

平成22年度診療報酬改定のポイント

～ 病院・有床診療所編 ～

平成22年 3月16・17・18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

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22年4月14日（水）

▶ 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

▶ 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
- ▶ 今後の疑義解釈に注意

届出が不要な場合

P508

平成22年度診療報酬改定

医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割以上の療養病棟入院基本料	→	療養病棟入院基本料1
医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割未満の療養病棟入院基本料	→	療養病棟入院基本料2
医師配置加算	→	医師配置加算2
看護配置加算2	→	看護配置加算1
看護配置加算1	→	看護配置加算2
夜間看護配置加算2	→	夜間看護配置加算1
夜間看護配置加算1	→	夜間看護配置加算2
入院時医学管理加算	→	総合入院体制加算
退院調整加算	→	慢性期病棟等退院調整加算2
後期高齢者総合評価加算	→	総合評価加算

届出が不要な場合

P508

平成22年度診療報酬改定

後期高齢者退院調整加算	→	急性期病棟等退院調整加算2
特定集中治療室管理料	→	特定集中治療室管理料1
新生児特定集中治療室管理料	→	新生児特定集中治療室管理料1
小児入院医療管理料2、3、4	→	小児入院医療管理料3、4、5
認知症病棟入院料1、2	→	認知症治療病棟入院料1、2
地域連携診療計画退院時指導料	→	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)	→	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)
麻酔管理料	→	麻酔管理料(Ⅰ)

基本診療料

外来診療料

改

基本診療料

◆ 初診料

- ▶ 電子化加算（3点）廃止
 - ◆ オンライン化が済んで居ないところのみ
- ▶ 乳幼児加算引上げ

◆ 再診料

60点 ⇒ 69点

- ▶ 外来管理加算5分要件の廃止
- ▶ 乳幼児加算引上げ

◆ 外来診療料

70点 ⇒ 70点

- ▶ 乳幼児加算（6歳未満）

35点 ⇒ 38点

- ◆ 包括項目等に変更無し

☆ 検査名称の変更に伴う修正のみ

◆ 他医療機関入院中患者の算定

- ▶ 入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合のみに算定可

- ◆ 以下を除き医学管理等、在宅医療、投薬、注射、リハビリテーションに係る費用は算定できない

- ☆ 診療情報提供料、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係るもの、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料

- ◆ 他医入院中の患者に診療を行った場合のレセプト記載

- ☆ 入院医療機関名、当該患者の算定する入院料、受診理由、診療科、受診日数：○日

- ◆ 入院中の患者が他医で診療を行った場合のレセプト記載

- ☆ 受診理由、診療科、受診日数：○日

- ☆ 特定入院料等を30%減算の場合は他医療機関のレセプトの写しを添付する

◆ 入院患者が他医療機関を受診した場合の算定

▶ 当該患者が入院基本料等を算定している場合

- ◆ 入院基本料等は当該入院基本料等の基本点数の30%を減額した点数により算定する

▶ 当該患者が特定入院料等を算定している場合で受診した他医療機関において

- ◆ 特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る）を算定する場合
 - ☆ 特定入院料等の基本点数の70%を減額した点数により算定する
- ◆ 特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る）を算定しない場合
 - ☆ 特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を減額した点数により算定する

◆ 算定上の留意点

- ▶ 1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する
- ▶ 他医療機関を受診する患者が算定している入院料の用語
 - ◆ 「入院基本料等」
 - ☆ 療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特定入院基本料を除く入院基本料
 - ◆ 「特定入院料等」
 - ☆ 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

- ◆ 入院基本料減算の緩和措置対象地域の拡大
 - ▶ 奄美群島振興開発特別措置法第 1 条に規定する奄美群島の地域
 - ▶ 小笠原諸島振興開発特別措置法第 2 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域
 - ▶ 沖縄振興特別措置法第 3 条第 3 号に規定する離島

一般病床

一般病棟入院基本料

P522、523

新

入院基本料

◆ 特別入院基本料

▶ 夜勤時間72時間以内の要件を満たせない場合

- ◆ 7 対 1 特別入院基本料 1 2 4 4 点
- ◆ 1 0 対 1 特別入院基本料 1 0 4 0 点

☆ 該当入院基本料点数の80%の点数設定

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ◆ 基準を満たせなくなった直近3カ月間を限度として算定
- ◆ 一時的な変動は除く
- ◆ 特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は再算定不可
- ◆ 特別入院基本料を算定期間中は、看護職員の採用活動の状況等について毎月10日までに地方厚生局長等に報告

一般病棟入院基本料

改

入院
基本
料

◆ 準 7 対 1 入院基本料 ⇒ 廃止

- ▶ 算定医療機関無し
- ▶ 結核病棟・専門病院入院基本料等も同様

◆ 1 5 対 1 入院基本料 9 5 4 点 ⇒ 9 3 4 点

◆ 1 4 日以内の期間の加算の引上げ

4 2 8 点 ⇒ 4 5 0 点

- ▶ 特別入院基本料の場合は 3 0 0 点据え置き

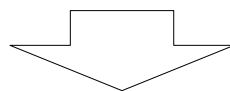
後期高齢者入院基本料

改

入院基本料

◆ 名称変更と対象患者の見直し

- ▶ 特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く））



▶ 特定患者入院基本料（1日につき）

- ◆ 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く））

☆ 75歳以上限定を廃止

☆ 新対象者は、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料ではなく、従来通りの出来高による算定も可能

入院基本料加算

P55、523

新

入院基本料

◆ 一般病棟看護必要度評価加算（１日につき） ５点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 10対１入院基本料を算定している患者

- ☆ 一般病棟入院基本料

- ☆ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

- ☆ 専門病院入院基本料

- ◆ 当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行う

- ☆ A得点２点以上かつB得点３点以上の患者の割合

- ☆ 産科患者、15歳未満の小児患者は測定除外

- ◆ 毎年７月、１年間（７月～６月）の測定結果を地方厚生（支）局長に報告

入院基本料加算

入院基本料

◆ 算定上の留意点

▶ 院内研修の実施

- ◆ 次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
 - ☆ 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）
 - ☆ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - － 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
 - － 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

重症度・看護必要度評価票(一般病棟) (新)

入院基本料

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
創傷処置	なし	あり	
血圧測定	0~4回	5回以上	
時間尿測定	なし	あり	
呼吸ケア	なし	あり	
点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
心電図モニター	なし	あり	
シリンジポンプの使用	なし	あり	
輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
専門的な治療・処置(① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理)	なし		あり

B患者の状況等	0点	1点	2点
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

退院調整加算

P26、83、472、559 (改) (新)

◆ 急性期病棟等退院調整加算 1

140点

▶ 施設基準（要届出）

- ◆ 退院調整及び支援の部門が設置されており、退院調整に関する2年以上の経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士（又は専任の看護師及び専従の社会福祉士）が配置されている
- ◆ 退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていること。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、総合評価加算で実施する総合的な機能評価を行うことが望ましい。
 - ☆ 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。
 - ☆ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること

退院調整加算

P26、83、472、559 (改) (新)

◆ 急性期病棟等退院調整加算 2

100点

▶ 施設基準（要届出）

- ◆ 退院調整及び支援する部門が設置されており、退院調整に関する2年以上の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- ◆ 有床診療所の場合は部門は不要だが、退院調整を主に担当する専任の看護師、准看護師、社会福祉士が配置されていること
- ◆ 退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていること。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、総合評価加算で実施する総合的な機能評価を行うことが望ましい。
 - ☆ 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。
 - ☆ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること

退院調整加算

入院基本料

◆ 急性期病棟等退院調整加算 1 と 2 共通事項

▶ 対象患者

- ◆ 65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病患者
 - ☆ 介護保険の第1号被保険者と第2号被保険者
 - ☆ 「認定調査票の手引」「主治医見書の手引」「特定疾病にかかる診断基準」等を参照
- ◆ 以下の入院基本料算定患者（いずれも特定入院基本料を除く）
 - ☆ 一般病棟入院基本料
 - ☆ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）
 - ☆ 専門病院入院基本料
- ◆ 適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合
- ◆ 退院時に1回算定
- ◆ 「専従」は週30時間以上退院調整にかかる業務に従事していること

