

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

～ 病院・有床診療所編 ～

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

届出の留意点

- ◆ 褥瘡患者管理加算及び栄養管理実施加算の廃止と入院料等の通則 7 の改正について
 - ▶ 褥瘡患者管理加算と栄養管理実施加算が未届けの医療機関は届出が必要になるので注意する
 - ▶ 褥瘡患者管理加算
 - ◆ 入院基本料の届出（別添 7 の様式 5 による届出が必要）
 - ▶ 栄養管理実施加算
 - ▶ 栄養管理体制の基準を満たしている場合には様式 5、管理栄養士の配置について基準を満たさない場合には様式 5 の 2 の届出が必要

- ◆ 有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の相互算定について
 - ▶ 有床診療所入院基本料の注 9 及び有床診療所療養病床入院基本料の注 9 に係る施設基準については、当該診療所が平成 24 年 3 月 31 日以前に既に提出している有床診療所入院基本料に係る施設基準の届出及び有床診療所療養病床入院基本料に係る施設基準の届出の双方をもって、その届出があったものとみなす
 - ▶ みなし診療所については、その旨を明示し、他の診療報酬改定に係る施設基準の届出に係る通知とあわせて、審査支払機関に対して通知する

- ◆ C T 撮影及びMRI撮影の施設基準
 - ▶ 施設基準に医療機器の保守管理計画の有無等に係る基準の新設したため、届出済みであっても、平成24年4月1日以降に再度、様式37の届出が必要
- ◆ 胸腔境又は腹腔境を用いた手術の施設基準
 - ▶ 手術の通則5及び6の届出を行っていない保険医療機関は、平成24年4月1日以降に様式72の届出が必要な場合があるので留意する
- ◆ 7 : 1、10 : 1（経過措置、看護度評価の体制が整わなくても6月末まで引き続き10 : 1入院料が算定可）も届出が必要

基本診療料

初診料の特例

(改)

◆ 初診料

270点 ⇒ 200点

▶ 対象

- ◆ 特定機能病院又は500床以上の地域医療支援病院で紹介率が40%未満（逆紹介率が30%以上除く）で紹介状のない患者
- ◆ 緊急やむを得ない場合を除く

▶ 経過措置

- ◆ 実施は平成25年4月1日から

▶ 計算方法

- ◆ 紹介率 = $\frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$
- ◆ 逆紹介率 = $\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$

◆ 留意事項

▶ 選定療養の算定

- ◆ 患者への十分な情報提供、患者の自由な選択と同意があった場合には、差額（50点）に相当する費用を患者から徴収可能

▶ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（前年度1年間の実績が基準に満たない場合は、報告年度の連続する6か月間）

▶ 前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告

▶ 平成24年度改定後、最初の報告は平成24年10月

▶ 報告を行った保険医療機関で、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした場合は、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告する

外来診療料(200床以上)

(改)

◆ 外来診療料

7 2 点 ⇒ 5 2 点

- ▶ 考え方は初診料に準じる
- ▶ 紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
- ▶ 逆紹介率が30%以上の場合は算定しない
- ▶ 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
- ▶ 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
- ▶ 経過措置
 - ◆ 実施は平成25年4月1日から

- ◆ 再診料 69点（据え置き）
- ◆ 同日複数科再診料 34点（新設）
- ◆ 同日複数科外来診療料 34点（新設）
 - ▶ 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

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
リング科、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
- ▶ 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

◆ 入院料加算

- ▶ 総合入院体制加算、乳幼児加算・幼児加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、小児療養環境特別加算、がん診療連携拠点病院加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、入院栄養食事指導料、ハイリスク妊産婦共同管理料

◆ 入院料加算

▶ 施設基準

- ◆ 各施設基準に加え当該保険医療機関の屋内が禁煙
- ◆ 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
- ◆ 以下の入院料を算定する病棟は分煙を認める
 - ・ 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
- ◆ 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

◆ 入院料加算

▶ 施設基準

- ◆ 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

点数の変更等

(改)

医
学
管
理
料

◆ 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
- ▶ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 350点 ⇒ 500点
 - ◆ 多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延を対象疾患に追加

◆ 退院前訪問指導料 410点 ⇒ 555点

- ▶ 退院当日の訪問指導も算定可

◆ 埋込型補助人工心臓指導管理料 ⇒ 廃止

◆ 医薬品安全性情報等管理体制加算（50点）の廃止

◆ リンパ浮腫指導管理料

- ▶ 手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価

院内トリアージ実施料

◆ 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

院内トリアージ実施料

▶ 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

◆ 算定要件

- ▶ 200点（要届出）
- ▶ 初診料を算定する日に算定
- ▶ 第二次救急医療機関又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日に限る）、休日に、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者に必要な医学管理が行われた場合に算定
- ▶ 院内トリアージ実施料」と併算定不可

◆ 施設基準

- ▶ 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関または都道府県知事の指定する精神科救急医療施設
 - ◆ 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - ◆ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ◆ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
 - ◆ 精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知参照

◆ 施設基準

- ▶ 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保
- ▶ 診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保
- ▶ 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知

◆ 届出の留意事項

- ▶ 別添 2 の様式 7 の 4 を使用

◆ 外来放射線診療料（要届出）

280点

▶ 算定要件

- ◆ 放射線治療医（放射線治療経験5年以上）が診察を行った日に算定
- ◆ 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施可
- ◆ 第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告する
- ◆ 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得る
- ◆ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守する
- ◆ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診療、外来診療料は算定不可
- ◆ 算定した日を含め、3日間以内に照射が終了する場合は、本点数の100分の50で請求

◆ 外来放射線診療料（要届出）

280点

▶ 施設基準

- ◆ 放射線照射実施時は、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療経験5年以上）が勤務していること
- ◆ 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務している
- ◆ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療経験5年）が1名以上勤務している
- ◆ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療経験5年以上）が対応できる連絡体制をとる

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添2の様式7の6を用いる

がん治療連携計画策定料の再編

(改)

医学管理料

- ◆ がん治療連携計画策定料 1 750点
 - ▶ 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合
- ◆ がん治療連携計画策定料 2（新設） 300点
 - ▶ がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）、月 1 回に限り算定
- ◆ 算定のポイント
 - ▶ 退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価

◆ がん治療連携管理料

500点

▶ 算定要件

- ◆ 以下の要件で外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定
- ◆ 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に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が算定
- ◆ 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、自院において悪性腫瘍と診断された患者は対象外
- ◆ がん診療連携拠点病院加算と併算定不可
- ◆ がん診療連携拠点病院として指定された病院の評価
- ◆ 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

がん治療連携管理料

▶ 施設基準

- ◆ がん診療連携拠点病院の指定を受けている
- ◆ キンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添2の様式13の2及び別添7の様式33を使用

認知症専門診断管理料の見直し

(改)

◆ 認知症専門診断管理料 1 500点 ⇒ 700点

▶ 算定要件

◆ 対象患者

- ・ 入院中の患者以外のもの
- ・ 他の医療機関の療養病棟に入院中のもの

- ◆ 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定（認知症と診断された場合は認知症療養計画を作成）し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定
- ◆ 認知症療養計画とは、病名、症状の評価（認知機能、生活機能、行動・心理症状等）、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたもの
- ◆ 他の医療機関とは定期的に情報交換が望ましい

認知症専門診断管理料の見直し

(改)

◆ 認知症専門診断管理料 2 （新設） 300点

▶ 対象患者

- ◆ 入院中の患者以外の患者に対して算定
- ◆ 他院から紹介された認知症の症状が増悪した患者

▶ 算定要件

- ◆ 患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供
- ◆ かつ紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告
- ◆ 患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定
- ◆ 患者に交付した文書の写しを診療録に貼付

◆ 算定のポイント

- ▶ B P S D （行動・心理症状）が増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価

移植後患者指導管理料

新

医学
管理
料

- ◆ 1. 臓器移植後患者指導管理料 300点
- ◆ 2. 造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点
- ◆ 算定要件
 - ▶ 月1回に限り算定
 - ▶ 要届出
 - ◆ 別添2の様式5の5及び別添7の様式13の2を使用
 - ◆ 毎年7月に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
- ◆ 対象患者
 - ▶ 臓器移植後患者指導管理料
 - ◆ 臓器移植後の患者
 - ▶ 造血幹細胞移植後患者指導管理料
 - ◆ 造血幹細胞移植後の患者

◆ 施設基準

- ▶ 当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームを設置
- ▶ 臓器移植後患者指導管理料
 - ◆ ① 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ◆ ② 臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ◆ ③ 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師
- ▶ 造血幹細胞移植後患者指導管理料
 - ◆ ① 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ◆ ② 造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ◆ ③ 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師
- ▶ 研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定
- ▶ 特定疾患療養管理料と併算定不可

外来緩和ケア管理料

新

◆ 300点（新設）（要届出）

▶ 小児加算 150点

▶ 算定要件

- ◆ がん性疼痛の症状緩和のため麻薬を投与しているがん患者に対し、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに必要な診療を行った場合に算定する。がん性疼痛緩和指導管理料と併算定不可。

▶ 施設基準

- ◆ ① 当該保険医療機関内に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。
 - ・ ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・ イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・ ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
 - ・ エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師
- ◆ ② ①にかかわらず、①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする

◆ 300点（新設）（要届出）

▶ 小児加算 150点

▶ 対象患者

- ◆ 入院中の患者以外
- ◆ 医師ががん性疼痛の症状緩和のため麻薬を投与中のがん患者で、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

▶ 算定要件

- ◆ 当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従チーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に算定
- ◆ 身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要
- ◆ 医師は緩和ケアに関する研修を修了し診療に当たる
- ◆ 初回診療時、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などが共同して、緩和ケア診療実施計画書（別紙様式3または準じたもの）を作成

◆ 300点（新設）（要届出）

▶ 算定要件

- ◆ 計画書の内容を患者に説明の上交付し、その写しを診療録に添付する
- ◆ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内
- ◆ 症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催
- ◆ カンファレンスには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当する保険医、看護師などが参加
- ◆ 緩和ケアチームが医療機関の組織上明確に位置づけられている
- ◆ 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
- ◆ 当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能

