

日医工MPI行政情報

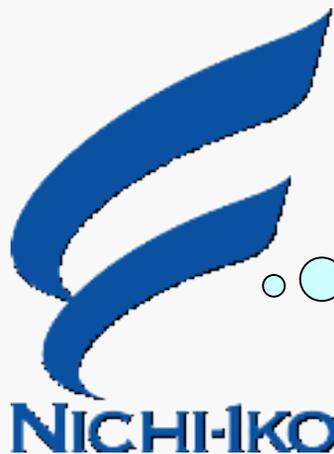
<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

P154向精神薬等リストを訂正しました。
P151,P174『剤』→『種類』に訂正しました。
(2014年3月26日)

2014年度診療報酬改定 「医科」

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）
(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217 菊地祐男

新規・変更を中心に記載していますが、検査や手術などの個々の点数改定等は記載していませんので、別途ご確認ください。



2014年3月5日の官報告示で提示された「通知」等の情報も加えて資料化しています。厚労省ホームページ掲載の原本もご確認ください。

資料No.20140326-353-1



株式会社日医工医業経営研究所

目次

3	経過措置一覧	61	感染防止対策加算	119	生活習慣病管理料	161	運動器リハビリテーション料(外来患
7	初診料、再診料、外来診療料(妥結	62	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(褥瘡	120	往診料	162	脳血管疾患等リハビリテーション
10	大病院の紹介率・逆紹介率	63	新生児特定集中治療室退院調整加	121	機能強化型在宅療養支援診療所(病	163	維持期リハビリテーション
13	病院の栄養管理体制(入院料の通則	67	病棟薬剤業務実施加算	123	在宅療養実績加算	164	介護保険リハビリテーション移行支
14	室内面積や廊下幅の算出	68	データ提出加算	124	在宅患者訪問診療料	165	早期リハビリテーション加算・初期加
15	新たな基準(7対1入院基本料)	69	急性薬毒物中毒加算	126	在宅時医学総合管理料	167	入院時訪問指導加算(リハビリテー
18	褥瘡対策(入院基本料届出様式)	70	救命救急入院料	127	特定施設入居時等医学総合管理料	168	リハビリテーション総合計画提供料
19	月平均夜勤時間72時間要件(入院基	71	特定集中治療室管理料(ICU)	133	同一建物居住者訪問看護・指導料	169	経口摂取回復促進加算(摂食機能障
20	特定除外制度の見直し	73	ハイケアユニット入院医療管理料(H	134	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	170	認知症患者リハビリテーション料
21	重症度、医療・看護必要度	74	小児特定集中治療室管理料	135	介護職員等喀痰吸引等指示書	172	通院・在宅精神療法
25	ADL維持向上等体制加算	75	新生児特定集中治療室管理料等	136	在宅患者訪問薬剤管理指導	173	通院・在宅精神療法等(児童・思春期
29	慢性維持透析管理加算	77	回復期リハビリテーション病棟入院料	137	在宅患者共同診療料	174	精神科継続外来支援・指導料
30	在宅復帰機能強化加算	80	地域包括ケア病棟入院料	138	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	175	精神科デイ・ケア等
32	重度認知症加算	90	精神科救急入院料、精神科救急・合	141	在宅療養指導管理料の算定要件(小	176	精神科訪問看護・指導料
33	精神保健福祉士配置加算	91	精神科急性期医師配置加算(16対1	142	在宅自己注射指導管理料	177	精神科複数回訪問加算
35	有床診療所入院基本料	92	精神科救急・合併症入院料(対象患	143	在宅自己腹膜灌流指導管理料	178	精神科重症患者早期集中支援管理
37	医師配置・看護配置	93	院内標準診療計画加算	144	在宅人工呼吸指導管理料	182	人工腎臓
38	有床診療所の栄養管理体制	94	精神療養病棟入院料	145	在宅における薬剤や衛生材料等の使	183	手術・処置の休日・時間外・深夜加算
39	栄養管理実施加算	97	非定型抗精神病薬加算	146	内視鏡検査の休日・時間外・深夜加	185	創傷処理
43	総合入院体制加算	98	短期滞在手術等基本料	147	検体検査実施料	187	胃瘻造設術、胃瘻除去術
51	救急医療管理加算	101	入院栄養食事指導料	148	コンピューター断層撮影等	189	画像等手術支援加算
52	在宅患者緊急入院診療加算	102	慢性維持透析患者外来医学管理料	149	電子画像管理加算	190	胃瘻造設時嚥下機能評価加算
53	診療録管理体制加算	103	がん患者指導管理料	150	うがい薬だけを処方する場合	192	新たに施設基準の届出が必要な手術
56	医師事務作業補助体制加算	106	小児科外来診療料	151	処方料(向精神薬の多剤投与規制)	193	医療資源の少ない地域に配慮した評
58	夜間急性期看護補助体制加算	107	精神疾患患者等受入加算	157	植込型カテーテルによる中心静脈注	195	DPC/PDPSの見直し
59	超重症児・(療養病棟入院基本料)	108	地域包括診療料(主治医機能)	158	外来化学療法加算	207	明細書の無料発行の促進
60	精神科身体合併症管理加算	109	地域包括診療加算(主治医機能)	160	疾患別リハビリテーション	208	消費税率8%への引上げに伴う対応

経過措置一覧 (2014年度)

No.1

項目番号	項目名	内容	経過措置	備考
	明細書無料発行	無料発行の義務化(400床未満病院)	平成28年3月31日	平成28年4月1日から明細書の無料発行義務化
A000	初診料	紹介率・逆紹介率による減算	平成27年3月31日	
A001 注12	地域包括診療加算(再診料)	研修の修了	平成27年3月31日	
A002	外来診療料	紹介率・逆紹介率による減算	平成27年3月31日	
A	入院基本料通則	常勤の管理栄養士配置(病院)	平成26年6月30日	経過措置の延長 平成26年7月1日から減算適用(要届出)
A100 A104 A105	7対1入院基本料	重症度、医療・看護必要度 救命救急入院料算定病床のカウント	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A100 A104 A105	7対1、10対1入院基本料	特定除外 ①特定入院基本料の算定	平成26年9月30日	平成26年10月1日より出来高(要届出)もしくは療養病棟
A100 A104 A105	7対1、10対1入院基本料	特定除外 ②療養病棟2室4床までの出来高算定	平成27年9月30日	
A100 A104 A105	7対1、10対1入院基本料	特定除外 ③療養病棟の医療区分3(みなし)		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3とみなす
A100 A104 A105	7対1、10対1入院基本料	平均在院日数	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A100 注6 A104 注6 A105 注6	看護必要度加算(10対1入院基本料)	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A100 注12 A104 注12 A105 注12	ADL維持向上等体制加算(7対1、10対1入院基本料)	研修の修了	平成27年3月31日	平成27年4月1日より適用
A100 注12 A104 注12 A105 注12	ADL維持向上等体制加算(7対1、10対1入院基本料)	ADLの評価(BI)	平成27年3月31日	平成27年3月31日までは、基本的日常生活活動度(「BI」: Barthel Index)の代わりに「DPC入退院時のADLスコア」による届出可
A100	7対1入院基本料	自宅等退院患者割合75%以上	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A100	7対1入院基本料	データ提出加算の届出	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A105	専門病院入院基本料(がん患者7割以上入院医療機関のみ)	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A207-3	急性期看護補助体制加算	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A207-3 注2	夜間急性期看護補助体制加算	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A207-3 注2	夜間急性期看護補助体制加算	同一種別入院基本料病棟間の傾斜配置(新規追加)	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A207-4	看護職員夜間配置加算	施設基準	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A212	超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算	一般病棟の算定限度(90日)	平成27年3月31日	平成27年4月1日適用

項目番号	項目名	内容	経過措置	備考
A214 1	看護補助加算1	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A219	療養環境加算	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A222	療養病棟療養環境加算	廊下幅(手すりを除く柱等の構造物も含めたもつとも狭い部分)	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A222-2 2	療養病棟療養環境改善加算2	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A223	診療所療養病床療養環境加算	廊下幅(手すりを除く柱等の構造物も含めたもつとも狭い部分)	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A234-2	感染防止対策加算1	院内感染対策サーベイランス(JANIS)等への参	平成27年3月31日	平成26年3月31日までに加算1の届出
A245	データ提出加算	データ提出対象病棟の拡大	平成27年3月31日	平成26年3月31日までに加算の届出
A300 3	救命救急入院料3	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A300 4	救命救急入院料4	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A301	特定集中治療室管理料	重症度、医療・看護必要度	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A301	特定集中治療室管理料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A301-4	小児特定集中治療室管理料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A302	新生児特定集中治療室管理料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A302	新生児特定集中治療室管理料1	いずれか ・出生体重1,000g未満の新規入院患者年間4名以上 ・開頭、開胸又は開腹手術年間6件以上	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A302	新生児特定集中治療室管理料2	いずれか ・出生体重2,500g未満の新規入院患者年間30名以上	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A303 2	総合周産期特定集中治療室管理料 新生児集治療室管理料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A303 2	総合周産期特定集中治療室管理料 新生児集治療室管理料	いずれか ・出生体重1,000g未満の新規入院患者年間4名以上 ・開頭、開胸又は開腹手術年間6件以上	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A308 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	重症度、医療・看護必要度	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし
A308 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	休日リハビリ提供体制 常勤PT又はOT1名以上の毎日配置 休日の看護要員配置	平成26年9月30日	平成26年3月31日までの届出で要件みなし

項目番号	項目名	内容	経過措置	備考
A308 1 注5	体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟入院料1)	研修の修了	平成27年3月31日	
A308-2	亜急性期入院医療管理料	(廃止)	平成26年9月30日	
A308-3	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)	データ提出加算の届出	平成27年3月31日	適用は平成27年4月1日から
A308-3	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)	自宅等退院患者割合(7対1入院基本料からの変更)	平成26年9月30日	平成26年3月31日に7対1入院基本料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、経過措置期間までは基準を満たすものとする
A308-3 1.2	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	居室面積1人あたり6.4m ² 以上(内法)	平成27年3月31日	平成27年3月31日までの届出は壁芯で可
A308-3注4	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料・医療管理料)	みなし看護補助者(必要人数の5割未満) 看護補助者の傾斜配置	平成27年3月31日	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
A314	認知症治療病超入院料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
A317	特定一般病棟入院料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
B001-2-9	地域包括診療料	研修の修了	平成27年3月31日	
C①	機能強化型在支診・在支病	経過措置(実績要件)	平成26年9月30日	
C②	機能強化型在支診・在支病(単独)	経過措置の延長(実績要件)	平成27年3月31日	過去6か月実績 ・緊急往診5件以上 ・看取り2件以上
C③	機能強化型在支診・在支病(連携)	経過措置の延長(実績要件)	平成27年3月31日	各医療機関の過去6か月実績 ・緊急往診2件以上 ・看取り1件以上 連携医療機関全体で②を満たす
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	研修の修了	平成26年9月30日	
F100	処方料	(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬) 多剤投与の場合減算(80/100)	平成26年9月30日	平成26年10月1日より適用
F100	処方料	紹介率・逆紹介率による減算(60/100)	平成27年3月31日	
F200	薬剤料	(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬) 多剤投与の場合減算(80/100)	平成26年9月30日	平成26年10月1日より適用
F200	薬剤料	紹介率・逆紹介率による減算(60/100)	平成27年3月31日	
F400	処方せん料	(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬) 多剤投与の場合減算(80/100)	平成26年9月30日	平成26年10月1日より適用
F400	処方せん料	紹介率・逆紹介率による減算(60/100)	平成27年3月31日	
G020	無菌製剤処理料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H000	心大血管疾患リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H000 注4	心大血管疾患リハビリテーション料(維持期)	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可

項目番号	項目名	内容	経過措置	備考
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H001 注4	脳血管疾患等リハビリテーション料(維持期)	要介護被保険者の外来維持期リハ(月13単位)	平成28年3月31日	経過措置の2年間延長 平成28年4月1日以降は算定不可
H002	運動器リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H002 注4	運動器リハビリテーション料(維持期)	要介護被保険者の外来維持期リハ(月13単位)	平成28年3月31日	経過措置の2年間延長 平成28年4月1日以降は算定不可
H003	呼吸器リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H003 注4	呼吸器リハビリテーション料(維持期)	要介護被保険者の外来維持期リハ(月13単位)	平成28年3月31日	経過措置の2年間延長 平成28年4月1日以降は算定不可
H006	難病患者リハビリテーション料	要介護被保険者の外来維持期リハ(月13単位)	平成28年3月31日	経過措置の2年間延長 平成28年4月1日以降は算定不可
H007	障害児(者)リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H007-2	がん患者リハビリテーション料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
H008	集団コミュニケーション療法料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I007	精神科作業療法	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I008-2	精神科ショート・ケア	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I009	精神科デイ・ケア	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I010	精神科ナイト・ケア	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I015	重度認知症患者デイ・ケア料	壁芯から内法測定	平成27年3月31日	平成26年3月31日までの届出で改装まで壁芯寸法で可
I002-2	精神科継続外来支援・指導料	(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬) 多剤投与の場合算定不可	平成26年9月30日	平成26年10月1日より適用
K664	胃瘻造設術	施設基準を満たさない場合減算(80/100)	平成27年3月31日	
K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	施設基準を満たさない場合減算(80/100)	平成27年3月31日	
K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	研修の修了	平成27年3月31日	
01-2	精神科訪問看護基本療養費	研修の修了	平成27年3月31日	

A000初診料、A001再診料（基本、妥結率）

改定前	改定後
<p>【初診料】 270点</p> <p>(新設)</p> <p>毎年9月末日までに妥結率が一定率以上を超えない許可病床が200床以上の病院において、評価を引き下げ</p> <p>【再診料】 69点</p> <p>(新設)</p> <p>一般病床200床未満病院は再診料を算定。一般病床200床以上病院は外来診療料を算定(次ページ)</p>	<p>【初診料】 282点 消費税分(+12)</p> <p>注 当該保険医療機関における妥結率(当該保険医療機関において購入された薬価基準に記載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が5割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、209点を算定する。</p> <p>【再診料】 72点 消費税分(+3) 消費税分(+9)</p> <p>注 当該保険医療機関における妥結率(当該保険医療機関において購入された薬価基準に記載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が5割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、53点を算定する。</p> <p>消費税含む(+2)</p>

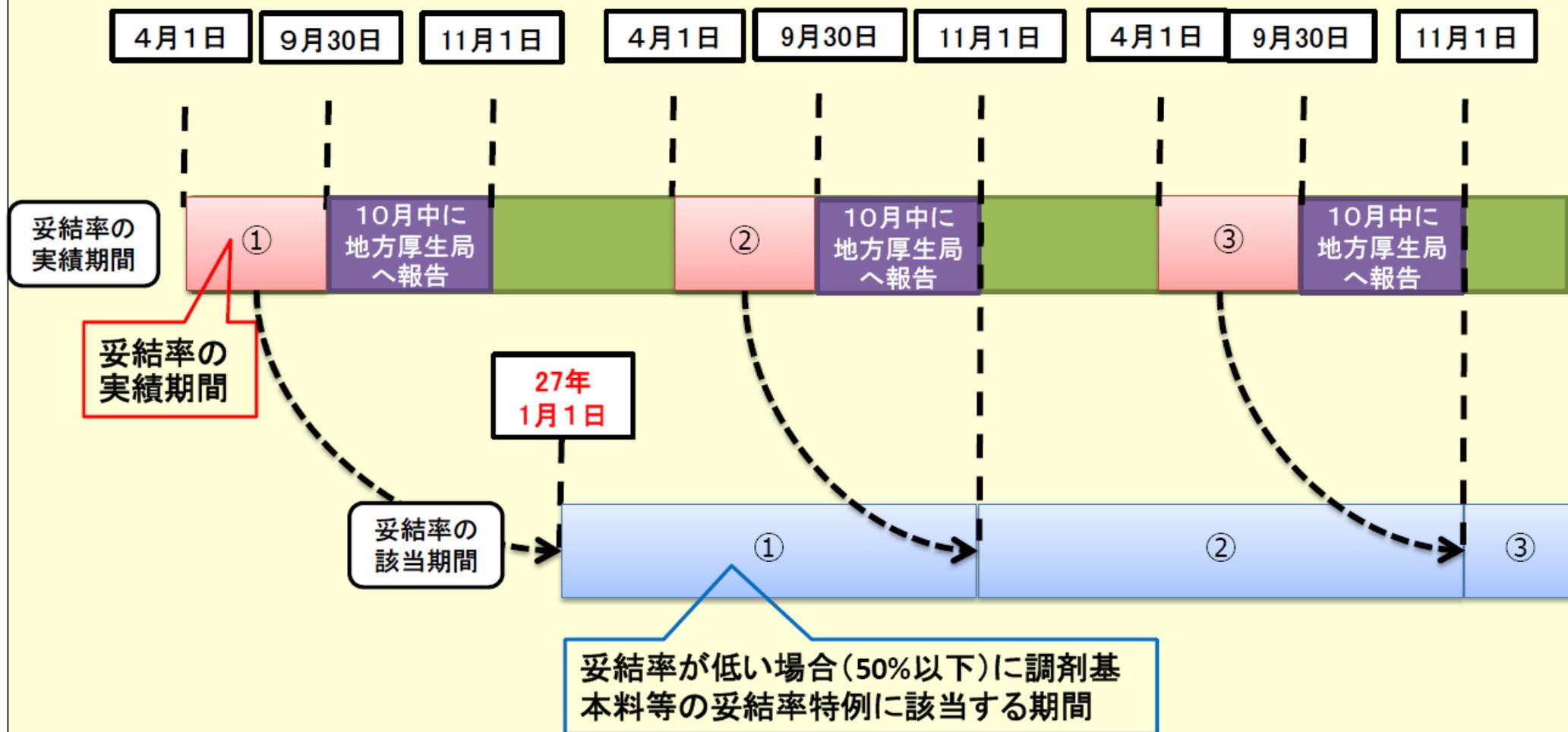
A002外来診療料（基本、妥結率）

改定前	改定後
<p>【外来診療料】 70点</p> <p>(新設)</p> <p>毎年9月末日までに妥結率が一定率以上を超えない許可病床が200床以上の病院において、評価を引き下げ</p>	<p>【外来診療料】 73点</p> <p>消費税分(+3)</p> <p>注 当該保険医療機関における妥結率(当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が5割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、54点を算定する。</p>

消費税分(+2)

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

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。

(大病院の紹介率・逆紹介率)

改定前	改定後
初診料 200点 (紹介のない場合) 外来診療料 52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)	初診料 209点 (紹介のない場合) 消費税分(+9) 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) 消費税分(+2)
<p>[算定要件]</p> <p>① 特定機能病院と一般病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p> <p>(新設) ① 紹介率50%以上、逆紹介率50%以上なら、特定機能の16%、地域医療支援の1%が該当か？ 基準強化</p> <p>(新設) ② 対象となる病院のうち2割程度の病院が該当か？ 新たな基準</p>	<p>[算定要件]</p> <p>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、<u>紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満</u>の施設</p> <p>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、並びに再診料を算定する病院※を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p> <p>③ 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。</p>

※再診料は一般病床が200床未満の病院で算定

[経過措置] 平成27年3月31日まで

(500床以上病院 2011年調査)
 紹介率40%以上は69%
 逆紹介率30%以上は60%

2016年度以降、さらに条件が厳しくなる(MPI)

初・再診料

大病院の外来患者の抑制

初診・再診料		2014年4月以降
初診料	診療所 病院	282点 (同一日2科目の場合: 141点)
	病院(500床以上)*	209点 (同一日2科目の場合: 104点)
再診料	診療所 病院(200床未満)	72点 (同一日2科目の場合: 36点)
	外来管理加算	52点
外来診療料	病院(200床以上)	73点 (同一日2科目の場合: 36点)
	200床以上病院 病院(500床以上)*	54点 (同一日2科目の場合: 26点)

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数
逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数

紹介状なし

※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。)

対象病院の2割が該当か?

