

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。

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	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

主治医機能

医療の機能分化

主治医機能の評価①

外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、**中小病院及び診療所において、外来における再診時の包括的な評価**を新設する。

(新) B001-2-9 地域包括診療料 1,503点 (月1回)

※この診療料は、患者単位で高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上の疾患について管理している場合に診療料として算定するもの。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ① (再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、
- ③ 診療情報提供料 (Ⅱ)
- ④ 在宅医療に係る点数 (訪問診療料、在宅時医学総合管理料を除く)
- ⑤ 薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。)
- ⑥ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

 施設基準は次ページ

(新) B001-2-9 地域包括診療料 1,503点 (月1回)

[施設基準・算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。
 - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
 - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
 - ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
 - a. 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
 - b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
 - エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
 - オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、力の場合に限り院外処方は可能とする。
 - カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
 - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
 - キ) 当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する。
 - ク) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。

[次ページに続く](#)

(新) B001-2-9 地域包括診療料 1,503点 (月1回)

[施設基準・算定要件(続き)]

⑤ 以下の健康管理等を行っていること。

- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
- イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
- ウ) 敷地内禁煙であること。

⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。

- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
- イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
- ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
- エ) 介護保険の生活期リハを提供していること
- オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
- カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
- キ) 所定の研修を受講していること
- ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること
- ケ) 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること

⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと

・診療所の場合は

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合は、

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア病棟入院料(新規)を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。  重要項目

⑨ 初診時には算定できない



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
-----------------	----

重点課題1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について

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

主治医機能の評価②

外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、**診療所において、複数の慢性疾患を有する患者に対し、服薬管理や健康管理等を行うことについての評価**を新設する。

(新) 地域包括診療加算 20点 (1回につき)

※この診療料は、患者単位で高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上の疾患について管理している際に服薬指導や健康管理を行った場合に算定できる。

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は関係団体主催の研修を修了していること。**(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)**
- ④ 以下の指導、服薬管理を行っていること。
 - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
 - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
 - ウ) 当該患者について原則として院内処方を行うこと。なお、エ) の場合に限り院外処方は可能とする。

☞ 算定要件のつづきは次ページ

(新) 地域包括診療加算 20点 (1回につき)

[算定要件]

- 工) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 24 時間対応をしている薬局と連携していること。
 - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳、又は、当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
- 才) 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
 - ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
 - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
 - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記の**いずれか一つ**を満たすこと。
 - ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
 - イ) 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること
 - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
 - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること (要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。)
 - オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
 - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
 - キ) 所定の研修を受講していること。
 - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。

👉 さらに算定要件のつづきは次ページ

(新) 地域包括診療加算 20点 (1回につき)

[算定要件]

- ⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。
 - ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること
- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- ⑨ 初診時には算定できない。

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	51
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



機能強化型在宅療養支援診療所（病院）の 更なる評価

在宅療養支援診療所（病院）の要件の引上げ

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

[機能強化型在支診、在支病の施設基準]

- ① 在支診又は在支病の要件の以下を変更する。
 - イ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上
 - ロ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上
 - ハ 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。
 - イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上
 - ロ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で機能強化型と届け出ている医療機関については、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独で機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす医療機関については、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で複数の医療機関が連携して機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす場合については、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上（かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を5件以上）、かつ看取りの実績が1件以上（かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を2件以上有している）であって、連携医療機関全体で経過措置②の基準を満たしている場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

在宅療養支援診療所（病院）の要件の引上げ

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

(新) 在宅療養実績加算（往診料（連携して基準を満たす在支診・在支病）の加算） 75点

(新) 在宅療養実績加算（ターミナルケア加算（連携して基準を満たす在支診・在支病）の加算） 750点

(新) 在宅療養実績加算（在宅時医学総合管理料（連携して基準を満たす在支診・在支病）の加算）

同一建物居住者以外の場合 300点

同一建物居住者の場合 75点

(新) 在宅療養実績加算（特定施設入居時等医学総合管理料（連携して基準を満たす
在支診・在支病）の加算）

同一建物居住者以外の場合 225点

同一建物居住者の場合 56点

(新) 在宅療養実績加算（在宅がん医療総合診療料（連携して基準を満たす在支診・
在支病）の加算） 110点

[施設基準]

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上。

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	53
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

