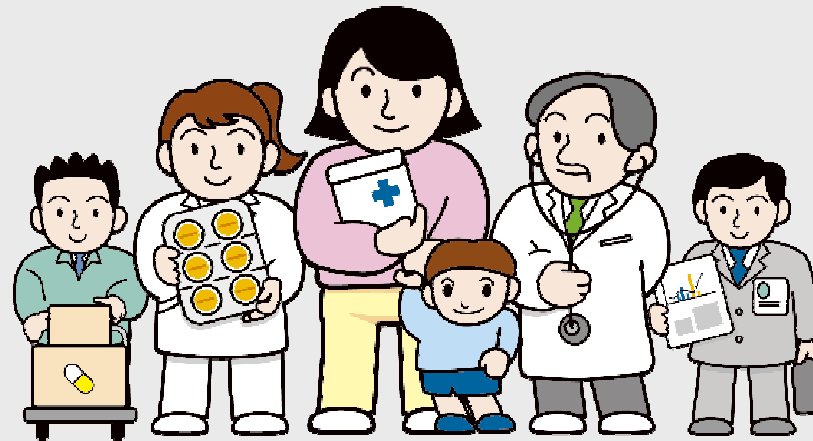


日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html医科
(告示情報)「2008年(平成20年)度診療報酬改定」
- 医科 -

資料作成: 日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



本資料は、3月5日の官報告示及び厚労省HP、「改正点の解説」などの通知情報を加えて作成しました。

また転載誤記等の恐れもありますので、公的資料にても確認をお願いします。

今後の追加通知(Q&Aなど)によりさらに詳細な算定方法等が明らかになる予定です。

資料No.200213-95-41
改訂:2008.3.21

日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

2008年度診療報酬改定の視点

緊急課題:産科小児科を始めとする病院勤務医の負担の軽減

産科・小児科への重点評価、診療所・病院の役割分担等、
病院勤務医の事務負担の軽減、救急医療対策

手間とリスクの評価

視点 :患者から見てわかりやすく、QOLを高める医療を実現する視点

医療費の内容の情報提供、分かりやすい診療報酬体系等、
生活を重視した医療、保険薬局の機能強化

情報公開、患者納得

視点 :質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

質の高い効率的な入院医療の推進、質の評価手法の検討、医療ニーズに着目した評価、在宅医療の推進、精神障害者の療養生活支援、歯科医療の充実、調剤報酬の見直し

医療連携、高品質、治療期間短縮

視点 :我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

がん医療の推進、脳卒中対策、自殺対策・子どもの心の対策、
医療安全の推進と新しい技術等の評価、オンライン化・IT化の促進

がん、脳卒中、心対策
安全、新技術、IT化

視点 :医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

新しい技術の置換え、後発医薬品の使用促進等、その他の効率化や適正化すべき項目等

視点 :後期高齢者の診療報酬について

入院医療、在宅医療、外来医療、終末期医療

効果の検証、無駄の排除

2008年度診療報酬改定率

2008年度 改定率	医療費 ベース	国庫負担 ベース	備考	2002 年度	2004 年度	2006 年度
薬価 改定率	1.1%	870億円	5.2% (薬価ベース) 通常・市場拡大・長期収載	1.3%	0.89%	1.6%
材料価 改定率	0.1%	90億円		0.1%	0.16%	0.2%
診療報酬 改定率	+ 0.38%	+ 304億円	医科: 歯科: 調剤 1 : 1 : 0.4 (0.42: 0.42: 0.17)%	1.3%	± 0%	1.36%
全体 改定率	0.82%	656億円	約2620億円 (医療費)	2.7%	1.05%	3.16%

医療費総額が32兆円とすると0.38%は1216億円相当になる。国庫負担は総医療費の約1/4なので、304億円となる。2200億円の圧縮は、(健保750億円、共済250億円、国保組合38億円、薬価材料960億円、後発品220億円、母子加算見直し50億円、退職者医療制度見直し237億円)の合計が2505億円となり、2505億円 - 2200億円 = 305億円がほぼそのまま充当される計算になる。

[参考: RISFAX(2007年12月18日)、日刊薬業(2007年12月19日)]

< 初・再診料 > 夜間・早朝等加算

夜間や休日における診療について、診療所が開業時間内に行う夜間、早朝等における診療について初・再診料に係る加算を新設する

(新設) 初診料 夜間・早朝等加算	新	50点
(新設) 再診料 夜間・早朝等加算	新	50点

[算定要件]

開業時間であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診料に対して加算する

平日においては、夜間(18~22時)、早朝(6~8時)の診療

土曜においては、夜間等(12~22時)、早朝(6~8時)

日曜、祝日においては、深夜以外(6~22時)の診療

赤字は、削除・変更
青字は、追加・新基準等

[施設基準]

週30時間以上開業している診療所であること

開業時間を分かりやすい場所に掲示していること

地域の一次救急に月1回以上協力では週27時間以上

[補足事項]

保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、診療を再開することを評価した初・再診料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱いについては、現行のとおり

病院勤務医の負担軽減等のため、診療所における夜間、早朝等における時間外の評価が見直され、標榜時間内であっても、算定要件の時間において加算の算定が可能になった。このため4月1日から急に時間外加算対象となり、支払が増える患者もいるため、“掲示”の方法が重要になる。

新設

< 初・再診料 > 夜間・早朝等加算

夜間・早朝等加算		0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	
平日	現行規程	深夜加算						時間外		加算なし									時間外加算							
	追加規定	加算なし						時間内		加算なし									開業時間内の加算			加算なし				
	例1	開業時間外								開業(標榜)時間												開業時間外				
	現行	深夜加算						時間外		加算なし	加算なし									時間外	深夜					
	改定後	加算なし						時間外		加算なし	加算なし									開業時間内の加算						
土曜日	現行規程	深夜加算						時間外		加算なし			時間外加算									深夜				
	追加規定	加算なし						時間内		加算なし			開業時間内の加算									加算なし				
休日	現行規程	深夜加算						休日加算																		深夜
	追加規定	加算なし						開業時間内の加算																		加算なし

(例) 平日の例では、現行の18時～21時は開業時間内なので加算なしとなるが、今改定では18時～21時の開業時間内において加算点数が算定できる。



開局時間を分かりやすい場所に掲示することは、算定要件でもあり、また患者さんへの対策としても重要！

< 初・再診料 > 再診料（外来管理加算）

病院と診療所の格差是正を進めるため、再診料の病診格差を是正し引上げる

初診・再診料		現行	改定後
初診料	診療所	270点	270点(±0)
	病院		
再診料	診療所	71点	71点(±0)
	病院	57点	60点(+3点)
外来管理加算	診療所	52点	52点(±0)
	病院(200床未満)		
老人 外来管理加算	診療所	57点	52点(一本化)
	病院(200床未満)	47点	
外来診療料	病院(200床以上)	70点	70点(±0)

包括範囲除外検査
ヘモグロビンA1c (HbA1c)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)

200床未満病院はさらにアップ

外来管理加算については、**診察時間に「目安5分」**が設けられる

病院と診療所の再診料の格差が14点から11点に縮小された。この格差をゼロにする方向と、支払側が主張する「診療所の再診料財源を病院勤務医に回す」議論から、次回も診療所の再診料引き下げについて議論される可能性が高い。

病院再診料3点アップは、再診が1日あたり100人の場合、月7万5千円の増益となる(3点×100人×25日 = 7万5千円)

200床以上病院の「外来診療料」は70点で据え置きなので、この恩恵は200床未満の病院だけになる

< 初・再診料 > 外来管理加算

「目安と要件」の違いは？
厚労省は診療内容例を提示

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その算定においては患者に判りづらいとの指摘があり見直し、時間の目安(5分)を設ける

医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる
患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間、一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合

[提供される診療内容]

、問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話しでは、

『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

、身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

、これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、　　さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。」

「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いでしょう。」

、患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

、　　～　　については、患者からの聴取事項や診察所見の**要点を診療録に記載する**。また、これらの診察には**最低でも5分の時間を要する**と考え、診察時間の目安とする。

カルテ記載が要件化された

“おくすり外来(薬だけ)”で外来管理加算は算定できなくなった。再診料がダウンするより影響大か。

< 初診料加算 > 電子化加算

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したとして、同加算の算定対象外とする

電子化加算

3点(初診料に加算)

[算定要件]

400床以上(許可病床)の病院は電子化加算の算定対象外とする

400床以上病院は
初診料3点マイナス

[施設基準]

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を**掲示**することを規定する

< 療養担当規則 > 明細書の発行

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる**基盤が整うこととなる医療機関**については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける。併せて、明細書の発行の際、実費として**費用徴収**を行うことを可能とする

DPC対象病院は、医薬品や検査の名称付記が望ましい

明細書の入手を妨げる料金設定は不可

レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う(別に明細書を発行する必要はない)

医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
レセプト電算システムが導入されていること

療養担当規則の改正(以下の旨を規程する)

「**の保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。**」

< 入院基本料 > 7 : 1 入院基本料

急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する

7 : 1 入院基本料 (「看護必要度」 基準を満たす場合に算定)

- (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる
- (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する
- (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる
- (4) 特定機能病院には適用しない(ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。)

準7 : 1 入院基本料 (「医師配置」 基準を満たさない場合は減算)

(新設) 準 7 : 1 入院基本料	新	1,495点 (基本点から60点減算)
へき地の場合		1,525点 (基本点から30点減算)

- (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7 : 1 入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う
- (2) 特定機能病院には適用しない

[経過措置]

- 1、準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 2、平成20年3月31日時点で7 : 1 入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10 : 1 入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算を算定できる

3ヶ月間の実績に基いて
7月1日から算定か

7 : 1 脱落病院のみ算定する
(患者数 : 看護補助者数)
看護補助加算 (10 : 1) 84点
看護補助加算 (15 : 1) 56点

< 入院基本料 > 7 : 1 入院基本料

7:1入院基本料		10:1入院基本料	
2008年4月1日			
2008年7月1日		看護補助加算を算定 (経過措置:平成20年4月1日～平成22年3月31日まで)	
	7:1入院基本料を算定 「看護必要度」「医師配置」のいずれの基準も満たす場合		10:1入院基本料を算定 「看護必要度」基準を満たさない場合
	7:1入院基本料を減算 「医師配置」基準を満たさない場合		

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

< 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
	3点以上		B得点

< 入院基本料 > 10 : 1 看護料

地域医療を担う多くの医療機関は、在院日数の減少により、短期間でより多くの患者に対して入院医療を提供することから、勤務医負担も大きい。このような地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、10:1入院基本料の評価を引き上げる

入院基本料(10:1)	現行	改定後
A100 一般病棟入院基本料	2, (10:1) 1,269点	1,300点(+31点)
A102 結核病棟入院基本料	2, (10:1) 1,161点	1,192点(+31点)
A103 精神病棟入院基本料	2, (10:1) 1,209点	1,240点(+31点)
A104 特定機能病院入院基本料		
1, 一般病棟の場合	1, (10:1) 1,269点	1,300点(+31点)
2, 結核病棟の場合	2, (10:1) 1,161点	1,192点(+31点)
3, 精神病棟の場合	3, (10:1) 1,209点	1,240点(+31点)
A105 専門病院入院基本料	2, (10:1) 1,269点	1,300点(+31点)
A106 障害者施設等入院基本料	2, (10:1) 1,269点	1,300点(+31点)

前回改定で7:1看護基準の新設により大きな混乱を招いたこともあり、7:1に看護必要度を設定して制限し、10:1看護基準は評価を高くして増やしたいとする狙いと、10:1施設は利益率が悪いという調査結果も含めて、一律に引上げられた。これで13:1、15:1との格差が拡大するため、10:1へのシフトが進むか。

改定後の病棟区分別の点数・基準一覧

種別	基準	一般病棟	結核病棟	精神病棟	障害者施設	特定機能	特定機能結核	特定機能精神	専門病院
7:1	点数	1,555点	1,447点		1,555点	1,555点	1,447点	1,311点	1,555点
	看護比率	70%以上	70%以上		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	在院日数	19日以内	25日以内		-	28日以内	28日以内	28日以内	30日以内
準7:1	点数	1,495点							
	看護比率	70%以上							
	在院日数	19日以内	僻地 1,525点						
10:1	点数	1,300点	1,192点	1,240点	1,300点	1,300点	1,192点	1,240点	1,300点
	看護比率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	在院日数	21日以内	25日以内	25日以内	-	28日以内	28日以内	28日以内	33日以内
13:1	点数	1,092点	949点		1,092点		949点		1,092点
	看護比率	70%以上	70%以上		70%以上		70%以上		70%以上
	在院日数	24日以内	28日以内		-		36日以内		36日以内
15:1	点数	954点	886点	800点	954点		886点	839点	
	看護比率	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上		70%以上	70%以上	
	在院日数	60日以内	-	-	-		-	-	
18:1	点数		757点	712点					
	看護比率		40%以上	40%以上					
	在院日数		-	-					
20:1	点数		713点	658点					
	看護比率		40%以上	40%以上					
	在院日数		-	-					
特別1 (15:1未満)	点数	575点							
	看護比率	40%未満							
	在院日数	-							
特別2 (20:1未満)	点数		550点	550点					
	看護比率		40%未満	40%未満					
	在院日数		-	-					

【後期高齢者特定入院料の対象外の状態】
 3, 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等

後期高齢者特定入院基本料	対象患者
旧(老人特定入院基本料)	一般病等に90日を超えて入院している「包括病床群」以外の老人入院患者

< 入院基本料 > 医療療養病棟等の評価

療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の基準及び加算の見直し

医療区分・ADL区分の評価方法の簡素化

原則として、患者病態の変化時に、医療区分及びADL区分の評価・記録を行う

医療区分の評価項目の見直し

ア、「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する

イ、「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する

ウ、「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする

認知機能障害加算の廃止

医療区分2、ADL区分1の患者で、認知機能障害のある場合の加算(1日につき5点)を廃止する

褥瘡評価実施加算

ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを評価し、加算を創設する

(新設) 褥瘡評価実施加算

新

15点(1日につき)

[算定基準]

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

成果主義の導入

医療の質の評価へ向けた取組の促進

将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付ける

< 入院基本料 > 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の評価を引き下げる。(医療区分1・ADL区分3については据え置き)

現行				改正後		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分 3	885点	1,344点	1,740点	885点 (±0)	1,320点 (-24点)	1,709点 (-31点)
ADL区分 2	764点	1,344点	1,740点	750点 (-14点)	1,320点 (-24点)	1,709点 (-31点)
ADL区分 1	764点	1,220点	1,740点	750点 (-14点)	1,198点 (-22点)	1,709点 (-31点)

医療区分の評価の見直し

「酸素療法」は毎月必要性を確認し、診療録等に記載
 「うつ状態」「他者に対する暴行」は治療方針を検討し、実施ケア内容を記載
 「脱水」「嘔吐」は発熱を伴うものに限る

療養病棟入院基本料のさらなる引き下げは、まだ収益があるから?? 医療区分1の点数自体(絶対額)の減少は、介護施設等へのシフトを促す狙いもあるか。

「有床診療所療養病床入院基本料」については据え置かれた

療養病棟の縮小に伴ない、「脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者」は特殊疾患病棟などから除かれることになった。これらの患者の退避病棟となっていた特殊疾患病棟から、介護施設(転換型老健など)、在宅や居住系施設へ患者を移動させようとする点数改定もみられる。(退院調整加算p14)

< 入院基本料等加算 > 特定機能病院入院基本料

特定機能病院・専門病院に対しては、高度な医療を提供していること等を考慮し、一般病棟入院基本料の14日以内加算をさらに評価する

ただし、特定機能病院・専門病院は入院時医学管理加算等の評価を行わない

特定機能病院入院基本料	現行	改正後
イ、一般病棟 (1) 14日以内の期間の加算	652点	712点(+60点)

