

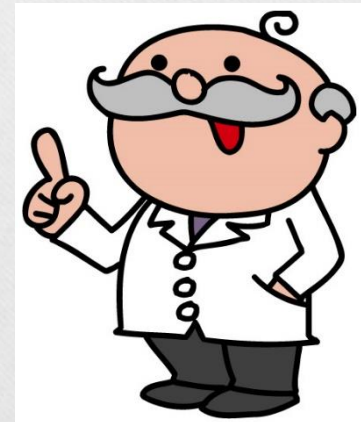
施設基準あり

A200 総合入院体制加算



2014年度診療報酬改定のポイント

- ◆1が新設され、1と2になりました！
- ◆2については、2013年度までの要件が一部緩和されています！



施設基準あり

A200

総合入院体制加算

新

総合入院体制加算1 240点（1日につき）

総合入院体制加算2 120点（1日につき）

- ・入院日から14日限度



入院日とは・・・

入院期間が通算される入院初日です！

退院後に、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は特別の関係にある保険医療機関に入院の場合は、急性憎悪その他やむを得ない場合を除き、最初の入院日から起算して計算します。

A200

総合入院体制加算2

施設基準1

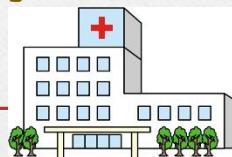
対象の医療機関

加算1と同じ

①一般病棟入院基本料を算定する保険医療機関

②以下のいずれかを満たす医療機関

- ・救命救急センター
- ・高度救命救急センター



加算1との違い

- ・第2次救急医療体制
- ・総合周産期母子医療センター
- ・24時間の救急患者受け入れ



③A101 療養病棟入院基本料
A308-3 地域包括ケア病棟入院料
地域包括ケア入院医療管理料
の届出を行っていない保険医療機関

加算1との違い

平成26年3月31日以前に届出ている場合は該当外（引き続き算定できます）

A200

総合入院体制加算2

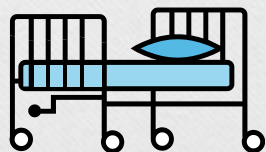
施設基準2

標榜診療科

内科
精神科
小児科
外科
整形外科
脳神経外科
産科又は産婦人科

上記診療科について

- ・ 標榜
- ・ 入院医療を提供



加算1との違い

精神科は、

- ・ 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

×脳神経外科の入院医療は提供しているが、
脳神経外科医が非常勤のため脳神経外科を
標榜していない場合

→標榜が必要

◆精神科

- ・ 標榜、入院医療体制はなくても○
- ・ 精神科を標榜していない場合は、
連携先の病院で標榜、入院医療
提供していれば○

加算1との違い

A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

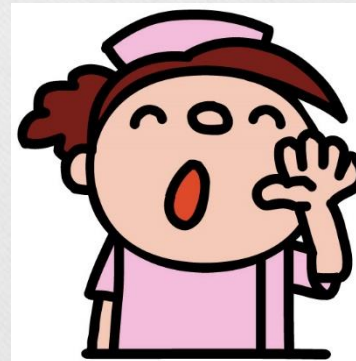
①全身麻酔の手術件数：800件／年以上

加算1との違い

- ◆以下は満たすことが望ましい。
- ②人工心肺を用いた手術：40件／年以上
- ③悪性腫瘍手術：400件／年以上
- ④腹腔鏡下手術：100件／年以上
- ⑤放射線治療（体外照射法）：4000件／年以上
- ⑥化学療法：4000件／年以上
- ⑦分娩件数：100件／年以上

①は満たさなければいけません。

それぞれの手術等の定義は
次のページ以降を見てね！



A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

①全身麻酔の手術件数：800件／年以上

- 全身麻酔とは、
 - ・L007開放点滴式全身麻酔
 - ・L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
- 手術とは、
医科点数表第2章第10部に掲げる手術
(輸血管管理料を除く。)



A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

②人工心肺を用いた手術：40件／年以上

下記について、人工心肺を用いた手術



「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、
「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、
「K558」、「K560」、「K568」、「K570」、
「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、
「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、
「K592」から「K594」までに

