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_{1/2}」 (通知 Q&A) 〈基本診療料〉

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)



資料No.240403-269-11



株式会社日医工医業経営研究所

凡例

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

実線枠白地青字

2012年度診療報酬改定の通知等

薄灰色地

2012年度診療報酬改定の注釈・補足事項等

破線枠白地黒字(前回改定の参考資料)

2010年度診療報酬改定の通知等

点線緑枠緑字

2012年度診療報酬改定の疑義解釈等

橙破線枠図(厚労省資料から)

「平成24年度診療報酬改定の概要」 厚生労働省保険局医療課(2012年3月14日) 日医工MPIコメント 内容解説、等

イオエしる	5在口区工区未在名明九州			コグ	,(1/ <i>2)</i>		LETIVIFIZOTZ
4	別表第七、別表第八	116	ハイリスク妊娠(分娩)管理加算		夜間休日救急搬送医学管理料		コンピューター断層撮影
5	病院勤務医の負担軽減	117	退院調整加算		外来リハビリテーション診療料		磁気共鳴コンピューター断層撮影
11	透析や検査の共同利用	120	地域連携計画加算		外来放射線照射診療料		ビタミン剤の取扱い
14	たばこ対策	121	新生児特定集中治療室退院調整加	算	リンパ浮腫指導管理料		一般名処方の処方せん料加算
16	初診料・再診料	124	救急搬送患者地域連携加算		退院時共同指導料		処方せん様式の変更
25	時間外対応加算	128	精神科救急搬送患者地域連携加算		ハイリスク妊産婦共同管理料		医療用麻薬処方日数制限の緩和
32	明細書の無料発行	129	地域連携認知症支援加算		がん治療連携計画策定料		外来化学療法加算
34	入院基本料の通則	131	総合評価加算		がん治療連携管理料		無菌製剤処理料
41	一般病棟入院基本料	133	後発医薬品使用体制加算		認知症専門診断管理料		疾患別リハビリテーション
43	必要度評価票	135	病棟薬剤業務実施加算		認知症療養指導料		早期リハビリテーション加算
50	特定除外制度の見直し(15対1、13対	146	データ提出加算		退院前訪問指導料		脳血管疾患等、運動器
53	救急 在宅等支援病床初期加算	150	救命救急入院料		機能を強化した在支診・在支病		入院精神療法
55	重症児(者)受入連携加算	152	自殺企図等患者加算		往診料		通院·在宅精神療法
56	午前中の退院が多い医療機関	153	特定集中治療室管理料		在宅患者訪問診療料		精神科継続外来支援·指導料
	金曜日入院 月曜日退院		特定入院料		在宅ターミナルケア加算		認知療法·認知行動療法
	療養病棟入院基本料		小児特定集中治療室管理料		在宅時医学総合管理料		精神科ショート・ケア
	救急•在宅等支援療養病床初期加算		小児入院医療管理料		特定施設入居時等医学総合管理料		精神科デイ・ケア
	(各)入院基本料		回復期リハビリテーション病棟入院料	4	在宅がん医療総合診療料		精神科デイ・ナイト・ケア
	看取り加算		亜急性期入院医療管理料		救急搬送診療料 長時間加算		精神科訪問看護·指導料
	救急医療管理加算		緩和ケア病棟入院料		在宅患者訪問看護·指導料		抗精神病特定薬剤治療指導管理料
	在宅患者緊急入院診療加算		児童・思春期精神科入院医療管理料	1	在宅患者訪問リハビリテーション指導	拿管理	重度認知症患者デイ・ケア料 夜間ケ
	医師事務作業補助体制加算		精神療養病棟入院料(重症者加算)		訪問看護指示料		局所陰圧閉鎖処置
	急性期看護補助体制加算		精神療養病棟入院料(退院調整加算	I)	特別訪問看護指示加算		処置料
	超重症児(者)・準超重症児(者)入院		認知症治療病棟入院料		介護職員等喀痰吸引等指示料		人工腎臓
86			特定一般病棟入院料		在宅療養指導管理料		透析液水質確保加算
	療養病棟療養環境加算	175	短期滞在手術基本料		在宅療養指導管理材料加算		手術
	無菌治療室管理加算		医学管理等		人工呼吸器加算		麻酔
	緩和ケア診療加算		がん性疼痛緩和指導管理料		疼痛等管理用送信器加算		放射線
	精神科身体合併症管理加算		がん患者カウンセリング料		検体検査実施料		対外照射
	精神科リエゾンチーム加算		外来緩和ケア管理料		検体検査判断料		直線加速器による定位放射線治療
	がん診療連携拠点病院加算		移植後患者指導管理料		生体検査料		密封小線源治療
	栄養サポートチーム加算		糖尿病透析予防指導管理料		診断穿刺•検体採取料		病理標本作製料
	感染防止対策加算		地域連携小児夜間・休日診療料		エックス線診断料		病理診断・判断料
3 114	患者サポート体制充実加算		院内トリアージ実施料		核医学診断料		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

病院勤務医の負担軽減

改定前	改定後
①総合入院体制加算	①総合入院体制加算
②医師事務作業補助体制加算	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	③ハイリスク分娩管理加算
④急性期看護補助体制加算	④急性期看護補助体制加算
⑤栄養サポートチーム加算	5栄養サポートチーム加算
⑥呼吸ケアチーム加算	⑥呼吸ケアチーム加算
⑦小児入院医療管理料1及び2	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	⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場
合	合
	(新たに要件を加える項目)
	<u>⑨総合周産期特定集中治療室管理料</u>
	⑩(新) 小児特定集中治療室管理料
病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体	①(新)精神科リエゾンチーム加算
制を要件に加える。	①(新)病棟薬剤業務実施加算
	①(新)院内トリアージ実施料
	<u>(4)(新) 移植後患者指導管理料</u>
	<u>⑤(新) 糖尿病透析予防指導管理料</u>

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			
	【選択項目】 ・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 【必須項目】 なし	 【選択項目】 ・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 【必須項目】 ・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。 ・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。 ・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」、「⑧水命救急入院料注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。 ・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3者の評価を受けていることが望ましい。 			
)	Copyright©2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,L				

勤務医負担軽減策の見直しのイメージ

要件とする項目

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

負担軽減の項目

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

いずれの 項目も任意

改定後

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合
- 9 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- 前 精神科リエゾンチーム加算
- ① 病棟薬剤業務実施加算
- (13) 院内トリアージ実施料
- ④ 移植後患者指導管理料
- ⑤ 糖尿病透析予防指導管理料

【必須項目】

医師・看護師等の役割分担

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

【一部の病院で必須】

- 交代勤務制導入
- 外来縮小の取り組み

特定機能病院及び一般 病床が500床以上の病 院では必ず検討すること とする

【任意項目】

新規追加

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

23

株式会社日医工医業経営研究所

看護職員の負担軽減の様式について

		 							
病院勤務医の負担の	軽減及び処遇の	改善に対する体制 (新規・7月報	(告)	新規					
1 病院動務医の負担の軽減及び処遇の		入院料等の届出状況(既に届出を行って	いるものについて	看護職	員の負担の軽減ス	及び処遇の	改善に対する体制(新	規・7月報告	.)
チェックし、届出年月日を記載すること。 項目名	B出年月日	項目名	届出年月日	 看護職員の負担の軽減し、届出年月日を記載する。 		件とする入削	(料等の届出状況(既に届出	を行っているも	のについてチェック
□ 総合入院体制加算	年 月 日	□ 教命救急入院料 注3加算	年 月 日				-2.7.5		
□ 医師事務作業補助体制加算	年 月 日	□ 小児特定集中治療室管理料	年 月 日	項目名	届出	年月日	項目名		届出年月日
(対1補助体制加算) ロ ハイリスク分娩管理加算		□ 総合周産期特定集中治療室管理	年月日	□ 急性期看護補助体制加 (対1)	1算 年	月日	コ 看護補助加算 (対1)		年 月 日
□ 急性期間機補助体制加算		料 「 小児入院医療管理料1又は2(該 当する方に〇をつけること)	年 月 日	□ 夜間急性期看護補助体 (対1)	制加算年	月日	□ 看護職員夜間配置加算 (対1)		年 月 日
ロ 精神科リエゾンチーム加算	年 月 日	□ 終緒後患者指導管理料	年 月 日	(2117			(217		
□ 栄養サポートチーム加算		□ 糖尿病透析予防指導管理料	年 月 日	2 新規届出時又は毎年4月	日の報告時占の分次	について記憶	きする室面		
□ 呼吸ケアチーム加算		ロ 院内トリアージ実施料	年 月 日						
□ 病核薬剤師童茶客添加算	年月日			平成年月日	時点の看護職員の負	[担の軽減に	対する体制の状況		
2 新規届出時又は毎年4月の報告時点	の状況について記	載する事項		(1) 看護職員の負担の軽			, LÉT I TIMO SER / SER GOA ANG SE LA L. Als en		amin alah
平成年月日時点の病院創	物務医の負担の軽減	に対する体制の状況		□ 臨床検査技師			ヽピリ職種(理学療法士、作業 ラーク □ その他(職種))
(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処況	邑の改善に資する計	面		□ 看護補助者の配置□ 短時間正規雇用の看	護職員の活用				に特徴的な !軽減策
(i)必ず計画に含むもの ロ 医師・看護師等の業務分担(医師・	助産師の業務分担	を含む)		□ 多様な動務形態の導□ 妊娠・子育て中の看護	_				/
(ii)計画に含むことが望ましいもの 医師事務作業補助者の配置 短時間正規雇用の医師の活用 地域の他の医療機関との連携体象				ア 院内保育所 イ 妊娠中の夜動の減 子育て中の夜動の ウ 育児短時間動務	<u>有無</u> 免制度 <u>有</u>	(夜間保育の 無 無	実施 有無)		4
	及び小児入院医療性	教命教急入院料 注3加算、小児特定集 管理料1の層出にあたっては、必ず計画 床の層出病床が500床以上の病院の 1	に含むこと。)	エ 他部署等への配置 ロ 夜勤負担の軽減 査 ア 長時間夜勤の是正	転換 <u>有</u> 無	_	シフト関隔の確保 有	無	
ア 初診における選定療養の額 イ 診療情報提供料等を算定する者 □ 予定手術の振客の当直、夜勤に対 □ その他(看護補助者の配置等)				ウ 夜勤従事者数の増 ロ その他	損 <u>有</u> 無	I	: 月の夜勤回敷の上限設定	五.無	
(2) 病院動務医の動務時間の把握等				(2) 看護職員の勤務時間 口 動務時間 (平均湯	の把握等	彩章	特問)		V
□ 勤務時間(平均週 時間)□ 連続当直を行わない勤務シフト(平	□ 当直翌日は休日	時間)) 数 回) ほとしている 口当直翌日の業務内容の)))	記慮を	□ 2交代の夜勤に係る配 □ 仮眠2時間を含む休憩 □ その他(具体的に:			意保 □ 夜勤配置する看記 なる夜勤時間の設定	要職員の増員))
□ 業務の量や内容を把握した上で、 □ その他				口 日勤深夜、準夜日勤の		日の休日の	確保 口 残業が発生しない	ハような業務量	の調整
(3) 職員等に対する周知 (有 具体的な周知方法(無))	□ その他(具体的に:(3) 職員等に対する問知 具体的な問知方法((有 無))))
(4) 役割分担推進のための委員会又にア 開催頻度 (回/年)			,	具体的な周知方法((4) 業務分担推進のため(- man a second of the second				,
	参加職種(,	ア開催頻度(回/年)	NOE /			
(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善)	イ 参加人数 (平均	人/回)参加聘		THE BALL AND HOME AND AND ADD A A A A A A A A A A A A A A	100 CH)
I(6) 病院勤務医の負担の経滅及び処況 □ あり→(第三者評価を行った機関名	邑の改善に資する計 :	・国について、第三者評価の有無) ロ:	なし	(5) 医療機関で看護職員	等の労働時間管理を	行つ責任者(労働時間管理者)(名前:	職種:)

図解資料

病院勤務医の負担軽減

0

病院の体制

- ①総合入院体制加算
- ②医師事務作業補助体制加算
- ④急性期看護補助体制加算
- ③ 新 院内トリアージ実施料

指導管理料等

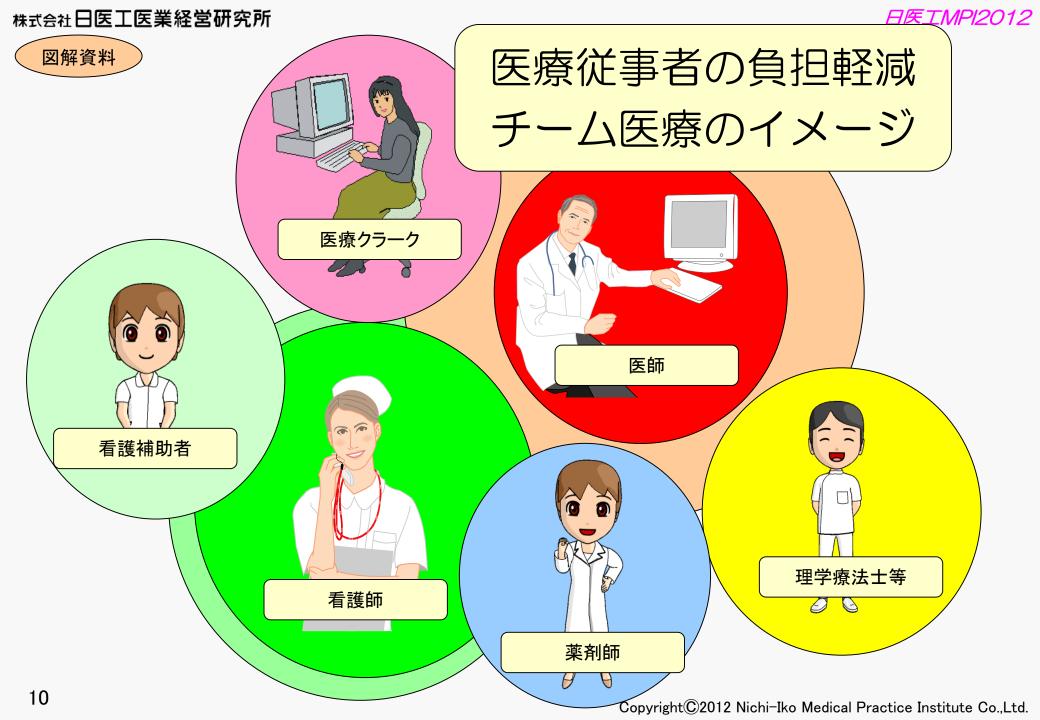
- ③ハイリスク分娩管理加算
- ⑦小児入院医療管理料1及び2
- ⑧救命救急入院料
- ⑨総合周産期特定集中治療室管理
- ⑩ 新 小児特定集中治療室管理料
- 14 新 移植後患者指導管理料
- 15 新 糖尿病透析予防指導管理料

ほっ

チーム医療

- ⑤栄養サポートチーム加算
- ⑥呼吸ケアチーム加算
- ① (新) 精神科リエゾンチーム加算
- ① 新 病棟薬剤業務実施加算





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

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。

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。

改定後

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。

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。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。

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受診をした場合は、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。

入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

出来高病棟

A医療機関

入院基本料から30%減額

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

(新)入院基本料から15%減額

外 来

B医療機関

診療行為に係る費用を算定

1. <u>包括範囲に含まれる診療行為</u>がB医療機関で行われた場合

A医療機関

入院料から70%減額

<u>透析</u>又は<u>共同利用が進められている検査</u>(PET等) の場合(精神病床に限る^(注))

(新)入院料から55%減額

外 来

B医療機関

包括範囲及び包括範囲<u>外</u>の診療 行為に係る費用を算定

(注)結核病床、有床診療所については、該当する入院料等はない

2. 包括範囲外の診療行為のみがB医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

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

(新)入院料から15%減額

外来

B医療機関

包括範囲<u>外</u>の診療行為のみに係る 費用を算定

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

- ※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。
- ※ 特定入院料等算定病棟:特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料

13

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

改定後

- 1 総合入院体制加算
- 2 乳幼児加算・幼児加算
- 3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- 4 小児療養環境特別加算
- 5 がん診療連携拠点病院加算
- 6 ハイリスク妊娠管理加算
- 7 ハイリスク分娩管理加算
- 8 呼吸ケアチーム加算
- 9 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 10 小児特定疾患カウンセリング科
- 11 小児科療養指導料

