

一般財団法人医療関連サービス振興会  
第227回 月例セミナー

2016年診療報酬改定  
-病院全体でどのように対応するのか-

平成28年4月15日（金）

講 師：高崎健康福祉大学  
健康福祉学部 医療情報学科  
准教授 木村 憲洋 氏

## <講師ご略歴>

### 木村 憲洋 氏

高崎健康福祉大学 健康福祉学部 医療情報学科 准教授

#### ■略歴

1971 年栃木県足利市生まれ。

1994 年武蔵工業大学卒業後、国立医療・病院管理研究所 病院管理専攻科・研究科修了、東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 博士課程満期退学。医療法人財団神尾記念病院、医療法人杏林会 今井病院勤務を経る。

2007 年からは高崎健康福祉大学 健康福祉学部 専任講師。

現在は、同学部 医療情報学科 准教授。

#### ■著書

- 『イラスト図解 医療費のしくみ』（共著）日本実業出版社 2014年
- 『だれでもわかる！医療現場のための病院経営のしくみ-医療制度から業務管理・改善の手法まで、現場が知りたい10のテーマ』（共著）日本医療企画 2014年
- 『病院の上手な使い方』扶桑社文庫 2012年
- 『診療報酬の見方・読み方・使い方 超イロハ』日総研出版 2010年
- 『図解雑学 病院の仕事のしくみ』（共著）ナツメ社 2008年
- 『イラスト図解 薬局のしくみ』（共著）日本実業出版社 2006年
- 『イラスト図解 病院のしくみ』（共著）日本実業出版社 2005年

その他多数。



# 2016年診療報酬改定

高崎健康福祉大学  
木村憲洋

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

1

## 2016年度 診療報酬改定

- 診療報酬改定 改定率-1.03%
  - 診療報酬本体 +0.49%
    - 医科 +0.56%
  - 薬価・材料改定率 -1.33%

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

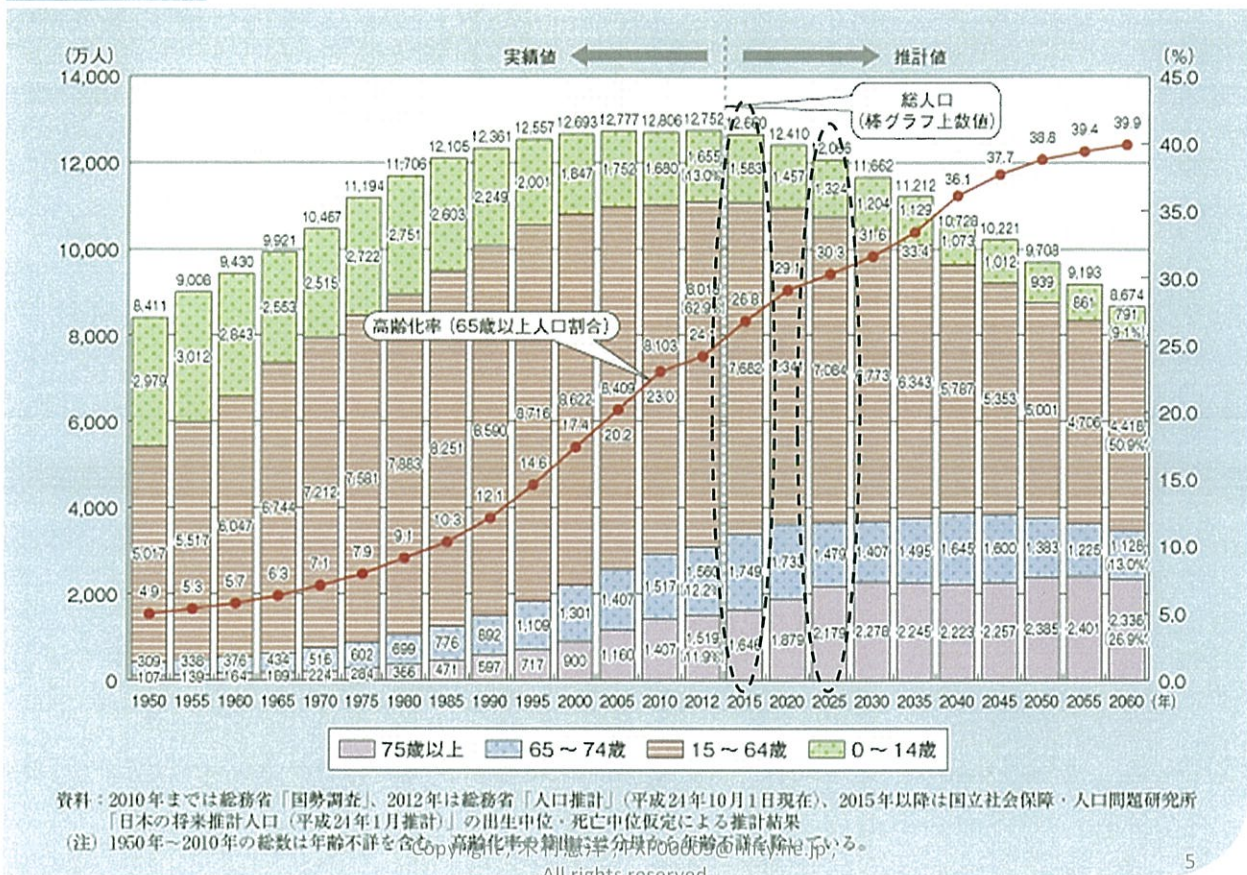
2

# 診療報酬改定に対する前提

- 2025年問題を意識する。
  - 医療政策の方向性がここにある。
  - 地域包括ケアシステムの意義

## ①2025年問題

- 2015年に「ベビーブーム世代」が前期高齢者に到達
  - 10年後:「ベビーブーム世代」が後期高齢者に到達
- 2025年には高齢者人口が3500万人に達する。
- これまでの高齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」、これからは、高齢化率の「高さ」が課題



## 認知症高齢者数の見通し

- 認知症高齢者数は、2002年に約150万人
  - 2025年には約320万人
- 2002年9月現在では、要介護者の1/2は、認知症の影響が見られる。

**認知症対策は？**  
**認知症を持つ方**  
**の病気の治療は？**



表1 認知症高齢者数の見通し

要介護者の認知症老人 自立度 (2002年9月末現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人					
		居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設	
総 数	314	210	32	25	12	34	
再 掲	認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推 計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度Ⅱ 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症 自立度Ⅲ 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

(平成15年6月 厚生労働省老健局総務課推計)

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

7

## 高齢者の世帯の見通し

- 世帯主が65歳以上である高齢者の世帯数は、2005年現在1340万世帯程度
  - 2025年には、約1840万世帯へ増加
- 2025年には、高齢者の世帯の約7割を一人暮らし、高齢者世帯が占めると見込まれる。
- 高齢者の一人暮らし世帯の増加が著しく、一人暮らし世帯は約680万世帯(約37%)に達する見込み。

## 高齢者の世帯をどうするか？

## 高齢者の世帯の次に何が起きる？

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

8



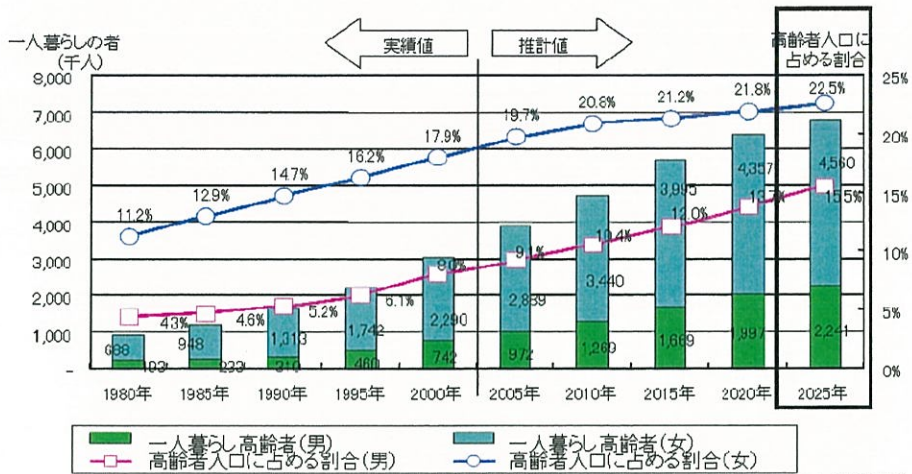
表2 高齢者世帯の将来推計

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
一般世帯	4,678	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上	1,114	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
単独	303	386	471	566	635	680
比率	27.2%	28.9%	30.6%	32.2%	34.4%	36.9%
夫婦のみ	385	470	542	614	631	609
比率	34.6%	35.1%	35.2%	34.8%	34.2%	33.1%

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合である。

出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」

図2 高齢一人暮らし世帯数の推移

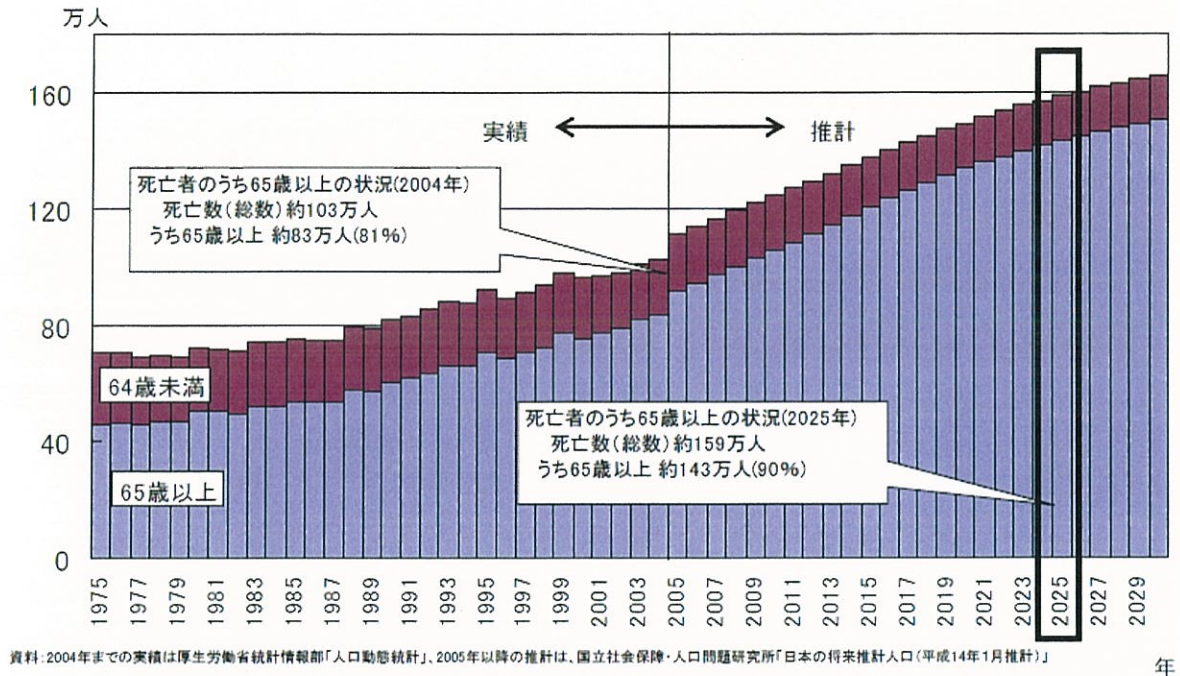


Copyright, 木村憲洋(国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」), All rights reserved

## 死亡者数の推移

- 年間死亡者数
  - 2015年約140万人(65歳以上約120万人)
  - 2025年約160万人(65歳以上約140万人)

図4 死亡数（総数）の推移と見通し



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

## 都道府県別高齢者人口の見通し

- これから急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」

表3 都道府県別高齢者人口の見通し（上位・下位）

	2004年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数(万人) と増加率(%)	増加数順位
埼玉県	109	196	87 (+80%)	1
東京都	223	308	85 (+38%)	2
神奈川県	141	226	84 (+60%)	3
千葉県	102	173	72 (+71%)	4
大阪府	155	219	64 (+41%)	5
秋田県	30	34	4 (+14%)	43
山形県	31	35	4 (+13%)	44
徳島県	19	23	4 (+19%)	45
鳥取県	14	17	3 (+21%)	46
島根県	20	22	2 (+8%)	47
全国	2488	3473	985 (+40%)	

総務省統計局「平成16年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都市圏の将来推計人口—平成14年3月推計—」より

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved



# 高齢化と財政

- ・ 生産年齢が減少、景気の停滞が税収や保険料に対して影響を与える。
  - ・ 増大する社会保障費に対して、保険料や税金が増えない可能性

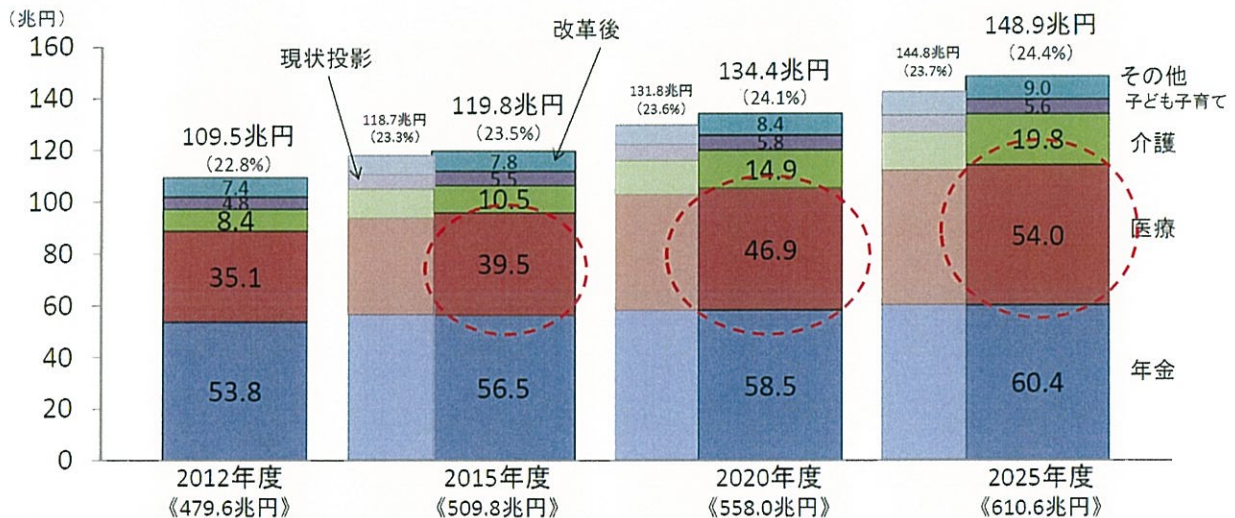
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