◆ 施設基準

▶ 以下の4名から構成される緩和ケアチームを設置

- ◆ ア身体症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・ 悪性腫瘍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
- ◆ イ精神症状の緩和を担当する常勤医師
 - ・ 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
- ◆ ア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了
 - ・ 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
 - ・ 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

◆ 施設基準

- ▶ 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不可
 - ◆ 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
- ▶ ウ緩和ケアの経験を有する常勤看護師
 - ◆ 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次の事項に該当する研修を修了
 - ・ 国及び医療関係団体等が主催する研修（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）
 - ・ 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

◆ 施設基準

- ・ 講義及び演習により、次の内容を含むもの
 - ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - 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
 - 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
 - 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
 - セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 - 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
 - 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
 - コンサルテーション方法
 - ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- ・ 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

◆ 施設基準

- ◆ エ緩和ケアの経験を有する薬剤師
 - ・ 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
- ▶ 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可
- ▶ 専従の医師でも、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で、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない
- ▶ 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

◆ リンパ浮腫指導管理料の要件の整理

- ▶ 当該指導管理料は、当該指導管理料の算定対象となる手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に1回、当該保険医療機関を退院した後、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号「B005-6」の「注1」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号「B005-6-2」がん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において1回に限り、算定できる。

◆ 介護支援連携指導料の対象施設追加

- ▶ 複合型サービス事業所（介護保険法（平成9年法律第123号）第22項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう）

在 宅 医 療 料

◆ 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料
6000点

▶ 要届出

- ◆ 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

- ▶ 体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定

◆ 在宅植込型補助人工心臓

（非拍動流型）指導管理料 4 5 0 0 0 点

▶ 要届出

- ◆ 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604-2に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

- ▶ 体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定

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

早期リハビリテーション加算の見直し



リ
ハ
ビ
リ
テ
ー
シ
ョ
ン
料

◆ 各疾患別リハビリテーション（入院）

▶ 早期リハビリテーション加算 45点 ⇒ 30点

▶ 初期加算の新設

◆ 要届出

◆ 治療開始日から起算して14日以内

（1単位につき）45点

◆ リハビリテーション科の常勤の医師を1名以上配置

◆ 算定のポイント

▶ 治療開始日から14日まで 75点（45点+30点）

▶ 15日以上30日以内 30点

◆ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の要件見直し

- ▶ 理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって（１）から（５）までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料（Ⅲ）の80点を算定できる

精神科専門療法料

◆ 入院精神療法の要件見直し

- ▶ 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合でも入院精神療法が算定可能に

麻 醉 料

対象の見直し

改

◆ 麻酔が困難な者の見直し

- ▶ 糖尿病（HbA1cがJDS値で8.0%以上（NGSP値で8.4%以上）、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後2時間血糖220mg/dL以上のものに限る。）の患者

麻
酔
料

入院基本料

入院診療計画書の要件見直し

改

入院基本料

- ◆ 現在規定されている入院診療計画書を院内パスで代用することが可能に

- ▶ 対象入院料

- ◆ A100～109入院基本料、A300～314特定入院料

- ▶ 算定要件

- ◆ 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
 - ◆ 以下の内容を満たせば、現行の様式に縛られる必要は無い
 - ・ 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
 - ・ 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

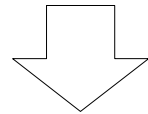
入院中の他医療機関受診

改

入院基本料

◆ 原則の変更は無し

- ▶ 出来高病棟：30%減額
- ▶ 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、特定入院基本料：
 - ◆ 包括範囲に含まれる診療行為を受けた場合 = 70%減額
 - ◆ 包括範囲外の診療行為を受けた場合 = 30%減額



◆ 算定する入院料や他院受診の状況により減額率が変わる

入院中の他医療機関受診

入院基本料

◆ 出来高病棟の場合

▶ 算定入院料

- ◆ 精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料

▶ 他院受診目的

- ◆ 透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィ又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）

▶ 減額率

- ◆ 当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数

入院中の他医療機関受診

改

入院基本料

- ◆ 特定入院料等算定病棟で包括範囲に含まれる診療行為を受けた場合
 - ▶ 算定入院料
 - ◆ 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料
 - ▶ 他院受診目的
 - ◆ 透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィ又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）
 - ▶ 減額率
 - ◆ 当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数
 - ▶ 留意点
 - ◆ 認知症治療病棟入院料を算定している患者が、透析のみを目的として他医療機関を受診する場合は、入院日から起算して61日以上の場合に限る

入院中の他医療機関受診

入院基本料

- ◆ 特定入院料等算定病棟で包括範囲外の診療行為を受けた場合①
 - ▶ 算定入院料
 - ◆ 有床診療所療養病床入院基本料
 - ▶ 他院受診目的
 - ◆ 透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィ又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）
 - ▶ 減額率
 - ◆ 当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数

入院中の他医療機関受診

入院基本料

- ◆ 特定入院料等算定病棟で包括範囲外の診療行為を受けた場合②
 - ▶ 算定入院料
 - ◆ 認知症治療病棟入院料（入院日から起算して60日以内に限る）
 - ▶ 他院受診目的
 - ◆ 透析のみ
 - ▶ 減額率
 - ◆ 当該特定入院料等の基本点数の 15% を控除した点数

入院基本料の見直し

入院基本料

- ◆ 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を廃止し入院料に包括化
 - ▶ 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。

入院基本料の見直し

入院基本料

◆ 栄養管理体制の基準

- ▶ 常勤の管理栄養士を 1 名以上配置
- ▶ 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
- ▶ 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
- ▶ 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す
- ▶ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくとも差し支えない

◆ 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

入院基本料の見直し

入院基本料

◆ 褥瘡対策の基準

- ▶ 褥瘡対策が行われていること
- ▶ 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置
- ▶ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う
- ▶ 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
- ▶ 産婦人科等対象者が居なければ対応は不要

入院基本料の見直し

入院基本料

◆ 一般病棟

▶ 7 対 1	1 5 5 5 点	⇒	1 5 6 6 点
▶ 1 0 対 1	1 3 0 0 点	⇒	1 3 1 1 点
▶ 1 3 対 1	1 0 9 2 点	⇒	1 1 0 3 点
▶ 1 5 対 1	9 3 4 点	⇒	9 4 5 点

◆ 結核病棟

▶ 7 対 1	1 4 4 7 点	⇒	1 5 6 6 点
▶ 1 0 対 1	1 1 9 2 点	⇒	1 3 1 1 点
▶ 1 3 対 1	9 4 9 点	⇒	1 1 0 3 点
▶ 1 5 対 1	8 8 6 点	⇒	9 4 5 点
▶ 1 8 対 1	7 5 7 点	⇒	8 0 9 点
▶ 2 0 対 1	7 1 3 点	⇒	7 6 3 点

◆ 特別入院基本料の対象に 1 8 対 1 と 2 0 対 1 が追加

入院基本料の見直し

入院
基本
料

◆ 精神病棟

▶ 1 0 対 1	1 2 4 0 点	⇒	1 2 5 1 点
▶ 1 3 対 1	9 2 0 点	⇒	9 3 1 点
▶ 1 5 対 1	8 0 0 点	⇒	8 1 1 点
▶ 1 8 対 1	7 1 2 点	⇒	7 2 3 点
▶ 2 0 対 1	6 5 8 点	⇒	6 6 9 点

◆ 専門病院

▶ 7 対 1	1 5 5 5 点	⇒	1 5 6 6 点
▶ 1 0 対 1	1 3 0 0 点	⇒	1 3 1 1 点
▶ 1 3 対 1	1 0 9 2 点	⇒	1 1 0 3 点

入院基本料の見直し

◆ 障害者施設等

▶ 7 対 1	1 5 5 5 点	⇒	1 5 6 6 点
▶ 1 0 対 1	1 3 0 0 点	⇒	1 3 1 1 点
▶ 1 3 対 1	1 0 9 2 点	⇒	1 1 0 3 点
▶ 1 5 対 1	9 5 4 点	⇒	9 6 5 点

入
院
基
本
料

入院基本料の見直し

入院基本料

◆ 特定機能病院

▶ 一般病棟

◆ 7 対 1 1 5 5 5 点 ⇒ 1 5 6 6 点

◆ 1 0 対 1 1 3 0 0 点 ⇒ 1 3 1 1 点

▶ 結核病棟

◆ 7 対 1 1 4 4 7 点 ⇒ 1 5 6 6 点

◆ 1 0 対 1 1 1 9 2 点 ⇒ 1 3 1 1 点

◆ 1 3 対 1 9 4 9 点 ⇒ 1 1 0 3 点

◆ 1 5 対 1 8 8 6 点 ⇒ 9 4 5 点

▶ 精神病棟

◆ 7 対 1 1 3 1 1 点 ⇒ 1 3 2 2 点

◆ 1 0 対 1 1 2 4 0 点 ⇒ 1 2 5 1 点

◆ 1 3 対 1 9 2 0 点 ⇒ 9 3 1 点

◆ 1 5 対 1 8 3 9 点 ⇒ 8 5 0 点

▶ 一般病棟看護必要度評価加算は廃止

入院基本料の見直し

入院基本料

◆ 有床診療所

▶ 有床診療所入院基本料 1

◆ 14日以内	760点	⇒	771点
◆ 14日以上30日以内	590点	⇒	601点
◆ 30日以上	500点	⇒	511点

▶ 有床診療所入院基本料 2

◆ 14日以内	680点	⇒	691点
◆ 14日以上30日以内	510点	⇒	521点
◆ 30日以上	460点	⇒	471点

▶ 有床診療所入院基本料 3

◆ 14日以内	500点	⇒	511点
◆ 14日以上30日以内	370点	⇒	381点
◆ 30日以上	340点	⇒	351点

入院基本料の見直し

改

◆ 有床診療所療養病床

▶ 入院基本料 A

9 7 5 点 ⇒ 9 8 6 点

◆ 生活療養

9 6 1 点 ⇒ 9 7 2 点

▶ 入院基本料 B

8 7 1 点 ⇒ 8 8 2 点

◆ 生活療養

8 5 7 点 ⇒ 8 6 8 点

▶ 入院基本料 C

7 6 4 点 ⇒ 7 7 5 点

◆ 生活療養

7 6 0 点 ⇒ 7 7 1 点

▶ 入院基本料 D

6 0 2 点 ⇒ 6 1 3 点

◆ 生活療養

5 8 8 点 ⇒ 5 9 9 点

▶ 入院基本料 E

5 2 0 点 ⇒ 5 3 1 点

◆ 生活療養

5 0 6 点 ⇒ 5 1 7 点

入
院
基
本
料

一般病床

7対1入院基本料算定要件の見直し

改

入院基本料

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 10%以上		平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 15%以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ		平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 15%以上
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 10%以上		平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 15%以上※

