

ほぼ点数表順
(MPI編集)

日医工MPI行政情報

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

2014年度診療報酬改定 答申速報（医科等）

消費税を含む点数
に書き換えました

（短冊資料に点数・要件事項を追記）

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



Nikky

2014年2月12日に開催された中医協総会配布資料「答申」から、取り急ぎ速報版として点数などを追記したものです。厚労省ホームページから原本もご確認ください。

資料No.20140212-352-1



株式会社日医工医業経営研究所

目次

3	明細書の無料発行の促進	35	ADL維持向上等体制加算	84	往診料	117	認知症患者リハビリテーション料
4	室内面積や廊下幅の算出	36	院内標準診療計画加算	85	在宅患者訪問診療料	118	通院・在宅精神療法
5	診療報酬点数表の簡素化(廃止)	37	精神科急性期医師配置加算(16対1)	86	在宅時医学総合管理料	120	通院・在宅精神療法等(児童・思春期)
6	初診料、再診料、外来診療料(妥結)	38	精神保健福祉士配置加算	87	特定施設入居時等医学総合管理料	121	適切な向精神薬使用の推進
8	大病院の紹介率・逆紹介率	39	有床診療所入院基本料	89	同一建物居住者訪問看護・指導料	123	精神科デイ・ケア等
9	病院の栄養管理体制(入院料の通則)	42	栄養管理実施加算等(有床診療所入)	90	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	125	精神科訪問看護・指導料Ⅲ
10	褥瘡対策(入院基本料)	43	有床診療所の栄養管理体制(入院料)	91	在宅患者訪問薬剤管理指導	125	精神科重症患者早期集中支援管理
11	月平均夜勤時間72時間要件(入院基)	44	医師配置・看護配置(有床診療所入)	92	介護職員等喀痰吸引等指示書	127	精神科複数回訪問加算(精神科重症)
12	特定除外制度の見直し(入院基本料)	45	救命救急入院料	93	在宅における薬剤や衛生材料等の使	128	手術・処置の休日・時間外・深夜加算
13	重症度、医療・看護必要度	46	特定集中治療室管理料(ICU)	94	在宅療養指導管理料の算定要件(小)	130	人工腎臓
14	入院基本料(新たな基準)	48	ハイケアユニット入院医療管理料(H)	95	在宅自己注射指導管理料	131	血漿交換療法
15	入院基本料(救命救急入院料)	50	小児特定集中治療室管理料	96	在宅自己腹膜灌流指導管理料	132	創傷処理
16	重度認知症加算(精神病棟入院基本)	51	新生児特定集中治療室管理料等	97	在宅人工呼吸指導管理料	133	経皮的冠動脈形成術等
17	在宅復帰機能強化加算(療養病棟入)	53	回復期リハビリテーション病棟入院料	98	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	134	大動脈弁置換術等
18	(超重症児・・・)療養病棟入院基本料	56	地域包括ケア病棟入院料	99	検体検査実施料	135	胃瘻造設術
19	慢性維持透析管理加算(療養病棟入)	59	精神科救急入院料、精神科救急・合	100	内視鏡検査の休日・時間外・深夜加	136	胃瘻造設時嚥下機能評価加算
20	総合入院体制加算	60	精神科救急・合併症入院料(対象患	101	画像撮影診断料等	137	胃瘻抜去術
22	救急医療管理加算	61	精神療養病棟入院料	102	エックス線診断料 等	138	画像等手術支援加算
23	在宅患者緊急入院診療加算(在宅療	62	非定型抗精神病薬加算	103	うがい薬だけを処方する場合	139	新規特定保険医療材料等に係る技
24	在宅患者共同診療料(在宅療養)	63	医療資源の少ない地域に配慮した評	104	外来化学療法加算	140	先進医療からの保険導入
25	診療録管理体制加算	65	短期滞在手術等基本料	106	植込型中心静脈カテーテル	141	既収載技術の再評価(廃止を含む)
26	医師事務作業補助体制加算	67	慢性維持透析患者外来医学管理料	107	維持期リハビリテーション	142	DPC/PDPSの見直し
27	夜間急性期看護補助体制加算	68	がん患者指導管理料	109	疾患別リハビリテーション	153	機能強化型訪問看護ステーション
28	精神科身体合併症管理加算	70	小児科外来診療料	110	早期リハビリテーション加算	155	訪問看護管理療養費
29	感染防止対策加算	71	精神疾患患者等受入加算(夜間休日	112	脳血管疾患等リハビリテーション(廃	156	訪問看護基本療養費Ⅱ
30	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(褥瘡文	72	生活習慣病管理料	113	運動器リハビリテーション料(外来患	157	精神科訪問看護基本療養費Ⅱ
31	新生児特定集中治療室退院調整加	73	地域包括診療料(主治医機能)	114	リハビリテーション総合計画評価料(	158	精神科重症患者早期集中支援管理
33	病棟薬剤業務実施加算	76	地域包括診療加算(主治医機能)	115	経口摂取回復促進加算(摂食機能障	159	精神科複数回訪問加算(精神科重症)
34	データ提出加算	82	機能強化型在宅療養支援診療所(病	116	リハビリテーション総合計画提供料	160	消費税率8%への引上げに伴う対応

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。

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ことを明確にする。

現 行	改定案
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</u> で、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。

診療報酬点数表の簡素化（廃止）

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

（廃止を行う技術の例）

- ① 密封小線源治療（旧型コバルト腔内照射）
- ② 遊離脂肪酸（NEFA）
- ③ 静脈形成術、吻合術（指の静脈）
- ④ ブリッジ修理（歯科診療報酬点数表）

初診料、再診料、外来診療料（妥結率）①

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が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、初診料等の評価を引き下げる。

現 行	改 定 案
【初診料】 270点 (新設) 消費税込(+12)	【初診料】 282点 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、209点を算定する。
【外来診療料】 70点 (新設) 消費税込(+3)	【外来診療料】 73点 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。 消費税込(+9)

続く

消費税含む(+2)

初診料、再診料、外来診療料（妥結率）②

【再診料】 69点
(新設)

消費税分(+3)

【再診料】 72点

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、53点を算定する。

消費税分(+2)

大病院の紹介率・逆紹介率

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

改定案	
消費税分(+9)	消費税分(+2)
初診料 209点(紹介のない場合) 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) [経過措置] 平成27年3月31日まで	
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？	
②対象となる病院のうち2割程度の病院が該当か？	
現行	改定案
[算定要件]	
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(新設)	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
(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%	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
(新設)	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。
2016年度以降、さらに条件は厳しくなる(MPI)	※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	

病院の栄養管理体制（入院料の通則）

一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ、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日まで延長するとともに、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。