13

## 社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》

### ○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:上図の子ども・子育ては、新制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

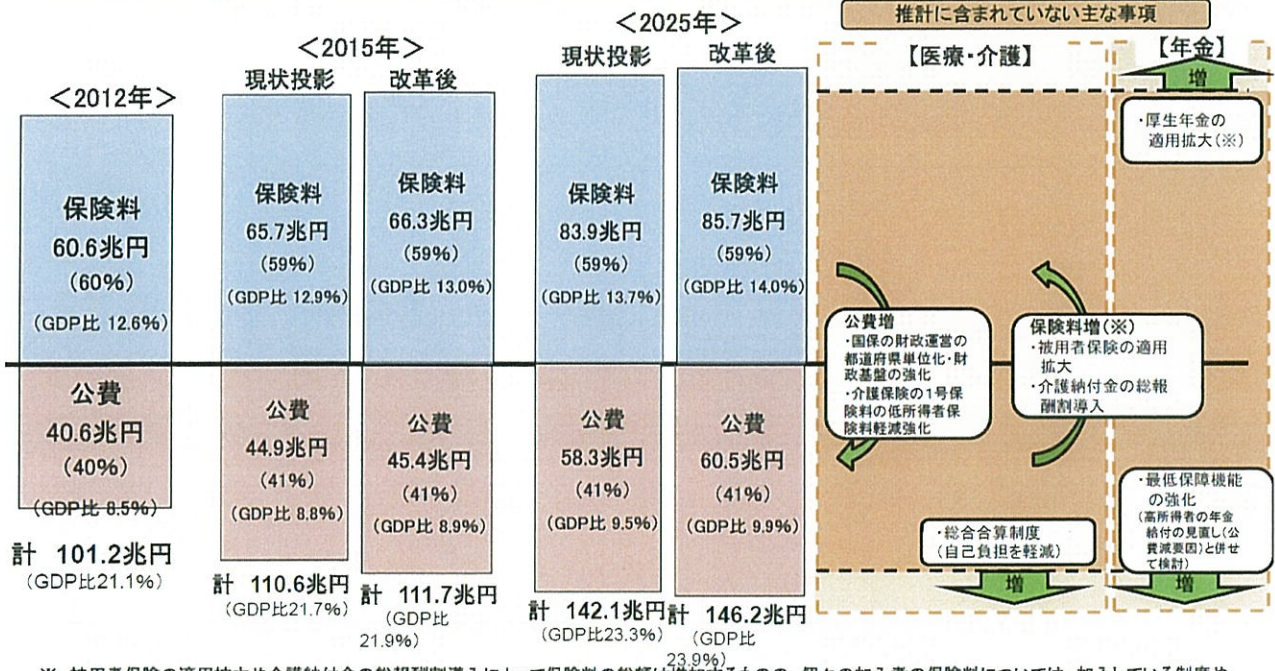
注3:( )内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

14



## 社会保障に係る費用の負担の見通しの全体像《改定後(平成24年3月)》



※ 被用者保険の適用拡大や介護納付金の総報酬率導入によって保険料の総額は増加するものの、個々の加入者の保険料については、加入している制度や所得水準によってその影響は異なり、すべての加入者の保険料負担が増加するわけではない。

今回の一体改革では、低所得者の国保・介護の保険料軽減や年金の加算などの低所得者対策を強化することにより、低所得の方の負担にも配慮。この結果、例えば、介護保険の1号保険料の低所得者保険料軽減強化については、所要額(～1,300億円)の全額を低所得者の保険料軽減に充てることとした場合、その保険料水準を3割程度引き下げた効果。

注：棒グラフ中の数字は、「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。(ただし、「Ⅱ 医療介護等

②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度の持続可能性の確保に向けた強化(給付の重点化・効率化)の進捗対策および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。) 8

All rights reserved

## 社会保障各制度の保険料水準の見通し《改定後(平成24年3月)》(現状投影)

制度	平成24年度 (2012)	平成27年度 (2015)	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
年金	国民年金	月額14,980円	月額16,380円 (平成16年度価格(注2))	月額16,900円 (平成16年度価格(注2))
	厚生年金	保険料率 16.412%(～8月) 16.766%(9月～)	保険料率 17.474%(～8月) 17.828%(9月～)	保険料率18.3%
医療	国民健康保険(2012年度資金換算)	月額7,600円	月額8,000円程度	月額8,600円程度
	協会けんぽ	保険料率10.0%	保険料率10.6%程度	保険料率10.7%程度
	組合健保	保険料率8.5%	保険料率9.1%程度	保険料率9.1%程度
	後期高齢者医療(2012年度資金換算)	月額5,400円	月額5,700円程度	月額6,100円程度
介護	第1号被保険者(2012年度資金換算)	月額5,000円	月額5,300円程度	月額6,000円程度
	第2号被保険者 (国民健康保険、2012年度資金換算)	月額2,300円	月額2,600円程度	月額2,900円程度
	第2号被保険者(協会けんぽ)	保険料率1.55%	保険料率1.7%程度	保険料率2.0%程度
	第2号被保険者(組合健保)	保険料率1.3%	保険料率1.4%程度	保険料率1.6%程度

前提：人口「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」出生中位・死亡中位 経済「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」慎重シナリオ

注1: この数値は2011年6月「社会保障に係る費用の将来推計」を元として、人口及び経済の前提の変化等による修正を加えた上で、所要保険料財源の総額などから算出したものであり、特に医療・介護については、

①これが実際の将来の個人の保険料(率)水準を表したものではないこと(各保険者によっても将来の保険料(率)は異なる)

②前提等により値が変わること などに留意し、一定程度の幅をもって見る必要がある。

注2: 平成25年度以降の国民年金保険料は、平成16年度価格水準で示された月額であり、実際の保険料額は物価及び賃金の変動を反映して決定することとされている。

注3: 医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の保険料水準である。

注4: 厚生年金、協会けんぽおよび組合健保の保険料率は、本人分と事業主負担分の合計である。

注5: 平成24(2012)年度の介護第1号被保険者の保険料額は第5期平均見込み値である。

All rights reserved



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性性等 75日程度 亜急性性等 57～58日程度 長期等 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

23

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

17

医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期			約199万円/月		約247万円/月
一般急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約145万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約191万円/月
亜急性期・回復期等			約104万円/月		約115万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約62万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養含)	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月	約17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。  
 (注2) 外来等の単価は受診1日当たりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、在宅医療等については1人1月当たりの費用額である。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

18



## マンパワーの必要量の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ	現状投影 シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30～32万人	30～31万人	33～35万人	32～34万人
看護職員	141万人	151～158万人	155～163万人	172～181万人	195～205万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91～95万人	91～95万人	102～107万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	76～80万人	79～83万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	520～546万人	620～651万人	704～739万人

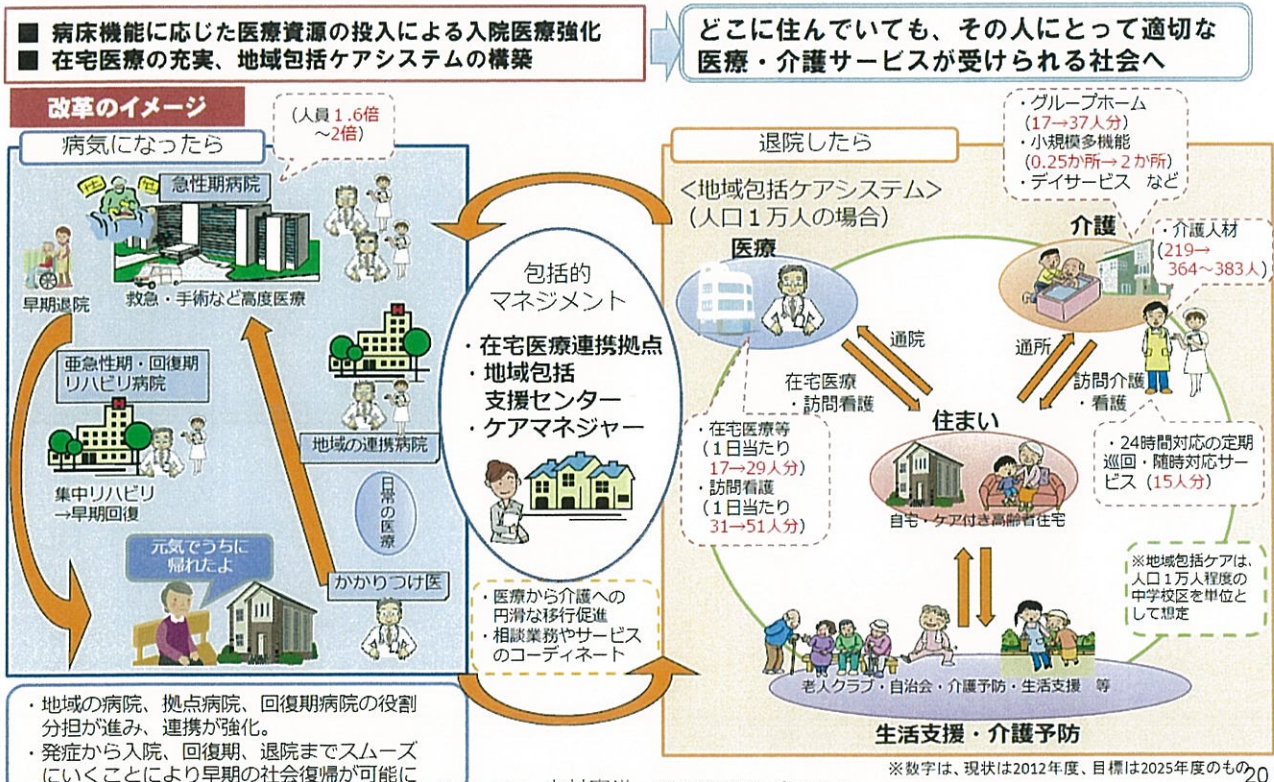
- (注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産業医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。  
※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護のその他職員には一定の職種のみを含む形で表章されており、本推計の表章値が比較的大きくみえることに留意が必要。
- (注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。(医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状±2.5%程度の幅を仮定。)
- (注3) 医師及び看護職員については、病床については病床当たりの職員配置を基本的に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。
- (注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.0時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間117.2時間)並に勤務すると仮定して推計している。(財)介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」による。
- (注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

19

26

## 医療・介護サービス保障の強化

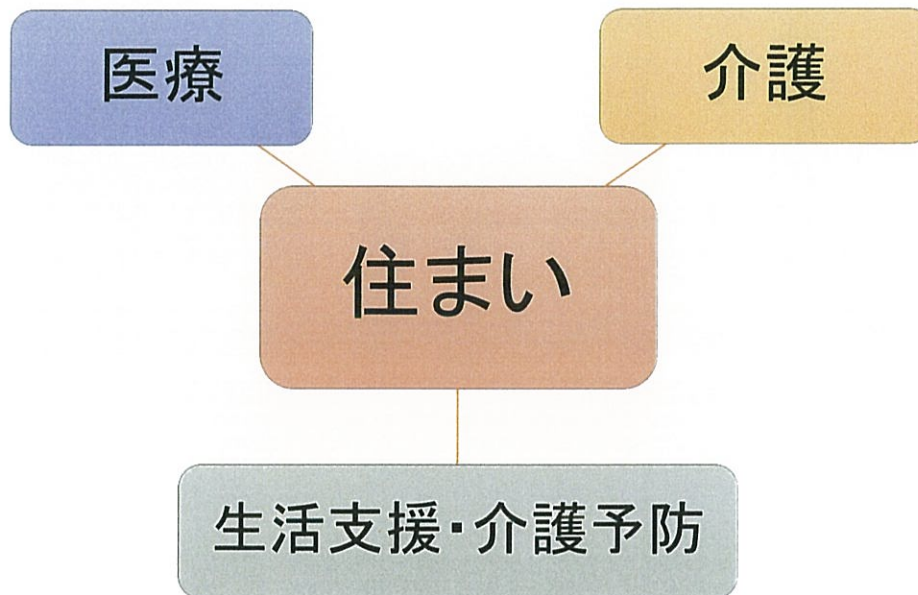


Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

20



# 地域包括ケアシステム



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

21

## 社会保障改革案2025年

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57~58日程度 長期ニズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料2

# 医療政策の方向性は？

- 皆さん医療政策の方向性について、どのような方向だと思えますか？
  - 医療費削減戦略
  - 医療の質向上戦略
  - 医療の効率向上戦略
  - その他

# 2016年診療報酬改定

- 外来
- 入院
- 在宅
- リハ関連
- 連携関連
- その他
- 精神科関連



# 外来

## 紹介状なしの大病院の受診

- 大病院とは、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院
- 定額負担
  - 選定療養＋定額負担 初診 5000円、再診 2500円
- 定額負担しないでいい場合
  - 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
  - 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

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、6か月間の経過措置を設ける。

# 地域包括診療料の基準緩和

## 施設基準

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。

### ア 診療所の場合

- 1 時間外対応加算1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
- 3 在宅療養支援診療所である

### イ 病院の場合

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。

- 2 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- 3 在宅療養支援病院の届出を行っている



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、以下のすべてを満たしていること。

### ア 診療所の場合

- 1 時間外対応加算1の届出を行っている
- 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

### イ 病院の場合

**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。**

- 2 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- 3 在宅療養支援病院の届出を行っている

# 地域包括診療加算の基準緩和2

## 施設基準

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つを満たしている。

- 1 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- 2 常勤の医師が3名以上配置されている。
- 3 在宅療養支援診療所である。



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つを満たしている。

- 1 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- 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。



# 小児かかりつけ診療料

## 点数算定

### 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

- (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)

## 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。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師がいること。
- (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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@mifty.ne.jp,  
All rights reserved

29

# 小児かかりつけ診療料2

## 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が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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@mifty.ne.jp,

All rights reserved

30



# 認知症に対する主治医機能

- 認知症地域包括診療料 1515点／月
- 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。
    - 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。
    - 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。
      - 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
      - 1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。
    - 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。
- 施設基準
  - 地域包括診療料の届出を行っている。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

31

# 認知症に対する主治医機能2

- 認知症地域包括診療加算 30点／月
- 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には、認知症地域包括診療加算として、30点を再診料に加算する。
    - 認知症以外に1以上の疾患(疑いは除く。)を有すること。
    - 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。
      - 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
      - 1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。
    - 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと。
- 施設基準
  - 地域包括診療加算の届出を行っている。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

