

平成26年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)①

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

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)②

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

平成26年度診療報酬改定の概要

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

全体改定率 **+0.10%**

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

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

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

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

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

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

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。
- この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる。

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

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

重点課題

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

改定の視点

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

将来に向けた課題

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

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

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

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

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

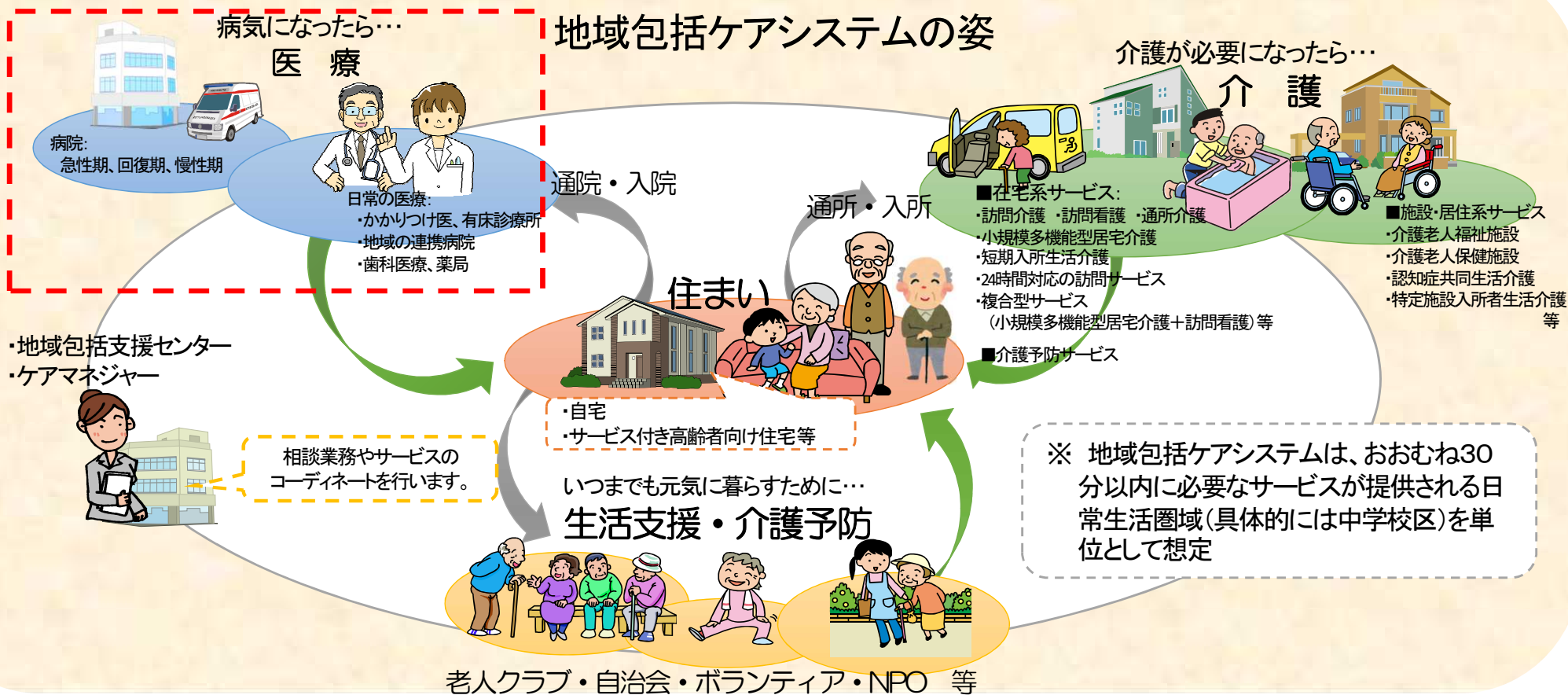
3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿

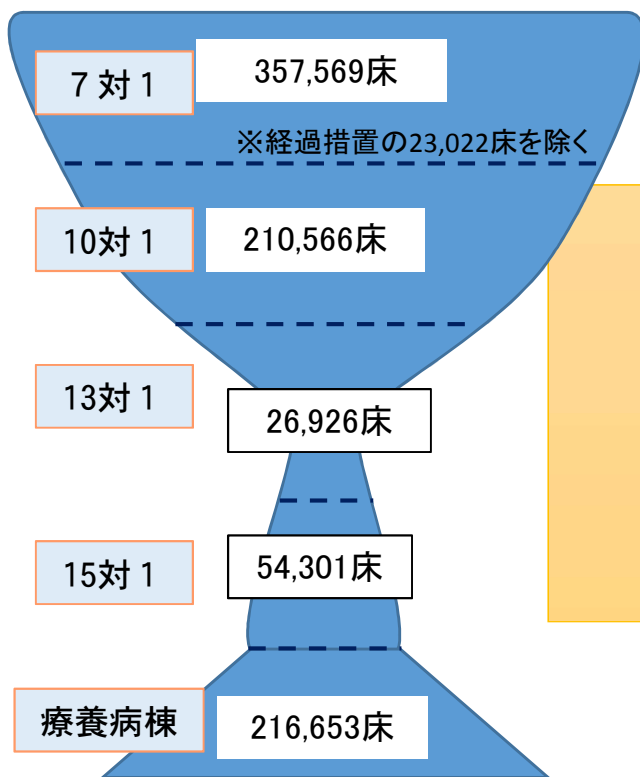


「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

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

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

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

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

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

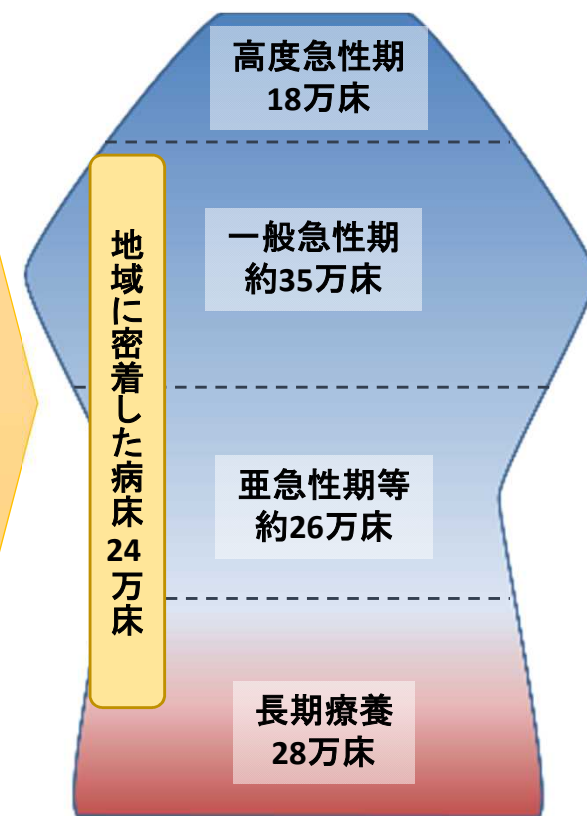
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