逆紹介拒否

減算対象病院(*): 改定前は一般病床

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のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設(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。)

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。

[経過措置] 平成27年3月31日まで

長期処方防止で外来抑制
一部の薬剤(抗てんかん剤、ホルモン剤など)

療養病棟、精神病棟への対応

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

F100処方料

(9)「注8」については、区分番号「A000」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A002」外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する保険医療機関において、以下のアからキまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

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 薬効分類が黄体ホルモン剤のもので、思春期早発症に対して用いた場合

カ 薬効分類がビタミンD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

キ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニスケトン尿症、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

ク アからキの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからキに該当する疾患に対して用いた場合

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。

病院の栄養管理体制（入院料の通則）

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
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に限り、特別入院基本料とは別
に入院基本料を減算する措置を設ける

改定前	改定後
<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士(有床診療所においては非常勤でも可)が1名以上配置されていること。</p> <p>② 平成24年3月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年3月31日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。</p> <p>(新設)</p> <p>① 当該保険医療機関内に、病院(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有する病院を除く。)にあっては常勤の管理栄養士、診療所にあっては管理栄養士が1名以上配置されていること。</p> <p>② 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士(有床診療所においては非常勤でも可)が1名以上配置されていること。</p> <p>② 平成24年3月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年6月30日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。</p> <p>③ ②の届け出を行った保険医療機関であって、平成26年7月1日以降、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士が1名以上配置されている場合に限り、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すること。</p> <p>経過措置の延長。いずれは減算となる？(MPI)</p>

室内面積や廊下幅の算出（例：療養環境加算）

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

改定前	改定後
例【療養環境加算】 病室に係る病床の面積が1病床当たり8平方メートル以上であること。	例【療養環境加算】 病室に係る病床の面積が、 <u>内法による測定で</u> 、1病床当たり8平方メートル以上であること。

【経過措置】

- ① 上記の取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。
- ② ①に関わらず、平成26年3月31日時点において既に届け出ている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、壁芯での測定でも差し支えない。

病床面積規定のある主な項目(抜粋)

項目番号	項目名	項目番号	項目名
A219	療養環境加算	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料
A222-2 2	療養病棟療養環境改善加算2	H002	運動器リハビリテーション料
A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	H003	呼吸器リハビリテーション料
A300 3	救命救急入院料3	H006	難病患者リハビリテーション料
A300 4	救命救急入院料4	H007	障害児(者)リハビリテーション料
A301	特定集中治療室管理料	H007-2	がん患者リハビリテーション料
A301-4	小児特定集中治療室管理料	H008	集団コミュニケーション療法料
A302	新生児特定集中治療室管理料	I007	精神科作業療法
A303 2	総合周産期特定集中治療室管理料	I008-2	精神科ショート・ケア
A314	認知症治療病超入院料	I009	精神科デイ・ケア
A317	特定一般病棟入院料	I010	精神科ナイト・ケア
G020	無菌製剤処理料	I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア
H000	心大血管疾患リハビリテーション料	I015	重度認知症患者デイ・ケア料

新たな基準（7対1入院基本料）

7対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7対1）、専門病院入院基本料（7対1）要件に在宅復帰率とデータ提出を加える

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】</p> <p>【施設基準】</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。 傾斜配置可</p> <p>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</p> <p>③ 平均在院日数が18日以内であること。</p> <p>④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。</p> <p>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること</p> <p>当該入院基本料を算定している患者全体(述べ患者数)に占める割合で算出(施設基準通知)</p> <p>在宅復帰率の対象： 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(医療管理料) 在宅復帰機能強化加算算定の療養病棟</p> <p>7対1病院が自院の地域包括ケア病棟等に転棟させた場合は、在宅復帰率の分母、分子に入らない</p>	<p>【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】</p> <p>【施設基準】</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。 傾斜配置可</p> <p>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</p> <p>③ 平均在院日数が18日以内であること。</p> <p>④ <u>重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。</u></p> <p>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。</p> <p>⑥ <u>退院患者のうち、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っている病棟若しくは病室、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(新設・後述)を届け出ている病棟に限る)、居住系介護施設又は介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型介護老人保健施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものに限る)に退院した者の割合が75%以上であること。</u></p> <p>⑦ データ提出加算の届出を行っていること。</p>

【経過措置】

- 平成26年3月31日に7対1一般病棟入院基本料、一般病棟7対1特定機能病院入院基本料、7対1専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成26年9月30日までの間、上記⑥の基準を満たしているものとする。
- 平成26年3月31日に7対1一般病棟入院基本料、一般病棟7対1特定機能病院入院基本料、7対1専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までの間、上記⑦の基準を満たしているものとする。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

4の4 7対1入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))に係る自宅等に退院するものの割合について

(1) 7対1入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))に係る自宅等に退院するものとは次のア、イいずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る)を算定する病棟及び病室を除く)に転院した患者

イ 介護老人保健施設(介護保険施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く)に入所した患者

(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、(1)のア及びイに該当する患者を含む)

4の5 データ提出加算の届出を行っていること。

ただし、平成26年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(平成26年度改定前)の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

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

(転棟患者を除く)

転棟患者は分母、分子に入らない

褥瘡対策（入院基本料届出様式）

病院については、入院基本料の届出に院内褥瘡発生者数等を加え、毎年7月1日現在の届出書の記載事項の報告の際、褥瘡患者数等を報告する

改定前	改定後
<p>[入院基本料の届出に関する事項(褥瘡に係る内容)] 褥瘡対策の実施状況 ① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数 ② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは、既に褥瘡を有していた患者数 [届出書の記載事項の報告] <u>(新規)</u></p>	<p>[入院基本料の届出に関する事項(褥瘡に係る内容)] 褥瘡対策の実施状況 ① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数 ② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有する患者、入院時既に褥瘡を有していた患者数及び院内で褥瘡を発生した患者 [届出書の記載事項の報告] 褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。</p>

報告義務化で実態を把握。いずれはデータに基づき厳しくなる？(MPI)

月平均夜勤時間72時間要件（入院基本料）

月平均夜勤時間72時間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にする

改定前	改定後
【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	【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

「特別入院基本料を算定する病院が出現した場合には、その理由などを調査し、検証していくことを条件としたい」(支払側)

[算定要件]

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。

[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

[月平均夜勤時間72時間以下であるという要件の対象外の入院基本料]

療養病棟入院基本料20対1、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

特定除外制度の見直し（A100一般病棟入院基本料）

2012年度は13対1、15対1が対象
2014年度は7対1、10対1も対象に追加

- (1) 90日を超えて入院する患者を対象として、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を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。

病棟単位で、医療機関が選択する

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)】</p> <p>特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。</p>	<p>【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)】</p> <p>届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、<u>区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</u></p>

[経過措置]

- ① 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。
- ② 7対1、10対1の病棟において上記の(2)を選択した場合、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3とみなす。
- ③ 上記の(2)を選択した病棟のうち1病棟については、平成27年9月30日までの間、当該病棟の2室を指定し、その中の4床までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる。当該病床の患者については平均在院日数の計算対象から除外する。

一定数以下の病床は出来高継続可

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用）

改定前	改定後
<p>【名称の見直し】一般病棟用の重症度・看護必要度 【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置</p> <p>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</p> <p>② 麻薬注射薬の使用</p> <p>③ 放射線治療 ④ 免疫抑制剤の使用 ⑤ 昇圧剤(注射)の使用 ⑥ 抗不整脈剤の使用</p> <p>⑦ ドレナージの管理</p> <p>B項目</p>	<p>【名称の見直し】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置 ①創傷処置、②褥瘡処置 ①、②いずれか一つ以上該当する場合 (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(注射剤を使用した場合) ② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合) ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の使用 ⑦ 昇圧剤(注射)の使用 ⑧ 抗不整脈剤の使用 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理</p> <p>B項目(変更なし)</p>

血圧測定、時間尿測定、
 喀痰吸引は13対1、15対1
 で多いという調査結果が
 出たので今回削除された

名称の変更
 「重症度・看護必要度」を
 「重症度、医療・看護必要度」とする

 急性期患者の特性を評価する項目
 に改める

内科系以外ではA項目を
 満たせなくなる可能性が
 高い？

入院基本料

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用）

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③麻薬の使用(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージ管理	なし		あり 一つ以上実施した場合
		A得点	

B 患者の状況等	0点	1点	2点
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9 起き上がり	できる	できない	
10 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
11 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
12 口腔清潔	できる	できない	
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
		B得点	

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上。

＜地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア病棟入院医療管理料を算定する場合も含む)における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上。

＜回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上。

特定入院料

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室用）

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 心電図モニターの管理	なし	あり
2 輸液ポンプの管理	なし	あり
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
6 人工呼吸器の装着	なし	あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテール)	なし	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO)	なし	あり
	A得点	

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
		B得点	

注)特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<重症度に係る基準>

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上。

特定入院料

重症度、医療・看護必要度（ハイケアユニット用）

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上	なし	あり
5 心電図モニターの管理	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等(CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO)	なし	あり
	A得点	

B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 床上安静の指示	なし	あり	
15 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
16 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
17 起き上がり	できる	できない	
18 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
19 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
20 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
21 口腔清潔	できる	できない	
22 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
23 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
24 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
25 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
26 危険行動	ない	ある	
		B得点	

注)ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行行うこと。
 Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
 Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<重症度・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が7点以上。

ADL維持向上等体制加算（A100一般病棟入院基本料）

急性期病院（7対1、10対1）のリハビリスタッフを評価
平均在院日数の評価

改定後

（新設）ADL維持向上等体制加算 25点（1日につき、14日を限度）

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

【施設基準】

- ① 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上の常勤配置を行うこと
- 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年以上の臨床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 当該病棟の直近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
- ④ アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと。
 - ア) 直近1年間において、当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - イ) 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。

アウトカム評価が要件

②リハビリテーション医療に係る研修は
日本リハビリテーション医学会が4月から
実施する予定

	入院中に ADL低下	PT配置
7対1	3.7%	2.1%
10対1	4.1%	6.1%
DPCデータ分析（2011年度）		

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

一般病棟入院基本料

(14) 「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能(以下「ADL」という。)の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアからカに掲げる取組みを行った場合に、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に対して区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「H008」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。

ア 入院患者に対する定期的なADLの評価は、別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いて行っていること。

イ 入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。

カ 指導内容等について、診療録に記載すること。

(15) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第56号)において、なお従前の例とするとされた一般病棟入院基本料の注8に規定する特定患者については、特定入院基本料(966点又は812点)を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の(5)から(7)の例によること。当該取扱いは、平成26年9月30日をもって廃止する。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準

7対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)又は10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)において、以下の基準を満たすこと。

(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(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであること。ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

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) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、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であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

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

ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ 周術期におけるリハビリテーションについて(ICUでのリハビリテーションを含む。)

(4) 当該病棟の直近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、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

(5) アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者(別添6の別紙7の2の合計得点が低下した者をいう。)の割合が3%未満であること。なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index、以下「BI」という。)を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R分類d2以上とする。以下この項において同じ)を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

(イ) 届出時の直近月の初日(以下この項において、「調査日」という)に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める)なお、届出以降、毎年7月1日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査する。

(6) 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

(7) (2)の要件のうちイについては、平成27年4月1日より適用する。

慢性維持透析管理加算（A101療養病棟入院基本料）

一般病棟からの特定除外患者の受け皿の評価

改定後

(新設)慢性維持透析管理加算 100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 自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を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。

入院基本料の加算なので、入院中ずっと算定可能。療養病床は検査が包括であり、その補填としての役割か

在宅復帰機能強化加算 (A101療養病棟入院基本料)

療養病棟の在宅復帰機能を評価するもの

- ・療養病棟入院基本料1
- ・在宅復帰率が50%以上

在宅復帰機能強化加算は、急性期病院の在宅復帰率対象の要件

改定後

さらに在宅へ

(新設)在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

- 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か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の患者については14日以上)継続することを確認していること
- ④ 病床回転率が10%以上であること

入院患者の全てが対象
在宅復帰率を上げて病床を空けることを評価

在宅強化型老健とほぼ同じ要件

③の在宅生活の確認は、患家に行って確認を行うが見込みでも良い(厚労省説明)

$$\text{④病床回転率} = \frac{30.4}{\text{平均在院日数}}$$

※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

平均在院日数が304日以下

②在宅復帰率 =

(分子)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)

(分母)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

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
10 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について
次の施設基準をすべて満たしていること。

(1) 療養病棟入院基本料1を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者(当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。以下この項において同じ)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ) 直近6月間に退院した患者(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、在宅に退院した患者数

(ロ) 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険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を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出する)

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者については14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録していること。

(3) 30.4を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10以上であること。

重度認知症加算（A103精神病棟入院基本料等）

認知症の行動・心理症状(BPSD)の改善に要する期間が概ね1か月であることから、重度認知症加算の算定期間を短縮し、評価を引き上げた

改定前	改定後
<p>【精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)】重度認知症加算(1日につき) 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院した日から起算して3月以内の期間に限り加算する。</p>	<p>【精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)】重度認知症加算(1日につき) <u>300点(改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>入院した日から起算して<u>1月以内</u>の期間に限り加算する。</p>

精神保健福祉士配置加算（A103精神病棟入院基本料等）

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

精神保健福祉士の配置が、平均在院日数の短縮（社会復帰）に貢献するとして、精神保健福祉士の配置を評価を新設した

改定案

（新設）精神保健福祉士配置加算 30点（1日につき）

【施設基準】

- 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（精神療養病棟においては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。

精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、精神科地域移行実施加算、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、精神科退院指導料及び区分番精神科退院前訪問指導料は算定しない。

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

精神病棟入院基本料

(7) 「注7」の精神保健福祉士配置加算は、入院中の患者の早期退院を目的として精神保健福祉士の病棟配置を評価したものであり、当該病棟のすべての入院患者に対して、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等の関係職種と共同して別紙様式6の2又はこれに準ずる様式を用いて、退院支援計画を作成し、必要に応じて患家等を訪問し、患者の希望を踏まえ、適切な保健医療サービス又は福祉サービス等を受けられるよう、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携しつつ、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、病棟に配置された精神保健福祉士は当該病棟の入院患者の退院調整等を行うものであり、他病棟の患者の退院調整について行うことはできない。

施設基準通知

新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

12 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。
- (3) 措置入院患者、医療観察法第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者及び医療観察法入院の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち9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。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

A108有床診療所入院基本料①

栄養管理実施加算の見直しによる11点引き下げを含む

改定前	改定後
<p>【有床診療所入院基本料】(1日につき) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 有床診療所入院基本料1 イ 14日以内の期間 771点 ロ 15日以上30日以内の期間 601点 ハ 31日以上の期間 511点</p> <p>2 有床診療所入院基本料2 イ 14日以内の期間 691点 ロ 15日以上30日以内の期間 521点 ハ 31日以上の期間 471点</p> <p>3 有床診療所入院基本料3 イ 14日以内の期間 511点 ロ 15日以上30日以内の期間 381点 ハ 31日以上の期間 351点</p>	<p>【有床診療所入院基本料】(1日につき)</p> <p>1 有床診療所入院基本料1 イ 14日以内の期間 861点(新) ロ 15日以上30日以内の期間 669点(新) ハ 31日以上の期間 567点(新)</p> <p>2 有床診療所入院基本料2 イ 14日以内の期間 770点(新) ロ 15日以上30日以内の期間 578点(新) ハ 31日以上の期間 521点(新)</p> <p>3 有床診療所入院基本料3 イ 14日以内の期間 568点(新) ロ 15日以上30日以内の期間 530点(新) ハ 31日以上の期間 500点(新)</p> <p>4 有床診療所入院基本料4 イ 14日以内の期間 775点(改) ロ 15日以上30日以内の期間 602点(改) ハ 31日以上の期間 510点(改)</p> <p>5 有床診療所入院基本料5 イ 14日以内の期間 693点(改) ロ 15日以上30日以内の期間 520点(改) ハ 31日以上の期間 469点(改)</p> <p>6 有床診療所入院基本料6 イ 14日以内の期間 511点(改) ロ 15日以上30日以内の期間 477点(改) ハ 31日以上の期間 450点(改)</p>
<p>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を行う</p>	<p>消費税分 イ(+15) ロ(+12) ハ(+10)</p>
<p>みなし算定する 1→4 2→5 3→6</p>	<p>イ(+13) ロ(+10) ハ(+9)</p>
	<p>イ(+10) ロ(+7) ハ(+7)</p>
	<p>イ(+15) ロ(+12) ハ(+10)</p>
	<p>イ(+13) ロ(+10) ハ(+9)</p>
	<p>イ(+10) ロ(+7) ハ(+7)</p>

A108有床診療所入院基本料②

改定前	改定後
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[施設基準] 有床診療所入院基本料1 有床診療所入院基本料2 有床診療所入院基本料3 ① <u>看護配置に係る施設基準に適合していること。</u> ② <u>以下の2以上に該当すること。</u></p>



- イ 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。
- ロ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ハ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。
- ニ 時間外対応加算1を届け出ていること。
- ホ 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。
- ヘ 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。
- ト 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)。
- チ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- リ 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。
- ヌ 過去1年間の分娩件数が30件以上であること。
- ル 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。

※ 平成26年3月31日において、有床診療所入院基本料1、2又は3を算定していた保険医療機関であれば、新たに届出をせずとも、それぞれ有床診療所入院基本料4、5又は6を算定することができる。

医師配置加算・看護配置加算 (A108有床診療所入院基本料)

緊急時の入院が多い有床診療所ほど、医療従事者の確保が負担となっているための対応

改定前	改定後
<p>【有床診療所入院基本料】注5 イ 医師配置加算1 88点 ロ 医師配置加算2 60点 【算定要件】 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者について算定する。</p> <p>【有床診療所入院基本料】注6 イ 看護配置加算1 25点(看護職員数が看護師3を含む10以上) ロ 看護配置加算2 10点(看護職員数が10以上) ハ 夜間看護配置加算1 80点 ニ 夜間看護配置加算2 30点 【算定要件】 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者について算定する。 【施設基準】 (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注5 イ 医師配置加算1 88点 ロ 医師配置加算2 60点 【算定要件】 (削除)</p> <p>【有床診療所入院基本料】注6 イ 看護配置加算1 40点(改) ロ 看護配置加算2 20点(改) ハ 夜間看護配置加算1 80点 ニ 夜間看護配置加算2 30点 ホ 看護補助配置加算1 10点(新) ヘ 看護補助配置加算2 5点(新) 【算定要件】 (削除) 【施設基準】 ホ 看護補助配置加算1 当該診療所(療養病床を除く。)における看護補助者の数が2以上であること。 ヘ 看護補助配置加算2 当該診療所(療養病床を除く。)における看護補助者の数が1であること。</p>

全ての有床診療所入院基本料を対象

看護補助者の配置も評価

有床診療所の栄養管理体制（入院料の通則）

改定前	改定後
<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関内に、病院（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有する病院を除く。）にあつては常勤の管理栄養士、診療所にあつては管理栄養士が1名以上配置されていること。</p> <p>② 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関内に、病院（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有する病院を除く。）にあつては常勤の管理栄養士（<u>削除</u>）が1名以上配置されていること。</p> <p>② 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。</p>

2014年度診療報酬改定で有床診療所の入院基本料に包括化された栄養管理実施加算について、有床診療所では管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、包括化を見直し、入院基本料を11点引き下げるとともに、栄養管理実施加算を復活する

2012年9月時点で確保できていない(68.5%)
うち、目途もない(54.4%)

栄養管理実施加算

(A108有床診療所入院基本料、A109有床診療所療養病床入院基本料)

診療所のみ算定

2012年度改定で一旦は有床診療所入院基本料の要件となったが、今回加算が復活した

改定後

(新設)栄養管理実施加算(1日につき) 12点

[算定要件]

有床診療所において栄養管理体制その他の事項につき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入院している患者について、所定点数に加算する。

[施設基準]

① 当該保険医療機関内に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等(過去の栄養管理実施加算の施設基準と同じ)

常勤の管理栄養士が配置されていない診療所で、別の医療機関の管理栄養士が栄養指導を行った場合に算定する「入院栄養食事指導料2」を新設した

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

有床診療所入院基本料

(13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

ア 栄養管理実施加算は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態等の栄養管理を行うことを評価したものである。

イ 当該加算は、入院患者であって、栄養管理計画を策定し、当該計画に基づき、関係職種が共同して栄養管理を行っている患者について算定できる。なお、当該加算は、食事を供与しておらず、食事療養に係る費用の算定を行っていない中心静脈注射等の治療を行っている患者であっても、栄養管理計画に基づき適切な栄養管理が行われている者であれば算定対象となること。

ウ 救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定したものについては、入院初日に遡って当該加算を算定することができる。

エ 管理栄養士をはじめとして、医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。

オ 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること(栄養スクリーニング)。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画(栄養管理計画の様式は、別紙様式5又はこれに準じた様式とする。)を作成すること。

(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に添付すること。

(ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

(ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

カ 当該栄養管理の実施体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努めること。

キ 当該診療所以外の管理栄養士等により栄養管理を行っている場合は、算定できない。

ク 当該加算を算定する場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できない。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

4 有床診療所入院基本料の施設基準

(1) 有床診療所入院基本料1の施設基準

ア 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が、7以上であること。

イ 次の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

(イ) 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。

(ロ) 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

(ハ) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2の届出を行っていること。

(二) 区分番号「A001」に掲げる再診療の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ホ) 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、7対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。))又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。))を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

(ヘ) 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が2件以上であること。

(ト) 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(分娩を除く。)が30件以上であること。

(チ) 区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

(リ) 過去1年間に、介護保険によるリハビリテーション(介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション)、介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第8条第10項に規定する短期入所療養介護若しくは同法第8条の2第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

(ヌ) 過去1年間の分娩を行った総数(帝王切開を含む。)が30件以上であること。

(ル) 過去1年間に、区分番号「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A212」に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算又は区分番号「A221-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

(2) 有床診療所入院基本料2の施設基準

ア 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数、4以上7未満であること。

イ (1)のイを満たしていること。

(3) 有床診療所入院基本料3の施設基準

ア 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数、1以上4未満であること。

イ (1)のイを満たしていること。

(4) 有床診療所入院基本料4の施設基準

(1)のアを満たしていること。

(5) 有床診療所入院基本料5の施設基準

(2)のアを満たしていること。

(6) 有床診療所入院基本料6の施設基準

(3)のアを満たしていること。

A200総合入院体制加算①

「総合入院体制加算1」を新設
 高度急性期病棟の定義を提示か？(MPI)
 従来点数は「総合入院体制加算2」とする

改定前	改定後
<p>【総合入院体制加算】</p> <p>総合入院体制加算 120点</p> <p>[施設基準]</p> <p>総合入院体制加算</p> <p>① 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。なお、併せて以下のアから力を満たすことが望ましい。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上</p> <p>ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上</p> <p>エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件／年以上</p> <p>オ 化学療法 4,000件／年以上</p> <p>カ 分娩件数 100件／年以上</p>	<p>【総合入院体制加算】</p> <p>1 総合入院体制加算1 240点(新)</p> <p>2 総合入院体制加算2 120点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1</p> <p>① 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。なお、併せて以下のアから力の<u>全てを</u>満たすこと。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上</p> <p>ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上</p> <p>エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件／年以上</p> <p>オ 化学療法 4,000件／年以上</p> <p>カ 分娩件数 100件／年以上</p>

全てを
満たす
のが
望ましい

全てを
満たす
こと

「総合入院体制加算1」

- ・救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急
- ・精神病棟
- ・医療実績要件(全てを満たす)
- ・地域包括ケア病棟入院料等は算定できない

A200総合入院体制加算②

改定前	改定後
<p>② 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている。</p> <p>ア 「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第5「第2次救急医療体制」、第8「救命救急センター」、第9「高度救命救急センター」又は「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日医政発0126第1号)の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関</p> <p>イ アと同様に24時間救急患者を受け入れている保険医療機関</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>④ 地域包括ケア病棟入院料(新規・後述)、地域包括ケア入院医療管理料(新規・後述)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。</p> <p>⑤ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。</p> <p>2 総合入院体制加算2</p> <p>※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料(新規)、地域包括ケア入院医療管理料(新規)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。</p>

地域包括ケア病棟入院料等は算定できない

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

1 総合入院体制加算1に関する施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料又は区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

(3) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数(延べ患者数)が年800件以上であること。また、以下のアからカをすべて満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術40件／年以上

