

各調査に関連する主な施設基準及び算定項目

病院勤務医の負担の軽減の状況調査	1 頁
精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査	4 頁
在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査	6 頁
回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者 . . .	1 1 頁
リハビリテーションの創設など、リハビリテーション 見直しの影響調査	
在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査	1 5 頁
後発医薬品の使用状況調査	1 9 頁
参考資料	2 0 頁

1. 病院勤務医の負担の軽減の状況調査

(1) 総合入院体制加算(1日につき) 120点

[施設基準]

特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。

急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

(2) 急性期看護補助体制加算(1日につき)

1 急性期看護補助体制加算1 (50対1) 120点

2 急性期看護補助体制加算2 (75対1) 80点

[算定要件]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。

14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。

ただし、看護補助者の配置については1対1配置できるものとする。

年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。

看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

(3) 栄養サポートチーム加算(週1回) 200点

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者等

[算定要件]

対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)

対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療

1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること等

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の ～ により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師

栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師

栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

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

(4) 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点

[算定要件]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。

人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の ～ により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師

人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師

人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士

呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

(5) 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	15対1補助体制加算	810点
2	20対1補助体制加算	610点
3	25対1補助体制加算	490点
4	50対1補助体制加算	255点
5	75対1補助体制加算	180点
6	100対1補助体制加算	138点

[施設基準]

15対1、20対1補助体制加算の施設基準

第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の

緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院

25対 1、50対 1 補助体制加算の施設基準

の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が 200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間 800件以上の病院

75対 1、100対 1 補助体制加算の施設基準

又は の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が 100名以上の実績を有する病院

(6) 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件とする項目

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| 1 総合入院体制加算（1日につき） | 120 点 |
| 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日） | 138 点～810 点 |
| 3 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） | 3,000 点 |
| 4 急性期看護補助体制加算（1日につき） | 80 点・120 点 |
| 5 栄養サポートチーム加算（週1回） | 200 点 |
| 6 呼吸ケアチーム加算（週1回） | 150 点 |
| 7 小児入院医療管理料1及び2（1日につき） | 4,000 点・4,500 点 |
| 8 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合（1日につき） | 1,000 点 |

[算定要件]

病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。

勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。

役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。

今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。

目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

2. 精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査

施設基準については、重傷度評価に関する部分のみ抜粋

- (1) 精神病棟入院基本料 13 対 1 入院基本料(1 日につき) 920 点

[施設基準]

新規入院患者のうち、重症者（GAF スコア 30 以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。

- (2) 精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料(1 日につき) 1,240 点

[施設基準]

新規入院患者のうち、重症者（GAF スコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

- (3) 重症者加算(1 日につき) 40 点

[算定要件]

当該患者のGAF スコアが40 以下であること。

- (4) 特定機能病棟入院基本料(精神病棟) 7 対 1 入院基本料(1 日につき) 1,311 点

[施設基準]

新規入院患者のうち、重症者（GAF スコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

- (5) 特定機能病棟入院基本料(精神病棟) 10 対 1 入院基本料(1 日につき) 1,240 点

[施設基準]

新規入院患者のうち、重症者（GAF スコア 30 以下）の割合が5割以上であること。

- (6) 特定機能病棟入院基本料(精神病棟) 13 対 1 入院基本料(1 日につき) 920 点

[施設基準]

新規入院患者のうち、重症者（GAF スコア 30 以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。

- (7) 精神科救急入院料(1 日につき)

1 精神科救急入院料 1

イ 30 日以内の期間 3,451 点

ロ 31 日以上の期間 3,031 点

2 精神科救急入院料 2

イ 30 日以内の期間 3,251 点

ロ 31 日以上の期間 2,831 点

- (8) 精神科救急・合併症入院料(1日につき)
- | | | |
|---|----------|--------|
| 1 | 30日以内の期間 | 3,451点 |
| 2 | 31日以上期間 | 3,031点 |
- (9) 精神科急性期治療病棟入院料(1日につき)
- | | | |
|---|----------------|--------|
| 1 | 精神科急性期治療病棟入院料1 | |
| イ | 30日以内の期間 | 1,920点 |
| ロ | 31日以上期間 | 1,600点 |
| 2 | 精神科急性期治療病棟入院料2 | |
| イ | 30日以内の期間 | 1,820点 |
| ロ | 31日以上期間 | 1,500点 |
- (10) 精神科身体合併症管理加算(1日につき) 350点
- (11) 精神科地域移行実施加算(1日につき) 10点
- (12) 精神療養病棟入院料(1日につき) 1,050点

3. 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査

(1) 障害者歯科医療連携加算（初診時 1 回） 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、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において初診料・再診料に係る障害者加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合に月 1 回に限り、初診料に加算する。

[施設基準]

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関又は初診料・再診料に係る障害者加算を算定した外来患者の月平均患者数が 20 人以上の歯科診療所である保険医療機関であること。

自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素吸入（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む）を有していること。

緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

(2) 初診料・再診料に係る障害者加算

障害者加算 175 点

初診時歯科診療導入加算 250 点

[算定要件]

著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診又は再診を行った場合に加算する。

また、患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250 点を加算する。

(3) 処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴に係る障害者加算

[算定要件]

著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置、手術、麻酔（全身麻酔除く）、一部の歯冠修復及び欠損補綴場合には、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

(4) 歯科衛生実施指導料

1 歯科実施衛生指導料 1 80 点

2 歯科実施衛生指導料 2 100 点

[算定要件]

歯科衛生実地指導料 1 は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で 15 分以上の実地指導を行った上で、

当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。

歯科衛生実地指導料 2 は、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診料・再診料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が直接口腔内で 15 分以上の実地指導（15 分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月 2 回の合計が 15 分以上となる実地指導）を行い、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。なお、歯科衛生実地指導料 1 を算定した月は、歯科衛生実地指導料 2 は算定できない。

(5) 診療情報提供料（250 点）に係る加算 100 点

[算定要件]

保険医療機関が初診料・再診料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に診療情報提供料 に加算する。

(6) 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点

[施設基準]

常勤の歯科医師が 2 名以上配置されていること。
看護師及び准看護師が 2 名以上配置されていること。
歯科衛生士が 1 名以上配置されていること。
次の各号のいずれかに該当すること。

- イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 30 以上であること。
 - ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が 100 分の 20 以上であって、別に掲げる手術の 1 年間の実施件数の総数が 30 件以上であること。
 - ハ 歯科医療を担当する別の保険医療機関において、初診料・再診料に係る障害者加算又は歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均 5 人以上であること。
 - ニ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、初診料・再診料に係る障害者加算を算定した月平均患者数が 30 人以上 であること。
- 歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(7) 地域歯科診療支援病院入院加算（入院初日に限り） 300 点

[算定要件]

歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料を算定した患者又は基本診療料に係る障害者加算を算定した患者であって、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院初日に限り入院基本料に加算する。

[施設基準]

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行っていること。

地域において歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(8) 歯科訪問診療料（1 日につき）

- | | | |
|---|----------|-------|
| 1 | 歯科訪問診療 1 | 830 点 |
| 2 | 歯科訪問診療 2 | 380 点 |

[歯科訪問診療 1 の算定要件]

在宅等において療養を行っている通院困難な患者 1 人に対し、当該患者が居住する建物の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた場合（患者 1 人に限る。）

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合（患者 1 人に限る。）

上記イ又はロの患者であって、

同一の建物に居住する 1 人の患者を診療した場合

(1) 20 分以上の場合 歯科訪問診療 1

(2) 20 分未満の場合 初診料又は再診料

[歯科訪問診療 2 の算定要件]

在宅等において療養を行っている患者であって、同一の建物に居住する複数の通院困難な患者に対し、患者ごとに当該建物の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた場合

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合

上記イ又はロの患者であって、

同一の建物に居住する複数の患者を診療した場合

(1) 20 分以上の場合 歯科訪問診療 2

(2) 20 分未満の場合 初診料又は再診料

[その他]

歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療について、院内掲示により患者への情報提供に努めること。

(9) 在宅患者等急性歯科疾患対応加算（1 日につき）

1 回目 232 点

2 回目 90 点

[算定要件]

歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に初診料、再診料、歯科訪問診療料の加算として算定する。

(10) 歯科疾患在宅療養管理料（月 1 回）

在宅療養支援歯科診療所の場合 140 点

（口腔機能管理加算 50 点）

その他の場合 130 点

[算定要件]

歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理を必要な患者に対して、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に月 1 回に限り算定する。

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が患者の口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として月 1 回に限り加算する。

歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料又は歯科矯正管理料は別に算定できない。主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているものに対して機械的歯面清掃を行った場合には、月 1 回に限り 60 点を加算する。

(11) 訪問歯科衛生指導料

1 複雑なもの 360 点

2 簡単なもの 120 点

[算定要件]

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、看護師等が訪問して療養上必要な指導を患者又はその家族等に行い、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合に月 4 回に限り算定する。

