

平成18年度診療報酬について

～新設点数と変更点～

平成18年 3月22日

ORCAサポートセンタ

チーフ医事コンサルタント

細谷 邦夫

改正とは

改正の基礎知識

- ◆ 診療報酬改正
 - ▶ 診療報酬（医科・調剤・歯科）
 - ▶ 2年に一回
 - ▶ 介護報酬
 - ▶ 3年に一回
- ◆ 各種制度の改正
 - ▶ 医療保険制度
 - ▶ 介護保険制度
- ◆ 各種法令の改正
 - ▶ 医療法など

中 医 協

- ◆ 8月末～：
診療報酬調査専門組織の調査結果や、前回改正から引き続き検討することとされた事項の、調査・審議
- ◆ 10月～12月：医療経済実態調査結果等の報告を受けて診療報酬等の改正率について議論
- ◆ 1月～ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬の設定に係る調査・審議
- ◆ 1月18日現時点での骨子取纏
- ◆ パブリックコメントの募集
- ◆ 1月27日公聴会開催
- ◆ 2月15日厚生労働大臣に対し、改正案を答申

社会保障審議会

9月～11月

診療報酬改正にかかる基本方針について審議・取り纏め

内 閣

12月末

予算編成過程において、診療報酬等の改正率を決定

厚生労働大臣

1月

内閣が決定した改正率を前提として、基本方針に基づき診療報酬の改正案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

2月～3月

診療報酬改正に関する告示(3/6)・通知(3/10)の発出

改正資料読解術

改正の基礎知識

- ◆ ○○の見直し
 - ▶ 引き下げ
- ◆ ○○の評価
 - ▶ 引き上げ
- ◆ ○○の適正化
 - ▶ どちらかということ引き下げの意味合いで使用される場合が多い

改正の基本方針

改正の基礎知識

- ◆ 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
- ◆ 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ◆ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価する視点
- ◆ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価する視点

(平成17年11月25日:社会保障審議会医療部会・医療保険部会)

介護保険改正の影響

改正の基礎知識

◆ 制度施行時

- ▶ 領収書の義務化
- ▶ 利用者負担の定率負担

◆ ホテルコストの導入

- ▶ 施設の収入減・利用者の負担増
- ▶ 医療保険の食事療養費にも影響

◆ NSTの推進

- ▶ 経口摂取の重視

- ▶ 介護の動きは医療に影響がある

医療制度改革 I

◆平成18年10月

- ▶ 70歳以上の一定以上所得者を3割負担
- ▶ 70歳以上の長期入院患者の食費・居住費を自己負担
- ▶ 高額療養費の自己負担限度額引き上げ
- ▶ 地域型健康保険組合の創設

◆平成19年4月

- ▶ 傷病手当金等の現金給付見直し
- ▶ 標準報酬月額の見直し
- ▶ 改正医療法施行

医療制度改革Ⅱ

◆平成20年4月

▶ 診療報酬改正

▶ 新しい高齢者医療制度創設

✧ 高齢者の医療の確保に関する法律

▶ 70～74歳を2割負担（一定以上所得3割）

▶ 65歳以上の長期入院患者の食費・居住費を自己負担

▶ 6歳以下の2割負担

▶ 6歳に達する日以後の、最初の3月31日以前の被扶養者

▶ 高額介護合算療養費制度創設

▶ 医療費適正化5カ年計画の策定

医療制度改革Ⅲ

◆平成20年10月

- ▶政府管掌健康保険を都道府県単位で運営、公法人化(全国健康保険協会)

◆厚生労働省の構想

◆中・長期的対策(医療費適正化計画)

- ▶予防医療の重視
- ▶平均在院日数の短縮

◆短期的対策

- ◆患者負担の見直し
- ◆療養病床の食費・居住費の見直し

患者窓口負担

【現行制度】

【H18. 10】

【H20. 4】

75歳以上	1割(2割)		1割(3割)	(長期入院患者) ホテルコスト	新制度 の創設 1割(3割)	(長期入院患者) ホテルコスト
70～74歳	1割(2割)		1割(3割)		2割(3割)	
3～69歳	社保・国保とも 3割		社保・国保とも 3割		社保・国保とも 3割	
3歳未満	2割		2割	6歳以下	2割 (未就学児童)	

※カッコ内は一定以上所得者

医科・歯科・調剤共通の変更点

簡素化と説明責任・連携

- ◆ 項目の整理・名称の見直し
 - ▶ 点数表上の記載、掲載ページが変わっている
 - ▶ 従来の点数が何に変わったか把握する
- ◆ 一般点数と老人点数の一本化
 - ▶ 老人点数が全て無くなった訳ではないので注意
- ◆ 文書での情報提供・同意の促進
 - ▶ 算定要件となっているものが多い
 - ▶ カルテへの保存等の要件に注意
- ◆ 連携の推進

領収証

◆ 領収証の発行を義務化（調剤・歯科とも）

- ▶ 9月30日までに体制を整えること
- ▶ 無償で交付すること
 - ▶ 患者が不要の意思表示をした場合には発行しなくてもよいが、できれば文書で同意書を残すこと
 - ▶ 確定申告などの為に一括した領収証を希望する場合は、患者の同意が有ればその都度発行不要
- ▶ レセコン等から通常発行できるもので可
 - ▶ 診療区分ごとに点数・金額がわかるもの
 - ▶ 診療所で行う診療区分に限定しても可
- ▶ 患者から求めがあった場合には、詳細な内容が分かる明細書を発行すること
 - ▶ 上記の領収証とは別の物であるので注意

領収証・その他

◆ 領収証にかかる療養担当規則 (領収証の交付)

第五条の二の二

- ▶ 保険医療機関は、前二条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

▶ 【注意事項】

◆ 届出の必要な算定事項について

- ▶ 4月14日(金)までに社会保険事務局に届出

領 収 証

(内科無床診療所の一例)

氏 名

様

発 行 日

平成 年 月 日

初・再診料

医学管理等

在宅医療

検 査

画像診断

点

点

点

点

点

投 薬

注 射

点

点

点

点

点

合計点数

点

領 収 額

円

東京都文京区本駒込〇-〇-〇
〇〇〇医院

領収印

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

請求期間 (入院の場合)
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発 行 日	費 用 区 分	負担割合	本・家	区 分
			平成 年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	指導管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養						
	円						

保険外負担	選定療養等	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保険 (食事)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計	円		

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇 〇 〇 〇

領収印

診療明細書

外 来 保 険

診療券番号	氏名	様	受診日	2005/	受診科
-------	----	---	-----	-------	-----

区 分	項 目 名	点 数	回数	自 費 金 額
基本料	* 初診料 (病院)	255	1	
	* 紹介患者加算 4	150	1	
	* 薬剤情報提供料	10	1	
投薬料	* 内服薬 ラックビー微粒 3 g セレキノン錠 100mg 3 錠 ノイエル細粒 40% 1.500 g			
	* 内服・屯服調剤料 (外来)	13	3	
	* 外来処方料 (6種類以下)	9	1	
	* 調剤技術基本料	42	1	
		8	1	
	* 通常点滴注射 ヴィーンF注 (500ml) 1 瓶			
	* 注射手技	21	1	
注射料		95	1	
検査料	* B-BIL/総			
	B-TP			
	B-アルブミン			
	B-BUN			
	B-クレアチニン			
	B-糖			
	B-Na, Cl			
	B-K			
	B-Ca			
	B-リン, HPO4			
	B-Amy			
	B-GOT			
	B-GPT			
	B-CPK			
	B-LDH			

処方せん様式の変更

共通事項

- ◆ 後発医薬品への変更可のチェック欄を追加
 - ▶ 「保険医署名欄」に署名または姓名を記載し押印する
- ◆ 変更可とした場合は後発品を含む点数で算定可
- ◆ 一部の医薬品を後発医薬品に変更不可の場合
 - ▶ 該当薬剤名の後に「後発医薬品への変更不可」
- ◆ 全ての医薬品が後発医薬品に変更不可の場合
 - ▶ 「保険医署名欄」に署名しない
 - ▶ 取り繕いの場合は銘柄名で記載
- ◆ 従来の様式も取り繕いなどにより使用可能
- ◆ 薬局にて後発医薬品に変更された場合
 - ▶ 薬局が後発医薬品情報提供料(10点)を算定した場合に発行医療機関に対して文書で情報提供する

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療 の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称	
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	男・女		電 話 番 号
	氏 名	被保険者	被扶養者	保険医氏名		

後発医薬品への変更可

保険医署名

備
考

後発医薬品への変更について

後発医薬品への変更可

保険医署名

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受 給 者 番 号	

診療報酬の変更点

全科共通の変更点

初診料・再診料

◆ 初診料 274点(病院:255点) ⇒ 270点

▶ 病診格差の是正

▶ 紹介患者加算の廃止

▶ 一般50点・老人55点

◆ 再診料 診療所:73点 ⇒ 71点

病 院:58点 ⇒ 57点

▶ 継続管理加算の廃止

▶ 外来管理加算は従来どおり

◆ 外来診療料 72点 ⇒ 70点

▶ 200床以上の病院が算定する再診料

▶ HbA1cを包括対象から除外

◆ 同日初診加算

- ▶ 2つ目の診療科の初診に限り135点を算定できるようになった
- ▶ 診療科が違ってても同一保険医では不可？
- ▶ 時間外加算等は1つ目の初診料にのみ加算できる

