

平成26年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)①

○平成26年度診療報酬改定の概要		P4
○平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応		P7
重点課題	■医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	
	1. 入院医療について	P17
	①高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化	P19
	②長期療養患者の受け皿の確保等について	P36
	③急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価	P38
	④医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	P42
	⑤有床診療所の機能に着目した評価	P47
	2. 外来医療の機能分化・連携の推進について	P50
	3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	P56
	4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	P84

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)②

I. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	
①緩和ケアを含むがん医療の推進について	P91
②精神疾患に対する医療の推進について	P93
③認知症への対策の推進について	P105
④救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	P106
⑤リハビリテーションの推進について	P109
⑥手術等の医療技術の適切な評価	P117
⑦医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について	P136
⑧DPCに基づく急性期医療の適切な評価について	P138
II. 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	P142
III. 医療従事者の負担を軽減する視点	P152
IV. 効率化余地がある分野を適正化する視点	P159
V. 消費税8%への引上げに伴う対応	P165
VI. 革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価	P169
VII. 経過措置等	P170

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 **+0.10%**

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科	【	+0.82%(+0.71%)	】	約2,600億円(約2,200億円)
歯科		+0.99%(+0.87%)		約300億円 (約200億円)
調剤		+0.22%(+0.18%)		約200億円 (約100億円)

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

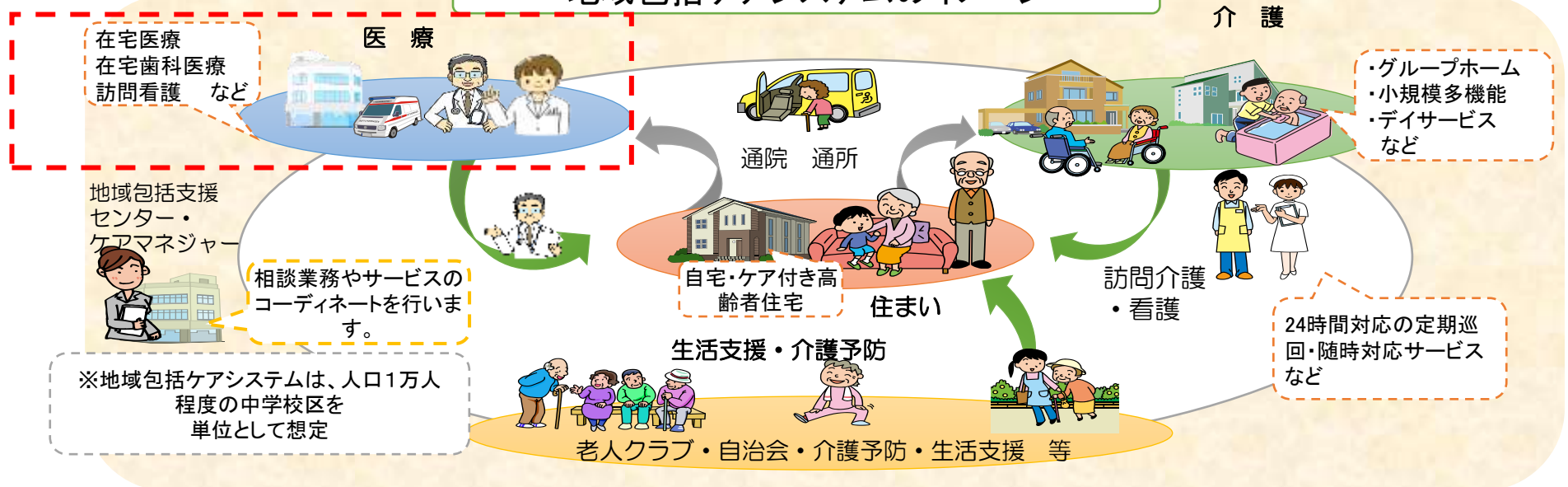
- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、**継続的**(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)**に行われることが必須。**

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

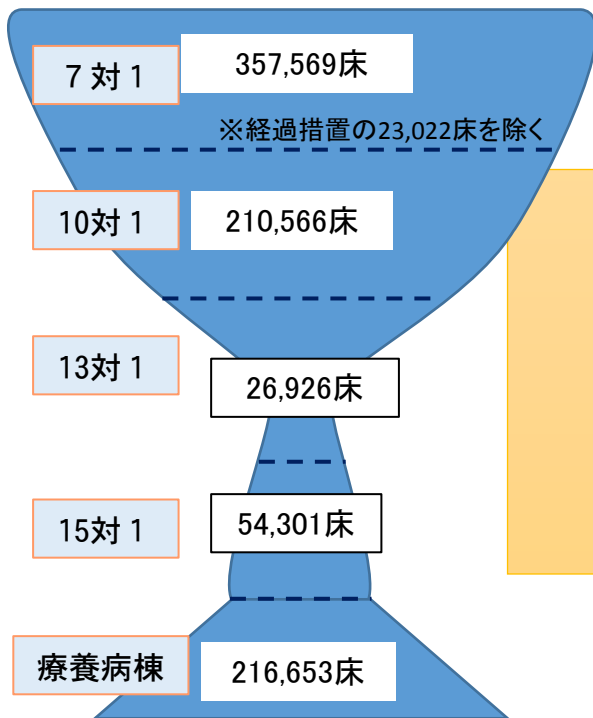
- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

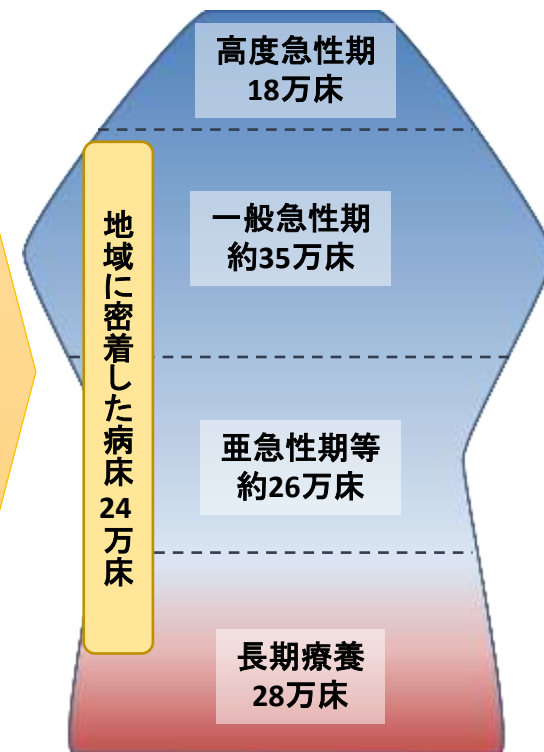
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

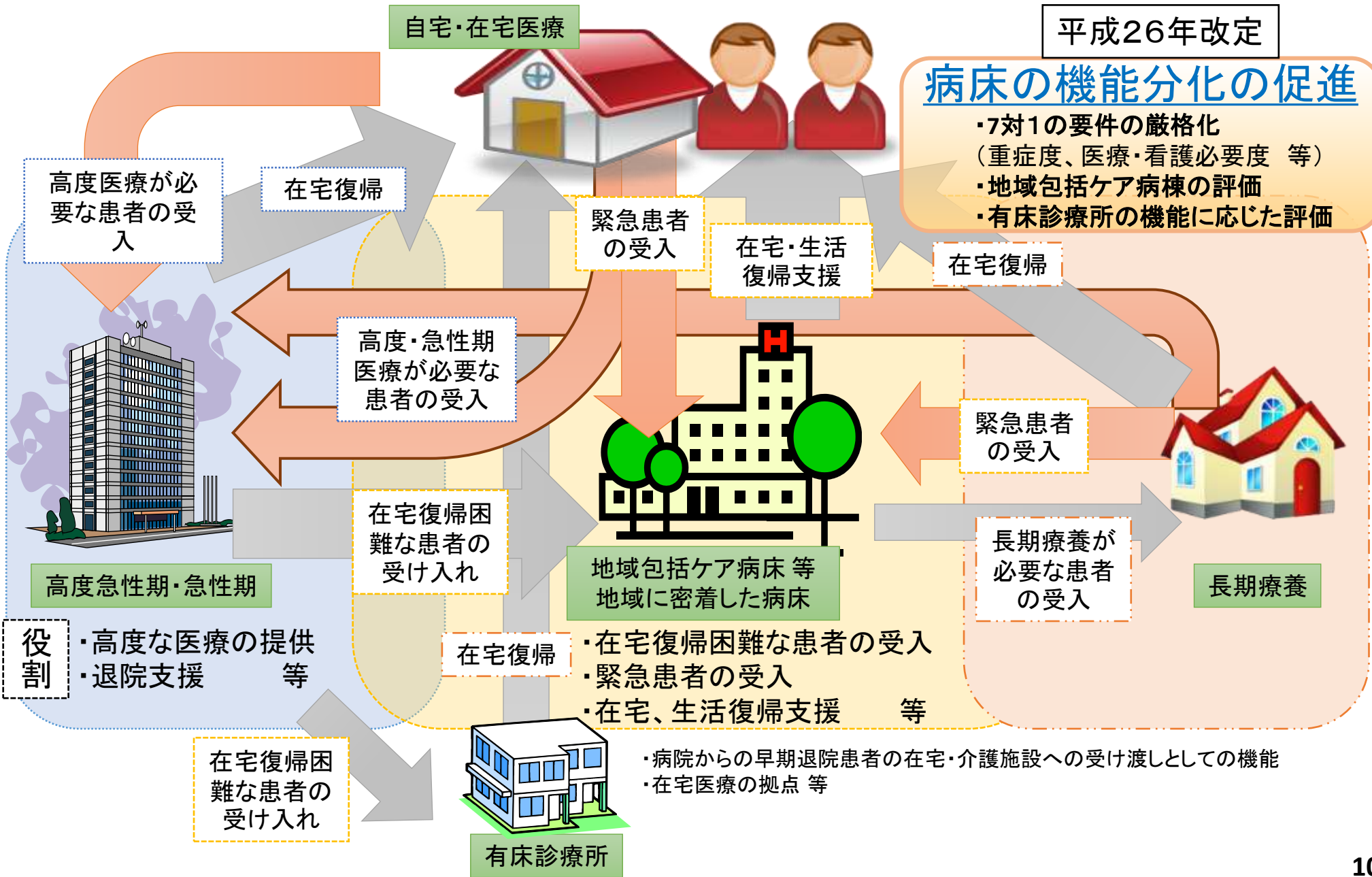
在宅医療

1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



高度急性期・急性期

1. 入院医療について＜在宅復帰の促進＞



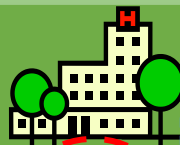
平成26年改定

自宅等退院患者割合

の導入

7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

平成26年改定

在宅復帰率の導入

地域包括ケア病棟1:
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

診療所等

外来・訪問サービス等

老健

長期療養



平成26年改定

在宅復帰率に係る加算の評価

療養: 在宅復帰率50%以上の評価

在宅復帰支援型
の老健等に限る

在宅復帰支援型
の老健等に限る
(回復期リハを除く)

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外* > 3割

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

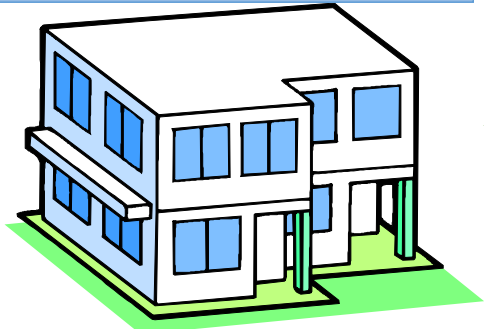
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

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

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

- ・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
- ・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

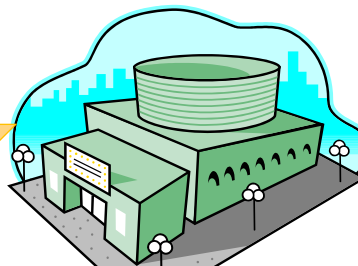
紹介

逆紹介

外来
受診

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

① 在宅療養後方支援 病院の評価

- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

② 在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

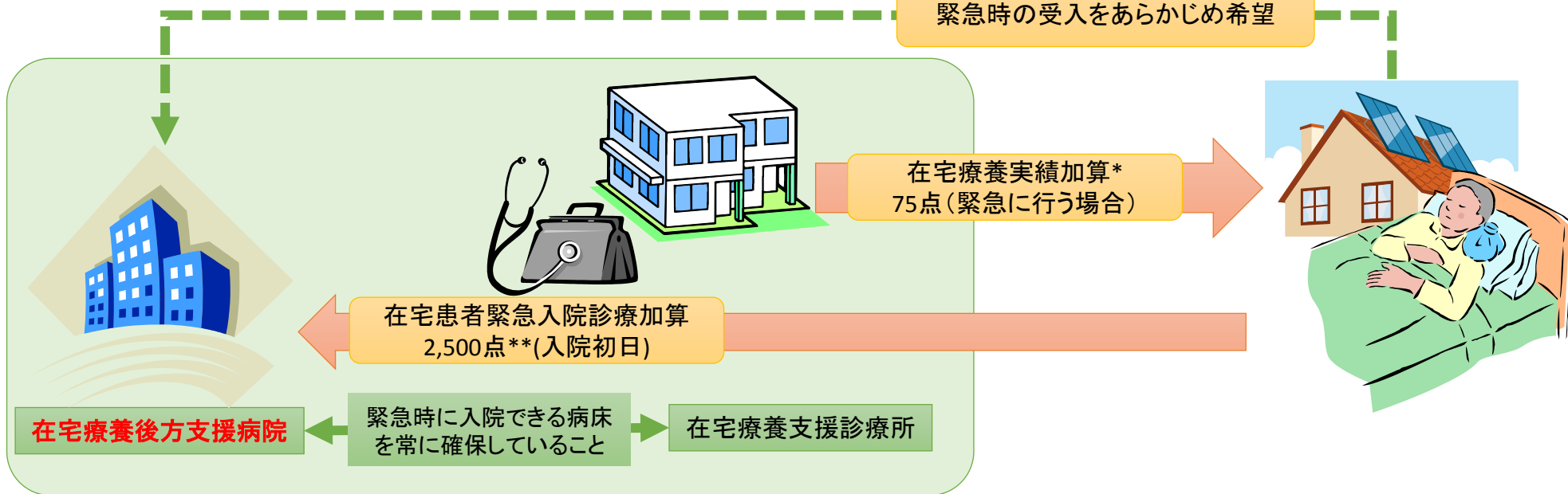
③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学
総合管理料等の評価

<受入医療機関>

<在宅担当医療機関>

<自宅等>



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年改定

①維持期リハの移行促進等

- 介護保険リハビリテーション移行支援料の新設
 - ・維持期リハビリテーションを受けている入院患者以外の者が介護保険のリハビリテーションに移行した場合を評価。
- 維持期リハビリテーションの評価の見直し
 - ・医療と介護のリハビリテーションの役割分担の観点から、維持期リハビリテーションの評価を適正化。

②有床診療所の機能に応じた評価

- 地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所の評価の見直し
 - ・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を実施した実績があること、又は居宅介護支援事業所であることの評価

③機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 機能の高い訪問看護ステーションの評価
 - ・指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。

④主治医機能の評価

- 主治医機能を持った診療所の医師による、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価
 - ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること 等

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

7対1入院基本料等の見直し

➤7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① **特定除外制度**について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② **「一般病棟用の重症度・看護必要度」**について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ **自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合**について基準を新設。
- ④ **短期滞在手術基本料3**について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ **データ提出加算**の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

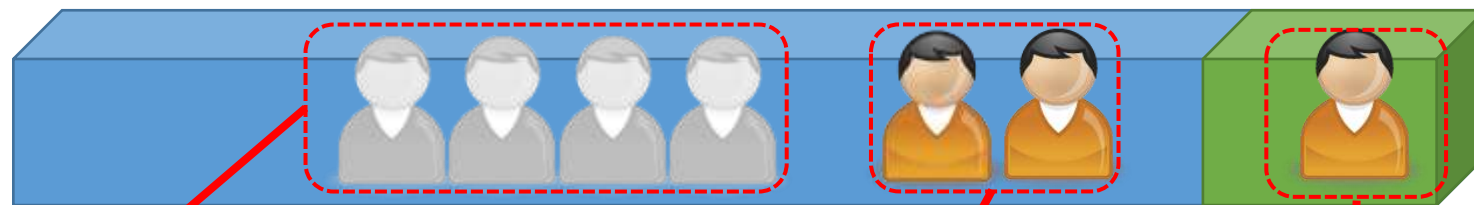
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



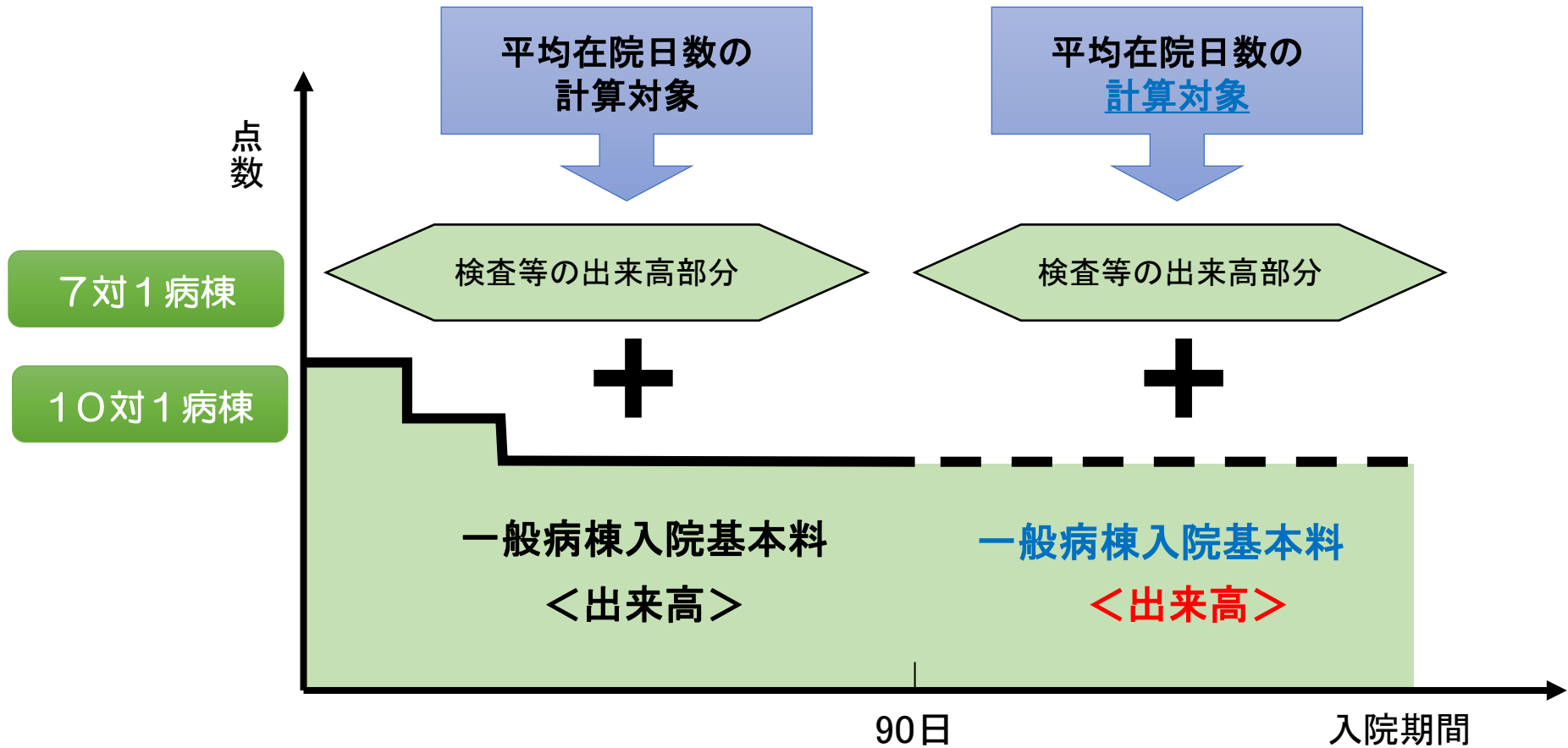
入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、**平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。**

90日を超えて入院している場合であっても、**平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能**(平均在院日数の計算対象から除外)。

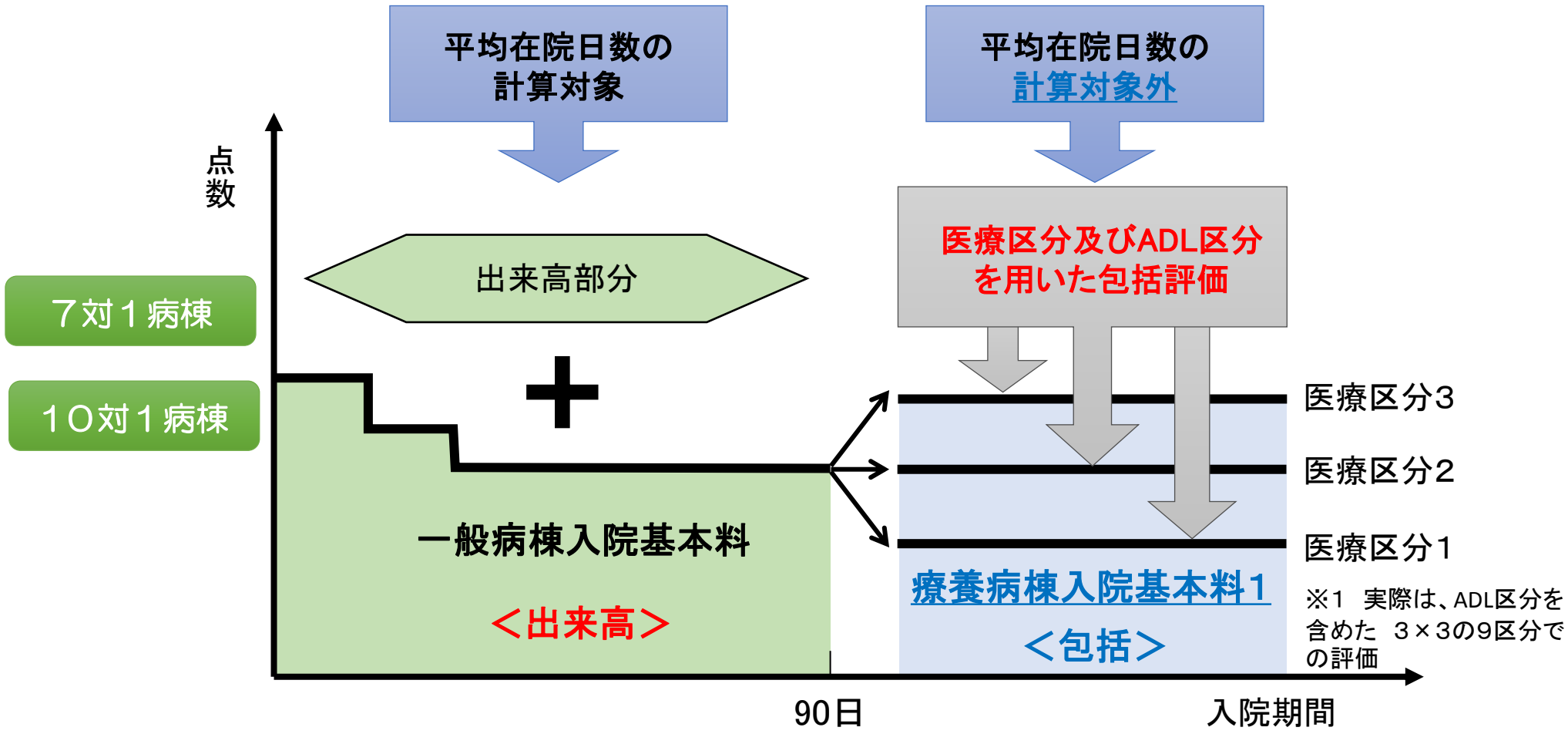
パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



