

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	
短期滞手術基本料の見直し……………11	
総合入院体制加算の評価……………14	
新生児医療の評価の見直し……………17	
小児特定集中治療室管理料の見直し……………20	
重点課題1-1-2 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化について	
急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化……………21	
療養病棟における在宅復帰機能の評価……………24	
重点課題1-1-3 急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について	
地域包括ケアを支援する病棟の評価……………25	
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し……………28	
重点課題1-1-4 地域の実情に配慮した評価について	
医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価……………31	
病院の栄養管理体制について……………33	
重点課題1-1-5 有床診療所における入院医療の評価について	
有床診療所の機能に着目した評価……………35	
重点課題1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について	
主治医機能の評価(その1)……………42	
主治医機能の評価(その2)……………46	
大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化……………49	
重点課題1-3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	
機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………51	
在宅療養における後方病床の評価……………53	
在宅不適切事例の適正化……………55	
機能強化型訪問看護ステーションの評価……………63	
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………65	
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………66	
在宅における褥瘡対策の推進……………68	
在宅自己注射指導管理料の見直し……………70	
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………71	
在宅歯科医療の推進等……………72	
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………78	
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………84	
重点課題1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	
医療機関相互の連携等について……………86	
維持期リハビリテーションの評価……………87	
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………90	
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………92	

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 緩和ケアを含むがん医療の推進について

- がん患者指導管理の充実……………94
- 外来化学療法の評価の見直し……………97

I-2 精神疾患に対する医療の推進について

- 精神病床の機能分化……………100
- 精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進……………104
- 身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進……………110
- 適切な向精神薬使用の推進……………113
- 児童・思春期の精神科医療の推進……………116

I-3 認知症への対策の推進について

- 認知症対策の推進……………117

I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

- 救急医療管理加算の見直し……………119
- 救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価……………121
- 精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価……………122
- 小児医療に係る評価の見直し……………123
- 新生児の退院調整等の評価……………125

I-5 リハビリテーションの推進について

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

I-6 歯科医療の推進について

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

I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

- 薬学的管理及び指導の充実について……………157

I-8 手術等の医療技術の適切な評価

- 医療技術の適切な評価……………160
- 医療技術の評価及び再評価……………164
- 画像撮影診断料等の見直し……………167
- 先進医療からの保険導入……………169
- 胃瘻等について……………170

I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について

- 新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設……………175

I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

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

II	患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	
II-1	患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について	
	患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	191
	患者の視点に立った歯科医療	193
	明細書の無料発行の促進	194
	DPCのデータ提出等に係る評価	195
II-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化	
	診療報酬点数表の簡素化	198
	医科点数表の解釈の明確化	199
II-3	入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について	
	医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告	205
III	医療従事者の負担を軽減する視点	
III-1	救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について	
	手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し	207
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	210
	夜間における看護補助者の評価について	211
	月平均夜勤時間72時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	212
	医師事務作業補助者の評価	214
III-2	チーム医療の推進について	
	チーム医療の推進について	215
IV	効率化余地がある分野を適正化する視点	
IV-1	後発医薬品の使用促進策について	
	後発医薬品の使用促進策について	215
IV-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて	
IV-3	平均在院日数の減少等について	
	平均在院日数減少等の取組の評価	221
IV-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	
	検体検査実施料の適正化について	222
	透析医療に係る評価の適正化	223
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	225
IV-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等	
	調剤報酬等における適正化・合理化	226
V	消費税率8%への引上げに伴う対応	
	消費税率8%への引上げに伴う対応	228

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

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

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

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

療養病棟について

療養病棟における透析コストの評価

療養病棟における透析コストを補う

療養病棟における透析コストについて補う

療養病棟において自院で慢性維持透析等を実施している場合の評価を新設する。

(新) 慢性維持透析管理加算

100点（1日につき）

[算定要件]

- ① 療養病棟入院基本料 1 を届け出ていること
- ② 自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。

療養病棟における超重症児（者）受入強化

病床機能分化の促進

療養病棟における超重症児（者）受入強化

療養病棟（床）における超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大するとともに、病床の機能分化を進める観点から、平成27年4月1日以降、一部を除き一般病棟の算定日数に上限を設ける。