現 行	改定案
[入院料の通則における栄養管理体制の基準] 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。 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。 <u>（新設）</u>	[入院料の通則における栄養管理体制の基準] 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。 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。 ③ <u>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。</u>

経過措置の延長。いずれは減算となる？（MPI）

褥瘡対策（入院基本料）

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。

現 行	改 定 案
[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] (新規)	[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。

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各入院基本料に2割減算の規定をいれる。

現 行	改 定 案
【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】 <u>月平均夜勤時間超過減算 20/100を減算</u>

[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

「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)

[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（入院基本料）

一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外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)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。なお、下記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

- (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。

現 行	改定案
【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)】 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。	【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)】 <u>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、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>

[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

急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、「一般病棟用の重症度・看護必要度」という名称を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」と変更するとともに、急性期患者の特性を評価する項目に改める。

救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関にも15%以上を適用する。

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

データを把握し、
いずれは廃止？

入院基本料（新たな基準）

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）

- (1) 自宅や在宅復帰機能をもつ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設する。
- (2) データ提出加算の届出について基準を新設する。

現 行	改定案
【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）】 〔施設基準〕 ① 看護配置が常時7対1以上であること。 ② 看護職員の7割以上が看護師であること。 ③ 平均在院日数が18日以内であること。 ④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。 ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。	【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）】 〔施設基準〕 ① 看護配置が常時7対1以上であること。 ② 看護職員の7割以上が看護師であること。 ③ 平均在院日数が18日以内であること。 ④ <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> ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。 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> ⑦ データ提出加算の届出を行っていること。

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

〔経過措置〕

- ① 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。
- ② 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。

入院基本料（救命救急入院料）

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基準該当患者割合の要件を見直すとともに、専門病院入院基本料（悪性腫瘍7割以上）等の評価基準を改める。

現 行	改定案
【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。	【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。

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。

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

現 行	改定案
【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 [算定要件] 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。	【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> [算定要件] 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。

在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料加算）

療養病棟における在宅復帰機能を評価する観点から、療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟において、在宅復帰率が50%以上等の基準を満たす病棟に対する評価を新設する。

改定案
(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

在宅復帰機能強化加算を算定する病院は急性期病院の在宅復帰率の対象→さらに在宅へ

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

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加算）

療養病棟(床)における超重症児(者)等の受入を促進するため、療養病棟(床)における超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大するとともに、病床の機能分化を進める観点から、平成27年4月1日以降、一部を除き一般病棟の算定日数に上限を設ける。

現 行	改定案
【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 【算定要件】 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。 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。 (新設)	【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 【算定要件】 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。 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。 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)。

2012年7月の通知に対応したもの

慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料加算）

療養病棟における透析患者の受入を促進するため、療養病棟で慢性維持透析を実施している患者について評価を新設する。

改定案
(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。

一般病棟からの特定除外患者の受け入れをサポートするもの？(MPI)

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時間体制の救急を行い、精神病棟等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を新設する。なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

現 行	改定案
【総合入院体制加算】 総合入院体制加算 120点 [施設基準] 総合入院体制加算 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。 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) 4,000件／年以上 オ 化学療法 4,000件／年以上 カ 分娩件数 100件／年以上	【総合入院体制加算】 1 総合入院体制加算1 240点(新) 2 総合入院体制加算2 120点 [施設基準] 1 総合入院体制加算1 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>全てを満たすこと</u>。 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) 4,000件／年以上 オ 化学療法 4,000件／年以上 カ 分娩件数 100件／年以上 ② <u>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。</u>

緩和される？

続く

総合入院体制加算②

現 行	改定案
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。 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 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 (新設) (新設) (新設) (新設)	② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。 ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。 ④ 地域包括ケア病棟入院料(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。 ⑤ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。 2 総合入院体制加算2 ※ 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。

地域包括ケア病棟入院料等は算定できない

救急医療管理加算

救急医療管理加算は入院時に重篤な状態な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対して算定するものではないことを明確化するとともに、「その他の加算の対象となる患者の状態に準ずるような重篤な状態」の評価の適正化を行う。

現 行	改定案
【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。 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 (新規)	【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> 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 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。

2

「準ずる状態」は2で算定し、内容を報告する

Copyright©2014 Nihon Ika Medical Practice Institute Co., Ltd.

在宅患者緊急入院診療加算（在宅療養後方支援病院①）

在宅療養を行う患者の後方受入を担当する在宅療養後方支援病院を新設し、当該医療機関が後方受入を行った場合の評価を行う。

現 行	改定案
【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、 <u>在宅療養後方支援病院の場合</u> 2,500点

[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。

[施設基準]

在宅療養後方支援病院

- 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

200床以上

在宅患者共同診療料（在宅療養後方支援病院②）

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の評価を行う。

改定案
(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。

診療録管理体制加算

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

改定案	
1と2に分ける(1に専従要件) (新設)診療録管理体制加算1(入院初日) 100点 [施設基準] ① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の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。	

医師事務作業補助体制加算

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

改定案	
(新設)医師事務作業補助体制加算1	
イ 15対1	860点(入院初日)
ロ 20対1	648点(入院初日)
ハ 25対1	520点(入院初日)
ニ 30対1	435点(入院初日)
ホ 40対1	350点(入院初日)
ヘ 50対1	270点(入院初日)
ト 75対1	190点(入院初日)
チ 100対1	143点(入院初日)
[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。	

業務を行う場所は病棟と外来を重視

夜間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。

改定案
(新設)夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点(1日につき、14日を限度) [算定要件] 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。

現 行	改定案
【夜間急性期看護補助体制加算】 (新規) 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	【夜間急性期看護補助体制加算】 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)

精神科身体合併症管理加算

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

現 行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 450点 【算定要件】 ① 当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できる。 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。	【精神科身体合併症管理加算】(1日につき) 1 7日以内 450点 2 8日以上10日以内 225点(新) 【算定要件】 ① 当該疾患の治療開始日から10日間に限り算定できる。 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10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20日間までとする。

感染防止対策加算

薬剤耐性菌を中心とした大規模なサーベイランスとして院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業が実施されており、院内及び地域の感染対策に貢献していることから、感染防止対策加算1について、JANIS等への参加を必須にする。

現 行	改定案
【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。	【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<u>こと</u>。

[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。

高点数は維持

褥瘡ハイリスク患者ケア加算（褥瘡対策）

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

新生児特定集中治療室退院調整加算①

新生児特定集中治療室退院調整加算について、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よう評価の見直しを行う。

現 行	改 定 案
【新生児特定集中治療室退院調整加算】 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 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2 イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 600点 【算定要件】 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。	【新生児特定集中治療室退院調整加算】 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 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2 イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 600点 【算定要件】 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、退院調整が必要となる可能性がある者について、<u>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> 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