※2 ただし、平成26年3月31日に入院している患者については医療区分3とみなす。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

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



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(削除)
	(削除)
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 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、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

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う経過措置

※ 看護補助体制加算(13対1入院基本料)については省略。(10対1急性期看護補助体制と同様の対応を行う。)

7対1入院基本料

10対1入院基本料

改定前

急性期看護補助体制加算等の基準

一般病棟用の重症度・看護必要度
(以下「**旧看護必要度**」という)
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
1割5分以上

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

急性期看護補助体制加算等の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
1割以上

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

看護必要度加算1の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

看護必要度加算2

(経過措置期間) 改定後

急性期看護補助体制加算等の基準

一般病棟用の重症度、**医療・看護必要度**
(以下「**新看護必要度**」という)
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
1割5分以上

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

経過措置6月
※新看護必要度基準
1割5分とみなす。

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

急性期看護補助体制加算等の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
0.5割以上

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

経過措置6月
※新看護必要度基準
0.5割とみなす。

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

看護必要度加算1の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

新看護必要度
基準を
満たした医療
機関

新看護必要度
基準を
満たせない医療
機関

経過措置6月
※新看護必要
度基準1割5
分とみなす。

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

新看護必要度
基準を
満たした医療
機関

新看護必要度
基準を
満たせない医療
機関

経過措置6月
※新看護必要
度基準1割とみ
なす。

看護必要度加算2

(経過措置終了後) 改定後

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

- 急性期看護補助体制加算
- 夜間急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算

新看護必要
度基準を
満たした医
療機関

新看護必要
度基準を
満たせない
医療機関

看護必要度
加算1

新看護必要
度基準を
満たした医
療機関

新看護必要
度基準を
満たせない
医療機関

看護必要度
加算2

算定できない

算定できない

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化③

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 **13,650点**

ロ 8日以上14日以内の期間 **12,126点**

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

(1) 7日以内の期間 **13,650点**

(2) 8日以上60日以内の期間 **12,319点**

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1，2については、特定集中治療室管理料3，4とする。

（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化④

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

現行		点数
特定集中治療室管理料1	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,711点
特定集中治療室管理料2 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上60日以内の期間	7,901点
A項目3点以上またはB項目3点以上である患者が9割以上であること		



改定後		点数
特定集中治療室管理料3	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
特定集中治療室管理料4 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上60日以内の期間	8,030点
A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること		

[経過措置]

- ・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について同様に見直し、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

現行		点数
ハイケアユニット入院医療管理料 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上またはB項目7点以上である患者が8割以上であること		4,511点



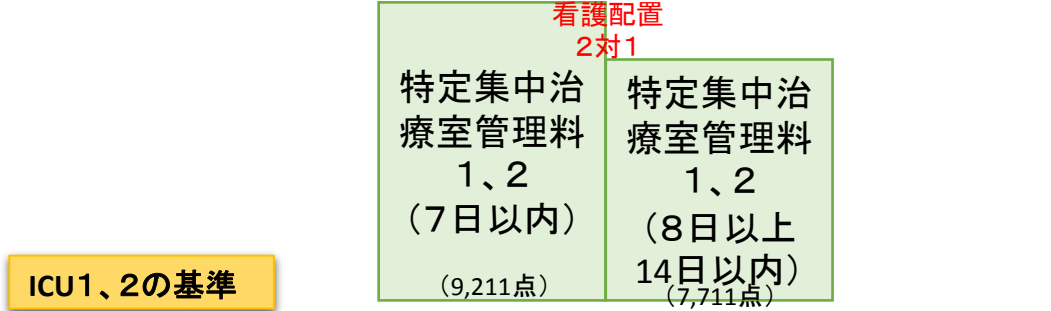
改定後		点数
(改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること		6,584点
(改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること		4,084点

[経過措置]

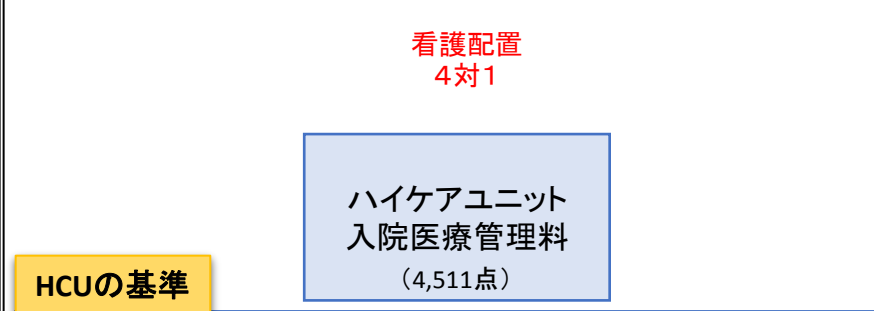
- ・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。

※特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)については省略

改
定
前

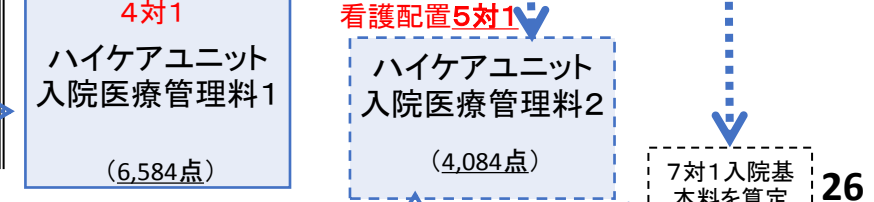
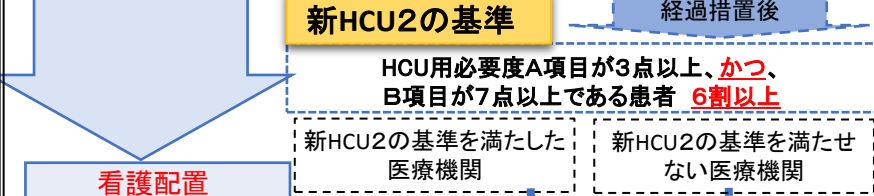
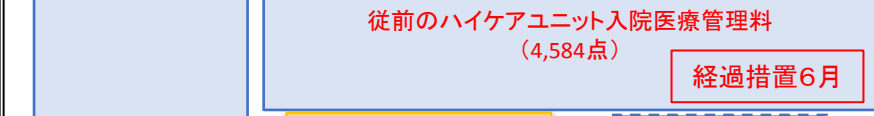
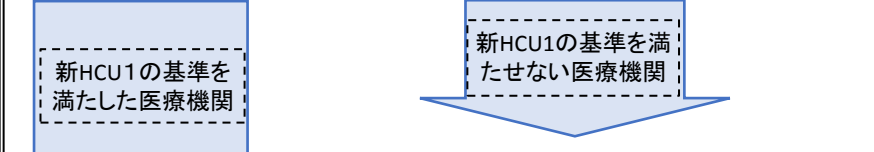
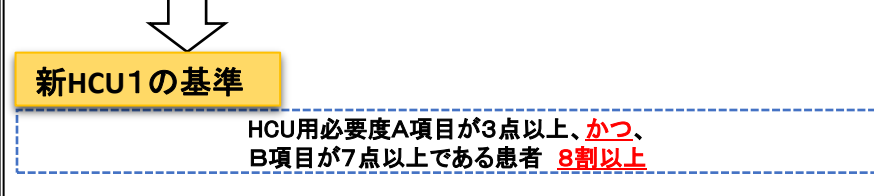
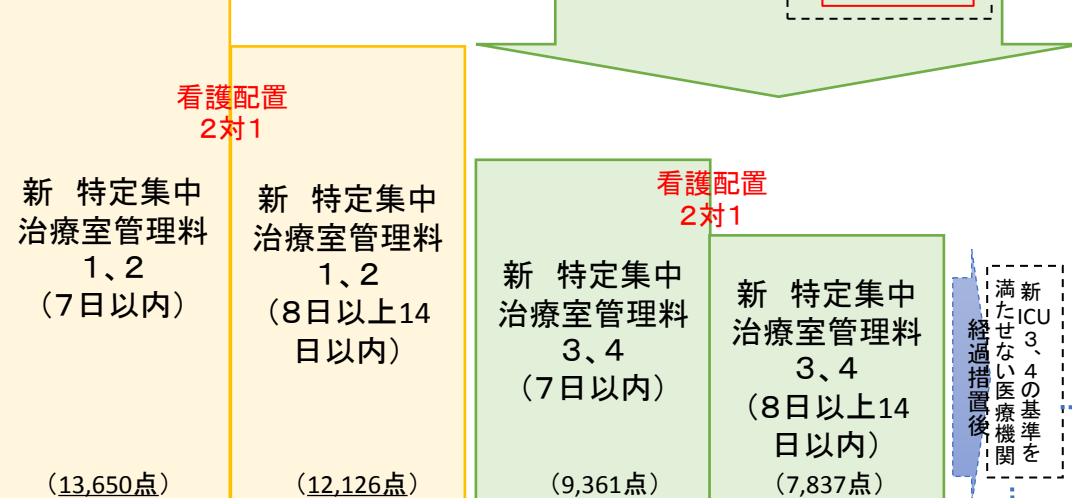
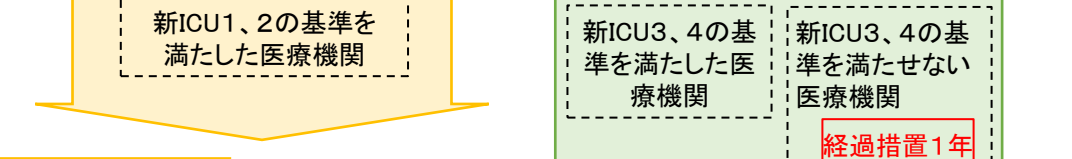
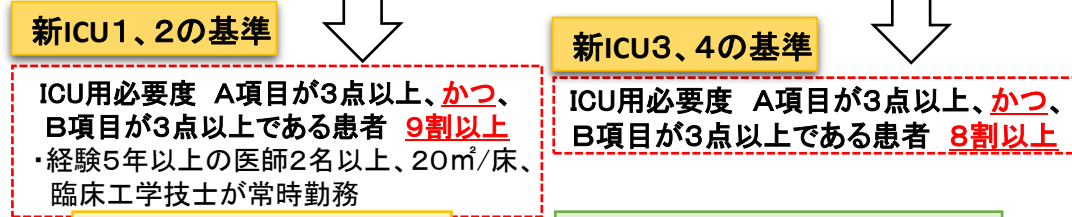


ICU用の重症度、医療・看護必要度(以下「ICU用必要度」という) A項目が3点以上、**または**、B項目が3点以上である患者 **9割以上**



HCU用の重症度、医療・看護必要度(以下「HCU用必要度」という) A項目3点、**または**、B項目7点以上の患者 **8割以上**

改
定
後



高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑤

短期滞在手術基本料の見直し①

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

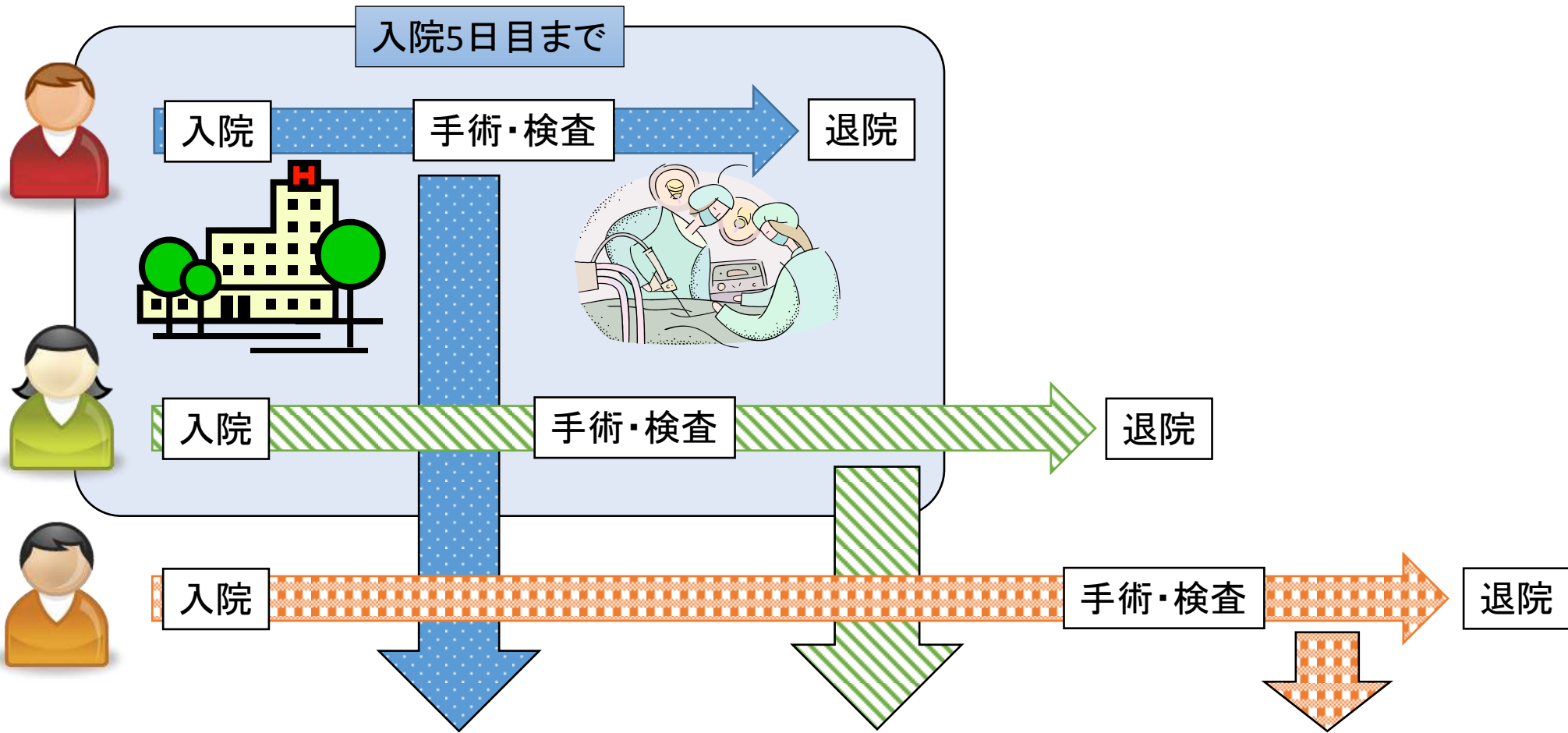
[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。
また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

短期滞在手術基本料の見直し②

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合	16,773点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	9,383点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合	9,638点
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	6,130点
D413 前立腺針生検法	11,737点
K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術	17,485点
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	20,326点
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	43,479点
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
K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合	21,632点
K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満	20,112点
K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術	27,311点
K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法	9,850点
K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術	12,371点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)	29,093点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)	24,805点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)	56,183点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)	51,480点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満	14,661点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上	18,932点
K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)	13,410点
K867 子宮頸部(腔部)切除術	18,400点
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点

今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

<計算式>

直近6月間に「自宅、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(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

= 75%以上

[経過措置・留意事項]

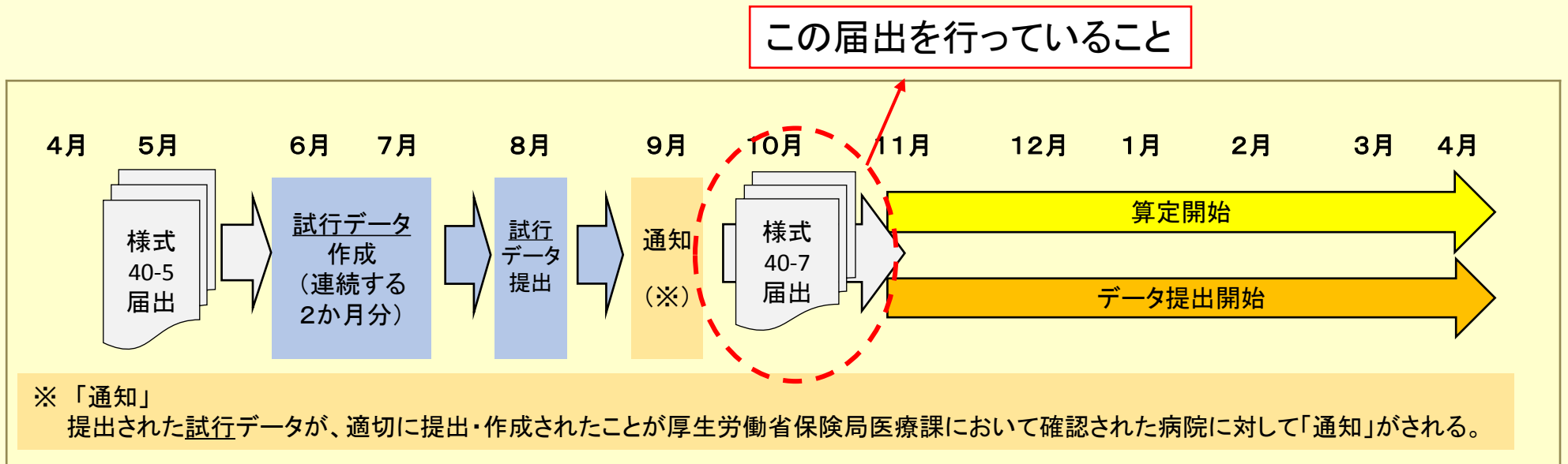
- ① 平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成26年9月30日までの間は本基準を満たしているものとする。
- ② 新しく7対1入院基本料を届け出る場合も、直近6月間の実績が上記を満たしている必要がある。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑦

7対1入院基本料におけるデータ提出

➤ 7対1入院基本料において、データ提出加算の届出について基準を新設する。

＜データ提出加算届出のスケジュール(詳細は後述)＞



平成26年度データ提出加算の参加の機会 : 5月20日、8月20日、11月20日、2月20日

[経過措置]

平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成27年3月31日までの間は本基準を満たしているものとする。

平成27年4月1日届出の期限

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑧

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

- 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
 なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) **240点**

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	40件／年以上	エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件／年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件／年以上	オ 化学療法	4,000件／年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件／年以上	カ 分娩件数	100件／年以上
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) **120点**

- ※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑨

重症な新生児の集中治療①

➤ 出生体重が1,500g以上の一部の先天奇形等を有する新生児について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限を延長する。

現行	
出生体重	算定日数 (NICU* ¹ 、GCU* ² 合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
—	—
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日



改定後	
出生体重	算定日数 (NICU、GCU合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
<u>1,500g以上で、一部の先天奇形等*³を有する場合</u>	<u>NICU 35日</u> <u>GCU 50日</u>
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日

*1 NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。

*2 GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

*3 対象疾患は先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑩

重症な新生児の集中治療②

- 新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の受入実績等に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。

現行		改定後	
新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,011点	新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,174点
新生児特定集中治療室管理料2	6,011点	新生児特定集中治療室管理料2	8,109点(改)

[施設基準]

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)

- ・ 以下のいずれかを満たすこと。

イ 出生体重1,000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。

ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が1年間に6件以上であること。

新生児特定集中治療室管理料2

- ・ 出生体重2,500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。

※ 平成26年3月31日に届け出ている医療機関は平成26年9月30日までは基準を満たしているものとする。

重症な小児の集中治療

- 小児特定集中治療室管理料(いわゆるPICU)の施設基準について、見直しを行う。

[施設基準] 以下のいずれかを満たすこと(「ロ」を新たに設定)。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

ロ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

新生児特定集中治療室管理料等の評価のイメージ

改
定
前

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,011点)

新生児特定集中治療室管理料2
(6,011点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,411点)

5,000点

新NICU1の基準

出生体重1,000g未満の入院4件/年以上
又は
開頭、開胸又は開腹手術が6件/年以上

新NICU2の基準

出生体重2,500g未満の
入院30件/年以上

新たな新生児特定集中治療室管理料1等の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たさない医療機関

経過措置6月

経過措置6月

改
定
後

新生児特定集中治療室管理料1
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,174点)

新生児特定集中治療室管理料2
(8,109点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,499点)

10,000点

5,000点

長期療養患者の受け皿の確保等について①

療養病棟における透析患者の受入の促進

- 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

(新) 慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)

[算定要件]

- ・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。
(毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。)

療養病棟における超重症児(者)等の受入の促進等

- 療養病棟における超重症児(者)等の受入を促進するため、超重症児(者)・準超重症児(者)加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大する。
- また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者は除く。)

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u>	<u>2,558点</u>	<u>(60日まで)</u>
	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u>	<u>2,058点</u>	<u>(60日まで)</u>
	<u>看護職員配置加算</u>	<u>150点</u>	
	<u>看護補助者配置加算</u>	<u>150点</u>	
	<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>	<u>150点</u>	<u>(14日まで)</u>

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

在宅復帰率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者＋療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)＋転棟した患者

= 70%以上

[留意事項]

