


2014年度診療報酬改定

官報の内容を踏まえて

2014年3月

※2014年2月12日の答申を基にまとめた資料です。
3月5日の官報、告示等で追加された内容は、
緑の文字または  枠で記載しております。

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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42

主治医機能の評価(その2)……………45

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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50

在宅療養における後方病床の評価……………52

在宅不適切事例の適正化……………54

機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64

在宅における褥瘡対策の推進……………66

在宅自己注射指導管理料の見直し……………68

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69

在宅歯科医療の推進等……………70

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84

維持期リハビリテーションの評価……………85

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90

7対1・10対1病棟における特定除外患者について

2012年改定で13対1・15対1に適用となった特定除外患者の対応

2014年改定で7対1・10対1に適用拡大

①2012年当時の改定内容:13対1・15対1に対する施設基準と平均在院日数

2012年当時	13:1 (33,668床)	15:1 (66,822床)
施設基準(日数)	24日	60日
現状の在院日数*	19.9日	33.6日

* 厚生労働省医療課調べ(22年7月時点)

ただし、
 ・特定除外患者は平均在院日数の
 計算対象とならない
 ・90日を超えても「包括」ではなく、
 「出来高」を継続できる。

現行:7対1・10対1ではまだ上記が適用となっている

* 特定除外患者とは?
 (次ページ)

特定除外患者の割合

	13:1病棟 (n=4,498)	15:1病棟 (n=9,142)
31日未満	51.8%	38.5%
31日~91日未満	28.5%	33.8%
91日~6ヶ月未満	7.3%	10.5%
6ヶ月~9ヶ月未満	2.0%	3.2%
9ヶ月~12ヶ月未満	1.0%	1.9%
1年~2年未満	2.0%	4.0%
2年~3年未満	0.8%	1.8%
3年~4年未満	0.5%	0.9%
4年~5年未満	0.2%	0.5%
5年~10年未満	0.3%	0.9%
10年以上	0.1%	0.3%
無回答	5.4%	3.7%

特定除外患者とは??

厚生労働大臣が定める状態等にある者(12項目)

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー等
- ④悪性新生物に対する治療を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、運動器リハ料または呼吸器リハ料を実施している状態にある患者
- ⑦ドレーン法又は胸腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

厚生労働省の調査では、特定除外患者の多くは・・・療養病棟入院患者と同じ状態にある患者が多い。

以下の2つのパターンから選択する。

・パターン1（施設基準1）

13：1・15：1の一般病棟では、90日を超える患者については平均在院日数から除外して構わないが、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系とする。

・パターン2（施設基準2）

13：1・15：1の一般病棟では、90日を超える患者について、出来高評価を継続するが、平均在院日数の算定ベースには入れる。

上記が、14年度の診療報酬改定にて、7対1、10対1にも適用される。

ただし、

一般病棟の特定除外患者のうち、難病患者等入院診療加算を算定する患者が「療養病棟」へ転棟した場合、療養病棟では、加算を強化する予定。

7対1・10対1 特定除外患者について

現行	改定および新規
A100 7対1入院基本料、10対1入院基本料における「特定除外患者」の取り扱い	7対1または10対1入院基本料算定病棟にて、特定除外患者につき、以下の項目を病棟ごとに選択できる。 (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 療養病棟入院基本料1 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）とし、平均在院日数の 計算対象とはしない 。

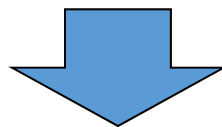
※経過措置

- ① 上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。
- ② 7対1、10対1の病棟において上記の(2)を選択した場合、**平成26年3月31日**に入院している患者については、当分の間、**医療区分3**とみなす。
- ③ 上記の(2)を選択した病棟のうち1病棟については、**平成27年9月30日**までの間、当該病棟の**2室**を指定し、その中の**4床**までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる。当該病床の患者については**平均在院日数の計算対象から除外**する。

一般病棟における看護必要度の見直し (重症度・医療・看護必要度)

名称の変更

・重症度・看護必要度



・重症度、医療・看護必要度

※この資料では、看護必要度と略して使用している箇所があります。

2014年度診療報酬改定

新基準「重症度、医療・看護必要度」

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	
2	血圧測定	0から4回	5回以上	
3	時間尿測定	なし	あり	
4	呼吸ケア	なし	あり	
5	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6	心電図モニター	なし	あり	
7	シリンジポンプの使用	なし	あり	
8	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9	専門的な治療・処置	なし		あり
	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			

創傷処置は、2区分に変更

褥瘡の処置(療養病棟の割合が高い)

褥瘡以外の手術等の縫合部等の処置

× 血圧測定(該当する患者のB項目がさほど高くない)

× 時間尿測定(7対1より15対1の方が割合が高い)

× 喀痰の吸引(特に療養病棟の割合が高い)

