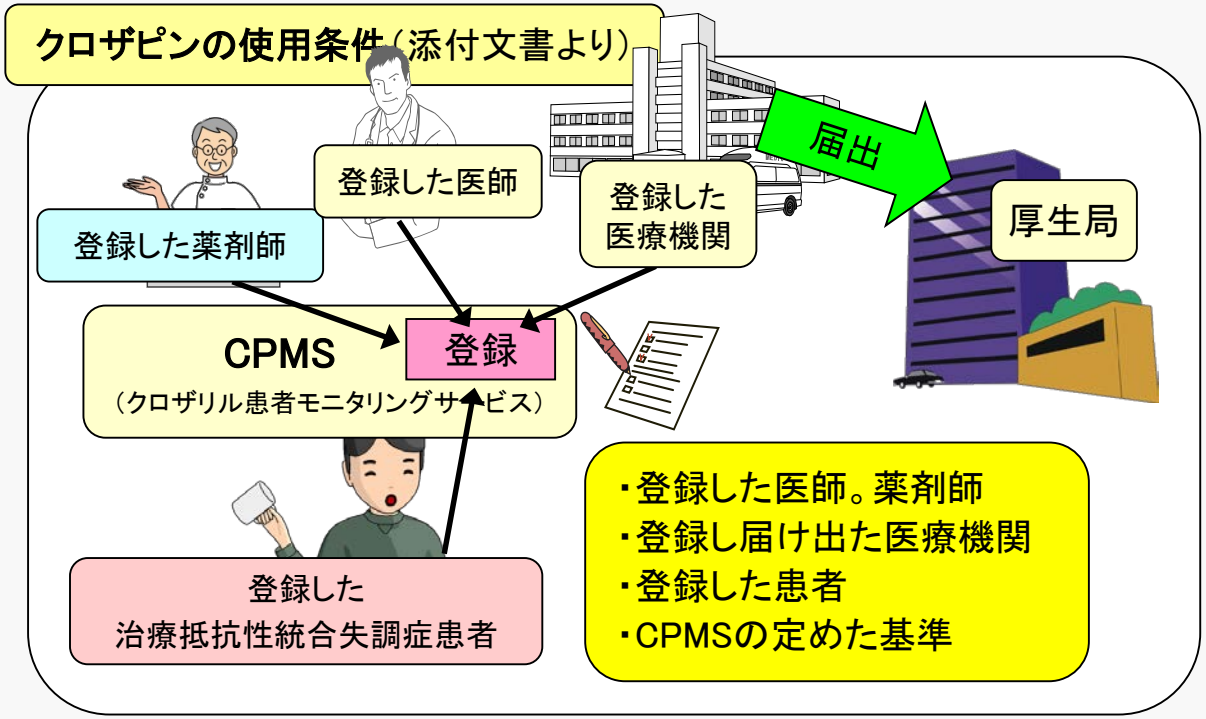
Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

図解資料

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

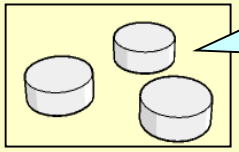
―治療抵抗性統合失調症治療指導管理料（算定要件）―

クロザピンの使用条件（添付文書より）



施設基準

副作用に対応できる体制が整備されていること。



一般名＝クロザピン
商品名＝クロザリル錠25mg、100mg

主な重篤な副作用
無顆粒球症、心筋炎、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

精神科専門療法

I015注3 重度認知症患者デイ・ケア料　夜間ケア加算

精神

改定後
（新）【夜間ケア加算】 100点（１日につき） 新 **[算定要件]** ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、２時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。 ② 当該加算を算定した日から起算して１年以内に限る。 **[施設基準]** 夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処置

J003 局所陰圧閉鎖処置

改定前	改定後
【局所陰圧閉鎖処置（1日につき）】 1　被覆材を貼付した場合 イ　100平方センチメートル未満　1,600点 ロ　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,680点 ハ　200平方センチメートル以上　1,900点 注　初回の貼付に限り、イにあっては1,690点を、ロにあっては2,650点を、ハにあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。 2　その他の場合　900点	【局所陰圧閉鎖処置（1日につき）】 1　100平方センチメートル未満　1,040点（改）改 2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点（改）改 3　200平方センチメートル以上　1,100点（改）改 注　初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を 、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【局所陰圧閉鎖処置】
（問166）局所陰圧閉鎖処置について、平成24年度改定において、「被覆材を貼付した場合」と「その他の場合」の区別がなくなったが、被覆材を貼付した日もその他の日も、同じ点数を算定するのか。
（答）そのとおり。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処置

処置料

改定前	改定後
【人工気胸（排気を含む。）】	（削除）
【胸腔内出血排除（非開胸的）】（開始日）550点 注　3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	（削除）
【高位浣腸、高圧浣腸、洗腸】　45点	【高位浣腸、高圧浣腸、洗腸】 65点（改） 改　J022
（新）持続的難治性下痢便ドレナージ　（開始日）50点 新　J022-5	

