

平成26年度診療報酬改定関係資料

（ 医科・調剤 ）

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 26 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

目 次

第1部 平成26年度診療報酬改定における主要改定項目について

第2部 中央社会保険医療協議会答申（平成26年2月12日）

診療報酬の算定方法

医科診療報酬点数表

調剤報酬点数表

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

第3部 関係省令・告示（案）

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）

基本診療料の施設基準等

特掲診療料の施設基準等

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等

複数手術に係る費用の特例

酸素及び窒素の価格

第1部

平成26年度診療報酬改定における 主要改定項目について

個別改定項目について

重点課題 1 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

重点課題 1-1 入院医療について

重点課題 1-1-1 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価について

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

重点課題 1-1-2 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化について

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

重点課題 1-1-3 急性期後・回復期（亜急性期入院医療管理料等）の病床の充実と機能に応じた評価について

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

重点課題 1-1-4 地域の実情に配慮した評価について

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	31
病院の栄養管理体制について	33

重点課題 1-1-5 有床診療所における入院医療の評価について

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

重点課題 1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について

主治医機能の評価（その1）	42
主治医機能の評価（その2）	46
大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化	49

重点課題 1-3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	51
在宅療養における後方病床の評価	53

在宅不適切事例の適正化	55
機能強化型訪問看護ステーションの評価	63
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	65
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	66
在宅における褥瘡対策の推進	68
在宅自己注射指導管理料の見直し	70
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	71
在宅歯科医療の推進等	72
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	78
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	84
重点課題 1－4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	
医療機関相互の連携等について	86
維持期リハビリテーションの評価	87
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	90
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	92
I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	
I－1 緩和ケアを含むがん医療の推進について	
がん患者指導管理の充実	94
外来化学療法の評価の見直し	97
I－2 精神疾患に対する医療の推進について	
精神病床の機能分化	100
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	104
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	110
適切な向精神薬使用の推進	113
児童・思春期の精神科医療の推進	116
I－3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	117
I－4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	
救急医療管理加算の見直し	119
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	121
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	122
小児医療に係る評価の見直し	123
新生児の退院調整等の評価	125

I-5 リハビリテーションの推進について

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価	128
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	130
廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価	134
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	137

I-6 歯科医療の推進について

生活の質に配慮した歯科医療の充実	138
新規医療技術の保険導入等（歯科）	151
先進医療技術の保険導入（歯科）	155

I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

薬学的管理及び指導の充実について	157
------------------	-----

I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価	160
医療技術の評価及び再評価	164
画像撮影診断料等の見直し	167
先進医療からの保険導入	169
胃瘻等について	171

I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	175
-----------------------	-----

I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し	177
---	-----

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

II-1 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について

患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	191
患者の視点に立った歯科医療	193
明細書の無料発行の促進	194
DPCのデータ提出等に係る評価	195

Ⅱ－２ 診療報酬点数表の平易化・簡素化

診療報酬点数表の簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 198

医科点数表の解釈の明確化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 199

Ⅱ－３ 入院中の ADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告・・・・・・・・ 205

Ⅲ 医療従事者の負担を軽減する視点

Ⅲ－１ 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の 評価について

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し・・・・・・・・ 207

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設・・・・・・・・ 210

夜間における看護補助者の評価について・・・・・・・・ 211

月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の緩和措置につ
て・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 212

医師事務作業補助者の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ 214

Ⅲ－２ チーム医療の推進について

チーム医療の推進について・・・・・・・・・・・・・・・・ 215

Ⅳ 効率化余地がある分野を適正化する視点

Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進策について

後発医薬品の使用促進策について・・・・・・・・・・・・・・・・ 218

Ⅳ－２ 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

Ⅳ－３ 平均在院日数の減少等について

平均在院日数減少等の取組の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ 221

Ⅳ－４ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

検体検査実施料の適正化について・・・・・・・・・・・・・・・・ 222

透析医療に係る評価の適正化・・・・・・・・・・・・・・・・ 223

うがい薬だけを処方する場合の取扱い・・・・・・・・ 225

Ⅳ－５ 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

調剤報酬等における適正化・合理化・・・・・・・・ 226

V 消費税率 8 %への引上げに伴う対応

消費税率 8 %への引上げに伴う対応・・・・・・・・ 232

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し

骨子【重点課題 1－1－1－(1)】

第 1 基本的な考え方

病床の機能分化を図る観点から、7 対 1 一般病棟入院基本料を算定する病棟をはじめとする急性期を担う病棟について以下のような見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 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	【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、</u> <u>当該病棟に 90 日を超えて入院する</u>

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939点を算定する。	患者については、 <u>区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</u>
--	--

〔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。

2. 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。また、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。

(1) 名称及び項目の見直し

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	【名称の見直し】 一般病棟用の重症度、<u>医療・看護必要度</u> 【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置 <u>①創傷処置②褥瘡処置</u> <u>①、②いずれか一つ以上該当する</u>

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	<u>場合</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> <u>2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）</u> <u>3 点滴ライン同時3本以上</u> <u>4 心電図モニター</u> <u>5 シリンジポンプの使用</u> <u>6 輸血や血液製剤の使用</u> <u>7 専門的な治療・処置</u> ① 抗悪性腫瘍剤の使用（ <u>注射剤を使用した場合</u> ） ② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用（ <u>注射剤を使用した場合</u> ） 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）
---	---

(2) 救命救急入院料を算定する保険医療機関及び専門病院入院基本料の評価の見直し

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	【入院基本料（7対1）】 [施設基準] <u>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</u>

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。	割5分以上入院させる病棟であること（<u>削除</u>）。 【専門病院入院基本料（7対1）】 [施設基準] <u>一般病棟用の重症度、医療・看護</u>必要度の基準を満たす患者を1割5分以上（<u>削除</u>）入院させる病棟であること。
--	--

※ 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。

3. 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）を算定する病棟について、在宅復帰機能をもつことや診療内容を継続的に調査・分析することが重要であることから、以下のような基準を新設する。

(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 <u>データ提出加算の届出を行っていること。</u>

[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。

質の高い集中治療の評価について

骨子【重点課題 1－1－1－(1)】

第 1 基本的な考え方

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。

また、重症度について、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、急性期患者の特性を評価する評価方法に改める。

第 2 具体的な内容

1. より体制の充実した特定集中治療室の評価を新設する。

（新） 特定集中治療室管理料 1

イ	7 日以内の期間	13,500 点
ロ	8 日以上14日以内の期間	12,000 点

（新） 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	13,500 点
(2)	8 日以上14日以内の期間	12,000 点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)	7 日以内の期間	13,500 点
(2)	8 日以上60日以内の期間	12,190 点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含む。

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

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】 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,711点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上60日以内の期 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 9,211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4】 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,711点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,211点 (2) 8日以上60日以内の期 7,901点 [施設基準] <u>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度</u> 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 <u>8割</u> 以上であること。

[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。

3. 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。また、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。

(1) 名称及び項目の見直し

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 <u>① 創傷処置 ② 褥瘡処置</u> <u>①、②いずれか一つ以上該当する場合</u> 2 蘇生術の施行 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>3 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)</u> <u>4 点滴ライン同時 3 本以上</u> (以下略) B 項目 (変更なし)

(2) 評価方法及び評価基準の見直し

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。 <u>(新設)</u>	【ハイケアユニット入院医療管理料】 <u>ハイケアユニット入院医療管理料 1</u> 6,511点(改) [施設基準] 看護配置常時 4 対 1 <u>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。</u> <u>ハイケアユニット入院医療管理料 2</u> 4,011点(改) [施設基準] 看護配置常時 5 対 1 <u>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。</u>

[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。

短期滞在手術基本料の見直し

骨子【重点課題 1－1－1－(1)】

第 1 基本的な考え方

一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な手術・検査が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料の対象となる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。また、包括範囲を含む評価のあり方を見直すとともに、当該評価の対象となる患者の平均在院日数の計算方法について、見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 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。入院日 6 日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] <u>全診療報酬</u>

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

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>。

総合入院体制加算の評価

骨子【重点課題 1－1－1－(2)】

第 1 基本的な考え方

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、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行う。

第 2 具体的な内容

1. 総合入院体制加算について、充実した体制とともに一定の実績を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	【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全てを満たすこと。 ア 人工心肺を用いた手術 40 件／年以上

イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上 エ 放射線治療（体外照射法） 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 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）	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）</u>として24時間体制の救急を行っていること。 ③ <u>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</u>
---	---

<u>(新設)</u>	<u>に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</u>
<u>(新設)</u>	④ <u>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。</u>
<u>(新設)</u>	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 <u>(新設)</u>	2 総合入院体制加算 2 ※ <u>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。</u>

新生児医療の評価の見直し

骨子【重点課題 1－1－1－(3)】

第 1 基本的な考え方

新生児医療について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数及び施設基準について、実態を踏まえた適切な評価を行う観点から見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 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】	【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 <u>1,500g 以上であって、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30日（出生体重が1,500g以上の場合）を限度として算定する。	[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（出生体重が1,500g以上であって、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>
--	--

2. 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、出生体重1,000g未満の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、出生体重2,500g未満の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、	【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>	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。 ④ <u>以下のいずれかを満たすこと。</u> イ <u>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> ロ <u>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) 6,011点 [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2】 (1日につき) 8,011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。 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>

[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。

小児特定集中治療室管理料の見直し

骨子【重点課題 1－1－1－(4)】

第 1 基本的な考え方

小児特定集中治療室管理料における評価のあり方について、実態を踏まえて、必要な見直しを行う。

第 2 具体的な内容

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） <table><tr><td>１</td><td>７日以内</td><td>15,500点</td></tr><tr><td>２</td><td>８日以上14日以内</td><td>13,500点</td></tr></table> 〔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>	１	７日以内	15,500点	２	８日以上14日以内	13,500点	【小児特定集中治療室管理料】（１日につき） <table><tr><td>１</td><td>７日以内</td><td>15,500点</td></tr><tr><td>２</td><td>８日以上14日以内</td><td>13,500点</td></tr></table> 〔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 <u>当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上（うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上）受け入れていること。</u>	１	７日以内	15,500点	２	８日以上14日以内	13,500点
１	７日以内	15,500点											
２	８日以上14日以内	13,500点											
１	７日以内	15,500点											
２	８日以上14日以内	13,500点											

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化

骨子【重点課題 1－1－2－(1) (2)】

第 1 基本的な考え方

1. 病床の機能分化を図る観点から、一般病棟における特定除外制度について見直しを行う。
2. 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。
3. 急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を進める観点から、長期療養を必要とする超重症児（者）等の受入れを療養病棟（床）において推進する。

第 2 具体的な内容

1. 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。

「重点課題 1－1－1－①」を参照のこと。

2. 療養病棟において自院で慢性維持透析等を実施している場合の評価を新設する。

(新) 慢性維持透析管理加算 100 点（1 日につき）

[算定要件]

- 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。

3. 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	【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、<u>（削除）</u>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

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。 <u>(新設)</u>	算を算定できるものとする。 ③ <u>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)。</u>
--	--

療養病棟における在宅復帰機能の評価

骨子【重点課題 1－1－2－(3)】

第 1 基本的な考え方

療養病棟における在宅復帰機能の評価する観点から、一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

第 2 具体的な内容

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。

(新) 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

地域包括ケアを支援する病棟の評価

骨子【重 1－1－3－(1)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

1. 急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、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の施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料 1	2,500 点(1 日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料 1	2,500 点(1 日につき)
(新)	地域包括ケア病棟入院料 2	2,000 点(1 日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料 2	2,000 点(1 日につき)
(新)	看護職員配置加算	150 点(1 日につき)
(新)	看護補助者配置加算	150 点(1 日につき)
(新)	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。

[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。
- 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っては、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とはできない。
- ⑥ 看護職員 13 対 1 以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士 1 名以上及び専任の在宅復帰支援担当者 1 人以上が配置されていること。
- ⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目 1 点以上の患者を 10% 以上入院させていること。
- ⑧ 次のいずれかを満たすこと
 - ア 在宅療養支援病院の届出
 - イ 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年 3 件以上の在宅患者の受入実績があること
 - ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること
 - エ 救急告示病院であること
- 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。

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 m² 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（看護職員を除く）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（看護職員を除く）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職員を看護補助者とみなしても差し支えない。

2. 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。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

骨子【重点課題 1－1－3－(2)】

第 1 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟について、患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進する観点から、より充実したリハビリテーションの提供体制を評価する。

第 2 具体的な内容

1. 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。

(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
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。

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	【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 1,971 点(改)

[施設基準] <u>(新設)</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>
----------------------------------	--

[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。

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</u> A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が <u>1 割</u> 以上であること。

[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。

4. 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。

(新) 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。

医療を提供しているが、 医療資源の少ない地域に配慮した評価

骨子【1－1－4－(1)】

第1 基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の今後の評価体系の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とする。

また、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。

第2 具体的な内容

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。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）</u>	2,141 点(1 日につき)
(新)	<u>地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）</u>	2,141 点(1 日につき)
(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）</u>	1,713 点(1 日につき)
(新)	<u>地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）</u>	1,713 点(1 日につき)

2. チーム医療等に関する専従要件等の緩和を行う。

	<u>栄養サポートチーム加算（特定地域）</u>	100 点
	<u>緩和ケア診療加算（特定地域）</u>	200 点
(新)	<u>外来緩和ケア管理料（特定地域）</u>	150 点
(新)	<u>糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）</u>	175 点
(新)	<u>褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）</u>	250 点
(新)	<u>退院調整加算（特定地域）</u>	

〈例〉（一般病棟 1 4 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

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】	【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	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	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	[施設基準] <u>一般病棟が</u> 1 病棟のものに限る

病院の栄養管理体制について

骨子【1－1－4－(2)】

第 1 基本的な考え方

平成 24 年度診療報酬改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に係る経過措置について、実態を踏まえて見直しを行う。

第 2 具体的な内容

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、<u>平成26年 6 月30日</u>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</u>

	<u>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>
--	---

有床診療所の機能に着目した評価

骨子【重点課題 1－1－5】

第 1 基本的な考え方

1. 有床診療所は地域で急変した患者を受け入れる機能をはじめとして、高齢者の受入れ、看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等の機能を担っていることから、こうした機能を担うために必要な医療従事者の配置に係る評価を見直すとともに、地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を充実する。
2. 有床診療所における管理栄養士の確保状況を踏まえた、栄養管理の評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 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	【有床診療所入院基本料】注 5
イ 医師配置加算 1 88 点	イ 医師配置加算 1 88 点
ロ 医師配置加算 2 60 点	ロ 医師配置加算 2 60 点
[算定要件]	[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。	<u>(削除)</u>
【有床診療所入院基本料】注 6	【有床診療所入院基本料】注 6

イ 看護配置加算 1	25 点	イ 看護配置加算 1	<u>40 点</u> (改)
ロ 看護配置加算 2	10 点	ロ 看護配置加算 2	<u>20 点</u> (改)
ハ 夜間看護配置加算 1	80 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	ニ 夜間看護配置加算 2	30 点
		ホ 看護補助配置加算 1	<u>10 点</u> (新)
		ヘ 看護補助配置加算 2	<u>5 点</u> (新)
[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。		[算定要件] <u>(削除)</u>	
[施設基準] <u>(新設)</u>		[施設基準] ホ 看護補助配置加算 1 <u>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。</u>	
<u>(新設)</u>		ヘ 看護補助配置加算 2 <u>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。</u>	

2. 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。

現 行	改定案
【有床診療所入院基本料】（1 日につき） <u>(新設)</u>	【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 <u>846 点</u> (新) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 <u>657 点</u> (新) ハ 31 日以上 50 日以内の期間 <u>557 点</u> (新)

<u>(新設)</u> (新設) 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 30 日以内の期間 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 30 日以内の期間 471 点 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 ※ 上記は栄養管理実施加算の包括化に伴う 11 点が含まれる。 [施設基準] <u>(新設)</u>	2 有床診療所入院基本料 2 イ 14 日以内の期間 757 点(新) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 568 点(新) ハ 31 日以上 30 日以内の期間 512 点(新) 3 有床診療所入院基本料 3 イ 14 日以内の期間 558 点(新) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 523 点(新) ハ 31 日以上 30 日以内の期間 493 点(新) 4 有床診療所入院基本料 4 イ 14 日以内の期間 760 点(改) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 590 点(改) ハ 31 日以上 30 日以内の期間 500 点(改) 5 有床診療所入院基本料 5 イ 14 日以内の期間 680 点(改) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 510 点(改) ハ 31 日以上 30 日以内の期間 460 点(改) 6 有床診療所入院基本料 6 イ 14 日以内の期間 501 点(改) ロ 15 日以上 30 日以内の期間 470 点(改) ハ 31 日以上 30 日以内の期間 443 点(改) ※ 上記は栄養管理実施加算の包括化の見直し(後述)に伴う 11 点引き下げを含む。別途、消費税増税に伴う対応(後述)を行う。 [施設基準] 有床診療所入院基本料 1 有床診療所入院基本料 2 有床診療所入院基本料 3
---	---