新生児特定集中治療室退院調整加算②

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

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。

病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算における療養病棟又は精神病棟の4週間制限を8週間まで緩和する。

現 行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】(週1回) 100点 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。	【病棟薬剤業務実施加算】(週1回) 100点 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8週間を限度とする。

要望(中医協)
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)

データ提出加算

データ提出加算について、医療機関の機能や役割を幅広く分析・評価する観点から、療養病棟等、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての医療機関でデータ提出加算の届出を可能とする。

現 行	改定案
【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 [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。	【データ提出加算】 [提出対象病棟] 全病棟 [施設基準] <u>(削除)</u> 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。

[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。

ADL維持向上等体制加算

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の 7対1病棟、10対1病棟について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置した場合の加算を新設する。また算定にあたって、ADLに関するアウトカム評価を要件とする。

急性期病院のリハビリスタッフを評価
平均在院日数の評価

改定案

(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。

	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)		

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

院内標準診療計画加算

急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)を算定する患者のうち、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する。

改定案	
チーム医療とパスを評価 (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。	

精神科急性期医師配置加算（16対1）

急性期病床において密度の高い医療を提供し、平均在院日数の短縮を図る観点から、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する。

改定案
(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。

160床あたり医師16人の体制

精神保健福祉士配置加算

慢性期の病棟では、精神保健福祉士の配置により、平均在院日数が短縮することが示されていることを踏まえ、精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

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。

精神保健福祉士の配置は社会復帰の貢献を期待

有床診療所入院基本料①

地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所について、
有床診療所入院基本料の評価の見直しを検討する。

栄養管理実施加算の見直しによる11点引き下げを含む

現 行	改 定 案
【有床診療所入院基本料】(1日につき) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 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 511点 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 471点	【有床診療所入院基本料】(1日につき) 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 567点(新) 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 521点(新) 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 500点(新) 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 510点(改) 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 469点(改)

消費税分
(+15)
(+12)
(+10)

(+13)
(+10)
(+9)

(+10)
(+7)
(+7)

(+15)
(+12)
(+10)

(+13)
(+10)
(+9)

続く

有床診療所入院基本料②

現 行	改定案
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30日以内の期間 351点 [施設基準] (新設)	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30日以内の期間 450点(改) [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 看護配置に係る施設基準に適合していること。 ② 以下の2以上に該当すること。

消費税分
(+10)
(+7)
(+7)

- 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。

有床診療所入院基本料③

現 行	改 定 案
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 看護配置に係る施設基準に適合していること。	有床診療所入院基本料4 有床診療所入院基本料5 有床診療所入院基本料6 看護配置に係る施設基準に適合していること。

※ 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。

栄養管理実施加算等（有床診療所入院基本料）

改定案	
(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)	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%)

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

現 行	改定案
【入院栄養食事指導料】 130点 [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。 (新設)	【入院栄養食事指導料】 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) [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。

栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携

有床診療所の栄養管理体制（入院料の通則）

平成24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、栄養管理に関する評価を再度設ける。

現 行	改定案
【入院料の通則における栄養管理体制の基準】 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。 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。 【有床診療所入院基本料】(1日につき) (略) 【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点 2 入院基本料B 882点 3 入院基本料C 775点 4 入院基本料D 613点 5 入院基本料E 531点	【入院料の通則における栄養管理体制の基準】 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(削除)が1名以上配置されていること。 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。 【有床診療所入院基本料】(1日につき) (略) 【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点(改) 2 入院基本料B 888点(改) 3 入院基本料C 779点(改) 4 入院基本料D 614点(改) 5 入院基本料E 530点(改) (+19)消費税分 (+17) (+15) (+12) (+10)

医師配置・看護配置（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ことから、有床診療所入院基本料に設けられている医療従事者の配置に係る加算の対象を有床診療所入院基本料3に拡大するとともに、看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

現 行	改 定 案
【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。 【有床診療所入院基本料】注6 イ 看護配置加算1 25点 ロ 看護配置加算2 10点 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) (新設)	【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) 【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。

救命救急入院料

救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大する。

現 行	改 定 案
【救命救急入院料】 急性薬毒物中毒加算 5,000点 [施設基準] 高度救命救急センターであること。	【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) [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。 [施設基準] (削除)

要件緩和

特定集中治療室管理料（ICU）①

特定集中治療室管理料(ICU)について、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。

現 行	改定案
(新設)	【特定集中治療室管理料1】 イ 7日以内の期間 13,650点 ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点 消費税分 (+150) (+126)
(新設)	【特定集中治療室管理料2】(広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合) イ 7日以内の期間 13,650点 ロ 8日以上60日以内の期間 12,319点 消費税分 (+150) (+129) 【施設基準】 ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。 ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。 ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。 ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

特定集中治療室管理料（ICU）②

重症度について、一般病棟での見直しを踏まえて名称を特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に変更するとともに、急性期患者の特性を踏まえた評価方法に改める。これらの変更による影響を緩和するため、新たな評価基準を設定する。

現 行	改定案
【特定集中治療室管理料1】 イ 7日以内の期間 9,211点 ロ 8日以上14日以内の期間 7,711点 【特定集中治療室管理料2】(広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合) イ 7日以内の期間 9,211点 ロ 8日以上60日以内の期間 7,901点 [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。	【特定集中治療室管理料3】 イ 7日以内の期間 9,361点 ロ 8日以上14日以内の期間 7,837点 【特定集中治療室管理料4】(広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合) イ 7日以内の期間 9,361点 ロ 8日以上60日以内の期間 8,030点 [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。

消費税分
(+150)
(+126)

消費税分
(+150)
(+129)

改定後に基準を満たすのは、86.0%(現行)→25.6%

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。

ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）①

ハイケアユニット用の重症度・看護必要度について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、名称の変更を行うとともに、項目の見直しを行う。

現 行	改定案
【名称の見直し】 重症度・看護必要度 【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置 2 蘇生術の施行 3 血圧測定 4 時間尿測定 5 呼吸ケア 6 点滴ライン同時3本以上 （以下略） B項目	【名称の見直し】 <u>ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度</u> 【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 2 蘇生術の施行 （削除） （削除） 3 呼吸ケア（<u>喀痰吸引のみの場合を除く</u>） 4 点滴ライン同時3本以上 （以下略） B項目 （変更なし）

ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）②

急性期患者の特性を踏まえた評価方法に改めるとともに、これらの変更による影響を緩和するため、新たな評価基準を設定する。

現 行	改 定 案
【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 [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。 (新設)	【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) [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。 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点(改) [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。