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【持続的難治性下痢便ドレナージ】

（問164）J022－5持続的難治性下痢便ドレナージを実施できる看護師の要件にある「急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修」とは、どのような研修か。

（答）研修については以下の内容を満たすものであり、研修には、実習により、事例に基づくアセスメントと急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護実践が含まれること。

（イ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要
（ロ）看護倫理
（ハ）医療安全管理
（ニ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践
（ホ）急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法
（ヘ）コンサルテーション方法

（問165）J022－5持続的難治性下痢便ドレナージの看護師の要件である研修の内容が事務連絡の問164に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、以下のいずれかの研修である。
日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」「救急看護」「集中ケア」の研修

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処置

処置料

改定前	改定後
【皮膚科光線療法（1日につき）】 3　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　350点	【皮膚科光線療法（1日につき）】J054 3　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　340点（改）改
【皮膚レーザー照射療法（一連につき）】 2　Qスイッチ付レーザー照射療法　2,800点	【皮膚レーザー照射療法（一連につき）】　J054-2 2　Qスイッチ付レーザー照射療法 イ　4平方センチメートル未満　2,000点（改）改 ロ　4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点（改）改 ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点（改）改 ニ　64平方センチメートル以上　3,950点（改）改
（新）稗粒腫摘除　J057-4 1　10箇所未満　74点　新 2　10箇所以上　148点	

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【経管栄養カテーテル交換法】
（問170）経管栄養カテーテル交換法について、鼻腔栄養カテーテルも対象となるか。
（答）対象とならない。胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルを交換した場合に算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処置

J380 人工腎臓

エリスロポエチンの価格が低下に基づいて、包括点数が見直された。

改定前	改定後
【人工腎臓】(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,075点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点 ハ 5時間以上の場合 2,370点 2 その他の場合 1,580点	【人工腎臓】(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,040点(改) 改 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点(改) 改 ハ 5時間以上の場合 2,340点(改) 改 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,255点 新 3 その他の場合 1,580点 [算定要件] 2 慢性維持透析濾過 血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。 [施設基準] 透析液水質確保加算2を算定していること。

透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過(オンライン血液透析濾過)の評価を新設した。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【人工腎臓】

(問167)人工腎臓について、エポエチンベータペゴルはエリスロポエチン製剤に含まれるのか。
(答) そのとおり。
(問168)人工腎臓の慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行っている患者がいない場合も、体制が整っている場合には、透析液水質確保加算2を算定してよいか。
(答) 算定して差し支えない。
(問169)持続緩徐式血液透析濾過はどの区分で算定するのか。
(答) J038－2持続緩徐式血液濾過で算定する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

処置

人工腎臓

J380注9 透析液水質確保加算

改定前	改定案
【人工腎臓】(1日につき) 透析液水質確保加算　10点 **[施設基準]** 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。	【人工腎臓】(1日につき) イ　透析液水質確保加算1　8点(改)　改 ロ　透析液水質確保加算2　20点(新)　新 **[施設基準]** **イ　透析液水質確保加算1** 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。 **ロ　透析液水質確保加算2** ① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。 ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算2の算定が要件。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

手術

手術料の適切な評価

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

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

評価対象手術

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【手術】

(問171)K939－3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の看護師の要件にある「5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修」とは、どのような研修か。
(答) 研修については以下の内容を満たすものであり、現時点では、日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」及び日本ストーマリハビリテーション学会の周手術期ストーマケア研修(20時間以上)の研修が該当する。なお、研修には、講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
(イ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要
(ロ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践
(ハ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法
(問172)組織採取目的で胸腔鏡下に切除を行った場合には、どの区分で算定するのか。
(答) K488－4胸腔鏡下試験切除術で算定する。
(問173)組織採取目的で腹腔鏡下に切除を行った場合には、どの区分で算定するのか。
(答) K636－4腹腔鏡下試験切除術で算定する。
(問174)K513胸腔鏡下肺切除術が「1」肺嚢胞切除術と「2」その他のものに改められたが、気胸及び良性肺腫瘍はどちらで算定するのか。
(答) 気胸に対して胸腔鏡を用いて肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)を行った場合は「1」肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)で算定する。良性肺腫瘍に対して胸腔鏡を用いて肺切除術を行った場合は、「2」その他のもので算定する。
(問175)K000－2小児創傷処理(6歳未満)について、切創、刺創、割創又は挫創に対して、ボンド又はテープにより創傷処理を行った場合に算定できるか。
(答) 6歳未満の患者であって、筋肉、臓器に達しない創傷に対して、切除、結紮又は縫合と医療上同等の創傷処理を行った場合は、算定して差し支えない。
(問176)K533食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)については、1週間を目安として算定することとしているが、1週間を経ないと実施してはいけないのか。
(答) 当該手術料は、1週間の一連の行為を評価したものであり、1週間以内の場合でも、手術を実施して差し支えない。
(問177)K616－4経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に2回以上実施した場合、2回目以降の手術に伴う薬剤料又は特定保険医療材料料は算定できるか。
(答) 算定できない。
(問178)K616－4経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に2回以上、複数の保険医療機関で実施した場合、それぞれの保険医療機関について3ヶ月に1回に限り算定できるか。
(答) 1人の患者につき、3ヶ月に1回に限り算定する。
(問179)K920輸血について、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」に基づいて、輸血後に輸血後肝炎が疑われる場合などに、当該通知に定められた検査を行った場合に、検査の費用は算定できるか。
(答) 算定して差し支えない。
(問180)2以上の手術を同時に行い、「診療報酬の算定方法」第10部手術の「通則14」に基づき費用を算定する場合に、従たる手術において使用された手術医療機器等について手術医療機器等加算が算定できるが、従たる手術の費用が算定できない場合は、手術医療機器等加算だけが算定できるか。
(答) 算定できない。