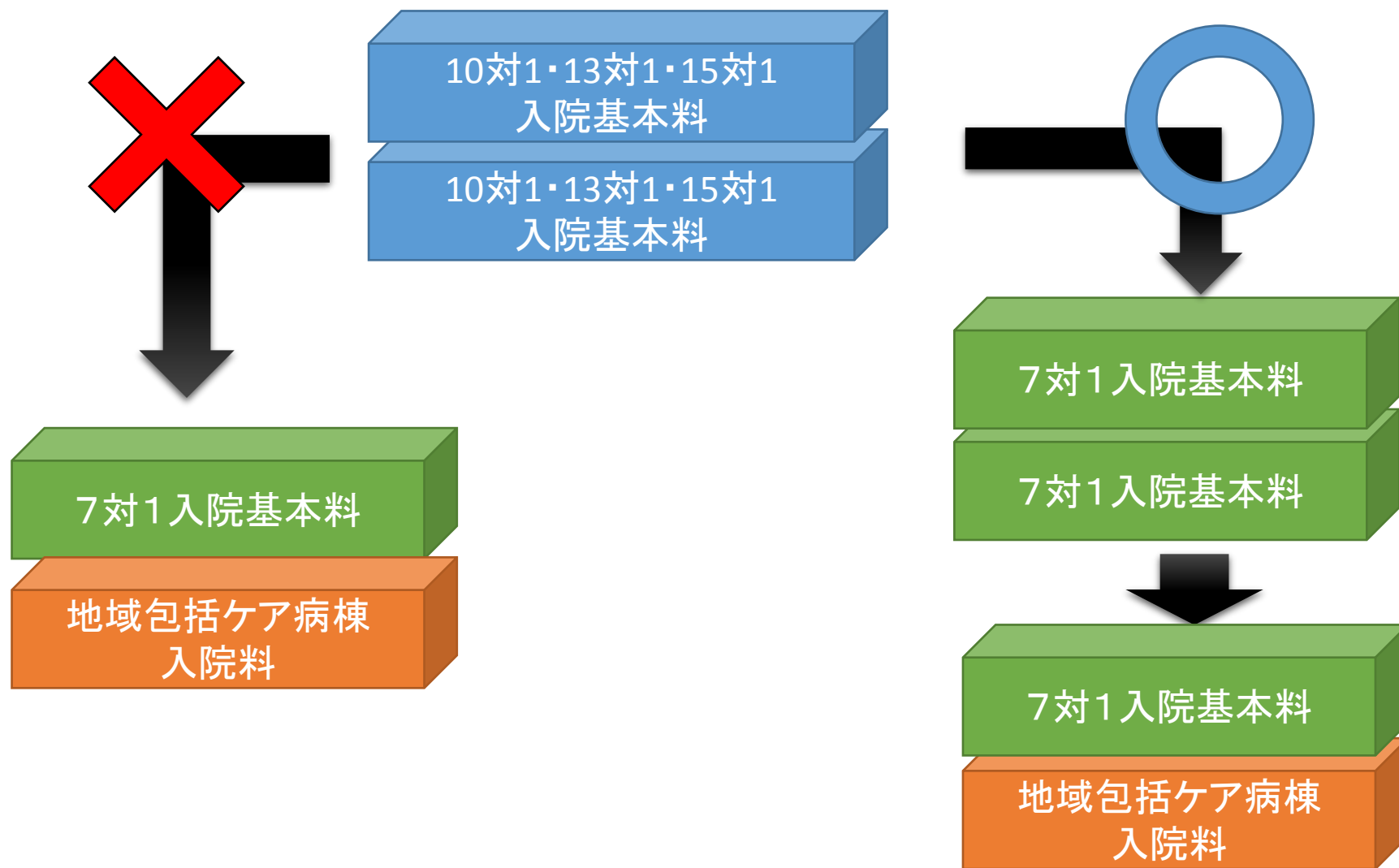
平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

<参考 (回復期リハビリテーション病棟)>

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

平成26年3月31日時点で10対1、13対1、15対1入院基本料を算定する病棟の取扱い



平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることができない。

病室等の面積に関する内法の規定の統一など(以下の①、②による。)

①病室等の面積の測定に当たり、壁芯ではなく、内法により行う。(平成27年4月以降)

- 病室や機能訓練室等の面積の測定に当たっては、一部の基準について、壁芯または内法により行うのか不明確であったため、内法による測定に統一し、平成27年4月1日より適用する。
- ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合については、壁芯による測定であっても、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。(ただし、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間に限る。)
- よって、平成27年4月1日以降に新規に届け出た場合は、内法による測定で面積基準等を満たしていなければならない。

壁芯による測定 **×**



ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合※は、平成27年4月1日以降も壁芯による面積は有効(増築又は全面的な改築を行うまでに限る)

※地域包括ケア病棟入院料のみ平成27年3月31日まで届出可能

内法による測定 **○**



平成27年4月1日以降の新規の届出については、内法による測定を義務づけ

新たに内法による測定が義務づけられる項目 (新設の項目を含む。)

療養環境加算	脳血管疾患等リハビリテーション料
療養病棟療養環境改善加算2	運動器リハビリテーション料
診療所療養病床療養環境改善加算	呼吸器リハビリテーション料
救命救急入院料3、4	障害者(者)リハビリテーション
特定集中治療室管理料	がん患者リハビリテーション
小児特定集中治療室管理料	集団コミュニケーション療法料
新生児特定集中治療室管理料	認知症療法・認知行動療法
母体・胎児集中治療室管理料	精神科作業療法
新生児集中治療室管理料	精神科ショート・ケア
地域包括ケア病棟入院料1及び地域	精神科デイ・ケア
包括ケア入院医療管理料1	精神科ナイト・ケア
認知症治療病棟入院料	精神科デイ・ナイト・ケア
無菌製剤処理料	重度認知症患者デイ・ケア料
心大血管疾患リハビリテーション料	特定一般病棟入院料における地域包括ケアを行う病室

※以下の項目は、平成26年度改定以前から、既に内法規定のあるものであり、取扱いに変更はない。

療養病棟療養環境加算1	特殊疾患病棟入院料
診療所療養病床療養環境加算	緩和ケア病棟入院料
特殊疾患入院医療管理料	精神療養病棟入院料
小児入院医療管理料に係る加算	

②廊下幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする。

(対象)
 ・療養病棟療養環境加算
 ・診療所療養病床療養環境加算

(経過措置)
 平成27年4月1日から適用。また、平成26年3月31日において、現に当該届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①

地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とする。 ※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

➤ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

(新)	地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新)	地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)	1,763点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)	1,763点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。等

➤ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

現行

【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,103点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	945点

[施設基準] 1病棟のものに限る



改定後

【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,121点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	960点

[施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

地域に配慮した評価②

➤ チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

	<u>栄養サポートチーム加算(特定地域)</u>	<u>100点(週1回)</u> (200点)	※()は元の点数
	<u>緩和ケア診療加算(特定地域)</u>	<u>200点(1日につき)</u> (400点)	
(新)	<u>外来緩和ケア管理料(特定地域)</u>	<u>150点(月1回)</u> (300点)	
(新)	<u>糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)</u>	<u>175点(月1回)</u> (350点)	
(新)	<u>褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)</u>	<u>250点(入院中1回)</u> (500点)	
(新)	<u>退院調整加算(特定地域)</u> (退院時1回)		
	<u>一般病棟等の場合</u>	<u>170点(14日以内)</u> (340点)	
		<u>75点(15日以上30日以内)</u> (150点)	
		<u>25点(31日以上)</u> (50点)	
	<u>療養病棟等の場合</u>	<u>400点(30日以内)</u> (800点)	
		<u>300点(31日以上90日以内)</u> (600点)	
		<u>200点(91日以上120日以内)</u> (400点)	
		<u>100点(121日以上)</u> (200点)	

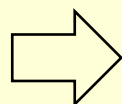
[施設基準]

- ① 専従、専任、常勤要件を緩和する(ただし、医師は常勤とする。)
- ② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

(例)糖尿病透析予防指導管理料の施設基準

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

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



(特定地域の点数を算定する場合)

以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士

➤ 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を引き続き可能とする。**

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
沖縄県	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
	宮古 八重山	宮古島市、多良間村 石垣市、竹富町、与那国町

病院の栄養管理体制について

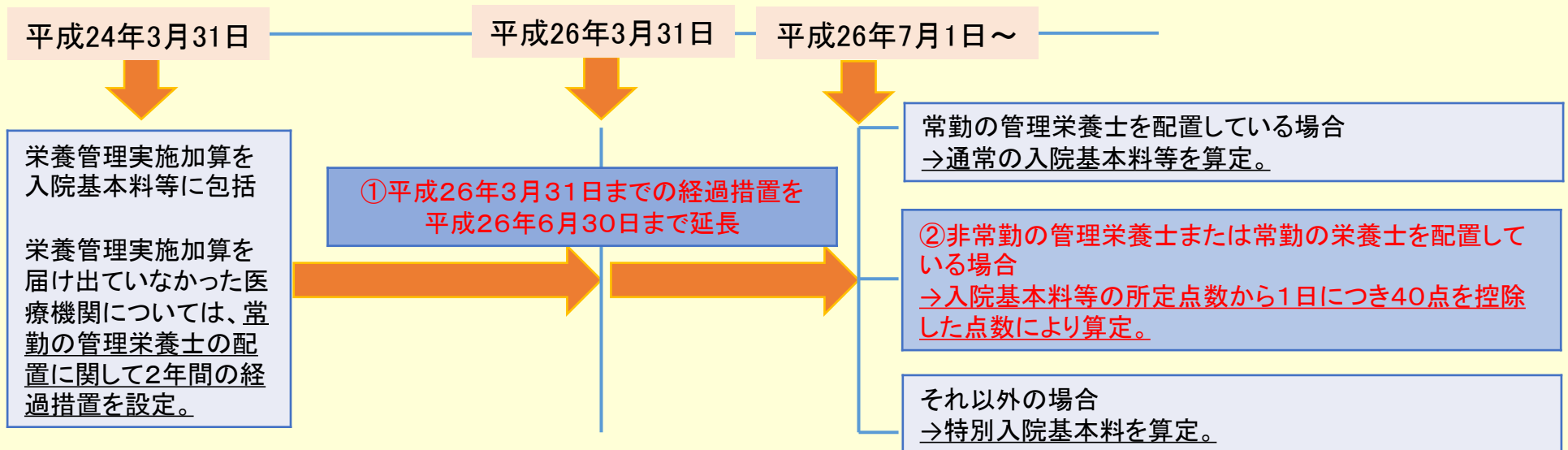
常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する入院基本料等の見直し

- 平成24年改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士1名以上の配置に係る経過措置について、一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ以下の見直しを行う。

①常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長する。

②平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合、

非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合、入院料の所定点数から40点(1日につき)を控除した点数により算定。(ただし、平成24年3月31日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。)



看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を設ける。

【現行】

【一般病棟入院基本料】

7対1 特別入院基本料	1,244点
10対1 特別入院基本料	1,040点

【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】

月平均夜勤時間超過減算

20/100を減算

[算定要件]

- ① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
 - ② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
 - ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

有床診療所の機能に着目した評価①(入院基本料)

有床診療所入院基本料の見直し

- 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を平均1.2倍引き上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ(31日以上は約100点引き上げ)。

		14日以内		15～30日		31日以上	
		現行	改定後	現行	改定後	現行	改定後
地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診	(新)有床診療所入院基本料1	771点	➡ 861点	601点	➡ 669点	511点	➡ 567点
	(新)有床診療所入院基本料2	691点	➡ 770点	521点	➡ 578点	471点	➡ 521点
	(新)有床診療所入院基本料3	511点	➡ 568点	381点	➡ 530点	351点	➡ 500点
有床診療所入院基本料4(従前の入院基本料1)		771点	➡ 775点	601点	➡ 602点	511点	➡ 510点
有床診療所入院基本料5(従前の入院基本料2)		691点	➡ 693点	521点	➡ 520点	471点	➡ 469点
有床診療所入院基本料6(従前の入院基本料3)		511点	➡ 511点	381点	➡ 477点	351点	➡ 450点

※上記点数は、24年改定で、栄養管理実施加算の包括化に伴い、11点引き上げた入院基本料の見直しと、消費税対応分の上乗せを含む。

【算定要件】

有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち2つ以上に該当すること。

- ・在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ・夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。(1:夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2:夜間に看護職員1人以上を配置。)
- ・時間外対応加算1を届け出ていること。(患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。)
- ・過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- ・過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。
- ・医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- ・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- ・過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- 有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。
- 有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。
- 有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置1人以上4人未満であること。

有床診療所の機能に着目した評価②(医療従事者の配置)

有床診療所入院基本料の見直し

- 医療従事者の配置に係る加算を全ての有床診療所入院基本料に拡大するとともに、看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者の配置の評価を新設する。

【現行】

看護配置加算1 (看護職員数が看護師3を含む10以上)	25点
看護配置加算2(看護職員数が10以上)	10点

【改定後】

看護配置加算1	<u>40点</u>
看護配置加算2	<u>20点</u>
看護補助配置加算1(看護補助者2以上)	<u>10点</u>
看護補助配置加算2(看護補助者1以上)	<u>5点</u>

有床診療所の機能に着目した評価③(栄養管理)

栄養管理実施加算の設置

- 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。

(新) 栄養管理実施加算 12点(1日につき)

[算定要件]

- ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

入院栄養食事指導料の見直し

- 栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

【現行】

入院栄養食事指導料 (入院中2回まで)	130点
------------------------	------

【改定後】

入院栄養食事指導料1	<u>130点</u>
入院栄養食事指導料2	<u>125点</u>

[入院栄養食事指導料2の算定要件]

- ・診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(栄養ケア・ステーション又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

※栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

主治医機能の評価について

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

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、**原則的に30日分以上の投薬に係る評価（処方料、処方せん料、薬剤料）を60/100に適正化**する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する（毎年10月報告）

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様（なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。）

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化の除外薬剤について

- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
- オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- キ アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する疾患に対して用いた場合

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行
在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。



改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績 <u>10件</u> 以上
過去1年間の在宅看取りの実績 <u>4件</u> 以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、 <u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u>
イ 過去1年間の緊急往診の実績 <u>4件</u> 以上
ハ 過去1年間の看取りの実績 <u>2件</u> 以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26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。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

実績を有する在支診等の評価

- 在宅医療を担当する常勤医師は3名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。

(新)	<u>在宅療養実績加算(緊急、夜間又は深夜の往診)</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(ターミナルケア加算)</u>	750点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	300点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	225点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	56点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料)</u>	110点

[施設基準]

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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者(以下、入院希望患者という)について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点



改定後

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅療養における後方病床の評価②

- 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新)	<u>在宅患者共同診療料</u>	1	<u>往診の場合</u>	1,500点
		2	<u>訪問診療(同一建物居住者以外)</u>	1,000点
		3	<u>訪問診療(同一建物居住者)</u>	
			<u>イ 特定施設等に入居する者</u>	240点
			<u>ロ イ以外の場合</u>	120点

[算定要件]

- ① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

- ◆ 同一患家等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名

8日に患者③に臨時往診対応しターミナルへ移行 がん末期による3回／週の訪問診療を行う場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12		
患者③ 臨時往診 がんターミナルへ		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
15	16	17	18	19	20	21
患者① 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者② 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者④ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑤ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑦ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑧ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		

末期の悪性腫瘍
は同一建物の患
者としてカウント
されない

※患者①－⑨すべての患者が、1度は訪問診療(同一建物以外)を算定しており、
高い管理料(同一建物以外)を算定可能である。

在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名

月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~~④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~~④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
22	23	24	25	26	27	28

※患者①～⑤⑩すべての患者が、1度も訪問診療(同一建物以外)を算定していないので、低い管理料(同一建物)を算定する。

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



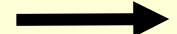
契約書



事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



一律に訪問診療



禁止

特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① 連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
 - ② 時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること
- 保険医療機関が 在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること
については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに 400床未満の病院を義務化の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。) ※平成28年4月施行

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑦

在宅医療の適正化(訪問看護)①

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
2人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	430点
ロ 週4日目以降	530点



【改定後】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
<u>3</u> 人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	<u>278</u> 点
ロ 週4日目以降	<u>328</u> 点

- 精神科訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑧

在宅医療の適正化(訪問看護)②

▶ 同一建物における3人以上の患者に対して、同一日に訪問看護を行った場合の評価を引き下げる。

例. 保健師、助産師又は看護師による場合(週3日目まで)

現行

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



改定後

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



現行

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



改定後

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人)



現行

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



改定後

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に3人以上)



※日々の訪問について、訪問看護利用者の氏名・訪問場所・訪問時間・人数について記録し、保管しておくこと。

- 利用者等の求めに応じて、同じ建物に居住する他の利用者に対して緊急に訪問看護を実施し、結果として複数の同一建物居住者への訪問になった場合は、1人に対して訪問した場合の点数を算定する。
- 緊急に行われた訪問看護は、同日に既に行われている又は予定されている訪問看護の算定方法に影響を及ぼさない。
- 緊急に訪問する必要があった理由について明細書の特記事項に記載する。



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑨

機能強化型訪問看護ステーションの評価①

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

現行		改定後
1 月の初日の訪問の場合		1 月の初日の訪問の場合
		(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
		(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
	7,300円	(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)		2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
	2,950円	(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 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。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 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。

機能強化型訪問看護管理療養費2

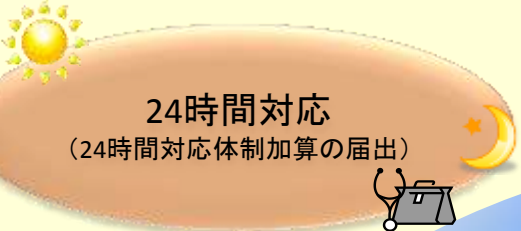
- ① 常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に7人以上。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑩

機能強化型訪問看護ステーションの評価②

➤ 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。


24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)



常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上


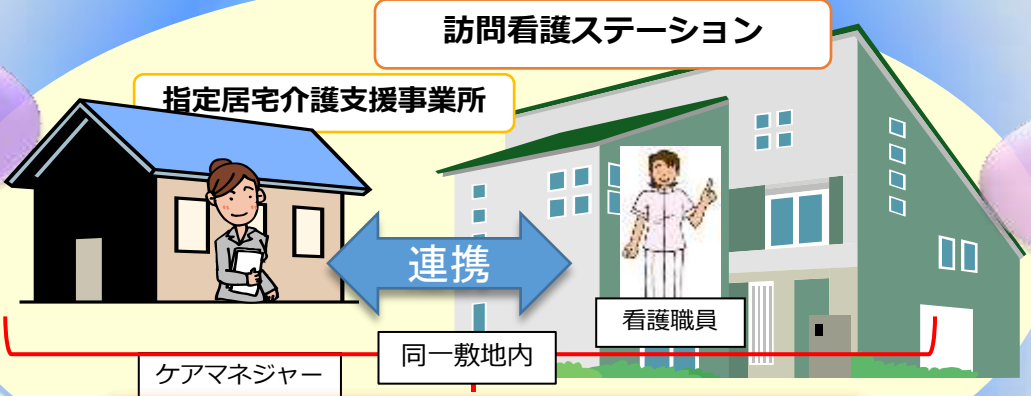
ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年



重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月

休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置(同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
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の実施

※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライゾゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑪

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について

- 介護保険の訪問看護を受けている患者に対し点滴注射が必要になった場合にも、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるように、対象者を拡大する。

現行

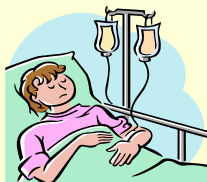
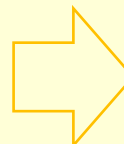
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

改定後

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者※）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。



※介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者

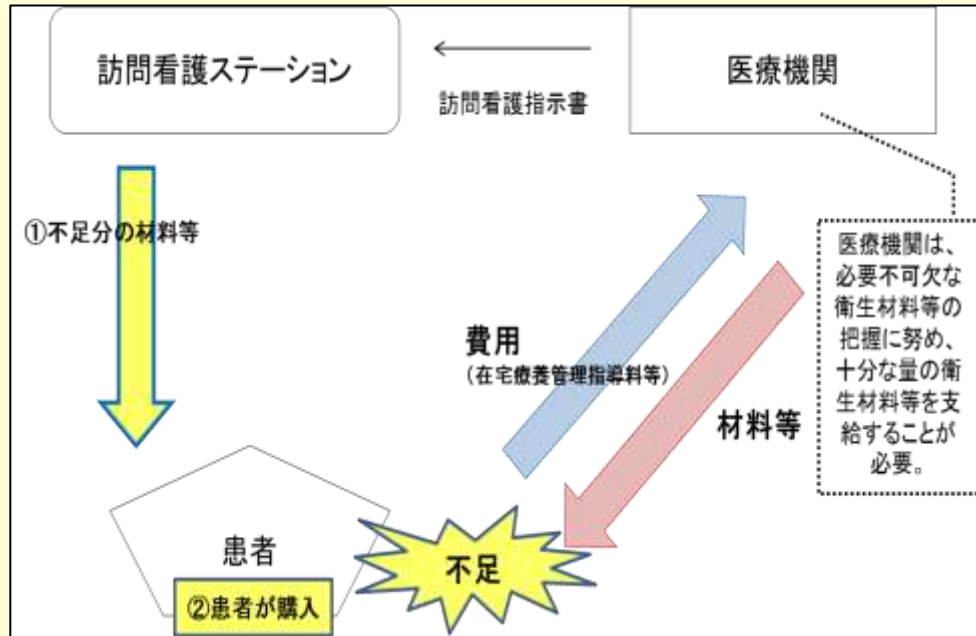
訪問看護事業所、介護予防訪問看護事業所、複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（一体型）

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

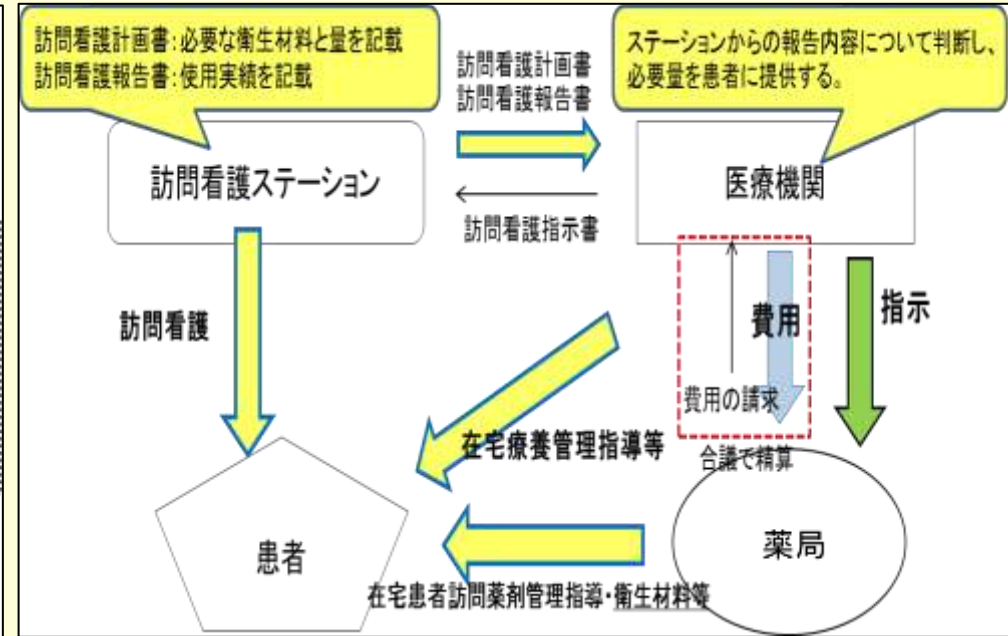
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑬

在宅における褥瘡対策の推進

- 在宅における褥瘡対策を推進するため、訪問看護利用者に対して褥瘡のリスク評価の実施等を訪問看護管理療養費の算定要件とし、褥瘡患者数等の報告を求める。

現行

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]
(新設)



改定後

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については参考様式を踏まえて記録すること。

[記載事項の報告]

褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。

入院基本料にある褥瘡対策同様に、訪問看護利用開始時、褥瘡発生時に危険因子の評価を行うことを明記する。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 性別 _____ (男/女) 計画作成日 _____

明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 _____ 歳

記入担当者名 _____

褥瘡の有無

1. 現在	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部 その他 ())	褥瘡発生日 _____
2. 過去	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部 その他 ())	

日常生活自立度	J (1, 2) A (1, 2) B (1, 2) C (1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出	なし あり	
・関節拘縮	なし あり	
・栄養状態低下	なし あり	
・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)	なし あり	
・浮腫 (局所以外の部位)	なし あり	
深さ	(0)なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織を越える損傷 (5)関節腔、体腔にいたる損傷 (6)多量：1日2回以上の交換	
滲出液	(0)なし (1)少量：毎日の交換を要しない (2)中等量：1日1回の交換 (3)多量：1日2回以上の交換	
大きさ (cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし (3)4未満 (6)4以上6未満 (9)16以上36未満 (12)64以上100未満 (15)100以上	
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり (2)局所周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛 (3)局所の明らかな感染 (膿、悪臭) (4)創面10%以上50%未満を占める (5)創面10%未満を占める (6)全身の影響あり (発炎症徴候なし) (炎症徴候、熱など)	
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖 (1)創面の90%以上を占める (2)創面の50%以上を占める (3)創面の90%未満を占める (4)創面10%以上50%未満を占める (5)創面10%未満を占める (6)全く形成されていない	
壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚く密着した壊死組織あり	
ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上	

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上 イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	

(記載上の注意)

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である利用者又は入所者については、当該計画書の作成を要しないものであること。

様式例として示すが、実際は、必要な内容を訪問看護記録に記載すれば良いこととする。

訪問看護ステーションにおける褥瘡対策の報告のイメージ

在宅における褥瘡対策の推進

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

訪問看護管理療養費の算定に係る褥瘡対策の実施について

(1) 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）

① 訪問看護ステーション全利用者数（報告月の前月の初日の時点の利用者数）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数		名
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数		名
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問看護利用開始時の褥瘡 （③の利用者の訪問看護開始時の状況）	訪問看護利用中に発生した褥瘡 （④の利用者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

①訪問看護ステーションの全利用者数：

報告月の前月の初日の時点で訪問看護ステーションを利用している全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）

② d 1 以上の褥瘡を保有していた利用者数（褥瘡保有者数）：

①の利用者数のうち、DESIGN-R分類 d 1 以上を有する利用者数を記載。
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

③利用開始時に既に褥瘡を保有していた利用者数（開始時褥瘡保有者数）：

②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R分類 d 1 以上を有する利用者数を記載。
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

④訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数

②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡利用者数を減じた数を記載。

⑤褥瘡の重症度（DESIGN-R分類）：

③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

医療機関における褥瘡対策の報告様式のイメージ

医療機関における褥瘡対策の推進

報告様式

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、 <u>d 1以上</u> の褥瘡を有していた患者数		名
③ ②のうち、 <u>入院時に既に褥瘡を有していた患者数</u>		名
④ ②のうち、 <u>入院中に新たに褥瘡が発生した患者数</u>		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
<u>d 1</u>	名	名
<u>d 2</u>	名	名
<u>D 3</u>	名	名
<u>D 4</u>	名	名
<u>D 5</u>	名	名
<u>D U</u>	名	名

①入院患者数：

届出月の前月の初日の入院患者数を記載。
（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）

② d 1以上の褥瘡を保有していた患者数（褥瘡有病者数）：

①の患者のうち、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）

③入院時既に褥瘡を保有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）：

②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）

④新たに入院中に褥瘡が発生した患者数：

②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

⑥褥瘡の重症度：

③の入院時褥瘡保有者については、入院時の褥瘡の重症度を記載。④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の重症度を記載。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

在宅における褥瘡対策の推進

- 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 **750点**

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）

※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等（准看護師を除く。）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす 在宅褥瘡管理者 であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

※ 褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。

※ 学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

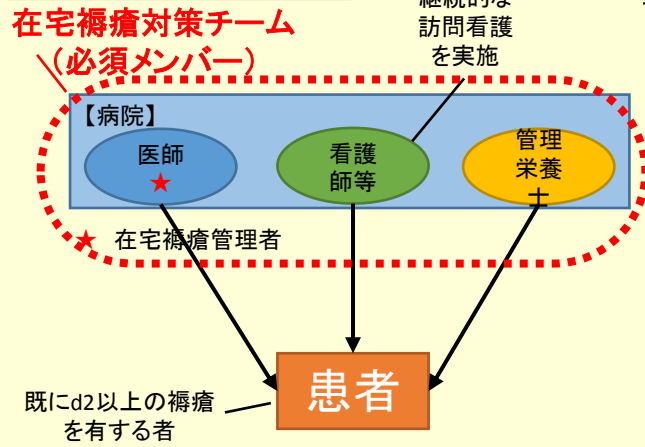
※ 在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

※ 3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

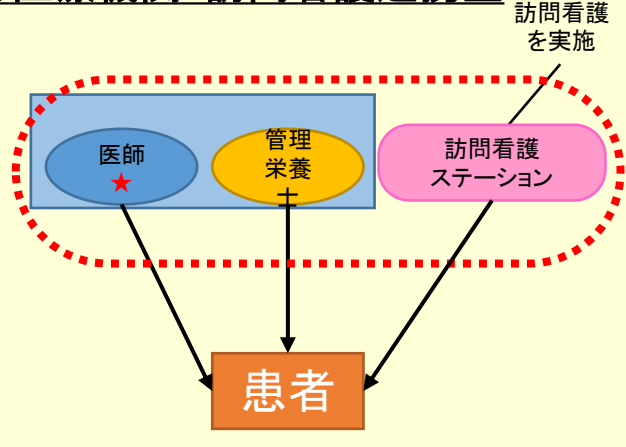
在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)

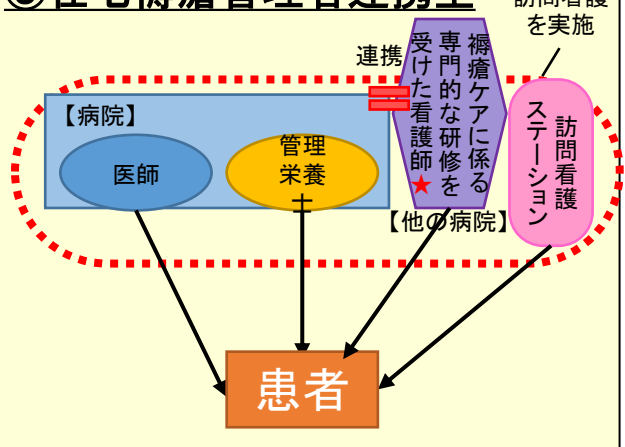
①医療機関完結型



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

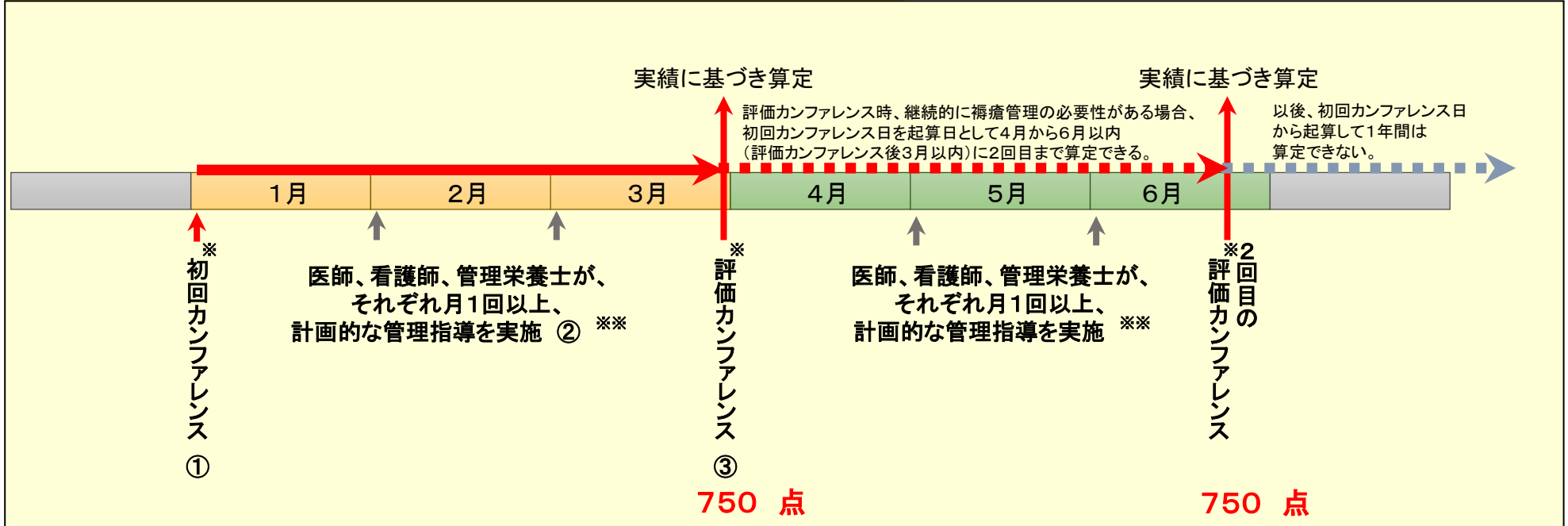
上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。
 ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容



下記の①～③を実施した場合に、当該指導料を算定することができる。

- ① 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施〔初回カンファレンス①〕
- ② 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、指導管理を及び情報共有を実施。〔②〕
- ③ 初回訪問後3月以内に、指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを実施。〔評価カンファレンス③〕

※ カンファレンス実施日において、当該カンファレンスとは別に継続的に実施している訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を行う必要がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。

※※ 各職種の月1回以上の管理指導については、別に継続的に実施している訪問診療等において行う。訪問栄養指導の対象ではない場合等で当該管理指導のみを目的した訪問を行う場合については、当該管理指導料に含まれているものとする。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑮

在宅自己注射指導管理料の見直し

- 在宅自己注射指導管理料について、指導内容を明確化し1月の注射回数に応じて点数を設定する。また、導入初期について別に加算を行う。

現行
在宅自己注射指導管理料 820点



改定後	
月3回以下	<u>100点(改)</u>
月4回以上	<u>190点(改)</u>
月8回以上	<u>290点(改)</u>
月28回以上	<u>810点(改)</u>

(新) 導入初期加算 500点

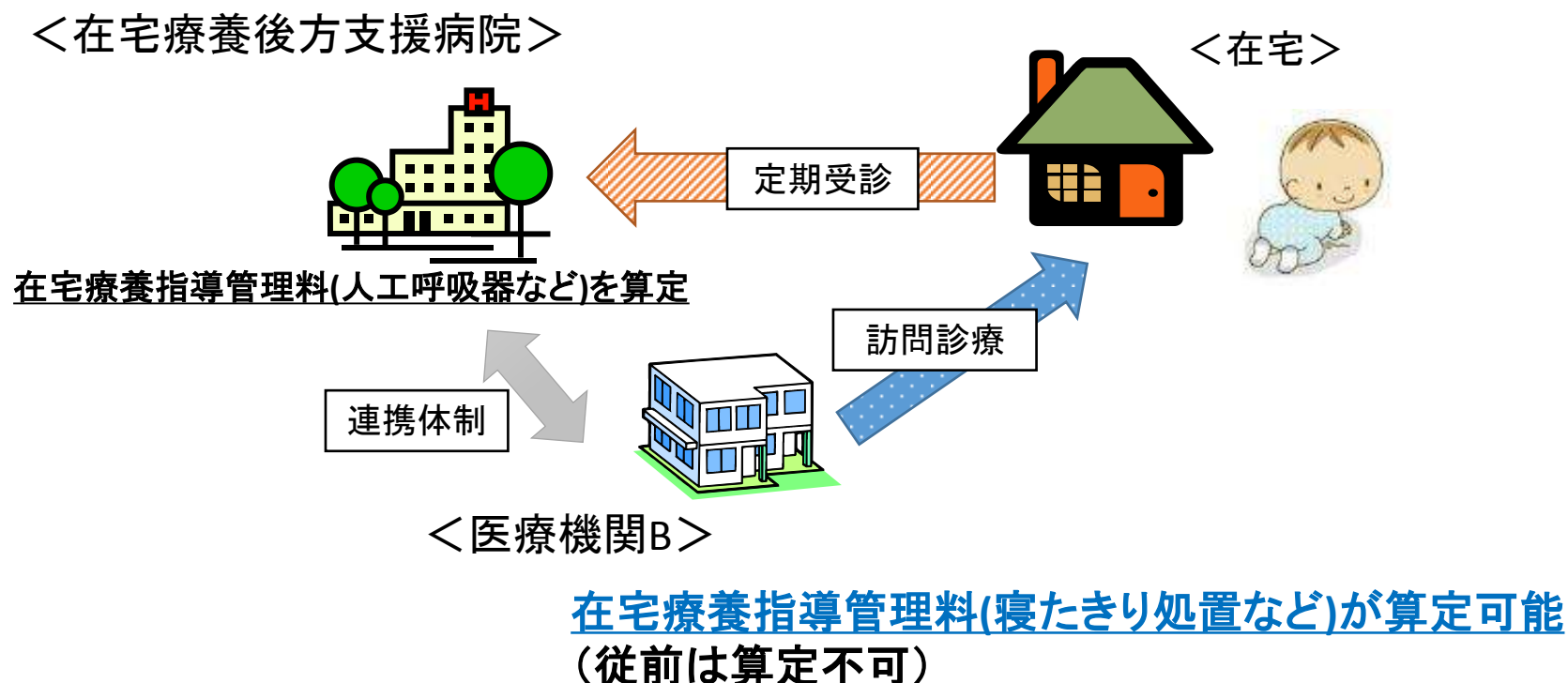
[算定要件]

- ① 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。
- ② 導入初期加算は 新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、当該変更を行った月においても算定することができる。なお、過去1年以内に使用した薬剤に変更した場合は、算定できない。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑬

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

- 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。



在宅歯科医療の推進等

在宅歯科医療の推進等

- 訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点 (歯科訪問診療1の加算)

[施設基準] 歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

- 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】

(診療情報提供料の加算)

・在支診又は在支病の医師が訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要があり、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合の評価

- 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

(現 行)				(改定後)		
		同一の建物に居住する患者数		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上	1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】	歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】	
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】		歯科訪問診療3 【143点】		

※改定後の点数は消費税対応分を含む

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

<在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

- ◆ 在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

【現行】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	500点
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	350点



【改定後】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	<u>650点</u>
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	<u>300点</u>

- ◆ また、在宅不適切事例を踏まえ、「薬局の求められる機能とあるべき姿」（厚生労働科学研究費補助金事業）において「薬剤師1人につき、1日当たりの患者数を適切な人数までとするべき」とされていることから、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とする。

<在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

- ◆ チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について①

維持期リハビリテーションの評価

- 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
 1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
 2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする。(2年間の延長)

介護保険によるリハビリテーションへの移行支援

- 維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。

(新) 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点(患者1人につき1回限り※)

※当該移行支援料を算定後、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度介護保険のリハビリテーションへ移行する場合は算定できない。

[算定要件]

入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険における維持期のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションに移行した場合に算定する。

医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)

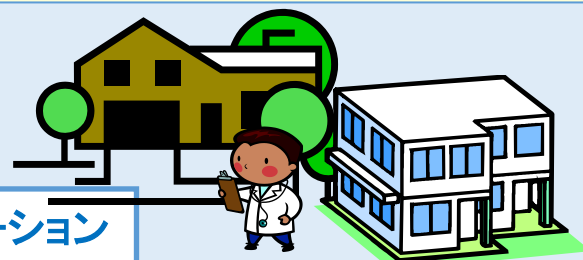
① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	221点	介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	163点		147点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	85点		77点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

③ 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点 (患者1人につき1回限り)



介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

自院



通所リハビリテーション等
の提供促進

外来患者



入院患者



介護保険の
リハビリテーションへ
の移行支援

退院後、より適切な介護
サービスへ

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)

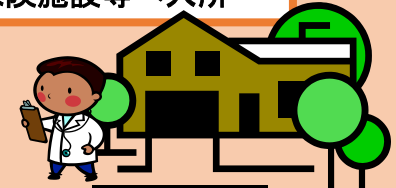
自宅



介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用



介護保険施設等へ入所



② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる。

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について②

周術期における口腔管理（医療機関相互の連携の評価）

- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

（新） 周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】（手術料の加算）

【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、顔面・口腔・頸部・胸部・腹部の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

※他、有床診療所の機能に応じた評価、機能強化型訪問看護ステーションの評価、主治医機能の評価（再掲） 等

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

その他の連携

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

- 保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる厚生労働大臣の定める者に特別支援学校等の学校を加える。

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期限6か月)



現行

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、
指定生活介護事業者 等



改定後

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

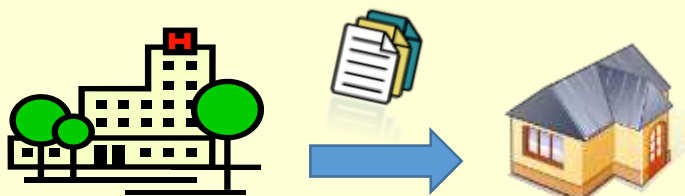
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

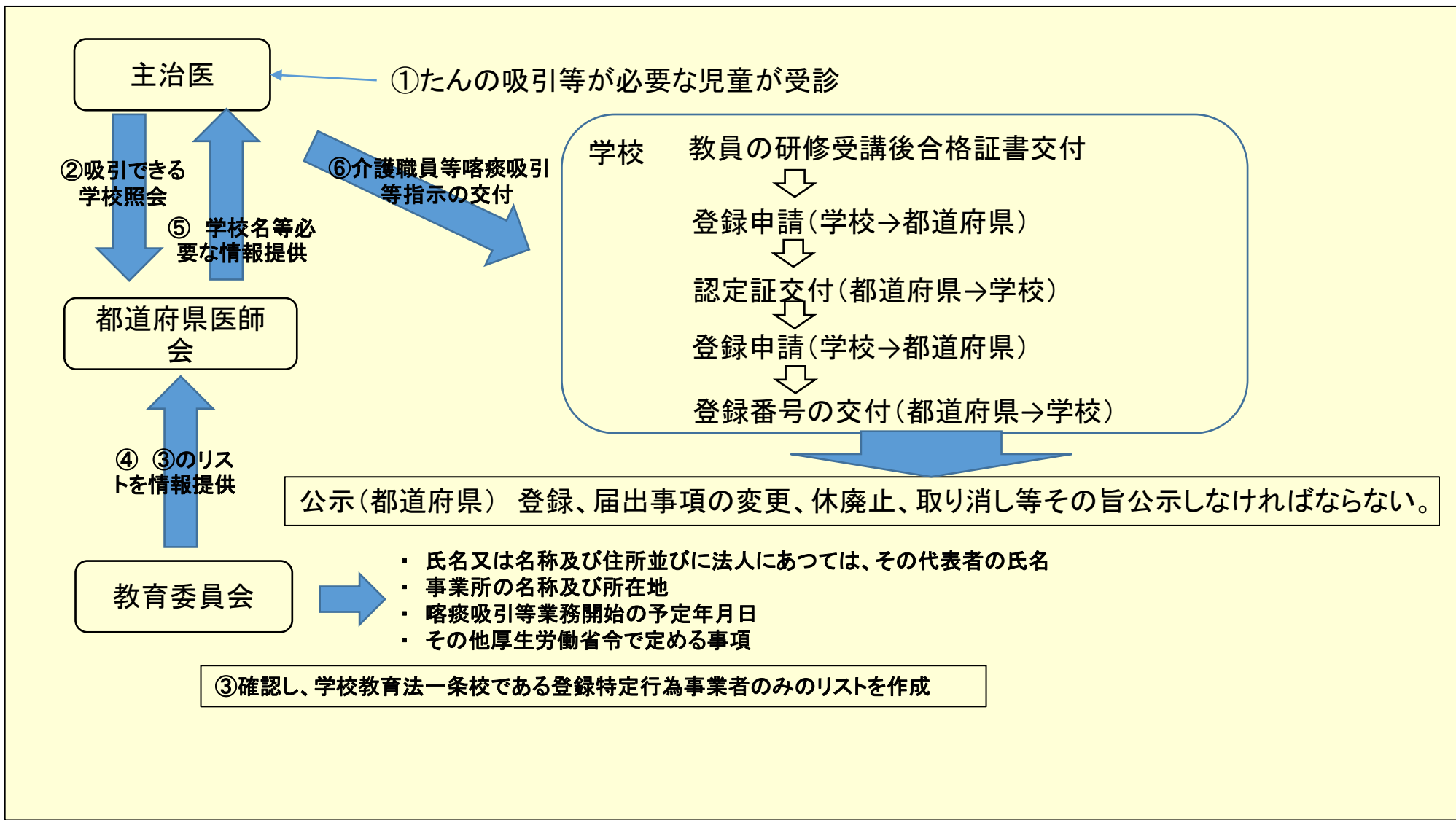
指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定
生活介護事業者 等

③学校教育法関係

学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、
中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）