イ 悪性腫瘍手術400件／年以上

ウ 腹腔鏡下手術100件／年以上

エ 放射線治療(体外照射法)4000件／年以上

オ 化学療法4000件／年以上

カ 分娩件数100件／年以上

(4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術(輸血管理料を除く。)をいう。

イ 人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」まで45で掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。(病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。)

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K666-2」、「K667-2」、「K667-3」、「K671-2」、「K672-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K702-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K859-2」、「K863」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」、「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療(体外照射法)

放射線療法とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療(血液照射を除く。)をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤(当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。)を使用するものとし、抗生剤のみの使用及びGCSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数(帝王切開を含む。)とする。

(5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第7「救命救急センター」又は第8「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(6) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料

(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

(7) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

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又は会議を設置し後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること(客観的な手法を用いることが望ましい。)。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容(静脈採血の検査部における実施〇年〇月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等)

(ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

① 医師事務作業補助者の配置

② 短時間正規雇用医師の活用

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

③ 地域の他の保険医療機関との連携体制

④ 交代勤務制の導入(ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。)

⑤ 外来縮小の取り組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)

⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

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

(8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。

(9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

(10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

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

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

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

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

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

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

(12) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(4)、(5)及び(7)~(10)に限る。)を満たしていること。

~~(1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。~~

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第45「第2次救急医療体制」、第78「救命救急センター」、第89「高度救命救急センター」又は「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日医政発0126第1号)の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関イと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

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

ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。

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

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

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

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

加算2のみ外来縮小と勤務医の負担軽減が削除された

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

(4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

(5) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

(略)

(5) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年3月31日以前に当該加算の届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

32 届出に関する事項

(1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。

(2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13及び様式13の2を用いること。また、毎年7月において、前年度における手術件数等(総合入院体制加算1を届け出る場合に限る。)及び病院勤務医の負担の軽減並びに及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13及び様式13の2により届け出ること。

(3) 21の(410)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

A205救急医療管理加算

入院時に重篤な状態な患者に対して算定することを明確にし、「準ずる状態」を適正評価する

改定前	改定後
<p>【救急医療管理加算】 800点 【算定要件】 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。</p> <p>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</p> <p>(新規)</p>	<p>【救急医療管理加算1】 800点 【救急医療管理加算2】 400点(新) 【算定要件】 1 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。<u>ただし、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。</u></p> <p>① 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</p> <p>② 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 2 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。</p>

「準ずる状態」は2で算定し、内容を報告する

A206在宅患者緊急入院診療加算

難病患者など専門医が必要な患者の後方受入れ(事前登録)を評価
(難病患者の急変時では専門医に対応が必要となる)

改定前	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、在支病の場合 2,500点	【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

在宅療養後方支援病院を対象に追加する

【算定要件】

- ① 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)に対して算定する。
- ② 500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の患者に限り算定することができる。

【在宅療養後方支援病院の施設基準】

200床以上

- ① 200床以上の病院であること
- ② 入院希望患者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

A207診療録管理体制加算

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

改定前	改定後
<p>診療録管理体制加算(入院初日) 30点</p>	<p>(新設)診療録管理体制加算1(入院初日) 100点 診療録管理体制加算2(入院初日) 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>診療録管理体制加算1</p> <p>① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の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。</p>

1と2に分ける(1に専従要件)

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

- (1) 診療記録(過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、いること。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月10日政社発1010第1号)に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数2,000名ごとに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。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計(ICD10による疾病分類等)を行うものであり、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を除く。)、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD(国際疾病分類)上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目にそって疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目をすべて含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに疾病別に検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日医政発第1224001号等)に基づく管理が実施されていること。
 - ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号を含む。)
 - イ 入院日、退院日
 - ウ 担当医、担当診療科
 - エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾患名
 - オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

~~(7) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。~~

(8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、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て中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。

(9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報提供に関する指針」(平成15年9月12日医政発第0912001号) 日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。

2 診療録管理体制加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)~(4)及び(9)を満たしていること。

(2) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

(3) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。

(4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

(5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

3.2 届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

A207-2医師事務作業補助体制加算

改定前	改定後
1 15対1補助体制加算 810点 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 30対1補助体制加算 410点 5 40対1補助体制加算 330点 6 50対1補助体制加算 255点 7 75対1補助体制加算 180点 8 100対1補助体制加算 138点	<p>(新設)医師事務作業補助体制加算1 (入院初日)</p> イ 15対1補助体制加算 860点 ロ 20対1補助体制加算 648点 ハ 25対1補助体制加算 520点 ニ 30対1補助体制加算 435点 ホ 40対1補助体制加算 350点 ヘ 50対1補助体制加算 270点 ト 75対1補助体制加算 190点 チ 100対1補助体制加算 143点 医師事務作業補助体制加算2 (入院初日) イ 15対1補助体制加算 810点 ロ 20対1補助体制加算 610点 ハ 25対1補助体制加算 490点 ニ 30対1補助体制加算 410点 ホ 40対1補助体制加算 330点 ヘ 50対1補助体制加算 255点 ト 75対1補助体制加算 180点 チ 100対1補助体制加算 138点 [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。

業務を行う場所を要件化した「1」を新設

従来の点数は「2」とする

業務を行う場所は病棟と外来を重視

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)の基準を満たしていること。病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

(ア) 病棟とは、入院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や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

(イ) 外来とは、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や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

A207-3急性期看護補助体制加算

看護補助者を夜間に配置している場合の夜間急性期看護補助体制加算に25対1を新設し、50対1、100対1を引き上げる

改定前	改定後
<p>【夜間急性期看護補助体制加算】（1日につき、14日を限度） （新規）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 10点 ロ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点 	<p>【夜間急性期看護補助体制加算】（1日につき、14日を限度）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点(新) ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点(改) ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点(改) <p>[算定要件]</p> <p>夜間25対1急性期看護補助体制加算</p> <p>25対1、50対1、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おり、夜間看護補助者配置が25対1以上であること。</p>

A212超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算 (療養病棟入院基本料)

療養病棟(床)における超重症児(者)等の受入促進のため

改定前	改定後
<p>【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 [算定要件]</p> <p>① 出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。</p> <p>② ただし、上記以外の場合であって、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。)、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。</p> <p>(新設)</p>	<p>【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 [算定要件]</p> <p>① 出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。</p> <p>② ただし、上記以外の場合であって、(削除)重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。)、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、の基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。</p> <p>③ 当該加算は、一般病棟の患者(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を除く)においては、入院した日から起算して90日を限度として算定する(適用は平成27年4月1日から)。</p>

2012年7月の通知に対応したもの

A230-3精神科身体合併症管理加算

実態に合わせて、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する

改定前	改定後
<p>【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 450点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できる。</p> <p>② 同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患についてそれぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り算定することが可能であるが、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)</p> <p>1 <u>7日以内</u> 450点</p> <p>2 <u>8日以上10日以内</u> 225点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 当該疾患の治療開始日から<u>10日間</u>に限り算定できる。</p> <p>② 同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患についてそれぞれの疾患の治療開始日から<u>10日間</u>に限り算定することが可能であるが、同一月内に当該加算を算定できる期間は<u>20日間</u>までとする。</p>

A234-2感染防止対策加算

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)事業等への参加を必須とする
 JANIS(ジャーニス):薬剤耐性菌を中心とした大規模なサーベイランス

改定前	改定後
<p>【感染防止対策加算1】(入院初日) 400点 [施設基準] ① 専任の院内感染管理者が配置されていること。 ② 組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 ③ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2の届出を行った医療機関と連携していること。 ④ 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。</p>	<p>【感染防止対策加算1】(入院初日) 400点 [施設基準] ① 専任の院内感染管理者が配置されていること。 ② 組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 ③ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2の届出を行った医療機関と連携していること。 ④ 地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p>

高点数は維持

感染症の発生状況を調査・集計し、その蔓延と予防を行うシステム

[経過措置]

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医療機関については平成27年3月31日までの間、上記④を満たしているものとする。

A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算

褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出医療機関については、毎年7月1日現在の届出書の記載事項の報告の際、褥瘡の状況についてより詳細な状況を報告する。

(褥瘡ハイリスク患者ケア加算の報告の例)

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出別添7様式37に、下記の件数等の報告欄を作成する。

- ① 褥瘡ハイリスクアセスメント実施件数
- ② 褥瘡ハイリスク患者特定数
- ③ 褥瘡予防治療計画件数
- ④ 褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数 等

褥瘡のデータを収集することで、次回の診療報酬改定に影響を与えるか？
(「重症度、医療・看護必要度」の見直しなど)

A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算①

改定前	改定後
<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算1(退院時1回) 600点</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点</p> <p>[算定要件]</p> <p>新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回(退院支援計画作成加算については入院中に1回)に限り算定する。</p>	<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算1(退院時1回) 600点</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点</p> <p>[算定要件]</p> <p>新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室管理料に入院した日から起算して7日以内に以下に該当する患者を抽出し、<u>退院調整が必要となる可能性がある者について、入院7日以内に家族と現在の病状及び今後予想される状態について、病状に応じて退院後の生活も含めて話し合いを開始した上で、入院1月以内に、退院調整が必要かどうかを医師、看護師および社会福祉士を含む関係職種が合同で家族と退院後の生活について話し合い、退院支援計画の作成を開始した場合、退院時に1回(退院支援計画作成加算については入院中1回)に限り算定する。</u></p> <p>ア 先天奇形の患者</p> <p>イ 染色体異常の患者</p> <p>ウ 出生体重1,500g未満の患者</p> <p>エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る)</p> <p>オ その他、生命に関わる重篤な状態のもの</p>

入院早期から退院調整を開始すること等を算定の要件とする

A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算②

改定案

(新設)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。

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に算定する「3」を新設

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

- (1) 略
- (2) 略
- (3) 略
- (4) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。
- (5) 新生児特定集中治療室退院調整加算1及び2を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定する病室に入院した日から起算して7日以内に以下に該当する患者を抽出し、退院調整が必要となる可能性がある患者について、入院後7日以内に、家族と現在の病状及び今後予想される状態について、病状に応じて退院後の生活も含めた話し合いを開始すること。さらに、入院後1月以内に、退院調整の必要性を医師、看護師及び社会福祉士を含む関係職種が合同で検討し、退院後の生活も含めて退院支援計画の作成を開始すること。
 - ア 先天奇形の患者
 - イ 染色体異常の患者
 - ウ 出生体重1,500g未満の患者
 - エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
 - オ その他、生命に関わる重篤な状態のもの入院1月以降に上記に該当する状態が発生した場合、及び、退院困難な要因が上記に該当しない場合については退院困難な要因が発生後、すみやかに家族との話し合い、及び、退院支援計画の作成を開始することが望ましい。
- (6) 新生児特定集中治療室退院調整加算3は、当該保険医療機関への転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て転院後7日以内に退院支援計画を策定した場合に「イ」を、当該計画に基づき自宅へ退院した場合に「ロ」を、それぞれ1回に限り算定する。なお、当該加算を算定した場合は、退院時に家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取ること。
- ~~(4) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。~~
- (7) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師、社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。
- (8) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

1 新生児特定集中治療室退院調整加算1及び2の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

2 新生児特定集中治療室退院調整加算3の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士又は看護師については、退院調整加算の専従の社会福祉士又は看護師を兼務することができる。
- (3) 「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知)に規定する総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター又は小児入院医療管理料1、2若しくは3を届け出ている保険医療機関であること。
- (4) 当該加算を算定する患者に対して、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確保していること。

3 届出に関する事項

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。

A244病棟薬剤業務実施加算

療養病棟及び精神病棟の算定制限を8週間まで緩和

改定前	改定後
<p>【病棟薬剤業務実施加算】(週1回) 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、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。</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】(週1回) 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、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<u>8週間</u>を限度とする。</p>

要望(中医協)→2016年度に再議論か?
 12週程度まで緩和(日本薬剤師会)
 4週以降は点数の引下げ(支払側)

A245データ提出加算

改定前	改定後
<p>【データ提出加算】 [提出対象病棟] 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟及び精神病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)、救命救急入院料、特定集中治療室入院料、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、短期滞在手術基本料3、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</p> <p>[施設基準] ① 一般病棟入院基本料(7対1及び10対1に限る)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1に限る)を算定する病棟を有すること。 ② 診療録管理体制加算を届け出ていること。 ③ データを継続的かつ適切に提出するための体制が整備されていること。</p>	<p>【データ提出加算】 [提出対象病棟] 全病棟</p> <div data-bbox="1259 564 1984 772" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>医療機関の機能や役割を幅広く分析・評価するため、データ提出の対象となっていない病棟(療養病棟など)を対象にすべての医療機関でデータ提出加算の届出を可能とする</p> </div> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>① 診療録管理体制加算を届け出ていること。 ② データを継続的かつ適切に提出するための体制が整備されていること。</p>

[経過措置]

平成26年3月31日にデータ提出加算の届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までの間、提出対象病棟に係る基準は従前の通りであっても差し支えない。

急性薬毒物中毒加算（A300救命救急入院料）

対象を明確化し、簡易な検査の評価を新設

改定前	改定後
<p>【救命救急入院料】急性薬毒物中毒加算 5,000点</p> <p>【施設基準】 高度救命救急センターであること。</p>	<p>【救命救急入院料】 急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点(新)</p> <p>【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のみ算定する。</p> <p>【施設基準】 (削除)</p>

算定可能な対象施設の要件緩和
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

A300救命救急入院料（A100入院基本料要件）

救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関の入院基本料の要件（基準該当患者割合）と専門病院入院基本料（悪性腫瘍7割以上）等の評価基準を見直す

改定前	改定後
<p>【入院基本料(7対1)】 [施設基準] 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。) 【専門病院入院基本料(7対1)】 [施設基準] 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上(一般病棟において悪性腫瘍患者を7割以上入院させる保険医療機関の病棟にあっては、1割以上)入院させる病棟であること。</p>	<p>【入院基本料(7対1)】 [施設基準] 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(削除)。 【専門病院入院基本料(7対1)】 [施設基準] 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上(削除)入院させる病棟であること。</p>

救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟も対象とする

※ なお、重症度、医療・看護必要度の見直しによる激変緩和措置として、10対1入院基本料の急性期看護補助体制加算及び13対1入院基本料の看護補助加算1の施設要件を重症度、医療・看護必要度基準10%以上から5%以上とする。

[経過措置]

平成26年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成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。

A301 特定集中治療室管理料 (ICU) ①

改定前	改定後
(新設)	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 特定集中治療室管理料1</p> <p>イ 7日以内の期間 13,650点</p> <p>ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点</p>
(新設)	<p>2 特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料</p> <p>(1) 7日以内の期間 13,650点</p> <p>(2) 8日以上14日以内の期間 12,126点</p>
(新設)	<p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p>(1) 7日以内の期間 13,650点</p> <p>(2) 8日以上60日以内の期間 12,319点</p>
<p>特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保、臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行う</p>	<p>【施設基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。</p> <p>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。</p>
	<p>消費税分 (+150) (+126)</p> <p>消費税分 (+150) (+129)</p> <p>消費税分 (+150) (+126)</p> <p>9割</p>

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度

9割

A301特定集中治療室管理料 (ICU) ②

急性期患者の特性を踏まえた評価方法とし、影響を緩和するため、新たな評価基準を設定

改定前	改定後
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 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</p> <p>2 特定集中治療室管理料2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,711点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上60日以内の期間 7,901点</p> <p>[施設基準] 重症度について、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。</p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>3 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</p> <p>4 特定集中治療室管理料4 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,361点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,837点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,361点 (2) 8日以上60日以内の期間 8,030点</p> <p>[施設基準] 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8割以上であること。</p>

消費税分
(+150)
(+126)

消費税分
(+150)
(+129)

消費税分
(+150)
(+126)

改定後に基準を満たすのは、86.0%(現行)→25.6%

特定集中治療室用の
重症度、医療・看護必要度

8割

[経過措置]

平成26年3月31日に当該入院料の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、上記の基準を満たしているものとする。

特定入院料

A301-2ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）

急性期患者の特性を踏まえた評価方法とし、影響を緩和するため、新たな評価基準を設定

改定前	改定後
<p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 ハイケアユニット入院医療管理料 4,511点</p> <p>[施設基準] 看護配置常時4対1 重症者等について、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。</p> <p>(新設)</p> <p>改定後に基準を満たすのは、100%(現行)→42.1%</p>	<p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点(改)</p> <p>[施設基準] 看護配置常時4対1 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること。</p> <p>消費税分(+73)</p> <p>ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点(改)</p> <p>[施設基準] 看護配置常時5対1 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること。</p> <p>消費税分(+73)</p> <p>5対1</p> <p>8割</p> <p>6割</p>

[経過措置]

平成26年3月31日に当該入院料の届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの間、従前のハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

A301-4小児特定集中治療室管理料

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の受け入れに係る要件について見直す

改定前	改定後
<p>【小児特定集中治療室管理料】(1日につき)</p> <p>1 7日以内 15,500点</p> <p>2 8日以上14日以内 13,500点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】(1日につき)</p> <p>1 7日以内 15,752点</p> <p>2 8日以上14日以内 13,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>次のいずれかを満たす。</p> <p>① 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。</p> <p>② 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。</p>

消費税分
(+252)
(+220)

A302新生児特定集中治療室管理料等①

改定前	改定後
<p>【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)】 (1日につき) 10,011点 [施設基準] ① 専任の医師が常時治療室内に配置されていること。 ② 看護配置が常時3対1以上であること。 ③ 救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。 <u>(新設)</u></p> <p>重症患者の受入実績が医療機関ごとに大きく異なっていることから、新生児の受入実績等に関する基準を新設</p>	<p>【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)】 (1日につき) 10,174点 消費税分(+163) [施設基準] ① 専任の医師が常時治療室内に配置されていること。 ② 看護配置が常時3対1以上であること。 ③ 救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。 ④ 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。 消費税分(+98) 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。</p>
<p>【新生児特定集中治療室管理料2】(1日につき) 6,011点(改) [施設基準] ① 専任の医師が常時、保険医療機関内に勤務していること。 ② 看護配置が常時3対1以上であること。 ③ 救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。 <u>(新設)</u></p> <p>新生児特定集中治療室管理料2についても、新生児の受入実績に関する基準を新設</p>	<p>【新生児特定集中治療室管理料2】(1日につき) 8,109点(改) [施設基準] ① 専任の医師が常時、保険医療機関内に勤務していること。 ② 看護配置が常時3対1以上であること。 ③ 救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。 ④ 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。</p>

[経過措置]

平成26年3月31日に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)の届出を行っている医療機関については、平成26年9月30日までの間、上記基準を満たしているものとする。

A302新生児特定集中治療室管理料等②

出生体重が1,500g以上の新生児であっても、一部の先天奇形等を有する患者について、算定日数上限を見直す

改定前	改定後
<p>【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)】 【新生児特定集中治療室管理料2】 [算定要件] 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)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生体重が1,500g以上の場合)を限度として算定する。</p> <p>【新生児治療回復室入院医療管理料】 [算定要件] 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)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して30日(出生体重が1,500g以上下の疾患の患者の場合)を限度として算定する。</p>	<p>【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)】 【新生児特定集中治療室管理料2】 [算定要件] 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)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して35日(出生体重が1,500g以上であって、以下の疾患の患者の場合)を限度として算定する。</p> <p>【新生児治療回復室入院医療管理料】 [算定要件] 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)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して50日(出生体重が1,500g以上であって、以下の疾患の患者の場合)を限度として算定する。</p>

算定可能日数は延びたが疾患は限定されることになった

[対象疾患]

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

A308回復期リハビリテーション病棟入院料

休日リハビリテーション提供体制加算を回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定要件として包括し、重症度・看護必要度の項目等を見直す

改定前	改定後
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】(1日につき) 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,911点 [施設基準] 当該病棟へ入院する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。 <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】(1日につき) 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 <u>2,025点(改)</u> [施設基準] 当該病棟へ入院する患者全体に占める<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割以上</u>であること。 <u>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。</u></p>
<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,761点 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,611点</p>	<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,811点 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,657点</p>

消費税分(+54)

休日リハビリテーションを要件化すると、約3割の病棟が影響する(現状のままでは入院料1が算定出来ない)

消費税分
 (+50)
 (+46)

[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(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を含む)については、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。

体制強化加算（A308回復期リハビリテーション病棟入院料1）

スーパー回復期

専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合を評価

改定後

回復期リハビリテーション病棟入院料1
 （新設）体制強化加算 200点（1日につき）
 [施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1

専従の医師配置→38.1%

専従の社会福祉士→66.1%

当該病棟に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専従の常勤医師1名以上及び退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。

[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、イ 脳血管リハビリテーション、ウ 運動器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、オ 高次脳機能障害、カ 摂食嚥下・口腔ケア、キ 地域包括ケア
- 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。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

6 体制強化加算の施設基準

(1) 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こと。

(2) 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名以上配置されていること。

(3) (2)に掲げる医師については、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。

(4) (3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、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(修了証が交付されるもの)であり、研修期間は通算して14時間程度のもをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 回復期リハビリテーションの総論

イ 脳血管リハビリテーション

ウ 運動器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

オ 高次脳機能障害

カ 摂食嚥下、口腔ケア

キ 地域包括ケア

(5) (2)に掲げる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。

(6) (3)の要件のうち、イに規定するリハビリテーションに係る研修要件の適用については、平成27年4月1日からとすること。

A308-3地域包括ケア病棟入院料①

改定前	改定後
【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料1 2,061点 2 亜急性期入院医療管理料2 1,911点	(削除) (削除) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #fce4ec; display: inline-block;"> 現在の亜急性期入院医療管理料を廃止し、 新たな評価を新設 </div>

亜急性期入院医療管理料は平成26年9月30日をもって廃止する。

亜急性期入院医療管理料(病室単位の届出)を、病棟単位の地域包括ケア病棟入院料と、病室単位の地域包括ケア入院医療管理料に改編

	改定後
(新設)地域包括ケア病棟入院料1 2,558点(1日につき)	消費税分 (+58)
(新設)地域包括ケア入院医療管理料1 2,558点(1日につき)	(+58)
(新設)地域包括ケア病棟入院料2 2,058点(1日につき)	(+58)
(新設)地域包括ケア入院医療管理料2 2,058点(1日につき)	(+58)
(新設)看護職員配置加算 150点(1日につき)	
(新設)看護補助者配置加算 150点(1日につき)	
(新設)救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき・14日まで)	
[算定要件]	
① 60日を限度として算定する。	
② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が転床した場合は、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。	

