

「平成26年度診療報酬改定の概要」

平成26年4月17日



厚生労働省 保険局 医療課
宇都宮 啓

第20回 月例社会保障研究会

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)

○ 平成26年度診療報酬改定の概要

1. 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

2. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化
- ② 長期療養患者の受け皿の確保等について
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所の機能に着目した評価

3. 外来医療の機能分化・連携の推進について

4. 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

5. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

6. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

7. 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

8. 医療従事者の負担を軽減する視点

9. 効率化の余地がある分野を適正化する視点

10. 消費税率8%への引き上げに伴う対応について

今回の改定の特徴

1. 社会保障と税の一体改革の推進

～地域包括ケアシステムの構築～

- 医療機関の機能分化の推進
- どのステージの患者でも在宅復帰の推進
- 医療・介護の一体的推進

2. 実績に応じた評価

～アウトカム評価～

3. データ収集

～エビデンスに基づく評価に向けて～

平成26年度診療報酬改定の概要

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

全体改定率 **+0.10%**

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

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

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

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

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

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

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

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

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

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

重点課題

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

改定の視点

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

将来に向けた課題

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

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

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

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

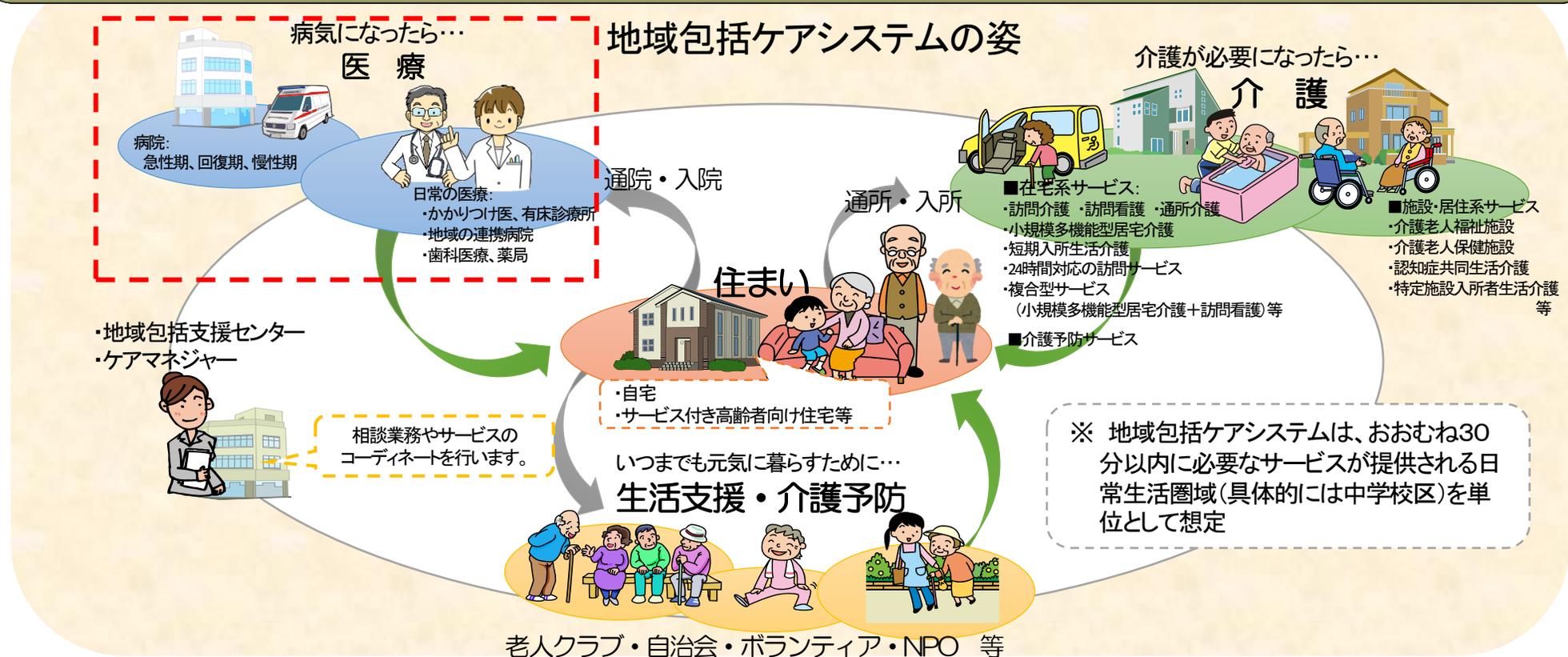
- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

地域包括ケアシステムの構築について

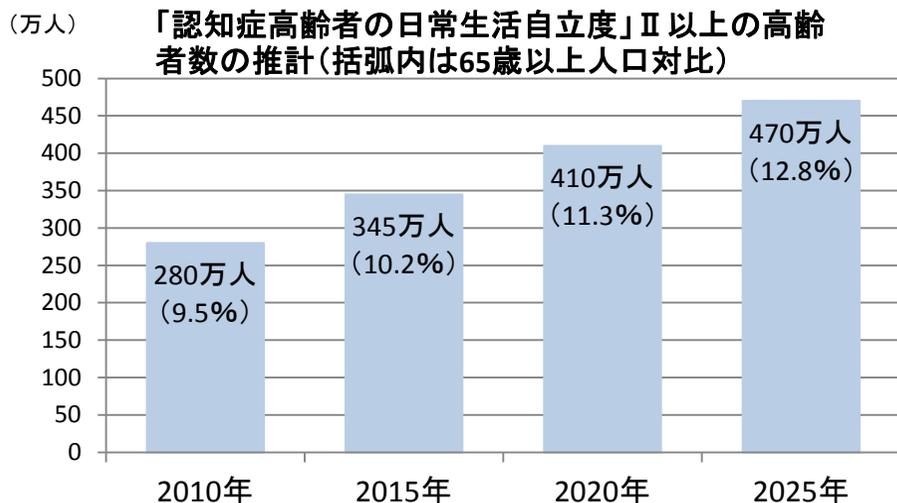
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の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



① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

| | 2012年8月 | 2015年 | 2025年 | 2055年 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 65歳以上高齢者人口(割合) | 3,058万人(24.0%) | 3,395万人(26.8%) | 3,657万人(30.3%) | 3,626万人(39.4%) |
| 75歳以上高齢者人口(割合) | 1,511万人(11.8%) | 1,646万人(13.0%) | 2,179万人(18.1%) | 2,401万人(26.1%) |

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

高齢世帯の推計
(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)



平成17年(2005年) 平成27年(2015年) 平成37年(2025年)

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2013(平成25)年1月推計

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

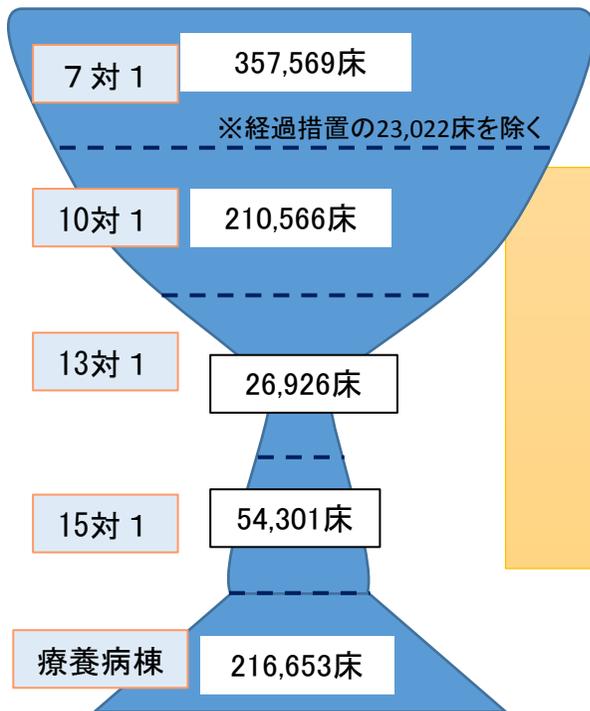
| | 埼玉県 | 千葉県 | 神奈川県 | 大阪府 | 愛知県 | 東京都 | ~ | 鹿児島県 | 島根県 | 山形県 | 全国 |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 2010年 <>は割合 | 58.9万人 <8.2%> | 56.3万人 <9.1%> | 79.4万人 <8.8%> | 84.3万人 <9.5%> | 66.0万人 <8.9%> | 123.4万人 <9.4%> | | 25.4万人 <14.9%> | 11.9万人 <16.6%> | 18.1万人 <15.5%> | 1419.4万人 <11.1%> |
| 2025年 <>は割合 ()は倍率 | 117.7万人 <16.8%> (2.00倍) | 108.2万人 <18.1%> (1.92倍) | 148.5万人 <16.5%> (1.87倍) | 152.8万人 <18.2%> (1.81倍) | 116.6万人 <15.9%> (1.77倍) | 197.7万人 <15.0%> (1.60倍) | | 29.5万人 <19.4%> (1.16倍) | 13.7万人 <22.1%> (1.15倍) | 20.7万人 <20.6%> (1.15倍) | 2178.6万人 <18.1%> (1.53倍) |