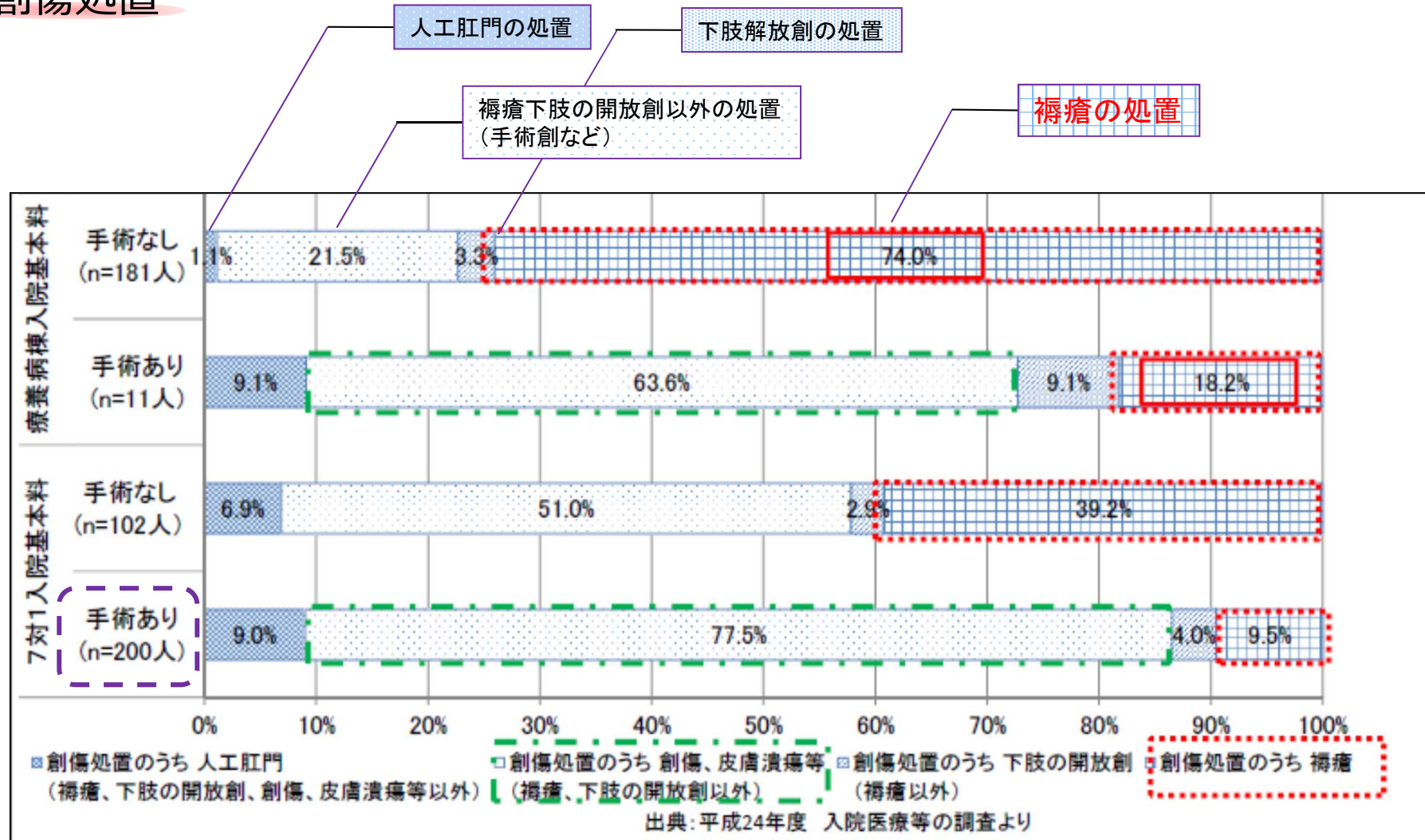
○ 酸素管理、その他の呼吸管理

平成25年度第8回診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)の資料に基づき編集部にて作成

見直しが行われる可能性が高い項目



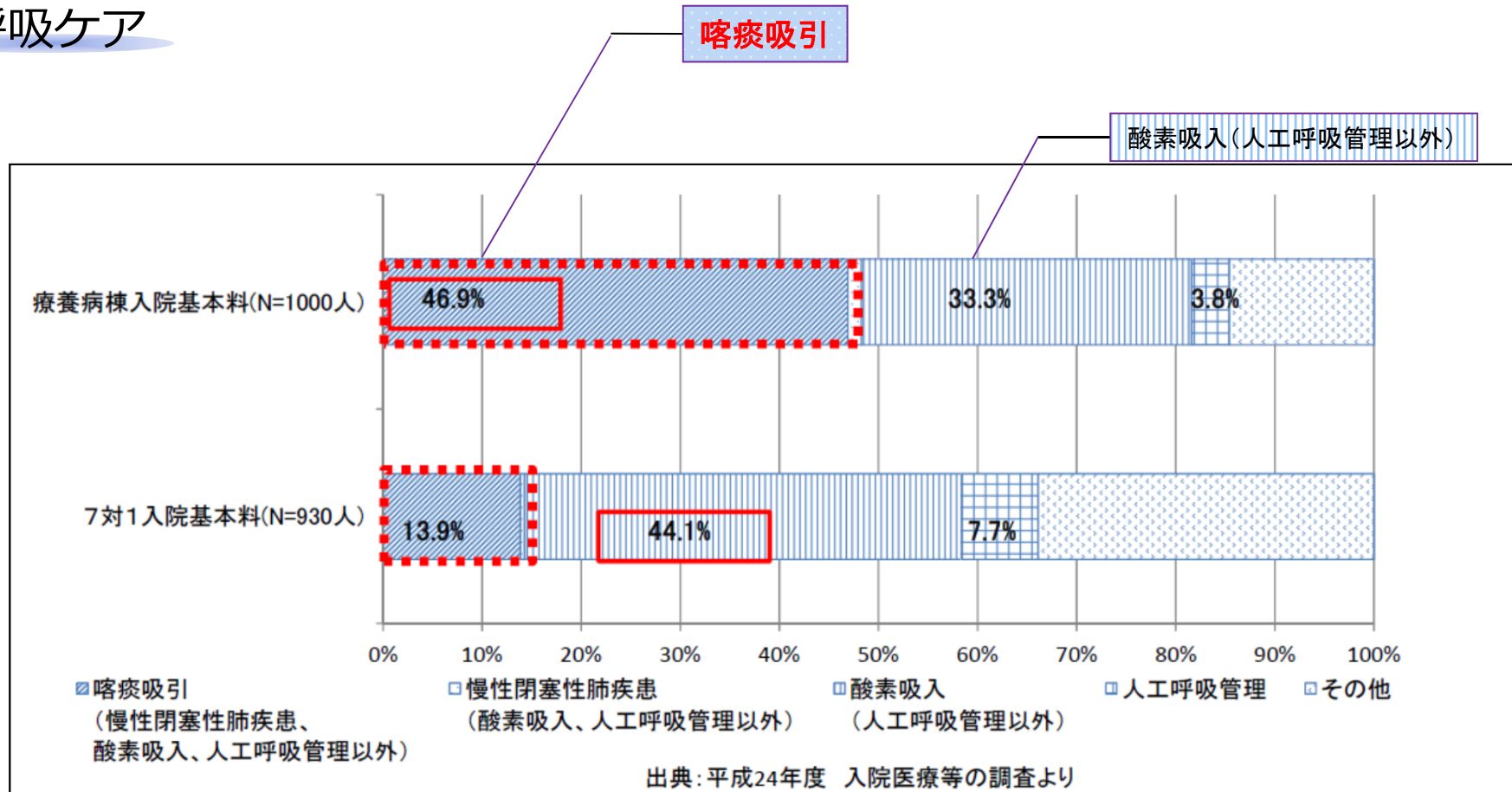
創傷処置



平成25年度第8回診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)の資料より一部抜粋。

褥瘡の処置は、療養病床で高い割合となっている。
2014年度からの褥瘡対策強化に合わせて、分離して評価する。

呼吸ケア



平成25年度第8回診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)の資料より一部抜粋。

喀痰の吸引は療養病棟で割合が高くなっており、急性期の処置の指標としては適切であるといえるか？

一般病棟用看護必要度の見直し (2014年診療報酬改定(案))

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>A100 一般病棟用の重症度・看護必要度の見直し</p> <p>【評価項目の見直し】 A項目</p> <p>1 創傷処置</p> <p>2 血圧測定 3 時間尿測定 4 呼吸ケア 5 点滴ライン同時3本以上 6 心電図モニター 7 シリンジポンプの使用 8 輸血や血液製剤の使用 9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用</p> <p>② 麻薬注射薬の使用</p> <p>③ 放射線治療 ④ 免疫抑制剤の使用 ⑤ 昇圧剤(注射)の使用 ⑥ 抗不整脈剤の使用</p> <p>⑦ ドレナージの管理 B項目</p>	<p>【名称の見直し】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度</p> <p>【評価項目の見直し】 A項目</p> <p>1 創傷処置 ①創傷処置②褥瘡処置 ①、②いずれか一つ以上該当する場合 ・血圧測定(削除) ・時間尿測定(削除)</p> <p>2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上 4 心電図モニター 5 シリンジポンプの使用 6 輸血や血液製剤の使用 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用した場合) ② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合) ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の使用 ⑦ 昇圧剤(注射)の使用 ⑧ 抗不整脈剤の使用 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理 B項(変更なし)</p>

一般病棟用看護必要度の見直し (2014年診療報酬改定 (案))

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>A300 救命救急入院料 重症度・看護必要度の患者割合</p> <p>〔施設基準〕 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)</p> <p>A105 専門病院入院基本料 【専門病院入院基本料(7対1)】 〔施設基準〕 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上(一般病棟において悪性腫瘍患者を7割以上入院させる保険医療機関の病棟にあっては、1割以上)入院させる病棟であること。</p>	<p>A300 救命救急入院料 重症度・医療・看護必要度の患者割合</p> <p>〔施設基準〕 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(削除)。 【専門病院入院基本料(7対1)】 〔施設基準〕 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上(削除)入院させる病棟であること。</p>

[経過措置]

平成26年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

重点課題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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42

主治医機能の評価(その2)……………45

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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50

在宅療養における後方病床の評価……………52

在宅不適切事例の適正化……………54

機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64

在宅における褥瘡対策の推進……………66

在宅自己注射指導管理料の見直し……………68

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69

在宅歯科医療の推進等……………70

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84

維持期リハビリテーションの評価……………85

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90



高度急性期から在宅復帰機能の継続的調査 (第6次医療改正関連)

高度急性期入院料からの在宅復帰調査

[対象となる病棟]

- 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）

☞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。

高度急性期入院料からの在宅復帰調査

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>A100 一般病棟入院基本料（7対1） A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1） A105 専門病院入院基本料（7対1）</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。 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。</p>	<p>〔施設基準〕</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。 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。</p> <p>⑥ <u>退院患者のうち、</u> <u>・自宅</u> <u>・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</u> <u>・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</u> <u>若しくは病室</u> <u>・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）</u> <u>・居住系介護施設</u> <u>・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）</u> <u>上記に退院した者の割合が75%以上であること。</u></p> <p>⑦ <u>データ提出加算の届出を行っていること。</u></p>

〔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。

平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

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。

平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

高度急性期入院料からの在宅復帰調査

様式

様式 10 の 5

7 対 1 入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る

届出書添付書類

①	直近6月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
	(4) 他院の療養病棟	名
	(5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
	(6) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	(7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	(8) (4)～(7)を除く病院、診療所	名
②	自宅等に退院するものの割合 $((3)+(5)+(6)+(7)) / ①$ (75%以上)	%

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

※注

- ・入院期間が通算される再入院患者、
- ・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
- ・死亡退院した患者を除く

より質の高い集中治療室について
(臨床工学技士24時間配置など)

より質の高い集中治療室（ICU）についての評価

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。

- ・ 特定集中治療室管理料 1 および 2 の新設
(現行の 1 および 2 は、4月以降は、3 および 4 となる)

[新設：特定集中治療室管理料 1 および 2 の施設基準]

- 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20㎡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。 (当直体制)
- 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。

より診療密度の高いICUの評価

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
(新設)	<p>(新) 特定集中治療室管理料 1</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 7日以内の期間 13,650点 <input type="checkbox"/> 8日以上14日以内の期間 12,126点 </p> <p>(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)</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 7日以内の期間 13,650点 <input type="checkbox"/> 8日以上60日以内の期間 12,319点 </p> <p>[施設基準]</p> <p>① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。 当該専任の医師に、<u>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。</u></p> <p>② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20㎡以上である。</p> <p>③ <u>専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。</u></p> <p>④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が<u>9割以上</u>であること。</p>

従来の I C U 評価について

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>【特定集中治療室管理料 1】 【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)</p> <p>・看護必要度項目</p> <p>[施設基準] 重症度について、A項目3点以上またはB項目3点以上である患者が9割以上であること。</p>	<p>【特定集中治療室管理料 3】 【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)</p> <p>・点数、看護必要度項目は、現行通り</p> <p>[施設基準] 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること。</p>

[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。

平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

ハイケアユニット(HCU)の看護必要度見直しと 要件緩和HCUの新設

(看護配置の緩和策)

ハイケアユニット（HCU）の看護必要度見直しと 要件緩和HCUの新設

- ・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、名称の変更とともに、項目の見直しを行う。
- ・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。

[新設：ハイケアユニット入院医療管理料2の施設基準]
(看護必要度見直しにともなう緩和策として)

- ・看護配置常時5対1
- ・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつ
B項目7点以上である患者が6割以上であること。

ハイケアユニット看護必要度の見直し (2014年診療報酬改定 (案))