改定後に基準を満たすのは、100%(現行)→42.1%

消費税分(+73)

消費税分(+73)

6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。

小児特定集中治療室管理料

小児特定集中治療室管理料の施設基準について、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しを行う。

現 行	改定案
【小児特定集中治療室管理料】(1日につき) 1 7日以内 15,500点 2 8日以上14日以内 13,500点 [施設基準] 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。 <u>(新設)</u>	【小児特定集中治療室管理料】(1日につき) 1 7日以内 15,752点 2 8日以上14日以内 13,720点 [施設基準] <u>次のいずれかを満たす。</u> 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。 ② 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救命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。 消費税分 (+252) (+220)

新生児特定集中治療室管理料等

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、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限の見直しを行う。

現 行	改 定 案
【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。 【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。	【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<u>35日</u>(出生体重が1,500g以上であって、<u>以下の疾患の患者の場合</u>)を限度として算定する。 【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<u>50日</u>(出生体重が1,500g以上であって、<u>以下の疾患の患者の場合</u>)を限度として算定する。 【対象疾患】 <u>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</u>

新生児特定集中治療室管理料等

新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、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する。また、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するとともに評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【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> 【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>	【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 【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 <u>以下のいずれかを満たすこと。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> 【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 <u>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。</u>

消費税分(+163)

消費税分(+98)

【経過措置】

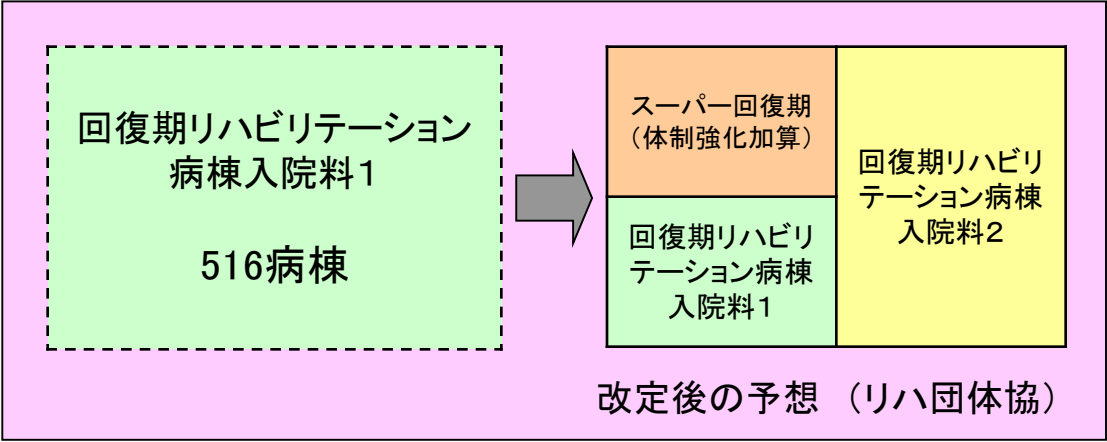
平成26年3月31日に新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)の届出を行っている医療機関については、平成26年9月30日までの間、上記基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料①（体制強化加算）

回復期リハビリテーション病棟入院料 1を算定する病棟において、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

改定案
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] 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。

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%



回復期リハビリテーション病棟入院料②

回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算について、当該要件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て評価する。

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 (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] <u>(新設)</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 (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] <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>

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)

[経過措置]

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

回復期リハビリテーション病棟入院料③

回復期リハビリテーション病棟入院料 1における重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現 行	改定案
【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 〔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。	【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 〔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</u>の得点が1点以上の患者の割合が<u>1割以上</u>であること。

〔経過措置〕

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

地域包括ケア病棟入院料①

急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、現在の亜急性期入院医療管理料を廃止した上で、新たな評価を新設する。

- 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

改定案	
(新設)地域包括ケア病棟入院料1 2,558点(1日につき)	(+58)消費税分
(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。	

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



地域包括ケア病棟入院料②

改定案

[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。

続く

地域包括ケア病棟入院料③

改定案

[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っては、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。

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。

精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料

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

現 行	改 定 案
【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。	【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>

精神科救急・合併症入院料（対象患者）

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

現 行	改定案
【精神科救急・合併症入院料】 [対象患者] ① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者 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 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	【精神科救急・合併症入院料】 [対象患者] ① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者 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 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>

精神療養病棟入院料

精神療養病棟においては、精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束の割合が低いことを踏まえ、病棟ごとに精神保健指定医を配置する要件の他、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直す。

現 行	改定案
【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。	【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。 (削除) 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>

非定型抗精神病薬加算

非定型抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、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の非定型抗精神病薬加算のうち、剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

現 行	改定案
【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】 イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点	【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】 <u>非定型抗精神病薬加算</u> (2種類以下の場合) 15点 <u>(削除)</u>

2種類まで

医療資源の少ない地域に配慮した評価①

1. 地域包括ケア病棟入院料(新規)及び地域包括ケア入院医療管理料(新規)については、今後の評価体系に準じて要件を緩和した評価を行う。

改定案		
(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)

2. チーム医療等に関する専従要件等の緩和を行う。

改定案
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

続く

医療資源の少ない地域に配慮した評価②

3. 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。

現 行	改 定 案
【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1病棟のもの</u>に限る 消費税分 (+18) (+15)

短期滞在手術等基本料①

対象を増やして、
平均在院日数計算から除外

短期滞在手術基本料について、名称を短期滞在手術等基本料と改め、対象の手術を拡大するとともに、一部の検査についても対象とする。なお、診療所については対象外とする。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する。

現 行	改定案
【短期滞在手術基本料3】 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	【短期滞在手術等基本料3】 ※ 点数は手術、検査ごとに設定。 [包括範囲] 全診療報酬

現行の対象手術は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)

[対象手術等]

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

短期滞在手術等基本料②

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。

現 行	改 定 案
[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。	[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、<u>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)。</u>

慢性維持透析患者外来医学管理料

慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に対する評価が包括されていることから、実勢価格を踏まえた各々の検査に対する診療報酬上の評価の変化を、当該管理料の評価に反映する。

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、慢性維持透析患者外来医学管理料と併せて算定できないこととする。

現 行	改定案
【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)	【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>

がん患者指導管理料①

がん患者カウンセリング料について、名称を変更するとともに、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導の評価を新設する。

現 行	改定案
【がん患者カウンセリング料】 500点 (新規) (新規) [算定要件] (新規)	【がん患者指導管理料】 1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点(新) 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) [算定要件] 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 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。 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 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。

チーム医療(医師と看護師)