在宅療養における後方病床の評価

在宅療養における後方病床の評価

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

A206【在宅患者緊急入院診療加算】（入院初日）

1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

[施設基準] 在宅療養後方支援病院

① 200床以上の病院であること

②在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）と連携していること。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。

③連携医療機関の求めに応じて入院希望患者（連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添2の様式20の6又はこれに準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出た患者をいう。）の診療が24時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望者に説明を行っていること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい）。なお、入院希望患者が届け出た文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合については、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は1病院につき1患者を想定したものであり、1人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

👉 続きは次ページ

在宅療養における後方病床の評価

A206【在宅患者緊急入院診療加算】（入院初日）

1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

[施設基準（続き）] 在宅療養後方支援病院

- ② 入院希望患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること。
当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。
入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができな
かった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換を
していること。

なお、その際、区分番号「B009」診療情報提供料は算定できない。

また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き
当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、(3)の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべ
き出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリや電子メール等
を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。
交換した診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

[算定要件]

- ① 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者
（以下、入院希望患者という）に対して算定する。

~~② 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から
引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病の患者に限り算定する
ことができる。~~

在宅医療担当医師と共同訪問を行った場合

在宅療養後方支援病院について、在宅医療を担当する医師と共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新) C012 在宅患者共同診療料	1 往診の場合	1,500点
	2 訪問診療(同一建物居住者以外)	1,000点
	3 訪問診療(同一建物居住者)	
	イ 特定施設等に入居する者	240点
	ロ イ以外の場合	120点

[算定要件]

- ①在宅療養後方支援病院が、在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。
ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病の患者に限り当該診療料を1年に12回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	55(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

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



在宅での「同一建物の場合」の減算

在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料について、同一建物における同一日の複数訪問時の点数を新設し、適正化を行うとともに、在支診・在支病以外の評価を引き上げる。

C002 [在宅時医学総合管理料]

【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点 (2)処方せんを交付しない場合 5,300点	イ 病床を有する場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点 <u>※ 同一建物の場合 1,200点(新)</u> (2)処方せんを交付しない場合 5,300点 <u>※ 同一建物の場合 1,500点(新)</u>
□ 病床を有しない場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点 (2)処方せんを交付しない場合 4,900点	□ 病床を有しない場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点 <u>※ 同一建物の場合 1,100点(新)</u> (2)処方せんを交付しない場合 4,900点 <u>※ 同一建物の場合 1,400点(新)</u>
【在宅時医学総合管理料】 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	【在宅時医学総合管理料】 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
イ 病床を有する場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点 (2)処方せんを交付しない場合 4,500点	イ 病床を有する場合 (1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点 <u>※ 同一建物の場合 1,000点(新)</u> (2)処方せんを交付しない場合 4,500点 <u>※ 同一建物の場合 1,300点(新)</u>

在宅での「同一建物の場合」の減算

C002 [在宅時医学総合管理料]

【在宅時医学総合管理料】 3 1及び2に掲げるもの以外の場合	【在宅時医学総合管理料】 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点	(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,150点 <u>※ 同一建物の場合 760点(新)</u>
(2)処方せんを交付しない場合 2,500点	(2)処方せんを交付しない場合 3,450点 <u>※ 同一建物の場合 1,060点(新)</u>

C002-2 [特定施設入居時等医学総合管理料]

【特定施設入居時等医学総合管理料】	【特定施設入居時等医学総合管理料】
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合	イ 病床を有する場合
(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点	(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点 <u>※ 同一建物の場合 870点(新)</u>
(2)処方せんを交付しない場合 3,900点	(2)処方せんを交付しない場合 3,900点 <u>※ 同一建物の場合 1,170点(新)</u>
ロ 病床を有しない場合	ロ 病床を有しない場合
(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点	(1)保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点 <u>※ 同一建物の場合 800点(新)</u>
(2)処方せんを交付しない場合 3,600点	(2)処方せんを交付しない場合 3,600点 <u>※ 同一建物の場合 1,100点(新)</u>

在宅での「同一建物の場合」の減算

C002-2 [特定施設入居時等医学総合管理料]

<p>2 [在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合]</p>	<p>2 [在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合]</p>
<p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>	<p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点 ※ 同一建物の場合 720点(新)</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 3,300点 ※ 同一建物の場合 1,020点(新)</p>
<p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p>	<p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p>
<p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 1,800点</p>	<p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,250点 ※ 同一建物の場合 540点(新)</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 2,550点 ※ 同一建物の場合 840点(新)</p>