※ 悪性腫瘍患者を一般病棟に70%以上入院させている場合の看護必要度基準は従前通り10%以上

◆ 経過措置

- ▶ 平成24年3月31日時点で7対1を算定している病棟で、平成24年4月1日以降の7対1の算定基準は満たさないが、10対1の基準を満たしている病棟は、平成26年3月31日まで改定後の7対1を算定できる（ただし25対1急性期看護補助体制加算は算定不可）

7対1入院基本料算定要件の見直し

改

入院基本料

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 血圧測定	0～4回	5回以上
4 時間尿測定	なし	あり
5 呼吸ケア	なし	あり
6 点滴ライン同時3本以上	なし	あり
7 心電図モニター	なし	あり
8 輸液ポンプの使用	なし	あり
9 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
10 シリンジポンプの使用	なし	あり
11 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
12 人工呼吸器の装着	なし	あり
13 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
14 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
15 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定）	なし	あり
		A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
16 床上安静の指示	なし	あり	
17 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
18 寝返り	できる	何かにつかまれば	
19 起き上がり	できる	できない	
20 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
21 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
22 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
23 口腔清潔	できる	できない	
24 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
25 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
26 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
27 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
28 危険行動	ない	ある	
			B得点

◆ 看護必要度基準

- ▶ 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
- ▶ A得点（モニタリング及び処置等）2点以上かつ、B得点（患者の状況等）3点以上の患者の割合

10対1入院基本料算定要件の見直し

改

入院基本料

◆ 対象入院基本料

- ▶ 一般病棟、特定機能病院一般病棟、専門病院

◆ 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は廃止

◆ 経過措置

- ▶ 平成24年7月1日より実施

◆ 看護必要度加算の新設

- ▶ 看護必要度加算1 30点（1日につき）
 - ◆ 15%以上
- ▶ 看護必要度加算2 15点（1日につき）
 - ◆ 10%以上

13対1入院基本料算定要件の見直し

改

入院基本料

◆ 対象入院基本料

- ▶ 一般病棟、専門病院
- ▶ 「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

◆ 一般病棟看護必要度評価加算の新設

- ▶ 一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）
- ▶ 算定要件
 - ◆ 一般病棟13対1入院基本料、専門病棟13対1入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定

90日超入院の見直し

改

入院基本料

◆ 対象

- ▶ 一般病棟の13対1、15対1入院基本料算定病棟に入院する90日超入院患者

◆ 算定パターン

- ▶ 病棟単位で、医療機関が選択できる
 - ◆ 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（パターン①）
 - ・ 療養病棟入院基本料1で算定
 - ・ 要届出
 - ◆ 出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする（パターン②）
 - ・ 平均在院日数のカウントから除外のメリットがなくなる

◆ 経過措置

- ▶ 平成24年10月1日から施行

90日超入院の見直し

入院基本料

◆ 療養病棟入院基本料 1 で算定する場合

▶ 当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりに算定

- ◆ 療養病棟入院基本料の注3に規定する費用、重症児（者）受入連携加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算は算定不可
- ◆ 以下のものは算定可
 - ・ 褥瘡評価実施加算
 - ・ （イ）乳幼児加算・幼児加算、（ロ）超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、（ハ）地域加算、（二）離島加算、（ホ）H I V感染者療養環境特別加算、（ヘ）療養病棟療養環境加算（要届出）、（ト）重症皮膚潰瘍管理加算（要届出）、（チ）栄養サポートチーム加算（入院した日を入院初日と起算して算定）、（リ）退院調整加算（入院した日を入院初日として、退院調整加算の2に規定する療養病棟入院基本料の場合の例によりハ又は二を算定する）、（ヌ）地域連携認知症支援加算、（ル）総合評価加算

90日超入院の見直し

入院基本料

◆ 療養病棟入院基本料 1 で算定する場合

▶ 当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおり算定

- ◆ 認知症専門診断管理料の算定の際に「療養病棟に入院している患者」とみなすことができる
- ◆ 少なくとも月に1回、患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2（準ずるもの可）により作成した書面（写し可）を交付し十分な説明を行い診療録に貼付
- ◆ 疾患及び状態等並びにA D Lの判定基準による判定結果をレセプト請求の際に添付する。

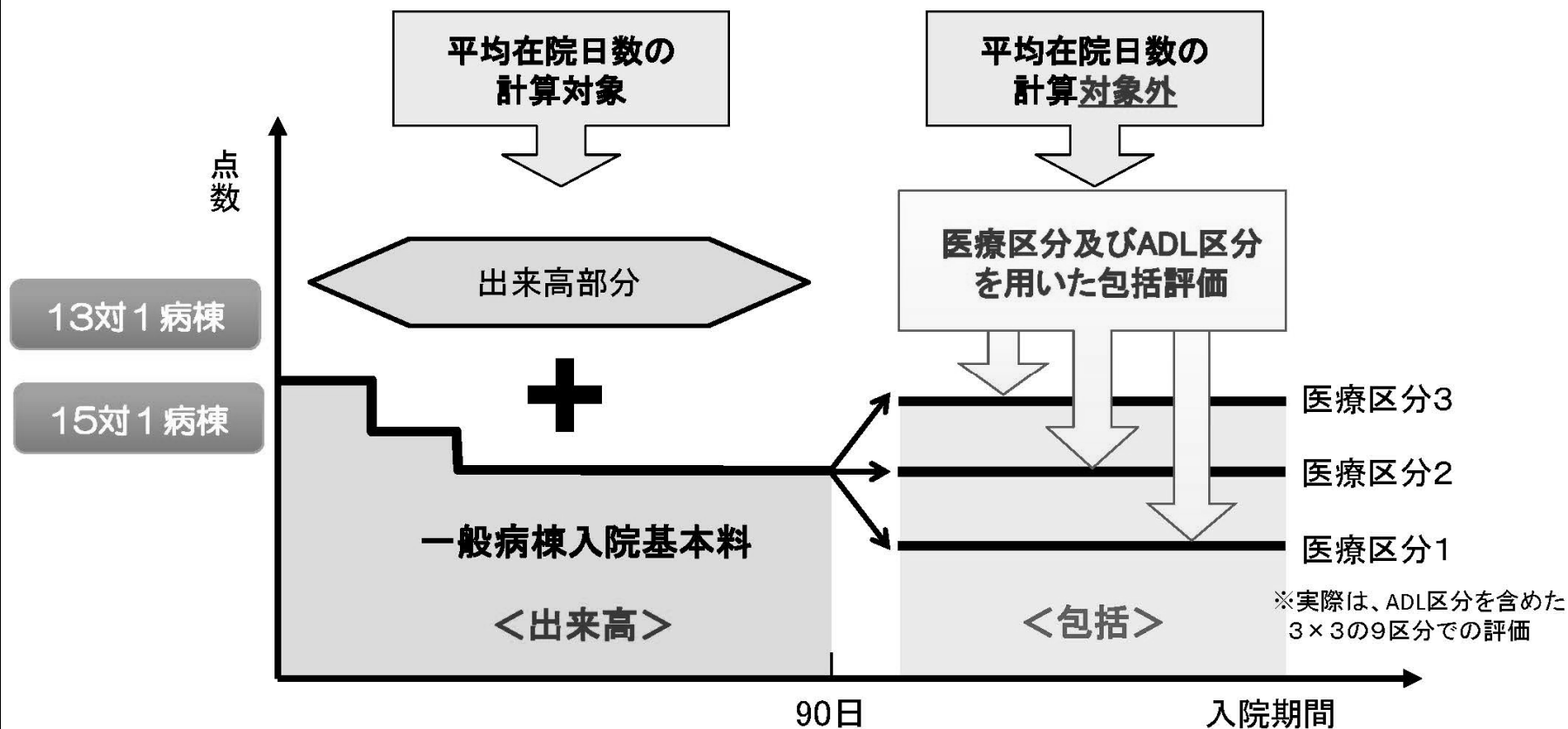
90日超入院の見直し

改

パターン①

- 長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか。
- その観点からは、24年改定においては、13対1 病棟と15対1 病棟について、90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入することとしてはどうか。