A212【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】

【算定要件】

- ① 出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に対し、算定する。
- ② ただし、上記以外の場合であって、~~（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、削除）~~ 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、の基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。
- ③ 当該加算は、一般病棟の患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者を除く)においては、入院した日から起算して90日を限度として算定する（適用は平成27年4月1日から）。

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

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

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

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

療養病棟における在宅復帰機能の強化

一定以上の在宅復帰率を有する療養病棟評価

一定以上の在宅復帰率を有する療養病棟評価

療養病棟入院基本料 1 を届け出ている病棟において、在宅復帰率が50%以上等の基準を満たす病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点 (1日につき)

[施設基準]

- ① 療養病棟入院基本料 1 を届け出ていること。
- ② 在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。

当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。以下この項において同じ）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。

なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く）のうち、在宅に退院した患者数

(ロ) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出する）

一定以上の在宅復帰率を有する療養病棟評価

療養病棟入院基本料 1 を届け出ている病棟において、在宅復帰率が50%以上等の基準を満たす病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点 (1日につき)

[施設基準]

③ 退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続することを確認していること。

在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者については14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録していること。

④ 病床回転率が10%以上であること。

30.4を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10以上であること。

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つては、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

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



回復期リハビリテーション病棟

体制を強化した回復リハ1



体制を強化した回復リハ1への加算

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

（新）【回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算】200点（1日につき）

[施設基準]

①当該病棟に以下の専従の常勤医師が1名以上配置されていること。

- ・リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及び研修を修了した医師。

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回復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数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して14時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア回復期リハビリテーションの総論

イ脳血管リハビリテーション

ウ運動器リハビリテーション

エ回復期リハビリテーションに必要な評価

オ高次脳機能障害

カ摂食嚥下、口腔ケア

キ地域包括ケア

[経過措置] 研修要件の適用については、平成27年4月1日からとする。

②当該病棟に以下の専従の常勤社会福祉士が1名以上配置されていること

- ・退院調整に関する3年以上の経験を有する社会福祉士。



回復リハ1は休日リハ提供を要件に包括する

回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算について、当該要件を回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定要件として包括して評価する。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】（1日につき）

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,025点(改)

[施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

○当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

○当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、~~休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、~~平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復リハ1の看護必要度の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料1における重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】（1日につき）

1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

[施設基準]

当該病棟へ入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合が**1割以上**であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、**平成26年9月30日**までの間、上記の基準を満たしているものとする。

退院後の住居環境の評価

患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等々を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

(新)入院時訪問指導加算 150点 (入院中 1回)

[算定要件]

- ① 入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する住環境等（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

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

重点課題1-1-4 地域の実情に配慮した評価について

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

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



栄養管理関連

管理栄養士の配置等

病院における管理栄養士の確保

一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長するとともに、平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合に限り、特別入院基本料とは別に入院基本料を減算する措置を設ける。

[入院料の通則における栄養管理体制の基準]

- ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所においては非常勤でも可）が1名以上配置されていること。
- ② 平成24年3月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあつては、平成26年6月30日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。
- ③ ②の届け出を行った保険医療機関であつて、平成26年7月1日以降、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士が1名以上配置されている場合に限り、入院料の所定点数から40点（1日につき）を控除した点数により算定すること。

診療所における管理栄養士の確保

有床診療所の入院基本料に包括化された栄養管理実施加算について、**有床診療所では管理栄養士の確保が難しい実態**を踏まえ、**包括化を見直し、入院基本料を11点引き下げるとともに、栄養管理に関する評価を再度設ける。**

[入院料の通則における栄養管理体制の基準]

- ① 当該保険医療機関内に、病院（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有する病院を除く。）にあつては、常勤の管理栄養士（削除）が1名以上配置されていること。
- ② 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。

【有床診療所療養病床入院基本料】（1日につき）

- 1 入院基本料A 994点(改)
- 2 入院基本料B 888点(改)
- 3 入院基本料C 779点(改)
- 4 入院基本料D 614点(改)
- 5 入院基本料E 530点(改)

(新) 【栄養管理実施加算】 12点（1日につき）

[算定要件]

有床診療所において栄養管理体制その他の事項につき施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、所定点数に加算する。

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関内に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等（過去の栄養管理実施加算の施設基準と同じ）