在宅での「同一建物の場合」の減算

C001 [在宅患者訪問診療料]

[在宅患者訪問診療料]	[在宅患者訪問診療料]
<p>1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 400点</p> <p>2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者 200点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 <u>203点(改)</u></p> <p>2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居 <u>103点(改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>① 訪問診療を行った日における当該医師の在宅患者診療時間 (開始時刻と終了時刻)、診療場所及び診療人数等について記録し、 診療報酬請求書に添付する。</p> <p>② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。</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

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	63
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



訪問看護について

訪問看護について②

I012 [精神科訪問看護・指導料]

【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】

- 1 保健師又は看護師等による場合
(同一日に2人以上)
- イ 週3日目まで30分以上 445点
 - ロ 週3日目まで30分未満 340点
 - ハ 週4日目以降30分以上 545点
 - ニ 週4日目以降30分未満 415点

(新設)

- 2 准看護師による場合
(同一日に2人以上)
- イ 週3日目まで30分以上 395点
 - ロ 週3日目まで30分未満 300点
 - ハ 週4日目以降30分以上 495点
 - ニ 週4日目以降30分未満 375点

(新設)

【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】

- 1 保健師又は看護師等による場合
- イ 同一日に2人
 - (1) 週3日目まで30分以上 575点(改)
 - (2) 週3日目まで30分未満 440点(改)
 - (3) 週4日目以降30分以上 675点(改)
 - (4) 週4日目以降30分未満 525点(改)

- ロ 同一日に3人以上
 - (1) 週3日目まで30分以上 288点(改)
 - (2) 週3日目まで30分未満 220点(改)
 - (3) 週4日目以降30分以上 338点(改)
 - (4) 週4日目以降30分未満 263点(改)

- 2 准看護師による場合
- イ 同一日に2人
 - (1) 週3日目まで30分以上 525点(改)
 - (2) 週3日目まで30分未満 400点(改)
 - (3) 週4日目以降30分以上 625点(改)
 - (4) 週4日目以降30分未満 485点(改)

- ロ 同一日に3人以上
 - (1) 週3日目まで30分以上 263点(改)
 - (2) 週3日目まで30分未満 200点(改)
 - (3) 週4日目以降30分以上 313点(改)
 - (4) 週4日目以降30分未満 243点(改)

訪問看護ステーションについて

【訪問看護ステーションの場合】

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

👉次ページに精神科訪問看護基本療養費Ⅲを掲載しております。

訪問看護ステーションについて

[訪問看護ステーションの場合]

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

- ・ 保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。

機能強化型訪問看護ステーション (新設)

地域包括ケアシステムの核となる事業の新設

機能強化型訪問看護ステーションの新設

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

【機能強化型訪問看護ステーション】

(新)

機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,300円（月の初日の訪問の場合）

(新)

機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,300円（月の初日の訪問の場合）

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費 1

- ① 常勤看護職員 **7人以上**（サテライトに配置している看護職員も含む）
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に**合計20回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の**別表第7※に該当する利用者（次ページ）**が月に**10人以上**。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。

機能強化型訪問看護管理療養費 2

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

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

※ 特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等（以下20疾病等）

- ・末期の悪性腫瘍、
- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・スモン
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症、
- ・ハンチントン病
- ・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患

（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）

- ・多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
- ・プリオン病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・ライソゾーム病、
- ・副腎白質ジストロフィー
- ・脊髄性筋萎縮症
- ・球脊髄性筋萎縮症
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ・後天性免疫不全症候群
- ・頸髄損傷、
- ・人工呼吸器を使用している状態

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	65
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

介護保険の訪問看護

在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定拡大

在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定拡大

介護保険の訪問看護を受けている患者に対し点滴注射が必要になった場合に、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるようにする。

C005-2【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】

【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】（1週につき） 60点 （点数の変更はなし）

【算定要件】

健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者から訪問看護を受けている患者であって、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

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	68
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



在宅における褥瘡対策

入院時の褥瘡保有率が増加傾向に対する
訪問看護による対策

入院時の褥瘡保有率が増加傾向への訪問看護による対策

訪問看護利用者に対して褥瘡のリスク評価の実施等を訪問看護管理療養費の算定要件とし、褥瘡患者数等の報告を求めるとともに、多職種による褥瘡対策チームの活動について評価を行う。