入院基本料等加算

P19、70、537

改

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

◆ 医師事務作業補助者の勤務場所・配置場所

- ☆ 医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能（DPCコーディング含む）
- ☆ 院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる

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、50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 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

入院基本料等加算

P19、70、540

新

入院基本料

◆ 急性期看護補助体制加算

- ▶ 急性期看護補助体制加算 1 (50対1) 120点
 - ◆ 常時入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- ▶ 急性期看護補助体制加算 2 (75対1) 80点
 - ◆ 常時入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- ▶ 算定要件
 - ◆ 次の入院基本料の7対1又は10対1届出病棟
 - ☆ 一般病棟入院基本料
 - ☆ 特定機能病院入院基本料 (一般病棟)
 - ☆ 専門病棟入院基本料
 - ◆ 14日を限度として1日につき算定
 - ◆ 必要最小数を超えて配置されている看護職員を看護補助者と見なすことができる

急性期看護補助体制加算

入院基本料

▶ 施設基準

◆ 50対1又は75対1の考え方

☆ 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数

- ◆ 看護補助者は各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる
- ◆ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センター
- ◆ 年間の救急自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送人数を把握していること
- ◆ 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること
- ◆ 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合
 - ☆ A得点2点以上かつB得点3点以上の患者
 - ☆ 産科患者、15歳未満の小児患者は測定除外
 - ☆ 7対1入院基本料：15%以上
 - ☆ 10対1入院基本料：10%以上

▶ 院内研修

- ◆ 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入について次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修
 - ☆ 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）
 - ☆ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - － 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
 - － 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

急性期看護補助体制加算

新

▶ 院内研修

◆ 急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修

☆ 看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講する

- － 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- － 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- － 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- － 日常生活にかかわる業務
- － 守秘義務、個人情報の保護
- － 看護補助業務における医療安全と感染防止等

急性期看護補助体制加算

入院基本料

▶ 看護補助者の業務範囲

- ◆ 「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある「2. 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月5日保医発0305第2号）別添2入院基本料等の施設基準等第2の4（6）に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること

入院基本料等加算

◆ 栄養サポートチーム加算（週 1 回） 200 点

▶ 対象患者

- ◆ 栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者

☆ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料の届出病棟に入院している患者

▶ 算定要件

- ◆ 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回以上）
- ◆ 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ◆ 1 日当たりの算定患者数は、1 チームにつき概ね30人以内とする 等

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 栄養サポートチーム加算（週 1 回） 200 点

▶ 施設基準（要届出）

- ◆ 当該保険医療機関内に、栄養管理に係る所定の研修を修了した以下から構成される栄養管理に係る専任のチーム（いずれか 1 人は専従）が設置されていること

☆ 常勤医師

☆ 常勤看護師

☆ 常勤薬剤師

☆ 常勤管理栄養士

☆ 上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい

☆ 以下の指導料と併算定不可

－ 入院栄養食事・集団栄養食事・乳幼児育児栄養

◆ 後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止

▶ 栄養サポートチーム加算の新設に合わせて

栄養サポートチーム加算

新

入院
基本
料

◆ 算定要件

- ▶ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする

◆ チームの人件費は？

- ▶ $200\text{点} \times 30\text{人} \times 5.5\text{日} = 33,000\text{点}$
 - ◆ 月～金、土曜を0.5と換算
- ▶ 132,000点／月

入院基本料等加算

◆ 呼吸ケアチーム加算（週 1 回）

150点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者
- ◆ 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1ヶ月以内
- ◆ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチームによる診療等が行われた場合に算定

▶ 施設基準

- ◆ 呼吸ケアチームは以下の専任の職種により構成する
 - ☆ 医師（人工呼吸器管理等について十分な経験有）
 - ☆ 看護師（人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受講）
 - ☆ 臨床工学技士（人工呼吸器等の保守点検経験3年以上有）
 - ☆ 理学療法士（呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有）
- ◆ 医療機器安全管理料は併算定不可

療 養 病 床

療養病棟入院基本料

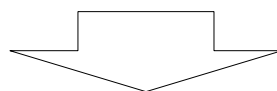
P7、59、524

改

入院
基本
料

◆ 療養病棟入院基本料 1

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	8 8 5 点	1 3 2 0 点	1 7 0 9 点
A D L 区分 2	7 5 0 点		
A D L 区分 1			



	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	9 3 4 点	1 3 6 9 点	1 7 5 8 点
A D L 区分 2	8 8 7 点	1 3 4 2 点	1 7 0 5 点
A D L 区分 1	7 8 5 点	1 1 9 1 点	1 4 2 4 点

▶ 施設基準

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

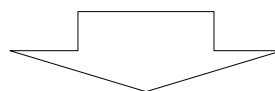
療養病棟入院基本料

改

入院基本料

◆ 療養病棟入院基本料 2

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	8 8 5 点	1 3 2 0 点	1 7 0 9 点
A D L 区分 2	7 5 0 点		
A D L 区分 1			



	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	8 7 1 点	1 3 0 6 点	1 6 9 5 点
A D L 区分 2	8 2 4 点	1 2 7 9 点	1 6 4 2 点
A D L 区分 1	7 2 2 点	1 1 2 8 点	1 3 6 1 点

▶ 施設基準

- ◆ 看護職員及び看護補助者が25対1配置以上

療養病棟入院基本料

改

入院基本料

◆ 患者の状態評価

P525

- ▶ 医療区分・A D L 区分に係る評価票判定結果を療養に要する費用の請求の際に併せて提出

◆ 経過措置の延長

- ▶ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置は平成23年度末まで延長

◆ 新型インフルエンザ対策

- ▶ 一般病棟入院基本料算定可
 - ◆ 要届出
 - ◆ 大流行時に新型インフルエンザ患者が療養病棟に入院する場合
 - ◆ 検査や投薬等については出来高での算定が可能

療養病棟入院基本料

P7、60

新

◆ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点

▶ 算定要件

- ◆ 14日以内限度、1日につき算定
- ◆ 以下の施設から患者を受入れた場合
 - ☆ 7対1入院基本料、10対1入院基本料
 - － 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料
 - ☆ 13対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料に限る）、15対1入院基本料（一般病棟入院基本料）
 - － 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る
 - ☆ 介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等
 - － 当該病院の併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できない
- ◆ 一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合
 - ☆ 一般病棟から療養病棟に転棟した患者について1回の転棟に限り算定可

退院調整加算

P26、83、472、558 (改) (新)

入院基本料

◆ 急性期と慢性期の分化

◆ 慢性期病棟等退院調整加算 1

▶ 退院支援計画作成加算(入院中 1 回) ⇒ 変更無し

▶ 退院加算(退院時 1 回)

◆ イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合

100点 ⇒ 140点

◆ ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合

300点 ⇒ 340点

◆ 施設基準

☆ 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること

退院調整加算

入院基本料

◆ 慢性期病棟等退院調整加算 2

▶ 退院加算（退院時 1 回）

- ◆ イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点
- ◆ ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合
300点
- ◆ 施設基準（変更無し）
 - ☆ 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること

精 神 病 床

精神病棟入院基本料

新

入院基本料

◆ 特別入院基本料

▶ 夜勤時間72時間以内の要件を満たせない場合

◆ 10対1 特別入院基本料 992点

☆ 該当入院基本料点数の80%の点数設定

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ◆ 基準を満たせなくなった直近3カ月間を限度として算定
- ◆ 一時的な変動は除く
- ◆ 特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は再算定不可
- ◆ 特別入院基本料を算定期間中は、看護職員の採用活動の状況等について毎月10日までに地方厚生局長等に報告

精神病棟入院基本料

改

入院
基本
料

◆ 精神病棟入院基本料

▶ 13対1入院基本料 (新設) 920点

◆ 算定要件

- ☆ 新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上
- ☆ 身体疾患への治療体制を確保している医療機関
- ☆ 平均在院日数が80日以内

▶ 10対1入院基本料 (点数変更無し) 1240点

◆ 算定要件

- ☆ 平均在院日数の要件緩和
 - 40日以内
- ☆ 新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が5割以上

▶ 15対1、18対1、20対1は据え置き

精神病棟入院基本料

改

入院
基本
料

◆ 精神病棟入院基本料加算

▶ 14日以内	459点	⇒	465点
▶ 15日以上30日以内	242点	⇒	250点
▶ 31日以上90日以内	125点	⇒	変更無し
▶ 91日以上180日以内	20点	⇒	10点
▶ 181日以上1年以内	5点	⇒	3点