入院基本料



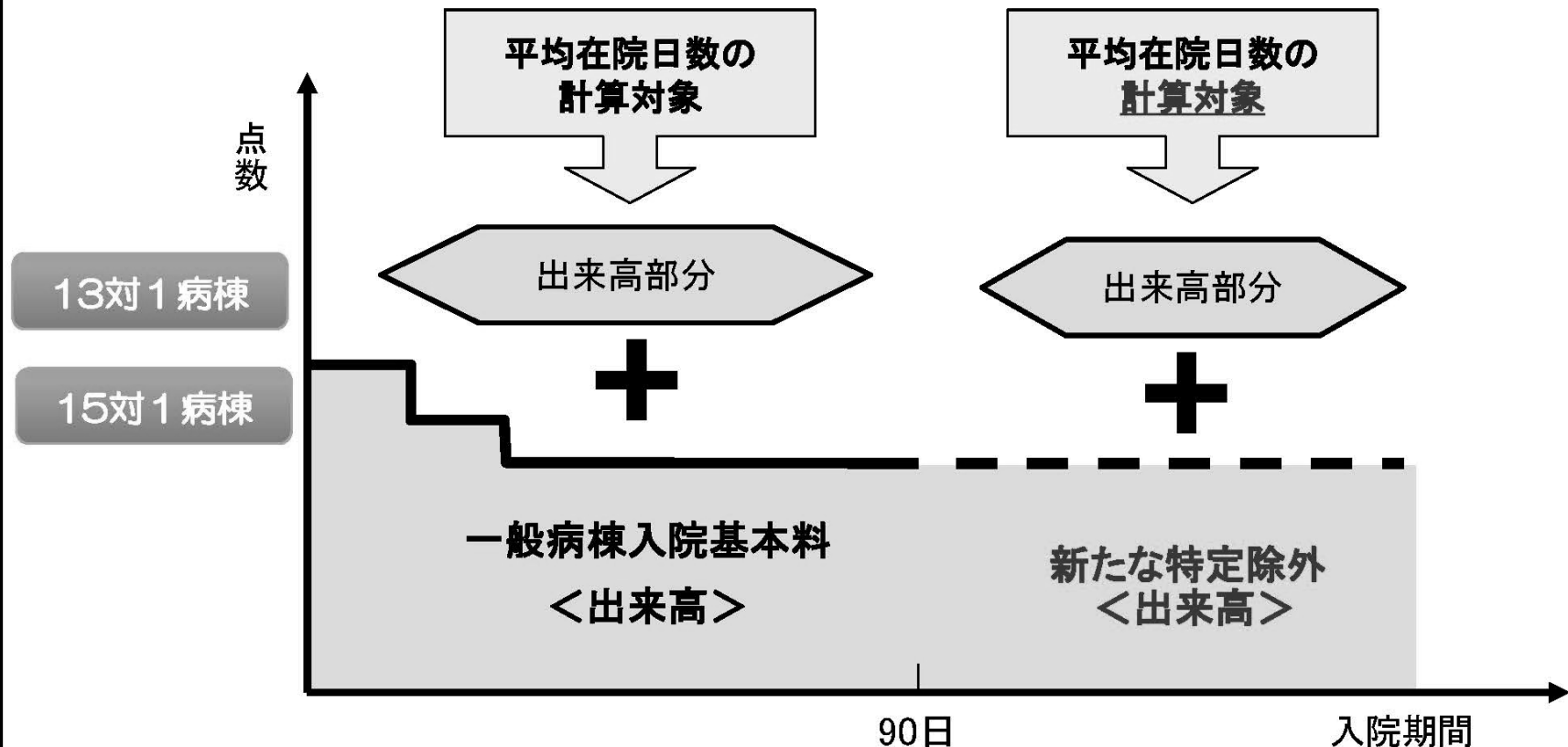
90日超入院の見直し

改

パターン②

- 長期療養患者が比較的少ない一般病棟については、将来的には、急性期・亜急性期病棟へ移行することが現実的ではないか。
- その観点から、24年改定においては、13対1 病棟と15対1 病棟について、90日を超えて入院する患者を対象として、平均在院日数の計算対象とすることとしてはどうか。

入院
基本
料



入院基本料加算

改新

◆ 重症児（者）受入連携加算（入院初日）

1300点 ⇒ 2000点

▶ 対象入院料

- ◆ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、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

▶ 算定要件

- ◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算を算定した他の保険医療機関から転院してきた者

▶ 救急・在宅重症児（者）受入加算 2000点

- ◆ 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。

入院料の減算

入院基本料

◆ 入退院の曜日や退院時刻で減算が発生

▶ 対象入院料

- ◆ 一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院

◆ 金曜日入院・月曜日退院の割合が高い医療機関

▶ 要件

- ◆ 入院全体のうち金曜日に入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関

▶ 対象

- ◆ 入退院直前直後の土曜日、日曜日に算定された入院料を8%減額
- ◆ 当該日に手術、1000点以上の処置・手術を伴わないもの

▶ 経過措置

- ◆ 平成24年10月1日から施行

入院料の減算

入院基本料

◆ 金曜日入院・月曜日退院の計算式

- ▶ $(1 \text{ 月あたりの金曜日入院患者数} \div 1 \text{ 月あたりの全入院患者数}) \times 100 + (1 \text{ 月あたりの月曜日退院患者数} \div 1 \text{ 月あたりの全退院患者数}) \times 100$
- ▶ 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、翌月から減算対象となる

入院料の減算

入院基本料

◆ 午前中退院の割合が高い医療機関

▶ 要件

- ◆ 退院全体のうち正午までに退院するものの割合が90%を超える医療機関

▶ 対象

- ◆ 退院日の入院料を8%減額
- ◆ 退院調整加算または新生児特定集中治療室退院調整加算が算定されていないもの
- ◆ 30日を超えて入院している者で退院日に手術、1000点以上の処置・手術を伴わないもの

▶ 経過措置

- ◆ 平成24年10月1日から施行

入院料の減算

◆ 午前中退院の計算式

▶ 電子カルテ等で退院時間が明らかな場合

- ◆ 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

▶ 退院時間が明らかでない場合

- ◆ 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算定
- ◆ （退院日前日に退院患者に提供した夕食数 - 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
- ▶ 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、翌月から減算の対象となる

救急・在宅等支援病床初期加算

新

◆ 救急・在宅等支援病床初期加算

150点

▶ 対象入院基本料

- ◆ 13対1、15対1

▶ 対象患者

- ◆ 在宅患者、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。）入所者等で状態が軽度悪化した者

▶ 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で受け入れた場合
- ◆ 転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定
- ◆ 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
- ◆ 同一医療機関で転棟した患者には算定不可
- ◆ 併設の介護老人保健施設等がから受け入れた患者には算定不可

入院基本料

急性期看護補助体制加算の再編

改

入院
基本
料

◆ 急性期看護補助体制加算

- ▶ 2 5 対 1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者 5 割以上) 1 6 0 点
- ▶ 2 5 対 1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者 5 割未満) 1 4 0 点
- ▶ 5 0 対 1 急性期看護補助体制加算 1 2 0 点
- ▶ 7 5 対 1 急性期看護補助体制加算 8 0 点

急性期看護補助体制加算の再編

改

入院基本料

- ◆ 2 5 対 1 急性期看護補助体制加算算定要件
 - ▶ 急性期医療を担う病院であること
 - ▶ 看護必要度の基準を満たす患者が以下の割合で入院する病棟（みなし看護補助者を除く）
 - ◆ 7 対 1 : 1 5 % 以上
 - ◆ 1 0 対 1 : 1 0 % 以上
 - ▶ 平成 2 4 年 3 月 3 1 日まで 7 対 1 入院基本料を算定し、平成 2 4 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不可
 - ▶ 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

急性期看護補助体制加算の再編

改

入院基本料

- ◆ 夜間 5 0 対 1 急性期看護補助体制加算 1 0 点
- ◆ 夜間 1 0 0 対 1 急性期看護補助体制加算 5 点

▶ 算定要件

- ◆ 同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数をカウント
- ◆ みなし看護補助者ではなく看護補助者の配置

◆ 看護職員夜間配置加算

（1 日につき、1 4 日を限度）（要届出） 5 0 点

▶ 施設基準

- ◆ 2 5 対 1 急性期看護補助体制加算を算定している病棟
- ◆ 当該病棟における看護職員の数、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が 1 2 又はその端数を増すごとに 1 以上

療 養 病 床

療養病棟入院基本料

改

◆ 療養病棟入院基本料 1

入院基本料

			医療区分1		医療区分2		医療区分3	
ADL3	新		945点		1,380点		1,769点	
	旧	差	934	11	1,369	11	1,758	11
ADL2	新		898点		1,353点		1,716点	
	旧	差	887	11	1,342	11	1,705	11
ADL1	新		796点		1,202点		1,435点	
	旧	差	785	11	1,191	11	1,424	11

療養病棟入院基本料

改

◆ 療養病棟入院基本料 2

入院基本料

		医療区分1		医療区分2		医療区分3	
ADL3	新	882点		1,317点		1,706点	
	旧 差	871	11	1,306	11	1,695	11
ADL2	新	835点		1,290点		1,653点	
	旧 差	824	11	1,279	11	1,642	11
ADL1	新	733点		1,139点		1,372点	
	旧 差	722	11	1,128	11	1,361	11

療養病棟入院基本料

改

入
院
基
本
料

◆ 褥瘡治療の評価

- ▶ 入院時既に発症している褥瘡に限り、治癒・軽快後1ヶ月間は医療区分2が継続して算定可能
- ▶ 上記取り扱いを実施した場合、褥瘡発生率等医療の質に関する内容の公表を要件化

◆ 転換の経過措置延長

- ▶ 特殊疾患病棟・障害者施設等から療養病棟に転換した場合の経過措置を2年間延長

療養病棟入院基本料

入院基本料

◆ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の再編

- ▶ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1 300点
 - ◆ 療養病棟入院基本料 1 を算定する病棟
 - ◆ 転院・入院・転棟から 14 日に限り 1 日につき算定

- ▶ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 2 150点
 - ◆ 療養病棟入院基本料 2 を算定する病棟
 - ◆ 転院・入院・転棟から 14 日に限り 1 日につき算定

入院基本料加算

改新

◆ 重症児（者）受入連携加算（入院初日）

1 3 0 0 点 ⇒ 2 0 0 0 点

▶ 対象入院料

- ◆ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患
病棟入院料、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