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

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

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

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

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

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

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

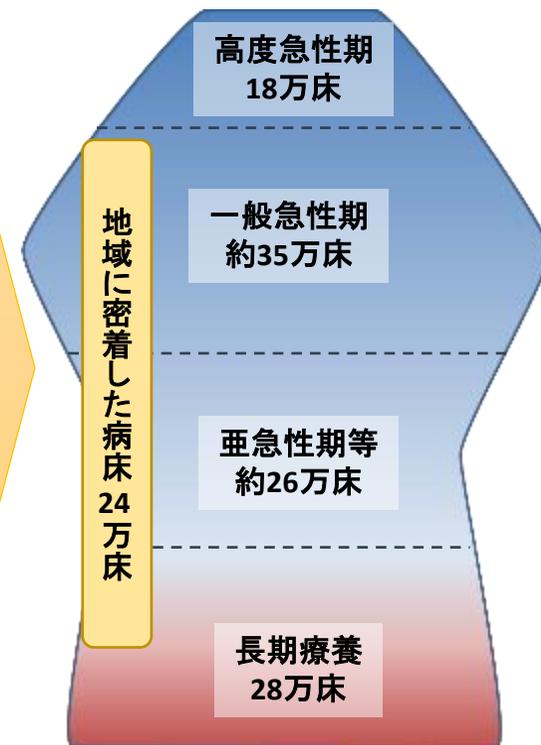
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

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

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

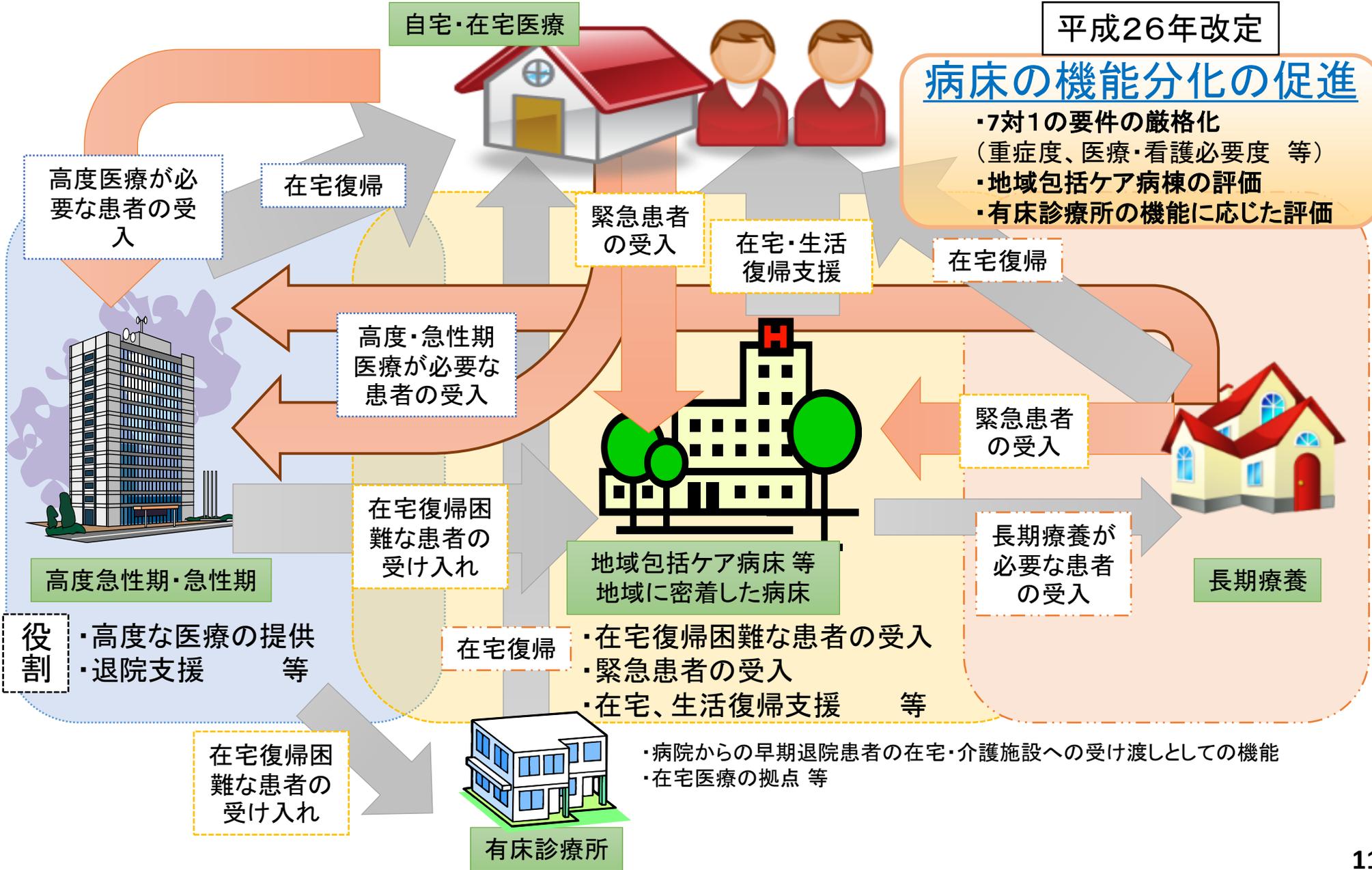
在宅医療

1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

病床の機能分化の促進

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



1. 入院医療について＜在宅復帰の促進＞

高度急性期・急性期



平成26年改定

自宅等退院患者割合

の導入

7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

平成26年改定

在宅復帰率の導入

地域包括ケア病棟1：
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

診療所等

老健

外来・訪問サービス等

長期療養



平成26年改定

在宅復帰率に係る加算の評価

療養: 在宅復帰率50%以上の評価

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外* > 3割

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰支援型以外の老健等に限る

在宅復帰支援型の老健等に限る
(回復期リハを除く)

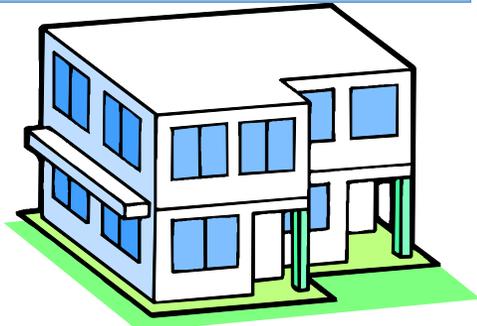
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

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

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

- ・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
- ・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院



