# 平成28年度診療報酬改定セミナー

# 診療報酬改定概要とポイント解説資料

株式会社 医療情報科学研究所
代表取締役　長面川さより
アドバイザー　栗林令子
井口勢津子
2016年3月

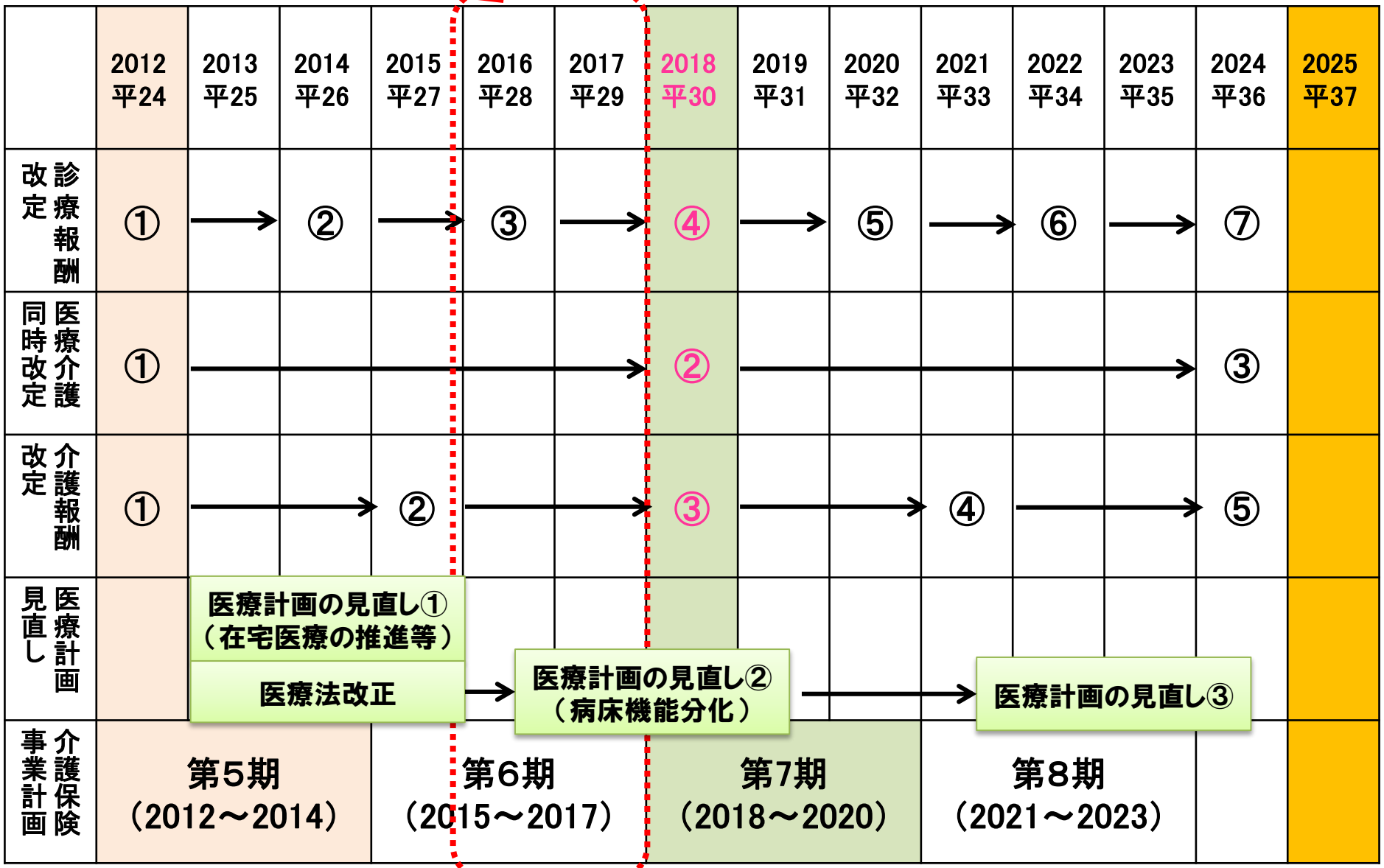
# －目次－


１．診療報酬改定の議会と院内運用 ・・・・・・・・・P3
２．難病法に係る改正点 ・・・・・・・・・P8
３．外来機能分化（選定療養費） ・・・・・・・・・P13
４．個別改定項目 ・・・・・・・・・P16
【基本診療料】
●初診・再診料 ・・・・・・・・・P17
【特掲診療料】
●医学管理等 ・・・・・・・・・P21
●在宅医療 ・・・・・・・・・P87
●投薬 ・・・・・・・・・P127
●注射 ・・・・・・・・・P140
●処置 ・・・・・・・・・P146
●手術 ・・・・・・・・・P175
●麻酔 ・・・・・・・・・P245
●検査 ・・・・・・・・・P248
●病理診断 ・・・・・・・・・P287
●画像診断 ・・・・・・・・・P296
●リハビリテーション ・・・・・・・・・P308
●精神科専門療法 ・・・・・・・・・P347
●放射線治療 ・・・・・・・・・P378
【基本診療料】
●入院基本料 ・・・・・・・・・P394
●入院基本料等加算 ・・・・・・・・・P450
●特定入院料 ・・・・・・・・・P545
●短期滞在手術基本料 ・・・・・・・・・P585
【入院時食事療養費・入院時生活療養費】 ・・・・・・・・・P592
【施設基準の一部簡素化／常勤配置の取り扱い ・・・・・・・・・P600
保険外併用療養費／経過措置等について
特定保険医療材料経過措置について】
５．参考資料：ＤＰＣ/ＰＤＰＳ ・・・・・・・・・P613

# １．診療報酬改定の議会と院内運用

単年ではなく
2年間は重要

# 2025(平成37)年に向けた改革



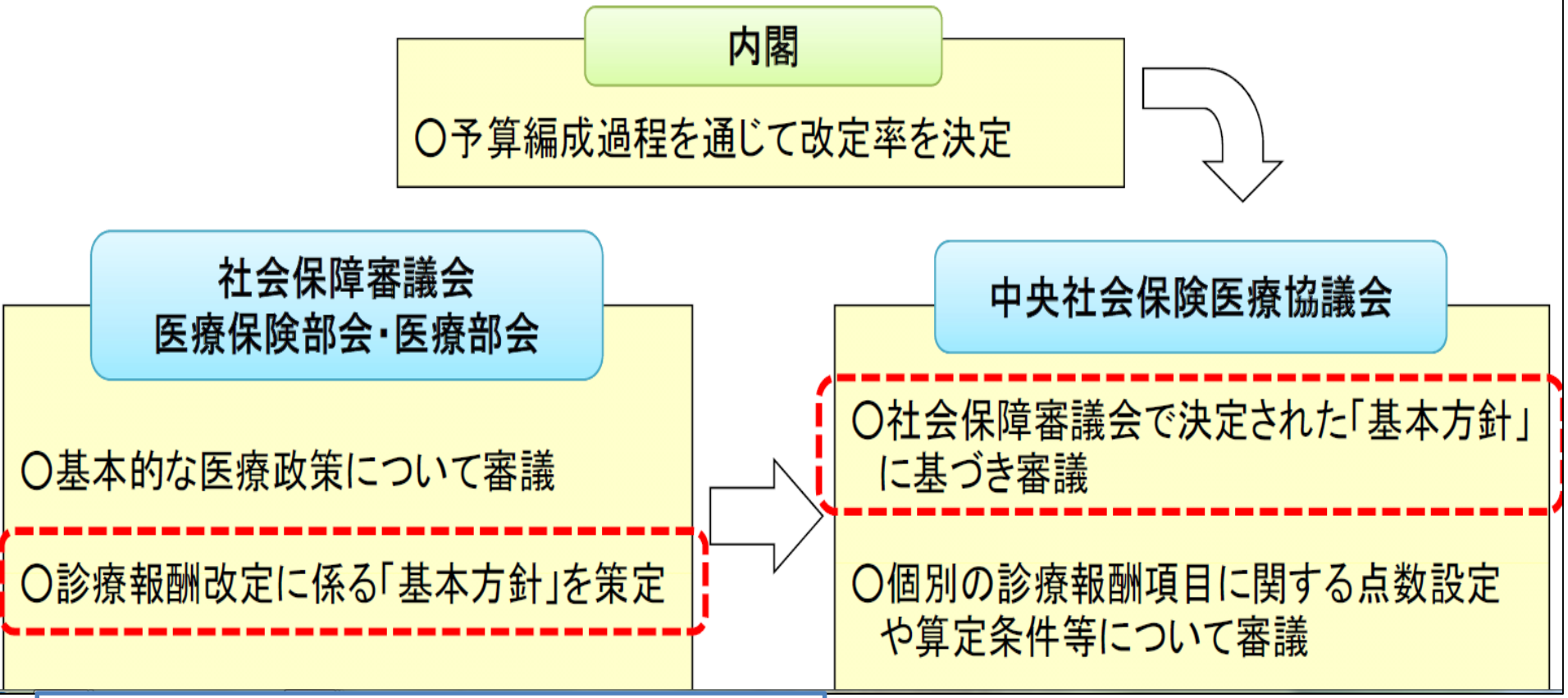
診療報酬改定は、

① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い

実施されるものである。




社会保障審議会 （医療保険部会 H27.11.20 参考資料1抜粋）

資料1 :H27.7.9 社会保障審議会
一部抜粋・加筆

| 平成27年7月9日 | 第87回社会保障審議会医療保険部会 | 資 料 5 |
|---|---|---|

# 平成28年度診療報酬改定のスケジュール（案）

平成28年

厚生労働大臣

①H27年12月21日
**診療報酬本体　＋0.49％**

1月中旬
中医協に対し、
・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
に基づき改定案の調査･審議を行うよう諮問

②1月27日～2月3日
**個別改定項目**

1月以降　厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

（公聴会、パブリックコメントの実施）

2月中旬
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

③2月10日
**具体的な点数**

④3月4日
**通知等により運用面を考える**

厚生労働大臣

3月上旬　診療報酬改定に係る告示･通知の発出

平成28年4月1日　施行

追加

⑤4月中旬⇒14日
**施設基準届出**

# 重点課題

## 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1　医療機能に応じた入院医療の評価について

2　チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3　地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4　質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5　医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

3

2016年3月4日版厚労省：　平成28年度診療報酬改定の概要より抜粋

# 2. 難病法に係る改正点

短冊

Ⅲ－４　難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

公費申請に留意


難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価・・・・・・・・・・・P238
小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価・・・・・・P240
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価・・・・・・・・・P241


Ⅲ－５　小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について


小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行・・・・P245
重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関に対する評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P246
医療型短期入所サービス中の処置等の評価・・・・・・・・・・P248
小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の対象年齢の延長・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P250
特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P251
精神疾患合併妊娠の管理の評価・・・・・・・・・・・・・・・P253
救急患者の受入れ体制の充実・・・・・・・・・・・・・・・・P254
救急医療管理加算１の対象患者の拡大・・・・・・・・・・・・P256
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し・・・P258

# 入院基本料・医学管理等・在宅医療

【Ⅲ－4（重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進）－①】
難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価　骨子【Ⅲ－４（1）】

●対象疾患
56疾患→306疾患

## ●難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

### 1. 療養病棟入院基本料における医療区分2の対象患者の見直し

下記の対象患者のうち、（1）、（2）及び（3）を対象とする（ただし、医療区分3の対象患者を除く。）。

### 2. 難病外来指導管理料における対象患者の見直し

下記の対象患者のうち、（1）、（2）及び（3）を対象とする。

### 3. 在宅寝たきり患者処置指導管理料の注1（※）に規定する「これに準ずる状態にあるもの」の対象患者の見直し

※ 住宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるもの下記の対象患者のうち、（1）及び（2）を対象とする。ただし、常時介護を要する状態に限る。

### 4. 人工腎臓透析困難者等加算における対象患者の見直し

「特定疾患治療研究事業について」の別紙の第3に掲げる疾患（第１章第２部入院料等の通則4の「入院期間の計算について」の（２）参照）に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの

●他に
※入院の通算カウント1月も受給者証がある方

# 入院基本料・医学管理等・在宅医療

【Ⅲ－4（重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進）－①】
難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価　骨子【Ⅲ－４（1）】

## ●難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

●受給者証の確認
●難病指定の申請

［対象患者］

（1）難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「法」という。）第五条に規定する指定難病に罹患しているものであって原則法第七条第四項に規定する**医療受給者証を交付されているもの**（法第七条第一項第 2 号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすことを診断できる場合を含む）

（2）「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患に罹患しているものとして都道府県知事から**受給者証の交付を受けているもの**

（3）「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（健医発第896 号平成元年 7 月 24 日）に掲げる疾患に罹患しているものとして**都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの**

# 医療受給者証見本（千葉県HPより抜粋）

【受給者証裏面記載例】

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 54126016 | | |
| 特定医療費受給者番号 | | 0010001 | | |
| 受診者 | フリガナ | チバ　イチロウ | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | 千葉　一郎 | 男 | 昭和10年1月1日 |
| | フリガナ | ○○シ×× | | |
| | 住所 | ○○市××1－1－1 | | |
| | 保険者（※1） | ○○市保険組合 | | |
| | 被保険者証の記号及び番号（※2） | 11・1111111 | 適用区分 | ア |
| 病名 | | IgA腎症、サルコイドーシス | | |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | フリガナ | チバ　タロウ | 続柄 | |
| | 氏名 | 千葉　太郎 | 父 | |
| | フリガナ | ○○シ×× | | |
| | 住所 | ○○市××1－1－1 | | |
| 負担 | 人工呼吸器等装着 | 非該当 | 高額かつ長期 | 非該当 |
| | 軽症者特例 | 非該当 | 重症患者認定 | 非該当 |
| | 受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者 | 非該当 | | |

※1　後期高齢者医療広域連合を含む。
※2　後期高齢者医療制度においては被保険者番号

注１

注２

| 指定医療機関名 | | | |
|---|---|---|---|
| 病院・診療所 | A病院<br>B診療所 | 所在地 | ○○市▼▼<br>××市□□ |
| 薬局 | C薬局 | 所在地 | ■■市×× |
| 訪問看護事業者等 | D訪問看護ステーション | 所在地 | ▲▲市■■ |
| 有効期間 | 平成27年1月1日～平成27年9月30日 | | |
| 入院時の食事助成 | 有 | 階層区分 | 上位 |
| 自己負担上限額 | 月額　20，000円 | | |

注３

注４

上記のとおり認定する
平成27年1月1日

千葉県知事　○○○○

注５

注６

# ３．外来機能分化（選定療養費）

# 外来医療の機能分化・連携の推進について

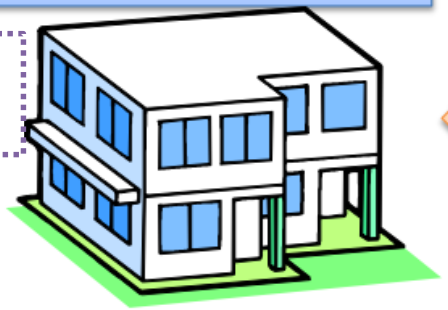
平成26年改定

## 主治医機能の評価

地域包括診療料　1,503点
地域包括診療加算　20点

**選択的取組み**

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- ○ 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- ○ 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- ○ 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- ○ 継続的な服薬や健康管理　等

**2つの取組み**

平成26年改定

## 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

紹介

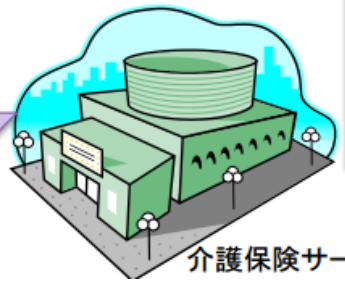
逆紹介




**H28年改定**

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- ○ 外来業務の負担軽減
- ○ 専門外来の確保
- ○ 一般外来の縮小

**＜選定療養の責務＞**
**●特定機能病院**
**●一般病床500床以上の地域医療支援病院**

# 療養担当規則（特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院

| 選定療養 定額負担 設定金額 | | | |
|---|---|---|---|
| 初診（紹介状なし） | | 外来診療料（再診）（※にも関わらず受診） | |
| 医科 | 5,000円 | 医科 | 2,500円 |
| 歯科 | 3,000円 | 歯科 | 1,500円 |

**定額負担除外対象者**

**【緊急その他やむを得ない事情がある場合】**
- ●救急の患者
- ●公費負担医療の対象患者
- ●無料低額診療事業の対象患者
- ●HIV感染者

**※再診の場合は、一般病床500床未満又は診療所に対し文書で紹介を行う申出を行ったのにも関わらず受診**

税込みの金額として、この金額が徴収されていれば満たしていることになる。
（3/４厚労省説明会質疑応答より）

**[その他、定額負担を求めなくて良い場合]**
（1）自施設の他の診療科を受診中の患者
（2）医科と歯科の間で院内紹介した患者
（3）特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
（4）救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
（5）外来受診後そのまま入院となった患者
（6）地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
（7）治験協力者である患者
（8）災害により被害を受けた患者
（9）労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
（10）その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

**【経過措置】自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、H28年9月30日までの間は支払を受けることを要しない**

# 個別改定項目

# 【A 基本診療料】⑪⑫　初・再診料

# 初・再診料

## ●救急患者の受入れ体制の充実

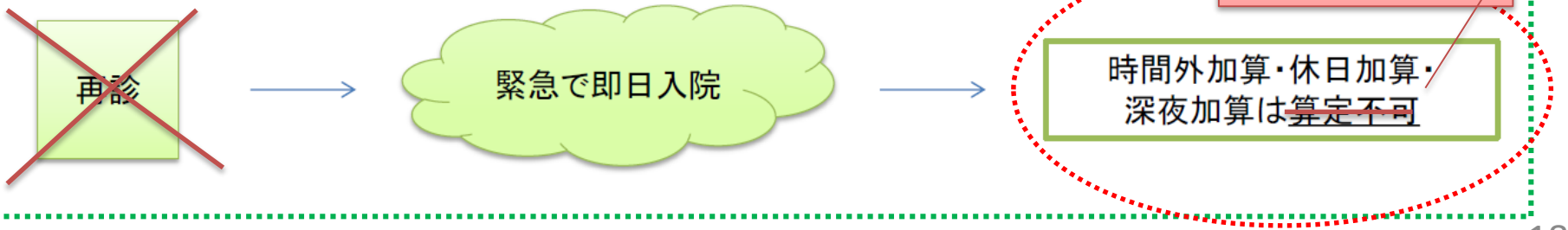
### A001 再診料 ／ A002 外来診療料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A001 再診料／A002 外来診療料】<br>入院中の患者に対する再診の費用は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 | 【A001 再診料／A002 外来診療料】<br>入院中の患者に対する再診の費用（A001に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びにA002に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を除く。）は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 |

追加

## ●再診および外来診療の時刻の加算

＜再診の場合＞



# 初・再診料

【Ⅳ－６（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－①】
実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価　　骨子【Ⅳ－６（1）（2）】

## ●尿沈渣（フローサイトメトリー法）が外来診療料に包括

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| A002 外来診療料　73点 | A002 外来診療料　73点 |
| 注６　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。 | 注６　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。 |
| イ　尿検査<br>D000からD002までに掲げるもの | イ　尿検査<br>D000からD002－2までに掲げるもの |

# 初・再診料

【Ⅱ－4(患者の視点等／明細書の無料発行の推進)】
明細書無料発行の推進　骨子【Ⅱ－4】

## ●明細書無料発行の推進

**【経過措置】**
自己負担のない患者(全額公費負担の患者を除く。)に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、平成30年3月31日までの猶予措置を設ける。

### 基本的な考え方

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所、薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないが、
自己負担のない患者については、対象外。
（※）400 床未満の病院・診療所は経過措置あり
(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

生活保護受給者については（健康保険と生活保護を併用する者を除き）含まれない。　（3/5 日本医師会Q&Aより）

### 具体的な内容

全額公費負担の患者を除く

1. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求実施の保険医療機関、保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務化。

診療所については、当面の間

2. ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関、薬局に対しては、2年間の猶予措置を設ける。

# 【B 特掲診療料】⑬ 医学管理等

＜第2章特掲診療料の通則変更＞
算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては
特に定めのない限り、
それぞれ日曜日～土曜の1週間
又は月の初日から月の末日を1か月を単位として算定する

追加

# 医学管理等

【Ⅲ－４（重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進）－②】
小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価　骨子【Ⅲ－４（1）】

## ●B001・5　小児科療養指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 B001　5 小児科療養指導料 】<br>小児科療養指導料　250点<br>［対象疾患］<br>対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、（中略）、血友病及び血小板減少性紫斑病である。<br><br>［包括範囲］<br>① 特定疾患療養管理料<br>② てんかん指導料<br>③ 皮膚科特定疾患指導管理料<br>④ 小児悪性腫瘍患者指導管理料<br>（新設） | 【 B001　5 小児科療養指導料 】<br>小児科療養指導料　270点<br>［対象疾患］<br>対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、（中略）、血友病、血小板減少性紫斑病及び小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病である。<br>［包括範囲］<br>① 特定疾患療養管理料<br>② てんかん指導料<br>③ 皮膚科特定疾患指導管理料<br>④ 小児悪性腫瘍患者指導管理料<br>⑤ 難病外来指導管理料 |

# 医学管理等

【Ⅲ－４（重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進）－②】
小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価　骨子【Ⅲ－４（1）】

## ●B001・5　小児科療養指導料

［施設基準］別添３の第１の２の（４）

４）当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。

イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、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又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずること。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

# 小児慢性特定疾病の対象疾患による拡大

B001・5　小児科療養指導料　250点 ⇒ 270点

## 現在の対象（11疾患＋1対象）

●15歳未満の下記対象者
- 脳性麻痺
- 先天性心疾患
- ネフローゼ症候群
- ダウン症等の染色体異常
- 川崎病で冠動脈瘤のあるもの
- 脂質代謝障害
- 腎炎
- 溶血性貧血
- 再生不良性貧血
- 血友病
- 血小板減少性紫斑病

●出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満のもの

改定後の小児科療養指導料の対象疾患拡大により難病外来指導管理料と同点数、併算定不可

## H28改定後の追加の小児慢性特定疾病

＜対象疾患群＞
①悪性新生物（白血病、悪性リンパ腫、神経芽腫　等）
②慢性腎疾患（ネフローゼ症候群、慢性糸球体腎炎、水腎症　等）
③慢性呼吸器疾患（気管支喘息、気管狭窄　等）
④慢性心疾患（ファロー四徴症、単心室　等）
⑤内分泌疾患（成長ホルモン分泌不全性低身長症 等）
⑥膠原病　（若年性関節リウマチ　等）
⑦糖尿病（1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病）
⑧先天性代謝異常（アミノ酸代謝異常、骨形成不全症 等）
⑨血液疾患（血友病、慢性肉芽腫症　等）
⑩免疫疾患　（複合免疫不全症、自然免疫異常 等）
⑪神経・筋疾患　（ウエスト症候群、結節性硬化症　等）
⑫慢性消化器疾患（胆道閉鎖症、先天性胆道拡張症　等）
⑬染色体または遺伝子に変化を伴う症候群
（コフィン・ローリー症候群、ウィーバー症候群 等）
⑭皮膚疾患（先天性魚鱗癬、表皮水疱症）

※小児特定慢性疾病医療支援対象に相当する者

# 医学管理等／在宅医療

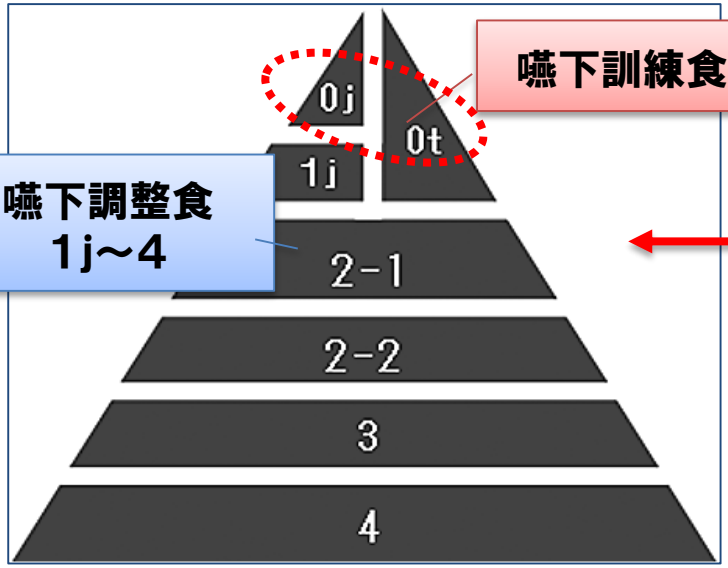
## ●栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】<br>［対象者］<br>厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者 | 【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】<br>［対象者］<br>厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、又はがん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者（※１）又は低栄養状態にある患者（※２）<br><br>※１ 医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者であること。<br>※２ 次のいずれかを満たす患者であること。<br>① 血中アルブミンが 3.0g/dl以下である患者<br>② 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者 |

追加

嚥下訓練食品

嚥下調整食
1j～4




てんかん食（難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。）を含む。

# 医学管理等／在宅医療

## 【日本摂食・嚥下リハビリテーション学会　嚥下調整食分類　早見表】

学会分類2013(食事)早見表

| コード【I-8項】 | | 名称 | 形態 | 目的・特色 | 主食の例 | 必要な咀嚼能力【I-10項】 | 他の分類との対応【I-7項】 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | j | 嚥下訓練食品0j | 均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー<br>離水が少なく，スライス状にすくうことが可能なもの | 重度の症例に対する評価・訓練用<br>少量をすくってそのまま丸呑み可能<br>残留した場合にも吸引が容易<br>たんぱく質含有量が少ない | | (若干の送り込み能力) | 嚥下食ピラミッドL0<br>えん下困難者用食品許可基準Ⅰ |
| | t | 嚥下訓練食品0t | 均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水<br>(原則的には，中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している) | 重度の症例に対する評価・訓練用<br>少量ずつ飲むことを想定<br>ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合<br>たんぱく質含有量が少ない | | (若干の送り込み能力) | 嚥下食ピラミッドL3の一部<br>(とろみ水) |
| 1 | j | 嚥下調整食1j | 均質で，付着性，凝集性，かたさ，離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの | 口腔外で既に適切な食塊状となっている(少量をすくってそのまま丸呑み可能)<br>送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある<br>0jに比し表面のざらつきあり | おもゆゼリー，ミキサー粥のゼリー　など | (若干の食塊保持と送り込み能力 | 嚥下食ピラミッドL1・L2<br>えん下困難者用食品許可基準Ⅱ<br>UDF区分4(ゼリー状)<br>(UDF:ユニバーサルデザインフード) |
| 2 | 1 | 嚥下調整食2-1 | ピューレ・ペースト・ミキサー食など，均質でなめらかで，べたつかず，まとまりやすいもの<br>スプーンですくって食べることが可能なもの | 口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留，誤嚥をしにくいように配慮したもの) | 粒がなく，付着性の低いペースト状のおもゆや粥 | (下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力) | 嚥下食ピラミッドL3<br>えん下困難者用食品許可基準Ⅱ・Ⅲ<br>UDF区分4 |
| | 2 | 嚥下調整食2-2 | ピューレ・ペースト・ミキサー食などで，べたつかず，まとまりやすいもので不均質なものも含む<br>スプーンですくって食べることが可能なもの | | やや不均質(粒がある)でもやわらかく，離水もなく付着性も低い粥類 | (下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力) | 嚥下食ピラミッドL3<br>えん下困難者用食品許可基準Ⅱ・Ⅲ<br>UDF区分4 |

日摂食嚥下リハ会誌　17(3):255–267, 2013　より引用

# 医学管理等／在宅医療

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 嚥下調整食3 | 形はあるが，押しつぶしが容易，食塊形成や移送が容易，咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの<br>多量の離水がない | 舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの<br>押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいそれらの機能を賦活し)，かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの | 離水に配慮した粥 など | 舌と口蓋間の押しつぶし能力以上 | 嚥下食ピラミッドL4<br>高齢者ソフト食<br>UDF区分3 |
| 4 | 嚥下調整食4 | かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの<br>箸やスプーンで切れるやわらかさ | 誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの<br>歯がなくても対応可能だが，上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難 | 軟飯・全粥 など | 上下の歯槽提間の押しつぶし能力 以上 | 嚥下食ピラミッドL4<br>高齢者ソフト食<br>UDF区分2およびUDF区分1の一部 |

学会分類2013は、概説・総論，学会分類2013(食事)，学会分類2013(とろみ)から成り，それぞれの分類には早見表を作成した．
本表は学会分類2013(食事)の早見表である．本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類2013」の本文を熟読されたい．

なお，本表中の【 】表示は，本文中の該当箇所を指す．

*上記0tの「中間のとろみ・濃いとろみ」については，学会分類2013(とろみ)を参照されたい．

本表に該当する食事において，汁物を含む水分には原則とろみを付ける．【I-9項】

ただし，個別に水分の嚥下評価を行ってとろみ付けが不要と判断された場合には，その原則は解除できる．

他の分類との対応については，学会分類2013との整合性や相互の対応が完全に一致するわけではない．【I-7項】

日摂食嚥下リハ会誌　17(3)：255–267, 2013　より引用

# 医学管理等

【Ⅰ－３－２（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－②】
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充　骨子【Ⅰ－３－２(2)】

## ●栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

医師が必要と認めるものが熱量のみで、熱量のみの指示があった場合には、疾患の種類等にもよるが、その疾患に係る食事の指導として適正なものであれば、その指示の内容は医師が必要と認めるものということで(算定できる)。例えば、熱量のみの指示という質問だが、その指示の内容は、医師が必要なものを選んで指示をするということでよい。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B001・9 外来栄養食事指導料】<br>外来栄養食事指導料　130点<br><br>［算定要件］<br>① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね 15 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 | 【B001・9 外来栄養食事指導料】<br>イ 初回　260点（新）<br>ロ 2回目以降　200点（新）<br><br>［算定要件］<br>① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30分以上、2回目以降にあっては概ね 20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 |

# 医学管理等

## ●栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。 | ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。 |
| 【B001・10　入院栄養食事指導料】<br>イ 入院栄養食事指導料1　130点<br><br>ロ 入院栄養食事指導料2　125点 | 【B001・10　入院栄養食事指導料】<br>1 入院栄養食事指導料1<br>イ 初回　260点（新）<br>ロ 2回目　200点（新）<br>2 入院栄養食事指導料2<br>イ 初回　250点（新）<br>ロ 2回目　190点（新） |
| ［算定要件］<br>外来栄養食事指導料と同様 | ［算定要件］<br>外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う。 |

追加

※通知内容は同様⇒栄養課に確認
入院中2回を限度（1週間に1回を限度）

# 在宅医療

【Ⅰ－３－２（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－②】
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充　骨子【Ⅰ－３－２(2)】

## ●栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【 C009　在宅患者訪問栄養食事指導料 】<br>［算定要件］<br>当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を 30分以上行った場合に算定する。 | 【 C009　在宅患者訪問栄養食事指導料 】<br>［算定要件］<br>当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を 30分以上行った場合に算定する。 |

# 医学管理等

【Ⅱ－２（患者の視点等／ICTの活用）－③】
心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価　　骨子【Ⅱ－２（3）】

## ●B001・12　心臓ペースメーカー指導管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B001 12心臓ペースメーカー指導管理料】<br>イ 遠隔モニタリングによる場合　550点<br><br>ロ 着用型自動除細動器による場合　360点<br><br>ハ イ又はロ以外の場合　360点<br><br>注１ 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあっては４月に１回に限り、ロ及びハにあっては１月に１回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、１月に１回に限りハを算定する。<br><br>（新設） | 【B001 12心臓ペースメーカー指導管理料】<br>（削除）<br><br>イ 着用型自動除細動器による場合　360点<br><br>ロ イ以外の場合　360点<br><br>注１ 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。<br>（中略）<br>注５ ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診の前までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。 |

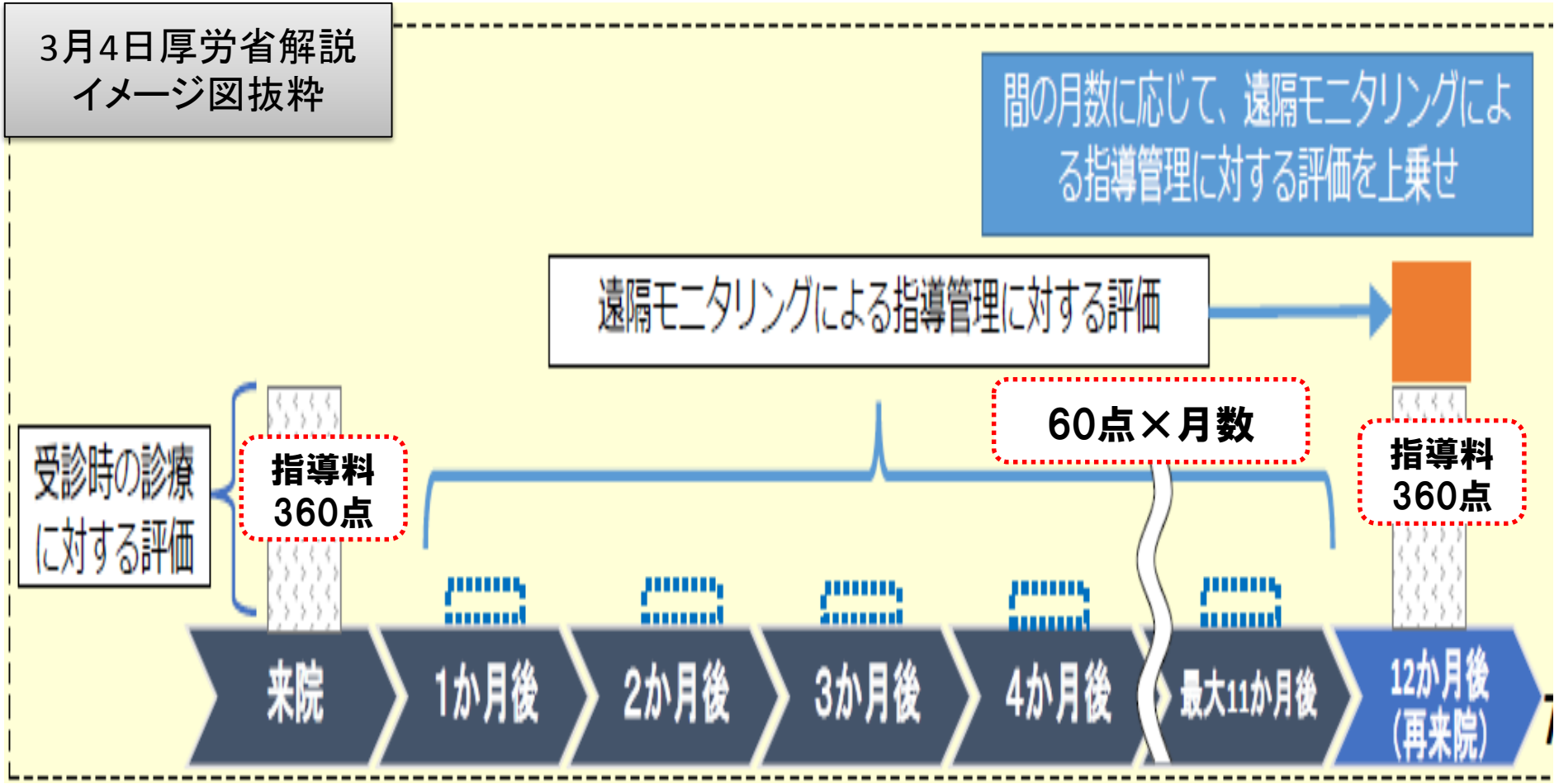
# 医学管理等

【Ⅱ－２（患者の視点等／ICTの活用）－③】
心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価　　骨子【Ⅱ－２（3）】

P31に追加

## ●B001・12　心臓ペースメーカー指導管理料

3月4日厚労省解説
イメージ図抜粋



# 医学管理等

## ●B001・16 喘息治療管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B001・16 喘息治療管理料】<br>イ　1月目　75点<br>ロ　2月目以降　25点 | 【B001・16 喘息治療管理料】<br>1 喘息治療管理料1<br>イ　1月目　75点<br>ロ　2月目以降　25点<br>2 喘息治療管理料2　280点 |

追加

| エアゾールタイプ（pMDI） | エアゾールタイプ＋スペーサー |
|---|---|
| エアゾール缶を押すことで１回分量の薬液および噴射剤がエアゾールとなって噴霧される。 | 小児や高齢者が吸入可能になる補助具として有用。 |
|  |  |

独立行政法人 環境再生保全機構
ERCA Environmental Restoration and Conservation Agency

HPに吸入補助器具種類掲載あり

［算定要件］

喘息治療管理料2は、6歳未満又は65歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

指導に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。

# 医学管理等

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－④】
がん性疼痛緩和指導管理料の見直し　　骨子【Ⅲ－1（4）】

## ●B001・22　がん性疼痛緩和指導管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料】（月1回） | 【B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料】（月1回） |
| 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合　200点 | がん性疼痛緩和指導管理料　200点 |
| 2 1以外の場合　100点 | （削除）　届出 |

追加

【経過措置】
現行のがん性疼痛緩和指導管理料2の規定については、平成29年3月31日までの間は、なお従前の例による。

がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合には、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

# 医学管理等

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－④】
がん性疼痛緩和指導管理料の見直し　　骨子【Ⅲ－１（4）】

別添2の様式5の2

［施設基準］

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。
なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

（1）「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
（2）緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

２ 届出に関する事項

（1）がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の2を用いること。
（2）１に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

# 医学管理等

様式５の２

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | 氏　　名 | 研修の有無 |
|---|---|---|
| 緩和ケアの経験を有する医師の氏名等 | | 有　・　無 |
| | | 有　・　無 |
| | | 有　・　無 |
| | | 有　・　無 |
| | | 有　・　無 |
| | | 有　・　無 |

［記載上の注意］
　緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

**「がん性疼痛緩和指導管理料」（様式5の2）**

# 糖尿病透析予防指導管理料

○ 糖尿病性腎症の患者に対し、透析予防のための指導を行った場合に診療報酬上の評価が設けられている。

## B001 27 糖尿病透析予防指導管理料 （月1回　350点）

施設基準に適合した保険医療機関において、糖尿病の患者（※1）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導（※2）を行った場合に、月1回に限り算定する。

（※1）HbA1cがJDS値で6.1%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用しているものであって、糖尿病性腎症第2期以上

（※2）日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施

中医協総—1　27.12.11 技術的事項等について その6

# 医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－５(1)】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

1．糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

**新設**

B001・27 注5

**届出**　糖尿病透析予防指導管理料　腎不全期患者指導加算　100点

［算定要件］
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において、**腎不全期(eGFR(ml/分/1.73m2)が 30未満)**の患者に対し、**専任の医師が**、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、**その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等**について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

**追加**

運動指導については
「日本腎臓リハビリテーション学会」から
「保存期ＣＫＤ患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」

# 医学管理等

P38差し替え

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－5（1）】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

1．糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

新設

B001・27 注5

届出　糖尿病透析予防指導管理料　腎不全期患者指導加算　100点

［算定要件］
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において、腎不全期(eGFR（ml/分/1.73m2）が 30未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

追加

運動指導については
「日本腎臓リハビリテーション学会」から
「保存期ＣＫＤ患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」

# 医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－５(1)】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

### B001・27 注5 糖尿病透析予防指導管理料　腎不全期患者指導加算

別添7の様式5の8

[施設基準]
次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。
① 4月前から3月前までの間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定した eGFRCr又は eGFRCys(ml/分/1.73m2)が 30 未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)

② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
ア) 血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下している。
イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20％以上低下している。
ウ) ①で eGFRCr又は eGFRCysを測定した時点から前後3月時点の eGFRCr又は eGFRCysを比較し、その1月あたりの低下が 30％以上軽減している。

# 医学管理等

## 【CKDの重症度分類】

| 原疾患 | | 蛋白尿区分 | | A1 | A2 | A3 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 糖尿病 | | 尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr) | | 正常 | 微量アルブミン尿 | 顕性アルブミン尿 |
| | | | | 30 未満 | 30～299 | 300 以上 |
| 高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他 | | 尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr) | | 正常 | 軽度蛋白尿 | 高度蛋白尿 |
| | | | | 0.15 未満 | 0.15～0.49 | 0.50 以上 |
| GFR区分 (m L/分/1.73 $m^2$) | G1 | 正常または高値 | ≧90 | | | |
| | G2 | 正常または軽度低下 | 60～89 | | | |
| | G3a | 軽度～中等度低下 | 45～59 | | | |
| | G3b | 中等度～高度低下 | 30～44 | | | |
| | G4 | 高度低下 | 15～29 | | | |
| | G5 | 末期腎不全 (ESKD) | <15 | | | |

重症度は原疾患・GFR 区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する．CKD の重症度は死亡，末期腎不全，心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に，黄，オレンジ，赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する．（KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変）

（「CKD 診療ガイド 2012」より引用

# 医学管理等

## 【CKDステージに対する運動のメッツ表】

| CKD ステージ | 運動強度 |
|---|---|
| G1 | 5-6 メッツ以下 |
| G2 | |
| G3a | 4-5 メッツ以下 |
| G3b | |
| G4 | 3-4 メッツ以下 |
| G5 | |

運動のメッツ表

| メッツ | 3 メッツ以上の運動の例 |
|---|---|
| 3.0 | ボウリング，バレーボール，社交ダンス（ワルツ，サンバ，タンゴ），ピラティス，太極拳 |
| 3.5 | 自転車エルゴメーター（30 ～ 50 ワット），自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽･中等度），体操（家で，軽・中等度），ゴルフ（手引きカートを使って），カヌー |
| 3.8 | 全身を使ったテレビゲーム（スポーツ・ダンス） |
| 4.0 | 卓球，パワーヨガ，ラジオ体操第 1 |
| 4.3 | やや速歩（平地，やや速めに＝ 93 m/分），ゴルフ（クラブを担いで運ぶ） |
| 4.5 | テニス（ダブルス）*，水中歩行（中等度），ラジオ体操第 2 |
| 4.8 | 水泳（ゆっくりとした背泳） |
| 5.0 | かなり速歩（平地，速く＝ 107 m/分），野球，ソフトボール，サーフィン，バレエ（モダン，ジャズ） |
| 5.3 | 水泳（ゆっくりとした平泳ぎ），スキー，アクアビクス |
| 5.5 | バドミントン |
| 6.0 | ゆっくりとしたジョギング，ウェイトトレーニング（高強度，パワーリフティング，ボディビル），バスケットボール，水泳（のんびり泳ぐ） |
| 6.5 | 山を登る（0 ～ 4.1 kg の荷物を持って） |
| 6.8 | 自転車エルゴメーター（90 ～ 100 ワット） |
| 7.0 | ジョギング，サッカー，スキー，スケート，ハンドボール* |
| 7.3 | エアロビクス，テニス（シングルス）*，山を登る（約 4.5 ～ 9.0 kg の荷物を持って） |
| 8.0 | サイクリング（約 20 km/時） |
| 8.3 | ランニング（134 m/分），水泳（クロール，ふつうの速さ，46 m/分未満），ラグビー* |
| 9.0 | ランニング（139 m/分） |
| 9.8 | ランニング（161 m/分） |
| 10.0 | 水泳（クロール，速い，69 m/分） |
| 10.3 | 武道・武術（柔道，柔術，空手，キックボクシング，テコンドー） |
| 11.0 | ランニング（188 m/分），自転車エルゴメーター（161 ～ 200 ワット） |

| メッツ | 3 メッツ未満の運動の例 |
|---|---|
| 2.3 | ストレッチング，全身を使ったテレビゲーム（バランス運動，ヨガ） |
| 2.5 | ヨガ，ビリヤード |
| 2.8 | 座って行うラジオ体操 |

（「日本腎臓病学会 慢性腎臓病
生活･食事指導マニュアルより引用）

# 医学管理等

様式５の８

糖尿病透析予防指導管理料　腎不全期患者指導加算に係る報告書

報告年月日：　　年　月　日

| | | |
|---|---|---|
| 本指導管理料を算定した患者数<br>（期間：　　年　月～　　年　月） | ① | 名 |
| ①のうち、$eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ (ml/分/1.73m²) が 30 未満であったもの | ② | 名 |
| ②のうち、①の算定時点から３か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの | ③ | 名 |
| ②のうち、①の算定時点から３か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの | ④ | 名 |
| ②のうち、①で $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を算定した時点から前後３月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その１月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの | ⑤ | 名 |
| ③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数 | ⑥ | 名 |
| ②／⑥ | | % |

【記載上の注意点】

１．①の期間は、報告年月日の４月前までの３か月間とする。

例：平成２８年１０月１日の報告

↓

平成２８年４月１日～２８年６月３０日

２．⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例１：

| 測定年月日 | ２月１９日 | ５月１９日 | ８月１９日 |
|---|---|---|---|
| $eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m²) | 33.7 | 28.6 | 25.6 |

→前３月では（33.6-28.6）／３月＝1.67/月、
後３月では（28.6-25.6）／３月＝1.00/月
(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、20%以上となるため該当。

## 「糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算」（様式5の8）

２．⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例１：

| 測定年月日 | ２月１９日 | ５月１９日 | ８月１９日 |
|---|---|---|---|
| $eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m²) | 33.7 | 28.6 | 25.6 |

→前３月では（33.6-28.6）／３月＝1.67/月、
後３月では（28.6-25.6）／３月＝1.00/月
(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、20%以上となるため該当。

なお、日付は±１週間の範囲で変動しても差し支えない。

例２

| 測定年月日 | ２月１２日 | ５月１９日 | ８月１２日 |
|---|---|---|---|
| $eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m²) | 33.7 | 28.6 | 25.6 |

→２月１２日から５月１９日は３月より長く、５月１９日から８月１２日は３月より短いが、±１週間の範囲であるため、例２と同様に計算する。

# 医学管理等

様式５の６

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区　分 | 氏　名 | 経験年数 | 専任 | 常勤 | 研修受講 |
|---|---|---|---|---|---|
| １　糖尿病指導の経験を有する医師 | | | □専任 | □ | |
| | | | □専任 | □ | |
| | | | □専任 | □ | |
| ２　糖尿病指導の経験を有する看護師（又は保健師） | | | □専任 | □ | □ |
| | | | □専任 | □ | □ |
| | | | □専任 | □ | □ |
| ３　糖尿病指導の経験を有する管理栄養士 | | | □専任 | □ | |
| | | | □専任 | □ | |
| | | | □専任 | □ | |

［記載上の注意］

１　「１」～「３」については、医師、看護師（又は保健師）、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。

２　「２」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

３　「２」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。

４　注4に規定する点数を算定する場合は、「１」～「３」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

**「糖尿病透析予防指導管理料」（様式5の6）**

# 医学管理等

参考資料

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－5（1）】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

別添2の様式5の6

［施設基準］

（1）当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（2）（1）のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

（3）（1）のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。

ア 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者

なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

① 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

# 医学管理等

参考資料

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－５（1）】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

［施設基準］

③ 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。

④ 通算して10時間以上のものであること。

イ　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を５年以上有する者

（4）（1）のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。

（5）（1）のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

（6）（2）から（4）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（7）（2）から（5）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

# 医学管理等

参考資料

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価　骨子【Ⅳ－５（1）】

## ●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

［施設基準］

（8）注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する医師（（2）を満たすこと。）

イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師（看護師にあっては、（3）のアを満たすこと。保健師にあっては、（4）を満たすこと。）

ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士（（5）を満たすこと。）

（9）腎不全期患者指導加算は次項目参照。

（10）糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

（11）病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添3の第1の1の（7）と同様であること。

（12）糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生局（支）局長に報告していること。

# 医学管理等

参考資料

様式13の2

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・7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 | □ 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| □ 医師事務作業補助体制加算1（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 | □ 医師事務作業補助体制加算2（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| □ ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | □ 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | □ 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間配置加算 | 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 |
| □ 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | □ 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | □ 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | □ 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| □ 病棟薬剤業務実施加算 | 年 月 日 | □ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月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及び処遇の改善に資する計画

（ⅰ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 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（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小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及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
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
□ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(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（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前: 職種: ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名: ） □ なし

## 「糖尿病透析予防指導管理料」（新規・7月報告）（様式13の2）

〔記載上の注意〕
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、 ① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算１の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

# 医学管理等

## ●救急患者の受入れ体制の充実

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料】<br>200点<br>当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定する | 【B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料】<br>600点<br>当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定する。 |

月曜日から金曜日（休日を除く）の
午後６時から午前８時までの時間帯をいう
（3/5 日本医師会Q&Aより）

**加算**

注2　精神科疾患患者等受入加算　＋400点

対象患者は深夜、時間外又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、下記のいずれかのものとする

イ　過去6月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ　アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

# Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進と機能分化・強化、連携に関する視点

H28年
新設

**ポイント**

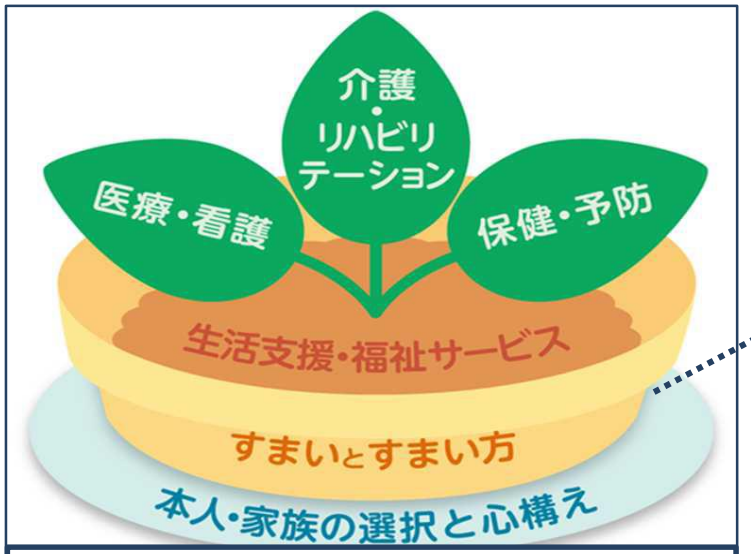
小児外来
かかりつけ医

●3歳未満
※就学児まで
の評価あり

予防接種
健診結果等
をも把握
助言指導

連携

他の専門
医療機関




平成25年3月：地域包括ケア研究会報告書より

**H26年改定にて新設**
**●地域包括診療料**
**●地域包括診療加算**

H28年
医師の要件
緩和

H28年
新設

**ポイント**

**●糖尿病**
**●高血圧**
**●脂質異常症**
**●認知症**

認知症高齢者数の推計

2012年：約462万人 ⇒ 2025年：約700万人

**鑑別診断の重要性**

# 初・再診料／医学管理等

【Ⅰ－3－1（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－②】
地域包括診療料等の施設基準の緩和　　骨子【Ⅰ－3－1（1）】

## ●地域包括診療料・地域包括診療加算

別添2の様式2の3

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【 A001 再診料（注12）地域包括診療加算】 | 【 A001 再診料（注12）地域包括診療加算】 |
| ［施設基準］ | ［施設基準］ |
| （略） | （略） |
| 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか１つを満している。 | 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか１つを満している。 |
| ①　時間外対応加算１又は2の届出を行っている。 | ①　時間外対応加算１又は2の届出を行っている。 |
| ②　常勤の医師が3名以上配置されている。 | ②　常勤の医師が2名以上配置されている。 |
| ③　在宅療養支援診療所である。 | ③　在宅療養支援診療所である。 |
| （略） | （略） |

# 初・再診料／医学管理等

【Ⅰ－3－1（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－②】
地域包括診療料等の施設基準の緩和　　骨子【Ⅰ－3－1（1）】

## ●地域包括診療料・地域包括診療加算

別添2の様式7の7

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B001-2-9　地域包括診療料　】<br>［施設基準］<br><br>在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。<br><br>ア　診療所の場合<br>①　時間外対応加算1の届出を行っていること。<br>②　常勤の医師が3名以上配置されていること。<br>③　在宅療養支援診療所であること。<br><br>イ　病院の場合<br>①　医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪番制病院であること。<br>②　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。<br>③　在宅療養支援病院の届出を行っていること。 | 【B001-2-9　地域包括診療料　】<br>［施設基準］<br><br>在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。<br><br>ア　診療所の場合<br>①　時間外対応加算1の届出を行っていること。<br>②　常勤の医師が2名以上配置されていること。<br>③　在宅療養支援診療所であること。<br><br>イ　病院の場合<br>（削除）<br><br>①　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。<br>②　在宅療養支援病院の届出を行っていること。 |

# ●B001-2-9地域包括診療料●A001地域包括診療加算

平成26年3月5日版　厚生労働省
平成26年度診療報酬改定の概要より抜粋

平成26年度診療報酬改定

主治医機能の評価について

再診料の加算です

| | 地域包括診療料 1,503点（月1回） | | 地域包括診療加算 20点（1回につき） |
|---|---|---|---|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | 下記以外は包括<br>・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料　診療情報提供料（Ⅱ）。在宅医療に係る点数（訪問診療料、在総管 、特医総管を除く。）。薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）。<br>・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。<br>※当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行い、その旨を院内に掲示する | | 出来高 |
| 対象疾患 | 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。） | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。（経過措置1年） | | |
| 服薬管理 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること　等 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする　等<br>（患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。） | |
| | ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する<br>・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う　等<br>・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする | | |
| 健康管理 | ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等 | | |
| 介護保険制度 | ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。<br>・下記のいずれか一つを満たす<br>①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供<br>②地域ケア会議に年1回以上出席<br>③居宅介護支援事業所の指定<br>④介護保険の生活期リハの提供<br>⑤介護サービス事業所の併設<br>⑥介護認定審査会に参加<br>⑦所定の研修を受講<br>⑧医師がケアマネージャーの資格を有している<br>⑨（病院の場合）総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定 | | |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | ・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っている | | |
| | ・下記のすべてを満たす<br>①2次救急指定病院又は救急告示病院<br>②地域包括ケア病棟入院料等の届出<br>③在宅療養支援病院 | ・下記のすべてを満たす<br>①時間外対応加算1の届出<br>②常勤医師が3人以上在籍<br>③在宅療養支援診療所 | ・下記のうちいずれか1つを満たす<br>①時間外対応加算1又は2の届出<br>②常勤医師が3人以上在籍<br>③在宅療養支援診療所 |

4疾患の服薬管理

要介護被保険者等に対して、維持期の運動リハ・脳リハは原則算定不可

主治医意見書に関する

常勤のケアマネを配置

医師の数

参考

主治医機能を評価した点数になります。初回算定時に患者の署名付きの同意書を作成し、カルテに貼付しなければならない決まりがあります

A001 再診料（注12）地域包括診療加算 20点（１回につき）診療所のみ）
B001-2-9地域包括診療料　1,503点（月１回）（診療所・許可病床数200床未満）

| 主治医機能を評価する新たな包括点数導入の提案 | | |
|---|---|---|
| 主治医が果たすべき内容 | 服薬管理 | ・患者が通院している医療機関をすべて把握する<br>・処方されている医薬品を全て管理<br>・（配置されている薬剤師等）が、一元的な服薬管理を行う体制 |
| | 健康管理（たばこ対策含む） | ・健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載<br>→評価結果をもとに患者の健康状態を管理 |
| | 介護保険 | ・要介護認定の主治医意見書の作成<br>・居宅療養管理指導等の介護サービスを提供 |
| | 外来から在宅までの継続した医療（24時間対応） | ・在宅医療への積極的な関与<br>・時間外等積極的な24時間対応の体制 |

中医協総会（H25.10.9）より抜粋

# 初・再診料

様式２の３

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|---|---|---|
| ① | 診療所名 | |
| ② | 研修を修了した医師の氏名 | |
| ③ | 健康相談を実施している旨を院内掲示している | □ |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名 | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | □ |
| ⑥ | 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している | □ |
| | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している | □ |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | － |
| | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供 | □ |
| | 地域ケア会議に年1回以上出席 | □ |
| | 居宅介護支援事業所の指定 | □ |
| | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供 | □ |
| | 介護サービス事業所の併設 | □ |
| | 介護認定審査会に参加 | □ |
| | 所定の研修を受講 | □ |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | □ |
| ⑦ | 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示している | □ |
| ⑦-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | － |
| | 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること | □ |
| | 常勤の医師が2名以上配置されていること | □ |
| | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること | □ |

## 「地域包括診療加算」（様式２の３）

平成２６年度中に研修実績を添えて届け出た場合は、平成２７年４月１日から起算して２年ごとに４月１日までに研修実績を提出する必要がある。
当初の届出時には研修実績を提出せず、追って平成２６年度中に研修実績を提出した場合についても同様である。
なお、平成２７年４月以降に初回の届出を行った場合は、当該届出に係る診療報酬を算定する月の１日から起算して２年ごとに研修実績を提出する必要がある。
（地域包括診療料も同様）
（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

様式７の７

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|---|---|---|
| ① | 保険医療機関名（診療所又は 200 床未満の病院） | |
| ② | 研修を修了した医師の氏名 | |
| ③ | 健康相談を実施している旨を院内掲示している | □ |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名（診療所の場合） | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | □ |
| ⑥ | 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している | □ |
| | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している | □ |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | － |
| | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供 | □ |
| | 地域ケア会議に年1回以上出席 | □ |
| | 居宅介護支援事業所の指定 | □ |
| | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供 | □ |
| | 介護サービス事業所の併設 | □ |
| | 介護認定審査会に参加 | □ |
| | 所定の研修を受講 | □ |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | □ |
| | 総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること（病院の場合） | □ |
| ⑦ | 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している | □ |
| ⑦-2 | 診療所の場合　■以下の全てを満たす | － |
| | 時間外対応加算1の届出を行っていること | □ |
| | 常勤の医師が2名以上配置されていること | □ |
| | 在宅療養支援診療所であること | □ |
| ⑦-3 | 病院の場合　■下記の全てを満たす | － |
| | 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること | |
| | 在宅療養支援病院であること | |

［記載上の注意］

1．研修受講した修了証の写しを添付すること。
2．⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
2．⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3．⑦-2、⑦-3 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

## 「地域包括診療料」（様式7の7）

・認知症地域包括診療料・加算について
内科が専門ではない医師が取るには、地域包括診療料・加算の施設基準を満たす必要がある。これらの施設基準の中には、高血圧症や脂質異常症等、内科的な疾患についての研修要件なども含まれているので、そういった施設基準を満たすことが必要になる。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 初・再診料／医学管理等

H30年
医療と介護の同時
改定を見据えて

【Ⅰ－３－１（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
認知症に対する主治医機能の評価　　骨子【Ⅰ－３－１(1)】

新設

B001-2-10　認知症地域包括診療料　1,515点（月1 回）

A001 再診料

注12　認知症地域包括診療加算　30点（再診料に加算）

［算定要件］

認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者１人につき月１回に限り算定する。（加算については、再診料に加算する）

(1) 認知症以外に１以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。

・疾患範囲は象慢性疾患に必ずしも限定するものではない。
継続して診療を受ける必要がある程度の疾患であればよい。
・地域包括診療加算と認知症地域包括診療加算を1カ所の医療機関で
併算定はできない。また、複数の医療機関では、対象疾患の重複がなければ算定できる。（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

(2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
①１処方につき５種類を超える内服薬があるもの。
②１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの。

(3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。

別添2の様式7の7

［施設基準］
地域包括診療料（加算は地域包括診療加算）の届出を行っていること。

地域包括診療料（加算）の届出をしていれば、
認知症地域包括診療料（加算）の届出は不要
（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

【Ⅰ－３－１（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－③】
小児かかりつけ医の評価　　骨子【Ⅰ－３－１（2）】

## ●B001-2-11 小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ医と地域医療連携

新設

届出 小児かかりつけ診療料

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 処方せんを交付する場合 | |
| | イ　初診時 | 602点 |
| | ロ　再診時 | 413点 |
| 2 | 処方せんを交付しない場合 | |
| | イ　初診時 | 712点 |
| | ロ　再診時 | 523点 |

［包括範囲］
下記以外は包括とする。
（1）初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
（2）地域連携小児夜間・休日診療料
（3）院内トリアージ実施料
（4）夜間休日救急搬送医学管理料
（5）診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）
（6）電子的診療情報評価料
（7）往診料（往診料の加算を含む。）

専門の診療が必要となり、小児かかりつけ診療料の算定患者を診療情報提供書を添えて他の医療機関に紹介した場合には、小児科外来診療料とは異なり、別途算定できる。（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

例外として、月の途中で転院した場合。やむを得ず2カ所の保険医療機関で算定する場合には、明細書の摘要欄に理由を記載することとしている。理由がなければいけないということになる。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

［算定要件］

（1）対象患者は、継続的に受診している3歳未満の患者（3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については未就学児まで算定できる。）であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者とし、原則として1か所の保険医療機関が算定する。

（2） 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。

（3） 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導及び診療を行うこと。

（4） 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。

（5） 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

（6） 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

（7） 上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示すること。

患者の健診の受診状況や予防接種歴の把握は、様式の中に参考例として入れているが、母子手帳の提示を受けて確認するといったことが考えられる。
その上で、必要な事項等は診療録に記載した上で指導することになる。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

診療を伴わない助言・指導や健康相談のみが行われる場合については算定できない。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

【Ⅰ－３－１（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－③】
小児かかりつけ医の評価　　骨子【Ⅰ－３－１（2）】

## ●小児かかりつけ診療料

別添2の様式7の8

B001-2小児科外来診療料を算定していること

[施設基準]
（1）小児科外来診療料の~~届出を行っている保険医療機関であること~~。

（2）時間外対応加算１又は2の届出保険医療機関であること。

時間外対応加算は診療所のみ

（3）小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上いること。

（4）以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
① 初期小児救急への参加
② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
③ 定期接種の実施
④ 小児に対する在宅医療の提供
⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

休日又は夜間の診療を月１回以上の頻度で行っていること

過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児

- 内科・小児科や外科・小児科を標榜し、医師１人の場合でも算定できる。ただし、小児科外来診療料を算定している保険医療機関であって、当該医師は、専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師であること
- 小児科を含めて複数の診療科を標榜する医療機関で、小児科以外の診療科のみを受診した場合も小児かかりつけ診療料で算定すること
- 小児かかりつけ診療料は小児科外来診療料と同様に、届出した医療機関では対象患者すべてに算定ではなく、医療機関が説明を行い、同意を得た患者のみ算定となる。
- 再診電話等により行われた場合、再診料や乳幼児加算の点数を算定する。

（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

（別紙様式 10）

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

**当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。**

- ○ 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- ○ 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- ○ 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- ○ 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。

| | | |
|---|---|---|
| 連絡先 | ▲▲医院 | ●●●−●●●−●●●● |
| 提携医療機関 | ◆◆医院 | ●●●−●●●−●●●● |
| 小児救急電話相談 | | #●●●● |

**患者さん・ご家族へのお願い**

- ○ 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。）
- ○ 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。（母子健康手帳に記載されています。）

**「小児かかりつけ診療料」（別紙様式10）**

患者。家族に署名をしてもらうような、同意を必須としている。参考の様式を示しているので、参考にしながら、医療機関で確認していただく仕組みにしている。

（ ３／４ 厚労省説明会 質疑応答より~~より~~）

**削除**

# 医学管理等

P61差し替え

（別紙様式 10）

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

**当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。**

- ○ 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- ○ 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- ○ 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- ○ 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。

| | | |
|---|---|---|
| 連絡先 | ▲▲医院 | ●●●−●●●−●●●● |
| 提携医療機関 | ◆◆医院 | ●●●−●●●−●●●● |
| 小児救急電話相談 | | #●●●● |

**患者さん・ご家族へのお願い**

- ○ 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。）
- ○ 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。（母子健康手帳に記載されています。）

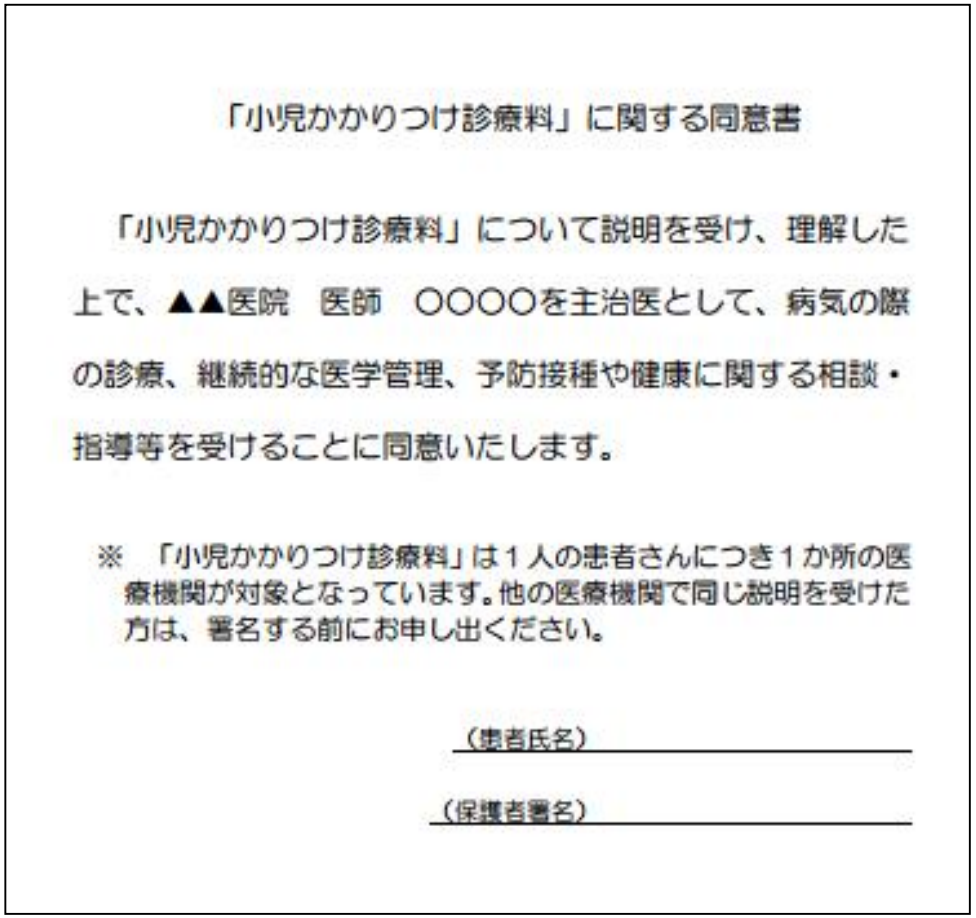
**「小児かかりつけ診療料」（別紙様式10）**

患者。家族に署名をしてもらうような、同意を必須としている。参考の様式を示しているので、参考にしながら、医療機関で確認していただく仕組みにしている。

（ ３／４ 厚労省説明会 質疑応答より~~より~~）

削除

# 医学管理等



「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院　医師　○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※　「小児かかりつけ診療料」は１人の患者さんにつき１か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**「小児かかりつけ診療料」**
**（別紙様式10）**

**●患者さんにより請求が分かれる？**
**①小児科外来診療料、②小児かかりつけ診療料、③在宅療養の算定患者等出来高**

# 医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－②】
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大　　骨子【Ⅳ－５(2)】

## ●B001-3-2　ニコチン依存症管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【ニコチン依存症管理料】<br><br>（新設） | 【ニコチン依存症管理料】<br><br>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の　70に相当する点数を算定する。 |
| ［算定要件］<br>ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。<br>①「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること。<br>② １日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が 200以上であるものであること。 | ［算定要件］<br>ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。<br>①「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること。<br>② 35歳以上の者については、１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が 200以上であること。 |

# 医学管理等

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－②】
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大　　骨子【Ⅳ－５（2）】

## ●B001-3-2　ニコチン依存症管理料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ③（略） | ③（略） |
| （新設） | ［別に厚生労働大臣が定める基準］<br>当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。 |

別添2の様式2

・今回、３５歳未満の者については
　１日の喫煙本数×喫煙年数≧２００
の要件が廃止の考えになる

・未成年者については、依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

［経過措置］
当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回未満である場合の減算については、初回は平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平成29年7月1日より算定を行う。

# 医学管理等

様式8の2

## ニコチン依存症管理料に係る報告書

報 告 年 月 日 ： 年7月 日

| | | |
|---|---|---|
| 本管理料を算定した患者数<br>（期間： 年4月～ 年3月） | ① | 名 |

| | | |
|---|---|---|
| ①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者 | ② | 名 |
| ②のうち、禁煙に成功した者 | ③ | 名 |
| 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①－②)のうち、中止時に禁煙していた者 | ④ | 名 |
| ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数<br>（前年4月1日から当年3月末日までの一年間） | ⑤ | 回 |
| ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数<br>（前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む） | ⑥ | 回 |

| | |
|---|---|
| ・喫煙を止めたものの割合＝(③＋④)／① | % |
| ・治療の平均継続回数＝⑥／⑤ | 回 |

[記載上の注意]