32



# 診療所型認知症疾患医療センター

## 点数算定

認知症専門診断管理料1 700点  
認知症専門診断管理料2 300点



認知症専門診断管理料1  
イ 基幹型または地域型 700点  
ロ 診療所型 500点  
認知症専門診断管理料2 300点

## 現行の施設基準

### 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準

「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20年3月31日障発第0331009号)における認知症疾患医療センターであること。

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougai Shahukushi/kaigi\\_shiryu/dl/20120220\\_01\\_05-04.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/kaigi_shiryu/dl/20120220_01_05-04.pdf)

### 認知症疾患医療センター

設置場所: 身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数: 全国(都道府県・指定都市)に約175ヶ所設置予定

人員: 専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

# 在宅自己注射指導管理料

## 点数算定

1 複雑な場合 1,230点  
2 1以外の場合  
イ 月3回以下 100点  
ロ 月4回以上 190点  
ハ 月8回以上 290点  
ニ 月28回以上 810点

注2 導入初期加算 500点



1 複雑な場合 1,230点  
2 1以外の場合  
イ 月27回以下 650点  
ロ 月28回以上 750点

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 580点

# 外来化学療法

## 点数算定

イ 外来化学療法加算1	
(1) 外来化学療法加算 A	
1 15歳未満	780点
2 15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算 B	
1 15歳未満	630点
2 15歳以上	430点
ロ 外来化学療法加算2	
(1) 外来化学療法加算 A	
1 15歳未満	700点
2 15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算 B	
1 15歳未満	600点
2 15歳以上	350点



イ 外来化学療法加算1	
(1) 外来化学療法加算 A	
1 15歳未満	820点
2 15歳以上	600点
(2) 外来化学療法加算 B	
1 15歳未満	670点
2 15歳以上	450点
ロ 外来化学療法加算2	
(1) 外来化学療法加算 A	
1 15歳未満	740点
2 15歳以上	470点
(2) 外来化学療法加算 B	
1 15歳未満	640点
2 15歳以上	370点

# 在宅酸素療法指導管理料

## 点数算定

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	1,300点
2 その他の場合	2,500点



1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2400点
【在宅酸素療法材料加算】(3月に3回)	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780点
2 その他の場合	100点



# 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

点数算定

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1 2250点  
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点

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20以上である患者については、2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

【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】(3月に3回)

【在宅持続陽圧呼吸療法材料加算】(3月に3回)

1 ASVを使用した場合 3750点

2 CPAPを使用した場合 1100点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

100点

All rights reserved

37

## 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導

・糖尿病透析予防指導管理料 350点

・算定要件追加

- ・保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。



## 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導2

- 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/1.73m<sup>2</sup>)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。

### 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 6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eGFR<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>(ml/分/1.73m<sup>2</sup>)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eGFR<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>を測定した時点から前後3月時点のeGFR<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減している。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

39

## ニコチン依存症管理料

- ニコチン依存症管理料

- 1 初回 230点、2 2回目から4回目まで 184点、3 5回目 180点
- 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
- 別に厚生労働大臣が定める基準
  - 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。

### 算定要件

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。

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。

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。

3 (略)

別に厚生労働大臣が定める基準の実績に係る部分は平成29年7月1日から実施。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

平成28年4月1日から平成29年3月31日の「実績」<sup>40</sup>



# 入院医療

- 超急性期
- 急性期
- 亜急性期(地域包括)
- 回復期
- 慢性期
- 短期滞在
- 入院料加算
- 入院算定関連

# 超急性期

# 特定集中治療室 ICU

重症度、医療・看護必要度

A項目

A項目4点かつB項目3点以上

心電図モニター	1点
輸液ポンプの使用	1点
動脈圧測定(動脈ライン)	1点
シリンジポンプの使用	1点
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	1点
人工呼吸器の装着	1点
輸血や血液製剤の使用	1点
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	1点
特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)	1点

心電図モニター	1点
輸液ポンプの使用	1点
動脈圧測定(動脈ライン)	2点
シリンジポンプの使用	1点
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	2点
人工呼吸器の装着	2点
輸血や血液製剤の使用	2点
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	2点
特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)	2点

B項目

寝返り	1から2点
起き上がり	1点
座位保持	1から2点
移乗	1から2点
口腔清潔	1点

寝返り	1から2点
起き上がり	1点
座位保持	1から2点
移乗	1から2点
口腔清潔	1点
食事摂取	1~2点
衣服の着脱	1~2点
診療・療養上の指示が通じる	1点
危険行動	2点

## 特定集中治療室への薬剤師の配置

点数算定

病棟薬剤業務実施加算 100点/週

病棟薬剤業務実施加算1 100点/週  
病棟薬剤業務実施加算2 80点/日

算定要件

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。

施設基準

- 1 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っていること。
- 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。



# ハイケアユニット

重症度、医療・看護必要度

A項目3点かつB項目4点以上

## A項目

創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)  
蘇生術の施行  
呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)  
点滴ライン同時3本以上 心電図モニター  
輸液ポンプの使用 動脈圧測定(動脈ライン) シリンジポンプの使用  
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)  
人工呼吸器の装着 輸血や血液製剤の使用  
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル) 特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)

創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)  
蘇生術の施行 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 点滴ライン同時3本以上 心電図モニター  
輸液ポンプの使用

動脈圧測定(動脈ライン) シリンジポンプの使用 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) 人工呼吸器の装着  
輸血や血液製剤の使用 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)  
特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)

## B項目

床上安静の指示	1点
どちらかの手を胸元まで持上げられる	1点
寝返り	1から2点
起き上がり	1点
座位保持	1から2点
移乗	1から2点
移動方法	1点
口腔清潔	1点
食事摂取	1から2点
衣服の着脱	1から2点
他者への意思の伝達	1から2点
診療・療養上の指示が通じる	1点
危険行動	1点

床上安静の指示	1点
どちらかの手を胸元まで持上げられる	1点
寝返り	1から2点
起き上がり	1点
座位保持	1から2点
移乗	1から2点
口腔清潔	1点
食事摂取	1から2点
衣服の着脱	1から2点
他者への意思の伝達	1から2点
診療・療養上の指示が通じる	1点
危険行動	2点

2016

別紙17

## A項目

心電図モニター  
輸液ポンプの使用  
動脈圧測定(動脈ライン)  
シリンジポンプの使用  
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)  
人工呼吸器の装着  
輸血や血液製剤の使用  
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)  
特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)

ICU

## B項目

寝返り  
移乗  
口腔清潔  
食事摂取  
衣服の着脱  
危険行動  
診療・療養上の指示が通じる

3点

①A4点かつB3点以上  
ICU1、ICU2、ICU3、ICU4: 8割以上

別紙18

創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)  
蘇生術の施行  
呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)  
点滴ライン同時3本以上  
心電図モニター  
輸液ポンプの使用  
動脈圧測定(動脈ライン)  
シリンジポンプの使用  
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)  
人工呼吸器の装着  
輸血や血液製剤の使用  
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)  
特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)

HCU

寝返り  
移乗  
口腔清潔  
食事摂取  
衣服の着脱  
危険行動  
診療・療養上の指示が通じる

7点

①A3点かつB4点以上  
HCU1: 8割以上  
HCU2: 6割以上

別紙7

創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)  
呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)  
点滴ライン同時3本以上  
心電図モニター  
シリンジポンプの使用  
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)  
輸血や血液製剤の使用

専門的な治療・処置(2点)  
①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用)  
②抗悪性腫瘍剤の内服  
③麻薬注射剤の使用(注射剤を使用)  
④麻薬の内服・貼付  
⑤放射線治療  
⑥免疫抑制剤の使用  
⑦昇圧剤の使用  
⑧抗不整脈剤の使用  
⑨抗血栓薬の持続点滴  
⑩ドレナージの管理  
⑪無菌治療室での治療

救急搬送(2日間)

寝返り  
移乗  
口腔清潔  
食事摂取  
衣服の着脱  
危険行動  
診療・療養上の指示が通じる

①A2点かつB3点以上  
②A3点  
③C1点  
7対1: 2割5分以上

## C項目

開頭手術、開胸手術、開腹手術、骨の観血的手術、胸腔鏡・腹腔鏡手術、全身麻酔・脊髄麻酔の手術、救命等に係る内科的治療



# 脳卒中ケアユニット

## 施設基準

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。



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。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。

神経内科又は脳神経外科の経験5年の医師が夜間や休日に常時いなくても良くなった。ただし、連絡が取れる体制が必要となる。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

47

## NICU関連

### 点数算定

【小児特定集中治療室管理料】(1日につき)

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上14日以内の期間 13,720点



【小児特定集中治療室管理料】(1日につき)

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上14日以内の期間 13,720点

### 算定要件

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つては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあつては35日)を限度として算定する。

### ・ NICUの算定日数上限の延長疾患の追加

- ・ 出生体重が1,500g以上の新生児であっても、算定日数上限が延長される一部の先天性奇形等に、特別な治療を必要とする先天性心疾患を追加
  - ・ 対象疾患追加
    - ・ 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。)

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

48



# 急性期

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

49

## 救急患者の受入関連

- 夜間休日救急搬送医学管理料 600点
  - 時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算を算定可能とする。
  - 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

50

# 救急医療管理加算1 (800点→900点)

## 対象患者

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態  
 イ 意識障害又は昏睡  
 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態  
 エ 急性薬物中毒  
 オ ショック  
 カ 重篤な代謝障害(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 緊急手術を必要とする状態



ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態  
 イ 意識障害又は昏睡  
 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態  
 エ 急性薬物中毒  
 オ ショック  
 カ 重篤な代謝障害(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**

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

51

# 総合入院体制加算

総合入院体制加算1 240点  
 総合入院体制加算2 120点



総合入院体制加算1 240点  
**総合入院体制加算2 180点**  
 総合入院体制加算3 120点

## 施設基準

### 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。
- 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表における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
- 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

### 総合入院体制加算2

- 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数が2000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。
- 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、以下のいずれも満たすこと。  
 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。  
 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。
- 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。
- 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。

### 総合入院体制加3

- 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3つ以上を満たしていること。
- ② 精神科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれかを満たすこと  
 ・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。  
 ・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の算定件数が年間20件以上
- 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表におけるA得点が2点以上又はM得点が1点以上の患者が2割7分以上であること。

人工心肺を用いたい手術	40件/年
悪性腫瘍手術	400件/年
腹腔鏡下手術	100件/年
放射線治療(体外照射)	4000件/年
<b>化学療法</b>	<b>1000/年</b>
分娩件数	100件/年

## 経過措置

平成29年3月31日まで

52



# 重症度、医療・看護必要度の見直し

## A項目(2014)

- 1 創傷処置
- ①創傷処置②褥瘡処置
- ①、②いずれか一つ以上該当する  
る場合
- 2 呼吸ケア
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置
- ① 抗悪性腫瘍剤の使用
- ② 抗悪性腫瘍剤の内服
- ③ 麻薬注射薬の使用
- ④ 麻薬の内服・貼付
- ⑤ 放射線治療
- ⑥ 免疫抑制剤の使用
- ⑦ 昇圧剤(注射)の使用
- ⑧ 抗不整脈剤の使用
- ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴
- ⑩ ドレナージの管理



## A項目(2016)

- 1 創傷処置
- ①創傷処置②褥瘡処置
- 2 呼吸ケア
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置
- ① 抗悪性腫瘍剤の使用
- ② 抗悪性腫瘍剤の内服
- ③ 麻薬注射薬の使用
- ④ 麻薬の内服・貼付
- ⑤ 放射線治療
- ⑥ 免疫抑制剤の使用
- ⑦ 昇圧剤(注射)の使用
- ⑧ 抗不整脈剤の使用
- ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴
- ⑩ ドレナージの管理
- ⑪ 無菌治療室での治療
- 8 救急搬送(2日間)

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

53

## B項目

### B項目(2014)

- 寝返り
- 起き上がり
- 座位保持
- 移乗
- 口腔清拭
- 衣服の着脱



### B項目(2016)

- 寝返り
- 起き上がり
- 座位保持
- 移乗
- 口腔清拭
- 衣服の着脱
- 危険行動
- 診療・療養上の指示が通じる

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

54



# C項目

## C項目(2016)

開頭の手術	7日間
開胸の手術	7日間
開腹の手術	5日間
骨の観血的手術	5日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間(上記を除く)
救命等に係る内科的治療	2日間

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

55

## A項目

- 1 創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)
- 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置(2点)
  - ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用)
  - ②抗悪性腫瘍剤の内服
  - ③麻薬注射薬の使用(注射剤を使用)
  - ④麻薬の内服・貼付
  - ⑤放射線治療
  - ⑥免疫抑制剤の使用
  - ⑦昇圧剤の使用
  - ⑧抗不整脈剤の使用
  - ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
  - ⑩ドレナージの管理
  - ⑪無菌治療室での治療
- 8 救急搬送

## B項目

- 寝返り
- 移乗
- 口腔清潔
- 食事摂取
- 衣服の着脱
- 危険行動
- 診療・療養上の指示が通じる

## C項目

- 開頭の手術
- 開胸の手術
- 開腹の手術
- 骨の観血的手術
- 胸腔鏡・腹腔鏡手術
- 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
- 救命等に係る内科的治療

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(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つては、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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