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。

- 12 外来栄養食事指導料
- 13 入院栄養食事指導料
- 14 集団栄養食事指導料
- 15 喘息治療管理料
- 16 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 17 糖尿病合併症管理料
- 18 乳幼児育児栄養指導料
- 19 生活習慣病管理料
- 20 ハイリスク妊産婦共同管理料
- 21 がん治療連携計画策定料
- 22 がん治療連携指導料

[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おいては、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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【入院基本料】

(問54)保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いの施設基準については、診療所も対象となるのか。

(答) そのとおり。

(問55)一部の入院基本料等加算及び医学管理料の算定要件である屋内禁煙について、

- ①保険医療機関と同一の敷地内において、患者が診療を目的として立ち入ることがない建物についても屋内禁煙を行う必要があるか。
- ②保険医療機関と同一の敷地内において、患者が診療を目的として立ち入ることがある建物について、当該建物内のスタッフルーム等、患者が原則として立ち入らない部分についても、屋内禁煙を行う必要があるか。
- ③当該保険医療機関において、介護施設等を併設している場合、介護施設等に該当する部分についても屋内禁煙が必要か。
- ④緩和ケア病床などで分煙を行う場合、当該病床以外の患者が喫煙室を利用することは可能か。

(答)

- ①患者が診療を目的として立ち入ることがない建物については、必ずしも屋内禁煙を行う必要はない。
- ②屋内禁煙を行う必要がある。
- ③当該部分については、必ずしも屋内禁煙を行う必要はない。
- 4原則として不可。

初•再診料

A000,A001,A002

初診料•再診料

紹介のない場合 (保険外併用療養費の利用)

		初診	- 再診料	改定前	改定後			
	初診料	診療所 病院		(同一	270点 日2科目の場合:135点)			
	75月百多 不干		病院(500床以上)*	紹介状なし	200点 (同一日2科目の場合:100点) 新			
			診療所		69点			
	再診料		病院(200床未満)		(同一日2科目の場合:34点) 新			
	外来管理加算		診療所		52点			
			病院(200床未満)	52点				
					70点			
	外来診療料		病院(200床以上)		(同一日2科目の場合:34点) 新			
	 再診料の代わり)外来診療料を		病院(500床以上)*	逆紹介拒否	52点 (同一日2科目の場合:25点)			
107	の外不砂原料で							

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。

*: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) 平成25年4月1日から実施する 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 (保険外併用療養費の利用)

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【再診料・外来診療料(複数科受診)】

(問1)同一日に内科で「糖尿病」について診察を受け、同時に眼科で「糖尿病性網膜症」について診察を受けた場合は、眼科で2科目の再診料を算定できるのか。

(答) 関連のある疾病のため、2科目の再診料は算定できない。

(問2)内科で再診料と外来管理加算を算定し、同時に眼科を再診で受診し処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定出来るか。

(答) 算定できない。

(問3)2科目の再診料は、診療所においても算定できるのか。

(答)診療所においても要件を満たせば算定可能である。

(問4)同一日の同時に2科目の再診料(外来診療料)を算定する場合で、緊急で時間外に異なる科を受診した場合にも時間外加算は算定できないのか。

(答)算定できない。

(問5)初診と再診を合わせて同一日の同時に3科を受診する場合、3科目の初診料又は再診料(外来診療料)は算定できるのか。

(答) 初診料・再診料(外来診療料)を合わせて2科目までしか算定できない。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料】

- (問6)どのような場合に地方厚生(支)局へ報告を行う必要があるのか。
- (答)紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低い場合は、報告を行う必要がある。当該基準よりも高い場合は、報告を行う必要はない。
- (問7) 当該点数に係る対象となった場合、地方厚生(支) 局への報告はどのように行うのか。
- (答)別紙様式28により、当該点数に係る報告を毎年10月1日に地方厚生(支)局へ行う。なお、報告後、任意の連続する6ヶ月間のデータで紹介率・逆紹介率が基準を上回った場合は、翌年4月1日までに再度別紙様式28により地方厚生(支)局に報告することにより当該点数に係る対象施設とはならない。
- (間8) 当該点数に係る対象となった場合、当該初診料・再診料を算定する期間はいつまでか。
- (答)紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低く、別紙28により10月1日に当該点数に係る報告を行った翌年4月1日から翌々年3月31日までである。

図解資料 外来診療料(同一日2科目受診) 再診料 2回目 例えば 1回目 再診料 34点 再診料 69点 午後 午前 外来診療料 34点 外来診療料 70点 受診 受診 例えば 内科医師 泌尿器科医師 MEDIC

初•再診料

A000

初診料(紹介のない場合)



- (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)

[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)平成25年4月1日から実施する

AOOO 初診料(平成24年3月5日留意事項)

[略]

(6)「注2」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」の所定点数を算定する。(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。)この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。



紹介率及び逆紹介率の計算

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

平成25年4月1日から実施

外来診療料 52点 25点(同一日2科目)

【通常】

- •外来診療料 70点
- •同一日2科目 34点

Copyright(C)2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co., Ltd.

病院

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。

図解資料

再診料等(同一日2科目の場合)





連携

日医TMPI2012

新

初•再診料

A002 外来診療料(500床以上病院*)

(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) <u>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</u> 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)平成25年4月1日から実施する

A001 地域医療貢献加算→時間外対応加算



改定前	改定後
【地域医療貢献加算】3点	【時間外対応加算】 1 時間外対応加算1 5点(新) 2 時間外対応加算2 3点(改) 3 時間外対応加算3 1点(新) 3 時間外対応加算3 1点(新)
[算定要件]	[算定要件] 1 時間外対応加算1 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。 ②原則として自院で対応する。 2 時間外対応加算2
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で対応しても差し支えない。 ②原則として自院で対応する。	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で対応しても差し支えない。 ②原則として自院で対応する。 3 時間外対応加算3 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で対応しても差し支えない。 ②当番日は原則として自院で対応する。 ②当番日は原則として自院で対応する。 ③ 連携する医療機関数は、3以下とする。 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。

AOO1 再診料(平成24年3月5日留意事項)

- (7) 時間外対応加算
- ア 時間外対応加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、 休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもので ある。
- イ 当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。
- ウ 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊 急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。
- エ なお、電話再診の場合であっても、時間外対応加算の算定が可能であること。

2012年3月5日通知

第2 時間外対応加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 通則
- (1)診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。
- 2 時間外対応加算1に関する施設基準
 - 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- 3 時間外対応加算2に関する施設基準
- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として 当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得 ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックする ことができる体制がとられていること。
- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に 配慮すること。
- 4 時間外対応加算3に関する施設基準
- (1) 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療 所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。 また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を 行うなど、対応に配慮すること。
- (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。
- 5 届出に関する事項
- 時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【時間外対応加算】

- (問9)従前の地域医療貢献加算を算定していた医療機関が、時間外対応加算2の要件を満たし、当該点数を算定する場合、 新たに届出は必要か。
- (答)地域医療貢献加算を届け出ている医療機関が、時間外対応加算2を算定する場合は新たな届出は必要ない。
- (問10)時間外対応加算に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか。
- (答) 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能である体制でなくてよい。
- (問11)対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か。
- (答)できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応することに限定するものではなく、例えば、転送 電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。
- (問12)時間外対応加算3について、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。
- (答) 患者が通院可能な範囲であれば連携を行うことが可能であり、現時点においては、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。
- (問13)時間外対応加算1及び2において、学会等のやむを得ない事情で例外的に時間外の対応ができない場合、時間外の対応を、他の病院又は診療所(休日・夜間診療所含む)で代替することは可能か。
- (答)原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合には、例外的に、他の病院又は診療所(休日・夜間診療所含む)との連携による対応も可能である。なお、その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えること。
- (問14)時間外対応加算2及び3における標榜時間外の夜間の数時間とは、例えば深夜も含まれるのか。
- (答) 標榜時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜(午後10時から午前6時)及び休日(時間外対応加算3については当番日以外の日)においては、必ずしも対応は必要ではない。その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- (問15)時間外対応加算3について、当番日の医療機関は、自院の標榜時間外の数時間の対応を行う必要があるのか。 (答) そのとおり。

[疑義解釈(日本医師会①2012年3月5日)] 【時間外対応加算】

- ●Q. 地域医療貢献加算が時間外対応加算に名称変更され、3つの加算(時間外対応加算1、時間外対応加算2、時間外対応加算3)に再編されたが、従来、地域医療貢献加算の要件を満たしていた診療所は時間外対応加算の1か2を満たすと考えてよいか?
- A. そのとおり。診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として、加算1は常時、加算2は標榜時間外の夜間の数時間、加算3は当番日の標榜時間外の夜間の数時間に応じることが明確にされた。
- ●Q. 従来、地域医療貢献加算を届出している診療所は、今回、時間外対応加算2の要件を満たす場合でも、改めて届出が必要となるか?
- A. 改めて届出の必要はない。
- ●Q. 電話再診の場合でも時間外対応加算は算定できるか?
- A. 算定できる。
- ●Q. 電話等による問い合わせに対し、対応できる体制とあるが、携帯電話への転送等でもよいか?
- A. 携帯電話への転送でもよい。
- ●Q. 時間外の連絡先について、電話の転送サービス等を活用するなどして、必ず医師が対応する必要があるか?
- A. 時間外の連絡について、診療所職員が対応に当たり、患者からの電話の後、速やかに医師に連絡を行い対応することでもよい。
- ●Q. 患者からの問い合わせはメール対応でもよいか?
- A. 電話での対応が原則であるが、患者の同意を得ていれば、速やかに応答することを条件に携帯メール等を併用してもよい。
- ●Q. 学会出張等の場合の取り扱いはどうか?
- A. 学会等への参加のため、電話連絡等に対応できない場合には、連携医療機関の連絡先を患者に知らせることでもよい。
- ●Q. 病院や地域医師会が当番制で主務する休日・夜間診療所を緊急時の対応施設とする場合は、当該病院又は休日・夜間診療所の連絡先に加え、出務医日程表を掲示することが必要か?
- A. 基本的には自院での対応を原則とするが、やむを得ない事情等により病院又は休日・夜間診療所と連携することについては、例外的な対応として認められる。したがって、当該加算の算定に当たって、患者に対し出務医日程表の掲示までは必要ないが、連携する病院又は休日・夜間診療所の連絡先等、必要な情報は提供する必要がある。

[疑義解釈(日本医師会②2012年3月6日)] 【時間外対応加算】

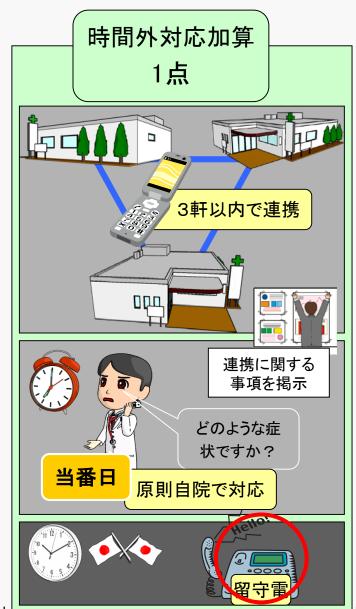
- ●Q. 時間外対応加算2に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか?
- A. 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能である体制でなくてよい。
- ●Q. 対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か?
- A. できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応することに限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。
- ●Q. 時間外対応加算3について、連携する医療機関は近隣に限られるのか?
- A. 患者が通究可能な帰囲であれば、地域の実情に応じて連携を行うことが可能である。
- ●Q. 時間外対応加算1及び2において、学会等のやむを得ない事情で例外的に時間外の対応ができない場合、時間外の対応を、病院又は診療所(休日・夜間診療所含む)で代替することは可能か?
- A. 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合には、例外的に、他の病院又は診療所(休日・夜間診療所含む)との連携による対応も可能である。なお、その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えること。
- ●Q. 時間外対応加算2及び3における「標榜時間外の夜間の数時間」とは、例えば深夜も含まれるのか?
- A. 標榜時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜(午後10時から午前6時)及び休日(時間外対応加算3については当番日以外の日)においては 必ずしも対応は必要ではない。その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

図解資料

時間外対応加算







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に確認するため、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。

初•再診料

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。
 - ➡ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合

400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

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



その他の取組

- ▶ 明細書発行に係る<u>手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示</u>しつつ、再度周知する。
- ▶ 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

病院

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 特定入院料

入院基本料の通則(褥瘡患者管理加算)

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

病院

[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、必要があっ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<u>褥瘡看護に関して臨床経験を有する</u>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、<u>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。</u>
- 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。

[疑義解釈(日本医師会①2012年3月5日)]【栄養管理実施加算·褥瘡患者管理加算】

●Q. 両加算が入院基本料、特定入院料に包括されたが、従来、加算を届出していない医療機関は入院基本料、特定入院料を算定できなくなるのか?

A. 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は、常勤の管理栄養士(有床診療所は非常勤でも可)の確保等が必要となるが、平成26年3月31日までの間は管理栄養士の確保が困難な理由等について地方厚生(支)局長に届け出た場合(様式5の2(参考資料p.822参照))に限り、栄養管理体制を満たしているものとする経過措置が設けられたので、2年の間で要件を満たす努力をしていただくことになる。褥瘡対策については、入院基本料、特定入院料を届出している医療機関は日常生活自立度が低いすべての患者に対し危険因子の評価を行い、既に褥瘡がある患者等については、専任の医師及び専任の看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う必要がある。一方で、例えば、産婦人科有床診療所に入院しているような日常生活自立度の高い患者(日常生活自立度J1~A2)については、危険因子評価の必要はない。なお、褥瘡対策チームの設置や褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の配備といった体制を整えておく必要があり、これらを満たさない場合については、入院基本料、特定入院料そのものが算定できなくなるので注意が必要である。

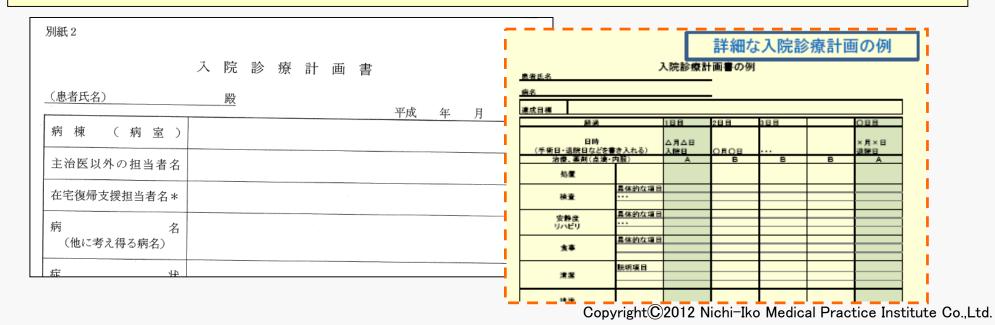
入院基本料 特定入院料

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。



病院

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

【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。

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。

改定後

【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。

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。

医療資源の少ない地域

	<u> </u>					
都道府県	二次医療圈	市町村				
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町				
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町				
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町				
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町 池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町				
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町				
秋田県 大館・鹿角 大館市、鹿角市、小坂町						
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市				
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町				
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町				
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町				
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村				
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町				
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市				
	佐渡	佐渡市				
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)				
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村				
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町				
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町				
岡山県	津山·英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町				
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)				
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町				
長崎県	五島	五島市				
	上五島	新上五島町、小値賀町				
	壱岐	壱岐市				
	対馬	対馬市				
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村				
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)				
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)				
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村				
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町 16				

- (問16)入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合はどうなるのか。
- (答)入院後7日以内に行ったものと同等の取扱となる。
- (問17)特別な栄養管理の必要性の有無について、入院診療計画作成時に必要ないと判断した患者が、治療途中に栄養管理が必要となった場合、 改めて入院診療計画を作成し、栄養管理計画書を作成する必要があるのか。
- (答) 特別な栄養管理が必要になった時点で、栄養管理計画書を作成すればよく、改めて入院診療計画書を作成する必要はない。
- (問18)入院基本料の褥瘡対策の要件では、褥瘡看護の臨床経験を有する看護職員の配置が必要とされているが、ここでいう褥瘡看護の臨床経験とはどういう経験をさすのか。
- (答) 褥瘡を有する入院患者に対する看護の経験を想定しているが、経験を有する看護職員がいない場合には、外部(他院や団体等が主催)の褥瘡に関する研修を受講することが望ましい。
- (問19)入院基本料の算定要件にある夜勤に従事する看護職員の月平均夜勤時間数を4週間単位で算出している場合、月や年度が変わる際などに一度リセットして、新しい月の1日から始めてもよいのか。
- (答)不可。計算に含まない日が出ないよう必ず連続する4週間ごとに算出すること。
- 例)1度4週間で算出する方法を選択し3月1日~3月28日で届出をした場合は、次の算出期間は3月29日~4月25日となる。
- (問20)月平均夜勤時間数は、「届出前1ヶ月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数」を「夜勤時間帯に従事した実人員数」で除して算出するとされている。月平均夜勤時間数を4週間で算出している場合、看護配置等暦月でみる基準については別途書類を作成する必要はあるのか。
- (答) そのとおり。看護職員の月平均夜勤時間数の算出を4週間で算出している場合には、看護職員の配置基準は暦月で算出することとなっているため、別途書類作成が必要になる。
- (問21)夜勤専従者の月の所定労働時間(夜勤時間数)について、概ね72時間の2倍以内という要件が削除されたことにより、どのような勤務体系が可能となるか。
- (答) 勤務形態の多様化及び夜間の看護補助者の配置の普及等を踏まえ、夜勤専従者の所定労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり40時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。
- (問22)入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。
- (答) 平成19年4月20日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その7)」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間についても、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