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>【名称の見直し】 重症度・看護必要度</p> <p>【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置</p> <p>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)</p> <p>B項目</p>	<p>【名称の見直し】 <u>ハイケアユニット用</u>の重症度、<u>医療</u>・看護必要度</p> <p>【評価項目の見直し】 A項目 1 創傷処置 ① 創傷処置 ② 褥瘡処置 <u>①、②いずれか一つ以上該当する場合</u></p> <p>2 蘇生術の施行 (削除) (削除)</p> <p>3 呼吸ケア <u>(喀痰吸引のみの場合を除く)</u></p> <p>4 点滴ライン同時3本以上 (以下略)</p> <p>B項目 (変更なし)</p>

質の高いHCUと現状の要件の見直し

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 ハイケアユニット入院医療管理料 4,511点</p> <p>[施設基準] ・看護配置常時4対1</p> <p>・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点以上またはB項目7点以上である患者が8割以上であること。</p> <p>(新設)</p>	<p>【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 <u>6,584点(改)</u></p> <p>[施設基準] ・看護配置常時4対1</p> <p>・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること。</p> <p><u>ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点(改)</u></p> <p>[施設基準] ・看護配置常時5対1 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること。</p>

[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。

平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42

主治医機能の評価(その2)……………45

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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50

在宅療養における後方病床の評価……………52

在宅不適切事例の適正化……………54

機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64

在宅における褥瘡対策の推進……………66

在宅自己注射指導管理料の見直し……………68

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69

在宅歯科医療の推進等……………70

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84

維持期リハビリテーションの評価……………85

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90



短期滞在手術等の見直しと平均在院日数からの除外
(効率的な入院等の評価)

短期滞在手術の適用拡大

- ・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。
- ・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。

※ 診療所については対象外

[新設：短期滞在手術等基本料3]

※ 点数は手術、検査ごとに設定。

[包括範囲]

- ・全診療報酬

[平均在院日数の計算対象]

- ・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)。

短期滞在手術等の適用拡大

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>[対象手術] K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る) K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (15歳未満に限る)</p>	<p>[対象手術等] K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (削除) K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (削除) <u>K 008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術</u> <u>K 093-2 関節鏡下手根管開放手術</u> <u>K 196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)</u> <u>K 282 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>K 282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合</u> <u>K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満</u> <u>K 617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術</u> <u>K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法</u> <u>K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術</u> <u>K 721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2 cm 未満</u> <u>K 721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上</u> <u>K 743 痔核手術 2 硬化療法 (四段階注射法)</u> <u>K 867 子宮頸部(腔部)切除術</u> <u>K 873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術</u> <u>D 237 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>D 237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する</u> <u>睡眠評価装置を使用した場合</u> <u>D 237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合</u> <u>D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査</u> <u>D 413 前立腺針生検法</u></p>

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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42
主治医機能の評価(その2)……………45
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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50
在宅療養における後方病床の評価……………52
在宅不適切事例の適正化……………54
機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64
在宅における褥瘡対策の推進……………66
在宅自己注射指導管理料の見直し……………68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69
在宅歯科医療の推進等……………70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84
維持期リハビリテーションの評価……………85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90

総合入院体制加算のより充実した評価(新設)

(レベルの高い総合入院体制加算の新設)

レベルの高い総合入院体制加算の新設

- ・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。
- ・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。

[新設：総合入院体制加算 1 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カの全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	<u>40件/年以上</u>
イ 悪性腫瘍手術	<u>400件/年以上</u>
ウ 腹腔鏡下手術	<u>100件/年以上</u>
エ 放射線治療（体外照射法）	<u>4,000件/年以上</u>
オ 化学療法	<u>4,000件/年以上</u>
カ 分娩件数	<u>100件/年以上</u>

- ② 救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行っていること。

レベルの高い総合入院体制加算の新設 (2014年診療報酬改定 (案))

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>【総合入院体制加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合入院体制加算 120点 <p>〔施設総合入院体制加算〕</p> <p>① 全身麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数が年800件以上である。 なお、併せて以下のアから力を満たすことが望ましい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>② 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている。 ア 「救急医療対策事業実施要綱」 (以下 略)</p>	<p>【総合入院体制加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>総合入院体制加算 1</u> 240点 総合入院体制加算 2 (旧 1) 120点 <p>〔施設総合入院体制加算1〕</p> <p>① 全身麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数が年800件以上である。 なお、併せて以下のアから力の<u>全てを満たす</u>こと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術 <u>40件／年以上</u> イ 悪性腫瘍手術 <u>400件／年以上</u> ウ 腹腔鏡下手術 <u>100件／年以上</u> エ 放射線治療（体外照射法）<u>4000件／年以上</u> オ 化学療法 <u>4000件／年以上</u> カ 分娩件数 <u>100件／年以上</u> <p>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。</p>

レベルの高い総合入院体制加算の新設

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加・変更点
<p>[施設総合入院体制加算1] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>2 総合入院体制加算 2</u> ●外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。 ア病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 イ地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。</p>	<p>[施設総合入院体制加算1]</p> <p>③ <u>医療法上の精神病床を有する医療機関であること。</u> <u>また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</u></p> <p>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></p> <p>⑤ 2013年度の総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。</p> <p><u>2 総合入院体制加算 2</u> ●削除</p> <p><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></p>

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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42
主治医機能の評価(その2)……………45
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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50
在宅療養における後方病床の評価……………52
在宅不適切事例の適正化……………54
機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64
在宅における褥瘡対策の推進……………66
在宅自己注射指導管理料の見直し……………68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69
在宅歯科医療の推進等……………70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84
維持期リハビリテーションの評価……………85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90

N I C Uの算定日数・施設基準の見直し

1. 1500g以上の先天奇形等の患者への対応)
2. 1500g以下の新生児の受入実績の評価

NICUにおける新基準

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。

【新生児特定集中治療室管理料 1、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）】

【新生児特定集中治療室管理料 2】

[算定要件]

新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して35日（出生体重が1,500g以上であって、**以下の疾患の患者**の場合）を限度として算定する。

[対象疾患]

先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群

NICUにおける新基準

2. 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2500g未満の新生児の受入実績等に関する基準を新設する。

【新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）】
（1日につき）10,174点（消費税分増点）

[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 以下のいずれかを満たすこと。

イ 直近1年間の出生体重1000g未満の新規入院患者が4名以上であること。

ロ 直近1年間の当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が6件以上であること。

【新生児特定集中治療室管理料2】

（1日につき）8,109点（改）

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、保険医療機関内に勤務していること。
- ② 看護配置が常時3対1以上であること。
- ③ 救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。
- ④ 直近1年間の出生体重2500g未満の新規入院患者が30名以上であること。

[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。

NICUからの早期退院

周産期の退院調整について

☞ 現状の新生児集中治療室における退院調整に関する診療報酬項目

A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算 1	600点 (退院時1回)
	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
	ロ 退院加算 (退院時1回)	600点

新生児集中治療室の長期入院児の早期退院のため設けられたが・・・



☞ 現状の課題

○2006年をピークに長期入院児は減少してきたが、
2009年以降は「横ばい傾向」に。。。

中医協総会(平25.12.6)資料より

※別診療報酬項目の「退院時調整加算」で、入院初日から「患者・家族」に説明を行うことが、早期退院につながっているため、**新生児にもおなじ介入の方法を考える。**

NICUからの早期退院の促進

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	改定および新設
<p>A238-3【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 (退院時1回) 600点</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 600点</p> <p>[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。</p>	<p>A238-3【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 (退院時1回) 600点</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 600点</p> <p>[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></p> <p><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></p>

NICUからの早期退院の促進

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

改定および新設

(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 本点数算定患者は、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であること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士又は看護師については、区分番号「A 2 3 8」退院調整加算に係る専従の社会福祉士又は看護師を兼務することができる。
- (3) 「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター又は小児入院医療管理料1、2若しくは3を届け出ている保険医療機関であること。
- (4) 当該加算を算定する患者に対して、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確保していること。

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

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

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

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

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42
主治医機能の評価(その2)……………45
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……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50
在宅療養における後方病床の評価……………52
在宅不適切事例の適正化……………54
機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64
在宅における褥瘡対策の推進……………66
在宅自己注射指導管理料の見直し……………68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69
在宅歯科医療の推進等……………70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84
維持期リハビリテーションの評価……………85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90

小児特定集中治療室管理料の見直し

他院の救命救急入院料、特定集中治療室管理料からの
搬送実績の強化

小児特定集中治療室における新基準

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。

【小児特定集中治療室管理料】（1日につき）

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. 7日以内 | 15,752点（消費税分増点） |
| 2. 8日以上14日以内 | 13,720点（消費税分増点） |

【施設基準】

次のいずれかを満たす。

- 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直近1年間に20名以上受け入れている。
- ② 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を直近1年間に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。

重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。⇒削除

施設基準の改正により、平成26年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成26年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要

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

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

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

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

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

地域包括ケア病棟入院料

亜急性期として新たな病棟を新設

地域包括ケアを支援する病棟

急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、

以下の役割・実績を有する病棟を新設する。

①一定の重症度、医療・看護必要度基準を満たす患者の診療実績

②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること

③在宅復帰率の実績

④診療内容に関するデータの提出

上記等の施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) A308-3 地域包括ケア病棟入院料 1 2,558点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058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)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【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】

[施設基準]

- 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。
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。
=心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)、もしくは呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)のみ届出の場合は対象外
- 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にはできない。
- ⑥ ○看護職員：13対1以上、（ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上であること。）また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
○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（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）1人以上が配置されていること。
なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定できない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるA D L維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【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】

〔施設基準（続き）〕

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。[平成27年4月1日から適用]

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。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。

なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

○特定機能病院以外の保険医療機関であること。

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

○患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1】

[施設基準]

① 在宅復帰率が7割以上であること

※平成26年3月31日に7対1入院料(一般病棟、専門病院)の届出を行っている病棟が地域包括ケア病棟入院料の届出を行う場合、平成26年9月30日までの間は在宅復帰率の基準を満たしているものとする。

(平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。)

② 1人あたりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること。

なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

【地域包括ケア入院医療管理料 1、2】

[施設基準]

○許可病床200床未満の医療機関に限る。

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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

[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。

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

○地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙2を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）

○地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載する。地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Iを算定する。

その際、地域包括ケア病棟入院料1又は地域包括ケア入院医療管理料1の場合は療養病棟入院基本料1のIを、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2の場合は療養病棟入院基本料2のIを算定する。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

看護職員配置加算

〔施設基準〕

- 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

〔施設基準〕

- 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。

※平成27年3月31日までの間は、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者とすることができる。

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

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

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

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

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)	45
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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

大病院の紹介・逆紹介率



紹介率の低い大病院の減算等

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。

- ・初診料 209点（紹介のない場合）（消費税分増点）
- ・外来診療料 54点
（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）（消費税分増点）

・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]

いずれも平成27年3月31日まで

[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50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（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
- ③ 年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する。

※②の場合、紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率の低い医療機関とはみなされない。

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

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

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

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

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

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

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	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
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	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90



在宅における薬剤や衛生材料等の 供給体制について

注射薬や特定保険医療材料
衛生材料等を提供できる仕組みを整備

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制

【注射薬や特定保険医療材料】

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。

【具体的な内容】

(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。

【衛生材料等】

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。

【具体的な内容】

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。

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

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

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

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

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

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

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	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
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	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

在宅医療に関する診療報酬

在宅自己注射指導管理料他

在宅自己注射指導管理料の見直し

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。

現行	改定後
C101【在宅自己注射指導管理料】820点	<u>C101【在宅自己注射指導管理料】</u> <u>1 月3回以下 100点(改)</u> <u>2 月4回以上 190点(改)</u> <u>3 月8回以上 290点(改)</u> <u>4 月28回以上 810点(改)</u> 2. 導入初期については別に加算を行う。 <u>(新) 導入初期加算 500点</u>

【導入初期加算】における算定要件

[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。

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

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

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

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

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

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

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	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
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	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90



小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

小児患者等に対する在宅療養を推進する観点から、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

[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。

改定後

[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）。

小児医療の在宅療養支援

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	改定および新設
<p>B001-2 【小児科外来診療料】 [算定要件] 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。</p>	<p>B001-2 【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。</p>

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

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。

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¹に特別支援学校等の学校を加える。

現行	改定後
<p>C007-2【介護職員等喀痰吸引等指示料】 240点 〔対象事業者〕</p> <p>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</p> <p>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)</p>	<p>C007-2【介護職員等喀痰吸引等指示料】 240点 〔対象事業者〕</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><u>③ 学校教育法関係</u> <u>学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）（喀痰吸引等を実施するための適切な研修を修了した教員が配置されている学校に限る。）</u></p>

妥結率が低い場合の減算

200床以上の妥結率の低い病院の初診料・外来診療料の減算

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	改定および新設
診療報酬 【初診料】 270点 (新設)	診療報酬 【初診料】 282点 (消費税分増点) 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記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者(薬事法（昭和 35 年法律第 145号）第 34条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が 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、 209点を算定 する。

4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険医療機関等とみなされる。

【経過措置】 導入初年度のみ1月1日より適用とする。

200床以上の妥結率の低い病院の初診料・外来診療料の減算

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	改定および新設
<p>【外来診療料】 70点 (新設)</p> <p>【再診料】 69点 (新設)</p>	<p>【外来診療料】 73点 (消費税分増点) 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記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が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、54点を算定する。</p> <p>【再診料】 72点 (消費税分増点) 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記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が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、53点を算定する。</p>

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

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

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

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

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

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

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	84
維持期リハビリテーションの評価	87(その他リハビリテーション)
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

リハビリテーション

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

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 設

(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。

なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。

また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等の専従者との兼務はできない。ただし、当該病棟内に「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

 [次ページへ続く](#)

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設

(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 (の続き)]

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

※リハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。[経過措置：研修については平成27年4月1日～適用]

なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

- ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）
- イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハに必要な評価を含む。）
- ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）
- エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）
- オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）
- カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて
- キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて
- ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
- ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
- コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハを含む。）

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設

(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 (の続き)]

③ 当該病棟の直近 1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

④ アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと。

ア) 直近 1年間において、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、入院時よりも退院

・転棟時にADLの低下した者 (別添6の別紙7の2の合計得点が低下した者) の割合が3%未満であること。  [次ページ参照](#)

なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index、以下「BI」という。) を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

イ) 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合 (DESIGN-R分類d2以上とする。以下この項において同じ) が1.5%未満であること。

※ 次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

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

(ロ) 調査日の入院患者数 (調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院・退院予定患者は含む)

なお、届出以降、毎年7月1日の届出報告 (別添7の様式5の4) に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること (別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R分類d2以上) を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること)。

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設

(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。

様式

ADL維持向上等体制加算に係る評価書

バーゼルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、髪型、歯 磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ 動作	10	自立(衣服の操作、後始末も含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用も含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段 昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱も含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便 コントロール	10	失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点(/100点)				

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況 (報告月の前月の初日における実績・状況)

① 入院患者数 (報告月の前月の初日の入院患者数)	名		
② ①のうち、d 1 以上の褥瘡を有していた患者数 (褥瘡保有者数)	名		
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数 (入院時褥瘡保有者数)	名		
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	名		
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況			
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡 (③の患者の入院時の状況)	院内発生した褥瘡 (④の患者の発見時の状況)	
	d 1	名	名
	d 2	名	名
	D 3	名	名
	D 4	名	名
	D 5	名	名
	D U	名	名

【記載上の注意】

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する (当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。)
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記入する (1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。)
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記載する (1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。)
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来への拡大)

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

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

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来への拡大)

現行	改定および新設
<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注3（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注3（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの（<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の又は他の保険医療機関を退院したものの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る</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、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの（<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の又は他の保険医療機関を退院したものの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る</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。</p>

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来提供料の新設)

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 設

(新) H003-3 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または地域連携診療計画退院時指導料（I）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。

外来患者への運動器リハビリテーション料Ⅰ算定拡大

現行	改定および新設
<p>H002【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]</p> <p>① 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの</p> <p>② 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者（当該疾患の手術後の患者であって、入院中のものを除く）</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】</p> <p><u>(削除)</u></p>

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

． 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	改定および新設
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>注4</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>【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</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） <u>（2）廃用症候群の場合 180点(改)</u></p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） <u>（2）廃用症候群の場合 146点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） <u>（2）廃用症候群の場合 77点(改)</u></p> <p>注4</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） <u>（2）廃用症候群の場合 162点(改)</u></p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） <u>（2）廃用症候群の場合 131点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） <u>（2）廃用症候群の場合 69点(改)</u></p> <p>【対象者】 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの（心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。）</p>

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

疾患別リハビリテーション等の評価を充実する。

現行	改定および新設
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 200点</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 100点</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点(改)</u></p> <p><u>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 105点(改)</u></p>
<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 180点(改)</u></p> <p><u>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点(改)</u></p> <p><u>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点(改)</u></p>
<p>注5</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 158点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 149点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p>	<p>注5</p> <p><u>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 163点(改)</u></p> <p><u>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 154点(改)</u></p> <p><u>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点(改)</u></p>
<p>【呼吸器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点</p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点</p>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点(改)</u></p> <p><u>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点(改)</u></p>
<p>【障害児(者)リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 220点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 150点</p> <p>【がん患者リハビリテーション料】（1単位につき） 200点</p>	<p>【障害児(者)リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 6歳未満の患者の場合 225点(改)</u></p> <p><u>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点(改)</u></p> <p><u>3 18歳以上の患者の場合 155点(改)</u></p> <p><u>【がん患者リハビリテーション料】</u> <u>（1単位につき） 205点(改)</u></p>

維持期リハビリテーションの評価

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。

維持期のリハビリテーションの見直し

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

現行	改定および新設
<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。</p> <ol style="list-style-type: none">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(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 <p>(新規)</p>	<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 (点数は変更なし)</p> <ol style="list-style-type: none">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(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 <p><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90のに相当する点数により算定する。</u> ※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。</p>

標準的算定日数を超えた改善が期待できないリハビリ

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

【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。

改定および新設

【脳血管疾患等リハビリテーション料】注4
発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者については、原則として平成28年4月1日以降は対象とはならないものとする。

※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。

維持リハビリの医療保険から介護保険への移行

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

改定および新設

(新) B005-1-3 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]

(1) 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（「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注4」、「注5」及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注4」、「注5」）から介護保険のリハビリテーション（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問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）に移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に算定できる。

なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間は、当該支援料を算定できない。

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

(3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハから介護保険によるリハに移行した場合は算定できない。

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	95

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	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112

I-3 認知症への対策の推進について

認知症対策の推進	113
----------	-----

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	115
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	117
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	118
小児医療に係る評価の見直し	119
新生児の退院調整等の評価	121

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	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
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	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133

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	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151

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	153
------------------	-----

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	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	163
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167

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	171
-----------------------	-----