算定例			①内科	②眼科	③整形
	3月まで		274点	×	×
	4月から	例1	270点	135点	×
		例2	71点	135点	×
	時間外等加算の可否		○	×	×

◆電子化加算(要届出)

3点

◆算定のポイント

- ▶初診料に対する加算である(再診不可)
- ▶複数の条件をクリアする必要がある
- ▶平成22年度までしか算定できない

◆算定要件

- ▶必ずクリアしなければならない要件
 - ▶診療所と400床未満の病院は2つを
 - ▶400床以上の病院は3つをクリアする必要有り
- ▶いずれか一つクリアしていればよい要件
 - ▶どれか1つをクリアしていればよい

◆必ずクリアしなければならない要件

- ▶レセプト電算化システムを導入していること
- ▶領収証の発行をしていること
- ▶レセプトのオンライン請求の試行的導入
(400床以上の病院のみ)

◆いずれか一つクリアしていればよい要件

- ▶レセプト電算処理システム(FD請求)の導入をしていること(400床未満の医療機関)
- ▶電子カルテによる診療録管理を行っていること
- ▶インターネットを活用した予約システムが整備されていること
- ▶診療情報(紹介状含)を電子的に提供していること

- ◆いずれか一つクリアしていればよい要件(続き)
 - ▶患者から求めがあった場合に詳細な明細証を交付できること(診療区分、項目の名称及びその点数並びに金額)
 - ▶検査、投薬等にかかるオーダリングシステムが整備されていること
 - ▶バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っていること
 - ▶フィルムレスで電子媒体に保存、画面により診断を行っていること
 - ▶遠隔医療支援システムを活用した離島・僻地及び在宅診療を行っていること
 - ▶レセプトのオンライン請求の導入(400床未満の医療機関)

乳幼児に対する加算

◆ 複雑な加算を一本化

◆ 初診料の加算

- ▶ 乳幼児時間外加算(名称変更) 200点
- ▶ 乳幼児休日加算(名称変更) 365点
- ▶ 乳幼児深夜加算(引上げ) 695点

※小児科外来診療料の場合はそれぞれ85点、250点、580点加算

◆ 再診料の加算

- ▶ 乳幼児時間外加算(名称変更) 135点
- ▶ 乳幼児休日加算(名称変更) 260点
- ▶ 乳幼児深夜加算(引上げ) 590点

※小児科外来診療料の場合はそれぞれ65点、190点、520点加算

診療情報提供料

◆ 診療情報提供料 I

250点

▶ 退院時加算

200点

▶ 退院時に心電図・脳波・画像診断の所見等の検査結果、画像情報及び退院後の治療計画等を添付した場合

▶ 添付した内容は写し又は内容をカルテに貼付

◆ 診療情報提供料 II

500点

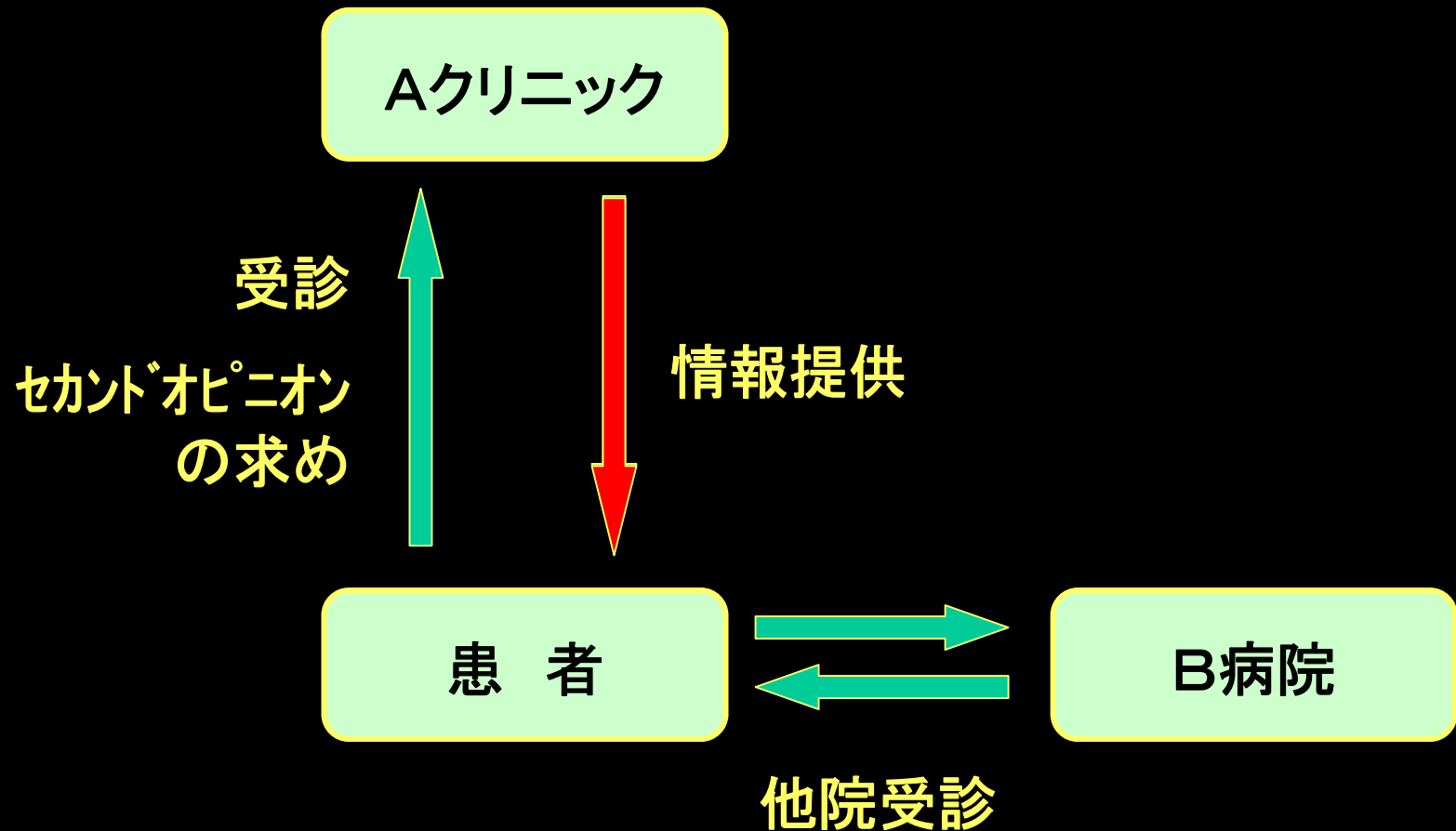
▶ セカンドオピニオンのこと

▶ 患者またはその家族の要望を受けて紹介

▶ 治療計画、検査結果、レントゲン写真の写し等を添付した診療状況を示す文書を提供する

▶ 希望があった旨をカルテに記載する

セカンドオピニオンのイメージ



検体検査実施料

◆市場実勢価格に基づき引下げ

◆検査が包括されている指導料等も引下げ

◆代表的なもの

▶末梢血液一般検査	27点	⇒	23点
▶CRP定量	20点	⇒	17点
▶HbA1c	60点	⇒	55点
▶CEA	130点	⇒	120点
▶CA19-9・PIVKA II	170点	⇒	150点
▶PSA	160点	⇒	140点
▶ヘリコバクターピロリ抗原精密	70点	⇒	80点
▶心筋トロポニンT	120点	⇒	130点

検体検査判断料等

◆検体検査判断料

▶生化学検査Ⅱ 133点 ⇒ 135点

◆検体採取料

▶静脈血採取乳幼児加算 7点 ⇒ 14点

◆病理診断料 255点 ⇒ 410点

※病理学的検査判断料ではないので注意

▶算定要件の緩和

▶非常勤の病理医でも算定可

生体検査

◆難易度により評価

◆超音波

▶胸腹部

550点 ⇒ 530点

▶断層撮影法及びMモード法 800点 ⇒ 780点

◆経皮的動脈血酸素飽和度測定

100点 ⇒ 30点

◆脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料

⇒ 廃止

検
査

外来迅速検体検査加算（新設）

◆ 外来迅速検体検査加算

1点

◆ 算定要件

- ▶ 診察と同日中に**全ての**検査結果が報告され、その結果に基づき治療を開始すること
- ▶ 検査結果を**文書で交付**すること

◆ 算定のポイント

- ▶ 検体検査実施料に対する加算（初診・再診は問わない）
- ▶ 入院患者不可
- ▶ 検体検査1項目ごとに5項目を限度に算定

◆ 以下の検査は対象外

- ▶ 尿中一般物質定性半定量検査
- ▶ 尿沈渣顕微鏡検査
- ▶ 赤血球沈降速度測定
- ▶ 血液ガス分析
- ▶ 心筋トロポニンT定性
- ▶ インフルエンザウイルス抗原精密測等

新生児及び乳幼児にかかるもの

- ◆ 小児食物アレルギー負荷検査（新設） 1000点
 - ▶ 9歳未満の入院患者のみ・要届出
 - ▶ 小児科標榜の保険医療機関
 - ▶ 年2回に限り算定 当該検査にかかる投薬、注射、処置、負荷試験食は所定点数に含まれる
 - ▶ 検査のリスク、必要性、検査方法等を文書で提供しカルテに貼付
- ◆ 心臓カテーテル法による諸検査
 - ▶ 新生児加算 300／100加算
 - ▶ 乳幼児加算（3歳未満） 100／100加算