特殊支援学校等で喀痰吸引等指示を交付する流れ



医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

緩和ケアを含むがん医療の推進について①

がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者であること。等

3の場合：

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

【対象患者】

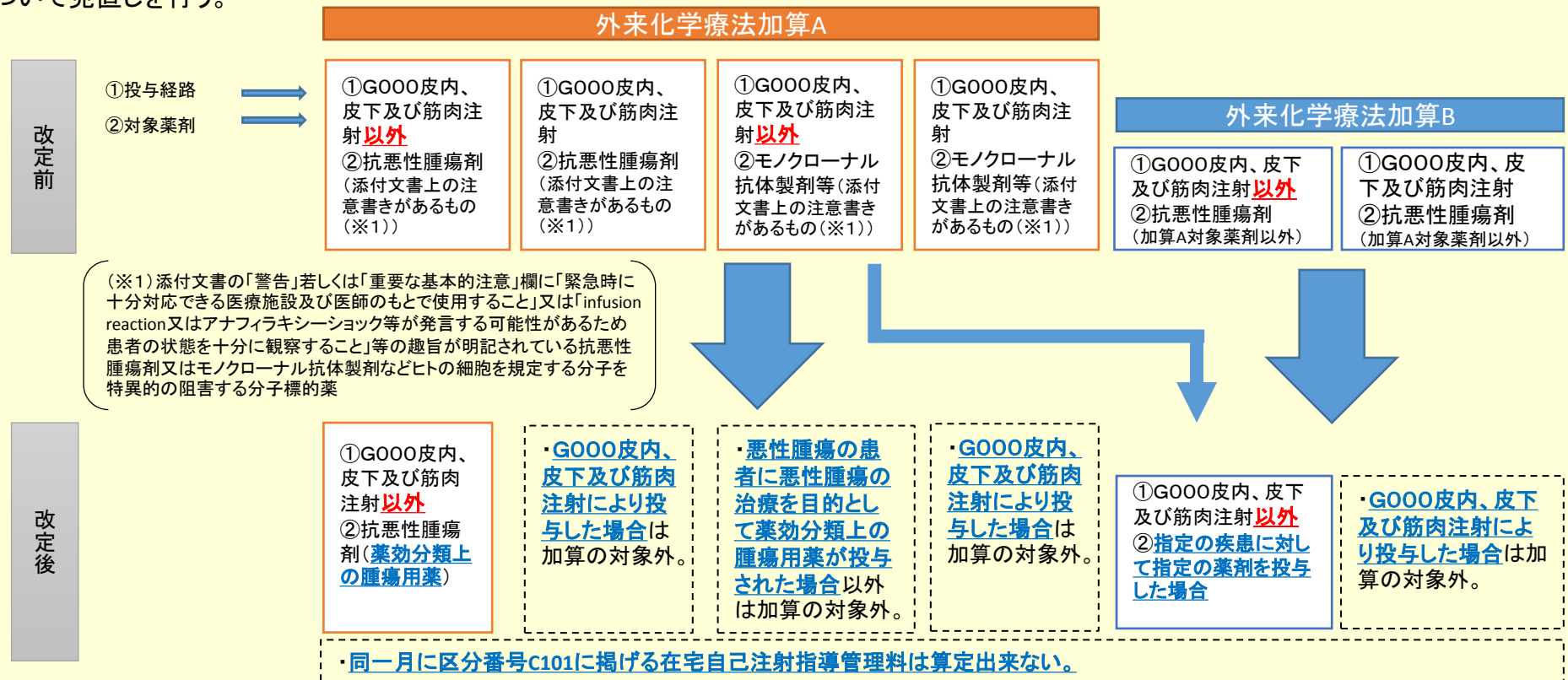
1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。)

外来化学療法の評価の見直しについて

- 外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

ア 関節リウマチ、クローン病、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

精神病床の機能分化①

精神科急性期医療の充実

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、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を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[対象患者]

- ①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分(感情)障害

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

精神病床の機能分化②

精神療養病棟の医師配置等の見直し

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

精神療養病棟入院料 1,061点(1日につき)

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

精神療養病棟入院料 1,090点(1日につき)

(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(改) 医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること(看護職員25対1※以上を満たす場合を除く)。※平成30年3月31日までは30対1

(新) 平成26年4月1日以降、当該病棟に入院となった患者に対して、7日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催しつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

精神保健福祉士の配置の評価

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

[算定要件]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

精神病床の機能分化③

精神科救急医療についての実績要件の見直し

- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える。

精神科救急入院料 2,842点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,042点～(1日につき)

地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること

精神科救急入院料 2,920点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,128点～(1日につき)

(改)地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

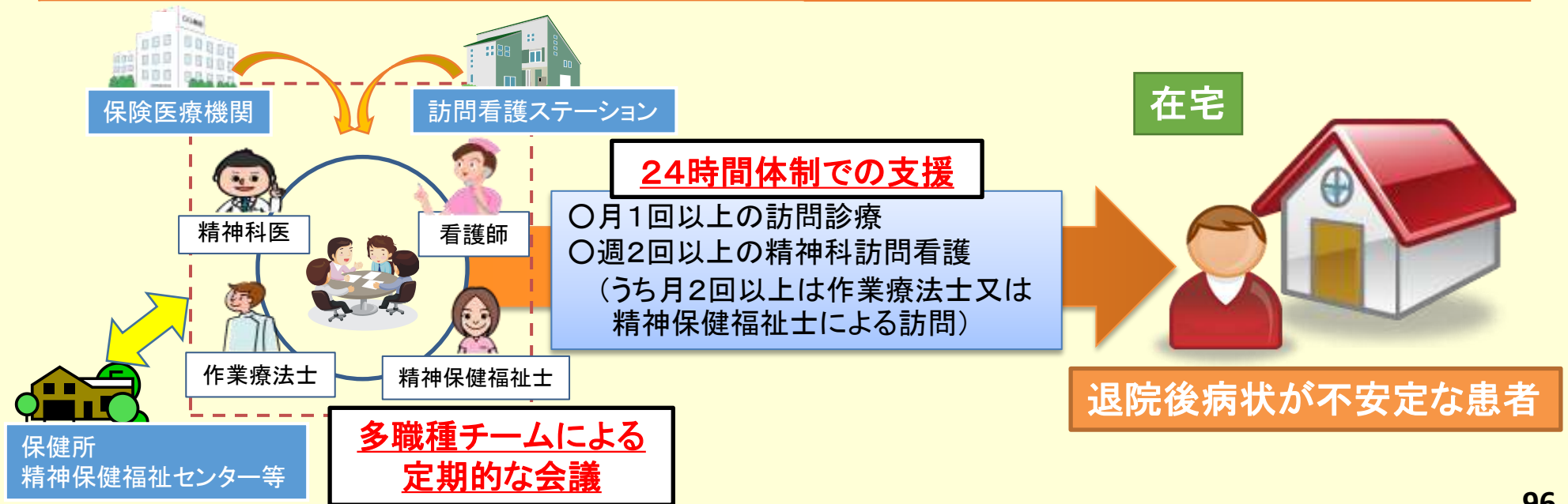
精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合	ロ 同一建物居住者の場合
(1)特定施設等に入院する者の場合 900点	(1)特定施設等に入院する者の場合 740点
(2) (1)以外の場合 450点	(2) (1)以外の場合 370点



精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に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、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40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。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回6月以内)

[算定要件]

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。



- 精神科重症患者に対し、保険医療機関と連携しながら1日複数回の訪問看護を行う場合についての評価を新設する。

(医療機関)

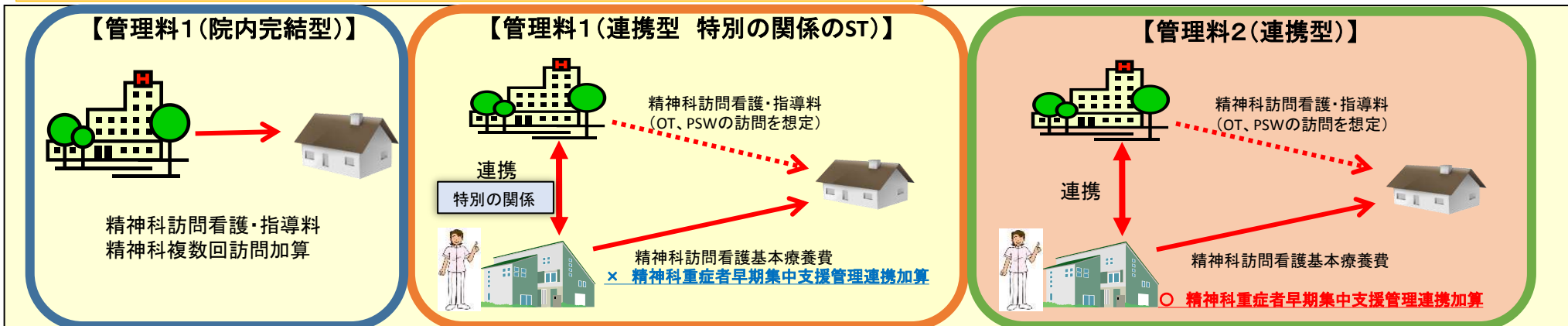
(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)
(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)

(訪問看護ステーション)

(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)
(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)

精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算

連携する病院と訪問看護ステーションの算定の仕組み



	訪問看護の提供体制	訪問看護の回数要件		同一日における訪問看護の算定		同一時間帯における訪問看護の算定		同一日における精神科複数回訪問加算の算定	
		精神科重症者早期集中支援管理料1,2	精神科重症者早期集中支援管理連携加算	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST
精神科重症者早期集中支援管理料1	院内から訪問看護を実施	2回以上/週	—	○	—	○	—	○	—
精神科重症者早期集中支援管理料1	特別の関係 の訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	×	○	○	○	×	○	×
精神科重症者早期集中支援管理料2	訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	○	○	○	×	○	×	○

通常、特別の関係の場合はどちらか一方が○。ただし、精神科重症者早期集中支援の場合は、病院からの訪問看護が作業療法士または精神保健福祉士の場合にかぎり、両方○

- 連携する病院と訪問看護STが特別の関係である場合、精神科重症者早期集中支援管理連携加算は算定できない。
- 精神科重症者早期集中支援管理料の算定に係る同一日の訪問看護については、特別の関係であっても算定可能。(病院からの訪問看護が作業療法士、精神保健福祉士の場合に限る)
- 同一時間帯に行われる訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが算定する。
- 同一日に行われる複数回訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが複数回加算を算定する。

精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

在宅時における長時間の精神療法の評価

- 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

2 1以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点



1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

2 (新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

3 1及び2以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点

精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

精神科ショート・ケア等 275点～

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。



(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

身体合併症管理の充実

- 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

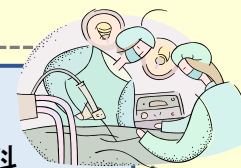
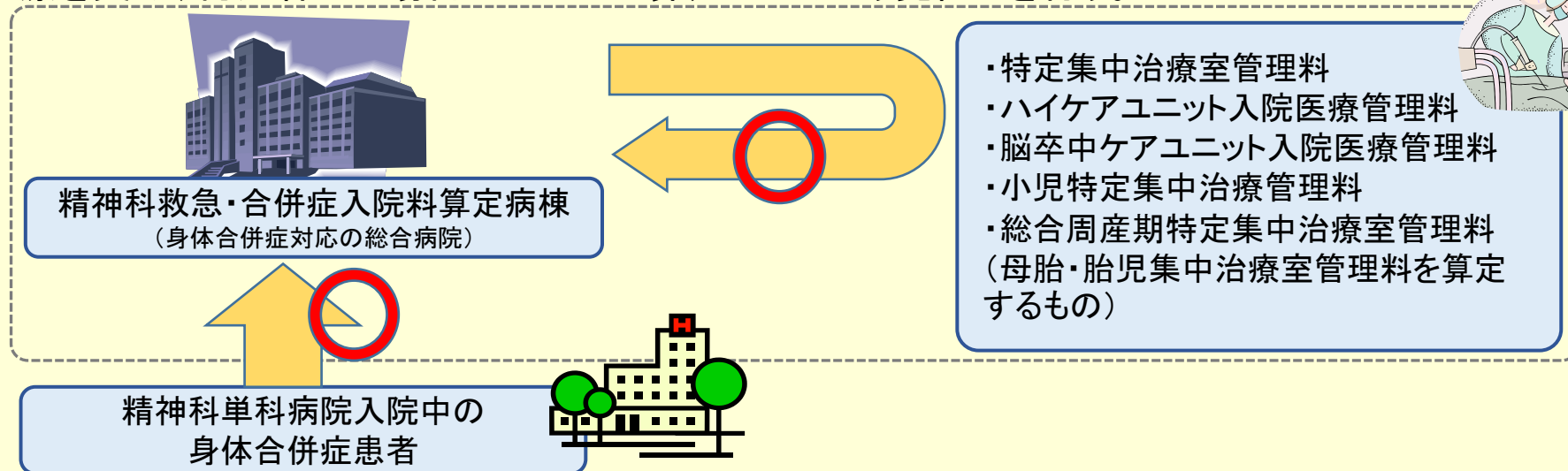
精神科身体合併症管理加算(1日につき)
450点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)
1 7日以内 450点
2 8日以上10日以内 225点(新)

精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるよう見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期ICU等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。



適切な向精神薬の使用の推進①

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)	10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合)	15点
----------------------	-----

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

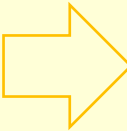
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



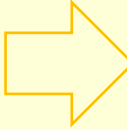
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

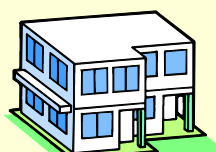
※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

適切な向精神薬の使用の推進②

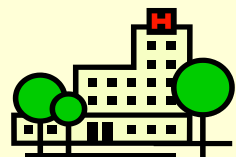
抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化②

[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

①初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合



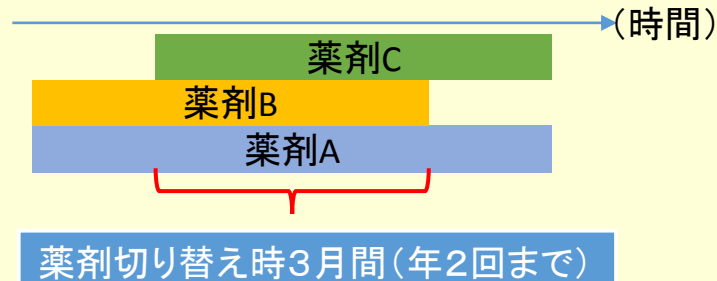
多剤処方



初めて受診した日から
6月間

②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合



③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は
14回以内の投与

※投与中止期間が1週間以内の場合は
連続する投与とみなす。

※抗不安薬及び睡眠薬については臨時
に投与した場合も種類数に含める。



④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

- ①～④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



児童・思春期の精神科医療の推進

通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

通院・在宅精神療法 20歳未満加算

初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る



通院・在宅精神療法 20歳未満加算

当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

- 必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

通院・在宅精神療法 200点

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。



通院・在宅精神療法 350点(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

心身医学療法 100分の100に相当する点数

20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。



心身医学療法 100分の200に相当する点数(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、心身医学療法を行った場合に、算定する。

認知症対策の推進

重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間
に限り加算 300点

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ①認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ②専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（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
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- 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

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

救急医療等の推進について②

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- ▶ 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)

急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点

(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター 及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- ▶ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

(新) 精神疾患患者等受入加算 400点

[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

救急医療、小児、周産期医療の推進

新生児の退院調整①

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院7日以内に患者の抽出を行い、家族との話し合いを開始するとともに、入院1月以内に退院支援計画の作成を開始すること等を算定の要件とするよう評価の見直しを行う。

新生児の退院調整②

- 急性期病院において、周産期医療センターから退院患者を受け入れ、在宅に退院させた場合の退院調整について評価を行う。

(新) 新生児特定集中治療室退院調整加算3

イ 退院支援計画策定加算 600点

ロ 退院加算 600点

[算定要件]

- ① 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。
- ② 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料1～3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料についてパリビズマブを用いた場合を対象外にし、薬剤費等を出来高で算定できるようにする。

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価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)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

入院

14日

退院



ADL維持向上等体制加算

患者1人につき入院した日から起算して
14日間算定できる。

疾患別リハビリテーション等

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、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、摂食機能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価②

[施設基準]

- ① 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が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。

ア リハビリテーション概論について

(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)

イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)

ウ リハビリテーション治療法について

(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)

エ リハビリテーション処方について

(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)

オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)

カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

- ④ 当該病棟の1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- ⑤ 以下のいずれも満たすこと。
 - ア) 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

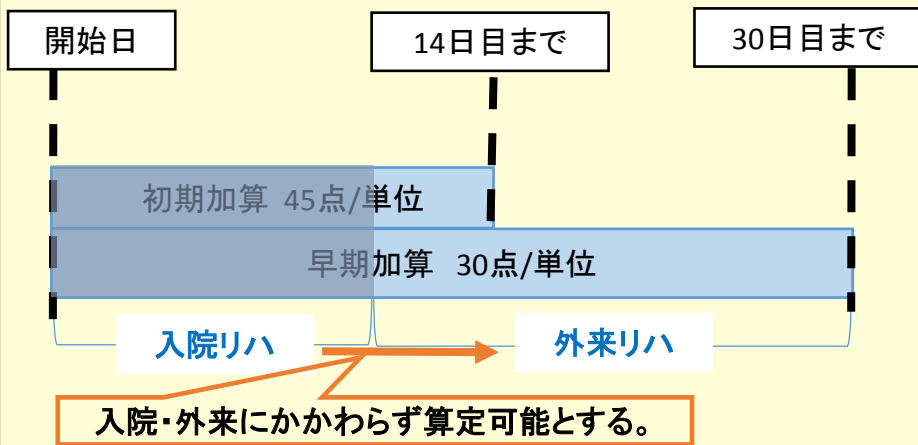
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

外来における早期リハビリテーションの評価

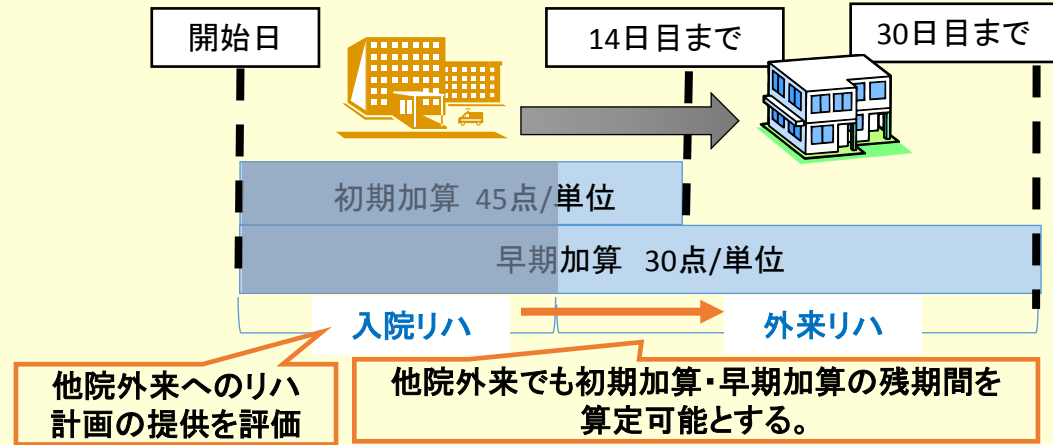
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②

運動器リハビリテーション料Ⅰの評価の見直し

- 外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とする。

現行	
区分	対象者
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者



改定後		
区分	対象者	点数
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者 <u>外来患者</u>	180点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者	170点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者	85点

(注) 要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価

廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉

【現行】

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>146点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>77点</u>

〈対象患者〉 下線部分 を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、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であって、心大血管疾患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、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】

【改定後】

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	200点
運動器リハビリテーションⅠ	175点
呼吸器リハビリテーションⅠ	170点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	220点
がん患者リハビリテーション料	200点

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	<u>205点</u>
運動器リハビリテーションⅠ	<u>180点</u>
呼吸器リハビリテーションⅠ	<u>175点</u>
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	<u>225点</u>
がん患者リハビリテーション料	<u>205点</u>

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

- 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1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。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論
 ウ 運動器リハビリテーション
 オ 高次脳機能障害
 キ 地域包括ケア

イ 脳血管リハビリテーション
 エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
 カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

- 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行	改定後
1,911点	2,025点

[施設基準]

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有していること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

- 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行	改定後
当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。	当該病棟の患者全体に占める <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目</u> の得点が1点以上の患者の割合が <u>1割以上</u> であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

- 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

リハビリテーション総合計画評価料

(新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中 1回)

[算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

医療技術の適切な評価

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.2版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

3. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

4. 胃瘻等について

胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や造設後の連携施設への情報提供の推進を図るため、評価の新設等を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

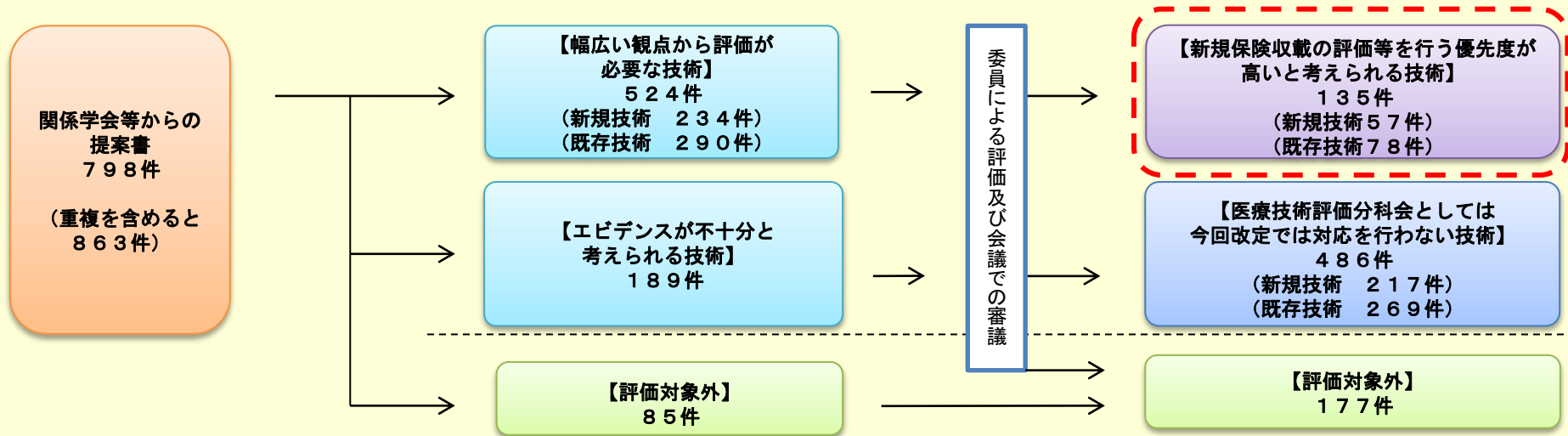
1. 医療技術の評価及び再評価①

医療技術評価分科会での検討

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術57件を保険導入するとともに、既存技術78件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成25年3月から6月末にかけ関係学会から863件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や使用する医薬品及び医療機器等の薬事法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; 網膜再建術、EDチューブ挿入術など
- ・既存技術; 拡大胸腺摘除術(重症筋無力症に対する)、脊髄誘発電位測定等加算など