精神病棟については、「精神病棟入院基本料加算」の項に掲載(p17)

< 入院基本料等加算 > 専門病院入院基本料

専門病院入院基本料	現行	改正後
イ、14日以内の期間の加算	452点	512点(+60点)

専門病院とは、専門病院入院基本料を算定する病院(専門病院)で、主として悪性腫瘍患者、又は循環器疾患患者を一般病床に7割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院である。実際に対象となるのは、「国立がんセンター」と「国立循環器病センター」である。

< 入院基本料 > 障害者施設等入院基本料

肢体不自由児施設等に限り、超重症児等の入院比率を条件とする7:1入院基本料を新設

障害者施設等入院基本料	現行	改正後
7:1入院基本料		1,555点
10:1入院基本料	1,269点	1,300点(+31点)
13:1入院基本料	1,092点	1,092点(±0)
15:1入院基本料	954点	954点(±0)

[算定要件]

以下の各号のいずれかに該当するもの

イ、児童福祉法に規定される以下の施設

- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの
- ・国立病院機構の設置する医療機関

ロ、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、脊椎損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟

[経過措置]

平成20年3月31日の時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)等の患者については、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分1に該当する患者は医療区分2、医療区分2に該当する患者は医療区分3の患者とみなす

[施設基準等]「7:1入院基本料」

当該病棟において、入院患者7に対し看護職員1以上を配置すること。ただし、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること

当該病棟に入院する患者のうち、3割以上が超重症児(者)又は準超重症児(者)であること

肢体不自由児施設、重度心身障害児施設又は国立高度専門医療センター並びに独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの

< 入院基本料等加算 > 特殊疾患入院施設管理加算

特殊疾患入院施設管理加算	現行	改正後
特殊疾患入院施設管理加算	350点	350点(±0)

[算定要件]

重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度の障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する

[経過措置](療養病床に移行している場合又は移行する場合)

当該病棟の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である

< 入院基本料等加算 > 精神病棟入院基本料加算

精神病棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる

早期退院へ加算し、
長期入院は引き下げる

入院期間に応じた加算 181日以上1年以内の期間(1日につき)	現行	改正後
精神病棟入院基本料	10点 (特別入院基本料は5点)	5点(-5点)
特定機能病院入院基本料の精神病棟	25点	20点(-5点)

< 入院基本料 > 有床診療所入院基本料

医療法改正に伴い、入院患者の病状の急変に備えて診療所の医師が速やかに診療を行う体制や48時間を超えた入院医療を行う際の手厚い夜間の看護体制等を評価する

(新設) 夜間緊急体制確保加算	新 15点(1日につき)
------------------------	---------------------

[算定要件]

入院患者の病状急変に備えて医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していること

小規模病院の診療所化を促す評価でもあるか？

(新設) 夜間看護配置加算2 (2名以上)	新 50点(1日につき)
------------------------------	---------------------

[算定要件]

夜間看護配置について看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上である場合(うち1名は当直者でもよい(看護職員が1名である場合は、当該看護職員についてはこの限りではない。))

有床診療所入院基本料1		現行	改正後		
看護職員10名以上	基本点		医師配置加算 (2名以上)	60点	100点 (±0)
加算 医師2名以上 夜間看護職員配置1名以上	100点		夜間看護配置加算1 (1名以上)	30点	
			夜間看護配置加算2 (2名以上)	新 50点	
			看護配置加算1 (10名以上)	10点	
加算 看護師3名以上	15点		看護配置加算2 (看護師3名以上を含む10名以上)	15点	

< 入院基本料 > 薬剤包括入院料、麻薬対象拡大

感染症対策による対象拡大

包括外で算定可能とする薬剤・注射剤

- (1) 血友病を伴うHIV 患者
 - ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
 - ・ 抗ウイルス剤(後天性免疫不全症候群(エイズ)又はHIV 感染症の効能又は効果を有するもの)
- (2) B・C 型肝炎患者
 - ・ インターフェロン製剤(B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの)
 - ・ 抗ウイルス剤(B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの)

血友病を伴うHIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及びB・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とした

[算定要件: 包括外で算定できる入院料等]

後期高齢者特定入院基本料

- A101 療養病棟入院基本料
- A109 有床診療所療養病床入院基本料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-2 亜急性期入院医療管理料

- A309 特殊疾患療養病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A312 精神療養病棟入院料
- A314 認知症疾患治療病棟入院料
- A316 診療所老人医療管理料

介護老人保健施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。)

医療用麻薬の処方対象拡大

がん患者の急性期病院からの退院支援(在宅へも)

介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する

薬剤例: クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤 等

調剤報酬における**薬剤服用歴管理指導料**の「麻薬管理指導加算」についても見直しが行われた

全く別の点数に衣替え

詳細な施設
基準等は
P130に掲載

< 入院基本料等加算 > 入院時医学管理加算

地域の中核病院として十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する

(新設) 入院時医学管理加算

新

120点(1日につき、14日を限度)

[算定要件]

特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること

旧規定では60点なので、
実質+60点となる

(1)産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること

精神科は他院
と連携で可

(2)精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること

病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

都道府県立病院などの経営苦の中核病院を救う評価か。全国で170施設ほどが対象だとすると、地方県では1~2施設程度が該当か。

(1)外来診療を縮小するための体制を確保していること

(2)病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療

機関との連携体制、外来縮小計画等)を策定し、職員等に対して周知していること

(3)特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)

急性期医療に係る実績を相当程度有していること

入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること等

(例)500床 × 60点 = 30万円増益/日

既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

入院・外来比(1:1.5)要件は消滅した

患者の
治癒率
と紹介
率の合
計が4割
以上も
要件化

< 入院基本料等加算 > 超急性期脳卒中加算

t - PA (アルテプラゼ) を下記の要件のもとで投与した場合の評価を新設する

(新設) 超急性期脳卒中加算	<div style="display: inline-block; border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; color: white; font-weight: bold;">新</div> 12,000点 (入院初日)
----------------	--

[算定要件]

- 1, 超急性期脳卒中加算は脳卒中発症後**3時間以内**に組織プラスミノゲン活性化因子(t-PA(アルテプラゼ))を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する
- 2, 投与に当たっては、「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針部会」作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること
- 3, 投与を行う医師は「脳梗塞rt-PA 適正使用講習会」を受講していること

初年度算定見込み数
約1000施設、5000症例

[施設基準]

- 1, 当該医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した**経歴を10年以上**有するものに限る。)が1名以上配置されており、「脳梗塞rt-PA 適正使用講習会」を受講していること
- 2, **薬剤師**が常時配置されていること
- 3, 診療**放射線技師**及び**臨床検査技師**が常時配置されていること
- 4, 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- 5, 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする
- 6, 次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具が他の治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、イ 除細動器、ウ 心電計、エ 呼吸循環監視装置
- 7, コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影及び脳血管造影等の必要な画像撮影及び診断が常時行える体制であること

常時配置とは、24時間配置である

地域内でどこの病院が算定できるか知っておくことが重要

妊産婦

< 入院基本料等加算 > 妊産婦緊急搬送入院加算

妊婦の救急受入を評価する

(新設) 妊産婦緊急搬送入院加算

新

5,000点(入院初日)

[算定要件]

妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に算定する

[施設基準]

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること

[対象患者]

妊娠状態の異常が疑われ、救急車等により当該医療機関に搬送された妊産婦
他の医療機関において、妊娠状態の異常が認められ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦
助産所において、妊娠状態の異常が疑われ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦のいずれかであって、医療保険の対象となる入院診療が行われた者(ただし、直近3ヶ月以内に当該医療機関の受診歴のある患者は除く)

緊急搬送されてきた、“かかりつけ”でない妊産婦を受け入れることを評価
(助産所から囑託されている妊婦も算定できる)

在宅支援

医療連携

＜入院基本料等加算＞在宅患者緊急入院診療加算

在宅療養支援診療所等の医師の求めに応じてその患者をあらかじめ定められた連携医療機関に入院させた場合の診療報酬上の評価を引き上げる

在宅患者応急緊急入院診療加算	現行	改正後		
在宅患者応急入院診療加算 (入院初日)	650点	在宅患者 応急 緊急入院診療加算 (入院初日)	1, 連携医療機関	1,300点
			2, 上記以外	650点

患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する

注) 1の算定に当たっては事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合にのみ算定する

< 入院基本料加算 > 医師事務作業補助体制加算

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く）において、医師の事務作業を補助する職員（医師事務作業補助者）の配置を評価する

(新設) 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)	改正後
1, 25:1 医師事務作業補助体制加算	355点
2, 50:1 医師事務作業補助体制加算	185点
3, 75:1 医師事務作業補助体制加算	130点
4, 100:1 医師事務作業補助体制加算	105点
(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)	

新

400床、平均日数15日(月入院800人)
「100:1医師事務作業補助体制加算」
メディカルクラークは4名
105点×800人=84万円(21万円/人)
21万円はギリギリ人件費分か？
現有人員のやりくりで対応は可能か？

稼動病床数ではない(減床へ誘導?)

[算定要件]

地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算(入院初日)として評価する

損得の判断以外に、医師確保の最低要件と考えるべき

[施設基準]

病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修(職場内研修を含む)を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること

医師事務作業補助者の業務範囲については、「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 1)書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること

加えて、「診療録等の記載について」(昭和63年5月6日総第17号等)、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること

以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

外部委託やパートについては制限なし(守秘義務)

6ヶ月の研修期間中であっても、点数を算定できる

< 入院基本料加算 > 医師事務作業補助体制加算

病院機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係				
病院機能	25:1	50:1	75:1	100:1
第三次救急医療機関				
総合周産期母子医療センター				
小児救急医療拠点病院				
災害拠点病院	×			
へき地医療支援病院	×			
地域医療支援病院	×			
緊急入院患者を受け入れている医療機関	×			

年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院(200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。)

救急車に限定
されていない

現有人員を活用では、どの職員がどの業務を担うかは明確にしておく必要がある

【医師事務作業補助者の業務範囲】

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

医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

算定可能な病院は、少なくとも「緊急入院患者200名」がハードルとなる。専従要件を満たすためには新たに職員を採用したいところだが、現在業務を見直して現有人員を活用する方法も検討したい。

小児

< 特定入院料等加算 > (準) 超重症児 (者) 入院診療加算

状態が特に安定しない乳幼児期の患者について評価を引き上げる

(準) 超重症児 (者) 入院診療加算	現行	改定後	
超重症児 (者) 入院診療加算 (1日につき)	300点	6歳未満	600点 (+ 300点)
		6歳以上	300点 (± 0)
準超重症児 (者) 入院診療加算 (1日につき)	100点	6歳未満	200点 (+ 100点)
		6歳以上	100点 (± 0)

< 特定入院料等加算 > 新生児入院医療管理加算

リスクの高い新生児に対して高度の医療を提供した場合の評価を引き上げる

新生児入院医療管理加算	現行	改正後
(1日につき)	750点	800点 (+ 50点)

< 入院基本料等加算 > 地域加算

地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣の定める地域区分(6区分)に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っている。地域加算の対象地域は、国家公務員給与の地域手当と同様の地域を対象地域とするよう見直しを行ったところであるが、国家公務員給与の地域手当の対象地域は、国家公務員の勤務官署が所在する地域に限られており、地域加算の対象地域も必ずしも医療経営における地域差に配慮した地域となっていないことを踏まえて見直しを行う

1, 次の地域を新たに対象地域とする。

(1) 現行、地域加算の対象となっている地域に囲まれている地域

(2) 現行、地域加算の対象となっている複数の地域に隣接している地域

2, 新たに対象とする地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様とする。

< 入院基本料等加算 > 感染症

二類感染症及びHIV 感染症に係る個室での療養環境を評価する

(新設) 二類感染症患者療養環境特別加算

新

300点(1日につき)

[算定要件]

二類感染症患者のうち、医師が他者へ感染させる恐れがあると認めた者

急性灰白髄炎、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SRSAコロナウイルスであるものに限る)

差額ベッド3000円分をカバー

HIV感染者療養環境特別加算	現行	改正後
個室の場合	300点	350点(+50点)

< 入院基本料等加算 > 緩和ケア診療加算

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、専任の薬剤師の配置を要件に追加し、加算を引き上げる一方、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師が外来診療に当たることができるよう、その勤務形態の要件を緩和する

緩和ケア診療加算	現行	改正後
緩和ケア診療加算(1日につき)	250点	300点(+50点)

[算定要件]

緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に加算する

[施設基準]

(1) 以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれか、またエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする

また、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診療を行うことについては、差し支えないものとする(ただし、就労時間の半分を超えないこと。)

医師の専従要件が緩和された

精神

< 入院基本料等加算 > 精神科地域移行実施加算

当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する

(新設) 精神科地域移行実施加算	<div style="display: inline-block; border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; color: red; font-weight: bold;">新</div>	5点(1日につき)
------------------	---	-----------

[算定要件]

- 1, 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2, 目標値を達成した場合に、申請日より1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする
- 3, 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4, 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする 等

< 入院基本料等加算 > 精神科身体合併症管理加算

身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、治療開始早期の7日間における加算を創設する

(新設) 精神科身体合併症管理加算

(1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合	300点(1日につき)
(2) 精神病棟入院基本料(10:1、15:1)、特定機能病院入院基本料(7:1、10:1、15:1(精神病棟に限る。))を算定している患者の場合	200点(1日につき)

新

[算定要件]

- 1、精神病棟入院基本料(10:1、15:1)、特定機能病院入院基本料(7:1、10:1、15:1(精神病棟に限る。))、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している病棟であること
- 2、当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること
- 3、対象疾患
 - (1) 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫)
 - (2) 心疾患(New York Heart Associationの心機能分類の Ⅱ度、Ⅲ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)
 - (3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 等

精神

小児

< 入院基本料等加算 > 児童・思春期精神科入院医学管理加算

児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和する

児童・思春期精神科入院医学管理加算	現行	改正後
(1日につき)	350点	650点(+300点)

[算定要件]

治療室単位の場合は次の要件を満たすものであること

児童・思春期治療室

- 1, 当該治療室の病床数は30床以下である
- 2, 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者であること
- 3, その他の当該治療室の施設基準については、現行の病棟の施設基準に準ずる 等

< 入院基本料等加算 > がん診療連携拠点病院加算

がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化を考慮し、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる

がん診療連携拠点病院加算	現行	改正後
(入院中1回 入院初日)	200点	400点(+200点)

[算定要件]

他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する

[施設基準]

がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

機能強化の例

- ・相談支援センターの充実
- ・集学的治療の実施
(手術、放射線治療、化学療法の効果的な組み合わせ)

妊産婦

< 入院基本料等加算 > ハイリスク分娩（妊娠）管理加算

妊娠・分娩の同一日併算
不可
合計28日間算定可
(妊娠20日、分娩8日)

ハイリスク分娩管理加算の対象を拡大し、評価を上げる

ハイリスク分娩管理加算	現行	改正後
1日につき	1,000点	2,000点(+1000点)

[施設基準]

- ・専ら産科医療に従事する医師が3名以上配置
- ・常勤の助産師が3名以上配置
- ・年間分娩件数等の情報の院内掲示
- ・病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

[対象者]

妊娠22～~~27週~~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、**糖尿病合併妊娠**、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**、**心疾患**、**糖尿病**、**特発性血小板減少性紫斑病**、**白血病**、**血友病**、**出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦**

産科医の負担軽減につながる計画書の作成を算定病院に義務付け

ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理も評価する

(新設) ハイリスク妊娠管理加算

新

1,000点(1日につき)

[対象者]

妊娠22～32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

退院支援

< 入院基本料等加算 > 退院調整加算

後期高齢者の「退院調整加算」はp38に掲載

患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価「退院調整加算」を新設する

(新設) 退院調整加算 **新**

(1) 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又は後期高齢者特定入院基本料を算定する病床に入院している患者