続く

がん患者指導管理料②

現 行	改定案
〔施設基準〕 <u>(新規)</u>	〔施設基準〕 <u>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なった場合</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>
<u>(新規)</u>	<u>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なった場合</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>

小児科外来診療料

小児科外来診療料について高額な薬剤を用いた場合の評価のあり方等について見直しを行う。

現 行	改 定 案
【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。	【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パリビズマブを投与している患者(投与当日に限る)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

精神疾患患者等受入加算（夜間休日救急搬送医学管理料）

夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設する。

改定案
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

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料については、適正化の観点から、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する。

現 行	改定案
【生活習慣病管理料】 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 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 2 1以外の場合 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 <u>(新規)</u>	【生活習慣病管理料】 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 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 2 1以外の場合 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 <u>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。</u>

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

地域包括診療料①（主治医機能）

外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療の評価（外来における再診）を新設する。

改定案

(新設)地域包括診療料 1,503点(月1回)

[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 (再診療の)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]

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。)

消費税分(+3)

<包括範囲>
再診療(①を除く)、医学管理、訪問診療料、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

薬剤は出来高請求

続く

73

Copyright©2014 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

地域包括診療料②（主治医機能）

④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。

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。

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。

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。

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、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。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。

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。

多剤投与規制対象外

続く

地域包括診療料③（主治医機能）

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。

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。

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。

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

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

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

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

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

・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

イ) 常勤医師が3人以上在籍していること

ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合は、

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

⑨ 初診時には算定できない

地域包括診療加算①（主治医機能）

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する。

改定案

（新設）地域包括診療加算 20点（1回につき）

〔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。）
- 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。
 - 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）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。
 - 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。
 - 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、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。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。
 - 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。

地域包括診療加算②（主治医機能）

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。

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。

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。

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

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(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

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。

ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。

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、下記のうちいずれか一つを満たすこと。

ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること。

イ) 常勤医師が3人以上在籍していること。

ウ) 在宅療養支援診療所であること

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。

地域包括診療料と地域包括診療加算の比較

	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)
対象施設	中小病院、診療所	診療所
算定方法	包括算定の導入	出来高算定
指導、服薬管理	医療機関と連携 患者受診医を全部把握 処方薬を全部管理しカルテに記載 原則院内処方、条件付き院外処方(24時間対応、お薬手帳管理、など)	
健康管理	健康診断・検診の受診勧奨、健康状態管理。健康相談実施の院内掲示。敷地内禁煙。	
介護保険に関する相談等	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、 9条件のいずれか一つを満たす こと。	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、 8条件のいずれか一つを満たす こと。
在宅医療、24時間対応	3条件の すべてを満たす こと。 診療所 (①時間外対応加算1を算定、②常勤医師が3人以上在籍、③在宅療養支援診療所) 病院 (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又は地域包括ケア入院医療管理料の算定、③在宅療養支援病院)	3条件のうち いずれか一つを満たす こと。 診療所 (①時間外対応加算1 または2 を算定、②常勤医師が3人以上在籍、③在宅療養支援診療所)

(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	<包括範囲> 再診料(①を除く)、医学管理、訪問診療料、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
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、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。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、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。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。

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。

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

現 行	改定案
〔機能強化型在支診、在支病の施設基準〕 ① 在支診又は在支病の要件に以下を追加する。 - 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 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。 連携でも自院に一定の実績が必要	〔機能強化型在支診、在支病の施設基準〕 ① 在支診又は在支病の要件に以下を追加する。 - 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 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。 - イ <u>過去1年間の緊急往診の実績4件以上</u> - ハ <u>過去1年間の看取りの実績2件以上</u>

〔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31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。

在宅療養支援診療所（病院）

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

改定案
(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。

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が、緊急往診や看取りの実績が高い医療機関を評価するもの(厚労省)

往診料

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

現 行	改 定 案
【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。 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。	【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。

在宅患者訪問診療料

訪問診療料の要件の厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

同一建物居住者以外の場合は833点(消費税分3点)

現 行	改 定 案
【在宅患者訪問診療料】 1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 400点 2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者 200点 [算定要件] (新設)	【在宅患者訪問診療料】 1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 <u>203点(改)</u> 2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居 <u>103点(改)</u> [算定要件] ① <u>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(開始時刻と終了時刻)、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。</u> ② <u>訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。</u>

消費税分(+3)

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

点数は半減、在宅点数でも単価は下げられた。
患者数は増える(増やす)

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。

在宅時医学総合管理料①

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について、同一建物における同一日の複数訪問時の点数を新設し、適正化を行うとともに、在支診・在支病以外の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【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	【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)

在宅時医学総合管理料②

特定施設入居時等医学総合管理料①

現 行	改定案
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 【特定施設入居時等医学総合管理料】 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 3,600点 (2)処方せんを交付しない場合 3,900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 3,300点 (2)処方せんを交付しない場合 3,600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 <u>3,150点(改)</u> ※ 同一建物の場合 760点(新) ロ 処方せんを交付しない場合 <u>3,450点(改)</u> ※ 同一建物の場合 1,060点(新) 【特定施設入居時等医学総合管理料】 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 3,600点 ※ 同一建物の場合 870点(新) (2)処方せんを交付しない場合 3,900点 ※ 同一建物の場合 <u>1,170点(新)</u> 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 3,300点 ※ 同一建物の場合 800点(新) (2)処方せんを交付しない場合 3,600点 ※ 同一建物の場合 <u>1,100点(新)</u>

続く

特定施設入居時等医学総合管理料②

現 行	改定案
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 3,000点 □ 処方せんを交付しない場合 3,300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 1,500点 □ 処方せんを交付しない場合 1,800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 3,000点 ※ 同一建物の場合 720点(新) □ 処方せんを交付しない場合 3,300点 ※ 同一建物の場合 1,020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 2,250点(改) ※ 同一建物の場合 540点(新) □ 処方せんを交付しない場合 2,550点(改) ※ 同一建物の場合 840点(新)

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。

同一建物居住者訪問看護・指導料

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

現 行	改定案
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 1 保健師等、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで 430点 ロ 週4日目以降 530点 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 380点 ロ 週4日目以降 480点	【同一建物居住者訪問看護・指導料】 1 保健師等、助産師又は看護師による場合 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) 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) 2 准看護師による場合 イ 同一日に2人 (1)週3日目まで 505点(改) (2)週4日目以降 605点(改) 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)

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に、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるようにする。

現 行	改定案
【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 of 点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師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。	【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 of 点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、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。

点滴注射を行うためだけに入院することを防ぐ

在宅患者訪問薬剤管理指導

診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。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)及び薬剤師1人につき1日に5回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 550点 2 同一建物居住者の場合 385点 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。	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 <u>650点(改)</u> 2 同一建物居住者の場合 <u>300点(改)</u> 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>