A200

新

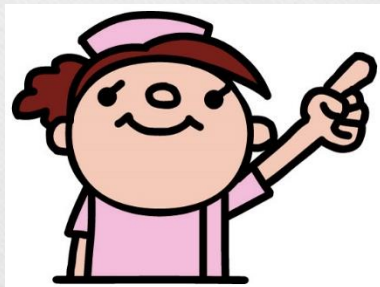
総合入院体制加算 1

施設基準3

実績

③悪性腫瘍手術：400件／年以上

医科点数表第10部「手術」の悪性腫瘍手術
(病理診断により悪性腫瘍が確認された場合のみ)



悪性腫瘍疑いで
は
ダメですよ！

A200

施設基準3

総合入院体制加算2

実績

④腹腔鏡下手術：100件／年以上

「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、
「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、
「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」「K642-3」、
「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、
「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、
「K662-2」、「K664」、「K666-2」、「K667-2」、「K667-3」、
「K671-2」、「K672-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、
「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K702-2」、「K711-2」、
「K714-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、
「K725-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、
「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、
「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、
「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K778-2」、
「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」「K803-2」、
「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、
「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K859-2」、「K863」、
「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、
「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、
「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、
「K912」の「2」、「K913-2」の「2」

A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

⑥化学療法：4000件／年以上

以下の薬剤について入院中に処方されたもの

悪性腫瘍に対する

- ・抗腫瘍用薬
- ・ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤

- ・手術中の使用薬
 - ・外来又は退院時に処方されたもの
 - ・抗生剤のみ
 - ・GCSF製剤、鎮吐剤等の副作用薬剤のみ
- の使用は含まないので注意してね！



A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

⑥化学療法：4000件／年以上

疑義解釈（その1 H26.3.31）より

◆カウント方法

- ①入院又は外来で行われた化学療法1レジメンを1件としてカウント
※各施設でレジメンを審査し組織的に管理する委員会で承認されたレジメンに限る。
※内服のみのレジメンは対象外
例) エトポシド+シスプラチン併用療法4コースを実施した場合=1件
- ②化学療法を行っている途中で、副作用等により治療を中止した場合=1件とカウント
治療途中でレジメンを変更した場合=新たに1件としてカウント

治療途中でレジメンを変更した場合は、
新たに1件としてカウントできるので
注意してね！



A200

総合入院体制加算2

施設基準3

実績

⑦分娩件数：100件／年以上

当該医療機関において分娩を行った総数



帝王切開も含まれますよ！

A200

総合入院体制加算 2

施設基準4

外来の縮小

- 初診に係る選定療養の届出をし、実費を徴収している
- 地域のお他保険医療機関と連携し、以下の患者が4割以上

計算式

※新規の届出の場合は、届出前3か月間の実績

① B009 診療情報提供料（I）の「注7」（検査・画像等の添付）の加算を算定する退院患者数



② 転帰が治癒であり通院の必要のない患者数

直近1か月間の総退院患者数

※以下の患者を除く

- 外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来
- HIV等に係る専門外来の患者
- 死亡退院

≡ 4割以上

定義は次のページへ



A200

総合入院体制加算2

施設基準4

外来の縮小

[計算式] 分子の定義

◆B009診療情報提供料（I）の「注7」が包括される場合

→情報提供の内容を診療録へ記載すればカウントできます！

例）小児入院医療管理料、地域連携診療計画管理料、がん治療連携計画策定料 など

①B009 診療情報提供料（I）の「注7」
（検査・画像等の添付）の加算を算定する退院患者数



②転帰が治癒であり
通院の必要のない患者数

◆当該又は他の保険医療機関で外来受診の必要が無い患者。

（退院時のレセプトには、「転帰」の欄に「治癒」と記載されるもの）

※退院後に同様の疾患で当該保険医療機関を外来受診した患者は「治癒」には含まれません！

例）・胆石等の手術後、一度だけ受診し、抜糸等も合わせて行う場合

・腎結石排石後に定期的にエコー検査を受けるため通院する場合等、定期的に通院して検査等のフォローアップを受ける場合

・骨折や脳梗塞後、リハビリのため通院する等、当該疾患に当然付随する処置等のため通院する場合

・心筋梗塞後、アスピリン処方のため継続的に通院する場合等、入院の原因となった疾患が原因で必要になった治療のため通院する場合

A200

総合入院体制加算2

施設基準5

勤務医の負担減 1

加算1と同じ

- ① 医師の勤務状況を把握し、その改善等を提言するための責任者を配置
- ② ・ 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握
(特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含める)
・ 特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底している。
当直翌日の勤務については、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行う。
予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行う。
- ③ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置