	① <u>看護配置に係る施設基準に適合していること。</u> ② <u>以下の２以上に該当すること。</u> イ <u>在宅療養支援診療所であつて、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。</u> ロ <u>過去１年間の急変時の入院件数が６件以上であること。</u> ハ <u>夜間看護配置加算１または２を届け出ていること。</u> ニ <u>時間外対応加算１を届け出ていること。</u> ホ <u>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。</u> ヘ <u>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。</u> ト <u>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）。</u> チ <u>医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。</u> リ <u>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。</u>
--	---

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。	又 <u>過去 1 年間の分娩件数が 30 件以上であること。</u> ル <u>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。</u> 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。

3. 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。）にあっては常勤の管理栄養士、<u>診療所</u>に<u>あっては管理栄養士</u>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。	[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。）にあっては常勤の管理栄養士<u>（削除）</u>が 1 名以上配置されていること。 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） <table><tr><td>1</td><td>入院基本料 A</td><td>986 点</td></tr><tr><td>2</td><td>入院基本料 B</td><td>882 点</td></tr><tr><td>3</td><td>入院基本料 C</td><td>775 点</td></tr><tr><td>4</td><td>入院基本料 D</td><td>613 点</td></tr><tr><td>5</td><td>入院基本料 E</td><td>531 点</td></tr></table>	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	【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） <table><tr><td>1</td><td>入院基本料 A</td><td><u>975 点</u> (改)</td></tr><tr><td>2</td><td>入院基本料 B</td><td><u>871 点</u> (改)</td></tr><tr><td>3</td><td>入院基本料 C</td><td><u>764 点</u> (改)</td></tr><tr><td>4</td><td>入院基本料 D</td><td><u>602 点</u> (改)</td></tr><tr><td>5</td><td>入院基本料 E</td><td><u>520 点</u> (改)</td></tr></table> ※ 別途、消費税増税に伴う対応（後述）を行う。	1	入院基本料 A	<u>975 点</u> (改)	2	入院基本料 B	<u>871 点</u> (改)	3	入院基本料 C	<u>764 点</u> (改)	4	入院基本料 D	<u>602 点</u> (改)	5	入院基本料 E	<u>520 点</u> (改)
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																													
1	入院基本料 A	<u>975 点</u> (改)																													
2	入院基本料 B	<u>871 点</u> (改)																													
3	入院基本料 C	<u>764 点</u> (改)																													
4	入院基本料 D	<u>602 点</u> (改)																													
5	入院基本料 E	<u>520 点</u> (改)																													

(新) 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）

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】（入院中 2 回） 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。 <u>（新設）</u>	【入院栄養食事指導料】（入院中 2 回） <u>1 入院栄養食事指導料 1</u> 130 点 <u>2 入院栄養食事指導料 2</u> 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 <u>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。</u> ② <u>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。</u>

主治医機能の評価（その 1）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

中小病院及び診療所において、外来における再診時の包括的な評価を新設する。

(新) 地域包括診療料 1,500 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 （再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）
- ③ 在宅医療に係る点数（訪問診療料を除く）
- 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、診療所又は許可病床が 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。）
- 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。

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

主治医機能の評価（その 2）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

診療所において、複数の慢性疾患を有する患者に対し、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。

（新） 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。
 - 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。

大病院の紹介率・逆紹介率

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

骨子【重点課題 1－2－(2)】

第 1 基本的な考え方

外来の機能分化の更なる推進の観点から、大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みを更に推進する。

第 2 具体的な内容

1. 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。

初診料 200 点（紹介のない場合）

外来診療料 52 点

（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

〔経過措置〕 平成 27 年 3 月 31 日まで

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

〔経過措置〕 平成 27 年 3 月 31 日まで

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 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	[算定要件] ① 特定機能病院と許可病床が 500 床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率 <u>50%未満</u>かつ逆紹介率 <u>50%未満</u>の施設 ② <u>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</u> ③ <u>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。</u>

※再診料は一般病床が 200 床未満の病院で算定

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価

骨子【重点課題 1－3－(1) (2)】

第 1 基本的な考え方

在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、在宅療養支援診療所（以下、在支診という）及び在宅療養支援病院（以下、在支病という）のうち、機能強化型の実績要件や、常勤医師が 3 名以上確保されていないが、十分な実績をもつ在支診及び在支病について評価の見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 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。	〔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 <u>10件以上</u> ハ 過去 1 年間の在宅看取りの実績 <u>4 件以上</u> 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、<u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u>

	<u>イ 過去 1 年間の緊急往診の実績</u> <u>4 件以上</u> <u>ハ 過去 1 年間の看取りの実績 2</u> <u>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 30 日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成 26 年 9 月 30 日の時点で単独で機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす医療機関については、過去 6 月間の緊急往診の実績が 5 件以上かつ看取りの実績が 2 件以上の場合、平成 27 年 3 月 31 日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成 26 年 9 月 30 日の時点で複数の医療機関が連携して機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす場合については、それぞれの医療機関が過去 6 月間の緊急往診の実績が 2 件以上かつ看取りの実績が 1 件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②の基準を満たしている場合は、平成 27 年 3 月 31 日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

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

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

[施設基準]

過去 1 年間の緊急往診の実績が 10 件以上かつ看取りの実績が 4 件以上。

在宅療養における後方病床の評価

骨子【重点課題 1－3－(3)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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</u> の場合 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

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。

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

[算定要件]

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

在宅不適切事例の適正化

骨子【重点課題 1-3-(4)】

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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】	【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	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	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	(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	5,000 点
(2) 処方せんを交付しない場合	(2) 処方せんを交付しない場合
5,300 点	5,300 点
ロ 病床を有しない場合	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	(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付

する場合 4,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 4,900 点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 4,500 点 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 2,500 点 【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	する場合 4,600 点 ※ 同一建物の場合 1,100 点(新) (2) 処方せんを交付しない場合 4,900 点 ※ 同一建物の場合 1,400 点(新) 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200 点 ※ 同一建物の場合 1,000 点(新) ロ 処方せんを交付しない場合 4,500 点 ※ 同一建物の場合 1,300 点(新) 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,150 点(改) ※ 同一建物の場合 760 点(新) ロ 処方せんを交付しない場合 3,450 点(改) ※ 同一建物の場合 1,060 点(新) 【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 □ 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 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	(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 1,170 点(新) □ 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 1,100 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 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)
--	---

(1) 医療機関の場合

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

2 准看護師による場合 (同一日に2人以上) 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 <u>(新設)</u>	(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 <u>イ 同一日に2人</u> (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) <u>ロ 同一日に3人以上</u> (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)
--	--

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

2 准看護師による場合 (同一日に2人以上) イ 週3日目まで 3,800 円 ロ 週4日目以降 4,800 円 <u>(新設)</u>	(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)
【精神科訪問看護基本療養費Ⅲ】 1 保健師又は看護師等による場合 (同一日に2人以上) 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 <u>(新設)</u>	【精神科訪問看護基本療養費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 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 (同一日に2人以上) イ 週3日目まで30分以上 3,800 円 ロ 週3日目まで30分未満 2,910 円 ハ 週4日目以降30分以上	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

	4,800 円	6,050 円(改)
二 週 4 日目以降 30 分未満		(4) 週 4 日目以降 30 分未満
	3,670 円	4,720 円(改)
<u>(新設)</u>		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)

4. 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。

機能強化型訪問看護ステーションの評価

骨子【重点課題 1－3－(5)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 1

12,300 円（月の初日の訪問の場合）

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 2

9,300 円（月の初日の訪問の場合）

[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。

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

2. 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。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について

骨子【重点課題 1－3－(6)】

第 1 基本的な考え方

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。

第 2 具体的な内容

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 日以上の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から訪問看護を受けている患者</u> であって、週 3 日以上の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。

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について

骨子【重点課題 1－3－(7) (16)】

第 1 基本的な考え方

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。
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。

第 2 具体的な内容

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、以下の対応を行う。
 - (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。

在宅における褥瘡対策の推進

骨子【重点課題 1－3－(8) (9)】

第 1 基本的な考え方

入院時の褥瘡保有率が増加傾向であることを踏まえ、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とともに、多職種による褥瘡対策チームの活動について評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 訪問看護において、褥瘡のリスク評価及び褥瘡患者数等の報告を行う。

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> <u>[届出書の記載事項の報告]</u> <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>

2. 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 d2 以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750 点

[算定要件]

- ① 当該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。

在宅自己注射指導管理料の見直し

骨子【重点課題 1－3－(10)】

第 1 基本的な考え方

在宅自己注射について、指導内容が不明確であることや様々な投与方法の薬剤が一律に評価されていることを踏まえて適正化の観点から評価の見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 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)

2. 導入初期については別に加算を行う。

(新) 導入初期加算 500 点

[算定要件]

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

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

骨子【重 1－3－(11)】

第 1 基本的な考え方

小児患者等に対する在宅療養を推進する観点から、在宅療養指導管理料の算定方法について見直しを行う。

第 2 具体的な内容

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

在宅歯科医療の推進等

骨子【重点課題 1－3－（12）（13）（14）】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。
2. 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。
3. 歯科訪問診療が 20 分未満であった場合の歯科訪問診療の評価体系を見直すとともに、同一建物において同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合等について、歯科訪問診療料の適正化を行う。

第 2 具体的な内容

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

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100 点
(歯科訪問診療 1 の加算)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で歯科訪問診療を実施した場合に歯科訪問診療 1 に加算する。

〔施設基準〕

- ① 歯科診療所であること。
- ② 当該歯科診療所で実施される直近 3 か月の歯科訪問診療の実績が、月平均 5 人以上であり、そのうち少なくとも 8 割以上が歯科訪問診療 1 を算定していること。

2. 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100 点【医科点数表】 (診療情報提供料の加算)

〔算定要件〕

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要があり、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合に算定する。

3. 歯科訪問診療 2 の見直し及び歯科訪問診療 3 の新設等

【歯科訪問診療料の評価体系】

(現 行)			
		同一の建物に居住する患者数	
		1 人	2 人以上
患者一人につき診療に要した時間	20 分以上	歯 科 訪 問 診 療 1	歯 科 訪 問 診 療 2
	20 分未満	歯 科 初 ・ 再 診 料	歯 科 初 ・ 再 診 料

(改定案)		
同一の建物に居住する患者数		
1 人	<u>2 人以上</u> <u>9 人以下</u>	<u>10 人以上</u>
歯 科 訪 問 診 療 1	歯 科 訪 問 診 療 2	<u>歯 科 訪 問</u> <u>診 療 3</u>

現 行		改定案	
【歯科訪問診療料】		【歯科訪問診療料】	
1	歯科訪問診療 1	850 点	1 歯科訪問診療 1 850 点
2	歯科訪問診療 2	380 点	2 歯科訪問診療 2 280 点(改)

<u>(新設)</u> 注2 2については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。 イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療	<u>3 歯科訪問診療 3 140点(新)</u> 注2 2については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、<u>当該保険医療機関が、</u>次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合（<u>同一日に9人以下</u>）に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。 イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 注3 <u>3については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合（同一日に10人以上）又は在宅等において</u>
---	---

注 9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。 イ 同一建物居住者以外の場合 170点 ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点 ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点	<u>療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。</u> <u>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</u> <u>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療（新）</u> 注 9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。 イ 同一建物居住者以外の場合 170点 <u>ロ 同一建物居住者の場合</u> 55点（改） <u>（削除）</u>
--	---

[算定要件] <u>(新設)</u>	[算定要件] <u>介護施設等に入居又は入所して</u> <u>いる患者に対して「歯科訪問診療</u> <u>2」又は「歯科訪問診療3」を算</u> <u>定した場合にあっては、歯科訪問</u> <u>診療を実施した日の属する月に、</u> <u>歯科訪問診療を行った日時及び訪</u> <u>問診療を行った歯科医師の氏名が</u> <u>記載された文書を患者又その家族</u> <u>若しくは介護施設職員等の関係者</u> <u>のいずれかに提供するとともに、</u> <u>提供文書を保険医療機関に保管し</u> <u>ておくこと。なお、同一施設にお</u> <u>いて、歯科訪問診療を実施した日</u> <u>の属する月に「歯科訪問診療2」</u> <u>又は「歯科訪問診療3」を複数回</u> <u>算定した場合であって、患者又は</u> <u>その家族以外の介護施設職員等に</u> <u>当該文書を提供する場合は施設単</u> <u>位として一覧表で作成しても差し</u> <u>支えない。</u>
----------------------------------	--

4. 歯科訪問診療時の著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直し

著しく歯科診療が困難な者について、外来及び歯科訪問診療時に処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、個々の患者の状態や歯科診療の負担感等を考慮して、それぞれの項目において所定点数の100分の50加算として算定する取り扱いとなっているが、当該患者に対する歯科訪問診療時の取り扱いが外来時と一部異なることから、外来と同様の取り扱いに見直す。

現 行	改定案
【処置 通則】 注 歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（歯科訪問診療料を算定した患者については、抜髄及び感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 [算定要件] 通則5による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に関し算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。	【処置 通則】 注 歯科訪問診療料及び歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、<u>歯科訪問診療時に処置（歯科訪問診療料のみを算定する患者にあつては、抜髄及び感染根管処置に限る。）</u>を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 [算定要件] 通則5及び<u>通則8</u>による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に関し算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。 <u>手術、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様の改正を行う。</u>

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題 1－3－(16)】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。
 - (2) 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の評価の適正化を行う。
2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から、無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

第 2 具体的な内容

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 基準調剤加算の評価の見直し
 - ① 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - ア) 基準調剤加算 1：近隣の保険薬局と連携して 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - イ) 基準調剤加算 2：自局単独で 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - ② 患者又はその家族等に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を薬剤情報提供文書等において情報提供を行うことを周知する。

- ③ 『薬局の求められる機能とあるべき姿』（厚生労働科学研究費補助金事業「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」にて公表、医薬食品局総務課より通知（平成 26 年 1 月 21 日薬食総発 0121 第 1 号））で掲げられている項目（※）を踏まえ、いわゆる「かかりつけ薬局」としての要件を追加する。

※患者のプライバシーに対する配慮等

- ④ 基準調剤加算 2 については、以下の項目を施設基準として追加する。

- ・ 在宅業務の過去の実績
- ・ 在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制（衛生材料を供給できる体制等）の整備
- ・ 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションとの連携体制及びケアマネージャーとの連携体制の整備

現 行	改定案
【基準調剤加算】 イ 基準調剤加算 1 10 点 ロ 基準調剤加算 2 30 点 〔施設基準〕 通則 イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。 ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。 ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。 ニ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備	【基準調剤加算】 イ 基準調剤加算 1 <u>12 点</u> (改) ロ 基準調剤加算 2 <u>36 点</u> (改) 〔施設基準〕 通則 イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。 ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。 ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。 <u>(削除)</u>

されていること。 ホ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。 <u>(新規)</u>	三 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制<u>及び機能</u>が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。 ホ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。 <u>(新規)</u>	基準調剤加算 1 の基準 イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 ロ 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して 24 時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。 <u>ハ 略</u>
基準調剤加算 2 の基準 イ 略 ロ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 <u>(新規)</u>	基準調剤加算 2 の基準 イ 略 <u>(削除)</u> ロ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 ハ 当該薬局のみで 24 時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

(新規)	ニ <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当の実績を有していること。</u>
(新規)	ホ <u>当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u>
(新規)	ヘ <u>当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u>

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導の評価の見直し

在宅医療を担う保険薬局の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険薬剤師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 500点 2 同一建物居住者の場合 350点	【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</u>(改) 2 同一建物居住者の場合 <u>300点</u>(改)
注１ あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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薬局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	注１ あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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薬局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

「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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月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)に限り算定する。	「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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、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を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。
---	---

(3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化

在宅医療における医療機関と保険薬局との連携の強化のために、保険医療機関において、在宅薬剤管理指導業務を行い夜間・休日等の時間外に対応できる保険薬局のリストを患者に渡して説明すること等については、保険医療機関及び保険医療養担当規則における特定の保険薬局への誘導の禁止に反しないことを明らかにする。

2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から以下の対応を行う。

(1) 無菌製剤処理が必要な薬剤を含む処方せんを受け付けた無菌調剤室

(保険薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。)を有しない保険薬局(以下「処方箋受付薬局」という。)で調剤に従事する薬剤師が、他の無菌調剤室を有する保険薬局(以下「無菌調剤室提供薬局」という。)の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行う場合、処方箋受付薬局は無菌製剤処理加算について算定できることとする。

現 行	改定案
[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準] ① 薬局であること。 ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準] ① 薬局であること。 ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。<u>ただし、薬事法施行規則（昭和36年2月1日厚生省令第1号）第15条の9第1項のただし書の場合は、この限りでない。</u> ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 在宅の緩和ケアを推進するため、無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大する。乳幼児用の無菌製剤は、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならないため、無菌製剤処理加算について、乳幼児に対して無菌製剤処理する場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【無菌製剤処理加算】 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薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。	【無菌製剤処理加算】 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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、<u>抗悪性腫瘍剤又は麻薬</u>につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ<u>55点、65点又は55点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ110点、120点又は110点）</u>を加算する。