▶ 算定要件

- ◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算を算定した他の保険医療機
関から転院してきた者

▶ 救急・在宅重症児（者）受入加算 2 0 0 点

- ◆ 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。

入院基本料加算

改新

入院基本料

◆ 療養病棟療養環境加算の見直し

▶ 療養病棟療養環境加算 3 90点

⇒ 療養病棟療養環境改善加算 1 80点

▶ 療養病棟療養環境加算 4 30点

⇒ 療養病棟療養環境改善加算 2 20点

◆ 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
- ・ 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、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
- ・ 特別の料金を徴収している場合には算定不可

◆ 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の届出を行っていれば平成24年9月30日まで算定可

結核病床

化学療法

入院基本料

◆ 結核患者に化学療法を行う場合

- ▶ 「院内DOTSガイドライン」（日本結核病学会）を踏まえ、下記のの実施及び保健所との連携を行う
- ▶ 当該基準を満たさない場合は、特別入院基本料550点を算定
- ▶ ア服薬支援計画の作成
 - ◆ 個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内DOTS計画を策定する
 - ◆ 計画の策定にあたっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮する
- ▶ イ服薬確認の実施
 - ◆ 看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行う

化学療法

◆ 結核患者に化学療法を行う場合

▶ ウ患者教育の実施

- ◆ 確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

▶ エ保健所との連携

- ◆ 退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録に記載すること。

精 神 病 床

入院基本料等加算

◆ 救急支援精神病棟初期加算

(1 4 日以内、 1 日につき) 1 0 0 点

▶ 算定要件

- ◆ 救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象
- ◆ 施設基準
- ◆ 精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる

入院基本料等加算

◆ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

(入院初日) 2000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

- ◆ 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
- ◆ 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

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

(退院時 1 回) 1 0 0 0 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 6 0 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

- ◆ 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

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 精神科リエゾンチーム加算 200点（週1回）

▶ 算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ 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

- ◆ 以下により構成される精神科リエゾンチームを設置
- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ 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

入院基本料等加算

新

入院基本料

◆ 地域連携認知症集中治療加算 1 5 0 0 点

◆ 地域連携認知症支援加算 1 5 0 0 点

▶ 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、B P S D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
- ◆ 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、6 0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
- ◆ 文書により診療情報の提供をする

◆ 精神科身体合併症管理加算 3 5 0 点⇒ 4 5 0 点

特定入院料

入院
基本
料

◆ 精神科救急入院料（1日につき）

▶ 精神科救急入院料 1

◆ 30日以内 3 4 5 1 点 ⇒ 3 4 6 2 点

◆ 31日以上 3 0 3 1 点 ⇒ 3 0 4 2 点

▶ 精神科救急入院料 2

◆ 30日以内 3 2 5 1 点 ⇒ 3 2 6 2 点

◆ 31日以上 2 8 3 1 点 ⇒ 2 8 4 2 点

◆ 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

▶ 30日以内 3 4 5 1 点 ⇒ 3 4 6 2 点

▶ 31日以上 3 0 3 1 点 ⇒ 3 0 4 2 点

特定入院料

入院
基本
料

◆ 精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）

▶ 精神科急性期治療病棟入院料 1

◆ 30日以内 1 9 2 0 点 ⇒ 1 9 3 1 点

◆ 31日以上 1 6 0 0 点 ⇒ 1 6 1 1 点

▶ 精神科急性期治療病棟入院料 2

◆ 30日以内 1 8 2 0 点 ⇒ 1 8 3 1 点

◆ 31日以上 1 5 0 0 点 ⇒ 1 5 1 1 点

特定入院料

◆ 児童・思春期精神科入院医療管理料

(1日につき) 2900点

▶ 算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 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
- ◆ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く

▶ 施設基準

- ◆ 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
- ◆ 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）
- ◆ 看護師配置常時10対1以上（夜勤看護師2名以上）
- ◆ 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

特定入院料

入院基本料

◆ 精神療養病棟入院料（１日につき）

１０５０点 ⇒ １０６１点

◆ 重症者加算の項目見直し

▶ 重症者加算１ ６０点

◆ 算定要件

- ・ 要届出
- ・ 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、G A Fスコアが３０以下の患者に算定する

▶ 重症者加算２ ３０点

◆ 算定要件

- ・ G A Fスコアが４０以下の患者に算定する

▶ 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

特定入院料

入院基本料

◆ 精神療養病棟入院料加算の新設

▶ 退院調整加算（退院時） 500点

◆ 算定要件

- ・ 要届出
- ・ 退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること

◆ 施設基準

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

特定入院料

◆ 認知症治療病棟入院料の項目再編

▶ 認知症治療病棟入院料 1 （1 日につき）

◆ 30 日以内（新設）		⇒	1 7 6 1 点
◆ 31 日以上 60 日以内	1 4 5 0 点	⇒	1 4 6 1 点
◆ 61 日以上	1 1 8 0 点	⇒	1 1 7 1 点

▶ 認知症治療病棟入院料 2 （1 日につき）

◆ 30 日以内（新設）		⇒	1 2 8 1 点
◆ 31 日以上 60 日以内	1 0 7 0 点	⇒	1 0 8 1 点
◆ 61 日以上	9 7 0 点	⇒	9 6 1 点

▶ 包括範囲の見直し

- ◆ 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、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。

特定入院料

入院基本料

◆ 認知症治療病棟入院料

▶ 退院調整加算

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

▶ 認知症夜間対応加算（1日につき）

84点

◆ 算定要件

- ・ 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
- ・ 入院日から30日を限度に算定

有 床 診 療 所

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 入院基本料算定の緩和

- ▶ 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
- ▶ 変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定
- ▶ 加算については、入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定可
- ▶ 一般病床で療養として算定する場合は月に1回、患者（家族）に対し、病状や治療内容等の状況や各区分への該当状況を、別紙様式2（準ずるもの可）で作成した書面（写し可）を交付し十分に説明し診療録に貼付
- ▶ 介護療養病床入院患者が急性増悪した際、医療保険の算定病床は2室8床となっているが、全介護療養病床について算定可能とする

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 看取り加算

- ▶ 在宅療養支援診療所の場合 2000点
- ▶ その他の場合 1000点

◆ 対象入院料

- ・ 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

◆ 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
- ・ 看取りにかかる診療内容を診療録に記載

◆ 施設基準

- ・ 夜間に看護職員を1名以上配置していること

入院基本料等加算

改新

◆ 重症児（者）受入連携加算（入院初日）

1 3 0 0 点 ⇒ 2 0 0 0 点

▶ 対象入院料

- ◆ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患
病棟入院料、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

▶ 算定要件

- ◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算を算定した他の保険医療機
関から転院してきた者

▶ 救急・在宅重症児（者）受入加算 2 0 0 点

- ◆ 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。

入院基本料等加算

改新

入院基本料

◆ 診療所療養病床療養環境加算の見直し

▶ 診療所療養病床療養環境加算 2 4 0 点

⇒ 診療所療養病床療養環境改善加算 3 5 点

▶ 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
- ◆ 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
- ◆ 特別の料金を徴収している場合には算定不可

▶ 経過措置

- ◆ 平成 2 4 年 3 月 3 1 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 2 4 年 9 月 3 0 日までの間、従前の加算を算定できる

有床診療所入院基本料

◆ 有床診療所緩和ケア診療加算

(1日につき) 150点

▶ 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
- ◆ 緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式3（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- ◆ 本加算を算定する患者への入院精神療法の算定は週に1回まで

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 有床診療所緩和ケア診療加算

▶ 施設基準

- ◆ 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を配置
- ◆ 医師：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
- ◆ 看護師：3年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験
- ◆ 医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了
- ◆ 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不要
 - ・ 医師の研修
 - 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
 - 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

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 有床診療所緩和ケア診療加算

▶ 施設基準

◆ 医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了

・ 看護師の研修

- 国及び医療関係団体等が主催する研修（2日以上かつ10時間の研修で修了証交付されるもの）
- 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
- 講義及び演習により、次の内容を含むもの
- （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

◆ 夜間の看護職員を1名以上配置

◆ 患者に対して必要な情報提供（院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示など）

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 有床診療所緩和ケア診療加算

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添 7 の様式 2 7 の 2 を使用
- ◆ 医師、看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- ◆ 医師、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

入院基本料加算

入院基本料等加算

入院
基
本
料

◆ 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

▶ 1 5 対 1		8 1 0 点
▶ 2 0 対 1		6 1 0 点
▶ 2 5 対 1		4 9 0 点
▶ 3 0 対 1	(新設)	4 1 0 点
▶ 4 0 対 1	(新設)	3 3 0 点
▶ 5 0 対 1		2 5 5 点
▶ 7 5 対 1		1 8 0 点
▶ 1 0 0 対 1		1 3 8 点

医師事務作業補助体制加算

改

入院基本料

▶ 施設基準

◆ ① 15対1、20対1

- ・ 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

◆ ② 25対1、30対1、40対1

- ・ 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

◆ ③ 50対1、75対1、100対1

- ・ ①又は②の施設基準を満たしていること又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

改

入院基本料

▶ 算定可能病床の拡大

- ◆ 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 1 のみ）、精神科救急・合併症入院料

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

⇒ (名称変更) 救急医療管理加算 800点

▶ 乳幼児加算 (6歳未満) 400点

▶ 小児加算 (6歳以上15歳未満) 200点

◆ 緊急に入院する必要がある重傷者に7日間限度

◆ 在宅患者緊急入院診療加算

▶ 機能強化した在支診・在支病の求め 2500点

▶ 連携医療機関である場合 1300点⇒2000点

▶ 上記以外の場合 650点⇒1000点

◆ 算定可能病床

◆ 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、小児入院医療管理料

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 看護補助加算 1（1日につき）

109点

▶ 施設基準

- ◆ 13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料を算定する病棟

◆ 二類感染症患者療養環境特別加算

▶ 陰圧室加算算定時の要件追加

- ◆ 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おいては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 無菌治療室管理加算（１日につき）の見直し

▶ 無菌治療室管理加算 1 3000点

- ◆ 個室であること
- ◆ 滅菌水の供給が常時可能であること
- ◆ 室内の空気清浄度が ISOクラス6以上 であること
- ◆ 室内の空気の流れが一方向であること