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	173
---	-----

がん関係の診療報酬

がん患者指導管理の充実

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	改定および新設
<p>B001 23【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>[算定要件] (新規)</p> <p>(新規)</p>	<p>B001 23【がん患者指導管理料】</p> <p><u>1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点</u></p> <p><u>2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点(新)</u></p> <p><u>3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点(新)</u></p> <p><u>[算定要件]</u></p> <p><u>2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u> <u>がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は医師の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に、6回に限り算定する。</u></p> <p><u>3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u> <u>がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を実施されているもの（予定を含む）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医または医師の指示に基づき薬剤師が、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明等を行った場合に、6回に限り算定する。</u></p>

がん患者指導管理の充実

改定および新設

B001 23【がん患者指導管理料】

2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点(新)

3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点(新)

[施設基準]

(1) 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合

① 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。

③ 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

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

① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、がんに係る40時間以上の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（がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）を有する者であること。

③ 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

☞算定の留意事項、対象患者は次ページ

がん患者指導管理の充実

改定および新設

B001 23【がん患者指導管理料】

2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点(新)

[算定の留意事項]

- ①身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。
- ②患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

[対象患者]

STAS-J (STAS日本語版) で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS (Decisional Conflict Scale) 40点以上のものであること。なお、STAS-Jについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 (以下「ホスピス財団」という。) の「STAS-J (STAS日本語版) スコアリングマニュアル第3版」 (ホスピス財団ホームページに掲載) に沿って評価を行うこと。

3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点(新)

[算定の留意事項]

- 抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。
- ②患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

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・・・・・・・・・・92

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・・・・・・・・・・98

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進・・・・・・・・101

身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進・・・・・・・・107

適切な向精神薬使用の推進・・・・・・・・・・110

児童・思春期の精神科医療の推進・・・・・・・・・・112

I-3 認知症への対策の推進について

認知症対策の推進・・・・・・・・・・113

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・・・・・・・・・・115

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価・・・・117

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価・・・・118

小児医療に係る評価の見直し・・・・・・・・・・119

新生児の退院調整等の評価・・・・・・・・・・121

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・・・・・・・・124

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進・・・・・・・・126

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・・・・・・・・130

回復期・維持期のリハビリテーションの見直し・・・・・・・・133

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・・・・・・・・134

新規医療技術の保険導入等(歯科)・・・・・・・・147

先進医療技術の保険導入(歯科)・・・・・・・・151

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・・・・・・・・153

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・・・・・・・・・・156

医療技術の評価及び再評価・・・・・・・・・・160

画像撮影診断料等の見直し・・・・・・・・・・163

先進医療からの保険導入・・・・・・・・・・165

胃瘻等について・・・・・・・・・・167

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・・・・・・・・171

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・・・・・・・・173

外来化学療法の評価の見直し

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。

外来化学療法の評価の見直し

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	改定および新設
<p>【外来化学療法加算 A】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 対象薬剤は、添付文書の「警告」若しくは「重要な基本的注意」欄に「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発言する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬とする。 (新規)</p> <p>【外来化学療法加算 B】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p>② 外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤を投与した場合に算定する。 (新規) (新規)</p>	<p>【外来化学療法加算 A】 [算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、<u>悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合</u>に算定する。</p> <p>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。</p> <p>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></p> <p>④ <u>この場合において、区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。</u></p> <p>【外来化学療法加算 B】 [算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。</p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合</u></p> <p>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。</p> <p>③ <u>この場合において、区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。</u></p>

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	92
外来化学療法の評価の見直し	95
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	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112
I-3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	113
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	117
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	118
小児医療に係る評価の見直し	119
新生児の退院調整等の評価	121
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	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
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	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133
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	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151
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	153
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	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	163
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167
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	171
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	173

救急医療について

救急医療管理加算について

👉 現状の診療報酬上の算定要件の課題

中医協総会(平25.12.6)資料より

・ A205 救急医療管理加算 800点

👉 算定要件 (課題となる項目のみ、抜粋)

○ 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。 () は算定率

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 (12.8%)

イ 意識障害又は昏睡 (9.2%)

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 (17.2%)

エ 急性薬物中毒 (0.6%)

オ ショック (1.6%)

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) (3.5%)

キ 広範囲熱傷 (0.1%)

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 (4.3%)

ケ 緊急手術を必要とする状態 (14.1%)

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態 (36.6%)

算定率では、コ その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態 の割合が高い。

・ 診療単価比較では、コは、ア～ケと比較して、単価も低く、軽症者が含まれていると考えられる。

ア～ケの入院診療単価

コ の診療単価

87,733点

73,492点

救急医療管理加算の見直し

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	改定および新設
<p>A205【救急医療管理加算】 800点</p> <p>[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。</p> <p>ア 吐血，咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷，破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態 コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態（新規）</p>	<p>A205【救急医療管理加算1】 800点 <u>【救急医療管理加算2】 400点(新)</u></p> <p>[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></p> <p>① 救急医療管理加算1 ア 吐血，咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷，破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態</p> <p><u>② 救急医療管理加算2</u> <u>コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態</u></p> <p><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></p> <p>👉 様式は次ページ</p>

救急医療管理加算の見直し

改定および新設

A205 【救急医療管理加算2】 400点(新)

様式

様式14の3

救急医療管理加算2に係る報告書(7月報告)

集計期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

① 1年間の救急医療管理加算1、2の合計算定患者数	人
② うち、救急医療管理加算2の算定患者数	人
③ 救急医療管理加算2の割合(②/①)	%

④ 救急医療管理加算2の算定患者の内訳

疾病コード (※DPCコードの上6桁を用いる)	名称	患者数
		人
		人
		人
		人
		人
		人

[記入上の注意]

- 「救急医療管理加算2の算定患者の内訳」については、直近1年間に入院したすべての患者について記載すること。
- 疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名をDPCコードで分類し、記載すること。
- 名称については、疾病コードごとに当該DPCコード上6桁の名称を記載する。

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	92
外来化学療法の評価の見直し	95
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	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112
I-3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	113
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	115
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	118
小児医療に係る評価の見直し	119
新生児の退院調整等の評価	121
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	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
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	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133
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	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151
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	153
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	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	163
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167
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	171
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	173

救急における薬物中毒

高度救命救急センターにおける薬物中毒

👉 救急における薬物中毒の診療報酬項目

中医協総会(平25.12.6)資料より

A300 救命救急入院料 注6 加算 5,000点 (入院初日)

[施設基準]
高度救命救急センターであること。

[算定要件]
急性薬毒物中毒(催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く)が疑われる患者に対して、原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。



👉 診療報酬上の課題

- 原因物質の分析方法について具体的な規定がないため、分析機器を用いた詳細な分析だけでなく、**自動分析器による単なる薬物血中濃度測定等でも算定可能となっている。**
- 高度救命救急センターに限られており、**一般の救命救急センターでは算定できない。**

救命救急センターにおける 急性薬毒物中毒治療の評価

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	改定および新設
<p>【救命救急入院料】 急性薬毒物中毒加算 5,000点</p> <p>【施設基準】 高度救命救急センターであること。</p>	<p>【救命救急入院料】 急性薬毒物中毒加算 1 (機器分析) 5,000点 <u>急性薬毒物中毒加算 2 (その他)</u> <u>350点(新)</u></p> <p><u>※入院初日にいずれか一方のみを算定</u></p> <p><u>[算定要件]</u> <u>急性薬毒物中毒加算 1 (機器分析)は日本中毒学会によるガイドライン「急性中毒標準診療ガイド」に基づいた機器分析を自院で行った場合にのみ算定する。</u> 薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。</p> <p><u>[対象患者]</u> <u>急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(削除)</u></p>

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	92
外来化学療法の評価の見直し	95
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	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112
I-3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	113
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	115
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	117
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	119
新生児の退院調整等の評価	121
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	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
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	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133
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	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151
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	153
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	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	163
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167
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	171
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	173

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

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

改定および新設

B001-2-6 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

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	92
外来化学療法の評価の見直し	95
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	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112
I-3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	113
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	115
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	117
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	118
小児医療に係る評価の見直し	119
新生児の退院調整等の評価	121
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	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
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	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133
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	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151
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	153
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	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	167
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167
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	171
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	173

医療技術について

画像撮影診断料等の見直し

4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	改定および新設
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 950点</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 600点</p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合 1,400点</p> <p>2 1.5テスラ以上の機器による場合 1,330点</p> <p>3 1又は2以外の場合 950点</p> <p>D256 眼底カメラ撮影</p> <p>1 通常の方法の場合 56点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>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(改)</u></p> <p>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</p> <p>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(改)</u></p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 <u>580点(改)</u></p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合 <u>1,600点(改)</u></p> <p>2 1.5テスラ以上の機器による場合 1,330点</p> <p>3 1又は2以外の場合 <u>920点(改)</u></p> <p>D256 眼底カメラ撮影</p> <p>1 通常の方法の場合</p> <p>イ アナログ撮影の場合 <u>54点(新)</u></p> <p>ロ デジタル撮影の場合 <u>58点(新)</u></p>

胃瘻造設術の算定要件の見直し

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	改定および新設
<p>K664【胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。）】 10,070点</p> <p>【算定要件】 胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について説明を行うこと。 (新規)</p>	<p>K664【胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）】 6,070点(改)</p> <p>【算定要件】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について、患者及び家族への説明を行うこと。 ② 胃瘻造設後、他の保険医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能訓練等の必要性、実施すべき内容、嚥下機能評価の結果、家族への説明内容等を情報提供すること。 ③ 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。）、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。 ④ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。ただし、平成27年3月31日までの間は、所定点数を算定できる。

