

日医総研ORCAプロジェクト

認定事業所向け 平成24年度診療報酬改定説明会

平成24年度 診療報酬・介護報酬 W改定のポイント

～ 外 来 編 ～

平成24年 3月25日

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント 第5590号

細 谷 邦 夫

はじめに

- ◆ 本日の資料は以下の資料を参考に作成しております
 - ▶ 3月5日付官報
 - ▶ 3月5日付通知
 - ▶ 3月5日、6日、19日付Q & A（日本医師会）
- ◆ 変更点を中心に記載しておりますので、資料中に記載のないものについては、変更無しとなっています
- ◆ 今後の情報につきましては、厚生労働省や各学会より発出される疑義解釈等を参照してください

【参考】前期高齢者の一部負担割合

◆ 一 般 1 割

◆ 現役並所得者 3 割

▶ 平成24年度も継続されます

◆ 平成25年3月31日まで延長

(平成24年2月8日保発0208第1号)

全体的留意事項

◆ 各種届出の留意事項

▶ 届出の締め切り

- ◆ 平成24年4月16日（月）

▶ 届出用紙

- ◆ 基本診療料の施設基準等に係る届出書
- ◆ 届出書添付書類

→ 場合によっては講習会修了証などが必要

▶ 届出先

- ◆ 地方厚生局
- ◆ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/about/index.html#shozaichi>

◆ 算定要件の確認

- ▶ 要件に院内掲示がある場合は早めに準備をする
- ▶ 今後の告示・疑義解釈に注意（厚生労働省HP確認）

届出不要な基本診療料(届出済みの場合)

平成24年度診療報酬改定

地域医療貢献加算	→	時間外対応加算2
慢性期病棟等退院調整加算1	→	退院調整加算
慢性期病棟等退院調整加算2	→	退院調整加算
急性期病棟等退院調整加算	→	退院調整加算
後発医薬品使用体制加算	→	後発医薬品使用体制加算2
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (重症患者回復病棟加算の届出を行っている場合に限る)	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料2	→	回復期リハビリテーション病棟入院料3

届出不要な特掲診療料(届出済みの場合)

平成24年度診療報酬改定

在宅療養支援診療所	→	別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院	→	別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院
在宅末期医療総合診療料	→	在宅がん医療総合診療料
血液細胞核酸増幅同定検査	→	造血器腫瘍遺伝子検査
HPV核酸同定検査	→	HPV核酸検出
埋込型心電図検査	→	植込型心電図検査
神経磁気診断	→	脳磁図
透析液水質確保加算	→	透析液水質確保加算1
人工内耳埋込術	→	人工内耳植込術
経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	→	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの) (高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに限る)
埋込型心電図記録計移植術	→	植込型心電図記録計移植術
埋込型心電図記録計摘出術	→	植込型心電図記録計摘出術
埋込型除細動器移植術	→	植込型除細動器移植術
埋込型除細動器交換術	→	植込型除細動器交換術
両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術	→	両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術
両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術	→	両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術
埋込型補助人工心臓	→	植込型補助人工心臓(拍動流型)

【参考】地方厚生局所在地

◆ 関東信越厚生局

▶ 東京事務所

◆ 〒163-1111

東京都新宿区西新宿6丁目22-1 新宿スクエアタワー11階

◆ 03-6692-5119

▶ 神奈川事務所

◆ 〒231-0015

神奈川県横浜市中区尾上町1丁目6 住友生命横浜関内ビル6階

◆ 045-270-2053

▶ 埼玉事務所

◆ 〒330-0063

◆ 埼玉県さいたま市浦和区高砂1丁目1-1 朝日生命浦和ビル8階

◆ 048-612-7508

【参考】地方厚生局所在地

◆ 関東信越厚生局

▶ 群馬事務所

◆ 〒371-0024

群馬県前橋市表町2丁目2-6 前橋第一生命ビルディング7階

◆ 027-896-0488

▶ 栃木事務所

◆ 〒320-0033

栃木県宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル2階

◆ 028-341-2009

▶ 茨城事務所

◆ 〒310-0061

茨城県水戸市北見町1-11 水戸地方合同庁舎4階

◆ 029-277-1316

【参考】地方厚生局所在地

◆ 関東信越厚生局

▶ 千葉事務所

◆ 〒260－0013

千葉県千葉市中央区中央3丁目3－8 日本生命千葉中央ビル7階

◆ 043-379-2716

▶ 新潟事務所

◆ 〒950－0088

新潟県新潟市中央区万代2丁目3－6

新潟東京海上日動ビルディング1階

◆ 025-364-1847

▶ 山梨事務所・長野事務所

療養担当規則

◆ 明細書発行についてのルール変更

- ▶ 400床以上の病院については、平成26年度以降は全医療機関が発行（平成26年4月施行）
- ▶ 「正当な理由」に該当する医療機関（次ページ参照）は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毎年7月1日現在の状況を報告
- ▶ 実費徴収する際は1000円を限度
- ▶ 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
- ▶ 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

【参考】明細書発行について

◆ 明細書発行の原則義務化

▶ 発行対象外となる「正当な理由」とは

- ◆ 明細書発行機能がないレセコン・電子カルテを使用している
- ◆ 明細書発行にあたり、自動入金機の改修が必要な場合
→ 上記に該当する場合のみ実費徴収が可能

◆ 「正当な理由」に該当する場合には・・・

▶ 地方厚生局に届出

▶ 院内掲示

- ◆ 正当な理由に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨
- ◆ 明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を院内掲示し、その内容を地方厚生局に届出る
- ◆ 手書き医療機関は上記のうち院内掲示が必要だが届出は不要

【参考】明細書留意点

◆ 発行しなくてもいい場合

- ▶ 患者から明細書は不要と申し出がある場合
- ▶ 生保やマル乳など一部負担金が発生しない場合
- ▶ 明細書の交付により治療に支障や患者に精神的な損害が生じると判断される場合

◆ 発行義務の無い医療機関の留意点

- ▶ 発行義務が無くても、その旨の院内掲示が必要
- ▶ 発行義務が無くても患者から要望があった場合には発行する必要あり
- ▶ 発行義務の無い医療機関で明細書を発行した場合は自費徴収可能。その旨の院内掲示（徴収の有無・金額等）することが必要

基 本 診 療 料

初・再診料



◆ 初診料

270点 ⇒ 270点

▶ 診療所は変更無し

◆ 特定機能病院又は500床以上の地域医療支援病院で一部患者について ⇒ 200点

◆ 再診料

69点（据え置き）

- ◆ 同日複数科再診料 3 4 点
- ◆ 同日複数科外来診療料（200床以上） 3 4 点

基本診療料

- ▶ 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）が対象
- ▶ 医療機関の事情によらず、患者の意思により医療法上の複数標榜診療科を受診
- ▶ 複数の保険医の診察を受けた場合
- ▶ 2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不可

時間外対応加算(要届出)(診療所のみ) (新)

基本診療料

- ◆ 時間外対応加算 1 5 点
- ◆ 時間外対応加算 2 3 点
- ◆ 時間外対応加算 3 1 点
 - ▶ 再診料に対する加算
 - ▶ 標榜時間外に、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応じる体制を整備
 - ▶ 対応者、緊急時の対応体制、連絡先等を院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等により患者に対し周知
- ◆ 届出の留意点
 - ▶ 別添 7 の様式 2
 - ▶ 実績は不要
 - ▶ 現在地域医療貢献加算を算定している医療機関が時間外対応加算 2 を算定する場合は届出不要

時間外対応加算算定要件1

新

基本診療料

◆ 時間外対応加算 1

5 点

- ▶ 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
- ▶ 原則として自院で対応
- ▶ やむを得ない事由により問い合わせに応じることができなかった場合には速やかに患者にコールバックする

◆ 時間外対応加算 2

3 点

- ▶ 標榜時間外の準夜帯（標榜時間外の夜間の数時間）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地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行う等の対応可
- ▶ 原則として自院で対応
- ▶ やむを得ない事由により問い合わせに応じることができなかった場合には速やかに患者にコールバックする

◆ 時間外対応加算 3

1 点

- ▶ 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可
- ▶ 当番日は原則として自院で対応
- ▶ 連携は 3 医療機関以下
- ▶ 連携に関する情報は、院内に掲示し患者へ説明する

時間外対応加算留意点

新

基本診療料

- ◆ 電話再診の場合も算定可
- ◆ 携帯電話への転送による対応可
- ◆ 診療所職員が初期対応し、その後医師に連絡することでも可
- ◆ 電話対応が原則だが、速やかな対応が可能であればメール等でも可（患者の同意必要）
- ◆ 学会出張時には連携医療機関をお知らせすることも可
- ◆ 休日・夜間診療所を緊急時の対応施設とすることも可（連絡先等の情報提供必須）
- ◆ 時間外対応加算3で連携する医療機関で標榜時間が違う場合は、当番となった医療機関の標榜時間で考える

医学管理料

◆ 算定要件に屋内全面禁煙を追加（届出不要）

- ▶ 悪性腫瘍特異物質治療管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、喘息治療管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、乳幼児育児栄養指導料、生活習慣病管理料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、（他に入院料加算あり）
- ▶ 施設基準
 - ◆ 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
 - ◆ ビル診等の場合は、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であること
- ▶ 経過措置
 - ◆ 平成24年6月30日までは従前の通り算定可能

点数の変更



- ◆ 難病外来指導管理料 250点 ⇒ 270点
- ◆ 心臓ペースメーカー指導管理料
 - ▶ 遠隔モニタリングによる場合 460点 ⇒ 550点
 - ▶ 上記以外の場合 320点 ⇒ 360点
- ◆ 高度難聴指導管理料
 - ▶ 人工内耳埋込術・・・の場合 480点 ⇒ 500点
 - ▶ 上記以外の場合 400点 ⇒ 420点
- ◆ ハイリスク妊産婦共同管理料
 - ▶ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 500点 ⇒ 800点
 - ◆ 多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延を対象疾患に追加

◆ 小児悪性腫瘍患者指導管理料

500点 ⇒ 550点

◆ 地域連携小児夜間・休日診療料

▶ 地域連携小児夜間・休日診療料1 400点⇒450点

▶ 地域連携小児夜間・休日診療料2 550点⇒600点

◆ 院内トリアージ加算の削除 ⇒ 独立項目として新設

◆ 地域連携夜間・休日診療料 100点 ⇒ 200点

- ◆ 検査項目の名称変更に合わせて項目修正
 - ▶ 慢性維持透析患者外来医学管理料
 - ◆ 安定した患者から他医療機関受診者を除く
 - ▶ 手術前医学管理料
 - ▶ 手術後医学管理料
- ◆ 小児科外来診療料
 - ▶ 算定可能な項目の追加
 - ◆ 院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料

◆ 外来・入院・集団栄養食事指導料の要件見直し

- ▶ 嗜好を勘案し食品構成に基づく食事計画案または少なくとも数日間の具体的な献立を示した栄養食事指導せん

⇒嗜好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付

▶ 管理栄養士への指示事項の簡素化

- ◆ 「脂質構成（不飽和脂肪酸／飽和脂肪酸比）」を削除
- ◆ 指導内容の要点及び指導時間を記載すること
- ▶ 集団指導では医師の指示事項と管理栄養士が患者個々の指導内容を記載することとされた

項目の再編、注の変更等

(改)

◆ 特定薬剤治療管理料の対象薬剤追加

▶ 不整脈用剤

- ◆ ソタロール塩酸塩（ソタコール）・ベプリジル塩酸塩（ベプリコール）

▶ 免疫抑制剤

- ◆ エベロリムス製剤（アフィニトール、サーティカン）・ミコフェノール酸モフェチル製剤（セルセプト）

◆ 生活習慣病管理料の要件見直し

▶ 指導項目の追加

- ◆ 家庭での体重や血圧の計測、その他療養を行うに当たっての問題点

▶ 包括除外項目の追加

- ◆ 外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防管理料

▶ 血糖自己測定指導加算の検査数値の見直し

- ◆ JDS値で8.0％以上、NGSP値で8.4％以上

項目の再編、注の変更等

(改)

◆ がん性疼痛緩和指導管理料の項目再編

▶ 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合

200点

- ◆ 緩和ケアの経験を有する医師が直接当該指導管理を行った場合

▶ 上記以外の場合

100点

- ◆ いずれも当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること

▶ 小児加算

50点

- ◆ 15歳未満の小児

項目の再編、注の変更等

(改)