栄養ケアステーションや他の医療機関との連携

栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

B001 10【入院栄養食事指導料】（入院中2回）

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1 入院栄養食事指導料 1 | 130 点 |
| <u>2 入院栄養食事指導料 2</u> | <u>125点(新)</u> |

[算定要件]

入院栄養食事指導料 1

入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき必要な栄養指導を行った場合に算定する。

入院栄養食事指導料 2

① 診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外の管理栄養士（栄養ケア・ステーション及び他の保険医療機関に限る。）が医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

② 常勤の管理栄養士を配置している場合は、栄養管理実施加算を算定し、入院栄養食事指導料を算定することはできない。

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

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】	【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】
<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 445点 口 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</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 395点 口 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</p> <p>(新設)</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><u>(1) 週3日目まで30分以上 575点(改)</u> <u>(2) 週3日目まで30分未満 440点(改)</u> <u>(3) 週4日目以降30分以上 675点(改)</u> <u>(4) 週4日目以降30分未満 525点(改)</u></p> <p>口 同一日に3人以上</p> <p><u>(1) 週3日目まで30分以上 288点(改)</u> <u>(2) 週3日目まで30分未満 220点(改)</u> <u>(3) 週4日目以降30分以上 338点(改)</u> <u>(4) 週4日目以降30分未満 263点(改)</u></p> <p>2 准看護師による場合 イ 同一日に2人</p> <p><u>(1) 週3日目まで30分以上 525点(改)</u> <u>(2) 週3日目まで30分未満 400点(改)</u> <u>(3) 週4日目以降30分以上 625点(改)</u> <u>(4) 週4日目以降30分未満 485点(改)</u></p> <p>口 同一日に3人以上</p> <p><u>(1) 週3日目まで30分以上 263点(改)</u> <u>(2) 週3日目まで30分未満 200点(改)</u> <u>(3) 週4日目以降30分以上 313点(改)</u> <u>(4) 週4日目以降30分未満 243点(改)</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	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

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。

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)

別紙様式43

別紙43

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 男 女 計画作成日

月・大・中・小 年 月 日 生 (歳)

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日

2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位交換) (イス上 座位姿勢の保持、除任)				できない	できない
・病的骨突出				あり	あり
・関節拘縮				あり	あり
・栄養状態低下				あり	あり
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)				あり	あり
・浮腫(局所以外の部位)				あり	あり

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESGNIR)	褥瘡の深さ					合計点
	0)なし	1)軽度	2)中度	3)重度	4)深部	
深さ	0)なし	1)持続する発赤	2)真皮までの潰瘍	3)皮下組織までの潰瘍	4)皮下組織をこえる潰瘍	
滲出液	0)なし	1)少量、毎日の交換を要しない	2)中等量、1日1回の交換	3)多量、1日2回以上の交換		
大きさ (cm ²) (長径×長径に実行する最大径)	0)皮膚潰瘍なし	1)4未満	2)4以上16未満	3)16以上36未満	4)36以上100未満	5)100以上
炎症・感染	0)局所の炎症徴候なし	1)局所の炎症徴候あり (劇痛の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	2)局所の軽から中等度炎症徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	3)全身的影響あり (発熱など)		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	0)新鮮な肉芽がほとんどない	1)創面の90%以上を占める	2)創面の50%以上を占める	3)創面の10%以上を占める	4)創面の10%未満を占める	5)創面の10%未満を占めていない
壊死組織	0)なし	1)軽度	2)中等度	3)重度		
ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に実行する最大径)―潰瘍面積	0)なし	1)4未満	2)4以上16未満	3)16以上36未満	4)36以上	

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
評価 月 日			
評価 月 日			

評価

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名

医師

看護師

管理栄養士

在宅褥瘡管理者

【記載上の注意】

1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」
(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価書の作成を要しないものであること。

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	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。

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。

療養病棟薬剤師配置加算要件

チーム医療（病棟薬剤師：療養・精神病棟）

👉 現状の課題 中医協総会(平25.12.6)資料より

病棟薬剤業務実施加算は、療養病棟又は精神病棟に入院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。



- ・療養、精神病棟において4週間以降も病棟薬剤業務を継続しているか？
継続している 86.4% していない 13.6%

👉 加算の効果 中医協総会(平25.12.6)資料より

- ・加算届出後での処方提案件数は、明らかに増加している。
- ・加算届出後の1か月の平均「副作用発見数」の職種別比較では、病棟薬剤師がほぼ倍数で発見している。

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。

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>

調剤報酬等における適正化・合理化

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

【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

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

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

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。

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

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（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（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>