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

骨子【重点課題 1－3－(17)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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	【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 650点(改) 2 同一建物居住者の場合 300点(改) 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。	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>
--	---

医療機関相互の連携等について

骨子【重点課題 1－4－(1) (2) (3)】

1. 中小病院及び診療所において、外来の包括的な評価を新設する。
「重点課題 1－2－①」を参照のこと。
2. 診療所において、複数の慢性疾患を有する患者に対し、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。
「重点課題 1－2－②」を参照のこと。
3. 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する。また、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。
「重点課題 1－2－③」を参照のこと。
4. 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及び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。
「重点課題 1－3－②」を参照のこと。

維持期リハビリテーションの評価

骨子【重点課題 1－4－(4)】

第 1 基本的な考え方

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、医療と介護の役割分担の観点から、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を延長する等、必要な見直しを行う。なお、平成 28 年度改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。

第 2 具体的な内容

1. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超過しており、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過しており、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	【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過しており、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)	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 <u>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。</u> ※ 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。
--	---

2. 現在、標準的算定日数を超過しており、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	【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。	し、要介護被保険者等であって、 <u>入院中の患者以外の者</u> については、原則として平成 <u>28</u> 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。
--	--

3. 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。

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

[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。

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

骨子【重点課題 1－4－(5)】

第 1 基本的な考え方

介護職員等が喀痰吸引等の行為を実施するために必要な介護職員等喀痰吸引等指示を、特定の研修を受けた教員によって喀痰吸引等が行われる特別支援学校等の学校に対して保険医が行った場合の評価を行う。

第 2 具体的な内容

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 (新規)	【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 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

	<u>するための適切な研修を修了した</u> <u>教員が配置されている学校に限</u> <u>る。)</u>
--	---

周術期における口腔機能の管理等、 医療機関相互の連携

骨子【重点課題 1－4－(6)】

第 1 基本的な考え方

周術期における口腔機能管理を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、周術期における口腔機能管理が必要な患者に対して、歯科を標榜していない医科医療機関から歯科医療機関への情報提供を評価するとともに、歯科医師による周術期の口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料を評価する等、周術期口腔機能管理の充実を図る。

第 2 具体的な内容

1. 周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関の診療情報提供に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100 点【医科点数表】

(診療情報提供料の加算)

※再掲 周術期口腔機能管理の連携に係る部分を記載

[算定要件]

歯科を標榜していない病院で、手術の部の第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術、第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））の手術若しくは造血幹細胞移植を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要があり、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

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

現 行	改定案
【手術 通則（医科点数表）】 <u>（新規）</u>	【手術 通則（医科点数表）】 注 <u>歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に、第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、手術の所定点数に 100 点を加算する。</u>
【手術 通則（歯科点数表）】 <u>（新設）</u>	【手術 通則（歯科点数表）】 注 <u>周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後 1 月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、手術の所定点数に 100 点を加算する。</u>
【周術期口腔機能管理料（Ⅰ）】 1 手術前 190 点 2 手術後 190 点	【周術期口腔機能管理料（Ⅰ）】 1 手術前 280 点(改) 2 手術後 190 点
【周術期口腔機能管理料（Ⅱ）】 1 手術前 300 点 2 手術後 300 点	【周術期口腔機能管理料（Ⅱ）】 1 手術前 500 点(改) 2 手術後 300 点

がん患者指導管理の充実

骨子【Ⅰ－１－（１）】

第１ 基本的な考え方

がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、がん患者に対する継続的な指導管理について評価を行う。

第２ 具体的な内容

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 <u>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</u> 500点 2 <u>医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u> 200点（新） 3 <u>医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u> 200点（新） [算定要件] 2 <u>医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u> <u>がんと診断された患者であって</u>

<u>(新規)</u>	③ <u>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> 3 <u>医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u> ① <u>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> ② <u>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> ③ <u>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>
--------------------	---

外来化学療法の評価の見直し

骨子【Ⅰ－１－（２）（３）】

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

1. 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	【外来化学療法加算 A】 [算定要件] ① 入院中の患者以外の<u>悪性腫瘍の患者に対して、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>

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に阻害する分子標的薬とする。 <u>(新規)</u> 【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。	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】 [算定要件] ① <u>入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。</u> <u>ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合</u> <u>イ 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合</u> <u>ウ 関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合</u>
--	--

<u>(新規)</u>	<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。</u>
<u>(新規)</u>	<u>③ この場合において、区分番号C 101に掲げる在宅自己注射指導管理 料は算定しない。</u>

2. 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。

「重点課題 1－3－⑧」を参照のこと。

精神病床の機能分化

骨子【Ⅰ－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

精神病床における１年以上の長期入院患者は 20 万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれて社会復帰が困難となる傾向にある。そのため、精神病床の機能分化を推進し、病床の機能に応じた人員配置とするため、必要な見直しを行う。

第２ 具体的な内容

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。

(新) 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。

2. 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。

(新) 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。

3. 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。 <u>(新規)</u>	【精神療養病棟入院料】 [施設基準] ① 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置され、かつ、当該病棟に<u>専任の常勤の精神科医</u>が 1 名以上配置されていること。 <u>(削除)</u> ② <u>当該病棟の全入院患者に対し、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>

※ 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。

4. 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病棟入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30 点（1 日につき）

[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。

5. 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	【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 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 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。	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>
-----------------------	---

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進

骨子【Ⅰ－２－(2)】

第１ 基本的な考え方

精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進する観点から、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に対する多職種チームによる在宅医療を評価するとともに、精神疾患患者の在宅医療の特性を勘案し、長時間の在宅診療の評価を充実させる。また、精神科デイ・ケア等の適切な利用を推進する観点から、必要な見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価

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。

(新) 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。

[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。

（訪問看護療養費）

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

〔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。

（精神科専門療法）

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。

（新） 精神科複数回訪問加算 450 点（1 日に 2 回）

（新） 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。

(訪問看護療養費)

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。

(新)	精神科複数回訪問加算	4,500円(1日に2回)
(新)	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。

2. 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とともに、通院・在宅精神療法の初診日の評価について適正化を行う。

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	【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通

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)	院精神療法を行った場合 600点(改) 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 在宅精神療法 イ 区分番号 A 000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) 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） 540点(新) 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
---	--

3. 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	【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。	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</u>起算して<u>1</u>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。
--	---

身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進

骨子【Ⅰ－２－(3)】

第１ 基本的な考え方

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

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

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・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・合併症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	【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（<u>精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く</u>）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 A 301 特定集中治療室管理料、A 301</u>

において精神病棟に入院（医療観察法入院を除く）したものを除く。）。	－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
--	---

2. 通院・在宅精神療法の20歳未満加算の起算日の見直し

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

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</u>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。）は所定点数に加算する。

3. 精神科身体合併症管理加算の算定要件の見直し

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 <u>10 日間</u>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 <u>10 日間</u>に限り算定することが可能であるが、同一月内に当該加算を算定できる期間は <u>20 日間</u>までとする。

適切な向精神薬使用の推進

骨子【Ⅰ－２－(4)】

第１ 基本的な考え方

諸外国と比べて我が国の向精神薬の処方剤数が多く、課題となっていることを踏まえ、適切な向精神薬の処方を推進する観点から、必要な見直しを行う。

第２ 具体的な内容

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

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

※ 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。

児童・思春期の精神科医療の推進

骨子【Ⅰ－２－(5)】

第１ 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に適切な医療を提供するため、児童相談所等との連携や、保護者等に対する適切な指導を行うことについての評価を行う。

第２ 具体的な内容

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。

認知症対策の推進

骨子【I-3】

第1 基本的な考え方

認知症患者の増加が見込まれるなか、重度の認知症患者に対する評価について実態を踏まえて見直すとともに、早期回復を図るため認知症患者に対するリハビリテーションを評価する。

第2 具体的な内容

1. 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</u>（改） [算定要件] 入院した日から起算して<u>1</u>月以内の期間に限り加算する。

2. 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。

(新) 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。

救急医療管理加算の見直し

骨子【Ⅰ－４－（１）】

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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つて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。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。	【救急医療管理加算１】 800点 【救急医療管理加算２】 <u>400点</u>（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つて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。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>

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 <u>（新規）</u>	① <u>救急医療管理加算 1</u> 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 <u>救急医療管理加算 2</u> コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態 <u>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。</u>
--	---

救命救急センターにおける

急性薬毒物中毒治療の評価

骨子【I-4-(1)】

第1 基本的な考え方

救命救急入院料における急性薬毒物中毒患者の評価について、基準が不明確であることから評価を見直すとともに、算定可能な施設を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 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 <u>（機器分析）</u> 5,000 点 <u>急性薬毒物中毒加算 2（その他）</u> <u>350点（新）</u> 〔算定要件〕 <u>急性薬毒物中毒加算 1（機器分析）</u>については日本中毒学会による <u>ガイドラインに基づいた機器分析を</u> <u>自院で行った場合にのみ算定する。</u> 〔施設基準〕 <u>（削除）</u>

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

骨子【Ⅰ－４－(1)】

第１ 基本的な考え方

1. 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、受入を促進するための評価を新設する。
2. 在宅医療における救急患者の受入について評価を行う。

第２ 具体的な内容

1. 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。

夜間休日救急搬送医学管理料		
(新)	精神疾患患者等受入加算	400 点

[算定要件]

対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、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

2. 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。
「重点課題１－３－②」を参照のこと。

小児医療に係る評価の見直し

骨子【Ⅰ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

小児医療に係る評価について、高額な薬剤を使用する場合の小児科外来診療料の評価等、実態を踏まえて必要な見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- １．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。
「重点課題１－３－⑨」を参照のこと。

- ２．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<u>及びパリーブズマブを投与している患者（投与当日に限る）</u>については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

3. 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を年間 20 名以上受け入れていることの他に要件を設定する。

「重点課題 1－1－1－⑥」を参照のこと。

新生児の退院調整等の評価

骨子【Ⅰ－４－（５）】

第１ 基本的な考え方

N I C Uに長期入院している児が一定程度存在していることから、N I C Uをもつ医療機関から後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 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。

「重点課題１－１－１－⑤」を参照のこと。

2. 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、出生体重1,000g未満の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、出生体重2,500g未満の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。

「重点課題１－１－１－⑤」を参照のこと。

3. 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】	【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	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。	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] <u>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、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> <u>ア 先天奇形の患者</u> <u>イ 染色体異常の患者</u> <u>ウ 出生体重1,500g未満の患者</u> <u>エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る)</u> <u>オ その他、生命に関わる重篤な状態のもの</u>
--	--

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

(新) 新生児特定集中治療室退院調整加算 3

イ	退院支援計画策定加算	600 点
ロ	退院加算	600 点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の 配置に対する評価

骨子【Ⅰ－５－(1)】

第１ 基本的な考え方

急性期病棟に入院している患者について、ADL の低下が一部にみられることから、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価を新設する。

第２ 具体的な内容

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。

(新) 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 年間に於いて、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。

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進

骨子【Ⅰ－５－(1)】

第１ 基本的な考え方

リハビリテーションの外来への早期移行を推進する観点から、外来における早期リハビリテーションを評価するとともに、外来でリハビリテーションを提供する医療機関へ紹介した場合の評価を行う。

また運動器リハビリテーション料Ⅰについて評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域連携診療計画管理料等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。	【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等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

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。	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（<u>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等を現に算定した患者に限る）に限る</u>）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。
【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。	【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（<u>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等を現に算定した患者に限る）に限る</u>）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

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。	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] 入院中の患者又は入院中の患者以外のも（<u>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等を現に算定した患者に限る）に限る</u>）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。
--	---

2. 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評価を新設する。

(新) 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等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 回に算定する。

3. 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】 <u>（削除）</u>

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む

疾患別リハビリテーション等の適切な評価

骨子【Ⅰ－５－(2)】

第１ 基本的な考え方

廃用症候群に対するリハビリテーションを適正化の観点から見直しを行い、併せて疾患別リハビリテーション等の評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 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）	【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）	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	（２）廃用症候群の場合 <u>180点</u> （改）
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	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	（２）廃用症候群の場合 <u>146点</u> （改）
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	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	（２）廃用症候群の場合 <u>77点</u> （改）
注４	注４
イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	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	（２）廃用症候群の場合 <u>162点</u> （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 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	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 <u>131点(改)</u> 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 <u>69点(改)</u> [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（<u>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。</u>）
--	---

2. 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	【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） <u>205点(改)</u> 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） <u>105点(改)</u>

【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	【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) <u>180点</u>(改) 2 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) <u>170点</u>(改) 3 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) <u>85点</u>(改) 注5 イ 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ) <u>163点</u>(改) ロ 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) <u>154点</u>(改) ハ 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) <u>85点</u>(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) <u>175点</u>(改) 2 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ) <u>85点</u>(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 <u>225点</u>(改) 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 <u>195点</u>(改) 3 18歳以上の患者の場合 <u>155点</u>(改) 【がん患者リハビリテーション料】 (1単位につき) <u>205点</u>(改)
--	--

回復期・維持期のリハビリテーションの見直し

骨子【Ⅰ－５－(3) (4)】

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する病棟について、①専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。②休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括化する。③重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。
「重点課題 1－1－3－②」を参照のこと。
2. 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。
「重点課題 1－1－3－②」を参照のこと。
3. 現在、原則として平成 25 年度までとされている要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成 27 年度までに限り延長する。また、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。
「重点課題 1－4－②」を参照のこと。
4. 維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。
「重点課題 1－4－②」を参照のこと。

生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【Ⅰ－(1) (2) (3)】

第1 基本的な考え方

1. 全身的な疾患を有し、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直す。
2. 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
 - (1) 小児期において、正常な口腔機能の獲得・成長を促すために、第一乳臼歯の早期喪失症例に対する小児保隙装置を評価するとともに、外傷による歯の欠損症例に対する小児義歯を評価する。
 - (2) 成人期において、口腔機能の維持・向上を図るために、舌接触補助床等の床装置を用いた訓練を評価するとともに、歯周治療用装置については、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。
 - (3) その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化や評価の位置づけの見直しを行うとともに、口腔機能の管理等に係る文書提供等については患者の視点と事務負担を考慮して適切に対応を行う。
3. 歯の喪失のリスク増加に着目して、以下の対応を行う。
 - (1) 歯周病の病状安定後の包括評価である歯周病安定期治療の評価体系を一口腔単位から歯数単位に見直す。
 - (2) 根面う蝕については、自立度が低下した在宅等で療養を行っている者の初期根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布の評価を行う。
 - (3) 根管治療については、治療の実態に合わせて適正に評価を行う。
その他、口腔機能の維持・向上に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、適切な評価を行う。
4. 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。
「重点課題1－3－⑩」を参照のこと。

5. 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。

「重点課題 1－3－⑩」を参照のこと。

第2 具体的な内容

1. 著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直す。

現 行	改定案
【歯科診療特別対応連携加算（初・再診料の加算）】 [施設基準] ・ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の歯科診療特別対応加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上であること。	【歯科診療特別対応連携加算（初・再診料の加算）】 [施設基準] ・ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の歯科診療特別対応加算を算定した外来患者の月平均患者数が<u>十人</u>以上であること。

2. 各ライフステージの口腔機能の変化への対応

- (1) 小児期において、第一乳臼歯の早期喪失症例や乳歯が外傷により欠損した症例について、小児保隙装置（クラウンループ又はバンドループ）を新たに評価するとともに小児義歯の適応に外傷を加える。



（クラウンループ）



（小児義歯）

① 小児保隙装置の評価

（新） 小児保隙装置 600 点

〔算定要件〕

- ① 小児保隙装置は、う蝕によって乳臼歯 1 歯が早期に喪失した症例に対して装着されるループが付与されたクラウン（又はバンド状の装置）を装着した場合に算定する。
- ② 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

その他、当該技術に係る歯冠形成、印象採得、装着及び除去についても評価を行う。

② 小児義歯の適応の見直し

現 行	改定案
【小児義歯（有床義歯の取扱い）】 〔算定要件〕 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい	【小児義歯（有床義歯の取扱い）】 〔算定要件〕 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい

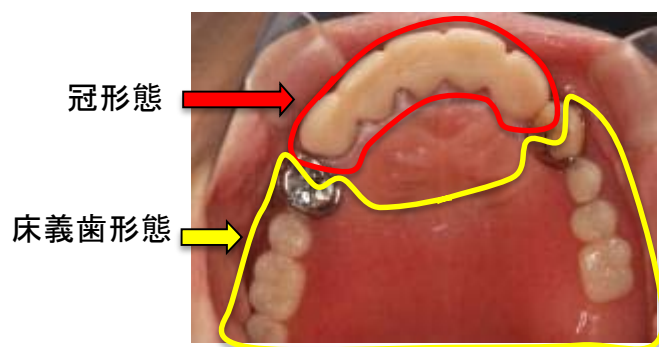
言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。