◆ がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

- ▶ 継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価
- ▶ がん治療連携指導料、がん治療連携指導料を算定した医療機関間で転院した場合にも、双方の医療機関で患者1人につき1回に限り算定できるように変更

◆ がん治療連携指導料の算定対象追加

- ▶ がん治療連携計画策定料2（新設）を追加
- ▶ 計画策定病院が連携医療機関を記載して地域連携診療計画書とともに届出ること、連携する医療機関は届出が不要となった

◆ 退院時共同指導料 1 の加算の新設

▶ 特別管理指導加算（新設）

200点

◆ 特別な管理が必要な者

- 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
- 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
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

▶ 入院中2回に限り算定

◆ 退院時共同指導料 2 の算定対象拡大

- ▶ 当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と共同して行った場合に算定

◆ 810点（新設）（1月に1回）

◆ 導入期加算 140点

▶ 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合

▶ 算定要件

◆ 入院中の患者以外

◆ 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与含む）を行っている患者に必要な指導管理（診察とともに投与量の確認や調節など）を実施

◆ プログラム変更に要する費用は別途算定不可

◆ 指導内容の要点を診療録に記載

◆ 算定要件（要届出）

- ▶ 350点（月1回限り）
- ▶ 透析予防の指導が必要と認める以下の糖尿病患者に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定
 - ◆ ヘモグロビン A1c（HbA1c）が 6.1%（JDS 値）以上、6.5%（国際標準値）以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（透析療法を行っている者を除く）

◆ 施設基準

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

◆ 留意点

- ▶ 医師か看護師・保健師はどちらか一方が常勤
- ▶ 管理栄養士は非常勤可

◆ 施設基準

- ▶ 医師は糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者
- ▶ 看護師は次のいずれかに該当する者
 - ◆ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導経験2年以上かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者で、適切な研修を修了した者
 - 適切な研修とは以下の要件をみたすもの
 - 国及び医療関係団体等が主催する研修
 - 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容を含む
 - 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるもの
 - 通算して10時間以上のもの
 - ◆ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導の従事経験を5年以上

◆ 施設基準

- ▶ 保健師は糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導経験2年以上
- ▶ 管理栄養士は糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導経験5年以上
- ▶ 医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい
- ▶ 糖尿病教室を定期的を実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明する
- ▶ 当該患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生局（支）局長に報告
- ▶ 病院は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている

◆ 届出の留意事項

- ▶ 別添 2 の様式 5 の 6 を使用
- ▶ 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 7 の様式 13 の 2
- ▶ 毎年 7 月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 7 の様式 13 の 2 により届け出る
- ▶ 医師、看護師又は保健師、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付

◆ 院内トリアージ実施料（要届出）

100点

▶ 算定要件

- ◆ 夜間、休日又は深夜に受診した患者
- ◆ 初診料を算定する患者
- ◆ 全年齢が対象となった
- ◆ 院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価
- ◆ 診療録にその旨を記載
- ◆ 「夜間休日救急搬送医学管理料」と併算定不可
- ◆ 患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明する

▶ 施設基準

- ◆ 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている
- ◆ 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている
- ◆ 専任の医師または救急医療に関する 3 年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている
- ◆ 院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止

◆ 認知症療養指導料（新設）

3 5 0 点

▶ 対象患者

- ◆ 入院中の患者以外または療養病棟に入院中の患者
- ◆ 当院の紹介により他院で認知症の鑑別診断を受け、認知症専門診断管理料 1 を算定された患者

▶ 算定要件

- ◆ 他院からの認知症療養計画に基づいた治療を行い、患者の同意を得て他院に文書で診療情報提供
- ◆ 当該治療を行った日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定
- ◆ 特定疾患療養管理料、診療情報提供料（Ⅰ）は算定不可

◆ 算定のポイント

- ▶ 認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価

◆ 認知症療養指導料（新設）

350点

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

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 東京都

- ▶ 平成23年度中に整備予定

◆ 神奈川県

- ▶ 東海大学医学部附属病院
- ▶ 久里浜アルコール症センター

◆ 千葉県

- ▶ 袖ヶ浦さつき台病院

◆ 茨城県

- ▶ 日立梅ヶ丘病院

※以下小職が講演にお邪魔する地域のみ記載しております

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 埼玉県

- ▶ 秩父中央病院
- ▶ 武里病院
- ▶ 毛呂病院
- ▶ 西熊谷病院
- ▶ 戸田病院
- ▶ 埼玉精神神経センター

◆ 栃木県

- ▶ 獨協医科大学病院
- ▶ 足利富士見台病院
- ▶ 鳥山台病院

認知症疾患医療センター(平成24年2月1日現在)

◆ 群馬県

- ▶ 群馬大学医学部附属病院
- ▶ 内田病院
- ▶ 上毛病院
- ▶ 老年病研究所附属病院
- ▶ サンピエール病院
- ▶ 篠塚病院
- ▶ 岸病院
- ▶ 西毛病院
- ▶ 田中病院
- ▶ 原病院

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 大阪府

- ▶ 水間病院
- ▶ さわ病院
- ▶ 山本病院
- ▶ 大阪さやま病院
- ▶ 新阿武山病院
- ▶ 大阪市立大学医学部附属病院
- ▶ ほくとクリニック病院
- ▶ 大阪府立弘済院附属病院
- ▶ 浅香山病院
- ▶ 阪南病院

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 兵庫県

- ▶ 兵庫医科大学病院
- ▶ 兵庫県立淡路病院
- ▶ 大塚病院
- ▶ リハビリテーション西播磨病院
- ▶ 公立豊岡病院組合立豊岡病院
- ▶ 兵庫県立姫路循環器病センター
- ▶ 独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院
- ▶ 神戸大学医学部附属病院

◆ 京都府

- ▶ 国立病院機構舞鶴医療センター
- ▶ 京都府立医科大学附属病院
- ▶ 京都府立洛南病院

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 愛知県

- ▶ 独立行政法人国立長寿医療研究センター

◆ 三重県

- ▶ 松坂厚生病院
- ▶ 三重県立こころの医療センター
- ▶ 東員病院

◆ 滋賀県

- ▶ 瀬田川病院
- ▶ 琵琶湖病院
- ▶ 豊郷病院
- ▶ 水口病院

認知症疾患医療センター(平成24年2月1日現在)

◆ 奈良県

- ▶ 信貴山病院ハートランドしぎさん
- ▶ 秋津鴻池病院

◆ 和歌山県

- ▶ 国保日高病院
- ▶ 和歌山県立医科大学付属病院

◆ 岡山県

- ▶ 総合病院岡山赤十字病院

◆ 広島県

- ▶ 三原病院
- ▶ メープルヒル病院
- ▶ 草津病院

認知症疾患医療センター(平成24年2月1日現在)

◆ 香川県

- ▶ 小豆島病院
- ▶ 香川大学医学部附属病院
- ▶ 大西病院
- ▶ いわき病院
- ▶ 総合病院回生病院
- ▶ 三豊市立西香川病院

◆ 高知県

- ▶ 高知鏡川病院

◆ 大分県

- ▶ 緑が丘保養園

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 福岡県

- ▶ 久留米大学病院
- ▶ 牧病院
- ▶ 大牟田病院
- ▶ 宗像病院
- ▶ 見立病院
- ▶ 小倉蒲生病院
- ▶ 九州大学病院

◆ 佐賀県

- ▶ 佐賀大学医学部附属病院
- ▶ 肥前精神医療センター
- ▶ 嬉野温泉病院
- ▶ 河畔病院

認知症疾患医療センター（平成24年2月1日現在）

◆ 長崎県

- ▶ 出口病院
- ▶ 佐世保中央病院

◆ 宮崎県

- ▶ 大悟病院
- ▶ 野崎病院
- ▶ 協和病院

◆ 鹿児島県

- ▶ 谷山病院
- ▶ 松下病院
- ▶ 宮之木病院
- ▶ 栗野病院

認知症疾患医療センター(平成24年2月1日現在)

◆ 熊本県

- ▶ 熊本大学医学部附属病院
- ▶ 山鹿回生病院
- ▶ 阿蘇やまなみ病院
- ▶ くまもと青明病院
- ▶ 益城病院
- ▶ 平成病院
- ▶ くまもと心療病院
- ▶ 天草病院
- ▶ 荒尾こころの郷病院
- ▶ 吉田病院

在 宅 医 療 料

◆ 施設基準

- ▶ ① 従前の要件（次ページ参照）に以下を追加
 - ◆ 所属する常勤医師 3 名以上（常勤換算 OK）
 - ◆ 過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上
 - ◆ 過去 1 年間の看取り実績 2 件以上
- ▶ ② 複数の医療機関が連携し①の要件を満たすことも可
 - ◆ その場合は、以下の要件を満たす
 - 患者からの緊急時の連絡先の一元化
 - 連携医療機関間で月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施し患者の診療情報の共有を図る
 - 連携する医療機関数は 10 未満
 - 連携に入れる病院は 200 床未満

◆ 従来の施設基準

- ▶ 24時間連絡が取れる担当者の連絡先を患者に周知
- ▶ 24時間往診が可能な体制確保
- ▶ 24時間訪問看護の提供が可能な体制確保（連携可）
- ▶ 緊急時の入院先を確保（連携可）

◆ 届出の留意事項

- ▶ 別添2の様式11と様式11の3（単独）または様式11の4（連携）を使用

◆ 情報提供に関する規定の明文化

- ▶ 他の保険医療機関又は訪問看護ステーション（いずれも特別の関係含む）と連携する場合には、当該患者の診療情報の提供の費用は各所定点数に含まれ別に算定できない

機能強化型在支診・在支病

在宅医療料

- ◆ 「単独型」 ・ 「連携型」 双方の届出可能
 - ▶ 届出方法は疑義照会中
- ◆ 1つの医療機関が複数のグループに属することも可能
 - ▶ 実績のカウントについては疑義照会中
- ◆ 連携先に「特別の関係」の医療機関が含まれても届出可能

機能を強化した在宅療養支援診療所施設基準^改

在宅医療料

- ◆ ①下記の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保
 - ▶ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
 - ◆ 入院診療又は外来診療のみではなく在宅医療に関わる医師
 - ▶ 24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定
 - ◆ 直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供
 - ◆ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合、その旨と連絡先を文書上に明示
 - ▶ 往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供
 - ▶ 24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保（連携可）し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供
 - ▶ 緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保（無床診療所は連携可）し、受入医療機関の名称等を予め地方厚生（支）局長に届出る
 - ▶ 他院と連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、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を文書（電子媒体を含む）により随時提供
 - ▶ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備
 - ▶ 当該地域において、他の保健医療・福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携
 - ▶ 年1回、在宅看取り数等を別添2の様式11により、地方厚生（支）局長に報告
 - ▶ 過去1年間の緊急の往診の実績（緊急・夜間・深夜に行う往診）を5件以上有する
 - ▶ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有している

機能を強化した在宅療養支援診療所施設基準^改

在宅医療料

- ◆ ②他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保
 - ▶ 在宅支援連携体制を構築する保険医療機関数は、当該診療所を含めて10未満
 - ▶ 在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院が、全て在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定
 - ▶ （①と共通部分割愛）
 - ▶ 緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届出
 - ◆ 連携医療機関のいずれも無床の場合には、別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む）との連携により、患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届出
 - ▶ 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ▶ 緊急往診・看取り数の報告は、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することも可
 - ▶ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有すること。
 - ▶ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有していること。

◆ 機能を強化した在支診・在支病（新設）

▶ 病床を有する場合

◆ 緊急加算	8 5 0 点
◆ 夜間加算	1 7 0 0 点
◆ 深夜加算	2 7 0 0 点

▶ 病床を有しない場合

◆ 緊急加算	7 5 0 点
◆ 夜間加算	1 5 0 0 点
◆ 深夜加算	2 5 0 0 点

- ▶ 在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の中に1つでも病床を有する保険医療機関が存在する場合、「病床を有する場合」に該当する