1. 医療技術の評価及び再評価②

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、実勢価格等を参考に、実施料の引き上げ等を行う。

1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う。

排泄物、滲出物又は分泌物の 細菌顕微鏡検査 その他のもの	50点
---------------------------------	-----

抗酸菌分離培養(液体培地法)	230点
----------------	------



61点

260点

2. 算定要件の見直し

細菌培養同定検査 血液又は穿刺液	2か所以上から血液を採取した場合に2回算定可とする。
------------------	----------------------------

酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	診断補助として実施した場合とその後6ヶ月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合にそれぞれ1回ずつ算定可とする。
------------------------------	---

処置に対する小児加算の新設

- 創傷処置(6,000平方センチメートル以上)、熱傷処置(3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満、6,000平方センチメートル以上)、リンパ管腫局所注入、ストーマ処置について、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- 腹膜灌流について、6歳未満の乳幼児の場合は導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

1. 医療技術の評価及び再評価③

評価体系の見直し

- CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950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	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400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	950点

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	56点
--------------------	-----

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	<u>1,000点</u>
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	<u>770点</u>
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	<u>580点</u>

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	<u>1,600点</u>
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	<u>920点</u>

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	
イ アナログ撮影	<u>54点</u>
ロ デジタル撮影	<u>58点</u>

1. 医療技術の評価及び再評価④

胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

- 新規に保険導入された胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術の一例

手術名	点数
胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術 (頸部、胸部、腹部の操作によるもの)	125,240点
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	75,730点
腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030点



「複数手術に係る費用の特例等」の対象拡大

- 「同一手術野又は同一病巣であっても、主たる手術の点数に従たる手術(1つに限る)の点数(50/100)を加えた点数が算定可能となる手術の組み合わせ」を追加(例)

手術名	手術名
大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	弁形成術
ヘルニア手術(臍帯ヘルニア)	腸閉鎖症手術、臍腸管瘻手術、尿膜管摘出術など
肝切除術	脾摘出術
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮付属器癒着剥離術(両側)(腹腔鏡によるもの)

※ 「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術。上記の表の左右のどちらが主たる手術となっても差し支え無い。

1. 医療技術の評価及び再評価⑤

緊急性を踏まえた評価の見直し

- 冠動脈インターベンションについて、緊急に実施するものと待機的に実施するものの評価の見直しを行う。

現行		(緊急性を踏まえた点数設定なし)
K546 経皮的冠動脈形成術	22,000点	
K549 経皮的冠動脈ステント留置術	24,380点	



改定後

K546 経皮的冠動脈形成術
1 急性心筋梗塞に対するもの
 32,000点

K549 経皮的冠動脈ステント留置術
1 急性心筋梗塞に対するもの
 34,380点

次のいずれにも該当すること。

ア 心筋トロポニン(TnT)又は心筋トロポニンが高値であること又は心筋トロポニン(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であって、CK-MBが高値であること。

イ 次のいずれかに該当すること。

(イ) 胸痛等の虚血症状、(ロ) 新規のST-T変化または新規の左脚ブロック、(ハ) 新規の異常Q波の出現
 (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常、(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ 次のいずれかに該当すること。

(イ) 症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること。
 (ロ) 症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック(Killip分類class IV)であること。

※ただし、ウのみ満たさず、来院から24時間以内に当該手術を開始した場合は、「2」の不安定狭心症に対するものに準じて算定する。

K546 経皮的冠動脈形成術
2 不安定狭心症に対するもの
 22,000点

K549 経皮的冠動脈ステント留置術
2 不安定狭心症に対するもの
 24,380点

次のいずれにも該当すること。

ア 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II 又はclass IIIであること。
 イ 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。
 ウ 来院から24時間以内に当該手術を開始すること。

以上の要件以外のものは以下のとおり

K546 経皮的冠動脈形成術 **3 その他のもの** 19,300点

K549 経皮的冠動脈ステント留置術 **3 その他のもの** 21,680点

※ **施設基準**: 1年間の件数を院内掲示するとともに地方厚生局長等に届け出ること。

1. 医療技術の評価及び再評価⑥

静脈麻酔の評価

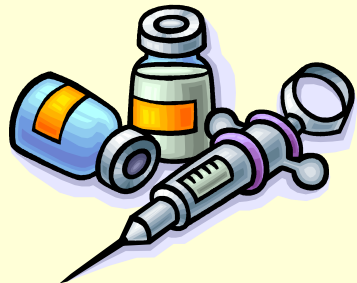
- 長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置を実施する場合等、患者の安全を確保するため、より厳重な監視を行う必要があることから、静脈麻酔の評価体系を見直し、より手厚い静脈麻酔の体制の確保を推進する。
- 具体的には、下記の場合の静脈麻酔についての評価を新設する。
 - ① 常勤の麻酔科医が専従で静脈麻酔を実施した場合
 - ② 3才以上6才未満の幼児に対して実施した場合
 - ③ 実施時間が2時間を超える場合

【現行】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの	600点

【改定後】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)	600点
3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)	800点
注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。	100分の10に相当する点数
注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。	100点



※ 「複雑な場合」は、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

1. 医療技術の評価及び再評価⑦

長時間麻酔の評価

- 長時間にわたる麻酔管理は、患者への負担が大きくより厳重な管理が必要であり、かつ麻酔実施者にかかる負担も大きいいため、適切な管理体制が確保されている場合については、麻酔管理料(Ⅰ)の加算として評価を新設する。

〔算定要件〕

指定する手術のマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超える場合

【現行】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点



【改定後】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点
(新設)注 長時間麻酔管理加算	7,500点



【対象となる手術】

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

その他以下の区分番号の手術を対象とする。

K136-2、K151-2、K175 2、K379-2 2、K395、K558、K560 3イ、K560 3ロ、K560 3ハ、K560 5、
K579-2 2、K581 3、K582 3、K584 2、K605-2、K605-4、K645、K675 5、K677-2 1、K697-5、
K697-7、K801 1

1. 医療技術の評価及び再評価⑧

放射線治療の評価の見直し

➤ 照射回数を減らす治療法の新設及び評価の見直し

1回照射線量を増加することにより、照射回数を減らせる場合について、患者の時間的負担軽減につながることから、5年局所再発率等の差が無いということが示されている全乳房照射の場合について、加算を新設する。

【現行】

体外照射
高エネルギー放射線治療

【改定後】

体外照射
高エネルギー放射線治療 (新設)注2 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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。



【1回線量増加加算に関する施設基準】

- ・放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ・なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

➤ 術中照射や転移性骨腫瘍などに対する直線加速器による緩和的照射について、局所制御率の向上等の有効性が示されていることから、評価の見直しを行う。

【現行】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

【改定後】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に5,000点を加算する。



直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	6,720点



直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	8,000点

1. 医療技術の評価及び再評価⑨

免疫染色病理標本作製の評価

- 診断精度を向上させて適切な治療を行うため、4種類以上の抗体を用いて免疫染色(免疫抗体法)病理標本作製を実施した場合の加算(1,600点)が算定可能な疾患に、**肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)及び悪性黒色腫**を追加する。

現行		➡	改定後	
悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)	1,600点		悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)、 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)又は悪性黒色腫	1,600点

液状化検体細胞診加算の見直し

- 婦人科材料等による液状化検体細胞診について、検体の採取と同時にを行った場合に、前がん病変の検出率が向上するというデータが示されたため、算定要件の見直しを行う。

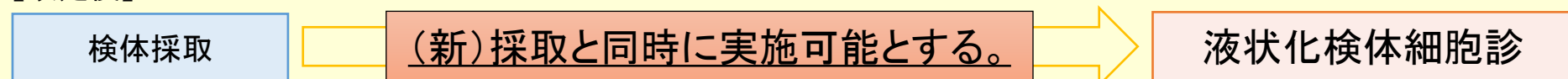
現行		➡	改定後	
液状化検体細胞診加算	85点		(新) 婦人科材料等液状化検体細胞診加算	18点
採取と同時に作成された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。			採取と同時にを行った場合に算定できる	

○検査の流れ

【現行】



【改定後】



2. 外科的手術等の適切な評価①

外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改定された「外保連試算第8.2版」において、「外保連試算第8版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

増点となった
手術の例
(計19件)

手術名	現行	改定後
遊離皮弁術 顕微鏡下血管柄付きのもの	74,240点	<u>84,050点</u>
骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(非生体)	14,770点	<u>18,300点</u>
動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	70,980点	<u>81,720点</u>
腭頭部腫瘍切除術 腭頭十二指腸切除術の場合	69,840点	<u>77,950点</u>

減点となった
手術の例
(計81件)

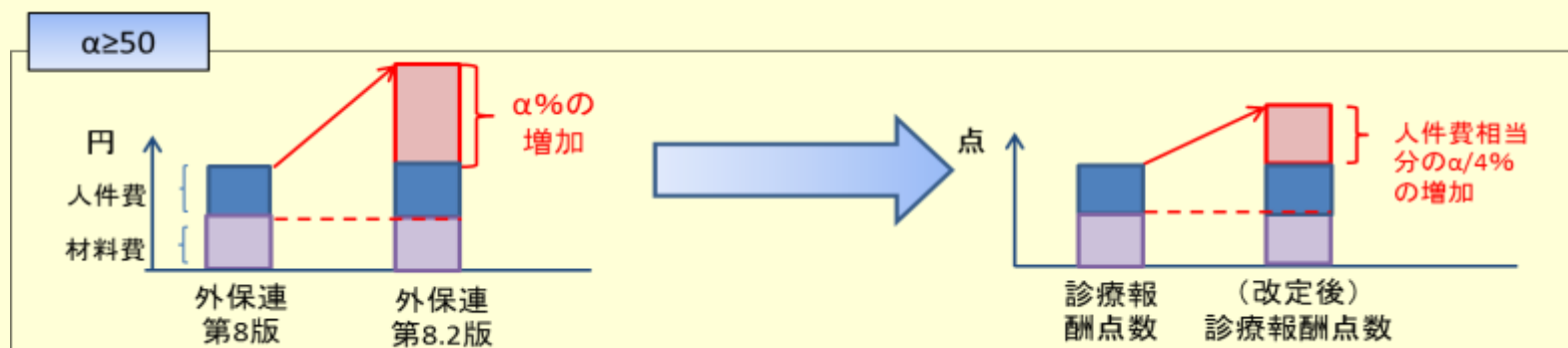
手術名	現行	改定後
網膜光凝固術 その他特殊なもの	18,100点	<u>15,960点</u>
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 部分切除	66,500点	<u>60,170点</u>
内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみなもの	12,220点	<u>11,270点</u>
帝王切開術 選択帝王切開	22,160点	<u>20,140点</u>

2. 外科的手術等の適切な評価②

手術料見直しの考え方

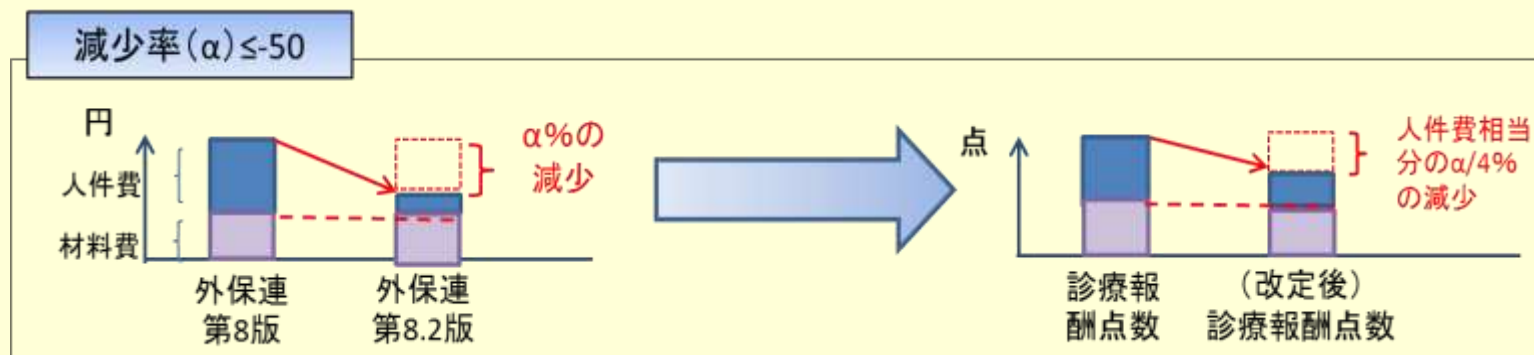
➤ 人件費が50%以上増加した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる増点を行った。



➤ 人件費が50%以上減少した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる減点を行った。



(参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

今般の改定で、医療技術評価分科会等からの提案等により施設基準が新設された又は見直しが図られたため、新たに届出が必要な手術について以下に示す。

K169 注1	頭蓋内腫瘍摘出術 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
K190-6, 7	仙骨神経刺激装置植込術及び交換術	K649-2	腹腔鏡下胃吊り上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術
K260-2	羊膜移植術	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
K268の5	緑内障手術 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K281-2	網膜再建術	K664	胃瘻造設術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	K699-2	体外衝撃波膀胱石破碎術
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K755-2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
K546	経皮的冠動脈形成術	K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
K627-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術

2. 外科的手術等の適切な評価③

画像等手術支援加算の対象の明確化

- 画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、通知を明確化する。

画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。



画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、**3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで**、手術を補助する目的で用いることをいう。

心臓弁再置換術加算の対象の明確化

- K555 弁置換術の注に規定されている心臓弁再置換術加算について、弁置換術以外の弁置換を伴う術式を行った場合にも算定できる旨を明確化する。

K555	弁置換術	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	<u>(注の新設)</u>
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	<u>(注の新設)</u>



K555	弁置換術	<u>注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数にK555弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</u>
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	

植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

- 植込型中心静脈カテーテルについて、中心静脈栄養だけでなく化学療法等も一般に広く行われていることから、その使用実態を踏まえて診療報酬上の名称等の見直しを行う。

現行

植込型カテーテルによる中心静脈栄養

中心静脈栄養用植込型カテーテル設置



改定後

植込型カテーテルによる中心静脈**注射**

中心静脈**注射**用植込型カテーテル設置

3. 先進医療会議からの保険導入①

先進医療からの保険導入

- 先進医療会議での検討結果を踏まえ、現在、先進医療で実施している技術のうち、有効性、効率性等に鑑み8技術について保険導入を行った。

導入した技術(医科:一覧)(6技術)

技術名	点数
羊膜移植術	<u>6,750点</u>
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<u>27,400点</u>
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	<u>10,200点</u>
腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	<u>36,410点</u>
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	<u>70,200点</u>

現行

光トポグラフィー 670点
(脳外科手術の術前検査に使用)



改定後

光トポグラ
フィー

脳外科手術の術前検査に使用するもの

670点

(新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※

※ 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

3. 先進医療からの保険導入②

導入した技術の例

➤ (新) 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) 36,410点

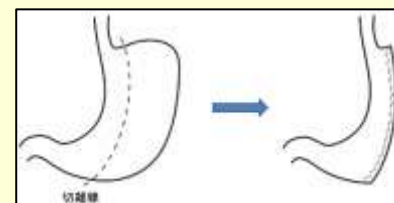
※ 自動縫合器を使用した場合は、所定点数に含まれる。

(技術の概要)

BMI 35以上で糖尿病等を合併する高度肥満の患者に対して、胃の一部を切除し、縮小する手術を腹腔鏡下に行うもの。効果として、糖尿病等の改善が期待できる。(BMI=体重 ÷身長²)



(図1) 皮膚の切開のイメージ
腹腔鏡を挿入する部分のみ傷ができる。大きな切開は必要ない。



(図2) 胃切除のイメージ
胃を部分的に切除する。残った胃はスリーブ(袖)状になる。

[施設基準]

- (1) 外科or消化器外科 + 内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科or糖尿病内科を標榜
- (2) 腹腔鏡使用の胃の手術を年間に20例以上
- (3) 外科or消化器外科の5年以上の経験 + 当該手術を術者として10例以上経験した常勤の医師が1名以上
- (4) 実施診療科に常勤の医師2名以上
- (5) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の診療5年以上の経験を有する常勤の医師1名以上
- (6) 常勤の麻酔科標榜医、常勤の管理栄養士、緊急手術体制、前年度の実績の届出
- (7) フォローアップ率(年に1回、体重、生活習慣病の重症度等を把握)が術後5年目で75%以上が望ましい

[算定要件]

- (1) 6か月以上の内科的治療によっても、十分な効果が得られずBMIが35以上、かつ、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症のうち1つ以上を合併
- (2) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の5年以上の経験を有する常勤の医師(手術を行う医療機関の医師に限る。)が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成
+手術の副作用等を含めて患者に説明、文書により提供
(+術後の継続的な治療を他の保険医療機関で行う場合、治療計画及び診療情報を文書により提供)
- (4) 手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄に記載

4. 胃瘻等について①

1. 胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算

➤ 胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施等の推進を図るため、胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。



【現行】

胃瘻造設術	10,070点
—	—

【改定後】

(改) 胃瘻造設術	6,070点※
(新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500点※

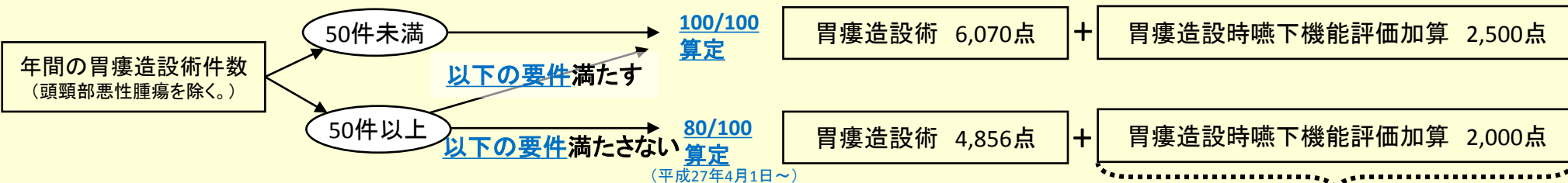
※ 要件を満たさない場合、80/100に減算(平成27年4月1日～)

[胃瘻造設術の留意事項]

○胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明

○ 胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者・**家族**に説明
○ **他医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能等の情報提供を実施**

(算定のイメージ)



(要件) (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

- (1) 術前に**全例注**に**嚥下機能検査を実施** (嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
- (2) **経口摂取回復率35%以上** (鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次々頁)

注) 下記の患者を除く。

- ① 減圧ドレナージ目的
- ② 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患に限る。)
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄等
- ④ 意識障害等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難

経口摂取回復率の計算からも除く
(嚥下機能とは無関係に胃瘻造設が必要な患者)

[留意事項]

- (1) **術前に嚥下機能検査を実施注**した場合に算定
- (2) 検査結果に基づき、十分に説明・相談

注) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。
内視鏡下嚥下機能検査は所定の研修を修了した者が実施
(平成27年3月31日までは修了していなくても算定可)

(参考) DPC病院において、「胃瘻造設術が年間50件以上」は胃瘻造設術件数上位5%に相当する。(107病院が該当)
(平成24年DPCデータより)

4. 胃瘻等について②

2. 経口摂取回復促進加算

- 高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	185点
(新) 経口摂取回復促進加算	185点

[施設基準]

- (1) 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- (2) 経口摂取回復率35%以上（鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次頁）等



[算定要件]

- (1) 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算
- (2) 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
- (3) 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- (3) 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- (4) 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない。（胃瘻造設の判断のためのものを除く。）等

- これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

【現行】

胃瘻閉鎖術 12,040点
—



胃瘻閉鎖術	12,040点	※ 外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡操作等により胃瘻閉鎖を行った場合に算定
(新) 胃瘻抜去術	2,000点	※ 胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定

4. 胃瘻等について③

3. 計算方法、届出方法等

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数} + \text{紹介患者数}} = \frac{\text{「胃瘻拔去・閉鎖」又は「経鼻経管を拔去」かつ「1か月以上栄養方法が経口摂取のみ」}[1年以内]^{注}}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」} + \text{紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」の患者(「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)}}$$

注)回復率は、鼻腔栄養導入又は胃瘻造設した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。

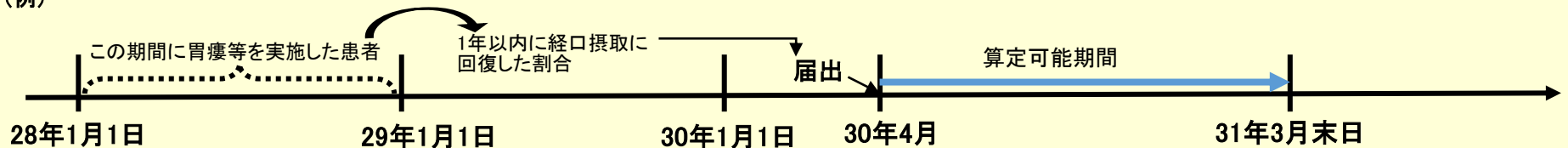
分子及び分母から除くもの

- ① 1年以内※に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)
- ② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者
- ③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者 ※ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算
- ④ 減圧ドレナージ目的(消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
- ⑤ 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
- ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

(届出に関する取り扱い)

【通常の場合】前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

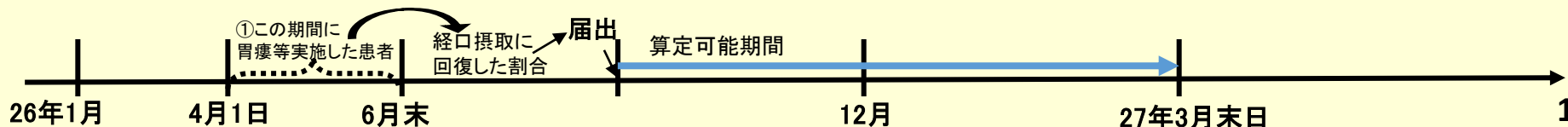
(例)



【新規届出の場合】直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。

(例)

- ①平成26年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(平成25年4月～6月でも可)
- ②継続は、平成26年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断(平成25年1月～12月でも可)



5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設①

C2特材に係る技術料等の新設

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料や管理料を新設する。

例)

