

日医工MPI行政情報

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

2012年度診療報酬改定動向 「個別改定項目〔その1〕（短冊）」 第220回 中医協総会（2012年2月1日）修文

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.240130-260修

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?		+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% 全市場	▲250億円	▲約60億円
長期収載品	▲0.86% 長期収載品市場	▲225億円	
後発医薬品	▲0.33% 後発医薬品市場	▲25億円	
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

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について

- ①質の高い救命救急入院に係る医療の推進
- ②精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進
- ③救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進
- ④急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価
- ⑤NICU入院患者等の後方病床の充実

重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

- ①病院勤務医の負担を軽減する体制の評価
- ②病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価
- ③看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価

重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

- ①救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進
- ②初・再診料及び関連する加算の評価
- ③特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

- ①多職種が連携した、より質の高い医療(チーム医療)の推進

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

- ①在宅医療の促進について
- ②在宅緩和ケア等の促進について
- ③在宅の療養に係る技術・機器等の評価
- ④在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

- ①看取りに至るまでの医療の充実について

重点課題2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた

- ①取組の促進について
- ②効果的な入院診療計画の策定
- ③効果的な退院調整の評価
- ④医療機関と訪問看護ステーションの連携について

重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

重点課題2-5 訪問看護の充実について

- ①医療ニーズの高い患者への対応について
- ②介護保険の訪問看護との整合
- ③効率的かつ質の高い訪問看護の推進

重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について

- ①維持期リハビリテーションの評価
- ②リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行
- ③医療と介護の円滑な連携について

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

I-2 生活習慣病対策の推進について

I-3 精神疾患に対する医療の充実について

I-4 認知症対策の推進について

I-5 感染症対策の推進について

I-6 リハビリテーションの充実について

I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について

I-8 医療技術の適切な評価について

I-9 イノベーションの適切な評価について

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮

した医療を実現する視点

II-1 医療安全対策等の推進について

II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

Ⅲ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ－1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について
病院機能にあわせた効率的な入院医療等について効率化の余地のある入院についての適正な評価

亜急性期入院医療管理料の見直し

Ⅲ－2 慢性期入院医療の適切な評価について

慢性期入院医療の適切な評価

Ⅲ－3 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

医療資源の少ない地域に配慮した評価

Ⅲ－4 診療所の機能に着目した評価について

診療所の機能に着目した評価

Ⅲ－5 医療機関の連携に着目した評価について

Ⅲ－6 調剤報酬について

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ－1 後発医薬品の使用促進について

Ⅳ－2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

Ⅳ－3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価に

ついて

Ⅳ－4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

救命救急入院料

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

現行	改定案
<p>【救命救急入院料】</p> <p>1 救命救急入院料1 3 救命救急入院料3</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。 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。 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>【救命救急入院料】</p> <p>1 救命救急入院料1 3 救命救急入院料3</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。 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。 <u>③看護師配置が、常時4対1以上であること。</u> 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>

[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。

救急搬送診療料

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

改定案

(新) 救急搬送診療料 長時間加算 〇点

[算定要件]

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

小児特定集中治療室管理料

小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

改定案

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日につき) 〇点(7日以内の期間)

〇点(8日以上14日以内の期間)

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

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

(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二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 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重症者等を概ね九割以上入院させる治療室であること

特定集中治療室管理料小児加算

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

現行	改定案
【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>〇点(改)</u> ロ 8日以上14日以内の期間 <u>〇点(改)</u>

救急医療管理加算

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

現行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 2 乳幼児救急医療管理加算 200点 [算定要件] 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。	【救急医療管理加算】 2 乳幼児加算 <u>〇点(改)</u> 3 小児加算 <u>〇点(新)</u> [算定要件] 2 乳幼児加算 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。 3 小児加算 <u>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。</u>

精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進

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

現行	改定案
<p>【救命救急入院料】注2 3,000点 【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 【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>

救急搬送患者地域連携紹介加算

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

現行	改定案
<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>〇点(改)</u> [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>〇点(改)</u></p>

救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算

同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。

現行	改定案
<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><u>(削除)</u></p> <p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 【施設基準】</p> <p>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><u>(削除)</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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>