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>【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>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>【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>【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>【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><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><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><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><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	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%

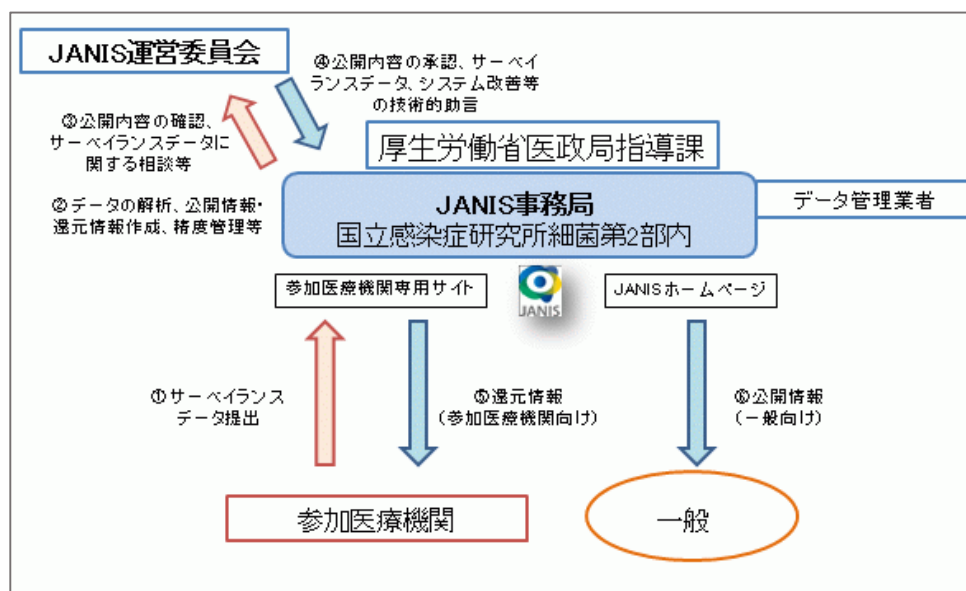
500床以上の病院でも、14.1%の医療機関が未参加となっている。

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

【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	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	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]