[経過措置]

平成27年3月31日までの間は、上記の基準を満たしているものとする。

胃瘻造設術の算定要件の見直し

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

改定および新設

K664【胃瘻造設術】 6,070点(改)

[施設基準]

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

- ① 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く 年間の胃瘻造設術の実施件数が、50件未満であること。
- ② 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く 年間の胃瘻造設術の実施件数が50件以上かつ、下記のア及びイを満たすこと。

ア 胃瘻造設患者全例（以下の(1)から(5)までに該当する患者を除く。）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。

- (1) 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- (2) 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- (3) 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- (4) 意識障害等があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）
- (5) 顔面外傷により嚥下が困難な患者

👉次ページへ続く

胃瘻造設術の算定要件の見直し

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

改定および新設

K664【胃瘻造設術】 6,070点(改)

[施設基準]

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。

※「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは、以下のi又はiiの状態をいう。

- i) 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。
- ii) 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

- a. 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用し、当該保険医療機関において、**摂食機能療法を実施した患者**
- b. 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

ウ 以下の(1)から(6)の患者はイの合計数には含まないものとする。

- ① 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
- ② 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者
- ③ (2)イ①に該当する患者であつて、当該保険医療機関に紹介され時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
- ④ 消化器疾患等の患者であつて、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ⑤ 炎症性腸疾患の患者であつて、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

👉次ページへ続く

胃瘻造設時の嚥下評価

改定および新設

(新) K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点

[施設基準]

胃瘻造設術と同じ

[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に相当する点数で算定する。
- 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。

摂食機能療法について

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

改定および新設

H004 摂食機能療法

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[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 i 又は ii 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。

i) 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用しており、当該保険医療機関において、
摂食機能療法を実施した患者

ii) 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

※以下のいずれかに該当する患者は、合計数には含まないものとする。

ただし、工からカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から1年を経過していない場合は、合計数に含むものとする。

ア 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

イ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者

ウ i) に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者

エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

摂食機能療法について

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

改定および新設

H004 摂食機能療法

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[施設基準]

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。

ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。

また、摂食機能療法とその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なっている場合であっても、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることにはできない。

④ ②の基準について、新規届出の場合は、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。

⑤ リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

⑥ ②の i 又は ii のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（アからキまでのいずれかに該当する患者を含む。）について、氏名、鼻腔栄養導入・胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

また、当該患者の記録については、鼻腔栄養導入、胃瘻造設、又は他の保険医療機関から紹介された日を起算日として、少なくとも5年間は保管していること。

なお、「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

摂食機能療法について

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

改定および新設

H004 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。
ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を記載したうえで、別に算定できる。

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。

改定および新設

(新) K665-2 胃瘻抜去術 2,000点

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 (感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
夜間における看護補助者の評価について	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

感染防止対策加算

院内感染防止対策について

現状の課題

- ・ 感染防止対策加算 1 400点（入院初日）
- ・ 感染防止対策加算 2 100点（入院初日）

- ☞ 算定要件（加算 1、2 共通：課題となる項目のみ、一部抜粋）
- 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。



- ・ 特に加算 1 の医療機関において、「望ましい」という要件になっているため、大規模な医療機関でも一部、サーベイランス事業に参加していない状況がある。

加算1の医療機関におけるサーベイランス事業への未参加率

～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
90.9%	29.4%	46.7%	21.4%	14.1%

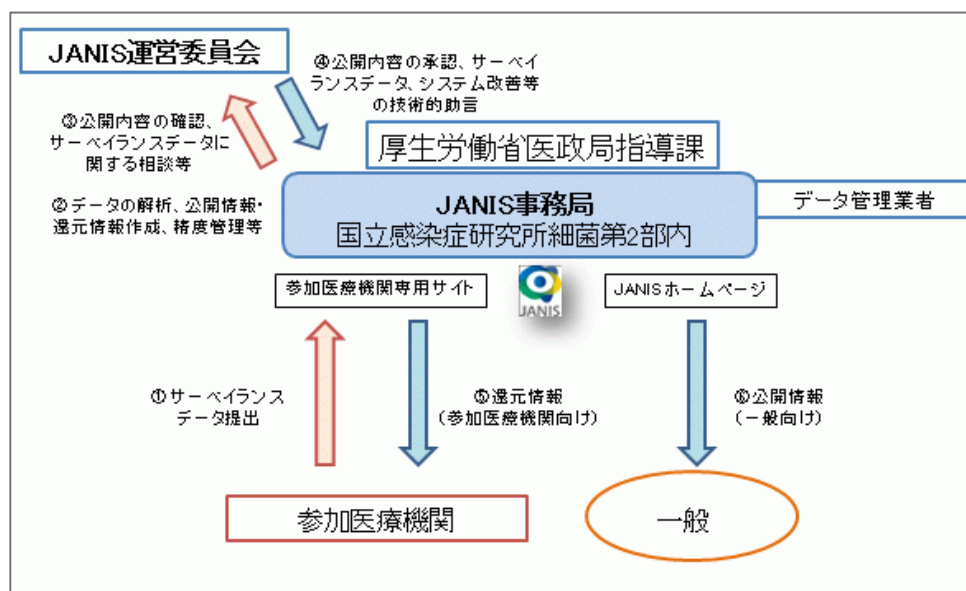
500床以上の病院でも、14.1%の医療機関が未参加となっている。

中医協総会（平25.12.6）資料より

院内感染防止対策について

院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業への参加

院内感染対策サーベイランス（JANIS）



JANIS ホームページより

<http://www.nih-janis.jp/about/index.html>

院内感染対策サーベイランスによる情報還元

中医協総会（平25.12.6）資料より

- ・ 国立感染症研究所が事務局となり、全医療機関における、自施設の耐性菌分離率や抗菌薬の感受性率の位置づけ及びその経年的な推移が把握でき、院内感染対策委員会資料として活用されている。

感染防止対策におけるサーベイランスの参加

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	改定および新設
<p>【感染防止対策加算1】（入院初日）400点</p> <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none">① 専任の院内感染管理者が配置されていること。② 組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。③ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2の届出を行った医療機関と連携していること。④ 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。	<p>【感染防止対策加算1】（入院初日）400点</p> <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none">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<u>参加していること。</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。

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
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	191
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
夜間における看護補助者の評価について	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

明細書の無料発行について

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。

改定および新設

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。

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
夜間における看護補助者の評価について	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

D P C データ提出等に係る評価

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	改定および新設
<p>【データ提出加算】 [提出対象病棟] 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）、救命救急入院料、特定集中治療室入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、短期滞在手術基本料3、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料</p> <p>[施設基準] ① 一般病棟入院基本料（7対1及び10対1に限る）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1及び10対1に限る）を算定する病棟を有すること。 ② 診療録管理体制加算を届け出ていること。 ③ データを継続的かつ適切に提出するための体制が整備されていること。</p>	<p>【データ提出加算】 [提出対象病棟] <u>全病棟</u></p> <p>[施設基準] [削除]</p> <p>① 診療録管理体制加算を届け出ていること。 ② データを継続的かつ適切に提出するための体制が整備されていること。</p>

[経過措置]

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

診療録管理体制加算について

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

改定および新設

A207 (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、うち1名以上が専従であること。

なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。

② 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目にそって疾病分類がなされていること。

③ 各退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）、入院日、退院日、担当医、担当診療科、ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患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。

④ 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。

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	195
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	201
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	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
夜間における看護補助者の評価について	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

診療報酬点数表の簡素化

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。

廃止および包括

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。

点数表解釈の明確化

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	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	201
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	208
	医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

創傷処置について

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

【創傷処理】

創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。

【小児創傷処理】（6歳未満）

創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。

改定および新設

【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。

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。

【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。

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。

睡眠時無呼吸症候群（SAS）について

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

【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。

改定および新設

【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（Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。）は対象とならない。

電子画像管理加算について

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

施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出

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	改定および新設
<p>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。</p>	<p>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。</p>

[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。

往診料の夜間の定義

． 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

【往診料】

夜間（深夜を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

参考

【初(再)診料】

各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

改定および新設

【往診料】

夜間（深夜を除く。）とは午後6時から午前8時までとし、深夜とは午後10時から午前6時までとする。

在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定について

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

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。

改定および新設

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。

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。

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	208
	医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告

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。
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	改定および新設
<p>[入院基本料の届出に関する事項] (褥瘡に係る内容)</p> <p>褥瘡対策の実施状況</p> <p>① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数</p> <p>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</p> <p>[届出書の記載事項の報告] (新規)</p>	<p>[入院基本料の届出に関する事項] (褥瘡に係る内容)</p> <p>褥瘡対策の実施状況</p> <p>① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数</p> <p>② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有する <u>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</u></p> <p>[届出書の記載事項の報告] <u>褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。</u></p>

褥瘡ハイリスク患者ケア加算における報告

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。

新たな報告要件

(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

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告

様式

様式 5 の 4

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、d 1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d 1	名	名
d 2	名	名
D 3	名	名
D 4	名	名
D 5	名	名
D U	名	名

【記載上の注意】

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	206
夜間における看護補助者の評価について	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

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い、手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、より高い評価を新設する。

改定および新設

・手術

(新) 休日加算 1 160/100

(新) 時間外加算 1 80/100

(新) 深夜加算 1 160/100

・処置 (1,000点以上に限る。)