救急・在宅等支援病床初期加算

一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

改定案

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 ○点(1日につき)

[算定要件]

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

【救急・在宅等支援療養病床初期加算】

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

現行

【救急・在宅等支援療養病床初期加算】(1日につき) 150点

[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。

改定案

【救急・在宅等支援療養病床初期加算】

1 救急・在宅等支援療養病床初期加算1 ○点(新)

2 救急・在宅等支援療養病床初期加算2 150点

[算定要件]

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。

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。

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

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

算定要件等は次ページ

新生児特定集中治療室退院調整加算

現行	改定案
<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>

ハイリスク妊産婦共同管理料

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

現行	改定案
<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>〇点(改)</u> 【ハイリスク妊産婦共同管理料2】 <u>〇点(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>

ハイリスク（妊娠・分娩）管理加算

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

現行	改定案
【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) 1,000点	【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) <u>〇点(改)</u>
【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 3,000点	【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) <u>〇点(改)</u>

障害者施設等入院基本料等

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

現行	改定案
<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】 (入院初日)重症児(者)受入連携加算 1,300点</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>	<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】 【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】 (入院初日)重症児(者)受入連携加算 ○点(改)</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>

超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算

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

現行	改定案
<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、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>

現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

現行	改定案
<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>

在宅患者緊急入院診療加算

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

現行	改定案
<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [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、有床診療所療養病床入院基本料</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [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、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>

長時間訪問看護の算定要件の見直し

改定案

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

長時間訪問看護の算定要件の見直し

現行	(訪問看護療養費)	改定案
<p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】</p> <p>別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 		<p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、<u>1回の訪問看護の時間が90分を超える</u>長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p><u>ただし、15歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週3回までを可能とする。</u></p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】</p> <p>別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 ・<u>長時間の訪問看護を必要とする15歳未満の超重症児・準超重症児</u> <p>注) 準・超重症児長時間訪問看護加算の対象となる準・超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成22年3月5日保医発0305第2号)」別添6の別紙14の超重症児(者)判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</u> ・<u>特別な管理を必要とする者</u> <p>(特掲診療料の施設基準別表第八に掲げる者)</p>

長時間訪問看護の算定要件の見直し

現行	(在宅患者訪問看護・指導料)	改定案
<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合について、週1回に限り算定できるものとする。 【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ</p>		<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が<u>90分</u>を超えた場合について週1回に限り算定できるものとする。 【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ</p>

病院勤務医の負担軽減

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

現行	改定案
<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 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

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

改定案

[施設要件]

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

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例

現行	改定案
<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> ・<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> ・<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>

医師事務作業補助体制加算

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

現行	改定案
<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 ○点(新) 5 40対1補助体制加算 ○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>

急性期看護補助体制加算

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

改定案

(新) 急性期看護補助体制加算1 25対1(1日につき、14日を限度)

イ 看護補助者が5割以上※の場合 ○点

ロ 看護補助者が5割未満※の場合 ○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	改定案
<p>【急性期看護補助体制加算】(1日につき)</p> <p>1 急性期看護補助体制加算1(50対1) 120点</p> <p>2 急性期看護補助体制加算2(75対1) 80点</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】(1日につき)</p> <p>1 <u>急性期看護補助体制加算1(25対1)</u></p> <p>イ 看護補助者5割以上 ○点(新)</p> <p>ロ 看護補助者5割未満 ○点(新)</p> <p>2 急性期看護補助体制加算2(50対1) 120点</p> <p>3 急性期看護補助体制加算3(75対1) 80点</p>

[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っては1割5分以上、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定し、平成24年4月1日以降に新7対1入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新7対1入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。

③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

看護補助者夜間配置加算

改定案

(新) 看護補助者夜間配置加算(1日につき、14日を限度)

イ 入院患者数※に対して常時 50 対1以上 〇点

ロ 入院患者数※に対して常時100 対1以上 〇点

※同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 〇点(1日につき、14日を限度)

[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〇又はその端数を増すごとに1以上であること。

13対1の看護補助加算

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

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

[算定要件]