往診料加算の見直し



在宅医療料

◆ 在支診・在支病

▶ 緊急加算	変更無し	⇒	6 5 0 点
▶ 夜間加算	変更無し	⇒	1 3 0 0 点
▶ 深夜加算	変更無し	⇒	2 3 0 0 点

◆ 在支診・在支病以外

▶ 緊急加算	変更無し	⇒	3 2 5 点
▶ 夜間加算	変更無し	⇒	6 5 0 点
▶ 深夜加算	変更無し	⇒	1 3 0 0 点

在宅患者訪問診療料の見直し



在宅医療料

- ◆ 同一建物居住者以外の場合 830点
- ◆ 同一建物居住者の場合
 - ▶ イ 特定施設に入居する者の場合 400点
 - ◆ 特定施設・地域密着特定施設、特別養護老人ホーム
 - ▶ ロ イ以外の場合 200点
 - ▶ 特養における算定要件（ターミナルケア加算含）
 - ◆ 末期の悪性腫瘍患者のほか以下の条件を満たす場合に疾患に限らず死亡日から遡って30日に限り医療保険の給付対象
 - 介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養
 - 在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合

在宅患者訪問診療料の見直し



在宅
医療
料

◆ 在宅患者訪問診療料

▶ 乳幼児加算の新設（1日につき）

◆ 乳幼児加算（3歳未満） 200点 ⇒ 400点

◆ 幼児加算（3歳以上6歳未満）

200点 ⇒ 400点

◆ 要件の見直し

▶ 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、1人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、1日につきそれぞれ1回に限り算定可能

◆ 在宅ターミナルケア加算の見直し

▶ 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施

◆ 機能を強化した在支診・在支病

→病床を有する場合 6 0 0 0 点

→病床を有しない場合 5 0 0 0 点

◆ 在支診・在支病 4 0 0 0 点

◆ 在支診・在支病以外 3 0 0 0 点

▶ 看取り加算（新設） 3 0 0 0 点

◆ 事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行い、死亡日に患家で看取った場合に算定

◆ 診療内容の要点等を診療録に記載

▶ 死亡診断加算と看取り加算は併算定不可

ターミナルケア加算

在宅医療料

◆ 考え方

- ▶ 看取りまでのプロセスの評価（在宅ターミナルケア加算）と在宅での看取りの評価（看取り加算）の2つに分かれた
- ▶ 死亡日を含む15日以内に2回以上の往診又は訪問診療が行われていれば算定可能
 - ◆ （死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行っていても可）

- ◆ 4月29日に最終訪問、死亡日が5月1日のような場合で、死亡日に訪問が無い場合は、4月にターミナルケア加算を算定

在宅時医学総合管理料の項目見直し

(改)

在宅医療料

◆ 機能を強化した在支診・在支病

▶ 病床を有する場合

◆ 処方せんを交付する

5 0 0 0 点

◆ 処方せんを交付しない

5 3 0 0 点

▶ 病床を有しない場合

◆ 処方せんを交付する

4 6 0 0 点

◆ 処方せんを交付しない

4 9 0 0 点

◆ 在支診・在支病

▶ 処方せんを交付する

変更無し ⇒ 4 2 0 0 点

▶ 処方せんを交付しない

変更無し ⇒ 4 5 0 0 点

◆ 在支診・在支病以外

▶ 処方せんを交付する

変更無し ⇒ 2 2 0 0 点

▶ 処方せんを交付しない

変更無し ⇒ 2 5 0 0 点

特医総管の項目見直し



在宅医療料

◆ 機能を強化した在支診・在支病

▶ 病床を有する場合

◆ 処方せんを交付する

3 6 0 0 点

◆ 処方せんを交付しない

3 9 0 0 点

▶ 病床を有しない場合

◆ 処方せんを交付する

3 3 0 0 点

◆ 処方せんを交付しない

3 6 0 0 点

◆ 在支診・在支病

▶ 処方せんを交付する

変更無し ⇒ 3 0 0 0 点

▶ 処方せんを交付しない

変更無し ⇒ 3 3 0 0 点

◆ 在支診・在支病以外

▶ 処方せんを交付する

変更無し ⇒ 1 5 0 0 点

▶ 処方せんを交付しない

変更無し ⇒ 1 8 0 0 点

◆ 特養における算定要件

- ▶ 末期の悪性腫瘍患者のほか以下の条件を満たす場合に疾患に限らず死亡日から遡って30日に限り医療保険の給付対象
 - ◆ 介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養
 - ◆ 在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合
- ▶ 介護報酬の看取り加算要旨
 - ◆ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
 - ◆ 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されている
 - ◆ 医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じ、随時介護が行われている
 - ◆ 医療連携体制加算を算定している 等

在宅がん医療総合診療料



在宅
医療
料

◆ 在宅末期医療総合診療料が名称変更

◆ 機能を強化した在支診・在支病

▶ 病床を有する場合

◆ 処方せんを交付する 1 8 0 0 点

◆ 処方せんを交付しない 2 0 0 0 点

▶ 病床を有しない場合

◆ 処方せんを交付する 1 6 5 0 点

◆ 処方せんを交付しない 1 8 5 0 点

◆ 在支診・在支病

▶ 処方せんを交付する 1 4 9 5 点

▶ 処方せんを交付しない 1 6 8 5 点

◆ 専門性の高い看護師による訪問の評価

▶ 緩和ケア・褥瘡ケア専門訪問看護・指導料 1 2 8 5 点

▶ 算定要件

◆ 要届出

◆ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者であって通院が困難なもの

◆ 他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行う

◆ 月 1 回を限度として算定

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

◆ 算定日数の要件変更

▶ 精神科訪問看護・指導料と合わせて週 3 日、同一日の算定不可

在宅患者訪問看護・指導料

(改)

在宅医療料

- ◆ 長時間訪問看護・指導加算(点数変更無)
 - ▶ 15歳未満の超重症児・準超重症児は週3回まで
- ◆ 複数名訪問看護加算
 - ▶ 看護補助者との訪問を新設 300点
- ◆ 在宅ターミナルケア加算
 - ▶ 死亡日を含む15日間に2回以上の訪問看護
- ◆ 在宅移行加算
 - ▶ 退院日から1か月以内に4回の訪問要件が削除
- ◆ 加算の新設
 - ▶ 夜間・早朝訪問看護加算 (新設) 210点
 - ◆ 夜間(18時～22時)・早朝(6時～8時)
 - ▶ 深夜訪問看護加算 (新設) 420点
 - ▶ 緊急訪問看護加算との併算定可

在宅患者訪問看護・指導料



在宅医療料

◆ 訪問看護指示料

- ▶ 指定地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は複合型サービス）も対象
- ▶ 特別指示加算の別に厚労大臣の定める者の要件が削除
 - ◆ 気管カニューレ・褥瘡
- ▶ 訪問看護が退院直後 2 週間に限り医療保険でも提供可能に
- ▶ 精神科訪問看護指示料と併算定不可

◆ 介護職員等喀痰吸引等指示料 （新設） 2 4 0 点

- ▶ 3 月に 1 回の算定

◆ 訪問看護療養費との関係

- ▶ 訪問看護ステーションとの連携を強化
- ▶ 外泊時の訪問看護療養費（訪問看護基本療養費）の新設 等

◆ 救急搬送診療料（１３００点に変更無し）

- ▶ 長時間加算（新設）５００点
 - ◆ 患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が３０分を超えた場合に算定

在宅患者訪問リハビリテーション

(改)

在宅医療料

◆ 急性増悪等への対応

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

◆ 算定要件

- ▶ 基本の点数に変更無し
 - ◆ 同一建物居住者以外 300点
 - ◆ 同一建物居住者 255点
- ▶ 原則として患者1人につき、1（300点）と2（255点）を合わせて週6単位に限り算定
- ▶ 1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合
 - ◆ 6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定可能
 - ◆ 要介護者等の場合は必要理由と期間を診療録に記載

◆ 在宅自己注射指導管理料の項目見直し

▶ 複雑な場合 1 2 3 0 点

◆ 間歇注入シリンジポンプを用いてポンプの状態、投与量等について確認・調整等を行った場合に算定

◆ プログラムの変更に係る費用は別途算定不可

▶ 上記以外の場合 8 2 0 点

◆ 間歇注入シリンジポンプ加算(1 5 0 0 点)の再編

▶ 1 プログラム付きシリンジポンプ 2 5 0 0 点

◆ 基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、1日につき24プログラム以上の設定が可能なもの

▶ 2 1 以外のシリンジポンプ 1 5 0 0 点

▶ 輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料については、所定点数に含まれる

◆ 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

150点

- ▶ 入院中の患者以外の患者
- ▶ 厚労大臣の定める妊娠中の糖尿病患者に対して周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行う
- ▶ 以下の(1)又は(2)に該当する妊娠糖尿病患者で、血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定
 - ◆ (1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合
 - 空腹時血糖値が126mg/dL以上
 - HbA1CがJDS値で6.1%以上 (NGSP値で6.5%)
 - 随時血糖値が200mg/dL以上 (空腹時血糖値又はHbA1Cで確認)
 - Ⅱ型糖尿病網膜症が存在する場合
 - ◆ (2) ハイリスク妊娠糖尿病
 - HbA1CがJDS値で6.1%以下 (NGSP値で6.5%以下) で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上

在宅療養指導管理料



在宅医療料

◆ 在宅自己腹膜灌流指導管理料

3 8 0 0 点 ⇒ 4 0 0 0 点

◆ 在宅小児経管栄養法指導管理料

1 0 5 0 点

- ▶ 厚労大臣の定める入院中の患者以外の患者
- ▶ 算定可能な加算

◆ 注入ポンプ加算（1 2 5 0 点）、在宅経管栄養法用栄養管セット加算（2 0 0 0 点）

◆ 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

1 5 0 0 点

- ▶ 緩和ケアに関する研修を修了した保険医が指導
- ▶ 他の保険医療機関で在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する患者
- ▶ 他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合

◆ 在宅人工呼吸指導管理料の要件追加

- ▶ 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む）
- ▶ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明する
- ▶ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明する
- ▶ その他、療養上必要な指導管理を行う
- ▶ 指導管理の内容を診療録に記載すること

在宅療養指導管理材料加算

◆ 人工呼吸器加算の引き上げ

- ▶ 陽圧式人工呼吸器 7 0 0 0 点 ⇒ 7 4 8 0 点
- ▶ 人工呼吸器 6 0 0 0 点 ⇒ 6 4 8 0 点
- ▶ 陰圧式人工呼吸器 7 0 0 0 点 ⇒ 7 4 8 0 点

◆ 人工呼吸器加算の要件見直し

- ▶ 回路部品その他付属品（療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む）は所定点数に含まれる

在宅療養指導管理料

新

在宅医療料

◆ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

500点 ⇒ 1000点

◆ 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点

- ▶ 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者

- ▶ 導入期加算 140点

- ◆ 植込術を行った日から起算して3月以内

◆ 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点

- ▶ てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者

- ▶ 導入期加算 140点

- ◆ 植込術を行った日から起算して3月以内

◆ 2月に2回に限り算定可能になったもの

- ▶ 酸素ボンベ加算
- ▶ 酸素濃縮装置加算
- ▶ 液化酸素装置加算
- ▶ 呼吸同調式デマンドバルブ加算
- ▶ 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

◆ 上記加算留意点

- ▶ 1月の後半に受診し、2月は日数が少ないから次回の受診は3月とする場合
 - ◆ 1月のレセプトで1月分と2月分の2回分を算定可
- ▶ 1月に受診があったが、2月はインフルエンザが流行しているため、次回の受診を3月にすることがよいと医師が判断し、受診を控えた場合
 - ◆ 3月のレセプトで2月分と3月分の2回分を算定可

◆ 疼痛管理用送信器加算

⇒ 疼痛等管理用送信器加算

- ▶ 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

◆ 排痰補助装置加算

- ▶ 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する
 - ◆ 筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷

介 護 報 酬

◆ 医師・歯科医師が行う場合（1月につき）

- | | |
|----------------------|-------|
| ▶ 居宅療養管理指導費（Ⅰ） | 500単位 |
| ⇒同一建物居住者以外の者に対して行う場合 | 500単位 |
| ⇒同一建物居住者に対して行う場合 | 450単位 |
| ▶ 居宅療養管理指導費（Ⅱ） | 290単位 |
| ⇒同一建物居住者以外の者に対して行う場合 | 290単位 |
| ⇒同一建物居住者に対して行う場合 | 261単位 |