検
査

一般レントゲン

◆デジタル映像化処理加算

▶ 単純撮影	75点	⇒	60点
▶ 特殊撮影	95点	⇒	64点
▶ 造影剤使用撮影	120点	⇒	72点
▶ 乳房撮影(新設)			60点

◆マンモグラフィーの新設 452点

▶ 写真診断	(256点)
▶ 撮影	(196点)
▶ 両側について一連として算定	

CT・MRI

◆ 加算の新設

- ▶ コンピュータ画像処理加算（要届出） 60点
- ▶ フィルムレスで画像を電子媒体に保存した場合
- ▶ フィルムを使用した場合も算定できるが、フィルムの費用は算定不可

◆ 月2回目以降（CT・MRIとも一連） 650点

CT・MRIの算定区分

◆単純CT

- ▶イ マルチスライス型の場合(要届出) 850点
- ▶ロ イ以外の場合 660点

◆単純MRI

- ▶イ 1、5テスラ以上の場合(要届) 1、230点
- ▶ロ イ以外の場合 1、080点

◆特殊撮影(管腔描出を行った場合)(要届出)

- ▶CT 950点
- ▶MRI 1、530点
- ▶部位別の算定ではなくなった

処方料等

◆ 特定疾患処方管理長期投薬加算

▶ 院内・院外とも 45点 ⇒ 65点

◆ 処方せん料

◆ 処方せん料1 内服7種以上

▶ イ. 含後発 43点 ⇒ 42点

▶ ロ. イ以外 41点 ⇒ 40点

◆ 処方せん料2 1以外

▶ イ. 含後発 71点 ⇒ 70点

▶ ロ. イ以外 69点 ⇒ 68点

加算等

◆乳幼児加算(6歳未満)

- ▶ 静脈内・点滴注射 21点 ⇒ 42点
- ▶ 中心静脈注射 (新設) 50点
- ▶ IVHカテーテル挿入 300点 ⇒ 500点

◆無菌製剤処理加算

- ▶ 悪性腫瘍剤で細胞毒性を有するもの 50点
- ▶ 別に厚生労働大臣が定める場合 40点

◆化学療法加算

- ▶ 15歳以上 300点 ⇒ 400点
- ▶ 15歳未満 500点 ⇒ 700点
- ▶ 関節リウマチ・クローン病に対してレミケード追加

名称変更・新設等

◆ 皮下、筋肉内注射（名称変更）

⇒ 皮内、皮下及び筋肉内注射

◆ 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（名称変更）

⇒ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

- ▶ 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注した場合に算定する

◆ 新設項目

- ▶ 滑液嚢穿刺後の注入 80点
- ▶ 自家血清の眼球注射 25点
- ▶ テノン氏嚢内注射 60点

内科・小児科系の変更点

特定薬剤治療管理料

◆対象疾患の拡大

- ▶ パルブロ酸ナトリウム・カルバマゼピン

- ▶ てんかん・躁鬱病・躁病

- ▶ タクロリムス水和物

- ▶ 全身型重症筋無力症・関節リウマチ

◆抗てんかん剤の規定を告示化

新設等

◆ 名称の変更

◆ 特定疾患療養管理料(点数変更無)

◆ ウイルス疾患指導料

▶ 加算の新設(要届出) 220点

◆ 施設基準

- ▶ HIV感染者の医療に従事した経験が5年以上の専任医師1名以上と2年以上の専従看護師1名以上
- ▶ HIV感染者への服薬指導専任の薬剤師1名以上
- ▶ 社会福祉士又は精神保健福祉士を院内に配置
- ▶ プライバシー保護に配慮した診察室・相談室

◆喘息治療管理料

- ▶重症者に対する加算の新設(月1回)
- ▶1月目 2、525点
- ▶2月日以降6月まで 1、975点
 - ▶重度喘息である20歳以上の患者
 - ▶時間外・休日・深夜加算の算定を過去1年間に3回以上した場合
 - ▶日常の服薬方法・急性増悪時における対応方法等の指導内容を文書で交付
 - ▶週1回以上ピークフローメーター・1秒量等計測器の検査値を報告させる

生活習慣病管理料

◆生活習慣病管理料(引下げ・名称変更)

▶1 処方せんを交付する場合

イ 高脂血症	1,050点	⇒	900点
ロ 高血圧症	1,100点	⇒	950点
ハ 糖尿病	1,200点	⇒	1,050点

▶2 1以外の場合

イ 高脂血症	1,550点	⇒	1,460点
ロ 高血圧症	1,400点	⇒	1,310点
ハ 糖尿病	1,650点	⇒	1,560点

◆療養計画書の書式変更

ニコチン依存症管理料（新設）

◆ニコチン依存症と診断され、禁煙の希望がある患者に対して一定期間算定できる

◆点数体系は以下の3通りで、治療開始からの週数により変化する

- | | |
|----------------------------------|------|
| ① 初回（1週目） | 230点 |
| ② 2回目、3回目及び4回目
（2週目、4週目及び8週目） | 184点 |
| ③ 5回目（12週目）（最終回） | 180点 |

◆対象患者

- ▶直ちに禁煙することを希望している患者
- ▶ニコチン依存症スクリーニングテスト(TDS)にて確定診断がある患者
- ▶ブリクマン指数が200以上の患者
- ▶禁煙治療プログラムについて説明をし、文書にて同意を得ている患者

◆施設基準

- ▶禁煙治療を実施している旨を院内掲示すること
- ▶禁煙治療の経験を有する医師及び禁煙治療専任の看護職員をそれぞれ1名以上配置すること

◆施設基準(続き)

- ▶呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ▶医療機関の構内が禁煙であること

◆算定要件

- ▶「禁煙のための標準手順書」に則った禁煙治療プログラムを実施すること
- ▶【参考】
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/051122h05.pdf>
- ▶禁煙の成功率を社会保険事務局に報告する
- ▶再算定は初回算定日より1年を超えていなければならない

栄養指導等

◆乳幼児育児栄養指導料 130点

- ▶初診料の加算が医学管理料(指導管理料)として独立した
- ▶複数診療科受診の135点には算定不可

◆栄養食事指導料

- ▶対象食に小児食物アレルギー食を追加
 - ▶9歳未満の小児
 - ▶外来・入院とも
- ▶「当該医療機関の」管理栄養士とされた

新設項目等

◆ 軟属腫摘除(項目の再編)

- ▶1 10箇所未満 100点
- ▶2 10箇所以上30箇所未満 200点
- ▶3 30箇所以上 300点

◆ 酸素吸入等

- ▶ 使用した酸素は「酸素加算」として算定

◆ 胃洗浄

- ▶ 乳幼児(3歳未満)加算(新設) 100点

在宅医療・地域連携等 に関わるもの

在宅療養支援診療所（新設）

◆ 届出要件

- ▶ 診療所であること
- ▶ 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置
 - ▶ 上記連絡先を文書で患家に提供しカルテに貼付する
- ▶ 患家の求めに応じて24時間往診・訪問看護が可能な体制の確保（他医療機関・訪問看護ステーションとの連携可）
 - ▶ 往診担当医・訪問看護担当者の氏名、担当日を文書で患家に提供する
- ▶ 緊急入院受入可能な体制の確保（他医療機関との連携可）
 - ▶ 受入医療機関の名称等を届出

◆ 届出要件(続き)

- ▶ 他院と連携を取る場合は緊急時に円滑な対応ができるよう、下記の情報を文書、電子媒体等で随時提供する
 - ▶ 当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報
 - ▶ 上記の提供は患家の同意を得ること
 - ▶ 提供した診療情報の写しは診療録に添付すること
- ▶ ケアマネージャー等との連携の確保
- ▶ 当該診療所の在宅看取り数を報告

◆連携を取る側の留意点

- ▶ 患者の診療情報について、提供を受けた診療情報を緊急時に十分活用できる体制にて保管する
- ▶ 緊急の往診又は訪問看護実施後は、その要点を診療録に記載するとともに、その内容を在宅療養支援診療所の保険医にフィードバックする

- ◆ 在宅療養支援診療所届出に関する事項
 - ▶ 在宅医療を担当する医師の氏名
 - ▶ 常時連絡を受ける体制に関する以下の事項
 - ▶ 連絡を受ける担当者(医師、看護職員、その他の担当者)の氏名、資格
 - ▶ 連絡方法
 - ▶ 交代制で行う場合は、勤務分担表
 - ▶ 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。
 - ▶ 連携する担当者等の氏名、連絡先、資格、主な業務内容等

◆在宅療養支援診療所届出に関する事項

▶連携先の情報

- ▶緊急時の連絡・対応方法（患者等への説明文書の例を添付）
- ▶連携保険医療機関の名称、開設者名、住所
- ▶連携保険医療機関で緊急時の対応に当たる医師の氏名、連絡方法
- ▶連携保険医療機関に患者の診療情報を随時提供する方法
- ▶緊急時の入院体制（連携を有する入院施設を有する保険医療機関の名称、開設者名及び住所）