Copyright©2012 Nichiiko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

麻酔

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

改定後
（新）【臓器移植術加算】　15,250点 新 **［算定要件］** 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

放射線

放射線治療　通則の追加

改定後
２　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。

[疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）]【放射線治療】

（問181）外来放射線治療加算の施設基準に「患者が休憩できるベッド等」を備えていることとあるが、このベッド等とは、たとえば外来化学療法で使用されるようなリクライニングシートでもよいのか。

（答）療養上適切であれば差し支えない。

（問182）小児放射線治療加算は、「各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。」とあるが、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していない保険医療機関において、新生児に対して、M001体外照射３高エネルギー放射線治療イ（１）１門照射又は対向２門照射を行った場合の算定は、所定点数に100分の70を乗じた点数と所定点数に100分の70を乗じて、更に100分の60を乗じた点数をそれぞれ合算した点数でよろしいか。

（答）そのとおり。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

放射線

M001 対外照射

改定前	改定後
【対外照射】 3　高エネルギー放射線治療 イ　（略） ロ　2回目 （1）1門照射又は対向2門照射を行った場合　280点 （2）非対向2門照射又は3門照射を行った場合　440点 （3）4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　600点	【対外照射】 3　高エネルギー放射線治療 イ　（略） ロ　2回目 （1）1門照射又は対向2門照射を行った場合　420点（改） （2）非対向2門照射又は3門照射を行った場合　660点（改） （3）4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900点（改）　改
4　強度変調放射線治療（IMRT） イ　1回目　3,000点 ロ　2回目　1,000点	4　強度変調放射線治療（IMRT） イ　1回目　3,000点 ロ　2回目　1,500点（改）　改

（新）【体外照射呼吸性移動対策加算】　150点　新

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

放射線

M001-3 直線加速器による定位放射線治療

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

（新）【定位放射線治療呼吸性移動対策加算】
　イ　動体追尾法　10,000点
　ロ　その他　5,000点　新

[算定要件]
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合。

M004 密封小線源治療

改定後
【密封小線源治療（一連につき）】 注7　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

病理診断

病理標本作製料

改定前	改定後
【病理組織標本作製（1臓器につき）】 880点	【病理組織標本作製（1臓器につき）】 860点（改） 改 M000
【術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）】 注　テレパソロジーにより行う場合には、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局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	（削除）
【術中迅速細胞診（1手術につき）】 注　テレパソロジーにより行う場合には、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局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	（削除）

【細胞診（1部位につき）】 注の新設　M004
注　過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。

【HER2遺伝子標本作製】　2,500点	【HER2遺伝子標本作製】 改 M005 1　単独の場合　2,700点（改） 2　区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合　3,050点（改） 改

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

M006 病理診断・判断料

改定前	改定後
【病理診断料】 1　組織診断料　500点 2　細胞診断料　240点	【病理診断料】 1　組織診断料　400点（改） 2　細胞診断料　200点（改）　改

【病理診断料】
（新）イ　病理診断管理加算1
　（1）組織診断を行った場合　120点
　（2）細胞診断を行った場合　60点　新
（新）ロ　病理診断管理加算2
　（1）組織診断を行った場合　320点
　（2）細胞診断を行った場合　160点　新
［算定要件］
　病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合。

［疑義解釈（厚労省①2012年3月30日）］【放射線治療】
（問183）病理診断料の病理診断管理加算については、病理診断料の算定1回につき、1回しか算定できないという理解でよいか。
（答）そのとおり。
（問184）病理診断料の病理診断管理加算の施設基準にある「病理診断を専ら担当する常勤の医師」は、検体検査管理加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の施設基準にある「臨床検査を専ら担当する医師」と兼任でもよいか。
（答）兼任不可。

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

施設入所者診療

介護老人保健施設入所者に係る診療料
転換老健に対応した項目の期間の延長

介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が6年間延長されたことを踏まえ、緊急時施設治療管理料等の対象延長した。

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

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

Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.