▶ 無菌治療室管理加算 2 2000点

- ◆ 滅菌水の供給が常時可能であること
- ◆ 室内の空気清浄度が ISOクラス7以上 であること

▶ 経過措置

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

入院基本料等加算

新

入院基本料

◆ 緩和ケア診療加算施設基準の見直し

- ◆ がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院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た施設若しくはそれに準じる病院であること

▶ 小児加算（１５歳未満）（新設） １００点

▶ 緩和ケア診療加算（新設）（１日につき） ２００点

- ◆ 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、２００床以上、ＤＰＣ対象の病院、一般病棟７対１、１０対１算定の病院を除く）であること
- ◆ 以下から構成される緩和ケアチームが設置されている
 - ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ◆ １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

栄養サポートチーム加算

改

入院基本料

◆ 栄養サポートチーム加算算定対象の拡大

▶ 算定可能病棟

- ◆ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料

▶ 療養病棟での留意点

- ◆ 入院日から起算して6月以内に限り算定可能
- ◆ 入院30日以内までは週1回、31日以降180日までは月1回に限り算定可能
- ◆ 180日を超えても定期的に栄養管理を行うことが望ましい

栄養サポートチーム加算

新

◆ 栄養サポートチーム加算（週 1 回）

（新設） 100点

▶ 施設基準

- ◆ 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
- ◆ 以下から構成される栄養サポートチームを設置
 - ・ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 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
- ◆ 1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。

感染防止対策加算(要届出)

◆ 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

- ▶ 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
- ▶ 感染制御チームは以下の業務を行う
 - ◆ 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
 - ◆ 院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う
 - ◆ 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
 - ◆ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進
 - ◆ 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取り、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
 - ◆ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う
 - ◆ 院内感染に関するマニュアルを作成し、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

感染防止対策加算(要届出)

新

◆ 感染防止対策加算 1 (入院初日)

400点

▶ 施設基準

- ◆ 感染防止対策部門を設置
- ◆ 医療安全対策加算の医療安全管理部門を代用可
- ◆ 感染防止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
 - ・ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科の場合当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - ・ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ・ 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
 - ・ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- ◆ 医師又は看護師のうち1名は専従
- ◆ 院内に上記に定める者のうち1名を院内感染管理者として配置
- ◆ 当該職員は医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任不可、院内感染防止対策に掲げる業務は可能

入院
基本
料

感染防止対策加算(要届出)

◆ 感染防止対策加算 1 (入院初日)

400点

▶ 施設基準

◆ 感染管理に係る適切な研修

- ・ 国及び医療関係団体等が主催する研修（6月以上かつ60時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- ・ 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
- ・ 講義及び演習により、次の内容を含むもの
 - 感染予防・管理システム
 - 医療関連感染サーベイランス
 - 感染防止技術
 - 職業感染管理
 - 感染管理指導
 - 感染管理相談
 - 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

感染防止対策加算(要届出)

◆ 感染防止対策加算 1 (入院初日)

400点

▶ 施設基準

- ◆ 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を整備
- ◆ 感染制御チームは最新のエビデンスに基づき、下記の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、各部署に配布
- ◆ 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
- ◆ 手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する
- ◆ 感染制御チームは職員を対象として、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う
- ◆ なお当該研修は安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う
- ◆ 感染制御チームにより、感染防止対策加算2の届出をし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

感染防止対策加算(要届出)

入院基本料

◆ 感染防止対策加算 1 (入院初日)

400点

▶ 施設基準

- ◆ 感染制御チームにより、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
- ◆ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備
 - ・ 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）には、届出制又は許可制の体制をとる
- ◆ 院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示
- ◆ 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、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

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添 7 の様式 35 の 2 を使用
- ◆ 実績不要

感染防止対策加算(要届出)

◆ 感染防止対策加算 2 (入院初日)

100点

▶ 施設基準

- ◆ 一般病床が300床以下を標準
- ◆ 感染防止対策部門を設置（医療安全対策加算に係る医療安全管理部門を代用可）
- ◆ 医療安全管理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
 - ・ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - ・ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - ・ 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
 - ・ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- ◆ 院内に上記に定める者のうち1名を院内感染管理者として配置
- ◆ 当該職員は医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任不可、院内感染防止対策に掲げる業務は可能
- ◆ 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を整備

感染防止対策加算(要届出)

◆ 感染防止対策加算 2 (入院初日)

100点

▶ 施設基準

- ◆ 感染制御チームは最新のエビデンスに基づき、下記の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、各部署に配布
- ◆ 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
- ◆ 手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する
- ◆ 感染制御チームは職員を対象として、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う
 - ・ 当該研修は安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う
- ◆ 感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1の届出をし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する

感染防止対策加算(要届出)

◆ 感染防止対策加算 2 (入院初日)

100点

▶ 施設基準

- ◆ 感染防止対策地域連携加算の届出を行った場合、連携医療機関連携と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回以上参加する
- ◆ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備
 - ・ 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
- ◆ 院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示
- ◆ 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、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

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添7の様式35の2を使用
- ◆ 実績不要

感染防止対策加算(要届出)

入院基本料

◆ 感染防止対策地域連携加算（入院初日） 100点

▶ 施設基準

- ◆ 感染防止対策加算1の届出必要
- ◆ 感染防止対策加算1の届出をしている他の保険医療機関と連携
- ◆ 年1回程度、連携しているいずれかの保険医療機関にて別添6の別紙24（または準じたもの）により感染防止対策に関する評価を行い報告
- ◆ 年1回程度、連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受ける

▶ 届出の留意事項

- ◆ 別添7の様式35の3を使用
- ◆ 実績は不要

◆ 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

- ▶ 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止

患者サポート体制充実加算(要届出)

新

◆ 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点

▶ 算定要件

◆ 要届出

- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ がん診療連携拠点病院加算を算定している場合には算定不可
- ◆ 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である

入院
基本
料

入院基本料加算

新

◆ 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点

▶ 施設基準

- ◆ 患者又はその家族（以下患者等）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、様々な相談に対応する窓口を設置
- ◆ 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を標榜時間内に常時1名以上配置
- ◆ 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
- ◆ 医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可
- ◆ 担当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

入院基本料加算

新

◆ 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点

▶ 施設基準

◆ 以下の患者等に対する支援体制が整備されている

- ・ 患者支援体制確保のため、相談窓口と各部門とが十分に連携
- ・ 各部門に患者支援体制に係る担当者を配置
- ・ 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
- ・ 各部門に患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制マニュアルを整備し、職員が遵守
- ・ 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

入院基本料加算

新

◆ 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点

▶ 施設基準

- ・ 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
- ・ 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

- ◆ 当該保険医療機関内の見やすい場所に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
- ◆ 入院時に文書等を用いて相談窓口について説明
- ◆ 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
- ◆ 届出の留意事項
 - ・ 別添7の様式36を使用

入院基本料等加算

改

入院
基本
料

◆ ハイリスク妊娠管理加算

1 0 0 0 点 ⇒ 1 2 0 0 点

◆ ハイリスク分娩管理加算

3 0 0 0 点 ⇒ 3 2 0 0 点

◆ 総合評価加算

5 0 点 ⇒ 1 0 0 点

▶ 算定可能病棟の拡大

- ◆ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 項目の廃止

- ▶ 児童・思春期精神科入院医療管理加算
- ▶ 栄養管理実施加算
- ▶ 医療安全対策加算の感染防止対策加算
- ▶ 褥瘡患者管理加算
- ▶ 急性期病棟等退院調整加算

入院基本料加算



◆ 後発医薬品使用体制加算の再編

▶ 後発医薬品使用体制加算 1

35点

- ◆ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が3割以上であること

▶ 後発医薬品使用体制加算 2

28点

- ◆ 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

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

- ◆ 病棟薬剤業務実施加算（週 1 回） 100 点
 - ▶ 病棟で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」）を実施していることを評価
 - ▶ 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 時間相当以上実施している場合に、週 1 回に限り加算
 - ◆（複数の薬剤師が一つの病棟で実施する場合は、実施時間を合算した時間が 20 時間相当以上）
 - ▶ 療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）を算定している患者は、入院した日から起算して 4 週を限度として加算

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 病棟薬剤業務とは次に掲げるものである

- ▶ 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
- ▶ 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）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い、重要な医薬品情報は、医療従事者へ周知
- ▶ 院内の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文書で提供
 - ◆ 医薬品緊急安全性情報
 - ◆ 医薬品・医療機器等安全性情報

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 病棟薬剤業務とは次に掲げるものである

- ▶ 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し、その写しを診療録に添付
- ▶ 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
- ▶ 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（薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品）の説明を投与前に行う必要がある場合は、病棟専任の薬剤師が行う

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 病棟薬剤業務とは次に掲げるものである

- ▶ 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
- ▶ 上記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

病棟薬剤業務実施加算

- ◆ 病棟薬剤業務の実施には次の点に留意する
 - ▶ 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
 - ▶ 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
 - ▶ 特定入院料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

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 施設基準

- ▶ 常勤の薬剤師を 2 人以上配置
- ▶ 病棟薬剤業務の実施に必要な体制
- ▶ 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（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）を算定する病棟を除く）に配置
 - ◆ 病棟には手術室及び治療室は含まれないが、手術室及び治療室、特殊疾患病棟入院料等の特定入院料も、病棟薬剤業務の実施に努める
- ▶ 複数の薬剤師が一つの病棟で実施も可
- ▶ 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対象病棟があってはならない

◆ 施設基準

- ▶ 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料の業務時間は含まれない
- ▶ 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」）を有し、常勤の薬剤師を1人以上配置
- ▶ 「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）」に以下の内容を定め、それに従って必要な措置を実施
 - ◆ 下記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
 - ・ 医薬品情報管理室が、下記の医薬品安全性情報等を積極的に収集・評価、一元管理し、それらが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