介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

① 在宅療養後方支援 病院の評価

- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

② 在宅医療の質の強化

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

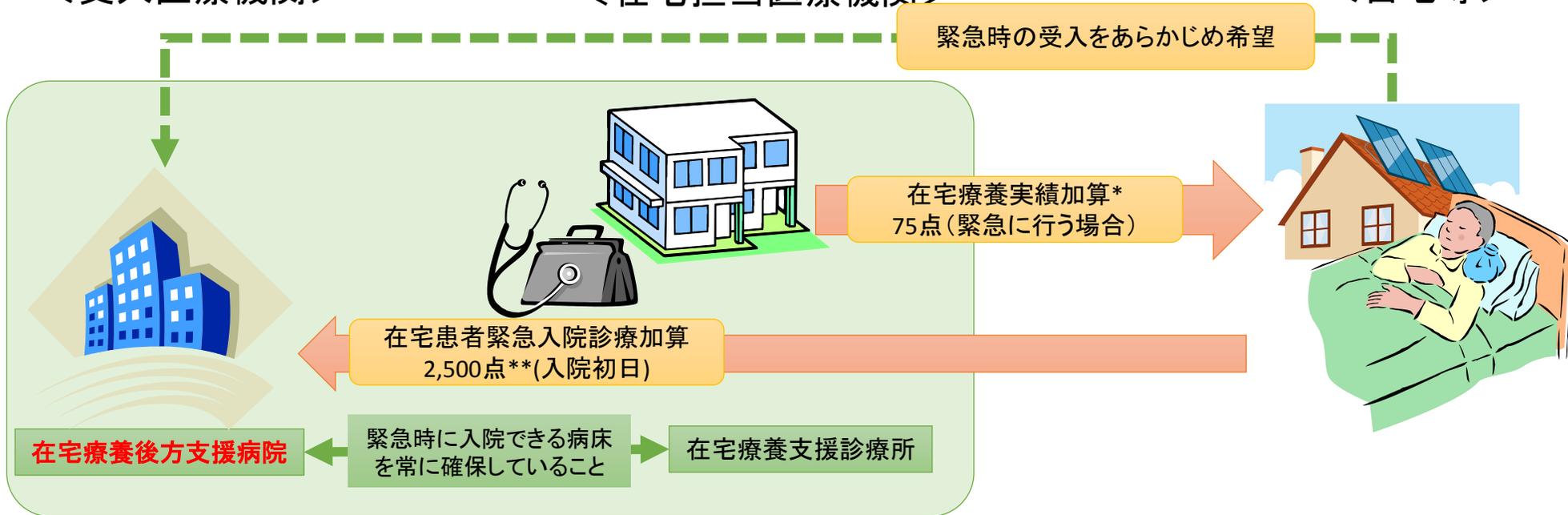
③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

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

<受入医療機関>

<在宅担当医療機関>

<自宅等>



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

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

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年改定

①維持期リハの移行促進等

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

②有床診療所の機能に応じた評価

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

③機能強化型訪問看護ステーションの評価

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

④主治医機能の評価

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

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

7対1入院基本料等の見直し

➤7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

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

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➢7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

② 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う経過措置

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

7対1入院基本料

10対1入院基本料

改定前

急性期看護補助体制加算等の基準

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

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

急性期看護補助体制加算等の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
1割以上

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

看護必要度加算1の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

旧看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

看護必要度加算2

(経過措置期間) 改定後

急性期看護補助体制加算等の基準

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

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

経過措置6月
※新看護必要度基準
1割5分とみなす。

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

急性期看護補助体制加算等の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつB項目3点以上である患者
0.5割以上

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

経過措置6月
※新看護必要度基準
0.5割とみなす。

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

看護必要度加算1の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割5分以上

新看護必要度
基準を
満たした医療
機関

新看護必要度
基準を
満たせない医療
機関

経過措置6月
※新看護必要
度基準1割5
分とみなす。

看護必要度加算1

看護必要度加算2の基準

新看護必要度
A項目2点以上かつ
B項目3点以上である患者
1割以上

新看護必要度
基準を
満たした医療
機関

新看護必要度
基準を
満たせない医療
機関

経過措置6月
※新看護必要
度基準1割とみ
なす。

看護必要度加算2

(経過措置終了後) 改定後

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

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

新看護必要度基準を
満たした医療機関

新看護必要度基準を
満たせない医療機関

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

新看護必要
度基準を
満たした医
療機関

新看護必要
度基準を
満たせない
医療機関

看護必要度
加算1

新看護必要
度基準を
満たした医
療機関

新看護必要
度基準を
満たせない
医療機関

看護必要度
加算2

算定できない

算定できない

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 **13,650点**

ロ 8日以上14日以内の期間 **12,126点**

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

(1) 7日以内の期間 **13,650点**

(2) 8日以上60日以内の期間 **12,319点**

[施設基準]

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化③

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

[経過措置]

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

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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