(12) 在宅患者歯科治療総合医療管理料（月1回） 140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、歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であって、別の医科の保険医療機関から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報を受けたものの当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

4. 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1単位につき）

1 脳血管疾患等リハビリテーション料()

以外の場合 245点

廃用症候群の場合 235点

2 脳血管疾患等リハビリテーション料()

以外の場合 200点

廃用症候群の場合 190点

3 脳血管疾患等リハビリテーション料()

以外の場合 100点

廃用症候群の場合 100点

(2) 運動器リハビリテーション料（1単位につき）

1 運動器リハビリテーション料() 175点

2 運動器リハビリテーション料() 165点

3 運動器リハビリテーション料() 80点

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料（1単位につき）

1 心大血管疾患リハビリテーション料() 200点

2 心大血管疾患リハビリテーション料() 100点

[施設基準]

疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。

疾患別リハビリテーションを担当する常勤の看護師、理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。

疾患別リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。

疾患別リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。

(4) 早期リハビリテーション加算（1単位につき） 45点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り加算する

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点

[施設基準]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
当該病棟において新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること
当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点

[施設基準]

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

- (6) 休日リハビリテーション提供体制加算(1日につき) 60点

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

- (7) リハビリテーション充実加算(1日につき) 40点

[算定要件]

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

- (8) リハビリテーション提供体制加算(1日につき) 50点

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、週平均16単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (9) 亜急性期入院管理料(1日につき)

- 1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点

[施設基準]

当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。
ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。

- 2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

[施設基準]

許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。

当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下である

こと。ただし、当該病室において急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。

(10) 難病患者リハビリテーション料（1日につき） 640点

[施設基準]

難病患者リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。

難病患者リハビリテーションを担当する常勤の看護師、理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。

患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

難病患者リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

難病患者リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。

(11) 短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

1 退院後1月以内 280点

2 退院後1月を超え3月以内 140点

[算定要件]

医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り所定点数に加算する。

(12) がん患者リハビリテーション料（1単位につき） 200点

[算定要件]

対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。

がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。

がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[対象患者]

食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者

舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者

乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者

骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者

緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。

がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。

100㎡以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

5. 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査

- (1) 地域連携診療計画退院時指導料 1 (退院時 1 回) 600 点
(2) 地域連携診療計画退院時指導料 2 (退院後初回月に 1 回) 300 点

[算定要件]

診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。

退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。

- (3) 地域連携診療計画退院計画加算 100 点

[算定要件]

患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。

- (4) 介護支援連携指導料 (入院中 2 回) 300 点

[算定要件]

入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。

退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

- (5) 在宅血液透析指導管理料 (初回算定から 2 月までの間、月 2 回まで)

(1 月につき)	8,000 点
2 回目以降	2,000 点

[施設基準]

患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。

[算定要件]

関係学会等のマニュアルを参考に在宅血液透析を行うこと。

- (6) 透析液供給装置加算 (1 月につき) 10,000 点

[算定要件]

在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した

場合に算定する。

- (7) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500 点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要な者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

- (8) 在宅移行早期加算（月 1 回） 100 点

[算定要件]

在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。

入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから 3 月以内の患者であること。

患者 1 人につき 3 回に限る。また在宅医療に移行後 1 年以降は算定できない。

- (9) 往診料 720 点

[算定要件]

患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定する。

- (10) 在宅患者訪問診療料

1 同一建物居住者以外の場合 830 点

2 同一建物居住者の場合 200 点

[算定要件]

1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する。

- (11) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算

[算定要件]

在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に 2 回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）に 2,000点を加算する。

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前 14日以内に 2 回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含

む)に10,000点を加算する。

(12) 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき)

1 保健師、助産師又は看護師による場合

イ 週3日目まで 555 点

ロ 週4日目以降 655 点

2 准看護師による場合

イ 週3日目まで 505 点

ロ 週4日目以降 605 点

[算定要件]

保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者を除く。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。

(13) 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1 保健師、助産師又は看護師による場合

イ 週3日目まで 430 点

ロ 週4日目以降 530 点

2 准看護師による場合

イ 週3日目まで 380 点

ロ 週4日目以降 480 点

[算定要件]

保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。

(14) 在宅患者訪問看護・指導料

(同一建物居住者訪問看護・指導料)

複数名訪問看護加算

保健師、助産師又は看護師 430 点(週1回)

准看護師

380 点(週1回)

[算定要件]

看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)が、同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

訪問看護療養費においては看護師等とする。

対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- 1 末期の悪性腫瘍等の者
- 2 特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- 3 特別な管理を必要とする者
- 4 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

(15) 在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算 2,000 点

[算定要件]

在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

(16) 同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算 2,000 点

[算定要件]

死亡した同一建物居住者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上同一建物居住者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

(17) 総合評価加算（入院中 1 回） 50 点

[算定要件]

保険医療機関が、入院中の患者（65 歳以上の者及び 40 歳以上 65 歳未満の者であって介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 7 条第 3 号に規定する要介護者又は同条第 4 号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、退院後の介護サービスの必要性等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

6. 後発医薬品の使用状況調査

(1) 後発医薬品調剤体制加算（処方せん1回の受付につき）

- | | | |
|---|-------|-----|
| 1 | 20%以上 | 6点 |
| 2 | 25%以上 | 13点 |
| 3 | 30%以上 | 17点 |

[施設基準]

直近3か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。

(2) 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 30点

[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

該当する主な入院基本料：

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

[施設基準]

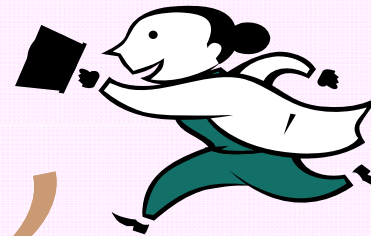
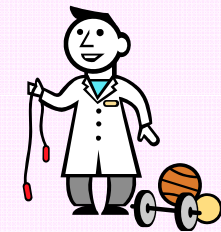
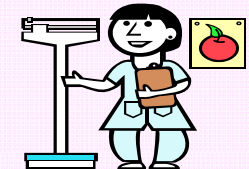
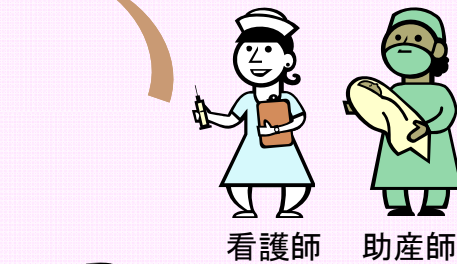
薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。