◆ 施設基準

- 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）
- 院内で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
- 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）
- ・ 医薬品安全性情報等のうち、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

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 施設基準

- ・ 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し、病棟薬剤業務に必要な情報を提供
 - ・ データベース等により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
- ▶ 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備
 - ▶ 薬剤管理指導料の届出を行っている
 - ▶ 病棟専任の薬剤師の氏名を病棟内に掲示

病棟薬剤業務実施加算

入院基本料

◆ 届出の留意事項

- ▶ 別添 7 の様式 4 0 の 4 を使用
- ▶ 毎年 7 月に、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として別添 7 の様式 1 3 の 2 により届出
- ▶ 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 2 0 で提出
- ▶ 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
- ▶ 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

入院基本料等加算

入院基本料

◆ データ提出加算 1（退院時 1 回）

- ▶ 200床以上の病院 100点
- ▶ 200床未満の病院 150点

▶ 算定要件

- ◆ 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。
- ◆ 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）

入院基本料等加算

入院基本料

◆ データ提出加算 2（退院時 1 回）

- ▶ 200床以上の病院 110点
- ▶ 200床未満の病院 160点

▶ 算定要件

- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ 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）

入院基本料等加算

入院基本料

◆ データ提出加算

▶ 施設基準

◆ 対象入院料

- ・ 7 対 1 又は 1 0 対 1 （一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院一般病棟入院基本料）

- ◆ 診療録管理体制加算に係る届出を行っているか、それと同等の診療録管理体制があり、当該基準を満たすべく計画を策定
- ◆ 「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

▶ その他

- ◆ 「外来診療データ」については、平成 2 4 年 1 0 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予定
- ◆ D P C 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

退院調整加算の見直し

◆ 算定のポイント

- ▶ 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価
- ▶ 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については更に評価を行う
- ▶ 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る
- ▶ 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については調整を行うことを明確化する

退院調整加算の見直し

入院基本料

◆ 退院困難な要因とは

- ▶ 悪性腫瘍、認知症、急性呼吸器感染症（誤嚥性肺炎等）のいずれか
- ▶ 緊急入院である
- ▶ 介護保険が未申請の場合（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）
- ▶ 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要（と推測される）である
- ▶ 排泄に介護を要する
- ▶ 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
- ▶ 退院後に医療処置（胃瘻等経管栄養法を含む）が必要
- ▶ 入退院を繰り返している
- ▶ 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

退院調整加算の見直し

入院基本料

◆ 退院調整加算 1

- ▶ 14日以内 340点
- ▶ 30日以内 150点
- ▶ 31日以上 50点

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

退院調整加算の見直し

改

入院基本料

◆ 退院調整加算 2

- ▶ 30日以内 800点
- ▶ 31日以上90日以内 600点
- ▶ 91日以上120日以内 400点
- ▶ 121日以上 200点

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

退院調整加算の見直し

◆ 施設基準

- ▶ 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること
 - ◆ 退院調整に関する部門が設置されていること
 - ◆ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること
 - ◆ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること
- ▶ 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者を配置

退院調整加算の見直し

改新

入院基本料

◆ 地域連携計画加算（新設）

300点

- ▶ 退院加算の廃止に伴い新設
- ▶ 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合に算定
- ▶ 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、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定

退院調整加算の見直し

入院基本料

◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算の再編

▶ 施設基準

- ◆ 退院調整に関する部門が設置されている
- ◆ 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 1 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をそれぞれ 1 名以上配置

▶ 新生児特定集中治療室退院調整加算 1

(退院時 1 回) 600 点

◆ 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

退院調整加算の見直し

入院基本料

◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算の再編

▶ 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（入院中 1 回）

600点

・ 算定要件

- 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1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に入院中に 1 回に限り算定

◆ ロ 退院加算（退院時 1 回）

600点

・ 算定要件

- 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

入院基本料等加算

改

入院
基本
料

◆ 救急搬送患者地域連携紹介加算

500点 ⇒ 1000点

▶ 算定要件の見直し

- ◆ 入院後5日以内から7日以内に緩和

◆ 救急搬送患者地域連携受入加算

1000点 ⇒ 2000点

▶ 算定要件の見直し

- ◆ 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

◆ 施設基準を見直し、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする

勤務医負担軽減の取り組み

改

◆ 負担軽減及び処遇の改善体制

▶ 現行の診療報酬

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

そ
の
他

勤務医負担軽減の取り組み

新

◆ 負担軽減及び処遇の改善体制に追加項目

▶ 新たに追加される診療報酬

- 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
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料

そ
の
他

勤務医負担軽減の取り組み

◆ 負担軽減及び処遇の改善計画の具体例

▶ 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

そ
の
他

勤務医負担軽減の取り組み

改

◆ 負担軽減及び処遇の改善計画の具体例

▶ 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1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする
- ◆ なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする

そ
の
他

勤務医負担軽減の報告 (H22年改定の書類)

改

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・4月報告)

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする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チェックし、届出年月日を記載すること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
☐ 総合入院体制加算	年 月 日	☐ 栄養サポートチーム加算	年 月 日
☐ 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	☐ 呼吸ケアチーム加算	年 月 日
☐ ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	☐ 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
☐ 急性期看護補助体制加算	年 月 日	☐ 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日

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

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画

- ☐ 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
- ☐ 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制
- ☐ 交代勤務制の導入
- ☐ 外来縮小の取組み
 - ア 初診における選定療養の額 _____円
 - イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割
- ☐ その他

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

- ☐ 勤務時間 (平均週 _____ 時間(うち、残業 _____ 時間))
- ☐ 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____ 回)
- ☐ 当直翌日の通常勤務に係る配慮(☐ 当直翌日は休日としている ☐ 当直翌日の業務内容の配慮を行っている ☐ その他(具体的に: _____))
- ☐ 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定
- ☐ その他

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

- ア 開催頻度 (_____ 回/年)
- イ 参加人数 (平均 _____ 人/回) 参加職種(_____)

その他

特 定 入 院 料

救命救急入院料

入院
基本
料

◆ 救命救急入院料 1

▶ 3 日以内	9 7 0 0 点	⇒	9 7 1 1 点
▶ 4 日以上 7 日以内	8 7 7 5 点	⇒	8 7 8 6 点
▶ 8 日以上 1 4 日以内	7 4 9 0 点	⇒	7 5 0 1 点

◆ 救命救急入院料 2

▶ 3 日以内	1 1 2 0 0 点	⇒	1 1 2 1 1 点
▶ 4 日以上 7 日以内	1 0 1 4 0 点	⇒	1 0 1 5 1 点
▶ 8 日以上 1 4 日以内	8 8 9 0 点	⇒	8 9 0 1 点

救命救急入院料

入院
基本料

◆ 救命救急入院料 3

▶ 救命救急入院料

◆ 3日以内	9 7 0 0 点	⇒	9 7 1 1 点
◆ 4日以上 7日以内	8 7 7 5 点	⇒	8 7 8 6 点
◆ 8日以上 14日以内	7 4 9 0 点	⇒	7 5 0 1 点

▶ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

◆ 3日以内	9 7 0 0 点	⇒	9 7 1 1 点
◆ 4日以上 7日以内	8 7 7 5 点	⇒	8 7 8 6 点
◆ 8日以上 14日以内	7 8 9 0 点	⇒	7 9 0 1 点

救命救急入院料

入院
基本
料

◆ 救命救急入院料 4

▶ 救命救急入院料

◆ 3 日以内	1 1 2 0 0 点	⇒	1 1 2 1 1 点
◆ 4 日以上 7 日以内	1 0 1 4 0 点	⇒	1 0 1 5 1 点
◆ 8 日以上 1 4 日以内	8 8 9 0 点	⇒	8 9 0 1 点

▶ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

◆ 3 日以内	1 1 2 0 0 点	⇒	1 1 2 1 1 点
◆ 4 日以上 7 日以内	1 0 1 4 0 点	⇒	1 0 1 5 1 点
◆ 8 日以上 1 4 日以内	8 8 9 0 点	⇒	8 9 0 1 点
◆ 1 5 日以上 6 0 日以内	7 8 9 0 点	⇒	7 9 0 1 点

救命救急入院料

改

入院基本料

- ◆ 救命救急入院料 1、救命救急入院料 3 の人員基準
 - ▶ 看護師配置が、常時 4 対 1 以上であることを追加
 - ▶ 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
- ◆ ハイケアユニット入院医療管理料（1 日につき）
4 5 0 0 点 ⇒ 4 5 1 1 点
- ◆ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1 日につき）
5 7 0 0 点 ⇒ 5 7 1 1 点

緩和ケア病棟入院料の再編

入院基本料

◆ 緩和ケア病棟入院料（１日につき）

- ▶ ３０日以内の場合 ４ ７ ９ １ 点
- ▶ ３１日以上６０日以内の場合 ４ ２ ９ １ 点
- ▶ ６１日以上の場合 ３ ２ ９ １ 点

▶ 施設基準の緩和

- ◆ 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病院若しくはそれに準じる病院であること。

小児特定集中治療室管理料の新設

◆ 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

- ▶ 7日以内の期間 15500点
- ▶ 8日以上14日以内の期間 13500点

◆ 算定要件

- ・ 15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定

◆ 施設基準

- ・ 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
- ・ 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること
- ・ 常時2対1以上の看護配置であること
- ・ 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
- ・ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること
- ・ 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

特定入院料

改

入院
基
本
料

◆ 特定集中治療室管理料

▶ 各点数 1 1 点ずつ引き上げ

▶ 小児加算の引き上げ

◆ 7 日以内

1 5 0 0 点 ⇒ 2 0 0 0 点

◆ 8 日以上 1 4 日以内

1 0 0 0 点 ⇒ 1 5 0 0 点

◆ 特殊疾患入院医療管理料

◆ 特殊疾患病棟入院料

▶ 重症児（者）受入連携加算の引き上げ

1 3 0 0 点 ⇒ 2 0 0 0 点

回復期リハビリテーション病棟入院料

改

◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1911点

- ◆ 入院時に一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票のA項目を測定し診療録に記載
- ◆ 施設基準
 - ・ 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）
 - ・ 常時30対1以上の看護補助者の配置があること
 - ・ 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
 - ・ 在宅復帰率が7割以上であること
 - ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善