A308-3地域包括ケア病棟入院料②

①一定の重症度、医療・看護必要度基準を満たす患者の診療実績、②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること、③在宅復帰率の実績、④診療内容に関するデータの提出等

【施設基準】

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1及び2

- 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の届出を行っていること。
- 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。療養病床も可
- 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 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。
- ⑥ 看護職員13対1以上、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。
- ⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者を10%以上入院させていること。
- ⑧ 次のいずれかを満たすこと
 - ア 在宅療養支援病院の届出
 - イ 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の在宅患者の受入実績があること
 - ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること
 - エ 救急告示病院であること 自己申告
- ⑨ データ提出加算の届出を行っていること。
- ⑩ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上提供していること。

A308-3地域包括ケア病棟入院料③

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1

- ① 在宅復帰率が7割以上であること
- ② 1人あたりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること。

看護職員配置加算

- ① 看護職員が地域包括ケア病棟入院料の施設基準の最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。

看護補助者配置加算

- ① 看護補助者(看護師を除く)が25対1以上配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者(看護師を除く)が25対1以上配置されていること。

[留意事項]

- ① 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1及び2の施設基準⑨については、平成27年4月1日から適用するものとする。
- ② 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1の施設基準②については、平成27年3月31日までに届出を行った医療機関にあつては、壁芯での測定でも差し支えない。
- ③ 看護補助者配置加算については、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しても差し支えない。

地域包括ケア病棟入院料（在宅復帰率の計算式）

修正の可能性あり(厚労省説明)

<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

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」**A308-3地域包括ケア病棟入院料**

(1) 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料(以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。)を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

(2) リハビリテーションに係る費用(区分番号「H004」に掲げる摂食機能療法を除く。)及び薬剤料(基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。)等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

(3) 地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから7日以内(当該病室に直接入院した患者を含む。)に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画(退院に向けた指導・計画等を含む。)を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙2を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。(ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。)

(4) 地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。

(5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。

(6) 「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室において算定する。

(7) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、介護老人保健施設入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所(転院の場合は入院前の医療機関名)、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア 急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、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、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該病棟又は病室に転棟等した患者については、算定できない。

イ 介護老人保健施設入居者等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設入居者等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設入居者等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設入居者等から受け入れた患者については算定できないものとする。

(8) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。

(9) 地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Iを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料1又は地域包括ケア入院医療管理料1の場合は療養病棟入院基本料1のIを、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2の場合は療養病棟入院基本料2のIを算定する。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

- (1) 特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。)以外の保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。
- (3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者(職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。)が1名以上配置されていること。また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- (4) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。
- (5) (3)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

(6) 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

(7) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

(8) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

(9) 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、別添6の別紙21及び別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。)の割合が1割以上であること。また、当該日常生活機能評価表及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものを行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

(10) 次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算1を算定したものに限る。)であること。

ウ 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

(11) 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関(療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。))を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者

イ 介護老人保健施設(介護保険施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。)に入所した患者

ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。))への転棟患者

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

(12) 当該病棟又は病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成26年3月31日時点で7対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)の届出を行っている病棟については、平成27年3月31日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする。

ア 直近6か月間において、当該病棟又は病室から退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、院内の別の入院料を算定する病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、(11)のア、イ及びウに該当する患者を含む。)

(13) データ提出加算の届出を行っていること。なお、当該基準の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

(14) 地域包括ケア入院医療管理料1については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

2 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

1の施設基準のうち、(6)並びに(11)及び(12)に規定する割合を除く、すべての基準を満たしていること。なお、地域包括ケア入院医療管理料2については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

3 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟)において、1日に看護を行う看護職員の数、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

4 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟)において、1日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、平成27年3月31日までは、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者(みなし看護補助者を除く。)とすることができる。また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

5 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、20、50から50の3を用いること。また、1の(7)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

また、「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算の施設基準に係る届出は、様式13の3を用いること。また、7対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、(11)及び(12)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、7対1入院基本料の届出を行うことはできない。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。

(1) 療養病床により届出を行う場合

(2) 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、地域包括ケア入院医療管理料1又は2の届出を行う場合

A311精神科救急入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料

措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件緩和、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える

改定前	改定後
<p>【精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料】 【施設基準】 ① 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。 ② 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。</p>	<p>【精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料】 【施設基準】 ① 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<u>20件以上</u>の患者を当該病棟において受け入れていること。 ② 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、<u>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。</u></p>

精神科急性期医師配置加算（16対1） （A311-2精神科急性期治療病棟入院料）

精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を重点的に配置した場合の評価を新設（平均在院日数の短縮）

160床あたり医師10人の体制

改定後

（新設）精神科急性期医師配置加算（16対1） 500点（1日につき）

【算定要件】

- 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 過去1年間の時間外、休日又は深夜における入院件数が8件以上であること。
- ③ 過去1年間の時間外、休日又は深夜における外来対応件数が20件以上であること。

施設基準通知

新規記載分（緑字）抜粋

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

2 精神科急性期治療病棟入院料の「注4」に掲げる精神科急性期医師配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。
- (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた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。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

A311-3精神科救急・合併症入院料（対象患者）

他の精神科単科病院から受け入れた患者、及び精神科救急・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算定可能とする

改定前	改定後
<p>【精神科救急・合併症入院料】 [対象患者]</p> <p>① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者</p> <p>② ①以外の患者で精神科救急入院料に係る病棟に入院する前3月間において精神病棟に入院(医療観察法入院を除く)をしたことがない患者</p> <p>③ 身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に精神科救急入院料に係る病棟に入院した患者(当該病棟での入院前3月間において精神病棟に入院(医療観察法入院を除く)をしたものを除く。)したことがない患者</p>	<p>【精神科救急・合併症入院料】 [対象患者]</p> <p>① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者</p> <p>② ①以外の患者で精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前3月間において精神病棟(精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く)に入院(医療観察法入院を除く)をしたことがない患者</p> <p>③ <u>精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化などして、当該医療機関のA301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料又はA303総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る)を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院する患者</u></p>

特定入院料

院内標準診療計画加算

(A311精神科救急入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料

A311-2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))

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、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設

チーム医療とパスを評価

改定後

(新設)院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[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。

A312精神療養病棟入院料

准看護師

作業療法士

社会福祉士

精神保健指定医の要件を緩和し、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直す

改定前	改定後
<p>【精神療養病棟入院料】 [施設基準] ① 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、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。 ② 医療法施行規則第19条第1項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 [施設基準] ① 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に<u>専任の常勤の精神科医</u>が1名以上配置されていること。 <u>(削除)</u> ② <u>当該病棟の全入院患者に対して、入院後7日以内に退院後生活環境相談員を選任すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催の上、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。</u> <u>※ ①の専任の常勤の精神科医は他の病棟との兼任はできない。</u></p>

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

A312精神療養病棟入院料

- (1) 略
- (2) 略
- (3) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下「退院支援相談員」という)は、以下ア～ウのすべての業務を行う。
- ア 退院に向けた相談支援業務
- (イ) 当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。
- (ハ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。
- イ 退院支援委員会に関する業務
- 退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(以下「退院支援委員会」という)を、当該患者1人につき月1回以上行うこと。
- ウ 退院調整に関する業務
- 患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。
- (4) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。
- ア 当該患者の主治医
- イ 看護職員(当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
- ウ 当該患者について指定された退院支援相談員
- エ ア～ウ以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- オ 当該患者
- カ 当該患者の家族等
- キ 相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者
- なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。
- (5) 退院支援委員会の開催に当たっては、別添様式38又はこれに準じた様式を用いて会議の記録を作成し、その写しを診療録に添付すること。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該病棟に精神科医師精神保健指定医である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (3) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (4) 医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること(当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合(平成30年3月31日までは、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上である場合)は除く。)
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (6) 当該病院には、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤していること。
- (7) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下「退院支援相談員」という)を、平成26年4月1日以降に当該病棟へ入院となった当該病棟の入院患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。

ア 精神保健福祉士

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

- (8) 1人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は60以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
 - (9) 当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(「退院支援委員会」という)を設置していること。
- (略)

非定型抗精神病薬加算

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料

剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除

改定前	改定後
<p>【精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料】</p> <p>イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点</p> <p>ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点</p>	<p>【精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料】</p> <p>非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点</p> <p>(削除)</p>

2種類まで

A400短期滞在手術等基本料①

名称を短期滞在手術等基本料と改め、対象の手術を拡大し一部の検査も対象とする(診療所は対象外)。また包括範囲を全診療行為とし、該当する手術、検査を入院5日目までに実施する患者については、他に手術を実施した患者を除き、短期滞在手術等基本料を算定することとする。入院6日目以降は通常通りの診療報酬を算定
短期滞在手術等基本料3のみを算定した患者については、平均在院日数の計算対象から除く。なお、6日以降も入院している場合については入院日から起算して平均在院日数の計算対象に含める

改定前	改定後
<p>【短期滞在手術基本料】 1 短期滞在手術基本料1(日帰りの場合) 2,800点 2 短期滞在手術基本料2(1泊2日の場合) 4,822点 3 短期滞在手術基本料3(4泊5日までの場合) 5,703点 [包括範囲] 入院基本料、入院基本料等加算、医学管理等、検査及び画像診断の一部、除外薬剤、注射薬を除く投薬及び注射、リハビリテーション及び精神科専門療法における薬剤料、1,000点未満の処置並びに病理診断の病理標本作成料に限る [平均在院日数の計算対象としない患者] 精神科身体合併症管理加算を算定する患者、(中略)、短期滞在手術基本料1を算定している患者。</p>	<p>【短期滞在等手術基本料】 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) 2,856点 2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 4,918点 3 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合) [包括範囲] <u>全診療報酬</u></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">対象を増やして、平均在院日数計算から除外</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">3は今回から有床診は算定できなくなった。</p> <p>[平均在院日数の計算対象としない患者] 精神科身体合併症管理加算を算定する患者、(中略)、短期滞在手術等基本料1を算定している患者、短期滞在手術等基本料3を算定している患者(6日目以降、入院している患者を除く)。</p>

現行の短期滞在手術基本料3対象手術は2つ
 K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳未満に限る)
 K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満に限る)

短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等名と点数は次ページ

短期滞在手術等基本料3

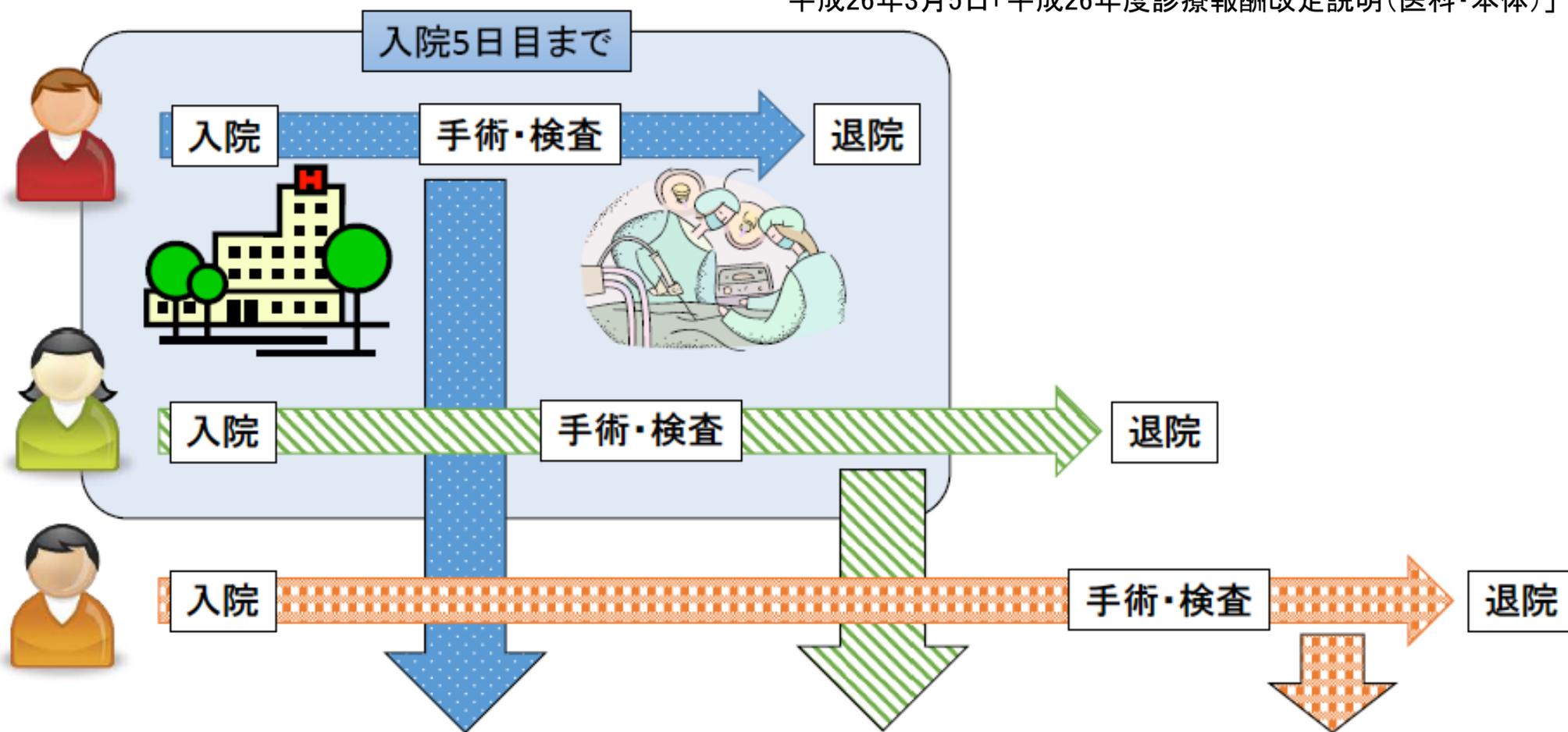
4泊5日までの場合

- イ 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
- ロ 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
- ハ 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
- ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点
- ホ D413 前立腺針生検法 11,737点
- へ K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術 17,485点
- ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 20,326点
- チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 43,479点
- リ K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの 27,093点
- ヌ K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合 21,632点
- ル K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5センチメートル未満 20,112点
- ヲ K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術 27,311点
- ワ K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法(一連として) 9,850点
- カ K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術 12,371点
- ヨ K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満に限る。) 29,093点
- タ K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24,805点
- レ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳未満に限る。) 56,183点
- ソ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 51,480点
- ツ K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2センチメートル未満 14,661点
- ネ K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2センチメートル以上 18,932点
- ナ K743 痔核手術(脱肛を含む。)2硬化療法(四段階注射法によるもの) 13,410点
- ラ K867 子宮頸部(腔部)切除術 18,400点
- ム K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,524点

今回から有床診は算定できなくなった。

今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」



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。

B001 10 入院栄養食事指導料

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

改定前	改定後
<p>【入院栄養食事指導料】 130点</p> <p>[算定要件] 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、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき必要な栄養指導を行った場合に算定する。 <u>(新設)</u></p>	<p>【入院栄養食事指導料】</p> <p>1 入院栄養食事指導料1 130点 2 入院栄養食事指導料2 125点(新)</p> <p>[算定要件] 入院栄養食事指導料1 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、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき必要な栄養指導を行った場合に算定する。 入院栄養食事指導料2 ① 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。 ② 常勤の管理栄養士を配置している場合は、栄養管理実施加算を算定し、入院栄養食事指導料を算定することはできない。</p>

栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携

栄養管理実施加算との併算定は不可

B001 15 慢性維持透析患者外来医学管理料

慢性維持透析患者におけるHbA1cについては、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、併算定はできないこととする

改定前	改定後
<p>【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,305点 [別に算定できない検査(うち、血液形態・機能検査)] 赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)</p>	<p>【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点(改) [別に算定できない検査(うち、血液形態・機能検査)] 赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、<u>ヘモグロビンA1c(HbA1c)</u></p>

B001 23 がん患者指導管理料①

「がん患者カウンセリング料」を名称を変更する

評価の新設
 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
 医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導

改定前	改定後
<p>【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p>(新規)</p> <p>(新規) [算定要件]</p> <p>(新規)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>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 500点</p> <p>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 200点(新)</p> <p>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 200点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>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 <u>がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は医師の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に、6回に限り算定する。</u></p> <p>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 <u>がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を実施されているもの(予定を含む)に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医または医師の指示に基づき薬剤師が、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等を行った場合に、6回に限り算定する。</u></p>

チーム医療(医師と看護師)

チーム医療(医師と薬剤師)

B001 23 がん患者指導管理料②

改定前	改定後
<p>[施設基準] (新規)</p> <p>(新規)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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を修了した者であること。</p> <p>③ 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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、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十分な実績を有する者であること。</p> <p>③ 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。</p>

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」**23がん患者指導管理料****(1) がん患者指導管理料1 (略)****(2) がん患者指導管理料2**

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ がん患者指導管理料2の算定対象となる患者は、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 (Decisional Conflict Scale) 40点以上のものであること。

なお、STAS-Jについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(以下「ホスピス財団」という。)の「STAS-J(STAS日本語版)スコアリングマニュアル第3版」(ホスピス財団ホームページに掲載)に沿って評価を行うこと。

ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

(3) がん患者指導管理料3

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む。)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、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り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ 薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報(患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

B001-2小児科外来診療料

高額な薬剤(パリビズマブ)を用いた
場合を見直す

改定前	改定後
<p>【小児科外来診療料】 [算定要件] 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。</p>	<p>【小児科外来診療料】 [算定要件] 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者及び<u>パリビズマブを投与している患者(投与当日に限る)</u>については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。</p>

精神疾患患者等受入加算 (B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料)

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

改定後

夜間休日救急搬送医学管理料

(新設)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、下記のものとする

- イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
- ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準]

第二次救急医療機関であること

B001-2-9地域包括診療料（主治医機能）

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の評価（外来における再診）を新設

改定後

（新設）地域包括診療料 1,503点（月1回）

消費税分(+3)

【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。

①（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

② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）

③ 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。）

④ 薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
薬剤は出来高請求

⑤ 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】

年齢要件はない

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 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。

③ 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。）

＜包括範囲＞

再診料（①を除く）、医学管理、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、処方（せん）料、リハビリ、精神科専門、550点未満の検査・画像診断及び処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断

地域包括診療加算（A001再診料）

再診料の加算で出来
高で算定する

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（服薬管理や健康管理等）を行うことについての評価を新設

改定後

（新設）地域包括診療加算 20点（1回につき）

【算定要件】

年齢要件はない

- 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加算を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所とする。
- ③ 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。）

	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(許可病床が200床未満)	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(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 		<p>出来高</p> <p><包括範囲> 再診料(①を除く)、医学管理、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、処方(せん)料、リハビリ、精神科専門、550点未満の検査・画像診断及び処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断</p>
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。)		
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	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携(通院医療機関や処方薬をすべて管理等) ・院外処方を行う場合(薬局に通院医療機関リストを渡し、お薬手帳で管理)等 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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(略) 		
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		
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

将来に向けた枠組みを提示？
(ハードル高く点数も微妙、算定医療機関は少ないか?)