◆ 看護職員が行う場合（1月につき）

- | | |
|----------------------|-------|
| ▶ 居宅療養管理指導費 | 400単位 |
| ⇒同一建物居住者以外の者に対して行う場合 | 400単位 |
| ⇒同一建物居住者に対して行う場合 | 360単位 |

◆ 薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士について同様の見直し

居宅療養管理指導算定要件の見直し

(改)

- ◆ 医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員が行う場合
 - ▶ 居宅介護支援事業者（ケアマネージャ）に対し、居宅介護サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること
- ◆ 看護職員が行う場合
 - ▶ 新規の要介護認定又は要介護認定の更新若しくは変更の認定に伴い、サービスが開始された日から起算して6月間に2回を限度として算定することが可能

検 体 検 査

◆ 文言の明確化

▶ 定性

- ◆ 分析物の有無を判定するもの

▶ 半定量

- ◆ 段階希釈などを用いて得られる最高希釈倍率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの

▶ 定量

- ◆ 分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するもの

◆ 内視鏡

- ▶ 内視鏡検査を行うにあたっては、関係学会のガイドライン等に基づき、必要な消毒及び洗浄を適切に行う

検
査
料

- ## ◆ 血液学的検査

- | | | | |
|-------------------------|------|---|------|
| ▶ 末梢血液像（自動機械法） | 18点 | ⇒ | 15点 |
| ▶ ヘモグロビンA _{1c} | 50点 | ⇒ | 49点 |
| ▶ Dダイマー定性 | 140点 | ⇒ | 137点 |
| ▶ 出血・凝固時間包括（5項目以上） | 750点 | ⇒ | 744点 |

◆ 生化学的検査 (I)

▶ ケトン体	3 1 点	⇒	3 0 点
▶ 有機モノカルボン酸	4 8 点	⇒	4 7 点
▶ 胆汁酸	4 8 点	⇒	4 7 点
▶ リポ蛋白分画	5 0 点	⇒	4 9 点
▶ アポリポ蛋白	9 5 点	⇒	9 4 点
▶ アルミニウム	1 3 0 点	⇒	1 2 7 点
▶ ビタミンB ₂	2 8 0 点	⇒	2 7 6 点
▶ 包括項目 (5 ~ 7 項目)	9 5 点	⇒	9 3 点
▶ 包括項目 (8 ~ 9 項目)	1 0 4 点	⇒	1 0 2 点
▶ 包括項目 (1 0 項目以上)	1 2 3 点	⇒	1 2 1 点

◆ 生化学的検査(Ⅱ)

▶ プロラクチン (PRL)	100点	⇒	98点
▶ レニン活性	110点	⇒	108点
▶ トリヨードサイロニン (T_3)	115点	⇒	113点
▶ レニン定量	115点	⇒	113点
▶ サイロキシン (T_4)	120点	⇒	118点
▶ インスリン (IRI)	120点	⇒	118点
▶ 成長ホルモン (GH)	125点	⇒	123点
▶ 卵胞刺激ホルモン (FSH)	125点	⇒	123点
▶ C-ペプチド	125点	⇒	123点
▶ 黄体形成ホルモン (LH)	125点	⇒	123点
▶ アルドステロン	140点	⇒	137点
▶ テストステロン	140点	⇒	137点

検体検査(引下げ)

改

検
査
料

◆ 腫瘍マーカー

▶ 癌胎児性抗原 (C E A) 1 1 5 点 ⇒ 1 1 3 点

◆ 感染症免疫学的検査

▶ トキソプラズマ抗体定性 2 7 点 ⇒ 2 6 点

▶ ウイルス抗体価 8 0 点 ⇒ 7 9 点

▶ H I V - 1、2 抗体定性 1 3 0 点 ⇒ 1 2 7 点

▶ カンジダ抗原定性 1 5 0 点 ⇒ 1 4 8 点

▶ 肝炎ウイルス関連検査包括項目 (5 項目以上)
4 9 4 点 ⇒ 4 8 4 点

◆ 自己抗体検査

▶ 抗核抗体 (蛍光抗体法) 1 1 5 点 ⇒ 1 1 3 点

▶ 抗 S m 抗体定性 1 7 0 点 ⇒ 1 6 7 点

◆ 微生物学的検査

▶ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

▶ 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	4 2 点	⇒	5 0 点
------------------------------	-------	---	-------

▶ その他のもの	4 0 点	⇒	5 0 点
----------	-------	---	-------

▶ 細菌培養同定検査

▶ 口腔、気道又は呼吸器	1 4 0 点	⇒	1 6 0 点
--------------	---------	---	---------

▶ 消化管	1 4 0 点	⇒	1 6 0 点
-------	---------	---	---------

▶ 血液又は穿刺液	1 5 0 点	⇒	1 9 0 点
-----------	---------	---	---------

▶ 泌尿器又は生殖器	1 3 0 点	⇒	1 5 0 点
------------	---------	---	---------

▶ その他の部位	1 2 0 点	⇒	1 4 0 点
----------	---------	---	---------

▶ 嫌気性培養加算	8 0 点	⇒	1 2 0 点
-----------	-------	---	---------

◆ 微生物学的検査

▶ 細菌薬剤感受性検査

▶ 1 菌種

1 4 0 点 ⇒ 1 7 0 点

▶ 2 菌種

1 8 0 点 ⇒ 2 2 0 点

▶ 3 菌種

2 3 0 点 ⇒ 2 8 0 点

▶ 酵母様真菌薬剤感受性検査 1 3 0 点 ⇒ 1 5 0 点

▶ 抗酸菌分離培養検査

▶ 抗酸菌分離培養（液体培地法）

2 0 0 点 ⇒ 2 3 0 点

▶ 抗酸菌分離培養（それ以外のもの）

1 8 0 点 ⇒ 2 1 0 点

▶ 抗酸菌同定（一連につき）

2 9 0 点 ⇒ 3 7 0 点

検体検査(新規項目)

新

検査料

◆ 尿・糞便等検査

▶ 総ヨウ素（尿） ⇒ 200点

◆ 生化学的検査（Ⅰ）

▶ ALPアイソザイム及び
骨型アルカリホスファターゼ（BAP） ⇒ 96点

◆ 生化学的検査（Ⅱ）

▶ インタクトⅠ型プロコラーゲン-N-プロペプチド
（Intact PINP） ⇒ 170点

◆ 微生物核酸同定・定量検査

▶ レジオネラ核酸検出 ⇒ 300点

▶ マイコプラズマ核酸検出 ⇒ 300点

▶ 項目の再編により4薬剤以上の場合のみ算定

▶ HPVジェノタイプ判定 ⇒ 2000点

検体検査(新規項目)

新

検
査
料

◆ 検体検査判断料

▶ 骨髓像診断加算 ⇒ 240点

◆ 感染症免疫学的検査

▶ 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）⇒ 210点

▶ 肺炎球菌細胞壁抗原定性 ⇒ 210点

▶ ノロウイルス抗原定性 ⇒ 150点

◆ ノロウイルス抗原定性

▶ 以下の対象患者に感染が疑われる場合に算定

▶ 3歳未満の患者、65歳以上の患者、悪性腫瘍の診断が確定している患者、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者

生 体 検 査

◆ 耳鼻咽喉科学的検査

▶ 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

▶ 鼓膜音響インピーダンス検査 300点 ⇒ 290点

▶ チンパノメトリー 350点 ⇒ 340点

▶ 頭位及び頭位変換眼振検査

その他の場合 150点 ⇒ 140点

浮遊耳石置換法は別途算定不可

◆ 眼科学的検査

▶ 静的量的視野検査 300点 ⇒ 290点

▶ 調節検査 74点 ⇒ 70点

▶ 角膜形状解析検査 110点 ⇒ 105点

生体検査(引上げ)

(改)

検査料

◆ スパイログラフイー等検査

- ▶ 肺気量分画測定 80点 ⇒ 90点
- ▶ フローボリュームカーブ 80点 ⇒ 100点
- ▶ 機能的残気量測定 130点 ⇒ 140点

◆ 肺胞機能検査

- ▶ 肺拡散能力検査 135点 ⇒ 150点
- ▶ 調節検査 74点 ⇒ 70点
- ▶ 角膜形状解析検査 110点 ⇒ 105点

◆ 神経学的検査

300点 ⇒ 400点

◆ 判断料

- ▶ 脳波検査判断料 140点 ⇒ 180点
- ▶ 神経・筋検査判断料 140点 ⇒ 180点

◆ 耳鼻咽喉科学的検査

▶ 頭位及び頭位変換眼振検査

赤外線CCDカメラ等による場合 150点 ⇒ 300点

浮遊耳石置換法は別途算定不可

◆ 眼科学的検査

▶ 色覚検査

▶ アロマノスコープ等 60点 ⇒ 70点

▶ 上記以外 38点 ⇒ 48点

▶ 眼筋機能精密検査及び輻輳検査

38点 ⇒ 48点

▶ 両眼視機能精密権検 38点 ⇒ 48点

▶ 立体視検査 38点 ⇒ 48点

▶ 網膜対応検査 38点 ⇒ 48点

◆ 診断穿刺・検体採取料

▶ 血液採取（1日につき）

▶ 静脈

13点 ⇒ 16点

▶ 乳腺穿刺又は針生検（200点）

⇒生検針によるもの

⇒ 650点

⇒その他

⇒ 200点

◆ 筋電図検査

▶ 2神経以上の加算 上限450点 ⇒ 1050点

◆ 呼吸抵抗測定

- ▶ 広域周波オシレーション法を用いた場合 150点
- ▶ その他の場合 60点

◆ 血管内皮機能検査（一連につき） 200点

- ▶ 局所ボディプレテイスモグラフ又は超音波検査等、血管内皮反応の検査方法及び部位数にかかわらず、1月に1回に限り一連として算定
- ▶ 超音波検査を用いても、超音波検査の費用は算定不可

◆ 加算平均心電図による心室遅延電位測定

200点

- ▶ 心筋梗塞、心筋症、Brugada症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者
- ▶ 他の心電図検査は別に算定不可

- ◆ T波オルタナンス検査 1100点
 - ▶ 心筋梗塞、心筋症、Brugada症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者
 - ▶ 心電図検査、負荷心電図検査、ホルター型心電図、トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は併算定不可
- ◆ 肝硬度測定 200点
 - ▶ 算定要件
 - ◆ 肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む）
 - ◆ 汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事法上の承認を得ているものを使用し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に原則として3月に1回に限り算定
 - ◆ 医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載

◆ 時間内歩行試験（要届出）

560点

▶ 対象患者

- ◆ 在宅酸素療法の導入を検討している患者又は施行している患者

▶ 算定要件

- ◆ 医師が呼吸状態等の観察を行いながら6分間の歩行を行わせ、到達した距離及び血液ガス分析、呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定
- ◆ 以下の事項を診療録に記載すること
- ◆ 当該検査結果の評価
- ◆ 到達した距離、施行前後の血液ガス分析、呼吸・循環機能検査等の結果
- ◆ 以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載
- ◆ 過去の実施日
- ◆ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

◆ 時間内歩行試験（要届出）

560点

▶ 施設基準

- ◆ 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上勤務
- ◆ 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備
- ◆ 次に掲げる緊急の検査又は画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制
- ◆ 生化学的検査のうち、血液ガス分析
- ◆ 画像診断のうち、単純撮影（胸部）

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添2の様式24の6を使用

◆ 心臓超音波検査

▶ 負荷心エコー法

1 6 8 0 点

◆ 筋肉コンパートメント内圧測定

6 2 0 点

▶ 急性のコンパートメント症候群が疑われる患者

- ◆ 骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等
- ◆ 同一部位の診断では測定の回数にかかわらず 1 回のみ算定

生体検査(新規項目)

新

◆ ロービジョン検査判断料（要届出） 250点

▶ 対象患者

- ◆ 身体障害福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（身体障害者手帳の所持の有無を問わない）

▶ 算定要件

- ◆ 1月に1回限り算定
- ◆ 眼科学的検査（D282-3を除く）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、適切な視覚的補助具（補装具を含む）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理