56



# A項目とB項目とC項目の関係

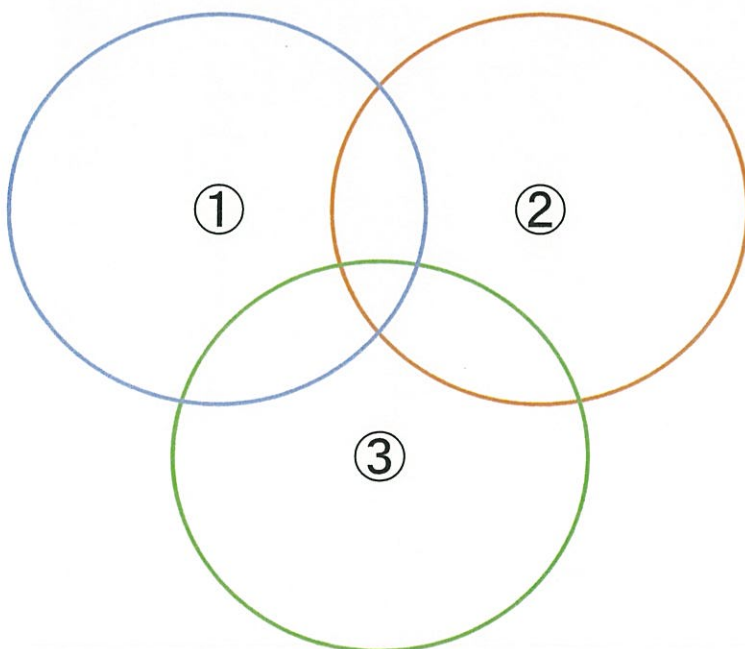
	A項目	B項目	C項目
①	A得点 2点	B得点 3点	
②	A得点 3点		
③			C得点 1点

$$\textcircled{1} + \textcircled{2} + \textcircled{3} = 25\%$$

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

57

## 重症度、医療・看護必要度の計算で注意すべき点



- ①A項目: 2点、B項目: 3点
- ②A項目: 3点
- ③C項目: 1点

↓  
**25%**

# Q. 必要度がクリアできないときの病棟の転換

## ・ポイント

- ・必要度がクリアできない時の院内の説明
- ・何に転換するのか？

# 看護必要度と稼働の考え方

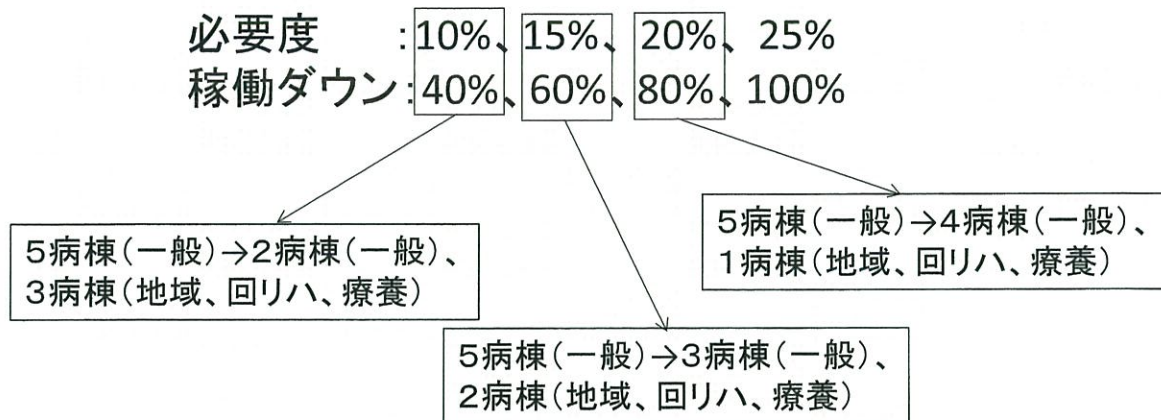
- ・一定基準以上の看護必要度の患者割合(Z) = 一定基準以上の看護必要度の患者(X) ÷ 延べ患者数(Y)
  - ・ Y(↓)、X(↑) or Y(↓)、X(-)

$$Z = \frac{X}{Y}$$



# 必要度と稼働の組み合わせ

$$Z = \frac{X}{Y}$$



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

61

## 病棟の転換

- 病棟群による届出
- 地域包括ケア病棟
  - 病棟単位or病室単位
- 回復期リハビリテーション病棟
- 療養病棟

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

62

# 各病棟の概要

	特徴
地域包括ケア病棟	①亜急性期の病棟 ②病床機能報告制度において急性期として届出が可能 ③入院できる疾患を選ばない ④加算全てとると3008点となる。 ⑤算定のハードルは低い。
回復期リハビリテーション病棟	①回復期の病棟 ②病床機能報告制度において回復期として届出 ③入院できる疾患が規定されている ④回復期リハ病棟1になるためには最低半年かかる。それまで回復期リハ3となるため点数が低い。 ⑤患者を集められるかが勝負
療養病棟	①慢性期の病棟 ②病床機能報告制度においては慢性期として届出 ③入院できる疾患を選ばない ④療養病棟1と在宅復帰強化型が必須となる。 ⑤在宅復帰強化型への道が厳しい。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

63

## 病棟群単位による届出

- 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。
  - 届出可能な保険医療機関は、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、専門病院を含む)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。
  - 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。
  - 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。
  - 当該届出措置を利用した場合には、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)。
  - 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。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

64



# 急性期看護補助体制加算

- 急性期看護補助体制加算(1日につき)
  - 1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 160点
  - 2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 140点
  - 3 50対1急性期看護補助体制加算 120点
  - 4 75対1急性期看護補助体制加算 80点
- 施設要件
  - 7対1 : 15%→25%
  - 10対1: 5%→ 6%

## 10対1における看護必要度関連

- 急性期看護補助体制加算
  - 7対1:25%
  - 10対1:6%
- 急性期看護必要度加算

### 看護必要度加算

- イ 加算1 30点(15%)
- ロ 加算2 15点(10%)



### 看護必要度加算

- イ 加算1 55点(24%)
- ロ 加算2 45点(18%)
- ハ 加算3 25点(12%)

# 一般病棟入院基本料7対1

【一般病棟(7対1)、特定機能病院(一般7対1)、専門病院(7対1)】「施設基準」

- ① 看護配置が常時7対1以上であること。
- ② 看護職員の7割以上が看護師であること。
- ③ 平均在院日数が18日以内であること。
- ④ 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。
- ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。



- ① 看護配置が常時7対1以上であること。
- ② 看護職員の7割以上が看護師であること。
- ③ 平均在院日数が18日以内であること。
- ④ **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。**
- ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。
- ⑥ **退院患者のうち、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っている病棟若しくは病室、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(新設・後述)を届け出ている病棟に限る)、居住系介護施設又は介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型介護老人保健施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものに限る)に退院した者の割合が75%以上であること。**
- ⑦ **データ提出加算の届出を行っていること。**

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

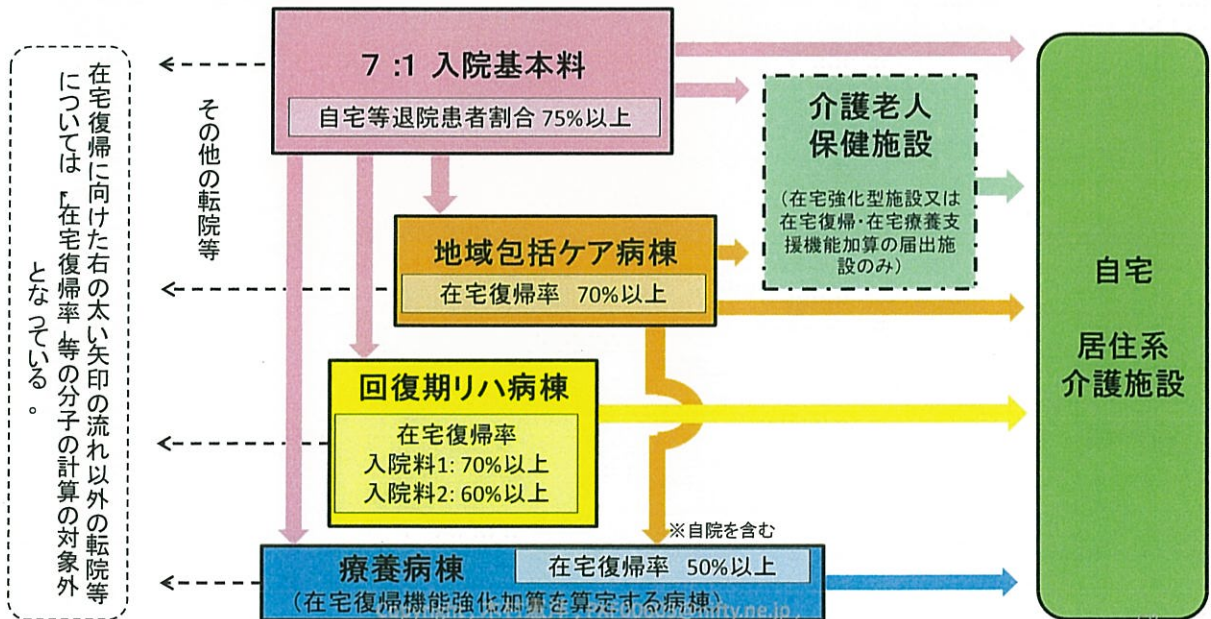
67

中医性  
27.3.4

## 「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

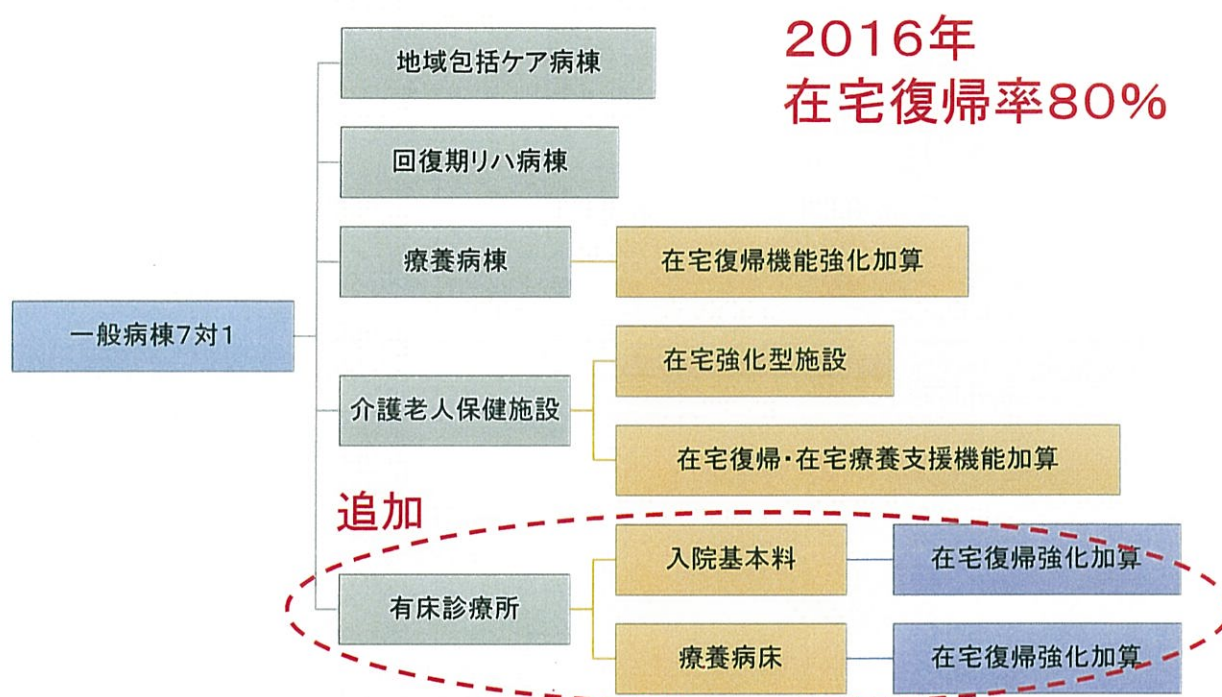
各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



All rights reserved



# 在宅復帰率の変更



Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

69

# 手術・処置の時間外等加算1

## 施設基準の変更

(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。

(3) (2) の当直等を行った日が年間12日以内であること。

(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。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

70



# 周術期口腔機能管理と医科歯科連携

## 点数算定

### 医科点数表

歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合は100点を所定点数に加算する。



### 医科点数表

歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合は**200点**を所定点数に加算する。

## 点数算定

### 歯科点数表

周術期口腔機能管理料を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は100点を所定点数に加算する。



### 歯科点数表

周術期口腔機能管理料を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は**200点**を所定点数に加算する。

悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定

# 歯科と病院との連携

## 点数算定

歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。



歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。**ただし、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者について、当該保険医療機関の歯科医師が当該患者の入院する病院の歯科医師と連携の下に周術期口腔機能管理及び周術期口腔機能管理に伴う治療行為を行う場合については歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料を算定できる。**



# 周術期口腔機能管理

- 周術期口腔機能管理計画策定料
  - 算定要件に緩和ケアが追加
- 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)
  - 算定要件に緩和ケアが追加
- 周術期専門的口腔衛生処置 80点→92点
  - 算定要件追加
    - 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、**月1回**を限度として算定する。

# 栄養サポートチームと歯科医師

- **歯科医師連携加算 50点(医科で算定)**

## 算定要件

院内・院外の歯科医師が参加により算定

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。

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。

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。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。

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。



# 薬剤管理指導料の見直し

## 点数算定

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  
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  
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点



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~~  
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  
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点

移行

病棟薬剤業務実施加算2 80点/日

# 栄養食事指導の対象拡大

対象者(外来、入院、在宅)

厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者



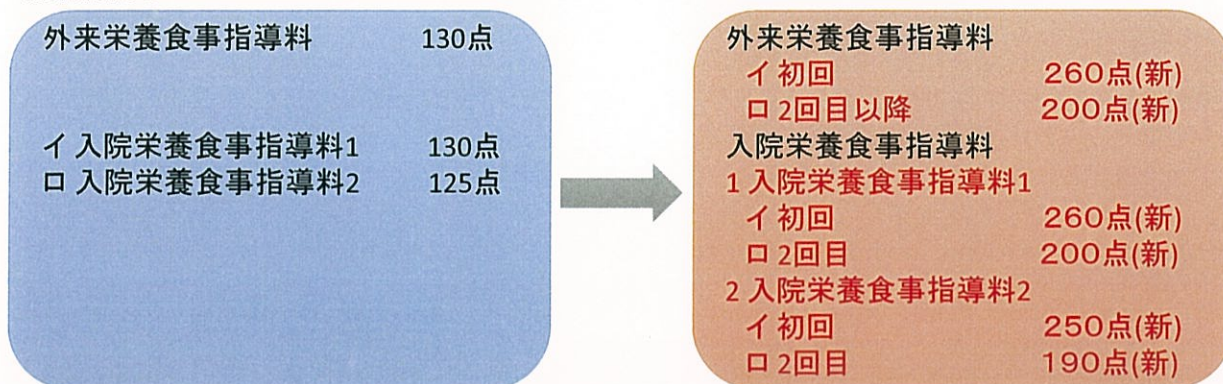
厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、**がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者(①)又は低栄養状態にある患者(②)**

- 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。  
②次のいずれかを満たす患者であること。  
1 血中アルブミンが 3.0g/dl以下である患者  
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



# 栄養指導の指導内容拡充

## 点数算定



## 算定要件

- 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、嗜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。
- 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。