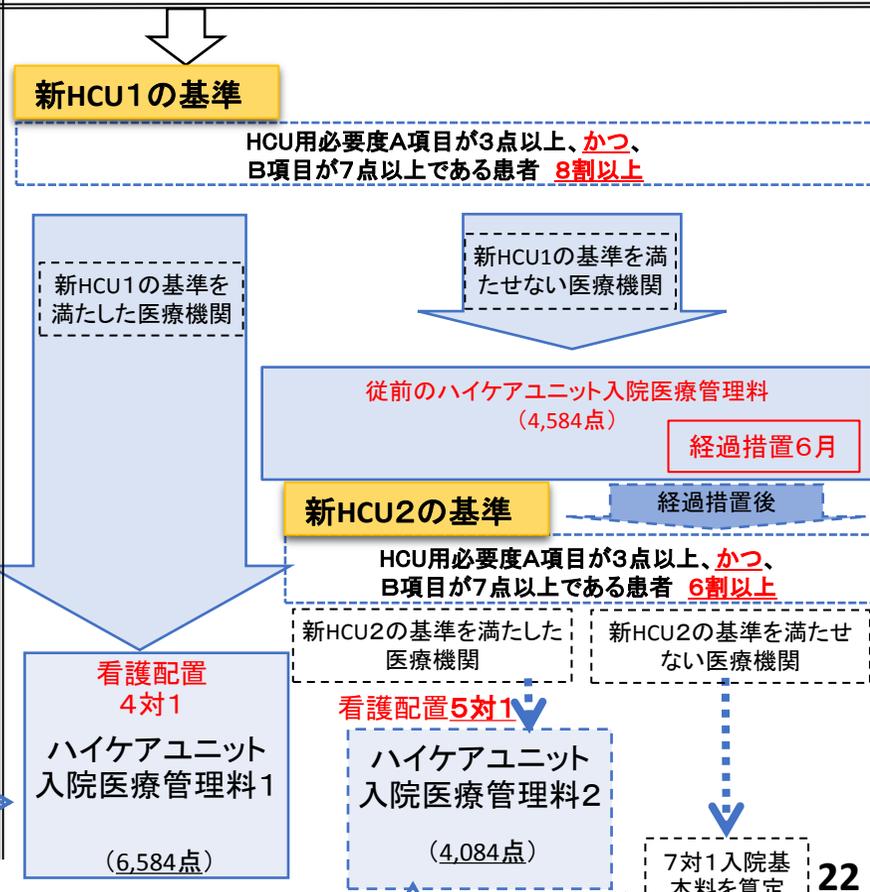
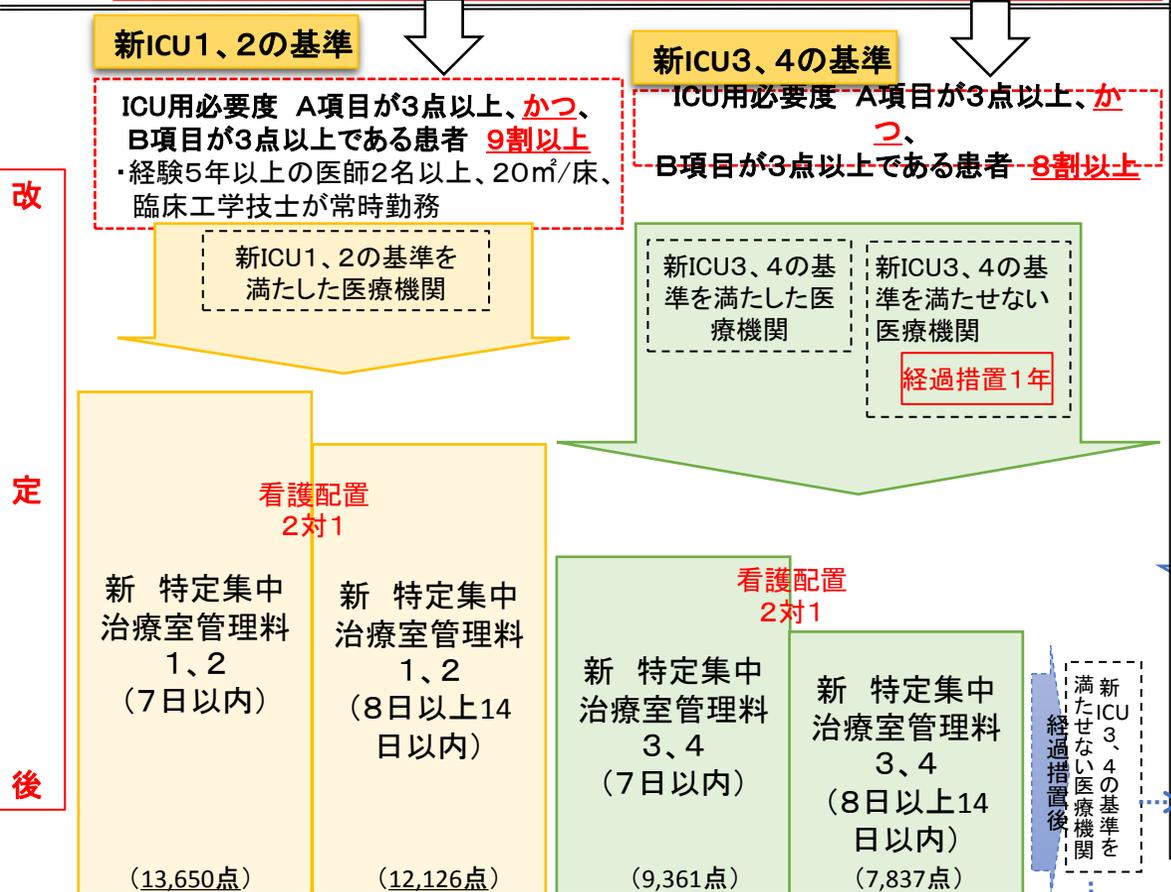
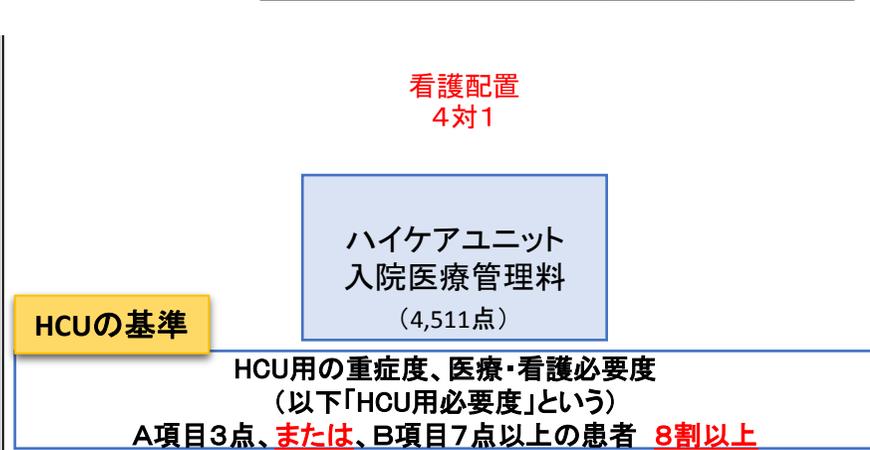
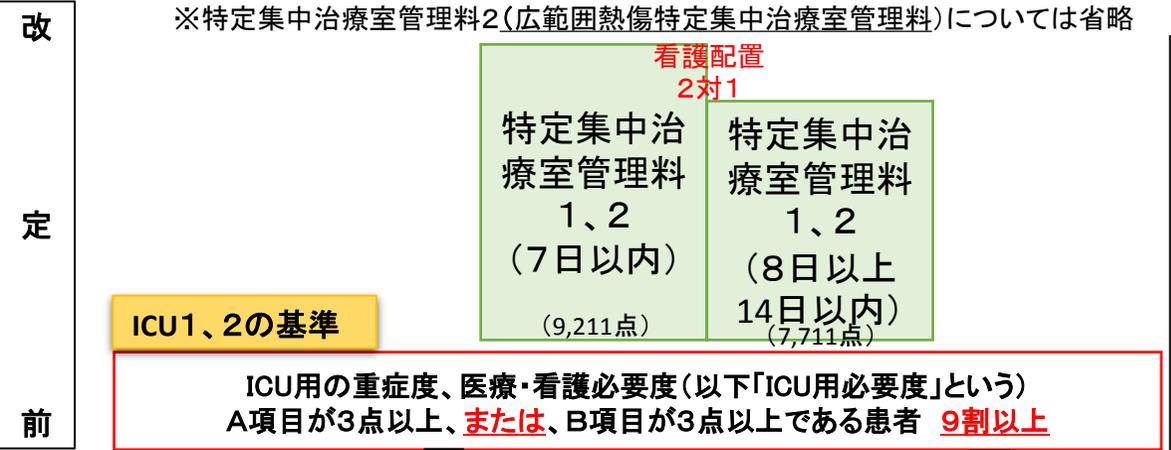


| 改定後 | | 点数 |
|---|--|--------|
| (改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること | | 6,584点 |
| (改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること | | 4,084点 |

[経過措置]

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

※特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)については省略



高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化④

重症な新生児の集中治療①

➤ 出生体重が1,500g以上の一部の先天奇形等を有する新生児について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限を延長する。

| 現行 | |
|------------------|--------------------------|
| 出生体重 | 算定日数 (NICU*1、GCU*2合算) |
| 1,500g以上 | NICU 21日 GCU 30日 |
| — | — |
| 1,000g以上1,500g未満 | NICU 60日 GCU 90日 |
| 1,000g未満 | NICU 90日 GCU 120日 |



| 改定後 | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 出生体重 | 算定日数 (NICU、GCU合算) |
| 1,500g以上 | NICU 21日 GCU 30日 |
| 1,500g以上で、一部の先天奇形等*3を有する場合 | <u>NICU 35日</u> <u>GCU 50日</u> |
| 1,000g以上1,500g未満 | NICU 60日 GCU 90日 |
| 1,000g未満 | NICU 90日 GCU 120日 |

*1 NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。

*2 GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑤

重症な新生児の集中治療②

- 新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の受入実績等に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。

| 現行 | | 改定後 | |
|--|---------|--|------------------|
| 新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児) | 10,011点 | 新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児) | 10,174点 |
| 新生児特定集中治療室管理料2 | 6,011点 | 新生児特定集中治療室管理料2 | 8,109点(改) |

[施設基準]

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)

- ・ 以下のいずれかを満たすこと。

イ 出生体重1,000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。

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

新生児特定集中治療室管理料2

- ・ 出生体重2,500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。

※ 平成26年3月31日に届け出ている医療機関は平成26年9月30日までは基準を満たしているものとする。

重症な小児の集中治療

- 小児特定集中治療室管理料(いわゆるPICU)の施設基準について、見直しを行う。

[施設基準] 以下のいずれかを満たすこと(「ロ」を新たに設定)。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

ロ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

新生児特定集中治療室管理料等の評価のイメージ

改
定
前

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,011点)

新生児特定集中治療室管理料2
(6,011点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,411点)

5,000点

新NICU1の基準

出生体重1,000g未満の入院4件/年以上
又は
開頭、開胸又は開腹手術が6件/年以上

新NICU2の基準

出生体重2,500g未満の
入院30件/年以上

新たな新生児特定集中治療室管理料1等の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たさない医療機関

経過措置6月

経過措置6月

改
定
後

新生児特定集中治療室管理料1
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,174点)

新生児特定集中治療室管理料2
(8,109点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,499点)

10,000点

5,000点

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

短期滞在手術基本料の見直し

➤ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

<対象検査>

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法

<対象手術>

- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 口その
他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上
- K743 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

※ 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑦

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

- 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
 なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) **240点**