▶ 施設基準

- ◆ 眼科を標榜している保険医療機関
- ◆ 眼鏡等適合判定医師研修会を修了した眼科を担当する常勤の医師を1名以上配置

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添2の様式29の2に準ずる様式を使用

◆ ヘッドアップティルト試験 (要届出) 980点

▶ 対象患者

- ◆ 失神発作があり、他の原因が特定されずに神経調節性失神が疑われる患者

▶ 算定要件

- ◆ ヘッドアップティルト試験は、患者を臥位から傾斜位の状態に起こし、傾斜位の状態に保ちながら、連続的に血圧、脈拍及び症状の推移等を測定及び観察する検査
- ◆ 単に臥位及び立位又は座位時の血圧等を測定するだけのものは当該検査に非該当
- ◆ 医師が行った場合に限り算定
- ◆ 使用する薬剤、検査に伴い施行した心電図の費用は別途算定不可
- ◆ 当該検査中に測定された指標等を診療録に記載

生体検査(新規項目)

新

◆ ヘッドアップティルト試験 (要届出) 980点

▶ 施設基準

- ◆ 当該検査の経験を有し、神経内科又は循環器内科の経験を5年以上有する常勤医師
- ◆ 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添2の様式24の7を使用

検査料

◆ 終夜睡眠ポリグラフィー

▶ 多点感圧センサーを有する

睡眠評価装置を使用した場合

250点

- ▶ パルスオキシメーターモジュールを組み合わせて行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合
- ▶ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定可
- ▶ 経皮的動脈血酸素飽和度測定、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は別途算定不可
- ▶ 数日間連続して測定しても、一連として算定
- ▶ 診療録に検査結果の要点を記載

◆ 眼底カメラ撮影

▶ 自発蛍光撮影法の場合 5 1 0 点

▶ 広角眼底撮影加算 1 0 0 点

▶ 未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる3歳未満の乳幼児に対して行った場合

◆ 乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの

6 0 点

▶ 4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラーカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載。D 2 8 2 - 2 の 1 と併算定不可

◆ 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法

5 5 0 0 点

- ◆ イヌリンクリアランス測定 1280点
 - ◆ 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定のコ費用は、所定点数に含まれる
 - ◆ 使用した薬剤は別途算定可
 - ◆ 6月に1回に限り算定
 - ◆ 肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定

生体検査(新規項目)

(改)

検査料

◆ 心臓カテーテル法による諸検査の注の見直し

▶ 血管内超音波検査等を実施した場合の加算

300点 ⇒ 400点

▶ 血管内視鏡検査実施加算

300点 ⇒ 400点

◆ 要届出に変更

▶ 心腔内超音波検査実施加算（新設） ⇒ 400点

◆ 内服・点滴誘発試験

▶ 年2回に限り ⇒ 2月に1回に限り算定

◆ コンタクトレンズ検査料 2

- ▶ コンタクトレンズに係る診療の割合が75%超の医療機関
- ▶ 病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させる（努力規定）

◆ 対象検査の追加

- ▶ 発達及び知能検査の「3」の対象検査
 - ◆ WISC-Ⅲ知能検査、WISC-Ⅳ知能検査及びWAIS-Ⅲ成人知能検査
- ▶ 認知機能検査
 - ◆ 音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る）
 - ◆ DN-CAS認知評価システム及び小児自閉症評価尺度

病 理 診 断 料

◆ 通則の見直し

- ▶ 病理診断料の届出についての記載を追加
- ▶ テレパソロジー（術中迅速病理組織標本作成、術中迅速細胞診）の届出についての記載を追加
 - ◆ それぞれの項目の記載は廃止

◆ 項目の見直し

- ▶ 液状化検体細胞診加算 (新設) 85点
 - ◆ 細胞診の加算
 - ◆ 過去に穿刺または採取し固定保存液に回収した検体から標本作成して診断した場合
- ▶ HER2遺伝子標本作成 2500点
 - ⇒ 単独の場合 2700点
 - ⇒ 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を併せて行った場合 3050点

◆ 点数の見直し

▶ 病理組織標本作製（1臓器につき）

880点 ⇒ 860点

▶ 病理診断料

◆ 組織診断料

500点 ⇒ 400点

◆ 細胞診断料

240点 ⇒ 200点

◆ 病理診断料の加算新設（要届出）

▶ 病理診断管理加算 1

◆ 組織診断を行った場合

120点

◆ 細胞診断を行った場合

60点

▶ 病理診断管理加算 2

◆ 組織診断を行った場合

320点

◆ 細胞診断を行った場合

160点

画 像 診 断 料

◆ ポジトロン断層撮影

▶ 要件の見直し

◆ 虚血性心疾患 ⇒ 心疾患

→ 虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイア
ビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）
又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要と
される患者に使用

◆ 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）

▶ ^{13}N 標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につ
き）（新設） 7500点

◆ 他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行
った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ
、別に算定できない

◆ 造影剤注入手技に加算新設

▶ 血流予備能測定検査加算 400点

◆ 核医学診断（375点）の項目見直し

▶ ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき） 450点

▶ 上記以外の場合 370点

◆ 大腸CT撮影加算の要件見直し

▶ 他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して

◆ CT撮影の項目見直し

- ▶ イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合
(新設) (要届出) 950点
- ▶ ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合
(点数変更無) (要届出) 900点
- ▶ ロ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合
820点 ⇒ (要届出) 780点
- ▶ ニ イ、ロ、ハ以外の場合 (点数変更無) 600点

◆ イ、ロに加算新設

- ▶ 大腸CT撮影加算 600点
 - ◆ 要届け出
 - ◆ 炭酸ガス等の注入含む
 - ◆ 造影剤注入・麻酔(全麻除)は算定不可

◆ MRI 撮影の項目見直し

- ▶ 1 3テスラ以上の機器による場合

(要届出) 1400点

- ▶ 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合

(点数変更無) (要届出) 1330点

- ▶ 3 1、2以外の場合 1000点 ⇒ 950点

◆ 1～3まで同時に撮影しても主たるもののみ算定

◆ 施設基準

- ▶ 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置の場合、画像診断管理加算2の届出必要
- ▶ 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、CT撮影に係る部門又はMRI撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務

◆ 届出の留意事項

- ▶ 別添2の様式37を使用
- ▶ 当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（MRIの場合）を記載
- ▶ CT撮影及びMRI撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、CT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付

投 薬 料

◆ 一般名処方加算（新設）

2 点

- ▶ 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付 1 回につき加算
- ▶ 1 銘柄でも処方すれば加算可能
- ▶ 電子カルテ・レセコンの対応を確認
 - ◆ 入力方法（製品名から一般名を自動判断等）
 - ◆ 処方せん料の低減の計算
- ▶ 強制ではないので、算定の可否は医療機関ごとに判断
- ▶ 後発品を処方するという事ではない

◆ 一般名処方加算算定要件

- ▶ 後発医薬品のある医薬品について、薬価基準収載の品名に代えて、「一般名処方」（一般的名称に剤形及び含量を付加した記載）による処方せんを交付した場合に算定
- ▶ 一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているもの
 - ◆ 交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定可
- ▶ 一般名処方を行った場合の「種類」の計算は、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなす

◆ 留意事項

- ▶ 医療機関・薬局では以下の説明が必要
 - ◆ 一般名に該当する薬剤の提示とそれらの先発医薬品、後発医薬品別の説明
 - ◆ 従来処方されていた薬剤の提示
 - ◆ 平成24年9月30日までは現在の処方せんを取り繕い可能
- ▶ 後発医薬品のある医薬品に限る
- ▶ 手書き医療機関でも算定可

- ▶ 一般名の個別品目の具体的な内容については添付文書及び下記URLから確認
 - ◆ 日本ジェネリック製薬協会（頻繁に更新されます）
<http://www.jga.gr.jp/pdf/Effect%20correction%20list.pdf>

◆ 対象：内用薬及び外用薬

▶ 【般】＋「一般的名称」＋「剤形」＋「含量」

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

- ◆ 例：アトルバスタチンカルシウム水和物

→ アトルバスタチン

ジクロフェナクナトリウム → ジクロフェナクNa

▶ 一般名コード

- ◆ 薬価基準収載医薬品コード（厚生労働省医政局経済課の分類コード）の上9桁に続き、3桁「ZZZ」を付記し、12桁

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

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

◆ 通則の見直し

- ▶ ビタミン剤について、B群製剤とC製剤も単なる栄養補給目的での投与は不可（注射も同様）

◆ 処方せんの様式変更

- ▶ 後発品使用促進の一環
- ▶ レセコン・電子カルテメーカーにより入力方法が違うので確認のこと

処方せん様式の変更について

改

◆ 参考様式

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
療 養 担 当 規 則	処 方	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
		ここに追加 署名欄が少し移動		
備	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		

公知申請された薬剤(2月1日付)

◆ フラジールの適応追加

- ◆ アメーバ赤痢、ランブル鞭毛虫感染症、嫌気性菌感染症

▶ 適応菌種

- ◆ 本剤に感性のペプトストレプトコッカス属、バクテロイデス属、プレボテラ属、ポルフィロモナス属、フソバクテリウム属、クロストリジウム属、ユーバクテリウム属

▶ 適応症

- ◆ 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、深在性皮膚感染症、骨髄炎、肺炎、肺膿瘍、腹膜炎、腹腔内膿瘍、肝膿瘍、骨盤内炎症性疾患、脳膿瘍・感染性腸炎

▶ 適応菌種

- ◆ 本剤に感性のクロストリジウム・ディフィシル

▶ 適応症

- ◆ 感染性腸炎（偽膜性大腸炎を含む）

公知申請された薬剤(1月27日付)

投 薬 料

◆ 小児の高血圧症も適応へ

- ▶ ノルバスク、アムロジン、レニベース、ディオバン、ゼストリル、ロンゲス

◆ バクタ・バクトラミンの適応追加 (2月1日付)

▶ 適応菌種

- ◆ ニューモシスチス・イロベチー

▶ 適応症

- ◆ ニューモシスチス肺炎、ニューモシスチス肺炎の発症抑制
- ◆ ニューモシスチス肺炎のリスクを有する患者が対象

診療報酬以外の変更点

投 薬 料

◆ 投薬関連（緩和医療の推進）

- ▶ 基本的に14日分処方が限度とされている以下の4製剤の30日分処方を認めることを提案した。

- ◆ コデインリン酸塩（内用）
- ◆ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ◆ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ◆ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

