

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」 (答申：点数表順)

株式会社日医工医業経営研究所 (日医工MPI)

資料作成：菊地祐男 (日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217)



資料No.240301-265-1

nikky



株式会社日医工医業経営研究所

2012年度診療報酬改定率

2012年度改定率		医療費ベース		備考	2010年度	2008年度	2006年度	2004年度	2002年度
薬価改定率	▲1.26%	▲約5000億円	▲6.00%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場拡大、長期収載、等)		▲1.23%	▲1.1%	▲1.6%	▲0.89%	▲1.3%
材料価改定率	▲0.12%	▲約500億円			▲0.13%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.16%	▲0.1%
(薬価+材料)	▲1.375%	▲約5500億円							
診療報酬改定率	+1.38%	+約5500億円	医科:歯科:調剤 1:1.1:0.3 (1.55%:1.70%:0.46%) (4700:500:300)億円		+1.55%	+0.38%	▲1.36%	±0%	▲1.3%
	+1.379%								
全体改定率	+0.00%	±0?	医師等負担軽減 1,200億円 在宅医療充実等 1,500億円 医療技術評価等 2,000億円		+0.19%	▲0.82%	▲3.16%	▲1.0%	▲2.7%
	+0.004%	+約16億円	+約4億円(国庫負担)						

2012年度診療報酬改定率は、薬価▲1.26%、材料▲0.12%で計▲1.38%。診療報酬は+1.38%で、一旦は+0.00%と発表された。しかし小数点以下3桁まで表示すると、薬価+材料が▲1.375%、診療報酬は+1.379%で、全体の改定率は+0.004%とされた。小数点以下3桁が4であるため、小数点以下3桁で四捨五入すると0になり、しかしプラスであるとも言える政治決着的な改定率決定となった。

2012年度診療報酬外財源（一般財源）

項目	改定率	医療費	国庫負担
追加引き下げ	▲0.9%	▲250億円	▲約60億円
	長期収載品市場		
長期収載品	▲0.86%	▲225億円	
	長期収載品市場		
後発医薬品	▲0.33%	▲25億円	
	後発医薬品市場		
後発品薬価ルール (10品目超えで6掛け)		▲88億円	▲約22億円
診療報酬外財源 計		▲338億円	▲約82億円
診療報酬改定率	+0.004%	+約16億円	+約4億円
実質改定率	▲0.08%	▲322億円	▲約78億円

長期収載品等の追加引き下げ（▲0.9%）は、後発品への置き換えが進まなかった分の精算のために行うものであり、今回は後発医薬品も対象になった。これで生じる財源は診療報酬改定の財源には含まないとしている。

後発医薬品の薬価算定ルールが改正され、10品目を超える内服剤は6掛けとなった。これで生じると予想される財源も診療報酬改定の財源には含まないとしている。

2012年度の診療報酬改定は、+0.004%のわずかなプラスとされているが、診療報酬改定財源とならない薬価の引き下げで、実質の改定率はマイナスとなる。

診療報酬外財源（追加引き下げ等）で捻出できる財源は、一般財源化され、介護報酬の処遇改善などに使われる予定

5	別表第七、別表第八	65	ハイリスク妊娠(分娩)管理加算	113	夜間休日救急搬送医学管理料	174	コンピューター断層撮影
6	病院勤務医の負担軽減	66	退院調整加算	114	外来リハビリテーション診療料	175	磁気共鳴コンピューター断層撮影
8	透析や検査の共同利用	67	地域連携計画加算	115	外来放射線照射診療料	176	ビタミン剤の取扱い
10	たばこ対策	69	新生児特定集中治療室退院調整加算	116	リンパ浮腫指導管理料	177	一般名処方の処方せん料加算
12	初診料・再診料	71	救急搬送患者地域連携加算	117	退院時共同指導料	178	処方せん様式の変更
16	時間外対応加算	73	精神科救急搬送患者地域連携加算	119	ハイリスク妊産婦共同管理料	179	医療用麻薬処方日数制限の緩和
17	明細書の無料発行	74	地域連携認知症支援加算	120	がん治療連携計画策定料	180	外来化学療法加算
18	入院基本料の通則	75	総合評価加算	121	がん治療連携管理料	183	無菌製剤処理料
22	一般病棟入院基本料	76	後発医薬品使用体制加算	122	認知症専門診断管理料	184	疾患別リハビリテーション
24	必要度評価票	77	病棟薬剤業務実施加算	123	認知症療養指導料	185	早期リハビリテーション加算
27	特定除外制度の見直し(15対1、13対1)	81	データ提出加算	124	退院前訪問指導料	187	脳血管疾患等、運動器
28	救急・在宅等支援病床初期加算	83	救命救急入院料	125	機能を強化した在支診・在支病	189	入院精神療法
29	重症児(者)受入連携加算	85	自殺企図等患者加算	126	往診料	191	通院・在宅精神療法
30	午前中の退院が多い医療機関	86	特定集中治療室管理料	127	在宅患者訪問診療料	192	精神科継続外来支援・指導料
31	金曜日入院 月曜日退院	87	特定入院料	129	在宅ターミナルケア加算	193	認知療法・認知行動療法
32	療養病棟入院基本料	88	小児特定集中治療室管理料	131	在宅時医学総合管理料	194	精神科ショート・ケア
34	救急・在宅等支援療養病床初期加算	89	小児入院医療管理料	132	特定施設入居時等医学総合管理料	195	精神科デイ・ケア
35	(各)入院基本料	90	回復期リハビリテーション病棟入院料	133	在宅がん医療総合診療料	196	精神科デイ・ナイト・ケア
41	看取り加算	92	亜急性期入院医療管理料	134	救急搬送診療料 長時間加算	197	精神科訪問看護・指導料
42	救急医療管理加算	95	緩和ケア病棟入院料	135	在宅患者訪問看護・指導料	203	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
43	在宅患者緊急入院診療加算	97	児童・思春期精神科入院医療管理料	142	在宅患者訪問リハビリテーション指導料	204	重度認知症患者デイ・ケア料 夜間
44	医師事務作業補助体制加算	98	精神療養病棟入院料(重症者加算)	143	訪問看護指示料	205	局所陰圧閉鎖処置
47	急性期看護補助体制加算	99	精神療養病棟入院料(退院調整加算)	144	特別訪問看護指示加算	206	処置料
49	超重症児(者)・準超重症児(者)入院料	100	認知症治療病棟入院料	145	介護職員等喀痰吸引等指示料	207	人工腎臓
50	二類感染症患者療養環境特別加算	102	特定一般病棟入院料	146	在宅療養指導管理料	208	透析液水質確保加算
51	療養病棟療養環境加算	103	短期滞在手術基本料	156	在宅療養指導管理材料加算	209	手術
53	無菌治療室管理加算	104	医学管理等	162	人工呼吸器加算	210	麻酔
54	緩和ケア診療加算	106	がん性疼痛緩和指導管理料	163	疼痛等管理用送信器加算	211	放射線
57	精神科身体合併症管理加算	107	がん患者カウンセリング料	165	検体検査実施料	212	対外照射
58	精神科リエゾンチーム加算	108	外来緩和ケア管理料	166	検体検査判断料	213	直線加速器による定位放射線治療
59	がん診療連携拠点病院加算	109	移植後患者指導管理料	167	生体検査料	214	密封小線源治療
60	栄養サポートチーム加算	110	糖尿病透析予防指導管理料	169	診断穿刺・検体採取料	215	病理標本作製料
62	感染防止対策加算	111	地域連携小児夜間・休日診療料	172	エックス線診断料	216	病理診断・判断料
64	患者サポート体制充実加算	112	院内トリアージ実施料	173	核医学診断料	217	転換老健

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

病院勤務医の負担軽減

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

病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

病院勤務医の負担軽減

改定後

【施設要件】

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

改定前	改定後
<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み ・交代勤務制の導入 ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <p>【必須項目】 なし</p>	<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み(一部必須) ・交代勤務制の導入(一部必須) ・予定手術前の当直に対する配慮 <p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u> ・<u>外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u> ・交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。 ・<u>なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。</u>

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例

透析や検査の共同利用

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

改定前	改定後
<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。</p>	<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。<u>ただし、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</u></p>

次ページに続く

透析や検査の共同利用

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

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。

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

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

たばこ対策への評価

対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例

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

改定後

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

施設基準等は次ページ

たばこ対策への評価（施設基準）

改定後

[施設基準]

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

[経過措置]

平成24年6月30日までは従前の通り算定可能。

初・再診料

A000,A001,A002

初診料・再診料

紹介のない場合

初診・再診料		改定前	改定後
初診料	診療所 病院	270点 (同一日2科目の場合:135点)	
	病院(500床以上)*	紹介状なし	200点 (同一日2科目の場合:100点)
再診料	診療所 病院(200床未満)	69点 (同一日2科目の場合:34点)	
	外来管理加算	診療所 病院(200床未満)	52点
外来診療料	病院(200床以上)	70点 (同一日2科目の場合:34点)	
	病院(500床以上)*	逆紹介拒否	52点 (同一日2科目の場合:25点)

200床以上の病院は再診料の代わりに一部処置が包括の外来診療料を算定する。

他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合

* : 紹介率が40%未満の特定機能病院及び、一般病床500床以上の地域医療支援病院(逆紹介率が30%以上の場合を除く)

初・再診料

A000 初診料（紹介のない場合）

連携

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 初診料 100点(紹介のない場合の同一日2科目の場合)

新

[算定要件]

①紹介率が40%未満の特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院において、紹介のない患者に対して初診を行った場合に算定する。

②ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が30%以上の場合は、当該初診料は算定しない。

※紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診の患者数

[経過措置]