◆ 特別入院基本料の加算は据え置き

◆ 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても同様の見直し

入院基本料等加算

改

◆ 精神科地域移行実施加算 (1日につき)

5点 ⇒ 10点

- ◆ 【参考】入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関を評価する加算

◆ 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)

▶ 点数の統合

- ◆ 精神科救急、精神科急性期治療病棟、認知症病棟入院料算定患者 300点
- ◆ 精神病棟、特定機能病院入院基本料算定患者 200点

⇒ 350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、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1（精神病棟に限る））を算定している病棟

入院基本料等加算

新

入院基本料

◆ 強度行動障害入院医療管理加算（１日につき）

300点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 強度行動障害児（者）の医療度判定基準スコア24点以上の者
- ◆ 行動障害に対する専門的な医療提供体制を整備

◆ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）

▶ 30日以内 200点

▶ 31日以上60日以内 100点

◆ 算定要件（要届出）

- ☆ 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者を配置
- ☆ アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療を提供

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 摂食障害入院医療管理加算（１日につき）

- ▶ ３０日以内 ２００点
- ▶ ３１日以上６０日以内 １００点

◆ 算定要件（要届出）

- ☆ 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者
- ☆ 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等を配置
- ☆ 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関

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 3 1 点 ⇒ 3 4 5 1 点

◆ 31日以上 3 0 3 1 点 ⇒ 変更無し

▶ 精神科救急入院料 2

◆ 30日以内 3 2 3 1 点 ⇒ 3 2 5 1 点

◆ 31日以上 2 8 3 1 点 ⇒ 変更無し

◆ 精神科救急・合併症入院料（１日につき）

▶ 30日以内 3 4 3 1 点 ⇒ 3 4 5 1 点

▶ 31日以上 3 0 3 1 点 ⇒ 変更無し

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 0 0 点 ⇒ 1 9 2 0 点

◆ 31日以上 1 6 0 0 点 ⇒ 変更無し

▶ 精神科急性期治療病棟入院料 2

◆ 30日以内 1 8 0 0 点 ⇒ 1 8 2 0 点

◆ 31日以上 1 5 0 0 点 ⇒ 変更無し

▶ 算定要件等

◆ 当該病院の全病床数の 7 割以上又は200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である

⇒ 削除

特定入院料

入院基本料

◆ 算定要件の変更

- ▶ 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

- ◆ 医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受入れた場合の算定を認めるとともに、受入れた月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱う

特定入院料

新改

◆ 精神療養病棟入院料（1日につき）

1090点 ⇒ 1050点

▶ 重症者加算（1日につき） 40点

◆ 算定要件

☆ 当該患者のGAFスコアが40以下

入院
基本
料

特定入院料

入院基本料

- ◆ 非定型抗精神病薬加算（１日につき） １０点⇒
 - ▶ 非定型抗精神病薬加算 １ １５点
 - ◆ 算定要件
 - ☆ 使用している抗精神病薬の種類が２種類以下であること
 - ▶ 非定型抗精神病薬加算 ２ １０点
 - ◆ 算定要件
 - ☆ １以外の場合
 - ▶ 以下の特定入院料に加算
 - ◆ 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

特定入院料

入院基本料

◆ 認知症病棟入院料 ⇒ 認知症治療病棟入院料

▶ 認知症治療病棟入院料 1（1日につき）

◆ 90日以内 ⇒ 60日以内の期間

☆ 1 3 3 0 点 ⇒ 1 4 5 0 点

◆ 91日以上 ⇒ 61日以上の期間

☆ 1 1 8 0 点 ⇒ 変更無し

▶ 認知症治療病棟入院料 2（1日につき）

◆ 90日以内 ⇒ 60日以内の期間

☆ 1 0 7 0 点 ⇒ 変更無し

◆ 91日以上 ⇒ 61日以上の期間

☆ 1 0 2 0 点 ⇒ 9 7 0 点

- ▶ 入院期間が6ヶ月を超える患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設

特定入院料、精神科専門療法

⑧新⑧改

入院基本料

◆ 認知症治療病棟入院料

▶ 認知症治療病棟退院調整加算 （退院時 1 回） 1 0 0 点

◆ 算定要件（要届出）

☆ 当該病棟に 6 月以上入院している患者

☆ 退院支援計画を策定し退院調整を行う

◆ 施設基準

☆ 専従する精神保健福祉士及び専従する臨床心理技術者が勤務している

◆ 心身医学療法（1 回につき） P306

▶ 入院中の患者の場合 7 0 点 ⇒ 1 5 0 点

結核病床

結核病棟入院基本料

新

入院基本料

◆ 特別入院基本料

▶ 夜勤時間 7 2 時間以内の要件を満たせない場合

- ◆ 7 対 1 特別入院基本料 1 1 5 8 点
- ◆ 1 0 対 1 特別入院基本料 9 5 4 点

☆ 該当入院基本料点数の 8 0 % の点数設定

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ◆ 基準を満たせなくなった直近 3 カ月間を限度として算定
- ◆ 一時的な変動は除く
- ◆ 特別入院基本料を最後に算定した月から起算して 1 年以内は再算定不可
- ◆ 特別入院基本料を算定期間中は、看護職員の採用活動の状況等について毎月 1 0 日までに地方厚生局長等に報告

結核にかかる入院基本料

入院基本料

◆ 結核病棟入院基本料（1日につき）

- ▶ 7 対 1 入院基本料 1 4 4 7 点
 - ◆ 平均在院日数25日以内 ⇒ 平均在院日数要件廃止
- ▶ 10対 1 入院基本料 1 1 9 2 点
 - ◆ 平均在院日数25日以内 ⇒ 平均在院日数要件廃止

◆ 特定機能病院入院基本料（結核病棟）（1日につき）

- ▶ 7 対 1 入院基本料 1 4 4 7 点
 - ◆ 平均在院日数28日以内 ⇒ 平均在院日数要件廃止
- ▶ 10対 1 入院基本料 1 1 9 2 点
 - ◆ 平均在院日数28日以内 ⇒ 平均在院日数要件廃止
- ▶ 13対 1 入院基本料 9 4 9 点
 - ◆ 平均在院日数36日以内 ⇒ 平均在院日数要件廃止

◆ 準 7 対 1 入院基本料 ⇒ 廃止

結核にかかる入院基本料

入院基本料

◆ 施設基準の変更

- ▶ 小規模な結核病棟のユニット化のルールを明確化
- ▶ 病床種別ごとに平均在院日数の計算を行う

◆ 「・・・（略）・・・一般病棟（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）・・・」

有 床 診 療 所

有床診療所入院基本料 P15、64、460、528、531 (改)

入院基本料

◆ 有床診療所入院基本料 1

▶ 看護職員 5 人以上	⇒ 7 人以上
◆ 7 日以内	8 1 0 点 ⇒ 廃止
◆ 8 日以上 1 4 日以内	6 6 0 点 ⇒ 1 4 日以内 7 6 0 点
◆ 1 5 日以上 3 0 日以内	4 9 0 点 ⇒ 5 9 0 点
◆ 3 1 日以上	4 5 0 点 ⇒ 5 0 0 点

◆ 有床診療所入院基本料 2

▶ 看護職員 1 ～ 4 人	⇒ 4 ～ 7 人未満
◆ 7 日以内	6 4 0 点 ⇒ 廃止
◆ 8 日以上 1 4 日以内	4 8 0 点 ⇒ 1 4 日以内 6 8 0 点
◆ 1 5 日以上 3 0 日以内	3 2 0 点 ⇒ 5 1 0 点
◆ 3 1 日以上	2 8 0 点 ⇒ 4 6 0 点

有床診療所入院基本料

◆ 有床診療所入院基本料 3 （新設）

▶ 看護職員

⇒ 1～4 人未満

◆ 1 4 日以内

⇒ 5 0 0 点

◆ 1 5 以上 3 0 日以内

⇒ 3 7 0 点

◆ 3 1 日以上

⇒ 3 4 0 点

有床診療所入院基本料

P15、64、528

新

◆ 有床診療所一般病床初期加算

100点

▶ 算定要件

- ◆ 7日以内限度、1日につき算定
- ◆ 以下の施設から患者を受入れた場合
 - ☆ 7対1入院基本料、10対1入院基本料
 - － 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料
 - ☆ 13対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料に限る）、15対1入院基本料（一般病棟入院基本料）
 - － 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る
 - ☆ 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、自宅等
 - － 当該病院の併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できない