言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷により歯が喪失した場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。

- (2) 成人期において、舌接触補助床等の床装置を用いた調整や指導等を評価するとともに、歯周治療用装置については、その製作について、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。



(舌接触補助床)



(歯周治療用装置)

- ① 舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的な管理の見直し

(新) 歯科口腔リハビリテーション料 1

1 有床義歯の場合

イ ロ以外の場合 100点

ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190点

[算定要件]

- ① 有床義歯又は舌接触補助床を装着している患者に対して、実施した場合に算定する。
- ② 「有床義歯の場合」については、有床義歯を装着している患者に対して、当該装置の調整又は指導を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に月1回に限り算定する。
- ③ 「有床義歯の場合」における「困難な場合」とは以下のいずれかに該当する場合をいう。
 - ア) 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
 - イ) 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者
- ④ 「舌接触補助床の場合」については、床副子（摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床））を算定した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に月4回を限度として算定する。なお、同一初診期間中に「舌接触補助床の場合」の算定以降は「有床義歯の場合」を算定することはできない。
- ⑤ 実施内容等の要点を診療録に記載すること。

② 歯周治療用装置の要件の見直し

現 行	改定案
【歯周治療用装置】 注 歯周病検査の結果、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。	【歯周治療用装置】 注 <u>歯周病検査（歯周精密検査）を実施した患者に対して算定する。</u>

(3) その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化を図るとともに、有床義歯製作後の調整等の継続的な管理については評価の位置づけをリハビリテーションに見直す。また、歯科疾患管理料の文書提供の要件等については臨床の実態や患者の意向を踏まえた見直しを行う。

現 行	改定案
【義歯管理料（１口腔につき）】	【新製有床義歯管理料（１口腔につき）】
1 新製有床義歯管理料 150点	1 2 以外の場合 190 点（新）
2 有床義歯管理料 70点	2 困難な場合 230 点（新）
3 有床義歯長期管理料 60点	
	【歯科口腔リハビリテーション料 1（１口腔につき）】（※再掲）
	1 有床義歯の場合
	イ ロ 以外の場合 100点（新）
	ロ 困難な場合 120点（新）
注 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。	（注による加算については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料 1 に包括）
【有床義歯調整管理料（１口腔につき）】 30点	（有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料 1 に包括）
【歯科疾患管理料】	【歯科疾患管理料】
[算定要件]	[算定要件]
2 回目以降の継続管理計画書の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定し	① 2 回目以降の継続管理計画書の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定し

たと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したとき、その他療養上必要な時期に提供するものとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供すること。 ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合は、この限りでない。この場合、継続管理計画書は歯周病安定期治療を実施した際に提供すること。 <u>（新規）</u>	たと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したとき、その他療養上必要な時期に提供するものとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供すること。 ② <u>上記にかかわらず、以下の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期については、患者の求めがない限りにおいて、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えないこと。</u> イ 歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合。 ロ <u>患者又はその家族が、管理計画書（初回用又は継続用）の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容（例：次回から文書提供不要）を記載した場合。</u>
--	---

3. 歯の喪失リスク増加への対応

- (1) 歯周病に係る歯周病安定期治療の評価体系を一口腔単位から歯数単位に見直すとともに評価等を見直す。

現 行	改定案
【歯周病安定期治療（一口腔につき）】	【歯周病安定期治療（一口腔につき）】
300点	1 1 歯以上 10 歯未満 200 点(新)
	2 10 歯以上 20 歯未満 250 点(新)
	3 20 歯以上 350 点(新)
[算定要件]	[算定要件]
歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。	歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上（削除）有するものをいう。

- (2) 根面う蝕については、自立度が低下した在宅等で療養を行っている者の初期根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布の評価を行うとともに、併せて、小児のう蝕多発傾向者に関するフッ化物歯面塗布についてもその位置づけを見直す。

(新) フッ化物歯面塗布処置

- 1 う蝕多発傾向者の場合 80点（現行評価の移行）
- 2 在宅等療養患者の場合 80点

[算定要件]

- ① 1については、歯科疾患管理料を算定した13歳未満のう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回算定する。
 - ② 2については、歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布を行った場合月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回算定する。
- (3) 根管治療については、治療の実態に合わせて適正に評価を行う。その他、口腔機能を維持・向上等に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討や現場の実態を踏まえつつ、適切な評価を行うとともに、一部の項目について評価体系等を見直す。

① 歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上等に資する技術

現 行	改定案
【根管貼薬処置（1歯1回につき）】	【根管貼薬処置（1歯1回につき）】
	※「 <u>診療報酬請求書等の記載要領</u> 」 <u>において、長期的に行われる同一歯に対する根管貼薬処置に関する取り扱い記載</u>
【根管充填（1歯につき）】	【根管充填（1歯につき）】
注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点	<u>（削除）</u>

をそれぞれ加算する。ただし、クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。	
<u>(新規)</u>	<u>【加圧根管充填処置（１歯につき）】</u>
	１ 単根管 130点(新)
	２ ２根管 156点(新)
	３ ３根管以上 190点(新)
	<u>注 クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関において算定する。</u>
【初期う蝕早期充填処置】 122点	【初期う蝕早期充填処置（１歯につき）】 124点(改)
【充填（１歯につき）】 充填１（複雑なもの） 152点	【充填（１歯につき）】 充填１（複雑なもの） 154点(改)
【歯周疾患処置（１口腔１回につき）】 10点	【歯周疾患処置（１口腔１回につき）】 14点(改)
【暫間固定】 １ 簡単なもの 300点 ２ 困難なもの 500点 ３ 著しく困難なもの 650点	【暫間固定】 １ 簡単なもの 200点(改) ２ 困難なもの 500点 ３ 著しく困難なもの 650点
【歯周外科手術（１歯につき）】 ４ 歯肉剥離搔爬手術 620点 ５ 歯周組織再生誘導手術 イ 一次手術 760点 ロ 二次手術 320点	【歯周外科手術（１歯につき）】 ４ 歯肉剥離搔爬手術 630点(改) ５ 歯周組織再生誘導手術 イ 一次手術 840点(改) ロ 二次手術 380点(改)

② 補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術

現 行	改定案
【支台築造印象（１歯につき）】 22点	【支台築造印象（１歯につき）】 <u>26点</u> (改)
【テンポラリークラウン（１歯につき）】 30点	【テンポラリークラウン（１歯につき）】 <u>34点</u> (改)
【咬合採得】 欠損補綴 ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (一) 支台歯とポンティックの数の 合計が５歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティックの数の 合計が６歯以上の場合 140点 (2) その他のブリッジ 70点	【咬合採得】 欠損補綴 ブリッジ <u>(削除)</u> (1) 支台歯とポンティックの数の 合計が５歯以下の場合 <u>74点</u> (改) (2) 支台歯とポンティックの数の 合計が６歯以上の場合 <u>148点</u> (改) <u>(削除)</u>
【有床義歯】 (例) 2 総義歯（１顎につき） 2,100点	【有床義歯】 (例) 2 総義歯（１顎につき） <u>2,110点</u> (改)
【鑄造鉤（１個につき）】 双子鉤 230点 二腕鉤 212点	【鑄造鉤（１個につき）】 双子鉤 <u>234点</u> (改) 二腕鉤 <u>216点</u> (改)
【補綴隙（１個につき）】 30点	【補綴隙（１個につき）】 <u>40点</u> (改)
【有床義歯修理（１床につき）】 224点 歯科技工加算 22点	【有床義歯修理（１床につき）】 <u>228点</u> (改) 歯科技工加算 <u>24点</u> (改)

③ その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

(新) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点

[算定要件]

広範囲顎骨支持型装置搔爬術とは、広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者であって、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいう。

(新) 口腔内分泌物吸引 48点

[算定要件]

口腔内分泌物吸引は、歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液及びそれに類似する分泌物の吸引を行った場合に月2回を限度として算定する。

(位置づけや表現の見直し等)

現 行	改定案
【床副子】 3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床） 2,000点	【床副子】 3 <u>著しく困難なもの</u> 2,000点 4 <u>摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）</u> イ <u>新たに製作した場合</u> 2,000点 ロ <u>旧義歯を用いた場合</u> 500点（新）
【病理診断管理加算（口腔病理診断料の加算）】	【<u>口腔病理診断管理加算（口腔病理診断料の加算）</u>】

4. 訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価
「重点課題 1－3－⑩」を参照のこと。
5. 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価
「重点課題 1－3－⑩」を参照のこと。

新規医療技術の保険導入等（歯科）

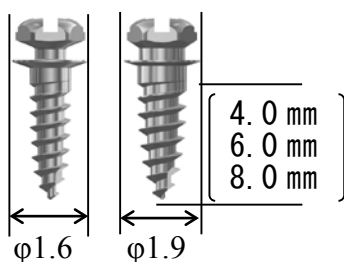
骨子【Ⅰ－６－（３）】

第１ 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う。

第２ 具体的な内容

１． 歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価



（新） 植立 500 点（１本につき）

〔算定要件〕

- ① 歯科矯正用アンカースクリューを歯槽骨内に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。
- ② 麻酔に伴う費用は所定点数に含まれる。
- ③ 特定保険医療材料料は別に算定する。

その他、当該技術に係る装着及び除去についても評価を行う。

２． 局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価

（新） コンビネーション鉤 220 点

[算定要件]

二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。

3. 顎関節症治療用装置（スプリント）装着患者に対する訓練等の評価

(新) 歯科口腔リハビリテーション料 2 50 点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して指導又は訓練を実施した場合に月 1 回に限り算定する。

[施設基準]

- ① 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る 5 年以上の経験及び当該療養に係る 3 年以上の経験を有する歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- ② 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関にあっては、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

4. 再評価を行う技術

現 行	改定案
歯科矯正の適応症の拡大 [療養の給付の対象とする適応症] ① しんがくこうがいれつ 唇顎口蓋裂 に起因した咬合異常 ② がくりだん 顎離断 等の手術を必要とする顎変形症 ③ 以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）ほか41疾患	[療養の給付の対象とする適応症] ① しんがくこうがいれつ 唇顎口蓋裂 に起因した咬合異常 ② がくりだん 顎離断 等の手術を必要とする顎変形症 ③ 以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）ほか41疾患

(新規)

頬、口唇、頬小帯形成術の算定要件
の見直し

【頬、口唇、舌小帯形成術】

頬、口唇、舌小帯形成を、複数の
小帯に対して行った場合は、主たる
手術の所定点数のみにより算定す
る。

う蝕多発傾向者の判定基準の見直し
[歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾
向者の判定基準]

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳歯	永久歯
0～2歳	1歯以上	
3～4歳	3歯以上	
5～7歳	8歯以上及び2歯以上	
8～10歳	4歯以上	
11～12歳	6歯以上	

●手術時歯根面レーザー応用加算
(歯周外科手術の加算)の施設基
準の見直し

[施設基準]

当該レーザー治療に係る専門の知
識及び5年以上の経験を有する歯科
医師が1名以上いること。

④ チャージ症候群、マーシャル症
候群、下垂体性小人症、ポリエッ
クス症候群(クラインフェルター
症候群)、リング18症候群

【頬、口唇、舌小帯形成術】

頬、口唇、舌小帯形成を行う場
合に、2分の1顎の範囲内におけ
る複数の頬小帯に対して行った場
合は、2か所以上であっても1か
所として算定する。

[歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾
向者の判定基準]

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳歯	永久歯
<u>0～4歳</u>	1歯以上	
5～7歳	<u>3歯以上及び1歯以上</u>	
8～10歳	<u>2歯以上</u>	
11～12歳	<u>3歯以上</u>	

[施設基準]

当該レーザー治療に係る専門の
知識及び3年以上の経験を有する
歯科医師が1名以上いること。

	<u>同様の施設基準である、う蝕歯無痛的窩洞形成加算（う蝕歯即時充填形成の加算）も同様の見直しを行う。</u>
--	--

先進医療技術の保険導入（歯科）

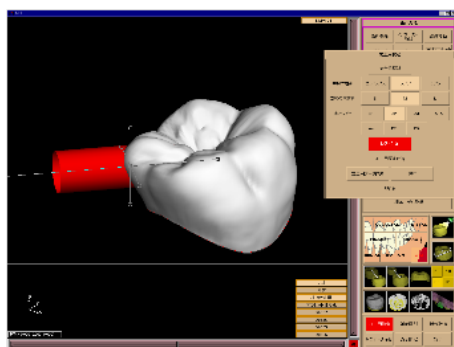
骨子【Ⅰ－６－（３）】

第１ 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第２ 具体的な内容

1. 歯科用CAD／CAM（コンピュータ支援設計・製造ユニット）装置を用いて製作された歯冠補綴物について評価する。



（新） CAD／CAM冠 1,200点

[算定要件]

- ① 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届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD／CAM装置）を用いて、小臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
- ② CAD／CAM冠は、CAD／CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD／CAM装置を用いて間接法により製作された歯冠補綴物をいう。
- ③ 特定保険医療材料料は別に算定する。

その他、当該技術に係る歯冠形成、印象採得、装着等についても評価を行う。

[施設基準]

- ① 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。
- ② 保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、歯科技工士を配置していない場合にあっては、歯科技工所との連携が図られていること。
- ③ 保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合にあっては、当該装置を設置している歯科技工所と連携が図られていること。

２．歯科ＣＴ撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術を評価する。

現 行	改定案
【歯根端切除手術】 1,350点	【歯根端切除手術】 1 <u>２以外の場合</u> 1,350点 2 <u>歯科ＣＴ撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合</u> 2,000点(新)

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅰ－７】

第１ 基本的な考え方

1. 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から、無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

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

「重点課題 1－3－⑫」を参照のこと。

4. お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。

5. 薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前とするよう見直す。

第2 具体的な内容

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 基準調剤加算の評価の見直し

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

(2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 他の保険薬局の無菌調剤室の利用

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

(2) 無菌製剤処理加算の拡大

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

3. 在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件の統一

「重点課題 1－3－⑫」を参照のこと。

4. 薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳の特例

薬剤服用歴管理指導料について、お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対し特例を新設する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付 1 回につき） 41点 [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付 1 回につき） 41点 [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 <u>ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付 1 回につき34点を算定する。</u>

イ～ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ～ホ 略	イ～ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ～ホ 略
--	--

5. 服薬状況等の確認のタイミングの明確化

薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前の処方せん受付時とするよう見直す。

医療技術の適切な評価

骨子【Ⅰ－８－(1)】

第１ 基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、外科手術に必要な技術等も日々進歩している。これに伴う技術の標準化等に応じて現状に即した外科的手術の適正な評価を行うため、最新の外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

第２ 具体的な内容

1. 今般改定された「手術報酬に関する外保連試案（以下「外保連試案」という）第 8.2 版」において、「外保連試案第 8 版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。
2. 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で、手術を補助する目的で用いることをいう。</u>

3. 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> 【大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）】 <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>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>

4. 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）】 <u>(新規)</u>	【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</u>

<u>(新規)</u>	<u>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>
<u>(新規)</u>	<u>2 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>
<u>(新規)</u>	<u>3 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</u>
<u>(新規)</u>	<u>4 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）】

5. 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】 <u>1 急性心筋梗塞に対するもの</u> 32,000点(新) <u>2 不安定狭心症に対するもの</u> 22,000点(新)

【経皮的冠動脈ステント留置術】 24,380点	<u>3 1、2以外のもの 19,300点(新)</u> 【経皮的冠動脈ステント留置術】 <u>1 急性心筋梗塞に対するもの</u> 34,380点(新) <u>2 不安定狭心症に対するもの</u> 24,380点(新) <u>3 1、2以外のもの 21,680点(新)</u>
---------------------------------------	--

医療技術の評価及び再評価

骨子【Ⅰ－８－(2)】

第１ 基本的な考え方

診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

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。

（評価・再評価を行う技術の例）

- ① 網膜再建術（資料１）
- 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（資料２）
- 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）

(資料 1) 網膜再建術

1. 技術の概要

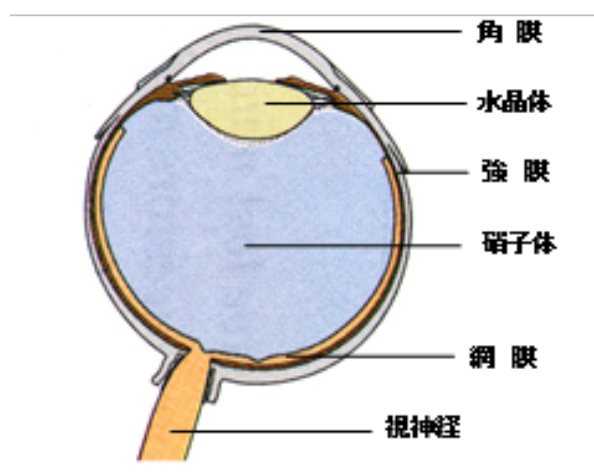
先天異常や機械的断裂等により、網膜剥離を起こし、大きく破壊された眼球に対して、網膜の形状と機能の修復を行う高度な技術。従来は失明する疾患であったが、当該技術により、視力回復が得られる可能性がある。