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

* : 紹介率が40%未満の特定機能病院及び、一般病床500床以上の地域医療支援病院(逆紹介率が30%以上の場合を除く)

13 平成25年4月1日から実施する

初・再診料

A001 再診料等（同一日2科目の場合）

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

新

200床以上の病院は再診料の代わりに一部処置が包括の外来診療料を算定する。

[算定要件]

- ①同一日に他の傷病(一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(一つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)に算定する。
- ②2科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

初・再診料

A002 外来診療料（500床以上病院*）

連携

（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

（新）外来診療料 52点（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

新

（新）外来診療料 25点（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の同一日2科目の場合）

[算定要件]

①紹介率が40%未満の特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院において、他の病院（200床未満）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に対して再診を行った場合に算定する。

②ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が30%以上の場合は、当該再診料又は外来診療料は算定しない。

※紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率＝（紹介患者数＋救急患者数）／初診の患者数
逆紹介率＝逆紹介患者数／初診の患者数

[経過措置]

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

*：紹介率が40%未満の特定機能病院及び、一般病床500床以上の地域医療支援病院（逆紹介率が30%以上の場合を除く）

15 平成25年4月1日から実施する

初・再診料

A001 地域医療貢献加算→時間外対応加算

改定前	改定後
<p>【地域医療貢献加算】 3点</p> <p>[算定要件]</p> <p>①標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>②原則として自院で対応する。</p>	<p>【時間外対応加算】</p> <p>1 時間外対応加算1 5点(新)</p> <p>2 時間外対応加算2 3点(改)</p> <p>3 時間外対応加算3 1点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 時間外対応加算1</p> <p>①標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。</p> <p>②原則として自院で対応する。</p> <p>2 時間外対応加算2</p> <p>①標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>②原則として自院で対応する。</p> <p>3 時間外対応加算3</p> <p>①地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>②当番日は原則として自院で対応する。</p> <p>③連携する医療機関数は、3以下とする。</p> <p>④連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。</p>

項目名を変更し、
3区分化

新

改

新

初・再診料

明細書の無料発行

改定後

1. 正当な理由については、現在、

- ①明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
- ②自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。

2. 明細書の発行状況を定期的を確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。

3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。

4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料

特定入院料

入院基本料の通則（栄養管理実施加算）

改定前

第1章 第2部 通則7

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。

栄養管理実施加算は、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料及び特定入院料の算定要件として包括して評価する。
(褥瘡患者管理加算分と合わせて、11点加算)

【経過措置】

平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

【栄養管理実施加算】(1日につき) 12点

栄養管理実施加算の12点が廃止される。

改定後

第1章 第2部 通則7

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。

【栄養管理体制の基準】

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

(削除)

入院基本料の通則（褥瘡患者管理加算）

入院基本料

特定入院料

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

改定前

【褥瘡対策の基準】

- ① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- ② 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- ③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点)の両方を算定していた病院は、20日入院の例で1日あたり2点マイナス。
(+11点-12点-20点/20日=▲2点)

【褥瘡患者管理加算】(入院中1回)20点

【算定要件】

入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。

改定後

【褥瘡対策の基準】

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

(削除)

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

入院基本料

特定入院料

入院基本料の通則（入院診療計画）

現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画（クリニカルパス）が作成されている場合には、別添6の別紙2及び別紙2の2が必要ないことをより明確にする。

[算定要件]

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

別紙2の2

入院診療計

(患者氏名)

殿

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
病名 （他に考え得る病名）	
症状 治療により改善	

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名)

殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名*	
病名 （他に考え得る病名）	
症状	

入院基本料

入院基本料の届出に関する事項

(医療資源の少ない地域の特例)

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

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

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

入院基本料

A100 (主な) 一般病棟 入院基本料

主な一般病棟 入院基本料	基本点数		平均在院日数		看護師 比率	看護必要度		初期加算		看護補助加算		
	改定前	改定後	改定前	改定後		改定前	改定後	14日以内	30日以内	30対1	50対1	75対1
7対1入院基本料	1,555	1,566	19日以内	18日以内	70%以上	10%	15%	450	192	—	120	80
10対1入院基本料	1,300	1,311	21日以内		70%以上	評価加算	評価要件化 加算1・2	450	192	—	120	80
13対1入院基本料	1,092	1,103	24日以内		70%以上	—	評価加算	450	192	改 109	84	56
15対1入院基本料	934	945	60日以内		40%以上	規定なし	規定なし	450	192	109	84	56
特別入院基本料	575		規定なし		規定なし	規定なし	規定なし	300	192	—	—	—

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

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

入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（7対1）

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>18日以内</u>であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>

[経過措置]

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

入院基本料

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 > 診断医

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	—
2 血圧測定	0から4回	5回以上	—
3 時間尿測定	なし	あり	—
4 呼吸ケア	なし	あり	—
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	—
6 心電図モニター	なし	あり	—
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	—
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	—
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理)	なし	—	あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

A得点 2点以上

&

B得点 3点以上

看護必要度の基準を満たす患者

入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（10対1）

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】 （1日につき）</p> <p>一般病棟看護必要度評価加算 5点</p>	<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】 （1日につき）</p> <p>[施設基準] 当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。 <u>（削除）</u></p>

看護必要度加算

一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

改定後

（新）看護必要度加算1 30点

（新）看護必要度加算2 15点

新

[算定要件] 看護必要度加算1

必要度基準15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

[算定要件] 看護必要度加算2

必要度基準10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

[経過措置]

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

入院基本料

A100 一般病棟入院基本料 (13対1)

A105 専門病棟入院基本料 (13対1)

改定後

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設。

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき) **新**

[算定要件]

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

入院基本料

一般病棟入院基本料（13対1）（15対1）

A100

特定除外制度の見直し

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

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

改定後

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

なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

入院基本料

A100 救急・在宅等支援病床初期加算

連携

在宅

改定後

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき) 新

[算定要件]

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

入院基本料

A100
A101
A108
A109

重症児（者）受入連携加算

連携

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料でも算定可能とし、点数を引き上げる。

改定前	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 【特殊疾患入院医療管理料】 【特殊疾患病棟入院料】</p> <p>(入院初日)重症児(者)受入連携加算 1,300点 [算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 【特殊疾患入院医療管理料】 【特殊疾患病棟入院料】 【特定一般病棟入院料】 【一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)】 【療養病棟入院基本料】 【有床診療所入院基本料】 【有床診療所療養病床入院基本料】</p> <p>(入院初日)重症児(者)受入連携加算 <u>2,000点</u>(改) [算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>

改

入院基本料

A101
A104
A105

午前中の退院が多い医療機関

改定後

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、午前中の退院の割合が90%を超える医療機関について、30日以上入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]

以下のすべてを満たす医療機関

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ②退院全体のうち午前中に退院するものの割合が90%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のすべてを満たす入院基本料

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

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料を減額する。

入院基本料

A101

A104

A105

金曜日入院 月曜日退院

改定後

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

[対象医療機関]

以下のいずれも満たす医療機関

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ②入院全体のうち金曜日入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のいずれも満たす入院基本料

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

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料を減額する。

入院基本料

A102 療養病棟入院基本料

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

()内の点数は「生活療養を受ける場合」

(改定前)療養病棟入院基本料1			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点 (920点)	1,369点 (1,355点)	1,758点 (1,744点)
ADL区分2	887点 (873点)	1,342点 (1,328点)	1,705点 (1,691点)
ADL区分1	785点 (771点)	1,191点 (1,177点)	1,424点 (1,410点)

(改定前)療養病棟入院基本料2			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点 (857点)	1,306点 (1,292点)	1,695点 (1,681点)
ADL区分2	824点 (810点)	1,279点 (1,265点)	1,642点 (1,628点)
ADL区分1	722点 (708点)	1,128点 (1,114点)	1,361点 (1,347点)

「生活療養を受ける場合」とは(2006年度の医療制度改革)70歳以上の高齢者が療養病棟等に入院した場合、「入院時生活療養費」として光熱水費相当分(140円)を上乗せして支給されることになり、入院基本料等から減額(▲14点)される。

(改定後)療養病棟入院基本料1 改			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	945点 (931点)	1,380点 (1,366点)	1,769点 (1,755点)
ADL区分2	898点 (884点)	1,353点 (1,339点)	1,716点 (1,702点)
ADL区分1	796点 (782点)	1,202点 (1,188点)	1,435点 (1,421点)

(改定後)療養病棟入院基本料2 改			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	882点 (868点)	1,317点 (1,303点)	1,706点 (1,692点)
ADL区分2	835点 (821点)	1,290点 (1,276点)	1,653点 (1,639点)
ADL区分1	733点 (719点)	1,139点 (1,125点)	1,372点 (1,358点)

看護職員及び看護補助者が25対1配置以上

入院基本料

A102 療養病棟における褥瘡治療の評価

改定後

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置については2年間延長し、次回改定における取り扱いについては、現場の実態を踏まえた措置を検討する。

褥瘡患者を受け入れて、がんばって治療し治癒になると、診療報酬上の評価が下がることに対する対応策。

入院基本料

A101 救急・在宅等支援療養病床初期加算

連携

在宅

改定前	改定後
<p>【救急・在宅等支援療養病床初期加算】 (1日につき) 150点</p> <p>[算定要件] 療養病棟入院基本料を算定する病棟において、14日に限り算定する。</p>	<p>【救急・在宅等支援療養病床初期加算】 新</p> <p>1 救急・在宅等支援療養病床初期加算1 300点(新)</p> <p>2 救急・在宅等支援療養病床初期加算2 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1救急・在宅等支援療養病床初期加算1 療養病棟入院基本料1を算定する病棟において、14日に限り算定する。</p> <p>2救急・在宅等支援療養病床初期加算2 療養病棟入院基本料2を算定する病棟において、14日に限り算定する。</p>