1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。

2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

**「ニコチン依存症管理料」（様式8の2）**

# 医学管理等

【Ⅳ－６（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－①】
実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価　　骨子【Ⅳ－６（1）（2）】

## ●実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 B001-4　手術前医学管理料 】<br>【 B001-5　手術後医学管理料 】<br><br>［包括される検査］<br>ニ　血液化学検査 | 【 B001-4　手術前医学管理料 】<br>【 B001-5　手術後医学管理料 】<br><br>［包括される検査］<br>ニ　血液化学検査<br>不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、<br>総鉄結合能（TIBC）（比色法）<br>が追加 |

# 医学管理等

【Ⅰ－３－３（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－②】
医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実　骨子【Ⅰ－３－３(1)】

## ●医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 B005-1-2 介護支援連携指導料 】 | 【B005-1-2 介護支援連携指導料 】 |
| 介護支援連携指導料　300点 | 介護支援連携指導料　400点 |
| 【 B004、B005 退院時共同指導料】 | 【 B004、B005 退院時共同指導料 】 |
| 退院時共同指導料１ | 退院時共同指導料１ |
| １　在宅療養支援診療所の場合　1,000点 | １　在宅療養支援診療所の場合　1,500点 |
| ２　１以外の場合　600点 | ２　１以外の場合　900点 |
| 退院時共同指導料２　300点 | 退院時共同指導料２　400点 |

## ●B005-6-4　外来がん患者在宅連携指導料

新設

B005-6-4
外来がん患者在宅連携指導料　　500点（１人につき１回に限る。）

［算定要件］
外来で化学療法又は緩和ケアを実施している**進行がんの患者**であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、**患者の同意を得た上で**、**在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関**に対して**文書で紹介**を行った場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

◆参考
在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院において加算が新設。
（往診・訪問診療・在宅時医学総合診療料等に「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」）

1、緩和ケア等の研修を受けた常勤医師がいること。
2、過去１年間の実績
①緊急往診１５件以上
②看取り２０件以上、
③緩和ケア病棟又は在宅での看取りが１０件以上の医療機関は、３か月以上の勤務歴がある在宅医療を担当する常勤の医師がいること
④患者が自ら注射によるオピオイド系の注入を行う鎮痛療法を２件以上

# 医学管理等

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－②】
がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実　骨子【Ⅱ－３（12）】

## ●B005-6-4　外来がん患者在宅連携指導料

［保険医療機関の基準］
**外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の届出**を行っていること。

［届出に関する事項］
外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の届出を行っていればよく、
外来がん患者在宅連携指導料として、**特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない**こと。

# 医学管理等

【Ⅲ－２（重点的な対応が求められる分野／認知症対策の推進）－②】
診療所型認知症疾患医療センターの評価　　骨子【Ⅲ－２（2）】

## ●B005-7　認知症専門診断管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【認知症専門診断管理料】 | 【認知症専門診断管理料】 |
| １ 認知症専門診断管理料1　700点 | １ 認知症専門診断管理料1 |
| （新設） | イ　基幹型または地域型　700点 |
| | ロ　診療所型　500点（新） |
| ２ 認知症専門診断管理料2　300点 | ２ 認知症専門診断管理料2　300点 |

［施設基準］
１ 認知症専門診断管理料１に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（（平成26年7月9日老発0709第3号）における認知症疾患医療センターであること。
２　認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。

※認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと

# 医学管理等

病棟看護師等
と
チーム連携

●下部尿路機能障害の患者に、病棟でのケアや多職種チームによる尿路機能の回復のための包括的排尿ケアを評価する。

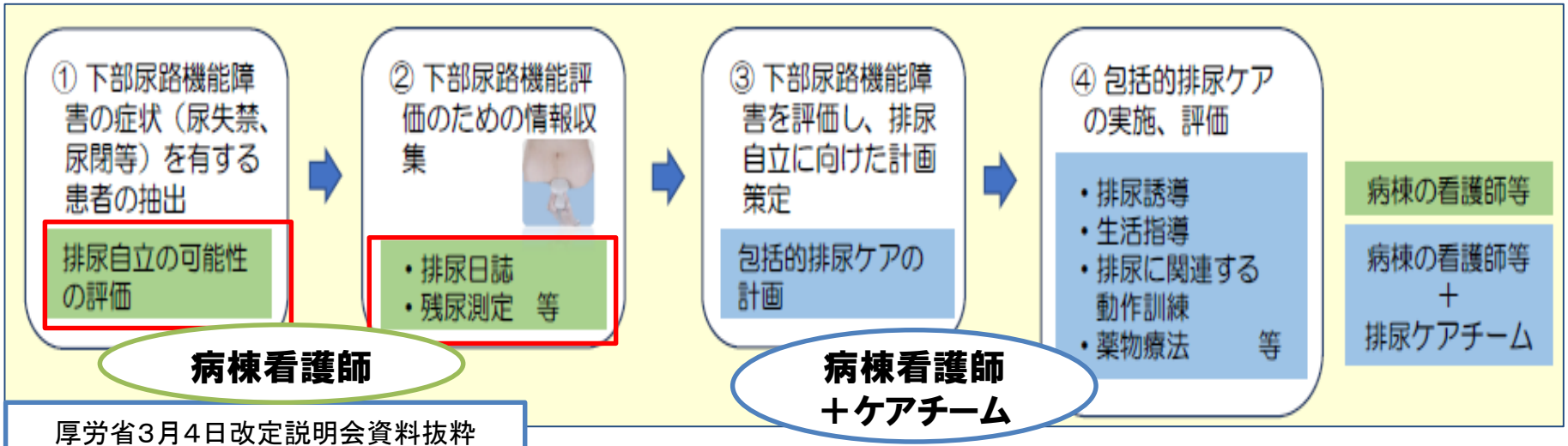
**新設** 届出

B005-9　排尿自立指導料　200点（週１回）

［主な算定要件］

① 対象患者：○入院中の患者
○尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者。
○尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者。

② 算定回数：週１回、計６回を限度として算定。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。




厚労省3月4日改定説明会資料抜粋

# 医学管理等

別添2の様式13の4

［施設基準］

① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。

ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
⇒３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了したもの。
※他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師の対診による当該チーム参画でもよい。

イ　下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を３年以上有し、所定の研修（16時間以上）を修了した専任の常勤看護師

ウ　下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士

② 排尿ケアチームは、
対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

# 医学管理等

## ●排尿自立指導料　届出に係る医師と看護師の適切な研修

| | 排尿ケアの研修を修了した医師 | 経験3年以上の専任の常勤看護師 |
|---|---|---|
| 【主催】 | 国、都道府県又は医療関係団体等 | 国又は医療関係団体等 |
| 【具体的な研修内容】 | 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。 | ・次の事項に該当する研修<br>①下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれること。<br><br>②排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、<br>下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれていること。 |
| 【研修期間等】 | 通算して6時間以上のものであること。 | 通算して16時間以上のものであること。 |

# 医学管理等

様式１３の４

## 排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　排尿自立指導に係るチームの構成員

（□には、適合する場合「✔」を記入すること。）

| 区　　分 | 氏　　名 | 備考 |
|---|---|---|
| ア　医師 | | □泌尿器科<br>□自院<br>□他院<br>□３年以上の経験<br>□その他の診療科<br>（　　）<br>□研修受講 |
| イ　専任の常勤看護師 | | □研修受講<br>□３年以上の経験 |
| ウ　専任の常勤理学療法士 | | |

２　排尿ケアに関するマニュアルの作成

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／周知 | マニュアルに含まれている内容 |
|---|---|
| □作　成<br>□周　知 | □スクリーニングの方法<br>□膀胱機能評価の方法 |

３　職員を対象とした院内研修の実施

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 実施 | 内容 |
|---|---|
| □実　施<br>□実施予定 | 実施日　（　　）<br>実施予定日（　　） |

【記載上の注意】

１　「１」のについては、備考欄の該当するものに「✔」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を（　）内に記載し、３年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に３年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。

２　「３」については、予定されている場合の記載でもよい。

**「排尿自立指導料」**
**（様式13の4）**

# 医学管理等

## ●退院直後の在宅療養支援に関する評価

医師または医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師が訪問
⇒患家、介護保険施設、指定障害者施設等
※介護老人保健施設入所中や他の医療機関の入院中は算定不可

**新設**

B007-2　退院後訪問指導料　580点（1回につき）
注２　訪問看護同行加算　20点

次ページ

［算定要件］

（1）特掲診療料の施設基準等の**別表第八に掲げる状態の患者**若しくは**認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上**の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。

（2）入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、**5回**を限度として算定する。ただし、退院日は除く。

（3）在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後**1回**に限り、所定点数に加算する。

参考

## 別表第8（現行）

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2. 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4. 真皮を越える褥瘡の状態にある者

5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

# 医学管理等

【Ⅰ－３－２（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価　　骨子【１－３－２（1）】

## ●救命救急入院料等における薬剤管理指導料

薬剤管理指導料１は
H28年9月30日まで経過措置
ただし、病棟薬剤業務実施加算２
との併算定不可

### B008　薬剤管理指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【B008 薬剤管理指導料】<br><br>１ 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合　430点<br><br>２ 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（１に該当する場合を除く。）　380点<br><br>３ １及び２の患者以外の患者に対して行う場合　325点 | 【B008 薬剤管理指導料】<br><br>（削除）<br><br>１ 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合　380点<br><br>２ １の患者以外の患者に対して行う場合　325点 |

追加

６日以上の間隔で算定
→週１回につき月４回限度で算定可能

# 医学管理等

## ●多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

外来

新設

| | | |
|---|---|---|
| B008-2 | 薬剤総合評価調整管理料 | 250点（月1 回に限り） |
| 注2 | 連携管理加算 | 50点 |

当該保険医療機関で処方されている薬剤が2種類以上減少し、その状態が4週間以上見込まれる場合に算定

[算定要件]

（1）薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、**頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く**。）が**処方されていたもの**について、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少**した場合は、所定点数を算定する

他の医療機関と合わせた種類数から2種類以上減少した場合は、1か所の医療機関に限り算定ができる。その場合レセプトに記載。

基本的には、指示した日ではなく実際に実施した日に算定するものと考えている。（3/４厚労省説明会質疑応答より）

同一医療機関で当該点数を算定してから１年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに２種類以上減少しているときに限られている。　（3/5 日本医師会Q&Aより）

（2）連携管理加算

処方内容の調整に当たって、**別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供**を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。

ただし、連携管理加算を算定した**同一日**においては、同一の別の保険医療機関に対して、B009 **診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない**。

# 医学管理等

## B009　診療情報提供料(Ⅰ)

| 項　目 | | 点　数 | 算　定　要　件 |
|---|---|---|---|
| 診療情報提供料(Ⅰ)<br>（紹介先ごとに1人につき月1回） | | 250 | 別の保険医療機関での受診の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書で紹介した場合に算定 |
| 加算 | 注7 退院時加算<br>入院施設がある場合 | ＋200 | ●退院日の属する月又はその翌月に、検査結果及び画像情報等を添付した場合に加算<br>●算定対象が介護老人保健施設である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後6ヶ月間、当該加算は算定不可 |
| | 注8 ハイリスク妊産婦紹介加算　（妊娠中1回に限り） | ＋200 | ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の医療機関から(Ⅱ)の医療機関に紹介した場合に加算 |
| | 注9 認知症患者紹介加算<br>（1回につき） | ＋100 | ●認知症の疑われる患者<br>→専門医療機関での鑑別診断等のため紹介した場合に加算 |
| | 注10 認知症専門医療機関連携加算<br>（外来のみ） | ＋50 | ●認知症の専門医療機関にて<br>●すでに認知症と診断された患者<br>→症状増悪時に文書により専門医療機関へ紹介した場合に加算 |

【Ⅰ－３－３（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
退院支援に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－３－３(1)】

## ●退院支援に関する評価の充実

### B009 注14　診療情報提供料(Ⅰ)(地域連携診療計画加算)

**新設**

診療情報提供料（Ⅰ）
届出　地域連携診療計画加算　50点

［算定要件］
地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ))
(1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、入院中の患者以外の者。

(2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている 地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する。

# 医学管理等

【Ⅰ－３－３（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
退院支援に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－３－３(1)】

## ●退院支援に関する評価の充実

別添7の様式12

### B009 注14 診療情報提供料(Ⅰ)(地域連携診療計画加算)

［施設基準］
地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ))

(1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。

(2) 連携している保険医療機関と3回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

# 医学管理等

## 「地域連携診療計画加算」　（様式12、12の2）

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を策定している疾患名 | 担当医師 |
|---|---|
| | |

2．連携保険医療機関等に係る事項

（1）最初に入院を受け入れる保険医療機関

| 保険医療機関の名称 | 連絡先 |
|---|---|
| | |

（2）（1）の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

（3）（2）の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

3．地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 過去１年間の面会日 |
| | |
| | |
| | |
| | |

［記載上の注意］

1　連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。

2　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１２の２を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日

患者氏名　　殿

病名（検査・手術名）：

| 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | | ／ | ／ | ／ | | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 経過（日又は週・月単位） | １日目 | ２日目 | ３日目 | ４日目 | | ○日目 | １日目 | ○日目 | | ○日目 |
| 日時（手術日・退院日など） | 入院日 | | | | | 転院日 | | | | 退院日 |
| 達成目標 | | | | | | （転院基準） | | | | （退院基準） |
| 治療<br>薬剤<br>（点滴・内服） | | | | | | | | | | |
| 処置 | | | | | | | | | | |
| 検査 | | | | | | | | | | |
| 安静度・リハビリ（ＯＴ・ＰＴの指導を含む。） | | | | | | | | | | |
| 食事（栄養士の指導も含む。） | | | | | | | | | | |
| 清潔 | | | | | | | | | | |
| 排泄 | | | | | | | | | | |
| 患者様及びご家族への説明 | | | | | | | | | | |
| 退院時情報 | 【退院時患者状態】　病院名<br>平成　年　月　日　主治医 | | | | | | 【退院時患者状態】　病院名<br>平成　年　月　日　主治医 | | | |

※１　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
※２　入院期間については現時点で予想されるものである。
※３　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
※４　当該様式については、年に１回、毎年７月１日時点のものについて届け出ること。

# 医学管理等

【Ⅱ－２（患者の視点等／ＩＣＴの活用）－①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価　骨子【Ⅱ－２(1)】

## ●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

## B009　診療情報提供料(Ⅰ)

情報システムにおいて個人情報を保護するための基準が書いてある。
そのため、ネットワークのセキュリティについても記述があり、
どのようなネットワークであれば安全に医療情報が交換できるかの基準が書かれている。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

[算定要件]

(1) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合は、厚生労働省「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 25 年 10 月）を遵守し、安全な通信環境を確保する。

(2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

日医認証局の医師資格証を使って電子署名した場合は
要件を満たす
（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

【Ⅱ－2（患者の視点等／ICTの活用）－①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価　骨子【Ⅱ－2－（1）】

## ●検査・画像情報提供加算

## B009　診療情報提供料（Ⅰ）注15

**【経過措置】**
当該加算のイ（退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合）を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

**新設**

**検査・画像情報提供加算**

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合　200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合　30点

［算定要件］
保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 電子的に発行した診療情報提供書に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み（貼り付け）を行い、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合も算定できる。
- 電子的に発行した診療情報提供書に、診療記録のうち主要な、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等のファイルを電子的方法により添付した電子紹介状に、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合、算定できる。

（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 医学管理等

【Ⅱ－２（患者の視点等／ＩＣＴの活用）－①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価　骨子【Ⅱ－２(1)】

## ●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

### B009-2　電子的診療情報評価料

**【経過措置】**
検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

**新設**

B009-2　電子的診療情報評価料　30点

［算定要件］
保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

診療情報提供料(Ⅱ)を算定できる診療情報提供に対して１回算定できる。月に複数回の算定は事実上ない。
（3/４厚労省説明会質疑応答より）

**診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準**

［施設基準］
(1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
(2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

# 医学管理等

様式 14 の 2

検査･画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 届出を行う点数 | 検査･画像情報提供加算　　電子的診療情報評価料<br>（該当するものを○で囲むこと） | |
| 2 | 診療情報提供書の送付・受信 | イ）電子的な方法による送受を実施する<br>ロ）電子的な方法による送受を実施しない | |
| 3 | ＨＰＫＩを有する医師数及び歯科医師数（人） | 人 | ※２がロ）の場合は記入不要 |
| 4 | 検査結果・画像情報等の電子的な送受信・共有の方法 | イ）電子的な診療情報提供書に添付して送受信<br>ロ）検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可<br>ハ）他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧<br>（実施するもの全てを○で囲むこと） | |
| 5 | ネットワーク名 | | |
| 6 | ネットワークに所属する医療機関名 | 以下に５つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が５つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。<br>イ）<br>ロ）<br>ハ）<br>ニ）<br>ホ） | |
| 7 | ネットワークを運営する事務局 | 事務局名　　：<br>事務局所在地： | |
| 8 | 安全な通信環境の確保状況 | チャネル・セキュリティ　　：<br>オブジェクト・セキュリティ： | |
| 9 | 個人単位の情報の閲覧権限の管理体制 | 有　・　無<br>（該当するものを○で囲むこと） | |
| 10 | ストレージ | 有　・　無<br>（該当するものを○で囲むこと） | |
| | | （「有」の場合）<br>厚生労働省標準規格に基づくストレージ機能 | 有　・　無<br>（該当するものを○で囲むこと） |

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）
※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク
[記載上の注意]
３　表の８は、厚生労働省「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 25 年 10 月）の「外部と

**「検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料」（様式１４の２）**

# 【C 特掲診療料】⑭ 在宅医療

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－④】
休日の往診に対する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●C000　往診料の休日加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【往診料(加算)】 | 【往診料(加算)】 |
| イ　機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 | イ　機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 |
| (1) 病床を有する場合 | (1) 病床を有する場合 |
| ① 緊急に行う往診　850点 | ① 緊急に行う往診　850点 |
| ② 夜間(深夜を除く。)の往診　1,700点 | ② 夜間・休日(深夜を除く。)の往診　1,700点 |
| ③ 深夜の往診　2,700点 | ③ 深夜の往診　2,700点 |
| (2) 病床を有しない場合 | (2) 病床を有しない場合 |
| ① 緊急に行う往診　750点 | ① 緊急に行う往診　750点 |
| ② 夜間(深夜を除く。)の往診　1,500点 | ② 夜間・休日(深夜を除く。)の往診　1,500点 |
| ③ 深夜の往診　2,500点 | ③ 深夜の往診　2,500点 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－④】
休日の往診に対する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●C000　往診料の休日加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が実施した場合<br>(1) 緊急に行う往診　650点<br>(2) 夜間(深夜を除く。)の往診　1,300点<br>(3) 深夜の往診　2,300点 | ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が実施した場合<br>(1) 緊急に行う往診　650点<br>(2) 夜間・休日(深夜を除く。)の往診　1,300点<br>(3) 深夜の往診　2,300点 |
| ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合<br>(1) 緊急に行う往診　325点<br>(2) 夜間(深夜を除く。)の往診　650点<br>(3) 深夜の往診　1,300点 | ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合<br>(1) 緊急に行う往診　325点<br>(2) 夜間・休日(深夜を除く。)の往診　650点<br>(3) 深夜の往診　1,300点 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価　骨子【Ⅰ－４(1)】

## ●C001　在宅患者訪問診療料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問診療料】 | 【在宅患者訪問診療料】 |
| 在宅患者訪問診療料 | 在宅患者訪問診療料 |
| 1 同一建物居住者以外の場合　833点 | 1 同一建物居住者以外の場合　833点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 2 同一建物居住者の場合　203点（新） |
| イ 特定施設等に入居する者の場合　203点 | （削除） |
| ロ イ以外の場合　103点 | （削除） |

# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

1) 施設基準　・・・自院の施設基準の確認(①機能強化型、②在支診、在支病、③その他等)
2) 患者の居住状態　・・・施設入居者対象に該当か否か(＊1)
3) 患者の状態　・・・別に厚生労働大臣が定める状態の患者か否かの確認(＊2)
4) 訪問回数　・・・1月の中での訪問回数を計画(①月1回、②月2回以上)
5) 単一(同一建物)　・・・1月の訪問診療時において診療した患者数(①1名、②2～9名、③左記以外)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

①②は単一建物診療患者1人とみなす
①建築物の戸数の10%以下の場合
②建築物の戸数が20未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合

1) 施設基準　2) 施設入居者か否か

施設入居者以外

施設入居者

3) 患者の状態　4) 訪問回数　5) 訪問時の患者数

単一建物診療患者

単一建物診療患者以外

単一建物診療患者

単一建物診療患者以外

【その他の変更点】
・処方せんを交付しない場合は、加算点数300点を算定する。
・「重症者加算」の名称が「頻回訪問加算」となり、点数が引き下げられた
・在宅医療専門医療機関であって、在宅療養支援診療所を満たさない場合、管理料の所定点数×0.8の算定となる。

【経過措置】在宅療養支援診療所届出医療機関は、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする

# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

## ＊1　施設入居者における対象施設

① 養護老人ホーム
② 軽費老人ホーム
③ 特別養護老人ホーム
④ 特定施設
⑤ 有料老人ホーム
⑥ サービス付き高齢者向け住宅
⑦ 認知症グループホーム

今改定で追加

H28年3月以前に当該居住にて在医総管を算定した患者については
H29年3月31日まで在医総管が算定できる

## ＊2　別に厚生労働大臣が定める状態

1．以下の疾病等に罹患している状態
末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡

2．以下の処置等を実施している状態
人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与

「同一建物居住者」：在宅で療養を行っている患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者を指す。
「単一建物診療患者」：当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものを指す。

（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 在宅医療

## ●在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の包括範囲

**C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料の包括項目の追加又は明記されたもの（赤字の部分）**

1.特定疾患療養管理料
2.小児特定疾患カウンセリング料
3.小児科療養指導料
4.てんかん指導料
5.難病外来指導管理料
6.皮膚科特定疾患指導管理料
7.小児悪性腫瘍患者指導管理料
8.糖尿病透析予防指導管理料
9.生活習慣病管理料
10.在宅患者・精神科訪問看護指示
衛生材料等提供加算
11.在宅寝たきり患者処置指導管理料
12.創傷処置
13.爪甲除去
14.穿刺排膿後薬液注入
15.喀痰吸引
16.干渉低周波去痰器による喀痰排出
17.ストーマ処置
18.皮膚科軟膏処置
19.膀胱洗浄
20.後部尿道洗浄
21.留置カテーテル設置
22.導尿
23.介達牽引
24.矯正固定
25.変形機械矯正術
26.消炎鎮痛等処置
27.腰部又は胸部固定帯固定
28.低出力レーザー照射
29.肛門処置
30.投薬料

生活習慣病管理料に包括されている項目については、生活習慣病管理料だけが包括されている趣旨であり、生活習慣病管理料に含まれる項目を算定不可とする趣旨ではない。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

現行の６項目に包括されているために算定できなかった項目を明示した上で、新設された衛生材料等提供加算（Ｃ００７及びＩ０１２-２）が追加されただけで、包括範囲は拡大していない。（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価　骨子【Ⅰ－４(1)】

## ●C002　在宅時医学総合管理料

点数は患者の状態、訪問回数及び居住状況ごとに設定

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【在宅時医学総合管理料】<br><br>① 同一建物居住者以外の場合<br>② 同一建物居住者の場合 | 【在宅時医学総合管理料】<br><br>1．別に定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合<br><br>2．月２回以上訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合<br><br>3．月１回訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価　骨子【Ⅰ－４(1)】

## ●C002-2　施設入居時等医学総合管理料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【特定施設入居時等医学総合管理料】<br><br>① 同一建物居住者以外の場合<br>② 同一建物居住者の場合 | 【施設入居時等医学総合管理料】<br><br>1．別に定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合<br><br>2．月２回以上訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合<br><br>3．月１回訪問診療を実施している場合<br>① 単一建物診療患者が１人の場合<br>② 単一建物診療患者が２～９人の場合<br>③ ①及び②以外の場合 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価　骨子【Ⅰ－４(1)】

## ●C002　在宅時医学総合管理料
## ●C002-2　施設入居時等医学総合管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 重症者加算　1,000点<br>（新設） | 頻回訪問加算　600点<br><br>［別に定める状態］<br>1．以下の疾病等に罹患している状態末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡<br><br>2．以下の処置等を実施している状態<br>人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与 |

# 在宅医療

## ●C002　在宅時医学総合管理料　●C002-2　施設入居時等医学総合管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅時医学総合管理料、<br>特定施設入居時等医学総合管理料】<br><br>［同一建物居住者］<br><br>当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。 | 【在宅時医学総合管理料、<br>施設入居時等医学総合管理料】<br><br>［単一建物診療患者の人数］<br><br>当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」という。<br>ただし、在宅時医学総合管理料に限り、保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の 10％以下の場合には単一建物診療患者が１人であるものとみなす。 |

- 重症度が高く月２回以上訪問診療を行う患者１人と、月２回以上訪問診療を行う患者２人が単一建物に居住している場合、重症度が高く月２回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（２人以上９人以下）の点数を算定する。
  また、他の２人についても月２回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（２人以上９人以下）の点数を算定する。
- 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者が、月の途中で患者が２人になった場合（ ２人とも在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合）は、重症度が高く月２回以上訪問診療を行う患者であっても、２人以上の点数を算定する。（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

新設　届出

C000 注6　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（緊急、夜間・休日又は深夜の往診）　100点

C001 注6　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（ターミナルケア加算）
1,000点

C002　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅時医学総合管理料）
注7・イ
（1）単一建物診療患者数が１人の場合　400 点
（2）単一建物診療患者数が２～９人の場合　200点
（3）その他の場合　100点

C002-2　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施設入居時等医学総合管理料）
注7・イ
（1）単一建物診療患者数が１人の場合　300点
（2）単一建物診療患者数が２～９人の場合　150点
（3）その他の場合　75点

C003 注5　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅がん医療総合診療料）
150点

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

[施設基準]

(1) **機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出**を行っていること。
(2) 過去1年間の**緊急往診の実績を15件**以上かつ在宅での**看取りの実績を20件**以上有すること。
(3) 緩和ケア病棟又は在宅での１年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、**3か月以上の勤務歴がある常勤の医師**（在宅医療を担当する医師に限る。）がいること。
(4) 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに、患者が自ら注射により**オピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去１年間に2件以上**有すること。
(5)「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に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を**修了している常勤の医師**がいること。
(6) 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

**追加**

又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、
適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、
定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を
過去１年間に10件以上有していること。

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅療養実績加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅療養実績加算】<br><br>C000 注6<br>① 在宅療養実績加算<br>（緊急、夜間又は深夜の往診）<br>75点<br>（新設）<br><br>C001 注6<br>② 在宅療養実績加算(ターミナルケア加算）　750点<br><br>（新設） | 【在宅療養実績加算】<br><br>C000 注6<br>① 在宅療養実績加算1<br>（緊急、夜間・休日は深夜の往診）<br>75点<br>② 在宅療養実績加算2<br>（緊急、夜間・休日又は深夜の往診）<br>50点（新）<br>C001 注6<br>③ 在宅療養実績加算1<br>（ターミナルケア加算）<br>750点<br>④ 在宅療養実績加算2<br>（ターミナルケア加算）<br>500点（新） |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅療養実績加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| C002 注6<br>③ 在宅療養実績加算<br>（在宅時医学総合管理料）<br>ア)同一建物居住者以外の場合<br>300点<br>（新設）<br><br>イ)同一建物居住者の場合　75点<br>（新設） | C002 注7・ロ<br>⑤ 在宅療養実績加算１<br>（在宅時医学総合管理料）<br>ア)単一建物診療患者数が１人の場合<br>300点<br>イ)単一建物診療患者数が２～９人の場合<br>150点（新）<br>ウ) その他の場合　75点<br><br>C002 注7・ハ<br>⑥ 在宅療養実績加算２<br>（在宅時医学総合管理料）<br>ア)単一建物診療患者数が１人の場合<br>200点（新）<br>イ)単一建物診療患者数が２～９人の場合<br>100点（新）<br>ウ) その他の場合　50点（新） |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅療養実績加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| C002-2 注6<br>④ 在宅療養実績加算<br>（特定施設入居時等医学総合管理料）<br>ア)同一建物居住者以外の場合<br>225点<br>（新設）<br><br>イ)同一建物居住者の場合　56点<br>（新設） | C002-2 注7・ロ<br>⑦ 在宅療養実績加算１<br>（施設入居時等医学総合管理料）<br>ア)単一建物診療患者数が１人の場合<br>225点<br>イ)単一建物診療患者数が２～９人の場合<br>110点（新）<br>ウ) その他の場合　56点<br><br>C002-2 注7・ハ<br>⑧ 在宅療養実績加算２<br>（施設入居時等医学総合管理料）<br>ア)単一建物診療患者数が１人の場合<br>150点（新）<br>イ)単一建物診療患者数が２～９人の場合<br>75点（新）<br>ウ) その他の場合　40点（新） |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－４(4)】

## ●在宅療養実績加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| C003 注5<br>⑤ 在宅療養実績加算<br>（在宅がん医療総合診療料）　110点<br>（新設）<br><br>［施設基準］<br>在宅療養実績加算<br>① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。<br>② 過去１年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が４件以上であること。<br>（新設） | C003 注5<br>⑨ 在宅療養実績加算１<br>（在宅がん医療総合診療料）　110点<br>⑩ 在宅療養実績加算２<br>（在宅がん医療総合診療料）　75点（新）<br><br>［施設基準］<br>在宅療養実績加算１<br>① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。<br>② 過去１年間の緊急往診の実績が10件以上かつ在宅での看取りの実績が４件以上であること。<br>在宅療養実績加算２<br>① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。<br>② 過去１年間の緊急往診の実績が４件以上かつ在宅での看取りの実績が２件以上であること。<br>③ 緩和ケアに係る適切な研修を修了している常勤の医師がいること。 |

# 在宅医療

## 「在宅療養支援病院、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算」　（様式11の２）

様式 11 の2

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1　届け出る在宅療養支援病院の区分（次のいずれかに○をつけること。）

（1）「第 14 の2」の1の（1）に規定する在宅療養支援病院
（2）「第 14 の2」の1の（2）に規定する在宅療養支援病院
（3）「第 14 の2」の1の（3）に規定する在宅療養支援病院

2　当該病院の在宅医療を担当する医師

| | |
|---|---|
| 常勤の医師名 | ① |
| | ② |
| | ③ |

3　当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関

| 名称 | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する常勤の医師名 |
|---|---|---|---|
| ① | | （　　）床 | |
| ② | | （　　）床 | |
| ③ | | （　　）床 | |
| ④ | | （　　）床 | |
| ⑤ | | （　　）床 | |
| ⑥ | | （　　）床 | |
| ⑦ | | （　　）床 | |
| ⑧ | | （　　）床 | |

4　当該病院の許可病床数＿＿＿＿床

5　当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制

（1）担当部門の連絡先：
（2）曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。）
・担当医師名：
・看護職員名：
・連絡先：

6　24 時間往診が可能な体制

当該病院の担当医師名：

7　24 時間訪問看護が可能な体制
（(2)がある場合には名称等を記入すること。）

（1）当該病院の担当看護職員名
（2）連携訪問看護ステーションの名称等
・名称：
・開設者：
・担当看護職員名：
・連絡先：

8　次の項目に対応可能である場合に○をつけること。
（1）「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書（電子媒体を含む。）により随時提出すること。
なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
（2）患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（3）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。

9　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

（1）届出の有無
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（有　・　無）
② 在宅療養実績加算1（有　・　無）
③ 在宅療養実績加算2（有　・　無）

（2）緩和ケアに係る研修を受けた医師　氏名（　　）

（3）緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師
① 氏名（　　）
② 勤務を行った保険医療機関名（　　）
③ 勤務を行った期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

（4）過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師　氏名（　　）

| | |
|---|---|
| （5）直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数　（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日） | 名 |
| （6）直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。） | 名 |

［記載上の注意］
1　「3」は、「第 14 の2」の1の（2）に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
2　「第 14 の2」の1の（2）に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
3　24 時間の直接連絡を受ける体制、24 時間往診が可能な体制及び 24 時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
4　当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（様式 19）」及び「在宅がん医療総合診療料（様式 20）」の届出が行われているかについて留意すること。
5　「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」（様式 11 の4）を添付すること。
6　「9」の（2）に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

# 在宅医療

## 「在宅療養支援病院、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算」　（様式11の３）

様式11の3

〔在宅療養支援診療所 / 在宅療養支援病院〕に係る報告書（新規・７月報告）

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ．直近１年間に在宅療養を担当した患者について

| | |
|---|---|
| １．平均診療期間 | （　　）ヶ月 |
| ２．合計診療患者数 | （　　）名 |
| 【再掲】死亡患者数 | ①+②+③+④ （　　）名 |
| （1）うち医療機関以外での死亡者数 | ①+② （　　）名 |
| ア．うち自宅での死亡者数 | ① （　　）名 |
| イ．うち自宅以外での死亡者数 | ② （　　）名 |
| （2）うち医療機関での死亡者数 | ③+④ （　　）名 |
| ア．うち連携医療機関での死亡者数 | ③ （　　）名 |
| イ．うち連携医療機関以外での死亡者数 | ④ （　　）名 |
| 超重症児又は準超重症児の患者数（15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに限る。） | （　　）名 |

Ⅱ．直近１年間の訪問診療等の実施回数について

| 訪問診療等の合計回数 | （1）往診 | 【再掲】うち緊急の往診 | （2）訪問診療 | （3）訪問看護（緊急を含む） |
|---|---|---|---|---|
| ①+②+③ （　　）回 | ① （　　）回 | （　　）回 | ② （　　）回 | ③ （　　）回 |

Ⅲ．直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

| | |
|---|---|
| ① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 | （　　）名 |
| ② 往診又は訪問診療を実施した患者数 | （　　）名 |
| ③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①） | （　　）% |

Ⅳ.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況（Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること）

（1） 直近１年間に、訪問診療を開始した患者の紹介（文書によるものに限る。）を受けた保険医療機関（算出に係る機関：　年　月　日～　年　月　日）

| | 保険医療機関の名称 | 患者の紹介を行った医師 | 患者の紹介を受けた日付 |
|---|---|---|---|
| ① | | | |
| ② | | | |
| ③ | | | |
| ④ | | | |
| ⑤ | | | |

（2） 直近1月間の診療実績（算出に係る機関：　年　月　日～　年　月　日）

| | | |
|---|---|---|
| ① | 在宅時医学総合管理料を算定した患者数 | 名 |
| ② | 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数 | 名 |
| ③ | ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数 | 名 |
| ④ | 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②／（①+②） | % |
| ⑤ | 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 | % |

Ⅳ．在宅支援連携体制について

| | |
|---|---|
| １．在宅医療を担当する常勤の医師数 | （　　）名 |
| ２．連携する保険医療機関数 | （　　）医療機関 |

［記入上の注意］

1　Ⅰの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。

2　Ⅰの2（1）の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ．うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

3　Ⅰの2（2）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。

4　Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

5　Ⅲについては、在宅療養支援診療所が記入すること。

6　Ⅳの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1（2）に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1（2）に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

# 在宅医療

様式11の5

在宅療養実績加算に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

Ⅰ．直近1年間に在宅療養を担当した患者について

| | |
|---|---|
| 1．平均診療期間 | （　　）ヶ月 |
| 2．合計診療患者数 | （　　）名 |
| 【再掲】死亡患者数 | ①+②+③+④<br>（　　）名 |
| （1）うち医療機関以外での死亡者数 | ①+②<br>（　　）名 |
| ア．うち自宅での死亡者数 | ①<br>（　　）名 |
| イ．うち自宅以外での死亡者数 | ②<br>（　　）名 |
| （2）うち医療機関での死亡者数 | ③+④<br>（　　）名 |
| ア．うち連携医療機関での死亡者数 | ③<br>（　　）名 |
| イ．うち連携医療機関以外での死亡者数 | ④<br>（　　）名 |

Ⅱ．直近1年間の訪問診療等の実施回数について

| 訪問診療等の合計回数 | （1）往診 | 【再掲】うち緊急の往診 | （2）訪問診療 | （3）訪問看護（緊急を含む） |
|---|---|---|---|---|
| ①+②+③<br>（　　）回 | ①<br>（　　）回 | （　　）回 | ②<br>（　　）回 | ③<br>（　　）回 |

［記入上の注意］

1　Ⅰの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。

2　Ⅰの2（1）の「うち医療機関以外のでの死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ．うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

3　Ⅰの2（2）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。

4　Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

**「在宅療養実績加算」**
**（様式11の５）**

# 在宅医療

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑨】
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し　骨子【Ⅲ－5（8）】

## ●C004 救急搬送診療料（小児加算）　注2（小児加算）、注（長時間加算）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【救急搬送診療料】 | 【救急搬送診療料】 |
| 新生児加算　1,000点 | 新生児加算　1,500点 |
| 乳幼児加算　500点 | 乳幼児加算　700点 |
| 長時間加算<br>（診療に要した時間が30分以上）　500点 | 長時間加算<br>（診療に要した時間が30分以上）　700点 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑮】
複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●C005　在宅患者訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問看護・指導料】<br>［留意事項］<br><br>保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでない。 | 【在宅患者訪問看護・指導料】<br>［留意事項］<br><br>訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、次のいずれかの場合を除いて在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。<br>① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者<br>② 診療を担う保険医療機関の保険医が、急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた患者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているもの<br>③ 保険医療機関を退院後１月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導<br>④ 緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた訪問看護ステーションの看護師が、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して行った場合 |

※ 厚生労働大臣が定める疾病等の患者：
「特掲診療料の施設基準等」の「別表第七」に掲げる疾病等の患者及び「別表第八」に掲げる状態等の患者

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料も同様とする。

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４（7）】

## ●C005　在宅患者訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問看護・指導料】 | 【在宅患者訪問看護・指導料】 |
| 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 | 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 |
| イ 週3日目まで　555点 | イ 週3日目まで　580点 |
| ロ 週4日目以降　655点 | ロ 週4日目以降　680点 |
| 2 准看護師による場合 | 2 准看護師による場合 |
| イ 週3日目まで　505点 | イ 週3日目まで　530点 |
| ロ 週4日目以降　605点 | ロ 週4日目以降　630点 |
| 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡（じよくそう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点 | 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡（じよくそう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●C005-1-2　同一建物居住者訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【同一建物居住者訪問看護・指導料】 | 【同一建物居住者訪問看護・指導料】 |
| １ 保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 | １ 保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 |
| イ 同一日に2人 | イ 同一日に2人 |
| (1) 週3日目まで　555点 | (1) 週3日目まで　580点 |
| (2) 週4日目以降　655点 | (2) 週4日目以降　680点 |
| ロ 同一日に3人以上 | ロ 同一日に3人以上 |
| (1) 週3日目まで　278点 | (1) 週3日目まで　293点 |
| (2) 週4日目以降　328点 | (2) 週4日目以降　343点 |
| ２ 准看護師による場合 | ２ 准看護師による場合 |
| イ 同一日に2人 | イ 同一日に2人 |
| (1) 週3日目まで　505点 | (1) 週3日目まで　530点 |
| (2) 週4日目以降　605点 | (2) 週4日目以降　630点 |
| ロ 同一日に3人以上 | ロ 同一日に3人以上 |
| (1) 週3日目まで　253点 | (1) 週3日目まで　268点 |
| (2) 週4日目以降　303点 | (2) 週4日目以降　318点 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑩】
衛生材料等の提供についての評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●C005-2　在宅患者訪問点滴注射管理指導料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】<br>（１週につき）<br><br>在宅患者訪問点滴注射管理指導料<br>60点 | 【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】<br>（１週につき）<br><br>在宅患者訪問点滴注射管理指導料<br>100点 |

# 在宅医療／精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑩】衛生材料等の提供についての評価　骨子【Ⅰ－４（7）】

## ●衛生材料等提供加算

**新設**

C007 訪問看護指示料 ／ I012-2 精神科訪問看護指示料

注3 衛生材料等提供加算　　80点（月１回）

［算定要件］

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、
衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な
量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に
訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料に加算する。

※ C002 在宅時医学総合管理料、C002－2 施設入居時等医学総合管理料、
C003在宅がん医療総合診療料、第2節第1款 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、
当該管理料に包括される。

訪問看護指示料を算定した月のみ算定できる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

衛生材料としては、例えばガーゼ、テープとか、使い捨ての手袋といったもの、保険医療材料としては、点滴用のルートや注射針といったものが考えられる。
なお、看護師自身が使う防護具は、訪問看護側の経費に含まれる。
医療機関が負担しなくてはいけないものの中には含まれない。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

## ●医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱い

1. 主治医の指示に基づき、主治医の診療日以外に訪問看護ステーションの看護師等が処置を実施する際、又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、配置医師の診療日以外に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料についても、使用量を主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確にする。
2. 検体検査については、検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を算定できることとする。

# 在宅医療

（別紙様式１６）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）

| | | |
|---|---|---|
| 患者氏名 | | 生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳） |
| 患者住所 | | 電話（　）　－ |
| 主たる傷病名 | （1）　（2）　（3） | |
| 現在の状況（該当項目に○等） 病状・治療状態 | | |
| 投与中の薬剤の用量・用法 | 1.　2.<br>3.　4.<br>5.　6. | |
| 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 |
| | 認知症の状況 | Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M |
| 要介護認定の状況 | | 要支援（1　2）　要介護（1　2　3　4　5） |
| 褥瘡の深さ | | DESIGN分類　D3　D4　D5　NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度 |
| ・装着・使用医療機器等 | 1. 自動腹膜灌流装置　2. 透析液供給装置　3. 酸素療法（　l／min）<br>4. 吸引器　5. 中心静脈栄養　6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ　、　日に１回交換）<br>8. 留置カテーテル（部位：　サイズ　、　日に１回交換）<br>9. 人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　）<br>10. 気管カニューレ（サイズ　）<br>11. 人工肛門　12. 人工膀胱　13. その他（　） | |

留意事項及び指示事項
1. リハビリテーション
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応法

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業者への指示
（無　有：訪問介護事業所名　）

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　印

事業所　殿

## （別紙様式16）

●特別訪問看護指示加算
⇒急性増悪、終末期、退院直後等
　頻回の訪問看護を一時的に必要な場合

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 訪問看護指示料 | | 300 | | 月1回に限る |
| 加算 | 特別訪問看護指示加算 | ＋100 | | 月1回（気管カニューレ使用，真皮を越える褥瘡状態の患者は月2回） |
| 加算 | 衛生材料等提供加算【新設】 | | ＋80 | ・月1回<br>・在宅療養指導管理料等の算定時は包括 |

**平成28年診療報酬改定**

**交付日と算定日の整合性**

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑫】
在宅薬剤管理指導業務の推進　骨子【Ⅰ－４－(9)(10)】

## ●C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問薬剤管理指導料（医科点数表）】<br><br>１ 同一建物居住者以外の場合　650点<br><br>２ 同一建物居住者の場合　300点<br><br>注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者 | 【在宅患者訪問薬剤管理指導料（医科点数表）】<br><br>１ 同一建物居住者以外の場合　650点<br><br>２ 同一建物居住者の場合　300点<br><br>注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑫】
在宅薬剤管理指導業務の推進　骨子【Ⅰ－４－(9)(10)】

## ●C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師１人につき１日につき５回に限り算定できる。<br>注2～3 略 | （以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師１人につき**１週につき４０回**に限り算定できる。<br>注2～3 略 |

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、１人目の患者に対しては同一建物以 外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑥】
在宅自己注射指導管理料の見直し　骨子【Ⅰ－４(5)】

## ●C101　在宅自己注射指導管理料

・2以上の保険医療機関が同一患者に異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行っている場合それぞれの医療機関で算定可能
・その場合、相互の医療機関において処方されている注射薬等を把握すること

追加

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【在宅自己注射指導管理料】 | | 【在宅自己注射指導管理料】 | |
| １　複雑な場合 | 1,230点 | １　複雑な場合 | 1,230点 |
| ２　１以外の場合 | | ２　１以外の場合 | |
| イ 月3回以下 | 100点 | イ 月27回以下 | 650点 |
| ロ 月4回以上 | 190点 | ロ 月28回以上 | 750点 |
| ハ 月8回以上 | 290点 | （削除） | |
| ニ 月28回以上 | 810点 | （削除） | |
| | | 注「２」については、難病外来指導管理料との併算定を可能とする。 | |
| 注2 導入初期加算 | 500点 | 注2 導入初期加算 | 580点 |

【対象薬剤追加】
セクキヌマブ（遺伝子組換え）製剤
効能：既存治療で効果不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬

追加

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価　骨子【Ⅰ－４(6)】

## ●在宅酸素療法指導管理料　／ 在宅酸素療法材料加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【C103 在宅酸素療法指導管理料】<br>（月1回）<br>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合　1,300点<br>2 その他の場合　2,500点 | 【C103 在宅酸素療法指導管理料】<br>（月1回）<br>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合　520点<br>2 その他の場合　2,400点 |
| （新設） | 【C171 在宅酸素療法材料加算】<br>（3月に3回）<br>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合　780点（新）<br>2 その他の場合　100点（新）<br>注<br>在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 |

装置に必要な回路部品その他の付属品等に係る費用が含まれる

追加

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価　骨子【Ⅰ－４(6)】

## ●在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 | 【C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】（月に1回） |
| （新設） | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点（新） |
| 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点（新） |

［算定要件］
【対象患者】
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1　※以下の全ての基準に該当する患者を対象とする
① 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されていること。
② CPAP療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が 15以下にならない者に対してASV療法を実施したこと。

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価　骨子【Ⅰ－４(6)】

## ●在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

［算定要件］
【対象患者】
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2　※以下のいずれかに該当する患者を対象とする

① 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象患者以外の患者にASV療法を実施したもの。

② 心不全であるもののうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ないもの。

③ 以下の全ての基準に該当するCPAP療法実施患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。

ア）無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上

イ）日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している場合

ウ）睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する場合

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価　骨子【Ⅰ－４(6)】

## ● 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算／在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （新設） | 【C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】<br>（3月に3回）<br>１ ASVを使用した場合<br>3,750点（新）<br>２ CPAPを使用した場合<br>1,100点（新） |
| （新設） | 【C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算】<br>（3月に3回）<br>100点（新）<br><br>注<br>在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 |

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価　骨子【Ⅰ－４(6)】

## ●注の見直し／新設項目

### C157　酸素ボンベ加算／C158　酸素濃縮装置加算
### C159　液体酸素装置加算／C159-2　呼吸同調式デマンドバルブ加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算】<br><br>２月に2回に限り、所定点数に加算する。 | 【酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算】<br><br>３月に3回に限り、所定点数に加算する。 |

### C168-2　携帯型精密ネブライザー加算

新設

C168-2携帯型精密ネブライザー加算　　3,200点

注）　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

在宅療養指導管理料

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－②】
小児在宅医療に係る評価の推進　骨子【Ⅰ－４(2)】

## ●小児在宅医療に係る評価の推進

施設基準

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院］<br><br>当該保険医療機関において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有すること。 | ［単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院］<br><br>当該保険医療機関において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有する又は15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な在宅医療の実績を過去１年間に４件以上有すること。 |
| ［連携型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院］<br><br>当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有し、かつ、当該保険医療機関において２件以上有すること。 | ［連携型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院］<br><br>当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有すること。<br>また、当該保険医療機関において過去１年間の在宅における看取りの実績を２件以上又は 過去１年間15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な在宅医療の実績を２件以上有すること。 |

3回以上の定期的な訪問診療を実施し、【在宅時医学総合管理料】又は【施設入居時等医学総合管理料】を算定している場合に限る。

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－③】
在宅医療専門の医療機関に関する評価　骨子【Ⅰ－４(3)】

## ●在宅医療専門の医療機関に関する評価

［開設要件］

（1）無床診療所であること。
（2）在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
（3）外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は（２）の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
（4）規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
（5）往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
（6）診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
（7）緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

# 在宅医療

**【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－③】**
**在宅医療専門の医療機関に関する評価　骨子【Ⅰ－４(3)】**

## ●在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者、家族等からの相談に応じる設備、人員等が整っていることを要件としているため、診療所を閉めていても、協力医療機関さえ案内すればよいわけではなく、移動式の設備も認められない。
  少なくとも標榜時間にわたって、あるいはそれ以上に、そこに人を配置し、相談に応じることができる体制があることが最低限必要である。
- 地域医師会の協力の同意については、契約書とまでは言わないが、同意を得たことを書面で確認ができればよい。
- 協力医療機関は（在宅医療専門の医療機関が在宅医療を提供する範囲としてあらかじめ規定した）診療地域内であること。その地域内に、協力医療機関を確保する必要がある。
- 医療法の改正等があるわけではない。医療法上の開設の届け出について、どのような要件で審査するかについては、都道府県の事務とされている。
  健康保険法上の取扱いの変更については、都道府県の方にも追って情報提供したい。
- 在宅医療を提供する地域については、住所を明確にして、客観的な形で示してもらうことを想定している。
  趣旨としては、建物単位で、「この老人ホームにしか行かない」ということはあつてはならないと考えている。
  差別のない形で、地図上のある一定の地域を囲んで指定してもらうものと考えている。
- 在支診の施設基準における、在宅専門の医療機関の定義とは「在宅患者の占める割合が95%以上」というものが定義になる。開設時の在宅専門の定義というのは外来応需体制を有していないことだが、別のものだ。

（3/４ 厚労省説明会質疑応答より）

# 在宅医療

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－③】
在宅医療専門の医療機関に関する評価　骨子【Ⅰ－４(3)】

## ●在宅医療専門の医療機関に関する評価

3回以上の定期的な訪問診療を実施し、
【在宅時医学総合管理料】又は
【施設入居時等医学総合管理料】を
算定している場合に限る。

［在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準］

診療所であって、現行の機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。

(1) 在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。
(2) 直近1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
(3) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症小児の十分な診療実績（15歳未満の超・準超重症児に対する在宅医療の実績が過去1年間に10件以上）を有していること。
(4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下であること。
(5) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50％以上であること。

【経過措置】
平成28年３月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年３月31日までの間、基準を満たしているものとする。

# 在宅医療

参考

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－③】
医療型短期入所サービス中の処置等の評価　　骨子【Ⅲ－５（2）】

## ●医療型短期入所サービス中に算定できる処置

C100～116　在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定できない以下の医療処置等を短期入所サービス利用中に算定できる

[対象処置等]

（1）経皮的動脈血酸素飽和度測定
（2）終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定
（3）中心静脈注射
（4）植込み型カテーテルによる中心静脈注射
（5）鼻マスク式補助換気法
（6）体外式陰圧人工呼吸器治療
（7）人工呼吸
（8）膀胱洗浄
（9）後部尿道洗浄
（10）留置カテーテル設置
（11）導尿
（12）介達牽引
（13）矯正固定
（14）変形機械矯正術
（15）消炎鎮痛等処置
（16）腰部又は胸部固定帯固定249
（17）低出力レーザー照射
（18）鼻腔栄養

# 【F 特掲診療料】⑳ 投薬

# 投薬

【Ⅳ－3（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品の適正使用の推進）－②】
医薬品の適正使用の推進　　骨子【Ⅳ－3－（1）（2）】

## ● 医薬品の適正使用の推進

**一部抜粋**

処方料、処方せん料の通知

（7）医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、**長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。**

① **30 日を超える投薬を行う際**には、長期の投薬が可能な程度に**病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認**する。**病状が変化した際の対応方法等を患者に周知**する。

当該医療機関の連絡先も周知する

② **①の要件を満たさない場合**には、原則として以下の**いずれかの対応を行うこととする。**

◆30 日以内に再診する

◆**200 床以上の保険医療機関**にあっては、200 床未満の保険医療機関又は診療所に**文書による紹介を行う旨の申出**を行う

◆患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

# 投薬

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－④】
医薬品の適正給付　骨子【Ⅳ－6（5）】

湿布薬

## ●F000 調剤料／F100 処方料／F400 処方せん料／F500 調剤技術基本料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】<br>・１か月の回数制限等について、今回定めたルールは、一処方についてのルールであり、一処方につき計70枚を超えていなければ支えないことになる。<br>個別の必要性について審査機関が審査することを排除しているものではない。<br>・同一成分であっても、異なる成分であっても、用法が違うものであっても、一処方でまとめて70枚という数え方になる。<br>（3/4厚労省説明会質疑応答より） | 【調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】<br>**入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。**<br>**ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明明細書に記載することで可能とする。** |

行うべきことが2点 → 70枚超処方

数量に関わらず

※湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

# 投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●F100　処方料

種類数変更

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【F100 処方料】<br>　3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合<br><br>20点<br><br>[算定要件]<br>　「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。<br>①　他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合<br>②　薬剤を切り替える場合<br>③　臨時に投薬する場合<br>④　精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合 | 【F100 処方料】<br>　3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合<br><br>20点<br><br>[算定要件]<br>　「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。<br>①　他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合<br>②　薬剤を切り替える場合<br>③　臨時に投薬する場合<br>(削除) |

# 投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●F200　薬剤料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| | 「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めたものをいう。 |
| 【F200 薬剤料】<br>　1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。<br><br>［算定要件］<br>　(「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。) | 【F200 薬剤料】<br>　1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、所定点数(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。)の100分の80に相当する点数により算定する。<br><br>［算定要件］<br>　(「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」の内容は処方料のものと同様。) |

# 投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●向精神薬多剤投与に係る報告書について

報告提出変更

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【F100 処方料】<br>[算定要件]<br>向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告する。<br><br>[別紙様式40]<br>6月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること | 【F100 処方料】<br>[算定要件]<br>向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告する。<br><br>[別紙様式40]<br>直近3か月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること |

4月、7月、10月、1月

**【経過措置】**

- 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- 平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。

# 投薬

## 「向精神薬多剤投与に係る報告書」　（別紙様式40）

別紙様式４０

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近３月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

| | |
|---|---|
| 保険医療機関名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 標榜科 | 精神科　・　心療内科　・　どちらもない |
| 対象期間 | 平成　年　月　日から平成　年　月　日の３月間 |
| 「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数（届出時点） | 名 |

１　向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近３か月間に受診した外来患者）
※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

| 向精神薬の投与を受けている患者数① | | | |
|---|---|---|---|
| | うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数② | | |
| | | うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③ | うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④ |
| 名 | 名 | 名 | 名 |

２　向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近３か月間に受診した外来患者）
※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬３種類以上、睡眠薬３種類以上、抗うつ薬３種類以上又は抗精神病薬３種類以上に該当することをさす。

| 向精神薬の投与を受けている患者数① | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤ | | | | | |
| | | うち、抗不安薬３種類以上の投与を受けている患者数⑥ | うち、睡眠薬３種類以上の投与を受けている患者数⑦ | うち、抗うつ薬３種類以上又は抗精神病薬３種類以上の投与を受けている患者数⑧ | | |
| | | | | | うち、抗うつ薬３種類以上の投与を受けている患者数⑨ | うち、抗精神病薬３種類以上の投与を受けている患者数⑩ |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

⑧／②　＝　　%

※　⑧／②が 10%未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「Ｉ００２」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

［記載上の注意］
1．直近３か月とは、届出を行う日の前月から起算して３か月をいう。
2．患者数は、条件に該当するものを、「Ｆ１００」処方料（３）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬３種類以上及び抗精神病薬３種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3．「１」と「２」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。

# 投薬

【Ⅳ－1（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－③】
院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価　骨子【【Ⅳ－1（1）】】

## ●院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価

医療機関提供体制に関連

新設　F100 処方料

届出　注11　イ 外来後発医薬品使用体制加算 1　4点
　　ロ 加算２　3点

別添2の様式38の3

薬剤部門に薬剤師の配置は必須ではない。
医師等が配置（兼務も可能）されている場合も、
体制等の整備がされていれば算定できる。
（3/4厚労省説明会質疑応答・3/5 日本医師会Q&Aより）

［施設基準］

（1）薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。

（2）当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあっては 70％以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては 60％以上70％未満であること。

（3）当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50％以上であること。

（4）後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

# 投薬

【Ⅳ－１（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－③】
院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価　　骨子【【Ⅳ－１（1）】

## ●院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価

3/4 告示より追加

**外来後発医薬品使用体制加算**

［施設基準］

（5）後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

# 外来後発医薬品使用体制加算

様式38の3

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

（　）　外来後発医薬品使用体制加算１
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）70%以上）

（　）　外来後発医薬品使用体制加算２
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）60%以上70%未満）

2．後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|---|---|
| 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順 | |

3．医薬品の採用状況（平成　　年　　月　　日時点）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合

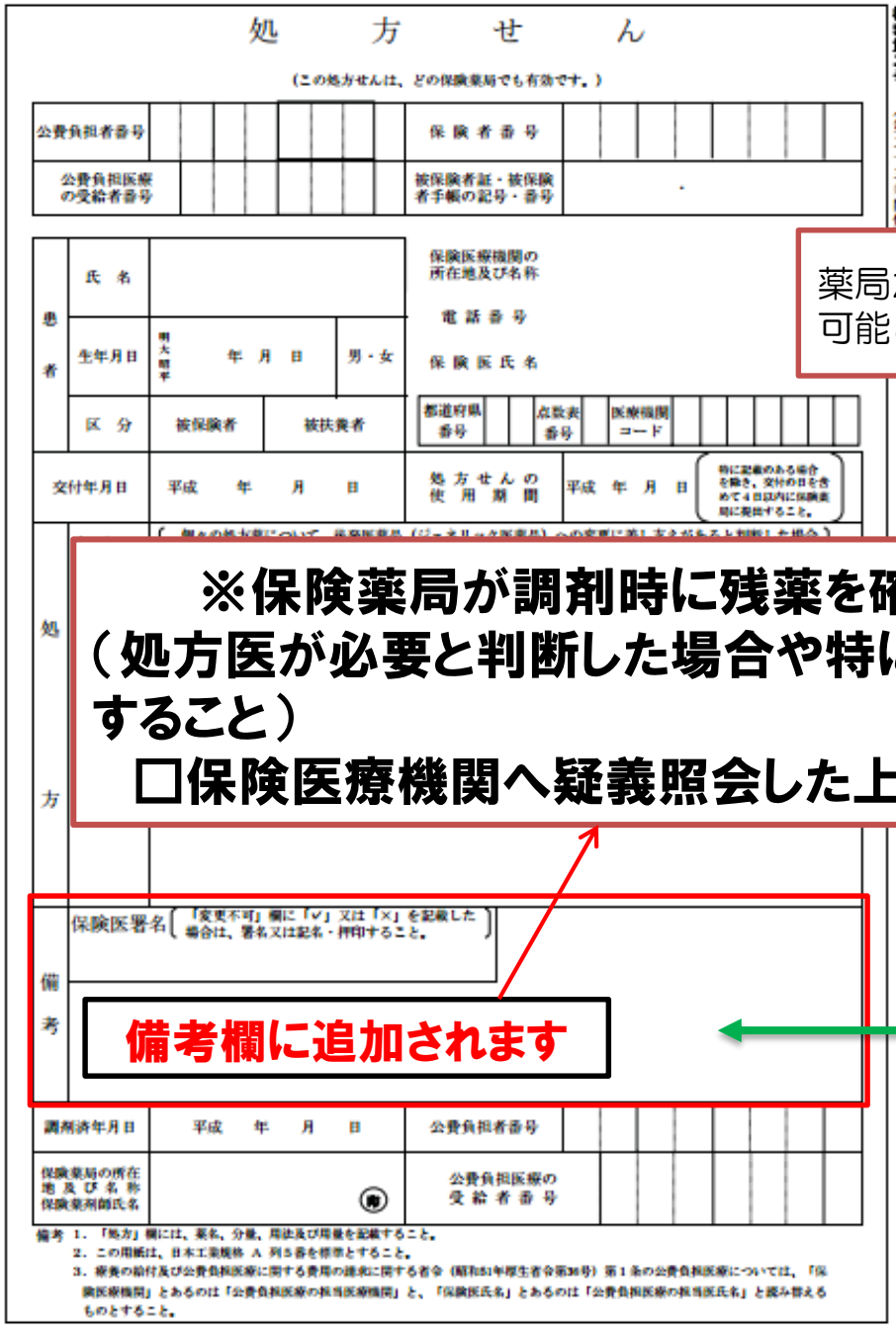
| 期間（届出時の直近３か月：１か月ごと及び３か月間の合計） | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 ～ 年　月（直近３ヶ月間の合計） |
|---|---|---|---|---|
| 全医薬品の規格単位数量（①） | | | | |
| 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②） | | | | |
| 後発医薬品の規格単位数量（③） | | | | |
| カットオフ値の割合（④）（②／①）（%） | | | | |
| 後発医薬品の割合（⑤）（③／②）（%） | | | | |

［記載上の注意］

1　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。

2　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

3　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 26 年３月５日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。


処　　方　　せ　　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者 | 氏名 | | 保険医療機関の所在地及び名称<br>電話番号<br>保険医氏名 |
| | 生年月日 | 明大昭平　年　月　日 | 男・女 |
| | 区分 | 被保険者　被扶養者 | 都道府県番号　点数表番号　医療機関コード |
| 交付年月日 | | 平成　年　月　日 | 処方せんの使用期間　平成　年　月　日 |

処方

備考

保険医署名　「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>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。
2．この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
3．療養の給付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こと。

様式第二号（第二十三条関係）

**参考**

薬局が処方医の了解なく投与日数を変更することが可能となったものではない。（3/5 日本医師会Q&Aより）

**※保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応**
**（処方医が必要と判断した場合や特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること）**
**□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供**

**備考欄に追加されます**

**分割調剤**

**医師**　例：90日分処方を30日分3回に分けて処方する場合
**※備考欄に「分割日数及び分割回数を記載」**

**薬局**　医師の指示通り1回30日分ずつ調剤。

# 投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●F400　処方せん料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【処方せん料】<br><br>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合<br><br>30点<br><br>[算定要件]<br>(「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。) | 【処方せん料】<br><br>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与する場合を除く。)を行った場合<br><br>30点<br><br>[算定要件]<br>(「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ないもの」の内容は処方料のものと同様。) |

# 投薬

【Ⅳ－１（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－④】
一般名処方加算の見直し　骨子【【Ⅳ－１（1）】】

## ●F400 注7　処方せん料（一般名処方加算）

2品目以上

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【F400 処方せん料】<br>（新設）<br>一般名処方加算　2点<br>［算定要件］<br>（新設）<br><br>交付した処方せんに１品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。 | 【F400 処方せん料】<br>一般名処方加算１　3点（新）<br>一般名処方加算２　2点<br>［算定要件］<br>一般名処方加算１<br>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。<br><br>一般名処方加算２<br>交付した処方せんに１品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。 |

※処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、
処方せんにその理由を記載する。

# 【G 特掲診療料】㉚ 注射

# 注射

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－⑤】
外来化学療法加算の評価の見直し　　骨子【Ⅲ－1（5）】

Bに
多発性硬化症に対しての
ナタリズマブ製剤追加

## ●通則6　外来化学療法加算

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【外来化学療法加算】 | | 【外来化学療法加算】 | |
| イ　外来化学療法加算1 | | イ　外来化学療法加算1 | |
| （1）外来化学療法加算A | | （1）外来化学療法加算A | |
| ① 15歳未満 | 780点 | ① 15歳未満 | 820点 |
| ② 15歳以上 | 580点 | ② 15歳以上 | 600点 |
| （2）外来化学療法加算B | | （2）外来化学療法加算B | |
| ① 15歳未満 | 630点 | ① 15歳未満 | 670点 |
| ② 15歳以上 | 430点 | ② 15歳以上 | 450点 |
| ロ　外来化学療法加算2 | | ロ　外来化学療法加算2 | |
| （1）外来化学療法加算A | | （1）外来化学療法加算A | |
| ① 15歳未満 | 700点 | ① 15歳未満 | 740点 |
| ② 15歳以上 | 450点 | ② 15歳以上 | 470点 |
| （2）外来化学療法加算B | | （2）外来化学療法加算B | |
| ① 15歳未満 | 600点 | ① 15歳未満 | 640点 |
| ② 15歳以上 | 350点 | ② 15歳以上 | 370点 |

# 注射

## ●新設項目／点数、注の見直し

**新設**

G017　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点

［算定要件］
同一側の2箇所以上に注射を行った場合においても、1回のみの算定とする。

### G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【皮内、皮下及び筋肉内注射】（1回につき） | 18点 | 20点 |

### G001 静脈内注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【静脈内注射】（1回につき） | 30点 | 32点 |
| 注2 6歳未満の乳幼児加算 | 42点 | 45点 |

# 注射

## ●点数、注の見直し

### G004 点滴注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【点滴注射】（1日につき） | | |
| 1 6歳未満の乳幼児に対するもの<br>（1日分の注射量が100mL以上の場合） | 95点 | 98点 |
| 2 1に掲げる者以外の者に対するもの<br>（1日分の注射量が500mL以上の場合） | 95点 | 97点 |
| 3 その他の場合<br>（入院中の患者以外の患者に限る。） | 47点 | 49点 |
| 注2 6歳未満の乳幼児加算 | 42点 | 45点 |

# 注射

## ●点数、注の見直し

### G007 腱鞘内注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【腱鞘内注射】 | 25点 | 27点 |

### G012 結膜下注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【結膜下注射】 | 25点 | 27点 |

### G012-2 自家血清の眼球注射

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| 【自家血清の眼球注射】 | 25点 | 27点 |

# 注射

## ●項目の見直し

### G020 無菌製剤処理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【無菌製剤処理料】 | 【無菌製剤処理料】 |
| 1 無菌製剤処理料1<br>（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）<br>イ　閉鎖式接続器具を使用した場合<br>（1）揮発性の高い薬剤の場合　150点<br>（2）（１）以外の場合　100点<br>ロ　イ以外の場合　50点 | 1 無菌製剤処理料1<br>（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）<br>イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点<br>ロ　イ以外の場合　45点 |
| 2 無菌製剤処理料2（１以外のもの）40点 | 2 無菌製剤処理料2（１以外のもの）40点 |

★バイアル用接続器具：
バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する



追加

# 【J 特掲診療料】㊵ 処置

# 処置・手術

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑧】
手術・処置の時間外等加算１の施設基準の見直し　骨子【Ⅰ－２(8)】

## ●手術・処置の時間外等加算１の施設基準の見直し

施設基準

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【手術・処置の時間外等加算１】<br>［施設基準］<br>(2)　当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯(午後 10 時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。)に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番(以下、「当直等」という。)を行っている者があるかを確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。<br>(3)　(2) の当直等を行った日が年間 12 日以内であること。 | 【手術・処置の時間外等加算１】<br>［施設基準］<br>(2)　＜現行通り＞<br>(3)　(2) の当直等を行った日が年間12 日以内(当直医師を毎日6人以上配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては 24日以内)であること |

# 処置

## ●処置の小児加算

### 6歳未満の乳幼児加算点数の見直し

所定点数ではなく加算点数

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| J000 創傷処置 | 50点 | 55点 |
| J001 熱傷処置 | 50点 | 55点 |
| J005 脳室穿刺 | 100点 | 110点 |
| J006 後頭下穿刺 | 100点 | 110点 |
| J007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 | 100点 | 110点 |
| J008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） | 100点 | 110点 |
| J010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） | 100点 | 110点 |
| J011 骨髄穿刺 | 100点 | 110点 |
| J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 | 100点 | 110点 |
| J017-2 リンパ管腫局所注入 | 50点 | 55点 |
| J018 喀痰吸引（1日につき） | 75点 | 83点 |
| J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき） | 75点 | 83点 |

# 処置

## ●処置の小児加算

所定点数ではなく加算点数

### 6歳未満の乳幼児加算点数の見直し

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| J042 腹膜灌流(1日につき) | | |
| 1　連続携行式腹膜灌流 注2 追加 | 導入期(14日間)<br>1,000点<br>15日目～30日目<br>500点 | 導入期(14日間)<br>1,100点<br>15日目～30日目<br>550点 |
| J043-3 ストーマ処置(1日につき) | 50点 | 55点 |
| J044 救命のための気管内挿管 | 50点 | 55点 |
| J050 気管内洗浄(1日につき) | 100点 | 110点 |

### 新生児又は3歳未満の乳幼児加算点数の見直し

所定点数ではなく加算点数

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| J036非還納性ヘルニア徒手整復法 | 新生児　100点<br>3歳未満　50点 | 新生児　110点<br>3歳未満　55点 |

# 処置

## ●処置の小児加算

### 3歳未満の乳幼児加算点数の見直し

所定点数ではなく加算点数

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| J002 ドレーン法(ドレナージ)(1日につき) | 100点 | 110点 |
| J019 持続的胸腔ドレナージ(開始日) | 100点 | 110点 |
| J020 胃持続ドレナージ | 100点 | 110点 |
| J021 持続的腹腔ドレナージ(開始日) | 100点 | 110点 |
| J022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 | 50点 | 55点 |
| J051 胃洗浄 | 100点 | 110点 |
| J054-2 皮膚レーザー照射療法(一連につき) | 2,000点 | 2,200点 |
| J116 関節穿刺(片側) | 100点 | 110点 |
| J117 鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所を1日につき) | 50点 | 55点 |
| ギプス 通則3 区分番号(J122～J129-4) | 所定点数の 50/100 | 所定点数の 55/100 |