有床診療所入院基本料

新

◆ 有床診療所一般病床初期加算

▶ 施設基準

◆ 次のいずれかに該当すること

- ☆ 過去 1 年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所
- ☆ 全身麻酔・脊椎麻酔・硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）を年間30件以上実施
- ☆ 救急病院等を定める省令に基づき認定
- ☆ 在宅当番医制又はに病院群輪番制参加
- ☆ がん性疼痛緩和指導管理料を算定
- ☆ 夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定し、夜間の診療応需体制を確保している

◆ 医師配置加算（60点）の項目再編

▶ 医師配置加算 1 88点（1日につき）

◆ 施設基準

☆ 次のいずれかに該当すること

- － 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所
- － 全身麻酔・脊椎麻酔・硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）を年間30件以上実施
- － 救急病院等を定める省令に基づき認定
- － 在宅当番医制又はに病院群輪番制参加
- － がん性疼痛緩和指導管理料を算定
- － 夜間看護配置加算1又は2を算定し、夜間の診療応需体制を確保している

▶ 医師配置加算 2 60点（1日につき）

▶ 算定要件

- ◆ 医師配置加算1、2ともに医師が2人以上

◆ 看護配置加算の見直し

▶ 看護配置加算 1 10点 ⇒ 25点

◆ 看護職員が看護師 3 名を含む 10 名以上

▶ 看護配置加算 2 15点 ⇒ 10点

◆ 看護職員が 10 名以上

▶ 夜間看護配置加算 1 30点 ⇒ 80点

◆ 夜間の看護要員が看護職員を含む 2 名以上

▶ 夜間看護配置加算 2 50点 ⇒ 30点

◆ 夜間の看護職員が 1 名以上

◆ 看護職員は当直でも可

▶ その他

◆ 看護配置加算 1 と 2、夜間看護配置加算 1 と 2 の併算定不可

◆ 届出 1 ヶ月前の実績から患者の居ない日を除外可能

有床診療所入院基本料

入院基本料

◆ 入院基本料等加算の拡充

▶ 有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は算定可

- ◆ 超重症児（者）入院診療加算
- ◆ 準超重症児（者）入院診療加算
- ◆ 無菌治療室管理加算
- ◆ 放射線治療病室管理加算
- ◆ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ◆ 特殊疾患入院施設管理加算

◆ 診療所後期高齢者医療管理料 ⇒ 廃止

有床診療所療養病床入院基本料

新

◆ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点

▶ 算定要件

P17、66、463、530

◆ 14日以内限度、1日につき算定

◆ 以下の施設から患者を受入れた場合

☆ 7対1入院基本料、10対1入院基本料

－ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料

☆ 13対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料に限る）、15対1入院基本料（一般病棟入院基本料）

－ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る

☆ 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、自宅等

－ 当該病院の併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できない

有床診療所療養病床入院基本料

入院基本料

◆ 救急・在宅等支援療養病床初期加算

▶ 施設基準

- ◆ 在宅療養支援診療所である
- ◆ 過去 1 年間に在宅患者訪問診療の実績がある

◆ 患者の状態評価

- ▶ 当該施設（療養病床に限る）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること
- ▶ なお、その結果を別紙様式 2 の「医療区分・A D L 区分に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい

入院基本料加算

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 入院時医学管理加算の名称変更

▶ 総合入院体制加算（１日につき） １２０点

- ◆ 【参考】十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するもの

◆ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

（１日につき）

- ▶ 救急医療管理加算 ６００点 ⇒ ８００点
- ▶ 乳幼児救急医療管理加算 １５０点 ⇒ ２００点

入院基本料等加算

入院基本料

◆ 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）

5 0 0 0 点 ⇒ 7 0 0 0 点

▶ 対象者

- ◆ 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦
- ◆ 他の医療機関において、他院での入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦
- ◆ 助産所において、他院での入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦
- ◆ 【参考】妊娠に係る異常のみの要件が緩和

◆ 放射線治療病室管理加算（1日につき）

5 0 0 点 ⇒ 2 5 0 0 点

入院基本料加算

◆ 二類感染症患者療養環境特別加算

- ▶ 1 個室加算 300点
- ▶ 2 陰圧室加算 200点

▶ 算定対象

- ◆ 以下の疾患により保険医が他者への感染をさせる恐れがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者

☆ 二類感染症

- － 急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）

☆ 新型インフルエンザ等感染症

入院基本料加算

新

◆ 緩和ケア診療加算 300点 ⇒ 400点

▶ 施設基準

- ◆ 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
- ◆ 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了

☆ 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（国立がんセンター主催）等

☆ 【参考】医学管理料の項に参照URL

入院基本料加算

入院基本料

◆ 児童・思春期精神入院医療管理加算（１日につき）

650点 ⇒ 800点

- ◆ 【参考】発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての加算

◆ がん診療連携拠点病院加算（入院初日）

400点 ⇒ 500点

▶ 算定要件

- ◆ がん診療連携拠点病院であること
- ◆ キャンサーボードを設置しており、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

入院基本料

- ▶ 医療安全対策加算 1 50点 ⇒ 85点(改)
- ▶ 医療安全対策加算 2 35点(新)
 - ◆ 算定要件
 - ☆ 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を配置
 - ☆ その他の基準は 1 と同様

◆ 後期高齢者医療制度廃止

- ▶ 名称変更と対象年齢変更
 - ◆ 後期高齢者総合評価加算（入院中 1 回） 50点
⇒ 総合評価加算（入院中 1 回） 50点
 - ☆ 対象者を65歳以上の患者等に拡大
 - ☆ 退院後を見越した介護保険サービスの必要性等を考慮

入院基本料加算

◆ 感染防止対策加算（入院初日）

100点

▶ 算定要件

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

入院基本料等加算

改

◆ ハイリスク分娩管理加算（１日につき）

２０００点 ⇒ ３０００点

◆ ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊娠管理加算

▶ 対象患者の拡大

- ◆ 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMI が35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV 陽性

入院基本料等加算

P27、84、560

新

◆ 救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回）

500点

▶ 算定要件（要届出）

◆ 以下の届出医療機関

☆ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

☆ 救命救急入院料

☆ 特定集中治療室管理料

☆ ハイケアユニット入院医療管理料

☆ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

◆ 入院後5日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に転院時に算定

◆ 当該患者に関する診療情報を文書で提供する

◆ 救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていないこと

◆ 特別な関係の医療機関は除く

◆ 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

P27、84、560

新

入院基本料

- ◆ 他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関にさらに転院させた場合には算定できない
- ◆ ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、5日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り算定できる
- ◆ 救急搬送患者地域連携受入加算も同様

◆ 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）

1000点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する医療機関に緊急入院した患者を、入院から5日以内に受入れた場合に入院時に算定
- ◆ 救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていないこと
- ◆ 特別な関係の医療機関は除く
- ◆ 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こと

入院基本料等加算

◆ 超重症児（者）入院診療加算

- ▶ 6歳未満の場合 600点 ⇒ 800点
- ▶ 6歳以上の場合 300点 ⇒ 400点

▶ 対象患者の要件緩和

◆ 超重症の状態

☆ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること

【参考】「6ヶ月以上継続」という文言が消えた

☆ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 25点以上であること

入院基本料等加算

②改①新

◆ 在宅重症児受入加算

200点

(5日限度、1日につき)

▶ 算定要件

- ◆ 在宅療養を行っている超重症児（者）・準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合に算定

◆ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(入院初日)

500点 ⇒ 廃止

入院
基本
料

退院調整加算

◆ 新生児特定集中治療室退院調整加算（退院時 1 回）

300 点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定

▶ 施設基準

- ◆ 退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されているこ

入院基本料加算

P28、87、562

新

◆ 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 30点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ 投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者
- ◆ 該当する主な入院基本料

☆ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料（特別入院基本料を含む）

▶ 施設基準

- ◆ 薬剤部門で後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を元に院内の薬事委員会等で後発医薬品採用の決定をする体制が有る（有床診療所では薬剤部門又は薬剤師）
- ◆ 後発医薬品の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上
- ◆ 入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行う
- ◆ D P C対象病棟に入院する患者は除く