ア、退院支援計画作成加算 100点(ただし、入院中1回に限る。)

イ、退院加算 100点

入院させたその日から退院へ向けた動きを評価

(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院している患者

ア、退院支援計画作成加算 100点(ただし、入院中1回に限る。)

イ、退院加算 300点

(3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院していた**脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者**

退院時に(2)のイに加えて、500点加算(平成22年3月31日まで)

さらに加算し、脳卒中患者等の在宅、介護施設への移行を支援

[施設基準]

1, **病院では**、入院患者の退院に係る調整・支援に関する**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

2, **有床診療所では**、退院調整に関する経験を有する**専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置**されていること

3, 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること

- (1) 入院早期に、退院に関する支援の**必要性の評価**を行っていること
- (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な**支援計画を作成**すること
- (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に**支援を行う**こと

退院調整に関する経験とは、2年以上の経験

脳卒中患者等の退院が成功した場合、特殊疾患病棟の対象患者を7割残すのは難しくなる。病棟縮小か、一般病床化(回復期、亜急性期など)の検討が必要となる

< 入院基本料等加算 > 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

後期高齢者診療料を算定している後期高齢患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する

(新設) 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 **新** 500点(入院初日)

[算定要件]

- 1, 診療所において**後期高齢者診療料**を入院の月又はその前月に算定している患者について病状の急変等に伴い当該保険医療機関の医師の求めに応じて、当該患者に関する診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定する
- 2, 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び有床診療所に限る 高齢者総合診療計画書の記載施設
- 3, 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする
- 4, 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認しその内容を共有すること

退院支援

< 入院基本料等加算 > 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後の早期に、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い、その結果を患者及び家族等に説明した場合を評価する

(新設) 後期高齢者総合評価加算

新

50点(入院中1回)

[算定要件]

- 1, 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評価を行った場合に入院中1回に限り所定点数に加算する
- 2, 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること

[施設基準]

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が1名以上配置されていること

退院支援計画策定のための機能評価を評価する点数
(入院早期から『どうしたら退院できるか』を考えて実行する)

< 入院基本料等加算 > 後期高齢者退院調整加算

総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する

(新設) 後期高齢者退院調整加算

新

100点(退院時1回)

[算定要件]

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定する

[施設基準]

- 1, 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する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
- 2, 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3, 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
 - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

後期高齢者以外の「退院調整加算」はp35に掲載

< 特定入院料 > 救命救急入院料

7日以内の期間について一律に評価している救命救急入院料を、3日以内と4～7日以内に分けて極早期の入院医療の評価を引き上げ、救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者の診断・治療等を行った場合の加算を創設する

救命救急入院料		現行	改定後		
1, 7日以内の期間			1, 3日以内の期間		
イ	救命救急入院料1	9,000点	イ	救命救急入院料1	9,700点 (+ 700点)
ロ	救命救急入院料2	10,400点	ロ	救命救急入院料2	11,200点 (+ 800点)
救命救急入院料1は非ICUの場合 救命救急入院料2はICUの場合 また「8日～14日の場合」は変更なし			2, 4日以上7日以内の期間		
			イ	救命救急入院料1	8,755点 (- 245点)
			ロ	救命救急入院料2	10,140点 (- 260点)

救命救急入院料1で、7日間算定した場合、今までは9,000点×7日 = 63,000点だったが、改定後は9,700点×3日 + 8,755点×4日 = 64,120点で1,120点アップしている。極早期を上げつつ、トータルでも上げて、“救急”を評価している。

救急患者が処置室や手術室で亡くなっても入院したとみなし、本点数は算定可能とする

救命救急入院料	
(新設) 自殺企図患者の加算	3,000点 (1回につき)

救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が、当該患者の診断・治療等を行った場合に算定する

小児

< 特定入院料 > 小児入院医療管理料

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関においては、現行の小児入院医療管理料1で求めている要件以上の手厚い人員配置により、高い水準の医療が提供されていることから、こうした医療機関について、新たな区分を設け、診療報酬上さらに高い評価を行う。

小児入院医療管理料	現行	新 改定後	
		1	4,500点
小児入院医療管理料1 (小児科常勤医師5名以上など)	3,600点	2	3,600点(±0)
小児入院医療管理料2 (小児科常勤医師3名以上など)	3,000点	3	3,000点(±0)
小児入院医療管理料3 (小児科常勤医師1名以上など)	2,100点	4	2,100点(±0)

[施設基準等] < 小児入院医療管理料1 >

常勤の小児科又は小児外科の医師20人以上(複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間の勤務が行われている場合には、10名までは常勤として取り扱う)

新生児及び乳幼児の入院での手術が年間200例以上

7:1以上の看護配置で、夜間も9:1以上を確保

平均在院日数21日以内 等

小児入院医療管理料1の医師要件は、既に存在する病院の後追い評価の感がある(全国で30~40施設が該当か?)。将来的な小児科医の集約化(センター化)を狙った点数とも考えられる。

< 特定入院料 > 回復期リハビリテーション病棟入院料

在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた評価を行う

回復期リハビリテーション病棟入院料	現行	改正後		
			回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,690点
		重症患者回復病棟加算	50点	
回復期リハビリテーション病棟入院料	1,680点	回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,595点 (- 85点)	

新

[算定要件] 回復期リハビリテーション病棟入院料1

回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと

- 1, 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること
- 2, 当該病棟において退院患者のうち、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

[施設基準] 回復期リハビリテーション病棟入院料1

心大血管疾患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()、()若しくは()、運動器リハビリテーション料()又は呼吸器リハビリテーション料()の届出を行っていること

[算定要件] 重症患者回復病棟加算

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

[施設基準] 重症患者回復病棟加算

回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

[算定要件] 回復期リハビリテーション病棟入院料2

当該病棟において、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、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

[施設基準] 回復期リハビリテーション病棟入院料2

心大血管疾患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()、()若しくは()、運動器リハビリテーション料()又は呼吸器リハビリ()の届出を行っていること

成果主義が導入された。

入院患者重症率15%、在宅等復帰60%で、重症患者の30%のADL改善を達成すると、計60点アップする。

詳細な施設基準等はP135に掲載

< 特定入院料 > 回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション入院料の施設基準における医師の専従配置要件を見直す

[施設基準]

リハビリテーション科を標榜しており、**病棟に専従の専任**の医師1名以上、**病棟に専従**の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

医師要件は“専従”から“専任”に緩和された。
療養病棟から回復期リハビリテーション病棟への転換も進めめやすくなったが、回復期リハビリテーション病棟になると“質”で評価されることになる。

[注3]

診療に係る費用(当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、**医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)**、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、**区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)**は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料と同時算定できない項目が追加

平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定する。

今年の9月までは経過措置、この期間に体制を整えられるか？

< 特定入院料 > 亜急性期入院医療管理料

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するものを新設する

亜急性期入院医療管理料	現行	改正後	
亜急性期入院医療管理料	2,050点	亜急性期入院医療管理料1	2,050点(±0)(90日を限度)
		亜急性期入院医療管理料2 (200床未満病院に限る)	新 2,050点(60日を限度)

[算定要件] 亜急性期入院医療管理料2

1, 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。

7:1入院基本料、10:1入院基本料を算定している病棟(一般病棟、特定機能病院、専門病院)、入院時医学管理加算、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の**いずれかを算定している病床等から転床(転院)してきた患者**で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者

2, 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割以下**であること ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

急性期病棟からの転院・転床が2/3必要。13:1の病院では難しいか

200床未満病院の転換を促す「2」が新設されたが、10:1以上でない運用は困難、200床以上病院がダウンサイジングにより10:1を取得し、亜急性期病棟を持つ戦略も考えられる。

既存の亜急性期入院医療管理料の[算定要件]

参考

- ・一般病棟の病室単位(内法6.4m²/1人)とする
- ・当該病床数は、(1)一般病床数の1割以下(400床超は40床、100床未満は10床)、(2)一般病床数の3割以下とする
- ・看護配置は13:1以上(正看護師比7割以上)
- ・夜勤は看護職員2人以上
- ・在宅復帰支援を担当する者(ケースワーカー)の配置
- ・特定機能病院では算定不可
- ・診療録管理体制加算を算定
- ・疾患別リハビリテーションの()または()の届出
- ・退院患者の概ね6割以上が在宅等(居宅、特養、老健)へ退院

・出来高算定の範囲

褥瘡患者管理加算、臨床研修病院入院診療加算、地域加算及び離島加算、指導管理等、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、医学管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、1000点超の処置等、手術、麻酔、放射線治療

< 特定入院料 > 特殊疾患病棟入院料等

- 1, 平成20年3月31日に廃止予定であった**特殊疾患療養病棟入院料**及び**特殊疾患入院医療管理料**については、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。
 - (1) 疾患の見直しの具体的内容：
入院患者の概ね8割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児(者)又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、**脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。(重度の意識障害を有する脳卒中後遺症患者は除外されない見込み)**
 - (2) 特殊疾患療養病棟から**療養病床に転換**した場合等について、一定の**経過措置**を設ける。
 - (3) 「特殊疾患療養病棟入院料」の名称を「**特殊疾患病棟入院料**」とする。
- 2, **障害者施設等入院基本料**についても、本来設けられた趣旨・目的に照らして1(1)及び(2)と同様の措置を講ずる。
- 3, **後期高齢者特定入院基本料**においては、算定対象から除かれる疾患や状態が別に定められているが、特殊疾患療養病棟入院料及び障害者施設等入院基本料の対象の見直しにあわせて、**同様に対象の整理**を行う。
- 4, 対象となる疾患疾患の見直しについては平成20年10月1日施行とする。

< 特定入院料 > 特殊疾患病棟入院料

特殊疾患病棟入院料1	現行	改正後	
特殊疾患療養病棟入院料1	1,943点	特殊疾患病棟入院料1	1,943点 (± 0)

[算定要件]

脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね8割以上入院させる**一般病棟**

[経過措置](療養病床に移行している場合又は移行する場合)

平成18年6月30日以降経過措置の対象となった患者()のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する**脊髄損傷等の患者**(仮性球麻痺の患者を除く。)については、**経過措置を延長する**

平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する重度の障害者等の患者については、**平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす**

()患者

脊髄損傷、筋ジストロフィー症、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性脊索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、ハンチントン病、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺

特殊疾患病棟入院料2	現行	改正後	
特殊疾患療養病棟入院料2	1,570点	特殊疾患病棟入院料2	1,570点 (± 0)

[算定要件]

児童福祉法に規定され、厚生労働大臣の指定する肢体不自由児施設等及び肢体不自由児(者)等の重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、**脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者**を除く。)を概ね8割以上入院させる**一般病棟又は精神病棟**

[経過措置](療養病床に移行している場合又は移行する場合)

平成18年6月30日以降経過措置の対象となっている患者()のうち、20対1以上の看護配置である療養病棟に入院する**脊髄損傷等の患者**(仮性球麻痺の患者を除く。)については、**経過措置を延長する**

平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)等の患者については、**平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者とみなす**

< 特定入院料 > 特殊疾患入院医療管理料

特殊疾患入院医療管理料	現行	改正後
特殊疾患入院医療管理料	1,943点	1,943点(±0)

[算定要件]

脊髄損傷等の重度の障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室

[経過措置](療養病床に移行する場合)

平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす

< 特定入院料 > 緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟を終末期のケアに加え、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えたものとし、在宅医療を担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等の要件を新たに追加する

	現行
緩和ケア病棟入院料	3,780点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア病棟は、主として**末期の苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍又は及び後天性免疫不全症候群**の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、**外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟**であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する**末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群**の患者について算定する
- (2) 緩和ケア病棟における**末期悪性腫瘍患者のケア**に関しては、「**末期医療に関するケアのがん緩和ケアに関するマニュアル**」(厚生労働省・日本医師会監修)を参考とする
- (3) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、**地域の在宅医療を担う医療機関と連携を行うこと。連携している診療所が居宅において診療を行っている患者の緊急時においては、その患者を受け入れることができる体制を確保すること**
- (4) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、**連携している診療所の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を整えること**
- (5) 緩和ケア病棟においては、**連携する医療機関の医師、看護師等に対する病棟での実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること**

ホスピスを在宅、外来との関係を強化(支援、移行など)する位置付けに

精神

< 特定入院料 > 精神科救急入院料

精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行う。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げる

精神科救急入院料		現行	改正後	
			在宅移行率 6割以上	
			精神科救急入院料1	
			1, 30日以内の期間	3,431点
			2, 31日以上	3,031点
			在宅移行率 4割以上	
精神科救急入院料			精神科救急入院料2	
1, 30日以内の期間	3,200点		1, 30日以内の期間	3,231点 (+ 131点)
2, 31日以上	2,800点		2, 31日以上	2,831点 (+ 30点)

[算定要件]

在宅へ移行する患者の割合

【精神科救急入院料 1】

新規患者のうち**6割以上**が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること

【精神科救急入院料 2】

新規患者のうち**4割以上**が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること

[算定要件]

精神科救急医療体制

以下のア及びイのいずれをも満たしていること

ア、常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が**年間200件以上**、又は指定された地域における**人口万対2.5件以上**であること

イ、全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

精神

< 特定入院料 > 精神科救急・合併症入院料

いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設する

(新設) 精神科救急・合併症入院料		新
1, (30日以内の期間)		3,431点(1日につき)
2, (31日以上期間)		3,031点(1日につき)

[算定要件]

- 1, 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される**救命救急センターを有している病院**であり、身体合併症に対応できる施設であること
- 2, 精神病棟を単位として、当該病棟に**合併症ユニット**を有している
- 3, その他、**在宅へ移行する患者の割合、時間外等の救急受診件数等の要件**については、精神科救急入院料に準じたものとする等

診療に係る費用は、精神科救急・合併症入院料に含まれる
(別に算定できる項目)

臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科専門療法、麻酔、放射線治療

< 特定入院料 > 認知症病棟入院料

老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2において、**周辺症状に対してより手厚い医療**が必要な90日以内の入院期間について評価を引き上げ、91日以上入院期間について評価を引き下げる。また、当該病棟の入院対象となる患者は老人に限られないことから、名称を**認知症病棟入院料**に改める

老人性認知症疾患治療病棟入院料	現行	改正後
老人性認知症疾患治療病棟入院料1		
イ、90日以内の期間(1日につき)	1,300点	1,330点(+30点)
ロ、91日以上期間(1日につき)	1,190点	1,180点(-10点)
老人性認知症疾患治療病棟入院料2		
イ、90日以内の期間(1日につき)	1,060点	1,070点(+10点)
ロ、91日以上期間(1日につき)	1,030点	1,020点(-10点)

< 短期滞在手術基本料等 >

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式とする

短期滞在手術基本料	現行	改正後
1 (日帰り)	2,800点	2,800点 (±0)
2 (1泊2日)	4,800点	4,800点 (±0)
3 (4泊5日まで)		新 5,670点

「…まで」とは、2泊3日でも同額を算定できること

[算定要件] 短期滞在手術基本料3

15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く)に係る5日以内の入院を対象とする
包括対象

- ・入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く)
- ・検査、・画像診断、・投薬、・注射、・1,000点未満の処置等

DPCについては対象外

短期滞在手術基本料3は、投薬、注射、処置が包括されたためほぼ1入院当たり(手術あたり)の包括「DRG/PPS」の形式になった。(手術料は出来高算定)
次回以降もこの形式が拡大すると思われる。(例えば「白内障手術」などか)

精神

< 医学管理等 > 小児特定疾患カウンセリング料

小児特定疾患カウンセリング料の算定期間及び算定回数の要件を緩和する

小児特定疾患カウンセリング料	現行	改正後			
		月1回(1年を限度)	710点	月の1回目	(2年を限度)
		月の2回目	400点		

療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、~~1~~2年を限度として月~~1~~2回に限り算定する