後発医薬品の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。

入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

病院勤務医の負担軽減のための考え方

②病院内での役割分担

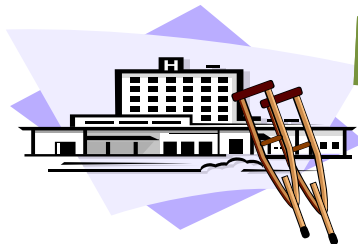


勤務医負担軽減計画

①病院の勤務医負担軽減体制

③医療機関間の役割分担

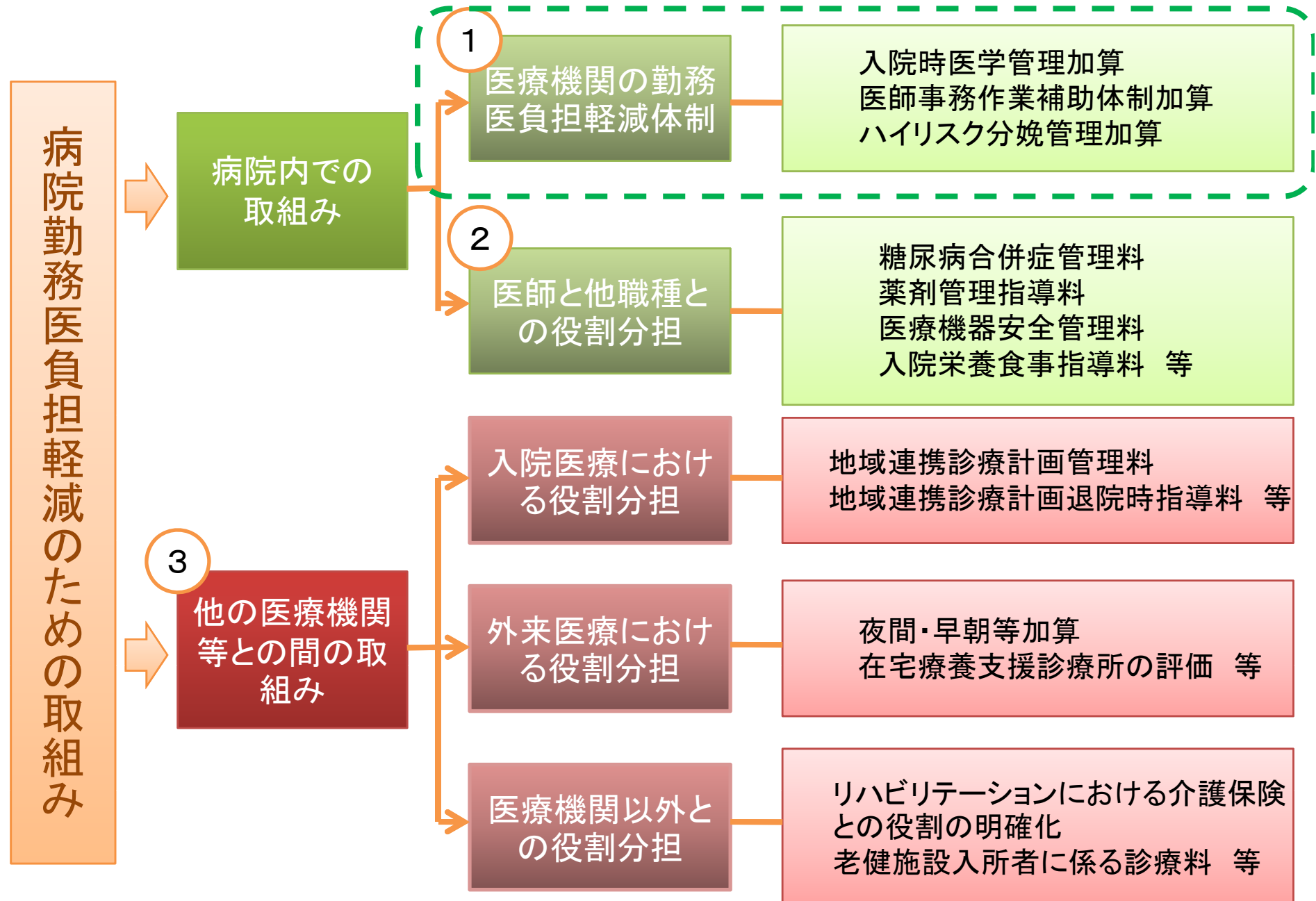
病院



退院調整



病院勤務医の負担軽減のための考え方



急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければならない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。

○急性期看護補助体制加算（1日につき、14日を限度）

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

○栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

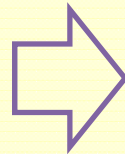
○呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目を3項目から8項目に】

現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



改定後

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

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

NST(栄養サポートチーム)の活動内容

NST業務の三本柱

- ①NST回診(ラウンド): 回診前症例検討を含む[基本的にサテライトチームで対応困難な症例を対象とする]
サテライトチーム回診・症例検討会: 本回診の前に予備回診を行い問題症例を抽出
- ②NST検討会(ミーティング): 施設全体の問題点や重症症例・問題症例の検討
- ③NST相談(コンサルテーション): 主治医およびスタッフからの依頼に答える

院内活動

- ①NSTチームミーティング: NSTの運営上の会議・情報交換・勉強会
- ②コラボレーションチームミーティング: 他のチームとの連携・連絡会議
- ③治療方針決定検討会: 各診療科での検討会への参加
- ④病院経営関連会議

地域活動・教育活動

- ①地域連携関連会議/医療連携情報交換会(地域一体型NST)
- ②勉強会の開催: Metabolic Clubなど

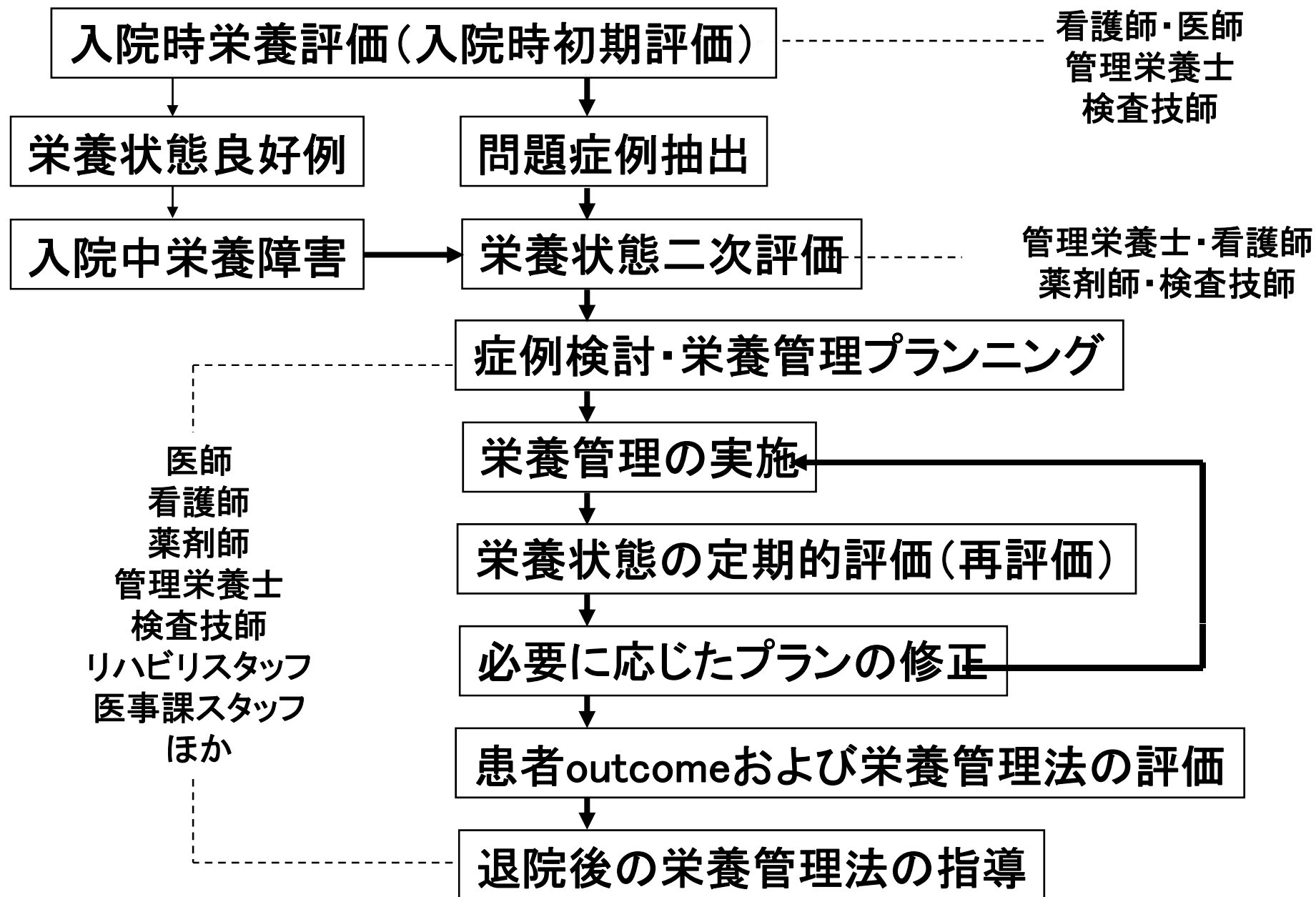
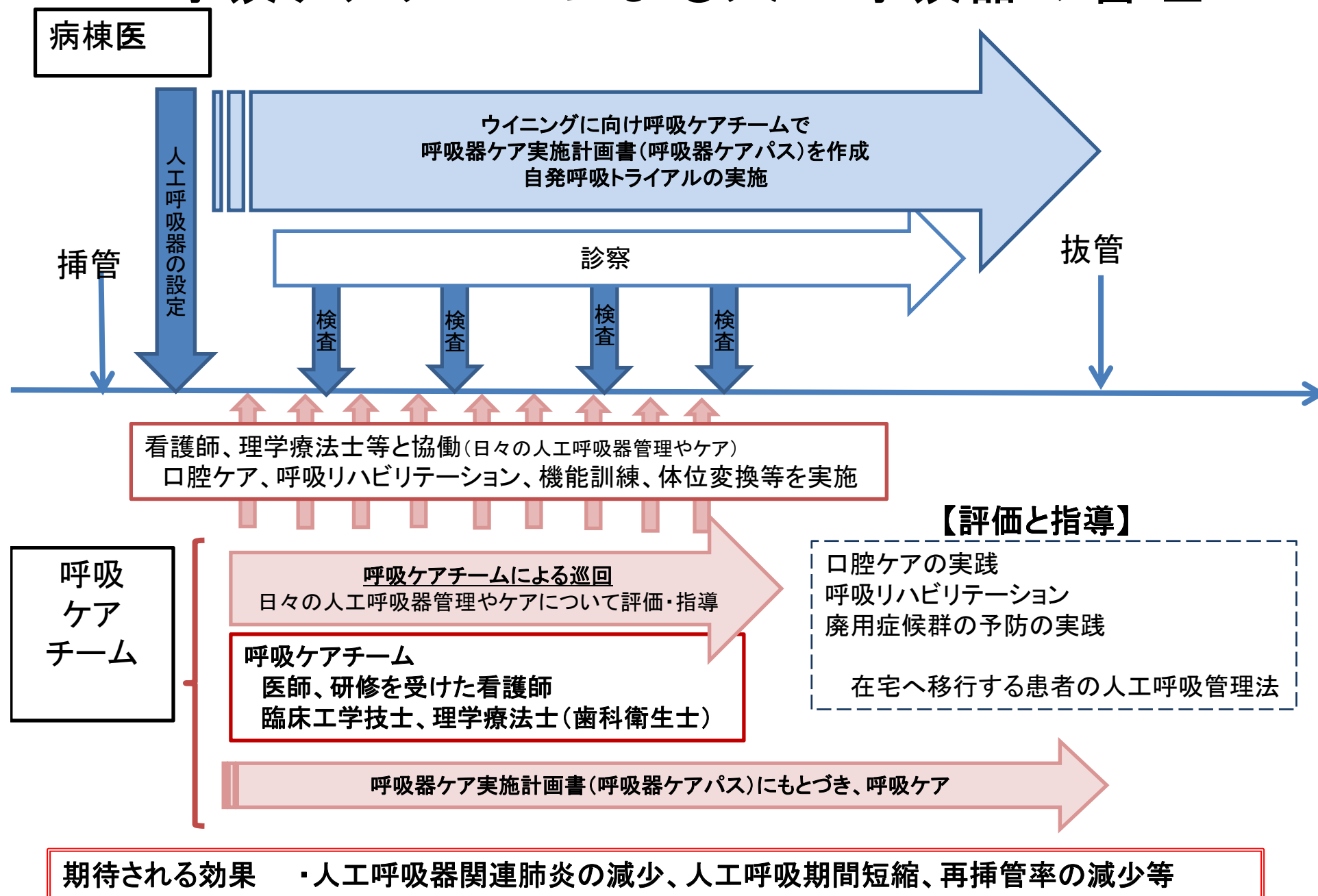