2. 対象疾患

未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離、眼球破裂

【参考】

眼球の構造 (図 1)



高度で重篤な網膜剥離 (図 2)

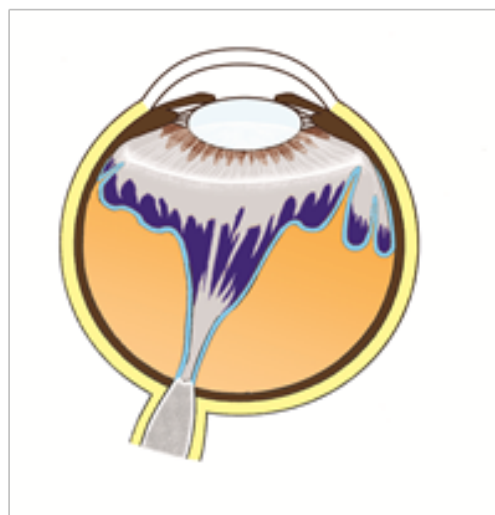


図 2 の様な剥離した網膜の位置修正等を行い、眼球の形態の復元を行い、視力回復を目指す。

（資料２）ED チューブ挿入固定術

１．技術の概要

医師により X 線透視下に専用チューブを鼻腔より挿入して、食道、胃を通過させて、先端を十二指腸、あるいは空腸まで到達させ、位置がずれないようにチューブの固定をする。経口摂取や胃内へのチューブの留置を行っても十分な栄養を投与することが困難な場合に、当該技術により栄養投与が可能になる場合がある。

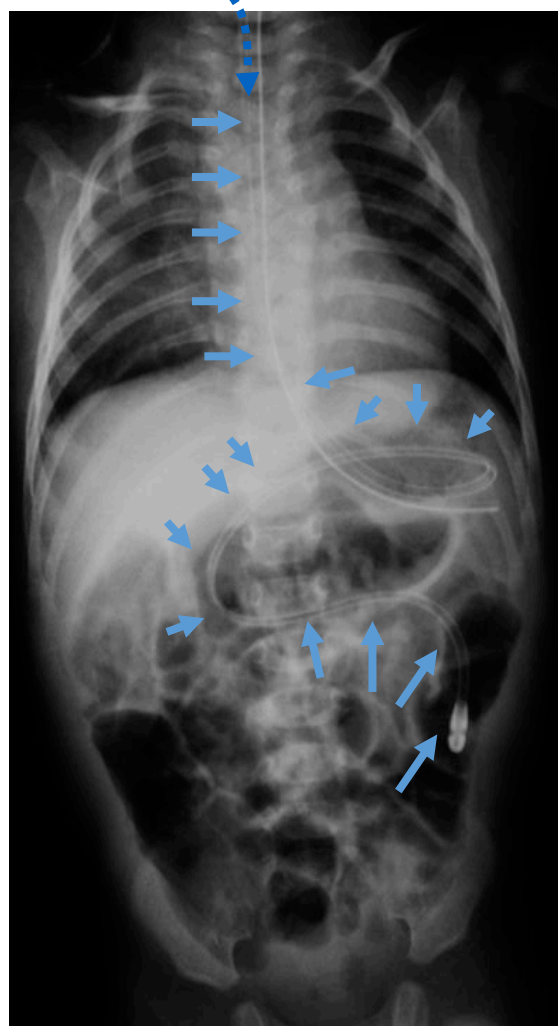
２．対象疾患

胃食道逆流症、食道閉鎖症術後等

【参考 ED チューブが挿入されている状態（X 線透視下）】

経口・鼻腔より
専用チューブを挿入

食道
胃
十二指腸・空腸



画像撮影診断料等の見直し

骨子【I-8-(2)】

第1 基本的な考え方

CT撮影、MRI撮影及び眼底カメラ撮影について、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状況にあり、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

64 列以上及び 16 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 C T 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 C T 撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 <u>1,000点</u>(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 <u>770点</u>(改) ニ イ、ロ又はハ以外の場合 <u>580点</u>(改)
【磁気共鳴コンピューター断層撮影(M R I 撮影)】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影(M R I 撮影)】

1 3テスラ以上の機器による場合 1,400点	1 3テスラ以上の機器による場合 <u>1,600点</u> (改)
2 1.5テスラ以上の機器による場合 1,330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	3 1又は2以外の場合 <u>920点</u> (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 <u>イ アナログ撮影の場合 54点</u> (新) <u>ロ デジタル撮影の場合 58点</u> (新)

先進医療からの保険導入

骨子【Ⅰ－８－(3)】

第１ 基本的な考え方

先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。

第２ 具体的な内容

先進医療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（再掲）
- 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（再掲）
- 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

➤ 優先的に保険適用すべきとされた医療技術の内容（抜粋）

1. 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

(1) 概要

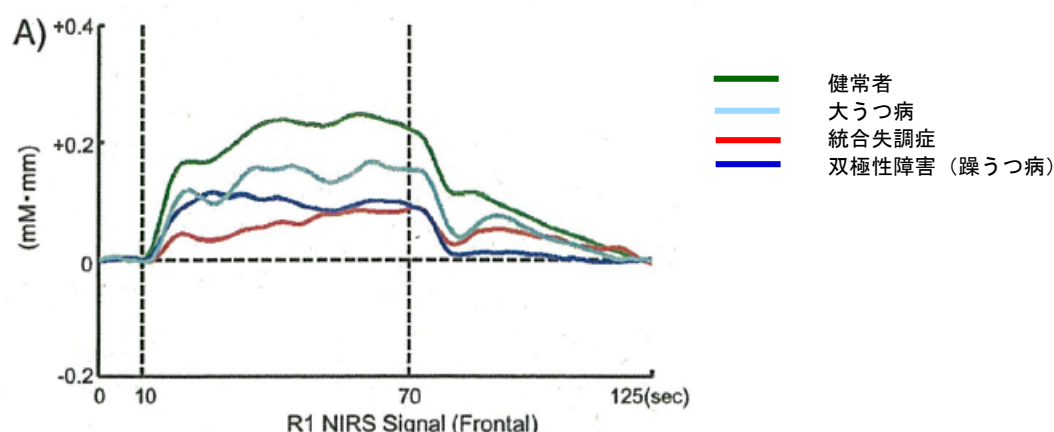
- ・ 脳の前頭葉や側頭葉の血流について、光装置を用いて頭の表面から計測することで、脳活動状態をグラフ化する。結果を用いて、うつ症状の鑑別診断等を行う検査技術である。

(2) 効果等

- ・ うつ症状を有する患者について、うつ病、統合失調症、躁うつ病の鑑別を補助すること等が可能である。

うつ症状の患者について、うつ病と正しく診断できた割合が 74.6%、統合失調症または双極性障害（躁うつ病）と正しく診断できた割合が 85.5%であった。(NeuroImage 85:498-507, 2014)

（図）グラフ化された脳活動



2. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術

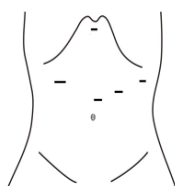
(1) 概要

- ・ BMI 35 以上で糖尿病等を合併する高度肥満の患者に対して、胃の一部を切除し、縮小する手術を腹腔鏡下に行うもの。(BMI＝体重÷身長²)

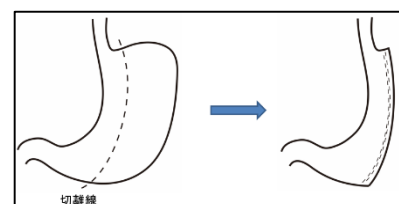
(2) 効果等

- ・ 糖尿病等の改善が期待される。

コントロール不良 2 型糖尿病患者 (HbA1c の平均値 9.2) に対して、集中的な内科的治療又は内科的治療に加えてスリーブ状胃切除等を実施したランダム化比較試験において、12 ヶ月後に HbA1c が 6.0 以下に下がった患者の割合は、内科治療群で 12%、スリーブ状胃切除群で 37% (P=0.008) だった。(N Engl J Med 2012;366:1567-76.)



（図 1）皮切の場所
腹腔鏡を挿入する部分のみ傷ができる。大きな切開は必要ない。



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

胃瘻等について

骨子【Ⅰ－８－（４）】

第１ 基本的な考え方

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

併せて、十分な嚥下機能訓練等を行い、高い割合で経口摂取可能な状態に回復させることができている医療機関について、摂食機能療法の評価の見直し等を行う。

第２ 具体的な内容

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

[施設基準] <u>(新規)</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に相当する点数により算定する。</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、</u> <u>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</u> <u>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。

(新) 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 に相当する点数により算定する。
- 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。

2. 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。

摂食機能療法

(新) 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、届出前の3月分の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

3. 胃瘻の抜去について

これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

(新) 胃瘻抜去術 2,000 点

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【I－9－(2) (3)】

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

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。

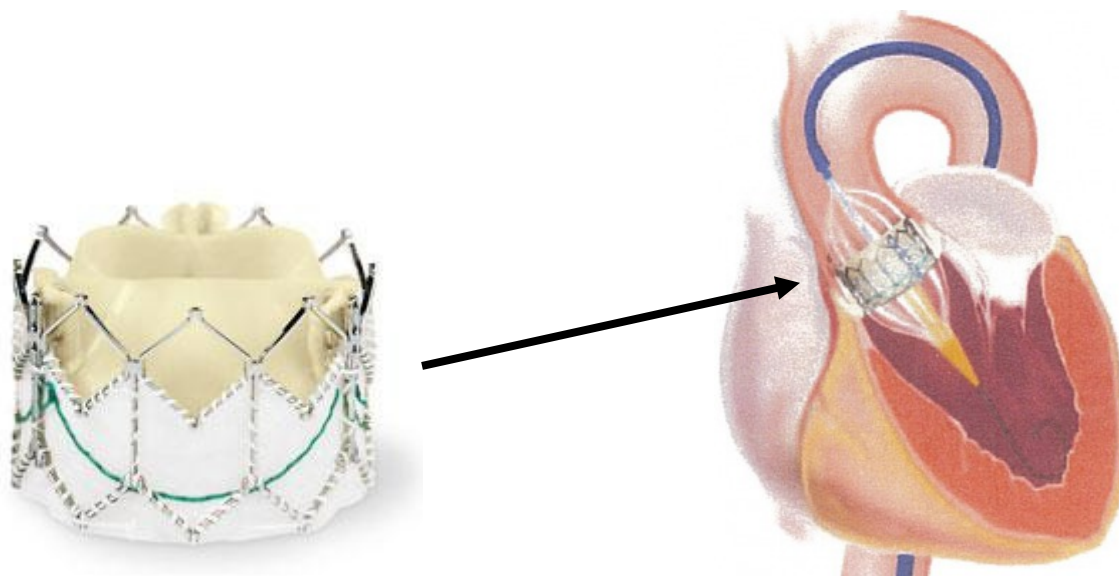
（検査の例）

結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850 点

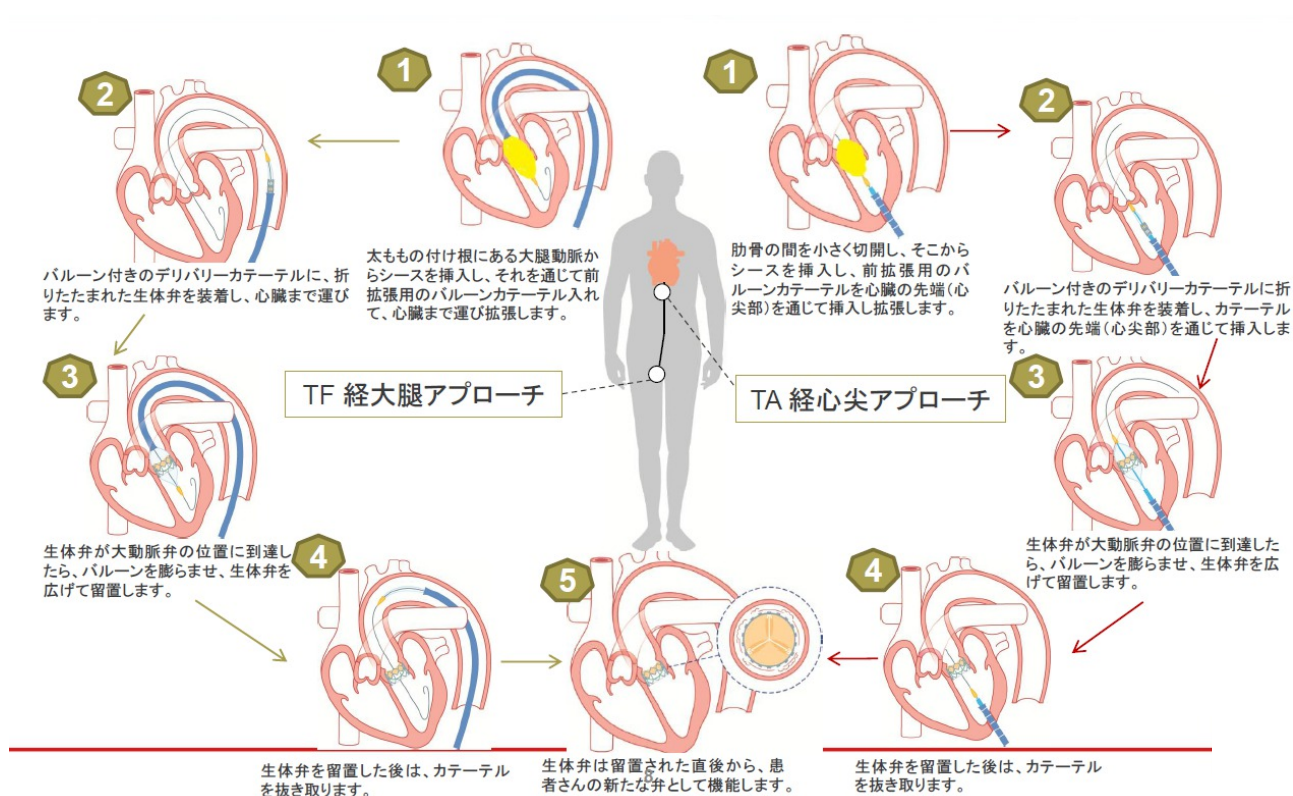
(資料)

経皮的大動脈弁置換術

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



留置する人工弁



DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅰ－10】

第1 基本的な考え方

1. 平成15年度に導入されたDPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
2. 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回の改定を目途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、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進める。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目に新たに「後発医薬品係数」を追加した7項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価を行う。
5. 算定ルール等については、同一疾患で再入院した際の取扱い、入院時の持参薬の取扱いについて、必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、全DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須化する等、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

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。

2. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

(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回の改定を目途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

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- 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（医療機関係数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。

(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（「別表1」参照）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、前年度のDPC 病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

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

(4) 機能評価係数Ⅱの見直し

- ① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- ② 現行の評価項目（6指数）に加え、後発医薬品指数を追加した7指数により評価を行う。また、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数について必要な見直しを行う。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は「別表２」・「別表３」を参照）

現行		平成 26 年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	→新設	⑦ 後発医薬品指数

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、③複雑性指数、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ような見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

＜見直しのイメージ＞

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定	体制評価指数	・ 計 12 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 群別に評価上限値を設定
定量評価指数	1) 小児	定量評価指数	1) 小児
	2) 上記以外		2) 上記以外

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. E M I S（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す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。

- 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（「別表 4」参照）。

3. 算定ルール等の見直し

- (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。

(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、「D P C / P D P S 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。

＜Ⅱ群の実績要件(平成 26 年度)＞ (太字は平成 26 年改定における修正内容)

- 下記の【実績要件 1】～【実績要件 4】のそれぞれについて、Ⅰ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関をⅡ群（大学病院本院に準じる病院）とする。

【実績要件 1】：診療密度

診療密度 = [1 日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の（1 症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件 2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（「医療保険」総数（届出病床総数））により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件 3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の 3 つ（3a～3c）がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案（第 8.2 版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

（以下続く）

(続き)

- 外保連手術指数は、**外保連試案（第 8.2 版）**に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 2、手術時間数 3 の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$

外科医師	0	1	2	3	4	5	6
B	<u>1.00</u>	<u>1.27</u>	<u>1.54</u>	<u>1.81</u>			
C	<u>2.25</u>	<u>3.25</u>	<u>3.52</u>	<u>3.79</u>	<u>4.06</u>		
D	<u>3.76</u>	<u>6.01</u>	<u>7.01</u>	<u>7.28</u>	<u>7.55</u>	<u>7.82</u>	
E	<u>5.64</u>	<u>9.41</u>	<u>11.66</u>	<u>12.66</u>	<u>12.93</u>	<u>13.20</u>	<u>13.46</u>