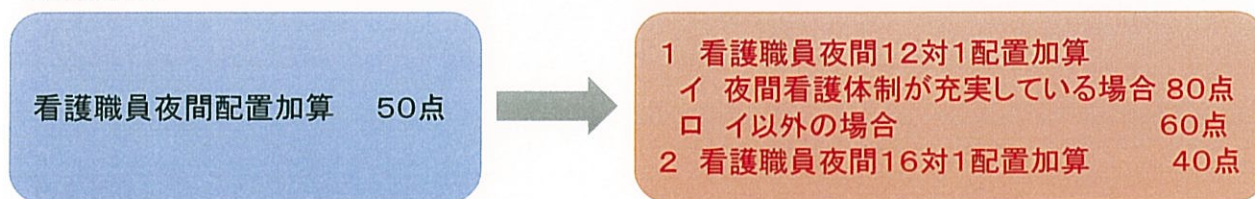
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

77

# 看護職員夜間配置加算

## 点数算定



夜勤の看護職員が3人以上

## 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。

<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) 看護職員夜間 16 対1配置加算

- 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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

78



# 急性期看護補助体制加算の加算

## 点数算定

夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点  
夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点  
夜間75対1急性期看護補助体制加算 15点



夜間30対1急性期看護補助体制加算 40点  
夜間50対1急性期看護補助体制加算 35点  
夜間75対1急性期看護補助体制加算 20点

みなし看護補助者は不可

## 夜間75対1看護補助加算 30点/日

### 算定要件

看護補助加算を算定していること。  
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・留意事項

看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合であり、みなし不可  
13対1一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

79

# 看護職員の夜間勤務負担軽減

## • 夜間看護体制加算 10点

- 算定要件は、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。
    - <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。
      - 23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。
    - <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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

80



# 看護の夜間加算

看護職員夜間配置加算

+

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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

81

## 急性期看護補助・夜間配置経過措置

- 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(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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

82



# 看護補助と事務業務

## 施設基準

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、ベッドメイキング、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。



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イキングのほか、**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。**

2 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か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。

(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。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

83

## データ提出関連

- 200床以上の10対1(一般、特定機能一般、専門病院)については、データ提出加算が病棟の施設基準として入る。

### 点数算定

1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 100点  
ロ 200床未満の病院の場合 150点  
2 データ提出加算2  
イ 200床以上の病院の場合 110点  
ロ 200床未満の病院の場合 160点



1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 120点  
ロ 200床未満の病院の場合 170点  
2 データ提出加算2  
イ 200床以上の病院の場合 130点  
ロ 200床未満の病院の場合 180点



# 小児入院医療管理料関連

- 下記項目を包括から外して退院月にも算定可能となった。
  - 第2章 特掲診療料
    - 第2部 在宅医療
      - 第2節 在宅療養指導管理料
      - 第3節 薬剤料
      - 第4節 特定保険医療材料料
- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児入院医療管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

## 小児入院医療機関への評価

- 小児入院医療管理料
  - 重症児受入体制加算 200点(1日につき)

### 施設基準

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。

当該病棟に小児入院患者をもつばら対象とする**保育士が1名以上常勤**していること。

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。

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。

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。

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。)



# 小児加算

	生体検査	画像診断	放射線治療
新生児加算	80/100	80/100	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100	50/100	50/100
幼児加算(3～6歳未満)	30/100	30/100	30/100
小児加算(6～15歳未満)			20/100

## 処置料

### 【ドレーン法(ドレナージ)】

注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

### 【高位浣腸、高圧浣腸、洗腸】

注 3歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。

(※)既存の加算項目について、点数を1割増点する。

### 【救急搬送診療料】

新生児加算 1500点 乳幼児加算 700点

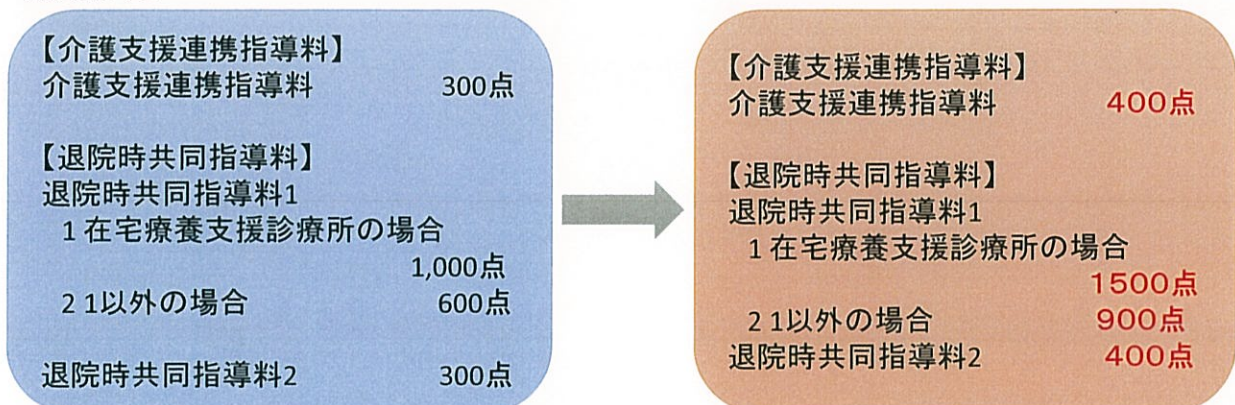
長時間加算(診療に要した時間が30分以上) 700点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

87

# 介護支援連携指導料と退院時共同指導

## 点数算定



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

88



# 亜急性期(地域包括)

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

89

## 地域包括ケア病棟

- 包括範囲の見直し
  - 第2章 特掲診療料
    - 第10部 手術
    - 第11部 麻酔
- 地域包括ケア病棟を算定する場合は1病棟のみの届出
  - 許可病床500床以上の病院
  - 以下の施設基準を届け出ている病院
    - 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

平成28年1月1日時点で既に届け出た病棟はOK

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

90

# 在宅復帰率の計算対象の追加

- 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

# 回復期



# 初期加算、早期加算

## 算定できる期間

心大血管疾患  
脳血管疾患等  
運動器  
呼吸器

リハビリテーション料の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。)

廃用症候群

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

## 初期加算

心大血管疾患  
呼吸器

治療開始日



発症、手術もしくは急性増悪から7日又は治療開始日のいずれか早いもの

廃用症候群

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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

93

# 標準的算定日数の起算日

## 標準的算定日数の起算日

脳血管疾患等  
運動器

それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内、150日以内に限り所定点数を算定する。



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、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180日以内、150日以内に限り所定点数を算定する。

廃用症候群

廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

94



180日



120日

## ・ 廃用症候群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(I)(1単位) 180点
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料(II)(1単位) 146点
- ・ 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

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、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

### 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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

経過措置は、早期加算などと同様

## 回復期リハビリテーション病棟とアウトカム

- ・ リハビリテーションのアウトカムが一定の水準に達しない場合は、1日6単位を超えて提供される分について入院料に包括

- ・ 別に厚生労働大臣が定めるもの

- ・ 入院中の患者に対する、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(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。)の費用(当該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ともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合に限る。)



充実加算にも包括となったリハビリテーションの単位の計算に含むことができない。

## ・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一定数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
- (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30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
  - FIM 運動項目得点が20点以下のもの
  - FIM 運動項目得点が76点以上のもの
  - 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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

97

# 体制強化加算(回リハ)

点数算定

体制強化加算

200点



体制強化加算1  
体制強化加算2

200点  
120点

## 体制強化加算1

これまでの体制強化加算と同様

## 体制強化加算2

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。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。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にはできない。

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。

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。

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。

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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

98

# 慢性期

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

99

## 療養病棟入院基本料2

- 施設基準の追加
  - 医療区分2又は3の患者の割合の合計が**5割以上**
  - 別に定める基準(入院基本料の95/100)
    - (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を届け出ている病棟であること。
- 移行措置
  - 平成28年3月31日に届出を行っている場合は、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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

100



# 療養病棟の加算 在宅復帰機能強化加算

## ・施設基準

- ・療養病棟入院基本料1
- ・当該病棟から退院した患者(自院の他病棟から当該病棟へ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
- ・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。
- ・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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, 経過措置:平成28年9月30日  
All rights reserved 101

## 療養病棟全般

### ・医療区分3

#### ・酸素療法

- ・常時流量3リットル／分以上を必要とする状態
- ・常時流量3リットル／分未満を必要とするじょうたいであってNYHA重症度分類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を実施した場合
- ・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

### ・医療区分2

#### ・酸素療法

- ・医療区分3の酸素療法に該当する以外

#### ・頻回の血糖検査を実施している状態

- ・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回以上の頻回な血糖検査を実施している状態。
- ・検査日から3日間まで、本項目に該当

#### ・うつ症状に対する治療を実施している

- ・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、精神作業療法、心身医学療法を算定している場合

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

102

# 障害者施設等入院基本料

重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者)の疾患および状態が療養病棟入院基本料規定する医療区分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。

	7対1	13対1	15対1
医療区分2	1465点	1317点	1219点
医療区分1	1331点	1184点	1086点

# 結核病棟入院基本料

## 点数算定

14日以内の期間 400点  
15～30日以内の期間 300点  
31日～90日以内の期間 100点



14日以内の期間 400点  
15～30日以内の期間 300点  
**31日～60日以内の期間 200点**  
61日～90日以内の期間 100点



# 短期滞在

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

105

## 短期滞在手術等基本料3

リ K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの 27,093点

又 K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合口その他のもの 21,632点

タ K633ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24805点  
レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳未満に限る。) 56183点

ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 51480点



リ K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(片眼) 22096点

又 K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(両眼) 37054点

ル K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合口その他のもの(片眼) 20065点

ヲ K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合口その他のもの(両眼) 30938点



ネ K633ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24805点

ナ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 24466点

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。) 68729点

ム K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) 55012点

ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 43912点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

106

# 短期滞在手術等基本料3-2

- 新設

- K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37588点
- K768 体外衝撃派腎・尿管結石破碎術 28010点
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59855点

- 包括範囲から除外

- 第2章 特掲診療料
  - 第2部 在宅医療
    - 第2節 在宅療養指導管理料
    - 第3節 薬剤料
    - 第4節 特定保険医療材料
- 人工腎臓
- 抗悪性腫瘍剤
- 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- エリスロポエチン、ダルボポエチン
- インターフェロン製剤
- 抗ウイルス剤
- 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

# 入院料加算



## ・ 認知症ケア加算1

- ・ イ 14 日まで 150 点/日      □ 15 日以降 30 点/日

## ・ 認知症ケア加算2

- ・ イ 14 日まで 30 点/日      □ 15 日以降 10 点/日

### [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

### 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。

#### 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。

#### 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。 109

### 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
  - 2 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
  - 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

- (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。



# 地域加算

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
		7級地	3点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

111

# 医師事務作業補助体制加算1

## 点数算定

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

## 施設基準の変更

20対1は、25対1、30対1、40対1と同じ施設基準へ

75対1、100対1の施設基準における年間の緊急入院患者数は、100件から**50件**へ緩和する。

療養病棟入院基本料と精神病棟入院基本料で50対1、75対1、100対1が算定可能

特定機能病院で加算1について算定可能

## 業務の場所の定義変更

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。

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。**

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

112



# 後発医薬品使用体制加算

## 点数算定

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 28点



後発医薬品使用体制加算1 42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3 28点

## 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。)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。  
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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

113

# 連携関連

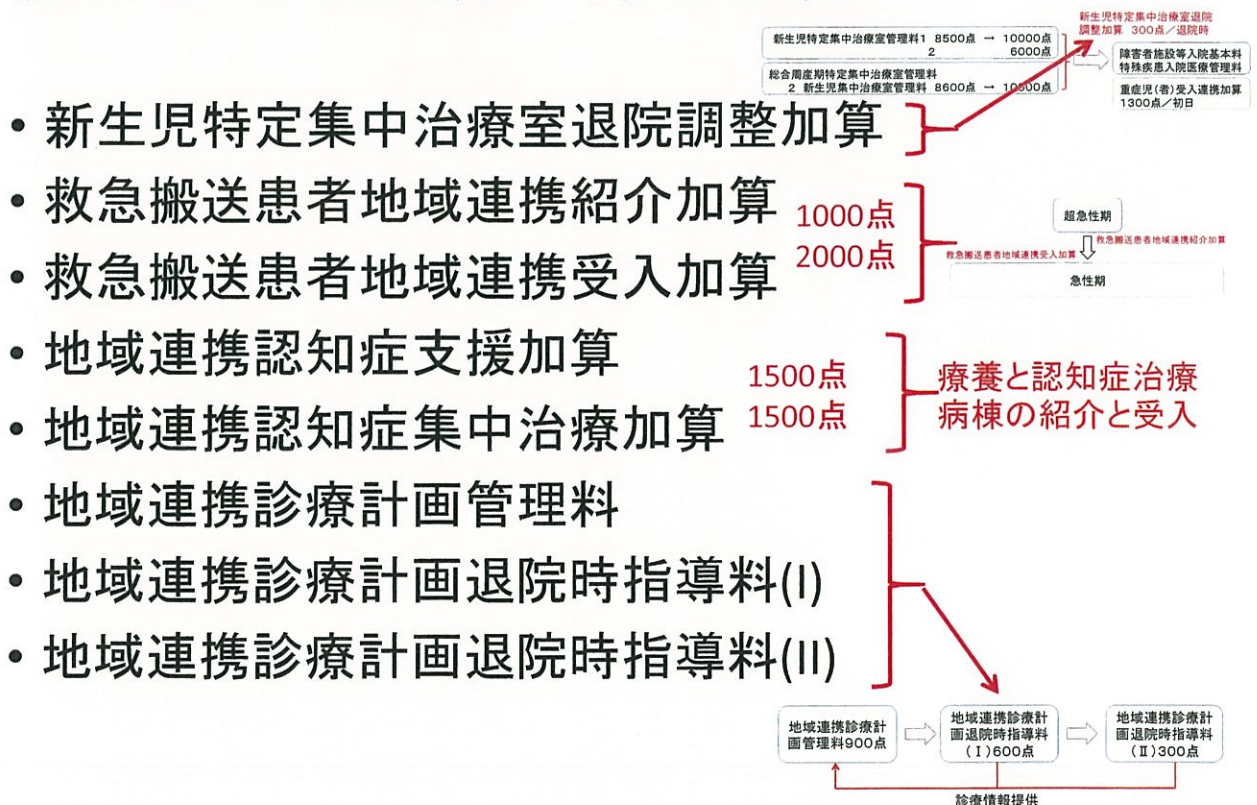
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