療養病棟入院基本料「1」と「2」のメリハリが強くなる。

入院基本料

A102 (主な) 結核病棟入院基本料

連携

改 主な 結核病棟入院基本料	基本点数		
	改定前	本来の引き上げ分	改定後 (+11点)
7対1入院基本料	1,447	1,555	1,566
10対1入院基本料	1,192	1,300	1,311
13対1入院基本料	949	1,092	1,103
15対1入院基本料	886	934	945
18対1入院基本料	757	798	809
20対1入院基本料	713	752	763

院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことを要件化して点数を引き上げた。

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

[施設基準]

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

施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。

A102 結核病棟入院基本料 特別入院基本料

感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

改定前	改定後
<p>【結核病棟入院基本料】注2(1日につき) 特別入院基本料 550点 7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>【退院させることができる要件】</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p> <p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>	<p>【結核病棟入院基本料】注2(1日につき) 特別入院基本料 550点 7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、<u>15対1入院基本料</u>、<u>18対1入院基本料</u>又は<u>20対1入院基本料</u>の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>【退院させることができる要件】</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p> <p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>

入院基本料

A103 精神病棟入院基本料

精神

精神病棟入院基本料 改	基本点数	
	改定前	改定後 (+11点)
10対1入院基本料	1,240	1,251
13対1入院基本料	920	931
15対1入院基本料	800	811
18対1入院基本料	712	723
20対1入院基本料	658	669

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合についての評価が新設された。

A103 救急支援精神病棟初期加算

連携

救急

改定後

(新) 救急支援精神病棟初期加算(14日以内、1日につき) 100点 **新**

[算定要件]

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

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

入院基本料

A104 特定機能病院入院基本料

A105 専門病院入院基本料

7対1入院基本料

平均在院日数:28日以内→26日以内

看護必要度の基準:1割以上→1割5分以上

特定機能病院入院基本料	基本点数		
	改定前	本来の引き上げ分	改定後(+11点)
改			
一般病棟			
7対1入院基本料	1,555	—	1,566
10対1入院基本料	1,300	—	1,311
結核病棟			
7対1入院基本料	1,477	1,555	1,566
10対1入院基本料	1,192	1,300	1,311
13対1入院基本料	949	1,092	1,103
15対1入院基本料	886	934	945
精神病棟			
7対1入院基本料	1,311	—	1,322
10対1入院基本料	1,240	—	1,251
13対1入院基本料	920	—	931
15対1入院基本料	839	—	850

一般病棟 7対1入院基本料

平均在院日数:30日以内→28日以内

看護必要度の基準:1割以上→1割5分以上

専門病院入院基本料	基本点数	
	改定前	改定後(+11点)
改		
7対1入院基本料	1,555	1,566
10対1入院基本料	1,300	1,311
13対1入院基本料	1,092	1,103

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料	基本点数	
	改定前	改定後 (+11点)
7対1入院基本料	1,555	1,566
10対1入院基本料	1,300	1,311
13対1入院基本料	1,092	1,103
15対1入院基本料	954	965

改

入院基本料

A108 有床診療所入院基本料

A109 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所入院基本料 改		改定前	改定後
有床診療所入院基本料1 (看護職員7人以上)	14日以内	760点	771点
	15～30日	590点	601点
	31日以上	500点	511点
有床診療所入院基本料2 (看護職員4～6人)	14日以内	680点	691点
	15～30日	510点	521点
	31日以上	460点	471点
有床診療所入院基本料3 (看護職員1～3人)	14日以内	500点	511点
	15～30日	370点	381点
	31日以上	340点	351点

有床診療所療養病床 入院基本料 改	改定前	改定後
入院基本料A	975点 (961点)	986点 (972点)
入院基本料B	871点 (857点)	882点 (868点)
入院基本料C	764点 (750点)	775点 (761点)
入院基本料D	602点 (588点)	613点 (599点)
入院基本料E	520点 (506点)	531点 (517点)

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。

病床の柔軟な運用が可能になった。

介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

入院基本料

看取り加算

A108 有床診療所入院基本料

A109 有床診療所療養病床入院基本料

新

(新) 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合 2,000点

その他の場合 1,000点

[算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から30日以内に看取った場合

[施設基準]

夜間に看護職員を1名以上配置していること。

有床診療所の看取りを含めたターミナルケアの充実を図るための評価を新設した。

入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算

(「乳幼児救急医療管理加算」の名称変更)

救急

診断医

改定前	改定後
<p>【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき)</p> <p>1 救急医療管理加算 800点</p> <p>2 乳幼児救急医療管理加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。</p>	<p>【救急医療管理加算】(1日につき)</p> <p>救急医療管理加算 800点</p> <p>乳幼児加算 400点(改) 改</p> <p>小児加算 200点(新) 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 乳幼児加算</p> <p>救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。</p> <p>3 小児加算</p> <p>救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合に救急医療管理加算に更に加算する。</p>

救急医療管理加算とは

医師が診察の結果、緊急入院が必要と認められた重症患者に算定(診察当日の入院)

病院では誰が判定するのか？

入院の可否を判断する人物が「800点」算定の命運を握る

特定集中治療室管理に至らないケースなども評価し、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児加算を引き上げた。

入院基本料等加算

A206 在宅患者緊急入院診療加算

連携

在宅

緊急時に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げた。

改定前	改定後
<p>【在宅患者緊急入院診療加算】(入院初日)</p> <p>1 連携医療機関の場合 1,300点</p> <p>2 1以外の場合 630点</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】(入院初日)</p> <p>1 <u>機能を強化した在宅・在支診・在支病間での受入の場合</u> 2,500点(新) 新</p> <p>2 <u>連携医療機関の場合</u> 2,000点(改) 改</p> <p>3 <u>1, 2以外の場合</u> 1,000点(改) 改</p>
<p>【算定可能病床】</p> <p>一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</p>	<p>【算定可能病床】</p> <p>一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、<u>小児入院医療管理料</u></p>

在宅医療への移行を円滑なものとするため、小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とした。

入院基本料等加算

A207-2 医師事務作業補助体制加算

負担

改定前	改定後
<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 15対1補助体制加算 810点 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 50対1補助体制加算 255点 5 75対1補助体制加算 180点 6 100対1補助体制加算 138点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1補助体制加算、2 20対1補助体制加算 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算、4 50対1補助体制加算 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>5 75対1補助体制加算、6 100対1補助体制加算 1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 15対1補助体制加算 810点 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 30対1補助体制加算 410点(新) 5 40対1補助体制加算 330点(新) 6 50対1補助体制加算 255点 7 75対1補助体制加算 180点 8 100対1補助体制加算 138点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1補助体制加算、2 20対1補助体制加算 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算、4 30対1補助体制加算、5 40対1補助体制加算 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>6 50対1補助体制加算、7 75対1補助体制加算、8 100対1補助体制加算 1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>

新
30対1と40対1の評価を新設
50対1の施設基準を緩和

入院基本料等加算

医師事務作業補助体制加算（算定可能病床）

負担

A207-2

改定前	改定後
<p>〔算定可能病床〕 一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料</p>	<p>〔算定可能病床〕 一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、<u>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期治療病棟入院料1のみ）、精神科救急・合併症入院料</u></p>

精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とした。

入院基本料等加算

A207-2

医師事務作業補助体制加算

負担

医師事務作業補助体制加算	1	2	3	新 4	新 5	6	7	8
病院機能	15:1	20:1	25:1	30:1	40:1	50:1	75:1	100:1
(500床あたり概数)	(34人)	(25人)	(20人)	(17人)	(13人)	(10人)	(7人)	(5人)
改定前	810点	610点	490点	—	—	255点	180点	138点
改定後				410点	330点			
第三次救急医療機関	○	○	○	○	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○	○	○	○	○
災害拠点病院	—	—	○	○	○	○	○	○
へき地医療支援病院	—	—	○	○	○	○	○	○
地域医療支援病院	—	—	○	○	○	○	○	○
全身麻酔手術件数(年間)	—	—	800件以上	800件以上	800件以上	—	—	—
緊急入院患者の受入数(年間) (特別の関係の医療機関等からの搬送患者等を除く)	800名	800名	200名	200名	200名	改 100名	100名	100名

いずれかに該当することが必要

入院基本料等加算

A207-3 急性期看護補助体制加算

負担

改定前	改定後
【急性期看護補助体制加算】(1日につき、14日を限度) 1 急性期看護補助体制加算1(50対1) 120点 2 急性期看護補助体制加算2(75対1) 80点	【急性期看護補助体制加算】(1日につき、14日を限度) 1 <u>急性期看護補助体制加算1(25対1)</u> <u>看護補助者5割*以上 160点(新)</u> 新 2 <u>急性期看護補助体制加算1(25対1)</u> <u>看護補助者5割*未満 140点(新)</u> 新 3 急性期看護補助体制加算2(50対1) 120点 4 急性期看護補助体制加算3(75対1) 80点

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

現行の配置基準を上回る看護補助者を雇用・配置を評価した。

【算定要件】 急性期看護補助体制加算1

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

入院基本料等加算

A207-3注2 夜間急性期看護補助体制加算

負担

A207-3注3 看護職員夜間配置加算

改定後

(新) 夜間急性期看護補助体制加算(1日につき、14日を限度)イ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 10点ロ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 5点