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。

| | | | |
|--------------|----------|----------------|------------|
| ア 人工心肺を用いた手術 | 40件／年以上 | エ 放射線治療(体外照射法) | 4,000件／年以上 |
| イ 悪性腫瘍手術 | 400件／年以上 | オ 化学療法 | 4,000件／年以上 |
| ウ 腹腔鏡下手術 | 100件／年以上 | カ 分娩件数 | 100件／年以上 |
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) **120点**

- ※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

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

| | | | |
|-----|------------------------------|---------------|----------------|
| (新) | <u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u> | <u>2,558点</u> | <u>(60日まで)</u> |
| | <u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u> | <u>2,058点</u> | <u>(60日まで)</u> |
| | <u>看護職員配置加算</u> | <u>150点</u> | |
| | <u>看護補助者配置加算</u> | <u>150点</u> | |
| | <u>救急・在宅等支援病床初期加算</u> | <u>150点</u> | <u>(14日まで)</u> |

[施設基準等]

- 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を届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 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。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

在宅復帰率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者＋療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)＋転棟した患者

= 70%以上

[留意事項]

平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

<参考 (回復期リハビリテーション病棟)>

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該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

長期療養患者の受け皿の確保等について①

療養病棟における透析患者の受入の促進

- 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

(新) 慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)

[算定要件]

- ・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還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)等の受入の促進等

- 療養病棟における超重症児(者)等の受入を促進するため、超重症児(者)・準超重症児(者)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。
- また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする(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は除く。)

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10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在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が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に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該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

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①

地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とする。 ※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

➤ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

| | | |
|-----|----------------------|---------------|
| (新) | 地域包括ケア病棟入院料1(特定地域) | 2,191点(1日につき) |
| (新) | 地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域) | 2,191点(1日につき) |
| (新) | 地域包括ケア病棟入院料2(特定地域) | 1,763点(1日につき) |
| (新) | 地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域) | 1,763点(1日につき) |

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。等

➤ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

現行

【特定一般病棟入院料】

| | | |
|---|------------------|--------|
| 1 | 特定一般病棟入院料1(13対1) | 1,103点 |
| 2 | 特定一般病棟入院料2(15対1) | 945点 |

[施設基準] 1病棟のものに限る



改定後

【特定一般病棟入院料】

| | | |
|---|------------------|--------|
| 1 | 特定一般病棟入院料1(13対1) | 1,121点 |
| 2 | 特定一般病棟入院料2(15対1) | 960点 |

[施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

地域に配慮した評価②

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

※()は元の点数

| | | |
|-----|-----------------------------|---------------------------------|
| | <u>栄養サポートチーム加算(特定地域)</u> | <u>100点(週1回)</u> (200点) |
| | <u>緩和ケア診療加算(特定地域)</u> | <u>200点(1日につき)</u> (400点) |
| (新) | <u>外来緩和ケア管理料(特定地域)</u> | <u>150点(月1回)</u> (300点) |
| (新) | <u>糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)</u> | <u>175点(月1回)</u> (350点) |
| (新) | <u>褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)</u> | <u>250点(入院中1回)</u> (500点) |
| (新) | <u>退院調整加算(特定地域)</u> (退院時1回) | |
| | <u>一般病棟等の場合</u> | <u>170点(14日以内)</u> (340点) |
| | | <u>75点(15日以上30日以内)</u> (150点) |
| | | <u>25点(31日以上)</u> (50点) |
| | <u>療養病棟等の場合</u> | <u>400点(30日以内)</u> (800点) |
| | | <u>300点(31日以上90日以内)</u> (600点) |
| | | <u>200点(91日以上120日以内)</u> (400点) |
| | | <u>100点(121日以上)</u> (200点) |

[施設基準]

- ① 専従、専任、常勤要件を緩和する(ただし、医師は常勤とする。)
- ② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を引き続き可能とする。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

| 都道府県 | 二次医療圏 | 市町村 |
|------|-----------|---|
| 北海道 | 中空知 | 芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町 |
| | 東胆振 | 苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町 |
| | 北網 | 北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町 |
| | 十勝 | 帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町 |
| | 釧路 | 釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町 |
| 秋田県 | 大館・鹿角 | 大館市、鹿角市、小坂町 |
| | 由利本荘・にかほ | 由利本荘市、にかほ市 |
| 山形県 | 置賜 | 米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町 |
| | 庄内 | 鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町 |
| 福島県 | 会津 | 会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町 |
| 東京都 | 島しょ | 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村 |
| 新潟県 | 下越 | 村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町 |
| | 上越 | 上越市、妙高市、糸魚川市 |
| | 佐渡 | 佐渡市 |
| 長野県 | 飯伊 | 飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村) |
| 岐阜県 | 飛騨 | 高山市、飛騨市、下呂市、白川村 |
| 和歌山県 | 田辺 | 田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町 |
| 島根県 | 隠岐 | 海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町 |
| 岡山県 | 津山・英田 | 津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町 |
| 香川県 | 小豆 | 小豆郡(土庄町、小豆島町) |
| 高知県 | 幡多 | 宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町 |
| 長崎県 | 五島 | 五島市 |
| | 上五島 | 新上五島町、小値賀町 |
| | 壱岐 | 壱岐市 |
| | 対馬 | 対馬市 |
| 熊本県 | 球磨 | 人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村 |
| 鹿児島県 | 熊毛 | 西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町) |
| 沖縄県 | 奄美 | 奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町) |
| | 宮古 八重山 | 宮古島市、多良間村 石垣市、竹富町、与那国町 |

看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該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割減算の規定を設ける。

【現行】

【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 |

【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】

月平均夜勤時間超過減算

20/100を減算

[算定要件]

- ① 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。
 - ② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
 - ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

[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

有床診療所の機能に着目した評価①(入院基本料)

有床診療所入院基本料の見直し

- 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を平均1.2倍引き上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ(31日以上は約100点引き上げ)。

| | | 14日以内 | | 15～30日 | | 31日以上 | |
|--------------------------|----------------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| | | 現行 | 改定後 | 現行 | 改定後 | 現行 | 改定後 |
| 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診 | (新)有床診療所入院基本料1 | 771点 | ➡ 861点 | 601点 | ➡ 669点 | 511点 | ➡ 567点 |
| | (新)有床診療所入院基本料2 | 691点 | ➡ 770点 | 521点 | ➡ 578点 | 471点 | ➡ 521点 |
| | (新)有床診療所入院基本料3 | 511点 | ➡ 568点 | 381点 | ➡ 530点 | 351点 | ➡ 500点 |
| 有床診療所入院基本料4(従前の入院基本料1) | | 771点 | ➡ 775点 | 601点 | ➡ 602点 | 511点 | ➡ 510点 |
| 有床診療所入院基本料5(従前の入院基本料2) | | 691点 | ➡ 693点 | 521点 | ➡ 520点 | 471点 | ➡ 469点 |
| 有床診療所入院基本料6(従前の入院基本料3) | | 511点 | ➡ 511点 | 381点 | ➡ 477点 | 351点 | ➡ 450点 |

※上記点数は、24年改定で、栄養管理実施加算の包括化に伴い、11点引き上げた入院基本料の見直しと、消費税対応分の上乗せを含む。

【算定要件】

有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち2つ以上に該当すること。

- ・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。(1:夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2:夜間に看護職員1人以上を配置。)
- ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。(患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。)
- ・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・ 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。
- ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- ・ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- 有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。
- 有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。
- 有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置1人以上4人未満であること。

有床診療所の機能に着目した評価②

有床診療所入院基本料の見直し

- 医療従事者の配置に係る加算を有床診療所入院基本料3・6に拡大するとともに、看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者の配置の評価を新設する。

【現行】

| | |
|--------------------------------|-----|
| 看護配置加算1 (看護職員数が看護師3を含む10以上) | 25点 |
| 看護配置加算2(看護職員数が10以上) | 10点 |

【改定後】

| | |
|----------------------|------------|
| 看護配置加算1 | <u>40点</u> |
| 看護配置加算2 | <u>20点</u> |
| 看護補助配置加算1(看護補助者2名以上) | <u>10点</u> |
| 看護補助配置加算2(看護補助者1名) | <u>5点</u> |