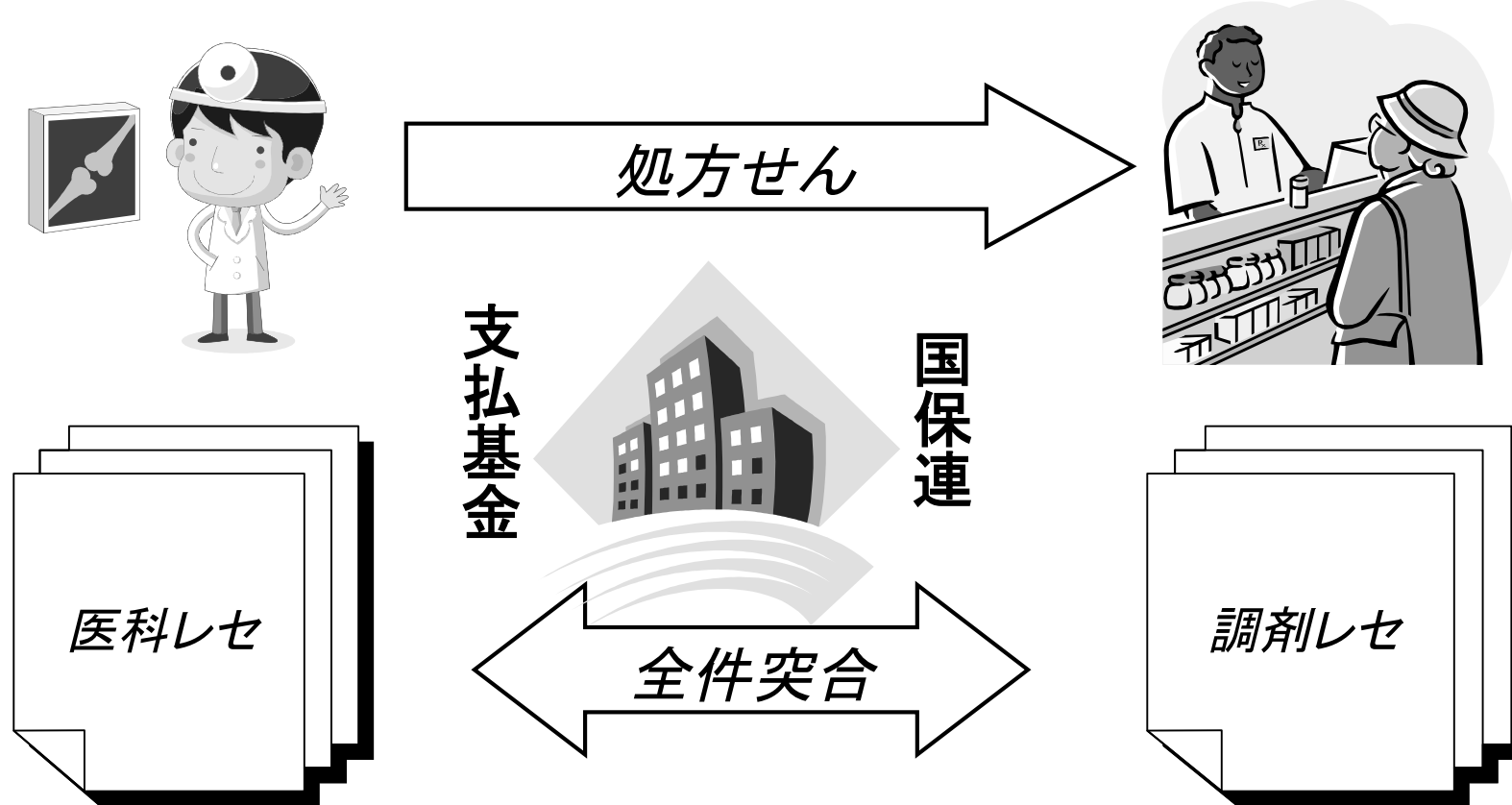
※平成20年度改定ではモルヒネ塩酸塩などを緩和

▶ 緩和ケアの課題

- ◆ 外来で麻薬を使用し、診断早期から継続して緩和ケアを行うことの診療報酬上の評価
- ◆ 外来や在宅への円滑な移行を支援する体制を取っている緩和ケア病棟の評価

【参考】突合審査の強化

【参考】突合審査の強化



◆ 医科レセプトと調剤レセプトの突合審査

- ▶ 全件突合対象に（平成24年2月1日付保発0201第6号）
 - ◆ 調剤レセプトが1500点を超えると突合対象だった
- ▶ 2月診療分から責別確認によって査定元が特定される

電子レセプトの普及率

【参考】突合審査の強化

	医 療 機関数	オンライン		フロッピー等		電子請求計	
		件数	%	件数	%	件数	%
病院	8,639	8,330	96. 4	198	2. 3	8,528	98. 7
診療所	87,901	36,922	42. 0	34,308	39. 0	71,203	81. 0
計	96,540	45,252	46. 9	34,506	35. 7	79,758	82. 6

医科件数ベース:94. 3% 保険者:80. 7%

歯科:35. 4% 調剤:93. 9%(機関数ベース)

(社会保険診療報酬支払基金資料:平成23年12月31日現在)

審査の体制強化1

【参考】突合審査の強化

◆ 電子点数表を用いたチェックの開始

▶ 平成23年7月審査分から

- ◆ 下記2点について、「1日につき」及び「同一月内」の条件で判定ができる算定ルールを点検するシステム
- ◆ 「包括」に関する算定ルールに対する適合性の点検
(例) 「〇〇に係る費用は、▲▲の所定点数に含まれるものとする。」と規定されているもの
- ◆ 「背反」に関する算定ルールに対する適合性の点検 (例)
「△△は、□□を算定している患者については算定しない。」と規定されているもの

審査の体制強化2

【参考】突合審査の強化

- ◆ 平成24年3月審査分（2月診療分）から支払基金がレセプトのコンピュータチェックを強化
 - ▶ 突合審査・縦覧審査
 - ◆ 本来は平成23年4月から実施予定であったが延期されていた
 - ▶ 平成22年度診療報酬改定で記載要領の変更
 - ◆ 平成24年4月からレセ電ファイルに診療日を記録
 - ▶ 突合点検とは
 - ◆ 処方せんを発行した医療機関のレセプト（医科・歯科）と、調剤を実施した薬局の調剤レセプトとを患者単位で照合する審査
 - ▶ 縦覧点検とは
 - ◆ 同一医療機関の同一患者のレセプトを複数月に渡って照合する審査

審査の体制強化3

【参考】突合審査の強化

- ◆ 平成22年10月診療分から支払基金がレセプトのコンピュータチェックを強化
 - ▶ 適応、用法・用量チェックは平成22年2月から実施済み
 - ◆ 1955品目（H22.9月現在）
 - ▶ 診療行為と病名（適応が明確化されているもの164項目）
 - ◆ 各種処置、生活習慣病管理料、在宅酸素療法指導管理料
 - ▶ 今後検査から特定保険医療材料まで拡大予定
 - ▶ 医薬品と病名（病名禁忌・併用禁忌など791品目）
 - ◆ ボルタレン（消化性潰瘍・アスピリン喘息・妊婦等は禁忌）
 - ◆ イトリゾール（オーラップ・ハルシオン・リポバス等と併用禁忌）
- ◆ 今まで査定された事がないけど・・・
 - ▶ 禁忌チェックは目録ではすり抜ける可能性大
 - ▶ 院外処方ではもう一つの理由で査定されない

突合点検対応の流れ（医療機関側）

【参考】突合審査の強化

- ◆ 突合点検の結果、査定の有無に関わらず請求通り支払われる
- ◆ 返戻等と一緒に『突合点検結果連絡書』が送付
 - ▶ 請求翌月初め（診察の翌々月）に送付される
 - ▶ 院外処方に関する査定内容が記される
 - ▶ 処方せんの内容と異なる査定内容の場合には異議申し立てをする
- ◆ 『処方せん内容不一致連絡書』を送付
 - ▶ 『突合点検結果連絡書』と同じ用紙
 - ▶ 処方内容等が異なるものに○をつけ支払基金に送付
 - ▶ 連絡書が送付された月の18日までに送付する
 - ◆ 請求月の翌月＝診療月の翌々月18日まで
 - ◆ 土・日・祝日の場合は翌営業日
 - ▶ 18日を過ぎた場合には再審査請求の手続きで行う

突合点検対応の流れ(医療機関側)

11,2222,3

基金病院 御中

平成〇〇年〇〇月分突合点検結果連絡書

(兼 処方せん内容不一致連絡書)

ペー

社会保険診療報酬支払基金

保険者 番号等	区分 氏名 カルテ番号	調整金額		増減点数(金額)		事由	処方 月日 調剤 月日	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容		薬
		法別	金額	法別	点数 (金額)								
03****	本外 基金 一郎 12345678901234567890	06	-¥700	06	-100	A	0412 0412	1 1	A錠 100mg 10錠 B錠 10mg 2錠 20×10 薬剤料 200	1 1	A錠 100mg 1錠 B錠 10mg 2錠 10×10 薬剤料 100		東京 9876 支払 03-1
交付した処方せんの内容と相違する場合、 該当箇所を○で囲み申し出されるようお願いいたします。													

突合点検結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)

突合点検による査定内容について、お知らせする帳票です。
レセプト請求月の「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。

「請求内容」欄の医薬品又は調剤技術料等に関して、交付した処方せんの内容と相違している場合(ジェネリック医薬品への変更を除く。)は、「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として保険医療機関の所在地の支払基金支部あて郵送により、「突合点検結果連絡書」の届いた月の18日(必着)までに申し出をお願いいたします。

突合点検対応の流れ(支払基金側)

【参考】突合審査の強化

◆ 責別確認

- ▶ 異議申し立てのあったレセプトについて、調剤薬局より処方せんを取り寄せる
- ▶ 内容を確認し、医療機関と薬局とどちらが原因かを明らかにした上で減点する

◆ 注意が必要なケース

- ▶ 処方せんに記載された薬剤に対する病名が全て漏れてしまうケース
- ▶ 一包化、分割調剤、嚥下困難者への指示などで処方せんに不備がある場合には医療機関から調剤報酬が減点される

【参考】後発医薬品について

【参考】突合審査の強化

◆ 効能違いの場合の取り扱いについて疑義照会

- ▶ 先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品について、一律に査定を行うことは、後発医薬品への変更調剤が進まなくなること、また、それに伴い、医療費が増える可能性があること等を保険者に説明し、影響を理解してもらうよう努めていただきたい。

「厚生労働省保険局長から支払基金理事長あて（平成24年1月17日・保発0117第1号）」

◆ 先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品

- ▶ 内服薬23製剤・406品目
- ▶ 外用薬1製剤・18品目
- ▶ 注射薬9製剤・158品目

◆ 日本ジェネリック製薬協会調べ（平成24年1月19日現在）

注射料

外来化学療法加算の再編



注射料

◆ 外来化学療法加算 1 5 5 0 点 ⇒

▶ 外来化学療法加算 A

◆ 1 5 歳未満 7 8 0 点

◆ 1 5 歳以上 5 8 0 点

▶ 外来化学療法加算 B

◆ 1 5 歳未満 6 3 0 点

◆ 1 5 歳以上 4 3 0 点

◆ 外来化学療法加算 2 4 2 0 点 ⇒

▶ 外来化学療法加算 A

◆ 1 5 歳未満 7 0 0 点

◆ 1 5 歳以上 4 5 0 点

▶ 外来化学療法加算 B

◆ 1 5 歳未満 6 0 0 点

◆ 1 5 歳以上 3 5 0 点

◆ 外来化学療法加算 A

- ▶ 添付文書等に以下の記載がある薬剤が対象
- ▶ 添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」
- ▶ 「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤
- ▶ モノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬
- ▶ 以上の薬剤を静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など以外によって投与した場合

◆ 外来化学療法加算 B

- ▶ 外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合

注
射
料

◆ A・Bいずれも以下の場合に算定

- ▶ 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者が対象
- ▶ 抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得ている
- ▶ 外来化学療法に係る専用室で、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等を投与

◆ 外来化学療法加算 1

- ▶ 外来化学療法の専用ベッド（実施に適したリクライニングシート等含）を有する治療室を保有
- ▶ 外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められない
- ▶ 化学療法経験5年以上の専任常勤医師が勤務
- ▶ 化学療法経験5年以上有する専任常勤看護師が化学療法の実施時間帯に常時当該治療室に勤務
- ▶ 化学療法に係る調剤経験5年以上有する専任常勤薬剤師が勤務
- ▶ 急変時に入院できる体制が確保又は他の保険医療機関との連携により入院できる体制が整備されている

◆ 外来化学療法加算 1

- ▶ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している
- ▶ 当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催

◆ 外来化学療法加算 2

- ▶ 外来化学療法の専用のベッド（実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有
- ▶ 外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められない
- ▶ 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務
- ▶ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務
- ▶ 急変時等に入院できる体制が確保又は他の保険医療機関との連携により入院できる体制が整備

◆ 外来化学療法加算 2

- ▶ 関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保
- ▶ 常勤薬剤師の確保が直ちに困難であり、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算 2 の届出を行うことができる

◆ ビタミン剤について

- ▶ B群製剤とC製剤も単なる栄養補給目的での投与は不可（投薬も同様）

◆ 訪問診療日の併算定不可項目の追加

- ▶ 皮内、皮下、筋肉内注射・静脈内注射・点滴注射
- ▶ 在宅悪性腫瘍患者共同管理料の算定患者

◆ カ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

2 5 0 0 点

▶ 乳幼児（6歳未満）加算

5 0 0 点

▶ 以下の費用は所定点数に含まれる

◆ カテーテル挿入に伴う検査

◆ カテーテル挿入に伴う画像診断

▶ 本カテーテルの材料料及び手技料は1週間に1回を限度として算定できる

▶ カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる

◆ 硝子体内注射

5 8 0 点

▶ 両眼に行った場合はそれぞれに片眼ごとの所定点数を算定する

◆ 中心静脈注射用カテーテル挿入

▶ 準用要件追加

- ◆ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定

◆ 無菌製剤処理料 1 の項目分割

- ▶ イ. 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
 - ⇒ (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点
 - ⇒ (2) (1) 以外の場合 100点
- ▶ ロ. イ以外の場合 50点
 - ◆ 無揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤
 - イホスファミド
 - シクロホスファミド
 - ベンダムスチン塩酸塩