また入院中以外の20歳未満の患者に対して行う精神療法について、在宅にも拡大し「通院・在宅精神療法」とするとともに、当該療法を行った場合の加算について、算定期間の要件を緩和する(p110「通院・在宅精神療法」参照)

< 医学管理等 > 特定疾患指導管理料（皮膚科・耳鼻咽喉科）

皮膚科特定疾患指導管理料()の対象疾患の追加

皮膚科特定疾患指導管理料	現行
皮膚科特定疾患指導管理料()	250点
皮膚科特定疾患指導管理料()	100点

皮膚科特定疾患指導管理料()の対象疾患の追加

帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症、**脂漏性皮膚炎**

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の新設

(新設) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	新	150点
----------------------------	----------	------

[算定要件]

- 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する
- 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする
- 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする

[対象疾患]

15歳未満の滲出性中耳炎(疾患の反復や遷延がみられるものに限る。)

< 医学管理等 > 糖尿病合併症管理料

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対し、専任の医師又は医師の指示に基づき専任の看護師が、重点的な指導・管理を実施した場合の評価を新設する

(新設) 糖尿病合併症管理料

新

170点(月1回) 外来の評価

[算定要件]

足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害等の糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者に対し、**専任の常勤医師又は専任の常勤看護師**が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を**30分以上**行った場合に算定できることとする

- ・専任の常勤医師：糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した**経験を5年以上**有する者
- ・専任の常勤看護師：糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ、糖尿病足病変に係る適切な研修を修了した者

フットケアの評価

< 医学管理等 > がん性疼痛緩和指導管理料

がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的に行い、麻薬を処方することに対する評価を新設する

(新設) がん性疼痛緩和指導管理料

新

100点(月1回に限り)

[算定要件]

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法(がんの痛みからの解放 - WHO方式がんの疼痛治療法 - 第2版)に基づき、副作用対策や疼痛時の対応を含めた計画的な治療管理や当該薬剤の効果等に関する説明を含めた療養上必要な指導を行い、麻薬を処方する場合に算定する

薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算は併算定できない

疼痛緩和治療の積極的な推進
麻薬利用の推進

地域連携

< 医学管理等 > 地域連携小児夜間・休日診療料

小児科における病院勤務医の負担軽減を図るため、診療所が時間外を含めた小児科の外来医療を担うことをさらに推進するため、小児科の外来の評価を引き上げる

地域連携小児夜間・休日診療料	現行	改正後
1, (医師数要件緩和)	300点	350点(+50点)
2, (24時間規程)	450点	500点(+50点)

< 医学管理等 > 小児外来診療料

小児科外来診療料		現行	改定後
1, 処方せんを交付する場合	初診時	550点	560点(+10点)
	再診時	370点	380点(+10点)
2, 1以外の場合	初診時	660点	670点(+10点)
	再診時	480点	490点(+10点)

再診回数が多い場合は、小児外来診療料の算定のメリットも大きい

< 医学管理等 > 生活習慣病管理料

生活習慣病患者に対する生活習慣病管理料については、患者の自己負担が高く、普及が進まないことを考慮し、点数を引き下げて普及・拡大を目指すとともに、一層の内容の充実を行う

生活習慣病管理料		現行	改正後
院外 処方	脂質異常症	900点	650点(- 250点)
	高血圧症	950点	700点(- 250点)
	糖尿病	1,050点	800点(- 250点)
院内 処方	脂質異常症	1,460点	1,175点(- 285点)
	高血圧症	1,310点	1,035点(- 275点)
	糖尿病	1,560点	1,280点(- 280点)

注) 中等度以上の糖尿病(2型糖尿病でインスリン製剤を使用していないものに限る)患者に対し**血糖自己測定値に基づく指導**を行った場合に、年1回に限り500点を加算する

インスリン注射を使用していない患者であっても、血糖検査が必要な場合は、いままで医療機関の持ち出しとなっていたため、今回手当されたか。

「血糖自己測定器加算」も見直された。p88 に掲載

点数設定が高く患者負担も高いため、算定件数の少なさが指摘されていたため引き下げられた。

特定健診も始まり、本点数は積極的に算定したい。

< 医学管理等 > 肺血栓塞栓症予防管理料

肺血栓塞栓症の予防を目的として、結核病棟及び精神病棟においても、必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定が可能となるよう対象を拡大する

	現行
肺血栓塞栓症予防管理料	305点(1入院1回まで)

病院(療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。)又は診療所(療養病床に係るものを除く。)に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの(結核病棟においては手術を伴うもの、精神病棟においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。)に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する

弾性ストッキングやフットポンプを評価する点数を、結核病棟や精神病棟でも算定できるようにした。

< 医学管理等 > リンパ浮腫指導管理料

乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った患者に対し、手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合の管理料を新設する

(新設) リンパ浮腫指導管理料

新

100点(入院中1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、医師又は医師の指示に基づき看護師(准看護師を除く)、理学療法士が当該手術を行った日の属する月又は当該手術を行った日の属する月の前月若しくはその翌月のいずれかにリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する

[参考]

四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣(ストッキング等)の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入(療養費払い)の対象とする

在宅支援

退院支援

< 医学管理等 > 退院時共同指導料（医師）

退院に際し、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する。また、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う

退院時共同指導料		現行	改正後	
地域連携退院時共同指導料1 (退院後の療養を担う医療機関)	在宅支援診療所	1,000点	退院時共同指導料1	1,000点(±0)
	在宅支援診療所以外	600点		600点(±0)
地域連携退院時共同指導料2 (入院先の医療機関)	在宅支援診療所と連携	500点	退院時共同指導料2	300点(一本化)
	上記以外	300点		
<div style="text-align: center;"> 新 (新設) 退院時共同指導料 の加算 </div>	300点	入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合		
	2,000点	入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合		

高点数が設定された。それだけ多職種の参加を促していると言える(尾道方式の評価?)

[退院時共同指導料1]

地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医 **又は看護師等** が、入院先に赴いて、退院後の **居宅における** 在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等 **又は連携する訪問看護ステーションの看護師等** と共同して行った場合に算定する

看護師が追加された

[退院時共同指導料2]

入院中の保険医療機関の保険医 ~~又は~~ **看護師等** が、退院後の **居宅における** 在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医 **又は看護師等** と共同して行った場合に算定する

在宅支援

退院支援

<医学管理等> 退院時共同指導料 (歯科医師、薬剤師)

(新設) 退院時共同指導料 (歯科医師)	在宅支援歯科診療所 新	600点
	上記以外	300点

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医である歯科医師又は歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する

(新設) 退院時共同指導料 (保険薬局薬剤師)	新	600点
---------------------------	----------	------

MPS資料「調剤報酬編」に記載

訪問看護ステーション

末期の悪性腫瘍の患者等については、退院前に十分な指導を行う必要があることから、2回まで算定を認めるとともに、連携先の医療機関に係わらず点数を一本化する

訪問看護療養費		現行	改正後	
地域連携退院時共同指導加算	在宅支援診療所と連携	6,000円	退院時共同指導加算	6,000円 (一本化)
	上記以外	4,200円		

(末期の悪性腫瘍の患者等については、2回に限り算定)

地域連携

< 医学管理等 > 地域連携診療計画管理料

地域連携診療計画管理料等の対象疾患に、脳卒中を追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行うことし、対象疾患や連携医療機関数の増加数を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる

地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する

地域連携診療計画管理料等	現行	改正後
地域連携診療計画管理料(転院又は退院時1回) [計画管理病院が算定]	1,500点	900点(-600点)
地域連携診療計画退院時指導料(退院時1回) [患者引継ぎ医療機関が算定]	1,500点	600点(-900点)

[対象疾患]

大腿骨頸部骨折、**脳卒中**

地域医療計画への施設名記載が要件となった。

[施設基準]

- 1, 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法第30条の4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病院又は有床診療所であること
- 2, 地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること

点数は大きく下がったが、ネガティブな引き下げではなく、対象疾患を増やしさらなる地域連携を促す意味のある点数と考える。将来的にいずれ地域連携が当たり前に行われている状況では、この点数が残っている可能性は無く、地域へのアピールのためにも早めに体制を整えて対応すべき点数である。

医療連携

妊産婦

< 医学管理等 > 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の対象を拡大する

「救急搬送診療料」p81との併算定可

ハイリスク妊産婦共同管理料	現行	改正後
(紹介元の医療機関)	500点	500点(±0)
(入院先の病院)	350点	350点(±0)

()は紹介元の医師が、紹介先の病院に赴き、紹介先の医師と共同で診療した場合に、紹介元の医師が算定する。()は紹介元の医師が()を算定したときに、紹介先の病院において算定する。

[施設基準]

- ・産科又は産婦人科を標榜する医療機関
- ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う医療機関名等を院内掲示

[対象者] (ハイリスク分娩管理加算と同じ)

- ・妊娠22～~~27週~~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
- ・~~糖尿病合併妊娠~~・~~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~~・~~心疾患~~・糖尿病・特発性血小板減少性紫斑病
- ・白血病・血友病・出血傾向及びHIV陽性等妊産婦

[算定上の注意]

- ・()は、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料は算定できない

< 医学管理等 > 薬剤管理指導料

救命救急、ハイリスク、
その他、の3区分

対象患者の違いにより、3つの区分に分類して設定し、重篤な患者及びハイリスク薬を使用する患者に対する評価を引き上げ、それ以外の患者に対する評価を引き下げるとともに、現行の薬剤管理指導料の施設基準を満たす有床診療所においても、算定できることとする

薬剤管理指導料	現行	改正後	
		1, 救命救急入院料等算定患者	430点(+80点)
		2, 特に安全管理が必要な医薬品の使用患者	380点(+30点)
(週1回・月4回)	350点	3, 1及び2以外の患者	325点(-25点)

施設基準に適合する**病院である**保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、**当該患者に係る区分に従い**、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する

< 救命救急入院料等を算定している患者 >

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又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者

< 特に安全管理が必要な医薬品 >

抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る)、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬

[施設基準]

- 1, 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師(2人以上の常勤の薬剤師)が配置されていること
- 2, 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること(常勤の薬剤師が1人以上配置されていること)
- 3, 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理(副作用に関する状況の把握を含む。)を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること

< 医学管理等 > 診療情報提供料

退院時に検査結果等を添付して患者の紹介を行った場合の加算について、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合についても算定できるようにする

療情報提供料	現行	改正後
診療情報提供料()	250点	250点(±0)

注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する

連携先でない医療機関に患者が受診した場合でも重複検査等を防ぐために算定できる期間を延長した

(参考) 現行の診療情報提供料

診療情報提供料()	250点
(1人月1回) 医療機関 医療機関	
退院時の情報提供加算	200点
退院に際して資料添付を行って紹介した場合(老健等含む)	
診療情報提供料()	500点
(1人月1回) セカンドオピニオンを評価	

医療連携

妊産婦

精神

< 医学管理等 > 診療情報提供料 () の加算

ハイリスクの妊産婦等の医療機関間の連携体制、認知症の疑われる患者の専門医への紹介、うつ病等の精神障害の専門医への紹介を評価

診療情報提供料 () の加算

(新設) ハイリスク妊産婦共同管理料に関わる加算	新	200点(妊娠中1回)
(新設) 認知症患者紹介加算	新	100点(1回につき)
(新設) 精神科医連携加算	新	200点(1回につき)

[算定要件] ハイリスク妊産婦共同管理料に関わる加算

ハイリスク妊産婦共同管理料()を届けている医療機関から、ハイリスク妊産婦共同管理料()の基準を満たす病院への紹介に限る

[対象者]

ハイリスク妊産婦共同管理料の対象者

うつ病などの専門医への早期受診が増えることは、医療市場や医薬市場へ影響を及ぼすことも考えられる

[算定要件] 認知症患者紹介加算

医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に算定する

[算定要件] 精神科医連携加算

身体症状を訴えて内科等を受診した患者について、その原因疾患としての身体的疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神障害を疑い、担当医が診断治療等の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科医師に受診日の予約をとった上で患者の紹介を行った場合に算定する

< 医学管理等 > 医療機器安全管理料

医療機器の安全対策に係る評価を新設する

いままでやっていたことに加算？

(新設) 医療機器安全管理料 1

新

50点(1月に1回)

[算定要件]

医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士を1名以上配置し、医療安全対策の体制を整備している医療機関において、患者に対して、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に算定する。

人工透析については対象としない

[対象となる医療機器]

ア 人工心肺装置、イ 補助循環装置、ウ 人工呼吸器、エ 血液浄化装置(人工腎臓を除く)
オ 除細動装置、カ 閉鎖式保育器

放射線治療機器の保守管理等については、医療機器安全管理料2で規程する

(新設) 医療機器安全管理料 2

新

1,000点(計画策定時1回)

[算定要件]

放射線治療を必要とする患者に対し、治療計画を策定した場合に算定する

[施設基準]

- 1, 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療について相当の経験を有するものに限る。)が1名以上配置されていること
- 2, 当該管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
- 3, 当該管理を行うにつき、十分な機器及び施設を有していること

5年以上の経験

< 医学管理等 > 薬剤情報提供料

現行の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改める

薬剤情報提供料	現行	改正後	
薬剤情報提供料	10点	薬剤情報提供料	10点(±0)
老人加算	5点	後期高齢者加算	5点(±0)

[算定要件]

~~患者(老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。)~~後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)加算

・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない

後期高齢者診療料を算定する患者については、薬剤情報提供料及び後期高齢者加算は、算定しない

お薬手帳の使用促進

< 医学管理等 > 後期高齢者退院時支援 (薬剤情報、栄養指導)

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理や、栄養管理に関する情報が退院後にも継続的に行えるような取組に対する評価を創設する

(新設) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

新

100点

[算定要件]

後期高齢者である患者の入院時に、服用中の医薬品等について確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤(副作用が発現した薬剤や退院直前に投薬又は注射された薬剤等)の名称並びに副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、講じた措置(投与継続の有無等を含む。)、転帰等について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できるような手帳(いわゆる「お薬手帳」)等に記載した場合に算定する

(新設) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

新

180点

[算定要件]

栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、**管理栄養士**が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する

新

在宅療養支援病院

以下の要件を満たす病院を**在宅療養支援病院**とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める

[在宅療養支援病院の要件]

対象となる病院は例外的(長野県1軒、北海道で20軒・・・? など)

- 1, 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こと
- 2, 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 3, 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること

以下、在宅療養支援診療所と同様の要件

- 4, 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 5, 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 6, 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 7, 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること 等

地域連携

医療連携

< 医学管理等 > 後期高齢者診療料

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握する、継続的診療を評価する

(新設) 後期高齢者診療料

新

600点(月1回)

[算定要件]

- 1, 保険医療機関である診療所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病院
- 2, 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる
- 3, 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること
- 4, 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する
- 5, 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- 6, 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- 7, 当該診療所(又は医療機関)に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること

(研修事項)

- ・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
- ・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

高齢者とその家族を支えるための基本的な診察方法
高齢者の病態の一般的特徴
高齢者の生活機能を含めた評価
の3点を含んだ研修を受けた医師

[対象疾患]

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎

投薬、注射は出来高算定となっている

地域連携

医療連携

< 医学管理等 > 後期高齢者診療料

「高齢者総合診療計画書(案)」
(中医協配布資料より)

高齢者総合診療計画書(案)のイメージ

〇〇〇〇様

□□診療所 医師 △△△△

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

病名

①(糖尿病) ②(白内障) ③(腰痛症) ④()
⑤() ⑥() ⑦() ⑧()