図2. NST活動のフローチャート

東口高志編: NST活動のための栄養療法データブック. 中山書店、東京、2008

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理



精神入院医療の充実

- 手厚い看護配置の精神病棟の評価
- 身体合併症に対応する精神病棟の評価
- 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

- 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)
1,090点



精神療養病棟入院料(1日につき)
1,050点
重症者加算(1日につき) 40点

〔算定要件〕

重症者加算：当該患者のGAFスコアを毎日評価し、そのスコアが40以下であること

精神科急性期の特定入院料の引き上げ

- 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。
- 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

専門性の高い精神医療の評価

- うつ病に対する精神専門療法の評価
- アルコール依存症に対する専門的治療の評価

強度行動障害児に対する入院医療の評価

- 個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について評価

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度にしていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価

摂食障害に対する入院医療の評価

- 治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療について評価

精神科専門療法の見直し

- 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

精神科デイ・ケア等の見直し

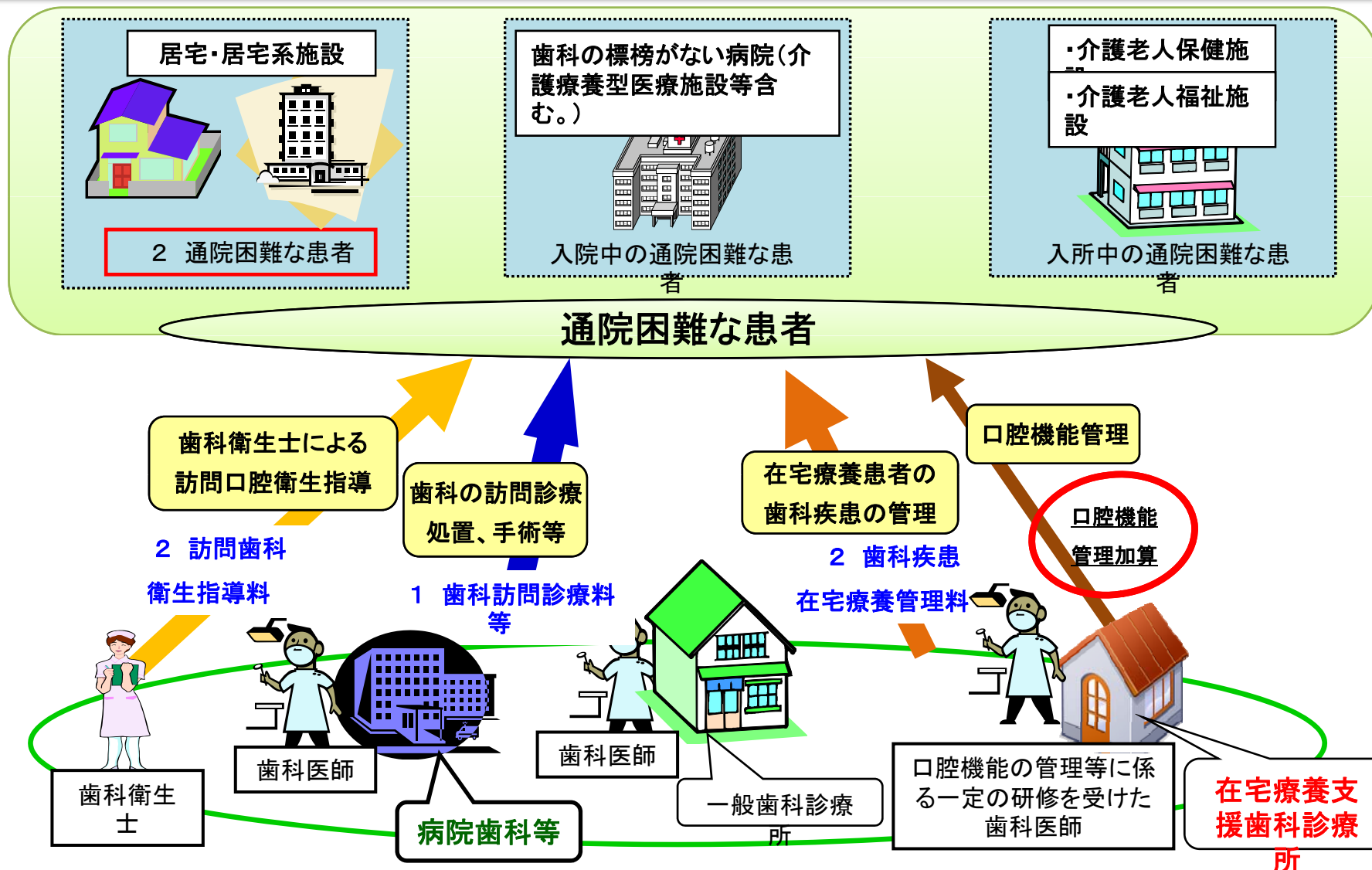
- 精神科デイ・ケアについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行について評価