# 処置

## ●点数、注の見直し

所定点数

### J000 創傷処置

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【創傷処置】 | 【創傷処置】 |
| 1 100平方センチメートル未満　45点 | 1 100平方センチメートル未満　45点 |
| 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　55点 | 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　60点 |
| 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　85点 | 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　90点 |
| 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　155点 | 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　160点 |
| 5 6,000平方センチメートル以上　270点 | 5 6,000平方センチメートル以上　275点 |
| 注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。 | 注3　5については、6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。 |

# 処置

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－③】
人工腎臓の適正な評価　　骨子【Ⅳ－６(4)】

## ●J038　人工腎臓

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【J038 人工腎臓】 | 【J038 人工腎臓】 |
| 1　慢性維持透析を行った場合 | 1　慢性維持透析を行った場合 |
| イ　4時間未満の場合<br>2,030点 | イ　4時間未満の場合<br>2,010点 |
| ロ　4時間以上5時間未満の場合<br>2,195点 | ロ　4時間以上5時間未満の場合<br>2,175点 |
| ハ　5時間以上の場合<br>2,330点 | ハ　5時間以上の場合<br>2,310点 |
| 2　慢性維持透析濾過(複雑なもの)<br>を行った場合<br>2,245点 | 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)<br>を行った場合<br>2,225点 |

# 処置

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－③】
人工腎臓の適正な評価　　骨子【Ⅳ－6(4)】

## ●J038　人工腎臓

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【J038 人工腎臓】<br><br>注3　著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。<br><br>[対象患者]<br>「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの。 | 【J038 人工腎臓】<br><br>注3　著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。<br><br>[対象患者]<br>難病の患者に対する医療等に関する法律第五条に規定する指定難病(原則同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同法第七条第一項第2号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすことを診断できる場合を含む。)に限る。)又は「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの。(腎疾患により受給者証を発行されているものを除く) |

ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。

# 処置

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－③】
人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価　骨子【Ⅳ－5（3）】

## ●人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

新設　J038 人工腎臓
届出　注10　下肢末梢動脈疾患指導管理加算　100点

♦3月4日の厚労省資料
慢性維持透析全員に下肢末梢動脈疾患の重症度評価→患者指導

［算定要件］

① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。

② ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行っていること。
　また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。

①・②の内容を、診療録に記載していること。

# 処置

【Ⅳ－5（効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進）－③】
人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価　骨子【Ⅳ－5（3）】

## ●人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

別添2の様式49の3の2

［施設基準］

（1）当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び指導内容等を診療録に記載していること。

（2）検査の結果、ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。

（3）専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めた上で、当該医療機関について事前に届出を行っていること。また、当該医療機関について、院内掲示をすること。なお、専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標榜している病院のことをいう。※自院において上記標榜科を満たして診療科間連携でも可能
ア 循環器科
イ 胸部外科又は血管外科
ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科

# 透析患者における下肢末梢動脈疾患（peripheral arterial diseases：PAD）について

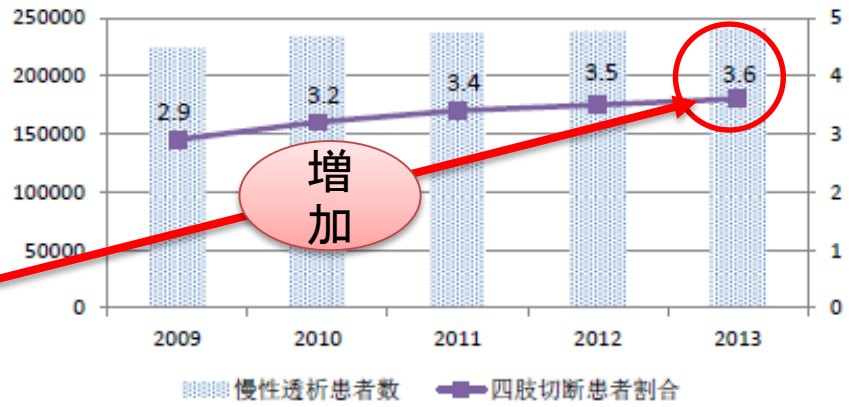
○ 透析患者の中には、下肢末梢動脈疾患を有するものが存在するが、それらの中には、早期発見が遅れ、下肢切断に至るケースも一定数ある。
○ 慢性透析患者における四肢切断患者数は増加する傾向にあり、2013年末において、四肢切断既往の患者の占める割合は3.6%であった。

## 透析患者における下肢末梢動脈疾患について

- 透析患者ではすでに透析導入時より動脈硬化が高度で、かつ高頻度に認められる。
- 透析患者では膝関節以下の末梢で、高度の石灰化病変を伴う頻度が高いが、症状が乏しく、早期発見に努めることが重要である
- 早期発見が遅れ、症状が進行した場合には、下肢の血流不全から潰瘍を形成し、最終的に下肢切断となることが多い。下肢切断に至った患者については、生命予後の低下、ADLやQOLが低下する。

### 慢性透析患者における四肢切断患者数の推移

| 年度 | 慢性透析患者数（切断有無の未記入除く） | 四肢切断患者数 | % |
|---|---|---|---|
| 2009 | 224171 | 6486 | 2.9 |
| 2010 | 233984 | 7377 | 3.2 |
| 2011 | 237101 | 7996 | 3.4 |
| 2012 | 238135 | 8274 | 3.5 |
| 2013 | 240318 | 8634 | 3.6 |




出展：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

# 下肢末梢動脈疾患の治療のイメージ

○ 下肢末梢動脈疾患については、ガイドラインでの記載にもあるように、複数診療科が連携し、適切な治療が施されることが重要である。

整形外科

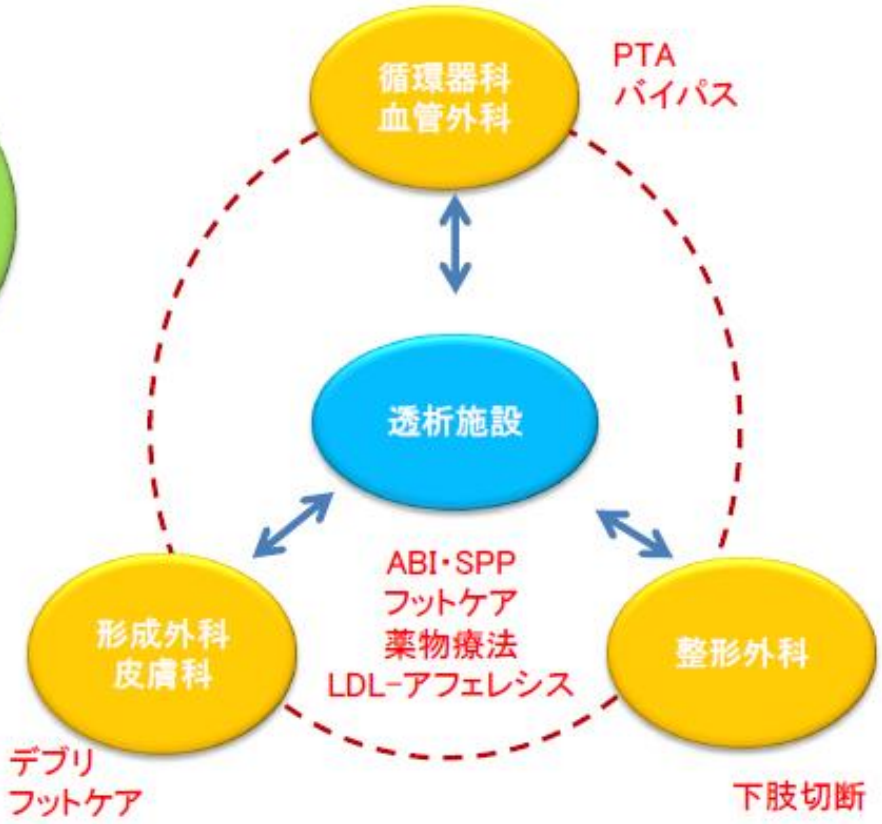
形成外科
皮膚科

循環器科
血管外科

**創部処置**
抗生剤
フットケア
ウエットドレッシング
デブリートマン
VAC療法

**透析管理**
透析方法
栄養
糖尿病
腎性貧血
CKD-MBD（Ca/P）

**血流改善**
バイパス
血管内治療
LDLアフェレシス
薬物療法
人工炭酸泉




日本下肢救済・足病学会　菊池先生提供資料

# 処置

## 「下肢抹消動脈疾患指導管理加算」　（様式49の3の2）

様式 49 の３の２

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

| |
|---|
| １　当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている<br>（　該当する　・　該当しない　） |
| ２　下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った１月間の患者数<br>（実績期間　　年　　月）　　人 |
| ３　ＡＢＩ検査 0.7 以下又はＳＰＰ検査 40㎜Hg 以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている<br>（　該当する　・　該当しない　） |
| ４　専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科<br>名称：<br>ア　循環器科　　循環器科の標榜（　有　・　無　）<br>イ　胸部外科又は血管外科　　標榜する診療科（　　）<br>ウ　整形外科、皮膚科又は形成外科　　標榜する診療科（　　） |
| ５　「４」に定める医療機関に係る院内掲示の有無　（　有　・　無　） |

［記載上の注意］

１　「４」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の所在地及び名称を記入すること。

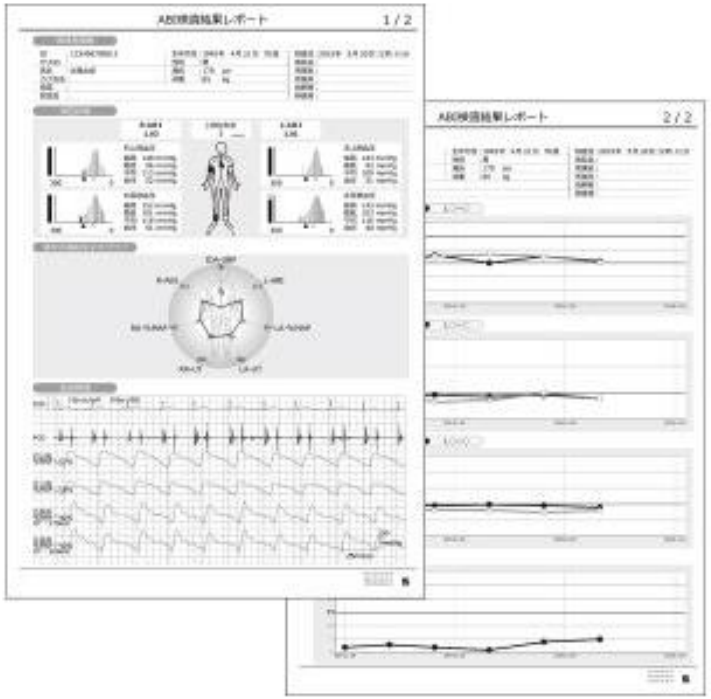
心電計との組み合わせでABI検査が可能
（接続可能心電計：ECG-1350/ECG-1250）

**Hemo Surve Q**

株式会社 エー・アンド・デイ
医療機器認証番号　225AHBZX00028000
クラス分類　管理医療機器、特定保守管理医療機器



**参考**
**（ABI）**




日本光電HPより引用

**参考**
**（SPP）**

名称

**PAD4000**







測定部位を選択します。




レーザセンサ先端部が測定部位にあたるよう設置します。




レーザセンサを設置したら、テープなどでしっかり固定します。




エアホースの向きを考慮して、カフをレーザセンサの上に巻きます。




ゆるみのない程度に、カフをしっかりと固定します。




カフとエアホースを接続し、測定を開始して下さい。

株式会社カネカメディックスHPより引用

# 処置

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
の届出を行っていればよい。

## ●項目の見直し

### J045-2　一酸化窒素吸入療法

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【一酸化窒素吸入療法】 | 【一酸化窒素吸入療法】 |
| 920点 | 1　新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合　1,680点 |
| 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 | 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 |
| 注2　吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、920点を所定点数に加算する。 | 注2　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。 |

# 処置

## ●項目の見直し

### J045-2　一酸化窒素吸入療法

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| | 2　その他の場合　1,680点<br><br>注　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。<br>吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。 |

## ●点数の見直し

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
| --- | --- | --- |
| J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） | 45点 | 60点 |
| J034 イレウス用ロングチューブ挿入法 | 200点 | 610点 |

# 処置

新設

届出 J007-2　硬膜外自家血注入　800点

注1　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において行われる場合に限り算定する。

注2　硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする

［施設基準］

（1）脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また、当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。

（3）病床を有していること。

（4）当直体制が整備されていること。

（5）緊急手術体制が整備されていること。

（6）当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、（2）について脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあっては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること

# 処置

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

## ●硬膜外自家血注入療法
## J007-2 硬膜外自家血注入

（資料3）

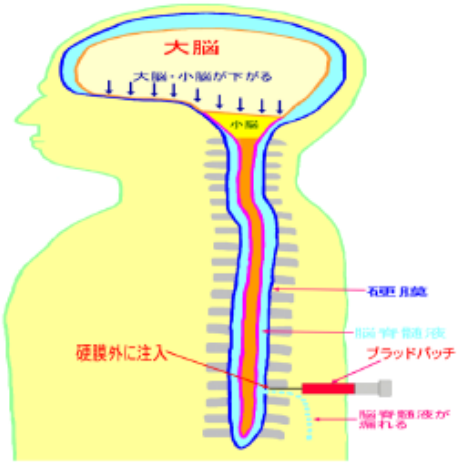
(1) 概要

- 脳脊髄液が漏出している部分の硬膜外に自家血を注入し、血液と硬膜外腔組織の癒着・器質化により髄液が漏れ出ている部分を閉鎖し、漏出を止めるものである。

(2) 手技等

- 15～40ml程度の静脈採血を行う。硬膜外穿刺用の針を用いて、抵抗消失法にて硬膜外穿刺を行い、自家血を注入する。

腰椎穿刺後低髄液圧症と診断され硬膜外自家血注入療法で治療された患者のうち、全寛解77%、部分寛解19%、寛解せずがわずか4%であった（ANESTHESIOLOGY 95(2): 334-339, 2001）。




【参考】
硬膜外自家血注入療法のイメージ図

# 処置

## 「硬膜外自家血注入」　（様式48の６,52）

様式 48 の 6

硬膜外自家血注入の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科 | | | |
| 2　脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を５年以上（及び当該療養の経験を１年以上）有するとともに、当該処置について術者として３例以上の経験を有する常勤の医師 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 経験年数 | 経験症例数 |
| | | | 例 |
| | | | 例 |
| 3　緊急手術が可能な体制 | 有　・　無 | | |
| 4　当直体制の概要 | | | |
| 5　合併症等に備えた連携体制の構築 | 有　・　無 | | |

［記載上の注意］

1　「２」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

2　「２」については医師が経験した当該処置の症例一覧（実施年月日、処置名、患者の性別、年齢、主病名）及び当該療養の経験年数が分かる書類を添付すること。

3　当該届出は、病床を有する保険医療機関のみ可能であること。

4　「５」について、当該処置後の 硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関と連携体制を構築していること。

様式 52

［　　］検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 処置

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |
| | | | 常勤 非常勤 / 専従 非専従 / 専任 非専任 | | |

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

**「硬膜外自家血注入」（様式４）**

# 処置

**新設**

J026-4　ハイフローセラピー（1日につき）　　160点

［算定要件］

（1）動脈血酸素分圧が60mmHg以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が90％以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（2）区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

# 処置

## 新設

届出　J043-6　人工膵臓療法　3,500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、３日を限度として算定する。

[施設基準]
(1) 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。
(2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。
(3) 人工膵臓療法を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。
　ア　血液学的検査
　　赤血球沈降速度、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンA1C、血液浸透圧
　イ　生化学的検査
　　グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、ナトリウム、クロール、カリウム、無機リン、カルシウム
(4) 100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。
(5) 入院基本料(特別入院基本料を除く。)を算定していること。
(6) 前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前0時より午後12時までの間のことである。
(7) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該療法に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

# 処置

## 人工膵臓療法

## （様式24の４）

様式 24 の 4

人工膵臓検査及び人工膵臓療法の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 当該検査用の器械・器具の名称、台数等 | |
| 緊急時のための手術室 | 平方メートル |
| 緊急検査が可能な検査体制 | 有・無 |
| 担当医師の状況 | |
| 常時(午前０時より午後12時までの間)待機医師 | 日勤　名　当直　名<br>その他（　）　名 |
| ５年以上の経験を有する医師 | 常勤　名　非常勤　名 |
| 当該医療機関内で常時(午前０時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等 | |
| 生化学的検査 | |
| 血液学的検査 | |
| 微生物学的検査 | |
| 画像診断 | |
| 病理学的検査 | |

| 臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制 | | |
|---|---|---|
| | 人数 | 勤務形態 |
| 臨床検査技師 | 名 | |
| 診療放射線技師 | 名 | |
| 糖尿病管理患者数 | 実患者数 | 算定期間 |
| | 名 | 年　月　日　～　年　月　日 |

［記載上の注意］
1　「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
2　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |

［記載上の注意］
1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

**当該地域における必要性を記載すること。（理由書）**

# 処置

新設

J082-2　薬物放出子宮内システム処置
1　挿入術　200点
2　除去術　150点

［算定要件］避妊を目的とするものは保険給付の対象とならない。

新設

J115-2　排痰誘発法（１日につき）　44点

［算定要件］
（1）排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に１日につき算定する。
（2）患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザー、超音波ネブライザー又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

新設

J116-5　酵素注射療法　490点

［算定要件］
酵素注射療法は、デュピュイトラン拘縮の患者に対し、コラゲナーゼ（クロストリジウムヒストリチクム）を拘縮索に注射した場合に、１回の投与（同一日に複数箇所に注射を行った場合を含む。）及び伸展処置に係る一連の手技として算定する。なお、当該注射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

# 処置

新設

J118-4　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）　届出
800点（１日につき）

注2　難病加算　+900点

注3　導入期加算（５週に限り）　+2,000点（１日につき）

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2　難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病の患者であって、医療受給者証を交付されているものに対して実施された場合には、900点を所定点数に加算する。

注3　導入期5週間に限り、１日につき2,000点を9回を限度として加算する。

[施設基準]
（1）神経・筋疾患の診療及びリハビリテーションに3年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が１名以上勤務していること。
（2）従事者の職種、人数及び勤務形態並びに訓練室の具備すべき条件（装置、広さ等）について、関連学会が監修する適正使用ガイドに規定された基準を満たすこと。
（3）定期的に、担当の複数職種が参加し、当該処置による歩行運動機能改善効果を検討するカンファレンスが開催されていること。
（4）当該処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者、歩行運動機能改善効果に係る検討結果等）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ようにすること。

# 処置

## 「歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）」　（様式46の6）

様式 49 の 6

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

| 1　専任の常勤医師の氏名等 | | | |
|---|---|---|---|
| 常勤医師の氏名 | 神経・筋疾患の診療経験年数 | リハビリテーションの診療経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
| | 年 | 年 | |
| | 年 | 年 | |
| | 年 | 年 | |
| | 年 | 年 | |

| 2　従事者数 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 従事者数 | 医師 | 常勤 | 専任 | 名 | 非常勤 | 専任 | 名 |
| | | | 非専任 | 名 | | 非専任 | 名 |
| | 看護師 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 理学療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 作業療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | その他 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |

| 3　訓練室の設備等について | |
|---|---|
| 当該処置を実施するための施設の面積 | 平方メートル |
| 当該処置を行うための器械・器具の一覧 | |

| 4　担当の複数職種が参加するカンファレンスの詳細 | |
|---|---|
| 開催頻度 | |
| 参加職種 | 医師　・　看護師　・　理学療法士　・　作業療法士　・　その他 |

［記載上の注意］

1．「1」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
・常勤医師
・常勤医師のうち、神経・筋疾患診療の経験を３年以上有している医師
・常勤医師のうち、リハビリテーションの経験を３年以上有している医師
・常勤医師のうち、神経・筋疾患診療及びリハビリテーションの経験を３年以上有している医師
また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び関連診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。

2．当該処置に従事する看護師、理学療法士、作業療法士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 49 の７を添付すること。

3．当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

4．その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が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。

5．届出に当たっては、担当の複数職種が参加するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

# 処置

## 「歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)」　（様式4,46の7）

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式49の7

歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)従事者の名簿

| | | | | | 所定の研修修了年月日 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |
| | | 看護師・理学療法士<br>作業療法士・義肢装具士・その他 | 常勤<br>非常勤 | 専任<br>専従 | |

# 処置

## ●注の追加

### J120 鼻腔栄養

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【鼻腔栄養(１日につき)】<br><br>【注の追加】 | 【鼻腔栄養(１日につき)】<br><br>注２　間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。 |

# 【K 特掲診療料】㊿ 手術

## ●【通則７ 新生児・低体重児加算】に追加された項目

所定点数

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K513 | | 胸腔鏡下肺切除術 | |
| | 1 | 肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの) | 39,830 |
| | 2 | その他のもの | 58,950 |
| K534-3 | | 胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術 | 31,990 |
| K635-3 | | 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 | 12,000 |

訂正

新生児:所定点数×~~1.4~~　×4倍
手術時体重1,500g未満:所定点数×~~1.5~~　×5倍

# 手術

## ●通則14

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 | 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10部第1節第8款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 |

参考

## 通則17　周術期口腔機能管理後手術加算

| 項目 | 点数 | 算定要件 |
|---|---|---|
| 手術<br>通則１７ | 200 | 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、下記手術の何れかを全身麻酔下で実施した場合、周術期口腔機能管理後手術加算として、手術の所定点数に200点を加算する。<br><br>●第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術<br><br>●第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））|

●口腔機能管理実施者に術後肺炎の減少あり

※院内パスや地域の歯科医との連携等運用を整えていますか？

＜算定の留意点＞

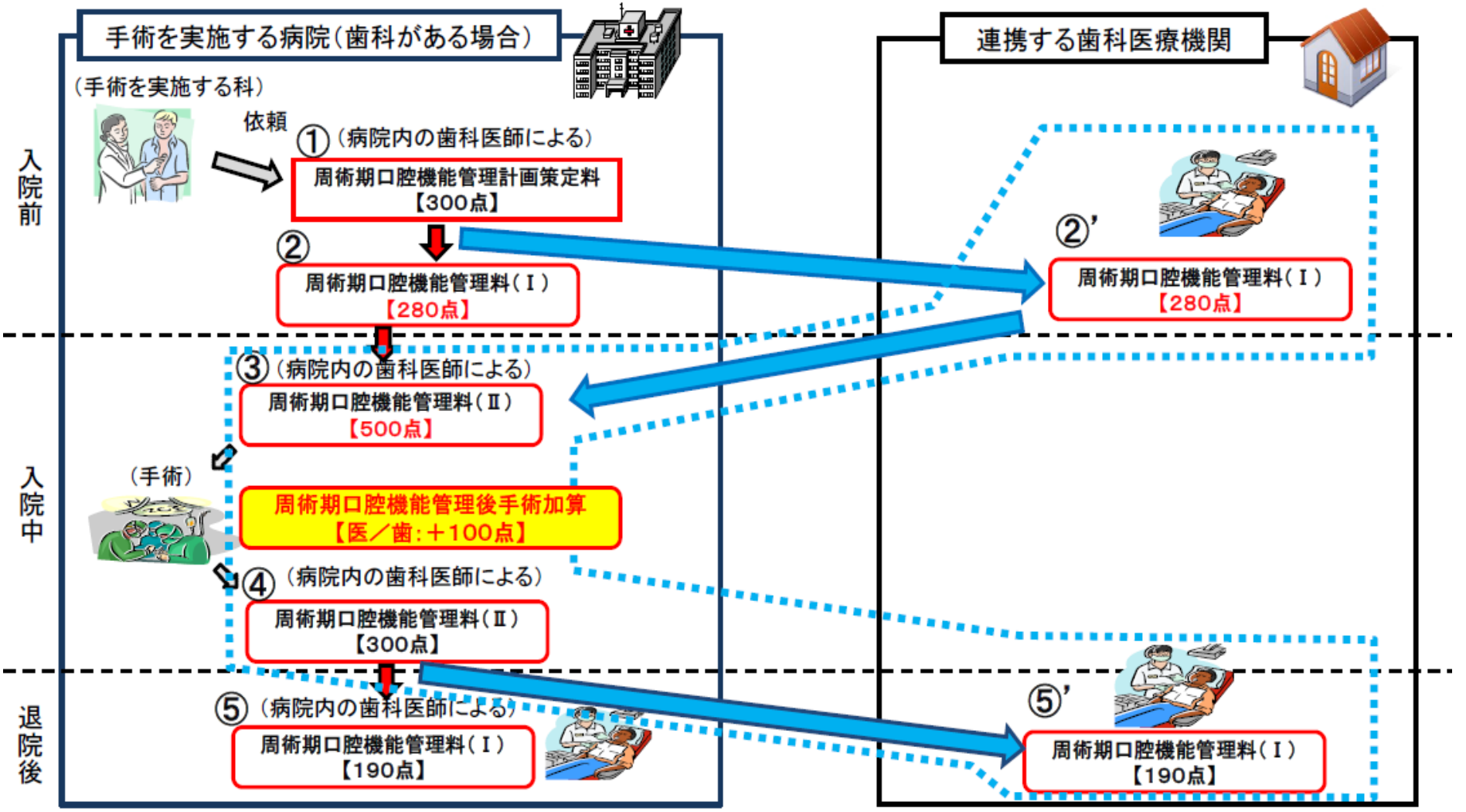
周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（歯科を併設する病院は除く。）を診療録に記載すること。
なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。

# 手術 通則17 周術期口腔機能管理後手術加算

参考

## 周術期における口腔機能管理のイメージ①

中医協　総－3
２７．７．２２



# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

## ●保険適用された新規医療材料等

新設

### K603-2　小児補助人工心臓

（技術の例）

K603-2
小児補助人工心臓（１日につき）　届出　乳幼児加算

| | |
|---|---|
| １　初日 | 63,150点 |
| ２　２日以降30日まで | 8,680点 |
| ３　31日目以降 | 7,680点 |

［算定要件］
投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、小児補助人工心臓による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に実施した場合に算定する。

［施設基準］
（１）　心臓血管手術の症例が年間100例以上であり、そのうち18歳未満の症例に対する心臓手術が年間50例以上であること。
（２）　11歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去5年間で3例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。
（３）　常勤の心臓血管外科の医師が3名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、１名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
（４）　5年以上の経験を有する小児循環器科の医師が1名以上配置されていること。
（５）　当該療養を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

## ● K603-2　小児補助人工心臓

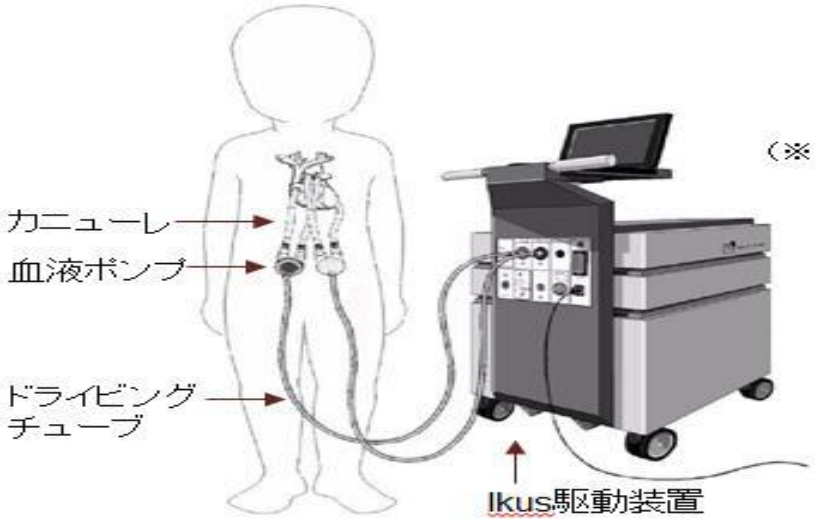
（資料１）

従来の投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に使用される。

【参考】

本品写真及び使用図

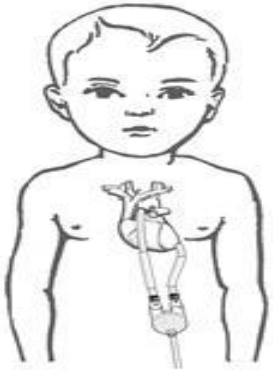
本品は、本邦初の小児用補助人工心臓
(体外設置式。空気圧駆動･拍動型。)




※ アクセサリーセット(PU-バルブ)は、血液ポンプのエア抜き及びカニューレと接続する際に使用



【血液ポンプ(拡大図)】
(※ ポンプのサイズは10，15，25，30，50，60mlの6種類。)



【装着図（左心補助の場合)】

# 小児補助人工心臓　（様式52,４）

様式 52

［　　］検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |

［記載上の注意］
1　［　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 小児補助人工心臓　（様式64の２）

様式 64 の２

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| １　届出種別<br>・新規届出　（実績期間　　年　月～　年　月）<br>・再度の届出（実績期間　　年　月～　年　月） | | |
| ２　心臓血管手術の実施症例数 | | 例 |
| ３　18 歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数 | | 例 |
| ４　過去５年間における 11 歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数 | | 例 |
| ５　心臓血管外科の医師の氏名等 | | |
| 常勤医師の氏名 | 心臓血管外科の経験年数 | 補助人工心臓の経験症例数 |
| | 年 | 例 |
| | 年 | 例 |
| | 年 | 例 |
| | 年 | 例 |
| | 年 | 例 |
| ６　小児循環器科の医師の氏名等 | | |
| 医師の氏名 | 小児循環器科の経験年数 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| ７　関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ | | |
| ウェブページの名前 | | |
| ウェブページのＵＲＬ　　http:// | | |

［記載上の注意］

1．「２」は実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2．「３」は実績期間内に 50 例以上が必要であること。

3．「４」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

4．「５」及び「６」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。

・心臓血管外科の常勤医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を５年以上有している医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、１例以上の補助人工心臓の経験を有している医師

・小児循環器科の医師

・小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を５年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数並びに心臓血管外科の常勤医師については機械的循環補助所定の経験の有無が分かるもの）を添付すること。

5．当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

6．届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し　骨子【Ⅲ－8(7)】

## ●K664　胃瘻造設術
## K939-5　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 | 【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 |
| [施設基準]こちらも同様 | [施設基準]こちらも同様 |
| 胃瘻造設術を実施した症例数が１年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は100分の80に減算。 | 胃瘻造設術を実施した症例数が１年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は100分の80に減算。 |
| ア）当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者(以下の①から⑤までに該当する患者を除く。)に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。 | ア）当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者(以下の①から⑤までに該当する患者を除く。)に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。 |

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し　骨子【Ⅲ－8(7)】

## ●K664　胃瘻造設術
## K939-5　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者<br>② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者<br>③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者<br>④ 意識障害があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者(ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。) | ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者<br>② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者<br>③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者<br>④ 意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者(ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。) |

# 手術

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し　骨子【Ⅲ－8（7）】

## ●K664　胃瘻造設術
## K939-5　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者 | ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者 |
| （新設） | ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者 |
| イ）経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。 | イ）以下のいずれかを満たしていること。<br>① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。<br>② 胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること。 |

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し　骨子【Ⅲ－8(7)】

## ●K664　胃瘻造設術 ／ K939-5　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| カンファレンスの概要及び出席した医師の診療科名及び経験年数を診療録に記載していること。 | a. 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師1名、当該手術を実施する診療科に属する医師1名、リハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師のうち1名の合計3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。<br><br>b. 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行った上で、胃瘻造設に関する同意を得ること。 |

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

## ●K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【内視鏡的結腸ポリープ･粘膜切除術】 | | 【内視鏡的大腸ポリープ･粘膜切除術】 | |
| １　長径2センチメートル未満 | 5,000点 | １長径2センチメートル未満 | 5,000点 |
| ２　長径2センチメートル以上 | 7,000点 | ２長径2センチメートル以上 | 7,000点 |
| 【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 | | （削除） | |
| １長径2センチメートル未満 | 5,000点 | | |
| ２長径2センチメートル以上 | 7,000点 | | |
| 【脱肛根治手術】 | 5,360点 | （削除） | |

# 手術

新設

K080-6　関節鏡下股関節唇形成術　44,830点

K124-2　寛骨臼骨折観血的手術　43,790点

K178-5　経皮的脳血管ステント留置術　33,150点

[算定要件]
経皮的脳血管ステント留置術は、脳血管用ステントセットを用いて経皮的脳血管ステント留置術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学 会の定める診療に関する指針を遵守すること。

新設

K347-3　内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型(骨、軟骨手術)　5,520点

K347-4　内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)　2,030点

K347-5　内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)　5,520点

K347-6　内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)　3,170点

K347-7　内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)　19,940点

# 手術

## 新設

届出 K461-2　内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術

1　片葉のみの場合　17,410点

2　両葉の場合　25,210点

届出 K462-2　内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)　25,210点

届出 K464-2　内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術　20,660点

[施設基準]

(1)　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。

(2)　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上及び区分番号「K461－2」、「K462－2」及び「K464－2」の手術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3)　緊急手術体制が整備されていること。

# 手術

## 「内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)、内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術」　（様式52,56の4）

様式 52

[　　] 検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式 56 の 4

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
} の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

2　外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「４６１－２」、「４６２－２」及び「４６４－２」の手術を術者として合わせて５例以上の経験を有する常勤の医師。

| 常勤医師の氏名 | 経験年数 | 術者としての経験症例数 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

3　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

［記載上の注意］

1　「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、術者としての経験症例数は、区分番号「４６１－２」、「４６２－２」及び「４６４－２」を合わせた症例数を記載すること。

2　「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

3　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

# 手術

新設

K508-3　気管支熱形成術　10,150点

[算定要件]

（1）18歳以上の重症喘息患者に対し、気管支熱形成術（気管支サーモプラスティ）を実施した場合に、本区分の所定点数を算定する。

（2）気管支ファイバースコピーに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

新設

K526-4　内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法　6,300点

[算定要件]

（1）タラポルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いて、以下のいずれにも該当する局所遺残再発食道悪性腫瘍に対して光線力学療法を実施した場合に算定する。

ア　外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの

イ　壁深達度が固有筋層を越えないもの

ウ　長径が3cm以下かつ周在性が1/2周以下であるもの

エ　頸部食道に及ばないもの

オ　遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの

（2）内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法の実施に当たり、追加照射の要否を判定するための内視鏡検査及び追加照射に係る費用は全て所定の点数に含まれ、別に算定できない。

新設　乳幼児加算

K528-3　胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術　76,320点

（1歳未満の乳児に対して行われるものに限り、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすこと。）

# 手術

**新設**

届出 K530-3　内視鏡下筋層切開術　9,450点

［算定要件］
食道アカラシア、食道びまん性けいれん症等の食道運動機能障害を有するもの（食道の内腔が狭窄しているものに限る。）に対して実施した場合に限り算定する。

［施設基準］

（1）消化器内科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（2）当該医療機関において、当該手術が10例以上実施されていること。
（3）消化器外科又は消化器内科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。また、当該医師は、当該手術について術者として又は補助を行う医師として15例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験を有していること。
（4）実施診療科において、常勤の医師が3名以上配置されていること。ただし、消化器外科において、医師が1名以上配置されていること。
（5）常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
（6）緊急手術体制が整備されていること。

# 手術

## 「内視鏡下筋層切開術」　（様式58の2）

様式 58 の 2

### 内視鏡下筋層切開術の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科 | |
| 2　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数<br>例 | |
| 3　常勤の医師 | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 |
| | |
| | |
| | |

4　消化器内科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師。
　なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち５例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。

| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 | 経験症例数 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 | 当該手術（術者として） |
| | | | 例 | 例（　例） |
| | | | 例 | 例（　例） |

| | |
|---|---|
| 5　常勤の麻酔科標榜医の氏名 | |
| | |
| 6　緊急手術が可能な体制　（有・無） | |

［記載上の注意］
1　「２」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
2　「３」及び「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
3　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

# 手術

## 「内視鏡下筋層切開術」　（様式52,4）

様式 52

［　　］検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式 4

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 手術

新設

届出　K605-5　骨格筋由来細胞シート心表面移植術　9,420点

[算定要件]

（1）虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定めるハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、上記基準に従って実施された場合に限り算定できる。

（2）本技術に先立って行われる骨格筋由来細胞シートを調整するための骨格筋採取に係る技術については、創傷処理又は小児創傷処理（6歳未満）に準じて算定する。

[施設基準]

（1）植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設であること。

（2）医薬品医療機器法に基づく薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則った細胞培養センターを有すること。

（3）循環器内科の経験を5年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤医師がそれぞれ1名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。

（4）定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

（5）関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」において定められた実施施設基準に準じていること。

# 手術

## 「骨格筋由来細胞シート心表面移植術」　（様式65の3の2,4）

様式 65 の３の２

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 1　植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出　有　・　無 | | |
| 2　細胞培養センターについて（該当するものに○を付すこと。）<br>・医薬品医療機器法に基づく基準に則ったもの<br>・再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの | | |
| 3　循環器内科の医師の氏名等 | | |
| 常勤医師の氏名 | 循環器内科の経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| 4　心臓血管外科の医師の氏名等 | | |
| 常勤医師の氏名 | 心臓血管外科の経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| 5　心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称 | | |
| 6　「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設基準への該当性<br>該当　・　非該当 | | |

［記載上の注意］

1．「３」及び「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
- 循環器内科の常勤医師
- 循環器内科の常勤医師のうち、循環期内科の経験を５年以上有している医師
- 心臓血管外科の医師
- 心臓血管外科の医師のうち、心臓血管外科の経験を５年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。

2．当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

3．届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |

**過去１年間に実施した、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。**

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 手術

新設

K560-2　オープン型ステントグラフト内挿術
- 1　弓部大動脈　114,510点
- 2　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術
  - イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　187,370点
  - ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　210,790点
  - ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　243,580点
  - ニ　その他のもの　171,760点
- 3　下行大動脈　89,250点

［算定要件］
オープン型ステントグラフトを直視下に挿入し、中枢側血管又は中枢側人工血管と吻合した場合に、術式に応じて算定する。

新設

K616-5　経皮的血管内異物除去術　14,000点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

新設

K674-2　腹腔鏡下総胆管拡張症手術　34,880点
- 注　乳頭形成加算　5,000点

注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。

新設

K700-2　膵腫瘍摘出術　21,750点

# 手術

新設

届出　K703-2　腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術　158,450点

[算定要件]
当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として脈管の合併切除及びリンパ節郭清切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

[施設基準]
(1) 当該保険医療機関で膵臓に係る手術を年間50例以上施行しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間20例以上施行していること。
(2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間20例以上実施していること。
(3) 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
(4) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
(5) 病理部門が設置され、病理医が配属されていること。
(6) 外科又は消化器外科において常勤の医師が5名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について15年以上の経験を有していること。
(7) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

# 手術

## 「腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術」　（様式67の2の2）

様式 67 の２の２

腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 1　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓に係る手術症例数（「K698」、「K700」、「K700-2」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数）　例 | |
| 2　１のうち、膵頭十二指腸切除術症例数　例 | |
| 3　当該保険医療機関において１年間に実施した腹腔鏡手術症例数　例 | |
| 4　当該保険医療機関において１年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数（腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数）　例 | |
| 5　腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上の経験を有する常勤医師の氏名等 | |

| 常勤医師の氏名 | 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数 | 腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数 |
|---|---|---|
| | 例 | 例 |
| | 例 | 例 |

| | |
|---|---|
| 6　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　科 | |
| 7　病理部門の病理医氏名 | |
| 8　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（５名以上） | |

| 常勤医師の氏名 | 経験年数（少なくとも１名は15年以上） |
|---|---|
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 9　学会との連携体制 | 有　・　無 |

［記載上の注意］

1　「1」、「2」、「3」、「4」及び「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

# 手術

新設

K715-2　腹腔鏡下腸重積症整復術　14,660点

新設　乳幼児加算

K726-2　腹腔鏡下人工肛門造設術　13,920点

［算定要件］

腹腔鏡下直腸切除・切断術の「３」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

新設

K781-3　経尿道的腎盂尿管凝固止血術　8,250点

［算定要件］

経尿道的腎盂尿管凝固止血術は、画像診断、血液学的検査、尿細胞診検査によっても原因が特定できない肉眼的血尿に対し、腎盂尿管鏡を用いて出血部位を特定し、Ho-YAGレーザー等を用いて、止血を行った場合に算定する。なお、内視鏡検査及び使用するレーザー等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

新設

K937-2　術中グラフト血流測定加算　2,500点

［算定要件］

冠動脈血行再建術に当たって、超音波トランジットタイム法又は高解像度心外膜超音波法により、グラフト血流を測定した場合に算定する。

# 手術

**新設**

届出　K773-5　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術

（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　70,730点

［算定要件］

原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に限り算定する。

［施設基準］

（1）泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（3）泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。

（4）麻酔科の標榜医が配置されていること。

（5）当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍手術に係る手術（区分番号「K773」、「K773－2」、「K773－3」、「K773－4」又は「K773－5」）が1年間に合わせて10例以上実施されていること。

（6）緊急手術体制が整備されていること。

（7）常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

（8）当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

# 手術

## 「腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」（様式68の３）

様式 68 の 3

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1　届出種別<br>・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）<br>・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） | | | |
| 2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科<br>科 | | | |
| 3　当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の実施症例数<br>例 | | | |
| 4　泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について５年以上の経験を有する者が２名以上） | 常勤医師の氏名 | 経験年数 | 当該療養の経験症例数 |
| | | 年 | 例 |
| | | 年 | 例 |
| 5　麻酔科標榜医の氏名 | | | |
| | | | |
| 6　緊急手術が可能な体制 | （　有　・　無　） | | |
| 7　常勤の臨床工学技士の氏名 | | | |
| 8　保守管理の計画 | （　有　・　無　） | | |

［記載上の注意］

1　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

2　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「Ｋ７７３」、「Ｋ７７３－２」、「Ｋ７７３－３」、「Ｋ７７３－４」又は「Ｋ７７３－５」を合わせて 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

3　「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

なお、このうち１名の医師は、当該療養について 10 例以上の症例を経験していることが必要であること、また当該症例一覧を別添２の様式 52 により添付すること。

4　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

5　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

6　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

**当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。**

# 手術

**新設**

届出　K843-4　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　95,280点

[施設基準]
（1）泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（2）泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。
（3）麻酔科の標榜医が配置されていること。
（4）当該保険医療機関において前立腺悪性腫瘍手術に係る手術(「K843」、「K843－2」、「K843－3」又は「K843－4」)が１年間に合わせて20例以上実施されていること。
（5）緊急手術が可能な体制を有していること。
（6）常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（7）当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

# 手術

## 「腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」（様式71の1の2）

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 1　届出種別<br>・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）<br>・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） | | |
| 2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科<br>科 | | |
| 3　当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数<br>例 | | |
| 4　泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について５年以上の経験を有する者が２名以上） | 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 5　麻酔科標榜医の氏名 | | |
| | | |
| 6　緊急手術が可能な体制　（　有　・　無　） | | |
| 7　常勤の臨床工学技士の氏名 | | |
| 8　保守管理の計画　（　有　・　無　） | | |

［記載上の注意］

1　「1」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

2　「3」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「Ｋ８４３」、「Ｋ８４３－２」、「Ｋ８４３－３」、又は「Ｋ８４３－４」を合わせて 20 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

3　「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

4　「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

5　「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

6　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

**当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。**

# 手術

新設

届出　K865-2　腹腔鏡下仙骨膣固定術　48,240点

[施設基準]
（1）産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
（2）当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
（3）産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
（4）実施診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
（5）麻酔科標榜医が配置されていること。
（6）緊急手術体制が整備されていること。
（7）病床を有していること。

# 手術

## 「腹腔鏡下仙骨膣固定術」　（様式71の1の3）

様式 71 の１の３

腹腔鏡下仙骨膣固定術の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科 | | |
| 2　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数<br>例 | | |
| 3　産婦人科又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、当該療養を術者として５例以上の経験を有する医師 | | |
| 常勤医師の氏名 | 経験年数 | 当該療養の術者としての経験症例数 |
| | | |
| | | |
| 4　常勤医師の氏名等（２名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名（当該手術を担当する科名） | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 5　麻酔科標榜医の氏名 | | |
| | | |
| 6　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ） | | |

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「３」及び「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。

# 手術

## 新設

届出　K939-6　凍結保存同種組織加算　9,960点

[算定要件]

(1)　区分番号「K555」、「K557」、「K557－4」、「K558」、「K560」、「K566」、「K567」、「K570」、「K580」から「K587」まで、「K614」、「K623」、「K642」、「K643」、「K675」の「2」から「5」まで、「K677－2」、「K695」、「K697－5」、「K697－7」、「K702」の「4」、「K703」の「4」及び「K704」掲げる手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に限り算定する。

(2)　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(3)　組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(4)　日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種組織である、生体弁又は血管を使用した場合に限り算定できる。なお、組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

# 手術

[施設基準]

（1）外科、心臓血管外科又は小児外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（2）当該医療機関において、当該療養が3例以上実施されていること。
（3）外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有し、また、当該療養について術者として実施する医師又は補助を行う医師として8例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。そのうち、術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
（4）実施診療科において常勤の医師が3名以上配置されていること。
（5）常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
（6）臨床検査技師が配置されていること。
（7）緊急手術体制が整備されていること。
（8）日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

（8）に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

# 手術

## 「凍結保存同種組織加算」　（様式73の5）

様式 73 の 5

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科
科

2　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数

例

3　外科、心臓外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について５年以上の経験を有する者。また、当該手術について８例（このうち５例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。

| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 当該療養の経験年数 | 経験症例数（うち術者として） |
|---|---|---|---|---|
| | | 年 | 年 | 例<br>（例） |
| | | 年 | 年 | 例<br>（例） |

4　実施診療科における常勤の医師（３名以上）

| 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| 5　常勤の麻酔科標榜医の氏名 | |
| 6　臨床検査技師の氏名 | |

7　緊急手術が可能な体制　（ 有 ・ 無 ）

8　日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無　（ 有 ・ 無 ）

9　「８」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無
（ 有 ・ 無 ）

# 手術

## ●項目の見直し

長径10cm以上が「イ」「ロ」に細分化

| 項目 | | | | 点数 |
|---|---|---|---|---|
| K000 | | 創傷処理 | | |
| | 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | | |
| | | イ | 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） | 7,170点 |
| | | ロ | その他のもの | 2,000点 |
| K006 | | 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） | | |
| | 3 | 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 | | 4,160点 |
| | 4 | 長径12センチメートル以上 | | 8,320点 |

長径6cm以上が長径12cmで細分化

# 手術

## ●項目の見直し

同種骨移植（非生体）が、
特殊なもの（腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靭帯組織の欠損に対して行うもの）とそれ以外で細分化

| 項目 | | | | 点数 |
|---|---|---|---|---|
| K059 | | 骨移植術（軟骨移植術を含む。） | | |
| | 3 | 同種骨移植（非生体） | | |
| | | イ | 同種骨移植（特殊なもの） | 届出 24,370点 |
| | | ロ | その他の場合 | 21,050点 |

［施設基準］
（1）整形外科を標榜している病院であること。
（2）整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
（3）日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

契約に関する文書の写しも併せて提出

# 手術

## 「骨移植術(軟骨移植術を含む。)
## 3. 同種骨移植(非生体)　イ. 同種骨移植(特殊なものに限る。)」
## (様式50の5の2,4)

様式 50 の 5 の 2

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））の施設基準に係る届出書添付書類

| |
|---|
| 1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科 |
| 2　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師 |

| 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| |
|---|
| 3　日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無　（ 有 ・ 無 ） |
| 4　「3」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無<br>（ 有 ・ 無 ） |

［記載上の注意］

1　「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
2　「3」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
3　「4」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |
| | | | {常勤/非常勤 {専従/非専従 {専任/非専任 | | |

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 手術

## ●項目の見直し

| 項目 | | | 点数 | |
|---|---|---|---|---|
| K073-2 | | 関節鏡下関節内骨折観血的手術 | | |
| | | | 現行 | 改定 |
| | 1 | 肩、股、膝、肘 | 25,200点 | 27,720点 |
| | 2 | 胸鎖、手、足 | 18,910点 | 18,910点 |
| | 3 | 肩鎖、指(手、足) | 11,970点 | 11,970点 |

点数の見直し

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K080-5 | | 関節鏡下肩関節唇形成術 | |
| | 1 | 腱板断裂を伴うもの | 45,200点 |
| | 2 | 腱板断裂を伴わないもの | 32,160点 |
| K171-2 | | 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 | |
| | 1 | 下垂体腫瘍 | 108,470点 |
| | 2 | 頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。) | 123,620点 |

項目の細分化

項目の細分化

# 手術

## ●項目の見直し

項目の細分化

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K190 | | 脊髄刺激装置植込術 届出 | |
| | 1 | 16極以下ジェネレーターを用いるもの | 40,280点 |
| | 2 | 32極ジェネレーターを用いるもの | 33,750点 |
| | 注 | 脊髄刺激電極を2本留置する場合 | 8,000点 |
| K190-2 | | 脊髄刺激装置交換術 届出 | |
| | 1 | 16極以下ジェネレーターを用いるもの | 15,650点 |
| | 2 | 32極ジェネレーターを用いるもの | 5,070点 |

# 手術

## ●項目の見直し

項目の細分化

| 項目 | | | | 点数 | |
|---|---|---|---|---|---|
| K446 | | 顎関節授動術 | | | |
| | 1 | 徒手的授動術 | | | |
| | | | イ | パンピングを併用した場合 | 990点 |
| | | | ロ | 関節腔洗浄療法を併用した場合 | 2,000点 |
| | 2 | 顎関節鏡下授動術 | | 現行 7,310点 | 改定 8,770点 |
| | 3 | 開放授動術 | | 22,820点 | 25,100点 |

# 手術

## ●項目の見直し

項目の細分化

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K555-2 | | 経カテーテル大動脈弁置換術 | 届出 |
| | 1 | 経心尖大動脈弁置換術 | 61,530点 |
| | 2 | 経皮的大動脈弁置換術 | 37,560点 |
| K599 | | 植込型除細動器移植術 | 届出 |
| | 1 | 経静脈リードを用いるもの | 31,510点 |
| | 2 | 皮下植込型リードを用いるもの | 24,310点 |
| K599-5 | | 経静脈電極抜去術 | 届出 |
| | 1 | レーザーシースを用いるもの | 28,600点 |
| | 2 | レーザーシースを用いないもの | 22,210点 |

# 手術

## ●項目の見直し　項目の細分化

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K677 | | 胆管悪性腫瘍手術 | |
| | 1 | 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの | 届出 119.280点 |
| | 2 | その他のもの | 84.700点 |

[施設基準]
(1)　当該医療機関において、膵頭十二指腸切除術又は肝切除術を年間20例以上実施していること。
(2)　外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

# 手術

## 「胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)」（様式65の7）

様式 65 の 7

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

| |
|---|
| 1　当該保険医療機関において１年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数　　件 |
| 2　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等 |

| 氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

［記載上の注意］

1　「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

3　外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

## 「腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術」（様式67の2）

様式 67 の 2

腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 1　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　　科 | |
| 2　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓手術症例数　　例 | |
| 3　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上） | |
| 常勤医師の氏名 | 経験年数（少なくとも１名は５年以上） |
| | |
| | |
| | |
| 4　麻酔科標榜医の氏名 | |
| 5　病理部門の病理医氏名 | |
| 6　緊急手術が可能な体制 | 有　・　無 |

［記載上の注意］

1　「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

3　「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

# 手術

## 「胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術」　（様式52,4）

様式 52

[　　] 検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式 4

[　　] に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |

[記載上の注意]
1　[　　] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 手術

## ●項目の見直し　項目の細分化

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K702-2 | | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 | 届出 |
| | 1 | 脾同時切除の場合 | 47,250点 |
| | 2 | 脾温存の場合 | 56,240点 |

## ●項目の見直し　項目の細分化

| 項目 | | | | 点数 |
|---|---|---|---|---|
| K742 | | 直腸脱手術 | | |
| | 1 | 経会陰によるもの | | |
| | | イ | 腸管切除を伴わないもの | 8,410点 |
| | | ロ | 腸管切除を伴わないもの | 25,780点 |

## ●項目の追加

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K040-3 | | 腓骨筋腱腱鞘形成術 | 18,080点 |
| K476 | | 乳腺悪性腫瘍手術 | |
| | 8 | 乳頭乳輪温存乳房切除術<br>（腋窩郭清を伴わないもの） | 27,810点 |
| | 9 | 乳頭乳輪温存乳房切除術<br>（腋窩郭清を伴うもの） | 48,340点 |

# 手術

## ●項目の追加

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K514 | | 肺悪性腫瘍手術 | |
| | 10 | 壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの） 届出 | 105,000点 |

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【肺悪性腫瘍手術】<br>注<br>9については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。 | 【肺悪性腫瘍手術】<br>注<br>9及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。 |

[施設基準]
（1）　呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として5例以上経験している常勤の医師が配属されていること。
（2）　当該保険医療機関に呼吸器内科及び放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。

# 手術

## 「肺悪性腫瘍手術(壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る。)」（様式56の6）

様式 56 の 6

肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　呼吸器外科の経験を 15 年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として５例以上実施した経験を有する医師の氏名等

| 診療科名 | 氏　　名 | 経験年数 | 経験症例数 |
|---|---|---|---|
| | | 年 | 例 |
| | | 年 | 例 |
| | | 年 | 例 |

2　呼吸器内科の経験を５年以上有している常勤の医師の氏名等

| 氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

3　放射線科の経験を５年以上有している常勤の医師の氏名等

| 氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

［記載上の注意］

1　「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

2　経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

3　呼吸器外科、呼吸器内科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

# 手術

## 「肺悪性腫瘍手術(壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る。)」（様式52,4）

様式 52

[　　] 検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式 4

[　　] に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |

[記載上の注意]

1　[　　] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 手術

## ●項目の追加

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K614 | | 血管移植術、バイパス移植術 | |
| | 6 | 膝窩動脈 | 42,500点 |
| K633-2 | | 腹腔鏡下ヘルニア手術 | |
| | 3 | 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア | 11,520点 |
| | 4 | 臍ヘルニア | 9,520点 |
| | 5 | 閉鎖孔ヘルニア | 24,130点 |

# 手術

## ●項目の追加

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K695-2 | | 腹腔鏡下肝切除術 届出 | |
| | 3 | 亜区域切術 | 108,820点 |
| | 4 | 1区域切除(外側区域切除を除く。) | 130,730点 |
| | 5 | 2区域切除 | 152,440点 |
| | 6 | 3区域切除以上のもの | 174,090点 |

# 手術

## 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）

［施設基準］

（１）当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に20例以上実施していること。
（２）当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上実施していること。
（３）腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
（４）腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
（５）当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。
（６）病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（７）緊急手術が可能な体制を有していること。
（８）当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

# 手術

## 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）　（様式66の２）

様式 66 の２

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| １　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　科 | |
| ２　当該保険医療機関において１年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数　例 | |
| ３　当該保険医療機関において１年間に実施した腹腔鏡手術症例数　例 | |
| ４　腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名 | |
| 常勤医師の氏名 | 経験症例数（少なくとも10例以上） |
| | |
| | |
| | |
| ５　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上） | |
| 常勤医師の氏名 | 経験年数（少なくとも１名は５年以上） |
| | |
| | |
| | |
| ６　麻酔科標榜医の氏名 | |
| ７　病理部門の病理医氏名 | |
| ８　緊急手術が可能な体制 | 有　・　無 |
| ９　学会との連携体制 | 有　・　無 |

［記載上の注意］

１　「２」、「３」及び「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「４」については、亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のものに係る届け出を行う場合のみ記載すること。

３　消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

# 手術

## 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）　（様式52,4）

様式 52

［　　］検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

様式 4

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |
| | | | {常勤／非常勤 {専従／非専従 {専任／非専任 | | |

［記載上の注意］
1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

## ●項目の追加

| 項目 | | | | | 点数 |
|---|---|---|---|---|---|
| K920 | | 輸血 | | | |
| | 5 | 希釈式自己血輸血 | | | |
| | | | イ | 6歳以上の患者の場合（200mLごとに） | 1,000点 |
| | | | ロ | 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに） | 1,000点 |

## ●注の見直し、追加

### K190　脊髄刺激装置植込術　届出

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【脊髄刺激装置植込術】<br><br>【注の見直し】 | 【脊髄刺激装置植込術】<br><br>注　脊髄刺激電極を2本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。 |

### K282　水晶体再建術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【水晶体再建術】<br><br>【注の追加】 | 【水晶体再建術】<br><br>注　水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。 |

# 手術

## ●注の追加、見直し

### K443　上顎骨形成術　届出

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【上顎骨形成術】<br><br>【注の追加】 | 【上顎骨形成術】<br><br>注１ １について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。 |

### K446　顎関節授動術

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【顎関節授動術】<br><br>１ 徒手的授動術<br>（パンピングを併用した場合）　990点<br><br>２ 顎関節鏡下授動術　7,310点<br>３ 開放授動術　22,820点 | 【顎関節授動術】<br><br>１ 徒手的授動術<br>イパンピングを併用した場合　990点<br>口関節腔洗浄療法を併用した場合　2,000点<br>２ 顎関節鏡下授動術　8,770点<br>３ 開放授動術　25,100点 |

## ●注の追加

### K529　食道悪性腫瘍手術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【食道悪性腫瘍手術<br>（消化管再建手術を併施するもの）】<br><br>【注の追加】 | 【食道悪性腫瘍手術<br>（消化管再建手術を併施するもの）】<br><br>注2 血行再建を併せて行った場合には、<br>3,000点を所定点数に加算する。 |

### K655-5　腹腔鏡下噴門側胃切除術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【腹腔鏡下噴門側胃切除術】<br><br>【注の追加】 | 【腹腔鏡下噴門側胃切除術】<br><br>注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、<br>5,000点を所定点数に加算する。 |

# 手術

## ●注の追加

### K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

| 項目 | | | 点数 |
|---|---|---|---|
| K529-2 | | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 自動縫合器加算 自動吻合器加算 | |
| | 1 | 頸部、胸部、腹部の操作によるもの | 125,240 |
| | 2 | 胸部、腹部の操作によるもの | 104,190 |

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】<br><br>【注の追加】 | 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】<br><br>注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。 |

# 手術

## ●注の追加

### バルーン内視鏡を用いて実施した場合の加算

| 項目 | 現　行 | 改　定 |
|---|---|---|
| K685 内視鏡的胆道結石除去術 | 【追加】 | 3,500点 |
| K686 内視鏡的胆道拡張術 | 【追加】 | 3,500点 |
| K687 内視鏡的乳頭切開術 | 【追加】 | 3,500点 |
| K688 内視鏡的胆道ステント留置術 | 【追加】 | 3,500点 |
| K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの） | 【追加】 | 3,500点 |

## ●注の追加

### K803膀胱悪性腫瘍手術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【膀胱悪性腫瘍手術】<br><br>【注の追加】 | 【膀胱悪性腫瘍手術】<br><br>注　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。 |

### K809-2 膀胱尿管逆流手術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【膀胱尿管逆流手術】<br><br>【注の追加】 | 【膀胱尿管逆流手術】<br><br>注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、9,400点を加算する。 |

# 手術

## ●注の追加／見直し

### K898 帝王切開術

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【帝王切開術】<br>【注の追加】 | 【帝王切開術】<br>注　複雑な場合については、2,000点を所定点数に加算する。 |

訂正：
歳⇒週

●複雑とは
①前置胎盤の合併症を認めるもの　②32歳未満の早産の場合
③胎児機能不全を認めるもの　④常位胎盤早期剥離を認めるもの
⑤開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう）のある妊婦に対して実地する場合

追加

### K920 輸血

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【輸血】<br><br>注6　不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず１月につき200点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、１週間に１回を限度として、200点を所定点数に加算する。 | 【輸血】<br><br>注6　不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず１月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、１週間に１回を限度として、197点を所定点数に加算する。 |

## ●注の見直し

### K931 超音波凝固切開装置等加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【超音波凝固切開装置等加算】<br><br>注　胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。 | 【超音波凝固切開装置等加算】<br><br>注　胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。 |

### K932 創外固定器加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【創外固定器加算】<br><br>注 K046、K056-2、K058、K073、K076又はK125に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。 | 【創外固定器加算】<br><br>注　K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K123-2又はK125に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。 |

## ●注の見直し

### K934 副鼻腔手術用内視鏡加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【副鼻腔手術用内視鏡加算】<br><br>注　K350からK352まで、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。 | 【副鼻腔手術用内視鏡加算】<br><br>注　K350、K352、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。 |

### K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算】<br><br>注　K340-3からK340-7及びK349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。 | 【副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算】<br><br>注　K340-3からK340-7まで及びK350からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。 |

# 手術

## ●注の見直し

新たに追加された項目
【K936 自動縫合器加算】
【K936-2 自動吻合器加算】
【K939 画像等手術支援加算】

| 項目 | | | 点数 | |
|---|---|---|---|---|
| K055-2 | | 大腿骨頭回転骨切り術 画像等手術支援加算 | 44,070点 | |
| K055-3 | | 大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術 画像等手術支援加算 | 37,570点 | |
| K529-2 | | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 自動縫合器加算 自動吻合器加算 | | |
| | 1 | 頸部、胸部、腹部の操作によるもの | 125,240点 | |
| | 2 | 胸部、腹部の操作によるもの | 104,190点 | |
| K656-2 | | 腹腔鏡下胃縮小術 届出 自動縫合器加算<br>(スリーブ状切除によるもの) | 現行<br>36,410点 | 改定<br>40,050点 |

# 手術

## ●名称を変更する項目

| 区分番号 | 旧手術項目名 | 新手術項目名 |
|---|---|---|
| K125 | 骨盤骨折観血的手術<br>（腸骨翼骨折を除く。） | 骨盤骨折観血的手術<br>（腸骨翼骨折観血的手術及び<br>寛骨臼骨折観血的手術を除く。） |
| K171-2 | 内視鏡下経鼻的下垂体<br>腫瘍摘出術 | 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 |
| K446　1 | 徒手的授動術<br>（パンピングを併用した場合） | 徒手的授動術 |
| K555-2 | 経皮的大動脈弁置換術 | 経カテーテル大動脈弁置換術 |
| K599-5 | 経静脈電極抜去術<br>（レーザーシースを用いるもの） | 経静脈電極抜去術 |
| K642-2 | 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 | 腹腔鏡下大網、腸間膜、<br>後腹膜腫瘍摘出術 |
| K702　1 | 膵尾部切除術<br>（腫瘍摘出術を含む。）の場合 | 膵尾部切除術の場合 |
| K721 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 | 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 |

# 手術

【Ⅲ－８（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　骨子【Ⅲ－８（8）】

## ●手術等医療技術の適切な評価

## ●医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既収載技術の再評価（廃止を含む。）、新規技術の保険導入を行う。

［評価・再評価を行う技術の例］

（1）経皮酸素ガス分圧連続測定（資料２）
（2）関節鏡下股関節唇縫合術
（3）内視鏡下鼻中隔手術
（4）無菌製剤処理料１の評価の見直し
（5）発達障害の要支援度評価尺度
（6）鼻腔・咽頭拭い液採取料
（7）血漿交換療法の対象疾患拡大
（8）腹腔鏡下膵体尾部切除術の対象拡大

［廃止を行う技術の例］

（1）D301 気管支鏡検査、気管支カメラ
（2）D007・1 膠質反応（ZTT）

# 手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

●先進医療会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

［優先的に保険適用すべきとされた医療技術］

(1) 凍結保存同種組織を用いた外科治療
(2) 陽子線治療
(3) 重粒子線治療
(4) 非生体ドナーから採取された同種骨・靭帯組織の凍結保存
(5) RET遺伝子診断
(6) 実物大立体臓器モデルによる手術支援
(7) 単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断
(8) 網膜芽細胞腫の遺伝子診断
(9) 腹腔鏡下仙骨膣固定術
(10) 硬膜外自家血注入療法(資料３)
(11) 食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
(12) 内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術
(13) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術

# 【L 特掲診療料】⑤⓪ 麻酔

## ●注の追加

### L008　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】<br><br>【注の追加】 | 【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】<br><br>注9<br>L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45点を所定点数に加算する。<br><br>注10<br>別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（K672－2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718－2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。 |

## ●注の追加

### L008-2　低体温療法(１日につき)

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【低体温療法】<br><br>【注の追加】 | 【低体温療法】<br><br>注2<br>心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して<br>低体温療法を開始した場合は、<br>低体温迅速導入加算として、<br>5,000点を所定点数に加算する。 |

# 【D 特掲診療料】⑥⓪ 検査

# 検査

算定時に留意の
必要な検査項目

## 他検査で代替できない理由をレセプトに記載する検査一覧

| 区分番号 | 検査名 | 点数 |
|---|---|---|
| D003 | 「9」　キモトリプシン(糞便) | 80点 |
| D004 | 「1」　酸度測定(胃液) | 15点 |
| | 「9」　乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(膣分泌液) | 170点 |
| | 「11」　II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液) | 300点 |
| D006 | 「2」　全血凝固時間 | 18点 |
| | 「7」　ヘパプラスチンテスト | 29点 |
| | 「14」　フィブリノゲン分解産物(FgDP) | 116点 |
| | 「35」　フィブリノペプチド | 300点 |
| D007 | 「1」　膠質反応 | 11点 |
| | 「50」　CKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ(PH) | 230点 |
| | 「51」　α－フェトプロテイン(AFP)定性(膣分泌液) | 250点 |
| D009 | 「9」　CA50 | 150点 |
| | 「16」　I型プロコラーゲン－C－プロペプチド(PICP)、SP1 | 170点 |
| | 「20」　遊離型フコース(尿) | 190点 |

# 検査

算定時に留意の
必要な検査項目

## 他検査で代替できない理由をレセプトに記載する検査一覧

| 区分番号 | 検査名 | 点数 |
|---|---|---|
| D009 | 「22」 CA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（HCGβ－CF）（尿） | 200点 |
| | 「23」 膵癌胎児性抗原（POA） | 220点 |
| | 「25」 HER2蛋白（乳頭分泌液） | 320点 |
| D012 | 「5」 連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量 | 34点 |
| | 「16」 抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量 | 100点 |
| | 「21」 ノイラミニダーゼ定性 | 140点 |
| | 「37」 レプトスピラ抗体 | 210点 |
| | 「46」 ボレリア・ブルグドルフェリ抗体 | 270点 |
| | 「49」 ダニ特異IgG抗体、Weil-Felix反応 | 300点 |
| D014 | 「22」 C3d結合免疫複合体 | 210点 |
| D023-2 | 「3」 腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）定性 | 150点 |

# 検査

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑨】
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し　骨子【Ⅲ－5（8）】

## ●通則1～2 生体検査料（小児加算）

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| ［生体検査料の通則］ | | ［生体検査料の通則］ | |
| 新生児加算 | 60/100 | 新生児加算 | 80/100 |
| 乳幼児加算（3歳未満） | 30/100 | 乳幼児加算（3歳未満） | 50/100 |
| 幼児加算（3歳以上6歳未満） | 15/100 | 幼児加算（3歳以上6歳未満） | 30/100 |

# 検査

【Ⅳ－６（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－①】
実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価　　骨子【Ⅳ－６（1）（2）】

## ●細菌顕微鏡検査について検体の別を摘要欄に記載する。

D002　尿検査（鏡検法）・D002-2　尿検査（フローサイトメトリー法）
D017　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| D002尿沈渣（鏡検法） | D002尿沈渣（鏡検法） |
| 注１　同一検体について当該検査とD017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 | 注１　同一検体について当該検査とD017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 |
| D002-2尿沈渣（フローサイトメトリー法）<br>（同上） | D002-2尿沈渣（フローサイトメトリー法）<br>（同上） |
| D017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 | D017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 |
| （新設） | 注　同一検体について当該検査とD002に掲げる尿沈渣（鏡検法）又はD002-2に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 |

［算定要件］
当該検査とD002尿沈渣（鏡検法）、D002-2尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を摘要欄に記載すること

短冊


Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進について

口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P260

Ⅲ－７　かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について

患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価・・・・・・・・・P282

薬局における対人業務の評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・P283

Ⅲ－８　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

ISOの評価

質の高い臨床検査の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・P294

放射線撮影等の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P296

放射線治療に係る特定保険医療材料の算定・・・・・・・・・・・P298

保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し・・・・・・P299

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し・・P301

手術等医療技術の適切な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・P305

新規医療技術の保険導入等（歯科）・・・・・・・・・・・・・・・P311

先進医療技術の保険導入（歯科）・・・・・・・・・・・・・・・・P316

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大・・・・・・P321

Ⅲ－９　ＤＰＣに基づく急性期医療の適切な評価について

ＤＰＣ／ＰＤＰＳ（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P322

# 検査

【Ⅲ－８（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－①】
質の高い臨床検査の適正な評価　骨子【Ⅲ－８（3）】