114

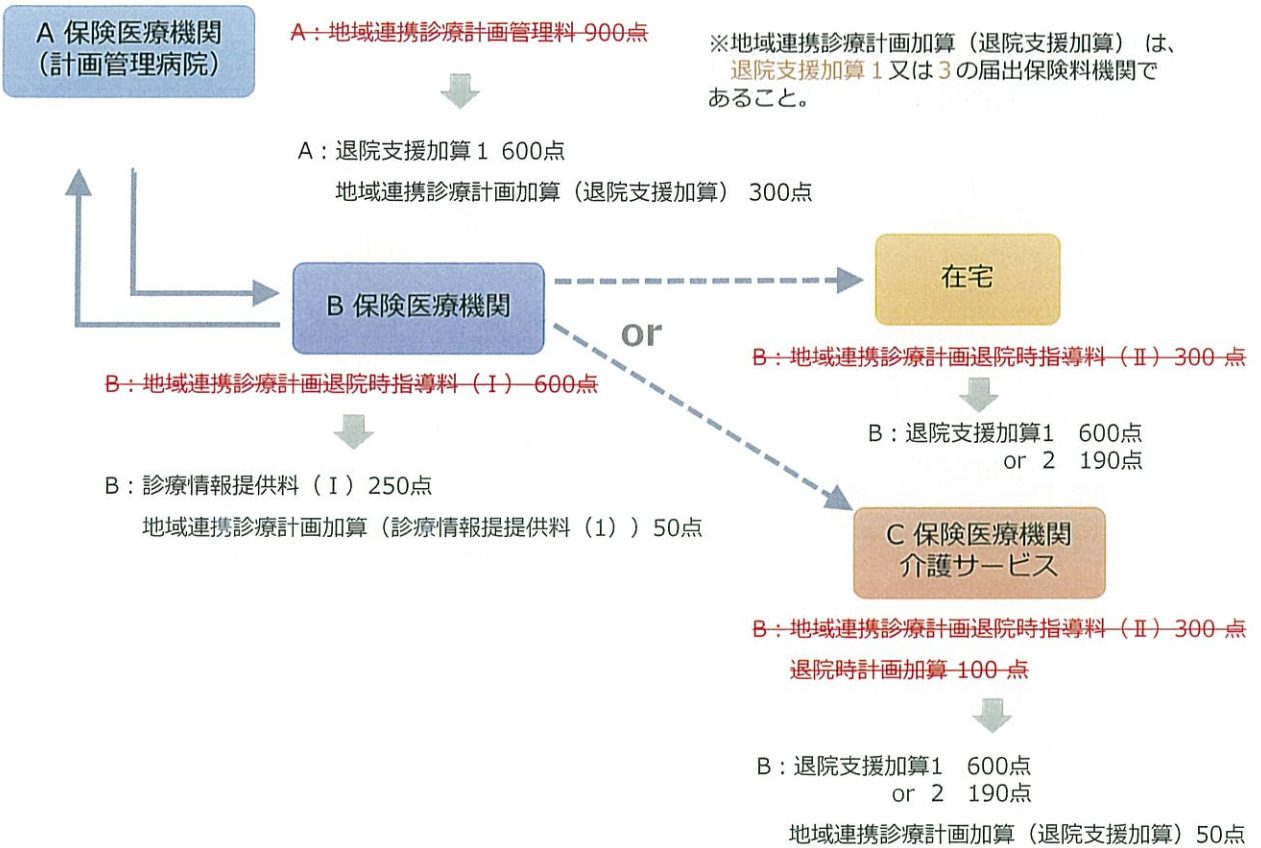
# 連携関連チェックリスト

	1	2	3	4	5
連携関連	歯科との連携	退院支援加算	地域連携診療計画加算	介護支援連携指導料	

## 廃止される連携に係る加算



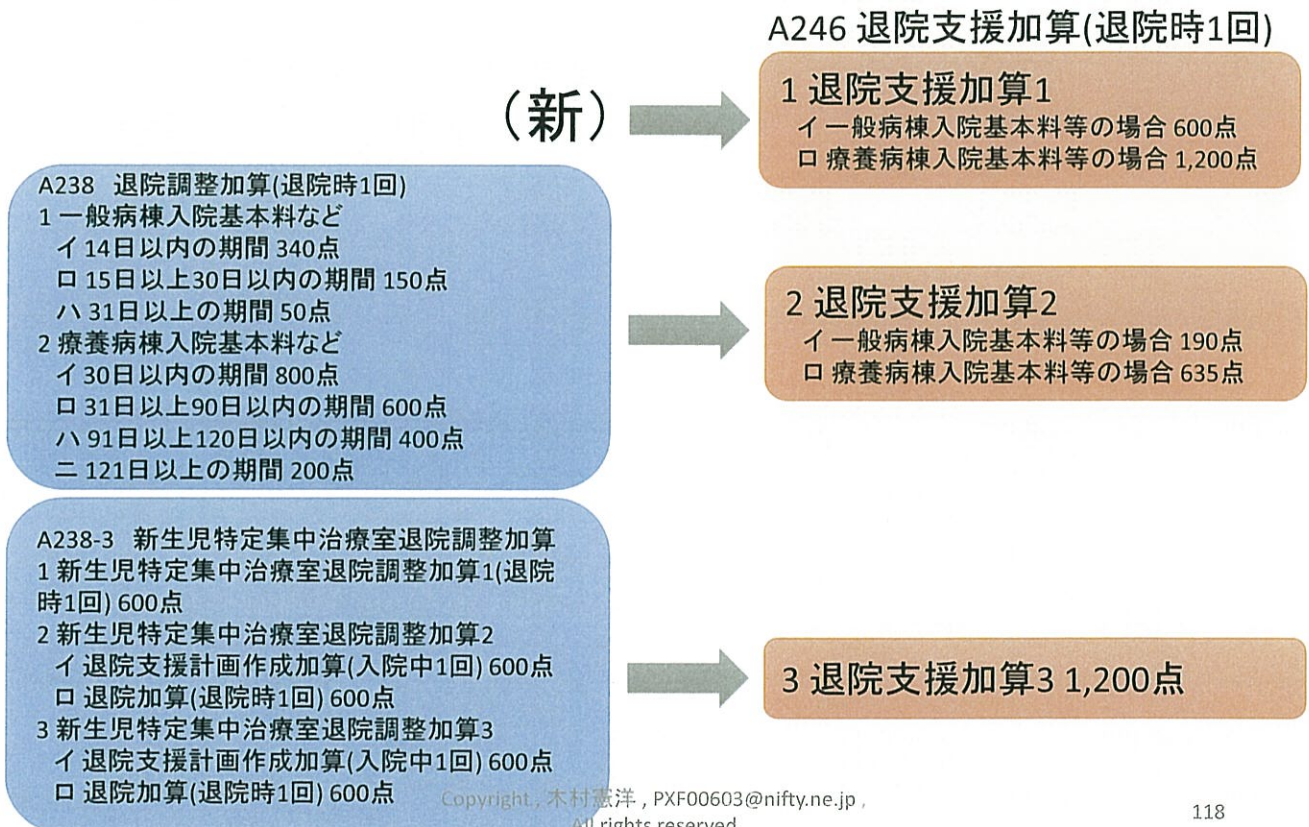




Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

117

## 連携系と診療報酬点数



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

118



# 退院支援への評価

## ・退院支援加算1(新)

- ・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 **1200点**(退院時 1 回)

### 算定要件

- (1) 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。対象患者は、現行の退院調整加算の対象者に加え、連携する保険医療機関からの転院であって、転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者(1度の転院に限る)。
- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。
  - 1 当該保険医療機関の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
  - 2 各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として**入院後3日以内**に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。
  - 3 退院困難な要因を有する患者について、原則として**入院後7日以内**(療養病棟等については**14日以内**)に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う。
  - 4 **入院後7日以内**に、病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たること。なお、カンファレンスに当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

119

### 施設基準

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。

- (1) 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、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ただし、退院支援業務について、**最大2病棟まで併任**することが可能。
- (2) **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。
- (3) 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当該保険医療機関の退院支援・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の共有等を行っていること。
- (4) 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**(療養病棟等については**10回以上**)であること。
- (5) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、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。

#### 介護支援連携指導料

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

120



# 退院支援加算2

## 点数算定

### 【退院調整加算】

- 1 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、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合  
イ 14日以内の期間 340点  
ロ 15日以上 30日以内の期間 150点  
ハ 31日以上 90日以内の期間 50点
- 2 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟に限る。)、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合  
イ 30日以内の期間 800点  
ロ 31日以上 90日以内の期間 600点  
ハ 91日以上 120日以内の期間 200点

## これまでの退院調整加算

### 【退院支援加算2】

- 1 一般病棟入院基本料の場合 190点
- 2 療養病棟入院基本料の場合 635点



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

121

# 退院支援加算3

## ・退院支援加算3 1200点(退院時1回)

### 算定要件

NICU

- 1 対象患者は、現行の新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2の対象者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者(1度の転院に限る)。
- 2 **入院後7日以内**に退院困難な要因を有している患者を抽出し、患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う。
- 3 **入院後1か月以内**に退院支援計画の作成に着手し、文書で患者又は家族に説明を行い交付する。また、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、社会福祉サービスの導入に係る支援を行う。
- 4 退院調整に当たって病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施すること。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

122



# 地域連携診療計画加算

## 地域連携診療計画加算(退院支援加算の加算)

300点

- (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る者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者(1度の転院に限る。)
- (2) 連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、患者に説明し、文書にて患者又は家族に提供する。
- (3) 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る場合には、当該保険医療機関又は介護サービス事業所等に対して、当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。
- (4) 転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者については、退院時に、当該保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

## 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I)の加算)

50点

- (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。

All rights reserved

123

## 施設基準

### 地域連携診療計画加算(退院支援加算の加算)

- (1) 退院支援加算1又は3の届出保険医療機関であること。
- (2) 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、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 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、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

### 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I)の加算)

- (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。



# その他

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

125

## 常勤の取り扱い

- 基本診療料と特掲診療料の施設基準において、育児休業後等の従事者が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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

126

# 入院中の他院の受診

## 特定入院料以外

入院中の他院受診 30%減算



入院中の他院の受診 10%減算

## 特定入院料

包括算定  
入院中の他院受診 70%減算  
例外1 55%減算  
包括未算定  
入院中の他院受診 30%減算  
例外2 15%減算



包括算定  
入院中の他院受診 40%減算  
包括未算定  
入院中の他院受診 10%減算

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

127

# 一類感染症患者入院医療管理料

## 点数算定

7日以内の期間 9046点



14日以内の期間 9046点

8日以上14日以内の期間 7826点

15日以上14日以内の期間 7826点

## 包括の見直し

入院基本料  
入院基本料等加算(一部を除く)  
検査  
点滴注射  
中心静脈注射  
酸素吸入  
留置カテーテル  
病理標本作成料



入院基本料  
入院基本料等加算(一部を除く)  
**検査**  
**点滴注射**  
**中心静脈注射**  
酸素吸入  
留置カテーテル  
病理標本作成料

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

128



# 在宅医療

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

129

## 在宅医療チェックリスト

	1	2	3	4	5
在宅連携	在宅療養支援				
在宅訪問	在医総など	休日の往診	看取り	緩和ケア病棟緊急入院初期加算	
訪問看護ステーション	機能強化型要件変更	衛生材料等提供加算	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	同一日の2ヶ所目の訪問看護ステーション	
病院・診療所	訪問看護				
在宅薬剤指導	算定要件変更				

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

130

# 退院直後の在宅療養支援

退院直後に、入院医療機関の看護師等が患家等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合

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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

131

## 在宅医療

### 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

- (1) 月1回の訪問診療による管理料を新設
- (2) 重症度が高い患者をより評価
- (3) 「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化

#### 【特定施設入居時等医学総合管理料】[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



- 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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

132



# 在宅医療2

## 【施設入居時等医学総合管理料】[対象施設]

### 在宅時医学総合管理料

- 1 同一建物居住者以外の場合
- 2 同一建物居住者の場合

### 特定施設入居時等医学総合管理料

- 1 同一建物居住者以外の場合
- 2 同一建物居住者の場合

重症者加算 1,000点



### 在宅時医学総合管理料

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

- 1 単一建物診療患者が1人
- 2 単一建物診療患者が2~9人
- 3 1及び2以外

2.月2回以上訪問診療を実施している

- 1 単一建物診療患者が1人の場合
- 2 単一建物診療患者が2~9人の場合
- 3 1及び2以外の

- 1 単一建物診療患者が1人
- 2 単一建物診療患者が2~9人
- 3 1及び2以外

頻回訪問加算 600点

### 施設入居時等医学総合管理料

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

- 1 単一建物診療患者が1人
- 2 単一建物診療患者が2~9人
- 3 1及び2以外

2.月2回以上訪問診療を実施している

- 1 単一建物診療患者が1人
- 2 単一建物診療患者が2~9人
- 3 1及び2以外の場合

- 1 単一建物診療患者が1人
- 2 単一建物診療患者が2~9人
- 3 1及び2以外の場合

頻回訪問加算 600点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@mifty.ne.jp, All rights reserved

133

## 在総管と施設総管

### 機能強化(病床有り、無し)

	集合住宅内の診療患者数		
	1人	2~9人	10人以上
重症患者(月2回以上訪問)	5400点	4500点	2880点
	5000点	4140点	2640点
その他(月2回以上訪問)	4600点	2500点	1300点
	4200点	2300点	1200点
その他(1回訪問)	2760点	1500点	780点
	2520点	1380点	720点

### 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<sub>2</sub>製剤の投与

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@mifty.ne.jp, All rights reserved

134



在宅療養支援			
	集合住宅内の診療患者数		
	1人	2～9人	10人以上
重症患者(月2回以上訪問)	4600点	3780点	2400点
その他(月2回以上訪問)	3800点	2100点	1100点
その他(1回訪問)	2280点	1260点	660点

在宅療養支援以外			
	集合住宅内の診療患者数		
	1人	2～9人	10人以上
重症患者(月2回以上訪問)	3450点	2835点	1800点
その他(月2回以上訪問)	2850点	1575点	850点
その他(1回訪問)	1710点	945点	510点

処方箋を交付しない場合は、300点の加算

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

135

## 在宅医療3

ルール変更

**[同一建物居住者]**  
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。

**[単一建物診療患者の人数]**  
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。  
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。

在宅患者訪問診療料

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  
イ 特定施設等に入居する者の場合 203点  
ロ イ以外の場合 103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 **203点**

使用できる注射在の拡大  
注射用脂肪乳剤が処方できるようになる。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

