

再診料等の見直しについて

外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる5分ルール)については廃止
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、要件を追加

多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

再診料の見直し

- 再診料の病診統一
- | | | | | |
|----------|-----|---|-----|-----|
| 再診料(診療所) | 71点 | → | 再診料 | 69点 |
| 再診料(病院) | 60点 | | | |

地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価

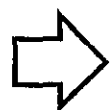
⑨ 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

医療安全対策の推進について

医療安全対策の充実

➤ 医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

① 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

➤ 感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

① 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

➤ 医薬品安全管理の評価

① 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

➤ 医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

人工腎臓の適正な評価について

評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ
の見直し
- 薬価の引き下げに伴う包括点数の見直し

外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

4時間未満	2,117点	→	2,075点
4時間以上5時間未満	2,267点	→	2,235点
5時間以上	2,397点	→	2,370点
その他の場合	1,590点	→	1,580点

透析液水質確保加算

- 人工腎臓における合併症防止の観点から、
使用する透析液についてより厳しい水質基準
を達成した場合の評価

⑨ 透析液水質確保加算 10点



質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%を新たな機能評価係数に置き換え
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入
データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数

診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

【現行】

【算定要件】25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

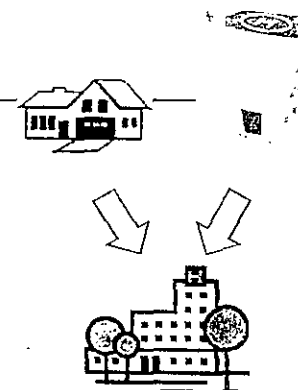
➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

新 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



疾患別リハビリテーションの充実

脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点 → 45点(1単位につき)

維持期のリハビリテーション

➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供は継続

回復期リハビリテーション等の推進

回復期リハビリテーションの評価

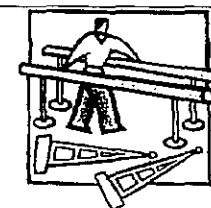
- 回復期リハビリテーション病棟入院料に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- 亜急性期病床において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

①新リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価

① 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

② 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

③ 在宅移行早期加算 100点

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和

①末期の悪性腫瘍等の利用者と、訪問看護が毎日必要な利用者
2カ所→3カ所

②特別訪問看護指示書の指示期間中に週4日以上訪問看護が必要な利用者

1カ所→2カ所

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ 安全管理体制の整備を要件とし訪問看護管理療養費の引上げ

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円

(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。

② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進



➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

①	乳幼児加算(3歳未満)	500円※1 / 50点※2(1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※1 / 50点※2(1日につき)

訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、ターミナルケアを行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※1 / ターミナルケア加算※2

患者の状態に応じた訪問看護の充実

- 重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)のある者を重症者管理加算※1 / 在宅移行管理加算※2の対象として追加

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算^{※1} / 複数名訪問看護・指導加算^{※2} (週1回)

(看護師等の場合) 4,300円^{※1} / 430点^{※2}

(准看護師の場合) 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

(注)対象となる利用者

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

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

- 一包化薬調剤料について、内服薬調剤料との差を分かりやすくするため、加算として整理した上で、長期投薬時の評価を適正化

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

- 抗がん剤などのハイリスク薬を服用する患者に対して副作用の確認や必要な指導を行う場合の加算を創設

⑨ 特定薬剤管理指導加算 4点

調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

- 地域医療を支える薬局に配慮し、特例の要件(処方せん受付回数が4,000回超/月)を一部緩和するとともに、点数を引上げ

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

※ 処方せん受付回数から、時間外加算、訪問薬剤管理指導等に係る処方せんを除外

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的な加算を適用

後発医薬品調剤体制加算 4点（処方せんベースの調剤率 30%以上）

→ 6点、13点、17点（数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上）

- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を認める

※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件

含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)

類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、使用を進める体制の評価（入院基本料への加算）

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点

※ 採用品目数の割合が20%以上であること

検体検査の評価の充実について

検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		⑨ 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

検体検査実施料の見直し

➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

外来迅速検体検査加算

➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化について

- 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し
検体検査約620項目のうち
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

- 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術
早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点 → 長径2cm以上 7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術 5,360点 → 長径2cm未満 5,000点

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

- 使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

エックス線撮影料

デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい等の観点から、画像撮影の評価を見直す。また、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

現行	
1 CT撮影	
イ マルチスライス型の機器による場合	850点
ロ イ以外の場合	660点

改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1300点
2 1以外の場合	1080点

改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
2 1以外の場合	1000点

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

→ 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)