処 置 料

◆ 人工腎臓（１日につき）

▶ １ 慢性維持透析の場合

- ◆ イ ４時間未満の場合 2075点 ⇒ 2040点
- ◆ ロ ４時間以上５時間未満の場合 2235点 ⇒ 2205点
- ◆ ハ ５時間以上の場合 2370点 ⇒ 2340点

▶ ２ 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合

（新設） 2255点

◆ 算定要件

→血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定

◆ 施設基準

→透析液水質確保加算２を算定していること

▶ ３ その他の場合

1590点 ⇒ 1580点

▶ 注の変更

- ◆ 1 及び 2 の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。

処
置
料

◆ 透析液水質確保加算（10点）の再編

▶ 透析液水質確保加算 1

8点

- ◆ 関連学会から示されている基準に基づき水質管理を適切に実施
- ◆ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士を1名以上配置

▶ 2 透析液水質確保加算 2（新設）

20点

- ◆ 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し使用している
- ◆ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士を1名以上配置

◆ 慢性維持透析濾過（複雑なもの）

▶ 血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいい、次のすべてを満たしている場合に限り算定

- ◆ 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用している
- ◆ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されている

- ◆ 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 4 5 点 ⇒ 6 5 点
- ◆ 中波紫外線療法（3 0 8 ナノメートル以上 3 1 3
ナノメートル以下に限定したもの）
3 5 0 点 ⇒ 3 4 0 点
- ◆ Qスイッチ付レーザー照射療法 2 8 0 0 点
 - ⇒ 4 平方センチメートル未満 2 0 0 0 点
 - ⇒ 4 cm²以上 1 6 cm²未満 2 3 7 0 点
 - ⇒ 1 6 cm²以上 6 4 cm²以上未満 2 9 0 0 点
 - ⇒ 6 4 平方センチメートル以上 3 9 5 0 点
- ◆ 一連の治療が終了した太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して再度当該療法を行う場合には、同一部位に対して初回治療を含め5回限度
- ◆ 扁平母斑等に対しては、同一部位に対して初回を含め2回限度

◆ 以下の項目を廃止

- ▶ 人工気胸（排気を含む）
- ▶ 胸腔内出血排除（非開胸）（開始日）⇒持続的胸腔ドレナージで算定

◆ 新設項目

- ▶ 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日） 50点
- ▶ 稗粒腫摘除
 - ◆ 10箇所未満 74点
 - ◆ 10箇所以上 148点

◆ 名称の見直し

- ▶ 胃瘻カテーテル交換法 ⇒ 経管栄養カテーテル交換法
 - ◆ 胃瘻カテーテル・経皮経食道胃管カテーテル

◆ 鼻腔栄養の算定不可項目を追加

- ▶ 在宅小児経管栄養法指導管理料（新設項目）

局所陰圧閉鎖処置の項目見直し

改

処
置
料

◆ 2 その他の場合（900点）を廃止

◆ 100平方センチメートル未満

1600点 ⇒ 1040点

▶ 初回加算

1690点（変更無）

◆ 100平方センチメートル以上

◆ 200平方センチメートル未満

1680点 ⇒ 1060点

▶ 初回加算

2650点（変更無）

◆ 200平方センチメートル以上

1900点 ⇒ 1100点

▶ 初回加算

3300点（変更無）

手術料

手術料

手術料

◆ 全般的傾向

- ▶ 病院で実施するような手術は大幅アップ
- ▶ 外来で行う手術の多くは点数変更無し

◆ 通則の変更

- ▶ 露出部の規定から「（足底部を除く）」が削除
 - ◆ 頭部、頸部、上肢にあつては肘関節以下及び下肢にあつては膝関節以下

◆ 加算点数の変更（点数から100分の〇〇へ）

- ▶ 内視鏡下椎弓切除術、椎間板摘出術、脊椎固定術、脊椎側弯症手術、内視鏡下脊椎固定術（胸椎または腰椎前方固定）

◆ 創外固定器加算

- ▶ K056-2、K073、K076、K125追加

手術料

手術料

- ◆ 超音波骨折治療法（一連につき）の要件見直し
 - ▶ 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。
- ◆ 骨内異物（挿入物を含む。）除去術の対象明確化
 - ▶ 「頭蓋、顔面（複数切開を有するもの）」とは、顔面多発骨折手術などで、複数個の骨固定材料による手術が行われた症例に対し、複数箇所の切開により複数個の骨固定材料を除去・摘出する場合に算定する。
- ◆ 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術の要件見直し
 - ▶ 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

◆ 小児創傷処理（6歳未満）

- ▶ 筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）

2200点 ⇒ 2860点

◆ 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）

- ▶ 長径6cm以上

14170点 ⇒ 17810点



◆ 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）

- ▶ 長径6cm以上

7290点 ⇒ 9480点

◆ 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術

▶ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹

6 0 6 0 点 ⇒ 7 3 9 0 点

◆ 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術

▶ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹

1 5 8 6 0 点 ⇒ 2 0 6 2 0 点

▶ 手、足

1 0 2 0 0 点 ⇒ 1 2 8 7 0 点

◆ 関節脱臼非観血の整復術

▶ 胸鎖、肘、手、足

1 0 0 0 点 ⇒ 1 3 0 0 点

◆ 涙管チューブ挿入術（1 8 1 0 点）

▶ 涙道内視鏡を用いるもの ⇒ 2 3 5 0 点

▶ その他のもの ⇒ 1 8 1 0 点

◆ 兎眼矯正術 5 1 5 0 点 ⇒ 6 7 0 0 点

◆ 眼瞼内反症手術（1 6 6 0 点）

▶ 縫合法 ⇒ 1 6 1 0 点

▶ 皮膚切開法 ⇒ 2 1 6 0 点

◆ 眼窩内遺物除去術（表在性）

7 3 7 0 点 ⇒ 9 5 8 0 点

◆ 毛様体光凝固術 3 5 9 0 点 ⇒ 4 6 7 0 点

◆ 硝子体置換術 5 3 0 0 点 ⇒ 6 8 9 0 点

手術料

- | | | | |
|--------------------|-----------|---|-----------|
| ◆ 外耳道腫瘍摘出術 | 5 0 2 0 点 | ⇒ | 6 5 3 0 点 |
| ◆ 鼓室開放術 | 4 6 7 0 点 | ⇒ | 6 0 7 0 点 |
| ◆ 下甲介粘膜レーザー焼灼術（両側） | （新設） | | |
| | | | 2 9 1 0 点 |
| ◆ 鼻骨骨折整復固定術 | 1 6 4 0 点 | ⇒ | 2 1 3 0 点 |
| ◆ 鼻茸摘出術 | 1 6 8 0 点 | ⇒ | 2 1 8 0 点 |
| ◆ 上顎洞開窓術 | 2 0 0 0 点 | ⇒ | 2 6 0 0 点 |
| ◆ 扁桃周囲膿瘍切開術 | | | |
| | 1 4 1 0 点 | ⇒ | 1 8 3 0 点 |

- ◆ 局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用
- ◆ 神経破壊剤又は高周波凝固法使用
 - ▶ 対象ブロックの追加多数あり

リハビリテーション料

◆ 疾患別リハビリテーションの算定要件見直し

- ▶ 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、2月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日^①に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定可
- ▶ 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。
- ▶ ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、2月目について1月7単位に限り算定できるものとする。

維持期のリハビリテーション

改

◆ リハビリテーション料一覧（１単位）

リハビリテーション料

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			
		通常	標準日 数超え の要介 護者等	差		通常	標準日 数超え の要介 護者等	差
Ⅰ	イ. 口以外の場合	245点	221点	－24点	Ⅰ	175点	158点	－17点
	ロ. 廃用症候群の場合	235点	212点	－23点				
Ⅱ	イ. 口以外の場合	200点	180点	－20点	Ⅱ	165点	149点	－16点
	ロ. 廃用症候群の場合	190点	171点	－19点				
Ⅲ	イ. 口以外の場合	100点	90点	－10点	Ⅲ	80点	80点	0点
	ロ. 廃用症候群の場合	100点	90点	－10点				

※標準日数超の要介護者等は平成26年4月以降は算定不可に

外来リハビリテーション診療料(要届出) (新)

◆ 基本的考え方

▶ 外来でのリハビリテーション

- ◆ 基本的には毎回医師の診察が必要

▶ 状態が安定しているなど医学的に毎回医師の診察を必要としない患者

- ◆ リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行う
- ◆ 急変時には直ちに医師の診察が可能な体制
- ◆ カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し診療録に記載



▶ 医師の包括的な指示の下に行うリハビリテーションを評価

外来リハビリテーション診療料(要届出) (新)

- ◆ 外来リハビリテーション診療料 1 69点
- ◆ 外来リハビリテーション診療料 2 104点

▶ 算定要件

- ◆ 状態の安定している患者が対象
- ◆ 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制
- ◆ 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認

▶ 施設基準

- ◆ 心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器いずれかのリハビリテーション料の届出を行っている
- ◆ 患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制
- ◆ 届出の留意事項
- ◆ 別添2の様式7の5を使用

外来リハビリテーション診療料

新

◆ 外来リハビリテーション診療料 1

69点

◆ 算定要件

- ▶ リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者
- ▶ 包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定（疾患別リハビリテーション料は別途算定可）
- ▶ 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施可
- ▶ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定不可
- ▶ 7日間に1回に限り算定

外来リハビリテーション診療料

新

◆ 外来リハビリテーション診療料 2 104点

◆ 算定要件

- ▶ リハビリテーション実施計画において、2週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者
- ▶ 包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定（疾患別リハビリテーション料は別途算定可）
- ▶ 算定日から14日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施可
- ▶ 算定日から14日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定不可
- ▶ 14日間に1回に限り算定

◆ 留意点

- ▶ 外来リハビリテーション診療料を算定する患者と算定しない患者の混在可
- ▶ 同一月内で外来リハビリテーション診療料を算定する週と再診料等を算定する週の混在可
- ▶ 投薬・注射・処置料は別途算定可。ただし、その際の再診料等は算定不可
- ▶ 上記の場合、外来診療料（200床以上）に包括される診療行為は算定不可
- ▶ 遡って算定を変更（外来リハビリテーション診療料を再診料に変更）は不可
- ▶ 要介護被保険者等である患者にも算定可能

精神科専門療法料

◆ 初診料時に精神保健指定医が行う場合 500点

⇒初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 700点

▶ 算定要件

- ◆ 次ページのア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たす、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう）が、初診時に通院・在宅精神療法を行った場合に限り、初診時にのみ算定できる
- ◆ なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる

通院・在宅精神療法算定要件

(改)

- ▶ ア精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県（政令市の区域を含むものとする。以下本区分番号において同じ。）に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。
- ▶ 具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、（イ）から（ホ）までのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。
 - ◆（イ）措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - ◆（ロ）医療保護入院および応急入院のための移送時の診察
 - ◆（ハ）精神医療審査会における業務
 - ◆（ニ）精神科病院への立ち入り検査での診察
 - ◆（ホ）その他都道府県の依頼による公務員としての業務

- ▶ イ都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。
具体的には、(イ)から(ハ)までの要件を合計して年6回以上行うこと。
 - ◆ (イ) 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む。）に協力していること。
 - ◆ (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。
（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）
 - ◆ (ハ) 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

通院・在宅精神療法算定要件

(改)

- ▶ ウ標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たすこと。
 - ◆ (イ) 時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
 - ◆ (ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

- ◆ 20未満加算（200点1年以内変更無）
 - ▶ 児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関の16歳未満については2年以内
- ◆ 特定薬剤副作用評価加算（新設） 25点
 - ▶ 抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価し治療方針を決定
 - ▶ 月に1回算定
 - ▶ 別紙様式33に準じて評価を行い。その結果と決定した治療方針について、診療録に記載
 - ▶ 同一月に精神科継続外来支援・指導料と併算定不可
- ◆ 対象病名の見直し
 - ▶ 人格障害 ⇒ パーソナリティ障害

◆ 精神科継続外来支援・指導料（１日につき）

▶ 点数に変更無

▶ 減算の新設

- ◆ 当該患者に投与している抗不安薬が３剤以上又は睡眠薬が３剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定