在宅歯科医療の推進

基本的な考え方

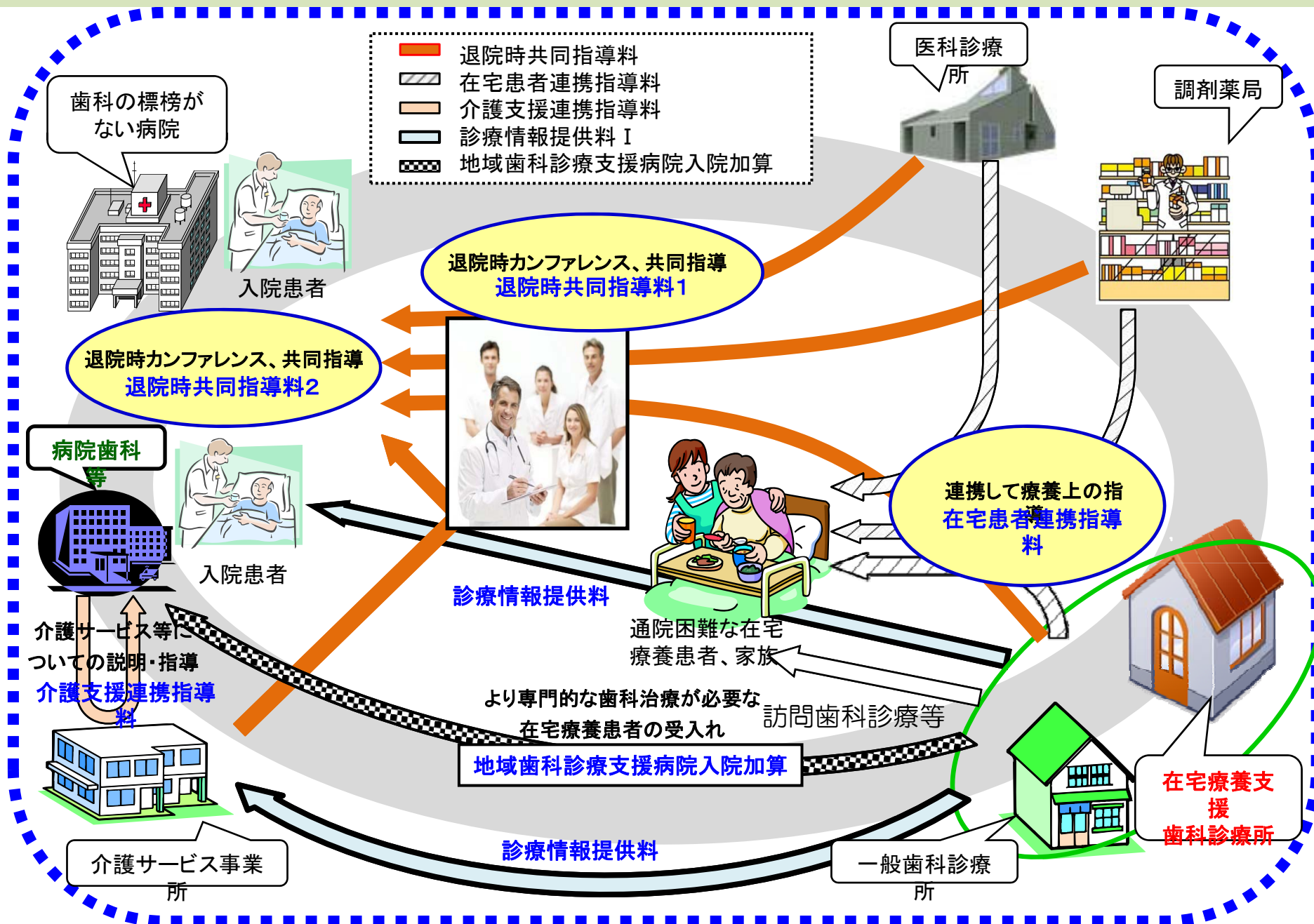
1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、よりわかりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者は、
 - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
 - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
 - (3) う蝕(むし歯)や歯周疾患等の歯科疾患が重症化しやすい特性があることを踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

在宅歯科医療に係る診療報酬上の主な対応例



- 1: 歯科訪問診療料を算定した場合の一部の処置料、手術料、有床義歯修理の加算等も含む。
- 2: 居宅・居宅系施設の通院困難な患者について、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は、算定できない。

在宅歯科医療における医療機関間の連携等に係る診療報酬上の主な対応例



障害者歯科医療の充実

基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態に応じて長時間または短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることから、重症化予防のため、よりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科診療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科診療が困難な患者を受入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

医療保険によるリハビリテーションについて

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

疾患別リハビリテーション料

一般病棟入院基本料等

回復期リハビリテーション
入院料

療養病棟入院基本料等

← 一般病床 →

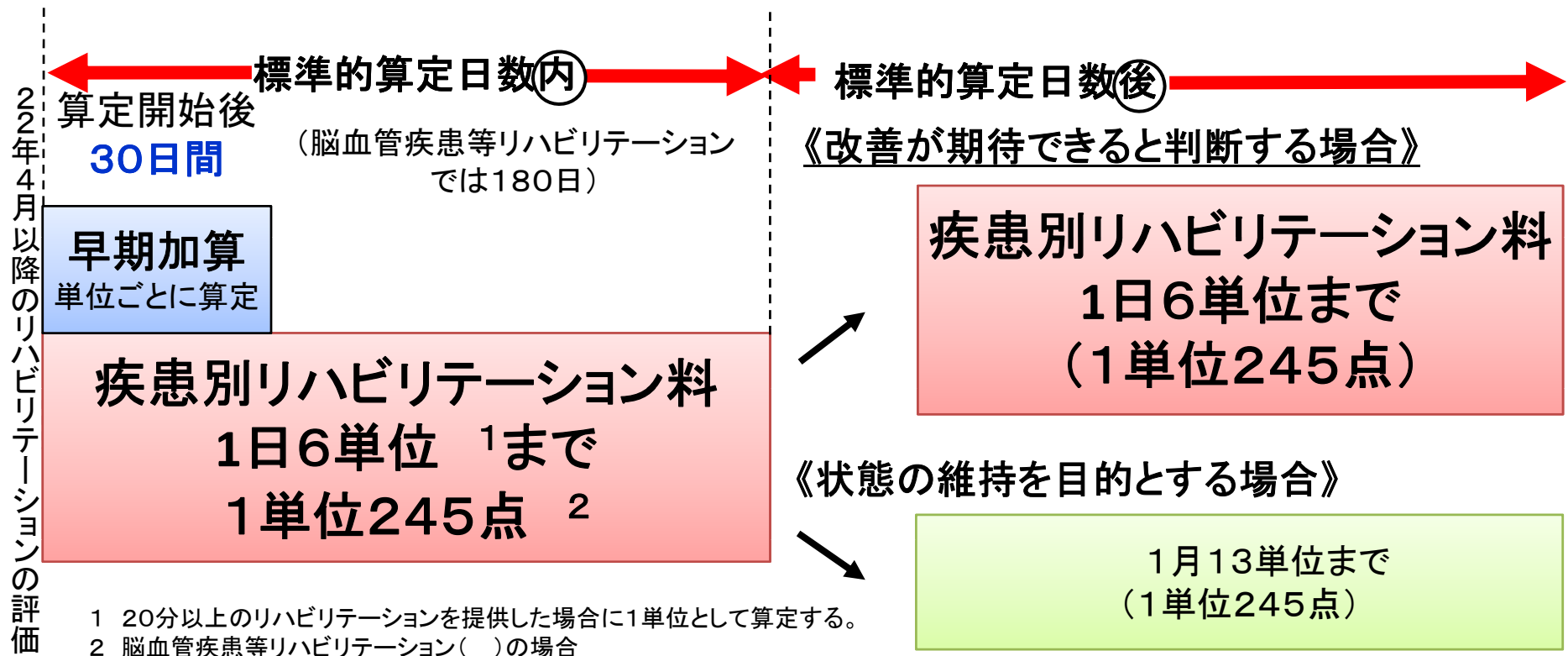
← 療養病床 →

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟において算定する入院料。
リハビリテーションの費用は別に算定できる。

リハビリテーションの仕組み

- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価

例: 1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



脳血管疾患等リハビリテーション料の引き上げと評価体系の見直し

脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション() ()の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

心大血管疾患リハビリテーションの評価

心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で418施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

発症早期からのリハビリテーションの充実

- 発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。
- 維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションを集中的提供する観点から、1日に提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。
- また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。

回復期リハビリテーション病棟におけるより充実したリハビリテーションを提供する体制の評価

より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価を設ける。また、特に集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価も新設する。

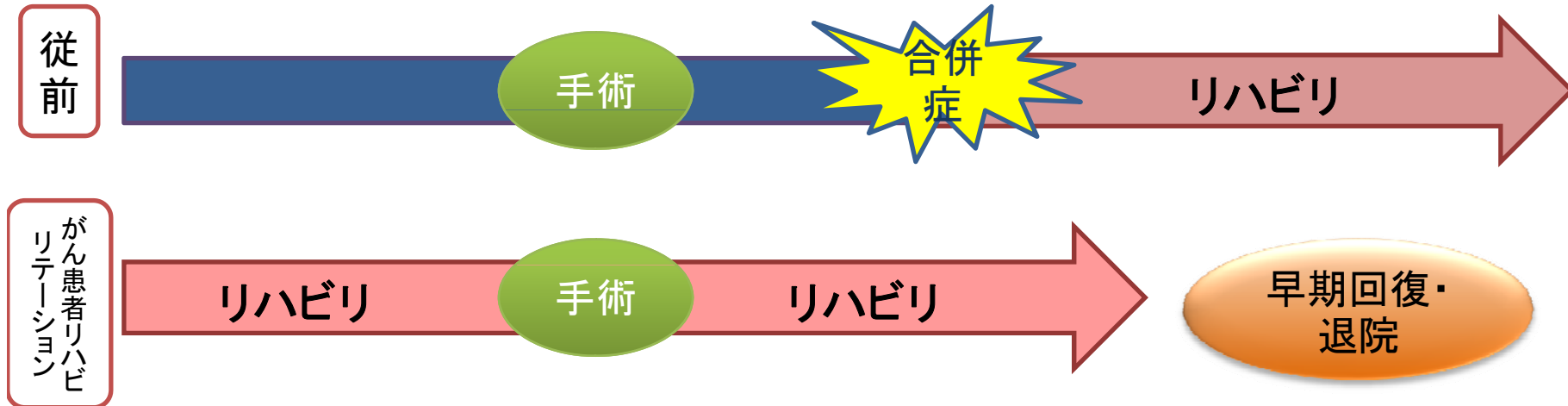
亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価

- 亜急性期病棟において、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。
- 当該加算を算定している患者については、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。