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

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

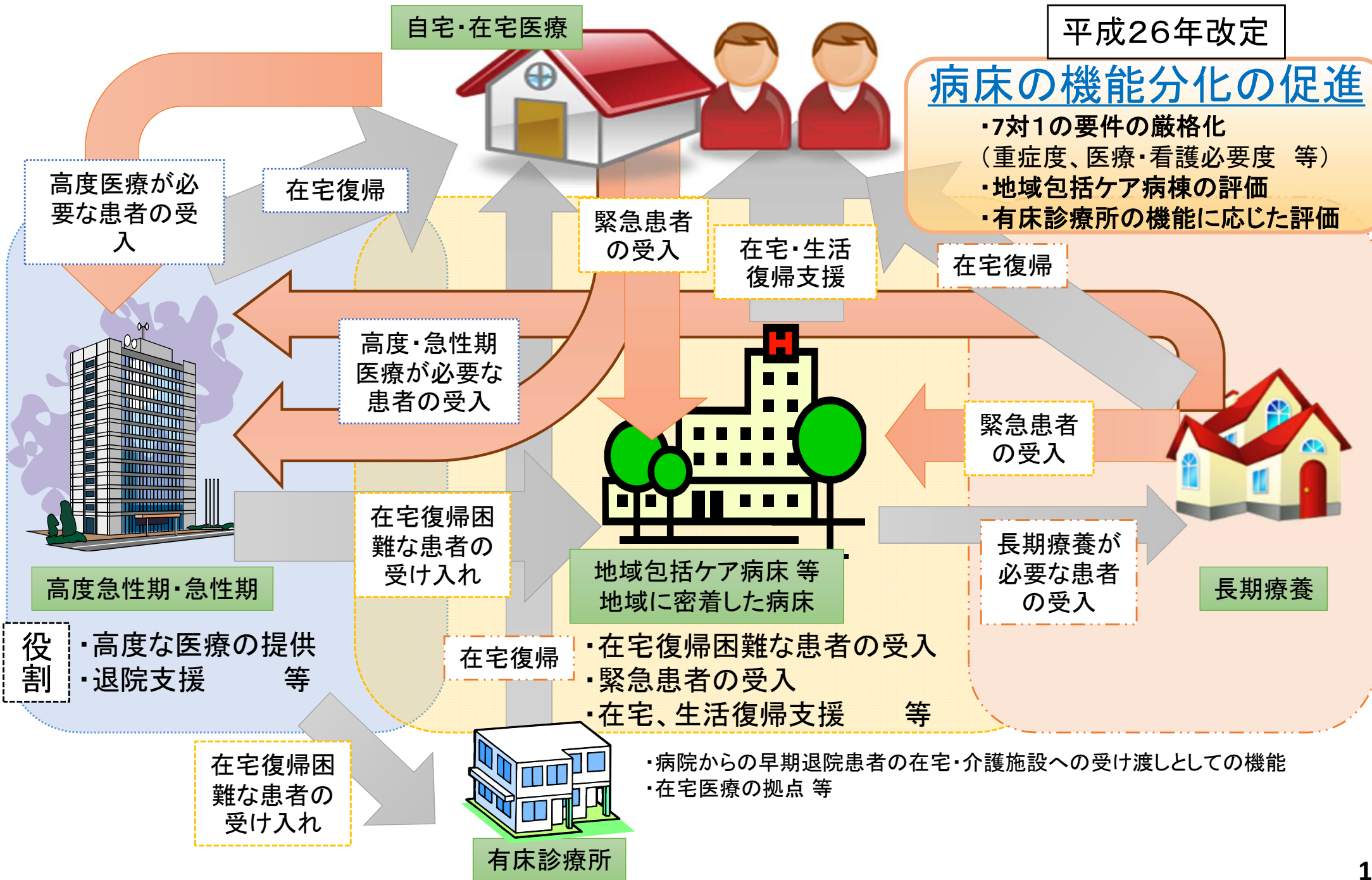
在宅医療

1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

病床の機能分化の促進

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



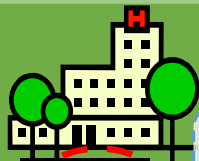
1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期



平成26年改定
自宅等退院患者割合
の導入
7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

居宅

平成26年改定

在宅復帰率の導入
地域包括ケア病棟1：
7割以上

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

在宅復帰支援型老健等に限る

在宅復帰支援型老健等
(回復期リハを除く)

老健



診療所等

外来・訪問サービス等

長期療養



平成26年改定

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

**在宅復帰率に係る加算の
評価**

療養: 在宅復帰率**50%**以上の評価

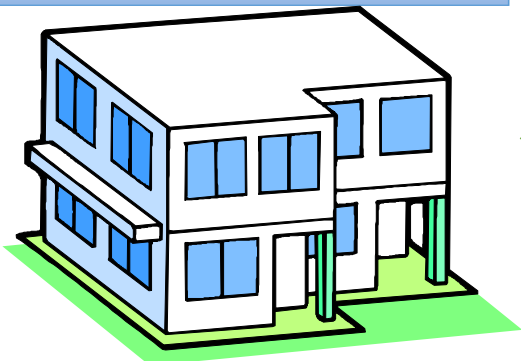
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