新

夜勤帯に現行の配置基準を上回る看護補助者を雇用・配置を評価した。

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟であること。

入院患者数※に対して常時基準以上(※同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数)(新) 看護職員夜間配置加算 50点(1日につき、14日を限度) 新

[施設基準]

①急性期看護補助体制加算1を算定している病棟であること。

②当該病棟における看護職員の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。

入院基本料等加算

A212 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算

連携

改定前	改定後
<p>【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 【算定可能病床】 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>	<p>【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 【算定可能病床】 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、<u>有床診療所療養病床</u>入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>

後方病床による受け入れを推進するために算定対象を追加。

A212注3

在宅重症児（者）受入加算→救急・在宅重症児（者）受入加算

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

在宅からの入院の場合のみで評価されていたが、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とした。

連携

入院基本料等加算

A220-2

二類感染症患者療養環境特別加算

改定前	改定後
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】(1日につき) 2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件] 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】(1日につき) 2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件] 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。<u>ただし、陰圧室加算を算定する日にあつては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。</u></p>

算定要件を追加。

入院基本料等加算

A222 療養病棟療養環境加算

A222-2 療養病棟療養環境改善加算

改定前	改定後
<p>【療養病棟療養環境加算】(1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算4 30点</p> <div data-bbox="327 849 913 1058" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>施設基準の一部に医療法を下回る設定があることから、対象の病棟については、療養環境の改善計画策定を要件化した。</p> </div>	<p>【療養病棟療養環境加算】(1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <p>【療養病棟療養環境改善加算】</p> <p>1 療養病棟療養環境改善加算1 80点(新)</p> <p>2 療養病棟療養環境改善加算2 20点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

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

入院基本料等加算

A223 **診療所療養病棟療養環境加算**
 A223-2 **診療所療養病床療養環境改善加算**

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

施設基準の一部に医療法を下回る設定があることから、対象の病棟については、療養環境の改善計画策定を要件化した。

[経過措置]

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

入院基本料等加算

A224 無菌治療室管理加算

改定前	改定後
<p>【無菌治療室管理加算】(1日につき) 3,000点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。 ② 室内の空気清浄度がクラス1万以下であること。</p>	<p>1 無菌治療室管理加算1 3,000点 2 無菌治療室管理加算2 <u>2,000点(改)</u> 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算1</p> <p>① <u>個室であること。</u> ② 滅菌水の供給が常時可能であること。 ③ 室内の空気清浄度が<u>ISOクラス6以上</u>であること。 ④ <u>室内の空気の流れが一方向</u>であること。</p> <p>2 無菌治療室管理加算2</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。 ② 室内の空気清浄度が<u>ISOクラス7以上</u>であること。</p>

施設基準を医療の実態に合わせた。

[経過措置]

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

入院基本料等加算

A226-2

緩和ケア診療加算

チーム

がん

改定前	改定後
<p>【緩和ケア診療加算】 【施設基準】</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 【施設基準】</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。</u></p>

がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関を評価する。

入院基本料等加算

A226-2注2

緩和ケア診療加算 (医療資源の少ない地域の特例)

チーム

がん

(新) 緩和ケア診療加算(指定地域) 200点(1日につき) **新**

[施設基準]

- ①別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ②当該保険医療機関に以下から構成される緩和ケアチームが設置されている。
 - ア 身体症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

医療資源の少ない地域の特例として、専従要件を緩和した評価を新設した。

A226-2注3 緩和ケア診療加算 小児加算

改定後

(新) 緩和ケア診療加算 小児加算 100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。

入院基本料等加算

A226-3 有床診療所 緩和ケア診療加算

チーム

がん

改定後

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき) 新

[算定要件]

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

[施設基準]

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

入院基本料等加算

A230-3 精神科身体合併症管理加算

精神

改定前	改定後
【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 350点	【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) <u>450点(改)</u> 改

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

入院基本料等加算

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

チーム

精神

負担

改定後

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

新

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

精神科リエゾン:

一般の身体医療の中で起こる様々な精神医学問題に対して、医師を含む医療スタッフと精神科医が共同して治療すること。たとえば「自殺企図で入院した患者は身体的治療以外に精神医療が必要であり、多職種チームで対応する」ことなど。

入院基本料等加算

がん診療連携拠点病院加算

連携

がん

紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更した。

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

入院基本料等加算

A233-2 栄養サポートチーム加算

チーム

負担

13対1、15対1（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料）でも算定可能にした。

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

療養病棟でも算定可能としたが、入院の日から起算して6月以内とし、入院2月以降は月1回とする制限が設けられた。

入院基本料等加算

A233-2注2 栄養サポートチーム加算

(医療資源の少ない地域の特例)

チーム

負担

改定後

(新) 栄養サポートチーム加算(指定地域) 100点(週1回) **新****[施設基準]**

- ①別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く)であること。
- ②当該保険医療機関に以下から構成される栄養サポートチームが設置されている。
 - ア 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤薬剤師
 - エ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の管理栄養士
- ③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

医療資源の少ない地域の特例として、専従要件を緩和した評価を新設した。

入院基本料等加算

A234-2 感染防止対策加算

チーム

(医療安全対策加算の枠組みから分離独立)

改定後

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

新

(新) 感染防止対策加算2 100点(入院初日)

感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携する「感染防止対策加算2」(人員要件緩和)を新設した。

[施設基準]

感染防止対策加算1

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

感染防止対策加算2

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

入院基本料等加算

連携

感染防止対策加算 感染防止対策地域連携加算

A234-2注2

改定後

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日) **新****[施設基準]**

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

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

入院基本料等加算

A234-3 患者サポート体制充実加算

改定後

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点(入院初日) **新**

[施設基準]

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

入院基本料等加算

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算
A237 ハイリスク分娩管理加算

負担

改定前	改定後
【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき20日を限度) 1,000点	【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき20日を限度) <u>1,200点(改)</u> 改
【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき8日を限度) 3,000点	【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき8日を限度) <u>3,200点(改)</u> 改

入院基本料等加算

A238 慢性期病棟等退院調整加算 → 退院調整加算

連携

在宅

改定前	改定後
<p>【慢性期病棟等退院調整加算】</p> <p>1 慢性期病棟等退院調整加算1</p> <p>イ 退院支援計画作成加算（入院中1回）100点</p> <p>ロ 退院加算（退院時1回）</p> <p>（1）療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点</p> <p>（2）障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点</p> <p>2 慢性期病棟等退院調整加算2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算（入院中1回）100点</p> <p>ロ 退院加算（退院時1回）</p> <p>（1）療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p>（2）障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p>	<p><u>(新) 退院調整加算1 (退院時1回)</u> ● 新</p> <p>イ 14日以内 340点</p> <p>ロ 15日以上30日以内 150点</p> <p>ハ 31日以上 50点</p> <p><u>(新) 退院調整加算2 (退院時1回)</u> ● 新</p> <p>イ 30日以内 800点</p> <p>ロ 31日以上90日以内 600点</p> <p>ハ 91日以上120日以内 400点</p> <p>ニ 121日以上 200点</p> <div data-bbox="1363 939 1953 1058" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>慢性期病棟等退院調整加算を整理再編して「退院調整加算」を新設。</p> </div>
<p>【急性期病棟等退院調整加算】(退院時1回)</p> <p>急性期病棟等退院調整加算1 140点</p> <p>急性期病棟等退院調整加算2 100点</p>	<p><u>(削除)</u></p>

算定要件、施設基準は次ページ

[算定要件]**退院調整加算1**

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ②医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算2

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

[施設基準]

- ①病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
 - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ②診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

入院基本料等加算

A238注2

退院調整加算

地域連携計画加算

連携

在宅

改定後

(新) 地域連携計画加算 300点 新

[算定要件]

保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医機関と共有した場合。

入院基本料等加算

A238-3

新生児特定集中治療室退院調整加算

改定前	改定後
<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】 新生児特定集中治療室退院調整加算 (退院時1回) 300点</p>	<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 (退院時1回) <u>600点(改)</u> (改)</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算2 (新)</p> <p>イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点(新)</p> <p>ロ 退院加算(退院時1回) 600点(新)</p>

勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げた。

超低出生体重児、極低出生体重児など、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の2回算定可能とした。

算定要件等は次ページ

入院基本料等加算

A238-3

新生児特定集中治療室退院調整加算

改定前	改定後
<p>【算定要件】 新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>【施設要件】 ①当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。 ②当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p>	<p>【算定要件】 1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2 イ 退院支援計画作成加算 新生児特定集中治療室管理料算定したことがある超低出生体重児（出生時体重1000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に入院中に1回に限り算定する。 ロ 退院加算 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>【施設要件】 ①当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。 ②当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上、又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。</p>

入院基本料等加算

A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

評価の引き上げと、対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大した。

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

算定要件等は次ページ

改定前	改定後
<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>①救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>②救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>③救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>①救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>②救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>①救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>②救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>③(削除)</p> <div data-bbox="1363 711 1970 879" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>同一医療機関が、紹介加算、受入加算のいずれの届出を行うことが可能となった。</p> </div> <p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>①救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>②(削除)</p> <div data-bbox="1065 1268 1984 1372" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>受入加算について、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床で算定可能とする。</p> </div>

入院基本料等加算

A238-6

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

A238-7

精神科救急搬送患者地域連携受入加算

連携

精神

改定後

(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 1,000点

(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日) 2,000点

新

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

入院基本料等加算

A238-8 地域連携認知症支援加算

A238-9 地域連携認知症集中治療加算

連携

認知

改定後

(新) 地域連携認知症支援加算(再転院時) 1,500点 新

(新) 地域連携認知症集中治療加算(退院時) 1,500点

[算定要件]

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

BPSDとは:

認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状のこと。「問題行動」とか「周辺症状」とも呼ばれる。

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

入院基本料等加算

A240 総合評価加算

連携

診断医

改定前	改定後
<p>【総合評価加算】(入院中1回) 50点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料</p>	<p>【総合評価加算】(入院中1回) <u>100点(改)</u> 改</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</p>

評価を引き上げ、療養病棟で算定を可能にした。

【総合評価加算】(入院中1回) 50点

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

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

入院基本料等加算

A243 後発医薬品使用体制加算

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

[算定要件]

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

※ 該当する主な入院基本料:

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料(いずれも特別入院基本料を含む。)

[施設基準]

(1) 薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。

~~(2) 後発医薬品の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。~~

(3) 入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

入院基本料等加算

A244 病棟薬剤業務実施加算

負担

改定後

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回) 新

[算定要件]

①すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週を限度する。

②薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務(以下「病棟薬剤業務」という。)を実施している場合に算定する。

※病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

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

薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合の評価。

施設基準は次ページ

入院基本料等加算

A244 病棟薬剤業務実施加算

負担

改定後

[施設基準]

- ① 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
 - ② 病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
 - ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
 - ④ 当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 - ⑤ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ⑥ 薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- ※ 十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定

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

参考

2010年4月改定

2012年3月31日で廃止

薬剤管理指導料

医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

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

[施設基準]要約

- (1) 医薬品情報管理室において、情報(①②③)を積極的に収集し、評価し、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果を分かりやすく工夫し、関係する医療従事者への速やかに周知
 - ① 医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等)
 - ② 副作用、ヒヤリハット、インシデント等の情報
 - ③ 外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品情報も含む)
- (2) 迅速な対応が必要となる情報を把握した場合に、診療録等の活用により、処方医師及び投与された患者を特定し、必要な措置を迅速に講じることができる体制
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師と、各病棟の薬学的管理指導を行う薬剤師と情報交換
- (4) 医療従事者が、医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制
- (5) 「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」従って必要な措置が実施されていること。

病棟薬剤業務実施加算は、「入院基本料への加算」
 業務実施を評価？
 薬剤師の病棟配置を評価？

ハイリスク薬の投与前の詳細な説明は難しい
 病棟配置が1週20時間とすると、病棟にいない時にハイリスク薬が指示されたら？

薬剤管理指導料は「医学管理等」、併算定できるか？

病棟薬剤業務実施加算

$(500床 \times 100点 \times 4週 = 200万円) / 8病棟 = 25万円$

専任の薬剤師が休んだら？

人件費として？
 病棟配置分が全業務の半分として？
 薬剤師が病棟配置されることで他のスタッフの負担軽減効果は？

病棟ごとの薬剤師配置は、小規模な病棟では無理？

「病棟薬剤業務実施加算」は、多くの医療機関に算定を促すのか？
 多くの医療機関は算定しにくくなるのか？

多くの医療機関に算定して欲しいはず

入院基本料等加算

A245 データ提出加算

改定後

(新) データ提出加算1 **新**

イ 200床以上の病院 100点(入院中1回限り、退院時又は転棟時)

ロ 200床未満の病院 150点(入院中1回限り、退院時又は転棟時)

(新) データ提出加算2 **新**

イ 200床以上の病院 110点(入院中1回限り、退院時又は転棟時)

ロ 200床未満の病院 160点(入院中1回限り、退院時又は転棟時)

DPC対象病院以外の病院による診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてのデータ提出を評価する。

DPC対象病院の包括対象入院患者は係数で評価する

対象となる患者

- ①DPC対象病院以外の出来高算定病院(一般・特定・専門の7対1、10対1)入院患者
- ②DPC対象病院の入院診療の出来高算定患者(包括対象外の患者)

提出するデータの範囲

- 1 入院診療に係るデータ
- 2 入院診療に係るデータ、入院患者の入退院前後の外来診療データ

算定要件等は次ページ

入院基本料等加算

A245 データ提出加算

改定後

【算定要件】

データ提出加算1

① データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。

② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない(従来のデータ提出係数と同等の取扱い)。

データ提出加算2

① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。

② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。

③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない(従来のデータ提出係数と同等の取扱い)。

【施設基準】

① 一般病棟入院基本料(7対1又は10対1)、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)、特定機能病院一般病棟入院基本料(7対1又は10対1)を算定している病院であること。

② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

【その他】

① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。

② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数 I (係数の設定方法については、その他の機能評価係数 I と同様)又は包括外の患者については当該評価として整理する。

特定入院料

A300 救命救急入院料

救急

改

		改定前	改定後
1 救命救急入院料1			
イ	3日以内の期間	9,700点	9,711点
ロ	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
ハ	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
2 救命救急入院料2			
イ	3日以内の期間	11,200点	11,211点
ロ	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
ハ	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

		改定前	改定後
3 救命救急入院料3			
イ 救命救急入院料			
(1)	3日以内の期間	9,700点	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			
(1)	3日以内の期間	9,700点	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点
4 救命救急入院料4			
イ 救命救急入院料			
(1)	3日以内の期間	11,200点	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			
(1)	3日以内の期間	11,200点	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
(4)	15日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

改

特定入院料

A300 救命救急入院料

救急

改定前	改定後
<p>【施設基準】 救命救急入院料1</p> <p>①救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。</p> <p>③ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>【施設基準】 救命救急入院料3</p> <p>① 救命救急入院料1の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>【施設基準】 救命救急入院料1</p> <p>①救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うこと。</p> <p>②重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。</p> <p>③看護師配置が、<u>常時4対1以上であること。</u></p> <p>④重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>【施設基準】 救命救急入院料3</p> <p>① 救命救急入院料1の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>

必要な設備だけでなく、適切な看護配置も要件化

【経過措置】

看護師配置が常時4対1の基準を満たさない場合、平成25年3月31日までの間、従前の特定入院料を算定できる。

特定入院料

A300注2

救命救急入院料

自殺企図等患者加算

救急

精神

改定前	改定後
<p>【救命救急入院料】注2 3,000点</p> <p>【算定要件】</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>	<p>【救命救急入院料】注2 3,000点</p> <p>【算定要件】</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、<u>精神保健指定医(当該保険医療機関の医師でなくてもよい)</u>又は<u>当該保険医療機関の精神科を標榜する医師が</u>、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>

対象医師の要件を拡大

特定入院料

A301 特定集中治療室管理料

		改定前	改定後
1 特定集中治療室管理料1			
イ	7日以内の期間	9,200点	9,211点
ロ	8日以上14日以内の期間	7,700点	7,711点
2 特定集中治療室管理料2			
イ 特定集中治療室管理料			
	(1)7日以内の期間	9,200点	9,211点
	(2)8日以上14日以内の期間	7,700点	7,711点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			
	(1)7日以内の期間	9,200点	9,211点
	(2)8日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

改

栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要件となったため、11点が加算された。

A301注2 特定集中治療室管理料 小児加算

評価引き上げ

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

改

特定入院料

特定入院料

	改定前	改定後
ハイケアユニット入院医療管理料	4,500点	4,511点
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,700点	5,711点
新生児特定集中治療室管理料		
新生児特定集中治療室管理料1	10,000点	10,011点
新生児特定集中治療室管理料2	6,000点	6,011点
総合周産期特定集中治療室管理料		
母体・胎児集中治療室管理料	7,000点	7,011点
新生児集中治療室管理料	10,000点	10,011点
新生児治療回復室入院医療管理料	5,400点	5,411点
一類感染症患者入院医療管理料		
7日以内の期間	8,890点	8,901点
8日以上14日以内の期間	7,690点	7,701点
特殊疾患入院医療管理料	1,943点	1,954点
特殊疾患病棟入院料		
特殊疾患病棟入院料1	1,943点	1,954点
特殊疾患病棟入院料2	1,570点	1,581点

	改定前	改定後
精神科救急入院料		
精神科救急入院料1		
イ 30日以内の期間	3,451点	3,462点
ロ 31日以上100日以内の期間	3,031点	3,042点
精神科救急入院料2		
イ 30日以内の期間	3,251点	3,262点
ロ 31日以上100日以内の期間	2,831点	2,842点
精神科急性期治療病棟入院料		
精神科急性期治療病棟入院料1		
イ 30日以内の期間	1,920点	1,931点
ロ 31日以上100日以内の期間	1,600点	1,611点
精神科急性期治療病棟入院料2		
イ 30日以内の期間	1,820点	1,831点
ロ 31日以上100日以内の期間	1,500点	1,511点
精神科救急・合併症入院料		
イ 30日以内の期間	3,451点	3,462点
ロ 31日以上100日以内の期間	3,031点	3,042点

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

特定入院料

A301-4 小児特定集中治療室管理料

負担

改定後

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

新

13,500点(8日以上14日以内の期間)

[算定要件]

(入院基本料等加算の整理による引上げ分を含む)

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

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

小児に特化した特定集中治療室の評価を新設

(参考)特定集中治療室管理料の施設基準

- ①病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ②当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師等が常時配置されていること。
- ③当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が2又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ④集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ⑤重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。

特定入院料

A307 小児入院医療管理料

+11点

改定前	改定後
1 小児入院医療管理料1(1日につき) 4,500点	1 小児入院医療管理料1(1日につき) <u>4,511点(改)</u>
2 小児入院医療管理料2(1日につき) 4,000点	2 小児入院医療管理料2(1日につき) <u>4,011点(改)</u>
3 小児入院医療管理料3(1日につき) 3,600点	3 小児入院医療管理料3(1日につき) <u>3,611点(改)</u>
4 小児入院医療管理料4(1日につき) 3,000点	4 小児入院医療管理料4(1日につき) <u>3,011点(改)</u>
5 小児入院医療管理料5(1日につき) 2,100点	5 小児入院医療管理料5(1日につき) <u>2,111点(改)</u>