がん周術期のリハビリテーション

術前および術後早期からの介入により術後の合併症を予防し、後遺症を最小限にして、スムーズな術後の回復を図ることを目的に行う



■ 周術期(手術前後の)呼吸リハビリテーション

- ・食道がん: 開胸開腹手術症例では全例が対象。嚥下障害に対する対応も行う。
- ・肺がん、縦隔腫瘍: 開胸手術症例では全例が対象
- ・消化器系のがん(胃がん、肝がん、胆嚢がん、大腸がんなど): 開腹手術では高リスク例が対象。

■ 頭頸部がんの周術期リハビリテーション

- ・舌がんなどの口腔がん、咽頭がん: 術後の嚥下障害、構音障害に対するアプローチ。
- ・喉頭がん: 喉頭摘出術の症例に対する代用音声(電気喉頭、食道発声)訓練。
- ・頸部リンパ節郭清術施行後の症例: 肩・肩甲骨の運動障害に対するリハビリ。

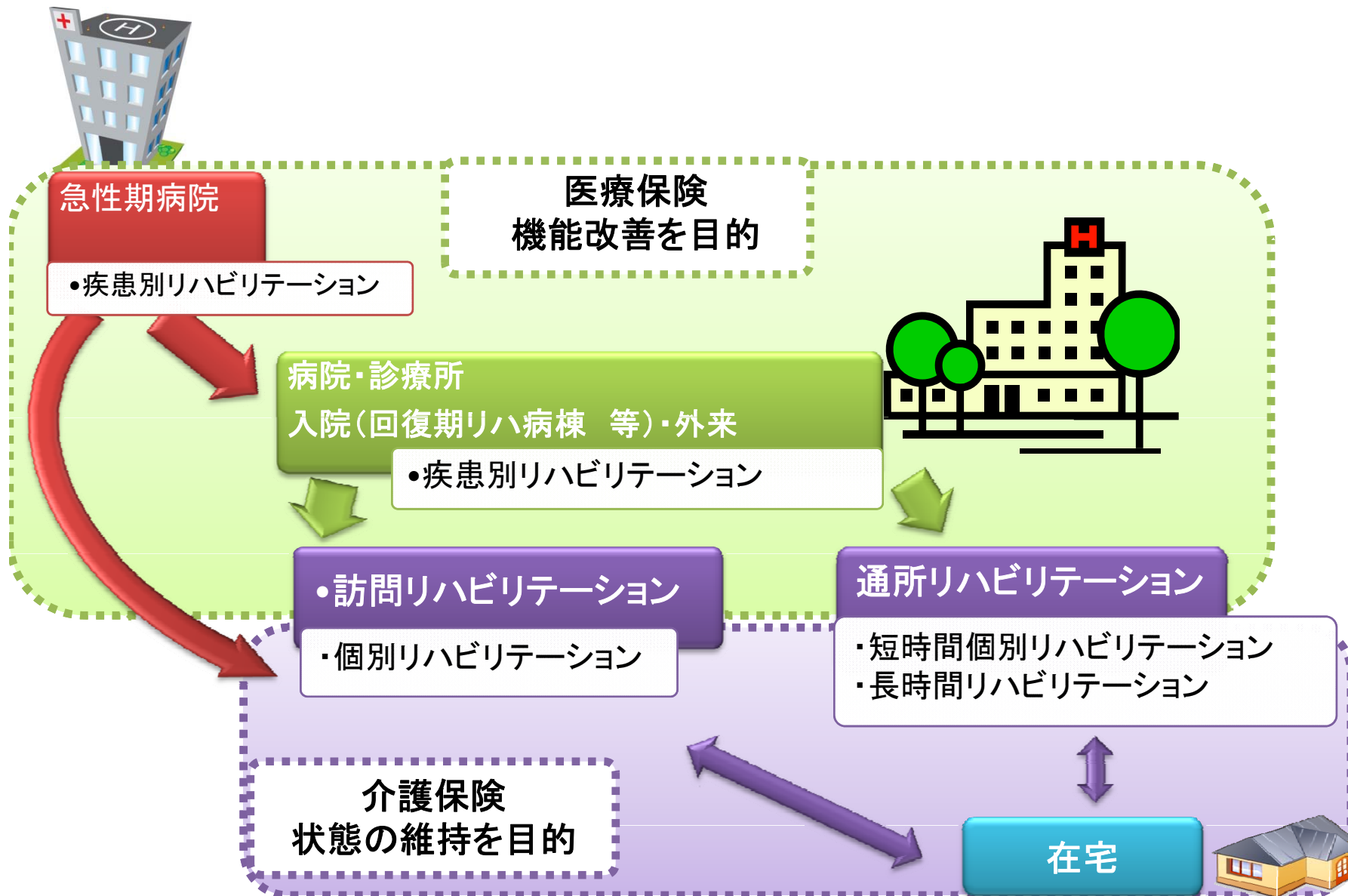
■ 骨・軟部腫瘍の周術期リハビリテーション

- ・患肢温存術・切断術の症例: 術前の杖歩行練習と術後のリハビリ。義足や義手の作成。
- ・骨転移: 放射線照射中の安静臥床時は廃用症候群の予防、以後は安静度に応じた対応。

■ 脳腫瘍の周術期リハビリテーション

- ・原発性・転移性脳腫瘍: 手術前後の失語症や空間失認など高次脳機能障害、運動麻痺や失調症などの運動障害、ADLや歩行能力について対応。

リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



医療機関と在宅療養を担う医療機関との連携の評価

医療機関内

入院中

- 入院基本料(入院診療計画)
- 総合評価加算
(日常生活能力・認知機能・意欲等について総合的評価)
- 急性期病棟等退院調整加算(退院支援計画)
- 慢性期病棟等退院調整加算
- 退院支援計画作成加算・退院加算(退院支援計画)

介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者および65歳以上の者
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)、有床診療所療養病床入院基本料。特定入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定疾患入院医療管理料又は特定疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合

入院中からの在宅療養への指導(入院している医療機関が算定)

- 退院前訪問指導料:入院期間が1か月を越えると見込まれる患者の退院に先立った退院前訪問・療養上の指導 **410点**
- 退院前在宅療養指導管理料:外泊時に在宅療養指導管理料を算定する指導管理に関する指導 **120点**
- 退院時リハビリテーション料:退院時に在宅での日常生活基本動作等の指導 **300点**
- 退院時薬剤情報管理指導料:入院中に使用した薬剤情報と退院後の薬剤の服用に関する指導 **90点**
- 退院時共同指導料2:在宅療養を担う医療機関等との共同指導(訪問看護ステーションとの連携では算定不可) **300点**
- ・在宅医療を担う医療従事者との情報共有や3職種以上での共同指導をした場合の加算 **2000点**
- 介護支援連携指導料:ケアマネジャーと連携して介護サービスの説明、指導 **300点**
- 診療情報提供料:入院中の患者に関する情報提供 **250点**

在宅療養(在宅療養を担っている医療機関等において算定)

- 退院時共同指導料1:入院中の医療機関に赴き、共同して指導し、患者に情報提供 **1000点**(在支診以外600点)
- 退院時共同指導加算:入院中の医療機関訪問看護ステーションが赴き、共同指導し、患者に情報提供 **6000円**