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

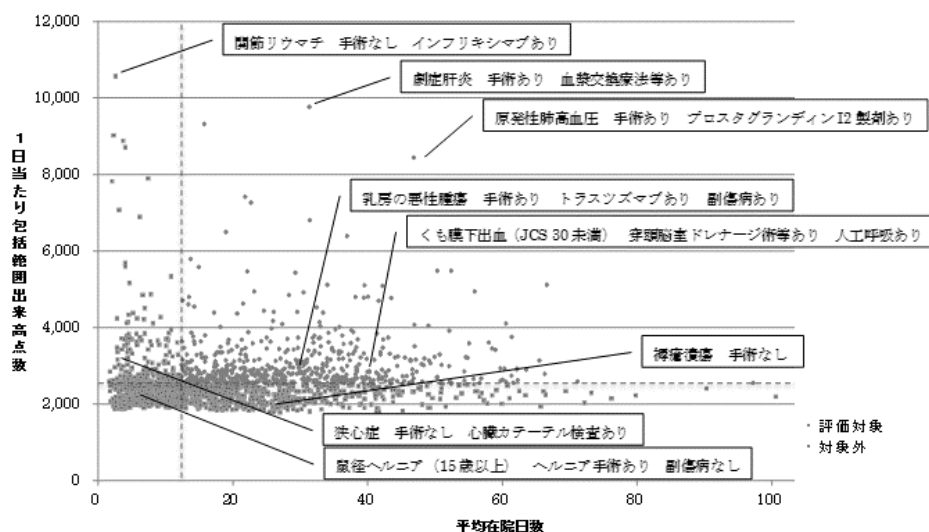
- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝〔複雑性指数（重症 DPC 補正後）〕

- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

重症補正対象DPC

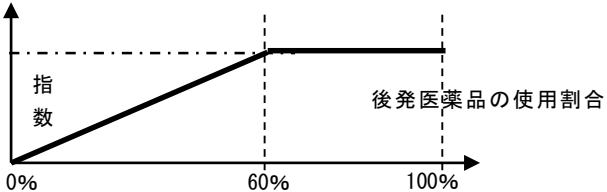


<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成 26 年度）>（太字は平成 26 年改定における修正内容）

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）のデータ

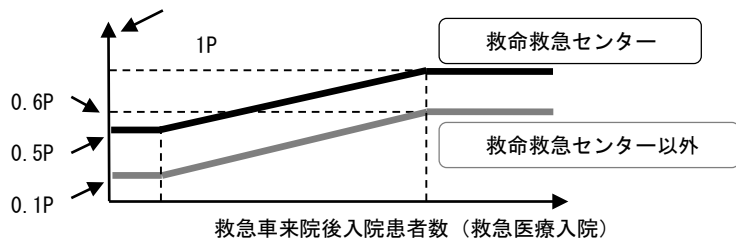
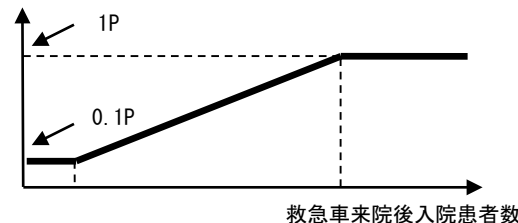
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC 対象病院における、質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	原則として 1 点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 ① 適切な DPC データの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。 ② 適切な DPC データの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当する DPC データの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、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。
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構	〔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

	成の差を1入院あたり点数で評価	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〕 <u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</u> <u>「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</u> ・「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」 <u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</u> <u>「救急医療入院」の患者</u>											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	以下の指数で構成する。 <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> ① 体制評価指数 計12項目（各1ポイント） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u> </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> </tbody> </table>	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） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>		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） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>		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											

		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、詳細は次ページの別表2参照）。 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。
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）により評価。 （※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。） ※数量ベースで60%を評価上限とする。 

<地域医療指数・体制評価指数別表 2> (太字は平成 26 年改定における修正内容)

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

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

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「 <u>小児がん拠点病院の指定</u> 」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」、「 <u>小児がん拠点病院の指定</u> 」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）	
⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	<u>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）</u>	
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）	

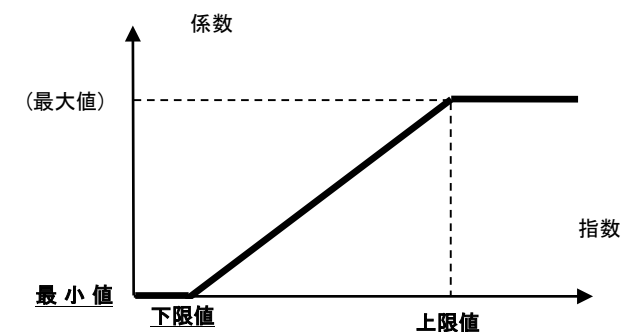
【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（太字は平成 26 年改定における修正内容）

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			各医療機関群で評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	各医療機関群で評価
カバー率	1.0	0	0（※1）	各医療機関群で評価
救急医療	97.5%tile 値	0（※2）	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	各医療機関群で評価
（体制）	1.0	0	0	
後発医薬品	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価

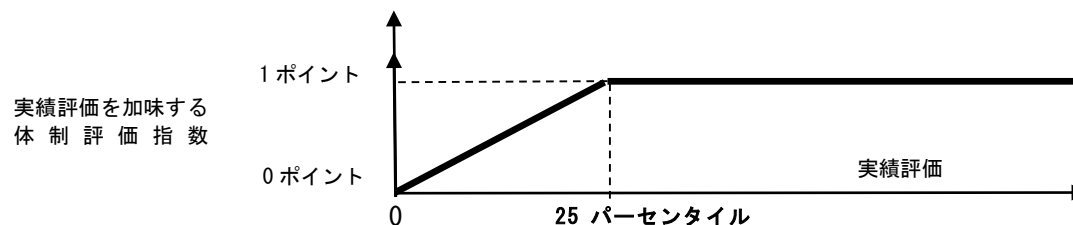
※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の 1/2 とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑪急性心筋梗塞の 5 項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント（つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点（1 ポイント））。



患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進

骨子【Ⅱ－１－（１）（２）】

第１ 基本的な考え方

- １．がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、がん患者に対する継続的な指導管理について評価を行う。

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

- ２．院内感染対策を推進するためには、院内及び地域の状況を適切に把握することが重要であることから、感染防止対策加算１について現在望ましいとされているサーベイランス事業への参加に関する基準を見直す。

第２ 具体的な内容

- １．がん患者から見て分かりやすく納得できる医療を提供するため、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。

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

- ２．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]	【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。	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。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－１－（３）】

第１ 基本的な考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、患者にとって、安全で安心できる歯科医療を提供できる総合的な環境整備を行うために必要な施設基準を満たした歯科医療機関における再診を評価する。

第２ 具体的な内容

初再診時における歯科外来診療環境体制加算の評価の見直し

現 行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 28 点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 <u>26 点</u> (改)
【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 2 点	【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 <u>4 点</u> (改)

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－１－（４）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

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。

D P C のデータ提出等に係る評価

骨子【Ⅱ－１－（５）（６）】

第１ 基本的な考え方

患者の診療内容に関するより正確なデータを収集し、医療機関の機能や役割を適切に分析、評価することがいっそう重要となっていることから、D P C データの提出や診療録の管理に係る評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 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	【データ提出加算】 [提出対象病棟] <u>全病棟</u>

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。	[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。

2. 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。

(新) 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。

3. 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）を算定する病棟について、データ提出加算の届出に係る基準を新設する。

「重点課題 1－1－1－①」を参照のこと。

診療報酬点数表の簡素化

骨子【Ⅱ－２－(1) (2)】

第１ 基本的な考え方

臨床上行われていない行為や一部の加算について、診療報酬点数表上の評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 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）

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、算定の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。

「重点課題 1－1－3－(2)」を参照のこと。

医科点数表の解釈の明確化

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

医療現場において、医科点数表の解釈に関する混乱が指摘されている事項について、その解釈を明確化する。

第２ 具体的な内容

1. 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。	【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	【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。	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>
-----------------------	--

2. 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。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（<u>Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。</u>）は対象とならない。

3. 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】	【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。	電子画像管理加算 [算定要件] 画像を電子化して管理及び保存した場合とは、<u>デジタル撮影した</u>画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。
---	--

4. 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>内法による測定で</u>、1病床当たり8平方メートル以上であること。

[経過措置]

- ① 上記の取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。
- ② ①に関わらず、平成26年3月31日時点において既に届け出ている医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、壁芯での測定でも差し支えない。

5. 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<u>午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合、午前8時前と正午以降）</u>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<u>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。</u>

6. 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	【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	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	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	ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
2 1 以外の場合	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	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	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	ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点
<u>(新規)</u>	<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>

7. 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	【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

の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。	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>
---------------------------------	--

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告

骨子【Ⅱ－３】

第１ 基本的な考え方

- 急性期病棟に入院している患者について、ADL の低下が一部にみられることから、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価を新設する。
「Ⅰ－５－①」を参照のこと。
- 褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等の把握及び報告する。

第２ 具体的な内容

- 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。
「Ⅰ－５－①」を参照のこと。
- 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。

（入院基本料について）

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	〔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	子を有する患者数、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数
[届出書の記載事項の報告] (新規)	[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。

2. 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

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

骨子【Ⅲ－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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。

手術

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

処置（1,000点以上に限る。）

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

※ 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。

[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

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

骨子【Ⅲ－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

内視鏡検査において、時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

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

[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。

夜間における看護補助者の評価について

骨子【Ⅲ－１－(2)】

第１ 基本的な考え方

看護補助者の雇用や役割分担により看護職員の負担軽減を促進し、夜間の医療の質を高めるため、現行の夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算、夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算の基準を上回る看護補助者を配置している医療機関を新たに評価し、現行の点数については評価を充実する。

第２ 具体的な内容

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。

(新) 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】 <u>(新規)</u>	【夜間急性期看護補助体制加算】
イ 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 10 点	<u>イ 夜間 25 対 1 急性期看護補助体制加算</u> 35 点(新)
ロ 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 5 点	<u>ロ 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算</u> 25 点(改)
	<u>ハ 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算</u> 15 点(改)

月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の 緩和措置について

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第 1 基本的な考え方

夜勤における看護職員の負担を軽減する観点から、「夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間が 72 時間以下である」という入院基本料の通則は現行どおりとし、当該要件のみが満たされない場合の評価について、一般病棟 7 対 1 及び 10 対 1 特別入院基本料の取り扱いを、その他の入院基本料等に拡大する。

第 2 具体的な内容

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】		【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】
7 対 1 特別入院基本料	1,244 点	月平均夜勤時間超過減算 20/100 を減算
10 対 1 特別入院基本料	1,040 点	

[算定要件]

月平均夜勤時間が 72 時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近 3 月に限り算定できる。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

[月平均夜勤時間 72 時間以下であるという要件の対象外の入院基本料]

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

医師事務作業補助者の評価

骨子【Ⅲ－１－（４）】

第１ 基本的な考え方

医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、当該補助者の勤務場所に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減を、更に推進する。

第２ 具体的な内容

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。

（新）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。

チーム医療の推進について

骨子【Ⅲ－２】

第１ 基本的な考え方

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が４週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する等、チーム医療を推進するための評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 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	【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。	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。
---	---

2. 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。

「重点課題1-3-⑦」を参照のこと。

3. 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいて医療を提供した場合の評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

4. 長期入院後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ついて評価を新設する。

「I-2-②」を参照のこと。

5. 急性期病棟に入院している患者について、ADLの低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等について評価を新設する。

「I-5-⑩」を参照のこと。

6. 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。

「重点課題1-3-⑩」を参照のこと。

7. 周術期における口腔機能管理を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、周術期における口腔機能管理が必要な患者に対して、歯科を標榜していない医科医療機関から歯科医療機関への情報提供を評価するとともに、歯科医師による周術期の口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料を評価する等、周術期口腔機能管理の充実を図る。

「重点課題 1－4－④」を参照のこと。

8. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

(2) 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。

「重点課題 1－3－⑪」を参照のこと。

9. 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、以下の対応を行う。

(1) 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。

(2) 無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

「重点課題 1－3－⑫」を参照のこと。

後発医薬品の使用促進策について

骨子【Ⅳ－１】

第１ 基本的な考え方

1. 保険薬局の後発医薬品調剤体制加算の要件である調剤割合を見直し、後発医薬品調剤率が高い方により重点をおいた評価とする。

後発医薬品の調剤割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いる。新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、数量シェアが高くなる可能性があることから、後発医薬品調剤体制加算の対象外とするよう適正化を図る。

2. 一般名処方が行われた医薬品については、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明し、後発医薬品を選択するよう努める旨を明確化する。

第２ 具体的な内容

1. 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

保険薬局における後発医薬品の調剤を促進するため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、現行の３段階の加算から「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標の数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 55%以上及び 65%以上の２段階の加算で評価する。

当該保険薬局において調剤した薬剤全体の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であることを要件とする。ただし、後発医薬品が存在せず、かつ、１回あたり使用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きい「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」については、当該計算から除外する。

現 行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付 1 回につき） 1 後発医薬品調剤体制加算 1 5 点 2 後発医薬品調剤体制加算 2 15 点 3 後発医薬品調剤体制加算 3 19 点 [施設基準] 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量（薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。 後発医薬品調剤体制加算 1 22%以上 後発医薬品調剤体制加算 2 30%以上 後発医薬品調剤体制加算 3 35%以上 <u>（新規）</u>	【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付 1 回につき） 1 後発医薬品調剤体制加算 1 18点(改) 2 後発医薬品調剤体制加算 2 22点(改) <u>（削除）</u> [施設基準] ① 当該保険薬局において調剤した<u>後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量</u>（薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。 後発医薬品調剤体制加算 1 55%以上 後発医薬品調剤体制加算 2 65%以上 <u>（削除）</u> ② <u>当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。</u>

旧指標の数量シェア＝後発医薬品／全医薬品（「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く。）

新指標の数量シェア＝後発医薬品／（後発医薬品のある先発医薬品＋後発医薬品）

2. 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

平均在院日数減少等の取組の評価

骨子【Ⅳ－３】

1. 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。

「重点課題 1－1－1－①」を参照のこと。

2. 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。また、包括範囲を全診療行為とする。

「重点課題 1－1－1－①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－４－(1)】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

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。

透析医療に係る評価の適正化

骨子【Ⅳ－４－(1)】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について特定の検査結果に基づく計画的な治療管理を評価した項目であり、検体検査実施料が包括されているため、検体検査実施料の見直しを踏まえ、当該管理料について適正化を行うとともに、学会のガイドラインを踏まえて検体検査の取り扱いについて整理する。

また、人工腎臓における包括薬剤についても、薬剤価格の実態を踏まえ適正化を行う。

第２ 具体的な内容

- 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】 〔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】 〔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>

2. 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。

現 行	改定案
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,305点	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点(改)

3. 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)

4. 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>

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

骨子【Ⅳ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

医療費の適正の観点から、治療目的でない場合のうがい薬だけの処方の評価を見直す。

第２ 具体的な内容

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・調剤技術基本料】 <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>

調剤報酬等における適正化・合理化

骨子【Ⅳ－５】

第１ 基本的な考え方

1. 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24 時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。
2. 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。

第２ 具体的な内容

1. 調剤基本料の特例の見直し

調剤基本料の特例について、1 月に 2,500 枚を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 90%を超えるものに限る。）をその要件に加える。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24 時間開局している調剤が可能な保険薬局については、調剤基本料の特例に該当しないこととする。

調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は、基準調剤加算を算定できないこととする。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であって、24 時間開局している調剤が可能な保険薬局については、基準調剤加算 1 を算定できることとする。

また、調剤基本料を算定する際には、特例に該当しない旨をあらかじめ地方厚生局長等に届け出る。

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 40 点	【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 40 点

注 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付 1 回につき 24 点を算定する。 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	注 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付 1 回につき 24 点を算定する。<u>ただし、調剤基本料の特例のロ（イの場合を除く。）に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてはこの限りでない。</u> イ 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 70%を超えるものに限る。） ロ <u>処方せんの受付回数が 1 月に 2,500 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 90%を超えるものに限る。）</u> <u>（調剤基本料の注に係る施設基準）</u> <u>24時間開局をしていること。</u>
---	--

現 行	改定案
【基準調剤加算】 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（調剤基本料の特例に該当する場合には特例に掲	【基準調剤加算】 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 なお、調剤基本料の特例のロに

げる点数)に加算する。 イ 基準調剤加算 1 10 点 ロ 基準調剤加算 2 30 点 [施設基準] ① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 略 (新設) ③ 基準調剤加算 2 の基準 略	<u>該当する場合であって、特例の施設基準に適合するものとして届け出ていない場合は算定しない。</u> イ 基準調剤加算 1 12 点(改) ロ 基準調剤加算 2 36 点(改) [施設基準] ① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 イ～ロ 略 ハ <u>処方せんの受付回数が一月に四千回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が七割以下であること。</u> ③ 基準調剤加算 2 の基準 略
---	---

2. 妥結率が低い保険薬局等の適正化について

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保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

(1) 診療報酬における対応

許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料等の評価を引き下げる。

現 行	改定案
診療報酬 【初診料】 270 点 (新設)	診療報酬 【初診料】 270 点 注 <u>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</u>