136



# 在宅療養実績加算

## 点数算定

在宅療養実績加算

在宅療養実績加算1  
在宅療養実績加算2

## 施設基準

### 実績加算

- 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。
- 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。

### 実績加算1

- 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。
- 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。在宅療養実績加算2

- 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。
- 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。
- 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。

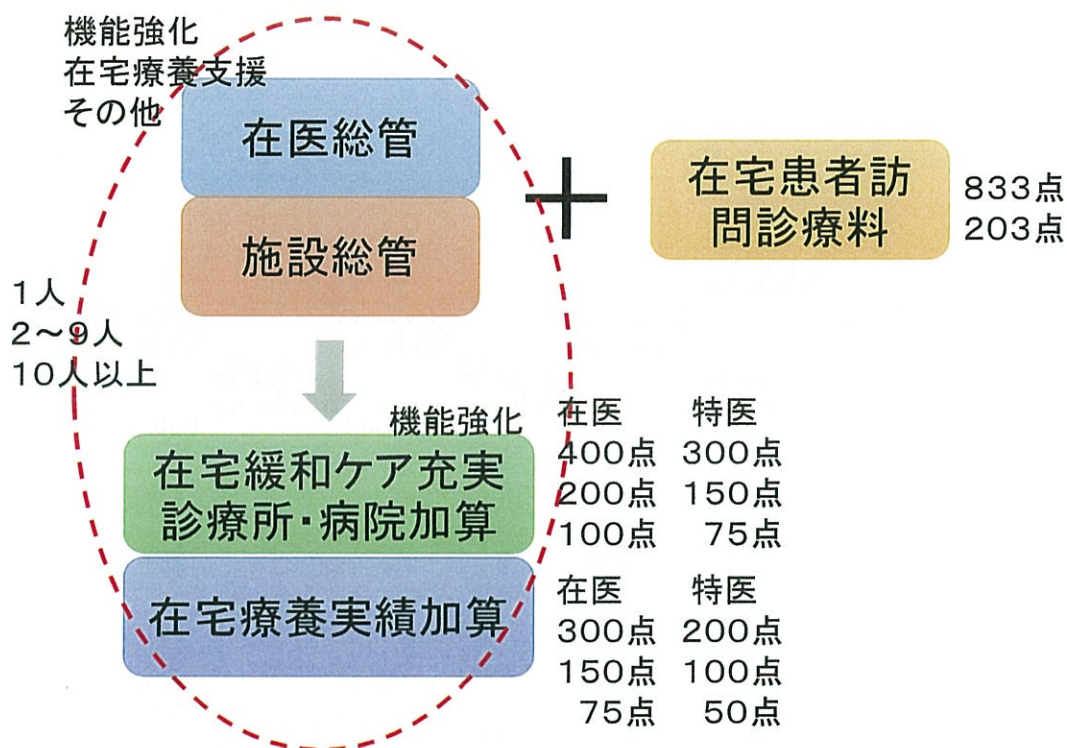
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

# 在宅療養実績加算

- 1 在宅療養実績加算1(緊急、夜間・休日又は深夜の往診)75点
- 2 在宅療養実績加算2(緊急、夜間・休日又は深夜の往診) 50点(新)
- 3 在宅療養実績加算1(ターミナルケア加算) 750点
- 4 在宅療養実績加算2(ターミナルケア加算) 500点(新)
- 5 在宅療養実績加算1(在宅時医学総合管理料)
  - ア)単一建物診療患者数が1人の場合 300点
  - イ)単一建物診療患者数が2~9人の場合 150点(新)
  - ウ)その他の場合 75点
- 6 在宅療養実績加算2(在宅時医学 総合管理料)
  - ア)単一建物診療患者数が1人の場合 200点(新)
  - イ)単一建物診療患者数が2~9人の場合 100点(新)
  - ウ)その他の場合 50点(新)
- 7 在宅療養実績加算1(施設入居時等医学総合管理料)
  - ア)単一建物診療患者数が1人の場合 225点
  - イ)単一建物診療患者数が2~9人の場合 110点(新)
  - ウ)その他の場合 56点
- 8 在宅療養実績加算2(施設入居時 等医学総合管理料)
  - ア)単一建物診療患者数が1人の場合 150点(新)
  - イ)単一建物診療患者数が2~9人の場合 75点(新)
  - ウ)その他の場合 40点(新)
- 9 在宅療養実績加算1(在宅がん医療総合診療料) 110点
- 10 在宅療養実績加算2(在宅がん医療総合診療料) 75点(新)

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

# 算定モデル



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

139

## 在宅療養支援診療所(重症)

- 在医総管
  - 1人
    - 4600点+833点+833点+300点=6566点
  - 2~9人
    - 3780点+833点+833点+150点=5596点
  - 10人以上
    - 2400点+833点+833点+ 75点=4141点
- 特医総管
  - 1人
    - 3300点+833点+833点+200点=5166点
  - 2~9人
    - 2700点+833点+833点+100点=4466点
  - 10人以上
    - 2400点+833点+833点+ 50点=4116点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

140



# 在宅療養支援診療所(月2回)

- 在医総管
  - 1人
    - $3800\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 300\text{点} = 5766\text{点}$
  - 2~9人
    - $2100\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 150\text{点} = 3916\text{点}$
  - 10人以上
    - $1100\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 75\text{点} = 2841\text{点}$
- 特医総管
  - 1人
    - $2850\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 200\text{点} = 4716\text{点}$
  - 2~9人
    - $1575\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 100\text{点} = 3341\text{点}$
  - 10人以上
    - $850\text{点} + 833\text{点} + 833\text{点} + 50\text{点} = 2566\text{点}$

# 在宅療養支援診療所(月1回)

- 在医総管
  - 1人
    - $2280\text{点} + 833\text{点} + 300\text{点} = 3413\text{点}$
  - 2~9人
    - $1260\text{点} + 833\text{点} + 150\text{点} = 2243\text{点}$
  - 10人以上
    - $660\text{点} + 833\text{点} + 75\text{点} = 1568\text{点}$
- 特医総管
  - 1人
    - $1710\text{点} + 833\text{点} + 200\text{点} = 2743\text{点}$
  - 2~9人
    - $945\text{点} + 833\text{点} + 100\text{点} = 1878\text{点}$
  - 10人以上
    - $510\text{点} + 833\text{点} + 50\text{点} = 1393\text{点}$

# 機能強化型在宅療養支援診療所・病院

## 施設基準

### 単独型

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。

### 連携型

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。

### 単独型

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医学管理の実績を過去1年間に4件以上有すること。**

### 連携型

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**又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を2件以上有すること。**

## 在宅医療専門の医療機関

### ・ 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) 求めに応じて医学的に必要な往診や訪問診療に関する相談を行い、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。



# 在宅医療専門診療所と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) 過去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総合的な医学管理の実績が過去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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

145

# 在宅療養支援診療所の施設基準変更

- 現行の在宅療養支援診療所について、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未満**であることを施設基準として追加する。
- 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ついて、所定点数の**80/100**に相当する点数により算定する。

経過措置  
平成29年3月31日

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

146

# 休日の往診

- 夜間の往診料の加算と同等となる。
  - 機能強化型
    - 病床あり 1700点、病床なし 1500点
  - 在宅療養支援診療所・病院 1300点
  - 上記以外 650点

# 在宅医療における看取り

- 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
- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(ターミナルケア加算) 1000点
- 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)
  - 単一建物診療患者数が1人の場合 400点
  - 単一建物診療患者数が2~9人の場合 200点
  - その他の場合 100点
- 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)
  - 単一建物診療患者数が1人の場合 300点
  - 単一建物診療患者数が2~9人の場合 150点
  - その他の場合 75点
- 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



## 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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

149

## 緩和ケア病棟と在宅療養支援

### 点数算定

【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
2 31日以上60日以内の期間	4,412点
3 60日以上の期間	3,384点



【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
緊急入院初期加算	200点
2 31日以上60日以内の期間	4,400点
3 60日以上の期間	3,300点

### 算定要件

#### 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。

### 包括範囲から除外する項目

第2章第2部第2節に規定する在宅療養指導管理料、第3節に規定する薬剤料及び第4節特定保険医療材料並びに第2章第12部放射線治療

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

150



# 機能強化型訪問看護ステーション

## 施設基準(強化型1)

イ 常勤看護職員7人以上  
ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること  
ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上  
ニ 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10人以上  
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。  
ヘ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと  
ト 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。



イ 常勤看護職員7人以上  
ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること  
ハ 次のいずれかを満たすこと。  
1 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数又は在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数(以下「ターミナルケア件数」という。)を合計した数が年に20以上  
2 ターミナルケア件数を合計した数が年に4以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上  
3 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上  
ニ 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10人以上  
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて2又は3に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。  
ヘ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと  
ト 地域住民等に対する情報提供や相談人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

Copyright, 木村憲洋,  
All rights reserved.

151

# 機能強化型訪問看護ステーション2

## 施設基準(強化型2)

イ 常勤看護職員5人以上  
ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること  
ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上  
ニ 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に7人以上いること。  
ホ 機能強化型訪問看護管理療養費1のホからトを満たすものであること。



イ 常勤看護職員5人以上  
ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること  
ハ 次のいずれかを満たすこと  
1 ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上  
2 ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上  
3 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上  
ニ 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に7人以上いること。  
ホ 機能強化型訪問看護管理療養費1のホからトを満たすものであること。



# 病院・診療所からの訪問看護

## 点数算定

### 【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  
 イ 週3日目まで 555点  
 ロ 週4日目を以降 655点  
 2 准看護師による場合  
 イ 週3日目まで 505点  
 ロ 週4日目を以降 605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

### 【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  
 イ 同一日に2人  
 (1) 週3日目まで 555点  
 (2) 週4日目を以降 655点  
 ロ 同一日に3人以上  
 (1) 週3日目まで 278点  
 (2) 週4日目を以降 328点  
 2 准看護師による場合  
 イ 同一日に2人  
 (1) 週3日目まで 505点  
 (2) 週4日目を以降 605点  
 ロ 同一日に3人以上  
 (1) 週3日目まで 253点  
 (2) 週4日目を以降 303点

### 【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  
 イ 週3日目まで 580点  
 ロ 週4日目を以降 680点  
 2 准看護師による場合  
 イ 週3日目まで 530点  
 ロ 週4日目を以降 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

### 【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  
 イ 同一日に2人  
 (1) 週3日目まで 580点  
 (2) 週4日目を以降 680点  
 ロ 同一日に3人以上  
 (1) 週3日目まで 293点  
 (2) 週4日目を以降 343点  
 2 准看護師による場合  
 イ 同一日に2人  
 (1) 週3日目まで 530点  
 (2) 週4日目を以降 630点  
 ロ 同一日に3人以上  
 (1) 週3日目まで 268点  
 (2) 週4日目を以降 318点



Copyright 木村憲洋, PXF00603@nifty.jp  
 All rights reserved

153

# 病院・診療所からの訪問看護2

## 点数算定(精神)

### 1 精神科訪問看護・指導料(I)

- 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  
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点  
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点  
 (3) 週4日目を以降 30分以上の場合 675点  
 (4) 週4日目を以降 30分未満の場合 525点  
 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 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 400点 (3) 週4日目を以降 30分以上の場合 625点 (4) 週4日目を以降 30分未満の場合 485点  
 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点  
 3 精神科訪問看護・指導料(III)  
 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  
 (1) 同一日に2人  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 575点 2 週3日目まで 30分未満の場合 440点 3 週4日目を以降 30分以上の場合 675点 4 週4日目を以降 30分未満の場合 525点 (2) 同一日に3人以上  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 288点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 220点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 338点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 263点  
 ロ 准看護師による場合 (1) 同一日に2人  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 525点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 400点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 625点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 485点  
 (2) 同一日に3人以上  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 263点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 200点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 313点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 243点

### 1 精神科訪問看護・指導料(I)

- 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  
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点  
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点  
 (3) 週4日目を以降 30分以上の場合 680点  
 (4) 週4日目を以降 30分未満の場合 530点  
 ロ 准看護師による場合  
 (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 405点  
 (3) 週4日目を以降 30分以上の場合 630点  
 (4) 週4日目を以降 30分未満の場合 490点  
 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点  
 3 精神科訪問看護・指導料(III)  
 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  
 (1) 同一日に2人  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 580点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 445点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 680点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 530点  
 (2) 同一日に3人以上  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 293点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 225点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 343点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 268点  
 ロ 准看護師による場合 (1) 同一日に2人  
 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 405点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 630点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 490点  
 (2) 同一日に3人以上  
 1 週3日目まで 30分以上の場合 268点  
 2 週3日目まで 30分未満の場合 205点  
 3 週4日目を以降 30分以上の場合 318点  
 4 週4日目を以降 30分未満の場合 248点



Copyright 木村憲洋, PXF00603@nifty.jp  
 退院前訪問指導料 555点→580点

154



# 病院・診療所と訪問看護ステーション

## 留意事項

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。



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。

- 1 厚生労働大臣が定める疾病等の患者
- 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日以上指定訪問看護が計画されているもの
- 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
- 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

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp  
All rights reserved

155

## 同一日の2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問

- 1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが訪問看護を実施している場合であって、同一日に2か所目の訪問看護ステーションが、利用者等からの求めに応じて、その主治医の指示に基づき緊急訪問を実施した場合は、2か所目のステーションは緊急訪問看護加算を算定できることとする。
  - [算定要件]
    - 特掲診療料の施設基準等の「別表第七」に掲げる疾病等の者及び「別表第八」に掲げる者又は特別訪問看護指示書若しくは精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されている者に限る。
  - [施設基準]
    - (1) 24時間対応体制加算を届け出ていること。
    - (2) 同一日に2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前1月間に、当該患者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp  
All rights reserved

156



# 訪問看護ステーションその他

- 衛生材料等提供加算 80点/月
  - 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。
    - ※ 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。
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点/月

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 算定要件の変更
  - 1日5回から週40回へ変更

# リハ関連

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

159

## ADL維持体制加算

### 点数算定

ADL維持向上等体制加算 25点



ADL維持向上等体制加算 80点

### 算定要件

#### 1 ア~カ)略

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。

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。

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。

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

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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

160



# 維持期のリハ

## 点数算定

維持期リハを受ける患者が要介護者の場合  
(脳血管リハ、運動器リハ、廃用リハ)  
90/100

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  
90/100

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。



維持期リハを受ける患者が要介護者の場合  
(脳血管リハ、運動器リハ、廃用リハ)  
60/100

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  
80/100

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。

## ★ 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

医師およびその他の従事者が共同して目標設定等支援管理シートを作成し、医師は患者に説明し患者がどのように説明を受け止め理解したかについて評価のうえ診療録に記載する。