## 検質の高い臨床検査の適正な評価

●国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。

**新設**

D026　検体検査判断料　注４

**届出**　国際標準検査管理加算　40点

［算定要件］
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において、検体検査管理加算（II）、検体検査管理加算（III）又は検体検査管理加算（IV）を算定した場合は、国際標準検査管理加算として**40点を加算**する。

別添2の様式22

［施設基準］
（1）検体検査管理加算（II）、検体検査管理加算（III）又は検体検査管理加算（IV）に係る届出を行っている施設であること。
（2）国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること。

ISO15189のことである。この機構が発行する認定証をもって、審査してもらうことになる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

認定を受けていることを証する文書の写しを添付する。

# 検査

## 検体検査管理加算/国際標準検査管理加算　（様式22）

様式 22

（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）
国際標準検査管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

| | |
|---|---|
| 1　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名 | |
| 2　常勤の臨床検査技師の人数　　名 | |
| 3　当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等 | |
| 血液学的検査 | |
| 生化学的検査 | |
| 免疫学的検査 | |
| 微生物学的検査 | |
| 4　臨床検査の精度管理の実施の状況　　実施している　・　実施していない | |
| 5　参加している外部の精度管理事業の名称 | |
| 6　臨床検査の適正化に関する委員会の有無　　有　・　無 | |
| 7　国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無　　有　・　無 | |

［記載上の注意］
1　「1」の常勤医師の経歴（臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
2　「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料（従事者の勤務状況など具体的にわかるもの）を添付すること。
3　「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
4　「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料（実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの）を添付すること。
5　「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

# 検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価　骨子【Ⅲ－4(2)】

## ●D006-4　遺伝学的検査

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【遺伝学的検査】<br>（新設）<br><br>【現在の点数】<br>D006-4<br>遺伝学的検査　3,880点<br><br>［算定要件］<br>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者１人につき１回算定できる。 | 【遺伝学的検査】 届出<br>注　別に定める疾患については、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において行われる場合に限り算定する。<br><br>［算定要件］<br>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回算定できる。ただし、２回以上実施する場合は、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記載する。 |

# 検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価　骨子【Ⅲ－4(2)】

## ●D006-4　遺伝学的検査

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ア）デュシェンヌ型筋ジストロフィー<br>イ）ベッカー型筋ジストロフィー<br>ウ）福山型先天性筋ジストロフィー<br>エ）栄養障害型表皮水疱症<br>オ）家族性アミロイドーシス<br>カ）先天性QT延長症候群<br>キ）脊髄性筋萎縮症<br>ク）中枢神経白質形成異常症<br>ケ）ムコ多糖症Ⅰ型<br>コ）ムコ多糖症Ⅱ型<br>サ）ゴーシェ病<br>シ）ファブリ病<br>ス）ポンペ病<br>セ）ハンチントン舞踏病<br>ソ）球脊髄性筋萎縮症 | ア）デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群及び脊髄性筋萎縮症<br>イ）ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症<br>ウ）フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(１型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症１型、MCAD欠 損症 、 VLCAD 欠損症、 MTP(LCHAD)欠損症、CPT１欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症及び先天性難聴 |

# 検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価　骨子【Ⅲ－4(2)】

## ●D006-4　遺伝学的検査

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| タ) フェニルケトン尿症<br>チ) メープルシロップ尿症<br>ツ) ホモシスチン尿症<br>テ) シトルリン血症(１型)<br>ト) アルギノコハク酸血症<br>ナ) メチルマロン酸血症<br>ニ) プロピオン酸血症<br>ヌ) イソ吉草酸血症<br>ネ) メチルクロトニルグリシン尿症<br>ノ) HMG血症<br>ハ) 複合カルボキシラーゼ欠損症<br>ヒ) グルタル酸血症１型<br>フ) MCAD欠損症<br>ヘ) VLCAD欠損症<br>ホ) MTP(LCHAD)欠損症 | エ) 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、 |

# 検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価　骨子【Ⅲ－4(2)】

## ●D006-4　遺伝学的検査

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| マ) CPT1欠損症<br>ミ) 筋強直性ジストロフィー<br>ム) 隆起性皮膚線維肉腫<br>メ) 先天性銅代謝異常症<br>モ) 色素性乾皮症<br>ヤ) 先天性難聴<br><br>② ①のアからクまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①のケからスまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による。①のセ及びソに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。 | スミス・マギニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴<br><br>② ①のアに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①のイに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。 |

# 検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価　骨子【Ⅲ－4(2)】

## ●D006-4　遺伝学的検査

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ③ 検査の実施に当たっては、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「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。 | ③ 検査の実施に当たっては、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「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。<br><br>④ ①のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドラインに加え、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において行われる場合に限り算定する。<br><br>[施設基準]<br>関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。 |

# 検査

## 「遺伝学的検査」　（様式３）

様式 23

遺伝学的検査の注
遺伝カウンセリング加算　の施設基準に係る届出書添付書類

| |
|---|
| 1　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を３年以上有する常勤医師に係る事項 |

| 氏名 | 遺伝カウンセリングの経験年数 |
|---|---|
| | 年 |

| |
|---|
| 2　当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）<br>件 |
| 3　関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針の遵守<br>有　・　無 |
| 4　遺伝学的検査の一部を委託する施設 |

| 名称 | 住所 | 確認方法 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

［記載上の注意］
1　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
2　「2」については、１月から 12 月までの件数（新規届出の場合は届出前３か月間の件数（５例以上））を記入すること。
3　「4」については、遺伝学的検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのＵＲＬを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

## ●注の見直し

### D007　血液化学検査

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【血液化学検査】<br><br>【注の見直し】<br>注<br>患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。<br><br>イ・ロ（略）<br><br>ハ　10項目以上　117点<br><br>注(略) | 【血液化学検査】<br><br><br>注<br>患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。<br><br>イ・ロ（略）<br><br>ハ　10項目以上　115点<br><br>注(略) |

## ●注の見直し

### D013　肝炎ウイルス関連検査

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【肝炎ウイルス関連検査】<br><br>【注の見直し】<br>注<br>患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から12までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。<br><br>イ・ロ（略）<br>ハ　5項目以上　469点 | 【肝炎ウイルス関連検査】<br><br><br>注<br>患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。<br><br>イ・ロ（略）<br>ハ　5項目以上　460点 |

## ●注の見直し

### D025　基本的検体検査実施料（１日につき）

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【基本的検体検査実施料】<br><br>【注の見直し】<br>注2<br>次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。<br><br>イ～ヲ（略）<br><br>ワ自己抗体検査<br>寒冷凝集反応、リウマトイド因子（RF）半定量及びリウマトイド因子（RF）定量 | 【基本的検体検査実施料】<br><br><br>注2<br>次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。<br><br>イ～ヲ（略）<br><br>ワ自己抗体検査<br>寒冷凝集反応及び**リウマトイド因子（RF）定量** |

# 検査

## ●注の追加　/新規項目の追加

### D026　検体検査判断料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【検体検査判断料】<br><br>【注の追加】 | 【検体検査判断料】<br><br>注7<br>D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。 |

［算定要件］
　免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で作製された免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

# 検査

D004-2・1　悪性腫瘍遺伝子検査

新設

D004-2・1　悪性腫瘍遺伝子検査
ヌ　BRAF遺伝子検査　6,520点
ル　RAS遺伝子検査　2,500点

D006-3 Major BCR－ABL1

新設

D006-3 1　mRNA定量（国際標準値）
（Major BCR－ABL1から名称変更）
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点
D006-3 2　mRNA定量（1以外のもの）　1,200点

D007　血液化学検査

新設

D007 36　セレン　144点
D007 45　Mac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体　200点

# 検査

## D009　腫瘍マーカー

新設

D009 23　可溶性メソテリン関連ペプチド　220点

## D012　感染症免疫学的検査

新設

D012 43　デングウイルス抗原定性　233点

## D014　自己抗体検査

新設

D014 25　IgG2（TIA法によるもの）　239点
D014 33　IgG2（ネフェロメトリー法によるもの）　388点

## D023　微生物核酸同定・定量検査

新設

D023 4　単純疱疹ウイルス
・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量　287点
D023 10　HTLV－1核酸検出　450点

# 検査

## D207　体液量等測定

新設

D207 2　皮膚灌流圧測定　100点

## D211-4　シャトルウォーキングテスト

新設

届出　D211-4　シャトルウォーキングテスト　200点

注1
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において行われる場合に限り算定する。

D211－3時間内補講試験と同様の施設基準

注2
D200に掲げるスパイログラフィー等検査及びD220からD223－2までに掲げる諸監視であって、シャトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

# 検査

## 「シャトルウォーキングテスト」　（様式24の6）

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

1　当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等

| 医師の氏名及び所属部署 | 経験年数等 |
|---|---|
| | |

2　当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

| | （一般的名称） | （承認番号） |
|---|---|---|
| ・生化学的検査（血液ガス分析） | | |
| ・画像診断（単純撮影（胸部）） | | |

3　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

| |
|---|
| |

［記載上の注意］
「１」の医師の経歴（当該検査の経験及び循環器内科又は呼吸器内科の経験の状況がわかるもの）を添付すること。

# 検査

新設 D215-3　超音波エラストグラフィー

D215-3　超音波エラストグラフィー　200点

注　D215-2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、
当該検査の費用は別に算定しない。

新設 D222　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

D222-2　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）　100点

新設 D239　筋電図検査

D239-5　精密知覚機能検査　280点

# 検査

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑥】
手術等医療技術の適切な評価　　骨子【Ⅲ－８(8)】

## ●経皮的酸素ガス分圧連続測定
## D222-2　経皮的酸素ガス分圧測定

（資料2）

### 1. 技術の概要

下腿の皮膚上に電極を装着し、血流および皮膚微小循環から拡散する組織酸素分圧(TCPO2)を測定し、下肢虚血の早期発見ならびに手術適応・治療の予後診断に利用する。

### 2. 対象疾患

末梢性動脈閉塞症、閉塞性動脈硬化症、バージャー病、慢性足部潰瘍

【参考】

測定している様子(イメージ)



検査時の痛みがなく、患者への負担が少ない検査である。

# 検査

## ●注の追加

### D215　超音波検査（記録に要する費用を含む。）

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【超音波検査】<br>【注の追加】 | 【超音波検査】<br>注7<br>4のロについて、微小栓子シグナル（HITS／MES）の検出を行った場合は、150点を所定点数に加算する。 |

# 検査

## ●項目の分割・注の追加

### D235-3　長期脳波ビデオ同時記録検査(１日につき)

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【長期脳波ビデオ同時記録検査】<br><br>長期脳波ビデオ同時記録検査<br>（1日につき）　900点<br><br>【注の追加】 | 【長期脳波ビデオ同時記録検査】<br><br>長期脳波ビデオ同時記録検査<br>１ 長期脳波ビデオ同時記録検査1 届出<br>3,500点<br>２ 長期脳波ビデオ同時記録検査2<br>900点<br><br>注<br>1については、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において行われる場合に算定する。 |

# 検査

## ●D235-3　長期脳波ビデオ同時記録検査(１日につき)

［施設基準］　長期脳波ビデオ同時記録検査1

（1）小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜していること。
（2）長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
（3）てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。
ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
（4）3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
（5）てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（6）長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を１年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ１名以上配置されていること。
（7）てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
（8）複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
（9）地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に拠点施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、地域における連携の拠点となる医療機関であること。
（10）てんかん診療拠点機関として選定されていること。
（11）当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
（12）電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

# 検査

## 「長期脳波ビデオ同時記録検査１」　（様式25の２）

様式 25 の２

長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|---|---|---|
| １　届出種別<br>・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）<br>・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） | | | |
| ２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | 科 |
| ３　長期脳波ビデオ同時記録検査の実施件数 | | | 例 |
| ４　てんかんの治療を目的とする手術の実施件数<br>＜連携保険医療機関において実施している場合＞<br>（名　称）<br>（所在地） | | | 例 |
| ５　ＭＲＩ装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等 | | | |
| ＭＲＩ装置<br>（機種名）<br>（型　番）<br>（メーカー名）<br>（テスラ数） | ポジトロン断層撮影装置<br>（機種名）<br>（型　番）<br>（メーカー名） | シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置<br>（機種名）<br>（型　番）<br>（メーカー名） | |
| ＜連携保険医療機関において実施している場合＞ | | | |
| （名　称）<br>（所在地） | （名　称）<br>（所在地） | （名　称）<br>（所在地） | |
| ６　当該診療科の常勤医師の氏名等（１名以上） | | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | てんかんに関する診療の経験年数 | |
| | 科 | 年 | |
| | 科 | 年 | |
| ７　常勤の看護師の氏名 | | | |
| ８　常勤の臨床検査技師の氏名 | | | |
| ９　専門的で高度なてんかん医療の実施内容<br>（例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、外科治療との連携　等） | | | |
| 10　てんかんに関する地域連携診療計画への拠点施設としての登録 | | | 有　・　無 |
| 11　てんかん診療拠点機関への選定 | | | 有　・　無 |
| 12　地域医療従事者への研修の実施 | | | 有　・　無 |
| 13　当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託 | | | 有　・　無 |

［記載上の注意］

１　「４」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてでんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施しておらず、当該手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

２　「５」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてＭＲＩ装置等を有しておらず、ＭＲＩ装置等を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

３　「６」については、てんかんに関する診療について５年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　「10」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。

５　「11」については、選定されていることが確認できる資料を添付すること。

# 検査

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |
| | | | {常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任} | | |

［記載上の注意］

1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

**「長期脳波ビデオ同時記録検査１」（様式４）**

# 検査

## ●項目の分割・注の追加

## D238　脳波検査判断料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【脳波検査判断料】<br>脳波検査判断料　180点<br><br>【注の追加】 | 【脳波検査判断料】<br>脳波検査判断料<br>1 脳波検査判断料 1　350点　届出<br>2 脳波検査判断料 2　180点<br><br>注2<br>1については、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において行われる場合に算定する。<br>注3　届出<br>遠隔脳波診断を行った場合については、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で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。 |

## ●D238 脳波検査判断料

［施設基準］ 脳波検査判断料1

（1） 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（2） MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

（3） 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

（4） 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。

（5） 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。

（6） 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（7） 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。

（8） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

## ●D238 脳波検査判断料

［施設基準］ 遠隔脳波診断を行った場合

（1） 送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

（2） 受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査判断料１に関する届出を行っている保険医療機関であること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

# 検査

## 「脳波検査判断料」　（様式4,27の3）

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |
| | | | {常勤 非常勤 {専従 非専従 {専任 非専任 | | |

［記載上の注意］
1　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
4　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 27 の 3

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）

| |
|---|
| 1　保険医療機関の所在地及び名称 |
| 2　脳波検査の実施及び送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等） |

受信側（脳波診断が行われる保険医療機関）

| |
|---|
| 1　保険医療機関の所在地及び名称 |
| 2　脳波検査判断料１の届出年月日　（　　年　　月　　日） |
| 3　脳波検査の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等） |

［記載上の注意］
送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

# 検査

【Ⅳ－2（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－②】
自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し　　骨子【Ⅳ－６（3）】

## ●D282-3　コンタクトレンズ検査料

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| コンタクトレンズ検査料１ | 200点 | D282-3 1　コンタクトレンズ検査料１ | 200点 |
| コンタクトレンズ検査料２ | 56点 | D282-3 2　コンタクトレンズ検査料２ | 180点（新） |
| | | D282-3 2　コンタクトレンズ検査料３ | 56点 |
| | | D282-3 4　コンタクトレンズ検査料４ | 50点（新） |

届出

［施設基準］

◆コンタクトレンズ検査料１
現行のコンタクトレンズ検査料１の施設基準に加え、（※）に該当すること。

※　入院病床を有さない保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間10,000人未満、又は、コンタクトレンズの自施設（併設のコンタクトレンズ販売所等を除く。以下同じ。）における交付率（次により算出した値とする）が95％未満であること。
① コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者数
② コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、医師がコンタクトレンズ装用の必要性を判断し、自施設において交付しなかった患者数

①／（①＋②）×100

# 検査

【Ⅳ－2（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－②】
自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し　　骨子【Ⅳ－６（3）】

## ●D282-3　コンタクトレンズ検査料

［施設基準］

◆コンタクトレンズ検査料２
現行のコンタクトレンズ検査料１の施設基準に該当するが、（※）に該当しないこと

◆コンタクトレンズ検査料３
現行のコンタクトレンズ検査料１の施設基準に該当しない保険医療機関であって、（※）に該当すること

◆コンタクトレンズ検査料４
コンタクトレンズ検査料１、２又は３のいずれにも該当しない保険医療機関であること

【経過措置】
平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付率等の要件を満たしているものとし、平成29年４月１日より適用することとする。

## ●注の追加

### D282-3　コンタクトレンズ検査料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【コンタクトレンズ検査料】<br><br>【注の見直し】<br>注1<br>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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料２を算定する。 | 【コンタクトレンズ検査料】<br><br>注1<br>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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２又は３を算定し、当該保険医療機定関以外の保険医療機関であって、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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料４を算定する。 |

# 検査

## 「コンタクトレンズ検査料」　（様式30）

様式 30

（コンタクトレンズ検査料１<br>コンタクトレンズ検査料２<br>コンタクトレンズ検査料３）の施設基準に係る届出添付書

※　該当する届出項目に○を付けること

| | |
|---|---|
| 1　外来患者の数 | ① |
| 2　コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数 | ② |
| 3　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合<br>②／①　×１００　＝　　％ | |
| 4　眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等 | |

| 氏　名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| 5　コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数 | ③ |
| 6　５のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数 | ④ |
| 7　５のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数 | ⑤ |
| 8　コンタクトレンズの自施設交付割合<br>④／（④＋⑤）　×１００　＝　　％ | |
| 9　眼科の病床を有している。<br>（該当する・該当しない） | |

［記載上の注意］

1　「１」は、届出前１年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均 500 件を超える場合は、届出前６月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。

2　「２」及び「５」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。

3　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。

4　「４」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。

5　「５」の患者数が０人である場合にあっては、「６」から「８」までの記載は不要であること。

6　「６」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

# 検査

## ●点数の変更、新設項目

### D400　血液採取

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【血液採取】（１日につき） | 【血液採取】（１日につき） |
| １ 静脈　20点 | １ 静脈　25点 |
| ２ その他　6点 | ２ その他　6点 |
| 注2 ６歳未満の乳幼児加算　16点 | 注2 ６歳未満の乳幼児加算　20点 |

新設

### D419　その他の検体採取

D419　6　鼻腔・咽頭拭い液採取　5点

# 検査

## ●名称を変更する項目

| 区分番号 | 旧検査項目名 | 新検査項目名 |
|---|---|---|
| D006-3 | Major BCR－ABL1 mRNA | Major BCR－ABL1 |
| D231 | 人工膵臓（一連につき） | 人工膵臓検査（一連につき） |
| D282-3　2 | コンタクトレンズ検査料2 | コンタクトレンズ検査料3 |
| D409-2 | センチネルリンパ節生検 | センチネルリンパ節生検（片側） |

# 【N 特掲診療料】⑥⓪ 病理診断

# 保険医療機関間の連携による病理診断

H24年
診療報酬
改定時
資料

## 具体的な評価方法

➢ 診断や治療方針の決定に重要な病理診断について、保険医療機関間で連携して行った場合の評価を行う。（遠隔画像診断と同様の仕組み）

届出を行った保険医療機関間において連携して病理診断を行った場合、標本の送付側の保険医療機関で病理診断料及び病理診断管理加算（文書による報告を受けた場合に限る。）を算定できることとする。

**標本の送付側**



**2**

**標本の送付**

**標本の受取側**



**1**

［施設要件］
・常勤の検査技師1名以上（※）
（※）5年以上の病理診断業務の経験があり、病理組織標本を作成できる臨床検査技師又は衛生検査技師

**病理診断結果の報告**
（病理診断を専ら担当する常勤医が診断を行い文書で報告）

**3**

［施設要件］
・病理診断管理加算を算定していること
・以下のいずれかであること
- 特定機能病院
- 臨床研修指定病院
- へき地医療拠点病院
- へき地中核病院
- へき地医療支援病院

＜算定可能＞
・病理診断料
・病理診断管理加算（標本の受取側の届出による）

注）標本の受取側における診断等の費用は相互の合議に委ねる。

平成24年度診療報酬改定説明会（平成24年3月5日）の資料より引用

# 病理診断

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－④】
保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し　骨子【Ⅲ－８(6)】

## ●保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

別添2の様式79の2

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【保険医療機関間の連携による病理診断】<br><br>［送付側の施設基準］<br><br>標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が１名以上配置されていること。<br><br>（新設）<br><br>別紙様式44 | 【保険医療機関間の連携による病理診断】<br><br>［送付側の施設基準］<br><br>① 標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が１名以上配置されていることが望ましい。<br><br>② 所定の様式に沿って、当該患者に関する情報提供を行うこと。なお、その際には標本作製をした場所を明記していること。 |

# 病理診断

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

| | |
|---|---|
| 病理標本の受取側の医療機関名： | |
| 担当医：　　科　　殿 | 依頼日：平成　年　月　日 |

標本の送付側

| | |
|---|---|
| 病理標本の送付側の医療機関名： | |
| 所在地： | |
| 電話番号：　　医師氏名：　　提出医サイン： | |
| 標本作製の場所：院内・院外（施設名称：　　標本番号：　　） | |
| 患者氏名：　　（フリガナ）　　性別：男・女 | |
| 患者住所 | |
| 生年月日：明・大・昭・平　年　月　日（　歳） | 職業：（具体的に　　）電話番号： |
| 保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解：有・無 | |
| 傷病名： | |
| 臨床診断・臨床経過： | |
| 肉眼所見・診断（略図等）： | |
| 病理材料のマクロ写真と切り出し図（鉗子生検等は除く）： | |
| 採取日又は手術日：　　年　　月　　日 | |
| 提出臓器とそれぞれの標本枚数：1.　　2.　　3.　　その他 | |
| 既往歴： | |
| 家族歴： | |
| 感染症の有無：有（　　）・無 | |
| 治療情報・治療経過： | |
| 現在の処方： | |
| 病理診断に際しての要望： | |
| 備考： | |
| 病理診断料使用欄：病理診断科ID<br>□病理診断管理加算1　□病理診断管理加算2　□標本作製料　□病理診断料　□免疫染色等（　　） | |

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること
※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

**「保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式」　（別紙様式44）**

**P289に追加**

# 病理診断

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－④】
保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し　骨子【Ⅲ－８（6）】

## ●保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

別添2の様式79の2

| 現　行 | 届出　改　定 |
|---|---|
| 【保険医療機関間の連携による病理診断】 | 【保険医療機関間の連携による病理診断】 |
| ［受取側の施設基準］ | ［受取側の施設基準］ |
| ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。 | ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。 |
| イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。 | イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する保険医療機関 |

別添2の様式80の2、3

# 病理診断

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－④】
保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し　骨子【Ⅲ－８(6)】

## ●保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | ウ イに掲げる保険医療機関のうち、病理診断科を標榜する保険医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師又は常勤の歯科医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。 |
| （新設） | エ 同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合が全体の8割以下であること。 |

# 病理診断

## 「保険医療機関間の連携による病理診断」　（様式79の2）

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

| |
|---|
| 1　保険医療機関の所在地及び名称 |
| 2　５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等<br>①　病院の場合（当該病院の常勤検査技師） |

| 検査技師の氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |

| |
|---|
| ②　上記に該当する常勤の検査技師がいない場合<br>主たる衛生検査所名<br>当該衛生検査所への年間委託件数　　件 |

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

| |
|---|
| 1　保険医療機関の所在地及び名称 |
| 2　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに○をつけること。）<br>病理診断管理加算（　1　2　）の届出年月日（　　年　　月　　日）<br>口腔病理診断管理加算（　1　2　）の届出年月日（　　年　　月　　日） |
| 3　医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）<br>①　病院の場合<br>・特定機能病院　承認年月日　　年　　月　　日<br>・臨床研修指定病院　指定年月日　　年　　月　　日<br>・へき地医療拠点病院　指定年月日　　年　　月　　日<br>・へき地中核病院　指定年月日　　年　　月　　日<br>・へき地医療支援病院　指定年月日　　年　　月　　日 |
| ②　病理診断科を標榜する保険医療機関の場合<br>保険医療機関指定年月日　　年　　月　　日 |
| 4　病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等 |

| 常勤の医師の氏名 | 経験年数 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| |
|---|
| 5　受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項<br>（衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入）<br>①　標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数　　件<br>②　①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数　　件<br>③　②の内訳（作製数の多い衛生検査所の開設者上位３者の名称及び作製数）<br>（名称）　（作製数）　　件<br>（名称）　（作製数）　　件<br>（名称）　（作製数）　　件<br>④　同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合＝<br>（③のうち最大のもの／②）×１００＝　　％ |

［記載上の注意］

1　標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。

2　標本の送付側の届出にあっては、常勤の医師又は歯科医師の経歴（病理診断の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。

# 病理診断

## 病理診断管理加算/口腔病理診断管理加算　（様式80の2、3）

様式 80 の 2

（病理診断管理加算１<br>病理診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| 1　病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名等 | |
|---|---|
| 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| 2　年間の剖検数・検体数等 | |
| ①　剖検 | 件 |
| ②　病理組織標本作製<br>（術中迅速病理標本作製を含む） | 件 |
| ③　細胞診（術中迅速細胞診を含む） | 件 |
| 3　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績 | |
| ①　開催年月日　　年　月　日 | |
| ②　開催年月日　　年　月　日 | |
| ③　開催年月日　　年　月　日 | |
| ④　開催年月日　　年　月　日 | |
| ⑤　開催年月日　　年　月　日 | |
| ⑥　開催年月日　　年　月　日 | |

［記載上の注意］
1　「１」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
2　「２」の剖検については届出前１年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。
3　「３」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。
4　病理診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載しなくてよいこと。

様式 80 の 3

（口腔病理診断管理加算１<br>口腔病理診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| 1　口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等 | |
|---|---|
| 常勤歯科医師又は医師の氏名（職種） | 経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| 2　年間の剖検数・検体数等 | |
| ①　剖検 | 件 |
| ②　病理組織標本作製<br>（術中迅速病理標本作製を含む） | 件 |
| ③　細胞診（術中迅速細胞診を含む） | 件 |
| 3　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績 | |
| ①　開催年月日　　年　月　日 | |
| ②　開催年月日　　年　月　日 | |
| ③　開催年月日　　年　月　日 | |
| ④　開催年月日　　年　月　日 | |
| ⑤　開催年月日　　年　月　日 | |
| ⑥　開催年月日　　年　月　日 | |

［記載上の注意］
1　「１」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
2　「２」の剖検については届出前１年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。
3　「３」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。
4　口腔病理診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載しなくてよいこと。

# 病理診断

## ●項目 /注の見直し

## N002　免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【免疫染色(免疫抗体法)<br>病理組織標本作製】 | 【免疫染色(免疫抗体法)<br>病理組織標本作製】 |
| 【項目の見直し】 | |
| 1　エストロジェンレセプター　720点<br>2　プロジェステロンレセプター　690点<br>3　HER　2　タンパク　690点<br>4　EGFR　タンパク　690点<br>5　CCR　4　タンパク　10,000点<br>6　その他(1臓器につき)　400点 | 1～5　変更なし<br><br>6　ALK融合タンパク　2,700点<br>7　CD30　400点<br>8　その他(1臓器につき)　400点 |
| 【注の見直し】 | |
| 注2<br>6について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する | 注2<br>8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する |

# 病理診断

「３」セルブロック法によるもの、悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定。「２」と「３」を併せて行った場合は主たるもののみ算定。

## ●項目 /点数の見直し

### N004　細胞診（１部位につき）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【細胞診】 | 【細胞診】 |
| 【項目の見直し】 | |
| １ 婦人科材料等によるもの　150点 | １ 婦人科材料等によるもの　150点 |
| ２ 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　190点 | ２ 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　190点 |
| | ３ セルブロック法によるもの　860点 |

### N006　病理診断料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【病理診断料】 | 【病理診断料】 |
| 【点数の見直し】 | |
| １ 組織診断料　400点 | １ 組織診断料　450点 |
| ２ 細胞診断料　200点 | ２ 細胞診断料　200点 |

# 【E 特掲診療料】⑦⓪ 画像診断

# 画像診断

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑦】
画像診断管理加算の夜間等における負担軽減　骨子【Ⅰ－２(7)】

## ●通則4～7 画像診断管理加算　夜間等における負担軽減

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【画像診断管理加算１、加算２及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】<br>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等に届出を行った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が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。<br><br>［施設基準等］<br><br>（新設） | 【画像診断管理加算１、加算２及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】　届出<br>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等に届出を行った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が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。<br><br>［施設基準等］<br>夜間又は休日に撮影された画像について、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で、読影した場合も対象となる。<br><br>なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。 |

「十分な装置・機器」とは、厚労省の「医療情報システムの安全管理に関するガイド ライン」を順守していることというふうに考えている。今回、遠隔での画像の送受信や、ICTを使ったような施設基準を幾つか設けている。その情報のセキュリティーについては、かなり懸念する声も耳にしている。施設基準の中で、安全管理については随所に記載している。そういったところは非常に重要である。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 画像診断

【Ⅲ－5(重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進)－⑨】
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し　骨子【Ⅲ－5 (8) 】

## ●画像診断に係る小児加算

・E002　撮影
・E100　シンチグラム(画像を伴うもの)
・E101　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影
（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）
・第3節 通則4　コンピューター断層撮影診断料　（小児加算）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| [画像診断](例) | [画像診断](例) |
| 【E002 撮影】 | 【E002 撮影】 |
| 新生児加算　30/100 | 新生児加算　80/100 |
| 乳幼児加算(3歳未満)　15/100 | 乳幼児加算(3歳未満)　50/100 |
| | 幼児加算(3歳以上6歳未満)　30/100 (新) |
| （他3項目） | |

## ●注の見直し

### E003　動脈造影カテーテル法

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【動脈造影カテーテル法】<br><br>イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点<br><br>注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。<br><br>ロ（略） | 【動脈造影カテーテル法】<br><br>イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点<br><br>注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。<br><br>注2　頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。<br><br>ロ（略） |

# 画像診断

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－②】
放射線撮影等の適正な評価　骨子【Ⅲ－8（4）】

- E101-2 ポジトロン断層撮影
- E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
- E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
- E105-5 乳房用ポジトロン断層撮影

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】<br><br>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100分の20以上であること。 | 【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】<br><br>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100分の30以上であること。 |

平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上に該当するもの

【経過措置】

平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。

# 画像診断

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－②】
放射線撮影等の適正な評価　骨子【Ⅲ－8（4）】

## ●E200　コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【コンピューター断層撮影】 | 【コンピューター断層撮影】 |
| CT撮影 | CT撮影 |
| イ　64列以上のマルチスライス型の機器の場合　1,000点 | イ　64列以上のマルチスライス型の機器の場合 |
| （新設） | （1）施設共同利用において行われる場合　1,020点（新） |
| （新設） | （2）その他の場合　1,000点（新） |
| ロ　16列以上 64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 | ロ　16列以上 64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 |
| ハ　4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　770点 | ハ　4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点 |
| ニ イ、ロ、ハ以外の場合　580点 | ニ　イ、ロ、ハ以外の場合　560点 |

# 画像診断

## ●項目の見直し、注の追加

### E200　コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【注の追加】 | 注8　CT撮影のイの(１)については、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において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。 |

届出

［施設基準］ CT撮影の注8、MRI撮影の注6

CT撮影及びMRI撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数

◆施設共同利用率＝(②－③)／(①－③)×100

# 画像診断

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－②】
放射線撮影等の適正な評価　骨子【Ⅲ－8（4）】

## ●E202　磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【磁気共鳴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】 |
| 1．　3テスラ以上の機器による場合　1,600点 | 1．　3テスラ以上の機器による場合 |
| （新設） | イ 施設共同利用において行われる場合　1,620点（新） |
| （新設） | ロ その他の場合　1,600点（新） |
| 2．　1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合　1,330点 | 2．　1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合　1,330点 |
| 3．　1、2以外の場合　920点 | 3．1、2以外の場合　900点 |

# 画像診断

## ●項目の見直し、注の追加

### E202　磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【注の追加】<br><br>［施設基準］<br>（1）1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。<br>（2）画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。<br>（3）関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。 | 注5　MRI撮影について、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において、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。<br>（届出） |
| 【注の追加】<br><br>手術適応及び術式を決定するために乳房専用造影コイルを使用して乳房を描出した場合<br>（追加） | 注6　MRI撮影の1のイについては、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において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。<br>（届出） |

# 画像診断

## ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　（様式36）
## ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
## 乳房用ポジトロン断層撮影

3　施設共同利用率に係る事項

①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数　＿＿＿＿名

②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数　＿＿＿＿名

③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　＿＿＿＿名

④　施設共同利用率　＝　（②－③）／（①－③）×１００％　＝　□　％

施設共同利用率の算出方法

様式 36

（ポジトロン断層撮影
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
乳房用ポジトロン断層撮影）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | | |
|---|---|---|
| 1　届出種別　・新　規　届　出（実績期間　年　月～　年　月）<br>・再　度　の　届　出（実績期間　年　月～　年　月）<br>・機器増設による届出（実績期間　年　月～　年　月） | | |
| 2　当該画像診断の従事者に係る事項 | | |
| 3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師 | 常勤医師の氏名 | 核医学診断の経験年数<br>年 |
| ＰＥＴ製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師 | 診療放射線技師の氏名 | 診断撮影機器 |

3　施設共同利用率に係る事項

①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数　＿＿＿＿名

②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数　＿＿＿＿名

③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　＿＿＿＿名

④　施設共同利用率　＝　（②－③）／（①－③）×１００％　＝　□　％

4　施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関　（該当するものを○で囲むこと。）

1　特定機能病院

2　がん診療の拠点となる病院

3　国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関

［記載上の注意］

1　「1」は、特掲施設基準通知第２の４の(2)に定めるところによるものであること。

2　「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

3　「3」については、施設共同利用率が３０％以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

「診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼する」場合には、診療情報提供書を添えて、別の保険医療機関での診療のために紹介を行った場合や画像診断の判読も含めた依頼の場合（患者を紹介した場合）は含まれない。
別の保険医療機関で撮影のみを行い、当該医療機関で診断を行うような場合（単なる撮影機器等の設備の提供）が該当する。　（3/5 日本医師会Q&Aより）

# 画像診断

## 「CT撮影、MRI撮影」　（様式37）

様式 37

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1　撮影に使用する機器について
（使用する機器に○印をつける）

・64列以上のマルチスライスＣＴ

・16列以上64列未満のマルチスライスＣＴ

・４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ

・ＭＲＩ（３テスラ以上）

・ＭＲＩ（１．５テスラ以上３テスラ未満）

2　○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
（ＭＲＩの場合はテスラ数も記載すること。）

（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（テスラ数等）

| | |
|---|---|
| 3　保守管理計画の有無 | 有　・　無 |
| 4　安全管理責任者の氏名 | |
| 5　画像診断管理加算２の届出の有無 | 有　・　無 |
| 6　専従の診療放射線技師の氏名 | |

7　施設共同利用率に係る事項

・64列以上のマルチスライスＣＴ

①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数　＿＿＿＿名

②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数　＿＿＿＿名

③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　＿＿＿＿名

④　施設共同利用率 ＝ （②－③）／（①－③）×１００　＝　□　%

・ＭＲＩ（３テスラ以上）

①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数　＿＿＿＿名

②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数　＿＿＿＿名

③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　＿＿＿＿名

④　施設共同利用率 ＝ （②－③）／（①－③）×１００%　＝　□　%

［記載上の注意］

1　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。

2　「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。

3　使用するＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

4　64列以上のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。

5　「7」については、施設共同利用率が１０%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

# 画像診断

様式 38

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算
冠動脈ＣＴ撮影加算
外傷全身ＣＴ加算
心臓ＭＲＩ撮影加算
乳房ＭＲＩ撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1　撮影に使用する機器について　（使用する機器に○印をつける）
・マルチスライスＣＴ
（　６４列以上　　１６列以上６４列未満　）
・ＭＲＩ
（　３テスラ以上　　１．５テスラ以上３テスラ未満　）

2　○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
（ＣＴの場合は列数、ＭＲＩの場合はテスラ数を記載すること。）
（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（列数又はテスラ数）

4　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師

| 診療科 | 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
|---|---|---|
| | | 年 |

5　画像診断管理加算２の施設基準への該当性の有無
有　・　無

6　救命救急入院料の届出の有無
有　・　無

7　関係学会より認定された年月日
平成　　年　　月　　日

［記載上の注意］
1　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
2　「２」については、機器ごとに記載すること。
3　「４」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
4　「５」については、冠動脈ＣＴ撮影加算、心臓ＭＲＩ加算及び乳房ＭＲＩ加算を届け出る場合に記載すること。
5　「６」については外傷全身ＣＴ加算を届け出る場合に記載すること。
6　「７」については乳房ＭＲＩ撮影加算を届け出る場合に記載すること。

**「CT撮影、MRI撮影」（様式38）**

# 【H 特掲診療料】⑧⓪ リハビリテーション

# 中医協総会　個別事項（その5）リハビリテーション　H27.12.2
## ～着眼点～抜粋

### 1．回復期リハビリテーション病棟における質の評価
●医療機関ごとのリハビリテーションの効果に基づく評価
→提供量に対して一定の実績基準を下回る医療機関における
1日6単位を包括にしてはどうか

### 2．廃用症候群の特性に応じたリハビリテーション
●廃用症候群を独立したリハビリテーションにしてはどうか
●対象患者及び算定ルールの見直し
①急性期後の安静状態（疾患別リハ対象に関わらず）
②長期臥床による運動器廃用　　等

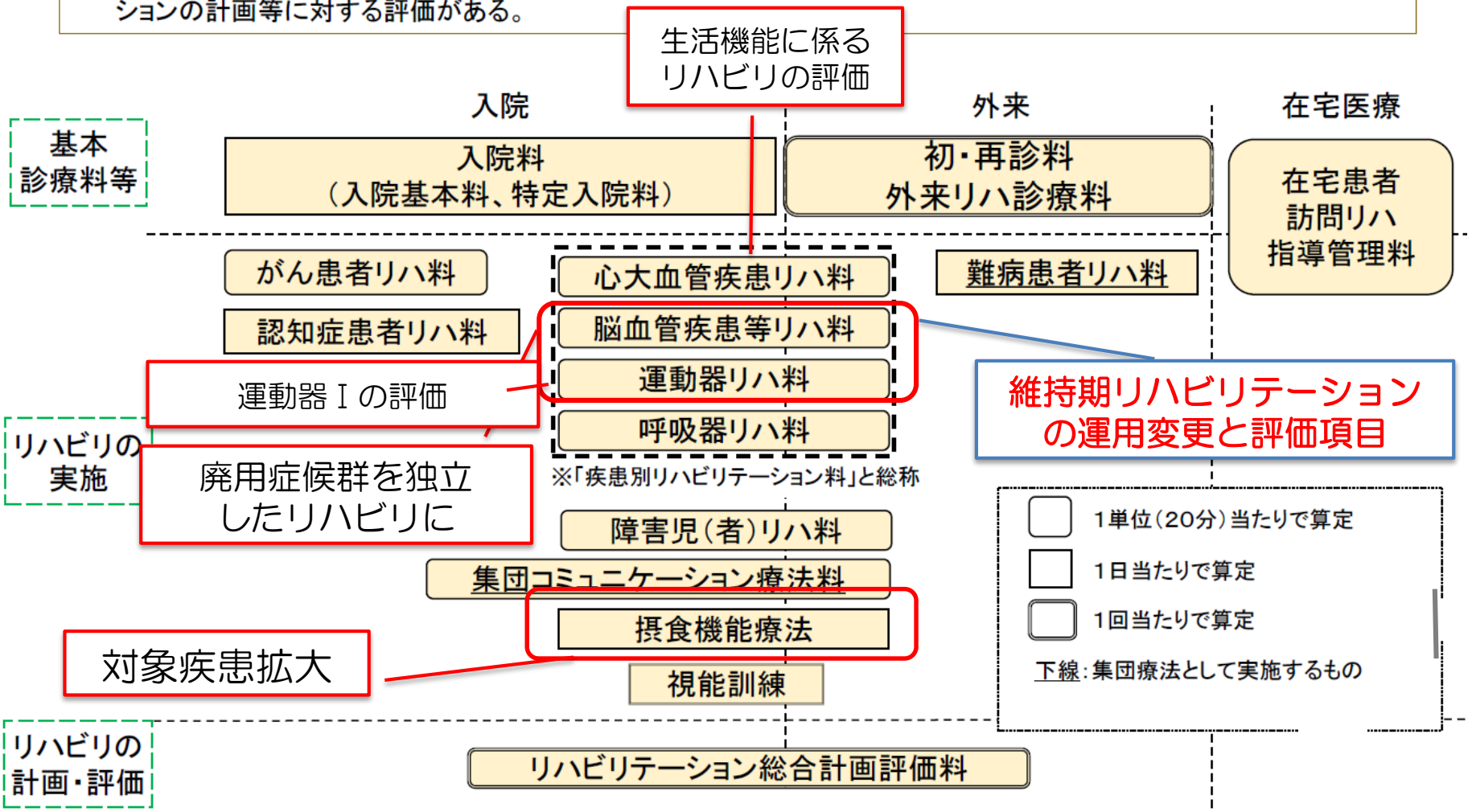
### 3．維持期リハビリテーション
●介護保険のリハビリテーションに移行する際の多職種連携に対する評価
●介護保険と医療保険のリハビリテーションの併用について
（医療保険のリハから介護保険のリハに移行する際のアプローチ）

介護保険への移行の評価が重要

＜外来・新設＞
目標設定等支援・管理料

# リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

- リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。




中医協総—2　27.12.2 リハビリテーション その5　追記

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑧
生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充　骨子【Ⅱ－3(8)】

## ●生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【リハビリテーション通則】<br><br>［算定要件］<br>届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。<br><br>次頁の(1)～(4)を満たす | 【リハビリテーション通則】<br><br>［算定要件］<br>届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。<br>(略) |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑧
生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充　骨子【Ⅱ－3(8)】

## ●生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

［算定要件］

(1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するものであること。

(3) 以下の訓練のいずれかであること。

① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等の訓練を行うもの。

② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。

③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)の訓練を行うもの。

(4) 実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑦
心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し　骨子【Ⅱ－3(7)】

## ●H000　心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【心大血管疾患リハビリテーション料】<br><br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)<br>(1単位)　205点<br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)<br>(1単位)　105点<br><br>[算定要件]<br>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、(略)所定点数を算定する。 | 【心大血管疾患リハビリテーション料】 届出<br><br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)<br>(1単位)　205点<br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)<br>(1単位)　125点<br><br>[算定要件]<br>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において、別に厚生労働大臣が定める患者(心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患についてはそれぞれ発症から1か月以上経過したものに限る。)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、(略)所定点数を算定する。 |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑦】
心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し　骨子【Ⅱ－３（7）】

## ●H000　心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［施設基準］<br><br>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）<br>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。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が１名以上勤務していること。 | ［施設基準］<br><br>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）<br>届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む）がそれぞれ１名以上勤務していること。 |

## ●項目の見直し

### H001　脳血管疾患等リハビリテーション料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【脳血管疾患等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】 |
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）<br>イ ロ以外の場合　245点<br>ロ 廃用症候群の場合　180点 | 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）<br>245点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）<br>イ ロ以外の場合　200点<br>ロ 廃用症候群の場合　146点 | 2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）<br>200点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）<br>イ ロ以外の場合　100点<br>ロ 廃用症候群の場合　77点 | 3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）<br>100点 |

## ●注の見直し

### H001　脳血管疾患等リハビリテーション料
### 注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【脳血管疾患等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】 |
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）<br>イ ロ以外の場合　221点<br>ロ 廃用症候群の場合　162点 | 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）<br>147点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）<br>イ ロ以外の場合　180点<br>ロ 廃用症候群の場合　131点 | 2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）<br>120点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）<br>イ ロ以外の場合　90点<br>ロ 廃用症候群の場合　69点 | 3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）<br>60点 |

# リハビリテーション

【H003-2 リハビリテーション
総合計画評価料】
（月1回）算定可能

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設　骨子【Ⅱ－3（5）】

## ●H001-2　廃用症候群リハビリテーション料

【B001・17 慢性疼痛疾患管理料】
算定患者は算定不可

新設

H001-2　廃用症候群リハビリテーション料（1日6単位）
（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）

| | |
|---|---|
| 1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） | 180点 |
| 2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） | 146点 |
| 3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） | 77点 |

［算定要件］
施設基準適合保険医療機関において地方厚生局長等に届け出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、廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定の点数を算定する。
ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

急性疾患等（治療の有無を問わない。）に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

・算定対象患者は、特に別表では示していない。
・運動器不安定症の中でも廃用症候群のものについては、廃用症候群という取り扱いにするということが、中医協（中央社会保険医療協議会）でも議論されている。追って事務連絡で示したい。運動器不安定症の中で、廃用症候群によるものは廃用症候群リハビリテーション料で算定することになる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設　骨子【Ⅱ－3(5)】

## ●H001-2　廃用症候群リハビリテーション料

［施設基準］

(1) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)と同様。

(2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における**常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。**

(3) **専従の常勤言語聴覚士**については、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、**別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。**

**【経過措置】**
**平成28年3月31日時点**で脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を受けている患者については、**当該時点の算定上限日数を適用する。**

## H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

### 注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

新設

H001-2　廃用症候群リハビリテーション料

| | |
|---|---|
| 1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） | 108点 |
| 2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） | 88点 |
| 3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） | 46点 |

**通則5にH001-2 廃用症候群リハビリテーション料 追加**

＜通則5より抜粋＞

J117 鋼線等による直達牽引、J118 介達牽引、J118-2 矯正固定、
J118-3 変形機械矯正術、J119 消炎鎮痛等処置、J119-2 腰部又は胸部固定帯、
J119-3 低出力レーザー照射、J119-4 肛門処置 を併せて行った場合は、
廃用症候群リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

# リハビリテーション

## 「廃用症候群リハビリテーション料」　（別紙様式22、疾病分類表）

（別紙様式22）

### 廃用症候群に係る評価表

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | 男・女 | 入院　・　外来 | |
| 生年月日 | 年　月　日（　歳） | 入院日 | 年　月　日 |
| 主傷病 | | 廃用症候群の診断日 | 年　月　日 |
| 要介護度 | 要介護　・　要支援 | リハビリテーション起算日 | 年　月　日 |

| | 算定しているリハビリテーション料（該当するものに○） | 廃用症候群リハビリテーション料　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ |
|---|---|---|
| 1 | 廃用を生じる契機となった疾患等 | |
| 2 | 廃用に至った経緯等 | |
| 3 | 手術の有無 | 有　・　無 |
| | 手術名 | |
| | 手術年月日 | 年　月　日 |
| 4 | 治療開始時のADL | BI　点 |
| | 月毎の評価点数（BI又はFIMどちらかを記入） | 月　BI　点 |
| | | 月　BI　点 |
| | | 月　BI　点 |
| | | 月　BI　点 |
| | | 月　BI　点 |
| | | 月　BI　点 |
| 5 | 一月当たりのリハビリテーション | 実施日数 |
| | | 提供単位数 |
| 6 | リハビリテーションの内容 | 具体的に記載すること |
| 7 | 改善に要する見込み期間 | □ 2週間以内　□ 2週間から1ヶ月<br>□ 1ヶ月から3ヶ月　□ 3ヶ月から6ヶ月<br>□ 6ヶ月以上 |
| 8 | 前回の評価からの改善や変化 | −1　0　1　2　3<br>悪化　維持　改善大<br>BI・FIMで（　）点程度の改善 |

〔記載上の注意〕
1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コード（001～119）　　疾病分類（ICD-10 第10版 2003年 に準拠）

疾病コードと疾病分類の対応表

| | | |
|---|---|---|
| **感染症及び寄生虫症** | 041 屈折及び調節の障害 | 084 その他の消化器系の疾患 |
| 001 腸管感染症 | 042 その他の眼及び付属器の疾患 | **皮膚及び皮下組織の疾患** |
| 002 結核 | **耳及び乳様突起の疾患** | 085 皮膚及び皮下組織の感染症 |
| 003 主として性的伝播様式をとる感染症 | 043 外耳炎 | 086 皮膚炎及び湿疹 |
| 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 | 044 その他の外耳疾患 | 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 |
| 005 ウイルス肝炎 | 045 中耳炎 | **筋骨格系及び結合組織の疾患** |
| 006 その他のウイルス疾患 | 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 | 088 炎症性多発性関節障害 |
| 007 真菌症 | 047 メニエール病 | 089 関節症 |
| 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 | 048 その他の内耳疾患 | 090 脊椎障害（脊椎症を含む） |
| 009 その他の感染症及び寄生虫症 | 049 その他の耳疾患 | 091 椎間板障害 |
| **新生物** | **循環器系の疾患** | 092 頸腕症候群 |
| 010 胃の悪性新生物 | 050 高血圧性疾患 | 093 腰痛症及び坐骨神経痛 |
| 011 結腸の悪性新生物 | 051 虚血性心疾患 | 094 その他の脊柱障害 |
| 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 | 052 その他の心疾患 | 095 肩の傷害＜損傷＞ |
| 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 | 053 くも膜下出血 | 096 骨の密度及び構造の障害 |
| 014 気管，気管支及び肺の悪性新生物 | 054 脳内出血 | 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 |
| 015 乳房の悪性新生物 | 055 脳梗塞 | **腎尿路生殖器系の疾患** |
| 016 子宮の悪性新生物 | 056 脳動脈硬化（症） | 098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 |
| 017 悪性リンパ腫 | 057 その他の脳血管疾患 | 099 腎不全 |
| 018 白血病 | 058 動脈硬化（症） | 100 尿路結石症 |

〔記載上の注意〕
1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

| | | |
|---|---|---|
| 030 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害 | 072 その他の呼吸器系の疾患 | 112 心臓の先天奇形 |
| 031 知的障害＜精神遅滞＞ | **消化器系の疾患** | 113 その他の先天奇形，変形及び染色体異常 |
| 032 その他の精神及び行動の障害 | 073 う蝕 | 症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの |
| **神経系の疾患** | 074 歯肉炎及び歯周疾患 | 114 症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの |
| 033 パーキンソン病 | 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 | **損傷，中毒及びその他の外因の影響** |
| 034 アルツハイマー病 | 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 | 115 骨折 |
| 035 てんかん | 077 胃炎及び十二指腸炎 | 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 |
| 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 | 078 アルコール性肝疾患 | 117 熱傷及び腐食 |
| 037 自律神経系の障害 | 079 慢性肝炎（アルコール性のものを除く） | 118 中毒 |
| 038 その他の神経系の疾患 | 080 肝硬変（アルコール性のものを除く） | 119 その他の損傷及びその他の外因の影響 |
| **眼及び付属器の疾患** | 081 その他の肝疾患 | |
| 039 結膜炎 | 082 胆石症及び胆のう炎 | |
| 040 白内障 | 083 膵疾患 | |

# リハビリテーション

## 「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）」　（様式42）

様式 42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 届出区分（該当するものに○） | | （　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）<br>（　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）<br>（　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）<br>（　）運動器リハビリテーション（Ⅰ）<br>（　）運動器リハビリテーション（Ⅱ）<br>（　）運動器リハビリテーション（Ⅲ）<br>（　）呼吸器リハビリテーション（Ⅰ）<br>（　）呼吸器リハビリテーション（Ⅱ） | | | | | |
| 従事者数 | 医師 | 常勤 | 専任 | 名 | 非常勤 | 専任 | 名 |
| | | | 非専任 | 名 | | 非専任 | 名 |
| | 看護師 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 理学療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 作業療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 言語聴覚士 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| | 経験を有する従事者 | 常勤 | 専従 | 名 | 非常勤 | 専従 | 名 |
| | | | 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積 | | | | | | | 平方メートル |
| 当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 初期加算届出の有無（該当するものに○） | 有　・　無 |
| リハビリテーション科の医師の氏名 | |

### 維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

| | 介護保険サービス名 | 指定の有無 | 指定年月 | 指定番号 |
|---|---|---|---|---|
| ① | 通所リハビリテーション | | 平成　年　月 | |
| ② | 介護予防通所リハビリテーション | | 平成　年　月 | |

過去１年間の提供実績

（算出期間：平成　年　月　日～平成　年　月　日）

| | 介護保険サービス名 | 提供実績（実人数） |
|---|---|---|
| ③ | 通所リハビリテーション | 人 |
| ④ | 介護予防通所リハビリテーション | 人 |
| | 合計 | 人 |

［記載上の注意］

1　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

2　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

3　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・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）が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。
・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

4　「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

5　介護保険サービスの指定については、介護保険法第７１条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑨】
運動器リハビリテーション料の評価の充実　骨子【Ⅱ－3（9）】

## ●項目の見直し

### H002　運動器リハビリテーション料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【運動器リハビリテーション料】 | 【運動器リハビリテーション料】 |
| 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　180 点 | 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　185点 |
| 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　170 点 | 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　170点 |
| 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　 85 点 | 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　 85点 |

### 注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【運動器リハビリテーション料】 | 【運動器リハビリテーション料】 |
| 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）163点 | 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）111点 |
| 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）154点 | 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）102点 |
| 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　85点 | 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　51点 |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し　骨子【Ⅱ－３（4）】

この他に
「心大血管リハⅡ」の点数アップと
心臓外科、循環器科の医師は非常勤でもよいこと等施設基準の見直し

## ●初期加算、早期加算

心大血管疾患リハビリテーション料 ／ 呼吸器リハビリテーション料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【H000 心大血管疾患リハビリテーション料】<br>【H003 呼吸器リハビリテーション料】<br><br>注2　早期リハビリテーション加算<br>注3　初期加算<br><br>［算定対象］<br>　算定患者のうち入院中のもの<br><br>［算定できる期間の起算日］<br>　治療開始日 | 【心大血管疾患リハビリテーション料】<br>【H003 呼吸器リハビリテーション料】<br><br>注2　早期リハビリテーション加算<br>注3　初期加算<br><br>［算定対象］<br>　算定患者のうち入院中のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。）<br><br>［算定できる期間の起算日］<br>　発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し　骨子【Ⅱ－３（4）】

## ●初期加算、早期加算

### 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

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【H001 脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>【H002 運動器リハビリテーション料】<br><br>注2　早期リハビリテーション加算<br>注3　初期加算<br><br>［算定対象］<br>　算定患者のうち入院中等のもの | 【脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>【H002 運動器リハビリテーション料】<br><br>注2　早期リハビリテーション加算<br>注3　初期加算<br><br>［算定対象］<br>　算定患者のうち入院中等のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。） |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し　骨子【Ⅱ－3(4)】

## ●初期加算、早期加算

### 廃用症候群リハビリテーション料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 廃用症候群の急性増悪というのは廃用症候群自体の急性増悪の日という意味である。<br>廃用症候群を生じさせた原疾患の発症日や急性増悪の日ではなくて、廃用症候群そのものの急性増悪の日からとなっている。<br>（3/4 厚労省説明会質疑応答より） | 【(新)H001-2<br>廃用症候群リハビリテーション料】<br><br>注　早期リハビリテーション加算<br><br>[算定できる期間]<br>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 30日<br><br>注　初期加算<br>[算定できる期間]<br>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 14日 |

前頁すべてのリハに関連

【経過措置】
平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定している者については、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を適用とする。

# リハビリテーション

【 Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し　骨子【Ⅱ－３(4)】

## ●標準的算定日数の起算日

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。 | 【脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から180日以内に限り所定点数を算定する。 |
| 【運動器リハビリテーション料】<br>それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内 | 【運動器リハビリテーション料】<br>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から150日以内に限り所定点数を算定する。 |
| 【経過措置】<br>平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む)及び運動器リハビリテーション料を算定している者については、当該時点における算定上限日数を適用する。 | 【(新)廃用症候群リハビリテーション料】<br>廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内 |

# 脳血管疾患・運動器・廃用症候群リハビリテーションの方向性

維持期リハビリ

①外来患者

②要介護被保険者等

③右記リハビリを行っている

④標準的算定日を超えた患者

◆H001 脳血管疾患リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から180日
（その他のものについては最初に診断された時点から）

◆H002 運動器リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から150日
（その他のものについては最初に診断された時点から）

◆H001-2 廃用症候群リハビリテーション
→廃用症候群の診断または急性増悪120日

1週間以内にFIMまたはBIが10以上低下

新設

H003-4
目標設定等支援・管理料

標準日数
1/3を経過

※直近3か月以内に
管理料算定していない場合
リハビリ所定点数×0.9

※減算については
平成28年10月1日から実施する。

追加

標準的算定日期間を超えた場合
（1月13単位まで）点数減じて算定

注5の解説

改定

※過去1年間に通所リハビリテーション
又は介護予防通所リハビリテーションを実施実績
①実績のある医療機関（届出）→所定点数×0.6
②実績のない医療機関→上記①の所定点数×0.8

※要介護被保険者等
外来患者は、原則として平成30年4月1日
以降は対象とはならない

# リハビリテーション

**維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項**

指定を受けている介護保険サービス

| | 介護保険サービス名 | 指定の有無 | 指定年月 | 指定番号 |
|---|---|---|---|---|
| ① | 通所リハビリテーション | | 平成　年　月 | |
| ② | 介護予防通所リハビリテーション | | 平成　年　月 | |

過去１年間の提供実績

（算出期間：平成　年　月　日～平成　年　月　日）

| | 介護保険サービス名 | 提供実績（実人数） |
|---|---|---|
| ③ | 通所リハビリテーション | 人 |
| ④ | 介護予防通所リハビリテーション | 人 |
| | 合計 | 人 |

［記載上の注意］

1　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

2　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

3　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。

・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）が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。

・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

4　「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

5　介護保険サービスの指定については、介護保険法第７１条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

## 介護予防通所リハビリテーションの実施実績に係る届出様式

**（別紙様式42**
**「リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類」の2枚目）**

**様式42の3**
**「脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る届出添付書類」は廃止**

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥】
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等　骨子【Ⅱ－3(6)】

## ●要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【H001 脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>【H001-2 廃用症候群リハビリテーション料】<br>【H002 運動器リハビリテーション料】<br><br>[維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数]<br>本則の100分の90<br><br>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合]<br>所定点数の100分の90に相当する点数により算定<br><br>[算定要件]<br>要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として平成28年4月1日以降は「注4」の対象とはならないものとする。 | 【H001 脳血管疾患等リハビリテーション料】<br>【H001-2 廃用症候群リハビリテーション料】<br>【H002 運動器リハビリテーション料】<br><br>[維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数]<br>本則の100分の60　追加 注5<br><br>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合]<br>所定点数の100分の80に相当する点数により算定<br><br>[算定要件]<br>要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として平成30年4月1日以降は「注4」の対象とはならないものとする |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑥
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等　骨子【Ⅱ－3（6）】

## ●要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

**新設**

H003-4
目標設定等支援・管理料
1　初回の場合　250点
2　2回目以降の場合　100点

別紙様式23の5

［算定要件］
（1）脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
①医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。
②医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑥
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等　骨子【Ⅱ－３(6)】

## ●要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

［算定要件］

ア）説明時点までの経過

イ）治療開始時及び説明時点のADL評価（BarthelIndex又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。）

ウ）説明時点における患者の機能予後の見通し

エ）医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。

オ）現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ）の目標にどのように関係するか。

別紙様式
23の5「記載上の注意」欄にあり

③①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等　骨子【Ⅱ－3 (6)】

## ●要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

［算定要件］

④当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所(当該保険医療機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案する。

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

【経過措置】

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション料の減算(所定点数の90/100を算定する。)については、平成28年10月1日から実施する。

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等　骨子【Ⅱ－3 (6)】

## ●医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、併給できる期間の拡大

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。 | 要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護リハビリテーションに移行した日以降保険におけるは、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。<br><br>なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援における紹介、提案等によって、介護保険におけるリハビリテーションの内容を把握する目的で、1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションの提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。 |

# リハビリテーション

別紙様式 23 の 5

## 目標設定等支援・管理シート

作成日　　年　　月　　日
説明・交付日　　年　　月　　日

患者氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日

1．発症からの経過（リハビリテーション開始日：　　年　　月　　日）

2．ＡＤＬ評価（Barthel Index またはFIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）

(Barthel Index の場合)

| | リハビリテーション開始時点 | | | 現時点 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 食事 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 移乗 | 15 | 10 5 | 0 | 15 | 10 5 | 0 |
| 整容 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 入浴 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| 平地歩行 | 15 | 10 5 | 0 | 15 | 10 5 | 0 |
| 階段 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 更衣 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 排便管理 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 排尿管理 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 |
| 合計(0-100 点)　　点 | | | | 合計(0-100 点)　　点 | | |

FIMによる評価の場合

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | リハビリテーション開始時点 | 現時点 |
|---|---|---|---|---|
| | | | 得点 | 得点 |
| 運動 | セルフケア | 食事 | | |
| | | 整容 | | |
| | | 更衣（上半身） | | |
| | | 更衣（下半身） | | |
| | | トイレ | | |
| | 排泄 | 排尿コントロール | | |
| | | 排便コントロール | | |
| | 移乗 | ベッド、椅子、車椅子 | | |
| | | トイレ | | |
| | | 浴槽・シャワー | | |
| | 移動 | 歩行・車椅子 | | |
| | | 階段 | | |
| | 小計 | | | |
| 認知 | コミュニケーション | 理解 | | |
| | | 表出 | | |
| | 社会認識 | 社会交流 | | |
| | | 問題解決 | | |
| | | 記憶 | | |
| | 小計 | | | |
| 合計 | | | | |

**「目標設定等支援・管理シート」**
**（別紙様式23の5の1枚目）**

**バーセルインデックス**
**又は**
**FIMによる評価を行う**

# リハビリテーション

3．現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

| | 目標としているもの | 関連する現在のリハビリテーションの内容 |
|---|---|---|
| 心身機能 | | |
| 活動 | | |
| 社会参加 | | |

4．今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

**患者の受け止め**

5．介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
紹介した事業所名

| 事業所名 | 連絡方法 | 備考（事業所の特徴等） |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

説明医師署名：　　患者又は家族等署名：

**「目標設定等支援・管理シート」**
**（別紙様式23の5の2枚目）**

［記載上の注意］

1．本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。

2．「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。

3．「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

**※外来患者に対しては**
**介護保険で行うリハビリテーションの**
**紹介や体験等の提供を行う**

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等　骨子【Ⅱ－３（12）】

## ●H004　摂食機能療法

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【摂食機能療法】<br><br>［算定要件］<br><br>摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して（中略）算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。 | 【摂食機能療法】<br><br>［算定要件］<br><br>摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して（中略）算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの、及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるものをいう。 |

# リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等　骨子【Ⅱ－3(12)】

## ●H004 注2　摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）

新設

現在は185点のみ
別途区分を設ける

届出　経口摂取回復促進加算２　20点

［施設基準］

(1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の**常勤言語聴覚士が１名以上**勤務していること。ただし、ADL 維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、**摂食機能療法を実施しない時間帯において**、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに**従事することは差し支えない。**また、**前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満**である場合に限り、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、**兼任は可能**である。

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等　骨子【Ⅱ－3(12)】

## ●H004 注2　摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）

［施設基準］

(2) 過去3月間に摂食機能療法を開始した入院患者(転院、退院した者を含む)で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていなかったものの**3割以上**について、摂食機能療法を開始した日から**起算して3月以内**に栄養方法が経口摂取のみである状態(内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。)へ回復させていること。
ただし、以下のものを除く。

① 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。)
② 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
③ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
④ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等　骨子【Ⅱ－３（12）】

## ●摂食機能療法の対象の明確化等

［施設基準］

（3）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。

（4）摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

（5）（2）で算出した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。

# 経口摂取回復促進加算２　（様式43の6）

様式 43 の 6

経口摂取回復促進加算２の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 実績期間（実績期間　年　月～　年　月） | |
| 2 | 常勤の言語聴覚士の人数　専従　名　非専従　名 | |
| 3 | 経口摂取回復率 | |
| ① | ６月前から３月前までの過去３月間（１．の実績期間）に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前１月以上の間経口摂取を行っていなかった者（ただし、②から⑤までに該当する患者を除く） | 人 |
| ② | 摂食機能療法を開始した日から起算して３月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く） | 人 |
| ③ | 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者 | 人 |
| ④ | 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者 | 人 |
| ⑤ | 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者 | 人 |
| ⑥ | 摂食機能療法を開始した日から起算して３月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、②から⑤までに該当する患者を除く） | 人 |
| | ⑥ ／ ① ＝　割 | |

［記載上の注意］

1．「２」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添２の様式 44 の２に記載し、添付すること。

2．②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑪
リンパ浮腫の複合的治療等　骨子【Ⅱ－３（11）】

## ●H007-4　リンパ浮腫複合的治療料

新設

届出

H007-4
リンパ浮腫複合的治療料

| | |
|---|---|
| １　重症の場合 | 200点（１日につき） |
| ２　１以外の場合 | 100点（１日につき） |

［算定要件］
（1）リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ期後期以降を重症とする。

（2）重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回を限度として、治療を開始した月の翌々月からは月１回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、６月に１回を限度として所定の点数を算定する。

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑪】
リンパ浮腫の複合的治療等　骨子【Ⅱ－3(11)】

## ●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

［算定要件］

(3) 専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において2年以上業務に従事し、施設基準に定める適切な研修を修了した者に限る。)が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。

(4) 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回 40 分以上、それ以外の場合は1回 20 分以上行った場合に算定する。
なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。
また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと(行わない医学的理由がある場合を除く。)。

## ●H007-4　リンパ浮腫複合的治療料

様式43の7

［施設基準］

(1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師１名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士１名が勤務していること。

① それぞれの資格を取得後２年以上経過していること。

② 直近２年以内にリンパ浮腫を５例以上診療していること(医師の場合に限る。)。

③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(座学が33時間以上、実習が67時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。)を修了していること。

(2) 当該保険医療機関において、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

(3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができること。

リンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していない場合、リンパ浮腫の診断等に係る連絡先として届出保険医療機関(直近1年間にリンパ浮腫指導管理料50回以上算定している)において、リンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療する旨とともに紹介されたもの(診療情報提供料Ⅰを算定するものに限る)についてのみ算定できる。

# リハビリテーション

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1．専任常勤従事者の配置状況

| | 氏名 | 資格取得年 | 経験症例数 | 修了した研修名・主催者名 |
|---|---|---|---|---|
| 専任常勤医師 | | | | |
| 専任常勤看護師<br>常勤理学療法士<br>常勤作業療法士<br>（該当するものに○） | | | | |

2．その他の従事者の状況

| 氏名 | 資格取得年 | 資格取得後に業務に従事した保険医療機関の名称 | 修了した研修名・主催者名 |
|---|---|---|---|
| | | | |

3．届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数　（　　）回（対象期間　平成　　年　月～平成　　年　　月）

標榜科：内科、外科、皮膚科

（リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○）

4．他の保険医療機関との連携の状況

| 保険医療機関名 | リンパ浮腫指導管理料算定回数 | 対象期間 | 診断等に係る連携 | 合併症治療に係る連携 |
|---|---|---|---|---|
| | | | □ | □（　　） |
| | | | | |

5．器械・器具等の状況

□歩行補助具　□治療台、□各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

1．「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。

2．□には該当する場合にレを記入すること。

3．「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。

4．「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。

5．別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等）を添付すること。

## リンパ浮腫複合的治療料（様式43の7）

修了証のみではなく研修内容（プログラム等）も添付する

# 医学管理等

リンパ浮腫に対する
指導管理項目
（医学管理等）

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑪】
リンパ浮腫の複合的治療等　骨子【Ⅱ－3（11）】

## ●B001-7　リンパ浮腫指導管理料

指導管理を行うものに
OTが追加

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【B001-7　リンパ浮腫指導管理料】<br><br>［算定要件］<br>医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、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、（中略）算定する。 | 【B001-7　リンパ浮腫指導管理料】<br><br>［算定要件］<br>医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士又は作業療法士が、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、（中略）算定する。 |

B001－7 リンパ浮腫指導管理料　　100点
●子宮悪性腫瘍
●子宮附属器悪性腫瘍
●前立腺悪性腫瘍
●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、
当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに算定

# リハビリテーション

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－⑩】
リハビリテーション専門職の専従規定の見直し　骨子【Ⅱ－３（10）】

## ●リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

1．難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する２名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。

2．第７部リハビリテーション第１節の各項目の施設基準のうち、**専従の常勤言語聴覚士**を求めるものについて、**相互に兼任可能**とする。ただし、**摂食機能療法経口摂取回復促進加算**については、**前月**の**摂食機能療法の実施回数**が**30回未満**である場合に限る。