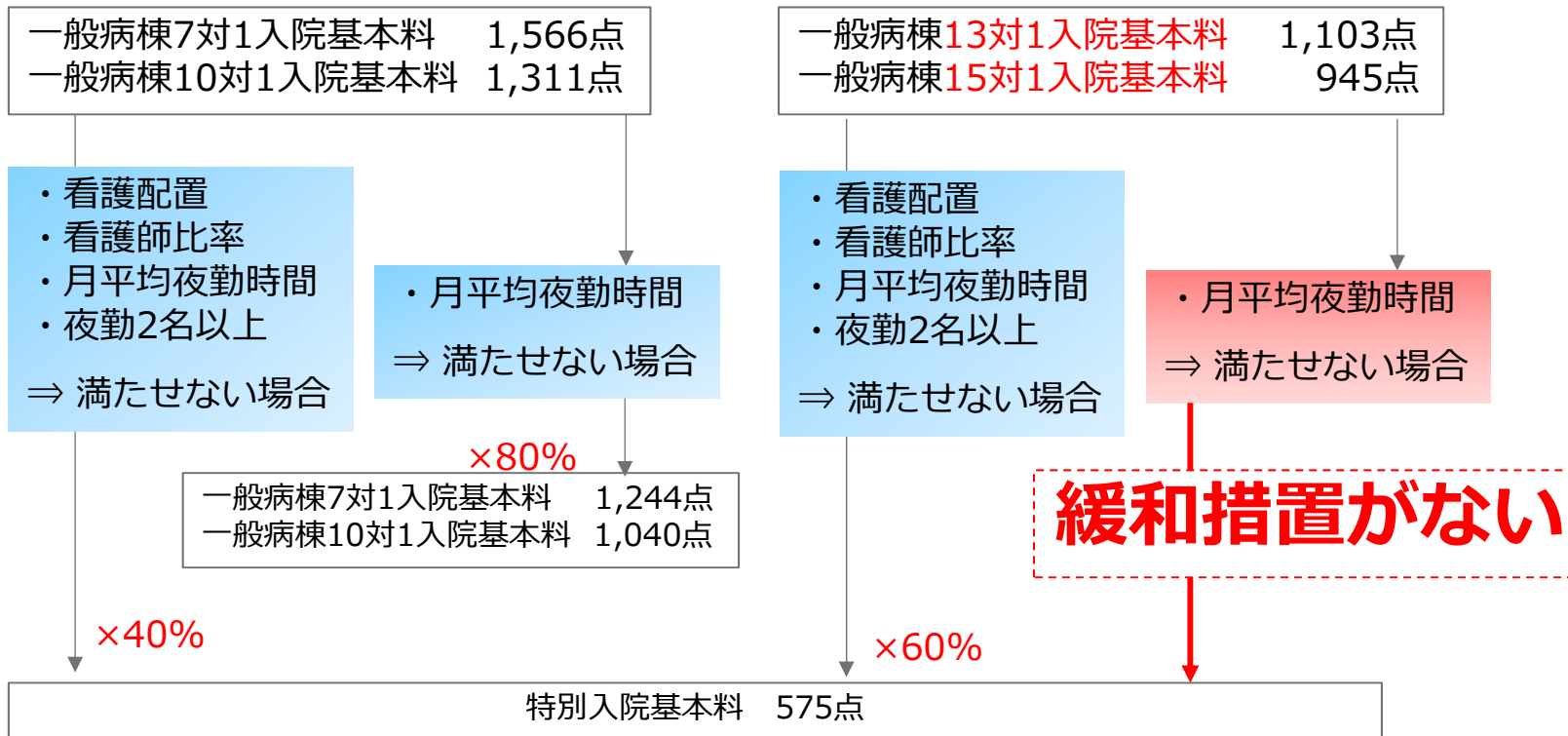
- ① 内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。
- ② 入院中の患者以外の患者に対しては、以下のいずれかの場合に算定できる。
 - ア) 休日加算、時間外加算、深夜加算の算定できる初診又は再診に引き続いて行われた緊急内視鏡検査の場合
 - イ) 初診又は再診から8時間以内に緊急内視鏡検査を行う場合であって、その開始時間が、休日、時間外（医療機関が表示する診療時間外をいう。）又は深夜である場合
- ③ 入院中の患者に対しては、症状の急変により、緊急内視鏡検査を行った場合であって、その開始時間が、休日又は深夜である場合に算定できる。

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	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</u> 、 <u>結核病棟入院基本料</u> 、 <u>精神病棟入院基本料</u> 、 <u>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

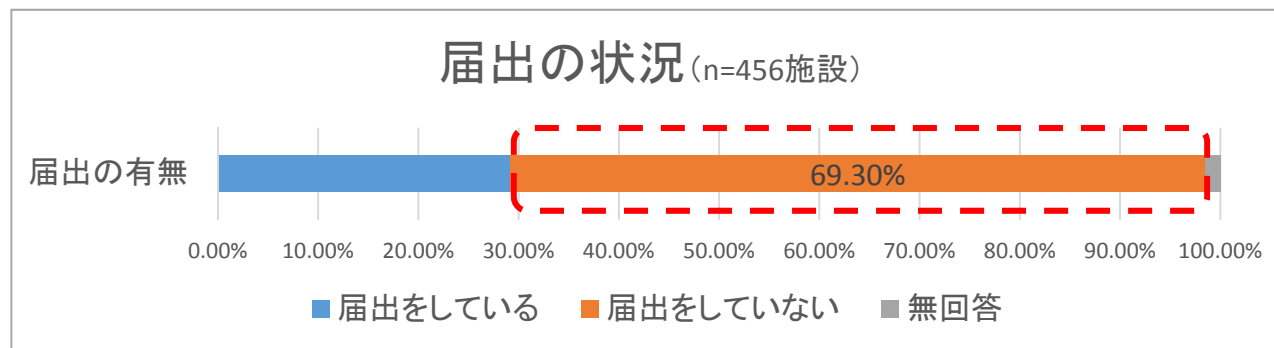
医師事務作業補助者について

👉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>