13対1入院基本料を算定している病棟において看護補助加算1を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、〇割以上入院させていること。

院内トリアージ

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

改定案

(新) 院内トリアージ実施料 〇点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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。

二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

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

改定案

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 〇点(初診時)

[算定要件]

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

[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

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

現行	改定案
<p>【地域連携小児夜間・休日診療料】</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料 1400点</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料 2550点</p> <p>【地域連携夜間・休日診療料】 100点</p>	<p>【地域連携小児夜間・休日診療料】</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 〇点(改)</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料2 〇点(改)</p> <p>【地域連携夜間・休日診療料】 〇点(改)</p>

再診料 外来診療料

再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診について評価を行う。

改定案

(新) 再診料 〇点(同一日2科目の場合)

(新) 外来診療料 〇点(同一日2科目の場合)

[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。

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。

現行	改定案
<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(PE T、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〇%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〇%を控除した点数により算定する。

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。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は、当該特定入院料等の基本点数の〇%を控除した点数により算定する。

地域医療貢献加算

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

現行	改定案
<p>【地域医療貢献加算】 3点</p> <p>「時間外対応加算」</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>【〇〇加算】</p> <p>1 〇〇加算1 〇点(新)</p> <p>2 〇〇加算2 〇点(改)</p> <p>3 〇〇加算3 〇点(新)</p> <p>【算定要件】</p> <p>1 〇〇加算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 〇〇加算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 〇〇加算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、〇未満とする。</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>

初診料

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ける初診料について、紹介なしに当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

改定案

(新) 初診料 〇点(紹介のない場合)

[算定要件]

①紹介率が〇%未満の特定機能病院及び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、逆紹介率が〇%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。

外来診療料

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ける外来診療料について、患者に対して、他の病院(一般病床が200床未満に限る)又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

改定案

(新) 外来診療料 〇点(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

[算定要件]

①紹介率が〇%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院において、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、逆紹介率が〇%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。

精神科リエゾンチーム加算

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

改定案

(新) 精神科リエゾンチーム加算 〇点(週1回)

[算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(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

栄養サポートチーム加算

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

現行	改定案
<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、15対1</u>)、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>

移植後患者指導管理料

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

改定案

(新) 移植後患者指導管理料

- 1 臓器移植後患者指導管理料 ○点(月1回)
- 2 造血幹細胞移植後患者指導管理料 ○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)

外来緩和ケア管理料

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

改定案

(新) 外来緩和ケア管理料 〇点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

ア身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①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。

病棟薬剤業務実施加算

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

改定案

(新) 病棟薬剤業務実施加算 ○点(週1回)

[算定要件]

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

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

※病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

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

施設基準は次ページ

病棟薬剤業務実施加算

改定案

[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。

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。
重複「I-2-①」

在宅医療の促進について

機能を強化した在支診・在支病等への評価を行う。

改定案

[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

往診料

24 時間対応を充実させる観点から、緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

現行	改定案
<p>【往診料】</p> <p>在支診・在支病</p> <p>緊急加算 650点</p> <p>夜間加算 1,300点</p> <p>深夜加算 2,300点</p> <p>在支診・在支病以外</p> <p>緊急加算 325点</p> <p>夜間加算 650点</p> <p>深夜加算 1,300点</p>	<p>【往診料】</p> <p><u>機能を強化した在支診・在支病</u></p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p>緊急加算 ○点(新)</p> <p>夜間加算 ○点(新)</p> <p>深夜加算 ○点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p>緊急加算 ○点(新)</p> <p>夜間加算 ○点(新)</p> <p>深夜加算 ○点(新)</p> <p>在支診・在支病</p> <p>緊急加算 650点</p> <p>夜間加算 1,300点</p> <p>深夜加算 2,300点</p> <p>在支診・在支病以外</p> <p>緊急加算 325点</p> <p>夜間加算 650点</p> <p>深夜加算 1,300点</p>

在宅時医学総合管理料

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

現行	改定案
<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 ○点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 ○点(新)</p> <p>病床を有しない場合</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 ○点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 ○点(新)</p> <p>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>