# 【I 特掲診療料】⑧⓪ 精神科専門療法

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価　　骨子【Ⅲ－３（８）】

## ● 20歳未満の患者に対する
## I002 通院・在宅精神療法
## 児童思春期精神科専門管理加算

新設

16歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

I002 注4　通院・在宅精神療法

届出　イ 児童思春期精神科専門管理加算１　　500点（１回につき）

20歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての専門的な評価を含む60分以上の精神療法を行った場合の評価

新設

I002 注4　通院・在宅精神療法

届出　ロ 児童思春期精神科専門管理加算２
1,200点（初診から3ヶ月以内に1回）

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価　　骨子【Ⅲ－３（８）】

## ● 20歳未満の患者に対する
## I002 通院・在宅精神療法
## 児童思春期精神科専門管理加算

［算定要件］

・　児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満の患者（イについては16歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。

・ロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア）発達障害の評価に当たっては、ADI-R（Autism Diagnostic Interview-Revised）やDISCO（The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders）等で採用されている診断項目を考慮すること。

イ）患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価　　骨子【Ⅲ－３（８）】

## ● 20歳未満の患者に対する I002 通院・在宅精神療法
## 児童思春期精神科専門管理加算

［施設基準］
20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

（１）当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が１名以上勤務していること。
（２）（１）の他、20歳未満の患者に対する精神医療の経験１年以上を含む精神科の経験３年以上の専任の常勤精神科医が、１名以上勤務していること。
（３）20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が１名以上配置されていること。
（４）当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
（５）診療所である保険医療機関の場合は、（１）から（４）までに加え、当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

# 精神科専門療法

様式 44 の5

通院･在宅精神療法の注4に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

（1） 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

| 氏名 | 精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数 |
|---|---|
| | うち、主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数 |
| | 年 |
| | 年 |

（2） 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

| 氏名 | 精神科の経験年数 |
|---|---|
| | うち、主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数 |
| | 年 |
| | 年 |

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

| 氏名 | 職種 |
|---|---|
| | |

3 16歳未満の患者数に関する要件

| | |
|---|---|
| （1）通院･在宅精神療法を実施した患者の数（ひと月当たり平均） | 人 |
| （2）うち、16歳未満の患者の数（ひと月当たり平均） | 人 |
| （3） （2）÷（1）×100 | % |

［記載上の注意］

1 「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該常勤精神保健指定医の経歴（精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号がわかるもの）を添付すること。

2 「3」について、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

**「通院・在宅精神療法**
**注4 児童思春期精神科専門管理加算」**
**（様式44の５）**

# 精神科専門療法

## ●項目の見直し

### I002　通院・在宅精神療法

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【通院・在宅精神療法】<br><br>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内（A311－4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。 | 【通院・在宅精神療法】<br><br>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。<br>ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 |

訂正

~~特定薬剤副作用評価加算~~
**児童思春期精神科専門管理加算**

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●I002　通院・在宅精神療法
## I002-2　精神科継続外来支援・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【通院・在宅精神療法】 | 【通院・在宅精神療法】 |
| ［算定要件］ | ［算定要件］ |
| （新設） | 当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 |
| （新設） | ［別に厚生労働大臣が定める場合］<br>①～③の全てを満たすこと。<br>① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。<br>② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。<br>③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。 |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方の促進　　骨子【Ⅲ－3(7)】

## ●I002-2　精神科継続外来支援・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【精神科継続外来支援・指導料】<br><br>[算定要件]<br>当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等を除く。)には、算定しない。 | 【精神科継続外来支援・指導料】<br><br>[算定要件]<br>当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)には、算定しない。 |

【経過措置】通院・在宅精神療法／精神科継続外来支援・指導料
減算しない場合の要件として…
・「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。
・処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。

# 精神科専門療法

【【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑦】
自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価　　骨子【Ⅲ－3(6)】

## ●自殺企図後の患者に対する継続的な指導

新設

I002-3

届出 救急患者精神科継続支援料

| | | |
|---|---|---|
| 1　入院中の患者 | 435点 | (月1回) |
| 2　1以外 | 135点 | (6ヶ月に6回まで) |

［算定要件］

(1)　自殺企図後の患者に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。

(2)　継続支援料1は、週1回以上の診察を行っている精神科医が、又は当該精神科医の指示に基づき看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者に助言・指導等を行った場合に算定する。

入院した日から起算して6月以内の期間に月1回

(3) 継続支援料2は、入院中に当該患者の指導を担当した精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者以外の患者に、1ヶ月間に2回以上、電話等で指導等を行った上で、外来で指導等を行った場合に算定する。

退院後6月以内に限り、計6回を限度

# 精神科専門療法

## ●救急患者精神科継続支援料

［施設基準］

**精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。**

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る適切な研修を受けた専任の常勤医師１名及び適切な研修を受けた専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤臨床心理技術者又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

◆専任の常勤医師・専任の常勤看護師・専任の常勤作業療法士・
専任の常勤精神保健福祉士・専任の常勤臨床心理技術者・
専任の常勤社会福祉士の適正な研修とは…

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること
（16時間以上の研修期　間であるもの）。

イ　講義及び演習により次の内容を含むものであること。
（イ）自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項
（ロ）救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要
（ハ）自殺企図のリスク因子と防御因子について
（ニ）自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
（ホ）初回ケースマネジメント面接について
（ヘ）定期ケースマネジメントについて
（ト）ケースマネジメントの終了について
（チ）インシデント対応について
（リ）ポストベンションについて
（ヌ）チーム医療とセルフケアについて

ウ　研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

# 精神科専門療法

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出　（　有　・　無　）

2 専任の常勤医師に係る要件

| 氏名 | 適切な研修 |
|---|---|
| | あり ・ なし |

3 専任の常勤看護師等

| 氏名 | 職種 | 適切な研修 |
|---|---|---|
| | | あり ・ なし |

［記載上の注意］

「1」の常勤医師及び「2」の常勤看護師等について、適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

**「救急患者精神科継続支援料」（様式44の6）**

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】
医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施　　骨子【Ⅲ－3(10)】

## ●I003-2認知療法・認知行動療法

【対象疾患の拡大】
強迫性障害、社交不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害　が追加された

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【認知療法・認知行動療法】 | 【認知療法・認知行動療法】 |
| 1　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　500点 | 1　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　500点 |
| 2　1以外の場合　420点 | 2　1以外の医師による場合　420点 |
| | 届出 3　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合　350点 |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】
医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施　　骨子【Ⅲ－3(10)】

## ●I003-2　認知療法・認知行動療法

［算定要件］
(1)「3」に規定する点数は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療にかかる面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。
ただし、下記のすべてを満たすこと。
①　初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
②　その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
③　看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。

(2)「1」、「2」及び「3」に規定する点数は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「3」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】
医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施　　骨子【Ⅲ－３(10)】

## ●I003-2　認知療法・認知行動療法

[施設基準]
(1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が１名以上勤務していること。

(3) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が１名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法１又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の]方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】
医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施　　骨子【Ⅲ－3(10)】

## ●I003-2　認知療法・認知行動療法

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

(イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

(ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。

(ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。

(ニ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

# 精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑩】
薬物依存症に対する集団療法の評価　　骨子【Ⅲ－3(9)】

## ●I006-2　依存症集団療法

新設

I006-2
届出　依存症集団療法　340点(1回につき)
(6ヶ月間に限る。)

[算定要件]
(1)　医師又は医師の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。)であること。)が、薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。
ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から2年以内に限り、別途、週1回かつ計24回を限度として算定できる。
(2)　1回に20人を限度とし、90分以上実施した場合に算定する。

治療開始から起算して

[施設基準]
(1)　専任の精神科医師及び専任の看護師、専任の作業療法士(いずれも研修を修了した者に限る。)がそれぞれ1名以上勤務していること。
(2)　当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上(研修を修了した者に限る。)が専従していること。

# 精神科専門療法

## ●I006-2　依存症集団療法

専任の精神科医及び
専任の看護師等については、
研修修了を証明する書類を
添付すること。

［施設基準］
専任の精神科医・専任の看護師・専任の作業療法士の適正な研修とは…

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること
（14時間以上の研修期間であるもの）。
イ　研修内容に以下の内容を含むこと。
（イ）依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
（ロ）依存症患者の精神医学的特性
（ハ）薬物の使用に対する司法上の対応
（ニ）依存症に関連する社会資源
（ホ）依存症に対する集団療法の概要と適応
（ヘ）集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

# 精神科専門療法

様式 44 の7

依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

| 氏名 | 依存症に対する集団療法に係る適切な研修 |
|---|---|
| | あり ・ なし |

2 専任の看護師等

| 氏名 | 職種 | 依存症に対する集団療法に係る適切な研修 |
|---|---|---|
| | 看護師 ・ 作業療法士 | あり ・ なし |

［記載上の注意］

「１」の精神科医及び「２」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

**「依存症集団療法」（様式44の７）**

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
地域移行を重点的に進める精神病棟の評価　　骨子【Ⅲ－３（1）】

## ●I009　精神科デイ・ケア

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【精神科デイ・ケア】　（１日につき） | 【精神科デイ・ケア】　（１日につき） |
| １ 小規模なもの　590点 | １ 小規模なもの　590点 |
| ２ 大規模なもの　700点 | ２ 大規模なもの　700点 |
| （新設） | 注　他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟入院料を算定する病棟に入院中の患者であって、退院を予定している患者に対して、精神科デイ・ケアを行う場合にあっては、入院中４回を限度として算定する。 |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化　　骨子【Ⅲ－３（３）】

## ●長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【I009 精神科デイ・ケア】<br>【I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア】<br>【I010 精神科ナイト・ケア】<br>【I008-2 精神科ショート・ケア】<br><br>注　デイ・ケア等を最初に算定した日から１年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。<br><br>（※2）精神科ショート・ケアを除く。 | 【I009 精神科デイ・ケア】<br>【I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア】<br>【I010 精神科ナイト・ケア】<br>【I008-2 精神科ショート・ケア】<br><br>注　デイ・ケア等を最初に算定した日から１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定できるのは特に定める場合に限る。<br><br>注　デイ・ケア等を最初に算定した日から３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期入院歴を有する患者を除き、週４日目以降、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。（※２） |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化　　骨子【Ⅲ－３（３）】

## ●長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等

◆ただし、週４日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。

ア）少なくとも６月に１回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。

イ）少なくとも６月に１回以上、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が患者の意向を聴取していること。なお、平成29年３月31日までの間は、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても患者の意向を聴取することができること。

ウ）精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。

エ）当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。

（イ）直近６月の各月について、次の（a）に掲げる数を（b）に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。

（a）当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

（b）当該月において、１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

（ロ）直近１か月に１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。

※月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

# 精神科専門療法

## 「精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科ショート・ケア」　（別紙様式31）

別紙様式 31

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

1　月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

| | |
|---|---|
| （1）精神科デイ・ケア等を月１回以上実施した患者の数の平均 | 人 |
| （2）精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均 | 人 |
| （3）　　（2）÷（1） | |

2　精神科デイ・ケア等の平均実施期間

| | |
|---|---|
| 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から<br>報告年の９月末までの月数の平均 | 月 |

［記載上の注意点］

1　精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。

2　「1」の①について、報告年度の４月から９月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を１回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

3　「1」の②について、報告年度の４月から９月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

4　「2」について、「1」（3）が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の９月１日から９月 30 日に１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から９月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

# 精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【精神科訪問看護・指導料】<br>１ 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）<br>イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合<br>(1) 週３日目まで 30分以上の場合 575点<br>(2) 週３日目まで 30分未満の場合 440点<br>(3) 週４日目以降 30分以上の場合 675点<br>(4) 週４日目以降 30分未満の場合 525点 | 【精神科訪問看護・指導料】<br>１ 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）<br>イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合<br>(1) 週３日目まで 30分以上の場合 580点<br>(2) 週３日目まで 30分未満の場合 445点<br>(3) 週４日目以降 30分以上の場合 680点<br>(4) 週４日目以降 30分未満の場合 530点 |

# 精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ロ 准看護師による場合 | ロ 准看護師による場合 |
| (1) 週3日目まで 30分以上の場合 525点 | (1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点 |
| (2) 週3日目まで 30分未満の場合 400点 | (2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点 |
| (3) 週4日目以降 30分以上の場合 625点 | (3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点 |
| (4) 週4日目以降 30分未満の場合 485点 | (4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点 |
| 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点 | 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点 |

# 精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ３　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)<br>イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合<br>(1) 同一日に2人<br>① 週3日目まで 30分以上の場合 575点<br>② 週3日目まで 30分未満の場合 440点<br>③ 週4日目以降 30分以上の場合 675点<br>④ 週4日目以降 30分未満の場合 525点 | ３　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)<br>イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合<br>(1) 同一日に2人<br>① 週3日目まで 30分以上の場合 580点<br>② 週3日目まで 30分未満の場合 445点<br>③ 週4日目以降 30分以上の場合 680点<br>④ 週4日目以降 30分未満の場合 530点 |

# 精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４(7)】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| (2) 同一日に３人以上<br>① 週３日目まで 30分以上の場合<br>288点<br>② 週３日目まで 30分未満の場合<br>220点<br>③ 週４日目以降 30分以上の場合<br>338点<br>④ 週４日目以降 30分未満の場合<br>263点 | (2) 同一日に３人以上<br>① 週３日目まで 30分以上の場合<br>293点<br>② 週３日目まで 30分未満の場合<br>225点<br>③ 週４日目以降 30分以上の場合<br>343点<br>④ 週４日目以降 30分未満の場合<br>268点 |

# 精神科専門療法

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４（7）】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ロ 准看護師による場合 | ロ 准看護師による場合 |
| （1）同一日に2人 | （1）同一日に2人 |
| ① 週3日目まで 30分以上の場合 525点 | ① 週3日目まで 30分以上の場合 530点 |
| ② 週3日目まで 30分未満の場合 400点 | ② 週3日目まで 30分未満の場合 405点 |
| ③ 週4日目以降 30分以上の場合 625点 | ③ 週4日目以降 30分以上の場合 630点 |
| ④ 週4日目以降 30分未満の場合 485点 | ④ 週4日目以降 30分未満の場合 490点 |

# 精神科専門療法／医学管理等

【Ⅰ－４（医療機能の分化・強化／在宅医療の確保）－⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価　骨子【Ⅰ－４（7）】

## ●I012　精神科訪問看護・指導料 ／ B007 退院前訪問指導料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （2）同一日に3人以上<br>① 週3日目まで 30分以上の場合 263点<br>② 週3日目まで 30分未満の場合 200点<br>③ 週4日目以降 30分以上の場合 313点<br>④ 週4日目以降 30分未満の場合 243点 | （2）同一日に3人以上<br>① 週3日目まで 30分以上の場合 268点<br>② 週3日目まで 30分未満の場合 205点<br>③ 週4日目以降 30分以上の場合 318点<br>④ 週4日目以降 30分未満の場合 248点 |
| 【退院前訪問指導料】<br>退院前訪問指導料　555点 | 【退院前訪問指導料】<br>退院前訪問指導料　580点 |

【経過措置】
同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進　　骨子【Ⅲ－３（２）】

## ●I016　精神科重症患者早期集中支援管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【精神科重症患者早期集中支援管理料】（月１回） | 【精神科重症患者早期集中支援管理料】（月１回） |
| 精神科重症患者早期集中支援管理料１<br>イ　同一建物居住者以外　1,800点<br><br>ロ　同一建物居住者<br>（1）特定施設等の入居者　900点<br>（2）（1）以外　450点 | 精神科重症患者早期集中支援管理料１<br>イ　単一建物診療患者数が１人の場合　1,800点<br>ロ　単一建物診療患者数が２人以上の場合　1,350点<br>（削除） |
| 精神科重症患者早期集中支援管理料２<br>イ　同一建物居住者以外　1,480点<br><br>ロ　同一建物居住者の場合<br>（1）特定施設等の入居者　740点<br>（2）（1）以外　370点 | 精神科重症患者早期集中支援管理料２<br>イ　単一建物診療患者数が１人の場合　1,480点<br>ロ　単一建物診療患者数が２人以上の場合　1,110点<br>（削除） |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進　　骨子【Ⅲ－３（２）】

## ●I016　精神科重症患者早期集中支援管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［算定要件］<br><br>以下の全てに該当する長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者であること。<br><br>①　１年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者<br>②　統合失調症や気分（感情）障害等の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者<br>③　精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者<br><br>④　障害福祉サービスを利用していない者 | ［算定要件］<br><br>以下の全てに該当する長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者であること。<br><br>①　１年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者<br>②　統合失調症や気分（感情）障害等の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者<br>③　精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む）<br>（削除） |

# 精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進　　骨子【Ⅲ－３（２）】

## ●I016　精神科重症患者早期集中支援管理料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［施設基準］<br><br>①　常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。<br><br>②　緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。<br>（略） | ［施設基準］<br><br>①　常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。<br>②　緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。<br>（略） |

# 【M 特掲診療料】⑧⓪ 放射線治療

# 放射線治療

## ●通則の追加

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【通則の追加】 | 1<br>放射線治療の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。<br>ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節の所定点数に第２節の所定点数を合算した点数により算定する。 |

# 放射線治療

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－③】
放射線治療に係る特定保険医療材料の算定　　骨子【Ⅲ－８(5)】

## ●通則2 放射線治療（小児加算）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| [放射線治療]<br>新生児加算　60/100<br>乳幼児加算(3歳未満)　30/100<br>幼児加算(3歳以上6歳未満)　15/100<br>小児加算(6歳以上 15 歳未満)　10/100 | [放射線治療]<br>新生児加算　80/100<br>乳幼児加算(3歳未満)　50/100<br>幼児加算(3歳以上6歳未満)　30/100<br>小児加算(6歳以上 15 歳未満)　20/100 |

## M200　特定保険医療材料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （新設） | 【第2節 特定保険医療材料料】<br><br>M200 特定保険医療材料料<br>材料価格を10円で除して得た点数<br><br>注　使用した特定保険医療材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。 |

# 放射線治療

## ●粒子線治療

新設

届出 M001-4 粒子線治療（一連につき）

| | |
|---|---|
| 1 重粒子線治療の場合 | 150,000点 |
| 2 陽子線治療の場合 | 150,000点 |
| 注2 厚生労働省が定める患者 | ＋25／100点 |
| 届出 注3 粒子線治療適応判定加算 | +40,000点 |
| 届出 注4 粒子線治療医学管理加算 | +10,000点 |

注1　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において行われる場合に限り算定する。

注2　別に厚生労働大臣が定める患者に対して粒子線治療を行った場合は、所定点数の100分の25に相当する点数を加算する。

注3　粒子線治療の適応判定体制に関する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において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

注4　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において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

# 放射線治療

## ●粒子線治療

新設

M001-4　粒子線治療（一連につき）
　　1　重粒子線治療の場合　150,000点
　　2　陽子線治療の場合　150,000点
届出　注8　画像誘導密封小線源治療加算　＋300点

注8　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において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

# 放射線治療

## ●M001-4 粒子線治療

［算定要件］
（1）重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
（2）陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
（3）重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。
（4）陽子線治療は、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。
（5）粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
（6）「注２」に規定する加算は、希少な限局性の固形悪性腫瘍（小児腫瘍を含む。）に対して粒子線治療を行った場合のみ算定する。
（7）「注３」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付するものであること。
（8）「注４」の粒子線治療医学管理加算は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。
（9）粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

# 放射線治療

## ●粒子線治療

別添2の様式52及び
様式79の1の2

[施設基準]

（1）放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（2）放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。
このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について1年以上の経験を有する者については、1年以上）有すること。
なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（3）放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。
なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

# 放射線治療

様式 52

[　　] 検査・手術症例一覧

| 実施年月日 | 検査名・手術名 | 患者性別 | 患者年齢 | 主病名 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

「粒子線治療」
（様式52）

# 放射線治療

## 「粒子線治療」　（様式79の1の2）

様式 79 の 1 の 2

粒子線治療の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）　　科 | | |
| 2　放射線治療を専ら担当する常勤医師（２名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 放射線治療の経験年数 | 重粒子線治療又は陽子線治療の経験年数 |
| | 年 | 重粒子線治療　年<br>陽子線治療　年 |
| | 年 | 重粒子線治療　年<br>陽子線治療　年 |
| | 年 | 重粒子線治療　年<br>陽子線治療　年 |
| 3　常勤診療放射線技師の氏名 | | |
| 4　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等 | | |
| 氏　　名 | 職　　種 | |
| | | |
| | | |
| 5　重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数　　重粒子線治療　例<br>陽子線治療　例 | | |
| 6　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等 | | |
| ・粒子線治療装置　（名称　） | | |
| ・治療計画用ＣＴ装置　（名称　） | | |
| ・粒子線治療計画システム（名称　） | | |
| ・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称　） | | |
| ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム（名称　） | | |

［記載上の注意］

1　「２」及び「３」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの）を添付すること。なお、常勤医師のうち１名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
- 放射線治療の経験を 10 年以上
- 重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を２年以上（※）
  ※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。

2　「２」、「３」及び「４」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

3　当該医療機関における粒子線治療に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。

4　「５」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を 10 例以上記載すること。

# 放射線治療

## ●粒子線治療適応判定加算

別添2の
様式79の1の3

[施設基準]

（1）放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び
画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、
粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（2）粒子線治療に係るキャンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該キャンサーボードによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該キャンサーボードについては、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち3分野以上の医師が毎回出席していること。

イ 連携体制のあるがん診療連携拠点病院のキャンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。

## ●粒子線治療医学管理加算

別添2の
様式79の1の3

［施設基準］

（1）放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、粒子線治療適応判定加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（2）放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が粒子線治療室1つにつき2名以上、かつ当該保険医療機関に合計3名以上配置されていること。　なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。　ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

## ●粒子線治療医学管理加算

（3）放射線治療に専従する常勤の医学物理士及び常勤の看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

（4）次に掲げる機器を備えていること（なお、アとイについては、患者ごとのスキャニング法による照射を行う場合にはこの限りではない）。

ア 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置
イ 患者毎のボーラスを用いる深部線量分布形成装置
ウ ２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置（いずれも治療室内に設置されているものに限る。）

# 放射線治療

## 「粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算」（様式79の1の3）

様式９

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者５割以上）・ 25対1（看護補助者５割未満）・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算１ ・ 12対1配置加算２ ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１ ・ ２ ・ ３ ・ 無

夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○１日平均入院患者数〔A〕 ＿＿＿＿人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均１日当たり看護配置数 ＿＿＿＿人 〔C／（日数×８）〕

（参考）１日看護配置数（必要数）：［ ］＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 ＿＿＿％〔月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／１日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿時＿＿＿分 ～ ＿＿＿時＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿＿時間 〔（D－E）／B〕※小数点第２位以下切り捨て

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人 〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［ ］＝〔（A／２００）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲） 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| １日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均１日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注1）１日看護配置数 ≦ 月平均１日当たり看護配置数

注2）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| １日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×８）〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均１日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔記載上の注意〕

※１ 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

# 放射線治療

## ●画像誘導密封小線源治療加算

別添2の様式78の2

[施設基準]

（1）放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（2）放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び粒子線治療に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。

（3）放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び粒子線治療医学管理加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

# 放射線治療

## ●画像誘導密封小線源治療加算

［施設基準］

（4）放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。 なお、当該担当者は、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び粒子線治療に係る担当者を兼任することができる。
ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

（5）当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。
ア 画像照合可能なCT又はMRI装置
イ 遠隔操作式密封小線源治療加算
ウ 小線源治療用三次元的治療計画装置

（6）当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

# 放射線治療

## 「画像誘導密封小線源治療加算」　（様式78の2）

様式９

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者５割以上）・ 25対1（看護補助者５割未満）・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算１ ・ 12対1配置加算２ ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１ ・ ２ ・ ３ ・ 無

夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○１日平均入院患者数〔A〕 ＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日 ～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均１日当たり看護配置数 ＿＿＿＿人 〔C／（日数×８）〕

（参考）１日看護配置数（必要数）：［　　］＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 ＿＿＿％〔月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／１日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日 ～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿時＿＿＿分 ～ ＿＿＿時＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿＿時間 〔（D－E）／B〕※小数点第２位以下切り捨て

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人 〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［　　］＝〔（A／２００）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| １日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均１日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注１）１日看護配置数 ≦ 月平均１日当たり看護配置数

注２）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| １日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×８）〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均１日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔配載上の注意〕

※１ 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

# 【A 基本診療料】⑨⓪ 入院基本料

◆超急性期病床の患者像と体制評価
①ＩＣＵ
●薬剤師配置
●重症度・医療・看護必要度の見直し
②総合入院体制加算
●認知症・精神疾患患者の受入れ
●重症度・医療・看護必要度
（Ａ・Ｃ項目）の規定

**薬剤管理指導料1はH28年9月30日まで経過措置。ただし、病棟薬剤業務実施加算2との併算定不可**

## 1．体制の評価
①受入れ体制
●検査の体制
●救急の体制
②ADL体制加算
③夜間看護の体制
④患者病態の反映
●重症度・医療・看護必要度
●認知症に関するチーム医療の評価
●救急医療管理加算の評価拡大
④在宅復帰率
●復帰率割合の変更75%⇒80%
●計算式に有床診療所（療養も含む）（在宅復帰機能強化加算届出に限る）
⑤退院支援の方向性

## 2．短期滞在手術等基本料（病床規定はない）
①項目の細部化（片側・両側、年齢区分）
②人工腎臓等を包括除外項目増加
③新規追加項目の検討
- K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
- K768　　体外衝撃波腎・破砕術
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

## 3．地域包括ケア病棟等
①手術・麻酔料が包括除外項目
②許可病床５００床以上、ＩＣＵ等の届出医療機関は届出は１病棟の制限が設定

## 4．回復期リハビリテーション病棟
①リハビリテーションのアウトカム評価
リハビリ６単位超え包括の影響

## 5．療養病棟
①療養病棟医療区分2、３の適正評価と指定難病の拡充
②療養病棟入院基本料２の医療区分２，3割合の要件規定
③在宅復帰機能強化加算の要件見直し

## 6．精神科関連
①地位移行機能強化病棟の新設
長期入院患者の地域移行に関する評価
②身体合併症の対応評価

## 7．その他入院料の見直し
●有床診療所（療養含む）在宅復帰機能強化加算の新設
●脳卒中後遺症患者の障害者および特殊疾患病棟に関する評価体系の見直し
●結核病棟、一類感染症患者入院医療管理料の見直し
●緩和ケア病棟における在宅医療機関からの受入れ評価
●小児入院医療管理料の要件拡充

# 重症度・医療・看護必要度

A項目の変更

| Aモニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|---|---|---|
| 1 創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置） | なし | あり | |
| 2 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く） | なし | あり | |
| 3 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | |
| 4 心電図モニターの管理 | なし | あり | |
| 5 シリンジポンプの管理 | なし | あり | |
| 6 輸血や血液製剤の管理 | なし | あり | |
| 7 専門的な治療・処置<br>① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）<br>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理<br>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）<br>④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理<br>⑤ 放射線治療<br>⑥ 免疫抑制剤の管理、<br>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）<br>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）<br>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用<br>⑩ ドレナージの管理 | なし | | あり |
| ⑪無菌治療室での治療 | なし | | あり |
| 8 救急搬送（搬送日より1～2日間程度） | なし | | あり |

B項目の変更

| B 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|---|---|---|
| 1 寝返り | できる | 何かにつまればできる | できない |
| 2 危険行動 | ない | | ある |
| 3 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 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 |

認知症のチーム医療とリンク

●無菌室の治療を6時間以上行った場合
●個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

出典：2015.8.26 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編

# 重症度・医療・看護必要度

C項目の変更

## 改　定

C項目（手術等の医学的状況）

16 開頭の手術　（7日間）
17 開胸の手術　（7日間）
18 開腹の手術　（5日間）
19 骨の観血的手術　（5日間）
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術　（3日間）
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（16から20を除く）　（2日間）
22 救命等に係る内科的治療（2日間）

内科的治療

①経皮的血管内治療（２日間）
・経皮的な脳血管内治療　・t-PA療法
・冠動脈カテーテル治療
・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術
・選択的血管塞栓による止血術

②経皮的心筋焼灼術等の治療（２日間）
・経皮的心筋焼灼術　・体外ペースメーキング術
・ペースメーカー移植術　・除細動器移植術
・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない
・体外ペースメーキング術は、
１入院中に初回に実施した日から 2日間までに限り評価を行う

③侵襲的な消化器治療（２日間）
・内視鏡による胆道・膵管に係る治療
・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術
・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
・緊急時の内視鏡による消化管止血術

次ページにQA

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者　又は　A得点が3点以上の患者　又は　C得点が1点以上の患者

患者割合は
15%⇒25%

9/30まで経過措置

改定前の評価表は9/30まで用いてもよい

実績が1か月いるため9月1日より新評価表用いる

# 重症度・医療・看護必要度

・経皮的血管内治療
検査のみの場合は含めない。

・経皮的心筋焼灼術等の治療
ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない。
また、体外ペースメーキング術については、１入院中に初回に実施した日から２日間までに限り評価を行う項目である。

・侵襲的な消化器治療
検査のみの場合、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。
また、緊急時の内視鏡による消化管止血術は、緊急に内視鏡下で消化管止血を実施した場合に評価を行う項目であり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について１入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

（3/5 日本医師会Q&Aより抜粋）

**◆評価基準の変更**

**●評価対象の処置、介助等**

**⇒一部の評価項目については、薬剤師、理学療法士等当該病棟内において実施することを評価する場合、病棟内所属は問わない**

**●評価者**

**⇒院内研修を受けたものが行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が行う場合も研修を受けること**

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）　骨子【Ⅰ－１(1)】

## ● A100 ～109　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 評価項目の見直し 】 | 【 評価項目の見直し 】 |
| A項目（モニタリング及び処置等）<br>１～６ 略<br>７ 専門的な治療・処置<br>① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）<br>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理<br>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）<br>④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理<br>⑤ 放射線治療<br>⑥ 免疫抑制剤の管理、<br>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）<br>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）<br>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用<br>⑩ ドレナージの管理<br>（新設）<br>（新設） | A項目（モニタリング及び処置等）<br>１～６ 略<br>７ 専門的な治療・処置<br>① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）<br>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理<br>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）<br>④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理<br>⑤ 放射線治療<br>⑥ 免疫抑制剤の管理、<br>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）<br>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）<br>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用<br>⑩ ドレナージの管理<br>⑪ 無菌治療室での治療<br>８ 救急搬送　（２日間） |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）　骨子【Ⅰ－１(1)】

## ● A100～109　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| B項目（ 患者の状況等 ） | B項目（ 患者の状況等 ） |
| ８ 寝返り | ９ 寝返り |
| ９ 起き上がり | （削除） |
| 10 座位保持 | （削除） |
| 11 移乗 | 10 移乗 |
| 12 口腔清潔 | 11 口腔清潔 |
| 13 食事摂取 | 12 食事摂取 |
| 14 衣服の着脱 | 13 衣服の着脱 |
| （新設） | 14 診療・療養上の指示が通じる |
| （新設） | 15 危険行動 |

訂正：徘徊

B項目に新設される「危険行動」とは、現行のハイケアユニット用の重症度の項目に、同じものがある。定義は変えていない。ご本人にとって危険がある行動を指している。他者への暴力行為や大声を上げる、喫煙は含まれない。~~つに徊~~についても、本人にとって危険があるものであれば含まれるが、転倒等の危険がないものは含まれない。

（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 入院基本料

【I－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）　骨子【Ⅰ－１(1)】

P400に追加

## ● A100～109　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

＜１５　危険行動＞

●項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。 ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、 転倒・転落、自傷行為」の発生及び「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する 行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

●判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）骨子【Ⅰ－１(1)】

## ● A100～109　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （新設） | C項目（手術等の医学的状況）<br>16 開頭の手術　（7日間）<br>17 開胸の手術　（7日間）<br>18 開腹の手術　（5日間）<br>19 骨の観血的手術　（5日間）<br>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術　（3日間）<br>21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術<br>（16から20を除く）　（2日間）<br>22 救命等に係る内科的治療（2日間） |
| 【 基準の見直し 】<br>［一般病棟用の重症度、医療・<br>看護必要度に係る基準 ］<br><br>・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。 | 【 基準の見直し 】<br>［一般病棟用の重症度、医療・<br>看護必要度に係る基準 ］<br><br>次のいずれかの基準を満たすこと<br>・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 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）　骨子【Ⅰ－１(1)】

## ● A100～109　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| | ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が３点以上<br>・手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が１点以上 |
| ［地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準］ | ［地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準］ |
| モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が１点以上。 | モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が１点以上、<br>又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が１点以上。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）　骨子【Ⅰ－１(1)】

## ● A100 ～107、 A207-3･4　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 A100～107　７対１入院基本料 】<br><br>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割５分以上入院させる病棟であること。 | 【 A100～107　７対１入院基本料 】<br><br>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。 |
| 【 A207-3 急性期看護補助体制加算、<br>A207-4 看護職員夜間配置加算 】<br><br>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、10対１入院基本料を算定する病棟にあっては0.5割以上入院させる病棟であること。 | 【 A207-3 急性期看護補助体制加算、<br>A207-4 看護職員夜間配置加算 】<br><br>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、10対１入院基本料を算定する病棟にあっては 0.6割以上入院させる病棟であること。 |

# 入院基本料

**7対1の経過措置**

[経過措置]

平成28年３月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

また、平成 28 年３月 31 日に当該入院料の届出を行っている病棟（許可病床数200 床未満の保険医療機関が有するものに限る。）であって、当該入院料の病棟群単位の届出を行わないものにあっては、７対１入院基本料の施設基準について、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合について、2割5分を2割3分と読み替えたものを満たす必要がある。

**10対1の評価**

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【看護必要度加算<br>（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）】<br>イ 看護必要度加算１　30点<br>ロ 看護必要度加算２　15点<br>（新設）<br>［施設基準］<br>イ 看護必要度加算１<br>「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を１割５分以上入院させる病棟であること。 | 【看護必要度加算<br>（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）】<br>イ 看護必要度加算１　55点<br>ロ 看護必要度加算２　45点<br>ハ 看護必要度加算３　25点（新）<br>［施設基準］<br>イ 看護必要度加算１<br>「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－②】
重症患者を受け入れている10対１病棟に対する評価の充実　骨子【Ⅰ－１（1）】

## ●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

A100　一般病棟入院基本料　注6、A104特定機能病院入院基本料　注5、
A105　専門病院入院基本料　注3

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ロ　看護必要度加算２<br>「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を１割以上入院させる病棟であること。 | ロ 看護必要度加算２<br>「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。 |
| （新設） | ハ 看護必要度加算３<br>「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。 |

【経過措置】
平成28年３月31日に看護必要度加算１又は２の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算２又は３の基準を満たしているものとする。

# 入院基本料

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－③】
ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等　骨子【Ⅱ－3(3)】

## ● A100 一般病棟入院基本料
## 注12　ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【一般病棟入院基本料】<br>注12　ADL維持向上等体制加算<br>※特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL維持向上等体制加算についても同様<br>25点<br>[算定要件]<br>①　ア)～カ)略<br>（新設）<br><br><br><br>（新設） | 【一般病棟入院基本料】<br>注12　ADL維持向上等体制加算<br>※特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL維持向上等体制加算についても同様<br>80点<br>[算定要件]<br>①　ア)～カ)略<br>キ) 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。<br>ク) 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。 |

# 入院基本料

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－③】
ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等　骨子【Ⅱ－3(3)】

## ● ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | ケ) 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動、参加について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。 |
| （新設） | ② 専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療法士等を定めた上、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り算定できる。 |
| ［施設基準］<br>当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。 | ［施設基準］<br>当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上配置されていること。 |

1人の勤務時間が6時間以上でなければならない
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

●ADLのスコアはBIを用いる
（DPC様式1は不可）
●入院日から4日以内の外科手術施行
⇒手術日～3日目のADLが入院時より30％以上低下した場合は
※退院(転院)等のADLは、入院時のADL比較ではなく、手術日～3日目と比較をする

# 入院基本料

## 「ADL維持向上等体制加算」　（別紙様式7の2,様式5の4）

別紙様式７の２

### ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス（Barthel Index 機能的評価）

| | | 点数 | 質問内容 | 得点 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 食事 | 10 | 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える | |
| | | 5 | 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) | |
| | | 0 | 全介助 | |
| 2 | 車椅子からベッドへの移動 | 15 | 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) | |
| | | 10 | 軽度の部分介助または監視を要する | |
| | | 5 | 座ることは可能であるがほぼ全介助 | |
| | | 0 | 全介助または不可能 | |
| 3 | 整容 | 5 | 自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り) | |
| | | 0 | 部分介助または不可能 | |
| 4 | トイレ動作 | 10 | 自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) | |
| | | 5 | 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する | |
| | | 0 | 全介助または不可能 | |
| 5 | 入浴 | 5 | 自立 | |
| | | 0 | 部分介助または不可能 | |
| 6 | 歩行 | 15 | 45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず | |
| | | 10 | 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む | |
| | | 5 | 歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能 | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 7 | 階段昇降 | 10 | 自立、手すりなどの使用の有無は問わない | |
| | | 5 | 介助または監視を要する | |
| | | 0 | 不能 | |
| 8 | 着替え | 10 | 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む | |
| | | 5 | 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 9 | 排便コントロール | 10 | 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 | |
| | | 5 | ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 10 | 排尿コントロール | 10 | 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 | |
| | | 5 | ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 合計得点（　／100点） | | | | |

※１　得点：０～１５点　　※２　得点が高いほど、機能的評価が高い。

様式５の４

### 褥瘡対策に係る報告書

| 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況） | |
|---|---|
| ①　入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数） | 名 |
| ②　①のうち、ｄ１以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数） | 名 |
| ③　②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数） | 名 |
| ④　②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数 | 名 |
| ⑤　体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 | |

| ⑥　褥瘡の重症度 | 入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況） | 院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況） |
|---|---|---|
| ｄ１ | 名 | 名 |
| ｄ２ | 名 | 名 |
| Ｄ３ | 名 | 名 |
| Ｄ４ | 名 | 名 |
| Ｄ５ | 名 | 名 |
| ＤＵ | 名 | 名 |

［記載上の注意］

1．①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。
2．②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患者数を記入する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数える。）。
3．③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患者数を記載する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数える。）。
4．④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
5．⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

# 入院基本料

## 「ADL維持向上等体制加算」

様式５の５

### ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

□ 7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（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）

□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（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）

| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 専従・専任 | 研修受講 |
|---|---|---|---|---|
| 医師 | | | | □ |
| □理学療法士<br>□作業療法士<br>□言語聴覚士 | | | □専従<br>□専任 | |
| □理学療法士<br>□作業療法士<br>□言語聴覚士 | | | □専従<br>□専任 | |
| □理学療法士<br>□作業療法士<br>□言語聴覚士 | | | □専従<br>□専任 | |
| □理学療法士<br>□作業療法士<br>□言語聴覚士 | | | □専従<br>□専任 | |
| □理学療法士<br>□作業療法士<br>□言語聴覚士 | | | □専従<br>□専任 | |

２．入院患者の構成

| 算出期間（直近1年間）　（　年　月　日～　年　月　日） | | |
|---|---|---|
| 当該病棟の新規入院患者数 | ① | 名 |
| ① のうち、65歳以上の患者数 | ② | 名 |
| ① のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数 | ③ | 名 |
| ②／①（8割以上） | ④ | % |
| ③／①（6割以上） | ⑤ | % |

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

10. 病棟群単位による届出を行っている場合であって、患者が異なる病棟群へ転棟した場合は、⑥の転棟患者数には含めない。また、退院時は退院した病棟の実績として算入すること。

**手術患者に留意**

## （様式5の5）

３．アウトカム評価

| 算出期間（直近1年間もしくは3月間）　（　年　月　日～　年　月　日） | | |
|---|---|---|
| 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） | ⑥ | 名 |
| ⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 | ⑦ | 名 |
| ⑦／⑥（3%未満） | ⑧ | % |

| | | |
|---|---|---|
| 調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） | ⑨ | 名 |
| 調査日に褥瘡（DESIGN－R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 | ⑩ | 名 |
| ⑩／⑨（1．5%未満） | ⑪ | % |

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

［記載上の注意］

１．入院基本料の届出書の写しを添付すること。

２．医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する□に「✓」を記入のこと。なお、専従及び専任のいずれでもなくとも、当該病棟で６時間以上勤務したことをもって本加算を算定しようとする理学療法士等（上限５名）全員について記入すること。

３．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４．疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。

５．入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第３条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「（１）　疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。

６．ＡＤＬ評価の算出期間は直近１年間であるが、新規届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

７．届出以降は、別添７の様式５の４に基づき、院内で発生した DESIGN-R 分類ｄ２以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

８．医師はリハビリテーション医療に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。

９．病棟群単位による届出を行っている場合は、７対１入院基本料の病棟及び 10 対１入院基本料の病棟のそれぞれで本書類を提出すること。

# 入院基本料

## 「ADL維持向上等体制加算」　（別紙様式7の2）

別紙様式７の２

### ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス（Barthel Index 機能的評価）

| | | 点数 | 質問内容 | 得点 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 食事 | 10 | 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える | |
| | | 5 | 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) | |
| | | 0 | 全介助 | |
| 2 | 車椅子からベッドへの移動 | 15 | 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) | |
| | | 10 | 軽度の部分介助または監視を要する | |
| | | 5 | 座ることは可能であるがほぼ全介助 | |
| | | 0 | 全介助または不可能 | |
| 3 | 整容 | 5 | 自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り) | |
| | | 0 | 部分介助または不可能 | |
| 4 | トイレ動作 | 10 | 自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使 | |
| | | | している場合はその洗浄も含む) | |
| | | 5 | 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する | |
| | | 0 | 全介助または不可能 | |
| 5 | 入浴 | 5 | 自立 | |
| | | 0 | 部分介助または不可能 | |
| 6 | 歩行 | 15 | 45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の | |
| | | | 無は問わず | |
| | | 10 | 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む | |
| | | 5 | 歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能 | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 7 | 階段昇降 | 10 | 自立、手すりなどの使用の有無は問わない | |
| | | 5 | 介助または監視を要する | |
| | | 0 | 不能 | |
| 8 | 着替え | 10 | 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む | |
| | | 5 | 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 9 | 排便コントロール | 10 | 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 | |
| | | 5 | ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 10 | 排尿コントロール | 10 | 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 | |
| | | 5 | ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む | |
| | | 0 | 上記以外 | |
| 合計得点（　／100点） | | | | |

※１　得点：０～１５点　　※２　得点が高いほど、機能的評価が高い。

## 【ＤＰＣ入退院時のＡＤＬスコア】

(9)　入院時のADLスコア（15歳以上入力、但し、産科の患者を除く）

入院時に下表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。15歳以上の場合には必須（ただし産科の患者を除く）。

食事＝"1"、移乗＝"2"、整容＝"1"、トイレ動作＝"1"、入浴＝"1"、平地歩行＝"1"、階段＝"1"、更衣＝"1"、排便管理＝"0"、排尿管理＝"0"の場合は"1211111100"と入力する。

※　"9"は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

| 分類 | 所見 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 不明 |
| 食事 | 2 | 1<br>切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする | 0 | 9 |
| 移乗 | 3 | 2<br>軽度の介助で可能 | 0<br>座位バランス困難 | 9 |
| | | 1<br>高度の介助を必要とするが、座っていられる。 | | |
| 整容 | 1<br>顔／髪／歯／ひげ剃り | 0 | | 9 |
| トイレ動作<br>トイレの使用 | 2 | 1<br>多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人でできる。 | 0 | 9 |
| 入浴 | 1 | 0 | | 9 |
| 平地歩行 | 3 | 2<br>一人介助で歩く | 0 | 9 |
| | | 1<br>車いすで自立 | | |
| 階段 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| 更衣 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| 排便管理 | 2 | 1<br>時々失敗 | 0<br>失禁 | 9 |
| 排尿管理 | 2 | 1<br>時々失敗 | 0<br>失禁 | 9 |

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価　骨子【Ⅰ－２(2)】

## ●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［A100～109 入院基本料の施設基準 ］ | ［ A100～109 入院基本料の施設基準 ］ |
| カ　月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。 | カ　月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意すること。<br>① 専ら夜勤時間帯に従事する者は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。<br>② 夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価　骨子【Ⅰ－２(2)】

## ●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ・改定後、日勤時間帯に外来勤務する看護職員については実人員数1として計上してよい。夜勤時間帯に兼務をしている場合については按分することになっているが、夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務を兼務するのではなく、日勤時間帯に兼務をしていて、夜勤時間帯に病棟で働いている方については、人数を1として算入できる。<br>・夜勤時間特別入院基本料に、1回算定するとしばらく算定できなくなるルールは設けていない。<br>（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より） | ③ 7対1入院基本料及び 10対1 入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。<br><br>④ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価　骨子【Ⅰ－２(2)】

## ●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| キ　月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。 | （削除） |

# 月平均夜勤時間の算出方法

病院の入院基本料の施設基準の通則（抜粋）
夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。　【施設基準告示】

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の実人員数}}$$

現行

留意点

- 夜勤時間帯とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと。
- 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもの（病棟ごとではない）。
- 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、
  ① 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者
  ② 専ら夜勤時間帯に従事する者（夜勤専従者）

  は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

追加

# 医療従事者の負担軽減・人材確保について③

## 看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

【7対1及び10対1】
16時間未満の者
【上記以外の病棟】
8時間未満の者

➢ 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。 | 【7対1及び10対1入院基本料】<br>月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。<br><br>【7対1及び10対1入院基本料以外】<br>月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。 |
| 病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数（常勤換算した数）を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。 | 夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。 |

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。 | 基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。 |

【夜勤従事者の常勤換算】
月夜勤時間帯に病棟、外来等を含む全ての月夜勤時間帯を含む全ての月夜勤時間帯を含む

➢月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

追加

(新) 夜勤時間特別入院基本料
イ 入院基本料の100分の70に相当する点数
ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

［施設基準］
① 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
② 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

［算定対象］
一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

H28.3.4 厚労省：平成28年度診療報酬改定の概要より引用

# 入院基本料

月平均夜勤時間72時間以下の要件を満たせなくなった場合、直近3か月に限り、月平均夜勤時間超過減算となり、80／100を算定する。その間に夜勤のできる看護職員が確保できなくなった場合、仮に看護配置を満たせたとしても特別入院基本料の算定となってしまう

1．月平均夜勤時間超過減算の算定額の見直し：80/100→ 85/100
2．月平均夜勤時間数の基準のみを満たせなくなった場合に算定する
　夜勤時間特別入院基本料（入院基本料の70/100）を新設
　※入院基本料の70/100が特別入院基本料を下回る場合、
　　特別入院基本料に10点を加えた点数

［算定可能病棟］
一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料
［施設基準］
①月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしている
②夜勤時間特別入院基本料を算定する場合、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出する

| 通常 | 月平均夜勤時間超過減算 | 夜勤時間特別入院基本料（新） | 特別入院基本料 |
|---|---|---|---|
| 1,591点 | 1,273点（▲318点）<br>1,591点の80% | | 584点（▲1007点）<br>1,591点の36.7% |
| 1,591点 | 1,352点（▲239点）<br>1,591点の85% | 1,114点（▲477点）<br>1,591点の70% | 584点（▲1007点）<br>1,591点の36.7% |

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価　骨子【Ⅰ－２(2)】

## ●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

A100　一般病棟入院基本料　注13、A101　療養病棟入院基本料2 注12、
A102　結核病棟入院基本料　注6、　A103　精神病棟入院基本料　注9

**新設**

**夜勤時間特別入院基本料**　届出

（1）入院基本料の100分の 70 に相当する点数

（2）（1）の点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、
特別入院基本料に 10 点を加えた点数

［算定可能病棟］
一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、
精神病棟入院基本料

［施設基準］
(1) 月平均夜勤時間が 72 時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
(2) 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出すること。

# 入院基本料

## 「月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料」（様式６）

様式６

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。
（適合する場合は、□に「レ」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書（様式５（例）を参照のこと）を添付すること。）

| 該当に○ | 入院基本料等 | 今回の届出 | | 届出区分 | 病棟数 | 病床数 | 入院患者数 | | 平均在院日数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 病棟数 | 病床数 | | | | 届出時 | １日平均入院患者数 | |
| ／ | 総病床数 | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料（月平均夜勤時間超過減算） | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料（夜勤時間特別入院基本料） | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料（特別入院基本料） | | | | | | | | |
| | 療養病棟入院基本料 | | | | | | | | ／ |
| | 療養病棟入院基本料２のみ（月平均夜勤時間超過減算） | | | | | | | | ／ |
| | 療養病棟入院基本料２のみ（夜勤時間特別入院基本料） | | | | | | | | ／ |
| | 療養病棟入院基本料（特別入院基本料） | | | | | | | | ／ |
| | 結核病棟入院基本料 | | | | | | | | ／ |
| | 結核病棟入院基本料（月平均夜勤時間超過減算） | | | | | | | | ／ |
| | 結核病棟入院基本料（夜勤時間特別入院基本料） | | | | | | | | ／ |
| | 結核病棟入院基本料（特別入院基本料） | | | | | | | | ／ |
| | 精神病棟入院基本料 | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料（月平均夜勤時間超過減算） | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料（夜勤時間特別入院基本料） | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料（特別入院基本料） | | | | | | | | |
| | 特定機能病院入院基本料 | | | | | | | | |
| | 一般病棟 | | | | | | | | |
| | 結核病棟 | | | | | | | | ／ |
| | 精神病棟 | | | | | | | | |
| | 専門病院入院基本料 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 障害者施設等入院基本料 | | | | | | | | ／ |
| | 障害者施設等入院基本料（月平均夜勤時間超過減算） | | | | | | | | ／ |
| | 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 | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 小児特定集中治療室管理料 | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 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 母体・胎児 | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児 | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 新生児治療回復室入院医療管理料 | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 一類感染症患者入院医療管理料 | | | | | | | | |
| | 特殊疾患入院医療管理料（再掲） | ／ | | ／ | | | | | ／ |
| | 小児入院医療管理料（５は再掲） | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 地域包括ケア病棟入院料 病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 地域包括ケア病棟入院料 入院医療管理料 | ／ | | | | | | | ／ |
| | 特殊疾患病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 緩和ケア病棟入院料 | | | ／ | | | | | ／ |
| | 精神科救急入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 精神科急性期治療病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 精神科救急・合併症入院料 | ／ | | | | | | | ／ |
| | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | | | ／ | | | | | ／ |
| | 精神療養病棟入院料 | | | ／ | | | | | ／ |
| | 認知症治療病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 特定一般病棟入院料 | | | | | | | | ／ |
| | 地域移行機能強化病棟入院料 | | | ／ | | | | | ／ |

※１日平均入院患者数の算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日
※平均在院日数の算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日
※療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
※１つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

［記載上の注意］
１　今回の届出に係る病棟に関しては左端の欄に○を記入すること。
２　病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
３　「届出区分」の欄は、下表の例により記載すること。一般病棟で病棟群単位による届出を行う場合は、上段に７対１病棟群、下段に10対１病棟群を記載すること。病棟群単位による届出を行わない場合は上段のみに記載すること。

| 入院基本料 | 区分等 |
|---|---|
| 一般病棟入院基本料 | ７対１，10対１，13対１，15対１ |
| 療養病棟入院基本料 | １，２ |
| 結核病棟入院基本料 | ７対１，10対１，13対１，15対１，18対１，20対１ |

# 入院基本料

## 「月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料」（様式6,9）

| | |
|---|---|
| 精神病棟入院基本料 | 10対１，13対１，15対１，18対１，20対１ |
| 特定機能病院入院基本料 | |
| 一般病棟 | 7対１，10対１， |
| 結核病棟 | 7対１，10対１，13対１，15対１ |
| 精神病棟 | 7対１，10対１，13対１，15対１ |
| 専門病院入院基本料 | 7対１，10対１，13対１， |
| 障害者施設等入院基本料 | 7対１，10対１，13対１，15対１ |

4　特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

| | |
|---|---|
| 救命救急入院料 | １，２，３，４ |
| 特定集中治療室管理料 | １，２，３，４ |
| ハイケアユニット入院医療管理料 | １，２ |
| 新生児特定集中治療室管理料 | １，２ |
| 小児入院医療管理料 | １，２，３，４，５ |
| 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料 | １，２，３ |
| 地域包括ケア病棟入院料 | |
| 地域包括ケア病棟入院料 | １，２ |
| 地域包括ケア入院医療管理料 | １，２ |
| 特殊疾患病棟入院料 | １，２ |
| 精神科救急入院料 | １，２ |
| 精神科急性期治療病棟入院料 | １，２ |
| 認知症治療病棟入院料 | １，２ |
| 特定一般病棟入院料 | １，２ |

5　栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること）を満たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が１名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

| | |
|---|---|
| 該当する | 該当しない |

6　療養病棟入院基本料の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。

7　「１日平均入院患者数」は、直近１年間の数値を用いて、別添２の第２の４に基づき算出すること。

8　「平均在院日数の算定期間」は、直近３か月間の数値を用いて、別添２の第２の３に基づき算出すること。なお、７対１入院基本料と10対１入院基本料の病棟群単位による届出を行う場合、平均在院日数の算出に当たって、７対１入院基本料と10対１入院基本料の病棟群間で転棟した場合については、いずれの病棟群においても、新入棟患者又は新退棟患者として計上しないこと。

様式９

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対１（看護補助者５割以上）・ 25対１（看護補助者５割未満）・ 50対１・ 75対１・ 無

夜間30対１・ 夜間50対１・ 夜間100対１・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対１配置加算１・ 12対１配置加算２・ 16対１配置加算・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有・無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１・２・３・無

夜間75対１看護補助加算の有無（該当に○） 有・無

○１日平均入院患者数〔A〕＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿人〔C／（日数×８）〕

（参考）１日看護配置数(必要数)：＿＿＿＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率＿＿＿％〔月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／１日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿時＿＿＿分～＿＿＿時＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿時間〔（D－E）／B〕※小数点第２位以下切り捨て

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対１看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：＿＿＿＿＝〔（A／２００）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

# 入院基本料

## 「月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料」（様式９）

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計）※8 | 〔D〕 〔E〕 |
| （再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| １日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均１日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注１）１日看護配置数 ≦ 月平均１日当たり看護配置数
注２）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| １日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×８）〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均１日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔記載上の注意〕
※１ 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

※２ 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※３ 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が５割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※４ 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外においては８時間未満の者は無に○を記入すること。
※５ 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※６ 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※７ 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が８時間未満の者
※８ 〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※９ 〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※１０ 小数点以下切り上げとする。
※１１ 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対１入院基本料の場合「10」、25対１急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対１急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
１ 届出前１か月の各病棟の勤務実績表及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
２ 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
３ 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
４ 看護職員夜間配置加算は、常時12対１又は16対１を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－④】
在宅復帰率の要件見直し　　骨子【Ⅰ－１(3)】

## ●７対１入院基本料等における在宅復帰率の要件見直し

A100　一般病棟入院基本料、A104　特定機能病院入院基本料、
A105　専門病院入院基本料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【一般病棟入院基本料（７対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）、専門病院入院基本料（７対１）】<br><br>［自宅等に退院した患者の割合の基準］<br><br>当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が７割５分以上であること。 | 【一般病棟入院基本料（７対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）、専門病院入院基本料（７対１）】<br><br>［自宅等に退院した患者の割合の基準］<br><br>当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－④】
在宅復帰率の要件見直し　　骨子【Ⅰ－１(3)】

## ●７対１入院基本料等における在宅復帰率の要件見直し

A100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料、A105 専門病院入院基本料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者］<br><br>自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室並びに介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者。 | ［自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者］<br><br>自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室並びに介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者。 |

# 療養病棟のポイント

## ①療養病棟入院基本料2

## ②医療区分

（1）療養病棟2においても医療区分
割合を設ける⇒5割

（2）医療区分定義の見直し
（酸素療法、うつ症状、頻回の血糖検査）

（3）医療区分の対象疾患の拡大
難病対象疾患の拡大に伴い

H28年9月30日まで
経過措置

**指定難病は
現在、306疾患**

## ③ 在宅復帰機能強化加算

（1)自宅からの入院と、
他院からの転院の区別

（2）復帰率の算出式の対象者の見直し

（3）退院支援職員の配置

H28年9月30日まで
経過措置

**退院支援加算１，２
細分化**

# 療養病棟入院基本料について

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】
看護配置：20：1以上 （医療区分2・3の患者が8割以上）

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|---|---|---|---|
| ADL区分3 | 967点 | 1，412点 | 1，810点 |
| ADL区分2 | 919点 | 1，384点 | 1，755点 |
| ADL区分1 | 814点 | 1，230点 | 1，468点 |

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】
看護配置25：1以上

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|---|---|---|---|
| ADL区分3 | 902点 | 1，347点 | 1，745点 |
| ADL区分2 | 854点 | 1，320点 | 1，691点 |
| ADL区分1 | 750点 | 1，165点 | 1，403点 |

**認定疾患の変更に伴いどのような対応となるのか56疾患→約306疾患**

### 医療区分

**医療区分3**

【疾患・状態】
・スモン　・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
【医療処置】
・24時間持続点滴　・中心静脈栄養　・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄
・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　・感染隔離室における管理
・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）

**医療区分2**

【疾患・状態】
・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患
・その他の難病（スモンを除く）
・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾（COPD）
・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症
・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内　・脱水かつ発熱を伴う状態
・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創
・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
【医療処置】
・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（1日8回以上）
・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査
・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置）

**医療区分1**：医療区分2・3に該当しない者

### ADL区分

ADL区分1：　11点未満
ADL区分2：　11点以上～23点未満
ADL区分3：　23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、
4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

| 項目 | 支援のレベル |
|---|---|
| a ベッド上の可動性 | |
| b 移乗 | |
| C 食事 | |
| d トイレの使用 | |
| （合計点） | |

平成27年7月1日　入院医療等の調査・評価分科会資料抜粋

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑩】
療養病棟入院基本料２における医療区分の高い患者の割合に応じた評価　骨子【Ⅰ－１(8)】

## ●A101　療養病棟入院基本料２における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

[別に定める基準]

(1) 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員 25 対1」を「看護職員 30 対1」に読み替えたものを満たすこと。

(2) 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ていた病棟であること。

**【経過措置】**
平成28年3月31日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
当該基準又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、別に定める基準を満たしている場合には、平成30年3月31日までは、所定点数の100分の95を算定できる。

# 入院基本料

【Ｉ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑪】
療養病棟の医療区分のきめ細かな評価　骨子【Ｉ－１(9)】

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ●療養病棟の医療区分３<br>【酸素療法を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>酸素療法を実施している状態 | 【酸素療法を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>常時流量３L/分以上を必要とする状態又は常時流量３L/分未満を必要とする状態であってNYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態又は肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合。ただし、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、30日間は本項目に該当する。 |
| ●療養病棟の医療区分２<br>【酸素療法を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>（新設） | 【酸素療法を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>酸素療法を実施している状態（医療区分３に該当する状態を除く。） |

# 入院基本料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ●療養病棟の医療区分２<br>【頻回の血糖検査を実施している状態】<br>［留意点］<br>糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、１日３回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から３日間まで、本項目に該当するものとする。<br><br>【うつ症状に対する治療を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>うつ症状に対する治療を実施している状態（うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第１第２章第８部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。） | 【頻回の血糖検査を実施している状態】<br>［留意点］<br>糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を１日１回以上行い、１日３回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。<br><br>【うつ症状に対する治療を実施している状態】<br>［項目の定義］<br>うつ症状に対する治療を実施している状態（精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合、うつ症状に対する入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第１第２章第８部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。） |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑫】
療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し　骨子【Ⅰ－１(10)】

## ●療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

## A101　療養病棟入院基本料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［施設基準］ | ［施設基準］ |
| ① 療養病棟入院基本料１を届け出ていること。 | ① 療養病棟入院基本料１を届け出ていること。 |
| ② 当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であること。 | ② 当該病棟から退院した患者（自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であること。 |
| ③ 退院患者の在宅生活が１月以上（医療区分３の患者については 14日以上）継続することを確認していること。 | ③ 退院患者の在宅生活が１月以上（医療区分３の患者については 14日以上）継続することを確認していること。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑫】
療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し　骨子【Ⅰ－１(10)】

## ●療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

分子

分母

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ④ 30.4 を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10 以上であること。 | ④ 自院又は他院の一般病棟・地域包括ケア病棟（病室）から当該病棟に入院し自宅・居住系介護施設等に退院した年間の患者（自院の他病棟から当該病棟に転棟して１か月以内に退院した患者は除く。）の数を当該病棟の年間平均入院患者数で除した数が100分の10以上であること。 |

【経過措置】
平成 28 年3月31日に当該加算の届出を行っている病棟については、
平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

# 入院基本料

## 在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．届出を行う病棟の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 届出を行う病棟 | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |
| | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |
| | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |
| | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |
| | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |
| | 病棟名 | （　　）病棟 | 病床数 | 床 |

2．退院患者の状況

| | | |
|---|---|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数（当該病棟に入院した期間が1月以上の患者のうち、再入院患者、死亡退院患者を除く） | 名 |
| （再掲） | (1)在宅 | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率　(2)／①　(50%以上) | % |

3．病床の利用状況

| 算出期間（直近１年間）　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） | | |
|---|---|---|
| ③ | 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、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、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又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。）から当該病棟に入院した患者であって、１年間に在宅に退院した患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して１月以内に退院した患者は除く。） | 名 |
| ④ | 当該病棟の直近１年間における１日平均入院患者数（小数点以下は切り上げる）<br>※１年間の延入院患者数を１年間の日数で除したもの | 名 |
| ⑤ | ③／④　（０．１以上） | |

※病床の利用状況について、別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」１から４を参考にすること。

[記載上の注意]

療養病棟入院基本料１の届出書の写しを添付すること。

**「療養病棟入院基本料１における在宅復帰機能強化加算」（様式10の８）**

# 入院基本料

## 医療区分・ADL区分に係る評価票（一部抜粋）　（別紙様式２）

（別紙様式2）

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成　　年　　月分

| 氏名 | 1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　.　.　生 |
|---|---|

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】
1　療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。 また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。
2　当該判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること（診療所はこの限りでない）。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

**Ⅰ　算定期間に限りがある区分**

| | | 期間 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **医療区分3** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 24時間持続して点滴を実施している状態 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医療区分2** | | 期間 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 2 | 尿路感染症に対する治療を実施している状態 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | せん妄に対する治療を実施している状態 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 頻回の血糖検査を実施している状態 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 入院基本料

## 医療区分・ADL区分に係る評価票（一部抜粋）

（別紙様式２）

Ⅱ 算定期間に限りがない区分

医療区分3

| | | ☆ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | スモン | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 注1を参照 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 中心静脈栄養を実施している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 人工呼吸器を使用している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**17　酸素療法を実施している**
**（密度の高い治療を要する状態に限る）**

# 入院基本料

## 医療区分・ADL区分に係る評価票（一部抜粋）

（別紙様式2）

| 医療区分2 | | ☆ |
|---|---|---|
| 19 | 筋ジストロフィー | |
| 20 | 多発性硬化症 | |
| 21 | 筋萎縮性側索硬化症 | |
| 22 | パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） | |
| 23 | その他の指定難病等（10及び19～22までを除く。） | |
| 24 | 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。） | |
| 25 | 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） | |
| 26 | 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態 | |
| 27 | 注2を参照 | |
| 28 | 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者 | |
| 29 | 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） | |
| 30 | 肺炎に対する治療を実施している状態 | |
| 31 | 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。） | |
| 32 | 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 | |
| 33 | うつ症状に対する治療を実施している状態 | |
| 34 | 他者に対する暴行が毎日認められる場合 | |
| 35 | 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態 | |
| 36 | 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） | |
| 37 | 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態 | |
| 38 | 酸素療法を実施している状態（17を除く。） | |

23　その他の指定難病等

38　酸素療法を実施している状態（17）を除く

追加

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑱】
結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し　　骨子【Ⅰ－１（16）】

## ●結核病棟入院基本料における入院初期加算

### A102　結核病棟入院基本料（1日につき）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【結核病棟入院基本料】<br>入院患者の入院期間に応じ、以下に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。<br><br>イ　14日以内の期間　400点<br>ロ　15日以上 30日以内の期間　300点<br><br>（新設）<br><br>ハ　31日以上 90日以内の期間　100点 | 【結核病棟入院基本料】<br>入院患者の入院期間に応じ、以下に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。<br><br>イ　14日以内の期間　400点<br>ロ　15日以上 30日以内の期間　300点<br>ハ　31日以上 60日以内の期間　200点（新）<br>ニ　61日以上 90日以内の期間　100点 |

# 入院基本料

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑬】
障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価　　骨子【Ⅰ－1（11）】

## ● A106 障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者　注6

新設

・7対1入院基本料及び10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合　1,465点

医療区分1に相当する場合　1,331点

・13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合　1,317点

医療区分1に相当する場合　1,184点

・15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合　1,219点

医療区分1に相当する場合　1,086点

# 入院基本料

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑬】
障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価　　骨子【Ⅰ－1（11）】

## ●A106 障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者

［算定要件］
　当該病棟に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する**医療区分１又は2に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定**する。**医療区分３相当のものは、従来通り、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定**する。

［包括範囲］
　特掲診療料の包括範囲については療養病棟入院基本料と同様とし、入院基本料等加算等については、障害者施設等入院基本料の規定に従う。

［留意事項］
　平成28年3月31日時点で、継続して6月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A108　有床診療所入院基本料（1日につき）　注6

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【有床診療所入院基本料】 | | 【有床診療所入院基本料】 | |
| 夜間看護配置加算1 | 80点 | 夜間看護配置加算1 | 85点 |
| 夜間看護配置加算2 | 30点 | 夜間看護配置加算2 | 35点 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑤】
有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設　　骨子【Ⅰ－１（3）】

## ●A108 有床診療所入院基本料

新設

届出

A108 注11
有床診療所在宅復帰機能強化加算　　５点（１日につき）

［算定要件］
入院から15日以降であること。

退院した患者の在宅での生活が1カ月以上継続する見込みと確認するため、患者の居宅を訪問する職種の制限は設けていない。ただ、訪問も必須ということではない。ほかの方法も通知に定めているので参考にしてほしい。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

[施設基準]
(1) 有床診療所入院基本料１、２又は３を届け出ている保険医療機関であること。
(2) 次のいずれにも適合すること
①直近６か月間に退院した患者の在宅復帰率が７割以上である。

②在宅に退院した患者の退院後１月以内に、
・職員が当該患者の居宅を訪問すること
・在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること
・患者が受診した際に情報提供を受けること
によって当該患者の在宅における生活が１月以上継続する見込みであること
を確認し、記録している。
(3) 平均在院日数が60日以下である。

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑤】
有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設
骨子【Ⅰ－１（3）】

## ●A108 有床診療所入院基本料

退院した患者の在宅での生活が1カ月以上継続する見込みと確認するため、患者の居宅を訪問する職種の制限は設けていない。ただ、訪問も必須ということではない。ほかの方法も通知に定めているので参考にしてほしい。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

新設

A109 注11
届出 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算　　10点（１日につき）

[施設基準]
(1) 次のいずれにも適合すること
① 直近６か月間に退院した患者の在宅復帰率が５割以上であること。

② 在宅に退院した患者の退院後１月以内に、
・職員が当該患者の居宅を訪問すること
・在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること
・患者が受診した際に情報提供を受けること
によって、当該患者の在宅における生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録している。

(2) 平均在院日数が365日以下である。

# 入院基本料

## 「有床診療所入院基本料 ー 在宅復帰機能強化加算」

### 一般病床（様式12の9）

様式 12 の 9

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．届出病床の状況

一般病床数（　　床）

2．退院患者の状況

| | | |
|---|---|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の療養病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (70%以上) | % |

3．病床の利用状況

| | 算出期間　（　年　月　日～　年　月　日） | |
|---|---|---|
| ③ | 当該病床における直近３月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該３月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該３月間の新退院患者数（死亡退院を含む） | 名 |
| ⑥ | (④+⑤) ／２　（小数点以下は切り上げる） | 名 |
| ⑦ | 平均在院日数　③／⑥ (60 日以上) | 日 |

※病床の利用状況について、別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」１から４を参考にすること。

[記載上の注意]
有床診療所入院基本料１、２又は３の施設基準に係る届出書添付書類（様式 12 の３）を添付すること。

### 療養病床（様式12の10）

様式 12 の 10

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．届出病床の状況

療養病床数（　　床）

2．退院患者の状況

| | | |
|---|---|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の一般病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (50%以上) | % |

3．病床の利用状況

| | 算出期間　（　年　月　日～　年　月　日） | |
|---|---|---|
| ③ | 当該病床における直近３月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該３月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該３月間の新退院患者数（死亡退院を含む） | 名 |
| ⑥ | (④+⑤) ／２　（小数点以下は切り上げる） | 名 |
| ⑦ | 平均在院日数　③／⑥ (365 日以上) | 日 |

※病床の利用状況について、別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」１から４を参考にすること。

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑭】
入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和　骨子【Ⅰ－１(12)】