(新) 休日加算 1 160/100

(新) 時間外加算 1 80/100

(新) 深夜加算 1 160/100

※ 従来の加算については加算「2」とする。

[算定要件]

- ① 手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。
- ② 入院中の患者以外の患者に対しては、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ア) 休日加算、時間外加算、深夜加算の算定できる初診又は再診に引き続いて行われた緊急手術又は緊急処置の場合
 - イ) 初診又は再診から8時間以内に緊急手術又は緊急処置を行う場合であって、その開始時間（手術の場合は執刀した時間をいう。）が、休日、時間外（医療機関が表示する診療時間外をいう。）又は深夜であるもの
- ③ 入院中の患者に対しては、症状の急変により、緊急手術又は緊急処置を行った場合に算定でき、休日加算又は深夜加算のみ算定できる。

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

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い、手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、より高い評価を新設する。

改定および新設

・手術

(新) 休日加算 1 160/100

(新) 時間外加算 1 80/100

(新) 深夜加算 1 160/100

・処置 (1,000点以上に限る。)

(新) 休日加算 1 160/100

(新) 時間外加算 1 80/100

(新) 深夜加算 1 160/100

※ 従来の加算については加算「2」とする。

[算定要件]

- ① 手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。
- ② 入院中の患者以外の患者に対しては、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ア) 休日加算、時間外加算、深夜加算の算定できる初診又は再診に引き続いて行われた緊急手術又は緊急処置の場合
 - イ) 初診又は再診から8時間以内に緊急手術又は緊急処置を行う場合であって、その開始時間（手術の場合は執刀した時間をいう。）が、休日、時間外（医療機関が表示する診療時間外をいう。）又は深夜であるもの
- ③ 入院中の患者に対しては、症状の急変により、緊急手術又は緊急処置を行った場合に算定でき、休日加算又は深夜加算のみ算定できる。

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

改定および新設

[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 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
 - (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
 - ア 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。
 - イ 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。
 - ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。
 - エ 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保すること。
 - オ 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼び出し当番を担う医師を置かなくても差し支えない。ただし、同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に2列以上の手術を行う場合、手術を行う医師（夜勤を行っている医師を除く。）は、6(2)における当直等を行っている者には数えない。
 - カ 交代勤務の勤務実績を少なくとも5年間保管していること。また、6(1)に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるもの）を作成し、少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、これらを保管しているかどうかにかかわらず算定できる。
 - キ 交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生局長等に報告していること。

[👉次ページへ続く](#)

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

改定および新設

[施設基準]

②(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師5名毎（端数は切り上げる。）に1名の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼び出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと。（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼び出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

オ (1)に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるもの）及び緊急呼び出しを実施した実績一覧（実際に保険医療機関内で診療を行ったもの全てを含むこと。また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること）を作成し、少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

カ 緊急呼び出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生局長等に報告していること。

[👉次ページへ続く](#)

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

改定および新設

[施設基準]

②(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生局長等に届け出ていること。ただし、平成27年3月31日までの間は、ア又はイのいずれかを実施しており、その内容を届け出ている場合は、就業規則の写しを届け出ているかにかかわらず算定できる。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼び出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼び出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼び出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、6(2)における当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

ア 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

イ 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

※「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間において、現に勤務することを言う。

[次ページへ続く](#)

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

改定および新設

[施設基準]

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。

以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。

ア 教育的観点から、臨床研修の責任者が必要と予め認める場合であって、臨床研修1年目の医師が実施する場合。（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）

イ 医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合。（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）

ウ 新生児に対して実施する場合。

(2) 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時1名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。

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

👉次ページへ続く

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

改定および新設

[施設基準]

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

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
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	207
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	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

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

改定および新設

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

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	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
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いて	208
医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

看護の夜間配置

看護職員の負担軽減について

👉なぜ、「勤務医の負担軽減」の項目に「看護職員の負担軽減」があるのか？

平成23年度の厚労省調査で、

勤務医の負担軽減には、「医師」「看護職員」との業務分担が必要

しかし、業務分担に「取り組めない」「取り組まない」理由についての医師調査の結果として、「**看護職員の業務量が多く分担できないため 41.8%**」という結果に。

中医協総会(平23.12.7)資料より

そこで、
勤務医の負担軽減のために、まずは看護職員の負担軽減も必要との判断で、「急性期看護補助体制加算」などを強化してきた。

・イメージ 編集部作成

[勤務医の負担軽減]
・医師事務作業補助体制加算
など15項目

勤務医負担軽減が目的

勤務医



看護職員

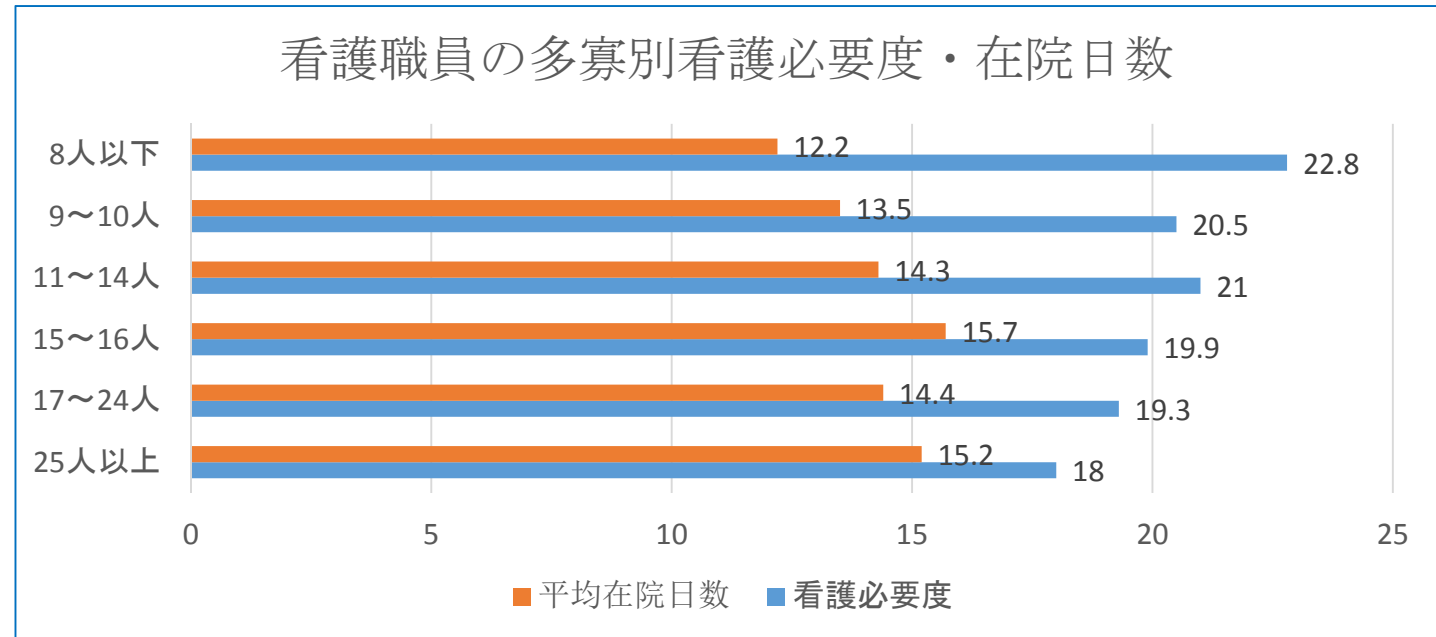
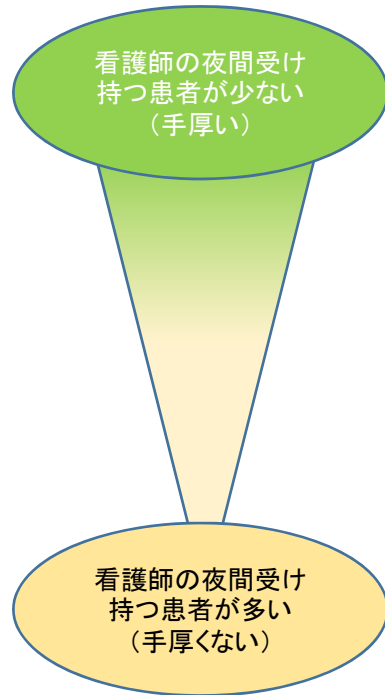
業務分担

[看護職員の負担軽減]