病院

入院基本料

A100

(主な) 一般病棟 入院基本料

主な一般病棟	基本点数平均在院日数改改		看護師	看護	必要度 改	初期	加算	看	護補助加	算		
入院基本料	改定前	改定後	改定前	改定後	比率	改定前		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	1	評価加算	450	192	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	57	75	規定	なし	規定なし	規定なし	規定なし	300	197	_	_	_

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。

7対1

入院基本料

A100 一般病棟入院基本料(7対1)

改定前	改定後
[施設基準] 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。 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)。	[施設基準] ①当該病棟の入院患者の平均在院日数が18日以内であること。 ②看護必要度の基準を満たす患者を1割5分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)。

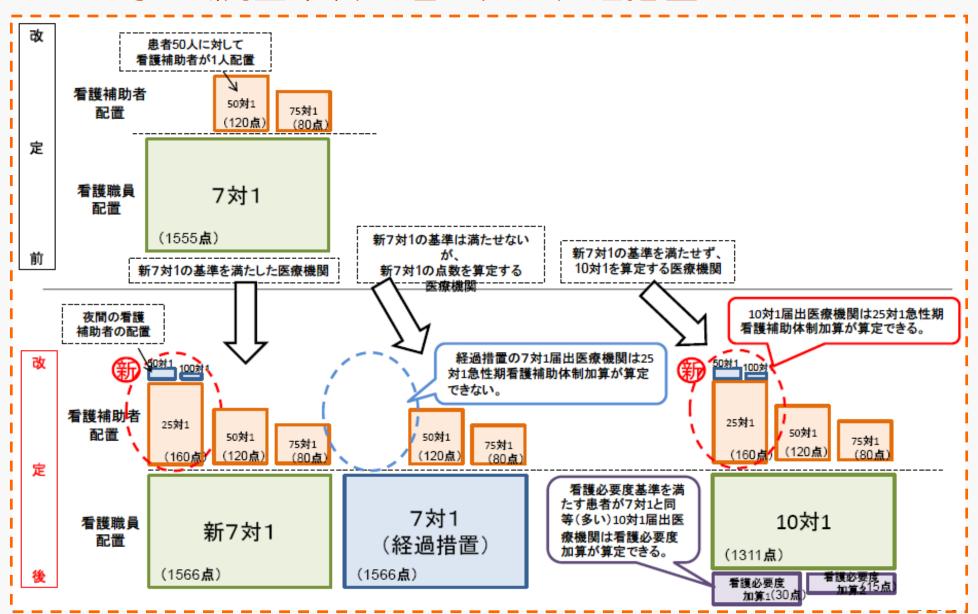
[経過措置]

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。

-般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票>

≣ニタリング及び処置等	点 1点	0点 1点	2点				
創傷処置	ルーカリ	なしあり	_	B 患者の状況等	0点	1点	2点
血圧測定	ら4回 5回以	0から4回 5回以上				何かにつかま	
時間尿測定	えし あり	なし あり	_	1 寝返り	できる	ればできる	できない
呼吸ケア	えし あり	なし あり	_	2 起き上がり	できる	できない	
点滴ライン同時3本以上	<u>に</u> あり	なし あり	_	0 应从归牡	ポセフ	支えがあれ	テキナン
心電図モニター	ル あり	なしあり	_	3 座位保持	できる	ばできる	できない
シリンジポンプの使用	ル あり	なしあり	_	4 移乗	できる	見守り・一部	できない
輸血や血液製剤の使用	ル あり	なしあり	_	+ 何夕木 ————————————————————————————————————	0	介助が必要	(2/40.
専門的な治療・処置				5 口腔清潔	できる	できない	
抗悪性腫瘍剤の使用、②麻				6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
射薬の使用、③ 放射線治④ 免疫抑制剤の使用、⑤	まし -	なしーー	あり	7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
三角の使用、⑥ 抗不整脈剤							B得点
用、⑦ドレナージの管理)			•				11
		Α [‡]	 得点				,
			点 2点以上	B得点 3	3点以上		
'							
				_{「護必要度の基準}	を満たす息	<mark>退者</mark>	
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							

7対1入院基本料の適正化の経過措置のイメージ



(問23)新7対1の要件(平均在院日数、看護必要度)を満たさなかった場合、新10対1を届出ることになるのか。

(答) 新7対1の要件を満たさない場合には、新10対1、又は、7対1入院基本料(経過措置)を届出ることができる。

7対1入院基本料(経過措置)は、今回の改定で7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度)について変更が行われたため、経営状態の急激な変化等の病院への影響を踏まえて設けられたものであり、平成26年3月31日まで算定できるものである。なお、一時的に7対1入院基本料(経過措置)を届出したとしても、平均在院日数(直近3か月の実績)、看護必要度基準(直近1か月の実績)を満たせれば、再度、新7対1を届出することが可能である。

【用語の説明】

新7対1:平成24年改定以降の7対1(1,566点)

新10対1:平成24年改定以降の10対1(1,311点)

7対1入院基本料(経過措置): 平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定していた医療機関が新10対1の要件を満たしていた場合に平成26年3月31まで算定できる入院基本料

【入院基本料の算定方法(従前と同じ)】

- 〇平均在院日数の算定方法
- ①に掲げる数
- ②に掲げる数
- ① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数
- ②(当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数)/2なお、小数点以下は切り上げる。
- 〇看護必要度基準を満たす患者の割合の算定方法

該当する病棟の全ての入院患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い、測定しその結果、基準を満たす患者(評価票のA項目が2点以上、B得点が3点以上)の占める割合を算出する。

(問24)新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出ることになるのか。

(答) 新7対1の基準(人員※1)を満たさず、本来であれば新10対1を届出る医療機関については、平成26年3月31日までに新10対1を届出ることを前提に、7対1(経過措置)を届出ることができる。この経過措置は、現在7対1届出医療機関が、将来的に10対1届出医療機関となるため、計画的段階的に人員削減できるよう設けられたものである。そのため、7対1(経過措置)を届出る場合①平成26年3月31日までに新10対1として届出ること。②新10対1を届出た後、再び新7対1を届出るためには、3か月間の新7対1としての実績要件※2を満たすことが必要となる。もちろん、新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出することも可能である。この場合、新10対1から新7対1となるためには、通常どおり、要件を満たしてから新7対1の届出※3をしてもよい。

【入院基本料の算定方法】

※1 新7対1の基準

人員:(看護)常時、入院患者数7又はその端数を増すごとに1以上であること等(従前通り)。

(医師)入院患者の100分の10を乗じた数以上(従前通り)

- ※2 新7対1の実績要件
- •平均在院日数:18日以内
- ・看護必要度基準を満たす患者の割合:1割5分以上

(さらに※1の人員要件)

※3 届出前直近1か月(平均在院日数は3月の実績)の実績をもって届け出ること。

(問25)7対1入院基本料(経過措置)を算定する医療機関については、A207-3急性期看護補助体制加算の25対1急性期看護補助体制加算を届け出ることができるのか。

(答) できない。

(問26)新7対1の施設基準を満たせずに4月以降、経過措置として7対1入院基本料(経過措置)を算定する場合には、25対1急性期看護補助体制加算を算定できないとあるが、50対1もしくは75対1急性期看護補助体制加算であれば算定してもよいのか。

(答) そのとおり。

(問27)一般病棟看護必要度評価加算において、看護必要度に係る評価は入院患者ごとに毎日行い、評価票にA及びBについてそれぞれの点数を合計して記載するが、基準を満たす患者の割合については暦月で届出入院基本料毎に確認し、記録として残すことでよいか。

(答) そのとおり。

(問28)一般病棟看護必要度評価加算は、特別入院基本料を算定している患者については、算定できるのか。

(答) 一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

(問29)一般病棟看護必要度評価加算や看護必要度加算は、15歳未満の小児や産科患者についても加算を算定できるのか。

(答)15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象除外となっており、これらの患者には算定できない。

(問30)7対1入院基本料を算定する病棟において、重症度・看護必要度に係る患者個別の評価結果について保管は必要か。

(答) 7対1入院基本料を算定するそれぞれの患者の看護必要度に係る評価の記録は、療養の給付に係る書類であることから3年間は保管すること。

(問31)看護必要度の院内研修を行う者が受講することが望ましい研修は、1度受講すればよいのか。

(答) 看護必要度に係る評価に関する研修は、平成20年以降、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票として用いられたことから、研修内容が変わっているため、平成20年以降の研修を受講することが望ましい。

(問32)特定患者については、看護必要度加算を算定できるのか。

(答)特定患者については、施設基準を満たしていれば、算定できる。なお、特別入院基本料を算定している患者の場合は、

一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

10対1

入院基本料

A100 一般病棟入院基本料(10対1)

改定前	改定後
【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)	【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) [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。
一般病棟看護必要度評価加算 5点	<u>(削除)</u>

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。

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)

「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。

改定後

(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。

13対1

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

【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。

改定後

【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。

改定後

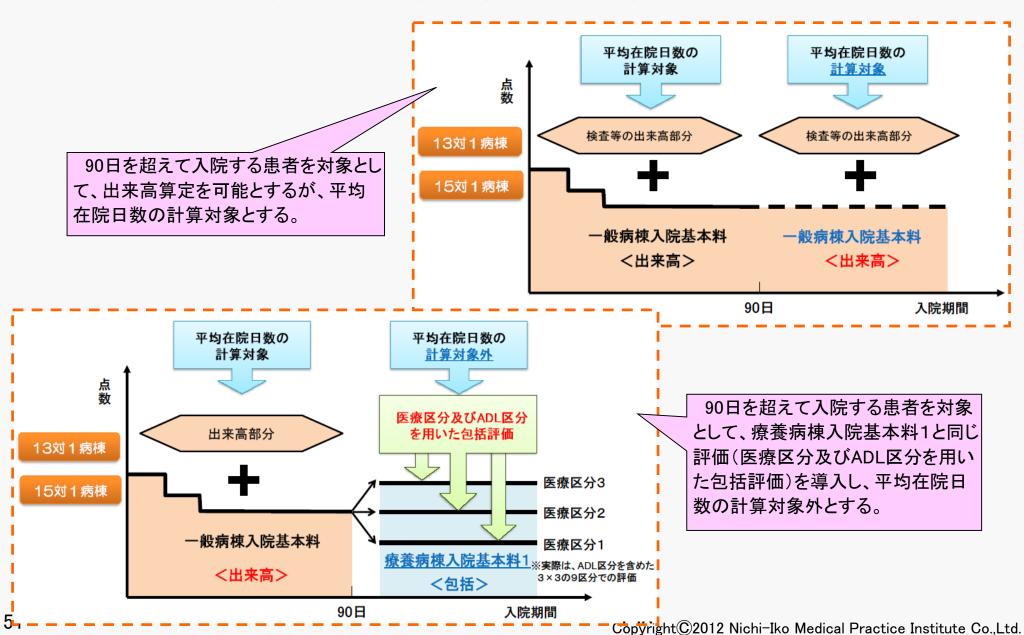
(2)90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

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。

(13対1) (15対1)の選択

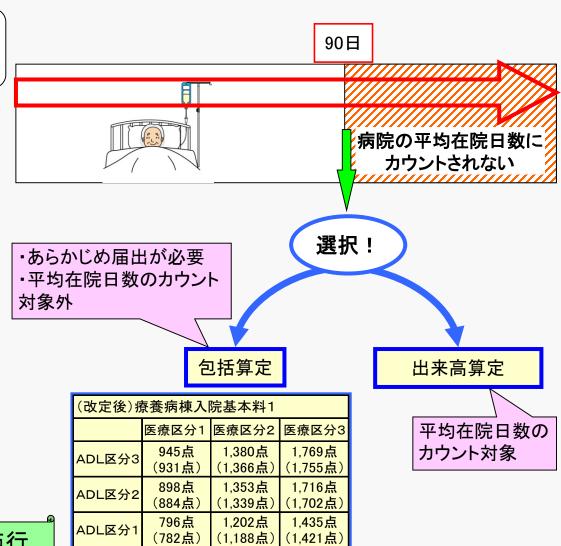


図解資料

一般病棟入院基本料(13対1)(15対1) 特定除外制度の見直し

後期高齢者特定入院基本料の除外患者 =特定除外患者

- ●難病者等入院診療加算 対象患者
- ●重度の肢体不自由者
- ●がん治療を実施している患者
- ●観血的動脈圧測定を実施している患者
- ●リハビリを実施している患者(180日以内)
- ●頻回に喀痰吸引、排出をしている患者
- 人工呼吸器使用患者、透析患者
- ●全身麻酔手術後の治療継続中患者



平成24年10月1日から施行

13対1

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

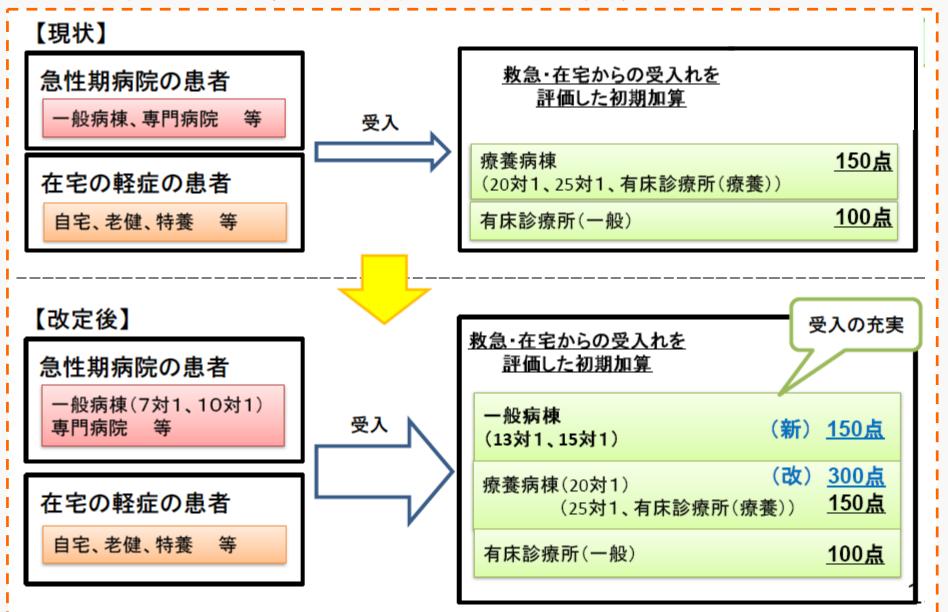
[算定要件]

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。

A100 入院基本料(平成24年3月5日留意事項)

- (5)「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等(以下「介護老人保健施設等」という。)入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、一般病棟(13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。)が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所(転院の場合は入院前の医療機関名)、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。
- ア急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに一般病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料に限る。)、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、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、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を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については、算定できない。
- イ介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、一般病棟(13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。)が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

後方受入機能に係る主な診療報酬について



13対1

入院基本料

重症児(者)受入連携加算

連携

A100 A101 A108 A109

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		
【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】		
【特殊疾患入院医療管理料】	【特殊疾患入院医療管理料】		
【特殊疾患病棟入院料】	【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】		
	改		
(入院初日)重症児(者)受入連携加算 1,300点	(入院初日)重症児(者)受入連携加算 2,000点(改)		
[算定要件]	[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、	他の保険医療機関から転院してきた者であって、当		
当該他の保険医療機関において新生児特定集中治	該他の保険医療機関において新生児特定集中治療		
療室退院調整加算を算定したものである場合に算定	室退院調整加算を算定したものである場合に算定す		
する。	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

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。

入院料(平成24年3月5日留意事項)