委員会等の開催は、

- ・ 次のページの「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際
 - ・ 計画の達成状況の評価を行う際
- など、適宜必要に応じて開催しましょう。



A200

施設基準5

総合入院体制加算2

勤務医の負担減 2

加算1と同じ

④③の委員会等において、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を策定する。

現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた職員に対して周知徹底していること。

必須で計画するもの

- ・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の**具体的内容**



- ・ 静脈採血の検査部における実施〇年〇月より実施予定
- ・ 病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと 等

A200

総合入院体制加算 2

施設基準5

勤務医の負担減 3

加算1と同じ

④③の委員会等において、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を策定する。

任意で計画するもの

- 医師事務作業補助者の配置
- 短時間正規雇用医師の活用
- 地域の他の保険医療機関との連携体制
- 交代勤務制の導入

(注：ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必須)

- 外来縮小の取り組み

(注：特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では必須)

- 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

⑤④の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」は第三者による評価を受けていることが望ましい。



A200

施設基準6、7

総合入院体制加算2

地域連携部門

加算1と同じ

- ・円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置

24時間体制

加算1と同じ

- ・画像診断、検査、調剤を24時間実施できる体制



薬剤師の夜間当直が必要です



A200

施設基準8

総合入院体制加算2

屋内禁煙

加算1との違い

加算2：屋内
加算1：敷地内

- ①医療機関の屋内が禁煙
- ②屋内禁煙について、保険医療機関内の見やすい場所に掲示

- ◆建造物の一部分を用いて開設している場合：保有又は借用している部分が禁煙
 - ◆緩和ケア病棟入院料
精神病棟入院基本料
特定機能病院入院基本料（精神病棟）
精神科救急入院料
精神科急性期治療病棟入院料
精神科救急・合併症入院料
精神療養病棟入院料
- を算定している病棟：分煙でも可

分煙の場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないこと、さらに、適切な受動喫煙防止に努めること。

喫煙可能区域を設定した場合は、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置が必要です。



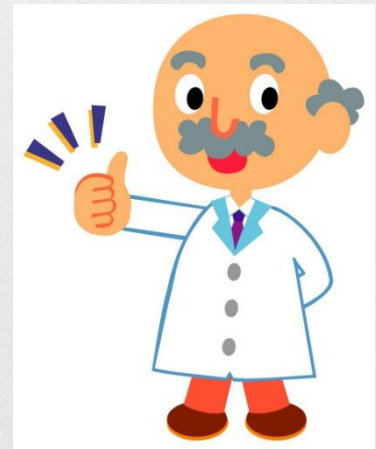
施設基準あり

A200

総合入院体制加算2のポイント



- 今までの総合入院体制加算は、自動的に加算2とみなされます。
- 外来の縮小の基準（転帰「治癒」等の患者が4割以上）が、2014年診療報酬改定で加算1の基準になりました！
今まで基準を満たせずに届出をあきらめていた施設でも、届出できる可能性があります！
もう一度、基準を見直してみましょう！



A200

総合入院体制加算2

施設基準あり

疑義解釈等（2014年診療報酬改定以降）

通知日	Q	A
一部訂正 26.3.28	化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（ 当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。 ）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、GCSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。	
その1 26.3.31	施設基準に示される、「化学療法4,000件/年以上」について、件数はどのようにカウントするのか。	入院又は外来で行われた化学療法1レジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を1件としてカウントする。ただし、内服のみのレジメンは対象外とする。例えば、エトポシド+シスプラチン併用療法4コースを実施した場合は1件と数える。なお、当該レジメンは、各施設でレジメンを審査し組織的に管理する委員会承認されたレジメンに限る。
その1 26.3.31	施設基準において、化学療法を行っている途中で、副作用等により治療を中止した場合はカウントするのか。また、治療途中でレジメンを変更した場合のカウントはどのようにするのか。	化学療法を行っている途中で中止した場合も1件とカウントする。また、レジメンを変更した場合は新たに1件としてカウントする。

A200

総合入院体制加算2

施設基準あり

疑義解釈等（2014年診療報酬改定以降）

通知日	Q	A
一部訂正 26.4.23	総合入院体制加算2に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算1の施設基準（(1)、(4)、(6)及び(7)～(10)に限る。）を満たしていること。	
その4 26.4.23	総合入院体制加算1における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること」とあるが、医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し、禁煙を行っているにも関わらず、来訪者が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。	患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。 なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し、職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