紹介

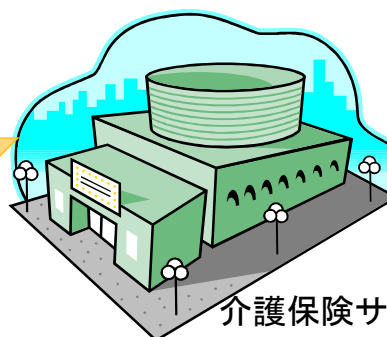
逆紹介

外来
受診



介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

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

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

① 在宅療養後方支援 病院の評価

- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

② 在宅医療の質の強化

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

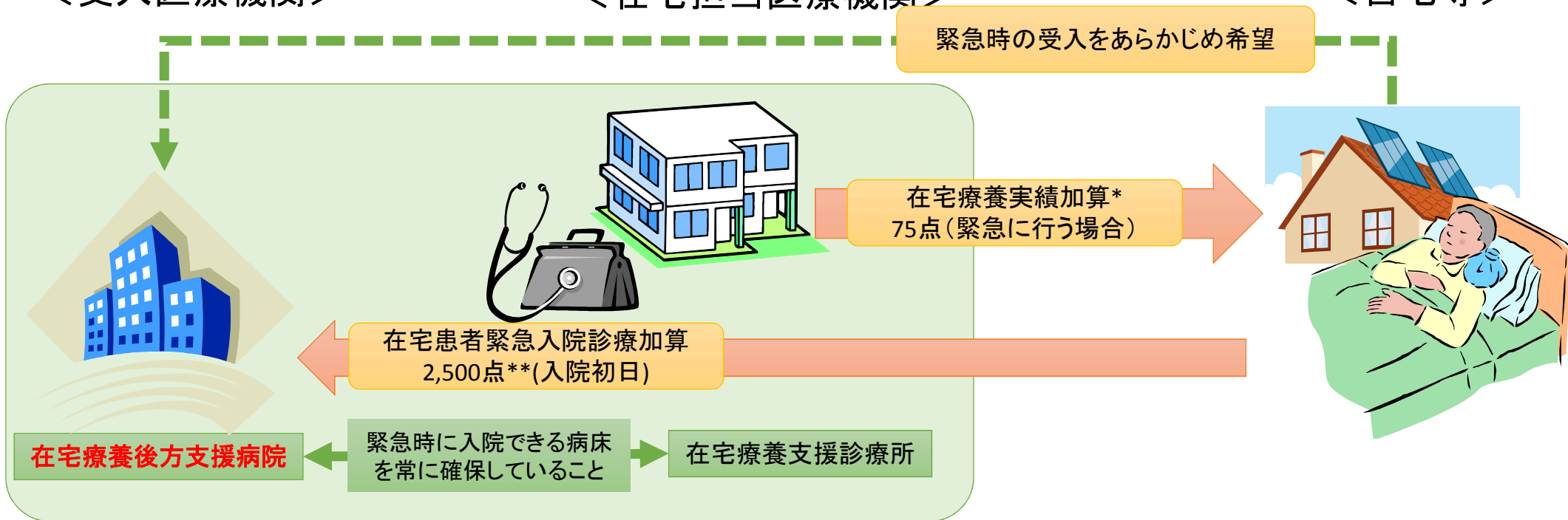
③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

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

<受入医療機関>

<在宅担当医療機関>

<自宅等>



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

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

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年改定

①維持期リハビリテーションの移行促進等

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

②有床診療所の機能に応じた評価

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

③機能強化型訪問看護ステーションの評価

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

④主治医機能の評価

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

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

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

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

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

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

7対1入院基本料等の見直し

➤ 7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

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

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➤ 7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

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

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

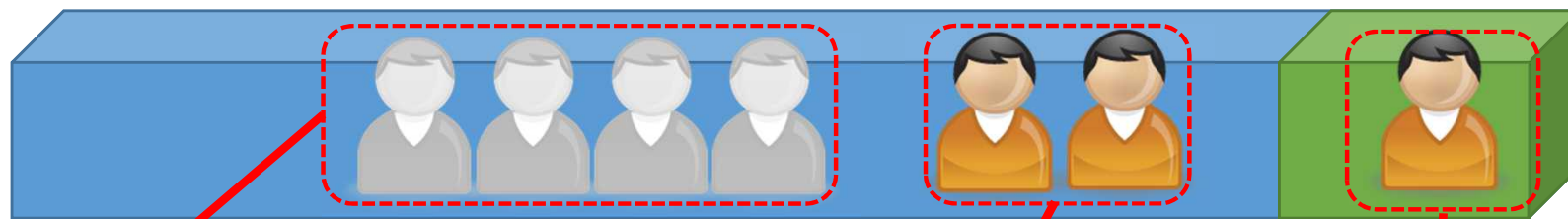
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