治療方針等

糖尿病の治療は、定期的な内服治療と、継続的な栄養指導が中心となります。次のような症状がみられるときは、早めにご相談ください。

治療と検査のスケジュール

その他の留意事項

1月	当院での検査	他院での検査等 眼科紹介受診 (〇〇眼科診療所)	7月	当院での検査	他院での検査等
2月	血液検査 尿検査 2月14日		8月	血液検査 8月20日	
3月	胸部単純撮影 3月7日	腰の定期検査 (ママクリニック)	9月	総合機能評価 9月11日	
4月			10月		
5月			11月		
6月	心電図検査 6月7日		12月		

定期受診されている主治医

病名(白内障) 医師(〇〇先生)

病名(腰痛症) 医師(▽▽先生)

当院の連携医療機関

入院が必要となったときの紹介先は
〇〇市立病院
住所 〇〇市〇〇町
□□成人病センター
住所 〇〇市〇〇町

他のサービス担当者

ケアマネージャー 担当: ■■さん
連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

患者署名

2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる慢性疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する
継続的な診療を提供する観点から、同一の保険医による診療を行うことを原則とする

ここに病院名が入るか、入らないかが大きい。
ここに病院名を入れる戦略をどうするか？

「後期高齢者外来患者緊急入院診療加算」(p36)の算定要件になっている

< 医学管理等 > 後期高齢者外来継続指導料

入院の前後で継続した診療ができるよう退院後、当該患者が入院前に主に担当していた医師の外来に通院した場合の評価を創設する

(新設) 後期高齢者外来継続指導料

新

200点

[算定要件]

- 1, 後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して当該後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、**退院後の最初の診療日**に算定する
- 2, 外来で再び継続して診療を行うに当たっては、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること

< 医学管理等 > 後期高齢者終末期相談支援料

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する

医師又は歯科医師

(新設) 後期高齢者終末期相談支援料 新 200点(1回に限る)

[算定要件]

- 1, 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書(電子媒体を含む)又は映像により記録した媒体(以下、「文書等」という。)にまとめて提供した場合に算定する
- 2, 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3, **入院中の患者**の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して**1時間以上**にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4, 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成18年5月21日医政発第0521011号)及び「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会)等を参考とすること等

< 医学管理等 > 後期高齢者終末期相談支援加算等

薬局の薬剤師の場合

後期高齢者終末期相談支援料(200点 1回に限る)

MPS資料「調剤報酬編」に記載

看護師の場合

(新設) 後期高齢者終末期相談支援療養費 (訪問看護療養費)	新	2,000円(1回に限る)
(新設) 後期高齢者終末期相談支援加算 (在宅患者訪問看護・指導料)	新	200点(1回に限る)

[算定要件]

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

退院支援

在宅支援

退院支援指導加算（訪問看護ステーション）

末期の悪性腫瘍の患者や医療機器を使用する患者等が在宅療養に移行する場合には、状態が不安定になりやすいため、退院直後の時期を重点的に支えることが必要であることから、訪問看護ステーションによる指導の評価を新設する

（新設）退院支援指導加算	新 6,000円
---------------------	-----------------

〔算定要件〕

末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する

< 在宅医療 > 在宅患者訪問診療料（医師）

後期高齢者等が多く生活する施設等に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合についての評価を新設する

医師の場合

居住系施設への評価

在宅患者訪問診療料	現行	改正後	
在宅患者訪問診療料	830点	在宅患者訪問診療料1	830点
		在宅患者訪問診療料2	新 200点

[算定要件] 在宅患者訪問診療料2

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する

特別養護老人ホームの配置医師は算定できるか？
算定OKにして在宅診療を推進させたいのでは？

在宅患者訪問診療料	現行	改定後	
ターミナルケア加算（ ）	10,000点	10,000点（±0）	在宅療養支援医療機関、24時間要件、下段要件
ターミナルケア加算（ ）	1,200点	2,000点（+800点）	死亡日以外の死亡前2週間以内の往診等

一箇所で複数の患者に訪問診療ができるため、居住系施設用の点数が設けられた。点数は低くなったが、今後は居住系施設への往診や訪問診療の環境整備も進むと考えられる。

在宅支援

居住系施設への評価

< 在宅医療 > 在宅患者訪問関連 (看護師)

看護師の場合

(新設) 居住系施設入居者等訪問看護・指導料		
保健師、助産師、看護師の場合		
週3日目まで(1日につき)	新	430点
週4日目以降(1日につき)		530点
准看護師の場合		
週3日目まで(1日につき)	新	380点
週4日目以降(1日につき)		480点

(新設) 訪問看護基本療養費()		
保健師、助産師、看護師 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合		
週3日目まで(1日につき)	新	4,300円
週4日目以降(1日につき)		5,300円
准看護師の場合		
週3日目まで(1日につき)	新	3,800円
週4日目以降(1日につき)		4,800円

[算定要件] 在宅患者訪問診療料2、居住系施設入居者等訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費()
在宅患者訪問診療料2に該当する施設

居住系施設入居者等訪問看護・指導料の加算

重症者加算(1日2回実施)	450点	居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算(月2回)	200点
重症者加算(1日3回以上実施)	800点	後期高齢者終末期相談支援加算(患者1回)	200点
緊急訪問看護加算(1日につき)	265点	居住系施設等ターミナルケア加算	2,000点
長時間訪問看護・指導加算(週1日)	520点	退院1月以内に4回以上実施 + 計画的な管理(患者1回)	250点
居住系施設入居者等連携指導加算(月1回)	300点	厚労大臣の定めた状態	500点

在宅支援

居住系施設への評価

< 在宅医療 > 在宅患者訪問関連（その他）

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	現行	改正後	
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	300点	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料1	300点
		新 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2	255点

保険医療機関の薬剤師の場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料	現行	改正後	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	550点	在宅患者訪問薬剤管理指導料1	550点
		新 在宅患者訪問薬剤管理指導料2	385点
麻薬管理指導加算（月4回）	100点	要件追加「定期的な残薬確認、廃棄方法に関する指導」	

在宅及び外来患者の緩和ケアを推進するため、薬剤師が、患者又はその家族等に対する定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことが追加された。

保険薬局の薬剤師の場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料2（350点）

MPS資料「調剤報酬編」に記載

管理栄養士の場合

在宅患者訪問栄養食事指導料	現行	改正後	
在宅患者訪問栄養食事指導料	530点	在宅患者訪問栄養食事指導料1	530点
		新 在宅患者訪問栄養食事指導料2	450点

在宅支援

居住系施設への評価

< 在宅医療 > 在宅時医学総合管理料（居住系施設）

特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入者居等である後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める

200床未満病院も可

特定施設での「在宅時医学総合管理料」である

新（新設）特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1, 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

イ、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	3,000点
ロ、処方せんを交付しない場合	3,300点

2, 1以外の場合

イ、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	1,500点
ロ、処方せんを交付しない場合	1,800点

重症者加算（1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った患者1人につき1回に限り） 1,000点

対象患者（施設）

- ・特定施設
- ・特別養護老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・経費老人ホーム

対象患者（サービス）

- ・短期入所生活介護
- ・介護予防短期入所生活介護

[算定要件]

- 1, 特定施設等において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定する
- 2, 別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれる 等

寝たきり老人訪問指導管理料（430点）は廃止

在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の普及により、本来の役割を終えたとして、寝たきり老人訪問指導管理料を廃止する

< 在宅医療 > 救急搬送診療料

小児患者等を含めて病態が不安定な患者を、医師が同乗し救急用の自動車等で搬送した場合の評価を引き上げる

救急搬送診療料	現行	改正後
(医師の同乗)	650点	1,300点(+650点)

医師が同乗した救急車等による搬送の評価が大幅に上げられた。これはドクターヘリも含まれるため、今後のドクターヘリ整備も見据えた改定とも考えられる。

「ハイリスク妊産婦共同管理料」p63の併算定可

在宅支援

< 在宅医療 > 訪問看護（24時間体制）

訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料の評価を引き上げる

(介護)		現行	改正後	(訪問看護)		現行	改正後
訪問看護基本療養費() (1日につき)				在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき)			
(1) 保健師、助産師、看護師 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士				(1) 保健師、助産師、看護師			
(一) 週3日目まで	5,300円	5,550円(250円アップ)		(一) 週3日目まで	530点	555点(25点アップ)	
(二) 週4日目以降	6,300円	6,550円(250円アップ)		(二) 週4日目以降	630点	655点(25点アップ)	
(2) 准看護師				(2) 准看護師			
(一) 週3日目まで	4,800円	5,050円(250円アップ)		(一) 週3日目まで	480点	505点(25点アップ)	
(二) 週4日目以降	5,800円	6,050円(250円アップ)		(二) 週4日目以降	580点	605点(25点アップ)	

24時間対応できる体制にあるときの加算を創設する

訪問看護療養(月1回)	現行	改正後	
		24時間対応体制加算 新	5,400円
		利用者又はその家族等からの電話等に常時対応でき、 緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合	
24時間連絡体制加算	2,500円	24時間連絡体制加算	2,500円
		利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合	

< 在宅医療 > 長時間訪問看護

人工呼吸器を使用している状態にある者に対する訪問看護が2時間を超える場合の評価を新設する

(新設) 長時間訪問看護加算 (訪問看護療養費)	新	5,200円 (週1回)
--------------------------	----------	--------------

(新設) 長時間訪問看護・指導加算 (在宅患者訪問看護・指導料)	新	520点 (週1回)
----------------------------------	----------	------------

患者等が急性増悪した場合等の訪問について、週4日以上の状態の範囲を拡大し、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるよう算定回数を拡大する

【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】

主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り(別に厚生労働大臣が定める者については2回)、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する

気管カニューレを使用している状態にある者
重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡)のある者

訪問看護療養費、
在宅患者訪問看護・指導料、
についてはp82に掲載

在宅支援

地域連携

< 在宅医療 > 在宅患者連携指導料

医師、歯科医師、看護師

在宅での療養を行っている患者を訪問して、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価を新設する

(新設) 在宅患者連携指導料	新	900点(月1回)
(新設) 在宅患者連携指導加算(訪問看護療養費)	新	3,000円(月1回)
(新設) 在宅患者連携指導加算(在宅患者訪問看護・指導料)	新	300点(月1回)

[算定要件]

- 1, 医療関係職種間で共有した情報を踏まえて患者又は家族への指導等を行うとともに、その指導内容や療養上の留意点について他職種に情報提供した場合に算定する
- 2, 他職種から情報提供を受けた場合、可能な限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、その結果について、当該患者の在宅医療に係る関係者間で共有できるよう努めなければならない
- 3, 要介護被保険者については当該点数の算定の対象としない等

MPS資料「調剤報酬編」に記載

薬局薬剤師

現行の在宅患者訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。

在宅支援

地域連携

< 在宅医療 > 在宅患者緊急時等カンファレンス料

医師、歯科医師、看護師

患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価を新設する

(新設) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	新 200点(月2回)
(新設) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)	新 2,000円(月2回)
(新設) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算(在宅患者訪問看護・指導料)	新 200点(月2回)

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者の急変等に伴い、関係する医療従事者と共同で患家に赴きカンファレンスを行い、共同で療養上必要な指導を行った場合に算定する

薬局薬剤師

在宅患者緊急時等共同指導料 700点(月2回)

MPS資料「調剤報酬編」に記載

在宅患者訪問看護・指導料の加算

後期高齢者終末期相談支援加算200点(月1回)

< 医学管理等 > p75
後期高齢者終末期相談支援加算等に掲載

在宅支援

< 在宅医療 > 訪問看護（ターミナルケア）

ターミナルケア療養費に係る連携先による療養費の違い、死亡前24時間以内の訪問の要件を廃止するとともに、ターミナルケアに係る支援体制を充実することで評価を引き上げる

訪問看護ターミナルケア療養費	現行	改正後	
イ、訪問看護ターミナルケア療養費1 (在宅療養支援診療所と連携した場合)	15,000円	訪問看護ターミナルケア療養費	20,000円 (一本化)
ロ、訪問看護ターミナルケア療養費2 (イ、以外の場合)	1,200円		

[算定要件]

在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、**死亡前24時間以内**にかつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合

在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算	現行	改正後	
ターミナルケア加算() (在宅療養支援診療所の指示)	1,500点	在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算	2,000点 (一本化)
ターミナルケア加算() (上記以外)	1,200点		

[算定要件]

在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上**在宅患者**訪問看護・指導を実施し、かつ、**死亡前24時間以内**にターミナルケアを行った場合は()を、在宅療養支援診療所の医師と連携し、その指示を受けて行った場合は、()を算定できる訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合

< 在宅医療 > 在宅療養指導料加算

在宅療養指導管理料		現行	改定後
在宅自己腹膜灌流指導管理料			
頻回に指導管理を要する2回目以降の加算(月2回に限り)		1,900点	2,000点(+100点)
在宅血液透析指導管理料			
頻回に指導管理を要する2回目以降の加算(月4回に限り)		1,900点	2,000点(+100点)
在宅療養指導管理材料加算		現行	改定後
在宅自己注射指導管理料			
間歇注入シリンジポンプ加算		1,000点	1,500点(+500点)
在宅酸素療法指導管理料			
酸素濃縮装置加算		4,620点	4,000点(-620点)
(新設) 呼吸同調式デマンドバブル加算			新 300点
在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法			
注入ポンプ加算		1,000点	1,250点(+250点)

「血糖自己測定器加算」は次ページに掲載(p88)

< 在宅医療 > 血糖自己測定器加算

血糖自己測定器の加算について月100回、120回の加算を創設するとともに、インスリン製剤を長期投与されている患者については、3ヶ月分をまとめて算定できることとする

血糖自己測定器加算	現行	改定後
	(月1回に限る)	(3月3回に限る)
月20回以上測定する場合	400点	400点(±0)
月40回以上測定する場合	580点	580点(±0)
月60回以上測定する場合	860点	860点(±0)
月80回以上測定する場合	1,140点	1,140点(±0)
月100回以上測定する場合		1,320点
月120回以上測定する場合		新 1,500点

治療実態に見合った“回数”の新設と、長期投与を勘案して3月分(90日)をまとめて1回で算定できるようにした。(3ヶ月の間で、まとめて1回でも、1ヶ月づつ3回でも算定できる)

< 検査 > 検体検査

患者の利益に資するため、必要な検査を必要な時に速やかに実施するように見直す。外来において実施する迅速な検査や24時間対応が可能な体制についての評価を引き上げる一方、判断料の評価を引き下げる

外来迅速検体検査加算	現行	改正後
外来迅速検体検査加算	1点	5点(+4点)

[算定要件]

入院中の患者以外の患者に対して実施した~~すべて~~以下の検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。(5項目まで)

便潜血反応検査、末梢血液一般検査、HbA1c、プロトロンビン時間測定、
繊維素分解産物(FDP)測定 等

その日にできる検査

検体検査判断料	現行	改正後
1 尿・糞便等検査判断料	34点	34点(±0)
2 血液学的検査判断料	135点	125点(-10点)
3 生化学的検査()判断料	155点	144点(-10点)
4 生化学的検査()判断料	135点	144点(+10点)
5 免疫学的検査判断料	144点	144点(±0)
6 微生物学的検査判断料	150点	150点(±0)

< 検査 > 検体検査管理加算

検体検査管理加算	現行	改正後	
イ、検体検査管理加算()	40点	イ、検体検査管理加算()	40点(±0)
		ロ、検体検査管理加算()	100点
ロ、検体検査管理加算()	300点	ハ、検体検査管理加算()	300点(±0)

[検体検査管理加算()の施設基準]

検体検査管理加算()の ~ まで満たすこと。

要件緩和、ブランチラボでもOK

[検体検査管理加算()の施設基準]

臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師は検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わるものであること。検体検査管理加算()の ~ まで満たすこと。

[検体検査管理加算()の施設基準]

臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。

次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

(ア)血液学的検査のうち末梢血液一般検査、(イ)生化学的検査、(ウ)免疫学的検査、(エ)微生物学的検査

定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

外部の精度管理事業に参加していること。

臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

()は専任医師、()専従医師

< 検査 > 検体検査判断料 遺伝カウンセリング加算

医療機関が、遺伝病的検査を行う場合には、臨床遺伝学の専門的知識を持ち、本人及び家族等の心理社会的支援を行うことができる者が、遺伝カウンセリングを実施する必要があることから、検体検査判断料へ遺伝カウンセリングに係る加算を新設する

(新設) 遺伝カウンセリング加算

新

500点(月1回)

[算定要件]

遺伝カウンセリング加算は、遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する**常勤の医師**が、**遺伝病的検査を実施**し、その結果について患者やその家族に対し**情報提供**を行う際に遺伝カウンセリングを実施した場合に算定できる

遺伝カウンセリングの実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」を遵守する

妊産婦

< 検査 > ノンストレステスト

ハイリスク分娩(妊娠)患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大を行う

ノンストレステスト	現行	改正後
(1連につき)	200点	200点(±0)

[対象者]

40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦

[算定回数]

入院中では1週間につき~~4回~~3回に限り、入院中以外では~~4月~~1週間に1回に限り算定

< 検査 > コンタクト検査料

コンタクトレンズ検査料1の施設基準を見直す

コンタクトレンズ検査料2は、
特段の施設基準はなく届出も不要

[施設基準]コンタクトレンズ検査料1

- 1, コンタクトレンズ検査処方に係る診療が全体の70%30%未満であること
- 2, 眼科診療を専ら担当する常勤の医師(専ら眼科診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上勤務する保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の40%未満であること

初回装用と既装用の取扱いについて、患者の申告に基づくものであり、医療機関において客観的に判定することが困難であることから、初回装用と既装用の違いを廃止する

コンタクトレンズ検査料		現行	改正後
コンタクトレンズ検査料1	イ、初回装用者の場合	387点	200点
	ロ、既装用者の場合	112点	
コンタクトレンズ検査料2	イ、初回装用者の場合	193点	56点
	ロ、既装用者の場合	56点	

コンタクトレンズ診療に係る費用について、患者の視点から分かりやすいものとする

[施設基準]

- 1, コンタクトレンズ検査を含む診療に係る費用について、院内に掲示をしていること
- 2, 患者に対し検査を含む診療に係る費用の情報の提供が、現に行われていること

掲示・説明を怠った場合は、算定できない

[補足事項]

コンタクトレンズ検査料を算定した場合は、新設される初・再診料の夜間・早朝等加算を算定しないこととする

< 検査 > 超音波検査

心臓超音波検査について、基本検査料を見直した上で(増点)、UCGにおける「パルスドプラ法加算」を廃止する

超音波検査 「3, UCG」	現行	改正後
イ、断層撮影法及びMモード法による検査	780点	880点(+100点)
ロ、Mモード法のみによる検査	400点	500点(+100点)
ハ、経食道的超音波法	800点	1,500点(+700点)
注1、パルスドプラ法 加算	200点	廃止

その他の検査点数の多くで点数の増減が実施されている。公的資料を確認のこと。

< 画像診断 > 画像診断管理加算

画像診断管理加算の引上げ

画像診断管理加算(月1回)	現行	改正後
画像診断管理加算1	58点	70点(+12点)
画像診断管理加算2	87点	180点(+93点)

[画像診断管理加算の施設基準]

(1) 画像診断管理加算1の施設基準

- イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること
- ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
- ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること

(2) 画像診断管理加算2の施設基準

- イ 放射線科を標榜している病院であること
- ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
- ハ 当該保険医療機関で行われるにおいて実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、~~原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われていること~~、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること
- ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に文書で報告されていること
- ホ 画像診断報告書には参照画像を添付すること

< 画像診断 > 電子画像管理加算等

デジタル映像化処理加算を経過措置期間後に廃止

デジタル映像化処理加算	現行	改正後
イ、単純撮影の場合	60点	廃止 平成21年度末までの経過措置 デジタル映像化処理加算15点 (電子画像管理加算との併算定不可)
ロ、特殊撮影の場合	64点	
ハ、造影剤使用撮影の場合	72点	
ニ、乳房撮影の場合	60点	

コンピューター画像処理加算の見直し(対象拡大及び点数の引上げ、名称変更)

核医学診断料及び コンピューター断層撮影診断料	現行	改正後	
コンピューター画像処理加算	60点	電子画像管理加算	120点(+60点)

エックス線診断料	
(新設) 電子画像管理加算 新	
イ 単純撮影の場合	60点
ロ 特殊撮影の場合	64点
ハ 造影剤使用撮影の場合	72点
ニ 乳房撮影の場合	60点

フィルム料の算定不可

フィルムレス加算の対象拡大

< 投薬 > 特定疾患処方管理加算

処方料	現行	改正後
特定疾患処方管理加算(月2回を限度)	15点	18点(+3点)

診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して処方を行った場合に、月2回に限り算定する。

< 投薬 > 合算薬剤料

薬剤料	現行	改正後
合算薬剤料(患者1人1日薬剤包括)	250点	220点(-30点)

特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数(合算薬剤料)は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)

< 投薬 > 後発医薬品の使用促進等

処方せん様式の変更

処方せんの様式を変更し、処方医が後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に署名又は記名・押印することとする

2006年度に実施された“変更可処方せん”では、後発品処方が伸びなかったこともあり、今回は“変更不可処方せん”に再変更される。医師のサイン等をしないものが原則“変更可処方せん”となり、医科点数の処方せん料加算(2点)は廃止された。

後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価については廃止することとする

処方せん料	現行	改正後
1, 7種類以上の内服薬の投薬等を行った場合		
イ、後発医薬品を含む場合	42点	廃止
ロ、イ以外の場合	40点	40点
2, 1以外の場合		
イ、後発医薬品を含む場合	70点	廃止
ロ、イ以外の場合	68点	68点

医師にはジェネリックについての診療報酬上のインセンティブがなくなり、ジェネリック使用拡大の経済誘導策は保険薬局及び薬剤師へ多く向けられるか。

後発医薬品の使用促進「療養担当規則等の改正」

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療養担当規則等を改正する

保険医：『投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。』

保険薬局：『保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。』

保険薬剤師：『保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が（薬価収載）されている場合であって、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。』

保険上のルールとしてジェネリック使用については、医師にも努力規程が設けられた。これにより、処方せん発行時に全く考慮することなく、全てジェネリック不可で処方されている場合、療養担当規則違反を指摘される可能性がある。（少なくともカルテには考慮した旨の記載が必要か？）

GE促進

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号(第二十三条関係)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証、被保険者手帳の記号・番号	
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日	年 月 日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
		電話番号	印
交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
			<small>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>
処方	<p>いままでの「後発医薬品への変更可」から『後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印』に変更</p>		
	<p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印</p> <p>保険医署名</p>		
備考	調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号
	保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号

備考1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
 3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは、「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

注1) 処方医が、先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。

注2) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等がない処方せんの場合には、受け付けた薬局の薬剤師が、当該処方せんに記載された後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更して調剤できることとする。

この場合において、処方医が、後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

[備考の追加]

…その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、
後発医薬品等への変更に差し支えがあると判断した場合の記載例

[2008年2月13日中医協答申資料より]

処方	A錠（先発医薬品） 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	B錠（先発医薬品） 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
	C錠（後発医薬品） 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	D錠（後発医薬品） 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可

処方せんに記載した一部の医薬品について後発医薬品への変更に不可とする場合は、この欄に署名等を行わない

「変更不可」を「*」（アスタリスク）等で表記する方法については、2月13日の中医協答申資料には含まれていなかった。今後の通知等で示される可能性はあるが、現時点では不明

後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印

保険医署名

注1) A錠（先発医薬品）については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。
他方、B錠（先発医薬品）については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。

注2) C錠（後発医薬品）については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。
他方、D錠（後発医薬品）については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

Q: 旧様式の処方せんはどうか？
A: 未だに古いB5版が使われていることもあると聞くので、今回も急に使用不可にはならないと思われる。となると現場での混乱は避けられず、何かしらの対策が示される可能性もある。（日医工MPS見解）

< 投薬 > 30日処方対象薬剤の拡大

精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す

14日

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬
30日分に含まれるものを除く
- (2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬
30日分、90日分に含まれるものを除く

今回30日投与に拡大された薬剤は、一般内科の睡眠障害等にも該当する

30日

【内服薬】

アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼブ酸エチル又はロラゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤、**トリアゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼパム、プロチゾラム、フルニトラゼパム、エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物**

【外用薬】

塩酸モルヒネ、フェンタニル

経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方を可能とする。なお、処方にあたっては、既に処方されている当該薬剤の**残薬と、重複処方の有無**について、患者に確認し、**カルテに記載**することとする

< 注射 > 外来化学療法加算

現行の化学療法の評価を引き下げる一方、専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において提供される化学療法について、評価を新設する。また、この加算の評価対象を動脈注射等についても拡大する

外来化学療法加算 (1日につき)	現行	改正後	
		外来化学療法加算1	新 500点
外来化学療法加算	400点	外来化学療法加算2	390点(-10点)

[算定要件]

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合、1日につき加算する

[施設基準]

外来化学療法加算1については、以下に掲げる基準を満たすこと

- 1, 医師、看護師及び薬剤師について、**相当の経験を有する者が配置されていること**
- 2, 実施される化学療法の治療内容の妥当性を評価し、承認する**委員会を開催していること**

外来化学療法加算2については、従前の外来化学療法加算の基準を満たすこと

5年以上の経験

実施される化学療法のレジメンの妥当性を検討・承認し登録する委員会を開催する

- ・化学療法に携わる各診療科医師代表2名以上
- ・業務に携わる看護師、薬剤師

レジメンとは、薬剤投与に関する時系列的治療計画のことで、症例毎のの治療内容ではない

登録されたレジメンに従い患者を治療する

< 注射 > 中心静脈注射用カテーテル挿入

(新設) 中心静脈注射用カテーテル挿入	2,000点
---------------------	--------

別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合

< 注射 > 無菌製剤処理料

注射に際して、抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を実施した場合の対象を拡大する

(新設) 無菌製剤処理料		再編整理された
ア、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)	新 50点	
イ、無菌製剤処理料2 (ア以外のも)	新 40点	

[算定要件]

動脈注射、点滴注射、中心静脈注射等を行う際に、無菌製剤処理が行われた場合に、処理が行われた薬剤が注射される患者の区分に応じて算定する

[施設基準]

- 1, 病院であること
- 2, 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有し必要な体制が整備されていること

<リハビリテーション>

リハビリテーション料の逓減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなどから見直すこととし、逓減制については、診療報酬点数表の簡素化を図るため廃止、脳血管疾患等リハビリテーション()を新設する(従来の () は ())

リハビリテーション料		現行				改正後				
		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器	リハビリテーション料	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
()	逓減前	250点	250点	180点	180点	()	200点	235点	170点	170点
	逓減後	210点	210点	150点	150点					
()	逓減前	100点	100点	80点	80点	()	100点	190点	80点	80点
	逓減後	85点	85点	65点	65点					
						()		100点		
逓減までの日数		120日	140日	120日	80日	標準的 リハビリテーション 実施日数	150日	180日	150日	90日
算定日数上限		150日	180日	150日	90日					

疾患別リハビリテーション医学管理料
(維持期に月1回算定できる点数)は廃止する

リハビリテーション料 医学管理料	現行			
	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
()の医学管理料	440点	440点	340点	340点
()の医学管理料	260点	260点	220点	220点

➡ **廃止**

脳血管疾患等()
の詳細な施設基準
等はP142に掲載

各疾患別リハビリテーションの算定日数上限を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする(算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能)

リハビリテーション料については、めまぐるしく改定が行われている。
2006年度改定の後、2007年度にも改定されておりp107にその概要を掲載

<リハビリテーション>加算

発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについての評価を新設する

早期リハ算定でダウン分をカバーする。どこまで早期リハができるか。休日なしの体制でできるか。

(新設) 早期リハビリテーション加算	新	30点(1単位につき)
<p>[算定要件] 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる入院中の患者についてのみ算定できることとする</p>		

疾患別リハビリテーション料は1日あたり6単位まで(別の定めで9単位まで)

ADL加算については、簡素化の観点より廃止とする

リハビリテーション料	現行
ADL加算	30点(1単位につき)



廃止

ADL加算は入院中の患者に対し、訓練室以外の病棟等で実施したものについて算定できた点数

リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする

リハビリテーション	現行	改定後
リハビリテーション総合計画評価料	480点	300点(-180点)

[算定要件]
医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、~~入院初月又はリハビリテーションを最初に実施した月並びに、その月から2月、2月及び6月の各月に限り、それぞれ1月に1回を限度として算定する~~1月に1回を限度として算定できる

毎月算定が可能になった

参考資料

診療報酬2007年改定の「リハビリテーション料」

「疾患別リハビリテーション料」、及び「リハビリテーション医学管理料(2007年改定で新設)」

黄色:2007年改定	心大血管疾患 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
() (1単位)	250点	250点	180点	180点
逓減後	120日~150日 210点	140日~180日 210点	120日~150日 150点	80日~90日 150点
医学管理料(維持期)	151日~ 440点(月1回)	181日~ 440点(月1回)	151日~ 340点(月1回)	91日~ 340点(月1回)
() (1単位)	100点	100点	80点	80点
逓減後	120日~150日 85点	140日~180日 85点	120日~150日 65点	80日~90日 65点
医学管理料[維持期]	151日~ 260点(月1回)	181日~ 260点(月1回)	151日~ 220点(月1回)	91日~ 220点(月1回)
算定日数上限	150日	180日	150日	90日
算定日数の上限 対象外となる疾患	失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷及び多部位外傷、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、難病患者リハビリテーション料に規定する疾患、障害児(者)リハビリテーション料に規定する疾患			
改善の見込みがある場合	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の疾患(下段の を除く) ・急性期心筋梗塞、狭心症、慢性閉塞性肺疾患 ・上記に準じて必要と認められる場合(*) 			
上限到達後は逓減後の点数を算定する	<ul style="list-style-type: none"> ・障害児(者)リハビリテーション料の対象となる患者(加齢に伴う心身の変化による疾患に罹患するものを除く) ・先天性又は進行性の神経・筋疾患 			
治療上有効と医学的に判断される場合	<p>(*) : レセプトにリハビリの実施状況、計画表の添付、及びこれまでの改善の具体的な状況を踏まえた継続の理由を記載する(日数上限到達後)</p>			
算定日数 上限の起算日	<p>「リハビリテーション医学管理料」(2007年改定で新設)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・維持期のリハビリを評価(維持期:算定日数上限を超えた場合) ・月1回算定できる包括点数(月に4回以上リハビリを実施している場合は月2回算定) ・疾患別リハビリテーション料の施設基準を届出ていること ・併算定不可(リハビリテーション料、消炎鎮痛等処置) 			
ADL加算	<p>治療開始日:心大血管、呼吸器 発症日・手術日・急性増悪日:脳血管疾患、運動器</p> <p>(1単位につき) 30点</p>			

小児

<リハビリテーション> 障害児（者）リハビリテーション料

現行の障害児（者）リハビリテーションの評価について見直し、さらに、一定以上の割合で障害児（者）を受け入れ、専門的な障害児（者）に対するリハビリテーションを行っている施設を評価の対象に追加する

障害児（者）リハビリテーション料	現行	改正後
6歳未満（6単位まで）	190点（1単位）	220点（+30点）
6歳～18歳未満（6単位まで）	140点（1単位）	190点（+50点）
18歳以上（6単位まで）	100点（1単位）	150点（+50点）