特定施設入居時等医学総合管理料

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

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

在宅患者緊急入院診療加算

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

現行	改定案
【在宅患者緊急入院診療加算】 1 連携医療機関の場合 1,300点 2 1以外の場合 630点	【在宅患者緊急入院診療加算】 1 <u>機能を強化した在支診・在支病間での受入の場合</u> ○点(新) 2 <u>連携医療機関の場合</u> ○点(改) 3 <u>1, 2以外の場合</u> ○点(改)

在宅患者訪問診療料

特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物以外 830点</p> <p>2 同一建物 200点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物以外 830点</p> <p>2 同一建物(特定施設) 〇点(新)</p> <p>3 同一建物(2以外) 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 同一建物(特定施設)</p> <p><u>介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設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>

在宅療養指導管理料

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

改定案

[算定要件]

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。

がん専門訪問看護の評価

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

改定案

(新) 訪問看護療養費 がん専門訪問看護料 ○円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料 がん専門訪問看護料 ○点

[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。

在宅がん医療総合診療料

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

現行	改定案
<p>【在宅末期医療総合診療料】</p> <p>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>機能を強化した在支診・在支病</p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p>1 処方せんを交付する場合 ○点(新)</p> <p>2 処方せんを交付しない場合 ○点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p>1 処方せんを交付する場合 ○点(新)</p> <p>2 処方せんを交付しない場合 ○点(新)</p> <p>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>

小児在宅医療の充実について

在宅医療と入院医療の連携が重要であることから、在宅への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

重複「重点課題1-1-⑤」

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

現行	改定案
【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 200点	【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 <u>0</u> 点(改)

在宅療養指導管理料

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

現行	改定案
【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 500点 [対象者] 表皮水疱症	【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 <u>〇点(改)</u> [対象者] 表皮水疱症、 <u>水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症</u>

在宅小児経管栄養法指導管理料

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

改定案	
<p>(新) <u>在宅小児経管栄養法指導管理料</u> 〇点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p>	
現行	改定案
<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>【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]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>	<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> <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]</p> <p>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>

在宅の療養に係る技術・機器等の評価

在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。

現行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 820 点</p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】</p> <p>1 複雑な場合 〇点(新)</p> <p>2 1以外の場合 820点</p> <p>[算定要件]</p> <p><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></p>
<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】 1,500点</p>	<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】</p> <p>1 プログラム付きポンプ 〇点(新)</p> <p>2 1以外のポンプ 1,500 点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>プログラム付きのポンプとは、自動でボー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。</u></p>

現行	改定案
<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p>	<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p><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></p>
<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>〇点(改)</u></p> <p>2 人工呼吸器 <u>〇点(改)</u></p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 <u>〇点(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>
<p>【疼痛管理用送信器加算】</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【送信器加算】</p> <p>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、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器(<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>

在宅の療養に係る技術・機器等の評価

改定案

(新) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料 〇点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に〇点を加算する。

(新) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 〇点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に、〇点を加算する。

(新) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 〇点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に〇点を加算する。

(改) 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料 〇点

在宅療養指導管理材料加算

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

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

在宅療養指導管理材料加算

現行	改定案
<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、<u>液化酸素装置</u>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、<u>液化酸素装置</u>を使用した場合に、<u>2月に2回</u>に限り、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</u>に限り、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】 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</u>に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>

在宅ターミナルケア加算

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

現行	改定案
<p>【在宅ターミナルケア加算】 在支診・在支病 10,000点 在支診・在支病以外 2,000点</p>	<p>【在宅ターミナルケア加算】 機能を強化した在支診・在支病 <u>病床を有する場合</u> ターミナルケア加算 〇点(新) 看取り加算 〇点(新) <u>病床を有しない場合</u> ターミナルケア加算 〇点(新) 看取り加算 〇点(新) 在支診・在支病 ターミナルケア加算 〇点(新) 看取り加算 〇点(新) 在支診・在支病以外 ターミナルケア加算 〇点(新) 看取り加算 〇点(新)</p>

算定要件は次ページ

算定要件は次ページ

在宅ターミナルケア加算

在宅ターミナルケア加算の算定要件

現行	改定案
<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></p> <p><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></p> <p><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>