13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

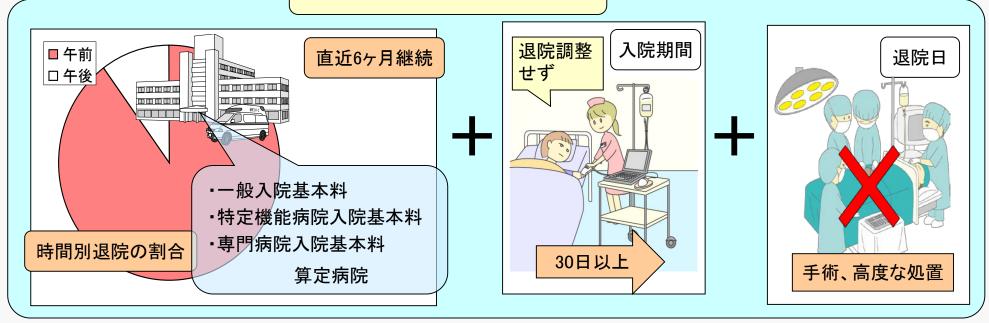
一般

- (1)以下のいずれも満たす病棟を有する医療機関を対象とする。
- ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有 する保険医療機関であること。
- イ 当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が90%を超える保険医療機関であること。
- (2)減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に30日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。
- ア 退院日に1000点以上の処置又は手術を算定していないもの。
- イ 退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していないもの。
- (3) (1)のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。
- ア 電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。 1月あたりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数/1月あたりの退院患者数
- イ 退院時間が明らかでない場合は、毎月16日を含む1週間(例えば16日が火曜日の場合は14日(日)から20日(土)までの7日間)に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。
 - (退院日前日に退院患者に提供した夕食数ー退院日に退院患者に提供した昼食数)/退院日前日に退院患者に提供した 夕食数
- ウ ア又はイのいずれかの方法により、直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも9割以上の場合、翌月から(2)に該当する入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 56(4)(1)から(3)までの規定は平成24年10月1日から適用する。

図解資料

午前中の退院が多い医療機関

入院基本料の減額対象





×8%の減額

平成24年10月1日から施行

一般

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。

入院料(平成24年3月5日留意事項)

- 14 入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について
- (1) 以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。
- ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有 する保険医療機関。
- イ アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したもの割合の合計が 40%以上の保険医療機関。
- (2) 減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料(一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含 む。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料をいう。以下この項目において同じ。)又は 月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日の入 院基本料であって、当該日に1000点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院 日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に1000点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日 に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び 日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜日に退院した患者については、要件を満た す土曜日及び日曜日の入院基本料は所定点数の100分の92に相当する点数により算定することとする。
- (3)(1)イに係る計算式は入院患者は入院日に一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している患者、退院患者は退院日に一般病棟入院基本料(特別入院 基本料等を含む。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象と して、以下の方法による。
 - (1月あたりの金曜日入院患者数/1月あたりの全入院患者数)×100+(1月あたりの月曜日退院患者数/1月あたりの全 退院患者数)×100

直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも4割以上の場合、翌月より(2)に該当する入院基本料を減算する。 5 (4)(1)から(3)までの規定は平成24年10月1日から適用する。

図解資料

金曜日入院 月曜日退院

入院基本料の減額対象





×8%の減額

平成24年10月1日から施行

(問33)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において、正午までに退院した患者の割合が高い場合に、退院日の入院基本料を所定点数の100分の92に相当する点数による算定することとなるが、当該所定点数には注加算が含まれるのか。

(答)注加算は含まない。

(問34)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において、金曜日入院、月曜日退院の割合の高い場合に、土曜日及び日曜日に算定された一部の入院基本料を所定点数の100分の92に相当する点数により算定することとなるが、当該所定点数には注加算が含まれるのか。

(答)注加算は含まない。

療養

入院基本料

A102 療養病棟入院基本料

(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	1,369点	1,758点				
	(920点)	(1,355点)	(1,744点)				
ADL区分2	887点	1,342点	1,705点				
	(873点)	(1,328点)	(1,691点)				
ADL区分1	785点	1,191点	1,424点				
	(771点)	(1.177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	1,306点	1,695点				
	(857点)	(1,292点)	(1,681点)				
ADL区分2	824点	1,279点	1,642点				
	(810点)	(1,265点)	(1,628点)				
ADL区分1	722点	1,128点	1,361点				
	(708点)	(1,114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。

()内の点数は「生活療養を受ける場合」



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



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

|看護職員及び看護補助者が25対1配置以上

療養

入院基本料

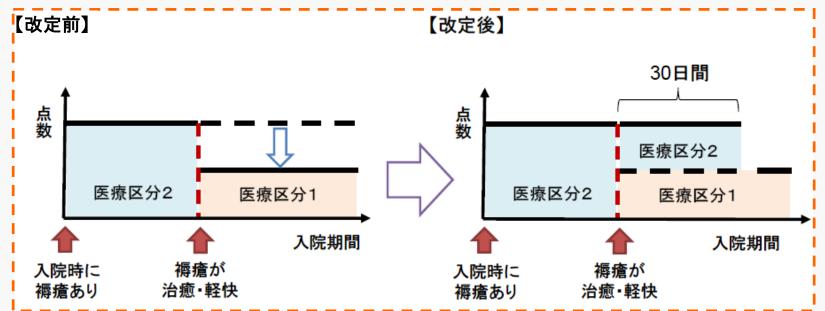
A102 療養病棟における褥瘡治療の評価

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等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。





A101 救急·在宅等支援療養病床初期加算

連携

新

在宅

日医工MPI2012

改定前

【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。

療養病棟入院基本料「1」と「2」のメリハリが強くなる。

【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1 300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 <u>療養病棟入院基本料1</u>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 <u>療養病棟入院基本料2</u>を算定する病棟において、14 日に限り算定する。

A101 療養病棟入院基本料(平成24年3月5日留意事項)

- (8)注6に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。
- ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)とは15対1入院基本料(一般病棟入院基本料と限る。)を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A205」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1回の転棟に限り算定できるものとする。
- イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院 医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保 険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設 されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。



A102 (主な) 結核病棟入院基本料



主な		基本点数	
結核病棟入院基本料	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

【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。

「退院させることができる要件]

- 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。
- 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っては、速やかに連日検査を実施する。)
- 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。

改定後

【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、 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。

「退院させることができる要件]

- 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。
- 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っては、速やかに連日検査を実施する。)
- 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。

103 精神病棟入院基本料



₩ ‡ ፟፟፟፟፟ ፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟፟	基本点数		
精神病棟入院基本料改	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。

4103 救急支援精神病棟初期加算

連携

改定後

救急

(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。

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

		基本点数			
特定機能病院入院基本料 改	改定前	本来の引き 上げ分	改定後 (+11点)		
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		

病院

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改	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

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。

A106 障害者施設等入院基本料

改	基本点数			
障害者施設等入院基本料	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		

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 ②	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)

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。

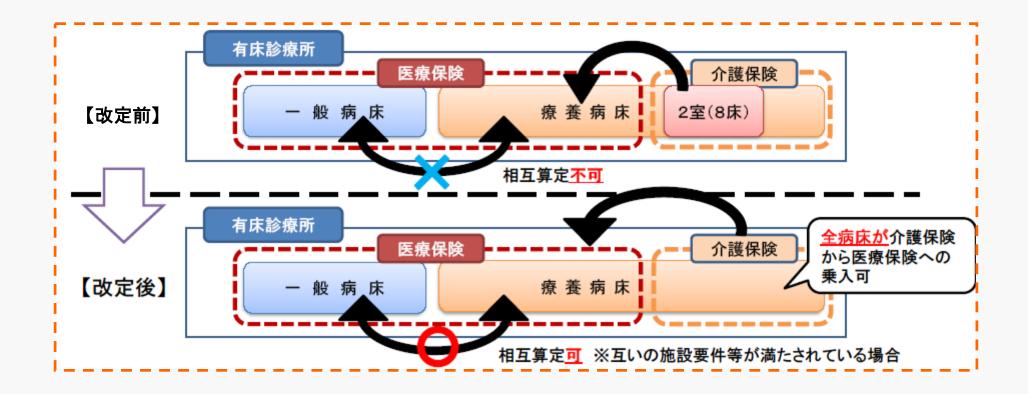
病床の柔軟な運用が可能になった。

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。

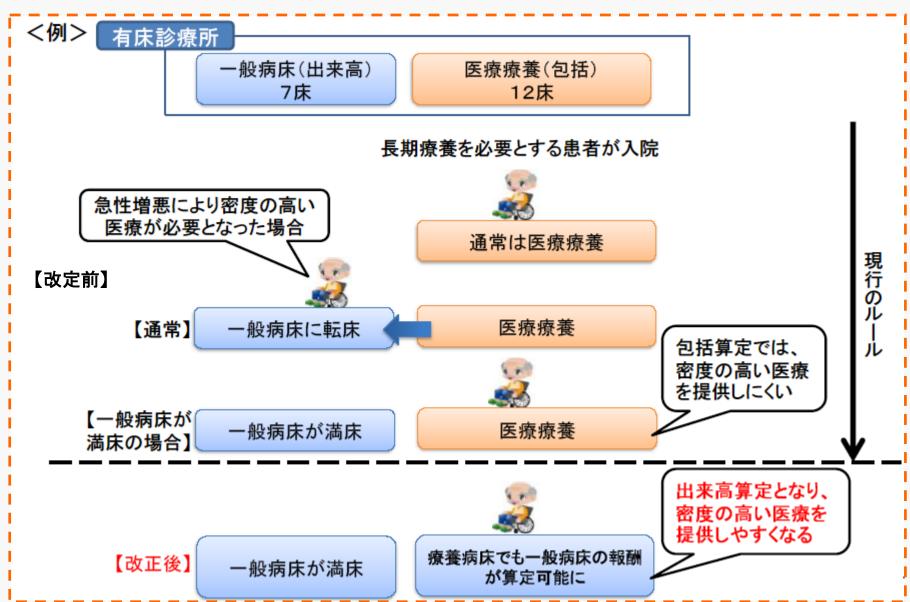
栄養管理実施加算(12点)と褥瘡患者管理加算(20点/日)が入院基本料の要

件となったため、11点が加算された。

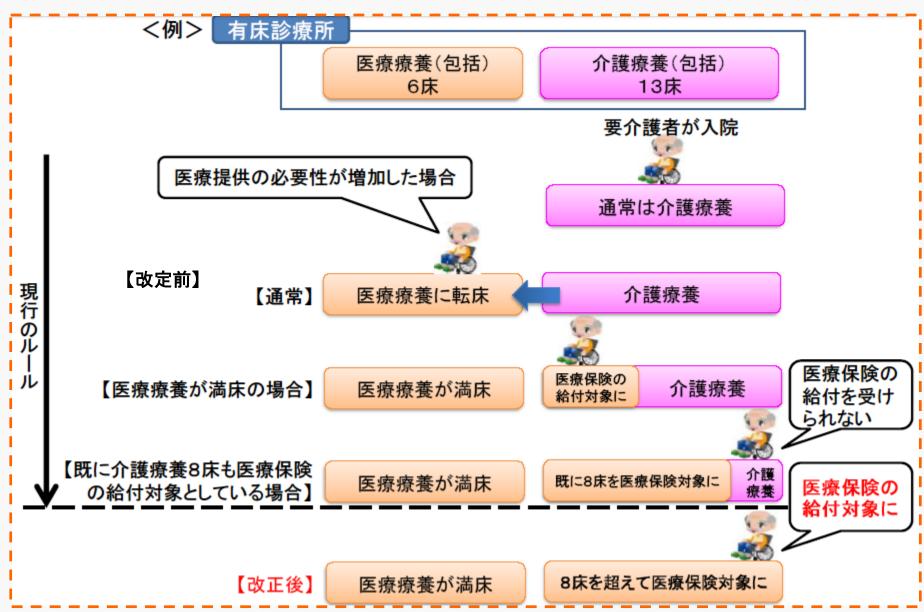
有床診療所の柔軟な病床運用



有床診療所の柔軟な病床運用



有床診療所の柔軟な病床運用



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。

A108 有床診療所入院基本料(平成24年3月5日留意事項)

(8)「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。

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)





改定前

【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき)

- 1 救急医療管理加算 800点
- 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。

救急医療管理加算とは

医師が診察の結果、緊急入院が必要と認めた重症患者に算定(診察当日の入院)

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

乳幼児加算 400点(改)(改)

小児加算 200点(新)

[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。

改定後

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</u> 未満である場合に救急医療管理加算に更に加算する。

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。

A206 在宅患者緊急入院診療加算

日医工MPI2012

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

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。

医師事務作業補助体制加算



改定前 改定後 【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)

- 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

「施設基準]

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

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

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

【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)

- 1 15対1補助体制加算 810点
- 2 20対1補助体制加算 610点
- 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 「施設基準」

30対1と40対1の評価を新設 50対1の施設基準を緩和

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

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

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

日医TMPI2012

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)

A207-2

改定前

病院

「算定可能病床]

[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

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。

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、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(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(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

改定後

[疑義解釈(厚労省(1)2012年3月30日)]【医師事務作業補助体制加算】

(問35)A207-2医師事務作業補助体制加算の施設基準に示される、年間の緊急入院患者数について医療保護入院又は措置入院により入院した患者も含まれるのか。

(答) 含まれる。

医師事務作業補助体制加算

負担

				新	新			
医師事務作業補助体制加算	1	2	3	4	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占	400占	_	_	255 占	100占	120占
改定後	010点	610点	490点	410点	330点	255点	180点	138点
第三次救急医療機関	0	0	0	0	0	0	0	0
総合周産期母子医療センター	0	0	0	0	0	0	0	0
小児救急医療拠点病院	0	0	0	0	0	0	0	0
災害拠点病院			0	0	0	0	0	0
へき地医療支援病院		-	0	0	0	0	0	0
地域医療支援病院		_	0	0	0	0	0	0
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	100名	100名	100名

いずれかに該当することが必要

日医工MPI2012

図解資料

医師事務作業補助体制加算





医療クラーク

主な仕事

- ・診断書などの文書作成補助
- ・診療記録への代行入力
- ・医療の質の向上に資する事務作業 (診療に関するデータ整理、院内がん登録等の 統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレ ンスのための準備作業等)
- ・行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応

医師事務作業補助者の業務とされない仕事

- ・医師以外の職種の指示の下に行う業務
- ・診療報酬の請求事務 (DPCのコーディングに係る業務を含む)
- •窓口•受付業務
- ・経営、運営のためのデータ収集業務
- ・ 看護業務の補助並びに物品運搬業務等



25対1 30対1 40対1

上の基準又は…

災害拠点病院、

へき地医療拠点病院、

地域医療支援病院





緊急入院 年200名以上



全身麻酔手術 年800件以上

50対1 75対1 100対1

o en co co co co

上の2つの基準又は…



緊急入院 年100名以上

A207-3 急性期看護補助体制加算



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) 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。	【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(25対1) 看護補助者5割*以上 160点(新) 2 急性期看護補助体制加算1(25対1) 新
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	看護補助者5割*未満 140点(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

[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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【急性期看護補助体制加算】

(問36)A207-3急性期看護補助体制加算において、請負方式の非常勤の看護補助者を届出の対象に含めることは可能か。 (答)当該加算に関わらず、保険医療機関の看護補助者は、看護師長や看護職員の指導の下に業務を行うこととされていることから、非常勤でも構わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などの看護補助者は含めない。(派遣職員は含んでも差し支えない。)

8-

日医工MPI2012

入院基本料等加算

1207-3注2 夜間急性期看護補助体制加算



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)

<u>イ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 10点</u>

口 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)

[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。

新

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【急性期看護補助体制加算】

(問37)今回改定で、A207-3急性期看護補助体制加算において看護補助者の夜間配置が評価されているが、看護補助者の夜勤については、看護職員と同様に72時間要件が適用されるのか。

(答) 月平均夜勤時間72時間以内の規定は適用されないが、基本診療料の施設基準等の第5「病院の入院基本料等」の通則(6)に示されているように、看護補助者の労働時間が適切なものになるよう配慮する必要がある。

(問38)看護職員配置夜間加算を算定している保険医療機関において、配置基準の12対1を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

(答) 当該病棟における看護職員と入院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな点数を算定する。

8Z

A207-3 急性期看護補助体制加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減 及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価す るものである。
- (2) 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして(以下「みなし看護補助者」という。)計算することができるが、25対1急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。
- (3) 25対1急性期看護補助体制加算は、平成24年3月31日において現に7対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、平成24年4月1日以降、平成24年度改定後の7対1入院基本料の施設基準を満たさないために、地方厚生局長等に届け出ることにより、当該施設基準を満たすものとみなされている病棟(7対1入院基本料(経過措置)算定病棟)については、算定できない。
- (4) 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤帯に行っている場合にのみ算定できる。
- (5) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第5の1の(7)に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。
- (6) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