(新設)地域包括診療料 1,503点(月1回)	(新設)地域包括診療加算 20点(1回につき)
【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。	
① (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	<div data-bbox="1094 218 1860 504" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>＜包括範囲＞ 再診料(①を除く)、医学管理、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処方(せん)料、リハビリ、精神科専門、550点未満の検査・画像診断及び処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断</p> </div>
② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)	
③ 在宅医療に係る点数(訪問診療料、在医総管、特居総管を除く)	
④ 薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)	
⑤ 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】	【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。	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 当該加算 を算定可能とする。
② 対象医療機関は、診療所および許可病床が 200床未満の病院 とする。	② 対象医療機関は、診療所とする。
③ 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 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。)
④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。	④ 以下の指導、服薬管理を行っていること。
ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。	ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。	イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。	ウ) 当該患者について原則として院内処方を行うこと。なお、エ)の場合に限り院外処方は可能とする。
a. 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。	

b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。	
エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。	
a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。	
b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。	
オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、カ)の場合に限り院外処方は可能とする。	
カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。	エ) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。	a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、 <u>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とする。</u> この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。	b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、 <u>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とする。</u> この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。	c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。	d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
キ) 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。)を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。	
ク) 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。	オ) 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 以下の健康管理等を行っていること。	⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。	ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。	イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
ウ) 敷地内禁煙であること。	ウ) 敷地内禁煙であること。
⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。	⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。

薬局の例外規定

多剤投与規制対象外

ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること	ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること	イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること	ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
エ) 介護保険の生活期リハを提供していること	エ) 介護保険の生活期リハを提供していること(要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。)
オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること	オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
カ) 介護認定審査会に参加した経験があること	カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
キ) 所定の研修を受講していること	キ) 所定の研修を受講していること。
ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること	ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。
ケ) 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること	
⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと	⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。
・診療所の場合は、	
ア) 時間外対応加算1を算定していること	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	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	ウ) 在宅療養支援診療所であること
・病院の場合は、	
ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること	
イ) 地域包括ケア病棟入院料(新規)又は地域包括ケア入院医療管理料(新規)を算定していること	
ウ) 在宅療養支援病院であること	
⑧ 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	⑧ 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。
⑨ 初診時には算定できない。	⑨ 初診時には算定できない。

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」**B001-2-9地域包括診療料**

(1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、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したものであり、初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない。なお、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。

(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者である。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である。

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(イ) 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

(ロ) 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。

(ハ) 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。

① 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(イ) 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。

(ロ) 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、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とする。その場合、当該患者に対して、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。

(ハ) 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

(ニ) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

(五) 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。)を行うこと。

(六) 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

(七) 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

(八) 在宅医療を提供していること、および当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

(九) 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

(10) 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」**(10) 地域包括診療加算**

ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、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したものであり、初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない。なお、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。

イ 地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者である。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加算を算定可能とする。

ウ 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

エ 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

(ロ) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

(ハ) 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、(ニ)の場合に限り院外処方を可能とする。

(ニ) 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。

② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、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とする。その場合、当該患者に対して、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。

③ 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

カ 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

キ 在宅医療を提供していること、および当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

ク 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

ケ 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算に関する施設基準

(1)から(7)までの基準をすべて満たしていること。

(1) 診療所であること。

(2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下「担当医」という。)を配置していること。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

(4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

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

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

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

(6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員(介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。)を配置していること。

イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護を提供した実績があること。

ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所(介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。)を併設していること。

エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

オ 介護保険によるリハビリテーション(介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第5項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。)を提供していること。(なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーションを原則として算定できないことに留意すること。)

カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

(7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満していること。

ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。

イ 常勤の医師が3名以上配置されていること。

ウ 区分番号「B004」に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること。

2 届出に関する事項

地域包括診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の3を用いること。

B001-3生活習慣病管理料

院内にて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化

改定前	改定後
<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点 <p>2 1以外の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点 <p>(新規)</p>	<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点 <p>2 1以外の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点 <p>なお、当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1」により算定する。</p>

処方せんを交付しない場合でも院内処方もしない場合は「1」を算定する

C000往診料

往診料の夜間の定義を初再診料と同様にする

改定前	改定後
<p>【往診料】 夜間(深夜を除く。)とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。</p> <p>参考【初(再)診料】 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降(土曜日の場合は、午前8時前と正午以降)及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。</p>	<p>【往診料】 夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜とは午後10時から午前6時までとする。</p>

機能強化型在宅療養支援診療所（病院）

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連携型の機能強化型在支診（在支病）の基準を満たしている場合についても個々の各医療機関に一定の実績を求める

改定前	改定後
<p>【機能強化型在支診、在支病の施設基準】</p> <p>① 在支診又は在支病の要件に以下を追加する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 ロ 過去1年間の緊急往診の実績5件以上 ハ 過去1年間の在宅看取りの実績2件以上 <p>② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たしても差し支えない。</p>	<p>【機能強化型在支診、在支病の施設基準】</p> <p>① 在支診又は在支病の要件に以下を追加する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 ロ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ハ 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上 <p>② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

連携でも自院に一定の実績が必要

【経過措置】

- ① 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日の時点で単独で機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす医療機関については、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、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日の時点で複数の医療機関が連携して機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす場合については、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の基準を満たしている場合は、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。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

1 在宅療養支援診療所の施設基準

(略)

コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10~~5~~件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

当該基準については、平成26年3月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年9月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年9月30日において当該診療所が過去6か月間に緊急の往診の実績を5件以上有している場合は、平成27年3月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4~~2~~件以上有していること。

当該基準については、平成26年3月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年9月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年9月30日において当該診療所が過去6か月間に在宅における看取りの実績を2件以上有している場合は、平成27年3月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

(略)

在宅療養実績加算（C000往診料）

地域の事情などで他医療機関と連携して機能強化型になることができず、また単独で機能強化型となることもできない（常勤医師3名以上の要件は満たさない）が、緊急往診や看取りの実績が高い医療機関を評価する

改定後

（新設）在宅療養実績加算（緊急、夜間又は深夜の往診） 75点

（新設）在宅療養実績加算（ターミナルケア加算） 750点

（新設）在宅療養実績加算（在宅時医学総合管理料）

同一建物居住者以外の場合 300点

同一建物居住者の場合 75点

（新設）在宅療養実績加算（特定施設入居時等医学総合管理料）

同一建物居住者以外の場合 225点

同一建物居住者の場合 56点

（新設）在宅療養実績加算（在宅がん医療総合診療料） 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。

C001 在宅患者訪問診療料

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 830点</p> <p>2 同一建物居住者の場合</p> <p>イ 特定施設等に入居する者の場合 400点</p> <p>ロ イ以外の場合 200点</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>訪問診療料の要件の厳格化 同一建物における評価を引き下げ</p> <p>開始時刻と終了時刻、診療場所及び診療人数等について記録し、レセプト添付 (ついでに訪問診療の制限条項)</p> <p>点数は半減、在宅点数でも単価は下げられた。 ・紹介業者へのマージン支払い→高すぎた？ ・今後算定数増加(患者増加)の対応もあるか？</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 833点</p> <p>2 同一建物居住者の場合</p> <p>イ 特定施設等に入居する者の場合 203点(改)</p> <p>ロ イ以外の場合 103点(改)</p> <p>消費税分(+3)</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、診療報酬請求書に添付すること。</p> <p>② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。</p> <p>③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。</p> <p>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。</p> <p>1) 往診を実施した患者</p> <p>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</p> <p>3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者</p> <p>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。</p>

保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。

(在宅患者訪問診療料、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)

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

C001在宅患者訪問診療料

(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ① 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。(要介護度4以上又は別添6－別紙12 認知症である老人の日常生活自立度判定基準(抜粋)におけるランクIV以上の場合を除く。)
- ② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。
- ③ 「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、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(開始時刻及び終了時刻)、診療場所、診療人数等について診療録並びに診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

C002在宅時医学総合管理料

適正化

改定前

【在宅時医学総合管理料】

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点

(2) 処方せんを交付しない場合 5,300点

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点

(2) 処方せんを交付しない場合 4,900点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点

ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点

ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

改定後

【在宅時医学総合管理料】

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点

※ 同一建物の場合 1,200点(新)

(2) 処方せんを交付しない場合 5,300点

※ 同一建物の場合 1,500点(新)

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点

※ 同一建物の場合 1,100点(新)

(2) 処方せんを交付しない場合 4,900点

※ 同一建物の場合 1,400点(新)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点

※ 同一建物の場合 1,000点(新)

ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点

※ 同一建物の場合 1,300点(新)

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,150点(改)

※ 同一建物の場合 760点(新)

ロ 処方せんを交付しない場合 3,450点(改)

※ 同一建物の場合 1,060点(新)

C002-2特定施設入居時等医学総合管理料

改定前	改定後
<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,600点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点</p>	<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点</p> <p>※ 同一建物の場合 870点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,170点(新)</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点</p> <p>※ 同一建物の場合 800点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,600点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,100点(新)</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>※ 同一建物の場合 720点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,020点(新)</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,250点(改)</p> <p>※ 同一建物の場合 540点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 2,550点(改)</p> <p>※ 同一建物の場合 840点(新)</p>

在宅関連点数

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

訪問診療料1(同一建物以外)	830点	➔	833点
訪問診療料2(特定施設等)	400点		203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点		103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		—		—	
病床	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		—		—	
病床		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

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

C002在宅時医学総合管理料、C002-2特定施設入居時等医学総合管理料

(1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。

(2) 在宅時医学総合管理料の**対象患者**は、在宅での療養を行っている患者であって、~~通院困難な者である。~~(3)で規定する特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。)に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。

(3) 特定施設入居時等医学総合管理料の**対象患者**は、医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、~~通院困難な者にである。~~対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

(イ) 養護老人ホーム((二)に規定する施設を除く。)

(ロ) 軽費老人ホーム(「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」(平成20年厚生労働省令第107号)附則第2条第1号に規定する軽費老人ホームA型に限り、(二)に規定する施設を除く。)

(ハ) 特別養護老人ホーム

(二) 特定施設(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 短期入所生活介護

(ロ) 介護予防短期入所生活介護

(4) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を月2回以上継続して算定した訪問診療(往診を含む。ただし、区分番号「A000」初診料を算定する往診は除く。)を行った場合に月1回に限り算定する。この場合において、月1回以上区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「1 同一建物居住者以外の場合」を算定した場合は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、それ以外の場合は「同一建物居住者の場合」を算定する。

「1」及び「2」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、月2回以上継続して訪問した場合には、「3」を算定する。

(略)

(11) 1つの患家に在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、(4)の規定に関わらず、患者ごとに「同一建物居住者以外の場合」を算定すること。

(略)

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。

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)

2回目は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)

2回目も同一建物の管理料(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

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)				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⑨ 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③ 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

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

 ※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。

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

 ※患者1~50のすべての患者が、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。

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~④⑤ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~④⑤ 訪問診療 (同一建物)				
22	23	24	25	26	27	28

C005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料

2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定
3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定

改定前	改定後
<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>1 保健師等、助産師又は看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 430点 ロ 週4日目以降 530点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 380点 ロ 週4日目以降 480点</p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>1 保健師等、助産師又は看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 555点(改) (2) 週4日目以降 655点(改)</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 278点(改) (2) 週4日目以降 328点(改)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 505点(改) (2) 週4日目以降 605点(改)</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 253点(改) (2) 週4日目以降 303点(改)</p>

保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。

C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料

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も算定可とする

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】(1週につき) 60点 [算定要件] 健康保険法に規定する指定訪問看護事業者から訪問看護を受けている患者であって、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対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。</p>	<p>【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】(1週につき) 60点 [算定要件] 健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は<u>介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者</u>から訪問看護を受けている患者であって、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対して、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。</p>

点滴注射を行うためだけに入院することを防ぐ

介護職員等喀痰吸引等指示書 (C007-2訪問看護指示料)

保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる事業者
に特別支援学校等の学校を加える

改定前	改定後
<p>【介護職員等喀痰吸引等指示書】 240点 [対象事業者] 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 <u>(新規)</u></p>	<p>【介護職員等喀痰吸引等指示書】 240点 [対象事業者] 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 <u>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)(喀痰吸引等を実施するための適切な研修を修了した教員が配置されている学校に限る。)</u></p>

C008在宅患者訪問薬剤管理指導料

診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件を調剤報酬と同じにする

- ・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
- ・患者1人につき月4回(がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)
- ・薬剤師1人につき1日に5回に限る(介護報酬の居宅療養管理指導費は合算せず医療保険のみ制限)

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 550点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 385点</p> <p>注 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、<u>1と2を合わせて患者1人につき月4回(がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)及び1と2を合わせて薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。</u></p>

C012在宅患者共同診療料（在宅療養後方支援病院）

在宅療養後方支援病院について、在宅医療を担当する医師と共同で訪問診療等を行った場合を評価

改定後

(新設)在宅患者共同診療料1 往診の場合 1,500点

(新設)在宅患者共同診療料2 訪問診療(同一建物居住者以外) 1,000点

(新設)在宅患者共同診療料3 訪問診療(同一建物居住者)

イ 特定施設等に入居する者 240点

ロ イ以外の場合 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の患者に限り算定することができる。

[施設基準]

在宅療養後方支援病院であること。

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

C012在宅患者共同診療料

(1) 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関(以下「連携医療機関」という。)からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。

(2) 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。

(3) 15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする500床以上の病院(在宅療養後方支援病院に限る。)については、当該診療料を1年に12回算定することができる。

C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料

改定後

褥瘡対策チームが、DESIGN分類(褥瘡の重症度分類)Ⅱ度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

(新設)在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

[算定要件]

① 当該医療機関内に以下の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。アまたはイのうち、1名は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する者であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者であること。

- ア) 医師
- イ) 看護師
- ウ) 管理栄養士

チーム医療

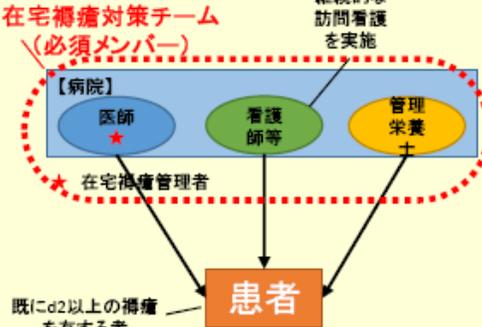
(ただし、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者が当該医療機関にいない場合であっても、訪問看護ステーションもしくは他の医療機関の褥瘡対策チームと連携している褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師がカンファレンスに参加し、在宅褥瘡対策チームの一員として褥瘡ケアを行った場合にも算定できる)

② チーム構成員は、以下の内容を実施すること。

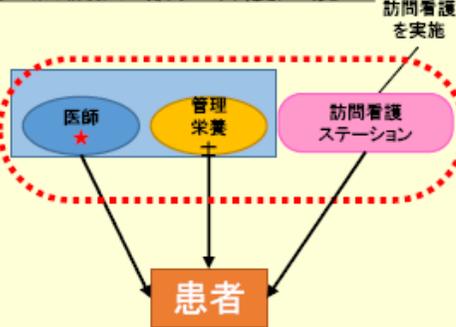
- ア) 初回訪問時に、患者宅に一堂に会しケア計画を立案する。
- イ) 初回訪問以降、月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問し、その結果を情報共有する。
- ウ) 初回訪問後3ヶ月以内に対策の評価及び計画の見直しのためカンファレンスを行う。
- エ) 1年間のケアの実績を報告する。

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

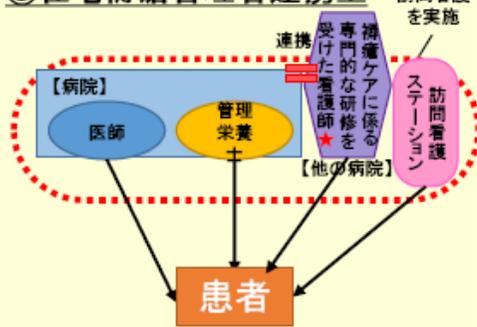
①医療機関完結型



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスの実績に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

(2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-RIによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者をいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 極度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

(3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

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の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種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(以下「初回カンファレンス」という。)を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 初回カンファレンス以降、評価のためのカンファレンス実施までの間、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(以下「評価カンファレンス」という。)を行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施することができる。なお、2回目の評価カンファレンスは、1回目の評価カンファレンスの実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。

- (4) カンファレンス及び月1回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式43又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付すること。
- (5) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に実施した評価カンファレンスの実績に基づき算定できる。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、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実績に基づき、算定することができる。
- (6) 「注2」については、褥瘡の指導管理のために患家に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、評価のためのカンファレンスを患家で行った場合に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要がある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を同一日に行う場合には、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、(Ⅲ)、訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅲ)を併せて算定することができる。なお、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。また、在宅褥瘡管理者が、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している指定訪問看護事業所に適切な者がいない場合において、別の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師である場合においては、別途、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合の所定点数を算定することができる。ただし、当該保険医療機関が継続して訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合においては、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。
- (7) (5)、(6)の算定にあたっては、カンファレンスの日時、実施場所、概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

在宅療養指導管理料の算定要件（小児在宅）

人工呼吸器を装着している小児等場合、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にする

改定前	改定後
<p>[在宅療養指導管理料の算定要件] 在支診又は在支病から患者の紹介を受けた医療機関が在支診又は在支病が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、紹介月に限りそれぞれの医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。</p>	<p>[在宅療養指導管理料の算定要件] 在支診又は在支病から患者の紹介を受けた医療機関が在支診又は在支病が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合及び15歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20kg未満の患者に対して、在宅療養後方支援病院と連携している医療機関が、それぞれ異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる（在支診又は在支病と患者の紹介を受けた医療機関については紹介月に限る）。</p>

C101在宅自己注射指導管理料

注射頻度に応じた点数設定とする

改定前	改定後
【在宅自己注射指導管理料】 820点	【在宅自己注射指導管理料】 1 月3回以下 100点(改) 2 月4回以上 190点(改) 3 月8回以上 290点(改) 4 月28回以上 810点(改)

導入初期については別に加算を設定する

改定案
(新設)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、さらに1回に限り算定することができる。

C102在宅自己腹膜灌流指導管理料

他の医療機関において人工腎臓等を行った場合については、人工腎臓等は算定できないことを明確にする

改定前	改定後
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。</p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。<u>なお、当該管理料を算定している患者に対して、他医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、その所定点数は算定できない。</u></p>

C107在宅人工呼吸指導管理料

改定前	改定後
<p>【在宅人工呼吸指導管理料】 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならない。</p>	<p>【在宅人工呼吸指導管理料】 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。<u>なお、睡眠時無呼吸症候群の患者(Adaptive Servo Ventilation(ASV)を使用する者を含む。)</u>は対象とならない。</p>

患者の呼吸状態を把握して適正な陽圧で呼吸を補助することにより、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に、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にした

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について

1. 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。

(1) 在宅医療において電解質製剤及び注射用抗菌薬が使用されている実態を踏まえ、これらを保険医療機関の医師が処方できる注射薬として、対象を拡大する。併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき**保険薬局で交付することができる注射薬**に追加する。

(2) 保険薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められていることから、保険医療機関の医師の処方せんに基づき**保険薬局で交付することができる特定保険医療材料**に病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる**特定保険医療材料**を追加する。

2. 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。

在宅療養に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが訪問看護計画書・訪問看護報告書に、必要量および使用実績を記載し、主治医に報告することとする。また、主治医が「衛生材料を供給できる体制を有している」旨を届出しており、当該患者に**在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局**に対し必要な衛生材料の種類とその量について指示した場合に、患者宅等に提供される仕組みを整備する。なお、これまで通り医療機関から患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする

内視鏡検査の休日・時間外・深夜加算（通則）

内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算を新設

改定後

(新設)休日加算 80/100

(新設)時間外加算 40/100

(新設)深夜加算 80/100

[算定要件]

- ① 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 入院中の患者以外の患者に対しては、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ア) 休日加算、時間外加算、深夜加算の算定できる初診又は再診に引き続いて行われた緊急内視鏡検査の場合
 - イ) 初診又は再診から**8時間**以内に緊急内視鏡検査を行う場合であって、その開始時間が、休日、時間外(医療機関が表示する診療時間外をいう。)又は深夜である場合
- ③ 入院中の患者に対しては、症状の急変により、緊急内視鏡検査を行った場合であって、その開始時間が、休日又は深夜である場合に算定できる。

検体検査実施料

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 現在、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もあることから、医学的な有用性を踏まえ、検査名称の変更を行う。

D256眼底カメラ撮影

アナログ撮影の場合及びデジタル撮影の場合の評価を新設する

改定前	改定後
D256【眼底カメラ撮影】 1 通常の方法の場合 56点	D256【眼底カメラ撮影】 1 通常の方法の場合 イ アナログ撮影の場合 54点(新) ロ デジタル撮影の場合 58点(新)

E200コンピューター断層撮影（CT撮影）

E202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）

評価を見直す

改定前	改定後
E200【コンピューター断層撮影】 1 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 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、ロ又はハ以外の場合 600点	E200【コンピューター断層撮影】 1 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 1,000点(改) ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 770点(改) ニ イ、ロ又はハ以外の場合 580点(改)
E202【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テスラ以上の機器による場合 1,330点 3 1又は2以外の場合 950点	E202【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 1,600点(改) 2 1.5テスラ以上の機器による場合 1,330点 3 1又は2以外の場合 920点(改)

電子画像管理加算（画像診断通則）

エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料

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

改定前	改定後
<p>【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】 電子画像管理加算 [算定要件] 画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。</p>	<p>【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】 電子画像管理加算 [算定要件] 画像を電子化して管理及び保存した場合とは、<u>デジタル撮影した</u>画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。</p>

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合を保険医療から外した

改定前	改定後
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料】 (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。

対象となるのは歯周病予防が多いか？

約61億円の軽減を見込む

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

F000調剤料(6)、F100処方料(10)、F200薬剤料(9)、F400処方せん料(5)、F500調剤技術基本料(6)

(6)「注2」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

F100処方料（多剤投与規制）

4つの条件のうちいずれかに該当した場合は減算

改定前	改定後
<p>【処方料】 <u>（新規）</u></p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点 2 1以外の場合 42点</p>	<p>【処方料】</p> <p>1 <u>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 20点(新)</u> 2 <u>1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点</u> 3 <u>1または2以外の場合 42点</u></p>
<p>【処方せん料】 <u>（新規）</u></p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 <u>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 30点(新)</u> 2 <u>1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</u> 3 <u>1または2以外の場合 68点</u></p>
<p>【薬剤料】 <u>（新規）</u></p> <p>注 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>	<p>【薬剤料】</p> <p>注1 <u>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u> 注2 <u>注1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u></p>

※ 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方による減算の除外項目については、他院で多剤処方された患者が受診した場合の一定期間、薬剤を切り替える際の一定期間等とする。

【経過措置】 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方にかかる見直しについては、減薬に必要な期間を設けるため平成26年10月1日より導入する。

抗精神病薬等の多剤処方について減算規定を新設（精神科継続外来支援・指導料については算定しない）

新規記載分抜粋
(青字が新規)

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

F100処方料

(1) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(2) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上又は抗精神病薬を4種類以上投与(以下「向精神薬多剤投与」という。)した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、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か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1ヶ月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、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か月間。(年2回までとする。)この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合。(臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、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して投与期間を計算する。)なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(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として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

① 臨床経験を5年以上有する医師であること。

② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙様式36を参考にすること。

ウ 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別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

(略)

適切な向精神薬使用の推進 薬剤リスト①

抗不安薬	睡眠薬	抗うつ薬
オキサゾラム	ブロモバレリル尿素	クロミプラミン塩酸塩
クロキサゾラム	抱水クロラル	ロフェプラミン塩酸塩
クロラゼブ酸二カリウム	エスタゾラム	トリミプラミンマレイン酸塩
ジアゼパム	フルラゼパム塩酸塩	イミプラミン塩酸塩
フルジアゼパム	ニトラゼパム	アモキサピン
ブロマゼパム	ニメタゼパム	アミトリプチリン塩酸塩
メダゼパム	ハロキサゾラム	ノルトリプチリン塩酸塩
ロラゼパム	トリアゾラム	マプロチリン塩酸塩
アルプラゾラム	フルニトラゼパム	ペモリン
フルタゾラム	ブロチゾラム	ドスレピン塩酸塩
メキサゾラム	ロルメタゼパム	ミアンセリン塩酸塩
トフィソパム	クアゼパム	セチプチリンマレイン酸塩
フルトプラゼパム	アモバルビタール	トラゾドン塩酸塩
クロルジアゼポキシド	バルビタール	フルボキサミンマレイン酸塩
ロフラゼブ酸エチル	フェノバルビタール	ミルナシبران塩酸塩
タンドスピロンクエン酸塩	ペントバルビタールカルシウム	パロキセチン塩酸塩水和物
ヒドロキシジン塩酸塩	トリクロホスナトリウム	塩酸セルトラリン
クロチアゼパム	クロルプロマジン・プロメタジン・フェノバルビタール	ミルタザピン
ヒドロキシジンパモ酸塩	リルマザホン塩酸塩水和物	デュロキセチン塩酸塩
エチゾラム	ゾピクロン	エスシタロプラムシュウ酸塩
ガンマオリザノール	ゾルピデム酒石酸塩	
	エスゾピクロン	ラメルテオン