疾患別リハ	新要件 (平成28年10月1日開始)
心大血管疾患 リハビリテーション料 (150日)	
脳血管疾患等 リハビリテーション料 (180日)	60日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。
運動器 リハビリテーション料 (150日)	50日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。
呼吸器 リハビリテーション料 (90日)	
廃用症候群 リハビリテーション料 (120日)	40日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。



## ・ 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

### 算定要件

## 要介護被保険者等に対するリハビリ

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については、平成28年10月1日から実施する。

(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。

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(Barthel Index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。

3 1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

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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,

All rights reserved

163

# 医療と介護のリハビリの供給できる期間

## 点数算定

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。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。



# 心疾患リハの施設基準

## 点数算定

心大血管疾患リハビリテーション料 (I)(1単位) 205 点  
心大血管疾患リハビリテーション料 (II)(1単位) 105 点



心大血管疾患リハビリテーション料 (I)(1単位) 205 点  
心大血管疾患リハビリテーション料 (II)(1単位) 125 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、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。



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り。)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。

## 施設基準

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。



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。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

165

# 生活機能リハ

## 算定要件

リハビリテーション通則  
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。



リハビリテーション通則  
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。

## 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り。)の訓練を行うもの。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

166



# リハビリその他

## 運動器リハ

1 運動器リハビリテーション料 (I) 180 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



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  
3 運動器リハビリテーション料 (III) 85 点

## 難病リハ

難病リハの専従者2名については、難病リハを行わない日については、他のリハビリを行うことが可能となる。

## 言語聴覚士

言語聴覚士の専従要件について相互に兼任可能となる。(第7部リハビリテーション第1節の施設基準において)

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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

167

## 経口摂取促進回復加算(摂食機能療法の加算)

### 点数算定

経口摂取回復促進加算 185点



経口摂取回復促進加算1 185点  
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。
- (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いかつ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
- (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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

168



# 摂食機能療法

## 算定要件

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。

VE、VF

## ・リンパ浮腫総合的治療料

- ・重症の場合 200点/日
- ・上記以外の場合 100点/日

## 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。
- (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、手動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。)

## 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 100点

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、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、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、入院中1回に限り算定する。

作業療法士が追加

# その他



# 排尿自立指導料 200点

- 排尿ケアチーム
  - 医師、看護師、理学療法士
- 対象者
  - 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もの
  - 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もの
- 病棟の看護師等が行うこと
  - ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。
  - イアの患者について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)を行う。
  - ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

173

- 排尿ケアチームがやること
  - 下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。
    - 包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。
- 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者がやること
  - 共同して包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。
- 上記のことを診療録に記載する。
- 算定について
  - 週1回に限り、計6回まで算定できる。
    - 排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導・援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。
    - 排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

174



# 画像管理加算1と2、遠隔診断

## ・施設基準の追加

- ・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。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。

夜間・休日の緊急時に当該保険医療機関以外の場所で、画像を読影した場合も院内の読影に準じて扱う

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

175

# 放射線撮影などの適正な評価

## 点数算定

【コンピューター断層撮影】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

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  
ニイ、ロ、ハ以外の場合580点

【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

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

【コンピューター断層撮影】CT撮影  
イ 64列以上のマルチスライス型の  
機器の場合

(1) 施設共同利用において行われ  
る場合 1020点(新)

(2) その他の場合 1000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 900点  
ニイ、ロ、ハ以外の場合 750点

【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  
イ 施設共同利用において行われ  
る場合 1620点

ロ その他の場合 1600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 900点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved 経過措置: 平成29年3月31日

176



# 放射線撮影などの適正な評価2

## 点数算定

【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】

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】

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。

第12部放射線治療に第2節特定保険医療材料料の節が新設される。

経過措置：平成29年3月31日

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

177

## 診療情報提供等の電子的な送受

- 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する文書、訪問看護管理療養費の算定に係る文書及び服薬情報等提供料の算定に係る文書の電子化
- [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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

178



# 診療情報提供等の電子的な送受2

- 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。

## 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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

179

# 心臓ペースメーカー(遠隔モニタリング)

## 点数算定

イ 遠隔モニタリングによる場合 550点  
ロ 着用型自動除細動器による場合 360点  
ハ 又はロ以外の場合 360点  
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、イにあつては4月に1回に限り、ロ及びハにあつては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。



イ 着用型自動除細動器による場合 360点  
ロ イ以外の場合 360点

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。  
(中略)

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。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

180



# 地域がん診療病院と小児がん拠点病院

## 点数算定

【がん診療連携拠点病院加算】(入院初日)  
がん診療連携拠点病院加算 500点

【がん治療連携管理料】(1人につき1回限り)  
がん治療連携管理料 500点



がん拠点病院加算】(入院初日)

- |                |      |
|----------------|------|
| 1 がん診療連携拠点病院加算 |      |
| イ がん診療連携拠点病院   | 500点 |
| ロ 地域がん診療病院     | 300点 |
| 2 小児がん拠点病院加算   | 750点 |

【がん治療連携管理料】(1人につき1回限り)

- |                 |      |
|-----------------|------|
| 1 がん診療連携拠点病院の場合 | 500点 |
| 2 地域がん診療病院の場合   | 300点 |
| 3 小児がん拠点病院の場合   | 750点 |

## 施設基準

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。

追加

# がん患者の外来から在宅への連携

- ・ 外来がん患者在宅連携指導料 500点/回

## 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。



# 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。

## • 施設基準

- 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
- 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。

## 胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の要件見直し

- 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。
  - (略)
  - 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。)
  - 5 顔面外傷により嚥下が困難な患者
  - 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) 以下のいずれかを満たしていること。
  - 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。
  - 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。
    - 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、3年以上の勤務経験を有するリハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科の医師又は神経内科の医師のうち複数の診療科の医師の出席を必須とし、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。
    - 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。



# 一般名処方加算

## 点数算定

一般名処方加算 2点



一般名処方加算1 3点  
一般名処方加算2 2点

## 算定要件

### 一般名処方加算1

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。

### 一般名処方加算2

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。

## 多剤投薬の患者の減薬(入院)

- 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時)
- [算定要件]

- 保険医療機関に入院している患者であって、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。

一般病院

- 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

精神病院

- 精神病床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1000mg以上内服していたものについて、2000mg以上減少した場合を含めることができる。



# 多剤投薬の患者の減薬(外来)

- 薬剤総合評価調整管理料 250点(月 1 回)
- 連携管理加算 50点
- [算定要件]
  - 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。
  - 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、区分番号 B009 診療情報提供料(I)は算定できない。

# 医薬品の適正使用

- 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ぬこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。
  - 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。
  - 上記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



# 医薬品の適正使用

## ・【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】

- ・ 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。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細書に記載することで算定可能とする。

## ・【投薬 薬剤料】

- ・ 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は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。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細書に記載することで算定可能とする。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved

189

# コンタクトレンズ

平成29年4月1日より適用

## 点数算定

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



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2 180点

コンタクトレンズ検査料3 56点

コンタクトレンズ検査料4 50点

### 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10000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の購入を指示し、自施設において交付しなかった患者数  $1/(1+2) \times 100$

### 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 190

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,  
All rights reserved



# 人工腎臓関連

## 点数算定

1 慢性維持透析を行った場合  
イ 4時間未満の場合 2,030点  
ロ 4時間以上5時間未満の場合  
2,195点  
ハ 5時間以上の場合 2,330点  
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)  
を行った場合 2,245点



1 慢性維持透析を行った場合  
イ 4時間未満の場合 2010点  
ロ 4時間以上5時間未満の場合  
2175点  
ハ 5時間以上の場合 2310点  
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)  
を行った場合 2225点

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。

透析困難者等加算について、現在対象となっている難病56疾患について、法改正に伴い新たに指定した指定難病についても、同様に評価を行う。

## 下肢末梢動脈疾患重症化予防

- 人工腎臓の加算
  - 注 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届け出た保険医療機関において、下肢末梢動脈疾病のリスクを評価し、診療録に記録した場合限り、1月に1回に限り所定点数に100点を加算する。
- 施設基準
  - 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。
  - 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。
  - 1及び2の内容を、診療録に記載していること。
  - 連携を行う専門的な治療体制を有している保険医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。



# 入院時の経腸栄養用製品の使用

## • 第1 食事療養

- 1 入院時食事療養(I)
  - イ 入院時食事療養(I)1 (1食につき) 640円
  - **ロ 入院時食事療養(I)2 (1食につき) 575円(新)**
- 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。**
- 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4 略

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

193

- 2 入院時食事療養(II)
  - イ 入院時食事療養(II)1 (1食につき) 506円
  - **ロ 入院時食事療養(II)2 (1食につき) 455円(新)**
- 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。**
- 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

- 1 入院時生活療養(I)
  - (1) 食事の提供たる療養
    - 1 食事の提供たる療養1 (1食につき) 554円
    - **2 食事の提供たる療養2 (1食につき) 500円(新)**
  - (2) 略
- 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) (変更なし)

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

194



# 精神科関連

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

195

## 長期入院の精神疾患患者の地域移行

- 地域移行機能強化病棟入院料 1527点/日
  - 重症者加算160点/日
  - 重症者加算230点/日
  - 非定型抗精神病薬加算 15点/日

### 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。

Copyright , 木村憲洋 , PXF00603@nifty.ne.jp ,  
All rights reserved

196



# 長期入院の精神疾患患者の地域移行2

## ・【精神科デイ・ケア】(1日につき)

- ・ 1 小規模なもの 590点 2 大規模なもの 700点
- ・ 注追加
  - ・ 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。

### 点数算定

【精神科地域移行実施加算】

10点/日



【精神科地域移行実施加算】

20点/日

# 重症精神疾患患者に対する集中的支援

## 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回)

### 管理料1

- イ 同一建物居住者以外 1,800点
- ロ 同一建物居住者
  - (1) 特定施設等の入居者 900点
  - (2) (1)以外 450点

### 管理料2 イ 同一建物居住者以外1,480点

- ロ 同一建物居住者の場合
  - (1) 特定施設等の入居者 740点
  - (2) (1)以外 370点



### 管理料1

- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点
- ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1350点

### 管理料2

- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点
- ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1110点

### 算定要件

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。

- 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
- 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
- 3 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者



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。

- 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
- 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
- 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)

4 障害福祉サービスを利用していない者

4 障害福祉サービスを利用していない者



## 施設基準

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。  
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。  
(略)



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。  
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。  
(略)

## 精神デイ、デイ・ナイト、ナイト、ショート の算定要件見直し

### 点数算定

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つては、週5日を限度として算定する。



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。

#### 【特に定める場合】

以下を全て満たすこと。

- 1 週3日を超えるデイ・ケア等の提供が医学的に特に必要と判断されること
- 2 精神保健福祉士が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること
- 3 当該保険医療機関において、デイ・ケア等の提供が週3日を超える患者の割合が8割未満であること

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つて、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)



# 身体合併症を有する精神疾患患者の受入

- 精神疾患診療体制加算1 1000点(入院初日)
  - 一般病院が精神科病院の求めに応じて受け入れた場合
- 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)
  - 一般病院において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科医が診察した場合(精神科を標榜していない場合は、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合も可)

## 施設基準

- (1) 許可病床数が100床以上であり、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) 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。

# 精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算

- 追加する対象疾患・病態
  - 間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓、劇症肝炎、重症急性膵炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患(頻回に輸血を要する状態等)、急性かつ重篤な腎疾患(急性腎不全等)、合併症妊娠(※)等
  - (※)身体合併症管理加算の対象に追加。



# 精神科急性期治療病棟入院料

## 精神科急性期医師配置加算の変更

- 対象病棟
  - 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
- 施設基準
  - 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。
  - 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)
  - 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。
    - 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。
    - 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。
    - 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
    - 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。
    - 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。
    - 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。

## 向精神薬の適切な処方

	変更点	処方料	薬剤料	処方せん料
抗不安薬	なし(3剤)	20点	80/100	30点
睡眠薬	なし(3剤)			
抗うつ薬	4→3剤			
抗精神病薬	4→3剤			

### • 【処方料】

- 算定要件
  - 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。
- 別紙様式 40
  - 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



## 向精神薬の適切な処方関連2

- 【通院・在宅精神療法】
- 【精神科継続外来支援・指導料】
  - 算定要件
    - 当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬か3種類以上又は抗うつ薬か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。
    - 別に厚生労働大臣が定める場合
      - 1～3の全てを満たすこと。
        - 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。
        - 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。
        - 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。
  - 算定要件【精神科継続外来支援・指導料のみ】
    - 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。

## 向精神薬の適切な処方関連5

- 【処方料】
  - 算定要件
    - 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。
  - 別紙様式 40
    - 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



# 児童・思春期精神科外来医療

- 児童・思春期精神科専門管理加算1 500点(1回につき)
  - 16歳未満
- 児童・思春期精神科専門管理加算2 1200点(初診から3ヶ月以内に1回)
  - 20歳未満
- [算定要件]
- 以下を全て満たしていること。
  - 1 現に精神保健指定医であって、精神保健指定医に指定されてから5年以上主として児童・思春期の患者の精神医療に従事した経験を有する専任の常勤医師及び児童・思春期の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
  - 2 児童・思春期精神科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。
  - 3 過去6ヶ月間に精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- 診療所については、(1)に加え、過去6ヶ月間に精神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。

207

## 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
  - 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(いずれも研修を修了した者に限る。)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。
  - 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。
- 施設基準
  - 専任の精神科医師及び専任の看護師、作業療法士(いずれも研修を修了した者に限る。)が勤務していること。
  - 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。



# 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
- 2 1以外の医師による場合 420点
- 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

## • 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。

## • 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。
  - 1 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、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
  - 2 うつ病等の気分障害の患者に対して、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自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のもについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、(2)の専任の医師又は3の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
  - 3 厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」による「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠したプログラムによる2日以上適切な研修を修了していること。



# 精神科リエゾンチーム

## • 精神科リエゾンチーム加算 300点/週

### • 施設基準

- 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。
- 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
- **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**
- 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
- (中略)
- **上記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かできる。**
- (略)

# 自殺企図者への継続的な指導

## • 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
    - 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。
    - 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。
    - 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。
  - 施設基準
    - 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又は精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。



# 精神その他

- 難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)及び二類感染症患者療養環境特別加算の算定対象に、精神病棟入院基本料と特定機能病院入院基本料(精神病棟)を追加