連携

日医工MPI2012

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

改定前

改定後

【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

【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、<u>療養病棟入院基本料、</u>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 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 超重症児(者)入院診療加算·準超重症児(者)入院診療加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生<u>時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)</u>で、当該 障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。
 - ただし、上記以外の場合であっても、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)の基準を満たしていれば、当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できるものとする。(平成24年3月30日関連通知の一部訂正)
- (2) 超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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 24年3月5日保医発0305第2号)」の別添6の別紙14の「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。
- (3) 準超重症児(者)入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児(者)・準超重症児(者)判定基準」による判定スコアが10以上のものをいう。
- (4) 注3の救急・在宅重症児(者)受入加算については、超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転移する場合に、入院又は転院した日から起算して5日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の注2の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定したことのある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、本加算は算定できない。また、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

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 【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。

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。

改定後

【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】注3 (1日につき)

<u>救急·在宅重症児(者)受入加算</u> 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。

二類感染症患者療養環境特別加算

A220-2

改定前	改定後
【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 [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。	【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 [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。ただし、陰圧室 加算を算定する日にあっては、煙管または差圧計等 で陰圧の状況を確認すること。

算定要件を追加。

療養

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
【療養病棟療養環境加算】(1日につき) 1 療養病棟療養環境加算1 132点 2 療養病棟療養環境加算2 115点 3 療養病棟療養環境加算3 90点 4 療養病棟療養環境加算4 30点	【療養病棟療養環境加算】(1日につき) 1 療養病棟療養環境加算1 132点 2 療養病棟療養環境加算2 115点 【療養病棟療養環境改善加算】 1 療養病棟療養環境改善加算1 80点(新) 2 療養病棟療養環境改善加算2 20点(新)
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。	[施設基準] 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。 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。

[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。

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
【診療所療養病棟療養環境加算】(1日につき) 1 診療所療養病床療養環境加算1 100点 2 診療所療養病床療養環境加算2 40点	【診療所療養病棟療養環境加算】(1日につき) 診療所療養病床療養環境加算 100点 【診療所療養病床療養環境改善加算】 診療所療養病床療養環境改善加算 35点(新) 「施設基準」
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。	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。 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。

[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。

A224 無菌治療室管理加算

改定前	改定後
【無菌治療室管理加算】(1日につき) 3,000点	1 無菌治療室管理加算1 3,000点
	2 無菌治療室管理加算 <u>2 2,000点(改)</u>
[施設基準]	[施設基準]
	1 無菌治療室管理加算1
	<u>① 個室であること。</u>
① 滅菌水の供給が常時可能であること。	② 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。	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 室内の空気の流れが一方向であること。
	2 無菌治療室管理加算2
	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。

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。

看護師

入院基本料等加算

A226-2

緩和ケア診療加算

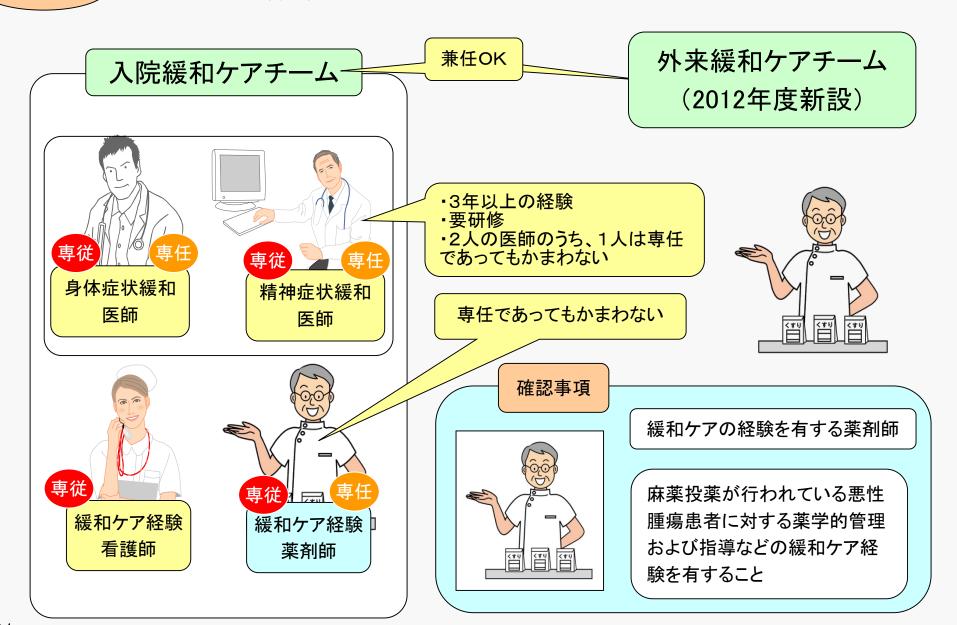


154

	「 かん
改定前	改定後
【緩和ケア診療加算】	【緩和ケア診療加算】
[施設基準]	[施設基準]
① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されてい	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。	ること。
② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受け	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。	た医師が配置されていること。
③ がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準	③ 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	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。	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。

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。 図解資料

緩和ケアチームについて



第14 緩和ケア診療加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。
- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。また、 緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される専任の緩和ケアチームが設置されていること。

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師
- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差支えない。(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)
- (3)(1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
- (4)(1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- (5)(1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに 係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
- ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した 緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等
- (6)(1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。 なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
 - イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
 - (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

- (二) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (へ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ)ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (7)(1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8)(1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (12) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療連 携拠点病院の指定を受けた病院をいう。また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評 価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財 団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価(緩和ケア機能)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
 - ア 緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化
 - イ 緩和ケアに必要な体制の確立
 - ウ 緩和ケア病棟の機能の発揮
 - エ 緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み
 - オ 緩和ケア病棟におけるケアのプロセス
 - カ 緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能
- 2 届出に関する事項
- (1)緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。
- (2) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

日医IMPI2012

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)



(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。

A226-23:3 緩和ケア診療加算 小児加算

改定後

(新) <u>緩和ケア診療加算 小児加算 100点 新</u>

[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。

A226-3 有床診療所

緩和ケア診療加算



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。

第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2)(1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。
- (3)(1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- (4)(1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

(医師の研修)

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

(看護師の研修)

- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの)
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ)緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - (ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (5) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
- (6) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の2を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

A230-3 精神科身体合併症管理加算



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) 450点(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。

A230-3 精神科身体合併症管理加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。
- (3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又は ステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄 状態に準ずる状態である。

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

チーム

改定後

精神

負担

(新) <u>精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)</u>

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、多職種のチームで対応する」ことなど。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【精神科リエゾンチーム加算】

(問39)A230-4精神科リエゾンチーム加算の施設基準にある精神科等の経験を有する常勤看護師に求められる「精神看護関連領域に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

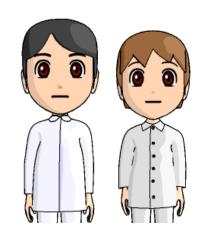
- (答)現時点では、以下のいずれかの研修である。
- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護技術協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

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

図解資料

精神科リエゾンチーム加算

対象患者



せん妄や抑うつを有する患者 精神疾患を有する患者 自殺意図で入院した患者

- •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
- 精神療養・薬物治療等の 治療評価書の作成
- 退院後の継続治療の調整

リエゾンとは…

リエゾンとは連携という意味のフランス語で、医療従事者と患者さん やご家族をつなぎ、連携をはかる ことによりチーム医療を実現する ことを意味しています。リエゾン精 神医学とは患者さんにおこる精神 的問題を精神科と連携しながら治 療していくことをいいます。

(リハビリテーション医学用語辞典より)



A230-4 精神科リエゾンチーム加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が診療することを評価したものである。
- (2) 精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、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患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (3) 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- (4) 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。
 - ア 精神科リエゾンチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同で別紙様式29の2又 はこれに準じた診療実施計画書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。
 - イ 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診が週1回程度実施されており、必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加し、別紙様式29の2又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。
 - ウ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。
 - エ 退院・転院後も継続した精神科医療が必要な場合、退院・転院後も継続できるような調整を行うこと。紹介先保険医療機 関等に対して、診療情報提供書を作成した場合は、当該計画書及び評価書を添付する。
- (5) 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。
- (6) 精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速 やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

第17精神科リエゾンチーム加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。
 - ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾン チームに参画してもよい。)
 - イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
 - ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨 床心理技術者のうち、いずれか1人。
- (2)(1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修 のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(6月以上かつ600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの)。
- イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。
 - (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
 - (ロ)精神症状の病因・病態、治療
 - (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
 - (二) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
 - (ホ) 患者・家族の支援、関係調整
 - (へ) ケアの連携体制の構築(他職種・他機関との連携、社会資源の活用)
 - (ト) ストレスマネジメント
 - (チ) コンサルテーション方法
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。
- (3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが 週1回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。
- (4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- (5) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (6) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
- 2 届出に関する事項
- (1)精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32を用いること。
- (2) 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

A233 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

病院

【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

改定後

【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、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

A232 がん診療連携拠点病院加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) がん診療連携拠点病院加算は、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (2) 当該加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者(最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。)又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院に入院した患者について、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。(平成24年3月30日関連通知の一部訂正)
- (3) 当該加算の対象患者は、(2)に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、 当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。
- (4)がん診療連携拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「COO5-6-3」がん診療連携管理料は算定できない。

A233-2 栄養サポートチーム加算



負担

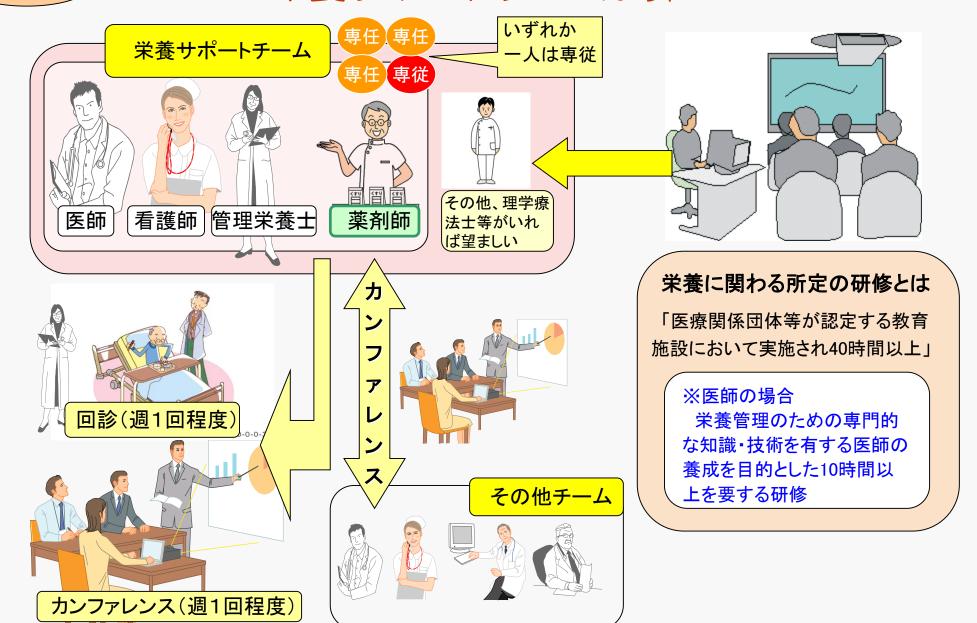
13対1、15対1(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料)でも算定可能にした。

改定前	改定後
【栄養サポートチーム加算】(週1回) 200点	【栄養サポートチーム加算】(週1回) 200点
[算定可能病棟]	[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	一般病棟入院基本料(7対1、10対1、 <u>13対1、15対</u>
院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7	1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病
対1、10対1)	院入院基本料(7対1、10対1、 <u>13対1</u>)、 <u>療養病棟入</u>
	<u>院基本料</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
	<u>る。</u>

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。

図解資料

栄養サポートチーム加算



日医工MPI2012

チーム

負担

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)

改定後

(新) <u>栄養サポートチーム加算(指定地域) 100点(週1回)</u> 新

[施設基準]

入院基本料等加算

- 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。

日医工MPI2012

入院基本料等加算

A234-2 感染防止対策加算

(医療安全対策加算の枠組みから分離独立)



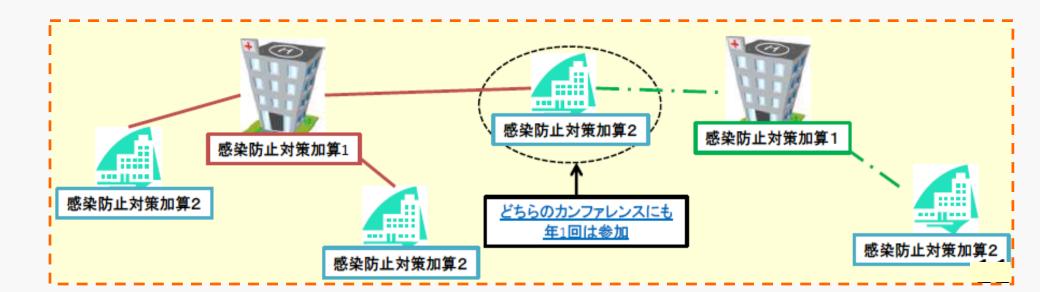
改定後

(新) <u>感染防止対策加算1 400点(入院初日)</u>

(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。



医療安全対策加算

2010年度改定 改定後(2010年4

改定前

【医療安全対策加算】(入院初日)

【医療安全対策加算】 (入院初日)50点

医療安全対策加算1 85点

専従の看護師、薬剤師その 他の医療有資格者が医療安 全管理者を配置

より多くの病院において医療安全 対策を推進する観点から、質を担 保しつつ、要件を緩和した評価を 新設

2 医療安全対策加算2 35点 新

[算定要件]

- (1) 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤 師その他の医療有資格者が配置されていること。
- (2) その他の基準は1と同様。

「算定要件」

3 感染防止対策加算(入院初日1回) 100点 新

- (1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感 染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。
- (2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係 る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が 配置されていること。
- (3)3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が 配置されていること。
- (4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カ ルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること。

感染防止対策の強化 「医療安全対策加算1」の算

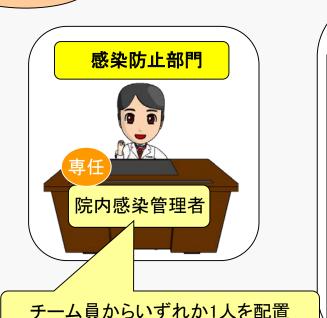
2010年度改定

専任

€ Co.,Ltd.