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

<上記の②を選択した場合の対応>

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

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



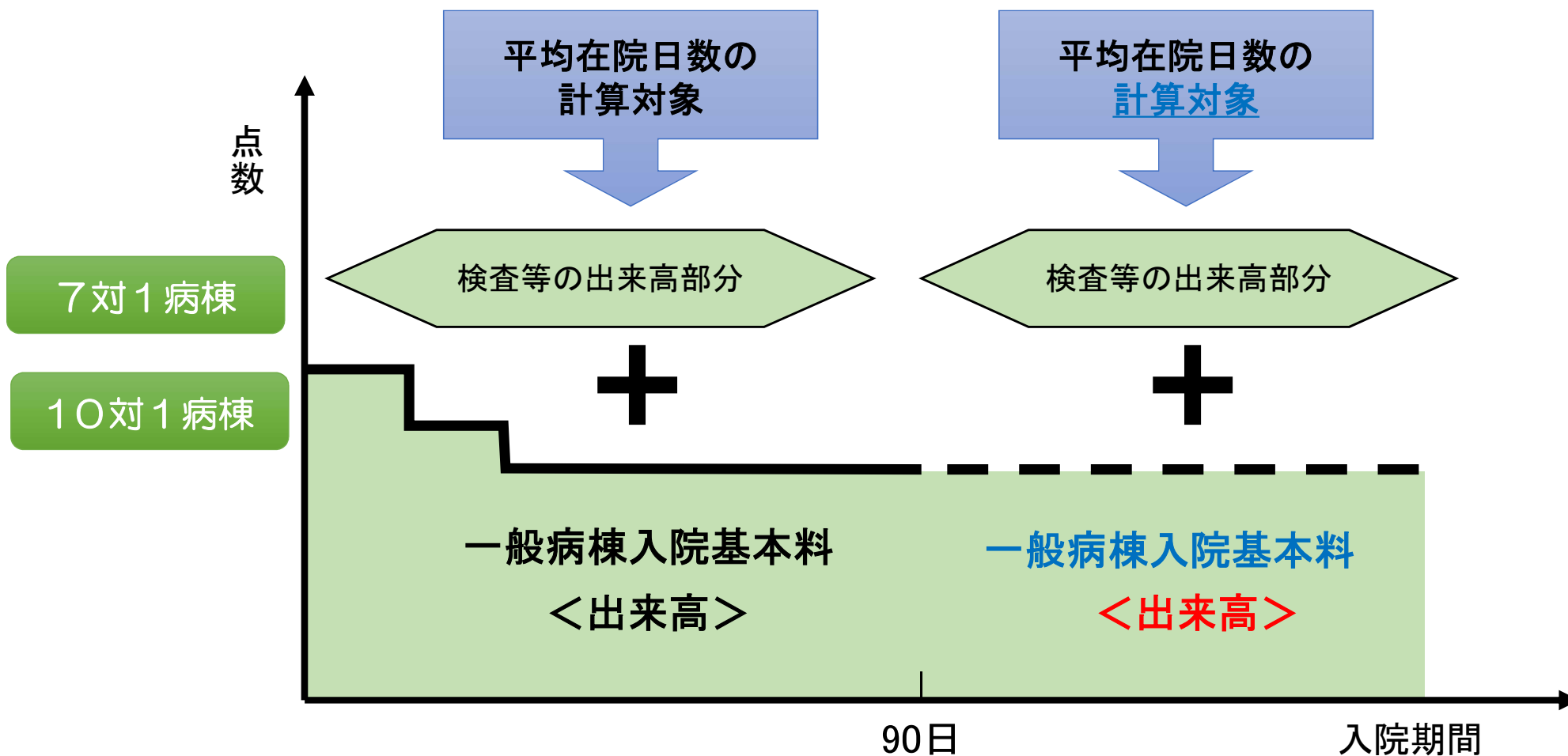
入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