[算定要件]以下の各号のいずれかに該当すること

児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの

当施設でリハビリテーションを実施される患者が、主として脳性麻痺等の患者（ただし、加齢に伴う心身の変化に起因する疾病のものを除く）であること

[施設基準]

・病院60m²以上、診療所45m²以上

（言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8m²以上を別に有していること）

<リハビリテーション> 集団コミュニケーション療法

言語障害のある患者(脳血管障害等による失語、構音障害や小児の発達障害によるもの等)を対象に、集団でコミュニケーション療法を実施した場合の評価を新設する

(新設) **集団コミュニケーション療法**
(1人1日につき3単位まで)

新 (1単位につき)50点

事実上の言語聴覚療法の復活

[算定要件]

専用の集団療法室等において、医師の指示のもと言語聴覚療法士(又は医師)と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する

実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とし、訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする

同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する

[施設基準]

現に脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料を算定する施設で、専用の集団療法室を備えていること

専任の常勤医師が1名以上いること

言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が1名以上いること

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料の算定対象患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

集団リハビリテーションが復活。今後も“個別”とうまく組み合わせて増えていくか

精神

在宅支援

< 精神科専門療法 > 通院・在宅精神療法

通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げ、名称を「通院・在宅精神療法」に改める

なお、診療所の評価を引き下げる20歳未満の患者については、子どもの心の診療の充実という観点から、加算の算定が可能な期間を6ヶ月間から1年間に延長する

通院・在宅精神療法	現行	改正後
1、初診の日に精神保健指定医等が行った場合	500点	500点(±0)
2、1以外の場合		
イ、病院の場合	330点	
30分以上		360点(+30点)
30分未満		330点(±0)
ロ、診療所の場合	360点	
30分以上		360点(±0)
30分未満		350点(-10点)
20歳未満患者の加算 (初診から6ヶ月1年以内)	200点	200点(±0)

精神科医の訪問診療による精神療法について算定
ができるようになった。精神科も在宅強化へ

精神

退院支援

在宅支援

< 精神科専門療法 > 外来等における精神療法

精神科医の訪問及び往診診療時における精神療法について評価する

(新設) 精神科継続外来支援・指導料

新

55点(1日につき)

精神科を担当する医師が、患者又は家族等に対して、**病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認**を主とした支援を行った場合に算定

外来における精神障害者の病状安定化のため、頻回の精神医学的援助を評価する

(新設) 保健師等による援助加算

新

40点(1日につき)

医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、**保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士**が、患者又は家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合に加算する

< 精神科専門療法 > 精神科退院指導料加算

入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、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評価を創設する

(新設) 精神科地域移行支援加算

新

200点(退院時1回)

精神

退院支援

在宅支援

< 精神科専門療法 > 精神科退院前訪問、在宅訪問

入院直後から退院支援が行えるよう、精神科退院前訪問指導料の算定要件を緩和する

	現行
精神科退院前訪問指導料	380点(1入院3回まで 等)

入院期間が3月を超えると見込まれる入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回(入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回)に限り算定する

地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする

精神科訪問看護・指導料	現行	改正後
精神科訪問看護・指導料()	550点	575点(+25点)

週3回(当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。)ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定。ただし書きの患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した7日間については、1日につき1回に限り算定

毎日訪問出来るようになった

< 処置 > 処置の見直し

医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を要せず、患者本人又は家人により行うことが可能な処置については、基本診療料に含めて評価を行うこととする

< 基本診療料に含まれる処置 >	現行	改正後
皮膚科軟膏処置		
1、100平方センチメートル未満	45点	削除
消炎鎮痛等処置		
3、湿布処置(口、その他のもの = 処置面積小)	24点	削除
熱傷処置		
1、100平方センチメートル未満	135点	1度熱傷では算定しない
眼処置		
洗眼、点眼、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気燻法、熱気燻法、イオントフォトレーゼ及び麻薬加算を含む	25点	洗眼、点眼 、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気燻法、熱気燻法、イオントフォトレーゼ及び麻薬加算を含む
耳処置		
点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む	25点	点耳 、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去
鼻処置		
鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む	12点	鼻吸引、 鼻洗浄 、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む

簡単な処置が初再診料に包括されるため、実質初再診料の引き下げになる。しかしこれらを実施したために外来管理加算を実施出来なかった患者が、4月以降は外来管理加算の対象になるため、現時点で何人ぐらい該当者がいるかを確認しておきたい。

< 処置 > 創傷処置 皮膚科軟膏処置

創傷処置	現行	改定後
1, 100cm ² 未満	45点	45点 (± 0)
2, 100cm ² 以上500cm ² 未満	49点	55点 (+ 6点)
3, 500cm ² 以上3,000cm ² 未満	75点	85点 (+ 10点)
4, 3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	140点	155点 (+ 15点)
5, 6,000cm ² 以上	250点	270点 (+ 20点)

皮膚科軟膏処置	現行	改定後
1, 100cm ² 未満	45点	廃止
2, 100cm ² 以上500cm ² 未満	49点	55点 (+ 6点)
3, 500cm ² 以上3,000cm ² 未満	75点	85点 (+ 10点)
4, 3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	140点	155点 (+ 15点)
5, 6,000cm ² 以上	250点	270点 (+ 20点)

その他の処置点数の多くで点数の増減が実施されている。
公的資料を確認のこと。

< 処置 > 人工腎臓

副作用等により、透析時間を長くせざる得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を考慮し、透析時間に応じた、診療報酬上の評価を行う

人工腎臓(1日につき)	現行	改正後	
1, 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	2,250点	イ、4時間未満	2,117点(- 133点)
		ロ、4時間以上5時間未満	2,267点(+ 17点)
		ハ、5時間以上	2,397点(+ 147点)
2, 入院中の患者の場合	1,590点	1,590点(± 0)	

< 手術 > 虫垂炎切除術

重症度を表す虫垂周囲膿瘍の有無により分類し虫垂切除術及び腹腔鏡下虫垂切除術の評価を見直す

虫垂切除術	現行	改正後	
虫垂切除術	6,210点	1, 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210点 (±0)
		2, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880点
腹腔鏡下虫垂切除術	18,000点	1, 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	8,210点 (- 9,790点)
		2, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点

その他の“手術”点数の多くで点数増が実施されている。
公的資料を確認のこと。

その他の“麻酔”点数の多くで点数増が実施されている。
公的資料を確認のこと。

< 放射線治療 > 強度変調放射線治療 (IMRT)

従来の放射線治療と比較して正常臓器への副作用が少ない治療法として認められている強度変調放射線治療(IMRT)について、保険導入する

(新設) 強度変調放射線治療 (IMRT) 新		
ア、放射線治療管理料		5,000点
イ、体外照射	1回目	3,000点
	2回目	1,000点

[算定要件]

原発性の頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍、中枢神経腫瘍の患者に対し強度変調放射線治療を実施した場合に算定する

[施設基準]

強度変調放射線治療を安全に行うことができる十分な体制、機器及び施設を有していること

< 放射線治療 > 外来放射線治療加算

放射線治療の外来での提供体制を充実させ、療養生活の質の向上を図るため、外来放射線治療加算を創設する

(新設) 外来放射線治療加算

新

100点(1人1日に1回)

[算定要件]

放射線治療(体外照射のうち高エネルギー体外照射、強度変調放射線治療)を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対し、当該治療を実施した場合、1人1日につき1回に限り算定できることとする

[施設基準]

外来放射線治療を行うことができる十分な体制、機器及び施設(患者が休憩等できるベッドを有している等)を有していること

放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を新設する
「医療機器安全管理料2(1,000点)」は<医学管理等>医療機器安全管理料に記載(p67)

< DPC > 制度運用の改善

1, DPC対象病院の拡大について

- (1) 平成19年度DPC対象病院の基準として、平成18年度基準のほかに、2年間の適切なデータの提出及び(データ/病床)比が10ヶ月で8.75以上という要件を加える。
- (2) 平成20年度に新たにDPCの対象となる医療機関は平成18年度DPC準備病院(371病院)のうち、基準を満たしたものとする。
- (3) 平成19年度 DPC準備病院については、平成21年度にDPCの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるDPC対象病院に適用される基準と同じものとする。

「データ/病床比」とは、「DPC退院患者/DPC病床数」であり、DPC患者が1ベットあたり何人退院したかが問われることになる。これは平均在院日数を問題とするのではなく、ケアミックスの病院内で患者をDPC病棟から療養病棟への転棟をチェックするものである。

入院してきた患者が最初から療養病棟に入るべき患者であっても、一旦DPC病棟に入院させ高点数を算定してから、療養病棟へ転棟させることを防ぐものであり、退院して他の施設の療養病床に移ることを妨げるものではなく、全てのケアミックス病院を規制するものでもない。(対象となる病院は少ない?)

< DPC > 制度運用の改善

2, 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

(1) 算定ルールの見直しについて

- ア、3日以内の再入院については、1入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
- イ、DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。

(2) 診断群分類の見直し等について

- ア、MDC16(外傷・熱傷・中毒、精神、その他)をMDC16(外傷・熱傷・中毒)、MDC17(精神疾患)及びMDC18(その他)に分割する。
- イ、診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。
- ウ、診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。
- エ、短期入院が相当程度存在する診断群分類(悪性腫瘍に対する化学療法など)については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組(入院日数の25パーセンタイル値(日)までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直し)を適用する。

< DPC > 制度運用の改善

3, 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間(10か月分)のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の 0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10:1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

< DPC > 制度運用の改善

4、平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準(望ましい基準を除く。)を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成20年3月31日時点でDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

「介護療養型老人保健施設」(転換型老健)

医療連携

<老健施設>療養病床から転換した介護老人保健施設

療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する

[拡大する項目]

創傷処理、咽頭異物摘出術(複雑なもの)、胸腔穿刺、腹腔穿刺、顎関節脱臼非観血的整復術 心電図検査(判断料)、点滴・注射(手技料)、等

- (1)算定月の1年前の新規入所者のうち、「医療機関」と「家庭」からの入所者の差が35%以上
- (2)経管栄養や喀痰吸引の実施者が15%以上
- (3)認知症患者の割合が20%以上
(既存の老健施設と区別)

夜間又は休日に療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、その求めにより併設保険医療機関の医師が往診した場合に評価する

(新設) 緊急時施設治療管理料

新 500点

[算定要件]

- 1、療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者が急性増悪し、療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる
- 2、患者1人につき1日1回、月4回まで算定できることとする
- 3、患者の病態については、介護保険における緊急時治療管理と同等とする緊急時施設治療管理料の対象となる入所者
 - (1) 意識障害又は昏睡、(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、(3) 急性心不全(心筋梗塞を含む)、(4) ショック、(5) 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病)、(6) その他薬物中毒等で重篤なもの

< 病理診断 >

現在は「第3部 検査」として評価されている病理学的検査を、「第13部 病理診断」として独立して評価するとともに、検査として特定入院料に包括評価されている病理学的検査診断・判断料を、病理医の技術料として包括外として評価する

「第13部 病理診断」を新設し、算定項目を再編成する

特定入院料において包括して評価されている病理学的検査のうち、特に急性期病床であるA300～A305、A307に限り、病理学的検査診断・判断料を別途算定できるようにする

[対象となる特定入院料]

- A300 救命救急入院料
- A301 特定集中治療室管理料
- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A302 新生児特定集中治療室管理料
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- A305 一類感染症患者入院医療管理料
- A307 小児入院医療管理料

先進医療技術

先進医療技術は、現時点(平成20年1月1日現在)において125技術あるが、今回の評価対象となった98技術のうち、24技術について保険導入を行うものである。(ただし、保険導入に当たり、適応症や実施する施設等について適切な条件を付されるものもある。)

- ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術(PPH)
- ・ 強度変調放射線治療
- ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
- ・ 画像支援ナビゲーションによる内視鏡下鼻内副鼻腔手術
- ・ 顔面骨又は頭蓋骨の観血的移動術
- ・ 培養細胞による先天性代謝異常診断
- ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
- ・ 歯周組織再生誘導法
- ・ 接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定
- ・ 焦点式高エネルギー超音波療法
- ・ レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法

- ・ 栄養障害型表皮水疱症のDNA診断
- ・ 家族性アミロイドーシスのDNA診断
- ・ 不整脈疾患における遺伝子診断
- ・ 画像支援ナビゲーション手術
- ・ 生体部分肺移植術
- ・ 脊髄性筋萎縮症のDNA診断
- ・ 抗がん剤感受性試験(CD-DST法及びDRA法)
- ・ 中枢神経白質形成異常症の遺伝子診断
- ・ グルタミン受容体自己抗体による自己免疫性神経疾患の診断
- ・ 超音波骨折治療法
- ・ 眼底三次元画像解析

新規医療技術

学会からの要望のあった681技術のうち、42の新規技術について保険適用する優先度が高いと評価された

(例)

- (1) 医療機器決定区分C2(新機能、新技術)に係る技術(頸動脈ステント等)
- (2) ベッセルシーリングシステム
- (3) 生体臓器移植ドナーの安全管理料
- (4) 神経学的診察技術料
- (5) 穿刺に係る技術の評価(経皮経管的肝膿瘍ドレナージ等)
- (6) 四肢リンパ浮腫に対する弾性着衣(ストッキング等)・・・等

既存医療技術

学会からの要望のあった681技術のうち、62の既存技術について再評価(点数の増点等)を実施する優先度が高いと評価された

(例)

- (1) 感染患者の手術における加算の引上げ(B型肝炎感染症患者若しくはC型肝炎感染患者等の感染患者の手術における感染防止対策について、それ以外の患者以上の技術が必要となることによる再評価)
- (2) 帝王切開術における麻酔管理の加算の創設(通常の硬膜外麻酔や脊椎麻酔に比べ、帝王切開時の麻酔は、血圧が下がりやすい等の合併症に対する術中麻酔管理に高度な技術が必要となることによる再評価)
- (3) 穿刺技術に係る点数の引上げ(上顎洞穿刺等の再評価)・・・等

在宅支援・退院支援関連 医科点数一覧

P	新設	項目	点数	在宅支援	退院支援
23		在宅患者緊急入院診療加算	+ 650		
35	新	退院調整加算	***		
36	新	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	500		
37	新	後期高齢者総合評価加算	50		
38	新	後期高齢者退院調整加算	100		
47		緩和ケア病棟入院料	-		
60		退院時共同指導料(医師)	***		
60	新	退院時共同指導料の加算(医師)	****		
61	新	退院時共同指導料(歯科医師)	600		
61	新	退院時共同指導料(薬局薬剤師)	600		
61		退院時共同指導加算(訪問看護ステーション)	6000円		
69	新	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100		
69	新	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180		
70	新	在宅療養支援病院	-		
76	新	退院支援指導加算(訪問看護ステーション)	6000円		
77	新	在宅患者訪問診療料2(医師)	200		
77		在宅患者訪問診療料(医師)ターミナルケア加算	2000		
78	新	居住系施設入居者等訪問看護・指導料(看護師)	***		
78	新	訪問看護基本療養費()(訪問看護ステーション)	****円		
79	新	在宅患者訪問リハビリ指導管理料2(理学療法士等)	255		
79	新	在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬剤師)	385		
79	新	在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬局薬剤師)	350		
79	新	在宅患者訪問栄養食事指導料2(管理栄養士)	450		