株式会社日医工医業経営研究所

図解資料 感染防止対策加算 施設基準



1いずれか専従・専任 専従 専任 2いずれも専任で差し支えない 専任専任



常勤医師 (3年以上の経験) 所定の研修要件) 専任 薬剤師 (3年以上の経験) 臨床検 (3年以

感染対策チーム

臨床検査技師 (3年以上の経験)

株式会社日医工医業経営研究所

A234-2 感染防止対策加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1)感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、 院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであ り、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院 初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。(平成24 年3月30日関連通知の一部訂正)
- (2)感染制御チームは以下の業務を行うものとする。
 - ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
 - イ 感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬 及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制等をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合 には、投与方法の適正化をはかる。
 - ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした<u>職員の研修</u>を行う。また<u>院内感染に関するマニュアルを作</u>成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。
- (3)「注2」に掲げる加算は、感染防止対策加算1を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を 行っている場合に算定する。

第21 感染防止対策加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 感染防止対策加算1の施設基準
- (1)感染防止に係る部門(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。この場合において、第20の1(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2)(1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有 する専任の常勤歯科医師)
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。
- ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

1

- (3)(2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
 - イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ)感染予防・管理システム
 - (ロ)医療関連感染サーベイランス
 - (ハ)感染防止技術
 - (二)職業感染管理
 - (木)感染管理指導
 - (へ)感染管理相談
 - (ト)洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5)(2)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6)(2)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7)(2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に 院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (8) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
- (9) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (12) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

第21 感染防止対策加算(平成24年3月5日施設基準)

- 2 感染防止対策加算2の施設基準
- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が<u>300床以下を標準とする</u>。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3)(2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有 する専任の常勤歯科医師)
- イ 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
- ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師 当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当 該職員は第20の1の1(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に 規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5)(3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6)(3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
- (8) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (9) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (10) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

OOPYTISTIC OZOTZ TYTOTIL INO TYTOGIOGI I TAGGIOG ITTSGICGE OO.,EC

入院基本料等加算

A234-2注2



日医TMPI2012

感染防止対策加算感染防止対策地域連携加算



第21 感染防止対策加算(平成24年3月5日施設基準)

- 3 感染防止対策地域連携加算の施設基準
- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【感染防止対策加算】

(問40)A234-2感染防止対策加算1を算定する医療機関は、A234-2感染防止対策加算2を算定する医療機関が複数ある場合、それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開催しなければならないのか。

- (答) 感染防止対策加算2を算定する複数の医療機関との合同でよい。
- (問41)A234-2感染防止対策加算について、特別の関係にある医療機関が連携した場合も届出可能か。
- (答)可能である。
- (問42)A234-2感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関の連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。
- (答) 医療圏や都道府県を越えている場合であっても、適切に連携することが可能であれば届出可能。
- (問43)A234-2感染防止対策加算2は「当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする」とあるが、300床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。
- (答)許可病床数をいう。なお、300床以上であっても、A234-2感染防止対策加算2の基準を満たしている場合、加算2の届出を行うことができる。
- (間44)300床未満の医療機関であってもA234-2感染防止対策加算1を届け出ることはできるのか。
- (答) 届出可能。
- (問45)A234-2感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。
- (答) 原則、感染制御チームを構成する各々の職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)が少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。
- (**問46**)A234-2感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV会議システムや電話によるものでもよいか。 (答)原則、直接対面で行う。
- (問47) 感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同でカンファレンスを実施した場合、当該カンファレンスは施設基準に規定されているカンファレンスの主催及び参加回数に数えることができるのか。
- (答)原則として、1回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は1カ所に限る。ただし、市町村、保健所圏域、二次医療圏又は都道府県等の単位で、圏域内の感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同で感染症情報の共有等に関するカンファレンスを実施した場合は、年2回に限り、感染防止対策加算1の届出を行っている医療機関が開催する必要のあるカンファレンスを主催したこととして数えることができる。なお、この場合のカンファレンスは、各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況(アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等)、抗菌薬の使用状況等の情報の共有及び意見交換を目的とするものであること。最新の知見を共有することも求められるが、単なる勉強会や講習会は認められない。また、各医療機関において、カンファレンスの内容がわかる文書及び参加した医療機関名及び参加者の一覧を保存しておくこと。
- (問48)A234-2感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算について、複数の医療機関が1つの医療機関を評価した場合はどのように考えるのか。

入院基本料等加算

A234-3 患者サポート体制充実加算

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。

改定後

(新) <u>患者サポート体制充実加算 70点(入院初日)</u> 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。

A234-3 患者サポート体制充実加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等(以下この項目において「患者等」という。)に対する支援体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部「通則5」に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。
- (3) 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。
- (4)区分番号「A232」に掲げるがん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

第21の2 患者サポート体制充実加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 患者サポート体制充実加算に関する
- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族(以下「患者等」という。)からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び 入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2)(1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3)(1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修 了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のこと をいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制 に係る担当者等が参加していること。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させて いること。
 - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A234に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。
- 2 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

日医工MPI2012 負担

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

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) 1,200点(改) 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) 3,200点(改) 改

病院

日医IMPI2012

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

在空

改定前	改定後
【慢性期病棟等退院調整加算】 1 慢性期病棟等退院調整加算1 イ 退院支援計画作成加算(入院中1回)100点ロ 退院加算(退院時1回)(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(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2 慢性期病棟等退院調整加算2イ 退院支援計画作成加算(入院中1回)100点ロ 退院加算(退院時1回)(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(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	(新)退院調整加算1(退院時1回) イ 14日以内 340点 ロ 15日以上30日以内 150点 ハ 31日以上 50点 (新)退院調整加算2(退院時1回) イ 30日以内 800点 ロ 31日以上90日以内 600点 ハ 91日以上120日以内 400点 ニ 121日以上 200点 (入院日より) 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。
【急性期病棟等退院調整加算】(退院時1回) 急性期病棟等退院調整加算1 140点 急性期病棟等退院調整加算2 100点	(削除) 算定要件、施設基準は次ページ

A238 退院調整加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 退院調整加算は、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について算定する。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。また、退院支援計画の作成及び退院後の療養環境の調整については、病棟及び退院調整部門において、共同して行うこと。例えば、退院困難な要因を有する者の抽出及び退院支援計画の作成については、医療・看護の観点から退院困難な要因の明確化等を患者が入院している病棟において行い、退院後に必要な訪問診療や訪問看護の活用等の調整は退院調整部門で行う等、医療機関毎の退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものである。
- (2) 退院調整加算は、当該医療機関が届出している以下の入院基本料毎に算定すること。
- ア 退院調整加算1
 - 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料又は有床診療所入院基本 料、特定一般病棟入院料
- イ 退院調整加算2
 - 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟に限る。)、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、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料
- (3)入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。ここで**いう**退院困難な要因とは、以下のものである。
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 介護保険が未申請の場合(介護保険法施行令(平成10年法律第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳 以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
- オ 排泄に介護を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合
- (4) 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及び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、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。

td.

株式会社日医工医業経営研究所

- (5) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。
- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画再作成日
- イ 退院困難な要因
- ウ 退院に関する患者以外の相談者
- エ 退院支援計画を行う者の氏名(病棟責任者、退院調整部門それぞれ記入)
- オ 退院に係る問題点、課題等
- カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名
- (6) 退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同をしてカンファレンスを行った上で計画を実施すること。
- (7) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録に貼付又は記載すること。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービスの導入に係る支援を行うこと。
- (8) 当該加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う医療機関等と患者が在宅療養に向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。
- (9) 退院先については、診療録に記載すること。
- (10) 死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない。
- (11) 退院調整加算を算定する患者について、退院支援計画に加えて、地域連携診療計画と同等の事項(当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項等)を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合に<u>地域連携計画加算</u>を算定できる。

第24 退院調整加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 退院調整加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。
- (3) 有床診療所の場合は、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

入院基本料等加算

A238注2

退院調整加算

地域連携計画加算

日医工MPI2012 連携

在宅

改定後

(新) 地域連携計画加算 300点



[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。

日医工MPI2012 連携

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 【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】 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1 (退院時1回)300点 (退院時1回) 600点(改) 勤務経験のある看護師が退院調 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2 新 整に参画することを要件としたうえで 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点(新) 評価を引き上げた。 退院加算(退院時1回) 600点(新)

算定要件等は次ページ

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。

[疑義解釈(厚労省(1)2012年3月30日)]【新生児特定集中治療室退院調整加算】

(問50)A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準にある専任又は専従の看護師の新生児集中治療の経験とは具体的に何を指すのか。

(答) A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料のうち新生児集中治療室管理料及び A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の届出を行っている病床での勤務経験を5年以上有する者を指す。

日医工MPI2012 連携

入院基本料等加算

新生児特定集中治療室退院調整加算

A238-3

A230-3	
改定前	改定後
[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。	[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。
①当該医療機関内に 退院調敕に関する部門が設置されて	① 4 該医療機関内に 退贮調敷に関する部門が設置されて

- 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。
- 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。

122

<周産期医療センター等>

周産期医療の地域連携に 係る改定後のイメージ

退院調整の評価

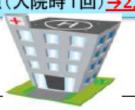
新生児特定集中治療室退院調整加算 300点(退院時1回)

→600点(超低出生体重児等は2回)



後方受入の評価

重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院時1回)<u>→2,000点</u>



<後方病院>

障害者施設、特殊疾患病棟だったものに

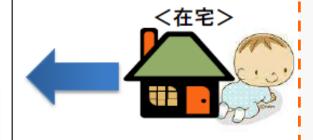
一般病棟(13対1、15対1)、療養病棟、有床診を追加

受け入れた場合の 初期診療の評価

<u>救急・</u>在宅重症児(者)受入加算 200点(1日につき) 【入院から5日まで】 受け入れた場合の 日々の診療の評価

(準)超重症児(者)入院診療加算 800点(1日につき)

※6歳未満の超重症児の場合



救急医療機関か

らの転院の場合

にも算定可に

病院

有床診

日医工MPI2012 連携

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 連携

改定前	改定後
【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。	【救急搬送患者地域連携紹介加算】 (退院時1回)1,000点(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7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。
【救急搬送患者地域連携受入加算】 (入院初日) 1,000点	【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

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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【救急搬送患者地域連携受入加算】

(問51)A238-5救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者について、さらに転院を行った場合、改めてA238-4救急搬送患者地域連携紹介加算及びA238-5救急搬送患者地域連携受入加算は算定できるか。

(答) A238-4救急搬送患者地域連携紹介加算及びA238-5救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者に対し、これらの加算を再度算定することはできない。

改定前

【救急搬送患者地域連携紹介加算】

[施設基準]

- 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。
- 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。
- 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。

【救急搬送患者地域連携受入加算】

[施設基準]

- 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。
- 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。

改定後

【救急搬送患者地域連携紹介加算】

[施設基準]

- 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。
- 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。
- ③(削除)~

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。

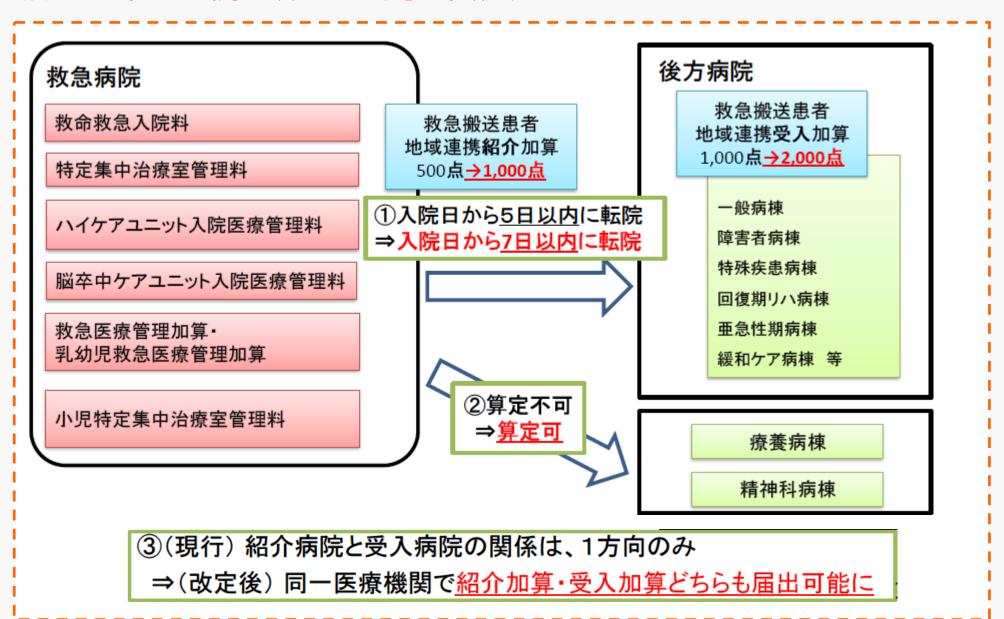
【救急搬送患者地域連携受入加算】

[施設基準]

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。 ②(削除)

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。

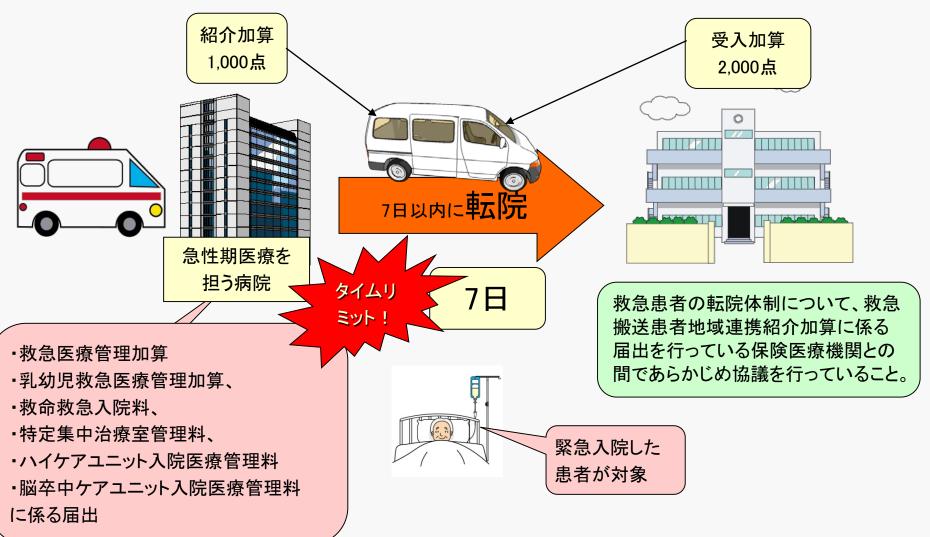
救急医療の連携に係る主な診療報酬について(模式図、現状⇒改定後)



図解資料

救急搬送患者地域連携紹介加算•受入加算

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。



連携

精神

入院基本料等加算

A238-6

A238-7

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

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



[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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【精神科救急搬送患者地域連携紹介加算】

(問52)A238-6精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びA238-7精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、特別な関係にある医療機関に転院した場合でも算定可能か。

(答) 算定できない。

日医工MPI2012

入院基本料等加算

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



改定後

新

BPSDとは:

(新) 地域連携認知症支援加算(再転院時) 1.500点

地域連携認知症集中治療加算(退院時) 1.500点

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。

「算定要件)

- 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。

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。



- A238-8 地域連携認知症支援加算(平成24年3月5日留意事項)
- A238-9 地域連携認知症集中治療加算(平成24年3月5日留意事項)
- (1) 地域連携認知症支援加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関(療養病棟入院基本料を 算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床)が当該患者に係る診療情報を文書により提供した 上で、他の保険医療機関の病棟(認知症治療病棟入院料算定病棟に限る。)に転院させた場合であって、60日以内に、当 該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関の療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所 療養病床入院基本料を算定する病床に入院した場合には、当該患者について、当該再入院初日に限り所定点数に加算 する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。
- (2) 地域連携認知症集中治療加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟(療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床)から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者について、退院時に所定点数に加算する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。

入院基本料等加算

A240 総合評価加算

日医工MPI2012

連携



【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 【総合評価加算】(入院中1回) 100点(改) 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	改定前	改定後
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 診療所入院基本料 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	[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	[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、 <u>療養病棟入院基本料、有床診</u>

評価を引き上げ、療養病棟で算定を可能にした。

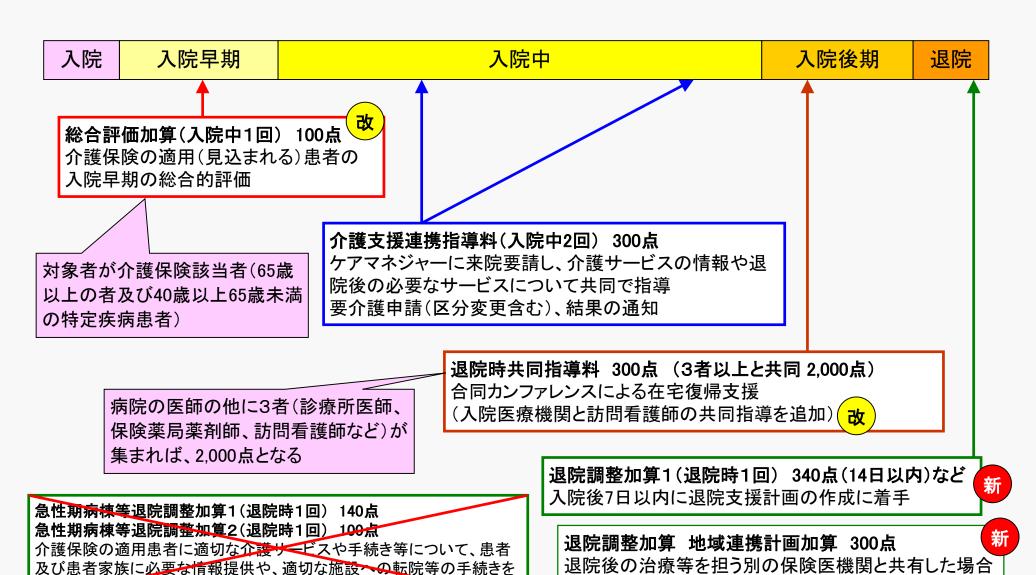
【総合評価加算】(入院中1回) 50点

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

図解資料

退院連携関連イメージ(急性期病院の例)



行った場合に算定

完 有床診

病院

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
【後発医薬品使用体制加算】(入院初日) 30点 [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。	【後発医薬品使用体制加算】(入院初日) 1 後発医薬品使用体制加算 <u>1</u> 35点(新) 2 後発医薬品使用体制加算 <u>2</u> 28点(改) [施設基準] 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 <u>3割</u> 以上であること。 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。