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

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

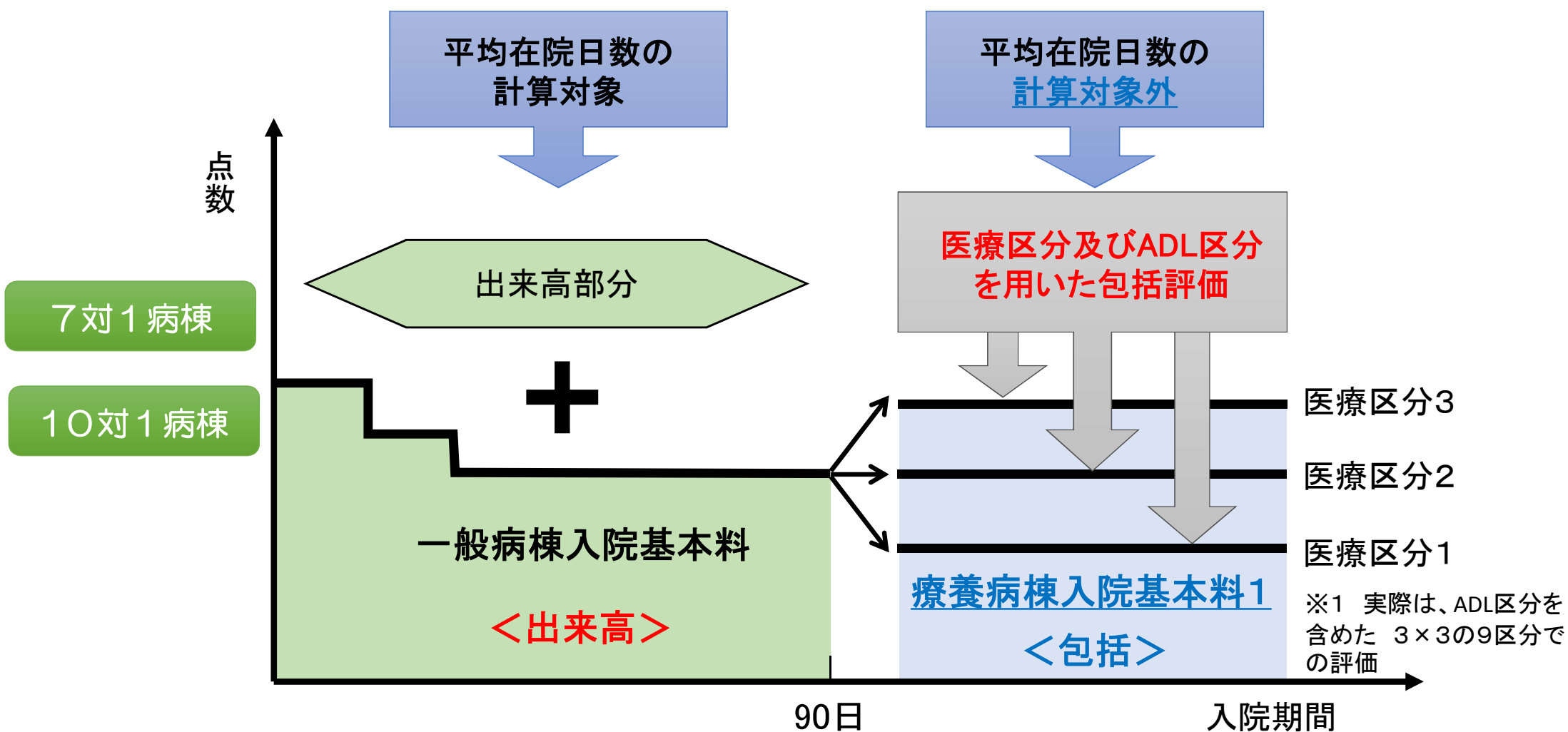
パターン①

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



パターン②

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



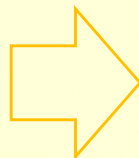
※2 ただし、平成26年3月31日に入院している患者については医療区分3とみなす。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



| 改定後(A項目) | |
|----------|---|
| 1 | 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> |
| 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) |
| 3 | 点滴ライン同時3本以上の <u>管理</u> |
| 4 | 心電図モニターの <u>管理</u> |
| 5 | シリンジポンプの <u>管理</u> |
| 6 | 輸血や血液製剤の <u>管理</u> |
| 7 | 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の <u>管理</u> ③ 麻薬の使用(<u>注射剤のみ</u>) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の <u>管理</u> ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の <u>管理</u> 、⑦ 昇圧剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ⑧ 抗不整脈剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理 |

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う経過措置

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

7対1入院基本料

10対1入院基本料

改定前

急性期看護補助体制加算等の基準

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

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

急性期看護補助体制加算等の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
1割以上

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

看護必要度加算1の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

看護必要度加算2

(経過措置期間) 改定後

急性期看護補助体制加算等の基準

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

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

経過措置6月
※新看護必要度基準1割5分とみなす。

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

急性期看護補助体制加算等の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
0.5割以上

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

経過措置6月
※新看護必要度基準0.5割とみなす。

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

看護必要度加算1の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

経過措置6月
※新看護必要度基準1割5分とみなす。

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

経過措置6月
※新看護必要度基準1割とみなす。

看護必要度加算2

(経過措置終了後) 改定後

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

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

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

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

算定できない

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

看護必要度加算1

算定できない

| | |
|-------------------|--------------------|
| 新看護必要度基準を満たした医療機関 | 新看護必要度基準を満たせない医療機関 |
|-------------------|--------------------|

看護必要度加算2

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化③

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 **13,650点**

ロ 8日以上14日以内の期間 **12,126点**

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

(1) 7日以内の期間 **13,650点**

(2) 8日以上60日以内の期間 **12,319点**

[施設基準]

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

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

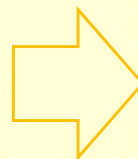
（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化④

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

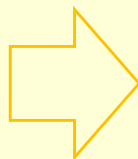
[経過措置]