80	新	特定施設入居時等医学総合管理料	****		
82		在宅患者訪問看護・指導料(看護師)	***		
82		訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)	****円		
82	新	訪問看護療養費 24時間対応体制加算(訪看ステ)	5400円		
83	新	長時間訪問看護加算(訪問看護ステーション)	5200円		
83	新	長時間訪問看護・指導料(看護師)	520		
84	新	在宅患者連携指導料(医師、歯科医師)	900		
85	新	在宅患者連携指導加算(訪問看護ステーション)	3000円		
86	新	在宅患者連携指導加算(看護師)	300		
87		在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬局薬剤師)	350		
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス料(医師、歯科医師)	200		
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪看ステ)	2000円		
85	新	在宅患者緊急時等共同指導料(薬局薬剤師)	700		
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(看護師)	200		
86		訪問看護ターミナルケア療養費(訪看ステ)	2000円		
86		訪問看護在宅ターミナルケア加算(看護師)	2000		
87		在宅療養指導料加算			
88		血糖自己測定器加算			
110		通院・在宅精神療法	***		
111	新	精神科継続外来支援・指導料	55		
111	新	保健師等による援助加算	40		
111	新	精神科地域移行支援加算	200		
112		精神科退院前訪問指導料	380		
112		精神科訪問看護・指導料	575		

病院勤務医の負担軽減策に資する体制とは

外来を縮小するための体制を確保
病院勤務医の負担の軽減に資する計画

(例)

以下の制度を策定し、職員等に周知する

- ・ 医師、看護師等の業務分担
- ・ 医師に対する医師事務作業補助体制
- ・ 地域の医療機関との連携体制
- ・ 外来縮小計画

勤務医の勤務時間を把握し、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上のための計画を策定

(例)

連続当直は行わないシフトを組む
当直後の通常勤務について配慮 等

毎年4月に報告が必要

1	表紙(資料No.200213-95-41)	34	ハイリスク分娩(妊娠)管理加算	67	医療機器安全管理料	100	新たな処方せんの様式
2	診療報酬改定の視点(全体)	35	退院調整加算	68	薬剤情報提供料	101	新たな処方せんの様式(一部不可)
3	2008年度診療報酬改定率	36	後期高齢者外来患者緊急入院診	69	後期高齢者退院時支援	102	30日処方対象薬剤の拡大
4	夜間・早朝等加算	37	後期高齢者総合評価加算	70	在宅療養支援病院	103	外来化学療法加算
5	夜間・早朝等加算(図)	38	後期高齢者退院調整加算	71	後期高齢者診療料	104	中心静脈注射用カテーテル挿入
6	再診料(外来管理加算)	39	救命救急入院料	72	後期高齢者診療料(計画書)	105	リハビリテーション
7	外来管理加算(目安5分)	40	小児入院医療管理料	73	後期高齢者外来継続指導料	106	リハビリテーション加算
8	電子化加算	41	回復期リハビリテーション	74	後期高齢者終末期相談支援料	107	参考(2007年リハビリ改定)
9	7:1入院基本料	42	回復期リハビリテーション	75	後期高齢者終末期相談支援加算	108	障害児(者)リハビリテーション料
10	7:1入院基本料(評価表)	43	亜急性期入院医療管理料	76	退院支援指導加算(訪看護ステ)	109	集団コミュニケーション療法
11	10:1看護料	44	特殊疾患病棟入院料等	77	在宅患者訪問診療料(医師)	110	通院・在宅精神療法
12	病棟区分別の点数・基準一覧	45	特殊疾患病棟入院料	78	在宅患者訪問関連(看護師)	111	外来等における精神療法
13	医療療養病棟等の評価	46	特殊疾患入院医療管理料	79	在宅患者訪問関連(その他)	112	精神科退院前訪問、在宅訪問
14	療養病棟入院基本料	47	緩和ケア病棟入院料	80	在宅時医学総合管理料(居住系)	113	処置の見直し
15	特定機能病院入院基本料	48	精神科救急入院料	81	救急搬送診療料	114	創傷処置 皮膚科軟膏処置
16	障害者施設等入院基本料	49	精神科救急・合併症入院料	82	訪問看護(24時間体制)	115	人工腎臓
17	特殊疾患入院施設管理加算	50	認知症病棟入院料	83	長時間訪問看護	116	虫垂炎切除術
18	有床診療所入院基本料	51	短期滞在手術基本料	84	在宅患者連携指導料	117	強度変調放射線治療(IMRT)
19	薬剤包括入院料、麻薬対象拡大	52	小児特定疾患カウンセリング料	85	在宅患者緊急時等カンファレンス	118	外来放射線治療加算
20	入院時医学管理加算	53	特定疾患指導管理料(皮膚・耳)	86	訪問看護(ターミナルケア)	119	DPC 対象病院の拡大
21	超急性期脳卒中加算	54	糖尿病合併症管理料	87	在宅療養指導料加算	120	DPC 算定ルール、診断群分類
22	妊産婦緊急搬送入院加算	55	がん性疼痛緩和指導管理料	88	血糖自己測定器加算	121	DPC 調整係数について
23	在宅患者緊急入院診療加算	56	地域連携小児夜間・休日診療料	89	検体検査	122	DPC 制度運用の留意事項
24	医師事務作業補助体制加算	57	生活習慣病管理料	90	検体検査管理加算	123	療養病床転換介護老人保健施設
25	医師事務作業補助体制加算(表)	58	肺血栓塞栓症予防管理料	91	遺伝カウンセリング加算	124	病理診断
26	(準)超重症児(者)入院診療加算	59	リンパ浮腫指導管理料	92	ノンストレステスト	125	先進医療技術
27	地域加算	60	退院時共同指導料(医師)	93	コンタクト検査料	126	新規医療技術、既存医療技術
28	感染症(二類感染、HIV感染)	61	退院時共同指導料(薬剤師)	94	超音波検査	127	在宅退院支援点数一覧
29	緩和ケア診療加算	62	地域連携診療計画管理料	95	画像診断管理加算	128	病院勤務医の負担軽減策
30	精神科地域移行実施加算	63	ハイリスク妊産婦共同管理料	96	電子画像管理加算等	129	目次
31	精神科身体合併症管理加算	64	薬剤管理指導料	97	特定疾患処方管理加算	130	詳細な施設基準等(通知)
32	児童・思春期精神科入院医学管	65	診療情報提供料	98	後発医薬品の使用促進等	~	
33	がん診療連携拠点病院加算	66	診療情報提供料()の加算	99	療養担当規則等の改正	142	

入院時医学管理加算に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があれば、必ずしも入院医療を行う体制を必要としないこと。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第5「第2次救急医療体制」、第8「救命救急センター」、第9「高度救命救急センター」又は「周産期医療対策事業実施要綱」(平成8年5月10日児発第488号)に定める総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。
 - ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
 - イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料()の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。
- (5) 病院勤務医の負担の軽減に対し、次の体制を整備していること。
 - ア 病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例: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、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等)を策定し、職員等に対して周知していること。
 - イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)

(6) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。

ア 人工心肺を用いた手術40件 / 年以上

イ 悪性腫瘍手術400件 / 年以上

ウ 腹腔鏡下手術100件 / 年以上

エ 放射線治療(体外照射法)4000件 / 年以上

オ 化学療法4000件 / 年以上

カ 分娩件数100件 / 年以上

(7) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。

(8) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

(9) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

- (1) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。
 - ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画(例: 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、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等)を別添7の別紙13の2の例により策定し、職員等に周知していること。
 - イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。(例: 連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)
- (2) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という)を、25対1補助体制加算の場合は届出病床数(一般病床に限る。以下この項において同じ。)25床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、派遣職員であるなど雇用形態を問わないが、当該保険医療機関の常勤職員(週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、常勤換算による場合であっても差し支えない。
- (3) 医師事務作業補助者を配置するに当たっては、最低6か月間の研修(医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。)を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を行わせるものであること。なお、平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。
- (4) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。
 - ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「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1)書類作成等」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。
 - イ 診療記録(診療録並びに手術記録、看護記録等)の記載について、「診療録等の記載について」(昭和63年5月6日総第17号等)に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

- ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成18年4月21日医政発第0421005号等)に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。
- エ 電子カルテシステム(オーダリングシステムを含む。)について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号等)に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

2,25対1補助体制加算の施設基準

(略)

3,50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準

(略)若しくは**年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院**であること。(略)

4,3の緊急入院患者数とは、救急搬送(特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した**次に掲げる状態の患者**であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝異常(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術を必要とする状態

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

医師事務作業補助体制加算 < 医科診療報酬点数表に関する事項 別添1 >

- (1) 医師事務作業補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、病院勤務医の負担の軽減に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という。)を配置している体制を評価するものである。
- (2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む。)の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料<医科診療報酬点数表に関する事項 別添1>

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Eを算定する。
- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書に転院してきた旨を記載すること。
- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「B005-2」地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。
- (8) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「H003-2」リ特定リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

回復期リハビリテーション病棟入院料 通則

(略)

(7) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価は、別添6の別紙22を用いて測定すること。また、当該日常生活機能評価表の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したものの(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。

ア 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)

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法

(ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

(8) 毎年7月において、1年間(前年7月から6月までの間。)に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添6の様式22により地方社会保険事務局長に報告を行うこと。ただし、平成20年7月の報告は要しないこと。

別添6の別紙22

別紙21

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
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	
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

移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
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
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
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点: 0~19点		合計得点	
※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		点	

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

(1) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症の患者(別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の患者をいう。以下この項において同じ。)が新規入院患者のうち1割5分以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうちの重症の患者数

イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。)

(2) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除く。)のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。)

重症患者回復病棟加算の施設基準

重症の患者のうち3割以上の者が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善していること。なお、その割合は、次の(1)に掲げる数を(2)に掲げる数で除して算出するものであること。

(1) 直近6か月間に退院した重症の患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)であって、入院時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数

(2) 直近6か月間に当該病棟に入院していた重症の患者数

亜急性期入院医療管理料の施設基準

- (1) 同一の保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料1及び亜急性期入院医療管理料2の届出を行うことはできないこと。
- (2) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。
- (3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。
- (4) 診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。
- (5) 当該病室における直近1か月間(当該管理料の算定開始後3月目以降は、直近3か月間)の退院患者のうち6割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいうこと。

亜急性期入院医療管理料2の施設基準

- イ 急性期医療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供する一般病棟の病室を単位として行うものであること。
- ロ 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)以下であること。

亜急性期入院医療管理料 < 医科診療報酬点数表に関する事項 別添1 >

(略)

- (8) **亜急性期入院医療管理料2**を算定する病室については、7対1入院基本料(準7対1入院基本料を含む。)、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定している病棟に限る。)、入院時医学管理加算、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並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数が届出病室の入院患者数のうち3分の2以上であること。

後期高齢者診療料 < 医科診療報酬点数表に関する事項 別添1 >

- (1) 後期高齢者診療料は、慢性疾患を有する後期高齢者に対し、継続的な診療を提供し計画的な医学管理の下に、患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を行う取組を評価するものであり、診療所及び当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院において算定できることとする。
- (2) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等の慢性疾患に対する全身的な医学管理を行う旨、患者に対して診療計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得て、当該診療計画書を交付し、当該診療計画に基づき、必要な指導を行った場合に月1回を限度として算定する。なお、行った指導内容の要点を診療録に記載するとともに、別紙様式14又はこれに準じた形式を参考にした文書を用いて患者に提供すること。
- (3) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等に関する総合的な治療管理に係る医学診療計画書(診療計画書の様式は、別紙様式15又はこれに準じた様式とする。)を交付した月から算定するものとする。交付の頻度は、3月に1回程度を目途とするが、病状が安定し、診療計画に変更の必要がないと認められる患者については、最長で1年間の診療計画書を作成しても差し支えない。なお、交付した当該診療計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (4) 第1回目の後期高齢者診療料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日の属する月においては、算定できないものであること。ただし、同一月に入院日及び退院日がある月において、当該入院日前行った診療については、後期高齢者診療料を算定できる。
- (5) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(区分番号「B009」診療情報提供料()、区分番号「B010」診療情報提供料()、区分番号「B017」後期高齢者外来継続指導料及び区分番号「B018」後期高齢者終末期相談支援料を除く。)、第3部検査(第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。)、第4部画像診断(第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。)及び第9部処置(第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。)の費用は全て所定点数に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、それぞれの区分番号の所定点数(注加算を除く。)が550点以上のものについては別途算定できる。
- (6) 病状の急性増悪時に、区分番号の点数(注加算を除く。)が550点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (7) 次の項目を含む検査等を定期的に実施し、その結果を患者、家族等に懇切丁寧に説明し診療計画に反映すること。ただし、健康診査において同じ項目の検査を行った場合は、それらの結果を診療計画に反映することで差し支えない。
- ア 年2回以上の患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等についての生活機能を含んだ評価
 - イ 年1回以上の身体計測(身長、体重、比体重を測定する。)
 - ウ 年1回以上の検尿(随時に採取した尿について、糖、蛋白を測定する。)
 - エ 年1回以上次の循環器検査を行うこと
 - (イ) 心電図検査(安静時の標準12誘導心電図を記録すること。)
 - (ロ) 血液化学検査(LDL - コレステロール、HDL - コレステロール及び中性脂肪を測定すること。)
 - オ 年1回以上の貧血検査(血液中の赤血球数、血色素量(ヘモグロビン値)及びヘマトクリット値を測定すること。)
 - カ 年1回以上の肝機能検査(GOT、GPT及び - GTPを測定すること。)
 - キ 年1回以上の血糖検査(空腹時血糖又はヘモグロビンA1cを測定すること。)
- (8) 市町村が実施する健康診査及び保健指導の内容を診療計画に反映すること。
- (9) 後期高齢者の生活機能を含んだ評価の実施にあたっては、関係学会等よりガイドラインが示されているので、評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (10) 当該患者の服薬状況及び薬剤服用歴を当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳医学(区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の(2)に掲げる手帳をいう。)等により確認すること。また、院内処方を行った患者が当該手帳を所持している場合は投薬内容等を記載すること。
- (11) 後期高齢者診療料は、当該患者に対して主病である慢性疾患の診療を行っている保険医療機関が算定するものであること。
- (12) 継続的な診療を提供する観点から、当該保険医療機関においては、同一の保険医による診療を行うことを原則とする。ただし、都合により他の保険医が診療を行った場合であっても、後期高齢者診療料を算定できることとする。
- (13) 2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる慢性疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (14) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている慢性疾患をいうものである。

- (15) 後期高齢者診療料は、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合や対診又は依頼により検査のみを行っている場合などの実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。
- (16) 同一保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする複数の患者の診療を行っている場合において、後期高齢者診療料を算定する患者と算定しない患者が混在することはありえるものであること。
- (17) 往診又は電話等による再診時に行われた指導及び診療は、後期高齢者診療料の算定の基礎となる指導及び診療とはならない。
- (18) 同一月において、第2部在宅医療第1節、第2節(ただし、区分番号「C000」往診料、区分番号「C004」救急搬送診療料を除く)を算定した患者は後期高齢者診療料を算定できない。
- (19) 後期高齢者診療料は、当該点数を算定後であって病状の急変等により自院又は他院に入院した場合であっても算定できることとする。
- (20) 当該月に後期高齢者診療料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができる。ただし、その場合は、理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (21) 専門外等の理由により他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を交付する等十分な連携を図るとともに、当該他の保険医療機関名を診療録に記載すること。
- (22) 後期高齢者診療料を算定する保険医療機関の保険医にあっては、後期高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。
- (23) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、算定の基礎となる指導及び診療が行われた時点で75歳以上の患者であること。

脳血管疾患リハビリテーション料()に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の**常勤医師が1名以上勤務**していること。
- (2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。
 - ア **専従の常勤理学療法士が1名以上勤務**していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料()又は()、呼吸器リハビリテーション料()又は()及び障害児(者)リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能である。
 - イ **専従の常勤作業療法士が1名以上勤務**していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料()又は()、呼吸器リハビリテーション料()又は()及び障害児(者)リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能である。
 - ウ 言語聴覚療法を行う場合は、**専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務**していること。
 - エ アからウまでの**専従の従事者が合わせて4名以上勤務**していること。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関の専用の機能訓練室で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、**病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上**)を有していること。なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを同時に行うことができる。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。
- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。