訪問看護におけるターミナルケア加算

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

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

在宅末期医療総合診療料

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

重複「重点課題2-1-②」

在宅患者訪問診療料等

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

現行	改定案
<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>	<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、以下の場合について算定可能とする。</p> <p>①介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、 ②在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、 ③疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。</p>

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。

改定案(別剤形)

[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。

退院調整加算

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

改定案

(新) 退院調整加算1

イ 14日以内 ○点

ロ 30日以内 ○点

ハ 31日以上 ○点

(新) 退院調整加算2

イ 30日以内 ○点

ロ 31日以上90日以内 ○点

ハ 91日以上120日以内 ○点

ニ 121日以上 ○点

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。

地域連携計画加算

入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

改定案(別剤形)

(新) 地域連携計画加算 〇点

総合評価加算

総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

現行	改定案
<p>【総合評価加算】(入院中1回) 50点 [算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料</p>	<p>【総合評価加算】(入院中1回) 〇点(改) [算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</p>

退院時共同指導料

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

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

退院時共同指導

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

改定案

(新) 退院時共同指導料1 特別管理指導加算 ○点

(新) 訪問看護療養費 特別管理指導加算 ○円

[特別な管理が必要な者]

- 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

外泊日の訪問看護 訪問看護基本療養費（Ⅲ）

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

改定案

(新) 訪問看護基本療養費(Ⅲ) ○円

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

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

外泊日の訪問看護

退院前訪問指導料

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

現行	改定案
【退院前訪問指導料】 410点	【退院前訪問指導料】 ○点(改)

退院当日の訪問看護 訪問看護療養費 退院支援指導加算

退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。

算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

現行	改定案
<p>【退院支援指導加算】 6000円</p> <p>指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。</p>	<p>【退院支援指導加算】 6000円</p> <p>指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者、注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者、<u>および診療により、退院当日の訪問看護が必要であると認められた者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。</u></p> <p><u>ただし、退院日以降の初回の訪問看護が行われる前に患者が死亡した場合に限り、死亡日に算定可能とする。</u></p>

退院当日の訪問看護

退院前訪問指導料

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

現行	改定案
<p>【退院前訪問指導料】 410点 【算定要件】 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p>	<p>【退院前訪問指導料】 <u>〇点(改)</u> 【算定要件】 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院を支援するため患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。 <u>退院当日の訪問指導についても算定可能とする。</u></p>

退院直後の訪問看護

特別訪問看護指示加算

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

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

1. 退院直後の訪問看護 重複「重点課題2-3-③」
2. 外泊日の訪問看護の評価 重複「重点課題2-3-③」
3. 退院当日の訪問看護の評価 重複「重点課題2-3-③」

4. 週4日以上以上の訪問が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算(特別管理加算に名称変更予定)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。

現行	改定案
<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、<u>別表第八に定める患者</u></p>

訪問看護管理療養費

訪問看護管理療養費の算定は、月12日までを限度としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者。ただし、別表第八に掲げる者を追加予定（4参照）。）の週4日以上訪問看護が実施できる患者については、月13日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和する。

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

訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

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

改定案

(新) 訪問看護療養費

早朝・夜間加算（6時～9時・18時～22時） ○円

深夜加算（22時～6時まで） ○円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料

早朝・夜間加算（6時～9時・18時～22時） ○点

深夜加算（22時～6時まで） ○点

重症者管理加算→特別管理加算

医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。

現行	改定案
<p>【重症者管理加算】 2500円又は5000円 特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、1月に4日以上指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。</p>	<p>【特別管理加算】 2500円又は5000円 特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、<u>特別管理加算</u>として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。</p>

在宅移行管理加算

重症者管理加算および在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上の訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

現行	改定案
<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>

たん吸引に係る指示料

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

改定案

(1)たん吸引等の指示書

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

(新) たん吸引に係る指示料 〇点

(2)介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で複合型、定期巡回型訪問介護看護サービスを受けている患者に対する訪問看護指示の交付を評価する。