改

【小児入院医療管理料】

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

包括範囲から放射線治療を除く。

【小児入院医療管理料】

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

特定入院料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

連携

+11点
「2」は実質+30点

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

「生活療養を受ける場合」
は入院料から14点を減額重症患者回復病棟加
算(50点)は廃止

回復期リハビリテーション病棟入院料1

【施設基準】

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

特定入院料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

連携

改定前	改定後
<p>【施設基準】回復期リハビリテーション病棟入院料1</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること ② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること ③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること ④ 在宅復帰率6割以上であること ⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>重症患者回復病棟加算(50点)は多くが算定しており入院料に包括された。</p> <p>【重症患者回復病棟加算】(1日につき) 50点</p>	<p>【施設基準】回復期リハビリテーション病棟入院料2</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること ② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること ③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること ④ 在宅復帰率6割以上であること ⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること ⑥ <u>重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</u></p> <p>包括で評価する医療の範囲から「在宅」と「透析」が外された。</p> <p>(削除)</p>
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【包括範囲】</p> <p>診療にかかる費用(リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る)、地域連携診療計画退院時指導料(I)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【包括範囲】</p> <p>診療にかかる費用(リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る)、地域連携診療計画退院時指導料(I)、<u>在宅医療、J-038 人工腎臓</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

特定入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

連携

在宅

改定前	改定後
<p>【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1 90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1 2,061点(改) 改</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 1,911点(新) 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>①<u>60日</u>を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>②<u>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p>①<u>60日</u>を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>②<u>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。</u></p>

回復期リハビリテーションを要する患者について、算定要件等を、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改めた。

施設基準は次ページ

特定入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

連携

在宅

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>①届出可能病床は一般病床数の1割以下。ただし、400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。</p> <p>②看護職員配置が常時13対1以上。</p> <p>③診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2</p> <p>①200床未満であること。</p> <p>②届出可能病床は一般病床数の3割以下。ただし、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。</p> <p>③看護職員配置が常時13対1以上。</p> <p>④診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>⑤専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑥在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>⑦治療開始日より3週間以内に7対1入院基本料、10対1入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が2/3以上であること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1</p> <p>①届出可能病床は<u>亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の3割以下</u>。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。</p> <p>②看護職員配置が常時13対1以上。</p> <p>③診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④専任の在宅復帰支援者が勤務していること</p> <p>⑤在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 (削除)</p> <p>①届出可能病床は<u>亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の3割以下</u>。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。</p> <p>②看護職員配置が常時13対1以上。</p> <p>③診療録管理体制加算を算定していること。</p> <p>④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤在宅復帰率が6割以上であること。 (削除)</p>

特定入院料

A308-2注2 亜急性期入院医療管理料
(医療資源の少ない地域の特例)

連携

在宅

改定後

(新) 亜急性期入院医療管理料1(指定地域) 1,761点(1日につき)

(新) 亜急性期入院医療管理料2(指定地域) 1,661点(1日につき)

新

[算定要件]

60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]

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

特定入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

連携

がん

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

入院初期の緩和ケアの評価を引き上げるとともに、在宅への円滑な移行を促進するため、長期の評価を引き下げた。

特定入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関を評価する。

連携

がん

改定前

【緩和ケア病棟入院料】

【施設基準】

- ① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。
- ② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。
ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
- ③ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。
- ⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
- ⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。
- ⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。
- ⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

改定後

【緩和ケア病棟入院料】

【施設基準】

- ① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。
- ② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。
ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
- ③ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。
- ⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
- ⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。
- ⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。
- ⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

特定入院料

A311-4

児童・思春期精神科入院医療管理料

精神

改定後

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

[算定要件]

20歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

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

小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となる点数を新設した。

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

特定入院料

A312 精神療養病棟入院料（重症者加算）

精神

改定前	改定後
<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,050点</p> <p>重症者加算 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) <u>1,061点(改)</u> 改</p> <p>1 重症者加算1 <u>60点(改)</u> 改</p> <p>2 重症者加算2 <u>30点(改)</u> 改</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>1 重症者加算1</u> 精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であって、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</p> <p><u>2 重症者加算2</u> GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>

より重症者を受け入れている病棟を評価した。

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整備事業に協力しているものとみなす。

特定入院料

A312 精神療養病棟入院料（退院調整加算）

精神

連携

在宅

精神療養病棟における退院支援部署による支援で退院を行った場合を評価した。

改定後

(新) 退院調整加算(退院時) 500点 新

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

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

特定入院料

A314 認知症治療病棟入院料

認知

短期はプラス
長期はマイナス

改定前	改定後
<p>【認知症治療病棟入院料】(1日につき)</p> <p>1 認知症治療病棟入院料1</p> <p>イ 60日以内の期間 1,450点</p> <p>ロ 61日以上の期間 1,180点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料2</p> <p>イ 60日以内の期間 1,070点</p> <p>ロ 61日以上の期間 970点</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】(1日につき)</p> <p>1 認知症治療病棟入院料1 改</p> <p>イ <u>30日以内の期間</u> 1,761点(改)</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> 1,461点(改)</p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>1,171点(改)</u></p> <p>2 認知症治療病棟入院料2 改</p> <p>イ <u>30日以内の期間</u> 1,281点(改)</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> 1,081点(改)</p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>961点(改)</u></p>
<p>【包括範囲】</p> <p>診療にかかる費用(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【包括範囲】</p> <p>診療にかかる費用(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、精神科専門療法、<u>J-038人工腎臓(入院60日以内に限る)</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

特定入院料

A312注3 認知症治療病棟入院料（認知症夜間対応加算）

認知

改定後

(新) 認知症夜間対応加算(1日につき) 84点 **新**

[算定要件]

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

認知症治療病棟の、夜間の手厚い看護体制を評価した。

A312注2 認知症治療病棟入院料（退院調整加算）

認知

改定前

(退院時) 退院調整加算 100点

[算定要件]

当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。

退院支援部署による支援で退院を行った場合を評価した。

改定後

(退院時) 退院調整加算 300点(改)

[算定要件]

当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。

[施設基準]

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

連携

在宅

特定入院料

A317 特定一般病棟入院料

(医療資源の少ない地域の特例)

1病棟のみの小規模な
病院が対象。

改定後

(新) 特定一般病棟入院料(指定地域)1日につき

1 特定一般病棟入院料1 1,103点(13 対1)

2 特定一般病棟入院料2 945点(15 対1)

新

[施設基準]

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

特定入院料

A400 短期滞在手術基本料

改定前	改定後
2 短期滞在手術基本料2 (1泊2日の場合) 4,800点 (4,772点 生活療養の場合)	2 短期滞在手術基本料2 (1泊2日の場合) <u>4,822点</u> (改) 改 (4,794点 生活療養の場合)
3 短期滞在手術基本料3 (4泊5日までの場合) 5,670点 (5,600点 生活療養の場合)	3 短期滞在手術基本料3 (4泊5日までの場合) <u>5,703点</u> (改) 改 (5,633点 生活療養の場合)

+11点×2日分

+11点×3日分

「生活療養を受ける場合」は、
 短期滞在手術基本料2は、▲28点(▲14点×2日分)
 短期滞在手術基本料3は、▲70点(▲14点×5日分)

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 <u>270点(改)</u> 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 <u>550点(改)</u> ロ イ以外の場合 <u>360点(改)</u>

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 <u>500点(改)</u> ロ イ以外の場合 <u>420点(改)</u>

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 <u>550点(改)</u> 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	<u>(削除)</u>

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。

医学管理等

B001の22 **がん性疼痛緩和指導管理料**

がん

改定前	改定後
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点</p> <div data-bbox="236 382 990 594" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>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</p> </div> <p>[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。</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>1 がん性疼痛緩和指導管理料1 200点(新) 新</p> <p>2 がん性疼痛緩和指導管理料2 100点(改) 改</p> <p>[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。</p> <p>[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。</p>

(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。

医学管理等

B001の23 **がん患者カウンセリング料**

連携

がん

改定前	改定後
<p>【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p>【算定要件】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>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。</p>	<p>【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p>【算定要件】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<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></p>

外来緩和ケア管理料

チーム

がん

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。

医学管理等

B001の25 移植後患者指導管理料

チーム

B001の26 造血幹細胞移植後患者指導管理料

負担

新

改定後

(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)

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

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

医学管理等

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

救急

連携

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 <u>450点(改)</u> 改 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 <u>600点(改)</u> 【地域連携夜間・休日診療料】 <u>200点(改)</u> 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。

医学管理等

B001-2-5 院内トリアージ実施料

救急

負担

改定後

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。

(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。

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。

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。

医学管理等

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

救急

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

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

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。

B001-2-8 外来放射線照射診療料

改定後

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

(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。

医学管理等

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

連携

がん

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

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

B004 退院時共同指導料 1

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

B005 退院時共同指導料2

連携

在宅

改定前	改定後
<p>【退院時共同指導料2】 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。</p>	<p>【退院時共同指導料2】 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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共同して行った場合に算定する。</u></p>

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。

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
<p>【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]</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料1】 <u>800点(改)</u> 改 【ハイリスク妊産婦共同管理料2】 <u>500点(改)</u> [対象者]</p> <p>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、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性、Rh不適合</p> <p>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、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>

医学管理等

B005-6 がん治療連携計画策定料

連携

がん

改定前	改定後
<p>【がん治療連携計画策定料】 750点</p> <p>[算定要件] 入院中にかん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p>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。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>1 がん治療連携計画策定料1 750点</p> <p>2 がん治療連携計画策定料2 300点(新) 新</p> <p>[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日以内にかん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p>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。</p>