現行	
(所定点数を準用する技術) K556-2経皮的動脈弁拡張術	37,430点

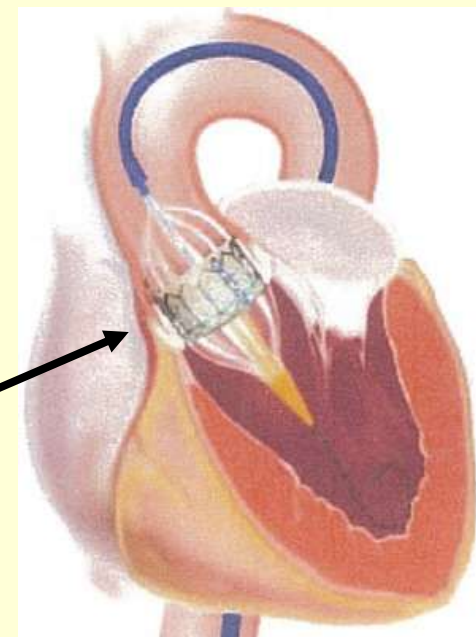


改定後	
(新) 経皮的動脈弁置換術	37,430点

技術の概要: 重度大動脈弁狭窄を有し、かつ外科的手術を施行することができない患者に対し、カテーテルを用いて大動脈弁の位置に人工弁を留置することで、低侵襲に大動脈弁を置換できる。

関連する特定保険医療材料:

182 バルーン拡張型人工生体弁セット 4,430,000円

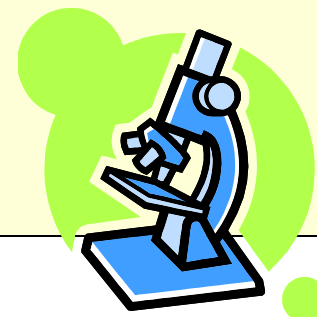


5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設②

E3検査に係る検査実施料の新設

- E3区分として保険収載され、現在準用点数で行われている検査について、新たに検査実施料を新設する。

例) (新) 結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点
(新) 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点



体外診断用医薬品の保険適用申請区分の見直し

- 技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。

現行	
E1	測定項目、測定方法とも既存の品目
E2	測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目
E3	測定項目が新しい項目



改定後	
E1	測定項目、測定方法とも既存の品目
E2	測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目
E3	測定項目が新しい項目 又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存検査項目

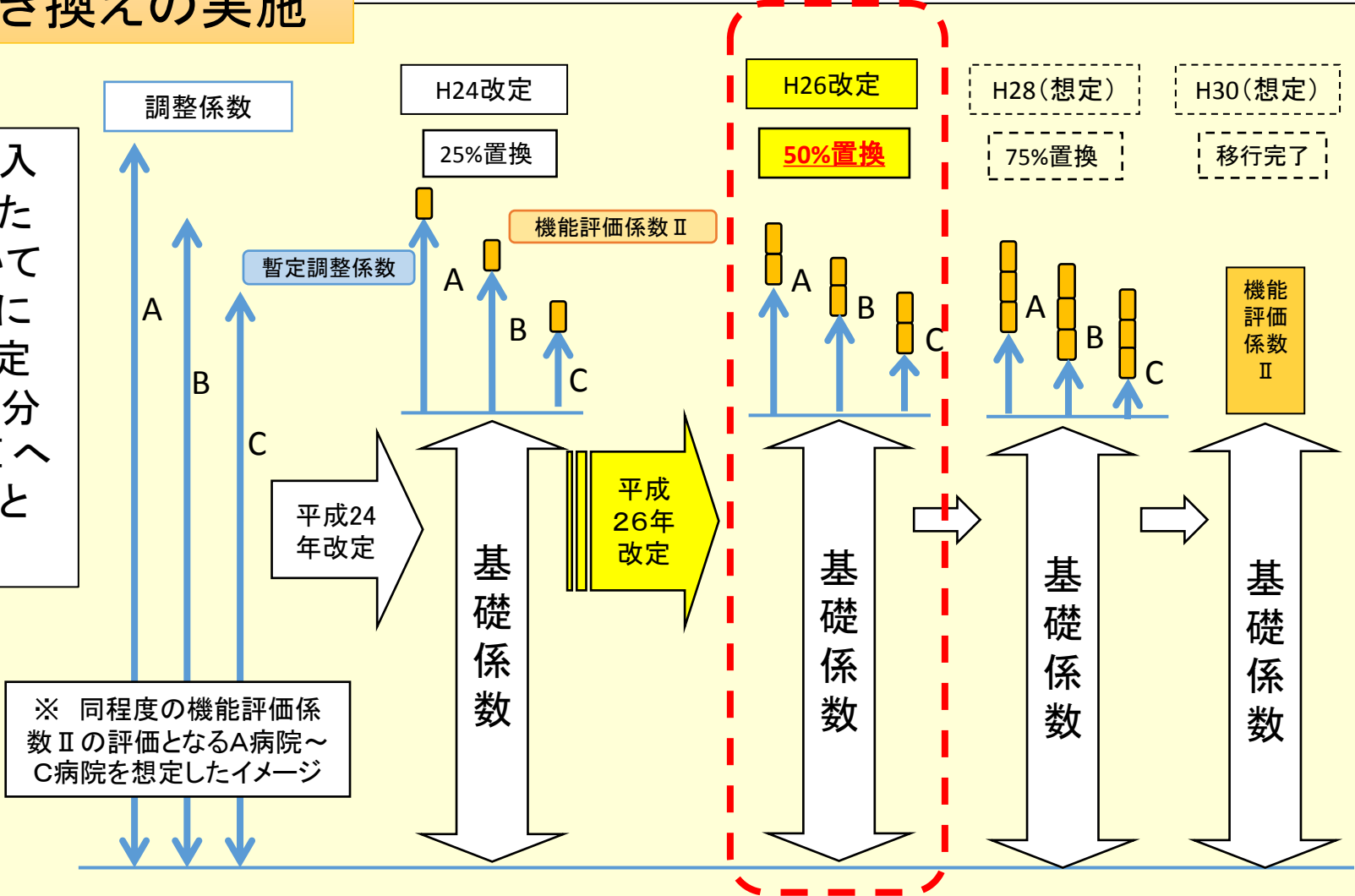
例：
 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-Nc16抗体(化学発光酵素免疫測定法(CLEIA法))

○既存法(ELISA法)と同等の感度・特異度を保ちながら、測定時間が約6分の1に短縮し、測定範囲の拡大による希釈再検回避等の臨床的意義の向上を実現。

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等①

調整係数の置き換えの実施

DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへ置き換え率を50%とする。



また、調整係数の置き換え等に伴う激変緩和の観点から、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しない範囲となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① 保険診療指数 (改)
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数 (新)

① 保険診療指数 (「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ 救急医療指数

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ 後発医薬品指数 (新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② 適切な傷病名コーディングの推進

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ 入院時持参薬の取り扱い

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式の見直し

・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

短期滞在手術等入院料3に係る対応

出来高報酬体系における「短期滞在手術等入院料3」の対象となる手術・処置等が従来の「小児ヘルニア手術」以外で**多数追加**されたことを踏まえ、DPC/ PDPSにおいて下記の対応を行う。

① 「厚生労働大臣が定める包括対象外の患者（5号告示）」における対応

⇒ 当該告示において、短期滞在手術等入院料3の算定対象となる患者を包括対象外として定める。

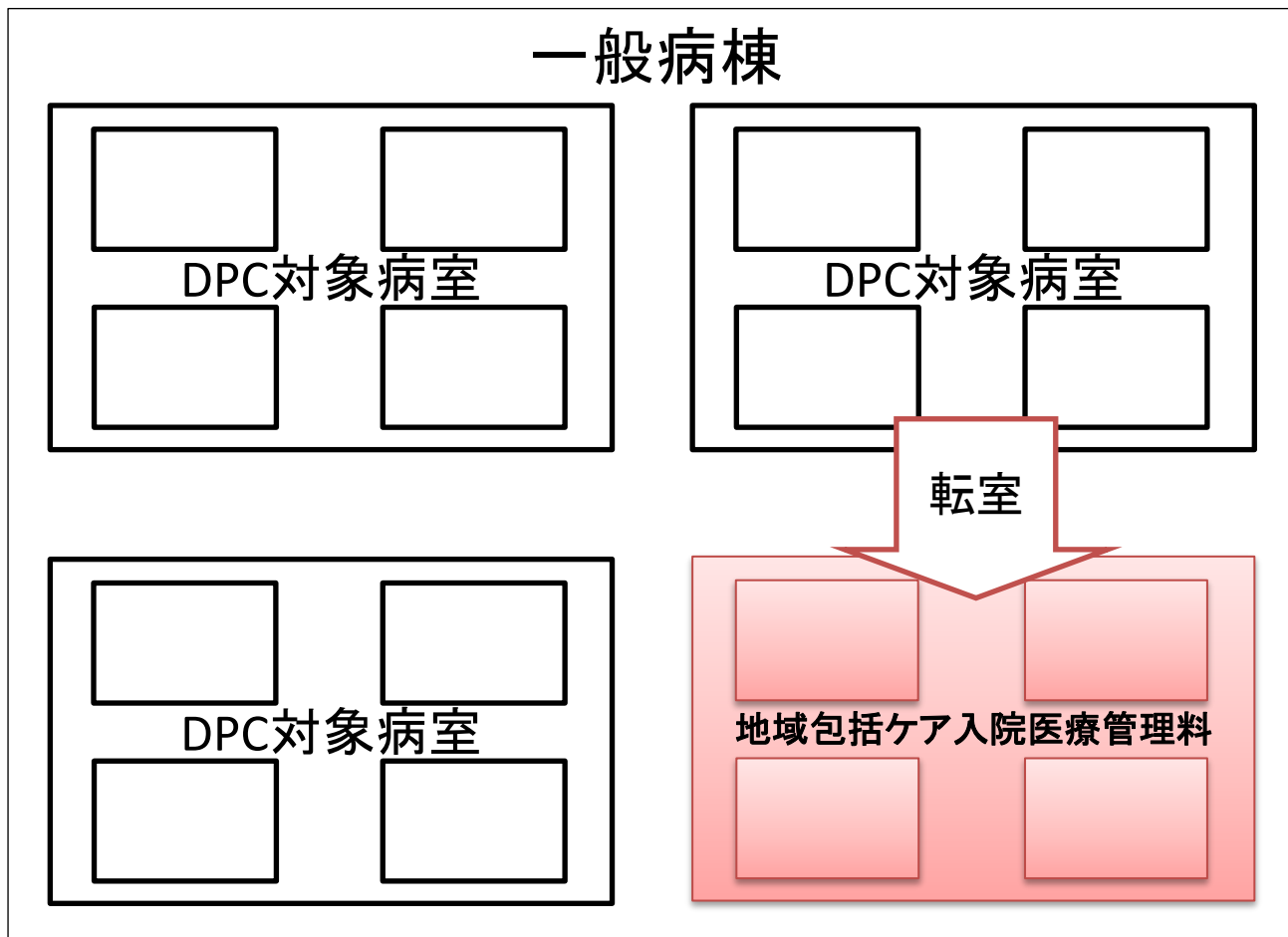
② 「診断群分類点数表」における対応

⇒ 当該診断群分類において、ほとんどの症例で「短期滞在手術等入院料3」によって算定されると考えられる診断群分類は、包括対象外とする。

K008	腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
K093-2	関節鏡下手根管開放手術
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K282	水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの
K282	水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
K474	乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
K617	下肢静脈瘤手術 1抜去切除術
K617	下肢静脈瘤手術 2硬化療法
K617	下肢静脈瘤手術 3高位結紮術
K633	ヘルニア手術 5㎝径ヘルニア(15歳未満)
K633	ヘルニア手術 5㎝径ヘルニア(15歳以上)
K634	腹腔鏡下単径ヘルニア手術
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2長径2cm以上
K743	痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)
K867	子宮頸部(腔部)切除術
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
D237	終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合
D291-2	小児アレルギー負荷検査
D413	前立腺針生検法

地域包括ケア入院医療管理料にかかる算定ルール

A308-3 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室する場合に適用される。



直前にDPC算定病床に入院してから転床した場合は、特定入院期間中について **DPC包括算定を継続**する。

※ なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟する場合、療養病棟において地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合は、当該規定は適用されない。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

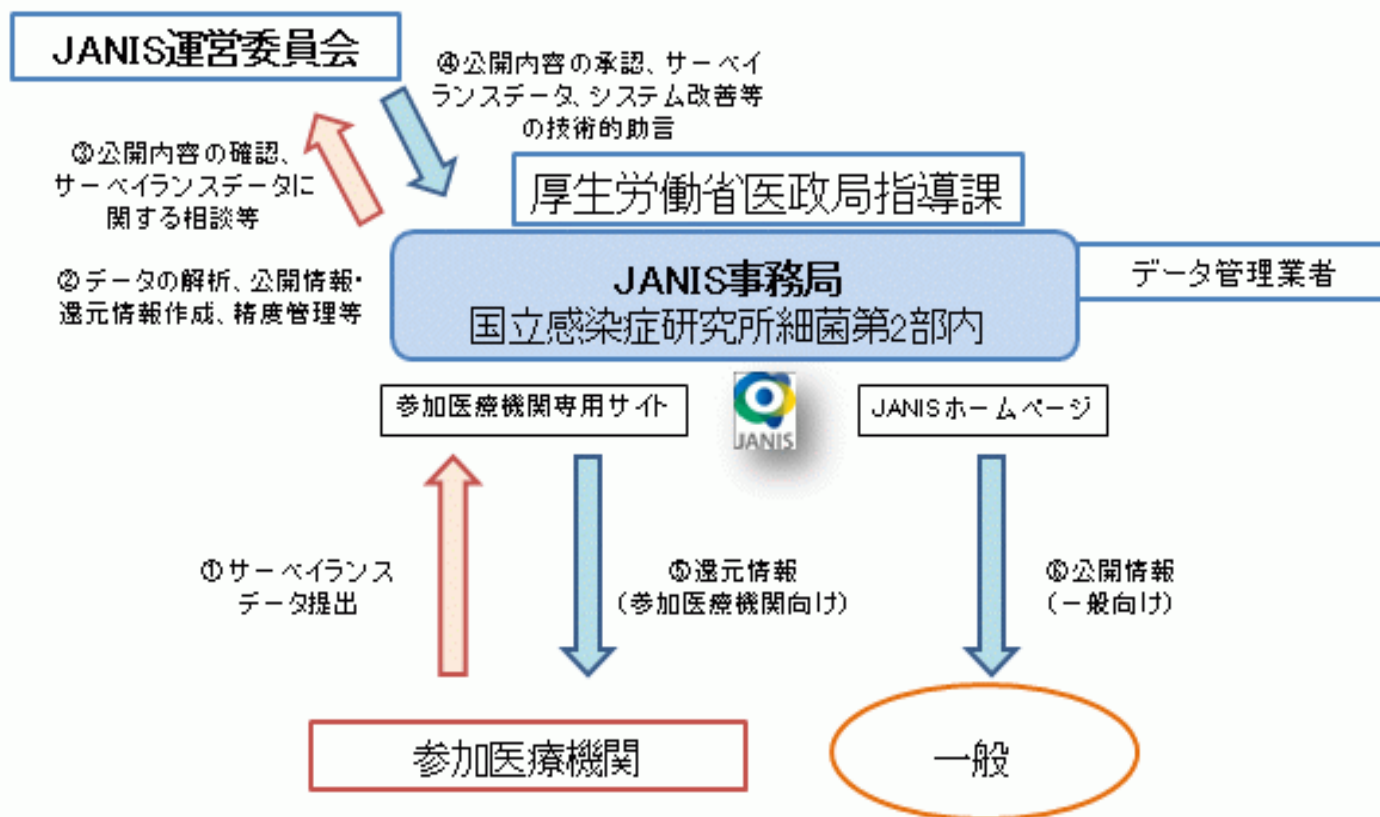
患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

感染防止対策加算の見直し

➤ 感染防止対策加算1について、院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業等の地域や全国のサーベイランスに参加していることを必須にする。

※平成26年3月31日に届け出ている場合は、平成27年3月31日までは本基準を満たしているものとする。

【JANISの運営体制（参考）】



明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
- 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合



400床未満の病院については、これを平成28年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。

その他の取組

- 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
- 「正当な理由」に該当する保険医療機関であって、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病 院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 ※なお、平成28年4月以降も免除規定はあり
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて①

- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行

- [データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点
- [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること(同等の体制を有している場合を含む)。
- ・7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料(一般病棟に限る。)、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料(一般病棟に限る))を届け出ていること。等

[対象病棟]

- ・一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、短期滞在手術基本料3

[参加機会]

- ・年1回(原則5月)

改定後

- [データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点
- [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。等

[対象病棟]

- ・ 全ての病棟(短期滞入手術基本料1を除く)

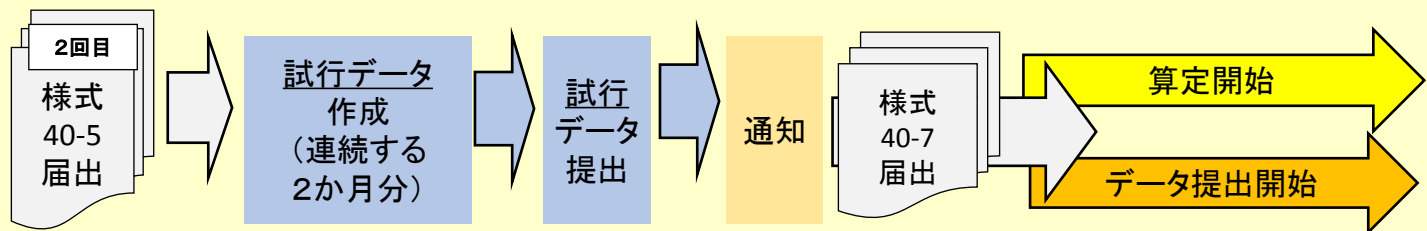
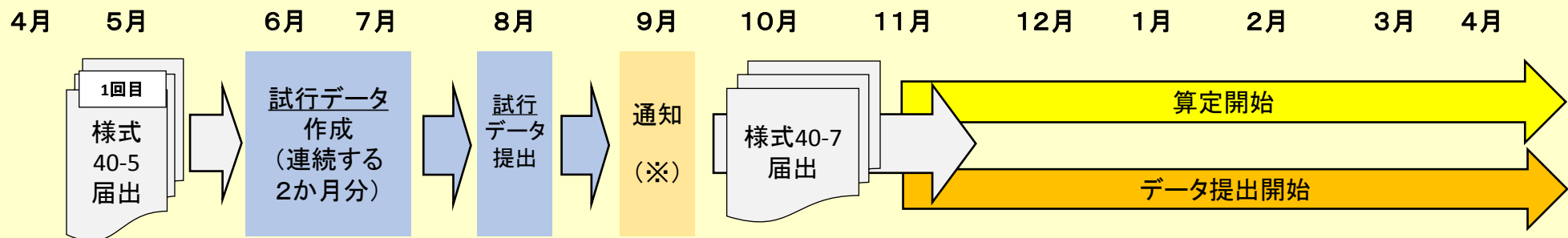
[参加機会]

- ・ 年4回(5月20日、8月20日、11月20日、2月20日)

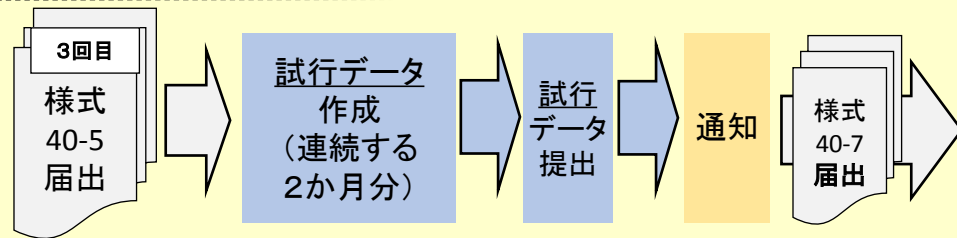
[経過措置] 平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて②

データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【新たにデータ提出をする場合】

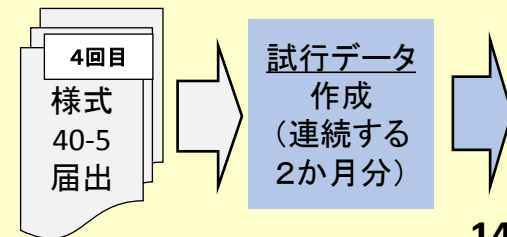


※「通知」
提出された試行データ
が、適切に提出・作成され
たことが厚生労働省保険
局医療課において確認さ
れた病院に対して「通知」
がされる。



平成26年度データ提出加算の参加の機会

5月20日、8月20日、11月20日、2月20日



患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

診療録管理体制加算の見直し

- 診療録管理体制加算について、コードに基づく診療録の管理や専従の職員の配置等、充実した診療録管理体制を有している場合の評価を新設する。

診療録管理体制加算（入院初日）

現行	
—	—
診療録管理体制加算	30点



改定後	
(新) 診療録管理体制加算1	100点
診療録管理体制加算2	30点

[施設基準]

- ① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。
- ② 各退院患者の「氏名」、「生年月日」、「疾病名」及び「入院中の手術」等に関する電子的な一覧表を有し、診療録の検索・抽出が速やかにできる体制を確保していること。
- ③ 前月に退院した全診療科の全退院患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成され、中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。

診療報酬点数表の簡素化

診療報酬点数表の簡素化

- 代替の医療技術に置き換わり臨床上行われていない行為等については、医療技術評価分科会における議論等を踏まえて、診療報酬点数表等の簡素化を図る。

【廃止を行う技術の例】

項目	廃止の理由
前立腺酸ホスファターゼ	前立腺特異抗原(PSA)が一般化されたため、現在ほとんど利用されていない。
遊離脂肪酸	測定データが不安定で臨床的有用性が低い。
縦隔切開術(肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの)	現在施行されていない術式である。
静脈形成術、吻合術(指の静脈)	現在施行されていない術式である。
ブリッジ修理(歯科)	現在施行されていない術式である。

医科点数表の解釈の明確化①

創傷処理に関する明確化

- 創傷処理及び小児創傷処理(6歳未満)における「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理(筋膜縫合、骨膜縫合等)を行うものを指すことを明確にする。

在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化

- 慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群(SAS)に対して、従来の陽圧換気装置よりも効果的とされるASV(Adaptive Servo Ventilation)を用いてSASの治療を行った場合であっても、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする。

電子画像管理加算に関する明確化

- 電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像をデジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする。