【訪問看護管理療養費】

【訪問看護管理療養費】

【算定要件】

褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。

【届出書の記載事項の報告】

褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。

在宅褥瘡対策チームの定期的なケア

褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

C013【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

(初回のカンファレンスから起算して6月以内、患者1日人につき2回限度)

[施設基準]

① 当該医療機関内に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
アまたはイ（准看護師を除く）のうち、1名は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する者（褥瘡管理者）であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者であること。

ア) 常勤医師

イ) 保健師、助産師、看護師又は准看護師

（継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。）

ウ) 常勤管理栄養士

なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

※十分な経験を有する者（褥瘡管理者）

ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者

イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあっては、「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

[次ページへ続く](#)

在宅褥瘡対策チームの定期的なケア

C013【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

(初回のカンファレンスから起算して6月以内、患者1日人につき2回限度)

[施設基準]

※適切な研修

学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

- ア 管理の基本
- イ 褥瘡の概要
- ウ 褥瘡の予防方法
- エ 褥瘡の治療
- オ 発生後の褥瘡ケア
- カ 在宅褥瘡医療の推進

また、の在宅褥瘡管理者について、「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

② 1年間のケアの実績を報告する。

★当該管理指導料の届出については実績を要しない。

【経過措置】平成26年9月30日までは、研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。

👉対象患者、算定要件は次ページ



在宅褥瘡対策チームの定期的なケア

C013【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

(初回のカンファレンスから起算して6月以内、患者1日人につき2回限度)

[対象患者]

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者をいう。

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 極度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

[算定要件]

①チーム構成員は、以下の内容を実施すること。

- ア) 初回訪問時に、患者宅に一堂に会しケア計画を立案する。
- イ) 初回訪問以降、月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問し、その結果を情報共有する。
- ウ) 初回訪問後3ヶ月以内に対策の評価及び計画の見直しのためカンファレンスを行う。

評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施することができる。

なお、2回目の評価カンファレンスは、1回目の評価カンファレンスの実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。

②カンファレンス及び月1回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式43

(次ページ参照) 又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明する在宅とともに、診療録に添付する。

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] ① 介護保険関係 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者等 ② 障害者自立支援法関係 指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者等 (新規)</p>	<p>C007-2【介護職員等喀痰吸引等指示料】 240点 [対象事業者] ① 介護保険関係 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者等 ② 障害者自立支援法関係 指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者等 <u>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>

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	69
在宅歯科医療の推進等	72
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	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

在宅歯科診療

在宅歯科診療の推進 (訪問中心の歯科診療所)

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

新設

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算

100点 (歯科訪問診療 1 の加算)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

歯科医療機関との連携

在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

新設

(新) 歯科医療機関連携加算

100点【医科点数表】（診療情報提供料の加算）

[算定要件]

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

歯科訪問診療 2 の見直し・3 の新設 (同一建物の場合の見直し)

【歯科訪問診療料の評価体系】 の見直し

現行				改定後			
		同一の建物に居住する患者数				同一の建物に居住する患者数	
		1人	2人以上			1人	<u>2人以上 9人以下</u>
患者一人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 1 歯科訪問診療 2	歯科訪問診療 1	<u>歯科訪問診療 2 (改)</u>	<u>歯科訪問診療 3 (新設)</u>	
	20分未満	歯科初再診料	歯科初再診料		<u>歯科訪問診療 3</u>		

現行	改定および新設
【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 850点 2 歯科訪問診療 2 380点 (新設)	【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 850点 <u>2 歯科訪問診療 2 280点(改)</u> <u>3 歯科訪問診療 3 140点(新)</u>

【施設基準】

現行	改定および新設
<p>(新設)</p> <p>注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>□ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療</p> <p>(新設)</p>	<p>注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、<u>当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合（同一日に9人以下）</u>に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>□ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療</p> <p><u>注3 3については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合（同一日に10人以上）又は在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。</u></p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>□ <u>歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療(新)</u></p>

【施設基準】

現行	改定および新設
<p>注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点 〇 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点</p> <p><u>ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点</u></p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点 <u>〇 同一建物居住者の場合 55点(改)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>[算定要件]</u> <u>介護施設等に入居又は入所している患者に対して「歯科訪問診療2」又は「歯科訪問診療3」を算定した場合にあっては、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者又その家族若しくは介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書を保険医療機関に保管しておくこと。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「歯科訪問診療2」又は「歯科訪問診療3」を複数回算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供する場合は施設単位として一覧表で作成しても差し支えない。</u></p>