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

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



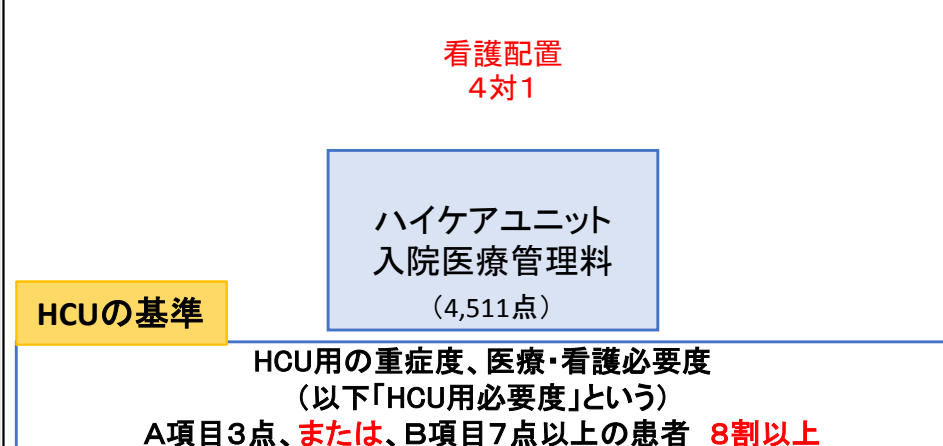
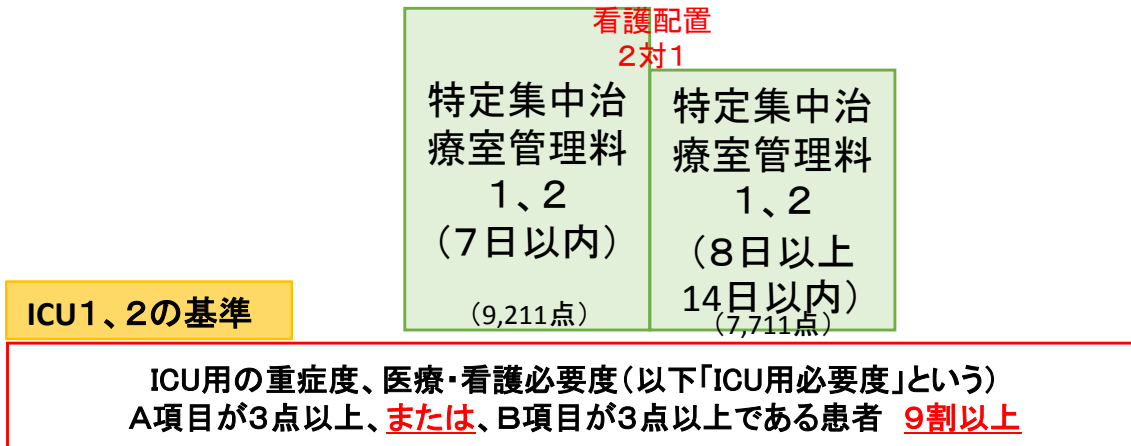
| 改定後 | 点数 |
|---|--------|
| (改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること | 6,584点 |
| (改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること | 4,084点 |

[経過措置]