回復期リハビリテーション病棟入院料

改

入院基本料

◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1 7 6 1 点

◆ 施設基準

- ・ 常時 1 5 対 1 以上の看護配置があること
- ・ 常時 3 0 対 1 以上の看護補助者の配置があること
- ・ 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
- ・ 在宅復帰率 6 割以上であること
- ・ 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

◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1 6 1 1 点

◆ 重症者回復病棟加算は廃止

◆ 包括除外項目の追加

- ▶ 在宅医療、人工腎臓

亜急性期入院医療管理料の再編

改

◆ 亜急性期入院医療管理料 1

2061点

▶ 算定要件

- ◆ 60日を限度として一般病棟の病室単位で算定
- ◆ 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定

▶ 施設基準

- ◆ 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
- ◆ 200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床
- ◆ 100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床
- ◆ 看護職員配置が常時13対1以上
- ◆ 診療録管理体制加算を算定
- ◆ 専任の在宅復帰支援者が勤務
- ◆ 在宅復帰率が6割以上

亜急性期入院医療管理料の再編

改

◆ 亜急性期入院医療管理料 2

1 9 1 1 点

▶ 算定要件

- ◆ 60日を限度として一般病棟の病室単位で算定
- ◆ 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定

▶ 施設基準

- ◆ 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
- ◆ 200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床
- ◆ 100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床
- ◆ 看護職員配置が常時13対1以上
- ◆ 診療録管理体制加算を算定
- ◆ 専任の在宅復帰支援者が勤務
- ◆ 在宅復帰率が6割以上
- ◆ (削除) 200床未満であること
- ◆ (削除) 転床又は転院してきた患者の割合

亜急性期入院医療管理料の再編

改

入院
基本
料

- ◆ 亜急性期入院医療管理料 2 1911点
 - ▶ リハビリテーション提供体制加算が亜急性期入院医療管理料2に限定
 - ▶ 包括除外項目に人工腎臓を追加
- ◆ 医療資源の少ない地域
 - ▶ 看護配置等の緩和措置（15対1）

D P C

基礎係数の導入と医療機関群の設定

D
P
C

- ◆ 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ◆ 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「D P C病院Ⅰ群」、「D P C病院Ⅱ群」と「D P C病院Ⅲ群」の3群とする。
- ◆ 「D P C病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。
- ◆ なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、D P C病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

調整係数見直しに係る経過措置

- ◆ 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

D
P
C

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数（※）〕－

〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.75

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- ◆ 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

機能評価係数Ⅰの見直し

D
P
C

- ◆ 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を機能評価係数Ⅰとして係数設定する。
- ◆ 従前の機能評価係数Ⅰに加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数Ⅰとして係数評価する。
- ◆ 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数Ⅰとして整理する。
- ◆ その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ⅰに反映させる。

機能評価係数Ⅱの見直し

D
P
C

- ◆ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- ◆ 現行の評価項目（6指数）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。
- ◆ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。
- ◆ 被災三県における診療実績に基づく指数（効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

算定ルールの見直し

D
P
C

- ◆ 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール
 - ◆ 化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は当該化学療法薬は別途算定できないこととする。
- ◆ 診断群分類点数表の点数設定方法
 - ◆ 特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。
- ◆ その他
 - ◆ 診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

外来診療に係るデータの提出

- ◆ 外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。
- ◆ D P C 病院Ⅰ群とD P C 病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、D P C 病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

D
P
C

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止

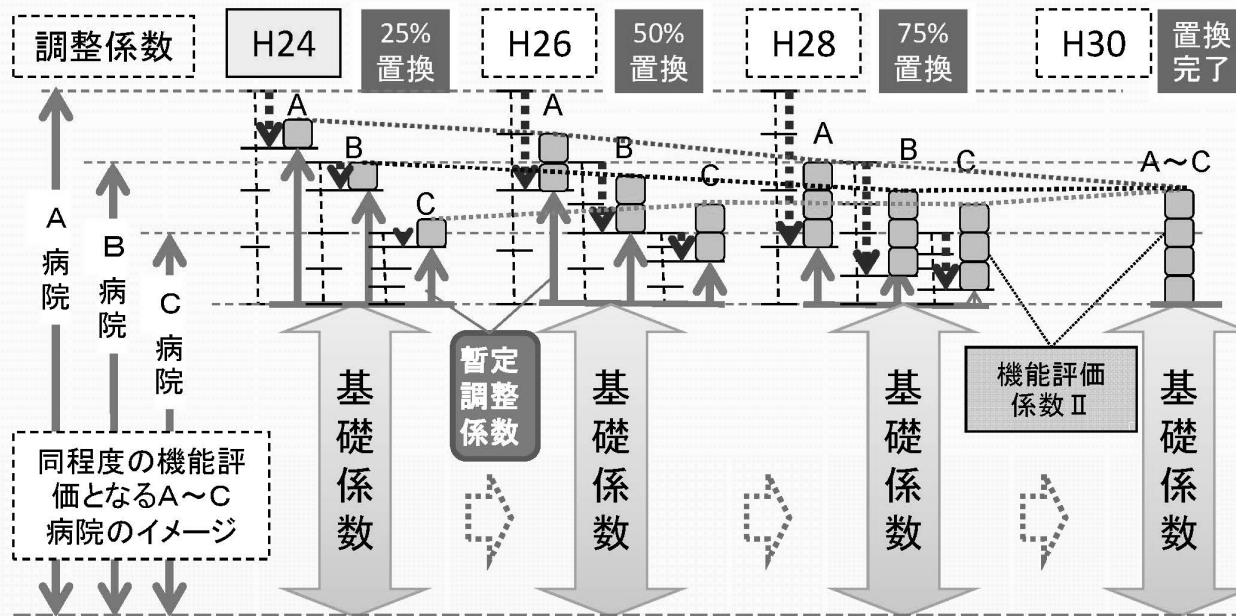
定額報酬設定方法の変更

制度
創設時

病院毎に過去の報酬
水準を維持(調整係数)

今後、段階的・計画的に移行
(平成30年度に完了)

病院群別の平均水準
(基礎係数)
+
病院毎の診療実績
(機能評価係数Ⅱ)



病院群の設定(DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群)

DPC対象病院
約1500病院



Ⅰ群	Ⅱ群	Ⅲ群
大学 病院 本院 80 病院	一定の 要件(※) を満たす 約80 病院	Ⅰ・Ⅱ群 以外 約1300 病院

DPC病院Ⅱ群の要件
(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

以下の実績要件1~4を全て満たす病院
(特定機能病院は実績要件2を除く)

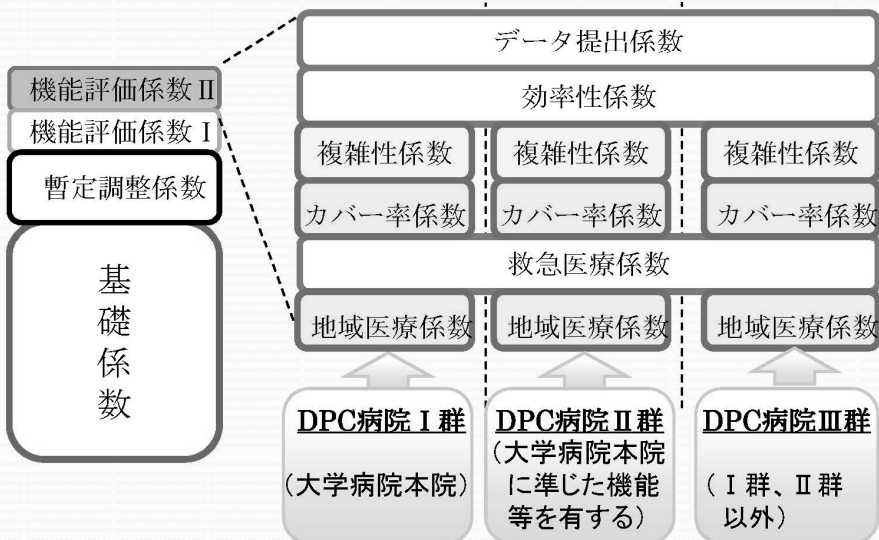
- 【実績要件1】 診療密度
- 【実績要件2】 医師研修の実施
- 【実績要件3】 高度な医療技術の実施
- 【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

- 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

Ⅰ・Ⅱ群は救命救急センターを重点評価

Ⅲ群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」:Ⅲ群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新)地域医療貢献の定量評価指数を導入
(地元医療圏の患者割合)
- (改)体制評価指数の見直し
・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

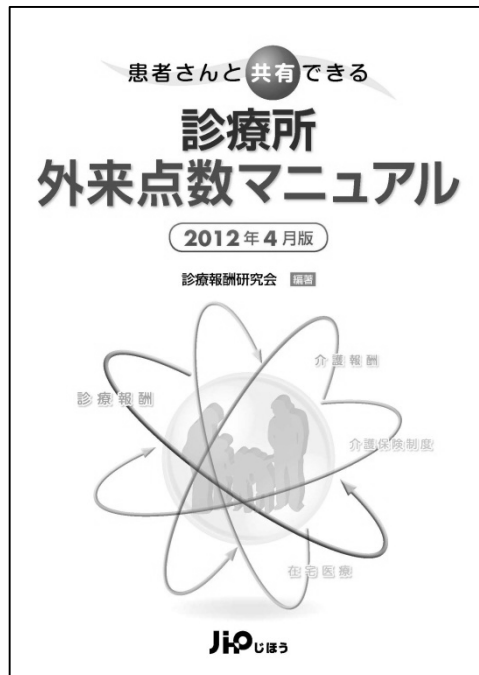
■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

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』