◆ 負担軽減及び処遇の改善体制を算定要件に追加

▶ 対象となる点数

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

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を要件に追加

▶ 算定要件

- ◆ 病院勤務医の勤務時間について、タイムカード等の客観的な指標を用いて把握している
- ◆ 勤務医ごとの勤務時間や当直回数等を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置する
 - ☆ 常勤の医師と週24時間以上勤務する非常勤医師
- ◆ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されている
- ◆ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取り組み事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、厚生局に提出する
- ◆ 目標の達成状況について、年1回（4月）地方厚生局に報告する
- ◆ 別添7の様式13の2で届出
- ◆ 2年間は記録を保管すること

そ
の
他

勤務医負担軽減の取り組み

新

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
- ☐ 外来縮小の取り組み
 - 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

特定入院料

P30、90、476、566

改

入院基本料

◆ ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

3700点 ⇒ 4500点

▶ 施設基準

- ◆ 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関

☆【参考】「救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出」を削除

▶ 平均在院日数

- ◆ 17日以内 ⇒ 19日以内

特定入院料

P28、88、474、564

改

入院基本料

◆ 項目の統合

- ▶ 救命救急入院料 500点（1日につき）
 - ◆ 充実度評価Aの加算 1000点
 - ◆ 充実度評価Bの加算 500点

- ▶ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料（1日につき）
7890点
 - ◆ 項目の組み替え
 - ☆ 特定集中治療室管理料、救命救急入院料の1項目に再編
 - － 【名称変更】 広範囲熱傷の場合 7890点
 - ◆ 算定日数
 - ☆ 60日を限度として算定（変更無し）
 - ◆ 専用の治療室要件の緩和

入院基本料

- ◆ 7 日以内 8 7 6 0 点 ⇒ 9 2 0 0 点
- ◆ 8 日以上14日以内 7 3 3 0 点 ⇒ 7 7 0 0 点
- ◆ 重症者等を概ね 9 割以上入院させる治療室の場合、所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算 ⇒ 廃止

◆ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

☆ 7 日以内	9 2 0 0 点
☆ 8 日以上 6 0 日以内	7 8 9 0 点

特定入院料

入院基本料

◆ 救命救急入院料 小児加算 （入院初日 1 回）

5 0 0 0 点

▶ 算定要件

- ◆ 15歳未満の重篤な小児救急患者を受入れた場合

▶ 施設基準

- ◆ 専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務している

◆ 特定集中治療室管理料 小児加算

7 日以内 1 5 0 0 点

8 日以上 1 4 日以内 1 0 0 0 点

▶ 算定要件

- ◆ 15歳未満の重篤な小児患者に特定集中治療室管理を実施

▶ 施設基準

- ◆ 専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務している

特定入院料

改

入院基本料

◆ 新生児特定集中治療室管理料（１日につき）

▶ 新生児特定集中治療室管理料 1

8 5 0 0 点 ⇒ 1 0 0 0 0 点

▶ 新生児特定集中治療室管理料 2（１日につき）

6 0 0 0 点

◆ 施設基準

☆ 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務している

☆ 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している

◆ 総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）

▶ 新生児集中治療室管理料

8 6 0 0 点 ⇒ 1 0 0 0 0 点

特定入院料

入院基本料

◆ 新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料

▶ ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

◆ 一時的な超過入院における算定

☆ 満床時の緊急受入れ等、一時的に止むを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数は常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24時間以内に常時 3 : 1 以上に調整

☆ 超過病床数は 2 床まで

◆ 症状増悪時の再入室

☆ 症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する

特定入院料

◆ 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）

5400点

▶ 算定要件

- ◆ 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する（従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様）
- ◆ NICUを算定した期間と通算して 30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ 120日又は 90日を限度として算定する

▶ 施設基準

- ◆ 新生児特定集中治療室管理料を算定している
- ◆ 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されている
- ◆ 常時6対1以上の看護配置である

特定入院料

入院基本料

◆ 特殊疾患入院医療管理料等

▶ 重症児（者）受入連携加算（入院初日） 1 3 0 0 点

◆ 算定要件

☆ 新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、
障害者施設等で受け入れた場合に算定

◆ 施設基準

☆ 障害者病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊
疾患病棟入院料を算定していること

特定入院料

入院 基 本 料

◆ 小児入院医療管理料（１日につき）

▶ 項目の追加

◆ 1（常勤小児科医20人以上）	4 5 0 0 点
◆ <u>2（常勤小児科医9人以上）</u>	<u>4 0 0 0 点</u>
◆ 3（常勤小児科医5人以上）	3 6 0 0 点
◆ 4（常勤小児科医3人以上）	3 0 0 0 点
◆ 5（常勤小児科医1人以上）	2 1 0 0 点

▶ 特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする

特定入院料

入院基本料

◆ 小児入院医療管理料

▶ 算定要件の追加

◆ 小児入院医療管理料 1

☆ 施設基準

- － 入院を要する小児救急医療の提供を行っている
- － 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有している
- － 年間の小児緊急入院患者数が800件以上である

◆ 小児入院医療管理料 2

☆ 施設基準

- － 常勤の小児科又は小児外科の医師 9 人以上配置されている
- － 7 : 1 以上の看護配置である
- － 平均在院日数21日以内である
- － 入院を要する小児救急医療の提供を行っている

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

(1日につき) 1690点 ⇒ 1720点

▶ 施設基準

- ◆ 算定すべき運動器リハビリテーションⅠ又はⅡ(新設に合わせ)
- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること
- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
 - ☆ 平成22年9月30日までは経過措置
- ◆ 当該病棟の新規入院患者の2割以上が重症の患者であること
 - ☆ 平成22年9月30日までは経過措置
- ◆ 当該病棟の退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

入院
基本
料

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 2

(1日につき) 1595点 ⇒ 1600点

▶ 生活療養を受ける場合 1581点 ⇒ 1586点

▶ 施設基準

- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること
- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること

☆ 平成22年9月30日までは経過措置

回復期リハビリテーション病棟入院料

新

入院基本料

◆ 休日リハビリテーション提供体制加算

60点(1日につき)

▶ 算定要件

- ◆ 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制
- ◆ 休日も1日平均2単位以上のリハビリテーションを実施し曜日により著しい差がないように配慮する
- ◆ 専従で常勤のPT、OTを毎日1名以上配置
- ◆ 看護職員の配置も配慮

◆ リハビリテーション充実加算

40点(1日につき)

▶ 算定要件

- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり平均6単位以上のリハビリテーションが行われている

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

▶ 算定可能な費用

- ◆ 重症者回復病棟加算、休日リハビリテーション加算リハビリテーション充実加算、当該患者に対して行ったリハビリテーションの費用、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟）、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、除外薬剤・注射薬の費用

回復期リハビリテーション病棟入院料

新

入院基本料

◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料

▶ 「平均 2 単位」、「平均 6 単位」の算出方法

◆ 次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する

- ☆ ア直近 1 か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数
- ☆ イ直近 1 か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

亜急性期入院医療管理料

P35、94、480、575

改

◆ 亜急性期入院医療管理料 1

2050点

▶ 施設基準の変更

- ◆ 回復期のリハビリテーションを要する患者で合併症を有する患者の割合が1割以上である場合については、一般病床の数の3割まで

- ☆ 一般病床が200床超の病院：60床まで

- ☆ 一般病床が100床未満の病院：30床まで

- ◆ 合併症を有する患者とは

- ☆ 主たる疾患あるいは合併症に対して継続してリハビリテーション以外の医療が必要な患者、中心静脈栄養を行っている患者、重度の認知症の患者、気管切開を有する患者

- ◆ 患者数の割合算出方法（アをイで除して算出）

- ☆ ア直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期リハを要し合併症を有する患者の数

- ☆ イ直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期リハを必要とする患者の数

亜急性期入院医療管理料

P35、94、480、575

改

◆ 亜急性期入院医療管理料 2

2050点

▶ 施設基準

- ◆ 当該病室に入院する下記の患者のうち、急性期治療を経過した患者数が3分の2以上
 - ☆ 他の保険医療機関から転院してきた患者、当該保険医療機関の他の病棟から転棟してきた患者又は当該病棟の他の病床から転床してきた患者
- ◆ 急性期治療を経過した患者とは
 - ☆ 当該病室に入院した時点で負傷又は疾病に対して急性期治療が提供された日から起算して3週間が経過していない者
- ◆ 転院前、転棟前又は転床前の保険医療機関において以下のいずれかを算定していた患者
 - ☆ 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料