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。

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。

医学管理等

B005-7 認知症専門診断管理料

認知

連携

改定前	改定後
<p>【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。</p>	<p>【認知症専門診断管理料】(1人につき1回)</p> <p>1 認知症専門診断管理料1 700点(改) 改</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 300点(新) 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>② <u>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。</u></p> <p>③ <u>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。</u></p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>② <u>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。</u></p>

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。

医学管理等

B005-7-2 認知症療養指導料

認知

連携

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。

B007 退院前訪問指導料

改定前	改定後
<p>【退院前訪問指導料】 410点</p> <p>【算定要件】</p> <p>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。</p>	<p>【退院前訪問指導料】 <u>555点(改)</u> 改</p> <p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>退院当日の訪問指導についても算定可能とする。</p>

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。

在宅医療

在宅

機能を強化した在支診・在支病 在宅支援診療所(在支診)在宅支援病院(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

在宅医療

C000 往診料

在宅

改定前	改定後
<p>【往診料】</p> <div data-bbox="312 489 944 608" style="border: 1px solid black; background-color: #FFD1E8; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">機能強化した在支診・在支病の往診料を新設した。</div> <p>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</p> <p>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</p>	<p>【往診料】</p> <p><u>機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合</u></p> <p>緊急加算 850点(新) 新 夜間加算 1,700点(新) 深夜加算 2,700点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p>緊急加算 750点(新) 新 夜間加算 1,500点(新) 深夜加算 2,500点(新)</p> <p>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</p> <p>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</p>

在宅医療

在宅患者訪問診療料等

在宅

連携

改定前	改定後
<p>【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</p> <div data-bbox="250 639 928 801" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>特別養護老人ホームにおいて、配置医師と外部の医師(在支診・在支病)が連携して看取りを行った場合を評価した。</p> </div>	<p>【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、<u>以下の場合について算定可能とする。</u></p> <p>①<u>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。</u></p>

在宅医療

C001 在宅患者訪問診療料

在宅

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物居住者の場合以外 830点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 200点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 830点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 新</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 特定施設等に入居する者の場合 400点(新)</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ イ以外の場合 200点</p> <p>【算定要件】</p> <p>2 同一建物(特定施設)</p> <p style="margin-left: 20px;"><u>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。</u></p>

特定施設入居者に対する訪問診療料を独立(引き上げ)した。
(特定施設、特別養護老人ホーム)

<特定施設>
有料老人ホーム、軽費老人ホーム
サービス付高齢者向け住宅(一部除く)

C001-注4 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】</p> <p>200点</p> <p>6歳未満</p>	<p>【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】</p> <p>400点(改) 改</p> <p>6歳未満</p>

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
<p>【在宅ターミナルケア加算】 在宅支診・在宅支病 10,000点 在宅支診・在宅支病以外 2,000点</p> <div data-bbox="389 639 928 805" style="border: 1px solid black; background-color: #FFD1E8; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>在宅ターミナルケア加算をプロセスと看取りに分けた。</p> </div>	<p>【在宅ターミナルケア加算】 機能を強化した在宅支診・在宅支病</p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p>ターミナルケア加算 6,000点(新) 新</p> <p>看取り加算 3,000点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p>ターミナルケア加算 5,000点(新) 新</p> <p>看取り加算 3,000点(新)</p> <p><u>在宅支診・在宅支病</u></p> <p>ターミナルケア加算 4,000点(新) 新</p> <p>看取り加算 3,000点(新)</p> <p><u>在宅支診・在宅支病以外</u></p> <p>ターミナルケア加算 3,000点(新) 新</p> <p>看取り加算 3,000点(新)</p>

算定要件は次ページ

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
<p>[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。）</p> <p>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</p>	<p>[算定要件] 在支診・在支病（機能強化型を含む） <u>ターミナルケア加算</u> <u>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</u> <u>看取り加算</u> <u>事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</u></p> <p>在支診・在支病以外 <u>ターミナルケア加算</u> <u>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</u> <u>看取り加算</u> <u>事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</u></p>

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

在宅医療

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

在宅

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

在宅医療

C003

在宅末期医療総合診療料 → 在宅がん医療総合診療料

在宅

がん

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

新

新

在宅医療

C004注3 救急搬送診療料 長時間加算

在宅

救急

診断医

改定後

(新) 【救急搬送診療料 長時間加算】 500点 **新**

ドクターカー等による救急搬送診療

[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。

在宅医療

在宅患者訪問看護・指導料等

在宅

改定前	改定後
<p>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。</p> <p>【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（ホエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患又は人工呼吸器を装着している患者</p>	<p>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。</p> <p>【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（ホエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、別表第八に定める患者</p>

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。

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

C005③, C005-1-2③ **がん専門訪問看護料**

がん

連携

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。

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。

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。

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。

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
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合に<u>あつては週3回</u>)に限り、所定点数に520点を加算する。</p>

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

新

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
<p>【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。</p>	<p>【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、<u>死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上</u>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。</p>

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

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
<p>【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、<u>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。</u></p>	<p>【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。</p> <p>「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。</p>

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。

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
<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】(1単位につき)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】(1単位につき)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。<u>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。</u></p>

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。

在宅医療

C007注1 訪問看護指示料（対象範囲拡大）

在宅

連携

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

在宅医療

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

在宅

連携

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

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。

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。

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。

在宅医療

C101 在宅自己注射指導管理料

在宅

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】 新 1 複雑な場合 1,230点(新) 2 1以外の場合 820点 [算定要件] <u>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。</u>

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。

在宅医療

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

在宅

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

在宅医療

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

在宅

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。

在宅医療

C107 在宅人工呼吸指導管理料

在宅

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] <u>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。</u>

在宅医療

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

在宅

がん

連携

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。

在宅医療

C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

在宅

改定後

(新) 【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】 810点 

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。

在宅医療

C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

在宅

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。

在宅医療

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

在宅

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

在宅医療

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)

在宅

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。

在宅医療

在宅療養指導管理材料加算

在宅

C150 血糖自己測定器加算

改定前	改定後
<p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>	<p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p><u>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。)</u></p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p><u>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。)</u></p>

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

在宅医療

(C150~C170) 在宅療養指導管理材料加算

在宅

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。

改定前

【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。

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、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

在宅医療

在宅療養指導管理材料加算

在宅

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

在宅医療

在宅療養指導管理材料加算

在宅

C161 注入ポンプ加算

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

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
<p>【在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[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。</p>	<p>【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[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。</p>

名称を変更し、“小児”を追加した。

在宅医療

在宅

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
<p>【人工呼吸器加算】</p> <p>1 陽圧式人工呼吸器 7,000 点</p> <p>2 人工呼吸器 6,000 点</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 7,000 点</p>	<p>【人工呼吸器加算】</p> <p>1 陽圧式人工呼吸器 <u>7,480点(改)</u></p> <p>2 人工呼吸器 <u>6,480点(改)</u> 改</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 <u>7,480点(改)</u></p> <p><u>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。</u></p>

在宅医療

在宅

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
<p>【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。</p>	<p>【疼痛等管理用送信器加算】 注 疼痛除去等のため<u>植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置</u>を植込んだ後に、在宅において<u>疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理</u>を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器（<u>患者用プログラマを含む</u>）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

在宅医療

在宅療養指導管理材料加算

在宅

C170 排痰補助装置加算

改定前	改定後
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>

検査

(D000~D025) 検体検査実施料

改定前	改定後
<p>【出血・凝固時間】</p> <p>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。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>	<p>【出血・凝固時間】D006</p> <p>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。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 <u>744点(改)</u> 改</p>
<p>【肝炎ウイルス関連検査】</p> <p>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。</p> <p>イ 3項目 290点</p> <p>ロ 4項目 360点</p> <p>ハ 5項目以上 494点</p>	<p>【肝炎ウイルス関連検査】D013</p> <p>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。</p> <p>イ 3項目 290点</p> <p>ロ 4項目 360点</p> <p>ハ 5項目以上 <u>484点(改)</u> 改</p>

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。

検査

(D200～D325) 生体検査料

改定前	改定後 D206
<p>【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。</p>	<p>【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。 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。 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。</p>
<p>【時間内歩行試験】 560点 新 0211-3</p> <p>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。</p>	<p>新</p>
<p>【筋肉コンパートメント内圧測定】 620点 新 0221-2</p> <p>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。</p>	
<p>【ヘッドアップティルト試験】 980点 新 0225-4</p> <p>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。</p>	

検査

(D200~D325) 生体検査料

改定前	改定後
<p>【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。</p>	<p>【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<u>1,050点</u>を超えないものとする。 改</p>
<p>【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</p>	
<p>【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。</p>	
<p>【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。</p>	<p>【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、<u>2月に1回</u>に限り算定する。</p>

検査

(D400~D419) 診断穿刺・検体採取料

改定前	改定後
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>
<p>【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</p>	

検査

検査の適正化（例）

改定前	改定後
<p>【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</p>	<p>【量的視野検査(片側)】 2 静的量的視野検査 280点(改) 改 【調節検査】 70点(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</p>

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。

画像診断

エックス線診断料

改定前	改定後
<p>【造影剤注入手技】 E003</p> <p>3 動脈造影カテーテル法</p> <p>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</p> <p>ロ イ以外の場合 1,180点</p>	<p>【造影剤注入手技】</p> <p>3 動脈造影カテーテル法</p> <p>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</p> <p>注 血流予備能測定検査を実施した場合は、<u>血流予備能測定検査加算</u>として、所定点数に<u>400点</u>を加算する。 新</p> <p>ロ イ以外の場合 1,180点</p> <p>注 血流予備能測定検査を実施した場合は、<u>血流予備能測定検査加算</u>として、所定点数に<u>400点</u>を加算する。 新</p>