- ◆ 現行の点数項目で表記しています
- ◆ 在宅療養支援診療所であると高い評価(引上)になる点数
 - ▶ 寝たきり老人在宅総合診療料
 - ▶ (在総診)ターミナルケア加算
 - ▶ 在宅時医学管理料
 - ▶ 在宅患者入院共同指導料
 - ▶ 退院時共同指導加算
 - ▶ 寝たきり老人退院時共同指導料
 - ▶ (往診料)緊急往診加算
 - ▶ (往診料)夜間加算
 - ▶ (往診料)深夜加算
 - ▶ (訪問診療料)ターミナルケア加算

- ◆ 現行の点数項目で表記しています
- ◆ 在宅療養支援診療所でないと算定できない点数
 - ▶ 在宅末期医療総合診療料
 - ▶ 24時間連携体制加算（在宅療養支援診療所の算定要件となるため廃止）
 - ▶ 緊急時入院体制加算（在宅療養支援診療所の算定要件となるため廃止）
 - ▶ 特定施設入所者生活介護（ケアハウス・有料老人ホーム）、介護福祉施設（特養）における末期の悪性腫瘍又は難病等の患者の医療（新設）

在宅時医学総合管理料(新設)

◆在総診と在医管を統合

◆在宅時医学総合管理料

1 在宅療養支援診療所の場合

イ 処方箋を交付する場合 4,200点

ロ 処方箋を交付しない場合 4,500点

2 1以外の場合

イ 処方箋を交付する場合 2,200点

ロ 処方箋を交付しない場合 2,500点

◆重症者加算 1,000点

▶一定の重症者に対して月4回以上の訪問

在宅時医学総合管理料（新設）

◆算定要件

- ▶ 診療所または200床未満の病院
- ▶ 月2回以上の定期的な訪問診療を実施する
- ▶ 算定は月に1回限り
- ▶ 在宅医療の調整担当者を1名以上配置する
- ▶ 包括項目
 - ▶ 投薬と下記の指導（検査が包括対象外に）
 - ▶ 特定疾患療養指導料・小児科療養指導料・難病外来指導管理料・皮膚科特定疾患指導管理料・小児悪性腫瘍患者指導管理料・在宅寝たきり患者処置指導管理料
- ▶ 在宅末期医療総合診療を算定、医師又は看護師等の配置義務のある施設に入所中の患者は算定不可

在宅時医学総合管理料（新設）

◆重症者加算の対象患者

◆以下の指導管理を行っている患者で、かつ①又は②の状態の患者

- ◆在宅自己腹膜還流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅人工呼吸、在宅悪性腫瘍患者、在宅自己疼痛管理、在宅肺高血圧症患者、在宅気管切開患者

- ◆① ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者

- ◆② 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある患者

◆居宅において療養を行っており高度な指導管理が必要な患者とは

- ▶上記指導管理を2つ以上を必要とするもの

往診料加算（往診料の650点に変更無し）

◆ 緊急訪問加算

▶ 在宅療養支援診療所

または連携医療機関の場合 650点

▶ 上記以外の場合 325点

◆ 夜間加算

▶ 在宅療養支援診療所

または連携医療機関の場合 1,300点

▶ 上記以外の場合 650点

◆ 深夜加算

▶ 在宅療養支援診療所

または連携医療機関の場合 2,300点

▶ 上記以外の場合 1,300点

◆介護老人保健施設入所者の治療

◆算定不可 ⇒ 算定可となるもの

- ▶眼科：精密眼底検査、眼処置、睫毛抜去。結膜異物除去
- ▶皮膚科：皮膚科軟膏処置、いぼ焼灼法
- ▶耳鼻咽喉科：耳処置・鼻処置、口腔咽頭処置、喉頭処置、鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）、耳垢栓塞除去（複雑なもの）、ネブライザー、超音波ネブライザー
- ▶婦人科：膣洗浄（熱性洗浄を含む）、子宮頸管内への薬物挿入法

訪問診療料

◆ターミナルケア加算

▶ターミナルケア加算Ⅰ 10,000点

▶在宅療養支援診療所または連携医療機関の場合

▶死亡日前14日以内に2回以上の訪問診療

▶死亡前24時間以内に訪問し看取った場合

▶ターミナルケア加算Ⅱ 1,200点

▶上記以外の医療機関

▶死亡日前14日以内に2回以上の訪問診療

在宅患者訪問看護・指導料

◆ターミナルケア加算

▶ターミナルケア加算Ⅰ 1,500点

- ▶在宅療養支援診療所の医師の指示
- ▶死亡日前14日以内に2回以上の訪問
- ▶死亡前24時間以内ターミナルケアを実施

▶ターミナルケア加算Ⅱ 1,200点

- ▶上記以外の医療機関の医師の指示
- ▶死亡日前14日以内に2回以上の訪問
- ▶死亡前24時間以内ターミナルケアを実施

- ◆ 緊急訪問看護加算(新設) 265点
 - ▶ 在宅療養支援診療所の指示による緊急訪問

- ◆ 在宅移行管理加算(1月につき)

- ▶ 在宅移行管理加算Ⅰ(新設) 500点
 - ▶ 在宅悪性腫瘍患者指導管理
 - ▶ 在宅気管切開患者指導管理
 - ▶ 気管カニューレを使用している状態にある者
 - ▶ 留置カテーテルを使用している状態にある者

- ▶ 在宅移行管理加算Ⅱ 250点

- ▶ ストーマを設置している患者、在宅患者訪問点滴注射管理指導、在宅人工呼吸指導管理、在宅酸素療法指導管理等を受けている状態にある者(従来からⅠの対象を除いた患者)

特養等への訪問診療・訪問看護の可否

在宅医療

	訪問診療	訪問看護	
		医療機関	訪問看護 ステーション
自宅	○	△	△
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入所者生活介護以外)	○	△	△
グループホーム (認知症対応共同生活介護)	○	△	△
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入所者生活介護)	▲	△	△
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	▲	▲	▲
介護老人保健施設	×	×	×
介護療養型医療施設	×	×	×

△特別訪問指示書が出ている場合に算定可

(※末期の悪性腫瘍及び難病、急性増悪等の患者)

▲末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅療養支援診療所より提供した場合

(※訪問看護は在宅療養支援診療所の医師の指示によるもの)

その他

在宅医療

◆在宅末期医療総合診療料

- ▶在宅療養支援診療所でなければ算定できない
- ▶在宅療養支援診療所に入院してターミナルケアを継続している場合は算定出来る
- ▶この場合入院にかかる費用は算定しない

◆在宅療養指導管理材料加算の新設

- ▶点数表上別のページに移動している
- ▶加算が無くなったわけではない
- ▶点数等に変更は無し

地域連携小児夜間・休日診療料

◆ 24時間診療体制の評価

◆ 地域連携小児夜間・休日診療料(1)

300点

- ▶ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科を担当する医師を3名以上、うち専ら担当する医師が2名以上配置されている

◆ 地域連携小児夜間・休日診療料(2)

(新設) 450点

- ▶ 小児を24時間診療できる体制
- ▶ 小児科担当医を常時配置
- ▶ 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師を3名以上

地域連携クリティカルパス

- ◆ 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、複数の連携医療機関間で共有する疾患ごとの地域連携パスを有し、具体例・実施例数を届出ていること
- ◆ 1種類の地域連携パスを複数の医療機関で連携
- ◆ 計画管理病院とそれ以外の病院
- ◆ 診療情報提供料（I）は所定点数に含まれる
- ◆ 説明内容は文書にて患者又は家族に提供
- ◆ 対象疾患
 - ◆ 大腿骨頸部骨折の患者
 - ▶ 大腿部頸部骨折接合術・大腿部毛部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合

◆ 地域連携診療計画管理料 1,500点

- ▶ 計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り算定
- ▶ 地域連携パスに基づいた診療計画の説明

◆ 地域連携診療計画退院時指導料 1,500点

- ▶ 計画管理病院以外の病院が算定
- ▶ 地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に算定する
- ▶ 地域連携パスに基づいた退院後の療養計画の説明
- ▶ 計画管理病院に対して診療情報を文書で提供した場合

◆ 開放型病院共同指導料Ⅱ・地域連携退院時共同指導料2は算定不可

地域連携退院時共同指導料

- ◆入院から在宅療養に移行するにあたり、多職種が連携して行うことを評価
 - ▶退院後及び入院中の主治医や連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同
 - ▶退院予定の患者の在宅療養に関し、患者又はその家族に対して説明指導を行う
 - ▶上記内容は文書にて交付する
- ◆在宅患者入院共同指導料・寝たきり老人退院時共同指導料・退院指導料・退院時共同指導料は廃止・統合

地域連携退院時共同指導料

◆ 地域連携退院時共同指導料 I

- 1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点
- 2 1以外の場合 600点
 - ▶ 紹介元の医療機関が算定する
 - ▶ 1入院につき1回
 - ▶ 在宅療養支援診療所の医師が一定の重症患者に対し、入院先の医療機関に赴いて2回以上指導した場合は2回まで