入院基本料

亜急性期入院医療管理料

P35、94、480、575

改

◆ 亜急性期入院医療管理料 2

2050点

▶ 施設基準

- ◆ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床）以下

☆ 急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は、5割（一般病床の数が100床未満の病院にあっては50床）以下

亜急性期入院医療管理料

入院基本料

◆ 亜急性期入院医療管理料

- ▶ 在宅復帰支援を担当する者は、慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる

亜急性期入院医療管理料

入院基本料

◆ リハビリテーション提供体制加算（１日につき）

５０点

▶ 算定要件

- ◆ リハビリテーションを必要とする患者に対し、１人平均週１６単位以上の疾患別リハビリテーションを提供

▶ 平均単位数算出方法

- ◆ 次のアをイで除した数に７を乗じて得た数

- ☆ ア直近３か月間に亜急性期入院医療管理料を算定する病床に入室する患者に対し提供されたりハビリテーションの総単位数
- ☆ イ直近３か月間に当該亜急性期入院医療管理料を算定する病床において一度でもリハビリテーションを提供された患者の延入院日数

特 掲 診 療 料

◆ 介護支援連携指導料 （入院中 2 回） 300 点

▶ 算定要件

- ◆ 入院中の患者の同意を得ること
- ◆ 以下の職種がケアマネージャーと退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に算定する
 - ☆ 医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士
作業療法士、言語聴覚士等
- ◆ 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の居宅介護支援専門員であっても算定可

▶ 算定不可の場合

- ◆ 退院時共同指導料 2 の多職種連携加算を算定する場合
- ◆ 当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合

介護支援連携指導料

◆ 介護支援連携指導料

▶ 指導のポイント

◆ 初回の指導

☆ 介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するもの

◆ 2回目の指導

☆ 実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したもの

- ◆ 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプランの写しを診療録に添付する

◆ 薬剤管理指導料

▶ 退院時服薬指導加算

廃 止

▶ 医薬品安全性情報等管理体制加算

50点

◆ 要届出

◆ 算定要件

☆ 入院中の患者

☆ 薬剤管理指導料の初回算定時に算定

◆ 施設基準

☆ 医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること

後期高齢者関連

◆ 名称の変更と注の変更

▶ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点

⇒ 退院時薬剤情報管理指導料 90点

◆ 後期高齢者である患者の入院時に（略）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。

◆ ⇒ 患者の入院時に（略）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

◆ 廃止となるもの

▶ 後期高齢者退院時栄養・食事指導料

がん関連

◆ がん治療連携計画策定料

750点

▶ 要届出

▶ 算定要件

- ◆ がん診療拠点病院又は準ずる病院
- ◆ 計画作成病院が退院時に1回算定
- ◆ 入院中のがん患者が対象
- ◆ がんと診断されてから初回の入院に限る
- ◆ 当該病院に初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院したがん患者が対象
- ◆ 予め策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定する
- ◆ 患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供する
- ◆ 退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供する
- ◆ 診療情報提供料（Ⅰ）、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、退院時共同指導料2は別に算定不可

がん関連

医学管理料

◆ がん治療連携指導料（連携医療機関） 300点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ がん治療連携計画策定料を算定した患者が対象
- ◆ 計画作成病院において作成された治療計画に基づき、計画作成病院と連携して退院後の治療を行う
- ◆ 計画作成病院に対し、文書により診療情報を提供した場合に月1回算定
- ◆ 診療情報提供料（Ⅰ）は所定点数に含む

◆ がん患者カウンセリング料 500点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ がんと診断され、継続して治療予定の患者につき1回限り算定
- ◆ 以下の職種が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行い、その内容を文書により提供した場合に算定
 - ☆ 緩和ケアの研修を修了した医師
 - ☆ 6カ月以上の専門の研修を修了した看護師

肝炎関連

◆ 肝炎インターフェロン治療計画料(1人につき1回) 700点

- ▶ 要届出
- ▶ 算定要件
 - ◆ 長期継続的にインターフェロン治療が必要な患者
 - ◆ 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を文書により行った場合に算定
- ▶ 施設基準
 - ◆ 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われている
 - ◆ インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できる
 - ◆ 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる
- ▶ 診療情報提供料（Ⅰ）は所定点数に含まれる

認知症専門診断管理料

P116、144、647

新

◆ 算定要件（要届出）

▶ 500点（1人につき1回）

- ◆ 認知症疾患医療センター等の専門医療機関
- ◆ 他の医療機関から紹介された患者の認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を文書により行った場合に算定
- ◆ 地域において療養を担う他の医療機関にも文書により診療情報を提供
- ◆ 診断にかかる診療情報提供料（Ⅰ）、特定疾患療養管理料は別に算定不可

認知症関連

◆ 認知症疾患医療センター等とは

- ▶ 認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定を行う都道府県知事が指定した保険医療機関
- ▶ 届出要件
 - ◆ 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を担当する医師
 - ◆ 専任の臨床心理技術者
 - ◆ 医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等
 - ◆ 検査体制
 - ☆ コンピュータ断層撮影装置（C T）
 - ☆ 磁気共鳴画像装置（M R I）
 - ☆ 脳血流シンチグラフィ（S P E C T）
 - ◆ 検査体制について、M R I 又はS P E C Tを有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確認できる文書を添付する

地域連携診療計画退院時指導料

改

◆ 項目の分割

P115、142、645

▶ 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（点数変更無

新し）

◆ 地域連携診療計画退院計画加算

100点

☆ 要届出（計画管理病院を除く）

☆ 算定要件

－ 退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携し、退院後の診療計画について、患者の診療情報を文書で提供した場合に加算

◆ 介護支援連携指導料は所定点数に含まれる

◆ 併算定できない場合を追加

☆ 慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、退院時共同指導料2は、別に算定できない

地域連携診療計画退院時指導料

②改 ③新

▶ 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）

300点

- ◆ 要届出（計画管理病院を除く）

- ◆ 算定要件

- ☆ 退院後初回月に1回算定

- ☆ 診療所又は許可病床数200床未満の病院

- ☆ 地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料1を算定する医療機関を退院後の患者に対して、通院あるいは在宅医療を提供した場合に、退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を文書により報告する

- ☆ 診療情報提供料（Ⅰ）は所定点数に含む

項目の再編、注の変更等

医学管理料

- ◆ 手術前医学管理料・手術後医学管理料
 - ▶ 検査項目の名称変更等にあわせて注の修正
- ◆ リンパ浮腫指導管理料（点数変更無し）
 - ▶ 外来での算定が可能に
 - ◆ 注2 当該保険医療機関を退院したものに対して、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に1回に限り算定

項目の再編、注の変更等

◆ 地域連携診療計画管理料

- ▶ 連携先に「介護サービス事業者等」を追加
- ▶ 個別治療計画について
 - ◆ 患者に説明し文書に提供することに追加
 - ☆ 転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者の診療情報を文書で提供した場合
- ▶ 介護支援連携指導料は所定点数に含まれる
- ▶ 併算定できない場合を追加
 - ◆ 慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、退院時共同指導料2は、別に算定できない。

在宅療養支援病院等

改

在宅医療料

◆ 在宅療養支援病院の要件緩和

- ▶ 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していること。

- ◆ ア 許可病床数が200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない

◆ 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

- ▶ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする

◆ CT撮影

▶ マルチスライス型の機器による場合 850点

⇒イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合

(要届出) 900点

□ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合

(要届出) 820点

▶ マルチスライス以外の場合 660点

⇒ハ イ、ロ以外の場合 600点

▶ 外傷全身CT加算の新設（要届出） 800点

◆ 救命救急入院料・画像診断管理加算2届出医療機関

◆ 64列以上の機器

◆ 全身外傷に対し少なくとも頭蓋骨～骨盤骨まで撮影した場合 121

検体検査管理加算

新

◆ 検体検査管理加算（Ⅳ）

500点

▶ 算定要件

- ◆ 入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

▶ 施設基準

- ◆ 院内検査を行っている病院又は診療所
- ◆ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師を配置
- ◆ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師を10名以上配置
- ◆ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制を整備