画像診断管理加算に関する明確化

- 画像診断管理加算及び遠隔画像診断における画像診断管理加算の算定について、画像の読影等を行う外部の機関を利用した場合は、評価の対象とならないことを明確にする。

医科点数表の解釈の明確化②

室内面積等の算出に関する明確化

- 施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする。

往診料における夜間の定義に関する明確化

- 往診料の夜間の定義について、「12時間を標準として各都道府県で統一的取り扱いをすること」とされている現行の規定を改め、初再診料の夜間の定義と同様に「午後6時から午前8時までの間」と明確にする。

生活習慣病管理料に関する明確化

- 生活習慣病管理料について、院内で薬剤を処方する必要がない患者や他の医療機関において既に薬剤が処方されている患者について算定する区分を明確にする。

在宅自己腹膜灌流指導管理料に関する明確化

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者について、他の医療機関において人工腎臓等を行った場合には、人工腎臓等の所定点数は算定できないことを明確にする。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1)

- 勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直しを行う。

【現行】手術・150点以上の処置

休日加算	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100



【改定後】手術・1,000点以上の処置

休日加算 1	<u>160/100</u>
時間外加算 1	<u>80/100</u>
深夜加算 1	<u>160/100</u>

※ 従来の加算については加算「2」とする

【施設基準】

(1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。

(1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい)

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数にはカウントしない。

(2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)

① 交代勤務制※ (常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと)

※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。

② チーム制 (医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日※)

※1 当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。
 ※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
 ※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。

③ 時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※

※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。)
 (ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その2)

[施設基準の続き]

(3) **採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として※医師以外が実施していること(新生児を除く。)**

※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。

※2 医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。(患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合も含む。)

(4) 下記のいずれかに該当すること。

ア) 年間の緊急入院患者数が200名以上である

イ) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である

ウ) 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、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である

(5) 下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること

ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること

イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し、改善計画を作成すること。

[算定要件]

(1) 手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

(2) 時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

➤ 緊急内視鏡検査の評価を行うため、内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

【新設】

休日加算	<u>80/100</u>
時間外加算	<u>40/100</u>
深夜加算	<u>80/100</u>

[算定要件]

(1) 緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

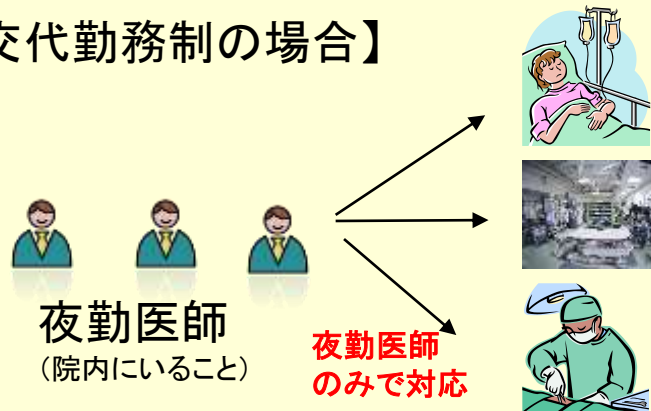
(2) 時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準のイメージ

診療科ごとに、①から③までのいずれかを実施

【①交代勤務制の場合】



○病棟での緊急診療

○救急外来からの各科コール

○緊急手術 (同時1列まで)

・同時2列目以上の手術の場合は、夜勤以外の医師を呼び出すことが可能。
・その場合、翌日の手術の術者等になっても差し支えない。



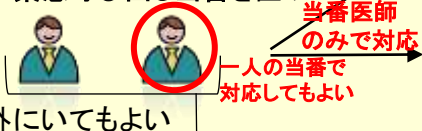
夜勤医師

夜勤の翌日の日勤は**休日**
(日勤から夜勤の連続は可)

【②チーム制の場合】

医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化

○当該科の医師が10名の場合
2名の緊急呼び出し当番を置く



○病棟での緊急診療

○救急外来からの各科コール

○緊急手術

対応



当番以外の医師

(原則翌日手術がない医師)

手術のために呼び出してよい

※翌日休日でなくてもよいが翌日手術に参加する場合、予定手術前の当直等として数える(12日以内)



緊急呼び出し当番

呼び出されて院内に行った場合は、翌日は**休日**

【③時間外等の手術等に係る手当支給の場合】

1名以上の緊急呼び出し当番を置く

原則当番医師で対応 (他の医師を呼び出してよい)



院外にいてもよい



○病棟での緊急診療



○救急外来からの各科コール

手術や1000点以上の処置を行った場合は、手当を支給



○緊急手術

対応



当番以外の医師 (翌日手術がある医師でもよい)

手術のために呼び出してよい

手術を行った場合は、**手当を支給**

※翌日休日でなくてもよい。
※翌日手術に参加しても予定手術前の当直等として数えない。(12日以内でなくてもよい。)

ただし、特定の医師に手術等が集中しないような配慮を行うこと



緊急呼び出し当番

呼び出されて院内に行った場合は、翌日の**手術の術者・第一助手**になれない

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価④

夜間における看護補助者の評価

- 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

現行	
夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点
100対1	5点



改定後	
夜間看護補助者の配置	点数
(新) 25対1	35点
(改) 50対1	25点
(改) 100対1	15点

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

(参考)急性期看護補助体制加算の施設基準

- (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)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。
- (2) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (3) 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が10対1入院基本料においては5%以上
- (4) 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。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価⑤

医師事務作業補助体制の評価

- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(医師事務作業補助体制加算)

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>860点</u>
20対1	<u>648点</u>
25対1	<u>520点</u>
30対1	<u>435点</u>
40対1	<u>350点</u>
50対1	<u>270点</u>
75対1	<u>190点</u>
100対1	<u>143点</u>



[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
- ② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。

※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。

※ 病棟および外来とは、それぞれ入院医療、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。(ただし、医局や、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室は含まない。)

チーム医療の推進について ～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。



医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

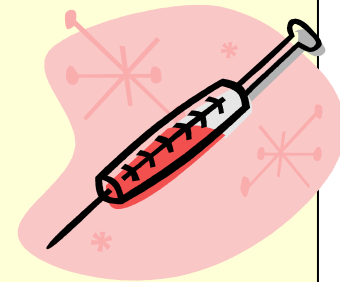
5 消費税率8%への引上げに伴う対応

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の適正化

- 衛生検査所検査料金調査における実勢価格に基づき、検体検査のうちインフルエンザウイルス抗原定性検査など約250項目の評価を見直す。

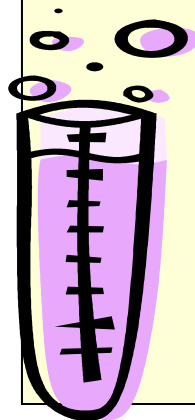
例)	検査項目	150点	115点	330点	102点	149点	112点	320点	99点
	インフルエンザウイルス抗原定性	150点				149点			
	甲状腺刺激ホルモン(TSH)		115点				112点		
	ビタミンC			330点				320点	
	生化学検査 I 8~9項目				102点				99点



検体検査名称等の見直し

- 医学的な有用性等を踏まえ、検査名称の変更を行う。

1つの検査項目に、分析物の有無を判定する「定性検査」や分析物の量を精密に測定する「定量検査」など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合があることや医学的な有用性を踏まえ、検査名称の変更を行う。



ノイラミニダーゼ	➔	ノイラミニダーゼ定性
抗ミトコンドリア抗体定性	➔	抗ミトコンドリア抗体定性
抗ミトコンドリア抗体定量		抗ミトコンドリア抗体半定量
		抗ミトコンドリア抗体定量

透析医療等に係る評価の適正化

透析医療に係る評価の適正化

<慢性維持透析患者外来医学管理料>

- 前回適正化を行った平成18年以降、当該管理料に包括されている検体検査実施料等が実勢価格を踏まえて見直されてきたことを踏まえ、当該管理料の評価についても適正化を行う。

慢性維持透析患者外来医学管理料	2,305点
-----------------	--------



慢性維持透析患者外来医学管理料	<u>2,250点</u>
-----------------	---------------

- また、慢性維持透析患者におけるHbA1cの測定について、学会のガイドラインにおいて参考程度に用いられるべきとされていることから、当該管理料と併せて算定できないこととする。

<人工腎臓>

- 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,255点



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

血漿交換療法

- 血漿交換療法の対称疾患の中で、算定要件が記載されていない溶血性尿毒症症候群について、ガイドライン等に基づき要件を規定する。

現行
—



改定後
当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき21回を限度として算定する。

医薬品の適正な評価

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

- 医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

現 行	改 定 後
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新規)	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・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、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

調剤報酬等における適正化・合理化 ～妥結率が低い保険薬局等の適正化～

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 282点]
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 73点]
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 72点]

<調剤報酬>

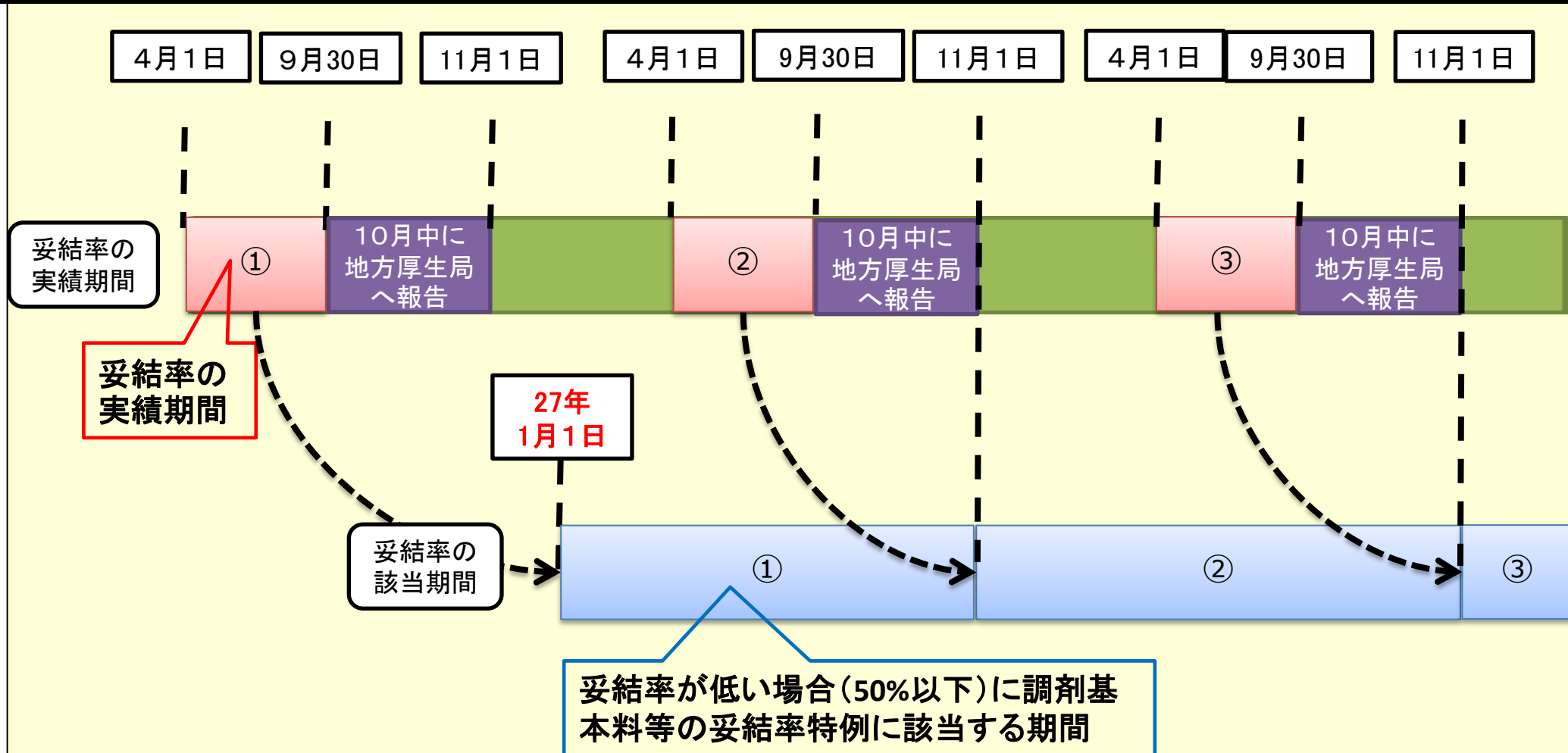
- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 41点]
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 25点]

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

妥結率の特例の実績期間と該当期間



- 4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局等とみなされる。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応①

<消費税対応について>

- 社会保険診療は非課税かつ公定価格であり、医療機関等は患者に仕入れに係る消費税負担を転嫁できない。
- このため、平成26年4月1日から消費税率が8%に引き上がることに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、診療報酬で補てんする。

(消費税対応分)

改定率 +1.36% (約5,600億円)

本体 +0.63% (約2,600億円)

薬価 +0.64% (約2,600億円)

材料 +0.09% (約400億円)

医科 +0.71% (約2,200億円)

歯科 +0.87% (約200億円)

調剤 +0.18% (約100億円)

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)			診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)
			↑ 新たに医療機関等に 発生する消費税負担
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%	
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%	

<改定財源の診療報酬点数への上乗せについて>

- 薬価、特定保険医療材料価格については、**実勢価格に消費税3%分をそのまま上乗せする。**

- 本体報酬については、

① 基本診療料・調剤基本料に上乗せする案(診療側)

② ①に加え、仕入れ時の消費税負担が大きいと考えられる個別の報酬項目(「個別項目」)への上乗せを組み合わせる案(支払側)

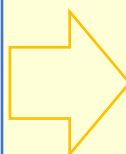
が提案されたが、公益裁定の結果、今回のように限られたデータの中で、全ての人から納得を得られるような「個別項目」への上乗せは現実的に不可能であることから、可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべきであり、**基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せすることが、現時点で取り得る最善の策であるとされた。**

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在するため)ので、改定率としては、1.36%相当となる。

消費税8%への引上げに伴う対応②

1. 医科診療報酬

現行	
初診料	270点
再診料	69点
外来診療料	70点
入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料	各点数
【個別項目】	
外来リハビリテーション診療料1	69点
外来放射線照射診療料	280点
在宅患者訪問診療料1	830点



改定後	うち、消費税 対応分
(改)初診料	<u>282点</u> (+12点)
(改)再診料	<u>72点</u> (+3点)
(改)外来診療料	<u>73点</u> (+3点)
(改)入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改)特定入院料 (改)短期滞在手術基本料	平均的に+2% 程度上乗せ
【個別項目】	
(改)外来リハビリテーション診療料1	<u>72点</u> (+3点)
(改)外来放射線照射診療料	<u>292点</u> (+12点)
(改)在宅患者訪問診療料1	<u>833点</u> (+3点)

[点数配分の考え方]

- ・医科に配分された2,200億円を、診療所と病院の医療費シェア・課税経費率に応じて配分(診療所600億円、病院1,600億円)
- ・診療所の600億円をほぼ全額初・再診料に配分(初診料と再診料の比率は、現行の点数比率≒4:1)。
- ・病院について診療所と同じ点数を初・再診料(外来診療料)に上乗せし、残った財源を課税経費率に応じて入院料に配分(平均的に2%程度の上乗せとなる)
- ・有床診療所入院基本料は、病院の入院料と均衡するよう2%程度引上げ。
- ・最後に残った財源を補完的に個別項目に上乗せ。

消費税8%への引上げに伴う対応③

2. 歯科診療報酬

現行	
歯科初診料	218点
歯科再診料	42点
【個別項目】	
歯科訪問診療料1	850点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 歯科初診料	<u>234点</u>	(+16点)
(改) 歯科再診料	<u>45点</u>	(+3点)
【個別項目】		
(改) 歯科訪問診療料1	<u>866点</u>	(+16点)

3. 調剤報酬

現行	
調剤基本料	40点
【個別項目】	
一包化加算(56日分以下)	30点
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 調剤基本料	<u>41点</u>	(+1点)
【個別項目】		
(改) 一包化加算(56日分以下)	<u>32点</u>	(+2点)
(改) 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	<u>65点</u>	(+10点)

4. 訪問看護療養費

現行	
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 訪問看護管理療養費 (初日)	<u>7,400円</u>	(+100円)

革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価

1. 経緯等

- 中医協において、革新的な医療技術の取り扱いを議論した際等に、「医療保険制度において費用対効果の議論を行っていくべき」との指摘が複数回あった。
→（平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見）
“保険適用の評価に際し費用対効果の観点可能な範囲で導入することについて検討を行う”
- 平成24年5月から議論が始まり、これまで15回開催したところ。
 - 平成25年11月6日「議論の中間的な整理」総会報告
 - 平成26年1月15日「費用対効果評価の今後の検討について」総会報告
“医療技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入する時期については、(中略)、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討”
 - 平成26年2月12日「平成26年度診療報酬改定について 附帯意見」
“14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討”

2. 平成26年度以降の検討内容

- (1) 企業からのデータ・分析の提出に基づく具体例を用いた検討
 - ① 分析の手法、具体的な評価の活用手法
 - ② ガイドライン等
 - ③ 評価 (appraisal)
- (2) 評価対象技術の範囲
- (3) 実施体制等
- (4) 費用対効果評価の導入時期

経過措置等について①

	項目	経過措置
1	特定除外の見直し①	・平成26年9月30日までは、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)等において、特定入院基本料を算定できる。
2	特定除外の見直し②	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成27年9月30日までの間、療養病棟の算定を届け出た病棟の2室4床に限り、出来高算定を認める。【経過措置利用のために届出必要】
3	特定除外の見直し③	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成26年3月31日に入院している患者は、当分の間、医療区分を3とみなす。
4	7対1入院基本料等の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
5	救命救急入院料の看護必要度、がん専門病院の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。
6	看護補助加算1の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
7	7対1入院基本料等の自宅等退院患者割合について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
8	7対1入院基本料等のデータ提出加算の届出要件の追加について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
9	ICUの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは新ICU3又は新ICU4の看護必要度の基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
10	HUCの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなし、4,584点を算定できる。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、HUC1又はHCU2の届出が必要。
11	総合入院体制加算の見直しについて	・総合入院体制加算2を新規に届け出る場合は、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行っていない医療機関であること。
12	A302及びA303(新生児の受け入れ要件)の見直しについて	・平成26年3月31日にまでに届出を行っている治療室は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。
13	A212(超重症児等入院診療料加算)の見直しについて	・平成27年4月1日適用

経過措置等について②

	項目	経過措置
14	療養病棟等の経過措置の廃止について	・経過措置を削除
15	(地域包括ケア病棟)亜急性期入院管理料の廃止について	・平成26年3月31日までに届出を行っている病室は、平成26年9月30日までは算定できる。
16	地域包括ケア病棟(内法の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用 なお、平成27年3月31日までに届出したものについては壁芯でよいこととする。
17	地域包括ケア病棟(データ提出加算の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
18	地域包括ケア病棟の看護師等配置基準について	・平成27年3月31日までの間は必要人数の5割未満であれば看護師を看護補助者とみなすものとする。
19	地域包括ケア病棟の在宅復帰率の実績について	・平成26年3月31日に7対1入院料(一般病棟、専門病院)の届出を行っている病棟が地域包括ケア病棟入院料の届出を行う場合、平成26年9月30日までの間は在宅復帰率の基準を満たしているものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
20	休日リハビリテーションの要件見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っているところで休日リハビリテーション加算の届出をしていないところは、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
21	回復期リハビリテーション入院基本料1の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
22	常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置について	・病院に限り、常勤管理栄養士確保に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長。
23	栄養管理実施体制を満たさない病院の減算について	・平成26年7月1日から適用(届出が必要)
24	有床診療所4～6の届出について	・平成26年3月31日までに有床診療所入院基本料1、2又は3を算定していた有床診療所であれば、新たな届出をせずとも、それぞれ新有床診療所入院基本料4、5又は6を引き続き算定することができる。
25	主治医機能の評価(研修要件の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用

経過措置等について③

	項目	経過措置
26	大病院の紹介率・逆紹介率の見直しについて	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
27	大病院の紹介率・逆紹介率の30日処方制限について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
28	機能強化型在支診等の要件の見直しについて	・平成26年3月31日時点で機能強化型と届け出ている医療機関については、平成26年9月30日まで基準を満たすとみなす。
29	機能強化型在支診等(強化型)の見直しについて	・上記のうち、単独で在支診等の要件を満たす場合は、過去半年の実績が必要要件を満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
30	機能強化型在支診等(連携型)の見直しについて	・連携型が強化型とあわせて、過去半年の実績が必要要件を満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
31	維持期リハビリテーションの経過措置の延長について	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者については、原則として平成28年4月1日以降は対象とはならないものとする。ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く。
32	抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ薬の多剤処方の適正化について	・平成26年10月1日から適用(ただし、非定型抗精神病薬加算の見直しは経過措置なし。精神科継続外来支援・指導料は平成26年9月30日まで従前の例による。)
33	院内感染サーベイランス(JANIS)事業への参加要件について	・平成26年3月31日に感染防止対策加算1の届出を行っている保険医療機関は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
34	胃瘻造設術の減算規定及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定について	・胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定は、平成27年4月1日から適用。(届出が必要)
35	胃瘻造設時嚥下機能評価加算(内視鏡下嚥下機能検査を実施する際の研修規定)の取り扱いについて	・胃瘻造設時嚥下機能評価加算については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
36	データ提出加算の対象病棟の拡大について	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

経過措置等について④

	項目	経過措置
37	明細書の無償発行義務化に係る取り扱いについて	・400床未満の病院について、平成28年4月1日から明細書の無料発行を義務化。
38	内法による測定の取り扱いについて	・平成27年4月1日から適用。 なお、平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、当該病棟の増築等を行うまでの間は基準を満たすものとみなす。
39	急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の見直し等について	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
40	精神科訪問看護の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
41	看護必要度加算の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
42	ADL維持向上等加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
43	体制強化加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
44	精神療養病棟の医師配置と看護師配置の要件について	・看護配置25:1(平成30年3月31日までは看護配置30:1)を満たす場合は、医師法施行規則の医師員数配置の要件は除外。
45	ADL維持向上等加算の施設基準(アウトカム評価)について	・ADLの評価について、平成27年3月31日までの間は、BIの代わりに「DPC入退院時のADLスコア」による届出を認める。 ・「DPC入退院時のADLスコア」を用いて届け出た場合、平成27年4月1日以降も算定する場合には、BIによる評価を行った上で届出が必要。
46	褥瘡の研修要件について	・平成26年9月30日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

施設基準の届出について

お願い

- 平成26年4月1日から算定を行うためには、**平成26年4月14日(月曜日)必着**までに、**届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので** **ご注意願います。**
- **締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。**