◆ 地域連携退院時共同指導料 II

- 1 在宅療養支援診療所の場合 500点
- 2 1以外の場合 300点
 - ▶ 入院先の医療機関が算定する

外科・整形外科系の変更点

算定ルールの変更

	脳血管疾患	運動器	呼吸器	心大血管疾患
対象疾患	・脳血管疾患 ・脳外傷 ・脳腫瘍 ・神経筋疾患 ・脊髄損傷 ・高次脳機能障害 等	・上、下肢の複合損傷 ・上、下肢の外傷・骨折の手術後 ・四肢の切断・義肢 ・熱傷瘢痕による関節拘縮 等	・肺炎、無気肺 ・開胸手術後 ・肺梗塞 ・慢性閉塞性肺疾患であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	・急性心筋梗塞 ・狭心症 ・開心術後 ・慢性心不全で左心駆出率40%以下 ・冠動脈バイパス手術術後 ・大血管術後 等
リハビリテーション料Ⅰ	250点	180点	180点	250点
	一定の施設基準＋医師又はリハビリテーション従事者の配置			
リハビリテーション料Ⅱ	100点	80点	80点	100点
	一定の施設基準			
算定日数上限	180日	150日	90日	150日
	特定の疾患の場合は上記算定日数上限を外れるもの有			

算定ルールの変更

◆ 疾患別に4分類

- ▶ 脳血管疾患リハビリテーション
- ▶ 運動器リハビリテーション
- ▶ 呼吸器リハビリテーション
- ▶ 心大血管疾患リハビリテーション
 - ▶ 重複した算定はできない

◆ 施設基準

- ▶ リハビリテーション料Ⅰ
- ▶ リハビリテーション料Ⅱ
 - ▶ 一定の面積要件、人員要件等

算定ルールの変更

◆算定日数の制限

- ▶各疾患別に90日～180日に限定
- ▶発症日・手術日・急性増悪時を起算日とする
- ▶別途定められた疾患については算定日数制限対象から除外(上限の倍まで)

◆11単位目以降の逡減(70／100)の廃止

◆集団療法の廃止

その他

◆療養担当規則の変更

- ▶リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う

◆在宅訪問リハビリテーション指導管理料

- ▶1日当たり530点 ⇒ 1単位あたり300点
- ▶算定上限週6単位まで
- ▶退院後3月以内は週12単位まで

◆患者1人・1日当の算定単位数上限の変更

4単位まで ⇒ 6単位まで

▶厚生労働大臣の定める患者の場合

▶6単位まで ⇒ 9単位まで

▶回復期リハビリテーション病棟入院基本料の算定患者

▶急性発症した脳血管疾患等で発症後60日以内

▶ADL加算を算定する患者

▶早期リハビリテーション加算は廃止

◆従事者1人・1日当の実施単位数上限の変更

▶18単位を標準として24単位を上限に週108単位まで

▶非常勤の従事者は常勤換算する

◆ 障害児(者)リハビリテーション料(新設)

▶ 要届出

▶ 6歳未満の場合 190点

▶ 6歳以上18歳未満未満の場合 140点

▶ 18歳以上の場合 100点

▶ 1日6単位まで

▶ 脳性麻痺等の発達障害児(者)及び肢体不自由児施設等の入所・通所者が対象

▶ 脳血管疾患リハビリテーションとは同時算定不可

▶ 摂食機能療法算定要件の緩和

▶ 1月に4回を限度(変更無し)

▶ 3月以内は1日につき算定できるようになる

▶ 治療開始日から起算する

算定ルールの変更

◆創傷処置・皮膚科軟膏処置等の範囲

◆創傷処置1 手若しくは指又は足若しくは指に渡る範囲

⇒ 100平方cm未満(10cm四方)

◆創傷処置2 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲

⇒ 100平方cm以上500平方cm未満(22.36cm四方)

◆創傷処置3 1肢又はこれに準ずる範囲

⇒ 500平方cm以上3、000平方cm未満(54.77cm四方)

◆創傷処置4 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲

⇒ 3、000平方cm以上6、000平方cm未満
(77,45cm四方)

◆創傷処置5 身体の大部にわたる範囲

⇒6、000平方cm以上

創傷処置(熱傷処置)

- ◆ 創傷処置1 42点 ⇒ 45点(135点)
- ◆ 創傷処置2 49点 ⇒ 49点(147点)
- ◆ 創傷処置3 75点 ⇒ 75点(225点)
- ◆ 創傷処置4 140点 ⇒ 140点(420点)
- ◆ 創傷処置5 250点 ⇒ 250点(1、250点)

◆創傷処置の取扱いの変更

▶創傷処置1

- ▶創傷処置1は入院中の患者以外のみ(変更無)
- ▶手術後の患者(入院中の患者)について14日を限度に算定

▶術後創傷処置の削除

- ▶創傷処置として取り扱う
- ▶術後処置の14日間の縛りは入院のみに

▶熱傷処置を独立した項目へ

▶老人処置料(12点)は従来通り

重度褥瘡処置(新設)

◆ 重度褥瘡処置

重度褥瘡処置1	90点
重度褥瘡処置2	98点
重度褥瘡処置3	150点
重度褥瘡処置4	280点
重度褥瘡処置5	500点

▶皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等含む)

▶NPUAP分類Ⅲ度及びⅣ度のもの

▶初回の処置を行った日から起算して2月間算定可能、それ以降は創傷処置にて算定する

▶その他は処置の取扱いに同じ

新設項目等

◆新生児及び乳幼児加算

▶腎嚢胞又は水腎症・脳室・腰椎穿刺

▶乳幼児加算(6歳未満) 50点 ⇒ 100点

▶喀痰吸引・等

▶乳幼児加算(6歳未満) 50点 ⇒ 75点

▶非還納性ヘルニア徒手整復法

▶新生児加算 100点

▶乳幼児加算(3歳未満) 50点

▶ドレーン法・脳室穿刺等

▶乳幼児加算(6歳未満) 100点

◆爪甲除去

▶麻酔を要しないもの(入院不可) 45点

◆ 消炎鎮痛等処置

- ▶ 逡減制の廃止 ⇒ 患者にとってわかりにくい
- ▶ 介達牽引についてはそのまま

◆ 腰部又は胸部固定帯固定 35点

- ▶ 消炎鎮痛等処置で算定ではなくなる
- ▶ 固定帯加算の取扱に変更無し

◆ 肛門処置(新設) 24点

◆ 血腫・膿腫穿刺(皮膚科処置) 80点

◆ 酸素の価格の見直し

◆ その他多数

全般的事項

- ◆ 手術にかかる施設基準
 - ▶ 5%加減算、30%減算の廃止
 - ▶ 一時的措置であり何年か後に復活？
 - ▶ 症例件数を院内掲示することについては残存
- ◆ 手術の難易度による評価
- ◆ 同一手術野の対象拡大
- ◆ 第3節特定医療機器加算の新設
 - ▶ 機器を用いた加算は別項目として独立
- ◆ 新生児及び乳幼児
 - ▶ 手術の特性に応じて個々に手技・加算点数を設定し引上げ

手術料等

◆小児創傷処理の新設(6歳未満)

◆筋肉臓器に達するもの

- | | | |
|----|-----------------|--------|
| ▶1 | 長径2.5cm未満 | 1、250点 |
| ▶2 | 長径2.5cm以上 5cm未満 | 1、400点 |
| ▶3 | 長径 5cm以上10cm未満 | 1、850点 |
| ▶4 | 長径 10cm以上 | 1、850点 |

◆筋肉臓器に達しないもの

- | | | |
|----|-----------------|--------|
| ▶1 | 長径2.5cm未満 | 450点 |
| ▶2 | 長径2.5cm以上 5cm未満 | 500点 |
| ▶3 | 長径 5cm以上10cm未満 | 950点 |
| ▶4 | 長径 10cm以上 | 1、450点 |

その他

◆ 真皮縫合閉鎖加算

- ▶ 50／100加算 ⇒ 460点加算

◆ 項目の独立

- ▶ 鶏眼・胼胝後切除後縫合

- ▶ 露出部・露出部以外でそれぞれ

- ▶ 従来 of 皮膚、皮下腫瘍摘出術と同じ点数

- ▶ 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

- ▶ 1 長径6cm未満の良性皮膚腫瘍 2、050点

- ▶ 2と3は従来 of 準用点数に同じ

◆ その他変更多数

麻酔管理料

◆麻酔管理料

▶硬膜外麻酔又は脊椎麻酔

100点 ⇒ 130点

▶マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式 麻酔

580点 ⇒ 750点

◆麻酔料

◆低体温療法（新設）

（1日につき）12、200点

麻酔料

◆マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式 麻酔

▶重症の患者に対して行う場合(新設)

8、300点

▶その他の場合

6、100点

▶側臥位における手術の場合の加算(新設)

100分の10加算

▶人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行った場合の加算

100分の50 ⇒ 100分の100加算

▶呼気麻酔ガス濃度監視加算 ⇒ 廃止

◆神経ブロック

▶局所麻酔剤使用(名称の変更)

⇒ 局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用

▶項目の追加

▶肩甲背神経ブロック

▶筋皮神経ブロック

▶尺骨神経ブロック

▶腋窩神経ブロック

▶橈骨神経ブロック

▶神経破壊剤使用(名称の変更)

⇒ 神経破壊剤又は高周波凝固法使用

皮膚科の変更点

新設項目等

- ◆ ダーモスコピー 12点
- ◆ 皮内反応検査(名称の変更・項目の再編)
 - ⇒ 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光貼付試験、最小紅斑量(MED)測定
 - ▶ 1 21箇所以内の場合(1箇所につき) 16点
 - ▶ 2 22箇所以上の場合(1連につき) 350点
- ▶ 鶏眼・胼胝処置(点数・注の変更)
 - ▶ 170点 ⇒ 100点
 - ▶ 月1回に限り算定する
- ◆ イオントフォレーゼ 200点
- ◆ 臍肉芽腫切除術 200点