検
査
料

病理標本作製料

P435～438、708

改

病理診断料

- ◆ 術中迅速細胞診（１手術につき） 450点
 - ◆ テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定
- ◆ 病理診断料の項目再編（１項目を２項目に）
 - ◆ 組織診断料 500点
 - ◆ 病理組織標本作製、電子顕微鏡病理組織標本作製、免疫染色病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製の診断を行った場合に月１回に限り算定
 - ◆ 細胞診断料 240点
 - ◆ 術中迅速細胞診、細胞診２の診断を行った場合に月１回に限り算定
- ◆ 病理判断料 146点 ⇒ 150点

◆ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

70点

- ▶ 要届出
- ▶ 算定対象
 - ◆ 200床以上の病院
- ▶ 算定要件
 - ◆ 月1回、1処方につき加算
 - ◆ 治療の開始に当たり、投薬の必要性、危険性について文書により説明をする
 - ◆ 化学療法の実験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上
 - ◆ 抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明
 - ◆ 同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合は、いずれか一方の加算として月1回に限り算定
 - ◆ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする

◆ 無菌製剤処理料 1 の再編

▶ 算定要件の追加

- ◆ 無菌製剤処理は安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましい

- ▶ 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） 50点



- ▶ イ、閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
 - ◆ バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いた場合
 - ◆ 閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を記録する
- ▶ ロ、イ以外の場合 50点

後期高齢者関連

改

処
置
料

- ◆ 注から後期高齢者の文言を外し全年齢対象に
 - ▶ 後期高齢者処置（1日につき） 12点
 - ⇒ 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 24点
 - ▶ 後期高齢者精神病棟等処置（1日につき） 15点
 - ⇒ 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置 30点
 - ◆ 結核病棟又は精神病棟入院患者対象

◆ 外保連資料に基づく評価

▶ 手術料は全般的に引き上げ

- ◆ 外科系の診療科で実施される手術で高度な専門性を必要とする手術をより高く評価
- ◆ 病院で実施する手術を優先

▶ 詳細は「手術料別冊」をご確認ください

- ◆ 平成22年度診療報酬改定 手術料別冊
- ◆ <http://www.medsus.jp/shiryou/H22ope.ppt>

◆ 小児に対する加算の対象年齢を6歳未満に拡大

◆ 新規保険収載される手術（抜粋）

- ▶ 腹腔鏡下肝部分切除術（肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る）
- ▶ エキシマレーザーによる治療的角膜切除術（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る）
- ▶ 膀胱水圧拡張術（間質性膀胱炎に係るものに限る）
- ▶ 肝門部胆管癌切除術（1 血行再建あり 2 血行再建なし）
- ▶ 腭中央切除術
- ▶ バイパス術を併用した脳動脈瘤手術
- ▶ 経皮的動脈形成術
- ▶ バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ▶ 副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ▶ 脾温存腭体尾部切除術

手術

手術料

- ◆ 新規保険収載される手術（抜粋）
 - ▶ 経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍）
 - ▶ 重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
 - ▶ 膀胱脱（ヘルニア）メッシュ修復術
 - ▶ 前置胎盤帝王切開術

- ◆ 新規保険収載される放射線治療
 - ▶ イメージガイド下放射線治療（IGRT）

手術

新

手術料

- ◆ 埋込型心電図記録計移植術 1 2 6 0 点
- ◆ 埋込型心電図記録計摘出術 8 4 0 点
 - ▶ 算定要件
 - ◆ 下記の何れかの施設基準の届け出を行っている医療機関
 - ☆ 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
 - ☆ 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術
 - ☆ 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術
- ◆ 経皮的カテーテル心筋焼灼術
 - ▶ 三次元カラーマッピング加算 1 7 0 0 0 点
- ◆ 内視鏡的胃、十二指腸ストント留置術 7 5 9 0 点

◆ 項目の再編

▶ 脊椎側彎症手術

3 4 8 0 0 点

- ◆ 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に17400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする



▶ 脊椎側彎症手術

- ◆ 1 固定術

3 7 4 2 0 点

- ◆ 2 矯正術

- ☆ イ 初回挿入術

1 1 2 2 6 0 点

- ☆ ロ 全体交換術

3 7 4 2 0 点

- ☆ ハ 伸展術

2 0 5 4 0 点

- － 注 1については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に18710点を加算する。

ただし、加算点数は74840点を限度とする

◆ 麻酔管理料（Ⅱ）（1人につき1回）

▶ 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点

▶ 全身麻酔 300点

◆ 算定要件

☆ 常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定

◆ 施設基準

☆ 麻酔科標榜医療機関

☆ 5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されている

☆ 24時間緊急手術の麻酔に対応できる

☆ 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外が共同して麻酔を実施する体制がある

疾患別リハビリテーション

◆ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 200点

▶ 施設基準の緩和

- ◆ 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること

疾患別リハビリテーション

改新

リハビリテーション料

◆ 項目の追加

▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

- ◆ (1)(2)以外の場合 235点 ⇒ 245点
- ◆ (2)廃用症候群の場合 235点

▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

- ◆ (1)(2)以外の場合 190点 ⇒ 200点
- ◆ (2)廃用症候群の場合 190点

▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

- ◆ (1)(2)以外の場合 100点 ⇒ 100点
- ◆ (2)廃用症候群の場合 100点

疾患別リハビリテーション

改新

リハビリテーション料

◆ 運動器リハビリテーション料（１単位につき）

▶ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点

◆ 病院又は有床診療所が対象

▶ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

170点 ⇒ 165点

▶ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

80点 ⇒ 80点

◆ 維持期のリハビリテーション

▶ 月13単位までのリハビリテーションの提供を継続

▶ 介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件

◆ 運動器リハビリテーション料（１単位につき）

▶ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） １７５点

◆ 算定要件

☆ 届出をした病院又は有床診療所が対象

◆ 施設基準

☆ 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師を１名以上配置

☆ 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等を適切に配置

☆ 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有している

☆ 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されている

疾患別リハビリテーション

リハビリテーション料

◆ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

▶ 注の追加

- ◆ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注１の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する

◆ 全体的留意事項

- ▶ 同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、一つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする

◆ 早期リハビリテーション加算（１単位につき）

３０点 ⇒ ４５点

- ▶ 心大血管リハビリテーション料
- ▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料
- ▶ 運動器リハビリテーション料
- ▶ 呼吸器リハビリテーション料

リハビリテーション

P289、301、677

新

◆ 難病患者リハビリテーション料（1日につき）

600点 ⇒ 640点

▶ 短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

◆ 退院日から起算して1月以内 280点

☆ 1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上

◆ 退院日から起算して1月を超え3月以内 140点

☆ 1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上

▶ 食事提供加算 48点 ⇒ 廃止

◆ 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する
場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる

▶ 注の変更

◆ 社会生活機能の回復を目的とする

がん患者リハビリテーション料_{P290、302、679} 新

◆ がん患者リハビリテーション料（1単位）

200点

▶ 算定要件（要届出）

- ◆ がんの治療のために入院中の者
- ◆ 1日6単位を上限
- ◆ がん患者リハビリテーションに関する研修を修了以下の職種
 - ☆ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ◆ 個別に20分以上のリハビリテーションで1単位とする
- ◆ 定期的な医師の診察結果に基づき、以下の職種が共同してリハビリテーション計画を作成
 - ☆ 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等
- ◆ がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい

がん患者リハビリテーション料

◆ 施設基準

- ▶ がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師を配置
- ▶ がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名を配置
- ▶ 100m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられている

がん患者リハビリテーション料

◆ 対象患者

▶ 以下の患者について、入院中に限り算定

- ◆ 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者例）術前からの呼吸方法や喀痰排出のための訓練等
- ◆ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
 - ☆ 例）術前・術後の適宜代用器具等も用いた発声や、嚥下の訓練や肩・肩甲骨等の運動障害に対するリハビリテーション等
- ◆ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
 - ☆ 例）義肢や装具を用いた訓練や、患肢以外の機能獲得のための訓練等