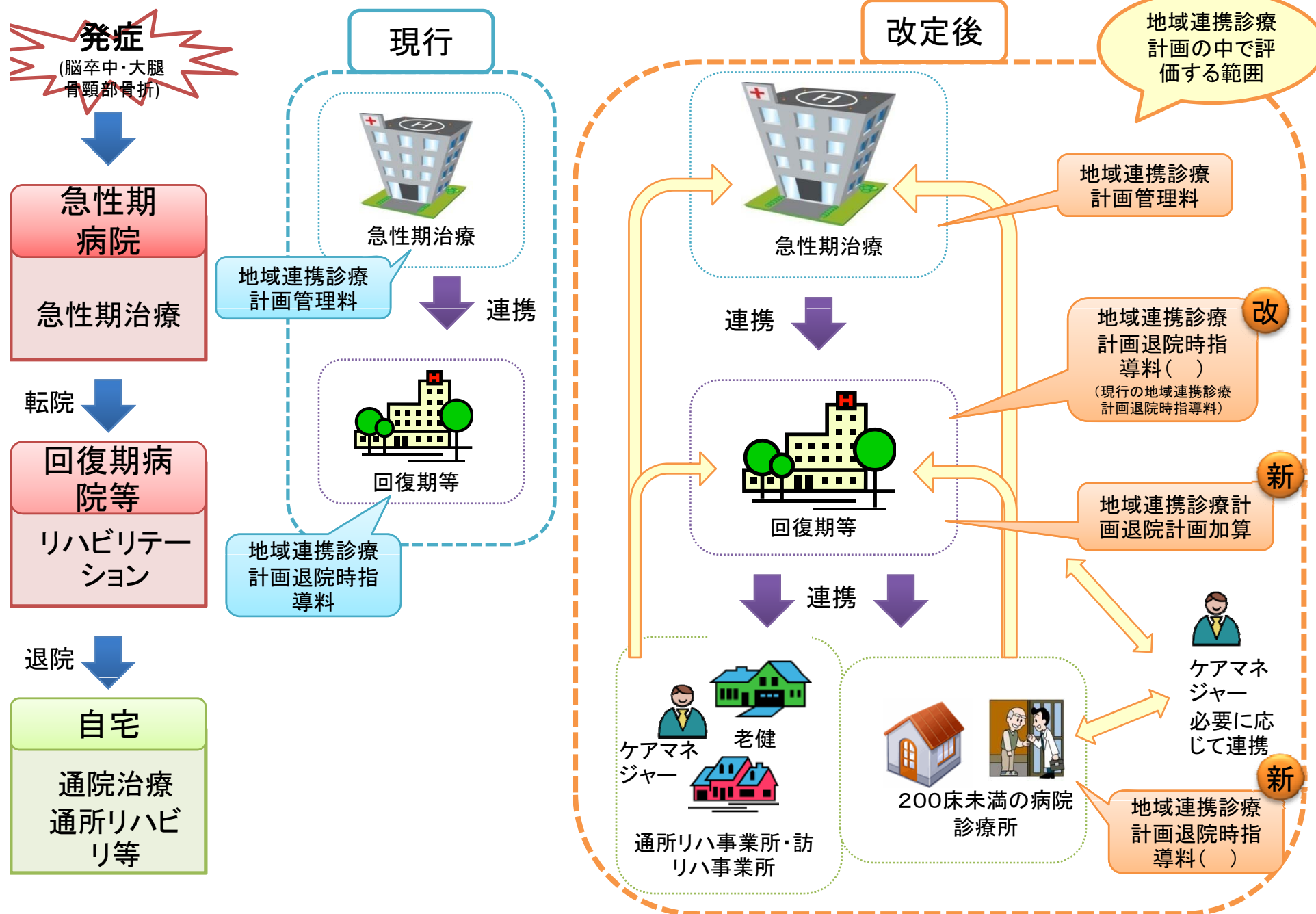
在宅

在宅療養を支える医療機関や関係機関との連携

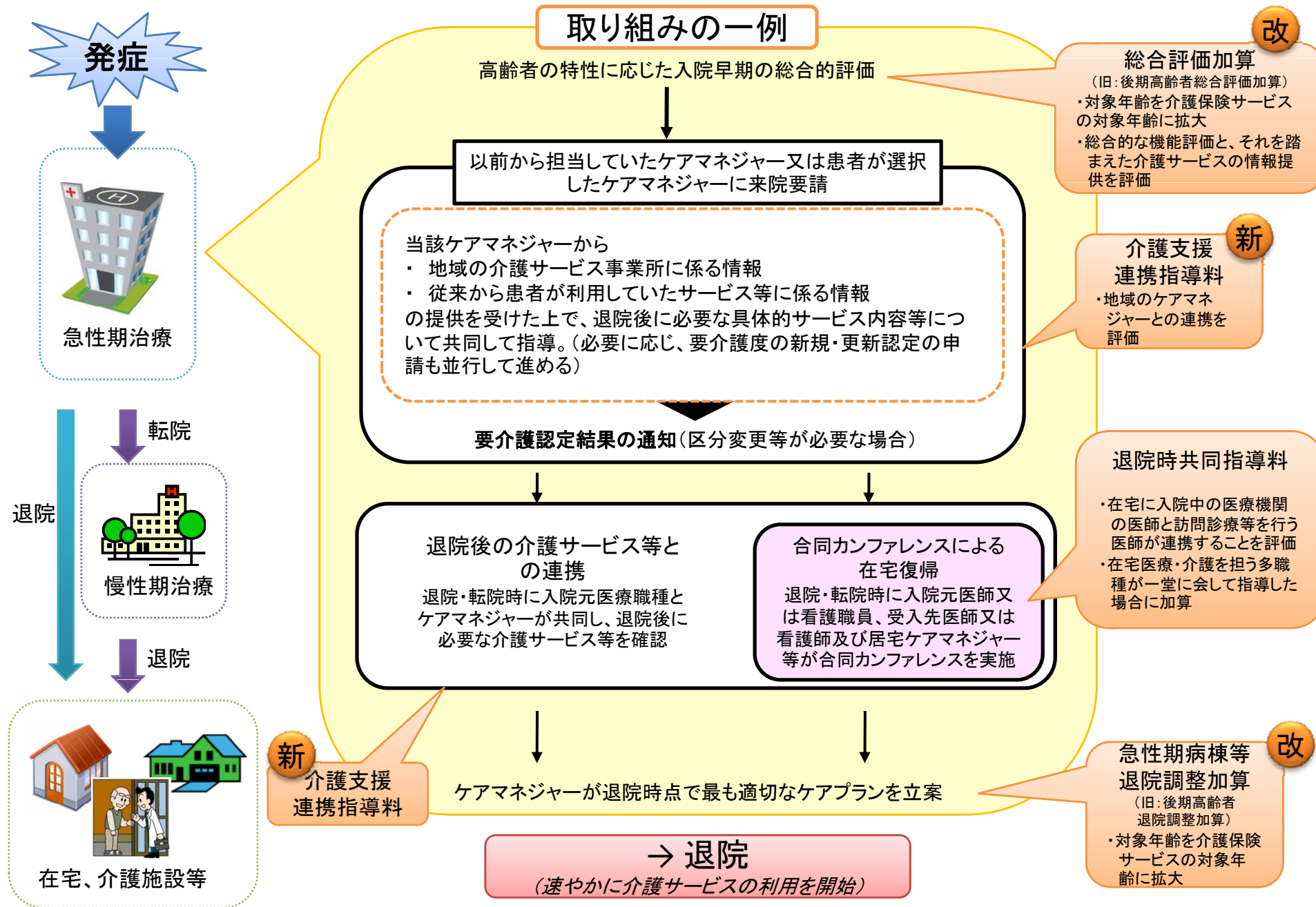
- 在宅患者連携指導料:医師が、関係者と文書により情報共有し、情報に基づき診療(要介護被保険者は算定不可) **900点**
- 在宅患者緊急時等カンファレンス料(関係職種とのカンファレンス) **200点**
- 居宅療養管理指導費 医師等の訪問によるケアマネ等への療養上の助言(在宅時医学総合管理料等を算定している利用者には別途点数有り) **500単位**

(斜体文字 介護報酬)

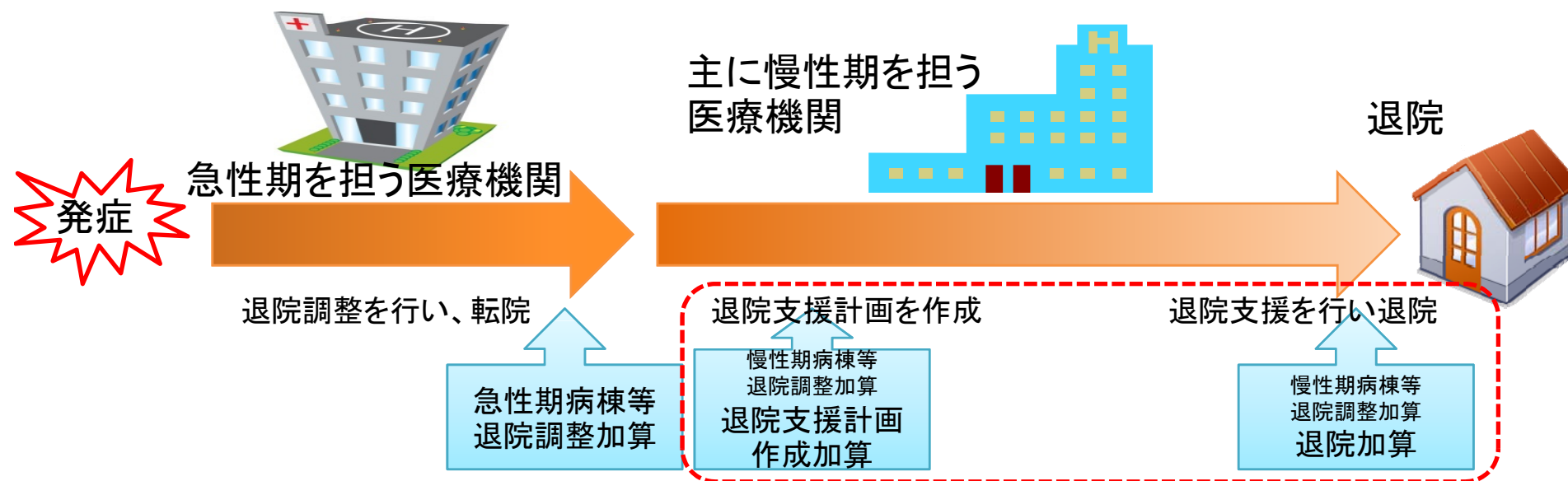
大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