透析の変更点

人工腎臓

◆人工腎臓(入院中以外の場合)

1,960点 ⇒ 2,250点

- ▶エリスロポエチン製剤を包括化
- ▶その他の場合1,590点は変更無し

◆人工腎臓の夜間加算・休日加算

500点 ⇒ 300点

◆導入期加算(点数等に変更無し)

◆1回につき ⇒ 1日につき

◆慢性維持透析患者外来医学管理料

2,460点 ⇒ 2,305点

耳鼻咽喉科の変更点

再編項目等

◆ 自覚的聴力検査

▶ 標準純音聴力検査、

自記オーディオメーターによる聴力検査 400点

▶ 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査

400点

▶ 簡易聴力検査

イ 気導純音聴力検査 110点

ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)

40点

▶ 内耳機能検査、耳鳴検査

(種目数にかかわらず一連につき)

400点

再編項目等

◆ 平衡機能検査

▶ 電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）

イ 皿電極により4誘導以上の

記録を行った場合

400点

ロ その他の場合

260点

▶ 重心動揺計、下肢加重検査、

フォースプレート分析、動作分析検査

250点

◆ 鼻咽腔直達鏡検査

220点

◆ 廃止項目

▶ 喉頭鏡検査

▶ 鼻腔通気度検査の注釈（手術日前後3月以内）

新設項目等

- ◆ 鼓室処置(片側) 55点
 - ▶ 入院中の患者以外
 - ▶ 鼓室洗浄又は鼓室内薬液注入を含む
- ◆ 扁桃処置 40点
- ◆ 喉頭処置(項目の再編) 27点
 - ▶ 間接喉頭鏡下咽頭処置
 - ▶ 入院中の患者以外
- ◆ 廃止項目
 - ▶ 腺窩(陰窩)洗浄
 - ▶ 鼓室洗浄(項目再編)
 - ▶ 咽喉頭電気焼灼法

算定ルールの変更等

◆ 耳処置(点数変更無し)

- ▶ 点耳・耳浴・耳洗淨及び簡単な耳垢栓塞除去を含む

◆ 耳管処置(項目の再編)

- ▶ カテーテルによる耳管通気法(片側) 27点
- ▶ ポリッツェル球による耳管通気法 18点

◆ 外来管理加算との調整 42点 ⇒ 45点

- ▶ 副鼻腔手術後の処置(片側)
- ▶ 耳管ブジー法
- ▶ 唾液腺管ブジー法

◆ 副鼻腔洗淨

⇒ 副鼻腔洗淨又は吸引(注入を含む)(片側)

新設項目等

- ◆ 下甲介粘膜焼灼術 900点
- ◆ 鼻骨脱臼整復術 1、640点
- ◆ 鼻骨骨折徒手整復術 1、640点
- ◆ 鼻甲介切開術(高周波電気凝固法) 940点
- ◆ 喉頭又は声帯ポリープ切除術
 - ▶ 間接喉頭鏡によるもの 2、990点
 - ▶ 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 4、300点
- ◆ 口蓋腫瘍摘出術
 - ▶ 口蓋粘膜に局限するもの 400点
- ◆ イオントフォレーゼ加算・内視鏡下加算
 - ▶ 点数表上ページが移動

眼科の変更点

コンタクトレンズに係る診療

◆保険給付範囲の明確化

◆基本診療料の取扱い

- ▶初診料は第1回の診療の時のみに算定できる
- ▶屈折異常の継続的治療であるという観点

◆保険給付対象となるもの

- ▶初診時に屈折異常の患者に対してコンタクトレンズ処方を目的に眼科学的検査を実施する場合
- ▶コンタクトレンズ処方後、自覚症状などがあり、疾病に罹患していることが疑われる場合は再診として算定可

◆保険給付対象外となるもの

- ▶コンタクトレンズ処方後、疾病に罹患していることが疑われないにも関わらず、定期的に眼科学的検査を行うこと

コンタクトレンズ検査料(新設)

◆コンタクトレンズ検査料1(要届出)

- ▶イ 初回装用者の場合 387点
- ▶ロ 既装用者の場合 112点

◆コンタクトレンズ検査料2

◆対象患者が70%以上の医療機関で算定

- ▶イ 初回装用者の場合 193点
- ▶ロ 既装用者の場合 56点

▶コンタクトレンズ処方又は装用者に対する検査

▶眼疾患により装用中止又は眼内手術後は除外

▶初診時の点数は患者一人につき1回限度

▶特別な関係の医療機関の間

新設項目等

◆ 睫毛抜去

▶ 1 少数の場合

25点

▶ 入院中の患者以外の患者

▶ 5～6本程度

▶ 2 多数の場合

45点

◆ 前房穿開又は前房穿刺 ⇒ 前房穿開又は注射

◆ 霰粒腫の穿刺 42点 ⇒ 45点

◆ 鼻涙管ブジー法 42点 ⇒ 45点

◆ 涙点切開術等が項目の再編

◆ 結膜結石除去術

▶ 1 少数のもの(1眼瞼ごと)

260点

▶ 2 多数のもの

390点

産婦人科の変更点

ハイリスク妊産婦共同管理料(新設)

◆ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) 500点

- ▶ 紹介元の医療機関が算定する
- ▶ (Ⅱ)と連携を取る産科又は産婦人科

◆ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 350点

- ▶ 入院先の医療機関が算定する

◆算定要件

- ▶ ハイリスク分娩の妊産婦が入院した場合
- ▶ 入院先と紹介元の医師が共同で診療に当たった場合に算定できる
- ▶ 1分娩につき1回の算定

◆対象患者

- ▶妊娠22～27週の早産
- ▶40歳以上の初産婦
- ▶BMIが35以上の初産婦
- ▶糖尿病合併妊娠
- ▶妊娠高血圧症候群
- ▶常位胎盤早期剥離

◆施設基準

◆ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）

- ▶ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）を算定する保険医療機関と連携体制を取る産科又は産婦人科
- ▶年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等の情報を院内掲示

◆ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）

- ▶ハイリスク分娩管理加算の施設基準を満たすこと

ハイリスク分娩管理加算(新設)

- ◆ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 1,000点
 - ▶1回の妊娠、1入院のみ8日間を限度

◆対象患者

- ▶妊娠22～27週の早産
- ▶40歳以上の初産婦
- ▶BMIが35以上の初産婦
- ▶糖尿病合併妊娠
- ▶妊娠高血圧症候群
- ▶常位胎盤早期剥離

◆施設基準

- ▶専ら産科医療に従事する医師が3名以上
- ▶年間分娩件数が120件以上
- ▶年間分娩件数等の情報を院内掲示
 - ▶(通知で明示)
- ▶助産師が3名以上

新設項目等

- ◆ 膣洗浄(熱性洗浄も含む) 42点 ⇒ 47点
- ◆ 子宮頸管内への薬物挿入法 42点 ⇒ 45点
- ◆ 子宮出血止血法
 - ▶ 2 分娩外のもの 42点 ⇒ 45点
- ◆ 胎盤圧出法 42点 ⇒ 45点
- ◆ クリステル胎児圧出法 42点 ⇒ 45点
- ◆ 膣ポリープ切除術(新設) 1、040点
- ◆ 子宮膣部冷凍凝固術(新設) 990点
- ◆ 子宮膣部糜爛子宮膣部乱切除術(新設) 470点
- ◆ 子宮内反症整復手術(膣式、腹式)
 - ▶ 1 非観血的(新設) 340点

精神科等の変更点

入院早期の評価

◆ 精神科救急入院料【10:1(現行2:1)】

- ▶ 入院後30日以内 3,200点
- ▶ 入院後30日超 2,800点

◆ 精神科急性期治療病棟入院料

【13:1(現行2.6:1)】

- ▶ 入院後30日以内 1,900点
- ▶ 入院後30日超 1,600点

◆ 精神科急性期治療病棟入院料

【15:1(現行3:1)】

- ▶ 入院後30日以内 1,800点
- ▶ 入院後30日超 1,500点

◆入院基本料加算

▶ 14日以内	439点	⇒	459点
▶ 15～30日以内	242点	⇒	242点
▶ 31～90日以内	125点	⇒	125点
▶ 91～180日以内	40点	⇒	20点
▶ 181～1年以内	25点	⇒	10点

◆精神病床における認知症患者

- ▶ 精神科病棟入院基本料に入院後3月以内に限り100点加算
- ▶ 重度認知症患者入院治療料・認知症老人入院精神療法料の廃止

◆ 入院精神療法算定要件の緩和

- ◆ 初めて入院する統合失調症の患者で新規入院又は退院予定のある患者の家族

◆ 精神科退院前訪問指導料

- ▶ 算定回数上限の緩和措置を追加
 - ▶ 入院後3月を超える患者に対して3回
⇒ 入院後6月を超える患者に対して6回

◆ 精神科訪問看護・指導料

- ▶ 算定回数上限の緩和措置を追加
 - ▶ 週3回 ⇒ 退院後3ヶ月以内の場合は週5回

◆ 通院精神療法(再診時)