【外来診療料】 (新設)	70 点 【外来診療料】 70 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。）が五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、200 点を算定する。 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。）が五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、52 点を算定する。
-------------------------	--

【再診料】 69 点 <u>(新設)</u>	【再診料】 69 点 <u>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。）が五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、51 点を算定する。</u>
----------------------------------	---

(2) 調剤報酬における対応

保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

現 行	改定案
調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 40 点 <u>(新設)</u>	調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 40 点 <u>注 当該保険薬局における妥結率（当該保険薬局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）</u>

	第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険薬局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。)が五割以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付 1 回につき 30 点（注 1 に掲げる点数に該当する場合には 18 点）により算定する。
--	--

消費税率 8 %への引上げに伴う対応

骨子【V】

第 1 基本的な考え方

消費税引上げに伴い、医療機関、薬局等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、診療報酬において、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、補完的に個別項目に上乗せする。

第 2 具体的な内容

1. 医科診療報酬

- (1) 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。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】
初診料 270点	初診料 282点(改) (うち、消費税対応分+12点)
初診料(同一日2科目) 135点	初診料(同一日2科目) 141点(改) (うち、消費税対応分+6点)
初診料(紹介のない場合) 200点	初診料(紹介のない場合) 209点(改) (うち、消費税対応分+9点)
初診料(同一日2科目・紹介のない場合) 100点	初診料(同一日2科目・紹介のない場合) 104点(改) (うち、消費税対応分+4点)
(新設)	初診料(妥結率が低い場合) 209点(新)

<u>(新設)</u>	(うち、消費税対応分＋9点) <u>初診料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
	104点(新) (うち、消費税対応分＋4点)
【再診料】	【再診料】
再診料 69点	再診料 72点(改) (うち、消費税対応分＋3点)
再診料 (同一日2科目) 34点	再診料 (同一日2科目) 36点(改) (うち、消費税対応分＋2点)
<u>(新設)</u>	<u>再診料 (妥結率が低い場合)</u> 53点(新)
<u>(新設)</u>	(うち、消費税対応分＋2点) <u>再診料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
	26点(新) (うち、消費税対応分＋1点)
【外来診療料】	【外来診療料】
外来診療料 70点	外来診療料 73点(改) (うち、消費税対応分＋3点)
外来診療料 (同一日2科目) 34点	外来診療料 (同一日2科目) 36点(改) (うち、消費税対応分＋2点)
外来診療料 (紹介のない場合) 52点	外来診療料 (紹介のない場合) 54点(改) (うち、消費税対応分＋2点)
外来診療料 (同一日2科目・紹介のない場合) 25点	外来診療料 (同一日2科目・紹介のない場合) 26点(改) (うち、消費税対応分＋1点)
<u>(新設)</u>	<u>外来診療料 (妥結率が低い場合)</u> 54点(新)
<u>(新設)</u>	(うち、消費税対応分＋2点) <u>外来診療料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
	26点(新) (うち、消費税対応分＋1点)

【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 イ 初診時 560点 ロ 再診時 380点 ２ １以外の場合 イ 初診時 670点 ロ 再診時 490点 <u>（新設）</u> 【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点 ２ 10対１入院基本料 1,311点 ３ 13対１入院基本料 1,103点 ４ 15対１入院基本料 945点 ５ 特別入院基本料 575点	【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 イ 初診時 <u>572点</u>（改） （うち、消費税対応分＋12点） ロ 再診時 <u>383点</u>（改） （うち、消費税対応分＋３点） ２ １以外の場合 イ 初診時 <u>682点</u>（改） （うち、消費税対応分＋12点） ロ 再診時 <u>493点</u>（改） （うち、消費税対応分＋３点） 【地域包括診療料】 <u>地域包括診療料</u> 1,503点（新） （うち、消費税対応分＋３点） 【一般病棟入院基本料】（１日につき） １ ７対１入院基本料 <u>1,591点</u>（改） （うち、消費税改定分＋25点） ２ 10対１入院基本料 <u>1,332点</u>（改） （うち、消費税改定分＋21点） ３ 13対１入院基本料 <u>1,121点</u>（改） （うち、消費税改定分＋18点） ４ 15対１入院基本料 <u>960点</u>（改） （うち、消費税改定分＋15点） ５ 特別入院基本料 <u>584点</u>（改） （うち、消費税改定分＋９点）
--	--

6 特定入院基本料 939点	6 特定入院基本料 966点(改) (うち、消費税改定分+27点)
7 特定入院基本料(特別入院基本料等算定患者) 790点	7 特定入院基本料(特別入院基本料等算定患者) 812点(改) (うち、消費税改定分+22点)
【療養病棟入院基本料】(1日につき)	【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	1 療養病棟入院基本料 1
イ 入院基本料 A 1,769点 (生活療養を受ける場合) 1,755点	イ 入院基本料 A 1,810点(改) (うち、消費税改定分+41点) (生活療養を受ける場合) 1,795点(改) (うち、消費税改定分+40点)
ロ 入院基本料 B 1,716点 (生活療養を受ける場合) 1,702点	ロ 入院基本料 B 1,755点(改) (うち、消費税改定分+39点) (生活療養を受ける場合) 1,741点(改) (うち、消費税改定分+39点)
ハ 入院基本料 C 1,435点 (生活療養を受ける場合) 1,421点	ハ 入院基本料 C 1,468点(改) (うち、消費税改定分+33点) (生活療養を受ける場合) 1,454点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ニ 入院基本料 D 1,380点 (生活療養を受ける場合) 1,366点	ニ 入院基本料 D 1,412点(改) (うち、消費税改定分+32点) (生活療養を受ける場合) 1,397点(改) (うち、消費税改定分+31点)

ホ 入院基本料 E	1,353点	ホ 入院基本料 E	<u>1,384点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+31点)	
	1,339点	(生活療養を受ける場合)	
			<u>1,370点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+31点)	
ヘ 入院基本料 F	1,202点	ヘ 入院基本料 F	<u>1,230点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+28点)	
	1,188点	(生活療養を受ける場合)	
			<u>1,215点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+27点)	
ト 入院基本料 G	945点	ト 入院基本料 G	<u>967点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+22点)	
	931点	(生活療養を受ける場合)	
			<u>952点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+21点)	
チ 入院基本料 H	898点	チ 入院基本料 H	<u>919点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+21点)	
	884点	(生活療養を受ける場合)	
			<u>904点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+20点)	
リ 入院基本料 I	796点	リ 入院基本料 I	<u>814点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+18点)	
	782点	(生活療養を受ける場合)	
			<u>800点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+18点)	
2 療養病棟入院基本料 2		2 療養病棟入院基本料 2	
イ 入院基本料 A		イ 入院基本料 A	

	1,706点		<u>1,745点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+39点)
	1,692点		<u>1,731点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+39点)
□ 入院基本料B		□ 入院基本料B	
	1,653点		<u>1,691点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+38点)
	1,639点		<u>1,677点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+38点)
ハ 入院基本料C		ハ 入院基本料C	
	1,372点		<u>1,403点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+31点)
	1,358点		<u>1,389点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+31点)
ニ 入院基本料D		ニ 入院基本料D	
	1,317点		<u>1,347点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+30点)
	1,303点		<u>1,333点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+30点)
ホ 入院基本料E		ホ 入院基本料E	
	1,290点		<u>1,320点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+30点)
	1,276点		<u>1,305点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+29点)
ヘ 入院基本料F		ヘ 入院基本料F	
	1,139点		<u>1,165点</u> (改)
	(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+26点)
			(生活療養を受ける場合)

	1, 125点		<u>1, 151点</u> (改)
ト 入院基本料 G		ト 入院基本料 G	(うち、消費税改定分+26点)
	882点		<u>902点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+20点)	(生活療養を受ける場合)
	868点		<u>888点</u> (改)
チ 入院基本料 H		チ 入院基本料 H	(うち、消費税改定分+20点)
	835点		<u>854点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+19点)	(生活療養を受ける場合)
	821点		<u>840点</u> (改)
リ 入院基本料 I		リ 入院基本料 I	(うち、消費税改定分+19点)
	733点		<u>750点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+17点)	(生活療養を受ける場合)
	719点		<u>735点</u> (改)
3 特別入院基本料		3 特別入院基本料	(うち、消費税改定分+16点)
	563点		<u>576点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+13点)	(生活療養を受ける場合)
	549点		<u>562点</u> (改)
【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 7対1入院基本料	
	1, 566点		<u>1, 591点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+25点)	
2 10対1入院基本料		2 10対1入院基本料	
	1, 311点		<u>1, 332点</u> (改)

3 13対1 入院基本料 1,103点	(うち、消費税改定分+21点) 3 13対1 入院基本料 <u>1,121点</u>(改)
4 15対1 入院基本料 945点	(うち、消費税改定分+18点) 4 15対1 入院基本料 <u>960点</u>(改)
5 18対1 入院基本料 809点	(うち、消費税改定分+15点) 5 18対1 入院基本料 <u>822点</u>(改)
6 20対1 入院基本料 763点	(うち、消費税改定分+13点) 6 20対1 入院基本料 <u>775点</u>(改)
7 特別入院基本料 550点	(うち、消費税改定分+12点) 7 特別入院基本料 <u>559点</u>(改)
【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点	1 10対1 入院基本料 <u>1,271点</u>(改)
2 13対1 入院基本料 931点	(うち、消費税改定分+20点) 2 13対1 入院基本料 <u>946点</u>(改)
3 15対1 入院基本料 811点	(うち、消費税改定分+15点) 3 15対1 入院基本料 <u>824点</u>(改)
4 18対1 入院基本料 723点	(うち、消費税改定分+13点) 4 18対1 入院基本料 <u>735点</u>(改)
5 20対1 入院基本料 669点	(うち、消費税改定分+12点) 5 20対1 入院基本料 <u>680点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+11点)

6 特別入院基本料 550点	6 特別入院基本料 559点(改) (うち、消費税改定分+9点)
【特定機能病院入院基本料】(1日につき)	【特定機能病院入院基本料】(1日につき)
1 一般病棟の場合	1 一般病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,566点	イ 7対1入院基本料 1,599点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ロ 10対1入院基本料 1,311点	ロ 10対1入院基本料 1,339点(改) (うち、消費税改定分+28点)
2 結核病棟の場合	2 結核病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,566点	イ 7対1入院基本料 1,599点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ロ 10対1入院基本料 1,311点	ロ 10対1入院基本料 1,339点(改) (うち、消費税改定分+28点)
ハ 13対1入院基本料 1,103点	ハ 13対1入院基本料 1,126点(改) (うち、消費税改定分+23点)
ニ 15対1入院基本料 945点	ニ 15対1入院基本料 965点(改) (うち、消費税改定分+20点)
3 精神病棟の場合	3 精神病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,322点	イ 7対1入院基本料 1,350点(改) (うち、消費税改定分+28点)
ロ 10対1入院基本料 1,251点	ロ 10対1入院基本料 1,278点(改) (うち、消費税改定分+27点)

ハ 13対1入院基本料 931点	ハ 13対1入院基本料 951点(改) (うち、消費税改定分+20点)
ニ 15対1入院基本料 850点	ニ 15対1入院基本料 868点(改) (うち、消費税改定分+18点)
【専門病院入院基本料】(1日につき)	【専門病院入院基本料】(1日につき)
1 7対1入院基本料 1,566点	1 7対1入院基本料 1,591点(改) (うち、消費税改定分+25点)
2 10対1入院基本料 1,311点	2 10対1入院基本料 1,332点(改) (うち、消費税改定分+21点)
3 13対1入院基本料 1,103点	3 13対1入院基本料 1,121点(改) (うち、消費税改定分+18点)
【障害者施設等入院基本料】(1日につき)	【障害者施設等入院基本料】(1日につき)
1 7対1入院基本料 1,566点	1 7対1入院基本料 1,588点(改) (うち、消費税改定分+22点)
2 10対1入院基本料 1,311点	2 10対1入院基本料 1,329点(改) (うち、消費税改定分+18点)
3 13対1入院基本料 1,103点	3 13対1入院基本料 1,118点(改) (うち、消費税改定分+15点)
4 15対1入院基本料 965点	4 15対1入院基本料 978点(改) (うち、消費税改定分+13点)

	771点	<u>775点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+15点)	(うち、消費税対応分+15点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	601点	<u>602点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+12点)	(うち、消費税対応分+12点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	511点	<u>510点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+10点)	(うち、消費税対応分+10点)
2 有床診療所入院基本料 2		<u>5 有床診療所入院基本料 5</u>
イ 14日以内の期間		<u>イ 14日以内の期間</u>
	691点	<u>693点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+13点)	(うち、消費税対応分+13点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	521点	<u>520点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+10点)	(うち、消費税対応分+10点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	471点	<u>469点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+9点)	(うち、消費税対応分+9点)
3 有床診療所入院基本料 3		<u>6 有床診療所入院基本料 6</u>
イ 14日以内の期間		<u>イ 14日以内の期間</u>
	511点	<u>511点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+10点)	(うち、消費税対応分+10点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	381点	<u>477点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+7点)	(うち、消費税対応分+7点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	351点	<u>450点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+7点)	(うち、消費税対応分+7点)
【有床診療所療養病床入院基本料】		【有床診療所療養病床入院基本料】
(1日につき)		(1日につき)
1 入院基本料 A	986点	1 入院基本料 A <u>994点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+19点)

(生活療養を受ける場合) 972点		(生活療養を受ける場合) 980点(改)	
2	入院基本料B 882点	2	入院基本料B 888点(改)
(生活療養を受ける場合) 868点		(うち、消費税対応分+19点) (生活療養を受ける場合) 874点(改)	
3	入院基本料C 775点	3	入院基本料C 779点(改)
(生活療養を受ける場合) 761点		(うち、消費税対応分+17点) (生活療養を受ける場合) 765点(改)	
4	入院基本料D 613点	4	入院基本料D 614点(改)
(生活療養を受ける場合) 599点		(うち、消費税対応分+15点) (生活療養を受ける場合) 599点(改)	
5	入院基本料E 531点	5	入院基本料E 530点(改)
(生活療養を受ける場合) 517点		(うち、消費税対応分+11点) (生活療養を受ける場合) 516点(改)	
6	特別入院基本料 450点	6	特別入院基本料 459点(改)
(生活療養を受ける場合) 436点		(うち、消費税対応分+9点) (生活療養を受ける場合) 444点(改)	
【救命救急入院料】(1日につき)		【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	1	救命救急入院料1 イ 3日以内の期間

	9,711点	9,869点(改)
	(うち、消費税改定分+158点)	(うち、消費税改定分+158点)
□ 4日以上7日以内の期間	8,786点	□ 4日以上7日以内の期間
		8,929点(改)
	(うち、消費税改定分+143点)	(うち、消費税改定分+143点)
ハ 8日以上14日以内の期間	7,501点	ハ 8日以上14日以内の期間
		7,623点(改)
	(うち、消費税改定分+122点)	(うち、消費税改定分+122点)
2 救命救急入院料 2		2 救命救急入院料 2
イ 3日以内の期間	11,211点	イ 3日以内の期間
		11,393点(改)
	(うち、消費税改定分+182点)	(うち、消費税改定分+182点)
□ 4日以上7日以内の期間	10,151点	□ 4日以上7日以内の期間
		10,316点(改)
	(うち、消費税改定分+165点)	(うち、消費税改定分+165点)
ハ 8日以上14日以内の期間	8,901点	ハ 8日以上14日以内の期間
		9,046点(改)
	(うち、消費税改定分+145点)	(うち、消費税改定分+145点)
3 救命救急入院料 3		3 救命救急入院料 3
イ 救命救急入院料		イ 救命救急入院料
(1) 3日以内の期間	9,711点	(1) 3日以内の期間
		9,869点(改)
	(うち、消費税改定分+158点)	(うち、消費税改定分+158点)
(2) 4日以上7日以内の期間	8,786点	(2) 4日以上7日以内の期間
		8,929点(改)
	(うち、消費税改定分+143点)	(うち、消費税改定分+143点)
(3) 8日以上14日以内の期間	7,501点	(3) 8日以上14日以内の期間
		7,623点(改)
	(うち、消費税改定分+122点)	(うち、消費税改定分+122点)
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
(1) 3日以内の期間	9,711点	(1) 3日以内の期間
		9,869点(改)
	(うち、消費税改定分+158点)	(うち、消費税改定分+158点)

(2) 4日以上7日以内の期間 8,786点 (3) 8日以上60日以内の期間 7,901点 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点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,151点 (3) 8日以上14日以内の期間 8,901点 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点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,151点 (3) 8日以上14日以内の期間 8,901点 (4) 15日以上60日以内の期間 7,901点 【特定集中治療室管理料】（1日につき）	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>8,929点</u>（改） （うち、消費税改定分+143点） (3) 8日以上60日以内の期間 <u>8,030点</u>（改） （うち、消費税改定分+129点） 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 <u>11,393点</u>（改） （うち、消費税改定分+182点） (2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,316点</u>（改） （うち、消費税改定分+165点） (3) 8日以上14日以内の期間 <u>9,046点</u>（改） （うち、消費税改定分+145点） ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間 <u>11,393点</u>（改） （うち、消費税改定分+182点） (2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,316点</u>（改） （うち、消費税改定分+165点） (3) 8日以上14日以内の期間 <u>9,046点</u>（改） （うち、消費税改定分+145点） (4) 15日以上60日以内の期間 <u>8,030点</u>（改） （うち、消費税改定分+129点） 【特定集中治療室管理料】（1日につき）
---	--