画像診断

(E100~E102) 核医学診断料

改定前	改定後
<p>【ポジトロン断層撮影】 E101-2</p> <p>注1 ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}FFDGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>【ポジトロン断層撮影】</p> <p><u>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</u> 新</p> <p>注1 ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}FFDG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。</p>
<p>【核医学診断】 370点 E102</p>	<p>【核医学診断】</p> <p><u>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・コンピュータ断層複合撮影(一連の検査につき)の場合450点</u> 新</p> <p>2 1以外の場合370点</p>

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
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】 新</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器による場合 950点(新)</u></p> <p>ロ <u>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)</u> 改</p> <p>ハ <u>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)</u> 改</p> <p>ニ <u>イ、ロ、ハ以外の場合 600点(改)</u> 改</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>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。</u></p>

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。

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 <u>1,400点(改)</u> 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 <u>1,330点(改)</u> 3 1、2以外の場合 <u>950点(改)</u> [施設基準] <u>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。</u> <u>専従の診療放射線技師が1名以上。</u>

改

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。

[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。

投薬

注射

「薬剤」 (注) の見直し ビタミン剤の取扱い

F200

改定前

【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。

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。

投薬

F400 一般名処方^の推進（処方せん料）

GE

改定前	改定後
<p>【処方せん料】</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合 68点 （注を追加） <u>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。</u></p>

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、調剤において関係することはない。

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…。

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。

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。)

処方せん									
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号			保険者番号						
公費負担医療の受給者番号			被保険者証、被保険者手帳の記号・番号						
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	年 月 日	男・女	電話番号					
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名			印		
交付年月日		平成 年 月 日	処方せんの使用期間		平成 年 月 日	<small>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。</small>			
変更不可		<small>個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「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。</small>							
処方									
方									
保険医署名		<small>(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。)</small>							
備考									
調剤済年月日		平成 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		印			公費負担医療の受給者番号				

様式第二号(第二十三条関係)

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。

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）

注射

外来化学療法加算

チーム

がん

改定前	改定後
<p>【外来化学療法加算】</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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。</p>	<p>【外来化学療法加算】</p> <p>1 外来化学療法加算1</p> <p>イ 外来化学療法加算A</p> <p>①15歳未満 780点(新)</p> <p>②15歳以上 580点(新)</p> <p>ロ 外来化学療法加算B</p> <p>①15歳未満 630点(新)</p> <p>②15歳以上 430点(新)</p> <p>2 外来化学療法加算2</p> <p>イ 外来化学療法加算A</p> <p>①15歳未満 700点(新)</p> <p>②15歳以上 450点(新)</p> <p>ロ 外来化学療法加算B</p> <p>①15歳未満 600点(新)</p> <p>②15歳以上 350点(新)</p> <p>「A」は十分注意を要する抗悪性腫瘍剤等</p>

算定要件等は次ページ

注射

外来化学療法加算（算定要件・施設基準）

チーム

がん

改定後

【算定要件】

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

改定後

【施設基準】

外来化学療法加算1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

次ページに続く

注射

外来化学療法加算（施設基準）

チーム

がん

改定後

[施設基準]

外来化学療法加算1

- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来化学療法加算2

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

注射

G020 無菌製剤処理料

がん

改定前	改定後
<p>【無菌製剤処理料】</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点</p>	<p>【無菌製剤処理料】</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合</p> <p>(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点(新)</p> <p>(2) (1)以外の場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点</p>

新

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
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>

改定前	改定後
<p>【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。</p>	<p>【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></p>

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。

リハビリ

H000注2,3

早期リハビリテーション加算

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
<p>【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)</p> <p>早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p>	<p>【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)</p> <p>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</p> <p>ロ その他の場合 30点(改) 改</p> <p>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</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

リハビリ

H001注2,3

早期リハビリテーション加算

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
<p>【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)</p> <p>早期リハビリテーション加算 45点</p> <div data-bbox="462 578 975 743" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>より早期の期間における評価を上げ、それ以降についての評価を引き下げた。</p> </div> <p>[算定要件] 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>【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)</p> <p>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 改</p> <p>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)</p> <p>[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。</p>

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
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>【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。<u>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。</u></p>
<p>【運動器リハビリテーション料】注4 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>【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。<u>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。</u></p>

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。

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
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ ロ以外の場合 245点 ロ 廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ ロ以外の場合 200点 ロ 廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ ロ以外の場合 100点 ロ 廃用症候群の場合 100点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) <u>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。</u></p> <p>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 <u>221点(改)</u> 改 ロ 廃用症候群の場合 <u>212点(改)</u> 改</p> <p>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 <u>180点(改)</u> 改 ロ 廃用症候群の場合 <u>171点(改)</u> 改</p> <p>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 <u>90点(改)</u> 改 ロ 廃用症候群の場合 <u>90点(改)</u> 改</p>
<p>【運動器リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 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</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】(1単位につき) <u>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。</u></p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) <u>158点(改)</u> 改 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) <u>149点(改)</u> 改 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) <u>80点(改)</u> 改</p>

180日

150日

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。

I001 入院精神療法

改定前	改定後
<p>【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。</p>	<p>【入院精神療法】 注3 (削除)</p>

精神科専門療法

1002注4 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
<p>【通院・在宅精神療法】(1日につき)</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】(1日につき)</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 <u>700点(改)</u> (改)</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>

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。

(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

精神科専門療法

I002注3 通院・在宅精神療法（20歳未満加算）

精神

在宅

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき） 20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき） 20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<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</u>に限り算定する。</p>

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。

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

1002-2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。

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 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。

特定薬剤副作用評価加算

【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。

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。

⑤ 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。

新

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。

1003-2 認知療法・認知行動療法

改定前	改定後
<p>【認知療法・認知行動療法】(1日につき) 420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】(1日につき)</p> <p>1 <u>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</u> 500点(新) 新</p> <p>2 1以外の場合 420点(改) 改</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>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。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法2</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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。

改定前	改定後
<p>【精神科ショート・ケア】(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<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></p> <p>② <u>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。</u></p>

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。

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
<p>【精神科デイ・ケア】(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】(1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<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></p> <p>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、<u>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></p>

精神科専門療法

I010-2注4 精神科デイ・ナイト・ケア

精神

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) <u>1,000点(改)</u> <u>疾患別等診療計画加算 40点(新)</u> 改 [算定要件] 新 疾患別等診療計画加算 <u>精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの</u> <u>診療計画を作成している場合に算定する。</u>

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。

1012 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）】

(新) イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

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

新

(新) ロ 准看護師による場合

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

新

【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。

1012 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）

改定後

(新) 【精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)】 160点(1日につき) 新

【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。

1012 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。

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
<p>【複数名訪問看護加算】 450点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p>	<p>【複数名訪問看護加算】</p> <p><u>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。)</u>であって、<u>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、ハの場合にあつては週1回を限度とする。</u></p> <p><u>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</u> 新</p> <p><u>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</u> 新</p> <p><u>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</u> 新</p>

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。

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

(新) 【精神科訪問看護指示料】 300点 新

(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。

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。

改定前

【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。

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。

改定後

【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。

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。

処置

J003 局所陰圧閉鎖処置

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

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
【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	

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

【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

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。

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 2,040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。

処置

人工腎臓

J380注9 透析液水質確保加算

改定前	改定案
<p>【人工腎臓】(1日につき) 透析液水質確保加算 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【人工腎臓】(1日につき)</p> <p>イ 透析液水質確保加算1 8点(改) 改</p> <p>ロ 透析液水質確保加算2 20点(新) 新</p> <p>[施設基準]</p> <p>イ 透析液水質確保加算1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>ロ 透析液水質確保加算2</p> <p>① <u>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。</u></p> <p>② <u>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。</u></p>

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。

手術料の適切な評価

外保連試算を活用した手術料の引き上げ

「外保連試算第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。

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。

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。

放射線

M001 対外照射

改定前	改定後
<p>【対外照射】</p> <p>3 高エネルギー放射線治療</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 2回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 280点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 440点</p> <p>(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</p>	<p>【対外照射】</p> <p>3 高エネルギー放射線治療</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 2回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 <u>420点(改)</u></p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 <u>660点(改)</u></p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 <u>900点(改)</u> 改</p>
<p>4 強度変調放射線治療(IMRT)</p> <p>イ 1回目 3,000点</p> <p>□ 2回目 1,000点</p>	<p>4 強度変調放射線治療(IMRT)</p> <p>イ 1回目 3,000点</p> <p>□ <u>2回目 1,500点(改)</u> 改</p>
<p>(新)【体外照射呼吸性移動対策加算】 150点 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合。</p>	

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
<p>(新)【定位放射線治療呼吸性移動対策加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 動体追尾法 10,000点 ロ その他 5,000点 ● 新 <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合。</p>	

放射線

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。

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)】 <u>860点(改)</u> 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 <u>2,700点(改)</u> 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 <u>3,050点(改)</u> 改

病理診断

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 <u>400点(改)</u> 2 細胞診断料 <u>200点(改)</u>
【病理診断料】 (新) <u>イ 病理診断管理加算1</u> (1) <u>組織診断を行った場合 120点</u> (2) <u>細胞診断を行った場合 60点</u> (新) <u>ロ 病理診断管理加算2</u> (1) <u>組織診断を行った場合 320点</u> (2) <u>細胞診断を行った場合 160点</u> [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。	

新

新

改

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
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>

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