有床診療所入院基本料の見直し

- 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。

(新) 栄養管理実施加算 12点(1日につき)

[算定要件]

- ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

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

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 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

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[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。

- ・(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
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、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を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 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。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 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 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- 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

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

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

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 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
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[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 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。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 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 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

主治医機能の評価について

| | 地域包括診療料 1,503点(月1回) | | 地域包括診療加算 20点(1回につき) |
|-------------------|--|---|--|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | 下記以外は包括 ・(再診療の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)。 ・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。 ※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 | | 出来高 |
| 対象疾患 | 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。) | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年) | | |
| 服薬管理 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (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。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。) | |
| | ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・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 | | |
| 健康管理 | ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定 | | |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | ・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記の すべて を満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ①時間外対応加算1の届出 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援病院 ③在宅療養支援診療所 | | |
| | | | ・下記のうち いずれか1つ を満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 |

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

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

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

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

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する（毎年10月報告）

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様（なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。）

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

機能強化型在支診等の評価

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

| 現行 |
|--------------------------------|
| 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 |
| 過去1年間の緊急往診の実績5件以上 |
| 過去1年間の在宅看取りの実績2件以上 |
| 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。 |



| 改定後 |
|--|
| 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 |
| 過去1年間の緊急往診の実績 <u>10件</u> 以上 |
| 過去1年間の在宅看取りの実績 <u>4件</u> 以上 |
| 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、 <u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u> |
| イ 過去1年間の緊急往診の実績 <u>4件</u> 以上 |
| ハ 過去1年間の看取りの実績 <u>2件</u> 以上 |

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、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日の時点で単独型として届け出ているものについては、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。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

在宅療養における後方病床の評価

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

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 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)について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点



改定後

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

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

在宅医療の適正化①

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

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

| 区分 | 機能強化型在支診・病 | | | | 在支診・病 | | それ以外 | |
|------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 病床有 | | 病床無 | | — | | — | |
| 処方せん | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 |
| 在総管 | 5,000点 | 5,300点 | 4,600点 | 4,900点 | 4,200点 | 4,500点 | 2,200点 | 2,500点 |
| 特医総管 | 3,600点 | 3,900点 | 3,300点 | 3,600点 | 3,000点 | 3,300点 | 1,500点 | 1,800点 |



| 区分 | | 機能強化型在支診・病 | | | | 在支診・病 | | それ以外 | |
|------|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 病床有 | | 病床無 | | — | | — | |
| 処方せん | | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 | 処方せん有 | 処方せん無 |
| 在総管 | 同一 | 1,200点 | 1,500点 | 1,100点 | 1,400点 | 1,000点 | 1,300点 | 760点 | 1060点 |
| | 同一以外 | 5,000点 | 5,300点 | 4,600点 | 4,900点 | 4,200点 | 4,500点 | 3,150点 | 3,450点 |
| 特医総管 | 同一 | 870点 | 1,170点 | 800点 | 1,100点 | 720点 | 1,020点 | 540点 | 840点 |
| | 同一以外 | 3,600点 | 3,900点 | 3,300点 | 3,600点 | 3,000点 | 3,300点 | 2,250点 | 2,550点 |

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が**経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止**する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

| | |
|-------------------|------|
| 訪問診療料1(同一建物以外) | 830点 |
| 訪問診療料2(特定施設等) | 400点 |
| 訪問診療料2(上記以外の同一建物) | 200点 |



【改定後】

| | |
|-------------------|-------------|
| 訪問診療料1(同一建物以外) | 833点 |
| 訪問診療料2(特定施設等) | 203点 |
| 訪問診療料2(上記以外の同一建物) | 103点 |

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、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、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

- ◆ 同一患家等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



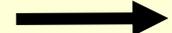
禁止



契約書



一律に訪問診療



特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① 連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
 - ② 時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること
- 保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること
 については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに 400床未満の病院を義務化の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。) ※平成28年4月施行

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化③

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【訪問看護療養費Ⅱ（同一建物）】

| 保健師、助産師又は看護師等による場合 | |
|--------------------|-------|
| 2人目以上(1人目から) | |
| イ 週3日目まで | 4300円 |
| ロ 週4日目以降 | 5300円 |



【改定後】

【訪問看護療養費Ⅱ（同一建物）】

| 保健師、助産師又は看護師等による場合 | |
|--------------------|-------|
| 3人目以上(1人目から) | |
| イ 週3日目まで | 2780円 |
| ロ 週4日目以降 | 3280円 |

- 精神科訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

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

機能強化型訪問看護ステーションの評価

➤ 機能の高い訪問看護ステーションの評価

| 現行 | |
|------------------------|--------|
| 1 月の初日の訪問の場合 | |
| | |
| | 7,300円 |
| 2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき) | |
| | 2,950円 |



| 改定後 | |
|------------------------------|----------------|
| 1 月の初日の訪問の場合 | |
| (新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> | <u>12,400円</u> |
| (新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> | <u>9,400円</u> |
| イ又はロ以外の場合 | 7,400円 |
| 2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき) | |
| | 2,980円 |

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
- ⑥ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

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

在宅歯科医療の推進等

在宅歯科医療の推進等

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

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点(歯科訪問診療1の加算)

[施設基準]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。

- 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】

(診療情報提供料の加算)

・在支診又は在支病の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の評価

- 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

| (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 | 2人以上9人以下 | 10人以上 |
| 患者1人につき診療に要した時間 | 20分以上 | 歯科訪問診療1 【850点】 | 歯科訪問診療2 【380点】 | 歯科訪問診療1 【866点】 | 歯科訪問診療2 【283点】 | |
| | 20分未満 | 歯科初・再診料 【218点、42点】 | | 歯科訪問診療3 【143点】 | | |

※改定後の点数は消費税対応分を含む

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進①

<基準調剤加算の見直し>

- ◆ 在宅業務に対応している薬局を評価し、地域の薬局との連携を図りつつ、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して基準調剤加算の算定要件を見直す。

【現行】

| | |
|---------|-----|
| 基準調剤加算1 | 10点 |
| 基準調剤加算2 | 30点 |



【改定後】

| | |
|--------------------------------------|------------|
| 基準調剤加算1(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等) | <u>12点</u> |
| 基準調剤加算2(自局単独で24時間調剤等の体制整備、在宅実績の要件化等) | <u>36点</u> |

<無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し>

- ◆ 在宅薬剤管理指導を推進するため、無菌調剤室を借りて無菌調剤した場合の算定要件の緩和するとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象に含め、技術と時間を要する乳幼児用の無菌製剤処理の評価を新設



【現行】

| | |
|------------|-----|
| 無菌製剤処理加算 | |
| 中心静脈栄養法用輸液 | 40点 |
| 抗悪性腫瘍剤 | 50点 |



【改定後】

| | |
|------------|--------------------------|
| 無菌製剤処理加算 | 乳幼児以外／ <u>乳幼児</u> |
| 中心静脈栄養法用輸液 | <u>65点</u> ／ <u>130点</u> |
| 抗悪性腫瘍剤 | <u>75点</u> ／ <u>140点</u> |
| <u>麻薬</u> | <u>65点</u> ／ <u>130点</u> |

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進②

<在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

- ◆ 在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、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 (同一建物以外) | 500点 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物) | 350点 |



【改定後】

| | |
|----------------------------|-------------|
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外) | <u>650点</u> |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物) | <u>300点</u> |

- ◆ また、在宅不適切事例を踏まえ、「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）において「薬剤師1人につき、1日当たりの患者数を適切な人数までとするべき」とされていることから、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とする。

<在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

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

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について①

維持期リハビリテーションの評価

- 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
 1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
 2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする。(2年間の延長)

介護保険によるリハビリテーションへの移行支援

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

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

※当該移行支援料を算定後、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度介護保険のリハビリテーションへ移行する場合は算定できない。

[算定要件]

入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険における維持期のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションに移行した場合に算定する。

医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)

① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

| | | | |
|---------------------|------|---|------|
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) | 221点 | 介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合 | 199点 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) | 180点 | | 162点 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) | 90点 | | 81点 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) | 163点 | | 147点 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) | 154点 | | 139点 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) | 85点 | | 77点 |

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

自院



通所リハビリテーション等の提供促進

外来患者



入院患者



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)

介護保険の
リハビリテーションへの
移行支援

退院後、より適切な介護
サービスへ

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)



介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

自宅



介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用



介護保険施設等へ入所



② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、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。

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について②

周術期における口腔管理（医療機関相互の連携の評価）

- 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

（新） 周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】（手術料の加算）

【医科点数表】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、顔面・口腔・頸部・胸部・腹部の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】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

※他、有床診療所の機能に応じた評価、機能強化型訪問看護ステーションの評価、主治医機能の評価（再掲） 等

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

その他の連携

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

- 保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる厚生労働大臣の定める者に特別支援学校等の学校を加える。

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期限6か月)



現行

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

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



改定後

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

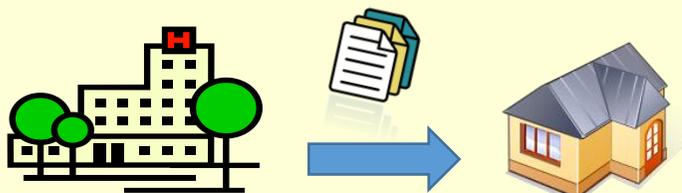
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定
生活介護事業者 等

③学校教育法関係

学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、
中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）



医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

緩和ケアを含むがん医療の推進について①

がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、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指導管理の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

| | |
|--------------|------|
| がん患者カウンセリング料 | 500点 |
|--------------|------|

| がん患者指導管理料 | |
|--|------|
| 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（1回に限り） | 500点 |
| 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（6回に限り） | 200点 |
| 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（6回に限り） | 200点 |

【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、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(6月以上600時間以上)を修了した者であること。等

3の場合：

- 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、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

【対象患者】

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、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(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、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る。)

精神疾患に対する医療の推進について①

精神病床の機能分化

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。



(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(新) 当該病棟の全入院患者に対して、7日以内に退院後生活環境相談員を選任すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催の上、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

精神疾患に対する医療の推進について②

地域移行と地域定着の推進

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

| | |
|---|---|
| 1 保険医療機関が単独で実施する場合 | 2 訪問看護ステーションと連携する場合 |
| イ 同一建物居住者以外の場合 1800点 | イ 同一建物居住者以外の場合 1480点 |
| ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 900点 (2) (1)以外の場合 450点 | ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 740点 (2) (1)以外の場合 370点 |

- 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

(改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

(新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。

(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

適切な向精神薬の使用の推進①

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

| | |
|-------------------------|-----|
| イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) | 15点 |
| ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) | 10点 |



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

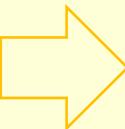
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



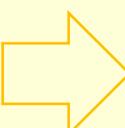
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

認知症対策の推進

重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間
に限り加算 300点

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、
重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ①認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ②専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

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

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

救急医療等の推進について②

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- ▶ 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)

急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点

(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター 及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- ▶ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

(新) 精神疾患患者等受入加算 400点

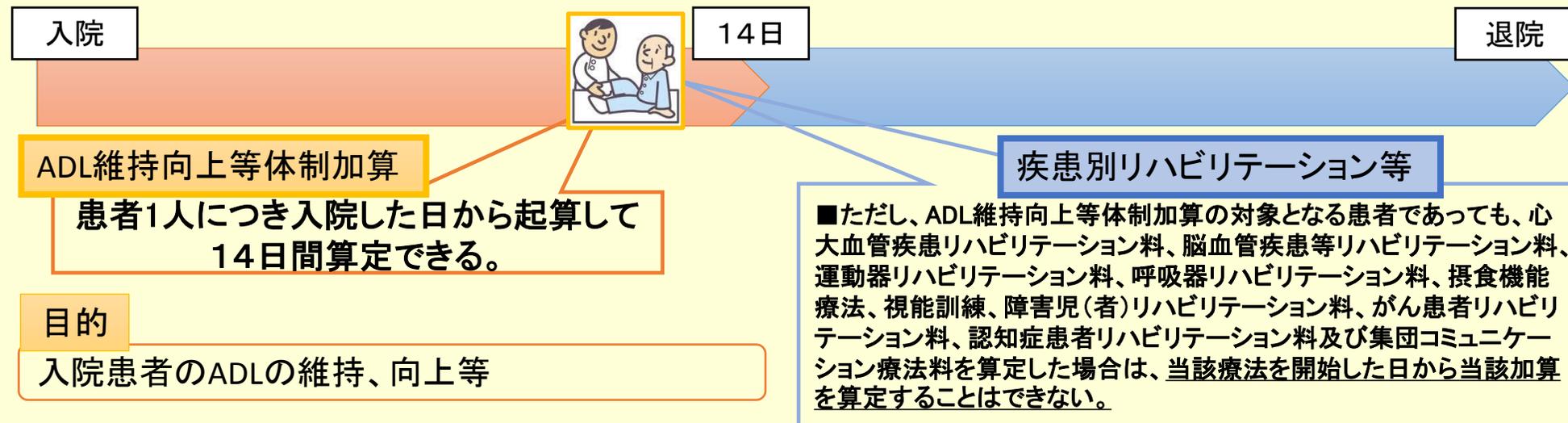
[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

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

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、専従のリハビリテーション専門職等を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

アウトカム評価

以下のいずれも満たすこと。

1. 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
2. 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

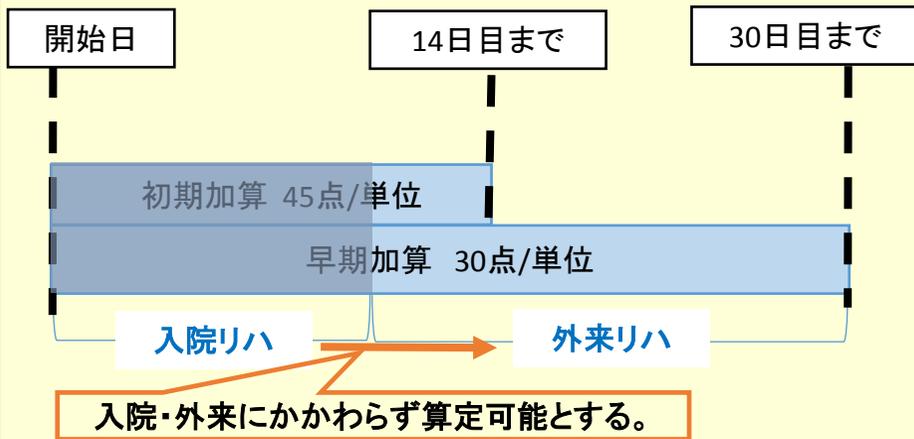
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

外来における早期リハビリテーションの評価

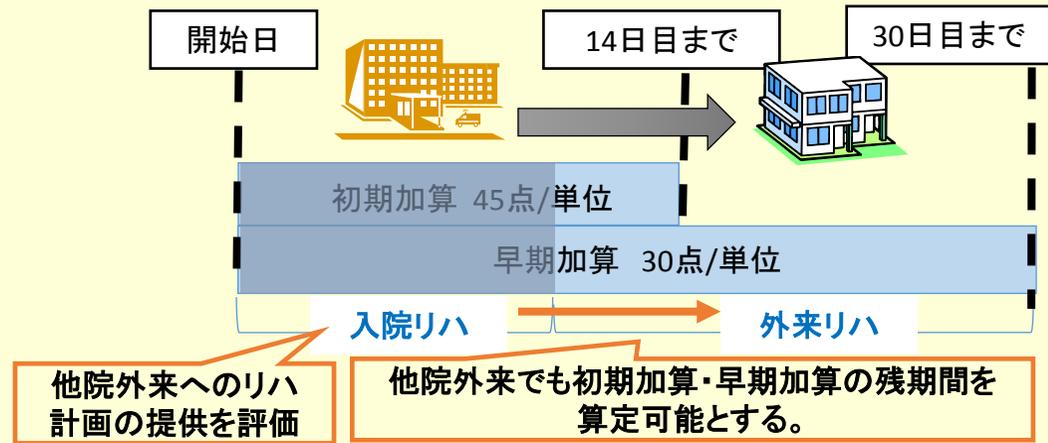
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②