適切な向精神薬使用の推進 薬剤リスト②

抗精神病薬（○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤）		
<定型薬>		<非定型薬>
クロルプロマジン塩酸塩	ピモジド	○△リスペリドン
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	ゾテピン	○ ケチアピンフマル酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	チミペロン	○ ペロスピロン塩酸塩水和物 (ペロスピロン塩酸塩)
ペルフェナジン（塩酸ペルフェナジン）	ブロムペリドール	○ オランザピン
プロペリシアジン	カルピプラミン塩酸塩水和物	○ アリピプラゾール
トリフロペラジンマレイン酸塩	クロカプラミン塩酸塩水和物	○ ブロナンセリン
フルフェナジンマレイン酸塩	カルピプラミンマレイン酸塩	○ クロザピン
プロクロルペラジンマレイン酸塩	スルトプリド塩酸塩	○ パリペリドン
レボメプロマジン	モサプラミン塩酸塩	○△パリペリドンパルミチン酸エステル
ピパンペロン塩酸塩	ネモナプリド	
オキシペルチン	モペロン塩酸塩	
スピペロン	レセルピン	
スルピリド	△ ハロペリドールデカン酸エステル	
ハロペリドール	△ フルフェナジンデカン酸エステル	

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

以下の場合に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。

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

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



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



G006植込型カテーテルによる中心静脈注射

名称等の見直し

改定前	改定後
<p>【植込型カテーテルによる中心静脈栄養(1日につき)】 (新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>【中心静脈栄養用植込型カテーテル設置】</p>	<p>【植込型カテーテルによる中心静脈注射(1日につき)】</p> <p>1 <u>G001静脈内注射、G004点滴注射、G005中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。</u></p> <p>2 <u>区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</u></p> <p>3 <u>区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</u></p> <p>4 <u>6歳未満の乳幼児に対して行った場合は50点を加算する。</u></p> <p>【中心静脈注射用植込型カテーテル設置(栄養用を含む)】</p>

外来化学療法加算A（注射通則6）

外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にする

- ・投与方法の見直し
- ・対象薬剤の見直し

改定前	改定後
<p>【外来化学療法加算A】 [算定要件] ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。 ② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。 ③ 対象薬剤は、添付文書の「警告」若しくは「重要な基本的注意」欄に「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「Infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発言する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的の阻害する分子標的薬とする。 <u>（新規）</u></p>	<p>【外来化学療法加算A】 [算定要件] ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、<u>悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合に算定する。</u> ② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。 ③ <u>加算の対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。</u> ④ <u>この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。</u></p>

在宅自己注射指導管理料との併算定は不可

外来化学療法加算B（注射通則6）

外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にする

- ・投与方法の見直し
- ・対象薬剤の見直し

改定前	改定後
<p>【外来化学療法加算B】 [算定要件] ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。 ② 外来化学療法加算A以外の抗悪性腫瘍剤を投与した場合に算定する。</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p>	<p>【外来化学療法加算B】 [算定要件] ① 入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。 <u>ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び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</u> <u>イ 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャ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</u> <u>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</u> ② <u>G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。</u> ③ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。</p>

在宅自己注射指導管理料との併算定は不可

疾患別リハビリテーション

評価を充実する

改定前	改定後
H000【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 200点 2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 100点 H002【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点 注5(維持期リハ) イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 158点 ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 149点 ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点 H003【呼吸器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点 2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点 H007【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 6歳未満の患者の場合 220点 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点 3 18歳以上の患者の場合 150点 H007-2【がん患者リハビリテーション料】 (1単位につき) 200点	H000【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 205点(改) 2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 105点(改) H001【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 180点(改) 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点(改) 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点(改) 注5(維持期リハ) イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 163点(改) ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 154点(改) ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点(改) H003【呼吸器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(改) 2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 85点(改) H007【障害児(者)リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 6歳未満の患者の場合 225点(改) 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点(改) 3 18歳以上の患者の場合 155点(改) H007-2【がん患者リハビリテーション料】 (1単位につき) 205点(改)

H002運動器リハビリテーション料（外来患者）

改定前	改定後
<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注2 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する。</p> <p>[運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている医療機関で、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する患者]</p> <p>① 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの</p> <p>② 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者(当該疾患の手術後の患者であって、入院中のものを除く)</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】 <u>(削除)</u></p> <div data-bbox="1170 489 1788 611" style="border: 1px solid black; background-color: #f0e6ff; padding: 5px; margin: 20px auto; width: fit-content;"> <p>外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とした</p> </div>

H001脳血管疾患等リハビリテーション

廃用症候群への
対応

改定前	改定後
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(1単位) イ ロ以外の場合 245点 ロ 廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)(1単位) イ ロ以外の場合 200点 ロ 廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)(1単位) イ ロ以外の場合 100点 ロ 廃用症候群の場合 100点</p> <p>注4 (維持期リハ)</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1) (2)以外の場合 221点 (2) 廃用症候群の場合 212点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1) (2)以外の場合 180点 (2) 廃用症候群の場合 171点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1) (2)以外の場合 90点 (2) 廃用症候群の場合 90点</p> <p>【対象者】(廃用症候群) 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</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(1単位) イ ロ以外の場合 245点 ロ 廃用症候群の場合 <u>180点(改)</u></p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)(1単位) イ ロ以外の場合 200点 ロ 廃用症候群の場合 <u>146点(改)</u></p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)(1単位) イ ロ以外の場合 100点 ロ 廃用症候群の場合 <u>77点(改)</u></p> <p>注4 (維持期リハ)</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1) (2)以外の場合 221点 (2) 廃用症候群の場合 <u>162点(改)</u></p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1) (2)以外の場合 180点 (2) 廃用症候群の場合 <u>131点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1) (2)以外の場合 90点 (2) 廃用症候群の場合 <u>69点(改)</u></p> <p>【対象者】(廃用症候群) 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(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。)</p>

廃用症候群に対するリハビリテーションの定義を明確にした

H001, H002維持期リハビリテーション

医療保険における維持期リハビリテーションの算定を平成27年度まで延長する

改定前	改定後
<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】(維持期リハ) 注4 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。ただし、要介護被保険者等については原則として平成26年4月1日以降は対象とはならないものとする。</p> <p>(新設)</p>	<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】(維持期リハ) 注4 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。ただし、<u>要介護被保険者等であって入院中の患者以外の者</u>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。</p> <p>注5 <u>注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)</u>に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、<u>所定点数の100分の90に相当する点数</u>により算定する。</p> <p>※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。</p>

要介護被保険者等の入院中の患者は、経過措置の対象患者から除く

介護保険への移行促進

B005-1-3介護保険リハビリテーション移行支援料

改定後

(新設)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)

[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。

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

B005-1-3介護保険リハビリテーション移行支援料

(1) 介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション(区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注4」、「注5」及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注4」、「注5」に規定するものをいう。)を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、適切な介護保険によるリハビリテーション(介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第5項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。)へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書(ケアプラン)作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間(「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」(平成24年3月30日保医発033010)の第4の8に規定する2月間をいう。)は、当該支援料を算定できない。

(2) 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書(ケアプラン)の写しを診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。

(3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

早期リハビリテーション加算・初期加算①

地域連携診療計画管理料の対象疾患である脳卒中(脳血管疾患等リハビリテーション料)及び大腿骨頸部骨折(運動器リハビリテーション料)については初期加算、早期リハビリテーション加算を、退院後の外来でも算定可能とする。

改定前	改定後
<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注2(1単位につき) 早期リハビリテーション加算 30点 [算定要件] 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3(1単位につき) 初期加算 45点 [算定要件] 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注2(1単位につき) 早期リハビリテーション加算 30点 [算定要件] 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの(脳卒中のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る)に限る)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3(1単位につき) 初期加算 45点 [算定要件] 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの(脳卒中のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る)に限る)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>

地域連携パスの対象疾患

早期リハビリテーション加算・初期加算②

改定前	改定後
<p>【運動器リハビリテーション料】 注3(1単位につき) 早期リハビリテーション加算 30点 【算定要件】 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: center;">地域連携パスの対象疾患</p> <p>注4(1単位につき) 初期加算 45点 【算定要件】 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注3(1単位につき) 早期リハビリテーション加算 30点 【算定要件】 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの(大腿骨頸部骨折のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る)に限る)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4(1単位につき) 初期加算 45点 【算定要件】 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの(大腿骨頸部骨折のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る)に限る)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>

入院時訪問指導加算 (H003-2リハビリテーション総合計画評価料)

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

改定後

リハビリテーション総合計画評価料

注2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者(区分番号A308に掲げる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限る。)の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。

(新設)入院時訪問指導加算 150点(入院中1回)

[算定要件]

- ① 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等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する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。

入院中に算定する在宅関連点数

H003-3リハビリテーション総合計画提供料

リハビリテーション総合計画を外来のリハビリテーションを提供する別の医療機関へ提供した場合の加算を新設

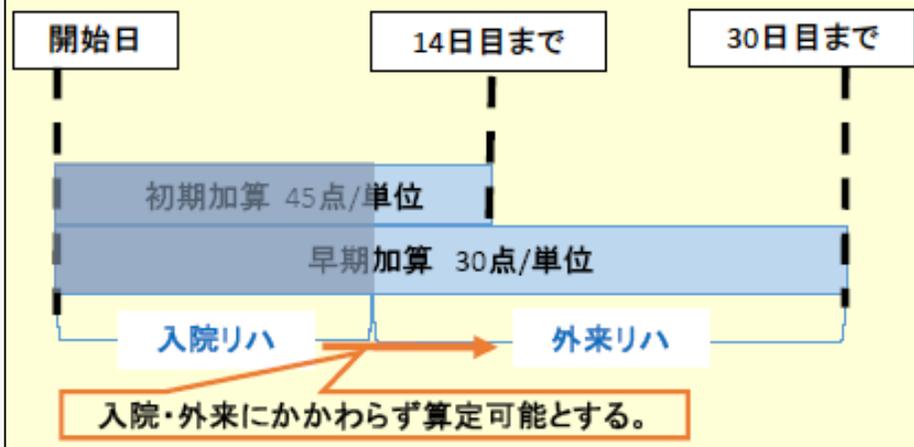
改定後

(新設)リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)

[算定要件]

入院中にリハビリテーション総合計画評価料を算定し、退院時において地域連携診療計画管理料を算定した患者について、地域連携診療計画に基づき、退院後の治療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文書により提供した場合に、発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り、退院時に1回に限り所定点数に加算する。

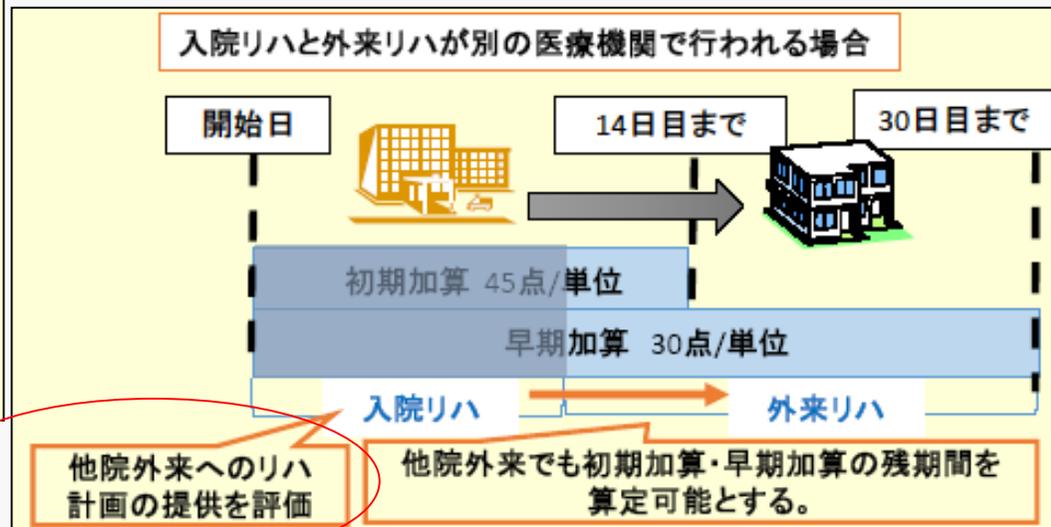
入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

地域連携パスの対象疾患

入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



リハビリの連携点数 (早期退院支援)

経口摂取回復促進加算（H004摂食機能療法）

経口摂取回復の実績が高い場合の摂食機能療法の評価を見直す

改定後

摂食機能療法

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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

（新設）経口摂取回復促進加算 185点

【算定要件】

- ① **鼻腔栄養又は胃瘻**の状態の患者に対して、月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査を実施した結果に基づいて、カンファレンス等を行い、その結果に基づいて摂食機能療法を実施した場合に、摂食機能療法に加算する。
- ② 治療開始日から起算して6月以内に限り加算する。
- ③ 実施した嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査の費用は所定点数に含まれる。

【施設基準】

- ① 新規の胃瘻造設患者と他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間2名以上いること。
- ② 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下のア又はイに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の35%以上について、1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させていること。
 - ア) 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者
 - イ) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者
- ③ 摂食機能療法に専従の言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ④ ②の基準について、新規に届出を行う場合は、届出前3月の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

H007-3認知症患者リハビリテーション料

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

- ・認知症治療病棟入院料を算定する患者
- ・認知症の専門医療機関に入院している重度の認知症患者

改定後

(新設)認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

[算定要件]

- ① 認知症治療病棟入院料等を算定する患者又は認知症の専門医療機関に入院している重度の認知症患者に対し、入院した日から1月以内に限り週3日を限度として、1回20分以上施行した場合に算定。
- ② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行う。
- ③ 患者数は、従事者1人につき1日18人を限度とする。
- ④ 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関内に、認知症患者の診療の経験を5年以上有する専任の常勤医師又は認知症リハビリテーションに係る研修を終了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関内に、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上勤務していること。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

H007-3認知症患者リハビリテーション料

(1) 認知症患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、重度認知症の患者(区分番号「A314」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している患者に限る。)に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合について算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成26年3月5日保医発0305第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。また、ここでいう認知症疾患医療センターとは、「認知症対策総合支援事業の実施について」(平成25年7月4日老発0704第1号老健局長通知)に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

(2) 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(3) 認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者1人につき1日18人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。

(4) 認知症患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。

(5) 認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

1002通院・在宅精神療法

在宅精神療法の長時間の診療の評価を新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】(1回につき)</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】(1回につき)</p> <p>1 <u>通院精神療法</u></p> <p>イ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が<u>通院精神療法</u>を行った場合 <u>600点(改)</u></p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>2 <u>在宅精神療法</u></p> <p>イ <u>区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が在宅精神療法を行った場合 600点(改)</u></p> <p>ロ <u>イ以外の場合で、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等が在宅精神療法を行った場合(60分以上の場合に限る) 540点(新)</u></p> <p>ハ <u>イ、ロ以外の場合</u></p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p>

通院と在宅に分けて、長時間を評価

1002通院・在宅精神療法、1004心身医学療法

精神疾患以外で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にした

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(初診の日から起算して1年以内(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)は、所定点数に200点を加算する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)は、350点を所定点数に加算する。</p>

20歳未満加算の評価を充実

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 200点 [算定要件] 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。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 350点(改) [算定要件] 20歳未満の患者に対して、<u>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</u>、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。</p>
<p>【心身医学療法】注5加算 100分の100に相当する点数 [算定要件] 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。</p>	<p>【心身医学療法】注5加算 100分の200に相当する点数(改) [算定要件] 20歳未満の患者に対して、<u>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</u>、心身医学療法を行った場合に、算定する。</p>

1002-2精神科継続外来支援・指導料

改定前	改定後
<p>【精神科継続外来支援・指導料】 注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬又は3種類以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】 注2 当該患者に対して、1回の処方において、<u>3種類以上</u>の抗不安薬、<u>3種類以上</u>の睡眠薬、<u>4種類以上</u>の抗うつ薬又は<u>4種類以上</u>の抗精神病薬を投与した場合は算定しない。</p>

抗精神病薬等の多剤処方についての規定を見直し
(処方料、処方せん料、薬剤料については減額)

精神科デイ・ケア等

1008-2精神科ショート・ケア、1009精神科デイ・ケア
1010精神科ナイト・ケア、1010-2精神科デイ・ナイト・ケア

精神科デイ・ケア等を一定期間以上利用している患者の評価を見直す

改定前	改定後
<p>【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】(1日につき)</p> <p>[算定要件] 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>	<p>【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】(1日につき)</p> <p>[算定要件] 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年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>

手段的日常生活動作(IADL)のデータに基づき
(一定期間でほぼ横ばいとなる)

1012精神科訪問看護・指導料

2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定
3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定

改定前	改定後
<p>【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】</p> <p>1 保健師等、助産師又は看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで30分以上 445点 ロ 週3日目まで30分未満 340点 ハ 週4日目以降30分以上 545点 ニ 週4日目以降30分未満 415点 (新設)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで30分以上 395点 ロ 週3日目まで30分未満 300点 ハ 週4日目以降30分以上 495点 ニ 週4日目以降30分未満 375点 (新設)</p> <p style="background-color: #fff2cc; padding: 5px;">保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】</p> <p>1 保健師又は看護師等による場合</p> <p>イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで30分以上 575点(改) (2) 週3日目まで30分未満 440点(改) (3) 週4日目以降30分以上 675点(改) (4) 週4日目以降30分未満 525点(改)</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで30分以上 288点(改) (2) 週3日目まで30分未満 220点(改) (3) 週4日目以降30分以上 338点(改) (4) 週4日目以降30分未満 263点(改)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで30分以上 525点(改) (2) 週3日目まで30分未満 400点(改) (3) 週4日目以降30分以上 625点(改) (4) 週4日目以降30分未満 485点(改)</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで30分以上 263点(改) (2) 週3日目まで30分未満 200点(改) (3) 週4日目以降30分以上 313点(改) (4) 週4日目以降30分未満 243点(改)</p>

精神科複数回訪問加算 (I012精神科訪問看護・指導料)

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合の加算を新設

改定後

(新設)精神科複数回訪問加算 450点(1日に2回)

(新設)精神科複数回訪問加算 800点(1日に3回以上)

[算定要件]

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者であること。

1016精神科重症患者早期集中支援管理料①

改定後

(新設)精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回)

- 1 保険医療機関が単独で実施する場合
 - イ 同一建物居住者以外の場合 1,800点
 - 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
 - (2) (1)以外の場合 450点
- 2 訪問看護ステーションと連携して実施する場合
 - イ 同一建物居住者以外の場合 1,480点
 - 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 740点
 - (2) (1)以外の場合 370点

病状が不安定な患者(長期入院後の退院患者、入退院を繰り返す患者)の地域移行を進めるため、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

[対象患者]

以下のすべてを満たす者。

- ① 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2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。
- ② 1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※。
(※ 直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者)
- ③ 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。
- ④ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ⑤ 障害福祉サービスを利用していない者。

1016精神科重症患者早期集中支援管理料②

多職種チーム

【施設基準】

- ① 当該保険医療機関内(訪問看護ステーションと連携した場合は連携する訪問看護ステーションを含む)に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。また、いずれか1人は専従であること。
- ② 上記4名を含む多職種会議を週1回以上開催すること。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。
- ③ 24時間往診及び看護師又は保健師による訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④ 以下のア、イ、ウのすべてを満たすこと。
 - ア) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行う。
 - イ) 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、aからcまでの要件を合計して年6回以上行う。
 - a. 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応する。
 - b. 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を行う。
 - c. 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。
 - ウ) 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、a又はbのいずれかの要件を満たす。
 - a. 時間外対応加算1の届出を行っている。
 - b. 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

I016精神科重症患者早期集中支援管理料

(1) 精神科重症患者早期集中支援管理料は、長期入院患者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者の退院後早期において、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであり、直近の退院から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、「認知症である老人の日常生活自律度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号)におけるランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

(2) ここでいう長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者とは、以下のいずれにも該当する患者であること。
ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者(入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。)

イ 統合失調症、統合失調型障害又は妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成26年3月5日保医発0305第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。)

ウ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者

エ 障害福祉サービスを利用していない者(ここでいう障害福祉サービスとは、障害者総合支援法第5条の1に規定する障害福祉サービス(居宅介護、重度訪問介護、自立訓練(訪問による生活訓練に限る。))を除く。)、第5条の19に規定する地域移行支援及び第5条の20に規定する地域定着支援をいう。)

(3) 計画的な医学管理については、別紙様式41又はこれに準じた様式を用いて支援計画書を月1回以上作成し、支援計画書の写しを診療録に添付すること。

(4) 精神科重症患者早期集中支援管理料1は、当該保険医療機関単独で以下のすべてを実施する場合に算定する。

ア 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各1名以上からなる専任のチームを設置すること。また、いずれか1名以上は専従であること。

イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導(うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること)を行うこと。

ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。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。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(5) 精神科重症患者早期集中支援管理料2は、以下のすべてを実施する場合に算定する。

ア 連携する訪問看護ステーションと併せて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各1名以上からなる専任のチームを設置すること。また、当該チームには、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか1名以上参加しており、かつ、いずれか1名以上は当該保険医療機関において専従であること。

イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療を行うこと。また、連携する訪問看護ステーションと併せて週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導(うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること。)を行うこと。

ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。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。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該カンファレンスには、訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士がいずれか1名以上参加していること。

エ 連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。

(6) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と署名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを添付すること。

(7) 特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定すること。

(8) 連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料は算定できない。

(9) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科重症患者早期集中支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する。

J038人工腎臓

改定前	改定後
【人工腎臓】 (1日につき) 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	【人工腎臓】 (1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,030点(改) ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,195点(改) ハ 5時間以上の場合 2,330点(改) 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,245点(改)

薬剤の費用が包括されていることから、薬価引き下げ分及び低価格品の使用を踏まえて見直す

J039血漿交換療法

血漿交換療法の要件に、溶血性尿毒症症候群をガイドライン等に基づき規定する

改定前	改定後
【血漿交換療法】 (1日につき) (新規)	【血漿交換療法】 (1日につき) <u>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。</u>