「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。

図解資料

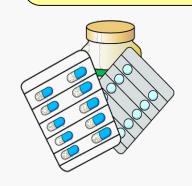
後発医薬品使用体制加算

PIL

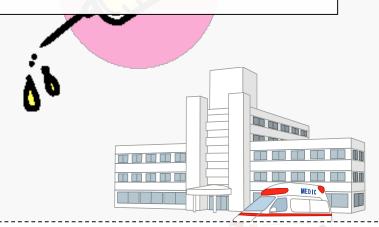
【後発医薬品使用体制加算】(入院初日)

- 1 後発医薬品使用体制加算1 3割以上
- 2 後発医薬品使用体制加算2 2割以上

病院で採用しているジェネリック医薬品 - 病院で採用している全薬剤







後発医薬品使用体制加算(有床診療所の場合)(厚生労働省保険局医療課疑義解釈より平成22年4月30日)

(問5) 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準において、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制の整備が必要とされているが、有床診療所において、薬剤師の配置がなく、医師が後発医薬品の評価や採用の決定をしている場合に、施設基準を満たしていると考えてよいか。

(答) 施設基準を満たしているとは認められない。

当該加算は、薬剤部門又は薬剤師が、薬学的な観点から、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価する体制を整備していることを評価するものであること。

(問6) 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準に関して、薬剤師の配置は、非常勤職員であっても認められるか。

(答) 有床診療所の場合には、非常勤の薬剤師であっても、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報収集・評価に従事しており、有床診療所としてその評価結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制を有しているのであれば、施設基準を満たしていると認められる。

入院基本料等加算

A244 病棟薬剤業務実施加算

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。

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。

A244 病棟薬剤業務実施加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 当該保険医療機関の病棟において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務(以下「病棟薬剤業務」という。)を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟1週間につき20時間相当以上(複数の薬剤師が一の病棟において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上)実施している場合に、週1回に限り加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (2) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
- ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
- イ 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。
- ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当 該情報を文書により提供すること。
 - i 医薬品緊急安全性情報
 - ii 医薬品·医療機器等安全性情報
- エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付 すること。
- オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上(注射薬及び内用薬を各1種以上含む。)の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な 応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。
- カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、 病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品の ことをいう。
- キ 流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与にあたっては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。
- ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日医政発0430第1号)の 記の2の(1)(③、⑥及び⑧を除く。)に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。
- (3) 病棟薬剤業務の実施にあたっては、次の点に留意すること。
 - ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものである こと。
 - イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記録すること。
 - ウ 病棟薬剤業務実施加算は、特定入院料に含まれるものであるので、これに係る病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

株式会社日医工医業経営研究所

図解資料

病棟薬剤業務実施加算(主な業務)

過去の投薬・注射及び 副作用発現状況等の把握

最新の

- •医薬品緊急安全性情報
- •医薬品・医療機器等安全性情報等の 医薬品情報の収集、医療従事者へ周知

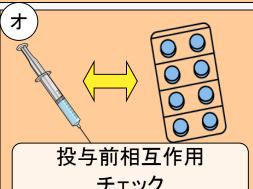
1病棟1週間につき 20時間相当以上



・ブルーレター をDr.に文書で提供







チェック

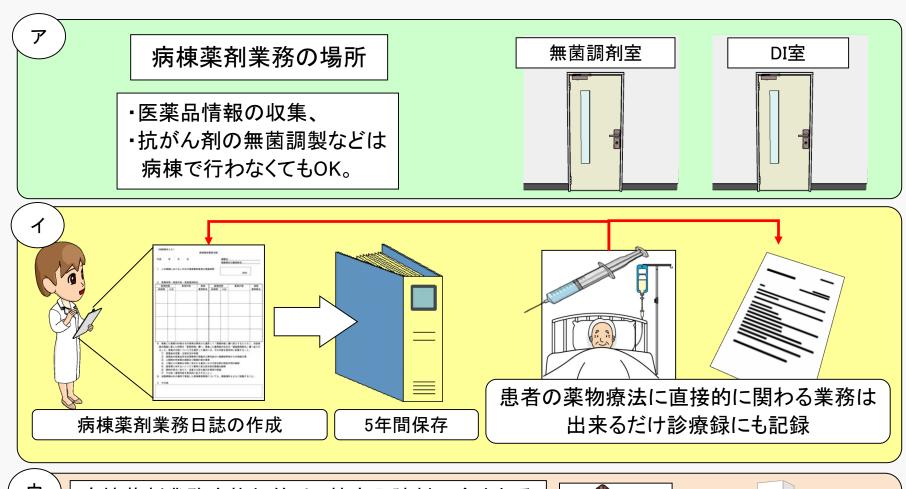




からキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連 携によるチーム医療の推進について」(平成2年4月30日医政 発0430第1号)の記の2の(1)(③、⑥及び⑧を除く。)に掲げる 業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

図解資料

病棟薬剤業務実施加算(留意すること)



ウ 病棟薬剤業務実施加算は、特定入院料に含まれる ものであるので、これに係る病棟又は治療室にお いても病棟薬剤業務を実施するよう努めること

特定集中室管理料、回復期リハ、亜急性期等



入院基本料等加算

A244 病棟薬剤業務実施加算



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

第26の3 病棟薬剤業務実施加算(平成24年3月5日施設基準)

- 1 病棟薬剤業務実施加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。なお、病棟には手術室及び治療室は含まれないものであるが、手術室及び治療室においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。また、特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)があってはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、 当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知して いること。
 - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。)
 - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用、ヒヤリハット、インシデント等の情報
- ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、 ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)
- (7) 医薬品安全性情報等((6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を 有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
- (11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (12) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
- (13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。
- 2届出に関する事項
- (1)病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の 負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式20 を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

図解資料

病棟薬剤業務実施加算(施設基準)



常勤薬剤師2人以上配置の 医療機関



医薬品の情報の収集及び伝達を 行うための専用施設





医薬品の安全性情報の速やかな 伝達体制





薬剤管理指導料に係る届出



病院勤務医の負担軽減と処遇の改善に資する体制整備

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【病棟薬剤業務実施加算】

(問56) A244病棟薬剤業務実施加算については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

(答) 医薬品情報管理室の常勤薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置することは不可とはなっていないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

(問57) 栄養サポートチーム加算におけるチームの一員として登録されている薬剤師に病棟薬剤業務を実施させることは可能か。

(答)栄養サポートチーム加算に係る薬剤師による病棟薬剤業務の実施は不可とはなっていないが、栄養サポートチーム加算に係る業務に要した時間については、病棟における実施時間として計上できない。

(問58) 非常勤の薬剤師であっても、病棟の専任薬剤師となることは可能か。

(答) 非常勤の薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置すること及び当該薬剤師が病棟薬剤業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることは不可とはなっていないが、病棟薬剤業務が適切に行われる必要がある。

(問59) 複数の薬剤師(指導薬剤師及び1名以上の研修薬剤師)が研修の目的で病棟薬剤業務を実施した場合、その全員分について病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 指導薬剤師分のみを病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問60) 保険医療機関内のすべての病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)に薬剤師が配置されていなければならず、また、病棟単位で算定することはできないという理解で良いか。 (答) そのとおり。

(問61) A244病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

(答) 実施することができる。ただし、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を行う場合には、当該薬剤師の間で適切に情報を共有すること。

(間62)病棟の専任薬剤師が自ら医薬品安全性情報等の収集を行う必要があるのか。

(答) 医薬品情報管理室の薬剤師からの情報を受けることで差し支えない。

(問63) 病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであることとあるが、医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製のほか、診療録の記録に係る時間なども病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答)可能である。

(間64) 入院中の患者に対する処方せんに基づく調剤についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答)一般的に調剤に係る業務の実施に要した時間を含めることは出来ない。ただし、抗がん剤等の無菌調製は含めることができる。

(間65) 週1回の算定であるが、1泊2日入院など、短期の入院についても算定可能か。

(答) 算定可能である。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【病棟薬剤業務実施加算】

(問66)「工入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。」及び「オ当該病棟に入院している患者に対し2種以上(注射薬及び内用薬を各1種以上含む。)の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。」とあるが、入院基本料を算定する病棟に入院している患者全てに実施する必要があるのか。

(答) 当該行為を必要とする人に対しては実施する必要があるが、必ずしも全ての患者に実施する必要はない。

(問67) 救命救急入院料などの特定入院料を算定する患者のみが1看護単位で入院している病棟には、薬剤師を配置する必要がないという理解で良いか。また、原則として保険診療対象外となる患者のみが1看護単位で入院している病棟(産婦人科病棟等)には、配置の必要がないという理解で良いか。

(答) 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はないが、当該病棟においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。ただし、当該病棟に入院基本料(障害者施設等入院基本料を除く。)を算定する患者が含まれている場合には、薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

(問68)特定入院料を算定する病棟、病室又は治療室については、病棟薬剤業務の実施に係る取扱いはどのようになるのか。 (答)次のとおりである。

	病棟に入院基本料を算定す る患者が一部含まれている場 合	病棟内に入院している患者が 全て特定入院料を算定する 患者である場合		
特定入院料を算 定する病棟	義務	努力義務		
特定入院料を算 定する病室	義務	努力義務		
特定入院料を算 定する治療室	義務	努力義務		

(問69) 病棟薬剤業務については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月5日保医発0305第1号)のA244の(2)に示されているが、ここに示された業務以外の業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。 (答) 基本的には、当該通知で示された業務と解される範囲を含めるものとする。なお、病棟カンファレンスの参加及び病棟回診の同行については、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日医政発0430第1号)の記の2の(1)の④の業務の一環であり、当該業務が薬物療法の有効性、安全性の向上に資する場合に限り、病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問70)薬剤管理指導記録の作成に要する時間についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答)病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。薬剤管理指導記録の作成は、薬剤管理指 導料算定のための業務に該当するので、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできない。

病棟薬剤業務日誌

平成 年 月 日 <u>病棟名:</u> 病棟専任の薬剤師名: 1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間 時間 2 業務時間 業務内容・実施薬剤師名 来務時間 外計					病棟薬剤	業務日誌			
実務時間 業務内容・実施薬剤師名 実施 業務時間 業務内容 実施 業務時間 業務内容 実施 薬剤師名 東施 東施 東瀬師名 東瀬師名 東瀬師名 東瀬師名 東瀬原名 東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東東	平成	年	月	B					
** 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した業剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について①を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。 「医薬品の投薬・注射状況の把握 ② 医薬品の投薬・注射状況の把握 ② 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 ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 ④ 2種以上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 ⑤ 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 ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施 ⑦ その他(業務内容を具体的に記入すること。)						時間		時間	
※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。 ① 医薬品の投薬・注射状況の把握② 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 ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 ④ 2種以上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 ⑤ 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 ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施 ⑦ その他(業務内容を具体的に記入すること。)						業務時	寺間	業務内容	実施
務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。 ① 医薬品の投薬・注射状況の把握 ② 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 ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 ④ 2種以上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 ⑤ 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 ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施 ⑦ その他(業務内容を具体的に記入すること。)	時間帯	小計							
務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。 ① 医薬品の投薬・注射状況の把握 ② 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 ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案 ④ 2種以上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 ⑤ 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 ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施 ⑦ その他(業務内容を具体的に記入すること。)									
	務 る ① ② ③ ④ ⑤ ⑦	施に業薬薬院種者剤のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	た内投医持の対与業の対与業の対し、活動の対し、活動の対し、活動の対し、対対の対し、対対の対し、対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対	E 「業務等 に 主 射 い に い が が に い た に い た に た に た た に た の た に の た た の た り た い た り た り た し た し た し た し た し た し た り た し た り た り	引」欄へ、実施 選択した場合に 理握 等の把握及及薬計画の提案 等する場合におり を等に持るのででは では では では では では では では では では では では では	した薬剤館は、そのの 知並びに ける投与額 前の詳細が 算等の実施。)	研の氏名具 医療従れの説 を可い説 をある。	を「実施薬剤師名」 体的に記載すること 者からの相談応需 作用の確認	欄へ記入す。

- ※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。
- ① 医薬品の投薬・注射状況の把握
- ② 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
- ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ④ 2種以上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
- ⑤ 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
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の 実施
- ⑦ その他(業務内容を具体的に記入すること。)
- ※ 当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

2010年4月改定

薬剤管理指導料

医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

参考 2010年度改定

2012年3月31日で廃止

[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。

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)

病院

(新) <u>データ提出加算2</u> 新

イ 200 床以上の病院 10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

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【データ提出加算】

(問71)データ提出加算における「200床」とはどのように考えるのか。

(答) 医療法上の許可病床における一般病床となる。

(問72)同一月内に再入院した場合、再入院についてもデータ提出加算を算定することができるのか。

(答)一連の入院に該当する場合には算定することができない。診断群分類点数表により算定する場合は、DPCの疑義解釈も参照のこと。

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。

病院

- 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。

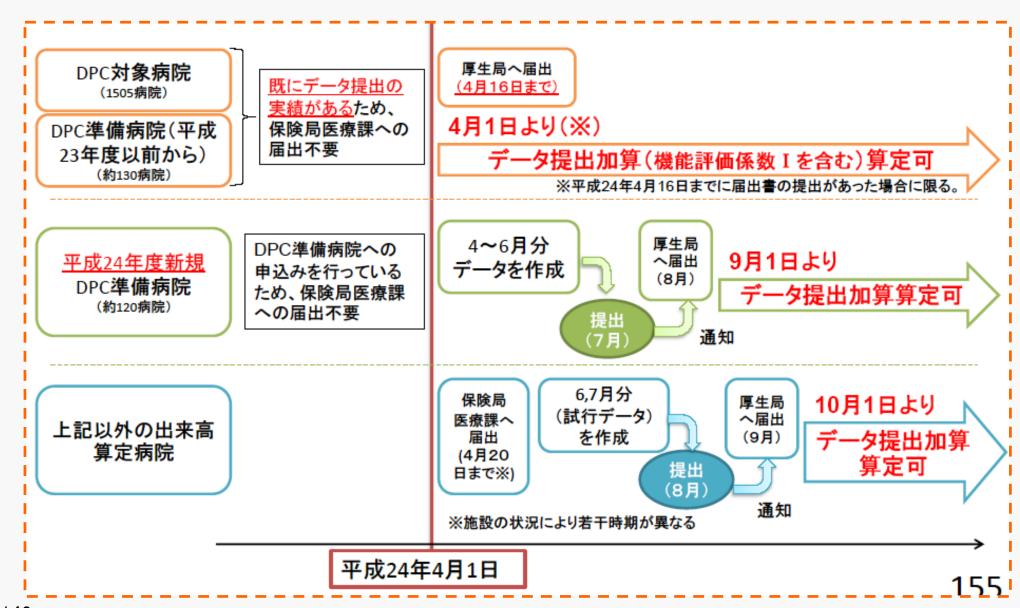
[その他]

- 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。

A245 データ提出加算(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 当該加算は、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、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、厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したDPCフォーマットデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したものである。提出されたデータについては、厚生労働省に帰属し、個別患者を特定できないように集計した後、医療機関毎に公開されるものである。また、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、中央社会保険医療協議会の要請により適宜活用されるものである。
- (2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた病院において、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟(以下この項目において「対象病棟」という。)に入院している患者について、入院中に1回に限り算定する。算定は原則として退院時とする。ただし、対象病棟から当該病棟以外の病棟に転棟する場合にあっても、転棟時に算定することができる。なお、ここでいう入院中とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院(以下同じ。)のことをいい、入院期間が通算される再入院の場合には算定できない。
- (3) DPC対象病院において、入院中に診断群分類点数表による支払を受けたことのある患者については、機能評価係数 I で評価されているため 当該加算は別途算定できない。
- (4) データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータが調査事務局宛てに発送されていない場合(提出時刻が確認できない手段等調査実施説明資料にて定められた方法以外の方法で送付された場合を含む。)、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合(データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。)をいう。
- (5) データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。
- (6)(2)の対象病棟とは、A100一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A103精神病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、A105専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305-類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料、A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料、A400の3短期滞在手術基本料3をいう。
- (7)(2)の「データ提出の実績が認められた病院」とは、厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨厚生労働省保険局医療課より通知された病院をいう。なお、実績は当該加算の各区分毎に通知される。
- (8) データ提出加算1は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定できるものとし、データ提出加算2は、入院患者に係るデータに加え、外来 患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。

データ提出加算の届出と算定のスケジュール (イメージ)



救命救急入院料

救急

		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

入院

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
	口_ 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
	口_ 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
	(3)8日以上14日以内の期間 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管 (1)3日以内の期間 (2)4日以上7日以内の期間 (3)8日以上14日以内の期間	8,890点 理料 11,200点 10,140点 8,890点	8,901, 11,211, 10,151, 8,901,