・急性期看護補助体制加算
・看護職員夜間配置加算 など

看護職員の負担軽減について

👉 現状の制度での「効果」



平成24年厚生労働省保険局調査
中医協総会(平25.12.6)資料より

👉 効果がある！

夜間の看護職員の配置が多い方が、
看護必要度も高いが、平均在院日数は短い。

夜間における看護補助者の評価

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。

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

改定および新設

(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。

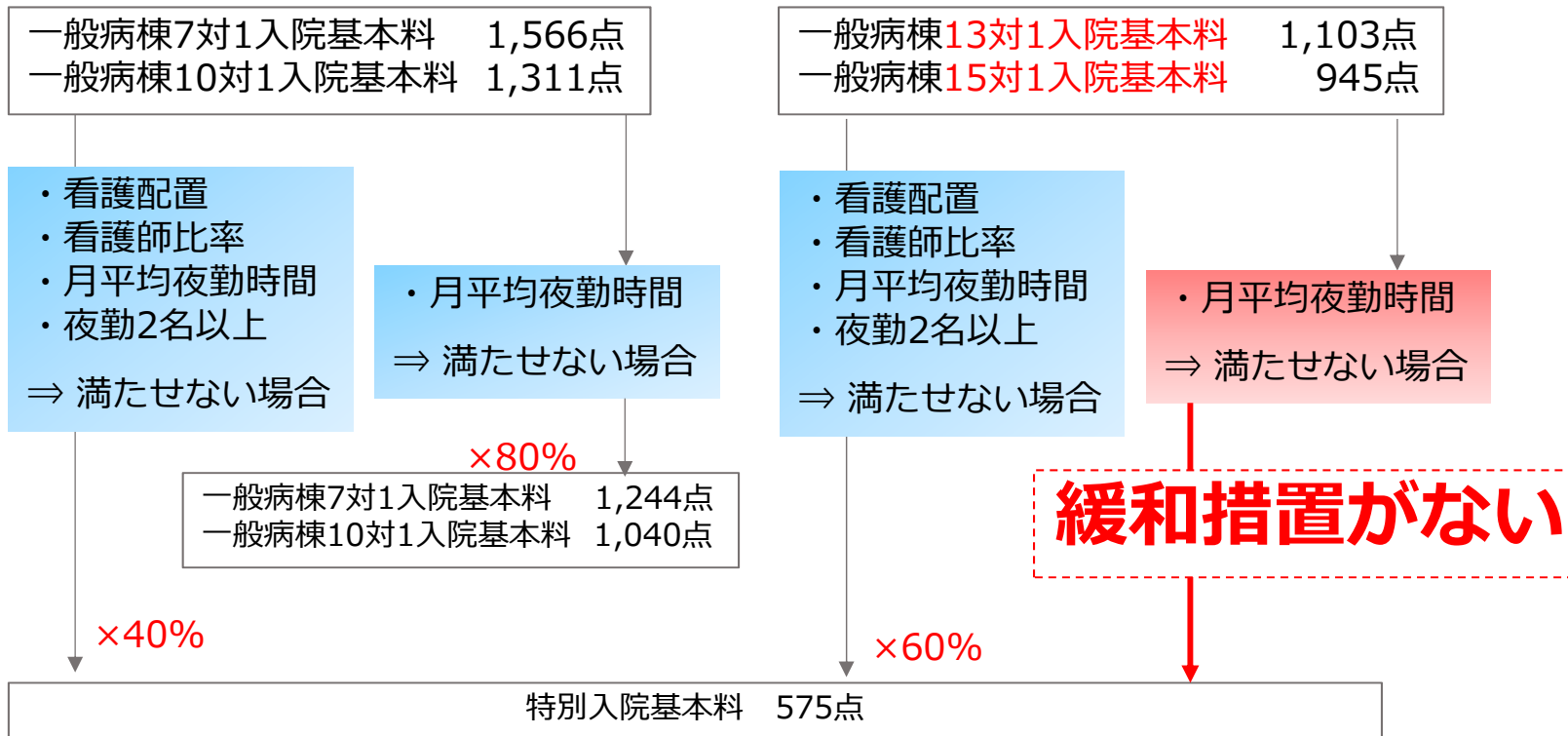
現行	改定および新設
【夜間急性期看護補助体制加算】 (新規)	【夜間急性期看護補助体制加算】
イ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 10点 □ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点	<u>イ 夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点(新)</u> <u>□ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点(改)</u> <u>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点(改)</u>

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	212
	医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

7 2時間の要件を満たせない病棟について

13対1・15対1の「夜勤時間72時間」

現状の問題点



中医協総会(平25.12.6)資料より

一般病棟13対1、15対1では、月平均夜勤時間数が72時間以内を満たせない場合の「**緩和措置**」がなく、「特別入院基本料」となる。

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

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	改定および新設
【一般病棟入院基本料】 7対1 特別入院基本料 1,244点 10対1 特別入院基本料 1,040点	【一般病棟入院基本料、 <u>療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料</u> 】 ・ <u>月平均夜勤時間超過減算</u> <u>20/100を減算</u>

[算定要件]

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

[緩和措置の対象外の入院基本料]

- ・特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

[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

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	208
	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	211
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	214
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	217
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	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
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	222
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	228

医師事務作業補助者

医師事務作業補助者について

👉現状の業務基準

● 医師事務作業補助者の業務は医師（歯科医師を含む）の指示の下に，下記の業務に限定する。

- ・ 診断書などの文書作成補助
- ・ 診療記録への代行入力
- ・ 医療の質の向上に資する事務作業
(診療に関するデータ整理，院内がん登録等の統計・調査，医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)
- ・ 行政上の業務 (救急医療情報システムへの入力，感染症サーベイランス事業に係る入力等)

注：下記の業務については医師事務作業補助者の業務としない。

- ・ 医師以外の職種の指示の下に行う業務
- ・ 診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を含む)
- ・ 窓口・受付業務
- ・ 医療機関の経営，運営のためのデータ収集業務
- ・ 看護業務の補助並びに物品運搬業務等

● 医師事務作業補助者が実際に勤務する場所は、

業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や，診断書作成のための部屋等における勤務も可能である

第263回中医協総会(平25.12.6)資料より

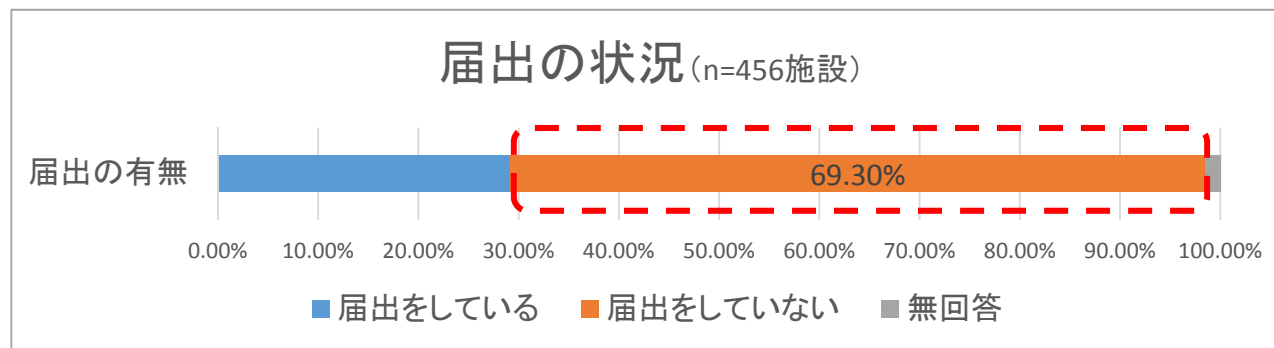
医師事務作業補助者について

👉現在の制度の「効果」と「課題」

病院調査・医師調査ともに8割が、

「医師事務作業補助者の配置は、効果がある」と回答。

しかしながら普及が進んでいない。



第263回中医協総会(平25.12.6)資料より

届出が進まない理由

医師事務作業補助者を雇用する「経済的負担が大きく」、配置が出ないと回答が全体の47.8%となっている（他は、事務者が集まらない。現状で問題はない等）

医師事務作業補助者について

👉 現状の運用の課題

- ・ 医師事務作業補助者の勤務場所（複数回答）
病棟（16%）、外来（56%）、医局（13%）、事務室（34%）、その他（7%）

第263回中医協総会（平25.12.6）資料より



病棟で勤務している医師事務作業補助者は、
16%に留まっている。

医師事務作業補助者の評価

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

改定および新設

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15対1	860点	(入院初日)	ホ	40対1	350点	(入院初日)
ロ	20対1	648点	(入院初日)	ヘ	50対1	270点	(入院初日)
ハ	25対1	520点	(入院初日)	ト	75対1	190点	(入院初日)
ニ	30対1	435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。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

(ア) 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

(イ) 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

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。

療養病棟における病棟薬剤業務実施加算の要件緩和

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

【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。

改定および新設

【病棟薬剤業務実施加算】
(週1回) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	208
	医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	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	222
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	228

うがい薬だけの処方取り扱い

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

現行	改定および新設
<p>【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】</p> <p>(新規)</p>	<p>【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】</p> <p><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></p>

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	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
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	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
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	201
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	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	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	208
	医師事務作業補助者の評価	210
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	211
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	214
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	217
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	218
	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	221
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	222
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	228

透析医療関連

透析医療に係る評価

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	改定および新設
<p>B001 15 【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）]</p> <p>赤血球沈降速度（ESR）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）</p>	<p>B001 15 【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）]</p> <p>赤血球沈降速度（ESR）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、 <u>ヘモグロビンA1c（HbA1c）</u></p>

透析医療に係る評価 (包括検査の評価)

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	改定および新設
B001 15 【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,305点	B001 15 <u>【慢性維持透析患者外来医学管理料】</u> <u>2,250点(改)</u>

人工腎臓・血漿交換に係る評価 (包括薬剤の評価)

・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	改定および新設
<p>J038【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 4時間未満の場合 2,040点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ 5時間以上の場合 2,340点</p> <p>2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,255点</p>	<p>J038【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 4時間未満の場合 <u>2,030点(改)</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,195点(改)</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ハ 5時間以上の場合 <u>2,330点(改)</u></p> <p>2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 <u>2,245点(改)</u></p>

・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	改定および新設
<p>J039【血漿交換療法】（1日につき） （新規）</p>	<p>J039【血漿交換療法】（1日につき）</p> <p style="color: red;">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。</p>