退院調整に係る評価①

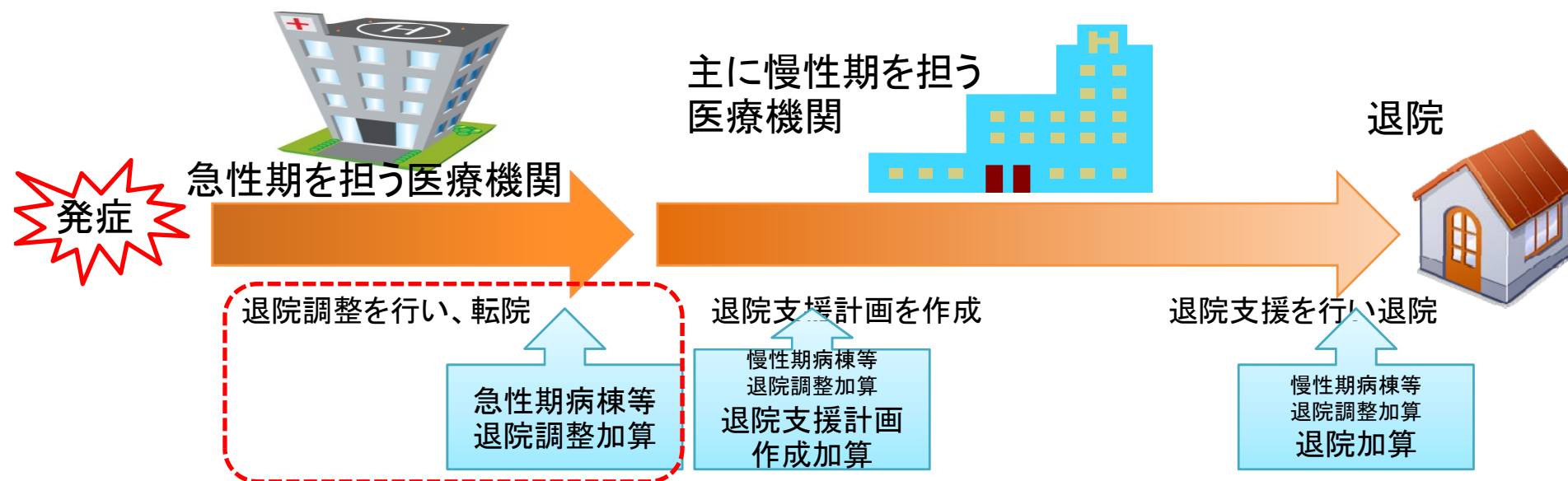


従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

退院調整に係る評価②



後期高齢者退院調整加算を廃止し、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価を新設する。

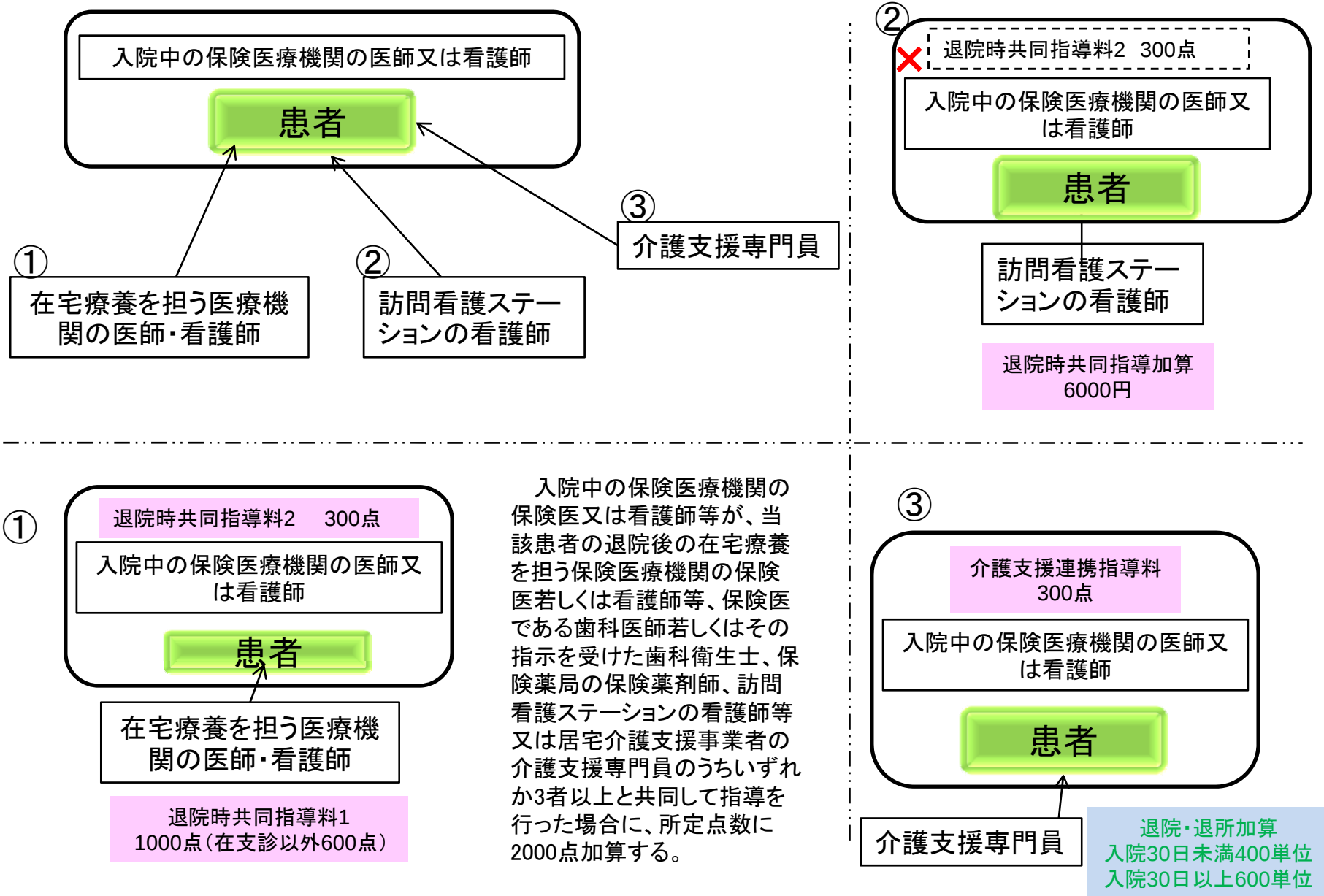
急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)

急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

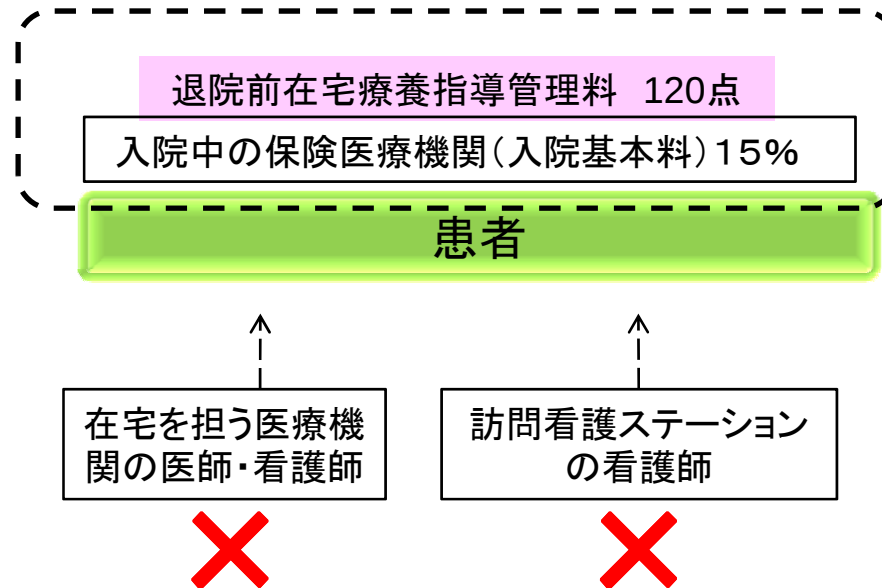
[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

入院中の患者に共同で指導を行う場合



外泊中に在宅を担う医療機関が訪問する場合



保険医療機関で外泊中15%算定出来るのは、患者がまったく医療機関にいない日のみである。
例. 1泊2日は算定不可、2泊3日は中1日のみ算定できる。
精神及び行動の障害の患者については治療のために外泊を行わせる場合には、更に15%を算定出来る。ただし、連続して3日以内に限り、かつ月(同一歴月)6日以内である。

薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件(処方せんベースでの後発医薬品の調剤率30%以上)を変更し、数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に25%以上及び30%以上の場合を重点的に評価する。

医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えとともに、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。