<u>(新設)</u>	<u>1 特定集中治療室管理料 1</u>
<u>(新設)</u>	<u>イ 7日以内の期間</u>
	<u>13,650点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+150点)
<u>(新設)</u>	<u>ロ 8日以上14日以内の期間</u>
	<u>12,126点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+126点)
<u>(新設)</u>	<u>2 特定集中治療室管理料 2</u>
<u>(新設)</u>	<u>イ 特定集中治療室管理料</u>
<u>(新設)</u>	<u>(1) 7日以内の期間</u>
	<u>13,650点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+150点)
<u>(新設)</u>	<u>(2) 8日以上14日以内の期間</u>
	<u>12,126点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+126点)
<u>(新設)</u>	<u>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>
<u>(新設)</u>	<u>(1) 7日以内の期間</u>
	<u>13,650点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+150点)
<u>(新設)</u>	<u>(2) 8日以上60日以内の期間</u>
	<u>12,319点(新)</u>
	(うち、消費税対応分+129点)
1 特定集中治療室管理料 1	<u>3 特定集中治療室管理料 3</u>
イ 7日以内の期間	<u>イ 7日以内の期間</u>
9,211点	<u>9,361点(改)</u>
	(うち、消費税改定分+150点)
ロ 8日以上14日以内の期間	<u>ロ 8日以上14日以内の期間</u>
7,711点	<u>7,837点(改)</u>
	(うち、消費税改定分+126点)
2 特定集中治療室管理料 2	<u>4 特定集中治療室管理料 4</u>
イ 特定集中治療室管理料	<u>イ 特定集中治療室管理料</u>
(1) 7日以内の期間	(1) 7日以内の期間

9,211点	9,361点(新)
(2) 8日以上14日以内の期間	(うち、消費税改定分+150点)
7,711点	(2) 8日以上14日以内の期間
	7,837点(新)
	(うち、消費税改定分+126点)
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
(1) 7日以内の期間	(1) 7日以内の期間
9,211点	9,361点(改)
	(うち、消費税改定分+150点)
(2) 8日以上60日以内の期間	(2) 8日以上60日以内の期間
7,901点	8,030点(改)
	(うち、消費税改定分+129点)
【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日につき)	(1日につき)
4,511点	1 ハイケアユニット入院医療管理料 1
	6,584点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
	2 ハイケアユニット入院医療管理料 2
	4,084点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
	(経過措置) 4,584点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
【脳卒中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】
(1日につき)	(1日につき)
5,711点	5,804点(改)
	(うち、消費税改定分+93点)
【小児特定集中治療室管理料】	【小児特定集中治療室管理料】
(1日につき)	(1日につき)
1 7日以内の期間	1 7日以内の期間
15,500点	15,752点(改)

2 8日以上14日以内の期間 13,500点 【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点 2 新生児特定集中治療室管理料 2 6,011点 【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点 2 新生児集中治療室管理料 10,011点 【新生児治療回復室入院医療管理料】 (1日につき) 5,411点 【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点 2 8日以上14日以内の期間	(うち、消費税改定分+252点) 2 8日以上14日以内の期間 13,720点(改) (うち、消費税改定分+220点) 【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 10,174点(改) (うち、消費税改定分+163点) 2 新生児特定集中治療室管理料 2 8,109点(改) (うち、消費税対応分+98点) 【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 7,125点(改) (うち、消費税改定分+114点) 2 新生児集中治療室管理料 10,174点(改) (うち、消費税改定分+163点) 【新生児治療回復室入院医療管理料】 (1日につき) 5,499点(改) (うち、消費税改定分+88点) 【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 9,046点(改) (うち、消費税改定分+145点) 2 8日以上14日以内の期間
---	---

7,701点	7,826点(改) (うち、消費税改定分+125点)
【特殊疾患入院医療管理料】 (1日につき) 1,954点	【特殊疾患入院医療管理料】 (1日につき) 2,009点(改) (うち、消費税改定分+55点)
【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点	1 小児入院医療管理料 1 4,584点(改) (うち、消費税改定分+73点)
2 小児入院医療管理料 2 4,011点	2 小児入院医療管理料 2 4,076点(改) (うち、消費税改定分+65点)
3 小児入院医療管理料 3 3,611点	3 小児入院医療管理料 3 3,670点(改) (うち、消費税改定分+59点)
4 小児入院医療管理料 4 3,011点	4 小児入院医療管理料 4 3,060点(改) (うち、消費税改定分+49点)
5 小児入院医療管理料 5 2,111点	5 小児入院医療管理料 5 2,145点(改) (うち、消費税改定分+34点)
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)
1 回復期リハビリテーション病棟 入院料 1 1,911点 (生活療養を受ける場合) 1,897点	1 回復期リハビリテーション病棟 入院料 1 2,025点(改) (うち、消費税対応分+54点) (生活療養を受ける場合) 2,011点(改) (うち、消費税改定分+54点)
2 回復期リハビリテーション病棟	2 回復期リハビリテーション病棟

入院料 2 1,761点 (生活療養を受ける場合) 1,747点 3 回復期リハビリテーション病棟 入院料 3 1,611点 (生活療養を受ける場合) 1,597点 【亜急性期入院医療管理料】(1日につき) 1 亜急性期入院医療管理料 1 2,061点 2 亜急性期入院医療管理料 2 1,911点 3 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域) 1,761点 4 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域) 1,661点 (新設) (新設)	入院料 2 <u>1,811点</u> (改) (うち、消費税改定分+50点) (生活療養を受ける場合) <u>1,796点</u> (改) (うち、消費税改定分+49点) 3 回復期リハビリテーション病棟 入院料 3 <u>1,657点</u> (改) (うち、消費税改定分+46点) (生活療養を受ける場合) <u>1,642点</u> (改) (うち、消費税改定分+45点) 【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 <u>2,119点</u> (改) (うち、消費税改定分+58点) 2 亜急性期入院医療管理料 2 <u>1,965点</u> (改) (うち、消費税改定分+54点) 3 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域) <u>1,811点</u> (改) (うち、消費税改定分+50点) 4 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域) <u>1,708点</u> (改) (うち、消費税改定分+47点) <u>【地域包括ケア病棟入院料】(1日につき)</u> 1 <u>地域包括ケア病棟入院料 1</u> <u>2,558点</u> (新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
--	--

	2,544点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,544点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,044点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,044点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	5 地域包括ケア病棟入院料 1 (特定地域) 2,191点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,177点(新) (うち、消費税対応分+50点)
<u>(新設)</u>	6 地域包括ケア入院医療管理料 1 (特定地域) 2,191点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,177点(新) (うち、消費税対応分+50点)
<u>(新設)</u>	7 地域包括ケア病棟入院料 2

<u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 【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点 2 特殊疾患病棟入院料 2 1,581点 【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 1 30日以内の期間 4,791点 2 31日以上60日以内の期間 4,291点 3 61日以上の期間 3,291点 【精神科救急入院料】（1日につき） 1 精神科救急入院料 1	<u>(特定地域)</u> 1,763点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合) 1,749点(新) (うち、消費税対応分+50点) 8 地域包括ケア入院医療管理料 2 <u>(特定地域)</u> 1,763点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合) 1,749点(新) (うち、消費税対応分+50点) 【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 2,008点(改) (うち、消費税改定分+54点) 2 特殊疾患病棟入院料 2 1,625点(改) (うち、消費税改定分+44点) 【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 1 30日以内の期間 4,926点(改) (うち、消費税改定分+135点) 2 31日以上60日以内の期間 4,412点(改) (うち、消費税改定分+121点) 3 61日以上の期間 3,384点(改) (うち、消費税改定分+93点) 【精神科救急入院料】（1日につき） 1 精神科救急入院料 1
---	--

イ 30日以内の期間 3,462点 □ 31日以上期間 3,042点 2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間 3,262点 □ 31日以上期間 2,842点 【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 イ 30日以内の期間 1,931点 □ 31日以上期間 1,611点 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点 □ 31日以上期間 1,511点 【精神科救急・合併症入院料】 (1日につき)	イ 30日以内の期間 3,557点(改) (うち、消費税改定分+95点) □ 31日以上期間 3,125点(改) (うち、消費税改定分+83点) 2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間 3,351点(改) (うち、消費税改定分+89点) □ 31日以上期間 2,920点(改) (うち、消費税改定分+78点) 【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 イ 30日以内の期間 1,984点(改) (うち、消費税改定分+53点) □ 31日以上期間 1,655点(改) (うち、消費税改定分+44点) 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 1,881点(改) (うち、消費税改定分+50点) □ 31日以上期間 1,552点(改) (うち、消費税改定分+41点) 【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点	1 30日以内の期間 3,560点(改) (うち、消費税改定分+98点)
2 31日以上60日以内の期間 3,042点	2 31日以上60日以内の期間 3,128点(改) (うち、消費税改定分+86点)
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 (1日につき) 2,911点	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 (1日につき) 2,957点(改) (うち、消費税改定分+46点)
【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,061点	【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点(改) (うち、消費税改定分+29点)
【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 イ 30日以内の期間 1,761点	1 認知症治療病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 1,809点(改) (うち、消費税改定分+48点)
ロ 31日以上60日以内の期間 1,461点	ロ 31日以上60日以内の期間 1,501点(改) (うち、消費税改定分+40点)
ハ 61日以上60日以内の期間 1,171点	ハ 61日以上60日以内の期間 1,203点(改) (うち、消費税改定分+32点)
2 認知症治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 1,281点	2 認知症治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 1,316点(改) (うち、消費税改定分+35点)
ロ 31日以上60日以内の期間 1,081点	ロ 31日以上60日以内の期間 1,111点(改)

ハ 61日以上の期間 961点 【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点 2 特定一般病棟入院料 2 945点 （亜急性期入院医療管理が行われた 場合） 1,761点 （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点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> 【短期滞在手術基本料】 1 短期滞在手術基本料 1（日帰りの 場合） 2,800点 2 短期滞在手術基本料 2（1泊2 日の場合） 4,822点	（うち、消費税改定分+30点） ハ 61日以上の期間 987点（改） （うち、消費税改定分+26点） 【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点（改） （うち、消費税改定分+18点） 2 特定一般病棟入院料 2 960点（改） （うち、消費税改定分+15点） （亜急性期入院医療管理が行われた 場合） 1,811点（改） （うち、消費税改定分+50点） （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点（改） （うち、消費税改定分+47点） <u>（地域包括ケア入院医療管理料 1 に 該当する場合） 2,191点（新）</u> （うち、消費税対応分+50点） <u>（地域包括ケア入院医療管理料 2 に 該当する場合） 1,763点（新）</u> （うち、消費税対応分+50点） 【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点（改） （うち、消費税改定分+56点） 2 短期滞在手術等基本料 2（1泊 2日の場合） 4,918点（改）
---	--

(生活療養を受ける場合) 4,794点 3 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日までの場合) 5,703点 (生活療養を受ける場合) 5,633点	(うち、消費税改定分+96点) (生活療養を受ける場合) 4,890点(改) (うち、消費税改定分+96点) 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点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 16,702点(改) (うち、消費税改定分+113点) 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点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 9,312点(改) (うち、消費税改定分+113点) ハ 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 9,638点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 9,567点(改) (うち、消費税改定分+113点) ニ 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点(改)
---	--

	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>6,059点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+113点)
ホ	前立腺針生検法 <u>11,737点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>11,666点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+113点)
ヘ	腋臭症手術2皮膚有毛部切除術 <u>17,485点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>17,414点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+113点)
ト	関節鏡下手根管開放手術 <u>20,326点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>20,255点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+113点)
チ	胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) <u>43,479点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>43,408点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+113点)
リ	水晶体再建術1眼内レンズを 挿入する場合 ロその他のもの <u>27,093点</u>(改)
	(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合)

	<u>27,022点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点) ヌ 水晶体再建術 2 眼内レンズを 挿入しない場合 <u>21,632点</u> (改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>21,561点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点) ル 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 cm未 満 <u>20,112点</u> (改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>20,041点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点) ヲ 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <u>27,311点</u> (改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>27,240点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点) ワ 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 <u>9,850点</u> (改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>9,779点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点) カ 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <u>12,371点</u> (改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>12,300点</u> (改) (うち、消費税改定分+113点)
--	---

	ヨ ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満) <u>29,093点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>29,022点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) タ ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上) <u>24,805点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>24,734点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) レ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) (15歳未満) <u>56,183点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>56,112点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ソ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) (15歳以上) <u>51,480点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>51,409点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ツ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2 cm未満 <u>14,661点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>14,590点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ネ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2 cm以上
--	---

	<u>18,932点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>18,861点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ナ 痔核手術2硬化療法(四段階注射法) <u>13,410点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>13,339点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ラ 子宮頸部(腔部)切除術 <u>18,400点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>18,329点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) ム 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 <u>35,524点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>35,453点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点)
【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点 2 外来リハビリテーション診療料2 104点	【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 <u>72点</u>(改) (うち、消費税対応分+3点) 2 外来リハビリテーション診療料2 <u>109点</u>(改) (うち、消費税対応分+5点)
【外来放射線照射診療料】	【外来放射線照射診療料】

280点	<u>292点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+12点)
【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	1 同一建物居住者以外の場合
830点	<u>833点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+3点)
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	イ 特定施設等に入居する者の場合
400点	<u>203点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+3点)
ロ イ以外の場合 200点	ロ イ以外の場合 <u>103点</u> (改)
	(うち、消費税対応分+3点)

2. 歯科診療報酬

- (1) 初・再診料（地域歯科診療支援病院歯科初・再診料を含む。）を上げる。
- (2) 歯科訪問診療料を上げる。

現 行	改定案
【初診料】 1 歯科初診料 218点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270点 【再診料】 1 歯科再診料 42点 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69点 【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 850点 2 歯科訪問診療 2 380点 <u>(新設)</u>	【初診料】 1 歯科初診料 <u>234点</u> (改) (うち、消費税対応分+16点) 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>282点</u> (改) (うち、消費税対応分+12点) 【再診料】 1 歯科再診料 <u>45点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>72点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) 【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 <u>866点</u> (改) (うち、消費税対応分+16点) 2 歯科訪問診療 2 <u>283点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) 3 <u>歯科訪問診療 3 143点</u> (新) (うち、消費税対応分+3点)

3. 調剤報酬

- (1) 調剤基本料を引き上げる。
- (2) 一包化加算及び無菌製剤処理加算を引き上げる。

現 行	改定案
【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 調剤基本料 40点 調剤基本料（特例） 24点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 調剤基本料 <u>41点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） 調剤基本料（特例） <u>25点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（妥結率が低い場合）</u> <u>31点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（特例・妥結率が低い場合）</u> <u>19点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点）
【一包化加算】 （1調剤につき） 56日分以下の場合（7日分につき） 30点 57日分以上の場合 270点	【一包化加算】 （1調剤につき） 56日分以下の場合（7日分につき） <u>32点</u> （改） （うち、消費税対応分＋2点） 57日分以上の場合 <u>290点</u> （改） （うち、消費税対応分＋20点）
【無菌製剤処理加算】 （1日につき） 中心静脈栄養法用輸液 40点 抗悪性腫瘍剤 50点 <u>（新設）</u>	【無菌製剤処理加算】 （1日につき） 中心静脈栄養法用輸液 <u>65点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） 抗悪性腫瘍剤 <u>75点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） <u>麻薬</u> <u>65点</u> （新）

	(うち、消費税対応分+10点)
<u>(新設)</u>	<u>乳幼児の場合</u>
<u>(新設)</u>	<u>中心静脈栄養法用輸液</u> 130点(新)
	(うち、消費税対応分+20点)
<u>(新設)</u>	<u>抗悪性腫瘍剤</u> 140点(新)
	(うち、消費税対応分+20点)
<u>(新設)</u>	<u>麻薬</u> 130点(新)
	(うち、消費税対応分+20点)

4. 訪問看護療養費

訪問看護管理療養費を引き上げる。

現 行	改定案
【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 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 7,300円	【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 <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養</u> <u>費 1</u> <u>12,400円(新)</u> (うち、消費税対応分+100円) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養</u> <u>費 2</u> <u>9,400円(新)</u> (うち、消費税対応分+100円) <u>ハ イ又はロ以外の場合</u> <u>7,400円(改)</u> (うち、消費税対応分+100円)
2 月の2日目以降の訪問の場合 (1日につき) 2,950円	2 月の2日目以降の訪問の場合 (1日につき) <u>2,980円(改)</u> (うち、消費税対応分+30円)