灬 救命救急入院料



改定前

[施設基準] 救命救急入院料1

- 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。

[施設基準] 救命救急入院料3

- 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。
- 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。

改定後

[施設基準] 救命救急入院料1

- 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。
- ③看護師配置が、常時4対1以上であること。
- 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。

[施設基準] 救命救急入院料3

- 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。
- 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。

必要な設備だけではなく、 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。

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
【救命救急入院料】注2 3,000点	【救命救急入院料】注2 3,000点
[算定要件]	[算定要件]
自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患	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	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	て、精神保健指定医(当該保険医療機関の医師でな
患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場	くてもよい)又は当該保険医療機関の精神科を標榜
合、最初の診療時に算定する。	<u>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。

対象医師の要件を拡大

評価引き上げ

特定入院料

A301 特定集中治療室管理料

		i		
			改定前	改定後 <mark>(3</mark>
1	特	定集中治療室管理料1		
	1	7日以内の期間	9,200点	9,211点
	П	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		
	1	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
		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

入院

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

特定入院料

		改定前	改定後
1	イケアユニット入院医療管理料	4,500点	4,511点
脳	4卒中ケアユニット入院医療管理料	5,700点	5,711点
親	f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
絲	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
親	f生児治療回復室入院医療管理料	5,400点	5,411点
_	-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	孫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

入院

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。

				改定前	改定後
耤	祁	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
		П	31日以上の期間	3,031点	3,042点
	精	神	科救急入院料2		
		1	30日以内の期間	3,251点	3,262点
		П	31日以上の期間	2,831点	2,842点
精	祁	科	急性期治療病棟入院	詳	
	耤	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
		П	31日以上の期間	1,600点	1,611点
	精	神	科急性期治療病棟入	、院料2	
		1	30日以内の期間	1,820点	1,831点
		П	31日以上の期間	1,500点	1,511点
精	祁	科	救急·合併症入院料		
		1	30日以内の期間	3,451点	3,462点
\neg		П	31日以上の期間	3,031点	3,042点

A301-4 小児特定集中治療室管理料



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

[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)

13.500点(8日以上14日以内の期間)

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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【小児特定集中治療室管理料】

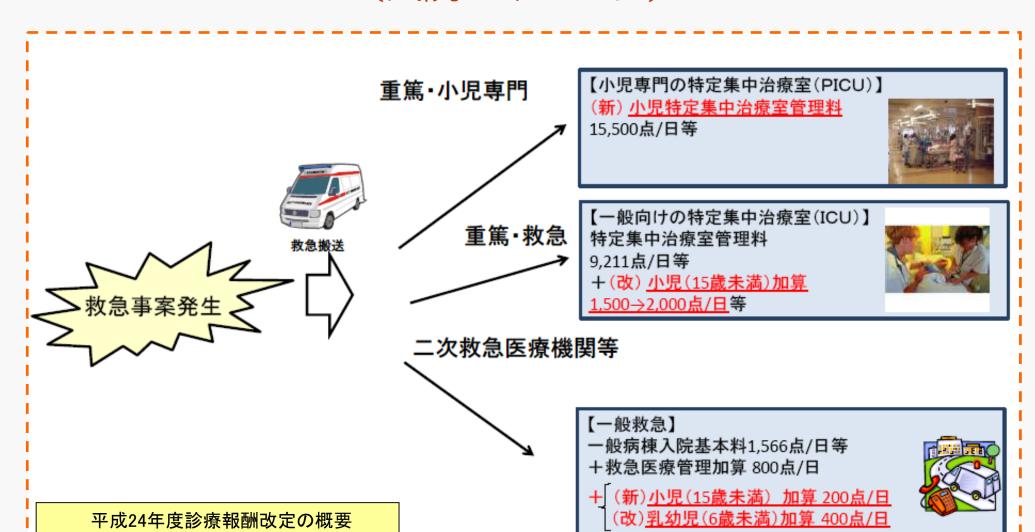
(問74)A301-4小児特定集中治療室管理料を算定する治療室は、8床以上を有していることが施設基準となっているが、同一の治療室について、当該管理料を算定する病床と、他の管理料(特定集中治療室管理料など)を算定する病床と合わせて8床以上となる場合にも算定可能か。

(答) A301-4小児特定集中治療室管理料としての届出病床が8床以上の場合に算定可能。

小児に特化した特定集中

治療室の評価を新設

小児救急に係る診療報酬の評価 (入院・イメージ)



厚生労働省保険局医療課(2012年3月14日)

入院

特定入院料

1307 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2 小児入院医療管理料2(1日につき) 4,000点3 小児入院医療管理料3(1日につき) 3,600点4 小児入院医療管理料4(1日につき) 3,000点5 小児入院医療管理料5(1日につき) 2,100点	1 小児入院医療管理料1(1日につき)4,511点(改)2 小児入院医療管理料2(1日につき)4,011点(改)3 小児入院医療管理料3(1日につき)3,611点(改)4 小児入院医療管理料4(1日につき)3,011点(改)5 小児入院医療管理料5(1日につき)2,111点(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、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。

連携

特定入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

十11点

改定前	改定後 「2」は実質+30点
【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 1,911点(新)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,761点(改) 改
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,611点(改)

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。

入院

「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。

4308 回復期リハビリテーション病棟入院料



改定前

入院

[施設基準]回復期リハビリテーション病棟入院料1

- 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

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。

【重症患者回復病棟加算】(1日につき) 50点

改定後

[施設基準]回復期リハビリテーション病棟入院料2

- 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 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

(削除)

包括で評価する医療の範囲から 「在宅」と「透析」が外された。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[包括範囲]

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。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[包括範囲]

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)、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・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。

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

^{*} 重症患者回復病棟加算の包括化に伴う要件

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(問75)A308回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準にある日常生活自立度を測定するための院内研修を行う看護師は、看護必要度の研修を受けた者でもよいのか。

(答)差し支えない。看護必要度に係る評価に関する研修は、平成20年以降、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票として用いられたことから、研修内容が変わっているため、平成20年以降の研修を受講することが望ましい。

(問76)入院した患者がA308回復期リハビリテーション病棟入院料にかかる算定要件に該当しない場合は、当該病棟が療養病棟であるときには A101療養病棟入院基本料1又はA101療養病棟入院基本料2の入院基本料1により算定することとあるが、いずれを算定するのか。

(答) A308回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2についてはA101療養病棟入院基本料1、A308回復期リハビリテーション病棟入院料3についてはA101療養病棟入院基本料2により算定する。

(問77)同一保険医療機関内において、A308回復期リハビリテーション病棟入院料1、2及び3の届出を行うことは可能か。

(答) A308回復期リハビリテーション病棟入院料1と2を同一保険医療機関が届出を行うことは可能である。A308回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又はA308回復期リハビリテーション病棟入院料2と3を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。

(問78)A308回復期リハビリテーション病棟入院料について、看護必要度評価票A項目は、入院初日に評価するのか。

(答) そのとおり。なお、医学的な必要性に基づいて実施されたモニタリング及び処置等についてのみ評価を行うこと。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料(平成24年3月5日医科施設基準)

- 1 通則(略)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
- (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師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名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。
- (2) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症の患者(別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の 患者をいう。以下この項において同じ。)が新規入院患者のうち3割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除 して算出するものであること。
 - ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を 除く。)のうちの重症の患者数
- イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者 数を除く。)
- (3) 当該病棟に入院する全ての患者の状態を別添6の別紙7の看護必要度評価票A項目を用いて測定し、その結果、当該病棟へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。)の割合が1割5分以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうちの当該基準を満たす患者数
 - イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数 を除く。)
- (4) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上改善していること。
- (5) 毎年7月において、1年間(前年7月から6月までの間)に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の看護必要度A項目の得点について、別添7の様式49の4により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料2及び3の施設基準
- (1)リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。
 - ア 重症の患者が新規入院患者のうち2割以上であること。
 - イ 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入 院の患者を除く。)のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上改善していること。

連携

_		·····································
	改定前	改定後
	【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)	【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)
	1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点	1 亜急性期入院医療管理料1 2,061点(改)
	2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点	2 亜急性期入院医療管理料2 1,911点(新)
	[算定要件]	[算定要件]
	1 亜急性期入院医療管理料1	1 亜急性期入院医療管理料1
	90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。	①60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。
		②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
		<u>て算定する。</u>
	2 亜急性期入院医療管理料2	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。	①60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。
		②脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リ
	回復期リハビリテーションを要する患者について、	ハビリテーション料を算定したことがある患者につい
	□ 算定要件等を、回復期リハビリテーション病棟入	<u>て算定する。</u>

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【亜急性期入院医療管理料】

入院

(問79)A308-2亜急性期入院医療管理料の1と2について、脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料の算定の有無に応じて区分されるが、当該入院(通則5に規定されているもの)において、リハビリテーションを算定した日(リハビリテーションを算定した日を含む。)以降に、A308-2亜急性期入院医療管理料2を算定すればよいか。
(答) そのとおり。

連携

在宅

改定前

入院

[施設基準]

1 亜急性期入院医療管理料1

- 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。
- ②看護職員配置が常時13対1以上。
- ③診療録管理体制加算を算定していること。
- ④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
- ⑤在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料2

- (1)200床未満であること。
- 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。
- ③看護職員配置が常時13対1以上。
- 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。
- 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。

[施設基準]

1 亜急性期入院医療管理料1

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</u> て一般病床数の<u>3割</u>以下。<u>ただし、200床以上の病院は病床</u> 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。

改定後

- ②看護職員配置が常時13対1以上。
- ③診療録管理体制加算を算定していること。
- ④専任の在宅復帰支援者が勤務していること
- ⑤在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料2

<u>(削除)</u>

- 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</u> <u>て</u>一般病床数の<u>3割</u>以下。<u>ただし、200床以上の病院は病床</u> 数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数 にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ②看護職員配置が常時13対1以上。
- ③診療録管理体制加算を算定していること。
- ④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
- ⑤在宅復帰率が6割以上であること。
- <u>(削除)</u>

第12 亜急性期入院医療管理料(平成24年3月5日施設基準)

- 1 亜急性期入院医療管理料に関する施設基準
- (1) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。
- (2) 当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13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職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15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職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割が看護師であること。
- (3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。当該担当者は、在宅 復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支え ない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A238に掲げる退院調整加算又は区分番号A238ー3に掲げ る新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は 専従の社会福祉士を兼ねることができる。
- (4)診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関 であること。
- (5) 当該病室における直近1か月間(当該管理料の算定開始後3月目以降は、直近3か月間)の退院患者のうち6割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいうこと。
- (6) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(ただし、一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床)以下とする。なお、亜急性期入院医療管理料の注2の届出を行うことができる保険医療機関であって、別添2「入院基本料等の施設基準」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟ごとに、亜急性期入院医療管理料の注1の届出又は注2の届出を選択して行うことが可能であるが、届出可能な病床数は、注1の届出に係る病床と注2の届出に係る病床を合わせて当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床)以下とする。

(医療資源の少ない地域の特例)





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)

入院

(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)



[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。

A310 緩和ケア病棟入院料

連携

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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【緩和ケア病棟入院料】

入院

(間80)A310緩和ケア病棟入院料について、入院期間はどのように考えるか。

(答)緩和ケア病棟から在宅へ退院した後、当該病棟に再入院した場合には、退院から再入院までの期間が7日以上の場合に限り、再入院した日を入院起算日として当該点数を算定して差し支えない。また、緩和ケア病棟以外の病棟から緩和ケア病棟に転棟した場合は、一連の入院において初めて緩和ケア病棟入院料を算定する場合に限り、緩和ケア病棟入院料を初回に算定した日を入院起算日として当該点数を算定して差し支えない。

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。

【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。

改定後

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。

Copyright(C)2012 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

児童・思春期精神科入院医療管理料



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)

「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

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。

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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【児童·思春期精神科入院医療管理料】

(問82)A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料を病室単位で算定する場合、病棟全体で児童・思春期精神科入院医 療管理料の看護配置を満たす必要があるのか。

(答)病棟全体で看護配置を満たす必要がある。

(間83)A311-2精神科急性期治療病棟入院料を届け出している病棟の一部病室でA311-4児童・思春期精神科入院医 療管理料の届出は可能か。

(答)できない。

312 精神療養病棟入院料(重症者加算)



改定前	改定後
【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,050点	【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,061点(改) 改
重症者加算 40点 [算定要件] GAFスコアが40以下の患者について算定する。	1 重症者加算1 <u>60点(改)</u> 2 重症者加算2 <u>30点(改)</u> [算定要件] 1 重症者加算1
より重症者を受け入れている 病棟を評価した。	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。 2 重症者加算2 GAFスコアが40以下の患者について算定する。

[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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【精神療養病棟入院料】

(問84)A312精神療養病棟入院料の重症者加算1を算定する場合に、精神科救急医療体制の確保への協力状況などの届出はいつから必要となるのか。

(答) 平成25年4月1日から届出を要する。

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) <u>退院調整加算(退院時) 500点</u> 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。

入院

[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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]【精神療養病棟入院料】

(問85)A312精神療養病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等はA314認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等を兼務することが可能か。

(答)可能である。

(問86)A312精神療養病棟入院料及びA314認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は、IO11精神科退院指導料及びIO11-2精神科退院前訪問指導料の算定に必要な精神保健福祉士等を兼ねることは可能か。

(答) 可能である。

右 期 ナプニフ

A314 認知症治療病棟入院料

認知

			1
改定前	改定後	長期はマイナス	
【認知症治療病棟入院料】(1日につき) 1 認知症治療病棟入院料1	【認知症治療病棟入院料】(1日につ 1 認知症治療病棟入院料1		
イ 60日以内の期間 1,450点	イ 30日以内の期間 1,761点(改)	改 (74)	
ロ 61日以上の期間 1,180点	ロ 31日以上60日以内の期間 1,4 ハ 61日以上の期間 1,171点(改)		
2 認知症治療病棟入院料2	2 認知症治療病棟入院料2	改	
イ 60日以内の期間 1,070点	イ 30日以内の期間 1,281点(改)		
ロ 61日以上の期間 970点	ロ 31日以上60日以内の期間 1,0	<u>)81点(改)</u>	
	ハ 61日以上の期間 961点(改)		

[包括範囲]

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。

入院

[包括範囲]

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、J-038人工腎臓(入院60日以内に限る)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。

認知症治療病棟の、夜間の手

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)



改定後

(新) 認知症夜間対応加算(1日につき) 84点

新

厚い看護体制を評価した。

[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。

A314 認知症治療病棟入院料(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、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届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ADLにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。
- (2) 認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。なお、必要があって他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。
- (3) 認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。
- (5) 退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、 臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。
- (6) 夜間対応加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が3人以上の場合、入院初日から起算して30日間に限り算定できる。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【認知症治療病棟入院料】

(問87)A314認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、夜間対応加算の算定にあたっては全ての日で施設基準を満たす必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問88)A314認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、準夜帯には看護要員が3人いるが、深夜帯にいない場合は認知症夜間対応加算を算定してよいか。

(答) 算定できない。

A312注2 認知症治療病棟入院料(退院調整加算)

認知

連携

在宅

改定前

入院

(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。

(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。

改定後

[施設基準]

当該保険医療機関内に<u>退院支援部署を設置し、</u>専 従の精神保健福祉士及び<u>専従の従事者1人(看護師、</u> 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。 15対1

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

入院

- 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。

[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【特定一般病棟入院料】

(問89)A317特定一般病棟入院料を算定している医療機関においては、要件を緩和した緩和ケア診療加算等を算定しなければならないか。

(答) 従来の緩和ケア診療加算等の要件を満たす場合は、当該緩和ケア診療加算等を算定できる。

入院

特定入院料

A400 短期滞在手術基本料

改定前	改定後 +11点×2日分	
2 短期滞在手術基本料2	2 短期滞在手術基本料2	
(1泊2日の場合) 4,800点	(1泊2日の場合) <u>4,822点(改)</u>	
(4,772点 生活療養の場合)	(<u>4,794点</u> 生活療養の場合)	
3 短期滞在手術基本料3	3 短期滞在手術基本料3	
(4泊5日までの場合) 5,670点	(4泊5日までの場合) <u>5,703点(改)</u> 改	
(5,600点 生活療養の場合)	(<u>5,633点</u> 生活療養の場合)	
「生活療養を受ける場合」は、		

続きは「医科2/2」へ

2012年度診療報酬改定
「医科2/2」(通知 Q&A)

<特掲診療料>

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)

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)