(新) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示料 〇点

複数名訪問看護加算

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

現行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算】 1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合 3,800円</p>	<p>【複数名訪問看護加算】 1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、<u>イ及びロの場合にあつては週1回、ハの場合にあつては週3回(区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等(*)の利用者に対する場合を除く。)</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>(*)特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円</p> <p><u>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合 ○円(新)</u></p>

複数名訪問看護加算

現行	改定案
<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>【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、<u>イ及びロの場合にあっては週1回、ハの場合にあっては週3回(区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等(＊)の利用者に対する場合を除く。)</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>(＊)特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p>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</u> ○点(新)</p>

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。重複「重点課題2-1-②」

褥瘡専門訪問看護・指導料

真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

改定案

(新) 訪問看護療養費(Ⅳ) 褥瘡専門訪問看護料 ○円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料 褥瘡専門訪問看護・指導料 ○点

[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。

緊急時の訪問看護

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

現行	改定案
<p>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>患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた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>

精神科訪問看護

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

改定案

(新) 精神科訪問看護指示料 ○点

(新) 特別訪問看護指示加算 ○点

[算定要件]

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

精神科訪問看護基本療養費

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

改定案

(新) 精神科訪問看護基本療養費 I

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- ①週3日目まで 30 分未満 ○円
- ②週3日目まで 30 分以上 ○円
- ③週4日目以降 30 分未満 ○円
- ④週4日目以降 30 分以上 ○円

ロ 准看護師による場合

- ①週3日目まで 30 分未満 ○円
- ②週3日目まで 30 分以上 ○円
- ③週4日目以降 30 分未満 ○円
- ④週4日目以降 30 分以上 ○円

[算定要件] 精神科訪問看護基本療養費 I

- ①精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ②主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費

改定案

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ ○円

[算定要件] 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

- ①精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合
- ②主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

[施設要件] 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)

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

[経過措置] 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)

平成25年4月1日施行

精神科訪問看護基本療養費

改定案

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- ①週3日目まで 30 分未満 ○円
- ②週3日目まで 30 分以上 ○円
- ③週4日目以降 30 分未満 ○円
- ④週4日目以降 30 分以上 ○円

ロ 准看護師による場合

- ①週3日目まで 30 分未満 ○円
- ②週3日目まで 30 分以上 ○円
- ③週4日目以降 30 分未満 ○円
- ④週4日目以降 30 分以上 ○円

[算定要件] 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

- ①精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ②主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が同一建物居住者に対して指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料

改定案

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 分未満 ○点(1日につき)

②週3日目まで 30 分以上 ○点(1日につき)

③週4日目以降 30 分未満 ○点(1日につき)

④週4日目以降 30 分以上 ○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 分未満 ○点(1日につき)

②週3日目まで 30 分以上 ○点(1日につき)

③週4日目以降 30 分未満 ○点(1日につき)

④週4日目以降 30 分以上 ○点(1日につき)

[算定要件] 精神科訪問看護・指導料 I

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

② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料

改定案

(新) 精神科訪問看護・指導料Ⅱ 〇点(1日につき)

[算定要件] 精神科訪問看護・指導料Ⅱ

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

精神科訪問看護・指導料

改定案

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

ロ 准看護師による場合

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

[算定要件] 精神科訪問看護・指導料Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費

精神保健福祉士の同行訪問の評価に対する評価、および30分未満の短時間訪問看護及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

改定案

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 ○円

[算定要件]

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

(新) 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 ○点

[算定要件]

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

脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション

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

現行	改定案
<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。<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3 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3 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>

脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション

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

現行	改定案
<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)</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>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)</p> <p>イ ロ以外の場合 200点</p> <p>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)</p> <p>イ ロ以外の場合 100点</p> <p>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)</p> <p><u>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超過しており、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)</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>〇点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>〇点(改)</u></p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>〇点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>〇点(改)</u></p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>〇点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>〇点(改)</u></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</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p><u>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超過しており、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>〇点(改)</u></p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) <u>〇点(改)</u></p> <p>3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) <u>〇点(改)</u></p>

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月間に延長する

現行	改定案
<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>

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

現行	改定案
<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>

医療と介護の円滑な連携

1. 在宅医療における介護施設との連携等、介護保険との円滑な連携を推進するため、必要な見直しを行う。
2. 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

1. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。
重複「重点課題2-1-①」
2. 特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。
重複「重点課題2-2」
3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。
重複「重点課題2-3-②」
4. 退院後の訪問看護
重複「重点課題2-3-③」
5. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算
重複「重点課題2-5-①」
6. 重症者管理加算の名称変更や要件の見直し
重複「重点課題2-5-②」を参照のこと。
7. 医師の指示書の交付範囲の拡大
重複「重点課題2-5-②」

医療と介護の円滑な連携

転換老健に対応した項目の期間の延長

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

現行	改定案
<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。)

7対1 入院基本料

一般病棟における7対1 入院基本料の平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げを行う。

現行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が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>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が28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>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が30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>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>〇日以内</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>〇割〇分以上</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> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>〇日以内</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>〇割〇分以上</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> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>〇日以内</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>〇割〇分以上</u>入院させる病棟であること(悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関及び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、平成〇年〇月〇日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。

10対1 入院基本料

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

現行	改定案
<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】(一日につき)</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】(一日につき)</p> <p>[施設基準] <u>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> <u>(削除)</u></p>

[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。

10対1入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

改定案
<p>(新) <u>看護必要度加算1</u> 〇点</p> <p>(新) <u>看護必要度加算2</u> 〇点</p> <p>[算定要件] 看護必要度加算1 必要度基準〇%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。</p> <p>[算定要件] 看護必要度加算2 必要度基準〇%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。</p>

13対1 入院基本料

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13 対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

改定案

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 〇点(1日につき)

[算定要件]

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

・救命救急入院料1及び3における看護配置については、明確な基準を設けていないため、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

重複「重点項目1-1-①」

・小児特定集中治療室管理料の新設等、小児救急医療に対して以下の見直しを行う。

重複「重点項目1-1-①」

金曜日入院 月曜日退院

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

改定案

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〇%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〇%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〇%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、1000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。

午前中の退院が多い医療機関

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

改定案

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〇%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〇%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〇%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、1000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。

亜急性期入院医療管理料

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

現行	改定案
<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 12,050点</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 22,050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 <u>亜急性期入院医療管理料1 〇点(改)</u></p> <p>2 <u>亜急性期入院医療管理料2 〇点(新)</u></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>〇日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</u></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>〇日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</u></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>

施設基準は次ページ

亜急性期入院医療管理料

現行	改定案
<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〇割以下</u>。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大〇床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大〇床まで届出可能。</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〇割以下</u>。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大〇床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大〇床まで届出可能。</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>

特定除外制度の見直し

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

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

現行	改定案
<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)】 届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</p>

改定案

(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。

療養病棟における褥瘡の治療

療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

改定案

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。

・救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

重複「重点課題1-1-③」

・一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

重複「重点課題1-1-④」

・重症児(者)受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料(13対1、15対1のみ)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

重複「重点課題1-1-⑤」

・超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

重複「重点課題1-1-⑤」

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

重複「重点課題1-4-①」

・総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

重複「重点課題2-3-②」

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)について、評価体系を見直す。

(1)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。

現行	改定案
<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p>	<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p> <p><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>

医療資源の少ない地域の特例

(2) 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

改定案

(新) 亜急性期入院医療管理料1(指定地域) 〇点(1日につき)

(新) 亜急性期入院医療管理料2(指定地域) 〇点(1日につき)

[算定要件]

〇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〇割以下。
- 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。

医療資源の少ない地域の特例

(3) チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。
栄養サポートチーム加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

改定案

(新) 栄養サポートチーム加算(指定地域) 〇点(週1回)

[施設基準]

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

(新) 緩和ケア診療加算(指定地域) 〇点(1日につき)

[施設基準]

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

(4) 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

改定案

(新) 特定一般病棟入院料(指定地域)

13 対1入院料 ○点

15 対1入院料 ○点

[施設基準]

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

有床診療所緩和ケア診療加算 看取り加算

有床診療所において質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する。

改定案

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 〇点(1日につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

(新) 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合 〇点

その他の場合 〇点

[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

改定案

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

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

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

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者)

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

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

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