休日・時間外・深夜加算①

手術・処置の休日・時間外・深夜の対応を評価する

改定後

手術

- (新設)休日加算1 160/100
- (新設)時間外加算1 80/100
- (新設)深夜加算1 160/100

処置(1,000点以上に限る。)

- (新設)休日加算1 160/100
- (新設)時間外加算1 80/100
- (新設)深夜加算1 160/100

※ 従来の加算については加算「2」とする。

[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 入院中の患者以外の患者に対しては、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ア) 休日加算、時間外加算、深夜加算の算定できる初診又は再診に引き続いて行われた緊急手術又は緊急処置の場合
 - イ) 初診又は再診から8時間以内に緊急手術又は緊急処置を行う場合であって、その開始時間(手術の場合は執刀した時間をいう。)が、休日、時間外(医療機関が表示する診療時間外をいう。)又は深夜であるもの
- ③ 入院中の患者に対しては、症状の急変により、緊急手術又は緊急処置を行った場合に算定でき、休日加算又は深夜加算のみ算定できる。

休日・時間外・深夜加算②

【施設基準】

- ① 術者、第一助手について、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。（ただし、年12回に限り実施していない日があってもよい。）
- ② 交代勤務制の実施または時間外・休日・深夜の手術・処置の実施に係る医師の手当支給を実施していること。（チーム制（数名のチームにつき、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ており、緊急呼び出し当番の翌日は休日としていることをいう。）の場合も交代勤務制を実施していると見なす。）
- 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。
- ④ 下記のア～ウ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、地域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。
（計画に含まれる内容）
 - ・役割分担の具体的内容
（計画に含まれることが望ましい内容）
 - ・医師事務作業補助者の配置
 - ・短時間正規雇用医師の活用
 - ・地域の他の保険医療機関との連携体制
 - ・外来縮小の取組 等

手術
個々点数の例

K000創傷処理

K000-2小児創傷処理

「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

改定前	改定後
<p>【創傷処理】 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。</p> <p>【小児創傷処理】(6歳未満) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。</p>	<p>【創傷処理】 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。<u>なお、ここで筋肉、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を行った場合をいう。</u></p> <p>【小児創傷処理】(6歳未満) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。<u>なお、ここで筋肉、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を行った場合をいう。</u></p>

K546経皮的冠動脈形成術

K549経皮的冠動脈ステント留置術

手術
個々点数の例

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を分ける

改定前	改定後
【経皮的冠動脈形成術】 22,000点	【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(新) 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点(新) 3 1、2以外のもの 19,300点(新)
【経皮的冠動脈ステント留置術】 24,380点	【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(新) 2 不安定狭心症に対するもの 24,380点(新) 3 1、2以外のもの 21,680点(新)

K664胃瘻造設術、K665-2胃瘻拔去術

改定前

【胃瘻造設術】 10,070点

【算定要件】

胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について説明を行うこと。

(新規)

【施設基準】

(新規)

手術

個々点数の例

胃瘻造設術の評価を見直す
(改定の前後でほぼ半減)

【経過措置】 平成27年3月31日までの間は、上記の基準を満たしているものとする。

改定後

【胃瘻造設術】 6,070点(改)

【算定要件】

① 胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について、患者及び家族への説明を行うこと。

② 胃瘻造設後、他の保険医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能訓練等の必要性、実施すべき内容、嚥下機能評価の結果、家族への説明内容等を情報提供すること。

【施設基準】

以下の①又は②のいずれかを満たす場合は、所定点数による算定とする。満たさない場合は、所定点数の80/100に相当する点により算定する。

① 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く年間の胃瘻造設術の実施件数が、50件未満であること。

② 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く年間の胃瘻造設術の実施件数が50件以上かつ、下記のア及びイを満たすこと。

ア 胃瘻造設患者全例に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価検査を行っていること。

イ 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下のa又はbに該当する患者(転院又は退院した患者を含む。)の合計数の35%以上について、1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させていること。

a. 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者

b. 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

(新設)胃瘻拔去術 2,000点

これまで評価が不明確だった技術料を新設

K664胃瘻造設術（計算方法、届出方法等）

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

（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

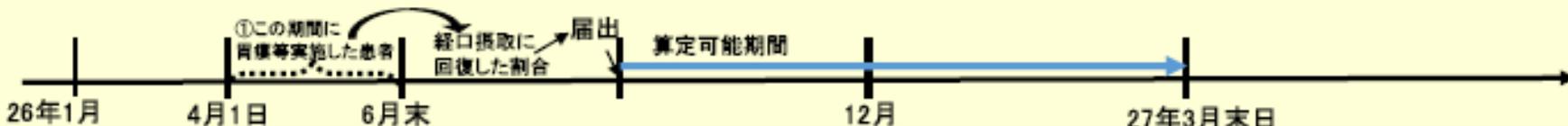
（届出に関する取り扱い）

【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



【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)



K939画像等手術支援加算

画像等手術支援加算の定義を明確化する

改定前	改定後
<p>【画像等手術支援加算】 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。</p>	<p>【画像等手術支援加算】 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、<u>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</u>で、手術を補助する目的で用いることをいう。</p>

K939-5胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設

改定後

(新設)胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点

[算定要件]

- ① 胃瘻造設術を所定点数により算定できる保険医療機関において実施される場合は、所定点数による算定とする。それ以外の保険医療機関に於いて実施される場合は、所定点数の80/100に相当する点により算定する。
- ② 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価検査を実施し、その結果に基づき、胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性や方法、胃瘻抜去又は閉鎖の可能性等について患者又は患者家族に十分に説明・相談を行った上で胃瘻造設を実施した場合に算定する。ただし、内視鏡下嚥下機能評価検査による場合は、実施者は関連学会等が実施する所定の研修を終了しているものとする。
- ③ 嚥下造影、内視鏡下嚥下機能評価検査は別に算定できる。
- ④ 嚥下造影、内視鏡下嚥下機能評価検査を他の保険医療機関に委託した場合も算定可能とする。その場合、患者への説明等の責任の所在を摘要欄に記載することとし、受託側の医療機関は、施設基準(関連学会の講習の修了者の届出等)を満たすこと。

[経過措置]

平成27年3月31日までの間は、上記②のうち研修に係る要件を満たしているものとする。

新規記載分抜粋
(青字が新規)

別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」

K939-5胃瘻造設時嚥下機能評価加算

- (1) 胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性及び方法、胃瘻除去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合(他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。)は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。
- (3) 他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査(関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。)による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。
- (5) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 当該加算を算定した場合であっても、区分番号「E003」の「7」嚥下造影及び区分番号「E298-2」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。
- (7) 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以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。ただし、平成27年3月31日までの間は、所定点数を算定できる。
- (8) 平成27年3月31日までの間は、(2)及び(3)における関連学会が実施する所定の研修を修了しているものとみなすものであること。

新たに施設基準の届出が必要な手術

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

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)
		K664	胃瘻造設術
K281-2	網膜再建術	K699-2	体外衝撃波碎石破砕術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	K755-2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
K546	経皮的冠動脈形成術	K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K627-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術		

医療資源の少ない地域に配慮した評価

改定後	
(新設)地域包括ケア病棟入院料1(特定地域) 2,191点(1日につき)	(+50)消費税分
(新設)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)	(+50)
(新設)地域包括ケア病棟入院料2(特定地域) 1,763点(1日につき)	(+50)
(新設)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)	(+50)

栄養サポートチーム加算(特定地域) 100点 緩和ケア診療加算(特定地域) 200点 (新設)外来緩和ケア管理料(特定地域) 150点 (新設)糖尿病透析予防指導管理料(特定地域) 175点 (新設)褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域) 250点 (新設)退院調整加算(特定地域) <例>(一般病棟14日以内の場合) 170点 等 [施設基準] ① 専従、専任、常勤を緩和する(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	チーム医療等に関する専従要件等は緩和
--	--------------------

夜勤72時間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

改定前	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) 1,103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	【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] <u>一般病棟が</u> 1病棟のものに限る <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>消費税分</td> </tr> <tr> <td>(+18)</td> </tr> <tr> <td>(+15)</td> </tr> </table>	消費税分	(+18)	(+15)
消費税分				
(+18)				
(+15)				

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）

平成26年3月5日「平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)」

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、高島町、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
	杵岐	杵岐市
	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)
	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)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

DPC/PDPSの見直し①

1. 入院基本料等の見直し等の反映

(1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定(改定)において実態に即して反映させる。

(2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準(但し、機能評価係数 I に係るものを除く)については、診療報酬改定前の当該水準に改定率(消費税増税に係る対応分を除いたもの)を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

(3) また、消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

DPC/PDPSの見直し②

2. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

暫定調整係数財源の1/3→機能評価係数Ⅱ

(1) 調整係数の見直しに係る対応

① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め3回の改定を目的に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の50%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

[医療機関Aの暫定調整係数]＝

([医療機関Aの調整係数(※)]－[医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数])×0.5

② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内(医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、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。

推計診療報酬変動率が2.0%を超えて変動しないように医療機関別係数を調整、調整対象病院は101施設を見込む(変動率がプラス2.0%を超える病院が58施設、マイナス2.0%を超える病院が43施設)
(2012年度と同じ対応＝34病院)

DPC/PDPSの見直し③

(2) 基礎係数(医療機関群の設定等)に係る対応

医療機関群については、「DPC病院Ⅰ群」～「DPC病院Ⅲ群」の3群による構成を引き続き維持することとし、「DPC病院Ⅱ群」の選定に係る実績要件について必要な見直しを行う。なお、各要件の基準値(カットオフ値)は、前年度のDPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

従前の評価方法を継続し、その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ⅰに反映させる。

(4) 機能評価係数Ⅱの見直し

- ① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。
- ② 現行の評価項目(6指数)に加え、後発医薬品指数を追加した7指数により評価を行う。また、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数について必要な見直しを行う。
- ③ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。

後発医薬品指数

機能評価係数Ⅱの見直しの概要

① 保険診療指数(現行の「データ提出指数」を見直した指数)

「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。

② 効率性指数(現行の評価方法を継続する。)

③ 複雑性指数(現行の評価方法を継続する。)

④ カバー率指数(現行の評価方法を継続する。)

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。

⑥ 地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価(ポイント制)についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う。

見直し後の体制評価指数(ポイント制)は以下の12項目とし、1項目最大1ポイント、I・II群は合計10ポイント、III群は合計8ポイントを上限値として設定する。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定する。

a. 脳卒中地域連携、b. がん地域連携、c. 地域がん登録、d. 救急医療、e. 災害時における医療、f. へき地の医療、g. 周産期医療、h. がん拠点病院、i. 24時間t-PA体制、j. EMIS(広域災害・救急医療情報システム)、k. 急性心筋梗塞の24時間診療体制(新設)、l. 精神身体合併症の受入体制(新設)

⑦ 後発医薬品指数(新設)

当該医療機関の入院医療で使用される後発医薬品の使用割合(数量ベース)に基づく評価を行う。

DPC/PDPSの見直し④

3. 算定ルール等の見直し

3日以内ルール→7日に

(1) 3日以内に同一疾患により再入院した際に一連と見なすルールについては、当該ルールの適用の対象となる再入院期間を7日に延ばす等、必要な見直しを行う。

持参薬ルール

(2) 持参薬については、予定入院する患者に対し当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、入院中の使用を原則禁止する。

(3) 平成24年改定において高額な薬剤を用いる診断群分類に対し試行的に導入された点数設定方式については、引き続き継続することとし、適用する診断群分類について必要な見直しを行う。

(4) 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」の公開を行う等の対応を行う。

4. 退院患者調査の見直し

外来診療に係るデータの提出については、これまで必須とされていたⅠ群・Ⅱ群病院に加えⅢ群病院においても提出を必須化する、調査項目の見直しを行う等、必要な措置を講ずる。

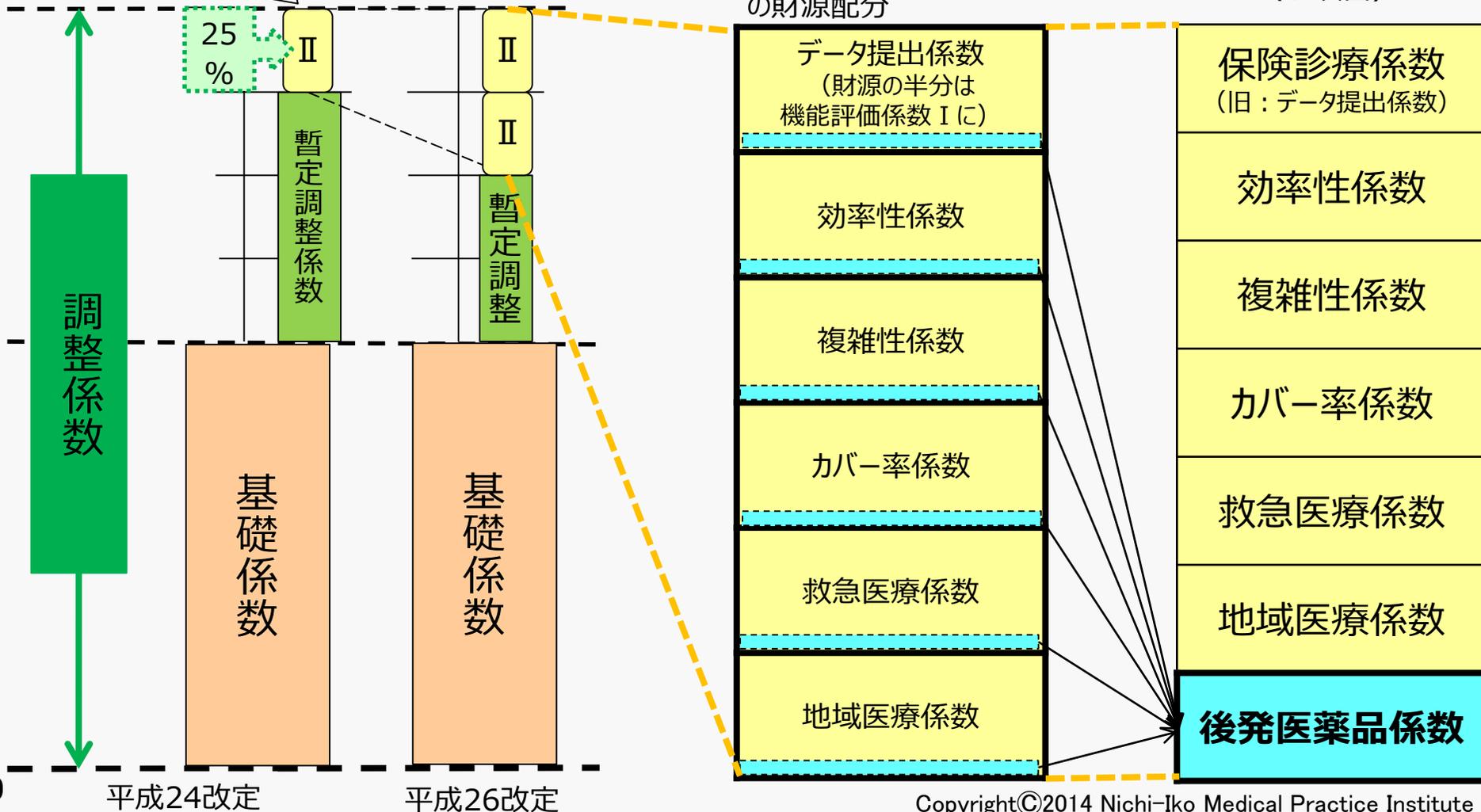
参考

機能評価係数Ⅱの財源は平成26改定で2倍となる。既存係数の配分は1/6から1/7に圧縮され、新設の後発医薬品係数の財源に割り当てられるので、機能評価係数Ⅱの財源の総額は変わりません。

- データ提出係数
- 複雑性係数
- 効率性係数
- カバー率係数
- 地域医療係数
- 救急医療係数

機能評価係数Ⅱが6項目のままだった場合の財源配分

実際の平成26改定(7項目)



参考

機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）

太字は平成26年改定における修正内容

評価対象データは※平成24年10月1日～平成25年9月30日（12ヶ月間）の

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、 質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾</p> <p>ii 様式1とEFファイル 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾</p> <p>iii 様式4とEFファイル 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾</p> <p>iv DファイルとEFファイル 記入されている入院料等の矛盾</p> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（I群のみ） I群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

参考

機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205 救急医療管理加算」 ・「A300 救命救急入院料」 ・「A301 特定集中治療室管理料」 ・「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」 ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」 ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

参考

機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）									
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	以下の指数で構成する。 <table border="1" data-bbox="783 265 1922 591"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 265 1576 318">地域医療指数（内訳）</th> <th data-bbox="1576 265 1922 318">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="783 318 1576 486"> ①体制評価指数 計12項目（各1ポイント） I・II群は評価上限10ポイント III群評価上限8ポイント </td> <td data-bbox="1576 318 1922 486">1/2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 486 1094 539" rowspan="2">②定量評価指数</td> <td data-bbox="1094 486 1576 539">1) 小児（15歳未満）</td> <td data-bbox="1576 486 1922 539">1/4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1094 539 1576 591">2) 上記以外（15歳以上）</td> <td data-bbox="1576 539 1922 591">1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは1/2） 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計12項目、詳細は次ページ以降参照）。 一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値をI・II群は10ポイント、III群は8ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは1）2)それぞれ1/4ずつ 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価。 【評価対象地域の考え方】 DPC病院 I 群及びDPC病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、DPC病院 III 群については2次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア	①体制評価指数 計12項目（各1ポイント） I・II群は評価上限10ポイント III群評価上限8ポイント	1/2	②定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4	2) 上記以外（15歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア										
①体制評価指数 計12項目（各1ポイント） I・II群は評価上限10ポイント III群評価上限8ポイント	1/2										
②定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4									
	2) 上記以外（15歳以上）	1/4									
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）により評価。 （※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。） ※数量ベースで60%を評価上限とする。									

地域医療計画等における一定の役割を12項目で評価（「P」はポイントを表し、1項目1ポイント、但し上限はI・II群は10ポイント、III群は8ポイント）

評価項目(各1P)	DPC病院 I 群及びDPC病院 II 群	DPC病院 III 群
①脳卒中地域連携 (DPC病院 I 群及びDPC病院 II 群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、 〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（II）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 (DPC病院 I 群及びDPC病院 II 群において実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、 〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて0～1P）	
④救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P）

参考

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定 」と「DMATの指定」をそれぞれ評価（0.5Pずつ） （※）平成27年度以降に導入すること平成26年度以降検討する	「災害拠点病院又は 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定 」又は「DMATの指定」の有無を評価（いずれかで1P） （※）平成27年度以降に導入することを平成26年度以降検討する
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）	
⑦周産期医療	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで1P）
⑧がん拠点病院	・「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「 小児がん拠点病院の指定 」を重点的に評価（1P） ・「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P）準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、「 小児がん拠点病院の指定 」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで1P） ※都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。（今後「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成27年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを平成26年度以降検討する。）
⑨24時間tPA体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

参考

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①急性心筋梗塞の24時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて0～1P）	
②精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）	

【補足】体制に係る指定要件については、平成25年9月30日までに指定を受けていること（平成25年10月1日付の指定を含む）を要件とする。

明細書の無料発行の促進

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関(400床以上のものに限る。)及び保険薬局については、例外なく、平成26年4月より、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していく。

1. レセプトの電子請求を行っている 400床未満の病院については、平成27年度末まで2年間の猶予期間を設けた上で、「正当な理由」による例外(レセプトコンピュータあるいは自動入金機の改修が必要な場合)を認めないこととする。
2. 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。
3. 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。

消費税率8%への引上げに伴う対応

診療所については、初・再診料及び有床診療所入院基本料を引き上げる。

病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料等において引き上げるとともに、残りの財源により入院料を引き上げる。

改定前	点数	改定後	点数	消費税 対応分
初診料	270	初診料	282	12
(同一日2科目)	135	(同一日2科目)	141	6
(紹介のない場合)	200	(紹介のない場合)	209	9
(同一日2科目・紹介のない場合)	100	(同一日2科目・紹介のない場合)	104	4
(新設)		(妥結率が低い場合)	209	9
(新設)		(同一日2科目・妥結率が低い場合)	104	4
再診料	69	再診料	72	3
(同一日2科目)	34	(同一日2科目)	36	2
(新設)		(妥結率が低い場合)	53	2
(新設)		(同一日2科目・妥結率が低い場合)	26	1
外来診療料	70	外来診療料	73	3
(同一日2科目)	34	(同一日2科目)	36	2
(紹介のない場合)	52	(紹介のない場合)	54	2
(同一日2科目・紹介のない場合)	25	(同一日2科目・紹介のない場合)	26	1
(新設)		(妥結率が低い場合)	54	2
(新設)		(同一日2科目・妥結率が低い場合)	26	1
小児科外来診療料 (1日につき)		小児科外来診療料 (1日につき)		
1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合		1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合		
イ 初診時	560	イ 初診時	572	12
ロ 再診時	380	ロ 再診時	383	3
2 1以外の場合		2 1以外の場合		
イ 初診時	670	イ 初診時	682	12
ロ 再診時	490	ロ 再診時	493	3
(新設)		地域包括診療料	1,503	3

一般病棟入院基本料（1日につき）	
1 7対1入院基本料	1,566
2 10対1入院基本料	1,311
3 13対1入院基本料	1,103
4 15対1入院基本料	945
5 特別入院基本料	575
6 特定入院基本料	939
7 特定入院基本料（特別入院基本料等算定患者）	790
療養病棟入院基本料（1日につき）	
1 療養病棟入院基本料1	
イ 入院基本料A	1,769
（生活療養を受ける場合）	1,755
ロ 入院基本料B	1,716
（生活療養を受ける場合）	1,702
ハ 入院基本料C	1,435
（生活療養を受ける場合）	1,421
ニ 入院基本料D	1,380
（生活療養を受ける場合）	1,366
ホ 入院基本料E	1,353
（生活療養を受ける場合）	1,339
ヘ 入院基本料F	1,202
（生活療養を受ける場合）	1,188
ト 入院基本料G	945
（生活療養を受ける場合）	931
チ 入院基本料H	898
（生活療養を受ける場合）	884
リ 入院基本料I	796
（生活療養を受ける場合）	782
2 療養病棟入院基本料2	
イ 入院基本料A	1,706
（生活療養を受ける場合）	1,692