介護職員等喀痰吸引等指示書

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。

現 行	改定案
【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>	【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>

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。

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の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。

現 行	改定案
[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。	[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<u>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</u>(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)。

在宅自己注射指導管理料

在宅自己注射指導管理料の指導内容を明確化した上で、頻度に応じた点数を設定する。

現 行	改 定 案
【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行う。

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。

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

現 行	改 定 案
【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。	【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>

在宅人工呼吸指導管理料

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する。

現 行	改 定 案
【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。	【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。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

褥瘡の重症度分類

多職種から構成される褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類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。

改定案	
チーム医療 (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 (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。	

検体検査実施料

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて、その見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。また、臨床的な観点から検査名称の変更を行う。

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。

内視鏡検査の休日・時間外・深夜加算

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

改定案
(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。

画像撮影診断料等

64列以上及び4列未満のマルチスライス型CT及び3テスラ以上及び1.5テスラ未満のMRIによる撮影に対する評価の見直し並びに眼底カメラ撮影についてアナログ撮影の場合及びデジタル撮影の場合についての評価を医療技術評価分科会での評価結果等を踏まえて新設する。

現 行	改定案
【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	【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)
【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	【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)
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)

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

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

現 行	改 定 案
【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。	【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>デジタル撮影した画像</u>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。

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

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

現 行	改 定 案
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料】 <u>(新規)</u>	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 <u>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。</u>

約61億円の軽減

外来化学療法加算A

外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、投与方法の見直し、対象薬剤の見直しを行う。

現 行	改 定 案
【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。 （新規）	【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>

外来化学療法加算B

外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、投与方法の見直し、対象薬剤の見直しを行う。

現 行	改定案
【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。 （新規） （新規）	【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。 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 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ッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合 ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合 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 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。

植込型中心静脈カテーテル

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

現 行	改定案
【植込型カテーテルによる中心静脈栄養(1日につき)】 (新規)	【植込型カテーテルによる中心静脈注射(1日につき)】 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>
(新規)	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>
(新規)	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</u>
(新規)	<u>テーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</u> 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>
【中心静脈栄養用植込型カテーテル設置】	【中心静脈注射用植込型カテーテル設置(栄養用を含む)】

維持期リハビリテーション①

要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ 廃用症候群以外の場合 221点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ 廃用症候群以外の場合 180点 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 (新規)	【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ 廃用症候群以外の場合 221点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ 廃用症候群以外の場合 180点 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 ※ 廃用症候群の場合の見直しについては後述 ※ 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。

介護保険への移行促進

維持期リハビリテーション②

現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっている。現行、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについては、原則として平成25年度までとされているが、この経過措置を平成27年度までに限り延長する。ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】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。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】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、要介護被保険者等であって入院中の患者以外の者については、原則として平成28年4月1日以降は対象とはならないものとする。 ※ 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。

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

改定案	
(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。	介護保険への移行促進

疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーション等の評価を充実する。

現 行	改定案
【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 【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 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 【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 【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 【がん患者リハビリテーション料】(1単位につき) 200点	【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) 【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 イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 183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) 【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) 【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) 【がん患者リハビリテーション料】(1単位につき) 205点(改)

早期リハビリテーション加算①

地域連携診療計画管理料の対象疾患である脳卒中及び大腿骨頸部骨折について、脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーションの初期加算、早期リハビリテーション加算を、退院後に外来でリハビリテーションを行った場合でも算定可能とする。

現 行	改定案
【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。 地域連携パスの対象疾患 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。	【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。 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。

早期リハビリテーション加算②

現 行	改定案
【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。 地域連携パスの対象疾患	【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。
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。	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。

脳血管疾患等リハビリテーション（廃用症候群）

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

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2) 廃用症候群の場合 235点 ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2) 廃用症候群の場合 190点 ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2) 廃用症候群の場合 100点 注4 イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2) 廃用症候群の場合 212点 ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2) 廃用症候群の場合 171点 ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2) 廃用症候群の場合 90点 【対象者】 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	【脳血管疾患等リハビリテーション料】(1単位につき) イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2) 廃用症候群の場合 180点(改) ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2) 廃用症候群の場合 146点(改) ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2) 廃用症候群の場合 77点(改) 注4 イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2) 廃用症候群の場合 162点(改) ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2) 廃用症候群の場合 131点(改) ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2) 廃用症候群の場合 69点(改) 【対象者】 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。)

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

運動器リハビリテーション料（外来患者）

外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とする。

現 行	改 定 案
【運動器リハビリテーション料】 [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] 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 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)	【運動器リハビリテーション料】 (削除)

リハビリテーション総合計画評価料（入院時訪問指導加算）

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

改定案
(新設)リハビリテーション総合計画評価料 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

経口摂取回復促進加算（摂食機能療法）

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

改定案
（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。

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する。

改定案
(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。

リハビリの連携点数
(早期退院支援)

認知症患者リハビリテーション料

認知症治療病棟入院料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する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

改定案
(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。

通院・在宅精神療法

精神科の在宅医療は診療に要する時間が長いことを踏まえ、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】(1回につき) 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 2 1以外の場合 イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点 (新設)	【通院・在宅精神療法】(1回につき) 1 <u>通院精神療法</u> 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> ロ イ以外の場合 (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点 2 <u>在宅精神療法</u> 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> ロ 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) <u>540点(新)</u> ハ イ、ロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点

通院と在宅に分けて、長時間を評価

通院・在宅精神療法

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

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】注3加算 [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（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	【通院・在宅精神療法】注3加算 [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（<u>当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日</u>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

通院・在宅精神療法等（児童・思春期）

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

現 行	改定案
【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。	【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。
【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。	【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。

適切な向精神薬使用の推進①

抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科継続外来支援・指導料、処方料、処方せん料及び薬剤料について、多剤処方した場合の減算規定を新設する。

現 行	改定案
【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剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	【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剤以上</u> の抗不安薬、 <u>3剤以上</u> の睡眠薬、 <u>4剤以上</u> の抗うつ薬又は <u>4剤以上</u> の抗精神病薬を投与した場合は算定しない。

該当した場合は算定できない

【処方料】 <u>(新規)</u> 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	【処方料】 1 <u>3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 20点</u> <u>(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 1または2以外の場合 42点
--	--

該当した場合は減算

続く

適切な向精神薬使用の推進②

現 行	改定案
【処方せん料】 <u>(新規)</u> 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	【処方せん料】 <u>1 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 30点</u> <u>(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>
【薬剤料】 <u>(新規)</u> 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。	【薬剤料】 <u>注1 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤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。注2</u> <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>