▶ 診療所: 370点 ⇒ 360点

▶ 病 院: 320点 ⇒ 330点

◆ 心身医学療法(加算の新設)

▶ 20歳未満の患者

100/100加算

◆ 重度認知症患者デイケア料

▶ 介護保険との役割分担の明確化

▶ I と II の統合

▶ 4～6時間未満を廃止

▶ 6時間以上 1,000点

◆ 精神科ショートケア(1日につき)(新設)

▶ 小規模: 275点

▶ 大規模: 330点

入院にかかる変更点

急性期入院医療

◆入院基本料の簡素化

◆対象

- ▶ 一般病棟
- ▶ 専門病棟
- ▶ 障害者施設等
- ▶ 結核病棟
- ▶ 精神病棟
- ▶ 特定機能病院（一般病棟・結核病棟・精神病棟）

◆平均在院日数要件の短縮

◆夜間勤務等看護加算の廃止

◆老人点数は廃止だが90日超は存続

院内掲示

◆看護基準の掲示

- ▶看護実質配置による表記
 - ▶2:1⇒実質10:1
- ▶実際に働いている看護職員の数
 - ▶日勤・準夜・深夜帯ごと
- ▶入院基本料の算定要件

実質看護配置の考え方

【入院患者が30名で3交替の場合】

看護配置	職員数	3交替の配分①	1日当②	一勤務当③	実質看護配置
2:1	15	5/2/2	9	3	10:1
2.5:1	12	3/2/2	7	2.4	12.5:1
3:1	10	2/2/2	6	2	15:1
			①の和	②÷3	30÷③

院内揭示例

【入院患者30名、3交替、実質10:1の場合】

日勤帯 【8:30～17:00】	準夜帯 【16:30～1:00】	深夜帯 【0:30～9:00】
看護師1名で患者さん6名を受け持ちます	看護師1名で患者さん15名を受け持ちます	看護師1名で患者さん15名を受け持ちます

急性期入院医療

入院基本料

	実質看護配置	現行に換算	備 考
区分A	7:1	1.4:1	
区分B	10:1	2:1	
区分C	13:1	2.6:1	
区分D	15:1	3:1	
区分E	18:1	3.6:1	結核病棟・ 精神病棟のみ
区分F	20:1	4:1	

- ▶ 下記の要件のいずれかを満たせない場合は特別入院基本料を算定する
 - ▶ 看護職員配置・看護師比率・平均在院日数
- ▶ 夜勤についても看護職員配置で評価

急性期入院基本料一覧 I

種別	基準	一般病棟	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能病院		
							特定一般	特定結核	特定精神
区分A (1. 4:1)	点数	1,555点	1,555点		1,447点		1,555点	1,447点	1,311点
	実質配置	7:1	7:1		7:1		7:1	7:1	7:1
	看護比率	70%	70%		70%		70%	70%	70%
	在院日数	19日	30日		25日		28日	28日	28日
区分B (2:1)	点数	1,269点	1,269点	1,269点	1,161点	1,209点	1,209点	1,161点	1,209点
	実質配置	10:1	10:1	10:1	10:1	10:1	10:1	10:1	10:1
	看護比率	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
	在院日数	21日	33日	—	25日	25日	28日	28日	28日
区分C (2. 6:1)	点数	1,092点	1,092点	1,092点	949点			949点	
	実質配置	13:1	13:1	13:1	13:1			13:1	
	看護比率	70%	70%	70%	70%			70%	
	在院日数	24日	36日	—	28日			36日	
区分D (3:1)	点数	954点		954点	886点	800点		886点	839点
	実質配置	15:1		15:1	15:1	15:1		15:1	15:1
	看護比率	40%		40%	40%	40%		70%	70%
	在院日数	60日		—	—	—		—	—

※実質配置の単位は〇〇:〇以上 ※在院日数の単位は〇〇日以内

※看護比率の単位は〇〇%以上(特に記載する場合を除く)

急性期入院基本料一覽Ⅱ

種別	基準	一般病棟	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能病院		
							特定一般	特定結核	特定精神
区分E (3.6:1)	点数				757点	712点			
	実質配置				18:1	18:1			
	看護比率				40%	40%			
	在院日数				—	—			
区分F (4:1)	点数				713点	658点			
	実質配置				20:1	20:1			
	看護比率				40%	40%			
	在院日数				—	—			
特別入院 基本料1	点数	575点							
	実質配置	15:1未満							
	看護比率	40%未満							
	在院日数	—							
特別入院 基本料2	点数				550点	550点			
	実質配置				20:1未満	20:1未満			
	看護比率				40%未満	40%未満			
	在院日数				—	—			

※実質配置の単位は〇〇:〇以上 ※在院日数の単位は〇〇日以内

※看護比率の単位は〇〇%以上(特に記載する場合を除く)

看護補助加算

入院基本料

区分	配置基準	旧入院基本料		区分	配置基準	新入院基本料
1	4:1	5				
2	5:1	5				
3	6:1	3・4・5	⇒	1	6:1	D・E・F
4	10:1	2・3・4・5	⇒	2	10:1	C・D・E・F
5	15:1	2・3・4・5	⇒	3	15:1	C・D・E・F

医療安全対策

◆減算を廃止し入院基本料の要件とする

- ▶入院診療計画未実施減算
- ▶院内感染防止対策未実施減算
- ▶医療安全管理体制未整備減算
- ▶褥瘡対策未実施減算

◆医療安全対策加算（新設・要届出）

- ▶医療安全に係る専門の教育を受けた看護師・薬剤師等を医療安全管理者として専任で配置している場合
- ▶入院初日に50点加算

有床診療所入院基本料

◆項目の簡素化

◆有床診療所入院基本料1

▶ 7日以内	810点
▶ 14日以内	660点
▶ 30日以内	490点
▶ 31日以降	450点

▶看護職員5名以上

▶うち看護師が1名以上居ることが望ましい

▶医師配置等加算(1日につき)

40点 ⇒ 100点

◆有床診療所入院基本料2

▶ 7日以内 640点

▶ 14日以内 480点

▶ 30日以内 320点

▶ 31日以降 280点

▶ 看護職員1名以上5名未満

▶ 医師配置基準加算(1日につき)

40点 ⇒ 100点

慢性期入院医療(7月1日以降)

【療養病棟入院基本料】

ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,220点 (1,225点)	
ADL区分1			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

- ▶ リハビリテーションが包括対象外に
- ▶ 認知機能障害加算 5点(医療区分2・ADL区分1)

慢性期入院医療(7月1日以降)

【有床診療所療養病床入院基本料】

ADL区分3	602点	871点	
ADL区分2			975点
ADL区分1	520点	764点 (769点)	
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

- ▶ リハビリテーションが包括対象外に
- ▶ 認知機能障害加算 5点(医療区分2・ADL区分1)

慢性期入院医療

入院基本料

◆看護職員配置

◆療養病棟入院基本料

- ▶看護実質配置25:1(現行5:1)
- ▶看護補助実質配置25:1(現行5:1)

◆有床診療所療養病床入院基本料

- ▶看護実質配置30:1(現行6:1)
- ▶看護補助実質配置30:1(現行6:1)

◆医療区分2・3に該当する患者が8割以上

- ▶以下の条件を満たさない場合は算定できない
 - ▶看護実質配置20:1(現行4:1)
 - ▶看護補助実質配置20:1(現行4:1)

慢性期入院医療

◆急性増悪時の対応

- ▶急性増悪等により転室・他院へ転院する場合はその日から起算して3日前までは出来高算定
- ▶ただし医療区分1により算定する

◆療養病棟療養環境加算

- ▶療養病棟療養環境加算1 132点
- ▶療養病棟療養環境加算2 115点
- ▶療養病棟療養環境加算3 90点
- ▶療養病棟療養環境加算3 30点
- ▶診療所療養病床療養環境加算1 100点

◆180日超の選定療養対象から除外

慢性期入院医療(6月30日まで)

入院基本料

◆ 療養病棟入院基本料

▶ 療養病棟入院基本料1

イ 入院基本料1 1、187点(老人1、130点)

ロ 入院基本料2 1、117点(老人1、060点)

▶ 特別入院基本料

イ 特別入院基本料1 955点(老人 898点)

ロ 特別入院基本料2 885点(老人 828点)

◆ 有床診療所療養病床入院基本料

▶ 有床診療所療養病床入院基本料1 801点(老人783点)

▶ 特別入院基本料 698点(老人680点)

▶ リハビリテーションが包括対象外に

ハイリスク分娩管理加算(新設)

- ◆ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 1,000点
 - ▶1回の妊娠、1入院のみ8日間を限度

◆対象患者

- ▶妊娠22～27週の早産
- ▶40歳以上の初産婦
- ▶BMIが35以上の初産婦
- ▶糖尿病合併妊娠
- ▶妊娠高血圧症候群
- ▶常位胎盤早期剥離

◆施設基準

- ▶専ら産科医療に従事する医師が3名以上
- ▶年間分娩件数が120件以上
- ▶年間分娩件数等の情報を院内掲示
 - ▶(通知で明示)
- ▶助産師が3名以上