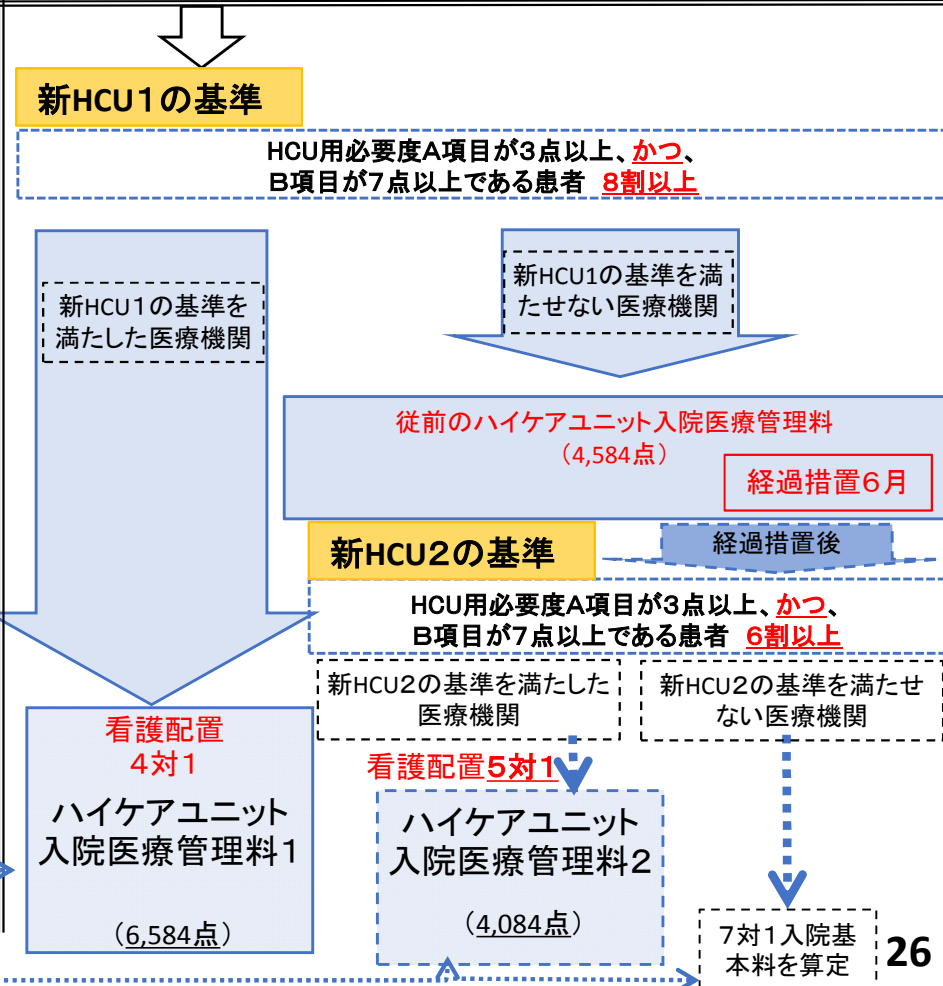
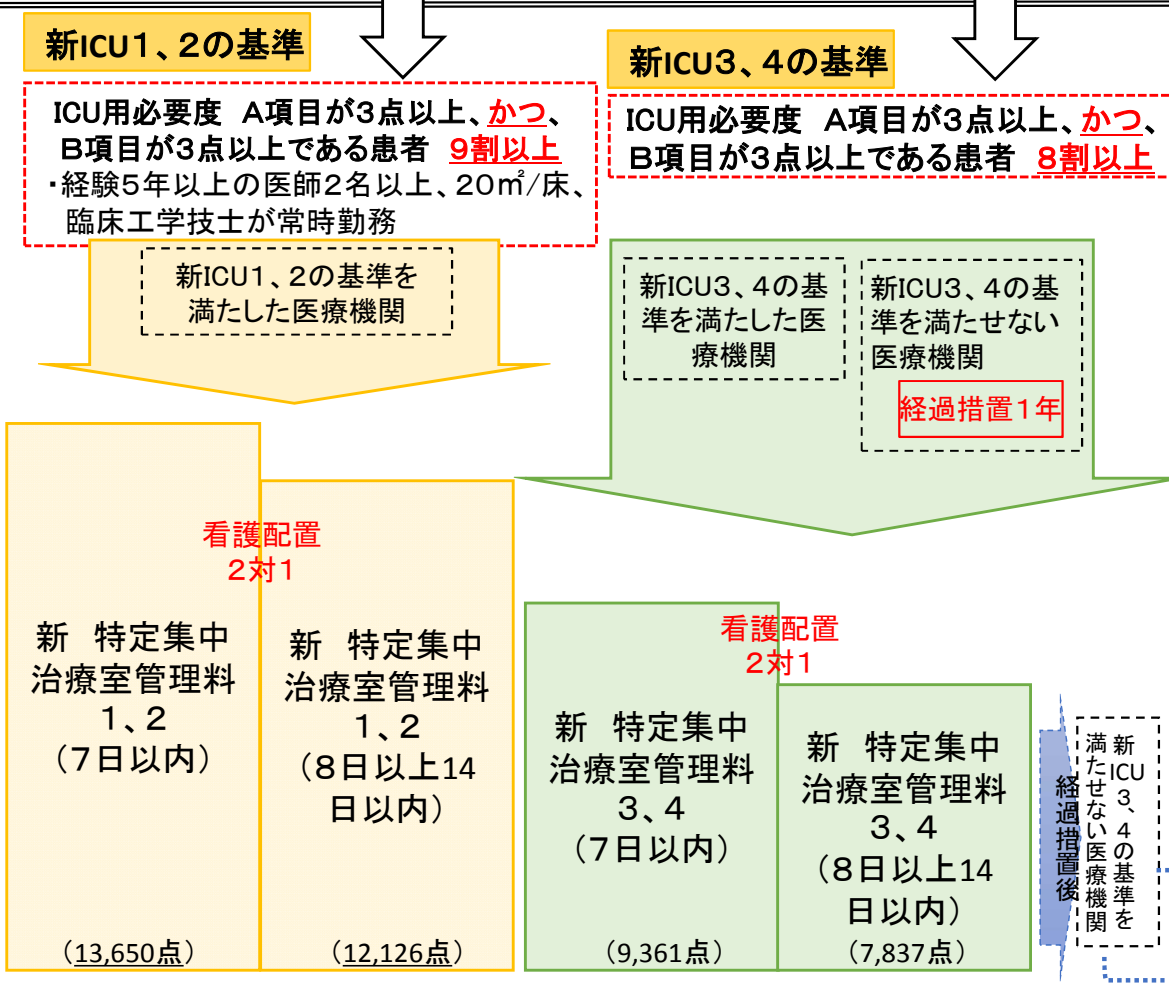
・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。

※特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)については省略

改定前



改定後



新ICU3、4の基準を満たせない医療機関 経過措置後

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑤

短期滞在手術基本料の見直し①

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

[留意事項]

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