## ●A100～109　入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【入院中の患者の他医療機関への受診について】<br><br>［出来高入院料の場合］<br><br>出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 30％を控除した点数により算定すること。<br><br>ただし、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（結核病棟及び精神病棟に限る。）又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の 15％を控除した点数により算定する。 | 【入院中の患者の他医療機関への受診について】<br><br>［出来高入院料の場合］<br><br>出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10％を控除した点数により算定すること。<br><br>（削除） |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑭】
入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和　骨子【Ⅰ－１(12)】

## ● A100～109　入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［特定入院料等(包括診療行為算定)の場合］<br><br>特定入院料等を算定している場合であって、当該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。)を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70％を控除した点数により算定すること。<br><br>ただし、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、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の 55％を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。 | ［特定入院料等（包括診療行為算定）の場合］<br><br>特定入院料等を算定している場合であって、当該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。）を算定する場合は、特定入院料等は、<br>当該特定入院料等の基本点数の40％を控除した点数により算定すること。<br><br>ただし、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20％を控除した点数により算定する。 |

# 入院基本料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑭】
入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和　骨子【Ⅰ－１(12)】

## ● A100～109　入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［特定入院料等(包括診療行為未算定)の場合］<br><br>特定入院料等を算定している場合であって、当該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。)を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30％を控除した点数により算定すること。<br><br>ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合(入院日から起算して60日以内に限る。)であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の 15％を控除した点数により算定する。 | ［特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合］<br><br>特定入院料等を算定している場合であって、当該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。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10％を控除した点数により算定すること。<br><br>（削除） |

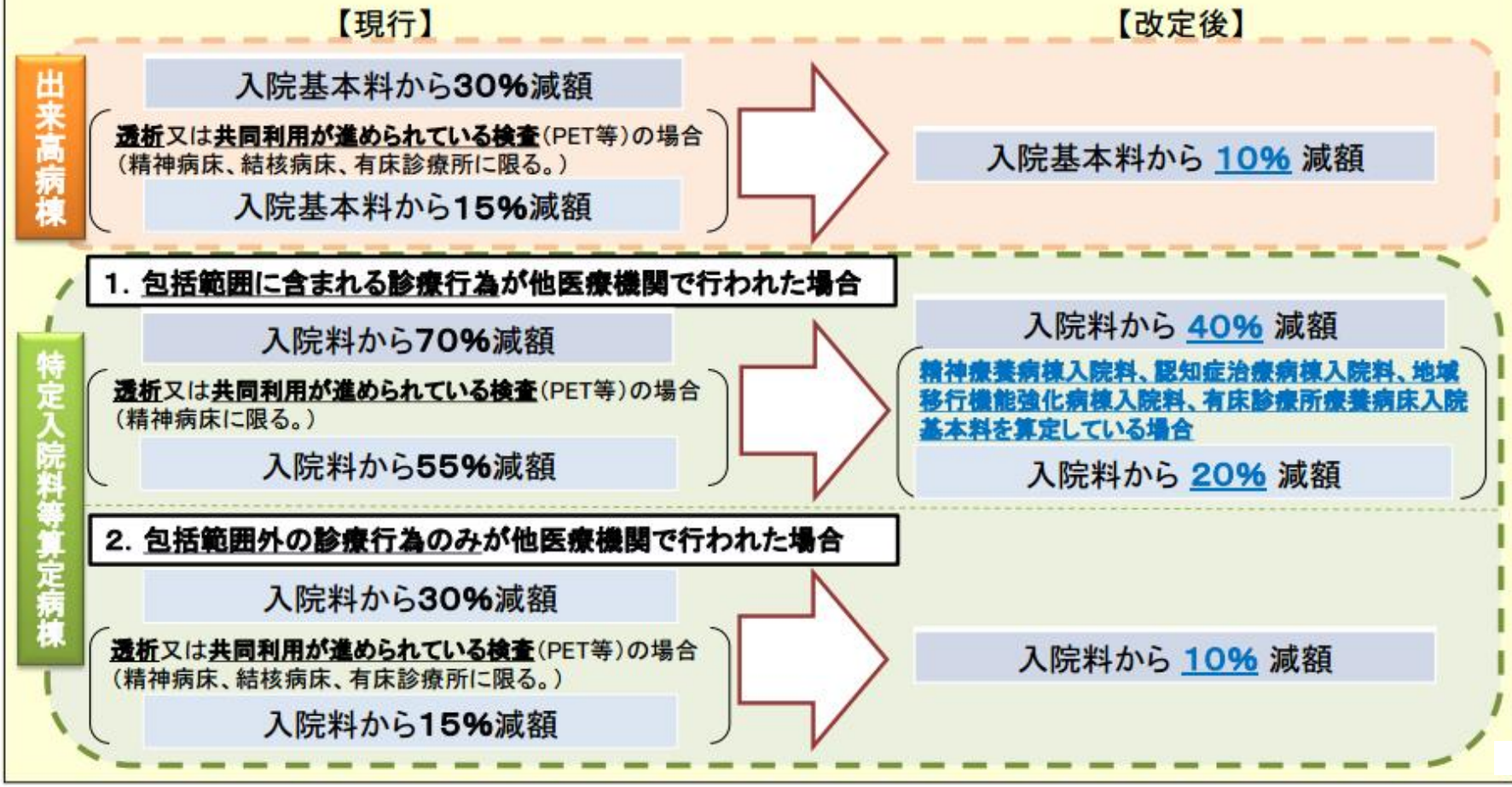
# 入院基本料

平成28年度診療報酬改定

## 医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

### 入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

➢ 入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院料減算について、特に診療科の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和するとともに、減算規定を簡素化する。




H28.3.4 厚労省：平成28年度診療報酬改定の概要より引用

# 入院基本料

平成28年度診療報酬改定

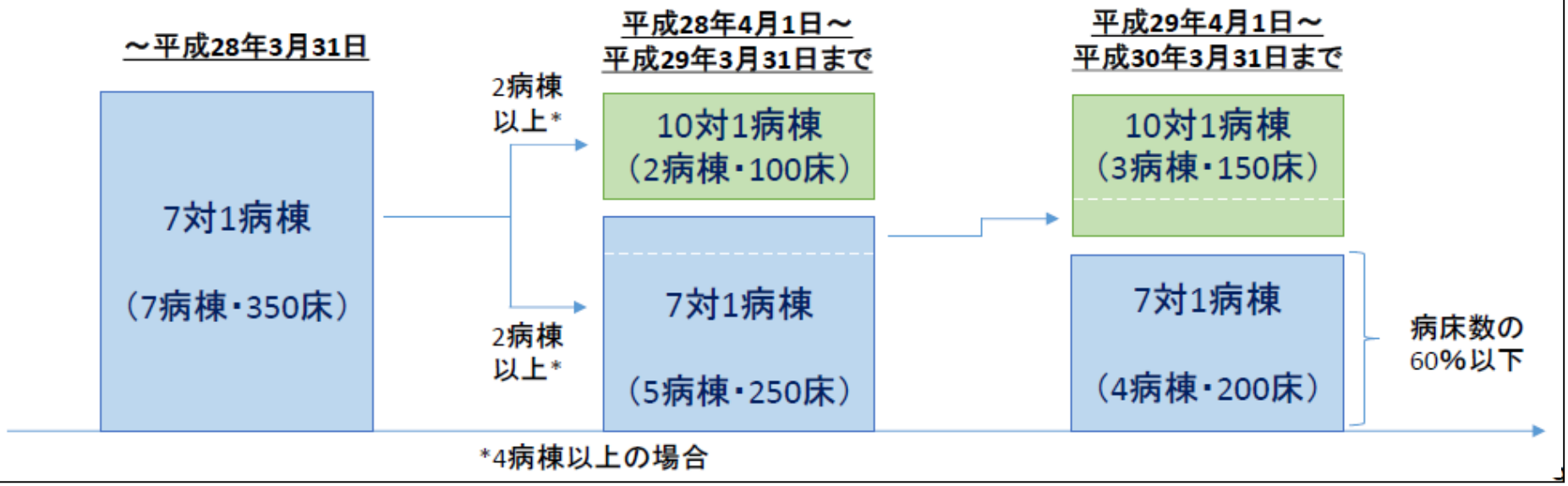
## 医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

### 病棟群単位による届出①

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

［届出等に関する手続きの取扱い］

1 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料（特定機能病院、専門病院含む。）を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
2 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
3 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
4 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること（特定機能病院は除く。）。
5 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。




H28.3.4 厚労省：平成28年度診療報酬改定の概要より引用

平成28年度診療報酬改定

# 医療機能に応じた入院医療の評価について⑦

## 病棟群単位による届出②

［入院基本料と加算等に係る施設基準］

注「一般病棟」には、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が含まれる。

| | | （同一の報酬を算定する範囲） 病棟群毎 | （同一の報酬を算定する範囲） 一般病棟全体 | 基準の適用方法 | 留意点 | 病棟群毎に実績等を算出するもの | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入院基本料の基準 | 看護職員の配置 | ○ | | 病棟群毎に計算し、両方の病棟群がそれぞれの基準を満たす必要がある。 | 傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。 | ○ | ・DPC対象病院の入院基本料は、10対１の機能評価係数Ⅰを選択するものとし、７対１病棟群の患者については、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき、差額分を所定点数に加算する。<br><br>・異なる病棟群に転棟した場合は、入院期間中全て（前月分まで遡る）10対１入院基本料を算定する。 |
| | 看護師比率 | | | | | | |
| | 平均在院日数 | | | | 異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。 | | |
| | 重症度、医療・看護必要度 | | | | | | |
| | 自宅等退院患者割合 | ７対１のみ | | 一般病棟全体で７対１の基準を満たす必要がある。 | | － | |
| | 月平均夜勤時間数 | | ○ | 病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。 | どちらか一方の病棟群で満たせない場合、一般病棟全体で月平均夜勤時間超過減算等を算定する。 | ○ | |
| 入院基本料の注加算 | 特別入院基本料<br>月平均夜勤時間超過減算<br>夜勤時間特別入院基本料 | | | どちらか一方の病棟群が要件に該当すれば、両方の病棟群で適用される。 | | | |
| | 看護必要度加算 | 10対1のみ | | 10対１入院基本料を算定する病棟群のみで算出し、基準を満たす必要がある。 | 10対１入院基本料を算定する病棟群でのみ算定できる。 | 10対1のみ | |
| | ADL維持向上等体制加算 | 病棟単位（現行通り） | | 届出する病棟単位で要件を満たす必要がある。 | 異なる病棟群に転棟した場合、ADL評価の転棟患者には含めず、退院時は退院した病棟の実績とする。 | 病棟単位（現行通り） | |
| 入院基本料等加算 | 急性期看護補助体制加算<br>看護職員夜間配置加算 | | ○ | 病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。 | 傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。 | ○ | |
| | 上記以外の入院基本料等加算 | | ○ | 一般病棟全体で満たす必要がある。 | | － | |

# 入院基本料

## 「病棟群単位による届出」　（様式９）

様式９

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者５割以上）　・　25対1（看護補助者５割未満）　・　50対1　・　75対1　・　無

夜間30対1　・　夜間50対1　・　夜間100対1　・　無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算１　・　12対1配置加算２　・　16対1配置加算　・　無

○看護配置加算の有無（該当に○）　有　・　無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１　・　２　・　３　・　無

夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○）　有　・　無

○１日平均入院患者数〔A〕＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　月　日～　　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

①　月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿＿人　〔C／（日数×８）〕

（参考）１日看護配置数（必要数）：＿＿＿＿＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

②　看護職員中の看護師の比率＿＿＿＿％　〔月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／１日看護配置数〕

③　平均在院日数＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　月　日～　　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④　夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿時＿＿＿分～＿＿＿＿時＿＿＿分

⑤　月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿＿時間　〔（D－E）／B〕※小数点第２位以下切り捨て

⑥　月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦　月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人　〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：＿＿＿＿＝〔（A／２００）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲）　主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |
| １日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均１日当たり看護配置数 | | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | | 〔F／（日数×８）〕 |

注１）１日看護配置数　≦　月平均１日当たり看護配置数

注２）主として事務的業務を行う看護補助者配置数　≧　月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| １日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×８）〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均１日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔記載上の注意〕

※１　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

# 入院基本料

## 「病棟群単位による届出」　（様式9,9の4）

※2　短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※3　看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※4　夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
※5　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
　看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
　看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※6　上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※7　次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
　①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
※8　〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※9　〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※10　小数点以下切り上げとする。
※11　「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
1　届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
2　月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
3　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
4　看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式9の4

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類
病棟群単位で届け出る場合（7対1，10対1の病棟群ごとに提出すること）

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　届出区分＿＿＿＿＿＿＿＿
病棟数　：　当該病棟群＿＿＿＿＿＿　病棟群全体＿＿＿＿＿＿
病床数　：　当該病棟群＿＿＿＿＿＿　病棟群全体＿＿＿＿＿＿

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）　※医療機関全体で1区分を届け出ること
25対1（看護補助者5割以上）　・　25対1（看護補助者5割未満）　・　50対1　・　75対1　・　無
夜間30対1　・　夜間50対1　・　夜間100対1　・　無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）　※医療機関全体で1区分を届け出ること
12対1配置加算1　・　12対1配置加算2　・　16対1配置加算　・　無

○1日平均入院患者数〔A〕＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日～　年　月　日）
※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数＿＿＿＿人　〔C／（日数×8）　〕
（参考）1日看護配置数（必要数）：＿＿＿＿＝〔（A／届出区分）×3〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率＿＿＿＿%〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日～　年　月　日）※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16時間）＿＿＿＿時　＿＿＿＿分　～　＿＿＿＿時　＿＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿時間　〔（D－E）／B〕※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人
うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人
（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人　〔F／（日数×8）〕
（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：＿＿＿＿＝〔（A／200）×3〕
※小数点第3位以下切り捨て

7対1から病棟群に届け出をいったん変えた後、2年後実績を満たしていれば7対1に戻ることができるが、(病棟群単位の届け出を)1回利用して7対1に戻ると、もう一度利用することはできない。
（3／4 厚労省説明会 質疑応答より）

# 入院基本料

## 「病棟群単位による届出」　（様式9の4）

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日欄 | 2日欄 | 3日欄 | …… | 日欄 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×3〕 | 月平均1日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×8）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／200）×3〕 | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×8）〕 |

注1）1日看護配置数 ≦ 月平均1日当たり看護配置数
注2）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔1日看護配置数×8×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| 1日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×3〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×8）〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×8）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×16）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×100〕 |

〔記載上の注意〕
1　病棟数と病床数は、届出に係る病棟群と病棟群全体の両方を記載すること。7対1入院基本料と 10 対1入院基本料の病棟数又は病床数を合わせた数を、病棟群全体の数としてそれぞれ記載すること。
2　急性期看護補助体制加算と看護職員夜間配置加算は、両方の病棟群でそれぞれ基準を満たした上で、病院全体でひとつの区分を届け出ること。どちらかの病棟群のみで当該加算を届け出ることはできない。
3　1日平均入院患者数、月平均1日当たり看護配置数、看護職員中の看護師の比率、平均在院日数、月平均夜勤時間数、月平均1日当たり看護補助者配置数、事務的業務を行う看護補助者配置数については、それぞれ病棟群ごとに計算すること。
4　勤務実績表について
※1　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
※2　短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※3　看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※4　夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び 10 対1入院基本料を算定する病棟においては 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
※5　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
　看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
　看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※6　上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※7　次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
　①夜勤専従者、②7対1及び 10 対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が 16 時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
※8　〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※9　〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※10　小数点以下切り上げとする。
※11　「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25 対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間 30 対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
1　届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
2　月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
3　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
4　看護職員夜間配置加算は、常時 12 対1又は 16 対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

# 【A 基本診療料】⑨⓪ 入院基本料等加算

# A200　総合入院体制加算の施設基準の概要

<table>
<tr><th></th><th>総合入院体制加算１</th><th>総合入院体制加算２</th><th>総合入院体制加算３</th></tr>
<tr><td>算定可能な病院</td><td colspan="3">一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院</td></tr>
<tr><td>算定不可の病院</td><td colspan="3">特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院</td></tr>
<tr><td>届出を行っていないこと</td><td colspan="3">・A101療養病棟入院基本料<br>・A308-3地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）<br>（総合入院体制加算「３」はH26.3.31以前に当該加算の届け出ている場合は除外）</td></tr>
<tr><td>標榜科と診療体制</td><td colspan="3">内科・精神科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・産科又は産婦人科の標榜をしていて、それらの科の入院医療を提供している。</td></tr>
<tr><td>精神科の診療体制</td><td>24時間対応できる体制を確保し、医療法上の精神病床を有している。また、<br>A103精神病棟入院基本料、<br>A311精神科救急入院料、<br>A311-2精神科急性期治療病棟入院料、<br>A311-3精神科救急・合併症入院料、<br>A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料<br>A318地域移行機能強化病棟入院料<br>いずれかを届け出ており、精神疾患患者の入院を受け入れている。</td><td colspan="2">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、必ずしも標榜し、入院医療の体制は必要としないが、下記の①②の規定を<br>①②いずれも満たす　／　①②いずれかを満たす<br>①「A230-4精神科リエゾンチーム加算」又は「A247認知症ケア加算１」の届出を行っている。<br>②「A248精神疾患診療体制加算２」又は救急搬送患者の入院3日以内の「I001入院精神療法」若しくは「A300注2救急救命入院料の自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者に対する加算の算定件数が年間20件以上</td></tr>
</table>

# A200　総合入院体制加算の施設基準の概要

<table>
<tr><th></th><th>総合入院体制加算1</th><th>総合入院体制加算2</th><th>総合入院体制加算3</th></tr>
<tr><td rowspan="3">一般病棟用の<br>重症度、医療・看護<br>必要度をみたす患者</td><td colspan="3">A得点が2点以上又はC得点が1点以上の割合</td></tr>
<tr><td colspan="2">当該患者が3割以上</td><td>当該患者が<br>2割7分以上</td></tr>
<tr><td colspan="3">・院内研修を受けたものが評価票を記入すること<br>・産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する<br>患者は測定対象から除外</td></tr>
<tr><td>24時間の<br>救急医療体制</td><td>「救命救急センター」<br>又は「高度救命救急センター」を設置している。</td><td colspan="2">①②いずれか<br>①「第2次救急医療体制」又は「救命救急センター」「高度救命救急センター」、<br>周産期医療体制整備指針に規定する<br>「総合周産期母子医療センター」を設置している。<br>②①同様に24時間の救急患者を受け入れている。</td></tr>
<tr><td>救急用の<br>自動車等による救急<br>搬送件数</td><td></td><td>年間2,000件以上</td><td></td></tr>
</table>

# A200　総合入院体制加算の施設基準の概要

| | 総合入院体制加算1 | 総合入院体制加算2 | 総合入院体制加算3 |
|---|---|---|---|
| 全身麻酔の手術 | 年間800件以上 | | |
| 手術等の実施要件 | ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上<br>イ　悪性腫瘍手術　400件／年以上<br>ウ　腹腔鏡下手術　100件／年以上<br>エ　放射線治療（体外照射法）　4,000件／年以上<br>オ　化学療法　1,000件／年以上<br>カ　分娩件数　100件／年以上 | | |
| | ア～力の要件をすべて満たす | ア～力の要件は少なくとも4つ以上満たすこと | ア～力の要件を少なくとも2つ以上満たすこと |
| その他の施設基準 | 地域連携室の設置 | | |
| | 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保 | | |
| | 薬剤師が夜間当直を行い、調剤を24時間実施できる体制を確保 | | |
| | 敷地内禁煙の規定の基準を満たす | 屋内禁煙の規定の基準を満たす | |
| | 日本医療機能評価機構等の医療機能評価を受けている又はこれらに準じている | | |

3月4日厚労省説明会質疑
●JCI
●ISO 9001
等を検討

# A200　総合入院体制加算の施設基準の概要

| | 総合入院体制加算1 | 総合入院体制加算2 | 総合入院体制加算3 |
|---|---|---|---|
| 外来縮小体制 | ・病院の初診料に係る選定療養の届出をしており実費を徴収している。<br>・退院患者に診療情報提供料の退院時情報提供に係る加算の算定患者数及び転帰が治癒で通院の必要のない患者数が直近1か月の総退院患者数(一部、外来化学療法等の患者を除く)のうち4割以上である。 | | |
| 勤務医の負担軽減 | 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する下記の体制をとっている。<br>・勤務状況を把握し、提言する責任者の配置。<br>・多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置している。<br>・特別の関係の医療機関での勤務を含めた勤務時間や当直を含め夜勤の勤務状況を把握した上で、勤務体系を策定、周知<br>・勤務状況の把握と勤務体系の策定、周知<br>・委員会等において具体的な取組み内容等の計画策定と周知(※)<br>・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。 | | |

# A200　総合入院体制加算の施設基準の概要

※

**勤務医の負担軽減及び処遇改善に関する計画**

●改善計画に入れるべき項目
医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具合的内容（静脈採血の検査部における実施○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行う、等）

●改善計画に入れた方が望ましい項目
① 医師事務作業補助者の配置
② 短時間正規雇用医師の活用
③ 地域の他の保険医療機関との連携体制
④ 交代勤務制の導入（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料の注3加算（充実段階A加算）、小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及び小児入院医療管理料１を届け出る場合は必ず本項目を計画に含む）
⑤ 外来縮小の取り組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500以上の病院では、必ず本項目を計画的に含む。）
⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

# 入院基本料等加算

## 「総合入院体制加算」　（別紙７）

別紙７

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（配点）

| A | モニタリング及び処置等 | ０点 | １点 | ２点 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 創傷処置<br>（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置） | なし | あり | |
| 2 | 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く） | なし | あり | |
| 3 | 点滴ライン同時３本以上の管理 | なし | あり | |
| 4 | 心電図モニターの管理 | なし | あり | |
| 5 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | |
| 6 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | あり | |
| 7 | 専門的な治療・処置<br>（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、<br>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、<br>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、<br>④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、<br>⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、<br>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、<br>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、<br>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、<br>⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療） | なし | | あり |
| 8 | 救急搬送後の入院 | なし | | あり |
| | | | | A得点 |

| B | 患者の状況等 | ０点 | １点 | ２点 |
|---|---|---|---|---|
| 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 10 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 11 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | |
| 12 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 13 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 15 | 危険行動 | ない | | ある |
| | | | | B得点 |

| C | 手術等の医学的状況 | ０点 | １点 |
|---|---|---|---|
| 16 | 開頭手術（７日間） | なし | あり |
| 17 | 開胸手術（７日間） | なし | あり |
| 18 | 開腹手術（５日間） | なし | あり |
| 19 | 骨の手術（５日間） | なし | あり |
| 20 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術（３日間） | なし | あり |
| 21 | 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（２日間） | なし | あり |
| 22 | 救命等に係る内科的治療（２日間）<br>（①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療） | なし | あり |
| | | | C得点 |

注）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。
Cについては、評価日において実施された手術等の合計点数を記載する。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
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、A得点３点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が１点以上。

＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が１点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点が（C得点）が１点以上。

＜回復期リハビリテーション病棟入院料１における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が１点以上。

＜総合入院体制加算における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が２点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が１点以上。

# 入院基本料等加算

## 「総合入院体制加算」　（様式13）

様式 13

### 総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 1　届　出<br>※該当するものに○で囲むこと。 | ・総合入院体制加算１<br>・総合入院体制加算２<br>・総合入院体制加算３ |
| 2　標榜し入院医療を提供している診療科 | 該当するものに○で囲むこと。<br>1　内科　2　精神科　3　小児科　4　外科<br>5　整形外科　6　脳神経外科　7　産科又は産婦人科 |
| 3　精神科医師が２４時間対応できる体制<br><br>※３及び４については総合入院体制加算１の届出の場合、５及び６については総合入院体制加算２又は３の届出の場合に記入すること。 | 次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。<br>1　当該保険医療機関の担当精神科医師名：<br>2　連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名<br>・　名称<br>・　担当精神科医師名<br>3　医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床数<br>（　　）床<br>4　次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。<br>・精神病棟入院基本料　（　　）人<br>・精神科救急入院料　（　　）人<br>・精神科急性期治療病棟入院料　（　　）人<br>・精神科救急・合併症入院料　（　　）人<br>・児童・思春期精神科入院医療管理料　（　　）人<br>・地域移行機能強化病棟入院料　（　　）人<br>5　次の届出している加算に○をつけること。<br>・精神科リエゾンチーム加算<br>・認知症ケア加算１<br>6　１年間の算定実績<br>・精神疾患診療体制加算　（　　）件<br>・入院精神療法（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る）　（　　）件<br>・救急救命入院料の注２に規定する加算（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る）<br>（　　）件 |

| | |
|---|---|
| 4　２４時間の救急医療体制<br>※　総合入院体制加算１の届出の場合、２又は３であること。 | 1　第2次救急医療機関　2　救命救急センター<br>3　高度救命救急センター　4　総合周産期母子医療センター<br>5　その他（　　） |
| 5　外来縮小体制 | 1　初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無<br>（　有　　無　） |
| | 2　診療情報提供料等を算定する割合　（②＋③）／①×10<br>（　　）割<br>①　総退院患者数<br>（　　）件<br>②　診療情報提供料（Ｉ）の注「７」の加算を算定する退院患者数　（　　）件<br>③　転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数<br>（　　）件 |
| 6　病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制 | 様式 13 の２に記載すること。 |
| 7　全身麻酔による手術件数 | 件 |
| 8　地域連携室の設置 | （　有　　無　） |
| 9　２４時間の画像及び検査体制 | （　有　　無　） |
| 10　薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制 | （　有　　無　） |
| 11　禁煙の取扱 | 該当するものに○で囲むこと。<br>1．禁煙の取扱（屋内禁煙・敷地内禁煙） |

# 入院基本料等加算

## 「総合入院体制加算」　（様式13）

| | |
|---|---|
| | 2．屋内又は敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に<br>掲示していること。<br>3．分煙している病棟があれば、その入院料を○で囲むこと。<br>緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神療養病棟入院料、　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、地域移行機能強化病棟入院料<br>4　3に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。<br>具体的な受動喫煙防止措置<br>（　　） |
| 12　手術等の件数 | ア　人工心肺を用いた手術　（　　）件<br>イ　悪性腫瘍手術　（　　）件<br>ウ　腹腔鏡手術　（　　）件<br>エ　放射線治療（体外照射法）　（　　）件<br>オ　化学療法　（　　）件<br>カ　分娩　（　　）件<br>アからカのうち基準を満たす要件の数　（　　） |
| 13　重症度、医療・看護必要度に係る実績 | ①　当該病棟の入院患者延べ数　（　　）名<br>（算出期間（1か月）　年　月）<br>②　①のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準（A項目、C項目）を満たす入院患者の延べ数（　　）名<br>③　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合<br>②／①　＝　（　　）% |
| 14　外部評価について<br>※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。 | 該当するものに○で囲むこと。<br>・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価<br>・上記に準じる評価（　　） |
| 15　救急用の自動車等による搬送実績<br>※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。 | 1年間の救急用の自動車等による搬送件数　（　　）件 |

| | |
|---|---|
| 16　その他 | 療養病棟入院基本料の届出　（有　無） |
| | 地域包括ケア病棟入院料の届出　（有　無）<br>（地域包括ケア入院医療管理料を含む） |

〔記載上の注意〕

1　「3」の1および2については、総合入院体制加算2の届出において、「2」の「2精神科」に該当
しない場合に記載すること。

2　「4」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

3　様式13の2を添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「総合入院体制加算」　（様式13の2）

様式13の2

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・7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 | □ 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| □ 医師事務作業補助体制加算1（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 | □ 医師事務作業補助体制加算2（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| □ ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | □ 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | □ 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間配置加算 | 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 |
| □ 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | □ 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | □ 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | □ 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| □ 病棟薬剤業務実施加算 | 年 月 日 | □ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月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及び処遇の改善に資する計画

（ｉ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 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（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小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及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
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
□ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(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（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前： 職種： ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名： ） □ なし

〔記載上の注意〕
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算１の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

**外来縮小の取組み**
**旧様式のまま**

**追加**

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

●標榜：内科・精神科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・産科又は産婦人科
※それらの科の入院医療を提供している。

＜現行2の要件＞
精神科については、24時間対応できる体制があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない

## ●A200　総合入院体制加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A200 総合入院体制加算】 | 【A200 総合入院体制加算】　届出（1日につき） |
| 総合入院体制加算１　240点 | 総合入院体制加算１　240点 |
| （新設） | 総合入院体制加算２　180点（新） |
| 総合入院体制加算２　120点 | 総合入院体制加算３　120点 |
| ［施設基準等］ | ［施設基準等］ |
| 総合入院体制加算１ | 総合入院体制加算１ |
| ① 年間の手術件数が 800件以上であること。また、実績要件をすべて満たしていること。 | ① 年間の手術件数が 800件以上であること。また、実績要件をすべて満たしていること。 |
| （新設） | ② 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が２点以上又はC得点が１点以上の患者が３割以上であること。 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

## ●A200　総合入院体制加算の実績要件等の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | ③ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 |
| （新設） | 総合入院体制加算２<br>① 年間の手術件数が800件以上であること、年間の救急用の自動車等による搬送件が2,000件以上であること。また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも４つ以上満たしていること。<br>② 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を含む。）があり、以下のいずれも満たすこと。 |

「日本医療機能評価機構等」とは、今後、整理の上、事務連絡で示すことを考えているが、JCIのような認定制度やISO9001といったものが含まれる見込みである。
（３／４ 厚労省説明会質疑応答より）

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

## ●A200 総合入院体制加算の実績要件等の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 改定新規項目 | イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算１の届出を行っていること。<br><br>ロ 精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２の加算の算定件数が年間20件以上であること。<br><br>③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が２点以上又はC得点が１点以上の患者が３割以上であること。<br><br>④ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

## ●A200 総合入院体制加算の実績要件等の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 総合入院体制加算２<br><br>① 年間の手術件数が 800件以上であること。なお、実績要件を満たすことが望ましい。<br><br>② 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、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。 | 総合入院体制加算３<br><br>① 年間の手術件数が 800件以上であること、また実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも２つ以上を満たしていること。<br><br>② 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。）があり、以下のいずれかを満たすこと。<br><br>イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算１の届出を行っていること。<br><br>ロ 精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２の加算の算定件数が年間 20件以上であること。 |

改定新規項目

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

## ●A200　総合入院体制加算の実績要件等の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | ③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が２点以上又はC得点が１点以上の患者が２割７分以上であること。 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑧】
総合入院体制加算の実績要件等の見直し　骨子【Ⅰ－１(6)】

## ●A200　総合入院体制加算の実績要件等の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［実績要件］ | ［実績要件］ |
| ア）人工心肺を用いた手術 40件/年以上 | 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 | イ）悪性腫瘍手術 400件/年以上 |
| ウ）腹腔鏡下手術 100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） 4,000件/年以上 | エ）放射線治療（体外照射法） 4,000件/年以上 |
| オ）化学療法 4,000件/年以上 | オ）化学療法 1,000件/年以上 |
| カ）分娩件数 100件/年以上 | カ）分娩件数 100件/年以上 |

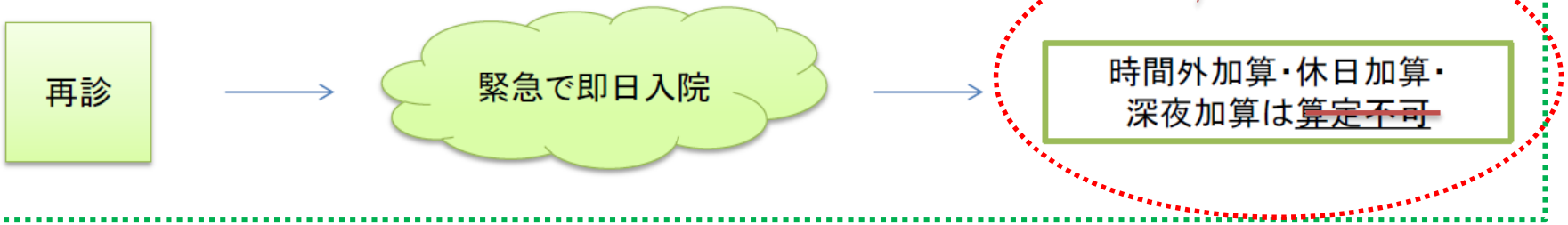
【経過措置】
平成 28 年１月１日に総合入院体制加算１又は加算２の届出を行っている保険医療機関については、平成 29 年３月31日までの間に限り、それぞれ総合入院体制加算１、加算３の基準を満たしているものとする。

## ＜救急患者の受入れ体制＞

**算定可能**

### ●再診および外来診療の時刻の加算

＜再診の場合＞




### A205 救急医療管理加算

【救急医療管理加算１】　900点

［対象患者］

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態等の不良の状態

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　ショック状態

カ　重篤な代謝障害（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、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【救急医療管理加算２】　300点

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－①】
医師事務作業補助体制の評価　骨子【Ⅰ－２（1）】

## ●A207-2　医師事務作業補助体制加算の評価

A101療養病棟入院基本料、A103精神病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料についても、当該加算の一部について算定可能となった

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［業務の場所］<br><br>医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。 | ［業務の場所］<br><br>医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。**なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。** |

療養病棟入院基本料や精神病棟入院基本料が算定対象に追加されるが、複数の種別の病床を持つ病院で、病床種別ごとに異なる区分でも届け出ができる。
また、一般病棟のみや、療養病棟のみの届け出についても、一般病棟の方が20対１（補助体制加算）の基準を満たせるので20対１で届け出をして、療養病棟の方は50対１ということが考えられる。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－①】
医師事務作業補助体制の評価　骨子【Ⅰ－２（1）】

## ●A207-2　医師事務作業補助体制加算の評価

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【医師事務作業補助体制加算１】<br>（入院初日） | | 【医師事務作業補助体制加算１】<br>（入院初日） | |
| 15 対 1 補助体制加算 | 860 点 | 15 対 1 補助体制加算 | 870点 |
| 20 対 1 補助体制加算 | 648 点 | 20 対 1 補助体制加算 | 658点 |
| 25 対 1 補助体制加算 | 520 点 | 25 対 1 補助体制加算 | 530点 |
| 30 対 1 補助体制加算 | 435 点 | 30 対 1 補助体制加算 | 445点 |
| 40 対 1 補助体制加算 | 350 点 | 40 対 1 補助体制加算 | 355点 |
| 50 対 1 補助体制加算 | 270 点 | 50 対 1 補助体制加算 | 275点 |
| 75 対 1 補助体制加算 | 190 点 | 75 対 1 補助体制加算 | 195点 |
| 100 対 1 補助体制加算 | 143 点 | 100 対 1 補助体制加算 | 148点 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－①】
医師事務作業補助体制の評価　骨子【Ⅰ－２（1）】

## ●A207-2　医師事務作業補助体制加算の評価

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［ 15対１及び20対１補助体制加算の施設基準］<br><br>（略）<br><br>［ 25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準］<br><br>（略） | ［ 15対１補助体制加算の施設基準］<br><br>（略）<br><br>［20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準］<br><br>（略） |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－①】
医師事務作業補助体制の評価　骨子【Ⅰ－２（1）】

## ●A207-2　医師事務作業補助体制加算の評価

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| ［ 50対1、75対1及び100 対1補助体制加算の施設基準］<br><br>次のいずれかの要件を満たしていること。<br><br>ア「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」又は「25対1，30対1及び40対 1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。<br><br>イ 年間の緊急入院患者数が 100名以上の実績を有する病院であること。 | ［ 50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準］<br><br>次のいずれかの要件を満たしていること。<br><br>ア「15対１補助体制加算の施設基準」又は「20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。<br><br>イ 年間の緊急入院患者数が100名以上（75 対1及び100対1補助体制加算については 50 名以上）の実績を有する病院であること。 |

# 夜間看護補助体制加算の充実に関する評価

7対1、10対1 一般病棟入院基本料

区分番号追加

A207-4
看護夜間配置
（入院日～14日以内）

12:1

充実

80点※

4項目以上

それ以外

60点

16:1

40点※

4項目以上

A207-3 夜間急性期看護補助体制加算も点数変更あり

急性期補助届出
（夜間）

看護職員と看護補助者との業務範囲を年1回見直す。
研修を受けている看護師長等の配置が望ましい。
●国・都道府県又は医療関係団体等
主催の研修（5時間程度）以下内容
①看護補助の活用に関する制度等の概要
②看護職員との連携と業務整理
③看護補助者の育成・研修・能力評価
④看護補助者の雇用形態と処遇等

12:1

80点

A207-3・注3
夜間看護体制加算
（1日につき）

10点※

①～④、⑥、⑦のうち3項目以上

※ 夜間体制の充実加算項目の条件あり
（項目内容は次項）

## 夜間看護体制の充実に関する項目

早出・遅出などは病院の定める勤務体系で、夜勤と定めているものでなければ該当しない。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

＜夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞
① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が 11時間以上であること。
② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。
③ 夜勤の連続回数は2回までであること。

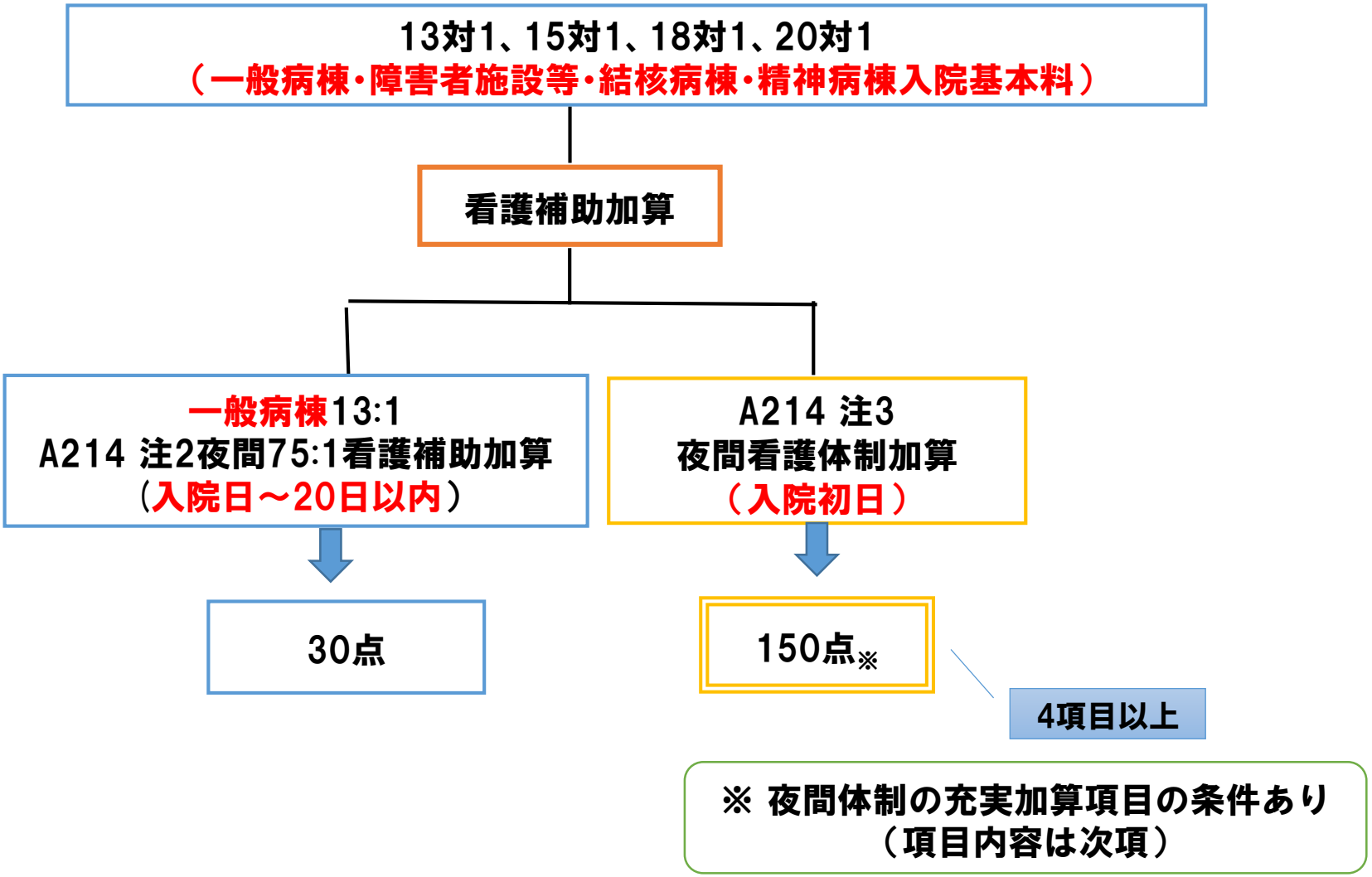
＜夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置＞
④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去１年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

＜看護補助者と看護職員の業務分担の推進＞
⑤ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

＜院内保育所の設置＞
⑦ 夜勤時間帯（当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上）を含む院内保育所を設置していること。

夜間看護体制加算などの施設基準の「システム」として想定されるものは、例えば、各病棟のその日、曜日ごとの業務量や、各病棟の重症度の差とか、そういうものを医療機関としてきちんと把握した上で、業務量に応じて病棟間での人員配置のリリーフをするような仕組みを、医療機関で取っているような場合が考えられる。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 夜間看護補助体制加算の充実に関する評価



## 夜間看護補助体制の充実に関する項目

**＜夜間を含む交代制勤務を行う看護要員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞**

**① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が 11 時間以上であること。**

**② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。**

**③ 夜勤の連続回数は2回までであること。**

２回以下とは休日を挟めば夜動が連続しても構わない。0時から24時までの一日の休日を挟んだ合には、連続とは数えない。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

**＜夜間の看護業務量に応じた看護要員の配置＞**

**④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去１年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。**

**＜看護職員と看護補助者との業務分担の推進＞**

**⑤ 看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講している、かつ、看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。**

**⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。**

**＜院内保育所の設置＞**

**⑦ 夜勤時間帯（当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上）を含む院内保育所を設置していること。**

１日でも11時間以上を満たさなかった場合、1カ月の各勤務について、やむを得ない理由により項目を満たさなくなってしまったような勤務が0.5割以内の場合については、項目を満たしているとみなすと通知に記載している。例えば、勤務表は組んだが、後からやむを得ない事情があって、1回満たせなくなった場合が想定される。すべての勤務回数のうち、5%までの範囲でそういったことが発生することについては、この項目を満たすと判断できる。

（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 入院基本料

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－④】
看護職員と看護補助者の業務分担の推進　骨子【Ⅰ－２(4)】

## ●看護職員と看護補助者の業務分担の推進

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 A100～109　入院基本料 】<br>[施設基準]<br><br>看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメーキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。<br><br>（新設） | 【 A100～109　入院基本料 】<br>[施設基準]<br><br>１　看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメーキングのほか、病棟内において、看護用品・消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。<br><br>主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。 |

5時間程度の研修で、看護補助者の活用に関する制度等の概要や、看護職員との連携、業務の整理、こういったものが含まれる研修であるということで、通知に記載している。
（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

【 A207-3　急性期看護補助体制加算、A214　看護補助加算】
[施設基準]
(1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に1回は見直しを行うこと。
(2) 所定の研修を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A207-3　急性期看護補助体制加算（1日につき）　注2

（１）看護補助者の夜間配置の評価

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 急性期看護補助体制加算 】 | 【 急性期看護補助体制加算 】 |
| イ 夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点 | イ 夜間 30対1急性期看護補助体制加算 40点 |
| ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点 | ロ 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 35点 |
| ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点 | ハ 夜間 100対1急性期看護補助体制加算 20点 |

［留意事項］

夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

## A207-3　急性期看護補助体制加算　　注3

（２）看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

新設

届出　夜間看護体制加算　10点

［算定要件］

夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。

［施設基準］

次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が３項目以上の場合に限り算定する。

※項目は、看護職員夜間 12 対１配置加算の施設基準における
ロの①～④、⑥、⑦。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【 A207-4　看護職員夜間配置加算 】<br><br>看護職員夜間配置加算　　50点 | 【 A207-4　看護職員夜間配置加算 届出<br>（1日につき）】<br><br>1　看護職員夜間12対1配置加算<br>イ 看護職員夜間12対１配置加算１<br>80点<br>ロ 看護職員夜間12対１配置加算２<br>60点<br>2　看護職員夜間16対1配置加算<br>40点（新） |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A207-4看護職員夜間配置加算

［施設基準］

(1) 看護職員夜間 12 対１配置加算

イ　夜勤を行う看護職員数は、常時 12 対１以上であること。

ロ　１のイは、次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が４項目以上の場合に限り算定する。

＜夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞

①　一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が 11時間以上であること。

②　３交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。

③　夜勤の連続回数は２回までであること。

＜夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置＞

④　所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去１年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

## A207-4看護職員夜間配置加算

＜看護補助者と看護職員の業務分担の推進＞
⑤　看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
⑥　みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

＜院内保育所の設置＞
⑦　夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

(2)　<u>看護職員夜間 16 対１配置加算</u>
イ 夜勤を行う看護職員数は、常時 16 対１以上であること。
ロ（1）のロを満たすものであること。

［留意事項］
夜勤の看護職員が最小必要数を超えた3人以上である場合に限る。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A214　看護補助加算　注2

**新設**

届出　夜間 75 対１看護補助加算　30点（１日につき）

［算定要件］
(1) 看護補助加算を算定していること。
(2) 入院した日から起算して 20 日を限度として加算する。

［施設基準］
みなし補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

［留意事項］
一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の 13 対１入院基本料を算定する病棟であること。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A214　看護補助加算　　注3

**新設**

届出　夜間看護体制加算　150点（入院初日）

［算定要件］

看護補助加算を算定していること。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

### A214　看護補助加算　　注3

[施設基準]

イ　看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。

ロ　次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が４項目以上の場合に限り算定する。

＜夜間を含む交代制勤務を行う看護要員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞

①　一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が 11 時間以上であること。

②　３交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。

③　夜勤の連続回数は２回までであること。

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－③】
夜間看護体制の充実に関する評価　骨子【Ⅰ－２(3)】

## ●夜間看護体制の充実に関する評価

[施設基準]

＜夜間の看護業務量に応じた看護要員の配置＞

④　所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去１年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

＜看護職員と看護補助者との業務分担の推進＞

⑤　看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講している、かつ、看護補助業務のうち５割以上が療養生活上の世話であること。

⑥　みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

＜院内保育所の設置＞

⑦　夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算、看護補助加算」 （様式８,９）

様式８

### 看 護 要 員 の 名 簿

［病棟名等：　　］

| No | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 の 態 様 | 勤 務 時 間 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤 { 専従・専任 | | |

［記載上の注意］

1　入院基本料等の届出を行う場合、届出書に添付すること。
2　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
3　職種の欄には、看護師、准看護師又は看護補助者と記入すること。
4　勤務時間については週当たりの勤務時間を記載すること。

様式９

### 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対１（看護補助者５割以上）・25対１（看護補助者５割未満）・50対１・75対１・無

夜間30対１・夜間50対１・夜間100対１・無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対１配置加算１・12対１配置加算２・16対１配置加算・無

○看護配置加算の有無（該当に○）有・無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１・２・３・無

夜間75対１看護補助加算の有無（該当に○）有・無

○１日平均入院患者数［A］＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

①　月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿人　［C／（日数×８）］

（参考）１日看護配置数（必要数）：＿＿＿＿＝［（A／届出区分の数）×３］※小数点以下切り上げ

②　看護職員中の看護師の比率＿＿＿＿％［月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／１日看護配置数］

③　平均在院日数＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④　夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿時＿＿＿＿分～＿＿＿＿時＿＿＿＿分

⑤　月平均夜勤時間数＿＿＿＿時間　［（D－E）／B］※小数点第２位以下切り捨て

⑥　月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対１看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦　月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人　［F／（日数×８）］

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：＿＿＿＿＝［（A／200）×3］

※小数点第３位以下切り捨て

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算、看護補助加算」 （様式９）

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲） 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| １日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均１日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注１）１日看護配置数 ≦ 月平均１日当たり看護配置数
注２）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| １日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G＋H／（日数×８）〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均１日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔記載上の注意〕
※１ 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

※２ 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※３ 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が５割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※４ 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外においては８時間未満の者は無に○を記入すること。
※５ 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※６ 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※７ 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が８時間未満の者
※８ 〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※９ 〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※１０ 小数点以下切り上げとする。
※１１ 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対１入院基本料の場合「10」、25対１急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対１急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
１ 届出前１か月の各病棟の勤務実績表及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
２ 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
３ 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
４ 看護職員夜間配置加算は、常時12対１又は16対１を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算、看護補助加算（13:1 入院基本料）」　（様式10）

様式 10

（7 対 1 入院基本料<br>10 対 1 入院基本料<br>看護必要度加算<br>一般病棟看護必要度評価加算<br>急性期看護補助体制加算<br>看護職員夜間配置加算<br>看護補助加算 1）

の施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

病棟群による届出の有無　有　・　無

| 届出入院料（該当に○） | 届出区分（該当に○） | 届出の加算（該当に○） | 届出病床数 | 入院患者の状況 | | | 入院患者延べ数の算出期間（1ヶ月） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ①入院患者延べ数 | ②　①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | ③重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①） | |
| 一般病棟入院基本料<br>又は<br>専門病院入院基本料（がん・循環器）<br>又は<br>特定機能病院入院基本料<br>又は<br>結核病棟入院基本料（7対1のみ） | 7対1<br>10対1<br>13対1 | 看護必要度加算<br>一般病棟看護必要度評価加算<br>急性期看護補助体制加算<br>看護職員夜間配置加算<br>看護補助加算1 | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | 病棟群7対1 | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | 病棟群10対1 | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |

〔記載上の注意〕

1　看護補助加算１のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対１入院基本料のみである。

2　届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを○で囲むこと。

3　入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、①の患者数に、産科、15 歳未満の小児の患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。

4　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等（Ａ項目）に係る得点が「２点以上」、かつ、患者の状況等（Ｂ項目）に係る得点が「３点以上」、又はモニタリング及び処置等（Ａ項目）に係る得点が「３点以上」、又は手術等医学的状況（Ｃ項目）に係る得点が「１点以上」である患者をいう。

5　一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。

6　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

7　病棟群単位による届出の場合には、７対１及び10対１の病棟群ごとに基準を満たす患者の割合を算出し、「病棟群７対１」及び「病棟群10対１」の欄にそれぞれ記載すること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算、看護補助加算（13:1入院基本料）」　（様式10）

様式10の3

（7対1入院基本料<br>10対1入院基本料<br>看護必要度加算<br>一般病棟看護必要度評価加算<br>急性期看護補助体制加算<br>看護職員夜間配置加算<br>看護補助加算1）

における患者の重症度、医療・看護必要度に係る報告書類

（該当するものを○で囲むこと）

病棟群による届出の有無　有　・　無

| 届出入院料 | 届出区分 | 届出病床数 | 入院患者の状況 | | | 入院患者延べ数の算出期間（1ヶ月） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ①入院患者延べ数 | ②　①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | ③　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①） | |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |

〔記載上の注意〕

1　看護補助加算1のうち、当該様式の届出を要するのは、13対1入院基本料のみである。

2　入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、①の患者数に、産科、15歳未満の小児の患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。

3　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等（A項目）に係る得点が「2点以上」かつ、患者の状況等（B項目）に係る得点が「3点以上」、モニタリング及び処置等（A項目）に係る得点が「3点以上」、又は手術等の医学的状況（C項目）に係る得点が「1点以上」である患者をいう。

4　一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。

5　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること

6　病棟群単位による届出の場合には、7対1及び10対1の病棟群ごとに基準を満たす患者の割合を算出し、病棟群ごとに記載すること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算」（様式13の２）

様式13の2

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・7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 | □ 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| □ 医師事務作業補助体制加算1（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 | □ 医師事務作業補助体制加算2（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| □ ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | □ 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | □ 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間配置加算 | 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 |
| □ 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | □ 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | □ 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | □ 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| □ 病棟薬剤業務実施加算 | 年 月 日 | □ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月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及び処遇の改善に資する計画

（ⅰ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 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（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小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及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
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
□ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(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（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前： 職種： ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名： ） □ なし

〔記載上の注意〕
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算１の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算、看護補助加算」 （様式13の３）

様式13の3

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 （新規・7月報告）

1 看護職員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 |
|---|---|---|---|
| □ 急性期看護補助体制加算（　対1） | 年 月 日 | □ 看護補助加算（　対1） | 年 月 日 |
| □ 夜間急性期看護補助体制加算（　対1） | 年 月 日 | □ 夜間75対1看護補助加算 | 年 月 日 |
| □ 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算） | 年 月 日 | □ 夜間看護体制加算（看護補助加算） | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間12対1配置加算 1又は2（該当する方に○をつけること） | 年 月 日 | □ 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料） | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間16対1配置加算 | 年 月 日 | □ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料） | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成　年　月　日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

（1） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
□ 看護職員と他職種との業務分担（□ 薬剤師 □ リハビリ職種（理学療法士、作業療法士、言語療法士）
□ 臨床検査技師 □ 臨床工学技士 □ その他（職種　）
□ 看護補助者の配置
ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 有 無
イ 看護補助者の夜間配置 有 無
□ 短時間正規雇用の看護職員の活用
□ 多様な勤務形態の導入
□ 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
ア 院内保育所 有 無 （夜間保育の実施 有 無 ）
イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有 無
ウ 子育て中の夜勤の減免制度 有 無
エ 育児短時間勤務 有 無
オ 他部署等への配置転換 有 無

（2） 看護職員の勤務時間の把握等
□ 勤務時間 （平均週　時間（うち、残業　時間））
□ 2交代の夜勤に係る配慮
□ 勤務後の暦日の休日の確保 □ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保
□ 16時間未満となる夜勤時間の設定
□ その他（具体的に：　）
□ 3交代の夜勤に係る配慮
□ 夜勤後の暦日の休日の確保 □ 残業が発生しないような業務量の調整
□ その他（具体的に：　）

（3） 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等
□ 交代制勤務の種別 （ 3交代、 変則3交代、 2交代、 変則2交代 ）
□ 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理
ア 11時間以上の勤務間隔の確保 有 無
イ 正循環の交代周期の確保（3交代又は変則3交代のみ） 有 無
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで 有 無
エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築 有 無
（イ）過去1年間のシステム運用 有 無
（ロ）部署間における業務標準化 有 無
オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上 有 無
カ 看護補助者の夜間配置 有 無
キ 看護補助者への院内研修 有 無
ク 夜間院内保育所の設置 有 無
※アからクのうち満たす項目数 （　項目）
□ その他の夜勤負担の軽減
ア 長時間夜勤の是正 有 無 イ 夜勤従事者数の増員 有 無
ウ 月の夜勤回数の上限設定 有 無

（4） 職員等に対する（1）の計画の周知 （ 有 無 ）
具体的な周知方法（　）

（5） 業務分担推進のための取組
□ 業務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（　）
□ 看護補助者の活用に関する研修の受講
研修修了者数 （　人）

（6） 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者（労働時間管理者）（名前:　職種:　）

〔記載上の注意〕
1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
2 2（2）の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
3 2（3）の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに○を付けること。
4 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の（3）「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち「有」に○を付けたものについて、以下の書類を添付すること。
・アからウについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績が分かる書類
・エについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
・エについては、業務量を把握する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定等
・オ及びカについては、様式9
・キについては、適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類
・クについては、院内保育所の開所時間が分かる書類
5 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の（3）「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
6 看護補助者の活用に関する研修修了者数は、記載時点において当該保険医療機関に所属する看護師等のうち研修を修了している者の数を計上すること。
7 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算」（様式18の３）

様式 18 の３

急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 区分 | 急性期看護補助体制加算　，　看護職員夜間配置加算 |
| １　次の区分のいずれかに該当する病院　（該当する区分の全てに○をつけること。） | |
| ①　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院<br>期　　間　：　　年　月～　　年　月<br>緊急入院患者数：　　名<br>②　総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | |
| ２　年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数 | 人／年 |
| うち入院患者数 | 人／年 |
| ３　急性期看護補助体制加算等の区分 | 25 対１（看護補助者５割以上），<br>25 対１（看護補助者５割未満），<br>50 対１　，　75 対１ |
| ４　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の実施状況 | 実　施　日：　月　日（複数日ある場合は複数日） |
| 研修の主な内容等<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・ | |

［記載上の注意］

１　「１」の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。

２　「１」の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

３　「４」の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の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類を添付すること。

４　看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。

５　急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる書類を添付すること。

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる医療分野／質の高い精神医療の評価）－】
精神病床における二類感染症管理の評価　　骨子【重点課題Ⅲ－３（11）】

## ●精神病床における二類感染症管理

## A210　難病等特別入院診療加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【難病等特別入院診療加算<br>（二類感染症患者入院診療加算）】<br><br>［算定対象入院料］<br>・一般病棟入院基本料<br>（新設）<br>・特定機能病院入院基本料（一般病棟）<br>（新設）<br>・特別入院基本料等<br>・特定一般病棟入院料 | 【難病等特別入院診療加算<br>（二類感染症患者入院診療加算）】<br><br>［算定対象入院料］<br>・一般病棟入院基本料<br>・精神病棟入院基本料<br>・特定機能病院入院基本料（一般病棟）<br>・特定機能病院入院基本料（精神病棟）<br>・特別入院基本料等<br>・特定一般病棟入院料 |

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる医療分野／質の高い精神医療の評価）－⑫】
精神病床における二類感染症管理の評価　　骨子【重点課題Ⅲ－３（11）】

## ●精神病床における二類感染症管理

### A220-2　二類感染症患者療養環境特別加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【二類感染症患者療養環境特別加算】<br><br>〔算定対象入院料〕<br>・一般病棟入院基本料<br>・結核病棟入院基本料<br>（新設）<br>・特定機能病院入院基本料（一般病棟）<br>・特定機能病院入院基本料（結核病棟）<br>（新設）<br>・専門病院入院基本料<br>・障害者施設等入院基本料<br>（特定入院基本料含む）<br>・有床診療所入院基本料<br>・特別入院基本料等<br>・特定一般病棟入院料 | 【二類感染症患者療養環境特別加算】<br><br>〔算定対象入院料〕<br>・一般病棟入院基本料<br>・結核病棟入院基本料<br>・精神病棟入院基本料<br>・特定機能病院入院基本料（一般病棟）<br>・特定機能病院入院基本料（結核病棟）<br>・特定機能病院入院基本料（精神病棟）<br>・専門病院入院基本料<br>・障害者施設等入院基本料<br>（特定入院基本料含む）<br>・有床診療所入院基本料<br>・特別入院基本料等<br>・特定一般病棟入院料 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑮】
地域加算の見直し　骨子【Ⅰ－１(13)】

## ●A218　地域加算の見直し

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| 【地域加算】(１日につき) | | 【地域加算】（１日につき） | |
| １級地 | 18 点 | １級地 | 18 点 |
| ２級地 | 15 点 | ２級地 | 15 点 |
| ３級地 | 12 点 | ３級地 | 14 点 |
| ４級地 | 10 点 | ４級地 | 11 点 |
| ５級地 | 6 点 | ５級地 | 9 点 |
| ６級地 | 3 点 | ６級地 | 5 点 |
| （新設） | | ７級地 | 3 点（新） |

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律(昭和 25 年法律第 95号)第 11 条の3第１項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

※ 当該地域に準じる地域とは、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の地域に隣接している地域とし、当該地域の級地は、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

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑯】
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し　　骨子【Ⅰ－1（14）】

## ●A218　地域加算　医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】<br><br>一 北海道芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町及び雨竜町の地域<br>二 北海道苫小牧市、白老町、安平町、厚真町及びむかわ町の地域<br>三 北海道北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町及び置戸町の地域<br>四 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域<br>五 北海道釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村及び白糠町の地域<br>六 秋田県大館市、鹿角市及び小坂町の地域<br>七 秋田県由利本荘市及びにかほ市の地域 | 【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】<br><br>一 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域<br>二 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町及び利尻富士町の地域<br>三 北海道日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、及びえりも町の地域<br>四 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域<br>五 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町及び幌延町の地域<br>六 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域<br>七 青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域<br>八 岩手県宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村及び川井村の地域 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑯】
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し　　骨子【Ⅰ－1（14）】

## ●A218　地域加算　医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 八 山形県米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町及び飯豊町の地域 | 九 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 |
| 九 山形県鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町及び遊佐町の地域 | 十 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域 |
| 十 福島県会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村及び会津美里町の地域 | 十一 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域 |
| 十一 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域 | 十二 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域 |
| 十二 新潟県村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村及び聖籠町の地域 | 十三 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域 |
| 十三 新潟県上越市、妙高市及び糸魚川市の地域 | 十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 |
| 十四 新潟県佐渡市の地域 | 十五 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域 |
| 十五 長野県飯田市及び下伊那郡の地域 | 十六 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 |
| 十六 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域 | 十七 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域 |
| | 十八 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑯】
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し　　骨子【Ⅰ－1（14）】

## ●A218　地域加算　医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 十七 和歌山県田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町及びすさみ町の地域<br>十八 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域<br>十九 岡山県津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町及び美咲町の地域<br>二十 香川県小豆郡の地域<br>二十一 高知県宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村及び黒潮町の地域<br>二十二 長崎県五島市の地域<br>二十三 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域<br>二十四 長崎県壱岐市の地域<br>二十五 長崎県対馬市の地域<br>二十六 熊本県人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村及び球磨村の地域<br>二十七 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域 | 十九 新潟県小千谷市、魚沼市、南魚沼市、十日町市、川口町、湯沢町及び津南町の地域<br>二十 新潟県佐渡市の地域<br>二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域<br>二十二 福井県大野市及び勝山市の地域<br>二十三 山梨県市川三郷町、増穂町、鰍沢町、早川町、身延町及び南部町の地域<br>二十四 長野県木曽郡の地域<br>二十五 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡の地域<br>二十六 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域<br>二十七 滋賀県高島市の地域<br>二十八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑯】
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し　　骨子【Ⅰ－1（14）】

## ●A218　地域加算　医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 二十八 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域<br>二十九 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域<br>三十 沖縄県石垣市、竹富町及び<br>与那国町の地域 | 二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び<br>飯南町の地域<br>三十 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び<br>隠岐の島町の地域<br>三十一 香川県小豆郡の地域<br>三十二 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、<br>津野町及び四万十町の地域<br>三十三 長崎県対馬市の地域<br>三十四 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域<br>三十五 長崎県五島市の地域<br>三十六 長崎県壱岐市の地域<br>三十七 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、<br>産山村、高森町、南阿蘇村及び<br>西原村の地域<br>三十八 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域<br>三十九 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域<br>四十 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域<br>四十一 沖縄県石垣市、竹富町及び<br>与那国町の地域 |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑯】
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し　　骨子【Ⅰ－1（14）】

## ●A218　地域加算　医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| | 上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）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（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域 |

【経過措置】
平成28年1月1日において現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、
平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

# 入院基本料等加算

●A224　無菌治療室管理加算（90日算定限度）

無菌治療室管理加算１　（１日につき3000点）

無菌治療室管理加算２　（１日につき2000点）

【施設基準】

（1）無菌治療室管理加算１に関する施設基準

ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。

イ 滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ 個室であること。

エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上であること。

オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（2）無菌治療室管理加算２に関する施設基準

ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

イ （1）のア及びイを満たしていること。

# A224　無菌治療室管理加算

**事務連絡**

| | |
|---|---|
| 問 | A224無菌治療室管理加算１に関する施設基準に「室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上である」とあるが、設定目標値がISOクラス7であっても、HEPAフィルターを通した空気を１時間あたり12回以上換気することによって、実際の測定値が常時ISOクラス6以上である場合については、当該施設基準を満たすのか。 |
| 答 | 当該施設基準を満たす。ただし、この場合において当該加算を算定する際は、室内の患者付近の空気清浄度を患者入室時及び週に１回以上測定し、状況を確認することが必要である。 |

ISOクラスとは、空気清浄度基準を示す指標として使用されるものであり、
最大空中塵埃数（じんあいすう）/立方メートルの数値でクラス分けされる

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
地域移行を重点的に進める精神病棟の評価　　骨子【Ⅲ－３（1）】

## ●A230-2　精神科地域移行実施加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【精神科地域移行実施加算】<br><br>（１日につき）　10点 | 【精神科地域移行実施加算】<br><br>（１日につき）　20点 |

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑥】
精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供　　骨子【Ⅲ－３（５）】

## ●A230-4　精神科リエゾンチーム加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【精神科リエゾンチーム加算】<br>（週1回）　200点<br><br>[施設基準]<br>（1）以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。<br>①　5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師<br>②　精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師<br>③　精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上有する専従の常勤精神保健福祉士等<br>（中略）<br><br>【経過措置】<br>平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。 | 【精神科リエゾンチーム加算】<br>（週1回）　300点<br><br>[施設基準]<br>（1）以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。<br>①　5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師<br>②　精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師<br>③　精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上有する専従の常勤精神保健福祉士等<br>（中略）<br>（3）（1）の③に掲げる専従の常勤精神保健福祉士等は、当該精神科リエゾンチームが週に15人以内の患者を診療する場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。<br>（略） |

# 入院基本料等加算／医学管理等

新たな
がん診療提供体制に
伴う評価

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－①】
地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価　　骨子【Ⅲ－1（1）】

## ●地域がん診療病院・小児がん拠点病院

届出不要

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A232 がん診療連携拠点病院加算】<br>（入院初日）<br>がん診療連携拠点病院加算　500点<br>（新設）<br>（新設） | 【A232 がん拠点病院加算】（入院初日）<br>1　がん診療連携拠点病院加算<br>イ　がん診療連携拠点病院　500点<br>ロ　地域がん診療病院　300点（新）<br>2　小児がん拠点病院加算　750点（新） |
| 【B005-6-3 がん治療連携管理料】<br>（1人につき1回限り）<br>がん治療連携管理料　500点<br>（新設）<br>（新設） | 【B005-6-3 がん治療連携管理料】<br>（1人につき1回限り）<br>1 がん診療連携拠点病院の場合<br>500点<br>2 地域がん診療病院の場合<br>300点（新）<br>3 小児がん拠点病院の場合<br>750点（新） |

# 入院基本料等加算／医学管理等

新たな
がん診療提供体制に
伴う評価

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－①】
地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価　　骨子【Ⅲ－1（1）】

## ●地域がん診療病院・小児がん拠点病院

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【B005-6 がん治療連携計画策定料】<br><br>［施設基準］<br><br>　がん診療連携拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。 | B005-6 がん治療連携計画策定料】<br><br>［施設基準］<br><br>　がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院若しくは小児がん拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。 |

# 入院基本料等加算

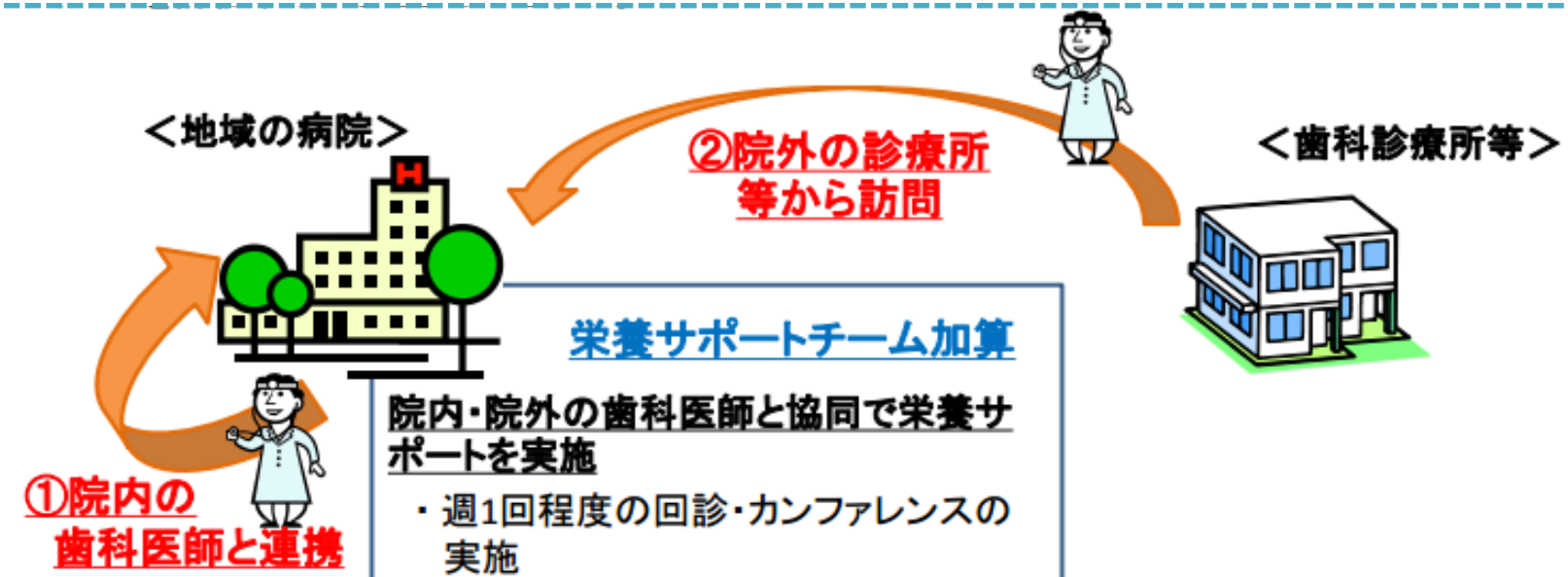
## 歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ

**新設**

A233-2　栄養サポートチーム加算

注3 歯科医師連携加算　　５０点【医科点数表】

※入院基本料の加算




平成27年11月4日個別事項その3より抜粋

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑩】
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価　骨子【Ⅰ－２(10)】

## ●A233-2　歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

［算定要件］

（1）　院内又は院外の歯科医師が、栄養サポートチームの構成員として、以下に掲げる栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する。

①　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

②　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

③　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

④　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時指導を行い、その内容を栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。

⑤　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

P507に追加

# 病棟での歯科医師による栄養サポート

○ 栄養サポートチームにおける連携（例）

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理（口腔清掃方法、口腔乾燥に対する管理、義歯の使用方法等）に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

# 入院基本料等加算

【Ⅳ－１（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－②】
後発医薬品使用体制加算の指標の見直し　骨子【【Ⅳ－１（1）】】

## ●A243 後発医薬品使用体制加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【後発医薬品使用体制加算】 | 【後発医薬品使用体制加算】 |
| （新設） | 後発医薬品使用体制加算１　42点（新） |
| 後発医薬品使用体制加算１　35点 | 後発医薬品使用体制加算２　35点 |
| 後発医薬品使用体制加算２　28点 | 後発医薬品使用体制加算３　28点 |
| ［施設基準］ | ［施設基準］ |
| ①　当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては30％以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては 20％以上30％未満であること。 | ①　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。） |

# 入院基本料等加算

【Ⅳ－１（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－②】
後発医薬品使用体制加算の指標の見直し　骨子【【Ⅳ－１（1）】】

## ●A243 後発医薬品使用体制加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては70％以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては 60％以上 70％未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては 50％以上 60％未満であること。<br><br>② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50％以上であること。 |

# 入院基本料等加算

## 「後発医薬品使用体制加算」　（様式40の３）

様式 40 の３

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

（　）　後発医薬品使用体制加算１
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）70%以上）
（　）　後発医薬品使用体制加算２
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）60%以上70%未満）
（　）　後発医薬品使用体制加算３
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）50%以上60%未満）

２．後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|---|---|
| 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順 | |

３．医薬品の採用状況（平成　　年　　月　　日時点）

| 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 期間（届出時の直近３か月：１か月ごと及び３か月間の合計） | 年　月 | 年　月 | 年　月 | 年　月 ～ 年　月（直近３ヶ月間の合計） |
| 全医薬品の規格単位数量（①） | | | | |
| 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②） | | | | |
| 後発医薬品の規格単位数量（③） | | | | |
| カットオフ値の割合（④）（②／①）（%） | | | | |
| 後発医薬品の割合（⑤）（③／②）（%） | | | | |

［記載上の注意］

1　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。

2　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

3　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 26 年３月５日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。

# 入院基本料等加算

## ●A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【A236-2 ハイリスク妊娠管理加算】<br>(1)ア～ツ 略<br>（新設） | 【A236-2 ハイリスク妊娠管理加算】<br>(1)ア～ツ 略<br>テ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） |

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【A237 ハイリスク分娩管理加算】<br><br>(1)ア～チ 略<br>（新設） | 【A237 ハイリスク管理加算】<br><br>(1)ア～チ 略<br>ツ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） |

# 入院基本料等加算

【Ⅰ－３－２（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価　　骨子【１－３－２（1）】

## ●特定集中治療室等における薬剤師配置

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【　A244　　病棟薬剤業務実施加算　】<br>病棟薬剤業務実施加算（週１回）　100点<br><br>（新設）<br><br>薬剤管理指導料１は<br>H28年9月30日まで経過措置<br>ただし、病棟薬剤業務実施加算２<br>との併算定不可 | 【　A244　　病棟薬剤業務実施加算　】<br>病棟薬剤業務実施加算1（週１回）　100点<br>病棟薬剤業務実施加算2（１日につき）　80点（新）<br><br>［算定要件］<br>病棟薬剤業務実施加算２<br>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、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を算定する治療室において、病棟薬剤業務実施加算１と同様の病棟薬剤業務を実施していること。<br><br>［施設基準］<br>病棟薬剤業務実施加算２<br>①　病棟薬剤業務実施加算１の届出を行っていること。<br>②　病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、１週間につき 20 時間以上病棟薬剤業務を実施していること。 |

# 入院基本料等加算

【Ⅱ－２（患者の視点等／ＩＣＴの活用）－②】
データ提出を要件とする病棟の拡大　骨子【Ⅱ－２(2)】

## ●データ提出を要件とする病棟の拡大

## A245　データ提出加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【一般病棟入院基本料(10対１)、特定機能病院入院基本料(一般病棟10対１)、専門病院入院基本料(10対１)】<br><br>[施設基準]<br>（新設） | 【一般病棟入院基本料(10対１)、特定機能病院入院基本料(一般病棟10対１)、専門病院入院基本料(10対１)】<br><br>[施設基準]<br>データ提出加算の届出を行っていること。（200床未満の病院を除く。） |

【経過措置】
平成 28 年３月31日に10 対１一般病棟入院基本料、一般病棟 10 対１特定機能病院入院基本料、10 対１専門病院入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、平成29年３月31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

# 入院基本料等加算

【Ⅱ－２（患者の視点等／ＩＣＴの活用）－②】
データ提出を要件とする病棟の拡大　骨子【Ⅱ－２(2)】

## ●データ提出を要件とする病棟の拡大

### A245　データ提出加算　（入院中1回）

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【データ提出加算】<br>1 データ提出加算1<br>イ 200床以上の病院の場合<br>100点<br>ロ 200床未満の病院の場合<br>150点<br>2 データ提出加算2<br>イ 200床以上の病院の場合<br>110点<br>ロ 200床未満の病院の場合<br>160点 | 【データ提出加算】<br>1 データ提出加算1<br>イ 200床以上の病院の場合<br>120点<br>ロ 200床未満の病院の場合<br>170点<br>2 データ提出加算2<br>イ 200床以上の病院の場合<br>130点<br>ロ 200床未満の病院の場合<br>180点 |

# 入院から退院までの算定イメージ



新生児特定集中治療室
退院調整加算
→ A246 退院支援加算3に

B007-2
新：退院後訪問指導料　580点

H28改定
→新　A246 退院支援加算1　600点
A246 退院支援加算2　190点

B007
退院前訪問
指導料

H28改定
555点
→580点

B005
退院時共同指
導料２

H28改定
300点
→400点

B005-1-2
介護支援
連携指導料

H28改定
300点
→400点

A240
総合評価
加算

A238
退院調整加算



A206
在宅患者緊急
入院診療加算
（入院初日）

要届出

# 入院基本料等加算

【算定不可となる入院料】
精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料
※算定可能病棟の中には当該加算の一部のみ対象のものもある

## ●退院支援に関する評価の充実

**新設**

A246　退院支援加算１　届出
- イ 一般病棟入院基本料等の場合　600点（退院時１回）
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合　1,200点（退院時１回）

A246　退院支援加算３　届出　1,200点（退院時１回）

「一般病棟入院基本料等の場合」、
「療養病棟入院基本料等の場合」の「等」については、
告示で明確にしている。（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

**退院支援加算2については、現行のA238退院調整加算より移行**

A246　退院支援加算2　届出
- イ　一般病棟入院基本料等の場合　190点（新）
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合　635点（新）

様式12の2に準ずる様式の届出が必要

●疾患ごとに作成され、予め共有して活用
●病名、入院時の症状、予定されてる診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予測される患者状態に関する退院基準、その他必要な事項

**新設**

A246　退院支援加算
- 注4　地域連携診療計画加算　届出　300点（退院時１回）

※退院支援加算１又は３の届出保険医療機関

| | 施設基準　別添7の様式40の9 |
|---|---|
| 退院支援加算1、2に共通 | ●当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援・地域連携業務（退院支援）に関する部門が設置されていること<br>●退院支援に関わる業務に関する十分な経験を有する専従の看護師、専従の社会福祉士が1名以上配置されていること<br>看護師か社会福祉士以外の職種は不可<br>（3／4 厚労省説明会 質疑応答より）<br>●専従の看護師が配置されている場合にあっては、専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては、専任の看護師の配置されていること |
| 退院支援加算１ | ◆当該加算を算定する各病棟に専任の退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が配置されていること<br>（但し、退院支援業務について最大2病棟まで併任可能）<br>退院支援部門の専任職員とは病棟兼務可能<br>◆20以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること<br>◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が3回/年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報共有を行っていること<br>届け出の受理後も定期的に年3回以上面会して、記録していくこと。<br>（3／4 厚労省説明会 質疑応答より）<br>◆当該保険医療機関における介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上（病床数×0.15）<br>（療養病棟等については10回以上＝病床数×0.1）であること<br>◆病棟の廊下の見やすい場所に、患者及び家族から分かり易いように病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示していること |
| 退院支援加算2 | ●有床診療所の場合は、退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師、社会福祉士が1名以上配置されていること |

| | 施設基準 |
|---|---|
| 退院支援加算３ | ◆当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援に関する部門が設置されていること<br>◆当該退院支援部門に退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師、又は退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること<br>◆当該専従の看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院支援に係る業務に従事していること |
| 地域連携診療計画加算 | ◆退院支援加算１又は３の届出保険医療機関であること<br>◆あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画を作成し、連携保険医療機関又は介護サービス事業所と共有していること<br>◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と3回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携計画の評価と見直し等が適切に行われていること |

別添7の様式12

- 退院支援加算１の算定要件の「各病棟に専任で配置された退院支援職員」は、退院支援部門に専従の職員が兼務することはできないが、当該部門に専任の職員が兼務することはできる。
- 現行の退院調整加算の要件で「専従の看護師又は専従の社会福祉士」の配置が必要になっているので、退院支援部門には、退院支援部門に専従の看護師又は社会福祉士が１人以上必要である。

（3/5 日本医師会Q&Aより）

# A246 退院支援加算

対象患者

| | 対象患者 |
|---|---|
| 退院支援加算１ | ◆退院困難な要因を有する患者<br>◆連携する他の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援を実施した患者（1回の転院に限る） |
| 退院支援加算２ | ◆退院困難な要因を有する患者 |
| 退院支援加算３ | ◆入院中にA302、A303-2を算定したことのある退院困難な要因を有する患者<br>◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援計画書を作成し、退院支援を実施した患者（1回の転院に限る） |
| 地域連携診療計画加算 | ◆あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等で共有されている疾患に罹患する者であって、転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われ者<br>◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定した患者（1回の転院に限る） |

# A246 退院支援加算

入院

## 退院支援加算1

入院後3日以内

①新規入院患者の把握

②退院困難な要因を有する患者の抽出

病棟専任の退院支援職員

療養病棟等については14日以内

入院後7日以内

- ②の患者について、患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い
- 退院支援計画作成に着手
- 病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員、退院支援部門の看護師、社会福祉士等における共同カンファレンスの実施

## 退院支援加算2

入院後7日以内

- 退院困難な要因を有する患者の抽出
- 退院支援計画作成に着手
- 出来るだけ早期に患者及び家族と退院後の生活の話し合い

## 退院支援加算3

入院後7日以内

- 退院困難な要因を有する患者の抽出
- 患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い

# A246 退院支援加算

退院支援加算1

退院支援加算2

退院支援加算3

入院後1ヶ月以内
・退院支援計画の作成に着手
・文書で患者又は家族に説明、交付

退院支援計画は病棟及び退院支援部門において共同で作成する

退院支援計画は関係各職種が必要に応じてカンファレンス等を行った上で策定する

退院支援計画に基づき退院支援を行うにあたっては、病棟及び退院支援部門の看護師、社会福祉士等の関係職種における共同カンファレンスの実施、計画の実施

退院

◆地域連携診療計画加算

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有し、退院時（又は転院時）に診療情報を文書により提供した場合に算定

※退院支援加算1又は3の届出要

・退院時の状況
・在宅復帰後の患者の状況等について文書により提供

退院月かその翌月

【情Ⅰ】
地域連携診療計画加算算定

B003 開放型病院共同指導料（II）
B005 退院時共同指導料2
B005-1-2 介護支援連携指導料
B009 診療情報提供料Ⅰ

併算定不可

# 入院基本料

別紙様式6の2

## 退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入院日：平成　年　月　日
計画日：平成　年　月　日
変更日：平成　年　月　日

| | |
|---|---|
| 病棟（病室） | |
| 病名 | |
| 患者以外の相談者 | 家族 ・その他関係者（　　） |
| 患者の状態 | |
| 患者の意向 | |
| 退院困難な要因（医学的要因） | 1. 精神症状<br>2. 問題行動<br>3. ADLの低下<br>4. IADLの低下<br>5. 身体合併症 |
| 退院困難な要因（社会・環境的要因） | 1. 家庭内調整（<br>2. 受け入れ先の確保が困難（<br>3. 生活費の確保が困難（<br>4. 自己負担の費用が増加（<br>5. その他（ |
| 退院に係る問題点、課題等 | |
| 退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要 | 1. 退院へ向けた目標<br>2. 評価時期<br>3. 支援概要 |
| 予想される退院先 | 1. 自宅<br>2. 障害福祉サービスによる入所施設（<br>3. 介護保険サービスによる入所施設（<br>4. その他（　　） |
| 退院後に利用が予想される社会福祉サービス等 | |
| 退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者 | |

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（担当医）　　印

（病棟退院支援計画担当精神保健福祉士）　　印

「退院支援計画書」（別紙様式6の2）

| | |
|---|---|
| 患者の意向 | |
| 退院困難な要因（医学的要因） | 1. 精神症状<br>2. 問題行動<br>3. ADLの低下<br>4. IADLの低下<br>5. 身体合併症 |
| 退院困難な要因（社会・環境的要因） | 1. 家庭内調整（　　）<br>2. 受け入れ先の確保が困難（　　）<br>3. 生活費の確保が困難（　　）<br>4. 自己負担の費用が増加（　　）<br>5. その他（　　） |
| 退院に係る問題点、課題等 | |
| 退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要 | 1. 退院へ向けた目<br>2. 評価時期<br>3. 支援概要 |
| 予想される退院先 | 1. 自宅<br>2. 障害福祉サービスによる入所施設（　　）<br>3. 介護保険サービスによる入所施設（　　）<br>4. その他（　　） |

退院困難要因明確に

目標⇒評価⇒支援

早期のプランニング

# 入院基本料等加算/医学管理等

【Ⅰ－３－３（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）－①】
退院支援に関する評価の充実　骨子【Ⅰ－３－３(1)】

## ●退院支援に関する評価の充実

### 具体的な内容

５．退院調整加算を発展的に見直したことに伴い、一部の算定回数が少ない項目については廃止することとする。

［廃止する項目］
(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算
(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
(3) 救急搬送患者地域連携受入加算
(4) 地域連携認知症支援加算
(5) 地域連携認知症集中治療加算
(6) 地域連携診療計画管理料
(7) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)
(8) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)

# 別添7の様式40の9

様式40の９

退院支援加算１、２及び３の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

| | |
|---|---|
| （　） | 退院支援加算１ |
| （　） | 退院支援加算２ |
| （　） | 退院支援加算３ |

※該当する届出事項を○で囲むこと

| | |
|---|---|
| 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）の設置の有無 | （　有　　無　） |

１．退院支援部門に配置されている職員

| | 氏　名 | 専従・専任 | 職　種 | 経験年数 |
|---|---|---|---|---|
| 退院支援に関する経験を有する者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

２．届出病棟数・病床数

| | 病棟数 | 病床数 |
|---|---|---|
| 「イ　一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数 | | |
| 「ロ　療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数 | | |

３．退院支援に係る実績等

| | |
|---|---|
| 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること） | □ |
| 連携保険医療機関等の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること） | □ |
| 過去１年間の介護支援連携指導料の算定回数 | （　）回 |

**過去4か月間の面会状況が分かる文書**

４．各病棟に配置されている職員

| | 病棟名 | 病床数 | 当該病棟で算定している入院料 | 氏　名 | 職　種 |
|---|---|---|---|---|---|
| 退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

〔記入上の注意〕

1　部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。

2　退院支援加算１又は２の届出の場合は、退院支援部門の職員について、退院支援に関する経験を確認できる文書を添付すること。

3　退院支援加算３の届出の場合は、看護師については退院支援及び新生児特定集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院支援に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。

4　職種に関して確認できる文書を添付すること。

5　連携保険医療機関等の職員との面会頻度については、過去4か月間の面会状況が分かる文書を添付すること。

6　退院支援加算の注５に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。

# 様式12

様式 12

## 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1．地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を策定している疾患名 | 担当医師 |
|---|---|
| | |

2．連携保険医療機関等に係る事項

（1）最初に入院を受け入れる保険医療機関

| 保険医療機関の名称 | 連絡先 |
|---|---|
| | |

（2）（1）の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

（3）（2）の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

3．地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

| 連携先　（　　）件 | |
|---|---|
| 連携施設の名称 | 過去１年間の面会日 |
| | |
| | |
| | |
| | |

［記載上の注意］

1　連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。

2　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１２の２を参考にすること。

**会合での面会も可能？**

様式 12 の 2

**疾患ごとに作成**
**予め共有**

地域連携診療計画書（様式例）

**様式12の2**
**パス準用様式**

説明日
患者氏名　　殿
病名（検査・手術名）：

**標準的な転院までの期間**

| 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | | ／ | ／ | ／ | | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 経過（日又は週・月単位） | １日目 | ２日目 | ３日目 | ４日目 | | ○日目 | １日目 | ○日目 | | ○日目 |
| 日時（手術日・退院日など） | 入院日 | | | | | 転院日 | | | | 退院日 |
| 達成目標 | | | | | | （転院基準） | | | | （退院基準） |
| 治療<br>薬剤<br>（点滴・内服） | | | | | | | | | | |
| 処置 | | | | | | | | | | |
| 検査 | | | | | | | | | | |
| 安静度・リハビリ（ＯＴ・ＰＴの指導を含む。） | | | | | | | | | | |
| 食事（栄養士の指導も含む。） | | | | | | | | | | |
| 清潔 | | | | | | | | | | |
| 排泄 | | | | | | | | | | |
| 患者様及びご家族への説明 | | | | | | | | | | |
| 退院時情報 | 【退院時患者状態】　病院名<br>平成　年　月　日　主治医 | | | | | | 【退院時患者状態】　病院名<br>平成　年　月　日　主治医 | | | |

**転院・退院等の基準**

**患者の退院時情報**

※１　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
※２　入院期間については現時点で予想されるものである。
※３　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
※４　当該様式については、年に１回、毎年７月１日時点のものについて届け出ること。

**毎年1回7月1日時点のものの届出が必要**

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－2(重点的な対応が求められる分野／認知症対策の推進)－①】
身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価　骨子【Ⅲ－2(1)】

## ●身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

### A247　認知症ケア加算

**新設**

A247 認知症ケア加算１（１日につき） 届出

| | |
|---|---|
| イ　14 日以内の期間 | 150点 |
| ロ　15 日以上の期間 | 30点 |

A247認知症ケア加算２（１日につき） 届出

| | |
|---|---|
| イ　14 日以内の期間 | 30点 |
| ロ　15 日以上の期間 | 10点 |

[算定可能病棟]
**一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料**、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、**回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料**、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

# 入院基本料等加算

JCSでⅡ－3以上または
GCS8点以下は除く

［算定要件］
（1）対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
（2）身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
（3）当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じて算定
（4）「１」を算定する場合は、A230-4精神科リエゾンチーム加算は別に算定不可。

身体的拘束は
抑制帯等、患者の身体又は衣類に触れる何らかの用具を使用して、一時的に身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

チームが患者の状況を把握・評価するなど患者に関与し始めた日から算定

●認知症ケア加算１
（1）病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
（2）看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
（3）チームは、以下の内容を実施する。
① 週１回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
② 当該保険医療機関の認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に開催する。

看護計画を作成した日から算定

●認知症ケア加算２
病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

［施設基準］

●認知症ケア加算１

(1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。

①認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
（精神科、神経内科の経験を５年以上有する医師又は、認知症治療に係る適切な研修を修了した医師）

②認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師

認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者
又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

③認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

(2) (1) のチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

●認知症ケア加算２

届出日から1年間は病棟に1名配置で要件を満たしているものとする

(1) 認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。

(2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を含める

# 入院基本料等加算

## ●認知症ケア加算1　届出に係る医師と看護師の適切な研修

| | 専任の常勤医師 | 経験5年以上の専任の常勤看護師 |
|---|---|---|
| 【主催】 | 国、都道府県又は医療関係団体等 | 国又は医療関係団体等 |
| 【目的】 | 認知症診断について、適切な知識・技術等を修得すること | 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的 |
| 【具体的な研修内容】 | | ・次の内容を含むものであること<br>①認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防<br>②認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要<br>③認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法<br>④認知症看護に必要なアセスメントと援助技術<br>⑤コミュニケーションスキル<br>⑥認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状(BPSD)への対応<br>⑦ケアマネジメント(各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法)<br>⑧家族への支援・関係調整<br><br>・実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること |
| 【研修期間等】 | 2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの | 6か月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの |

「適切な研修について」具体的に
「この研修が該当するか」ということは、
今後質問があれば追って示す。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

# 入院基本料等加算

## ●認知症ケア加算２　届出に係る看護師の適切な研修

**【経過措置】**
**認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。**

| | 看護師 |
|---|---|
| 【主催】 | 国、都道府県又は医療関係団体等が主催 |
| 【目的】 | 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的 |
| 【具体的な研修内容】 | ①認知症の原因疾患と病態・治療<br>②入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術<br>③コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法<br>④行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法<br>⑤ 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援 |
| 【研修期間等】 | **【具体的な研修内容】の①から⑤の内容について9時間以上含むもので、修了証が交付されること** |

「適切な研修について」具体的に「この研修が該当するか」ということは、今後質問があれば追って示す。　（3/４ 厚労省説明会質疑応答より）

# 入院基本料等加算

## 「認知症ケア加算１」　（様式40の10）

様式 40 の 10

認知症ケア加算１の施設基準に係る届出書添付書類

1　認知症ケアに係るチームの構成員

| 区　　分 | 氏　　名 | 備 |
|---|---|---|
| ア　専任の常勤医師 | | 精神科・神<br>研修受講 |
| イ　専任の常勤看護師 | | 週 |
| ウ　常勤社会福祉士又<br>は常勤精神保健福祉士 | | 社会福祉士<br>精神保健福祉 |
| エ　その他の者 | | 理学療法士<br>作業療法士<br>薬剤師<br>管理栄養士 |

2　認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

| カンファレンスの開催頻度 | チームによる回診の頻度 |
|---|---|
| 回／週 | 回／週 |

3　認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施回数　　回／年

4　病棟看護師等の研修受講状況

| ①認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等の数（人） | ② ①のうち前々年度以降に研修を受講した看護師等の数（人） | ③ ①のうち今年度中に研修を受講する予定の看護師等の数（人） | ④ 受講率（②+③）／① |
|---|---|---|---|
| | | | % |

5　認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／配布 | 手順書に含まれている内容 |
|---|---|
| □作　成<br>□配　布 | □身体的拘束の実施基準<br>□鎮静を目的とした薬物の適正使用 |

［記載上の注意］

1　「１」のアに掲げる医師については、精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした５年以上の経験が確認できる文書又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、認知症患者の看護に５年以上従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。ウについては、該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験が確認できる文書あるいは介護支援専門員証の写しを添付すること。エについては、該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2　「２」及び「３」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3　「４」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含まないこと。

4　認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。

5　様式 13 の 2 及び 13 の 3 を添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「認知症ケア加算１」　（13の２）

様式13の2

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・7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 | □ 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| □ 医師事務作業補助体制加算1（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 | □ 医師事務作業補助体制加算2（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| □ ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | □ 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | □ 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間配置加算 | 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 |
| □ 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | □ 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | □ 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | □ 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| □ 病棟薬剤業務実施加算 | 年 月 日 | □ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月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及び処遇の改善に資する計画

（ｉ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 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（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小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及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
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
□ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(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（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前： 職種： ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名： ） □ なし

〔記載上の注意〕
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注7」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算１の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

# 入院基本料等加算

## 「認知症ケア加算１」　（13の３）

様式13の3

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 看護職員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 |
|---|---|---|---|
| □ 急性期看護補助体制加算（　対1） | 年　月　日 | □ 看護補助加算（　対1） | 年　月　日 |
| □ 夜間急性期看護補助体制加算（　対1） | 年　月　日 | □ 夜間75対1看護補助加算 | 年　月　日 |
| □ 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算） | 年　月　日 | □ 夜間看護体制加算（看護補助加算） | 年　月　日 |
| □ 看護職員夜間12対1配置加算 1又は2（該当する方に○をつけること） | 年　月　日 | □ 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料） | 年　月　日 |
| □ 看護職員夜間16対1配置加算 | 年　月　日 | □ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料） | 年　月　日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年　月　日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成　年　月　日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

（1） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
□ 看護職員と他職種との業務分担（□ 薬剤師　□ リハビリ職種（理学療法士、作業療法士、言語療法士）
□ 臨床検査技師　□ 臨床工学技士　□ その他（職種　）
□ 看護補助者の配置
ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置　有　無
イ 看護補助者の夜間配置　有　無
□ 短時間正規雇用の看護職員の活用
□ 多様な勤務形態の導入
□ 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
ア 院内保育所　有　無　（夜間保育の実施　有　無 ）
イ 妊娠中の夜勤の減免制度　有　無
ウ 子育て中の夜勤の減免制度　有　無
エ 育児短時間勤務　有　無
オ 他部署等への配置転換　有　無

（2） 看護職員の勤務時間の把握等
□ 勤務時間（平均週　時間（うち、残業　時間））
□ 2交代の夜勤に係る配慮
□ 勤務後の暦日の休日の確保　□ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保
□ 16時間未満となる夜勤時間の設定
□ その他（具体的に：　）
□ 3交代の夜勤に係る配慮
□ 夜勤後の暦日の休日の確保　□ 残業が発生しないような業務量の調整
□ その他（具体的に：　）

（3） 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等
□ 交代制勤務の種別（ 3交代、 変則3交代、 2交代、 変則2交代 ）
□ 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理
ア 11時間以上の勤務間隔の確保　有　無
イ 正循環の交代周期の確保（3交代又は変則3交代のみ）　有　無
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで　有　無
エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築　有　無
（イ）過去1年間のシステム運用　有　無
（ロ）部署間における業務標準化　有　無
オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上　有　無
カ 看護補助者の夜間配置　有　無
キ 看護補助者への院内研修　有　無
ク 夜間院内保育所の設置　有　無
※アからクのうち満たす項目数（　項目）
□ その他の夜勤負担の軽減
ア 長時間夜勤の是正　有　無　イ 夜勤従事者数の増員　有　無
ウ 月の夜勤回数の上限設定　有　無
（4） 職員等に対する（1）の計画の周知（ 有　無 ）
具体的な周知方法（　）

（5） 業務分担推進のための取組
□ 業務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（　）
□ 看護補助者の活用に関する研修の受講
研修修了者数（　人）

（6） 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者（労働時間管理者）（名前:　職種:　）

〔記載上の注意〕
1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
2 2(2)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
3 2(3)の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに○を付けること。
4 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の(3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち「有」に○を付けたものについて、以下の書類を添付すること。
・アからウについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績が分かる書類
・エについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
・エについては、業務量を把握する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定等
・オ及びカについては、様式9
・キについては、適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類
・クについては、院内保育所の開所時間が分かる書類
5 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の(3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
6 看護補助者の活用に関する研修修了者数は、記載時点において当該保険医療機関に所属する看護師等のうち研修を修了している者の数を計上すること。
7 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

# 入院基本料等加算

様式 40 の 11

認知症ケア加算２の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出病棟数：　　病棟

| 病棟名 | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

２　研修を受けた看護師

| 病棟名 | 氏　　名 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

［記載上の注意］

１　「２」に掲げる看護師については、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。原則として、届出を行う全ての病棟において、配置されている研修を受けた看護師について記載すること。

２　「３」については、届出の直近１年間において、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、医療機関全体の総数を記載すること。

３　病棟職員を対象とした研修の実施回数：　　回／年

４　認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／配布 | | 手順書に含まれている内容 | |
|---|---|---|---|
| 作　成 | □ | 身体的拘束の実施基準 | □ |
| 配　布 | □ | 鎮静を目的とした薬物の適正使用 | □ |

［記載上の注意］

１　「２」に掲げる看護師については、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。原則として、届出を行う全ての病棟において、配置されている研修を受けた看護師について記載すること。

２　「３」については、届出の直近１年間において、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、医療機関全体の総数を記載すること。

**「認知症ケア加算２」（40の11）**

# 入院基本料等加算

別紙12

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

| ランク | 判定基準 | 見られる症状・行動の例 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| Ⅱ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| Ⅱa | 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。 | たびたび道に迷うと<br>物や事務、金銭管理<br>までできたことにミ<br>つ等 |
| Ⅱb | 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。 | 服薬管理ができない<br>応対や訪問者との対<br>とりで留守番ができ |
| Ⅲ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | |
| Ⅲa | 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便<br>上手にできない・時<br>る<br>やたらに物を口に入<br>を拾い集める、徘徊<br>大声・奇声をあげる<br>始末、不潔行為、性<br>為等 |
| Ⅲb | 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | ランクⅢaに同じ |
| Ⅳ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクⅢに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮<br>他害等の精神症状や<br>に起因する問題行動<br>る状態等 |

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成１３日老発第0403003号）　厚生省老人保健福祉局長通知

「認知症ケア加算」
（別紙12）

| | | |
|---|---|---|
| Ⅲ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | |
| Ⅲa | 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| Ⅲb | 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | ランクⅢa に同じ |
| Ⅳ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクⅢに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

# 入院基本料等加算

## ●身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保

精神科病院
との医療連携

新設　届出

A248 精神疾患診療体制加算１　1,000点（入院初日）

A248 精神疾患診療体制加算２　330点（入院初日から３日以内に１回）

「１」は精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し精神疾患患者の転院を受入れ
※特別な関係は不可

⇒やむを得ず他の医療機関の持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限る。
持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録に記載する。

「２」は身体の傷病と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ**救急搬送患者**を
精神保健指定等の精神科医が診察をした場合
（精神科を標榜していない病院が、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合も含む）

※精神症状を有するとは・・・
①過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者。
②医師が抑うつ、せん妄、そう状態等、精神状態の異状を認めた患者。
③アルコール中毒を除く急性薬物中毒が診断された患者。

※A300救命救急入院基本料の注2（精神保健医指定等の診察）、
I001入院精神療法は算定不可（4日目以降はI001入院精神療法は算定可能）

# 入院基本料等加算

別添7の様式40の12

施設基準の通知文は許可病床100床以上の掲載あり

［施設基準］

（1）内科、外科を標榜し、当該診療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。

（2）精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50％未満であること。

（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　第2次救急医療体制、又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

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

# 入院基本料等加算

［算定要件］

（2）精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合に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。

（5）精神疾患診療体制加算2は、当該保険医療機関の精神保健指定医若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から3日以内に1回に限り算定すること。

# 入院基本料等加算

様式 40 の 12

精神疾患診療体制加算に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| 標榜し、入院医療を提供している診療科 | 内科　（　有　・　無　）<br>外科　（　有　・　無　） | |
| 許可病床数 | 医療機関全体の許可病床数（①） | 床 |
| | 精神病床の許可病床数（②） | 床 |
| | ②÷①×１００ | % |
| ２４時間の救急医療提供体制 | １　第２次救急医療機関<br>２　救命救急センター<br>３　高度救命救急センター<br>４　総合周産期母子医療センター<br>５　その他（　） | |

**「精神疾患診療体制加算」（様式40の12）**

# 入院基本料等加算

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑤】
いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価　　骨子【Ⅲ－3(4)】

## ●精神科急性期医師配置加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A311-2 精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき)<br>(中略)<br>注 精神科急性期医師配置加算　500点 | 【A311-2精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき)<br>(中略)<br>(削除) |

A311-2精神科急性期治療病棟入院料の加算から
算定可能病棟が拡大され入院基本料等加算として独立

**新設**

届出　A249 精神科急性期医師配置加算　500点（1日につき）

[算定可能病棟]
精神科急性期治療病棟1、精神病棟入院基本料(10対1又は 13対1に限る。)又は
特定機能病院入院基本料(7対1、10対1又は 13対1に限る。)を算定する病棟

# 入院基本料等加算

［施設基準］

（1） 入院患者数が16又はその端数を増すごとに1以上の医師が配置されていること。

（2） 精神科急性期治療病棟入院料1算定病棟については以下の要件を満たしていること。

（略；現行の精神科急性治療病棟の精神科急性期医師配置加算に係る施設基準と同様）

（3） 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料を算定病棟については、以下の要件を満たしていること。

① 病床数が 100床以上の病院であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜していること。

② 精神病床の数が病床数の 50％未満かつ2病棟以下であること。

③ 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

④ 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

⑤ 身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者について、到着後12時間以内に精神科医が診察している件数が、毎月5件以上であること。

⑥ 当該病棟の新規入院患者の5％以上が精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

# 入院基本料等加算

## 「精神科急性期医師配置加算」　（様式40の13）

様式 40 の 13

精神科急性期医師配置加算に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| 精神科急性期医師配置加算を算定する病棟数の合計<br>病棟 | うち、<br>精神病棟入院基本料算定病棟<br>病棟<br>精神科急性期治療病棟入院料1算定病棟<br>病棟 |

| 病棟名<br>病棟種別　病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 病棟種別:<br>病床数:　床 | | | |
| 病棟名<br>病棟種別　病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
| | | | |
| 病棟種別:<br>病床数:　床 | | | |
| 病棟名<br>病棟種別　病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
| | | | |
| 病棟種別:<br>病床数:　床 | | | |

※ 算出に係る期間を記入（　年　月　日 ～　年　月　日）

1　精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の算定病棟について届け出る場合

| | | |
|---|---|---|
| 標榜している診療科 | 1　内科　2　外科　3　耳鼻科　4　眼科<br>5　整形外科 | |
| 許可病床数 | 医療機関全体の許可病床数（①） | 床 |
| | うち、精神病床の許可病床数（②） | 床 |
| | ②÷①×１００ | % |
| 精神病棟の数 | 病棟 | |
| ２４時間の救急医療体制 | 1　第２次救急医療機関　2　救命救急センター<br>3　高度救命救急センター　4　総合周産期母子医療センター<br>5　その他（　） | |
| 精神科リエゾンチーム加算 | 届出　（　有　・　無　） | |

| | |
|---|---|
| 当該病棟における直近３ヶ月間の入院患者の数（③） | 人 |
| うち、入院時に精神科身体合併症管理加算を算定した患者の数（④） | 人 |
| ④÷③×１００ | % |
| 身体疾患等と精神症状を併せ持つ救急搬送患者のうち、到着後 12 時間以内に当該保険医療機関の精神科医が診察した患者数（直近３か月間におけるひと月あたりの平均患者数） | 人 |

2　精神科急性期治療病棟入院料1の算定病棟について届け出る場合

| | |
|---|---|
| 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く）の件数 | 件 |
| 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件 |

［記載上の注意］
1．精神科急性期医師配置加算を算定する場合、算定する病棟数を記入すること。
2．１日平均入院患者数については、算出に係る期間を※に記入すること。
3．配置される医師数は、（１日平均入院患者数÷１６）を超える人員数であること。
4．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

# 入院基本料等加算

【Ⅳ－3（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品の適正使用の推進）－①】
多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価　骨子【Ⅳ－３（1）】

## ●多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

新設

A250　薬剤総合評価調整加算　　250点（退院時１回）

基本的には、指示した日ではなく実際に実施した日に
算定するものと考えている。（3/４厚労省説明会質疑応答より）

[算定要件]

以下のいずれかの場合に、退院時に１回に限り所定点数を算定する。

（1）入院前に６種類以上の内服薬（入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して４週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が２種類以上減少した場合

（2）精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が２以上減少した等の場合。

なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

- 内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）をレセプトの摘要欄に記載
- 他の医療機関と合わせた種類数から2種類以上減少した場合は、1か所の医療機関に限り算定ができる。その場合レセプトに記載。

# 【A 基本診療料】㉒ 特定入院料

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し　骨子【Ⅰ－１(4)】

## ●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A301 特定集中治療室管理料】<br><br>［施設基準］<br>特定集中治療室管理料１及び２<br><br>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を９割以上入院させていること。<br><br>特定集中治療室管理料３及び４<br><br>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を８割以上入院させていること。 | 【A301 特定集中治療室管理料】<br><br>［施設基準］<br>特定集中治療室管理料１及び２<br><br>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を８割以上入院させていること。<br><br>特定集中治療室管理料３及び４<br><br>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を７割以上入院させていること。 |

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し　骨子【Ⅰ－１(4)】

## ●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［重症度、医療・看護必要度の基準］ | ［重症度、医療・看護必要度の基準］ |
| A項目の得点が３点以上かつB項目の得点が３点以上であること。 | A項目の得点が４点以上かつB項目の得点が３点以上であること。 |
| (1) A項目（モニタリング及び処置等） | (1) A項目（モニタリング及び処置等） |
| ① 心電図モニターの管理　１点 | ① 心電図モニターの管理　１点 |
| ② 輸液ポンプの管理　１点 | ② 輸液ポンプの管理　１点 |
| ③ シリンジポンプの管理　１点 | ③ シリンジポンプの管理　１点 |
| ④ 動脈圧測定　１点 | ④ 動脈圧測定　２点 |
| ⑤ 中心静脈圧測定　１点 | ⑤ 中心静脈圧測定　２点 |
| ⑥ 人工呼吸器の装着　１点 | ⑥ 人工呼吸器の装着　２点 |
| ⑦ 輸血や血液製剤の管理　１点 | ⑦ 輸血や血液製剤の管理　２点 |
| ⑧ 肺動脈圧測定　１点 | ⑧ 肺動脈圧測定　２点 |
| ⑨ 特殊な治療法等　１点 | ⑨ 特殊な治療法等　２点 |

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し　骨子【Ⅰ－１(4)】

## ●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| (2) B項目（患者の状況等） | (2) B項目（患者の状況等） |
| ① 寝返り　１～２点 | ① 寝返り　１～２点 |
| ② 起き上がり　１点 | （削除） |
| ③ 座位保持　１～２点 | （削除） |
| ④ 移乗　１～２点 | ② 移乗　１～２点 |
| ⑤ 口腔清潔　１点 | ③ 口腔清潔　１点 |
| | ④ 食事摂取　１～２点 |
| | ⑤ 衣服の着脱　１～２点 |
| | ⑥ 診療・療養上の指示が通じる　１点 |
| | ⑦ 危険行動　２点 |

# 特定入院料

別紙17

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（配点）

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 心電図モニターの管理 | なし | あり | |
| 2 | 輸液ポンプの管理 | なし | あり | |
| 3 | 動脈圧測定（動脈ライン） | なし | | あり |
| 4 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | |
| 5 | 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） | なし | | あり |
| 6 | 人工呼吸器の装着 | なし | | あり |
| 7 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | | あり |
| 8 | 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル） | なし | | あり |
| 9 | 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO） | なし | | あり |
| | | | | A得点 |

| B | 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|---|---|---|---|
| 10 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 11 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 12 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | |
| 13 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 15 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 16 | 危険行動 | ない | | ある |
| | | | | B得点 |

注）特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が4点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上。

## 「特定集中治療室管理料」（別紙17）

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し　骨子【Ⅰ－１(4)】

## ●ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【A301-2<br>ハイケアユニット入院医療管理料】<br><br>［重症度、医療看護必要度の基準］<br>A項目の得点が３点以上かつB項目の得点が７点以上であること。<br><br>(1) A項目（モニタリング及び処置等）<br>略 | 【A301-2<br>ハイケアユニット入院医療管理料】<br><br>［重症度、医療看護必要度の基準］<br>A項目の得点が３点以上かつB項目の得点が４点以上であること。<br><br>(1) A項目（モニタリング及び処置等）<br>略 |

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し　骨子【Ⅰ－１(4)】

## ●ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

| 現　行 | | 改　定 | |
|---|---|---|---|
| (2) B項目（患者の状況等） | | (2) B項目（患者の状況等） | |
| ① 床上安静の指示 | １点 | （削除） | |
| ② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | １点 | （削除） | |
| ③ 寝返り | １～２点 | ① 寝返り | １～２点 |
| ④ 起き上がり | １点 | （削除） | |
| ⑤ 座位保持 | １～２点 | （削除） | |
| ⑥ 移乗 | １～２点 | ② 移乗 | １～２点 |
| ⑦ 移動方法 | １点 | （削除） | |
| ⑧ 口腔清潔 | １点 | ③ 口腔清潔 | １点 |
| ⑨ 食事摂取 | １～２点 | ④ 食事摂取 | １～２点 |
| ⑩ 衣服の着脱 | １～２点 | ⑤ 衣服の着脱 | １～２点 |
| ⑪ 他者への意思の伝達 | １～２点 | （削除） | |
| ⑫ 診療・療養上の指示が通じる | １点 | ⑥ 診療・療養上の指示が通じる | １点 |
| ⑬ 危険行動 | １点 | ⑦ 危険行動 | ２点 |

【経過措置】 ＜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＞
平成28年３月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、
平成28年９月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

# 特定入院料

別紙18

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（配点）

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 |
|---|---|---|---|
| 1 | 創傷処置<br>（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置） | なし | あり |
| 2 | 蘇生術の施行 | なし | あり |
| 3 | 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く） | なし | あり |
| 4 | 点滴ライン同時３本以上の管理 | なし | あり |
| 5 | 心電図モニターの管理 | なし | あり |
| 6 | 輸液ポンプの管理 | なし | あり |
| 7 | 動脈圧測定（動脈ライン） | なし | あり |
| 8 | シリンジポンプの管理 | なし | あり |
| 9 | 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） | なし | あり |
| 10 | 人工呼吸器の装着 | なし | あり |
| 11 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | あり |
| 12 | 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル） | なし | あり |
| 13 | 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO） | なし | あり |
| | | | A得点 |

| B | 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|---|---|---|---|
| 14 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 15 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 16 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | |
| 17 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 18 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 19 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 20 | 危険行動 | ない | | ある |
| | | | | B得点 |

注）　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が３点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）
が４点以上

**「ハイケアユニット入院医療管理料」（別紙18 ）**

# 特定入院料

【Ⅰ－2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑥】
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し　　骨子【Ⅰ－２(6)】

## ●脳卒中ケアユニット入院医療管理料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料】<br>（１日につき）<br><br>［施設基準］<br>当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時１名以上いる。 | 【A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料】<br>（１日につき）<br><br>［施設基準］<br>当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時１名以上いる。<br>ただし、夜間又は休日であって、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する担当の医師が院外にいる場合に常時連絡が可能であり、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時１名以上いればよいこと。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。 |

# 特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑤】
特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長　　骨子【Ⅲ－５（4）】

## ●小児特定集中治療室管理料の算定日数

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A301-4 小児特定集中治療室管理料】（１日につき）<br>１　７日以内の期間　15,752点<br>２　８日以上14日以内の期間　13,720点<br><br>15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。 | 【A301-4 小児特定集中治療室管理料】（１日につき）<br>１　７日以内の期間　15,752点<br>２　８日以上の期間　13,720点<br><br>15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析は含まない。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。 |

# 特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑤】
特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長　　骨子【Ⅲ－５（4）】

## ●新生児特定集中治療室等の算定日数

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A302 新生児特定集中治療室管理料、<br>【A303 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）】<br>【A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料】<br>［対象疾患］<br>先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎（脊椎破裂）、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨（軟骨を含む。）無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群 | 【新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）新生児治療回復室入院医療管理料】<br>［対象疾患］<br>先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎（脊椎破裂）、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨（軟骨を含む。）無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群、先天性心疾患（カテーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE１持続注入を実施したものに限る。） |

# 特定入院料

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑰】
一類感染症患者入院医療管理料の見直し　　骨子【Ⅰ－1（15）】

## ●一類感染症患者入院医療管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A305 一類感染症患者入院医療管理料】 | 【A305 一類感染症患者入院医療管理料】 |
| （1日につき） | （1日につき） |
| 1　7日以内の期間　9,046点 | 1　14日以内の期間　9,046点 |
| 2　8日以上14日以内の期間　7,826点 | 2　15日以上の期間　7,826点 |
| ［算定要件］ | ［算定要件］ |
| 感染症法第6条第 13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。 | 感染症法第6条第 13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条に基づく入院に係る期間を超えた場合は算定しない。 |

# 特定入院料

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑰】
一類感染症患者入院医療管理料の見直し　　骨子【Ⅰ－1（15）】

## ●一類感染症患者入院医療管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［包括範囲］<br><br>第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。<br><br>イ　入院基本料<br>ロ　入院基本料等加算（一部を除く。）<br>ハ　第２章第３部の各区分の検査（一部を除く）<br>ニ　点滴注射<br>ホ　中心静脈注射<br>ヘ　酸素吸入<br>ト　留置カテーテル設置<br>チ　第13部第１節の病理標本作成 | ［包括範囲］<br><br>第１章基本診療料並びに第２章第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。<br><br>イ　入院基本料<br>ロ　入院基本料等加算（一部を除く。）<br>（削除）<br><br>（削除）<br>（削除）<br>ハ　酸素吸入<br>ニ　留置カテーテル設置<br>ホ　第13部第１節の病理標本作成 |

# 特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－①】
小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行　　骨子【Ⅲ－５（1）】

## ●小児入院医療管理料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A307 小児入院医療管理料】<br><br>［包括範囲］<br>診療に係る費用<br><br>注2及び注3に規定する加算、<br>投薬、<br>注射、<br>手術、<br>麻酔、<br>放射線治療<br>病理診断・判断料、<br>第2節に規定する（中略）加算　　を除く | 【A307 小児入院医療管理料】<br><br>［包括範囲］<br>診療に係る費用<br><br>注2及び注3に規定する加算、<br>在宅療養指導管理料、<br>薬剤料、<br>特定保険医療材料料、<br>投薬、<br>注射、<br>手術、<br>麻酔、<br>放射線治療、病理診断・判断料、第2節に規定する（中略）加算　　を除く |

# 特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－④】
小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の対象年齢の延長 骨子【Ⅲ－５（3）】

## ●小児入院医療管理料の対象年齢

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【A307 小児入院医療管理料】<br><br>［対象者］<br><br>別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。 | 【A307 小児入院医療管理料】<br><br>［対象者］<br><br>別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。 |

# 特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－②】
小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行　　骨子【Ⅲ－５（1）】

## ●A307 小児入院医療管理料　注4

新設

届出　重症児受入体制加算　200点（１回につき）

［施設基準］

（1）小児入院医療管理料3、4又は5の届出を行っている保険医療機関であること。
（2）当該病棟に小児入院患者をもっぱら対象とする保育士が１名以上常勤していること。
（3）内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい。
（4）プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
（5）当該病棟等において、転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室に入院していた転院患者を、過去１年間に5件以上受け入れていること。
（6）当該病棟等において超・準超重症児の患者を、過去１年間で10件以上受け入れていること（なお、当該件数には、医療型短期入所サービスによる入所件数も含める。）。

# 小児入院医療管理料病棟におけるDPCと出来高の比較

参考

| | DPCの場合 | 出来高の場合 |
|---|---|---|
| 入院料等 | 一部を除いては× | 一部を除いては× |
| 医学管理等 | 手術前医学管理料 ／ 手術後医学管理料　以外は○ | × |
| 在宅 | ○ | ×⇒○ |
| 検査 | 一部を除いては× | × |
| 画像 | 画像診断管理加算1・画像診断管理加算2<br>E003・3 造影剤注入手技・動脈造影カテーテル法<br>（イ・主要血管の分枝血管を選択的に造影した場合<br>注・血流予備能測定検査加算）　以外は× | × |
| 投薬 | × | ○ |
| 注射 | G020 無菌製剤処理料　以外は× | ○ |
| リハビリテーション | ○ | × |
| 精神科専門療法 | ○ | × |
| 処置 | 一部を除いては×<br>（保険医療材料も一部除いては×） | × |
| 手術 | ○ | ○ |
| 麻酔 | ○ | ○ |
| 放射線治療 | ○ | ○ |
| 病理診断 | N003 術中迅速病理組織標本作製<br>N006 病理診断料 ／ N007 病理判断料　以外は× | ○ |

改定

# 「小児入院医療管理料」　（様式９）

様式９

## 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者５割以上）・ 25対1（看護補助者５割未満）・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算１ ・ 12対1配置加算２ ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１ ・ ２ ・ ３ ・ 無

夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 ＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 ＿＿＿＿人 〔C／（日数×８）〕

（参考）1日看護配置数（必要数）：［　　］＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 ＿＿＿％〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿時＿＿＿分 ～ ＿＿＿時＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿＿時間 〔（D－E）／B〕※小数点第２位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人 〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［　　］＝〔（A／２００）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均1日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／２００）×３〕 | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注1）1日看護配置数 ≦ 月平均1日当たり看護配置数

注2）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔1日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| 1日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G+H／（日数×８）〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×１６）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×１００〕 |

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

# 特定入院料

## 「小児入院医療管理料」　（様式９,48）

※２　短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※３　看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が５割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※４　夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外においては８時間未満の者は無に○を記入すること。
※５　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
　看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
　看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※６　上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※７　次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
　①夜勤専従者、②７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が８時間未満の者
※８　〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※９　〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※１０　小数点以下切り上げとする。
※１１　「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対１入院基本料の場合「10」、25対１急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対１急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
１　届出前１か月の各病棟の勤務実績表及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
２　月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
３　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
４　看護職員夜間配置加算は、常時12対１又は16対１を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 48

小児入院医療管理料〔　　〕の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科

２　小児科の常勤医師の氏名

| 氏名 | 勤務の形態 | 氏名 | 勤務の形態 |
|---|---|---|---|
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |
| | 常勤・非常勤 | | 常勤・非常勤 |

３　新生児及び６歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数＿＿＿＿＿＿件

４　年間小児緊急入院患者数＿＿＿＿＿＿例

［記載上の注意］
１　「２」の常勤医師の経歴（小児科担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
２　小児入院医療管理料１の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式９に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
３　小児入院医療管理料２の届出の際には24時間365日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。
４　小児入院医療管理料５の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

# 特定入院料

## 「小児入院医療管理料」　（様式48の２,48の３）

様式 48 の２

小児入院医療管理料４の施設基準に係る届出書添付書類

| | 病棟数 | 病床区分 | 病床数 | 入院患者数 | | 平均在院日数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 届出時 | １日平均入院患者数 | |
| 病棟・病床・入院患者数及び平均在院日数 | 当該病棟 | 小児入院医療管理病室 | 床 | 名 | 名 | 日 |
| | | 一般病床 | 床 | 名 | 名 | |
| | | 小　計 | 床 | 名 | 名 | |
| | その他の病棟 | 一般病棟 | 床 | 名 | 名 | |
| | 合　計 | 一般病棟 | 合計 床 | 合計 名 | 合計 名 | |

＊１日平均入院患者数（直近１年間）の算出期間
年　月　日～　年　月　日

＊ 平均在院日数（直近３月間）の算出期間
年　月　日～　年　月　日

［記載上の注意］
１　一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
２　「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
３　「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
４　当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式９を記載し添付すること。

様式 48 の３

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出に係る加算の区分（届出を行う加算に○を付す）

（　）　注２に規定する加算

（　）　注４に規定する加算（重症児受入体制加算）

２．病棟における体制の整備

| 区分 | 病　棟　名 | 保　育　士　名 | プレイルーム面積(㎡) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

３．病棟における診療実績等

| 当該病棟における直近１年間の実績（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日） | |
|---|---|
| 転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料等を算定した転院患者の人数 | 名 |
| 15 歳未満の超重症児又は準超重症児の入院患者数 | 名 |

［記載上の注意］
１　プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
２　当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。
３　プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。
４　「３」の診療実績等については、重症児受入体制加算の届出を行う場合にのみ記入すること。なお、新生児特定集中治療室管理料等とは、A302 新生児特定集中治療室管理料又は A303 総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を指す。また、超重症児又は準超重症児の患者数については、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含み、入院期間が通算される入院患者を除く。

# 特定入院料

## 「小児入院医療管理料１・２」　（様式13の２）

様式13の2

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・7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 | □ 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| □ 医師事務作業補助体制加算1（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 | □ 医師事務作業補助体制加算2（ 対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| □ ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | □ 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | □ 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| □ 看護職員夜間配置加算 | 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 |
| □ 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | □ 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | □ 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| □ 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | □ 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| □ 病棟薬剤業務実施加算 | 年 月 日 | □ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |
| □ 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | | |

2 新規届出時又は毎年4月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及び処遇の改善に資する計画

（ｉ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 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（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小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及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
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
□ 予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮（ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）

(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（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前： 職種： ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名： ） □ なし

〔記載上の注意〕
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注７」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算１の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

# リハビリテーション／特定入院料

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価　骨子【Ⅱ－3（1）】

## ●A308 回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

包括される疾患別リハビリの実施単位数は
リハビリ充実体制加算等の
施設基準単位数には含まない

**●回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して**
**「厚生労働大臣の定めるもの」については**
**１日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、**
**回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。**

今回のルールの構造としては、施設基準を設定しない。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

**【別に厚生労働大臣が定めるもの】**
**●回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が**
**①一定の水準以上である　②効果に係る実績が一定の水準を下回る**
**●入院中の患者**
**●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又は廃用症候群リハビリテーション料であって１日につき6単位を超えるものの費用**
**（告示別表第9の3に規定する「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」を除く。）**

6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括されることになっているが、急性疾患の発症後60日以内のものについては除かれている。必ずしも、7単位日以上のものについて、出来高算定が不可であったり、リハビリテーション充実加算の単位数に含まれないわけではないが、急性疾患の発症後60日以内のもの以外については包括であり、リハビリテーション充実加算の根拠となる単位数にも含まれないことになる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

# 特定入院料

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価　骨子【Ⅱ－3(1)】

［算定要件］

（１）保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリ テーションの提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上で あることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟 入院料を算定した患者が10人未満の場合を除く。

（２）効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者(計算対象から除外される患者を除く)についての、①の総和を②の総和で除した ものが27未満である状態をいう。

① 退棟時の FIM 得点(運動項目)から入棟時 FIM 得点(運動項目)を控除したもの
② 各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの

# 特定入院料

様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書

| | |
|---|---|
| 保険医療機関名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 報告年月日 | |
| 直近の報告年月日 | |

1．退棟患者数 ①

| | | |
|---|---|---|
| ① | 前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数 | 名 |
| ② | 直近の報告の前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数 | 名 |

2．１日当たりのリハビリテーション提供単位数 ②

| | | | |
|---|---|---|---|
| ③ | | 前月までの６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べ入院日数 | 日 |
| ④ | | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数（ｉ＋ii＋iii＋iv＋ｖ） | 単位 |
| 再掲 | i | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v | 前月までの６か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ⑤ | | １日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③） | 単位 |
| ⑥ | | 直近の報告における１日あたりのリハビリテーション提供単位数 | 単位 |

**「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」（様式45）**

**10名以上**
**（10名未満の場合は実績指数は記入しない）**

**提供実績**
**①かつ②**

**報告2回連続**
**満たしているか**

- 報告⇒3か月ごと(4,7,10,1月)
- 実績⇒直近6か月間
  重複する実績月が発生
  - ①4月報告　10-3月 実績
  - ②7月報告　1-6月 実績
  - ③10月報告　4-9月 実績
  - ④1月報告　7-12月 実績

**6単位以上**

**報告2回連続**
**満たしているか**

**P568に追加**

# 特定入院料

「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」（様式45）

効果実績（実績指数）

27点以上

報告2回連続満たしているか

P568に追加

実績指数除外患者

3．実績指数

| | | |
|---|---|---|
| ⑦ | 前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数 | 名 |
| ⑧ | ⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数 | 名 |
| ⑨ | ⑧の患者の退棟時のＦＩＭ得点（運動項目）から入棟時のＦＩＭ得点（運動項目）を控除したものの総和 | 点 |
| ⑩ | ⑧の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和 | |
| ⑪ | 実績指数（⑨／⑩） | 点 |
| ⑫ | 直近に報告した実績指数 | 点 |

4．除外患者について（届出の前月までの６か月について以下を記入する。）

| ⑬ 届出の前月までの６か月 | （　）月 | （　）月 | （　）月 | （　）月 | （　）月 | （　）月 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ⑭ 入棟患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑮ 高次脳機能障害患者が入棟患者数の４０％以上であることによる除外の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ⑯ ⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑮が有の場合のみ） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑰ 実績指数の計算対象から除外した患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑱ 除外割合（⑰÷（⑭又は⑯）） | % | % | % | % | % | % |

5．高次脳機能障害患者が４０％以上であることによる除外について（⑮が有の場合には、それぞれ⑬の７か月前から前月までの６か月間の状況について記入。）

| ※（　）にはそれぞれ⑬の前月を記載 | （　）月までの６か月 | （　）月までの６か月 | （　）月までの６か月 | （　）月までの６か月 | （　）月までの６か月 | （　）月までの６か月 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ⑲ ６か月間の退棟患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑳ ⑲のうち、高次脳機能障害の患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ㉑ 高次脳機能障害患者の割合（⑳÷⑲） | % | % | % | % | % | % |

［記載上の注意］

1．①から㉑は平成 28 年４月１日以降に入院した患者のみを対象とする。

2．①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が 10 名未満の場合、⑦から⑪は記入しない。

3．初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。

4．④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。

5．直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。

6．⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。

7．⑰の除外患者数は、入棟日においてＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下若しくは 76 点以上、ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下、又は年齢が 80 歳以上であったことにより実績指数の計算対象から除外したものに限る。

8．⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑯、「無」の場合は⑰÷⑭とする。

9．⑲は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。

10．⑮、⑳、㉑の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して 180 日以内まで算定できるものに限る。

# 特定入院料

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価　骨子【Ⅱ－3（1）】

（3） 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2) の算出から除外する。また、入棟日 において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2) の算出から除外できる。

① FIM 運動項目得点が20点以下のもの
② FIM 運動項目得点が76点以上のもの
③ FIM 認知項目得点が25点未満のもの
④ 年齢が80歳以上のもの

（4） 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40％を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を (2) の算出から全て除外すること ができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。

（5） 在棟中に FIM 得点（運動項目）が1週間で10点以上低下した患者については、(2) の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものと みなして扱ってよい。

【経過措置】
平成 28 年4月1日以降の入院患者について、平成29年1月1日から3ヶ月ごとに算出する。

# 特定入院料

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価　骨子【Ⅱ－3(1)】

## ●A308　回復期リハビリテーション病棟入院料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】<br><br>診療に係る費用<br>注2、注3及び注5に規定する加算<br>在宅医療、<br>リハビリテーションの費用、<br>臨床研修病院入院診療加算、<br>医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、<br>地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<br>感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、<br>救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る。)、<br>データ提出加算、<br>地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、<br>人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く<br><br>→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】<br><br>診療に係る費用<br>注2、注3及び注5に規定する加算、<br>在宅医療、<br>リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)、<br>臨床研修病院入院診療加算、<br>医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、<br>地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<br>感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、<br>救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る。)<br>データ提出加算、<br>地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、<br>人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く<br><br>→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。 |

# 特定入院料

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－②】
回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し　骨子【Ⅱ－3(2)】

## ●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

### 注5 体制強化加算

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】<br>注5 体制強化加算<br>専従常勤医師1名<br>専従常勤社会福祉士1名<br>200 点<br><br>[施設基準]<br>体制強化加算<br>(略)<br><br>(新設) | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】<br>注5 体制強化加算<br>体制強化加算1　200点<br>体制強化加算2　120点(新)<br><br>[施設基準]<br>体制強化加算1<br>(略)<br><br>体制強化加算2　届出<br>当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。 |

# 特定入院料

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－②】
回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し　骨子【Ⅱ－3（2）】

## ●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

### 注5 体制強化加算の施設基準

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 入院時と退院後の医療の繋がりを保って提供<br>↓<br>回復期病棟専従医師が外来診療にも一定程度従事 | 専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。<br>なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることはできない。<br>ア）当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。<br>イ）当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。 |

# 特定入院料

【Ⅱ－3（患者の視点等／リハビリテーションの推進）－②】
回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し　骨子【Ⅱ－3（2）】

## ●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
## 注5 体制強化加算の施設基準

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| | ウ）週に 32 時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。<br>エ）当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。 |

週３２時間以上について、2人で16時間ずつや、24時間と8時間といった病棟の勤務である場合に要件を満たすものである。
2人で16時間ずつの場合は、(それぞれが従事する)16時間が別の時間になっていないといけないが、週のうち32時間以上を、2人のいずれかでカバーするということになる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

# 特定入院料

## 「回復期リハビリテーション病棟入院料」　（様式49の５）

様式49の5

回復期リハビリテーション病棟入院料における
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

１．1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | | 直近１ヶ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 | 日 |
| ② | | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数<br>（ｉ＋ii＋iii＋iv＋ｖ） | 単位 |
| 再掲 | i | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v | 直近１ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ③ | | １日当たりリハビリテーション提供単位数（②/①） | 単位 |

（算出期間　：　平成　年　月　日～平成　年　月　日）

２．「注３」に掲げるリハビリテーション充実加算の届出

| |
|---|
| ①　届出あり　　②届出なし |

［記載上の注意］
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が２単位以上であること。

# 特定入院料

## 「回復期リハビリテーション病棟入院料 ー 体制強化加算」　（様式49の７）

様式 49 の 7

体制強化加算１
体制強化加算２

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと

１．病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

| 区分 | | 氏名 | 勤務時間 | 研修受講 | 病棟外業務（加算2のみ） |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | 医師 | | 時間 | □ | □ |
| | 医師 | | 時間 | □ | □ |
| ② | 社会福祉士 | | 時間 | | |

２．体制強化加算２の要件等

前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションの実施（あり・なし）

| 病棟外業務を行う専従常勤医師の氏名 | 病棟の業務に従事する曜日・時間等 |
|---|---|
| | |
| | |
| 上記の医師のうち少なくとも１名が従事している時間（実時間）：　　時間 | |

［記載上の注意］

１．「１」の①はリハビリテーション医療に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。専従の常勤医師が３名以上いる場合は、適宜行を追加して記載すること。

２．「１」の②は退院調整に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。

３．「１」の勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４．「２」の病棟外業務を行う医師の氏名には、「１」で挙げた専従常勤医師の氏名をそれぞれ記入し、当該医師が病棟の業務に従事する曜日・時間等を記入すること。

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－④】
在宅復帰率の要件見直し　　骨子【Ⅰ－１（3）】

## ●７対１入院基本料等における在宅復帰率の要件見直し

### A308-3　地域包括ケア病棟入院料

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）１】<br><br>［自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者］<br>自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者 | 【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）１】<br><br>［自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者］<br>自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病室に退院した患者及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者 |

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑨】
地域包括ケア病棟入院料の見直し　骨子【Ⅰ－１(7)】

## ●地域包括ケア病棟入院料の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A308-3 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】<br>［包括範囲］<br>診療に係る費用<br><br>注３から注５に規定する加算、<br>臨床研修病院入院診療加算、<br>在宅患者緊急入院診療加算、<br>医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、<br>地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<br>感染防止対策加算、<br>患者サポート体制充実加算、<br>救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）<br>データ提出加算、<br>地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、<br>在宅医療、摂食機能療法、<br>人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用　を除く | 【A308-3 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】<br>［包括範囲］<br>診療に係る費用<br><br>注３から注５に規定する加算、<br>臨床研修病院入院診療加算、<br>在宅患者緊急入院診療加算、<br>医師事務作業補助体制加算、<br>地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<br>感染防止対策加算、<br>患者サポート体制充実加算、<br>退院支援加算、<br>データ提出加算、<br>地域連携診療計画加算（退院支援加算）、<br>在宅医療、摂食機能療法、<br>人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬、<br>第 10部手術、<br>第11部麻酔の費用　を除く |

# 特定入院料

【Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑨】
地域包括ケア病棟入院料の見直し　骨子【Ⅰ－１(7)】

## ●地域包括ケア病棟入院料の見直し

**［算定要件］**
**以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が 500 床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は１病棟に限る。**

**(1) 救命救急入院料**
**(2) 特定集中治療室管理料**
**(3) ハイケアユニット入院医療管理料**
**(4) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料**
**(5) 小児特定集中治療室管理料**

**※ ただし、平成28年1月1日時点で既に届け出た病棟等についてはこの限りではない。**

- 特定集中治療室管理料等を既に届け出ていて、地域包括ケア病棟を2病棟持っている場合に、病棟数や病床数を維持することは経過措置として可能だが、増やす方の変更はできない。
  例えば、2病棟まで地域包括ケア病棟を持っているところが3病棟に増やすことや、集中治療室を持っているところが、さらに救命救急入院料を届け出することはできないと考えている。
- 施設基準の見直しで、浴室・便所が病棟の「近傍」に設けられている場合も施設基準に含まれるが、病棟と違うフロアにある場合も、実態に応じて、利用しやすいような近傍にあるということであれば含まれる。
  なお、回復期リハビリテーション病棟においてはこのような(施設基準の)変更はしていない。
  これまで通り、病棟内に浴室という要件は維持されている。　（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）

# 特定入院料

【Ⅰ－1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑬】
障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価　　骨子【Ⅰ－1（11）】

## ● A309 特定疾患病棟入院料 ／ A306 特定疾患入院医療管理料

新設

- A309 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
  - 医療区分2に相当する場合　1,857点
  - 医療区分1に相当する場合　1,701点
- A309 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
  - 医療区分2に相当する場合　1,608点
  - 医療区分1に相当する場合　1,452点
- A306 特殊疾患入院医療管理料の施設基準を届け出た病室に入院する場合
  - 医療区分2に相当する場合　1,857点
  - 医療区分1に相当する場合　1,701点

［算定要件］
当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分3相当のものは、従来通り、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定する。

# 特定入院料

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－③】
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実　　骨子【【Ⅲ－1（3）】

## ●A310　緩和ケア病棟入院料

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【A310 緩和ケア病棟入院料】（1日につき） | 【A310 緩和ケア病棟入院料】（1日につき） |
| 1 30日以内の期間　4,926点 | 1 30日以内の期間　4,926点 |
| | 緊急入院初期加算　200点（新） |
| 2 31日以上60日以内の期間　4,412点 | 2 31日以上60日以内の期間　4,400点 |
| 3 61日以上の期間　3,384点 | 3 61日以上の期間　3,300点 |
| ［算定要件］ | ［算定要件］ |
| （新設） | 緊急入院初期加算 |
| | 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。 |

# 特定入院料

【Ⅲ－1（重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進）－③】
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実　　骨子【【Ⅲ－1（3）】

## ●A310　緩和ケア病棟入院料

【緊急入院初期加算に関する留意事項】
●連携医療機関との間では、過去1年以内に緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修、共同でのカンファレンスの実施等、医師その他の職員が面会した実績を記録すること
●連携の医療機関より病状および投薬内容のほか、患者および家族等への説明等について、予め文書による情報提供を受ける必要がある

［包括範囲から除外する項目］
第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料並びに第２章第 12 部放射線治療

# 特定入院料

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
地域移行を重点的に進める精神病棟の評価　　骨子【Ⅲ－３（１）】

## ●A318　地域移行機能強化病棟入院料

**新設**

**【経過措置】**
**当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。**

**届出**

| | | |
|---|---|---|
| A318 | 地域移行機能強化病棟入院料 | 1,527点（１日につき） |
| 注3 イ | 重症者加算１ | 60点（１日につき） |
| 　　ロ | 重症者加算２ | 30点（１日につき） |
| 注2 | 非定型抗精神病薬加算 | 15点（１日につき） |

15:1の配置と専従２名以上の精神保健福祉士は
重複してカウントできる
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

**[施設基準]**

**（1）看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が 15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。**

**（2）専従の精神保健福祉士が2名以上（当該病棟の入院患者が 40 を超える場合は3名以上）配置されていること。**

**（3）届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の 90 %に相当する数以上の患者が入院していること（下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。）。**

**（4）当該病棟からの１年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。**

**（5）当該保険医療機関全体で、１年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。**

**（6）精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。**

**（7）平成 31 年度までに新規の届出を行うこと。**

# 「地域移行機能強化病棟入院料」　（様式９）

様式９

## 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出入院料等（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者５割以上）・ 25対1（看護補助者５割未満）・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算１ ・ 12対1配置加算２ ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○）　有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

１ ・ ２ ・ ３ ・ 無

夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○）　有 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕＿＿＿＿＿人（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数＿＿＿＿＿人〔C／（日数×８）〕