◆ 支払対象病院の拡大

- ▶ 対象病院：82施設
- ▶ 試行的適用病院：62施設
- ▶ 調査協力病院：228施設
 - ▶ 看護配置基準2：1以上（平成20年度まで経過措置）
 - ▶ 診療録管理体制加算を算定しているか同等の体制を持っていること
 - ▶ 標準レセ電算マスターに対応していること
 - ▶ 退院患者に係る調査に適切に参加できること
 - ▶ 特定集中治療室管理料を算定していること
 - ▶ 救命救急入院料を算定していること
 - ▶ 病理診断料を算定していること

- ▶要件(続き)
 - ▶麻酔管理料を算定していること
 - ▶画像診断管理加算を算定していること
- ▶診断群分類等の見直し
 - ▶3、074分類 ⇒ 2、500分類程度に
 - ▶手術による分岐の簡素化
 - ▶手術・処置等2による分岐の精緻化
 - ▶検査入院・教育入院の廃止
 - ▶副傷病の検証
 - ▶包括評価の範囲の見直し
 - ▶入院期間 I の見直し
- ▶調整係数の見直し
 - ▶▲3, 16%になるように調整

その他

◆標欠の取り扱い

▶医師または歯科医師

▶70／100以下 ⇒ 90／100相当の点数
(離島等: 98／100相当)

▶50／100以下 ⇒ 85／100相当の点数
(離島等: 97／100相当)

◆複合病棟の経過措置

▶平成18年9月30日まで

▶100床未満で療養病棟への移行が困難と認められる病院

▶一般病床と療養病床とを併せて1病棟

引上げられる項目等

◆特定機能病院

- ▶14日以内の初期加算

▶地域医療支援病院

- ▶地域医療支援病院入院診療加算1

490点 ⇒ 1,000点

▶救急医療管理加算

- ▶時間帯の拡大(休日又は夜間の限定解除)

- ▶算定日数を7日に延長

▶結核病棟・精神病棟

- ▶初期加算

- ◆ 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）
 - ▶ 単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合
40点
 - ▶ 協力型臨床研修指定病院の場合 20点
- ◆ がん診療連携拠点病院加算
入院初日 200点
- ◆ 褥瘡患者管理加算（新設・要届出）
 - ▶ 必要があつて褥瘡管理が行われた場合
 - ▶ 入院中1回20点加算

◆褥瘡ハイリスク患者ケア加算（新設・要届出）

- ▶褥瘡予防・管理が難しく、重点的な褥瘡ケアが必要な患者
- ▶入院中1回 500点加算

◆算定要件

- ▶専従の褥瘡管理者を配置
- ▶褥瘡管理者は所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること
- ▶褥瘡管理者は院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行う
- ▶その結果特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案
- ▶当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施すること
- ▶褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること
- ▶体制確保のための職員研修を計画的に実施していること

加算の見直し

◆ 紹介率を要件とする加算の廃止

- ▶ 紹介外来加算 ・ 紹介外来特別加算
- ▶ 急性期入院加算 ・ 急性期特定入院加算
- ▶ 地域医療支援病院入院診療加算2

◆ 地域加算を4種類 ⇒ 6種類

- ▶ 1級地(特別区) 18点
- ▶ 2級地(武蔵野市・大阪市等) 15点
- ▶ 3級地(さいたま市・横浜市等) 12点
- ▶ 4級地(京都市・福岡市等) 10点
- ▶ 5級地(仙台市・伊丹市等) 6点
- ▶ 6級地(札幌市・和歌山市等) 3点

回復期リハビリテーション病棟入院料

◆対象疾患の拡大

◆疾患ごとに算定上限を設定

特定
入院料

リハビリテーションを要する状態	算定開始後
脳血管疾患・脊髄損傷等の発症又は手術後2ヶ月以内	150日
(高次脳機能障害を伴った重傷脳血管障害・重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多発外傷)	180日
大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており手術後又は発症後2ヶ月以内	90日
大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の神経・筋・靱帯損傷後1ヶ月以内	60日

新設項目

◆脳卒中ケアユニット入院医療管理料

(1日につき) 5,700点

- ▶発症後14日を限度に算定
- ▶算定にふさわしい専用の治療室
- ▶神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する当該治療室専任医師が1名以上
- ▶看護師は3:1以上、夜勤は他病棟と兼任不可
- ▶CT・MRI・脳血管造影等の必要な脳画像診断が常時可能であること
- ▶専任で常勤のPTまたはOTが1名以上
- ▶当該治療室の8割以上が脳卒中対象患者

その他

◆小児入院医療管理料Ⅰ

3,000点 ⇒ 3,600点

◆小児入院医療管理料Ⅱ

2,600点 ⇒ 3,000点

◆プレイルーム・保育士等加算

80点 ⇒ 100点

▶医師要件の緩和

▶複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間
数を勤務できている場合は常勤として取り扱える

◆救急救命入院料・特定集中治療室管理料それぞれの項目を引上げ

算定ルールの変更

◆1日につき ⇒ 1食につき

▶3食を限度として算定

▶胃切後などで4食以上に分けて提供するような場合は別途通知？

▶入院時食療養費Ⅰ 640円(1食につき)

▶入院時食療養費Ⅱ 506円(1食につき)

◆特別食加算

▶350円(1日につき) ⇒ 76円(1食につき)

▶経管栄養のための濃厚流動食を削除

◆特別管理加算の廃止

▶栄養管理実施加算へ

- ◆栄養管理実施加算(1日につき) 12点
 - ▶入院基本料に対する加算
 - ▶栄養管理計画の作成
 - ▶当該計画に基づく栄養管理の実施
 - ▶個々の患者の栄養状態・健康状態等に着目した栄養管理
- ◆選択メニュー加算の廃止
 - ▶患者が選択できる複数のメニューの中で特別メニューの食事を提供した場合は実費徴収ができる

介護報酬の変更点

～医療機関に関わりのあるもの～

居宅療養管理指導

◆大きな枠組みの変更

- ▶介護予防サービス
- ▶介護サービス

◆基本的な算定ルールに変更無し

- ◆居宅療養管理指導Ⅰ 500単位
 - ◆減算の導入
- ◆居宅療養管理指導Ⅱ 290単位

◆算定要件

◆ケアマネージャーに対する情報提供を行わなかった場合は100単位減額

▶居宅療養管理指導Ⅰの場合

▶居宅介護支援事業者やその他の事業者に対してケアプラン作成に必要な情報の提供並びに利用者や家族等への居宅サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言

◆月2回を上限に算定することは変更無し

訪問看護

◆所要時間20分未満（新設）

- ▶訪問看護ステーションの場合 285単位
- ▶病院又は診療所の場合 230単位
 - ▶早朝・夜間・深夜のみ算定可

◆PT、OTが訪問看護を行った場合

- ▶言語聴覚士を追加
- ▶30分未満 425単位
- ▶30分以上1時間未満 830単位

◆ターミナルケア加算算定要件

- ▶前月訪問の要件を廃止
- ▶ターミナルケア後24時間以内に在宅以外で死亡した場合にも算定可
- ▶厚生労働大臣の定める基準
 - ▶ターミナルケアを受ける利用者に対して24時間の連絡及び訪問体制
 - ▶利用者の身体状況等の記録

◆算定除外要件

- ▶地域密着型特定施設入居者生活介護

通所系サービス

◆算定要件の見直し

- ▶要介護ごとにきめ細かく
- ▶送迎加算を基本単位数に包括化
- ▶入浴加算の一本化
- ▶前年度の平均利用者数による減算
 - ▶前年度の1月当の平均利用延人員が900人超の場合
 - ▶所定単位数の90／100で算定

◆栄養マネジメント加算（新設）

100単位／日

- ▶ 低栄養状態にある者またはそのおそれのある利用者
- ▶ 管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成
- ▶ 上記に基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定

◆口腔機能向上加算(新設)

100単位／日

- ▶ 口腔機能が低下している者又はそのおそれのある利用者
- ▶ 歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成
- ▶ 上記に基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定除外要件

◆若年性認知証ケア加算(新設)

60単位／日

- ▶若年性認知証の利用者が対象
- ▶高齢者とはサービス提供単位を区分する
- ▶利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定

◆入浴介助加算

50単位／回

- ▶入浴介助加算(44単位／回)・特別入浴介助加算(65単位／回)を一本化

◆リハビリテーションマネジメント加算

(新設)20単位／日

- ▶ 現行の個別リハビリテーション加算の見直し
- ▶ 個別のリハビリテーション実施計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスを実施
- ▶ ケアマネージャーを通じた多職種による協働の推進
 - ▶ 居宅サービスを担う他の事業所に対しての情報伝達
 - ▶ 日常生活の留意点
 - ▶ 介護の工夫等

◆短期集中リハビリテーション実施加算（新設）

◆退院・退所後又は認定日から起算して

▶ 1月以内	180単位／日
▶ 1月超3月以内	130単位／日
▶ 3月超	80単位／日

◆早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させる目的

◆算定要件

- ◆退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後
- ◆短期集中的に、リハビリテーションを実施した場合（1週間2回以上が目安）
- ◆リハビリテーションマネジメント加算を算定していること

◆厚生労働省

▶ <http://www.mhlw.go.jp/index.html>

◆WAMNET(独立行政法人福祉医療機構)

▶ <http://www.wam.go.jp/>

◆全国保険医団体連合会(保団連)

▶ <http://www1.doc-net.or.jp/~hodanren/>

ご清聴ありがとうございました