一般病棟入院基本料（1日につき）		
1 7対1入院基本料	1,591	25
2 10対1入院基本料	1,332	21
3 13対1入院基本料	1,121	18
4 15対1入院基本料	960	15
5 特別入院基本料	584	9
6 特定入院基本料	966	27
7 特定入院基本料（特別入院基本料等算定患者）	812	22
療養病棟入院基本料（1日につき）		
1 療養病棟入院基本料1		
イ 入院基本料A	1,810	41
（生活療養を受ける場合）	1,795	40
ロ 入院基本料B	1,755	39
（生活療養を受ける場合）	1,741	39
ハ 入院基本料C	1,468	33
（生活療養を受ける場合）	1,454	33
ニ 入院基本料D	1,412	32
（生活療養を受ける場合）	1,397	31
ホ 入院基本料E	1,384	31
（生活療養を受ける場合）	1,370	31
ヘ 入院基本料F	1,230	28
（生活療養を受ける場合）	1,215	27
ト 入院基本料G	967	22
（生活療養を受ける場合）	952	21
チ 入院基本料H	919	21
（生活療養を受ける場合）	904	20
リ 入院基本料I	814	18
（生活療養を受ける場合）	800	18
2 療養病棟入院基本料2		
イ 入院基本料A	1,745	39
（生活療養を受ける場合）	1,731	39

□ 入院基本料B	1,653	□ 入院基本料B	1,691	38
(生活療養を受ける場合)	1,639	(生活療養を受ける場合)	1,677	38
ハ 入院基本料C	1,372	ハ 入院基本料C	1,403	31
(生活療養を受ける場合)	1,358	(生活療養を受ける場合)	1,389	31
ニ 入院基本料D	1,317	ニ 入院基本料D	1,347	30
(生活療養を受ける場合)	1,303	(生活療養を受ける場合)	1,333	30
ホ 入院基本料E	1,290	ホ 入院基本料E	1,320	30
(生活療養を受ける場合)	1,276	(生活療養を受ける場合)	1,305	29
ヘ 入院基本料F	1,139	ヘ 入院基本料F	1,165	26
(生活療養を受ける場合)	1,125	(生活療養を受ける場合)	1,151	26
ト 入院基本料G	882	ト 入院基本料G	902	20
(生活療養を受ける場合)	868	(生活療養を受ける場合)	888	20
チ 入院基本料H	835	チ 入院基本料H	854	19
(生活療養を受ける場合)	821	(生活療養を受ける場合)	840	19
リ 入院基本料I	733	リ 入院基本料I	750	17
(生活療養を受ける場合)	719	(生活療養を受ける場合)	735	16
3 特別入院基本料	563	3 特別入院基本料	576	13
(生活療養を受ける場合)	549	(生活療養を受ける場合)	562	13
結核病棟入院基本料 (1日につき)		結核病棟入院基本料 (1日につき)		
1 7対1入院基本料	1,566	1 7対1入院基本料	1,591	25
2 10対1入院基本料	1,311	2 10対1入院基本料	1,332	21
3 13対1入院基本料	1,103	3 13対1入院基本料	1,121	18
4 15対1入院基本料	945	4 15対1入院基本料	960	15
5 18対1入院基本料	809	5 18対1入院基本料	822	13
6 20対1入院基本料	763	6 20対1入院基本料	775	12
7 特別入院基本料	550	7 特別入院基本料	559	9
精神病棟入院基本料 (1日につき)		精神病棟入院基本料 (1日につき)		
1 10対1入院基本料	1,251	1 10対1入院基本料	1,271	20
2 13対1入院基本料	931	2 13対1入院基本料	946	15
3 15対1入院基本料	811	3 15対1入院基本料	824	13
4 18対1入院基本料	723	4 18対1入院基本料	735	12
5 20対1入院基本料	669	5 20対1入院基本料	680	11
6 特別入院基本料 550点	550	6 特別入院基本料 550点	559	9

特定機能病院入院基本料（1日につき）		特定機能病院入院基本料（1日につき）	
1 一般病棟の場合		1 一般病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,566	イ 7対1入院基本料	1,599 33
ロ 10対1入院基本料	1,311	ロ 10対1入院基本料	1,339 28
2 結核病棟の場合		2 結核病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,566	イ 7対1入院基本料	1,599 33
ロ 10対1入院基本料	1,311	ロ 10対1入院基本料	1,339 28
ハ 13対1入院基本料	1,103	ハ 13対1入院基本料	1,126 23
ニ 15対1入院基本料	945	ニ 15対1入院基本料	965 20
3 精神病棟の場合		3 精神病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,322	イ 7対1入院基本料	1,350 28
ロ 10対1入院基本料	1,251	ロ 10対1入院基本料	1,278 27
ハ 13対1入院基本料	931	ハ 13対1入院基本料	951 20
ニ 15対1入院基本料	850	ニ 15対1入院基本料	868 18
専門病院入院基本料（1日につき）		専門病院入院基本料（1日につき）	
1 7対1入院基本料	1,566	1 7対1入院基本料	1,591 25
2 10対1入院基本料	1,311	2 10対1入院基本料	1,332 21
3 13対1入院基本料	1,103	3 13対1入院基本料	1,121 18
障害者施設等入院基本料（1日につき）		障害者施設等入院基本料（1日につき）	
1 7対1入院基本料	1,566	1 7対1入院基本料	1,588 22
2 10対1入院基本料	1,311	2 10対1入院基本料	1,329 18
3 13対1入院基本料	1,103	3 13対1入院基本料	1,118 15
4 15対1入院基本料	965	4 15対1入院基本料	978 13
有床診療所入院基本料（1日につき）		有床診療所入院基本料（1日につき）	
(新設)		1 有床診療所入院基本料1	
(新設)		イ 14日以内の期間	861 15
(新設)		ロ 15日以上30日以内の期間	669 12
(新設)		ハ 31日以上30日以内の期間	567 10
(新設)		2 有床診療所入院基本料2	
(新設)		イ 14日以内の期間	770 13
(新設)		ロ 15日以上30日以内の期間	578 10
(新設)		ハ 31日以上30日以内の期間	521 9

(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
1 有床診療所入院基本料1	
イ 14日以内の期間	771
ロ 15日以上30日以内の期間	601
ハ 31日以上	511
2 有床診療所入院基本料2	
イ 14日以内の期間	691
ロ 15日以上30日以内の期間	521
ハ 31日以上	471
3 有床診療所入院基本料3	
イ 14日以内の期間	511
ロ 15日以上30日以内の期間	381
ハ 31日以上	351

有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき)	
1 入院基本料A	986
(生活療養を受ける場合)	972
2 入院基本料B	882
(生活療養を受ける場合)	868
3 入院基本料C	775
(生活療養を受ける場合)	761
4 入院基本料D	613
(生活療養を受ける場合)	599
5 入院基本料E	531
(生活療養を受ける場合)	517
6 特別入院基本料	450
(生活療養を受ける場合)	436

救命救急入院料 (1日につき)	
1 救命救急入院料1	
イ 3日以内の期間	9,711
ロ 4日以上7日以内の期間	8,786
ハ 8日以上14日以内の期間	7,501

3 有床診療所入院基本料3		
イ 14日以内の期間	568	10
ロ 15日以上30日以内の期間	530	7
ハ 31日以上	500	7
4 有床診療所入院基本料4		
イ 14日以内の期間	775	15
ロ 15日以上30日以内の期間	602	12
ハ 31日以上	510	10
5 有床診療所入院基本料5		
イ 14日以内の期間	693	13
ロ 15日以上30日以内の期間	520	10
ハ 31日以上	469	9
6 有床診療所入院基本料6		
イ 14日以内の期間	511	10
ロ 15日以上30日以内の期間	477	7
ハ 31日以上	450	7

有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき)		
1 入院基本料A	994	19
(生活療養を受ける場合)	980	19
2 入院基本料B	888	17
(生活療養を受ける場合)	874	17
3 入院基本料C	779	15
(生活療養を受ける場合)	765	15
4 入院基本料D	614	12
(生活療養を受ける場合)	599	11
5 入院基本料E	530	10
(生活療養を受ける場合)	516	10
6 特別入院基本料	459	9
(生活療養を受ける場合)	444	8

救命救急入院料 (1日につき)		
1 救命救急入院料1		
イ 3日以内の期間	9,869	158
ロ 4日以上7日以内の期間	8,929	143
ハ 8日以上14日以内の期間	7,623	122

2 救命救急入院料2	
イ 3日以内の期間	11,211
ロ 4日以上7日以内の期間	10,151
ハ 8日以上14日以内の期間	8,901
3 救命救急入院料3	
イ 救命救急入院料	
(1) 3日以内の期間	9,711
(2) 4日以上7日以内の期間	8,786
(3) 8日以上14日以内の期間	7,501
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1) 3日以内の期間	9,711
(2) 4日以上7日以内の期間	8,786
(3) 8日以上60日以内の期間	7,901
4 救命救急入院料4	
イ 救命救急入院料	
(1) 3日以内の期間	11,211
(2) 4日以上7日以内の期間	10,151
(3) 8日以上14日以内の期間	8,901
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1) 3日以内の期間	11,211
(2) 4日以上7日以内の期間	10,151
(3) 8日以上14日以内の期間	8,901
(4) 15日以上60日以内の期間	7,901

特定集中治療室管理料 (1日につき)	
(新設)	

2 救命救急入院料2		
イ 3日以内の期間	11,393	182
ロ 4日以上7日以内の期間	10,316	165
ハ 8日以上14日以内の期間	9,046	145
3 救命救急入院料3		
イ 救命救急入院料		
(1) 3日以内の期間	9,869	158
(2) 4日以上7日以内の期間	8,929	143
(3) 8日以上14日以内の期間	7,623	122
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1) 3日以内の期間	9,869	158
(2) 4日以上7日以内の期間	8,929	143
(3) 8日以上60日以内の期間	8,030	129
4 救命救急入院料4		
イ 救命救急入院料		
(1) 3日以内の期間	11,393	182
(2) 4日以上7日以内の期間	10,316	165
(3) 8日以上14日以内の期間	9,046	145
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1) 3日以内の期間	11,393	182
(2) 4日以上7日以内の期間	10,316	165
(3) 8日以上14日以内の期間	9,046	145
(4) 15日以上60日以内の期間	8,030	129

特定集中治療室管理料 (1日につき)		
1 特定集中治療室管理料1		
イ 7日以内の期間	13,650	150
ロ 8日以上14日以内の期間	12,126	126
2 特定集中治療室管理料2		
イ 特定集中治療室管理料		
(1) 7日以内の期間	13,650	150
(2) 8日以上14日以内の期間	12,126	126
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1) 7日以内の期間	13,650	150
(2) 8日以上60日以内の期間	12,319	129

1 特定集中治療室管理料1		3 特定集中治療室管理料3		
イ 7日以内の期間	9,211	イ 7日以内の期間	9,361	150
ロ 8日以上14日以内の期間	7,711	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837	126
2 特定集中治療室管理料2		4 特定集中治療室管理料4		
イ 特定集中治療室管理料		イ 特定集中治療室管理料		
(1) 7日以内の期間	9,211	(1) 7日以内の期間	9,361	150
(2) 8日以上14日以内の期間	7,711	(2) 8日以上14日以内の期間	7,837	126
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1) 7日以内の期間	9,211	(1) 7日以内の期間	9,361	150
(2) 8日以上60日以内の期間	7,901	(2) 8日以上60日以内の期間	8,030	129
ハイケアユニット入院医療管理料 (1日につき)	4,511	ハイケアユニット入院医療管理料 (1日につき)		
		1 ハイケアユニット入院医療管理料1	6,584	73
		2 ハイケアユニット入院医療管理料2	4,084	73
		(経過措置)	4,584	73
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (1日につき)	5,711	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (1日につき)	5,804	93
小児特定集中治療室管理料 (1日につき)		小児特定集中治療室管理料 (1日につき)		
1 7日以内の期間	15,500	1 7日以内の期間	15,752	252
2 8日以上14日以内の期間	13,500	2 8日以上14日以内の期間	13,720	220
新生児特定集中治療室管理料 (1日につき)		新生児特定集中治療室管理料 (1日につき)		
1 新生児特定集中治療室管理料1	10,011	1 新生児特定集中治療室管理料1	10,174	163
2 新生児特定集中治療室管理料2	6,011	2 新生児特定集中治療室管理料2	8,109	98
総合周産期特定集中治療室管理料 (1日につき)		総合周産期特定集中治療室管理料 (1日につき)		
1 母体・胎児集中治療室管理料	7,011	1 母体・胎児集中治療室管理料	7,125	114
2 新生児集中治療室管理料	10,011	2 新生児集中治療室管理料	10,174	163
新生児治療回復室入院医療管理料 (1日につき)	5,411	新生児治療回復室入院医療管理料 (1日につき)	5,499	88
一類感染症患者入院医療管理料 (1日につき)		一類感染症患者入院医療管理料 (1日につき)		
1 7日以内の期間	8,901	1 7日以内の期間	9,046	145
2 8日以上14日以内の期間	7,701	2 8日以上14日以内の期間	7,826	125
特殊疾患入院医療管理料 (1日につき)	1,954	特殊疾患入院医療管理料 (1日につき)	2,009	55
小児入院医療管理料 (1日につき)		小児入院医療管理料 (1日につき)		
1 小児入院医療管理料1	4,511	1 小児入院医療管理料1	4,584	73
2 小児入院医療管理料2	4,011	2 小児入院医療管理料2	4,076	65
3 小児入院医療管理料3	3,611	3 小児入院医療管理料3	3,670	59
4 小児入院医療管理料4	3,011	4 小児入院医療管理料4	3,060	49
5 小児入院医療管理料5	2,111	5 小児入院医療管理料5	2,145	34

回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につ		回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につ	
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	1,911 1,897	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,025 54 2,011 54
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	1,761 1,747	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	1,811 50 1,796 49
3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,611 1,597	3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,657 46 1,642 45
亜急性期入院医療管理料 (1日につき)		亜急性期入院医療管理料 (1日につき)	
1 亜急性期入院医療管理料1	2,061	1 亜急性期入院医療管理料1	2,119 58
2 亜急性期入院医療管理料2	1,911	2 亜急性期入院医療管理料2	1,965 54
3 亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1,761	3 亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1,811 50
4 亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1,661	4 亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1,708 47
(新設)		地域包括ケア病棟入院料 (1日につき)	
(新設)		1 地域包括ケア病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,558 58 2,544 58
(新設)		2 地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合)	2,558 58 2,544 58
(新設)		3 地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	2,058 58 2,044 58
(新設)		4 地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合)	2,058 58 2,044 58
(新設)		5 地域包括ケア病棟入院料1(特定地域) (生活療養を受ける場合)	2,191 50 2,177 50
(新設)		6 地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域) (生活療養を受ける場合)	2,191 50 2,177 50
(新設)		7 地域包括ケア病棟入院料2(特定地域) (生活療養を受ける場合)	1,763 50 1,749 50
(新設)		8 地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域) (生活療養を受ける場合)	1,763 50 1,749 50
特殊疾患病棟入院料 (1日につき)		特殊疾患病棟入院料 (1日につき)	
1 特殊疾患病棟入院料1	1,954	1 特殊疾患病棟入院料1	2,008 54
2 特殊疾患病棟入院料2	1,581	2 特殊疾患病棟入院料2	1,625 44

緩和ケア病棟入院料（1日につき）		緩和ケア病棟入院料（1日につき）	
1 30日以内の期間	4,791	1 30日以内の期間	4,926 135
2 31日以上60日以内の期間	4,291	2 31日以上60日以内の期間	4,412 121
3 61日以上の期間	3,291	3 61日以上の期間	3,384 93
精神科救急入院料（1日につき）		精神科救急入院料（1日につき）	
1 精神科救急入院料1		1 精神科救急入院料1	
イ 30日以内の期間	3,462	イ 30日以内の期間	3,557 95
ロ 31日以上の期間	3,042	ロ 31日以上の期間	3,125 83
2 精神科救急入院料2		2 精神科救急入院料2	
イ 30日以内の期間	3,262	イ 30日以内の期間	3,351 89
ロ 31日以上の期間	2,842	ロ 31日以上の期間	2,920 78
精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）		精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）	
1 精神科急性期治療病棟入院料1		1 精神科急性期治療病棟入院料1	
イ 30日以内の期間	1,931	イ 30日以内の期間	1,984 53
ロ 31日以上の期間	1,611	ロ 31日以上の期間	1,655 44
2 精神科急性期治療病棟入院料2		2 精神科急性期治療病棟入院料2	
イ 30日以内の期間	1,831	イ 30日以内の期間	1,881 50
ロ 31日以上の期間	1,511	ロ 31日以上の期間	1,552 41
精神科救急・合併症入院料（1日につき）		精神科救急・合併症入院料（1日につき）	
1 30日以内の期間	3,462	1 30日以内の期間	3,560 98
2 31日以上の期間	3,042	2 31日以上の期間	3,128 86
児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）	2,911	児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）	2,957 46
精神療養病棟入院料（1日につき）	1,061	精神療養病棟入院料（1日につき）	1,090 29
認知症治療病棟入院料（1日につき）		認知症治療病棟入院料（1日につき）	
1 認知症治療病棟入院料1		1 認知症治療病棟入院料1	
イ 30日以内の期間	1,761	イ 30日以内の期間	1,809 48
ロ 31日以上60日以内の期間	1,461	ロ 31日以上60日以内の期間	1,501 40
ハ 61日以上の期間	1,171	ハ 61日以上の期間	1,203 32
2 認知症治療病棟入院料2		2 認知症治療病棟入院料2	
イ 30日以内の期間	1,281	イ 30日以内の期間	1,316 35
ロ 31日以上60日以内の期間	1,081	ロ 31日以上60日以内の期間	1,111 30
ハ 61日以上の期間	961	ハ 61日以上の期間	987 26

特定一般病棟入院料（1日につき）		特定一般病棟入院料（1日につき）	
1 特定一般病棟入院料1	1,103	1 特定一般病棟入院料1	1,121 18
2 特定一般病棟入院料2	945	2 特定一般病棟入院料2	960 15
（亜急性期入院医療管理が行われた場合）	1,761	（亜急性期入院医療管理が行われた場合）	1,811 50
（脳血管リハ、運動器リハを算定したことがある患者に亜急性期入院医療管理が行われた場合）	1,661	（脳血管リハ、運動器リハを算定したことがある患者に亜急性期入院医療管理が行われた場合）	1,708 47
（新設）		（地域包括ケア入院医療管理料1に該当する場合）	2,191 50
（新設）		（地域包括ケア入院医療管理料2に該当する場合）	1,763 50
短期滞在手術等基本料		短期滞在手術等基本料	
1 短期滞在手術基本料1（日帰りの場合）	2,800	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	2,856 56
2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）	4,822	2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）	4,918 96
（生活療養を受ける場合）	4,794	（生活療養を受ける場合）	4,890 96
3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）	5,703	3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	
（生活療養を受ける場合）	5,633		
		イ 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合	16,773 114
		（生活療養を受ける場合）	16,702 113
		ロ 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	9,383 114
		（生活療養を受ける場合）	9,312 113
		ハ 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合	9,638 114
		（生活療養を受ける場合）	9,567 113
		ニ 小児食物アレルギー負荷検査	6,130 114
		（生活療養を受ける場合）	6,059 113
		ホ 前立腺針生検法	11,737 114
		（生活療養を受ける場合）	11,666 113

へ 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術	17,485	114
(生活療養を受ける場合)	17,414	113
ト 関節鏡下手根管開放手術	20,326	114
(生活療養を受ける場合)	20,255	113
チ 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	43,479	114
(生活療養を受ける場合)	43,408	113
リ 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	27,093	114
(生活療養を受ける場合)	27,022	113
ヌ 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合	21,632	114
(生活療養を受ける場合)	21,561	113
ル 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満	20,112	114
(生活療養を受ける場合)	20,041	113
ヲ 下肢静脈瘤手術1抜去切除術	27,311	114
(生活療養を受ける場合)	27,240	113
ワ 下肢静脈瘤手術2硬化療法	9,850	114
(生活療養を受ける場合)	9,779	113
カ 下肢静脈瘤手術3高位結紮術	12,371	114
(生活療養を受ける場合)	12,300	113
ヨ ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳未満)	29,093	114
(生活療養を受ける場合)	29,002	113
タ ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上)	24,805	114
(生活療養を受ける場合)	24,734	113
レ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満)	56,183	114
(生活療養を受ける場合)	56,112	113
ソ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上)	51,480	114
(生活療養を受ける場合)	51,409	113
ツ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2 cm未満	14,661	114
(生活療養を受ける場合)	14,590	113

			ネ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上	18,932	114
			(生活療養を受ける場合)	18,861	113
			ナ 痔核手術2硬化療法(四段階注射法)	13,410	114
			(生活療養を受ける場合)	13,339	113
			ラ 子宮頸部(腔部)切除術	18,400	114
			(生活療養を受ける場合)	18,329	113
			ム 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524	114
			(生活療養を受ける場合)	35,453	113
外来リハビリテーション診療料			外来リハビリテーション診療料		
	1 外来リハビリテーション診療料1	69	1 外来リハビリテーション診療料1	72	3
	2 外来リハビリテーション診療料2	104	2 外来リハビリテーション診療料2	109	5
外来放射線照射診療料			外来放射線照射診療料		
		280		292	12
在宅患者訪問診療料(1日につき)			在宅患者訪問診療料(1日につき)		
	1 同一建物居住者以外の場合	830	1 同一建物居住者以外の場合	833	3
	2 同一建物居住者の場合		2 同一建物居住者の場合		
	イ 特定施設等に入居する者の場合	400	イ 特定施設等に入居する者の場合	203	3
	ロ イ以外の場合	200	ロ イ以外の場合	103	3

訪問看護管理療養費

改定前	円	改定後	円	消費税 対応分
訪問看護管理療養費		訪問看護管理療養費		
1月の初日の訪問の場合	7,300	1月の初日の訪問の場合		
(新設)		イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	12,400	100円
(新設)		ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	9,400	100円
(新設)		ハイ又はロ以外の場合	7,400	100円
2月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2,950	2月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2,980	30円