（参考）1日看護配置数（必要数）：＿＿＿＿＝〔（A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率＿＿＿＿％〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿日（算出期間　年　月　日～　年　月　日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16時間）＿＿＿＿時＿＿＿＿分～＿＿＿＿時＿＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数＿＿＿＿＿＿時間〔（D－E）／B〕※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿人〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：＿＿＿＿＝〔（A／200）×３〕

※小数点第３位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無（該当する一つに○）※4 | 夜勤従事者数※5 | 日付別の勤務時間数※6 1日 | 2日 | 3日 | …… | 日 | 月延べ勤務時間数 | （再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数※7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 事務的業務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | 〔B〕 | 月延べ勤務時間数（上段と中段の計） | 〔C〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔D－E〕 | 月延べ夜勤時間数（中段の計） | 〔D〕※8 | 〔E〕 |
| （再掲）主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 | | | 〔F〕※9 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1日看護配置数（必要数）※10 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 | 月平均1日当たり看護配置数 | 〔C／（日数×８）〕 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限） | 〔（A／200）×３〕 | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 | 〔F／（日数×８）〕 |

注1）1日看護配置数 ≦ 月平均1日当たり看護配置数

注2）主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≧ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔G〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕 | 〔C〕－〔1日看護配置数×８×日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔I〕 | 看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕 |
| 1日看護補助配置数（必要数）※10〔J〕 | 〔（A／届出区分の数※11）×３〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔G+H／（日数×８）〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | 〔G／（日数×８）〕 |
| 夜間看護補助配置数（必要数）※10 | A／届出区分の数※11 |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | 〔I／（日数×16）〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（K／J）×100〕 |

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

# 特定入院料

## 「地域移行機能強化病棟入院料」　（様式９,20）

※２　短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
※３　看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が５割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
※４　夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外においては８時間未満の者は無に○を記入すること。
※５　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
　看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
　看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
※６　上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
※７　次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
　①夜勤専従者、②７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③７対１及び10対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が８時間未満の者
※８　〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
※９　〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
※１０　小数点以下切り上げとする。
※１１　「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対１入院基本料の場合「10」、25対１急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対１急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕
１　届出前１か月の各病棟の勤務実績表及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
２　月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
３　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
４　看護職員夜間配置加算は、常時12対１又は16対１を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 20

［　　］に勤務する従事者の名簿

| No. | 職　種 | 氏　　名 | 勤務の態様 | 勤務時間 | 備　　考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |
| | | | 常勤・非常勤　専従・専任 | | |

［記載上の注意］
１　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
２　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
３　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
４　従事者が広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師である場合は、備考欄へ「熱傷」と記入すること。（救命救急入院料３、救命救急入院料４又は特定集中治療室管理料２、４に係る届出を行う場合に限る。）
５　従事者が小児科を担当する専任の医師である場合は、備考欄へ「小児科医」と記入すること。（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行う場合に限る。）
６　従事者が、特定集中治療の経験を５年以上有する医師については、備考欄へ「５年」と記入し、５年以上の経験が確認できる文書を添付すること。（特定集中治療室管理料１、２に係る届出を行う場合に限る。）

# 特定入院料

## 「地域移行機能強化病棟入院料」　（様式57の４）

様式 57 の 4

地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

1　許可病床数と入院患者数に係る要件

| | |
|---|---|
| ア 直近１ヶ月間の精神病棟の平均入院患者数 | 人 |
| イ 直近１年間の精神病棟の平均入院患者数 | 人 |
| ウ 精神病床の許可病床数 | 床 |
| エ（ア又はイいずれか小さい値）÷ウ | |

2　長期入院患者の退院実績に係る要件

| | |
|---|---|
| エ　１年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数（直近３か月間における１か月あたり平均） | 人 |
| オ　地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数 | 床 |
| カ　エ÷オ×100　（%） | % |

3　退院支援部署の専従の従事者に係る要件

| 氏名 | 職種 | 勤務時間 |
|---|---|---|
| | | |

4　退院支援相談員に係る要件

| 氏名 | 職種 | 経験年数 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

5　重症者加算1に係る要件

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | □ 常時対応型精神科救急医療施設<br>□ 身体合併症対応施設<br>□ 地域搬送受入対応施設<br>□ 身体合併症後方搬送対応施設 | |
| (2) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | □ 輪番対応型精神科救急医療施設<br>□ 協力施設 | |
| | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | | 件（≧4件） |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数 | | 件（≧1件） |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | | 件（≧10 件） |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。 | | 件 |
| (3) | ③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数 | | 回（≧6回） |
| | ④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数 | | 回（≧1回） |

［記載上の注意］
1　「３」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められている所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
2　「４」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。
3　「５」について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

# 【A 基本診療料】㉒ 短期滞在手術基本料

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●A400　3　短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【短期滞在手術等基本料３】<br><br>［対象手術等］<br>イ～チ 略<br>リ K282水晶体再建術１眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの<br><br>（新設）<br><br>ヌ K282水晶体再建術２眼内レンズを挿入しない場合 | 【短期滞在手術等基本料３】<br>※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。<br>［対象手術等］<br>イ～チ 略<br>リ K282水晶体再建術１眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの（片眼）<br>22,096点<br>ヌ K282水晶体再建術１眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの（両眼）<br>37,054点<br>ル K282水晶体再建術２眼内レンズを挿入しない場合（片眼）<br>20,065点 |

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （新設） | ヲ K282水晶体再建術２眼内レンズを挿入しない場合（両眼）　30,938点 |
| ル～カ 略 | ワ～タ 略 |
| ヨ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（15歳未満に限る。） | レ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　35,052点 |
| （新設） | ソ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　28,140点 |
| （新設） | ツ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　25,498点 |
| タ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） | ネ K633ヘルニア手術５鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） |

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳未満に限る。） | ナ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）<br>68,729点 |
| （新設） | ラ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）<br>55,102点 |
| （新設） | ム K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15未満に限る。）<br>43,921点 |
| ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） | ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） |
| ツ～ム 略 | ヰ～ヤ 略 |

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| （新設） | マ K616－４経皮的シャント拡張術・血栓除去術　37,588点 |
| （新設） | ケ K768体外衝撃波腎・尿管結石破砕術　28,010点 |
| （新設） | フ M001－２ガンマナイフによる定位放射線治療　59,855点 |

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ［包括範囲］<br>**全診療報酬**<br><br>包括範囲から除外される抗悪性腫瘍剤には、薬効分類上の腫瘍薬のほか、インターフェロンや酢酸リュープロレリンなど、そういったものも含む方向で整理したい。<br>（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より）<br><br>酸<br>訂正 | ［包括範囲］<br>下記以外は包括とする。<br><br>① 第２章第２部第２節在宅療養指 導管理料、第３節薬剤料及び第４節 特定保険医療材料料<br><br>② 人工腎臓<br><br>③ 抗悪性腫瘍剤<br><br>④ 疼痛コントロールのための医療 用麻薬<br><br>⑤ エリスロポエチン（人工腎臓又は 腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して 投与された場合に限る。） |

# 短期滞在手術等基本料

【重点課題Ⅰ－１（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）－⑦】
短期滞在手術等基本料３の見直し　骨子【Ⅰ－１(5)】

## ●短期滞在手術等基本料３の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| | ⑥ ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）<br><br>⑦ インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）<br><br>⑧ 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及びHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）<br><br>⑨ 血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 |

# ⑨⑦ 入院時食事療養費・入院時生活療養費

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し　骨子【Ⅳ－６(6)】

## ●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【食事療養及び生活療養の費用額算定表】<br><br>第１ 食事療養<br><br>１ 入院時食事療養 (Ⅰ)<br>（１食につき）　640円<br><br>注１ （略）食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定する。 | 【食事療養及び生活療養の費用額算定表】<br><br>第１ 食事療養<br><br>１ 入院時食事療養 (Ⅰ)<br>イ 入院時食事療養 (Ⅰ) １<br>（１食につき）　640円<br><br>ロ 入院時食事療養 (Ⅰ) ２<br>（１食につき）　575円（新）<br><br>注１ イについては、（略）食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定する。 |

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し　骨子【Ⅳ－６(6)】

## ●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | 注2　ロについては、（略）食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに、１日につき３食を限度として算定する。 |
| 注2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、１食につき 76円を、１日につき３食を限度として加算する。 | 注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、１食につき 76円を、１日につき３食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。 |
| 注3 略 | 注4 略 |

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し　骨子【Ⅳ－６(6)】

## ●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| ２　入院時食事療養（Ⅱ）<br>（１食につき）　506円<br><br>注　入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定する。 | ２　入院時食事療養（Ⅱ）<br>イ　入院時食事療養（Ⅱ）１<br>（１食につき）　506円<br>ロ　入院時食事療養（Ⅱ）２<br>（１食につき）　455円（新）<br><br>注１　イについては、入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定する。 |

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し　骨子【Ⅳ－６(6)】

## ●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （新設） | 注２　ロについては、入院時食事療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに、１日につき３食を限度として算定する。 |
| 第２　生活療養<br>１　入院時生活療養(Ⅰ)<br>（1）食事の提供たる療養<br>（１食につき）　554円 | 第２　生活療養<br>１　入院時生活療養(Ⅰ)<br>（1）食事の提供たる療養<br>① 食事の提供たる療養１<br>（１食につき）　554円<br>② 食事の提供たる療養２<br>（１食につき）　500円（新） |

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6（効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価）－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し　骨子【Ⅳ－６（6）】

## ●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| （2）略 | （2）略<br>入院時食事療養（Ⅰ）と同趣旨の改正を行う。 |
| ２　入院時生活療養（Ⅱ） | ２ 入院時生活療養（Ⅱ）<br>（変更なし） |

「流動食のみを経管栄養法により提供したとき」とは、当該食事療養又は当該食事の提供たる療養として食事の大半を経管栄養法による流動食（市販されているものに限る。以下この項において同じ。）により提供した場合を指すものであり、栄養管理が概ね経管栄養法による流動食によって行われている患者に対し、流動食とは別に又は流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取か経管栄養の別を問わない。）を含むものである。

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

## ●特別食加算

・流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする。

・治療食に「てんかん食」追加。

てんかん食とは…難治性てんかん（外傷性のものを含む。）の患者に対し、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限及び脂質量の増加が厳格に行われた治療食をいう。ただし、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対し、治療食として当該食事を提供した場合は、「てんかん食」として取り扱って差し支えない。

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費

## ●入院時食事療養費における標準負担額

（１食につき）

<table>
<tr><th colspan="3">対象患者</th><th colspan="2">食事療養標準負担額</th></tr>
<tr><td rowspan="2">A</td><td colspan="2" rowspan="2">B、C、D以外の患者</td><td>H28.4.1～</td><td>360円</td></tr>
<tr><td>H30.4.1～</td><td>460円</td></tr>
<tr><td>B</td><td colspan="2">・C、D以外の指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等<br>・H27.4.1以前からH28.4.1日まで継続して精神病床に入院していた一般所得区分の患者等</td><td colspan="2">260円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">C</td><td rowspan="2">低所得者Ⅱ</td><td>過去１年間の入院期間が 90 日以内</td><td colspan="2">210円</td></tr>
<tr><td>過去１年間の入院期間が 90 日超</td><td colspan="2">160円</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2">低所得者Ⅰ</td><td colspan="2">100円</td></tr>
</table>

施設基準の一部簡素化
常勤配置の取り扱い
保険外併用療養費
経過措置等について
特定保険医療材料経過措置について

# 施設基準に係る届出の一部簡素化について

➢ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う

適時調査や指導などで施設基準を満たしていることが確認される。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

## 施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- ○夜間・早朝等加算
- ○明細書発行体制等加算
- ○臨床研修病院入院診療加算
- ○救急医療管理加算
- ○妊産婦緊急搬送入院加算
- ○重症皮膚潰瘍管理加算
- ○強度行動障害入院医療加算
- ○がん診療連携拠点病院加算
- ○小児科外来診療料
- ○夜間休日救急搬送医学管理料
- ○がん治療連携管理料
- ○認知症専門診断管理料
- ○経皮的冠動脈形成術
- ○経皮的冠動脈ステント留置術
- ○医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術

## 別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

（　　）内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- ○外来リハビリテーション診療料（心大血管疾患リハビリテーション料　等）
- ○一酸化窒素吸入療法（新生児特定集中治療室管理料　等）
- ○造血器腫瘍遺伝子検査（検体検査管理加算）
- ○大腸CT撮影加算（CT撮影　64列以上の場合　等）
- ○植込型除細動器移行期加算（両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術　等）
- ○植込型心電図検査（ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　等）
- ○植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術（ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　等）
- ○経皮的大動脈遮断術（救命救急入院料　等）
- ○ダメージコントロール手術（救命救急入院料　等）
- ○認知症地域包括診療加算（※）（地域包括診療加算）
- ○認知症地域包括診療料（※）（地域包括診療料）
- ○廃用症候群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）

## 施設基準に係る届出を統一するもの（いずれかを届け出ればすべて算定可能）

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- ○腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- ○腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- ○腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- ○腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- ○腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- ○腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- ○腹腔鏡下小切開腎摘出術
- ○腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- ○腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
- ○腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- ○腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- ○持続血糖測定器加算
- ○皮下連続式グルコース測定

- ○センチネルリンパ節生検（併用）
- ○乳がんセンチネルリンパ節加算1

- ○センチネルリンパ節生検（単独）
- ○乳がんセンチネルリンパ節加算2

- ○時間内歩行試験
- ○シャトルウォーキングテスト（※）

- ○検査・画像情報提供加算（※）
- ○電子的診療情報評価料（※）

- ○人工膵臓検査
- ○人工膵臓療法（※）

小児科外来診療料の患者ごとに算定するかどうかを選択できないルールは変わっていない。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

**平成28年3月4日版　厚生労働省　平成28年度診療報酬改定の概要より抜粋**

# 基本診療料及び特掲診療料の施設基準

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑤】
常勤配置の取扱いの明確化　骨子【Ⅰ－２(5)】

## ●常勤配置の取扱いの明確化

| 現　行 | 改　定 |
|---|---|
| 【第１ 基本診療料の施設基準等】 | 【第１ 基本診療料の施設基準等】 |
| （新設）<br>常勤専従という要件のある施設基準についても、常勤専従というものも、複数の職員の勤務の合計で満たすことができることとなる。<br>（３／４ 厚労省説明会質疑応答より） | ８　基本診療料の施設基準における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成３年法律第 76 号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間において、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。<br><br>また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。 |
| 小児入院医療管理料の施設基準に、「少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科または小児外科の医師を組み合わせることにより、当該医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす」とあるが、この24時間程度の勤務も、複数の職員の勤務で満たすことまでを規定しているものではない。それぞれの施設基準において、別途何らか特段の規定があるものについては、そちらの規定を適用していくことになる。<br>（３／４ 厚労省説明会 質疑応答より） | |

# 基本診療料及び特掲診療料の施設基準

【Ⅰ－２（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑤】
常勤配置の取扱いの明確化　骨子【Ⅰ－２(5)】

## ●常勤配置の取扱いの明確化

| 現　行 | 改　定 |
| --- | --- |
| 【第１ 特掲診療料の施設基準等】<br><br>（新設） | 【第１ 特掲診療料の施設基準等】<br>４　特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第 76 号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を含めることができること。<br><br>また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。 |

# 保険外併用療養費

【Ⅲ－8（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－⑨】
医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大　　骨子【Ⅲ－８（9）】

## ●保険外併用療養費

### 基本的な考え方

採算性等の問題で企業治験が行われないが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験について、治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する。

### 具体的な内容

医薬品の治験では、同種同効薬の投薬及び注射に係る費用は保険外併用療養費の支給対象外とされているところ、医師主導治験については、同種同効薬に係る費用についても保険外併用療養費の支給対象とする。

# 経過措置等について①

| | 項目 | 経過措置 |
|---|---|---|
| 1 | 重症度、医療・看護必要度の見直し | ・重症度、医療・看護必要度に関する経過措置については、経過措置一覧の最終頁を参照のこと。 |
| 2 | 病棟群単位による届出 | ・病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われることとし、病棟群単位で算定できるのは平成30年3月31日までとする。 |
| 3 | 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合 | ・平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までは基準を満たしているものとする。<br>・当該基準又は、看護職員の配置基準（25対1）のみを満たさない病棟が、別に定める基準を満たしている場合には、平成30年3月31日までは、所定点数の100分の95を算定できる。 |
| 4 | 療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し | ・平成28年3月31日に当該加算の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までは基準を満たしているものとする。 |
| 5 | 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料における脳卒中患者の評価 | ・重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）の疾患及び状態等が医療区分1又は2に相当する場合について、平成28年3月31日時点で当該病棟に6ヶ月以上入院している患者は医療区分3相当のものとして所定点数を算定できる。 |
| 6 | 総合入院体制加算の実績要件等の見直し | ・平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。 |
| 7 | 認知症患者のケアに関する評価 | ・認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。 |
| 8 | 10対1入院基本料へのデータ提出要件化 | ・平成28年3月31日に10対1一般病棟入院基本料、一般病棟10対1特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとする。 |
| 9 | 精神科リエゾンチーム加算の看護師要件 | ・平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。 |
| 10 | 地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数の制限 | ・集中治療室等を持つ保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院において、平成28年1月1日時点で既に届け出ている地域包括ケア病棟については当該制限の対象に含まないものとする。 |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 | ・当該アウトカムの評価に係る実績指数の算出は、平成28年4月1日以降に当該病棟に入棟した患者を対象として、平成29年1月から3ヶ月ごとに算出する。 |
| 12 | 地域移行機能強化病棟入院料の届出 | ・当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。 |

# 経過措置等について②

| | 項目 | 経過措置 |
|---|---|---|
| 13 | 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し | ・平成28年1月1日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。 |
| 14 | がん性疼痛緩和指導管理料の見直し | ・現行のがん性疼痛緩和指導管理料2は、平成29年3月31日を以て廃止とする。 |
| 15 | ニコチン依存症管理料の要件見直し | ・当該保険医療機関における過去1年の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分から適用する。 |
| 16 | 自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し | ・平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付率等の要件を満たしているものとする。 |
| 17 | 診療情報提供料（Ⅰ） 検査・画像情報提供加算 | ・当該加算のイ（退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合）を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。 |
| 18 | 電子的診療情報評価料 | ・検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。 |
| 19 | 救命救急入院料等における薬剤管理指導の評価の見直し | ・改定前の薬剤管理指導料の1（救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合）は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできない。 |
| 20 | 在宅医療専門の医療機関に関する評価 | ・在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在総管及び施設総管について、所定点数の80/100を算定するところ、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。 |
| 21 | 在宅医療専門の医療機関に関する評価 | ・在宅療養支援歯科診療所以外の保険医療機関であって、歯科訪問診療料の注13に規定する基準を満たさないものは、注13に規定する点数（歯科初診料・歯科再診料に相当する点数）を算定するところ、平成29年3月31日までの間は歯科訪問診療料1，2，3により算定できる。 |
| 22 | 在宅療養支援歯科診療所の要件追加 | ・在宅療養支援歯科診療所について、主として歯科訪問診療を実施する診療所については新たな要件が追加されるが、平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。 |
| 23 | 在宅時医学総合管理料の対象となる住居 | ・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住居に居住している際に、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。 |

# 経過措置等について③

| | 項目 | 経過措置 |
|---|---|---|
| 24 | ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し | ・平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。 |
| 25 | 向精神薬多剤投与に係る報告 | ・向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。<br>・平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。 |
| 26 | 疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の要件見直し | ・平成28年3月31日時点で初期加算又は早期リハビリテーション加算を算定している患者は、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を引き続き適用する。 |
| 27 | 疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の起算日見直し | ・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定している患者は、当該時点における算定上限日数を引き続き適用する。 |
| 28 | 廃用症候群リハビリテーション料の新設 | ・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定している患者については、当該時点の算定上限日数を引き続き適用する。 |
| 29 | 維持期リハビリテーションの経過措置の延長 | ・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者に対する維持期リハビリテーションは、原則として平成30年3月31日までに介護保険へ移行するものとする。 |
| 30 | 要介護被保険者等に対するリハビリテーション | ・目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の減算(所定点数の90/100を算定する。)については、平成28年10月1日から実施する。 |
| 31 | 1回の処方で抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合の通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援指導料の減算 | ・減算しない場合の要件として、「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。<br>・減算しない場合の要件として、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。 |
| 32 | 訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定 | ・同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。 |

# 経過措置等について④

| | 項目 | 経過措置 |
|---|---|---|
| 33 | 精神科デイ・ケア等における患者の意向の聴取 | ・1年を超えて精神科デイ・ケア等を実施する患者に対する意向の聴取については、平成29年3月31日までの間、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても実施可能とする。 |
| 34 | 紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入 | ・自治体による条例の制定等が必要な公的医療機関の導入については、条例の制定等に要する期間を考慮し、平成28年9月30日まで猶予措置を設ける。 |
| 35 | 一部負担金のない患者に対する明細書無料発行 | ・自己負担のない患者（全額公費負担の患者を除く。）に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、平成30年3月31日までの猶予措置を設ける。 |

## 重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

| 要件 | 対象病棟 | 経過措置 |
|---|---|---|
| 該当患者割合 | 7対1入院基本料、看護必要度加算（10対1）、<br>急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、<br>看護補助加算1（13対1）、<br>救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料 | 平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。 |
| 評価票<br><br>研　修 | 7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、<br>総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、<br>看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（13対1）、<br>救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、<br>ハイケアユニット入院医療管理料、<br>回復期リハビリテーション病棟入院料、<br>地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7） | ・平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。<br>・評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。<br><br>※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価表を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。 |

**特定医療材料**
**経過措置**

Ⅸ　経過措置

(1)　Ⅱの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

| | | |
|---|---|---|
| 060　固定用内副子（スクリュー）<br>(6)　その他のスクリュー<br>②　特殊型<br>イ　圧迫調整固定用・両端ねじ型<br>ⅱ　一般用 | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 38,300円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 34,300円 |
| 064　脊椎固定用材料<br>(1)　脊椎ロッド | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 42,600円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 39,300円 |
| 073　髄内釘<br>(1)　髄内釘<br>②　横止め型 | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 158,000円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 147,000円 |
| 073　髄内釘<br>(2)　横止めスクリュー<br>②　大腿骨頸部型 | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 38,800円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 36,100円 |
| 077　人工靱帯<br>(1)　固定器具なし | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 71,600円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 64,100円 |
| 077　人工靱帯<br>(2)　固定器具つき | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 79,200円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 70,900円 |
| 120　生体弁<br>(2)　異種心膜弁(1) | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 680,000円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 609,000円 |
| 127　人工心肺回路<br>(6)　個別機能品<br>⑦　血液学的パラメーター測定用セル<br>ア　標準型 | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 12,300円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 11,000円 |
| 130　心臓手術用カテーテル<br>(3)　冠動脈用ステントセット<br>①　一般型 | 平成28年４月１日から<br>平成28年12月31日まで | 162,000円 |
| | 平成29年１月１日から<br>平成29年３月31日まで | 149,000円 |

**特定医療材料**
**経過措置**

(2)　Ⅱの規定にかかわらず、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第１条の規定による改正前の薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第１項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第23条の２の５第１項の規定による承認を受け、次の表の左欄の承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

| | | |
|---|---|---|
| 010　血管造影用マイクロカテーテル<br>(3)　遠位端可動型治療用<br>（承認番号）<br>22600BZX00482000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 75,900円 |
| 040　人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）<br>(4)　持続緩徐式血液ろ過器 | 平成28年４月１日から<br>平成28年６月30日まで | 28,500円 |
| ②　特殊型<br>（承認番号）<br>22500BZX00401000 | 平成28年７月１日から<br>平成30年３月31日まで | 27,800円 |
| 057　人工股関節用材料<br>(1)　骨盤側材料<br>①　臼蓋形成用カップ（直接固定型）<br>ウ　特殊型（Ⅳ）<br>（承認番号）<br>22700BZX00259000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 141,000円 |
| 057　人工股関節用材料<br>(2)　大腿骨側材料<br>①　大腿骨ステム（直接固定型）<br>ウ　特殊型（Ⅱ）<br>（承認番号）<br>22700BZX00259000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 435,000円 |
| 090　人工内耳用材料<br>(2)　人工内耳用音声信号処理装置<br>②　残存聴力活用型<br>（承認番号）<br>22500BZI00020000 | 平成28年４月１日から<br>平成28年６月30日まで | 929,000円 |
| 123　経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル<br>(1)　熱アブレーション用<br>③　バルーン型<br>（承認番号）<br>22700BZX00355000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 521,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>ア　血液ポンプ<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 5,170,000円 |

特定医療材料
経過措置

| | | |
|---|---|---|
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>イ　心尖部脱血用カニューレ<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 764,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>ウ　心房脱血用カニューレ<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 708,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>エ　動脈送血用カニューレ<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 712,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>オ　アクセサリーセット<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 342,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>カ　ドライビングチューブ<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 82,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>キ　カニューレコネクティングセット<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 152,000円 |
| 129　補助人工心臓セット<br>(1)　体外型<br>②　小児用<br>ク　カニューレエクステンションセット<br>（承認番号）<br>22700BZX00179000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 152,000円 |
| 133　血管内手術用カテーテル<br>(9)　血栓除去用カテーテル<br>④　脳血栓除去用<br>ウ　自己拡張型<br>（承認番号）<br>22500BZX00543000<br>22600BZX00166000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 379,000円 |

特定医療材料
経過措置

| | | |
|---|---|---|
| 144　両室ペーシング機能付き植込型除細動器<br>(2)　4極用<br>②　ＭＲＩ対応型<br>（承認番号）<br>22700BZX00072000 | 平成28年４月１日から<br>平成29年６月30日まで | 4,610,000円 |
| 146　大動脈用ステントグラフト<br>(5)　大動脈解離用ステントグラフト（メイン部分）<br>（承認番号）<br>22600BZX00454000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 1,520,000円 |
| 146　大動脈用ステントグラフト<br>(6)　大動脈解離用ステントグラフト（補助部分）<br>（承認番号）<br>22600BZX00454000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 338,000円 |
| 146　大動脈用ステントグラフト<br>(7)　大動脈解離用ステントグラフト（ベアステント）<br>（承認番号）<br>22600BZX00454000 | 平成28年４月１日から<br>平成30年３月31日まで | 878,000円 |
| 185　オープン型ステントグラフト<br>（承認番号）<br>22600BZX00033000 | 平成28年４月１日から<br>平成28年６月30日まで | 1,140,000円 |
| | 平成28年７月１日から<br>平成30年３月31日まで | 1,090,000円 |
| 187　半導体レーザー用プローブ<br>（承認番号）<br>22700BZX00165000 | 平成28年４月１日から<br>平成29年９月30日まで | 243,000円 |
| | 平成29年10月１日から<br>平成30年３月31日まで | 231,000円 |

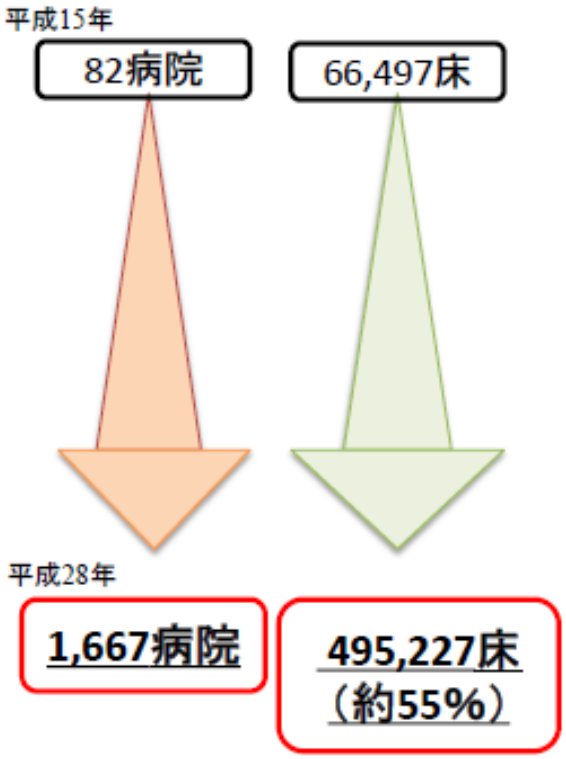
# 【参考資料】DPC／PDPS

# DPC/PDPS

**制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病院の約55％を占める**

【DPC対象病院数の変遷】

| 年度　及び　データの時期 | 病院数 | 一般病床数 |
|---|---|---|
| 平成15年度対象病院　（H15年4月） | 82 | 66,497 |
| 平成16年度対象病院　（H16年4月） | 144 | 89,330 |
| 平成18年度対象病院　（H18年4月） | 359 | 176,395 |
| 平成20年度対象病院　（H20年7月） | 713 | 286,088 |
| 平成21年度対象病院　（H21年7月） | 1,278 | 430,224 |
| 平成22年度対象病院　（H22年7月） | 1,388 | 455,148 |
| 平成23年度対象病院　（H23年4月） | 1,447 | 468,362 |
| 平成24年度対象病院　（H24年4月） | 1,505 | 479,539 |
| 平成25年度対象病院　（H25年4月） | 1,496 | 474,981 |
| 平成26年度対象病院　（H26年4月） | 1,585 | 492,206 |
| 平成27年度対象病院　（H27年4月） | 1,580 | 484,081 |
| 平成28年度対象病院　（H28年4月）（見込み） | 1,667 | 495,227 |
| （参考）全一般病院（※）（平成26年医療施設調査） | 7,426 | 894,216 |




※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す（医療施設調査）。

H28.3.8 厚労省：平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より抜粋

# DPC/PDPS

## 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の分類となった

| 改定時期 | MDC数（※1） | 傷病名数 | DPCコード（ツリー総数） | うち包括対象DPC数（※2） | 支払い分類（※3） |
|---|---|---|---|---|---|
| 平成15年4月 | 16 | 575 | 2,552 | 1,860 | |
| 平成16年4月 | 16 | 591 | 3,074 | 1,726 | |
| 平成18年4月 | 16 | 516 | 2,347 | 1,438 | |
| 平成20年4月 | 18 | 506 | 2,451 | 1,572 | |
| 平成22年4月 | 18 | 507 | 2,658 | 1,880 | |
| 平成24年4月 | 18 | 516 | 2,927 | 2,241 | |
| 平成26年4月 | 18 | 504 | 2,873 | 2,309 | |
| **平成28年4月** | **18** | **506** | **4,918** | **4,244** | **2,410** |

※1　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※2　改定時点で包括対象となっているDPC数
※3　CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

H28.3.8 厚労省：平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より抜粋

# DPC対象病院の要件について

一　急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの**7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出**を行っていること。

イ　A100 一般病棟入院基本料

ロ　A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）

ハ　A105 専門病院入院基本料

二　医科点数表に掲げる区分番号**A207診療録管理体制加算**に係る届出を行っていること。

三　厚生労働大臣が実施する次の調査に**適切に参加**すること。

イ　当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査　（※「**退院患者調査**」）

ロ　中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査　（※「**特別調査**」）

四　当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（算定告示第1項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した**1月あたりの値が0.875以上**であること。

| | |
|---|---|
| イ　A100　一般病棟入院基本料 | チ　A301－4　小児特定集中治療室管理料 |
| ロ　A104　特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） | リ　A302　新生児特定集中治療室管理料 |
| ハ　A105　専門病院入院基本料 | ヌ　A303　総合周産期特定集中治療室管理料 |
| ニ　A300　救命救急入院料 | ル　A303－2　新生児治療回復室入院医療管理料 |
| ホ　A301　特定集中治療室管理料 | ヲ　A305　一類感染症患者入院医療管理料 |
| ヘ　A301－2　ハイケアユニット入院医療管理料 | ワ　A307　小児入院医療管理料 |
| ト　A301－3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | |

五　適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。

適切なコーディング委員会の年4回の開催等

・多職種の参加
・DPC制度への理解を深め、適切なコーディングを推進する。
・実症例をもって議論をする際には、担当医等が出席し、診療報酬の多寡の議論を行わない旨を周知。

【※ DPC対象病院として望ましい基準】

救急医療管理加算 ・ 診療録管理体制加算1 ・ 適切なコーディングに関する委員会の毎月の開催

# DPC/PDPS

## 各医療機関の医療機関別係数は、以下の4つを合算したものとする

**基礎係数 （医療機関群別）**

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

**機能評価係数Ⅰ**

出来高報酬体系における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等を係数化したもの。

**機能評価係数Ⅱ**

DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ及び地域において医療機関が担うべき役割や機能等を評価したもの。

**暫定調整係数**

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

H28年度改定において機能評価係数Ⅱへの置換割合は75%で設定

[各病院群の基礎係数（平成28年度）]
＝{[各病院群の包括範囲出来高点数*1の平均値*2]×[改定率*3]
／[各病院群のDPC点数表*4に基づく包括点数*5の平均値*2]}

**＊1 改定前の出来高点数表に基づく（退院患者調査）。ただし、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映**
**＊2 当該病院群の全病院・全包括対象患者（改定後）の1入院あたりの平均値**
**＊3 平成28年度改定では（1－0.0103）となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映**
**＊4 DPC点数表は例外的な症例（アウトライヤー）を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。**
**＊5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。**

H28.3.8 厚労省：平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より抜粋

## ● 基礎係数（医療機関群）の見直し

### Ⅱ群病院（高機能な病院群）の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加

**Ⅱ群病院の選定にかかる実績要件**（高機能な病院）
・以下の4つの実績要件について、「Ⅰ群の最低値（外れ値を除く）」をすべて満たす病院をⅡ群とする。

| | | |
|---|---|---|
| 【実績要件1】：診療密度 | 1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正） | |
| 【実績要件2】：医師研修の実施 | 許可病床1床あたりの臨床研修医師数<br>（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで） | |
| 【実績要件3】：高度な医療技術の実施<br>（6項目のうち5項目以上を満たす） | 外保連試案 | (3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数 |
| | | (3b)：DPC算定病床当たりの同指数 |
| | | (3c)：手術実施症例件数 |
| | 特定内科診療 | (3A)：症例割合 |
| | | (3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 |
| | | (3C)：対象症例件数 |
| 【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施 | 複雑性指数（重症DPC補正後） | |

H28年新設

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## ● 機能評価係数Ⅰの見直し

**病棟群単位における届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては規定点数を加算する**

1. 「入院基本料の差額」を評価

診断群分類点数表は、「一般病棟10対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。

（例）

| |
|---|
| 一般病棟7対1入院基本料 |
| 専門病院7対1入院基本料 |
| 専門病院10対1入院基本料 |
| 特定機能病院7対1入院基本料 |
| 特定機能病院10対1入院基本料 |

**病棟群単位の届出における算定方法**

※ DPC対象病院において病棟群単位による届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては、算定告示に規定する点数を加算。

機能評価係数Ⅰは10対1を算定

- 10対1病棟（2病棟・100床）
- 7対1病棟（5病棟・250床）

7対1入院基本料を算定する場合は、規定の点数を加算

2. 「入院基本料等加算」等

「当該医療機関においてDPC包括算定をする全入院患者が算定する加算」等について評価する。

（例）

| |
|---|
| 総合入院体制加算 |
| 医師事務作業補助体制加算 |
| 診療録管理体制加算 |
| 検体検査判断料 |

## ● 機能評価係数Ⅱの見直し

### 重症度指数を追加した8指数により評価を行う

| 名称 | 評価の考え方 | |
|---|---|---|
| 1)保険診療係数 | 質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価 | →見直し |
| 2)効率性係数 | 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 | 現行通り |
| 3)複雑性係数 | 各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価 | 現行通り |
| 4)カバー率係数 | 様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価 | →見直し |
| 5)救急医療係数 | 救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価 | 現行通り |
| 6)地域医療係数 | 地域医療への貢献を評価<br>(中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価) | →見直し |
| 7)後発医薬品係数 | 入院医療における後発医薬品の使用を評価。 | →見直し |
| 8)重症度係数 | 診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価。 | H28年新設 |

| 評価指標(指数)の計算方法 |
|---|
| 当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕/〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。<br>(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。) |

H28.3.8 厚労省:平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より抜粋

# DPC/PDPS

## ①保険診療指数、④カバー率指数、⑥地域医療指数、⑦後発医薬品指数について必要な見直しを行う

①保険診療指数（全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。）

| | |
|---|---|
| 0.05点加点 | • 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（Ⅰ群のみ）<br>• 病院情報の公表（平成29年度より） |
| 0.05点減点 | • 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価）<br>• 適切な傷病名コードによるレセプトの請求<br>• 本院よりも機能が高い（※）分院（DPC対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅰ群のみ）<br>※ Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合<br>• Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院（Ⅰ群のみ）<br>• 精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院（Ⅰ群・Ⅱ群） |

④カバー率指数
- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
  - ✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数
- 地域がん登録に関する評価を廃止（平成29年度より）
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加（平成29年度より）

⑦後発医薬品指数
- 評価上限を70%とする。
  - ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う

| | 指数 | | 係数 | 評価の考え方 | 標準化（※4） |
|---|---|---|---|---|---|
| | 上限値 | 下限値 | | | |
| 保険診療 | （固定の係数値のため設定なし。） | | 0 | 群ごとに評価 | × |
| 効率性 | 97.5%tile 値 | 2.5%tile 値 | 0 | 全群共通で評価 | ○ |
| 複雑性 | 97.5%tile 値 | 2.5%tile 値 | 0 | 群ごとに評価 | ○ |
| カバー性 | 1.0 | 0（※1） | 0 | 群ごとに評価 | × |
| 救急医療 | 97.5%tile 値 | 0（※2） | 0 | 全群共通で評価 | × |
| 地域医療（定量） | 1.0 | 0 | 0 | 群ごとに評価 | × |
| （体制） | 1.0 | 0 | 0 | | |
| 後発医薬品 | 97.5%tile 値（※3） | 2.5%tile 値 | 0 | 全群共通で評価 | ○ |
| 重症度 | 90%tile 値 | 10%tile 値 | 0 | 群ごとに評価 | × |

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する　※3上限値は70%とする。
※4 分散が均等となるように標準化を行う（標準化対象の分散の平均値へ標準化）。

## ● 出来高算定となる患者

A 出来高算定する診断群分類に該当した場合

B 特殊な病態の患者

－入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡

－臓器移植患者の一部

－評価療養を受ける患者 等

C 一般病棟のうち、DPC算定とならない特定入院料等の算定患者

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A306-3 地域包括ケア病棟入院料

A310 緩和ケア病棟入院料 等

D 厚生労働大臣が定める者（告示に規定）

① 診療報酬改定で新たに保険収載された手術等が実施された患者

② 「高額薬剤」として別に定める薬剤を定められた診断群分類において使用した患者

③ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

【追加項目】

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

K768 体外衝撃波腎・尿管破砕術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

| | | |
|---|---|---|
| イ | J007－2 | 硬膜外自家血注入 |
| ロ | J118－4 | 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） |
| ハ | K059 | 骨移植術（軟骨移植術を含む。）3同種骨移植（非生体）イ同種骨移植（特殊なもの） |
| ニ | K080－6 | 関節鏡下股関節唇形成術 |
| ホ | K171－2 | 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術2頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。） |
| ヘ | K461－2 | 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術 |
| ト | K462－2 | 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） |
| チ | K464－2 | 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 |
| リ | K508－3 | 気管支熱形成術 |
| ヌ | K514 | 肺悪性腫瘍手術10壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの） |
| ル | K526－4 | 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法 |
| ヲ | K528－3 | 胸腔（ぐう）鏡下先天性食道閉鎖症根治手術 |
| ワ | K530－3 | 内視鏡下筋層切開術 |
| カ | K560－2 | オープン型ステントグラフト内挿術 |
| ヨ | K603－2 | 小児補助人工心臓（1日につき） |
| タ | K605－5 | 骨格筋由来細胞シート心表面移植術 |
| レ | K674－2 | 腹腔（ぐう）鏡下総胆管拡張症手術 |
| ソ | K677 | 胆管悪性腫瘍手術1膵（すい）頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの |
| ツ | K695－2 | 腹腔（ぐう）鏡下肝切除術（1部分切除及び2外側区域切除を除く。） |
| ネ | K703－2 | 腹腔（ぐう）鏡下膵（すい）頭十二指腸切除術 |
| ナ | K715－2 | 腹腔（ぐう）鏡下腸重積症整復術 |
| ラ | K726－2 | 腹腔（ぐう）鏡下人工肛（こう）門造設術 |
| ム | K773－5 | 腹腔（ぐう）鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） |
| ウ | K865－2 | 腹腔（ぐう）鏡下仙骨膣（ちつ）固定術 |
| ヰ | M001－4 | 粒子線治療（一連につき） |

## ● DPC制度における包括範囲

| 「医科点数表」における項目 | | 包括評価 | 出来高評価 |
|---|---|---|---|
| A 入院料等 | 入院基本料 | 全て | |
| | 入院基本料等加算 | 病棟全体で算定される加算等<br>（機能評価係数Ⅰとして評価） | 患者ごとに算定される加算等 |
| | 特定入院料 | ※入院基本料との差額を加算 | |
| B 管理等 | | 手術前医学管理料<br>手術後医学管理料 | 左記以外 |
| C 在宅医療 | | | 全て（DPC包括対象外） |
| D 検査 | | 右記以外 | 心臓カテーテル検査、内視鏡検査、<br>診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く） |
| E 画像診断 | | 右記以外 | 画像診断管理加算<br>動脈造影カテーテル法（主要血管） |
| F 投薬 | | 全て | |
| G 注射 | | 右記以外 | 無菌製剤処理料 |
| H リハビリテーション・<br>I 精神科専門療法 | | 薬剤料 | 左記以外 |
| J 処置 | | 右記以外（1000点未満処置） | 1000点以上処置<br>慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び<br>腹膜灌流に係る費用 |
| K 手術<br>L 麻酔<br>M 放射線治療 | | | 全て |
| N 病理診断 | | 右記以外 | 術中迅速病理組織標本作製<br>病理診断・判断料 |
| 薬材料 | | 右記以外 | HIV治療薬<br>血液凝固因子製剤（血友病等に対する） |

【追加項目】
A244　病棟薬剤業務実施加算2
A246　退院支援加算
A247　認知症ケア加算
A248　精神疾患診療体制加算
A249　精神科急性期医師配置加算
A250　薬剤総合評価調整加算

【追加項目】
小児入院医療管理料
①人工呼吸器使用
→1日につき600点加算
②重症児受入体制加算
→1日につき200点加算
（小児入院医療管理料3・4・5に限る）

【追加項目】
E003　頸動脈閉塞試験（マタス試験）

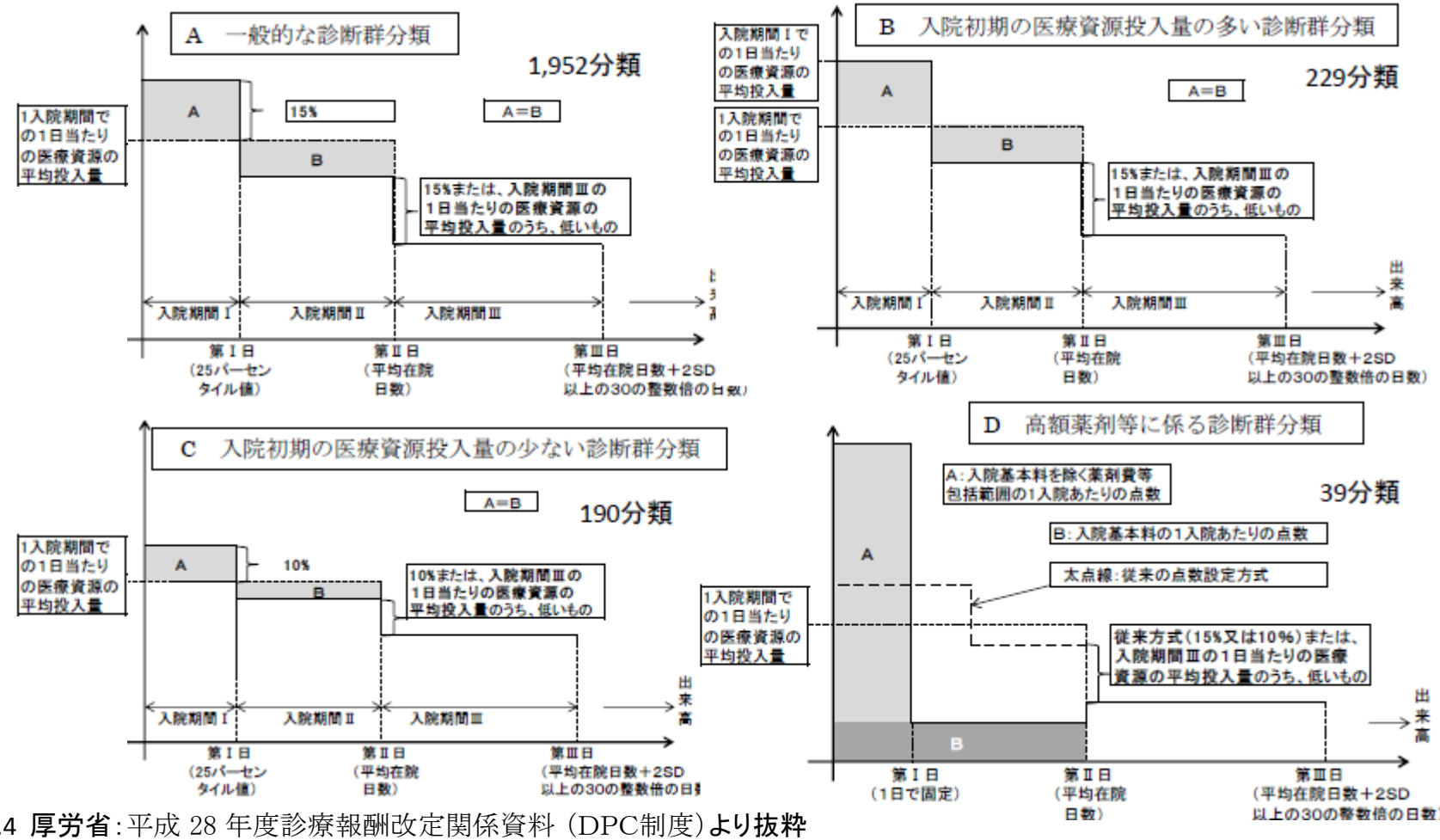
【追加項目】
J043-6　人工膵臓療法

H28.3.8 厚労省：平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より抜粋

# ● 点数設定方法の見直し

＜1日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数＋2SD以上の30の整数倍を超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応




H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## 点数設定方式Dの見直し

点数設定方式Dの対象選定に係る観点

- ○ 十分に普及している（全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる）
- ○ 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- ○ 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- ○ 入院中に複数回実施されるものは除外

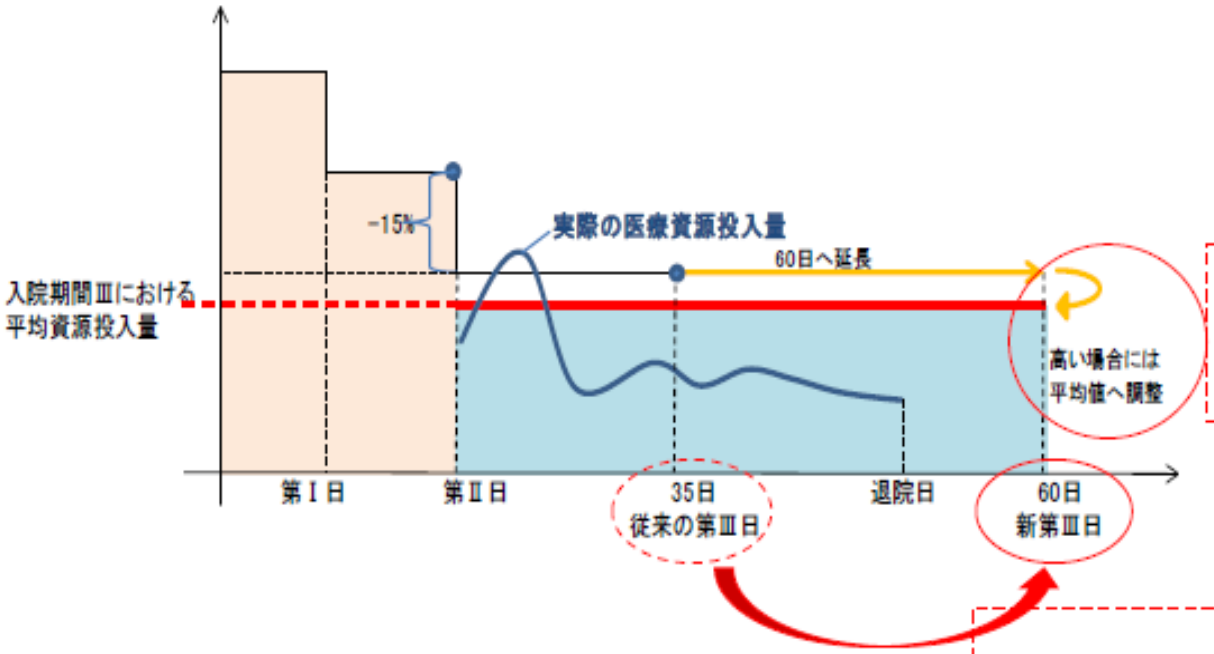
※化学療法については、レジメン（入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ）別に分析を行った。
※検査等については、平成26年度診断群分類点数表で定義されている検査を対象として検討を行った。

以下の6項目を新たに点数設定方式Dの対象として加える

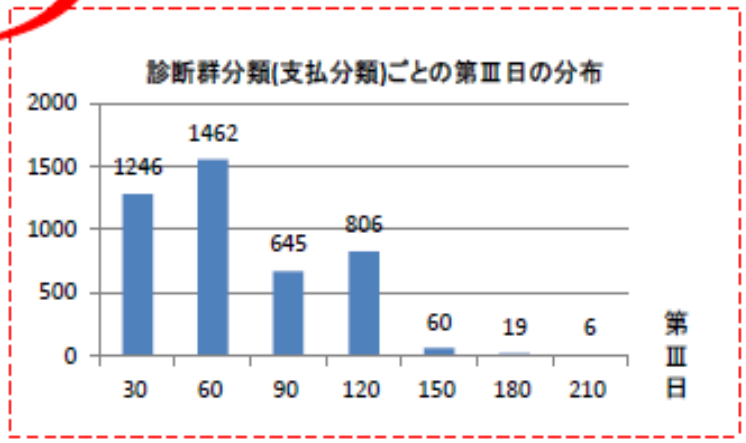
| H28DPC（副傷病分岐なし） | 内容 | 平均在院日数 |
|---|---|---|
| 060020xx99x7xx | 胃の悪性腫瘍　ラムシルマブ | 5.7 |
| 080005xx99x2xx | 黒色腫　ニボルマブ | 3.7 |
| 010070xx9910xx | 脳血管障害　E003造影剤注入手技 | 2.6 |
| 100020xx99x2xx | 甲状腺の悪性腫瘍　I131内用療法 | 6.0 |
| 010030xx9910xx | 未破裂脳動脈瘤　E003造影剤注入手技　動脈造影カテーテル法　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 | 2.6 |
| 050050xx9920xx | 狭心症、慢性虚血性心疾患　D206心臓カテーテル法による諸検査＋血管内超音波検査等 | 2.9 |

# DPC/PDPS

## 第Ⅲ日（包括算定の終了日）を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数調整を行う




2,410種類の支払分類のうち、426種類の支払分類において、調整が行われた。

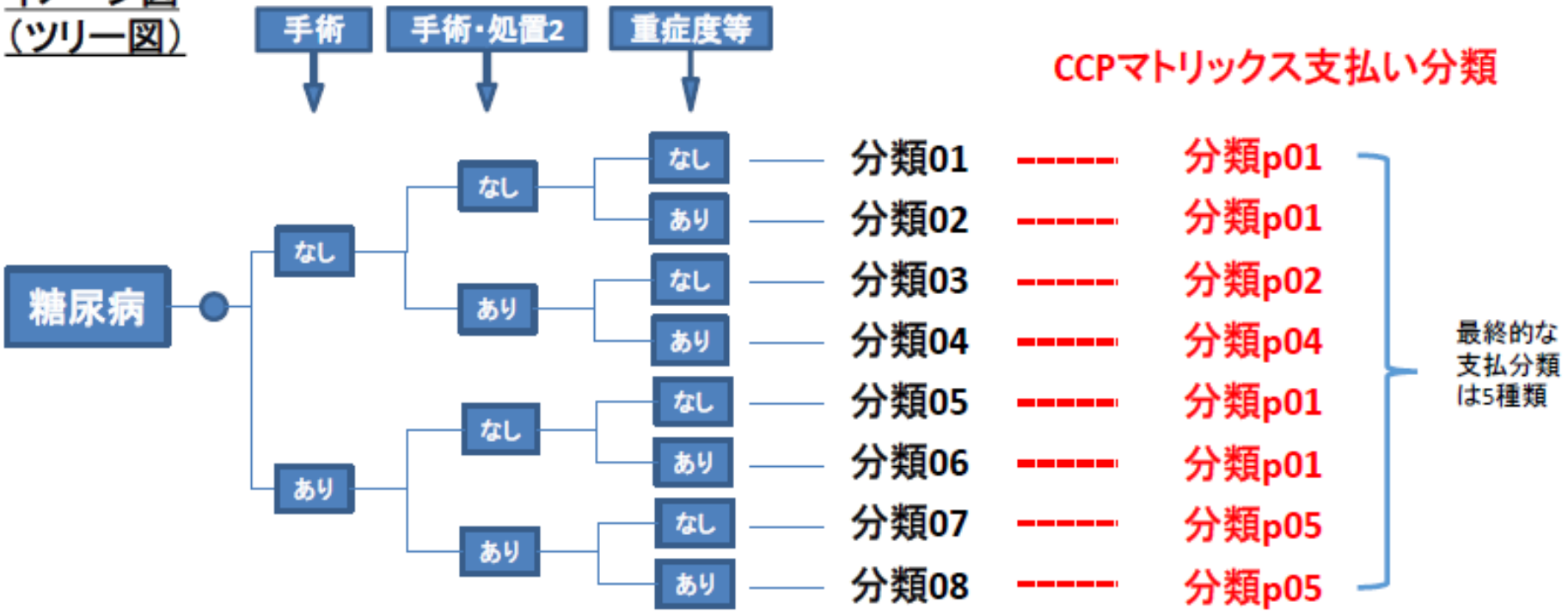



H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

# DPC/PDPS

## 診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)を導入

イメージ図
(ツリー図)



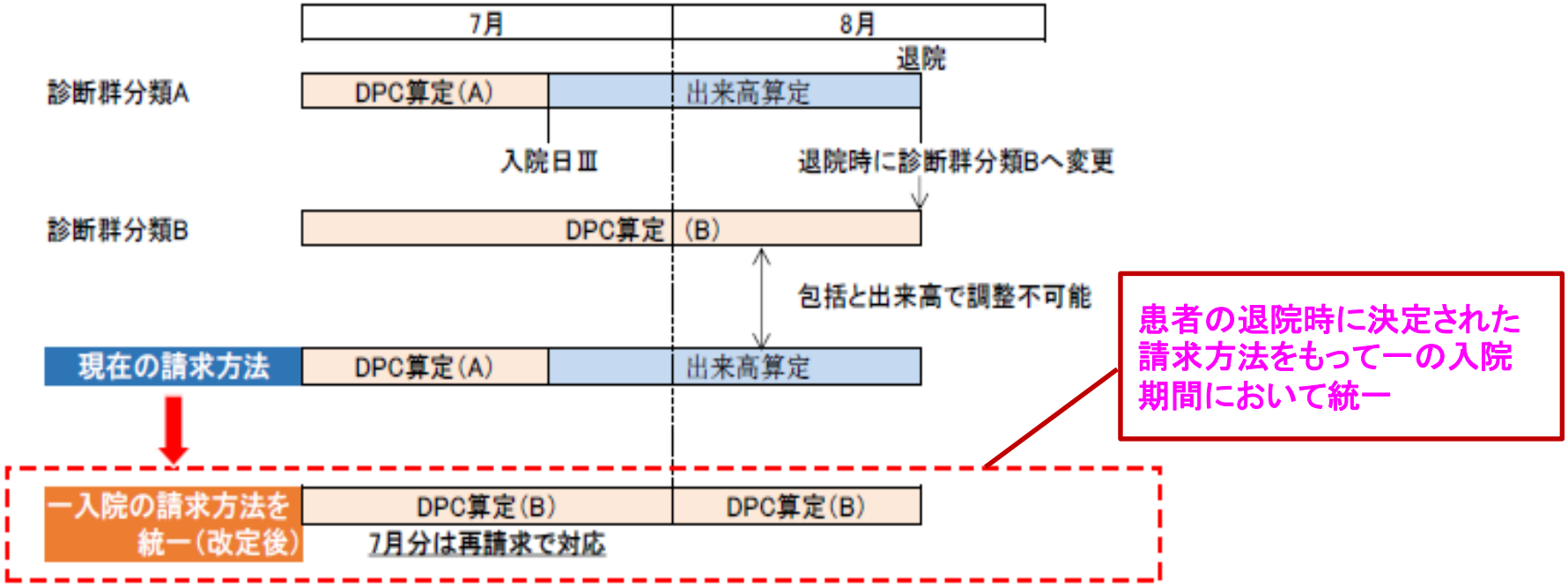

Comorbidity
Complication
Procedure

| 診断群分類 | 診断群分類数 | 支払い分類 |
|---|---|---|
| 010060　脳梗塞 | 1584分類 | 7分類 |
| 040080　肺炎等 | 1104分類 | 16分類 |
| 100060　～100081　糖尿病 | 144分類 | 27分類 |

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## ● 請求方法の見直し

**DPC対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する**

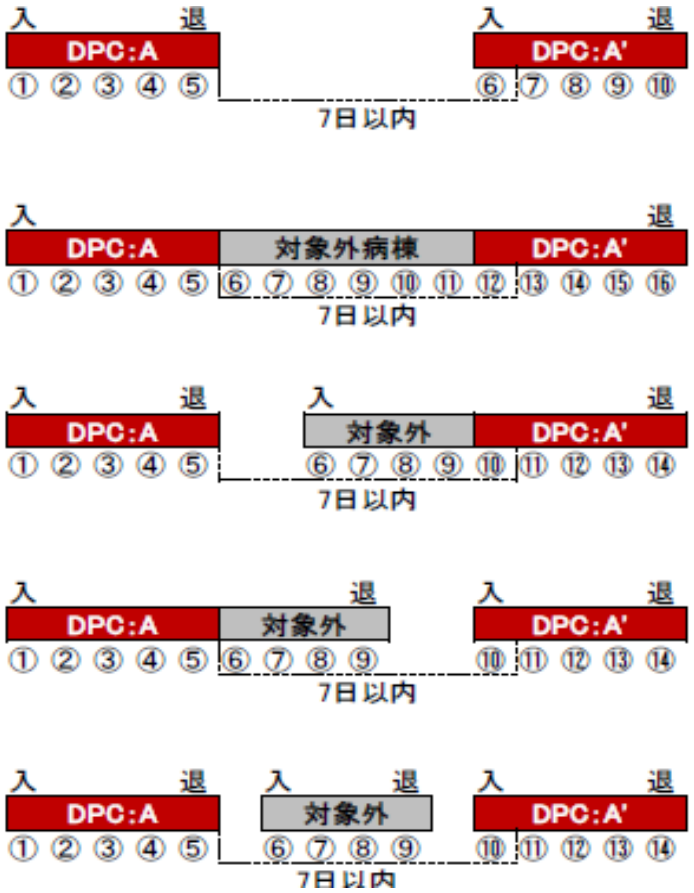



・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## ● ７日以内再入院の取扱いの見直し

**再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取扱う**




【「７日以内」に係る日数の考え方】
- ○ 直近のDPC算定病床を退院した日
- ○ DPC算定病床へ再入院した日

【「同一傷病」の考え方】
- ○ 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって、DPC上２桁コード（MDC）が同一である場合、一連とする。
- ○ 再入院時の「入院の契機となった傷病名」病名に「分類不能コード」を用いた場合には、一連の入院として扱う。

【入院期間への日数算入の考え方】
- ○ 退院期間は入院期間に算入せず、転棟期間は入院期間に算入する。

「分類不能コード」の例
- ○ R00.2 動悸
- ○ R05 咳
- 等
- ○ R06.0 呼吸困難
- ○ R63.0 食欲不振

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## ● 特定入院料等の点数の見直し

【特定機能病院】

| 区分 | 項目 | 算定単位 | 点数 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 現行 | 改定 |
| A301-4 | 小児特定集中治療室管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 13,708 | 13,708 |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 11,676 | 11,676 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | ― | 12,181 |
| | 31日以上35日以内の期間　【新設】 | | ― | 12,388 |
| A305 | 一類感染症患者入院医療管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 7,002 | ― |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 5,782 | ― |
| | 14日以内の期間 | | ― | 7,002 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | ― | 6,287 |
| | 31日以上の期間　【新設】 | | ― | 6,494 |
| A307 | 小児入院医療管理料 | | | |
| | 人工呼吸器を使用している場合　【新設】 | 1日につき | ― | 600 |
| | 重症児受入体制加算　【新設】　※3・4・5に限る | | ― | 200 |
| A104 | 7対1入院基本料（一般病棟に限る）【新設】※病棟群単位届出 | 患者ごと | ― | 260 |

## ● 特定入院料等の点数の見直し

【専門病院】

| 区分 | 項目 | 算定単位 | 点数 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 現行 | 改定 |
| A301-4 | 小児特定集中治療室管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 13,908 | 13,908 |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 11,876 | 11,876 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | ― | 12,181 |
| | 31日以上35日以内の期間　【新設】 | | ― | 12,388 |
| A305 | 一類感染症患者入院医療管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 7,202 | ― |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 5,982 | ― |
| | 14日以内の期間 | | ― | 7,202 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | ― | 6,287 |
| | 31日以上の期間　【新設】 | | ― | 6,494 |
| A307 | 小児入院医療管理料 | | | |
| | 人工呼吸器を使用している場合　【新設】 | 1日につき | ― | 600 |
| | 重症児受入体制加算　【新設】　※3・4・5に限る | | ― | 200 |
| A105 | 7対1入院基本料　【新設】　※病棟群単位届出 | 患者ごと | ― | 259 |

## ● 特定入院料等の点数の見直し

【特定機能病院・専門病院以外の一般病棟を有する病院】

| 区分 | 項目 | 算定単位 | 点数 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 現行 | 改定 |
| A301-4 | 小児特定集中治療室管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 13,970 | 13,970 |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 11,938 | 11,938 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | － | 12,196 |
| | 31日以上35日以内の期間　【新設】 | | － | 12,388 |
| A305 | 一類感染症患者入院医療管理料 | | | |
| | 7日以内の期間 | 1日につき | 7,264 | － |
| | 8日以上14日以内の期間 | | 6,044 | － |
| | 14日以内の期間 | | － | 7,264 |
| | 15日以上30日以内の期間　【新設】 | | － | 6,302 |
| | 31日以上の期間　【新設】 | | － | 6,494 |
| A307 | 小児入院医療管理料 | | | |
| | 人工呼吸器を使用している場合　【新設】 | 1日につき | － | 600 |
| | 重症児受入体制加算　【新設】　※3・4・5に限る | | － | 200 |
| A100 | 7対1入院基本料　【新設】　※病棟群単位届出 | 患者ごと | － | 259 |
| | 7対1入院基本料（月平均夜勤時間超過減算）　【新設】 | | － | 220 |
| | 7対1入院基本料（夜勤時間特別入院基本料）　【新設】 | | － | 181 |

# ● 退院患者調査（DPCデータ）の見直し

## 様式1

【既存項目の見直し】

| 項目名 | 対象患者 | 内容 | 考え方 |
|---|---|---|---|
| 退院情報 | 全患者 | 退院時転帰として「治癒・軽快」を入力 | 調査項目の入力精度向上の為。 |
| 再入院調査・再転棟調査 | 全患者 | DPC対象病棟より、「計画的・計画外」再入院の場合入力 | 調査項目の入力精度向上の為。 |
| CAN0040 がん患者/化学療法の有無 | 化学療法ありの患者 | 「化学療法の有無」の項目に経皮下を追加。 | 現状の項目が<br>0. 無<br>1. 有（経口）<br>2. 有（経静脈又は経動脈）<br>3. 有（その他）<br>であるが、経皮下で投与される薬剤も存在するため。 |
| M040020 肺炎患者/重症度 | 15歳以上で、医療資源病名が「040070インフルエンザ、ウイルス性肺炎」「040080肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の場合 | 現状の「市中肺炎」か「院内肺炎」かの分類の別に、「医療介護関連肺炎」を追加。 | 現在の調査では、医療介護関連肺炎は市中肺炎（入院時病名が肺炎）に含まれてしまうが、市中肺炎よりも院内肺炎に近く、治療介入が難しく長期になる。 |

【新規項目】

| 項目名 | 対象患者 | 内容 | 考え方 |
|---|---|---|---|
| 入院情報 | 全患者 | 「自傷行為・自殺企図の有無」を追加 | うつ病への入院加療として、緩やかな休養入院とは医療資源投入量（精神療法・薬物療法等）が大きく異なることが推測されるため。 |
| M050010 心不全患者/NYHA | 主傷病・医療資源・医療資源２のいずれかが、心不全の場合 | 心不全患者の場合は、入院・来院直後の①体血圧、②心拍数、③心調律を追加 | 急性心不全のレジストリー研究によると体血圧・心拍数・心調律が重症度に関係する。NYHA分類では医療資源投入量との関係性を示すことができなかったため、既存のNYHA分類との置き換えを行い重症度の精緻な評価ができないかを検討する必要があるため。 |

# DPC/PDPS

## EF統合ファイル

| 項目名 | 対象患者 | 内容 | 考え方 |
|---|---|---|---|
| 持参薬 | EFファイルを出力する患者 | 持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。 | 持参薬の検討のため、EFファイルに点数情報を含めて記載を求める。 |
| 医療区分・ＡＤＬ区分 | 療養病棟に入院する患者 | 医療区分・ＡＤＬ区分の記載。 | データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより） |

## Dファイル

| 項目名 | 対象患者 | 内容 | 考え方 |
|---|---|---|---|
| 診断群分類番号 | 一部の包括評価対象外の患者 | DPCコード（14桁）の記載対象の拡大と出来高請求理由の記載 | 包括評価の対象外の患者についても、以下の場合はDPCコードを記載<br>①出来高請求のDPCコードに該当する場合<br>②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合<br>③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた場合 |

## Hファイル

H28年新設

| 項目名 | 対象患者 | 内容 | 考え方 |
|---|---|---|---|
| 重症度、医療・看護必要度 | 7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行ことが必要な病棟）への入院患者 | 重症度、医療看護必要度の各項目の記載。 | ７対１病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたより的確な分析が可能になると考えられる。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより） |

H28.3.4 厚労省：平成 28 年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）より抜粋

## 退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

| 項目 | 病院種別 | 対象病棟 | 内容 | 経過措置期間 |
|---|---|---|---|---|
| 重症度、医療・看護必要度<br>(Hファイル) | 全病院 | 7対1、10対1、地域包括ケア<br>(評価票により評価を行ことが必要な病棟) | ・医療看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。 | 平成28年9月末まで<br>(6ヶ月) |
| 詳細な診療行為の提出<br>(EFファイル) | 全病院 | 精神病棟グループ・その他病棟グループ(療養病棟、地域包括ケア病棟など) | ・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。<br>・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。 | 平成28年9月末まで<br>(6ヶ月) |
| 持参薬を出力<br>(EFファイル) | DPC対象病院・準備病院 | 7対1、10対1(DPC対象病棟) | ・持参薬を使用した場合に、薬剤名・使用料を出力 | 平成28年9月末まで<br>(6ヶ月) |
| 14桁コードを出力<br>(Dファイル・レセプト) | DPC対象病院 | 7対1、10対1(DPC対象病棟) | ①出来高請求のDPCコードに該当する場合<br>②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合<br>③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた場合 | 平成28年9月末まで<br>(6ヶ月) |
| (参考)データ提出加算 | 10対1(200床以上)の病院 | 全病棟 | - | 平成29年3月末まで<br>(1年間) |

H28.3.4 厚労省:平成 28 年度診療報酬改定関係資料 (DPC制度)より抜粋

## 退院患者調査の見直し：持参薬関連

【前提】
DPC制度における診断群分類点数表には、入院中に使用される薬剤費も含まれた点数を設定している。

**DPC留意事項通知**
入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。**なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である**（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

【論点】
持参薬を使用した場合には、二重に点数を計上する事になるのではないかとの指摘があり、実態を把握し議論をする必要がある。

⇩

平成28年10月より、入院中に持参薬を使用した場合は、薬剤名・使用量等をEFファイルに出力する。
※当該入院期間中の日であれば、薬剤を使用した日でなくてもよい（退院日に一括出力も可とする。）。
※つまり、全く持参薬を使用しない場合には出力の必要はない。

H28.3.8 厚労省：平成 28 年度DPC参加病院　説明会資料より引用