著しく歯科診療が困難な者について 外来及び歯科訪問診療時に処置

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

現行

【処置 通則】

注 歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（歯科訪問診療料を算定した患者については、抜髄及び感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【算定要件】

通則 5 による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

改定および新設

【処置 通則】

注 歯科訪問診療料及び歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置（歯科訪問診療料のみを算定する患者にあっては、抜髄及び感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【算定要件】

通則 5 及び通則 8による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

手術、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様の改正を行う。

周術期歯科連携

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携

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

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携

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

新設

(新) 歯科医療機関連携加算 100点
【医科点数表】 (B009 診療情報提供料 (I) の加算)

[算定要件]

① 歯科を標榜していない病院で、手術の部の第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術、第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））の手術若しくは造血幹細胞移植を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要があり、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

②在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合に算定する。

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する 手術料の加算の新設等

周術期口腔機能管理の充実

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

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	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	78
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

在宅薬剤管理指導

在宅薬剤関連
24時間体制の強化

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 基準調剤加算の評価の見直し

① 24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

ア) 基準調剤加算1：近隣の保険薬局と連携して24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

イ) 基準調剤加算2：自局単独で24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

② 患者又はその家族等に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を薬剤情報提供文書等において情報提供を行うことを周知する。

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

※患者のプライバシーに対する配慮等

④ 基準調剤加算2については、以下の項目を施設基準として追加する。

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

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

現行	改定および新設
<p>【基準調剤加算】</p> <p>イ 基準調剤加算 1 10点</p> <p>ロ 基準調剤加算 2 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>通則</p> <p>イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 地域の保険医療機関の通常診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p>ニ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>ホ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(新規)</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p><u>イ 基準調剤加算 1 12点(改)</u></p> <p><u>ロ 基準調剤加算 2 36点(改)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>通則</p> <p>イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 地域の保険医療機関の通常診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</p> <p>ホ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p>

現行

[施設基準]

基準調剤加算 1 の基準

十分な数の医薬品を備蓄していること。

(新規)

基準調剤加算 2 の基準

イ 略

□ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

(新規)

改定および新設

[施設基準]

基準調剤加算 1 の基準

イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

□ 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

ハ 略

基準調剤加算 2 の基準

イ 略

(削除)

□ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

ハ 当該薬局のみで24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

ニ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当の実績を有していること。

ホ 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。

ヘ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。

在宅患者訪問薬剤管理指導の見直し (同一建物の減算)

保険薬剤師 1 人につき 1 日に 5 回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行	改定および新設
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p><u>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</u></p> <p><u>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</u></p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて<u>患者1人につき月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）及び1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。</u></p>

保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化 (特定の保険薬局への誘導の禁止の明確化)

■ 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化

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

在宅医療における無菌製剤処理について

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

現行

[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]

- ① 薬局であること。
- ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。
- ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

改定および新設

[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]

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

在宅緩和ケアの推進

(無菌製剤処理の麻薬への拡大・乳幼児用の無菌製剤)

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

現行

【無菌製剤処理加算】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。

改定および新設

【無菌製剤処理加算】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ55点、65点又は55点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ110点、120点又は110点）を加算する。

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	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	84

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

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

(診療報酬と調剤報酬の要件の統一)

診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃えることとし、診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。

在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行

C008【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 2 回に限り算定する。

改定および新設

C008【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)
- 2 同一建物居住者の場合 300点(改)

注 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて患者 1 人につき月 4 回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）及び 1 と 2 を合わせて薬剤師 1 人につき 1 日に 5 回に限り算定する。

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	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

【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】 電子画像管理加算

〔算定要件〕

画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

改定および新設

【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】 電子画像管理加算

〔算定要件〕

画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した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。

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。

生活習慣病管理料の薬剤処方

生活習慣病管理料については、適正化の観点から、院内にて薬剤を処方する必要がない患者や他の医療機関において既に薬剤が処方されている患者について算定する区分を明確化する。

現行	改定および新設
<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点 <p>2 1 以外の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点 <p>(新規)</p>	<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点 <p>2 1 以外の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点 <p><u>なお、当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1」により算定する。</u></p>

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	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>