※ 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。

精神科デイ・ケア等

精神科デイ・ケア等を一定期間以上利用している患者は、手段的日常生活動作(IADL)がほぼ横ばいとなることから、長期間にわたり精神科デイ・ケア等を提供している場合の評価を見直す。

現 行	改定案
【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) [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っては、週5日を限度として算定する。	【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) [算定要件] <u>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っては、週5日を限度として算定する。</u>

精神科訪問看護・指導料Ⅲ

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

現 行	改定案
【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】 1 保健師等、助産師又は看護師による場合 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) 2 准看護師による場合 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)	【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】 1 保健師又は看護師等による場合 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) 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) 2 准看護師による場合 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) 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)

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。

精神科重症患者早期集中支援管理料①

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

改定案	
	多職種チーム
(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 [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。	

続く

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。

精神科複数回訪問加算（精神科重症患者早期集中支援管理料）

当該医療機関が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、精神科訪問看護・指導料にそれぞれ、450点又は800点を加算する。

改定案
(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。

手術・処置の休日・時間外・深夜加算①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、より高い評価を新設する。

改定案
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。

続く

手術・処置の休日・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

人工腎臓

人工腎臓にはエリスロポエチン製剤等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のエリスロポエチン製剤等の普及状況を踏まえた評価を行う。

現 行	改定案
【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)

血漿交換療法

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

現 行	改 定 案
【血漿交換療法】（１日につき） <u>（新規）</u>	【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>

創傷処理

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

現 行	改定案
【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。 【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。	【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> 【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>

経皮的冠動脈形成術等

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

現 行	改 定 案
【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)

大動脈弁置換術等

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

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

胃瘻造設術

胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。

現 行	改定案
【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。 <u>(新規)</u> [施設基準] <u>(新規)</u>	【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、<u>患者及び家族への説明を行うこと。</u> 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、<u>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。</u> [施設基準] <u>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。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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</u> <u>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</u>

[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。

胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。

改定案
(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。

胃瘻拔去術

これまで評価が不明確だった、胃瘻拔去術の技術料を新設する。

改定案
(新設)胃瘻拔去術 2,000点

画像等手術支援加算

画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムに把握するものであることを明確化する。

現 行	改 定 案
【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。	【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。

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

1. 新規医療材料の保険適用においてC2区分材料については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。
2. 新規臨床検査の保険適用において、E3区分として既に保険収載され現在準用点数で行われている検査について、検査実施料を新設する。また、技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。
3. その他の医療材料等にかかる管理料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

1. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている25技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料や管理料を新設する。

(技術の例)

経皮的大動脈弁置換術 37,430点

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている19の検査について、新たに検査実施料を新設する。また、技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。

(検査の例)

結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点

先進医療からの保険導入

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

(優先的に保険適用すべきとされた医療技術)

- ① 難治性眼疾患に対する羊膜移植術
- ② X線CT画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術
- ③ 腹腔鏡下子宮体がん根治手術
- ④ 光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助
- ⑤ 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術
- ⑥ 歯科用CAD／CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴
- ⑦ 胸腔鏡下動脈管開存症手術
- ⑧ 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術

既収載技術の再評価（廃止を含む）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既収載技術の再評価（廃止を含む）、新規技術の保険導入を行う。（1月22日に提示済み）

（評価・再評価を行う技術の例）

① 網膜再建術、② ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術、③ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術、④ 拡大胸腺摘除術（重症筋無力症に対する）の評価の見直し、⑤ 深鎮静、⑥ 処置における小児加算の対象拡大、⑦ EDチューブ挿入固定、⑧ 小児・先天性心臓手術における同一部位の入れ替え再手術、⑨ 経皮的脳血管内血栓回収術、⑩ 腰椎穿刺、⑪ 時間外緊急院内検査加算の評価の見直し

（廃止を行う技術の例）

① 密封小線源治療（旧型コバルト腔内照射）、② 遊離脂肪酸（NEFA）

DPC/PDPSの見直し

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. 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

(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

後発医薬品指数

- 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。

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

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、調査項目の見直し行う等、必要な措置を講ずる。

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	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。 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。 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。 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 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 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 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 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。 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。
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	〔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〕 ※ 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。

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（一入院当たり）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

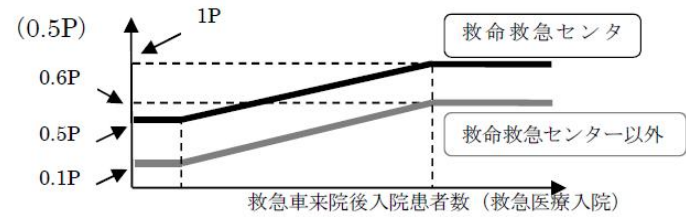
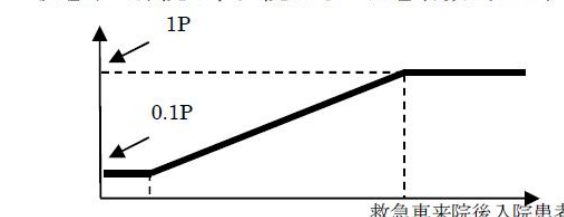
参考

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><tr><th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr><tr><td colspan="2">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評価上限8ポイント</td><td>1/2</td></tr><tr><td rowspan="2">②定量評価指数</td><td>1) 小児（15 歳未満）</td><td>1/4</td></tr><tr><td>2) 上記以外（15 歳以上）</td><td>1/4</td></tr></table> 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。 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。	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。											

参考

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って評価。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）
		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）
		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）	
		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。	
④救急医療 （実績評価を加味）	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） (0.5P) 	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）	

地域医療指数・体制評価指数

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
⑪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）	
⑫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。

訪問看護療養費

機能強化型訪問看護ステーション①

看護職員数、24時間対応、ターミナルケア療養費等算定数、重症者の受け入れ数、居宅介護支援事業所の設置等の要件をすべて満たしている場合、機能強化型訪問看護管理療養費として充実した評価を行う。

改定案

(新設)機能強化型訪問看護管理療養費1 12,400円(月の初日の訪問の場合)

(新設)機能強化型訪問看護管理療養費2 9,400円(月の初日の訪問の場合)

消費税分
(+100円)
(+100円)

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)

② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。

③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。

④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7※に該当する利用者が月に10人以上。

⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。

⑥ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

常勤の考え方(厚労省)
「常勤換算ではなく、実際に常勤で働く
看護師の数をカウントする」

次ページ

介護→医療重視



機能強化型訪問看護ステーション②

機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7※に該当する利用者が月に7人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
- ⑥ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等

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

機能強化型、従来型を問わず、訪問看護事業所について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うこととする。