▶ 特定薬剤副作用評価加算

25点

- ◆ 抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価
- ◆ 通院・在宅精神療法の特定薬剤副作用評価加算との併算定不可

◆ 認知療法・認知行動療法（420点）の項目見直し

- ▶ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

500点

◆ 要届出

- ▶ 上記以外の場合

420点

◆ 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）

- ▶ 夜間ケア加算（新設）100点

◆ 要届出

- ◆ 夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合

◆ 精神科ショートケア・精神科デイ・ケア（点数変更無し）

▶ 大規模なものについて疾患等に応じた診療計画の作成を要件化

▶ 入院中の患者が利用した場合の評価

◆ 精神科退院指導料を算定し退院予定の患者が利用した場合は、所定点数の100分の50を算定

◆ 入院中 1 回まで

◆ 精神科デイ・ナイト・ケア

1 0 4 0 点 ⇒ 1 0 0 0 点

▶ 疾患別等診療計画加算（新設） 4 0 点

◆ 実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定

◆ 持続性抗精神病注射薬剤（250点）の名称変更と再編

- ▶ 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点
 - ◆ 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定
- ▶ 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点
 - ◆ 要届出
 - ◆ 治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定

◆ 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）

▶ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- ◆ (1) 週3日目まで30分以上の場合 5 7 5 点
- ◆ (2) 週3日目まで30分未満の場合 4 4 0 点
- ◆ (3) 週4日目以降30分以上の場合 6 7 5 点
- ◆ (4) 週4日目以降30分未満の場合 5 2 5 点

▶ 准看護師による場合

- ◆ (1) 週3日目まで30分以上の場合 5 2 5 点
- ◆ (2) 週3日目まで30分未満の場合 4 0 0 点
- ◆ (3) 週4日目以降30分以上の場合 6 2 5 点
- ◆ (4) 週4日目以降30分未満の場合 4 8 5 点

◆ 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 1 6 0 点

◆ 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

▶ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- ◆ (1) 週3日目まで30分以上の場合 4 4 5 点
- ◆ (2) 週3日目まで30分未満の場合 3 4 0 点
- ◆ (3) 週4日目以降30分以上の場合 5 4 5 点
- ◆ (4) 週4日目以降30分未満の場合 4 1 5 点

▶ 准看護師による場合

- ◆ (1) 週3日目まで30分以上の場合 3 9 5 点
- ◆ (2) 週3日目まで30分未満の場合 3 0 0 点
- ◆ (3) 週4日目以降30分以上の場合 4 9 5 点
- ◆ (4) 週4日目以降30分未満の場合 3 7 5 点

◆ 算定要件

▶ 精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- ◆ 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患者を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- ◆ 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

▶ 精神科訪問看護・指導料Ⅱ

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

◆ 算定要件

▶ 精神科訪問看護・指導料Ⅲ

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

◆ 各種加算（訪問看護Ⅰ・Ⅲ）

▶ 複数名訪問加算の見直し

- ◆ イ所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 450点
- ◆ ロ所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点
- ◆ ハ所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 300点

◆ 各種加算（訪問看護Ⅰ・Ⅲ）

- ▶ 長時間精神科訪問看護・指導加算 520点
 - ◆ 週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回）に限り算定
- ▶ 夜間・早朝訪問看護加算 210点
 - ◆ 夜間（午後6時から午後10時まで）
 - ◆ 早朝（午前6時から午前8時まで）
- ▶ 深夜訪問看護加算 420点
- ▶ 精神科緊急訪問看護加算（1日につき） 265点
 - ◆ 患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合

◆ 訪問看護指示の見直し

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

◆ 精神科訪問看護指示料 300点

◆ 特別訪問看護指示加算 100点

▶ 算定要件

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

診療報酬改定以外の変更点

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

- ◆ 月平均夜勤時間数・看護配置
 - ▶ 被災者の受入による一時的な急増が2割以内は届出不要
- ◆ 平均在院日数
 - ▶ 被災者の受入による一時的な急増が2割以内は届出不要で従来の入院基本料を算定
- ◆ 外来機能の閉鎖
 - ▶ 入院・在宅を実施する医療機関
- ◆ 在宅患者訪問診療料等
 - ▶ 週3回の規定を超えて算定可
- ◆ 180日超入院
 - ▶ 被災により退院が困難な場合は減額の対象外

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 公費の新設

- ▶ 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法
- ▶ 公費負担者番号：6 2 1 3 0 0 1 8

◆ 特定疾患医療受給者証の手直し

- ▶ スモン患者の受給者証のみ
- ▶ スモンに対する啓蒙文書を追加
- ▶ 制度に変更は無し

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 高額療養費制度の見直し

- ▶ 収入別に再編
- ▶ 外来でも現物給付化

区分		自己負担限度額	
		外来	入院
現役並所得		44、400円	80、100円＋(医療費 －267、000円)×1%
			多数回該当（支給4回目以降） 44、000円
一般		12、000	44、000円
低所得者 (住民税非課税)	Ⅱ	8、000円	24、600円
	I		15、000円

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 高額療養費制度の見直し

- ▶ 「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aについて（厚生労働省保険局保険課平成23年12月2日付事務連絡）
- ▶ 今回の改正により、何が変更となるのか。
 - ◆ 限度額適用認定証等（※）を提示し、患者が外来の診療を受けた場合についても、入院した場合と同様に、医療機関等の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組みが導入されます。
 - ◆ 「限度額適用認定証」の提示については、70歳未満の一般、上位所得の方、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示については70歳未満、70歳以上ともに低所得にあてはまる方が必要となります。70歳以上75歳未満で一般、現役並み所得の方は「高齢受給者証」を提示することになります。

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 高額療養費制度の見直し

- ▶ 「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aについて（厚生労働省保険局保険課平成23年12月2日付事務連絡）
- ▶ 対象となる医療機関等はどこになるのか。
 - ◆ 保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象となります。（柔道整復、鍼灸、あん摩マッサージの施術は対象外です）
- ▶ 外来診療を受けた場合の高額療養費の現物給付化は、いつから実施されるのか。
 - ◆ 平成24年4月1日です。

◆ 若干の訂正がされています

- ▶ 「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aの一部改正について（平24. 2. 20 事務連絡）

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 明細書のルール

- ▶ 発行除外の医療機関の費用徴収など

◆ 突合審査・縦覧審査の充実

- ▶ 平成24年3月審査分（2月診療分）より

◆ レセプト記載要領

- ▶ 診療日をレセ電ファイルに記録
 - ◆ 明細の記載要領：請求する各点数の算定日を記録して請求・・・ただし、平成24年3月診療分までの間はその記録を省略する

◆ 集团的個別指導の対象見直し

- ▶ 内科の区分 ⇒ 透析有・在宅有・その他
- ▶ 平成24年度のみ試行

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 集団指導の案内について

- ▶ 地方厚生局から送付
- ▶ 原則として全医療機関に通知される
- ▶ 今回送付されているものは単なる改定説明会
- ▶ 白本が配布されるので、可能なら出席を
- ▶ 欠席してもペナルティは無い
- ▶ 集団的個別指導と混同しないように注意

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 調剤報酬

- ▶ 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合（調剤率）
 - ◆ 20%以上⇒22%以上
 - ◆ 25%以上⇒30%以上
 - ◆ 30%以上⇒35%以上
 - ◆ 調剤率の算出
 - 後発品のない「生薬」と「漢方製剤」を分母から除く
- ▶ 以下の点数の整理統合・廃止
 - ◆ 調剤情報提供料・服薬情報提供料
 - ◆ 後発医薬品調剤加算（1調剤2点）
 - ◆ 後発医薬品情報提供料（10点）

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 調剤報酬

▶ 薬剂情報提供料

- ◆ 薬剂服用歴管理指導料と包括評価
→ 薬歴を活用した残薬確認
- ◆ 後発品の有無や価格、在庫状況の情報提供を行う場合に算定可能に

▶ 薬学的管理指導の充実

- ◆ ハイリスク薬の算定要件明確化
- ◆ 乳幼児への薬学的管理指導の整理と加算の新設

▶ 基準調剤加算の施設基準の見直し

- ◆ 備蓄医薬品数 = 実数を踏まえた品目数
- ◆ 特定の医療機関の開業時間等に応じた開局時間設定では算定不可

▶ 【参考】ジェネリック差額通知について

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

◆ 医療法関連

- ▶ 「精神疾患を追加」（平成25年度医療計画から）
 - ◆ 精神疾患、病期・状態像で医療圏を設定
 - 11月16日 医療計画見直し検討会
 - ◆ 都道府県が目指すべき方向性
 - 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる
 - 適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援などの総合的支援を受けられる
 - アクセスしやすく、必要な医療を受けられる
 - 必要時に入院医療を受けられる
 - 医療機関がサービス内容や実績を積極的に情報公開する

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

- ◆ 医療法関連（11月17日社保審医療部会）
 - ▶ 特定機能病院承認要件の見直し
 - ◆ 現行の承認要件や業務報告の内容について見直し
 - ▶ 承認要件の継続の確認方法
 - ◆ 業務報告の提出⇒更新制
- ◆ 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法
 - ▶ 新たな公費番号の設定（62130018）

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方角性

- ◆ 急性期病床群の創設（12月1日社保審医療部会）
 - ▶ 年内を目処に大枠の構築
 - ▶ 社会保障と税の一体改革で示した項目
 - ◆ 病床区分や機能分化
 - ◆ 急性期医療から在宅医療への患者の流れ 等
 - ▶ 都道府県による「急性期病床群」の認定制度導入
 - ◆ 国民や患者に対して病床機能が可視化
 - ◆ 適切な医療アクセスにつながる
 - ▶ 現行の人員配置・構造設備に加えて「機能」を評価
 - ◆ 許可から病棟単位で認定
 - ◆ 認定を受けていなくても、一般病床として必要な医療を提供できる

診療報酬以外の変更点

診療報酬改定の方 向性

◆ 急性期病床群の創設（12月1日社保審医療部会）

▶ 対象患者

- ◆ 緊急度や重症度などを含め、より高密度な医療を必要とする患者

→ 従来の急性期患者よりも対象が広がる？

→ 軽度の急性期患者やリハビリ患者は対象外

▶ 【参考】急性期の定義

- ◆ 患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで（中医協DPC評価分科会）

▶ 認定要件

- ◆ 以下のいずれかを満たすこと

→ 対象疾病（対象疾患の患者が〇%以上など）

→ 入院経路（救急医療入院が〇%以上など）

→ 処置内容（手術を行う患者が〇%以上など）

診療報酬以外の留意点

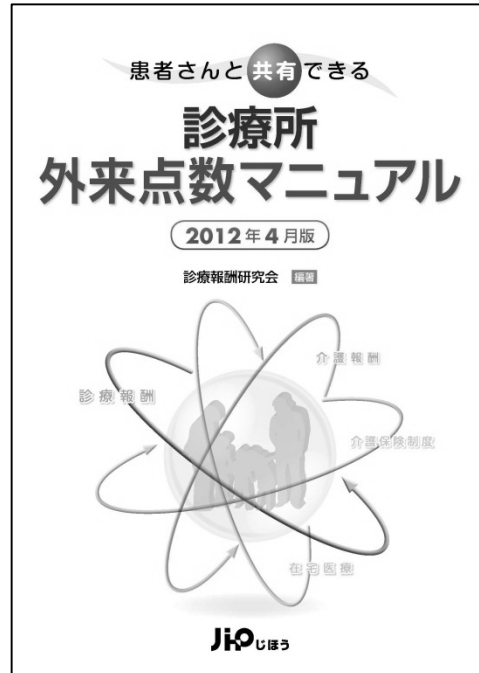
◆ 税制関連

- ▶ 消費税の問題
- ▶ 4段階制（診療報酬の所得計算特例措置）の見直し
 - ◆ 本来の目的＝小規模医療機関の事務処理負担を軽減
 - ◆ 11月15日政府税制調査会
- ▶ 診療報酬の事業税非課税措置
 - ◆ 地域医療確保のため引き続き検討

本日の資料は弊社HPよりDLができます

<http://www.medsus.jp/>

ご清聴ありがとうございました



拙著が、じほう社より刊行されます(5月頃予定)

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル

2012年度版』