がん患者リハビリテーション料

リハビリテーション料

◆ 対象患者

▶ 以下の患者について、入院中に限り算定

- ◆ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
 - ☆ 例) 構音障害や麻痺等に対する訓練等
- ◆ 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者
 - ☆ 例) 心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等
- ◆ がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
 - ☆ 例) 心肺機能向上や血球減少期間短縮のための身体訓練等
- ◆ 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者
 - ☆ 例) 自助具等の使用訓練、摂食・嚥下療法、呼吸法の指導等

D P C

新機能評価係数

◆ 今回導入する新たな機能評価係数

- ▶ データ提出指数
 - ◆ 正確なデータ提出に係る評価
- ▶ 効率性指数
 - ◆ 効率化に対する評価
- ▶ 複雑性指数
 - ◆ 複雑性指数による評価
- ▶ カバー率指数
 - ◆ 診断群分類のカバー率による評価
- ▶ 地域医療指数
 - ◆ 地域医療への貢献に係る評価
- ▶ 救急医療係数
 - ◆ 救急医療の入院初期診療に係る評価

新機能評価係数

◆ データ提出指数

- ▶ 以下の場合において、当該係数を減算
 - ◆ データ提出の遅滞
 - ◆ 部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上

◆ 地域医療指数

- ▶ 以下の各項目の総ポイント数（0～7ポイント）で評価
 - ◆ 脳卒中地域連携
 - ◆ がん地域連携
 - ◆ 地域がん登録
 - ◆ 医療計画上定められている二次救急医療機関で病院群輪番制参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、救急救命センター
 - ◆ D M A T（災害派遣医療チーム）指定
 - ◆ へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
 - ◆ 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター

◆ 診断群分類点数表の設定方法の見直し

▶ 診断群分類の分岐についてさらなる精緻化

- ◆ 高額薬剤による分岐の追加
- ◆ 化学療法レジメによる分岐の追加
- ◆ 副傷病による分岐の精緻化
- ◆ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し

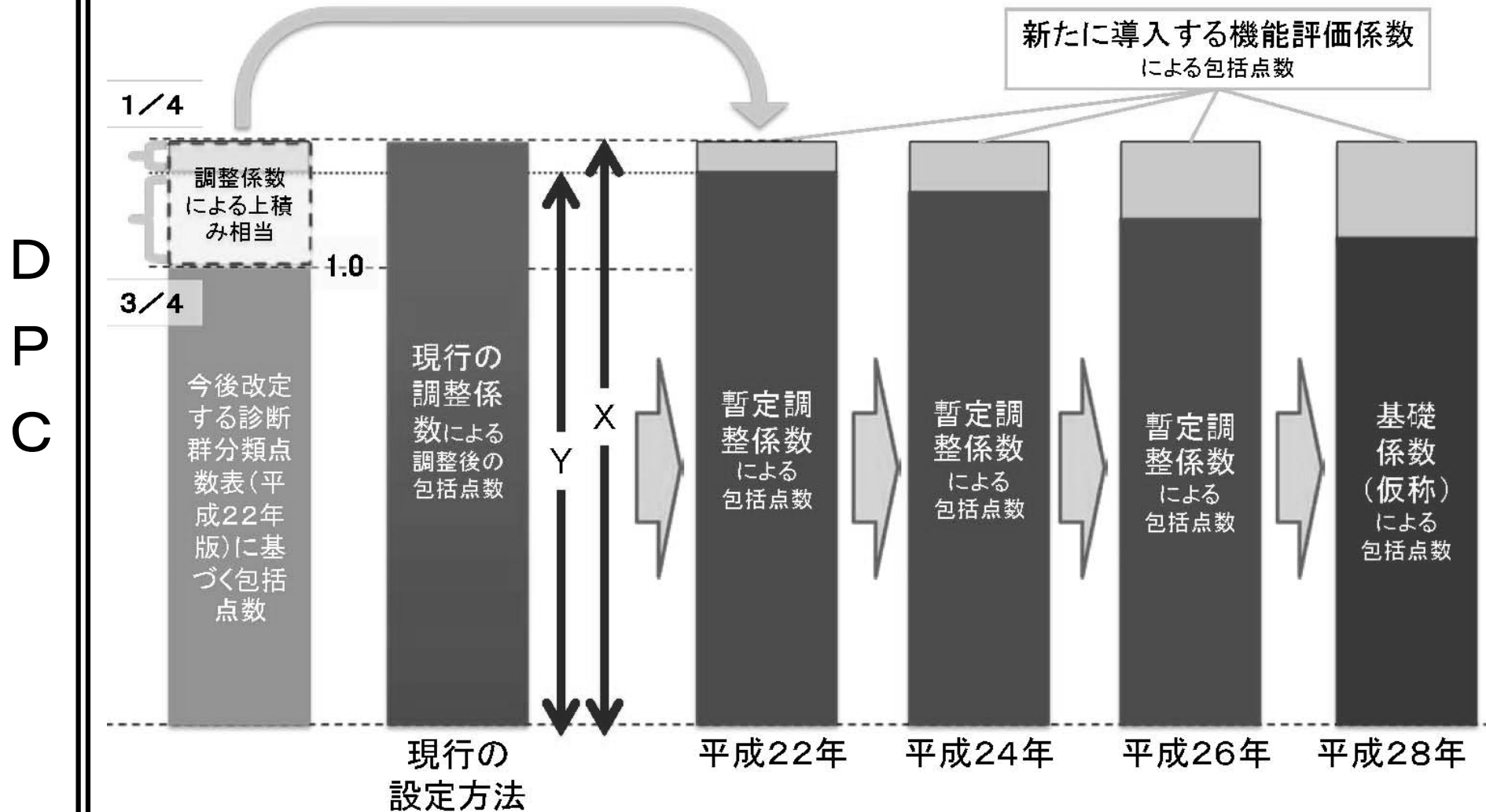
▶ 包括点数設定の種類数変更

- ◆ 2種類から3種類へ
- ◆ 実際の医療資源の投入量にあったものとするため

新機能評価係数

新

◆ 激変緩和措置



◆ D P Cにおける包括範囲の見直し

▶ 出来高評価

- ◆ 無菌製剤処理料
- ◆ 術中迅速病理組織標本作製
- ◆ H I V感染症に使用する抗ウイルス薬（H I V感染症治療薬）
- ◆ 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ◆ 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

▶ 機能評価係数での評価

- ◆ 検体検査管理加算

その他

改

D
P
C

- ◆ 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する
- ◆ 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する
- ◆ 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める

DPCの例

改

入院基本料

虫垂炎(虫垂切除術等) 060150xx02xx0x

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
新	3482	3482	2095	2095	2095	1781	1781	1781	1781	1781
累計	3482	6964	9059	11154	13249	15030	16811	18592	20373	22154
旧	3204	3204	3204	2368	2368	2368	2013	2013	2013	2013
累計	3204	6408	9612	11980	14348	16716	18729	20742	22755	24768

脳梗塞(経皮的脳血管形成術等) 010060x002x0xx

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
新	2971	2971	2971	2971	2196	2196	2196	2196	2196	1867	1867	1867	1867	1867	1867
累計	2971	5942	8913	11884	14080	16276	18472	20668	22864	24731	26598	28465	30332	32199	34066
旧	3021	3021	3021	3021	3021	2299	2299	2299	2299	2299	2299	1954	1954	1954	1954
累計	3021	6042	9063	12084	15105	17404	19703	22002	24301	26600	28899	30853	32807	34761	36715

脳梗塞(経皮的脳血管形成術等) 010060x002x31x

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
新	3907	3907	3907	3907	3907	3907	3907	3907	3907	3907	2509	2509	2509	2509	2509
累計	3907	7814	11721	15628	19535	23442	27349	31256	35163	39070	41579	44088	46597	49106	51615
旧	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465	3465
累計	3465	6930	10395	13860	17325	20790	24255	27720	31185	34650	38115	41580	45045	48510	51975

脳梗塞(動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈) 010060x001x1xx

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
新	3207	3207	3207	3207	3207	3207	3207	3207	2370	2370	2370	2370	2370	2370	2370
累計	3207	6414	9621	12828	16035	19242	22449	25656	28026	30396	32766	35136	37506	39876	42246
旧	3207	3207	3207	3207	3207	3207	3207	3207	3207	2370	2370	2370	2370	2370	2370
累計	3207	6414	9621	12828	16035	19242	22449	25656	28863	31233	33603	35973	38343	40713	43083

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