訪問看護療養費

訪問看護管理療養費

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

現 行	改 定 案
【訪問看護管理療養費】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【訪問看護管理療養費】 [算定要件] <u>褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u> [届出書の記載事項の報告] <u>褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。</u>

訪問看護療養費

訪問看護基本療養費Ⅱ

訪問看護ステーションの場合

現 行	改定案
【訪問看護基本療養費Ⅱ】 1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで 4,300円 ロ 週4日目以降 5,300円 <u>(新設)</u> 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 3,800円 ロ 週4日目以降 4,800円 <u>(新設)</u>	【訪問看護基本療養費Ⅱ】 1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 同一日に2人 (1)週3日目まで 5,500円(改) (2)週4日目以降 6,550円(改) ロ 同一日に3人以上 (1)週3日目まで 2,780円(改) (2)週4日目以降 3,280円(改) 2 准看護師による場合 イ 同一日に2人 (1)週3日目まで 5,050円(改) (2)週4日目以降 6,050円(改) ロ 同一日に3人以上 (1)週3日目まで 2,530円(改) (2)週4日目以降 3,030円(改)

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。

訪問看護療養費

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

訪問看護ステーションの場合

現 行	改 定 案
【精神科訪問看護基本療養費Ⅱ】 1 保健師等、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで30分以上 4,300円 ロ 週3日目まで30分未満 3,300円 ハ 週4日目以降30分以上 5,300円 ニ 週4日目以降30分未満 4,060円 (新設) 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで30分以上 3,800円 ロ 週3日目まで30分未 2,910円 ハ 週4日目以降30分以上 4,800円 ニ 週4日目以降30分未満 3,670円 (新設)	【精神科訪問看護基本療養費Ⅱ】 1 保健師等、助産師又は看護師による場合 イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで30分以上 5,550円(改) (2) 週3日目まで30分未満 4,250円(改) (3) 週4日目以降30分以上 6,550円(改) (4) 週4日目以降30分未満 5,100円(改) ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで30分以上 2,780円(改) (2) 週3日目まで30分未満 2,130円(改) (3) 週4日目以降30分以上 3,280円(改) (4) 週4日目以降30分未満 2,550円(改) 2 准看護師による場合 イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで30分以上 5,050円(改) (2) 週3日目まで30分未満 3,870円(改) (3) 週4日目以降30分以上 6,050円(改) (4) 週4日目以降30分未満 4,720円(改) ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで30分以上 2,530円(改) (2) 週3日目まで30分未満 1,940円(改) (3) 週4日目以降30分以上 3,030円(改) (4) 週4日目以降30分未満 2,360円(改)

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。

訪問看護療養費

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算

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

改定案
(新設)精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回) [算定要件] ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。 ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。 ③ 多職種会議を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。 [施設基準] ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。 ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。

精神科複数回訪問加算（精神科重症患者早期集中支援管理料）

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、精神科訪問看護基本療養費にそれぞれ、4,500円又は8,000円を加算する。

訪問看護療養費	改定案
(新設)精神科複数回訪問加算 4,500円(1日に2回)	
(新設)精神科複数回訪問加算 8,000円(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。	
[施設基準]	
① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。	
② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。	

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。(2) 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）	
1 一般病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,566
ロ 10対1入院基本料	1,311
2 結核病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,566
ロ 10対1入院基本料	1,311
ハ 13対1入院基本料	1,103
ニ 15対1入院基本料	945
3 精神病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,322
ロ 10対1入院基本料	1,251
ハ 13対1入院基本料	931
ニ 15対1入院基本料	850
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
2 10対1入院基本料	1,311
3 13対1入院基本料	1,103
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
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	965
有床診療所入院基本料（1日につき）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	

特定機能病院入院基本料（1日につき）		
1 一般病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,599	33
ロ 10対1入院基本料	1,339	28
2 結核病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,599	33
ロ 10対1入院基本料	1,339	28
ハ 13対1入院基本料	1,126	23
ニ 15対1入院基本料	965	20
3 精神病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,350	28
ロ 10対1入院基本料	1,278	27
ハ 13対1入院基本料	951	20
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）		
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
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	1,588	22
2 10対1入院基本料	1,329	18
3 13対1入院基本料	1,118	15
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）		
1 有床診療所入院基本料1		
イ 14日以内の期間	861	15
ロ 15日以上30日以内の期間	669	12
ハ 31日以上	567	10
2 有床診療所入院基本料2		
イ 14日以内の期間	770	13
ロ 15日以上30日以内の期間	578	10
ハ 31日以上	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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100日以内の期間	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)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(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	1,911		1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,025	54
（生活療養を受ける場合）	1,897		（生活療養を受ける場合）	2,011	54
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761		2 回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,811	50
（生活療養を受ける場合）	1,747		（生活療養を受ける場合）	1,796	49
3 回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611		3 回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,657	46
（生活療養を受ける場合）	1,597		（生活療養を受ける場合）	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	2,558	58
			（生活療養を受ける場合）	2,544	58
（新設）			2 地域包括ケア入院医療管理料1	2,558	58
			（生活療養を受ける場合）	2,544	58
（新設）			3 地域包括ケア病棟入院料2	2,058	58
			（生活療養を受ける場合）	2,044	58
（新設）			4 地域包括ケア入院医療管理料2	2,058	58
			（生活療養を受ける場合）	2,044	58
（新設）			5 地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	2,191	50
			（生活療養を受ける場合）	2,177	50
（新設）			6 地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	2,191	50
			（生活療養を受ける場合）	2,177	50
（新設）			7 地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	1,763	50
			（生活療養を受ける場合）	1,749	50
（新設）			8 地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	1,763	50
			（生活療養を受ける場合）	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	3,291		3 61日以上	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	3,042		ロ 31日以上	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	2,842		ロ 31日以上	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	1,611		ロ 31日以上	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	1,511		ロ 31日以上	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	3,042		2 31日以上	3,128	86
児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）			児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）		
	2,911			2,957	46
精神療養病棟入院料（1日につき）			精神療養病棟入院料（1日につき）		
	1,061			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	1,171		ハ 61日以上	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	961		ハ 61日以上	987	26

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
2 特定一般病棟入院料2	945
（亜急性期入院医療管理が行われた場合）	1,761
（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
（新設）	
（新設）	

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
2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）	4,822
（生活療養を受ける場合）	4,794
3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）	5,703
（生活療養を受ける場合）	5,633

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	1,121	18
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）	1,811	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）	1,708	47
（地域包括ケア入院医療管理料1に該当する場合）	2,191	50
（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		
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）	4,890	96
3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）		
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

ヘ 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口 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		280	外来放射線照射診療料	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