運動器リハビリテーション料Ⅰの評価の見直し

- 外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とする。

| 現行 | |
|------------------|--------------|
| 区分 | 対象者 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) | 入院患者 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) | 入院患者 外来患者 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) | 入院患者 外来患者 |



| 改定後 | | |
|------------------|---------------------|------|
| 区分 | 対象者 | 点数 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) | 入院患者 <u>外来患者</u> | 180点 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) | 入院患者 外来患者 | 170点 |
| 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) | 入院患者 外来患者 | 85点 |

(注) 要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

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の適正化

- 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。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉

【現行】

【改定後】

| | |
|---------------------|------|
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) | 235点 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) | 190点 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) | 100点 |

| | |
|---------------------|-------------|
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) | <u>180点</u> |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) | <u>146点</u> |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) | <u>77点</u> |

〈対象患者〉 下線部分 を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

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であって、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。

疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】

【改定後】

| | |
|------------------------|------|
| 心大血管疾患リハビリテーションⅠ | 200点 |
| 運動器リハビリテーションⅠ | 175点 |
| 呼吸器リハビリテーションⅠ | 170点 |
| 障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満) | 220点 |
| がん患者リハビリテーション料 | 200点 |

| | |
|------------------------|-------------|
| 心大血管疾患リハビリテーションⅠ | <u>205点</u> |
| 運動器リハビリテーションⅠ | <u>180点</u> |
| 呼吸器リハビリテーションⅠ | <u>175点</u> |
| 障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満) | <u>225点</u> |
| がん患者リハビリテーション料 | <u>205点</u> |

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

- 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、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(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論
 ウ 運動器リハビリテーション
 オ 高次脳機能障害
 キ 地域包括ケア

イ 脳血管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
 カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

- 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

| 現行 | 改定後 |
|--------|--------|
| 1,911点 | 2,025点 |

[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。

[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。

- 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。 | 当該病棟の患者全体に占める <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目</u> の得点が1点以上の患者の割合が <u>1割以上</u> 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日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

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

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 当該病棟への入院前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、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

歯科医療の推進について①

歯科診療で特別な対応が必要な者に対する歯科医療の充実

➤ 歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し

【施設基準】歯科診療特別対応加算を算定した月外来患者数 **20人** → 10人

各ライフステージに応じた対応等

➤ 小児期(正常な口腔機能の獲得・成長発育に関する評価)

(新) 小児保隙装置 600点(クラウンループ、バンドループ)

➤ 成人期以降(口腔機能の回復、維持・向上に関する評価)

(新) 歯科口腔リハビリテーション料1

1 有床義歯の場合 イ 口以外の場合 **100点**

ロ 困難な場合 **120点**

2 舌接触補助床の場合 **190点**

※有床義歯又は舌接触補助床に関する調整・指導等の評価。従前の評価について一部簡素化等を実施

➤ 臨床の実態や患者の意向を踏まえた評価の見直し

✓ 有床義歯管理料の評価体系の見直し及び簡素化

有床義歯管理料(新製有床義歯管理料)150点

→ 新製有床義歯管理料 イ 口以外の場合 **190点** ロ 困難な場合 **230点**

※有床義歯管理料の加算については新製有床義歯管理料に包括化

✓ 歯科疾患管理料の文書提供要件見直し

→ 患者又はその家族が、管理計画書に「文書提供が次回来院以降不要」である旨の内容を記載した場合は、4月に1回以上文書提供を必要としない。



(クラウンループ)

歯科医療の推進について②

歯の喪失リスク増加への対応

- 歯周病安定期治療の評価体系の見直し

| | | | |
|---------------|---|------------|------|
| 歯周病安定期治療 300点 | → | 1歯以上10歯未満 | 200点 |
| | | 10歯以上20歯未満 | 250点 |
| | | 20歯以上 | 350点 |

- 根面う蝕等に対するフッ化物歯面塗布処置の評価
(新) フッ化物歯面塗布処置(在宅等療養患者の場合) 80点

口腔機能の維持・向上、回復等に資する技術の評価の見直し

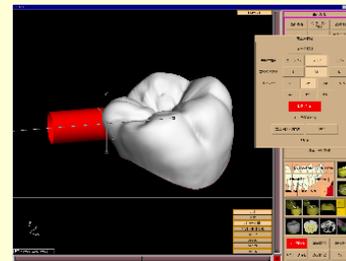
- 歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上に資する技術の評価の見直し
充填1【う蝕で歯を削った後に材料を詰める処置】複雑なもの: 152点 → 154点 ほか
- 補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術の評価の見直し
有床義歯【入れ歯作製】総義歯: 2,100点 → 2,110点 ほか

先進医療の保険導入

- 歯科用CAD/CAM(コンピュータ支援設計製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物について評価
(新) CAD/CAM冠 1,200点 ほか

【施設基準】・歯科補綴治療に係る専門の知識及3年以上の経験を有する
歯科医師が1名以上配置

・保険医療機関内に歯科技工士が配置(又は歯科技工所との連携が確保) ほか



医療技術の適切な評価

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.2版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

3. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

4. 胃瘻等について

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

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

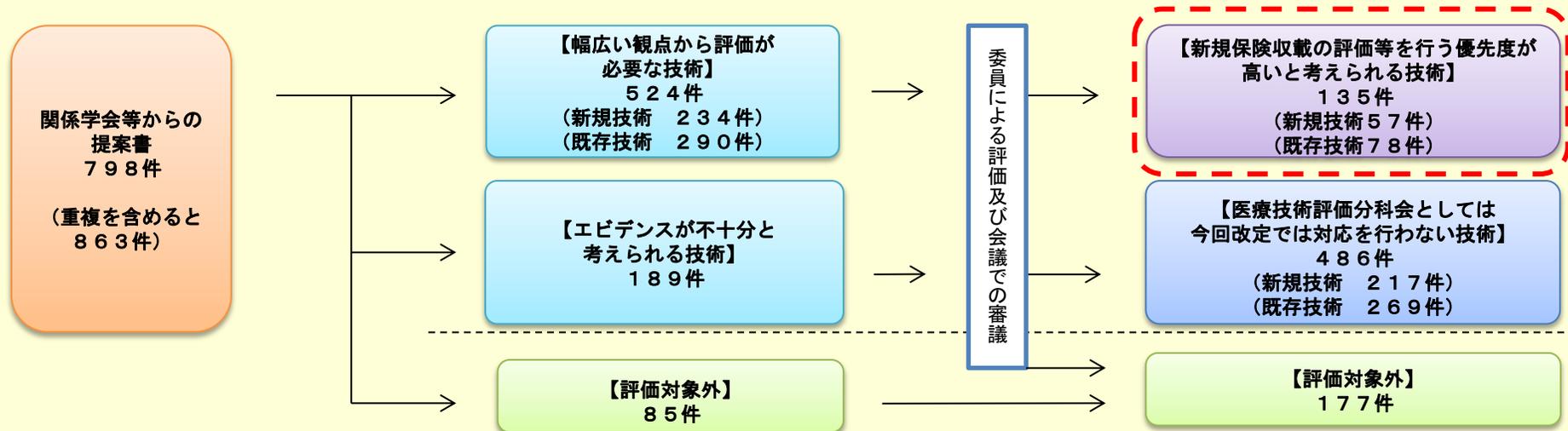
1. 医療技術の評価及び再評価①

医療技術評価分科会での検討

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術57件を保険導入するとともに、既存技術78件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成25年3月から6月末にかけ関係学会から863件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や使用する医薬品及び医療機器等の薬事法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; 網膜再建術、EDチューブ挿入術など
- ・既存技術; 拡大胸腺摘除術(重症筋無力症に対する)、脊髄誘発電位測定等加算など

1. 医療技術の評価及び再評価②

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、実勢価格等を参考に、実施料の引き上げ等を行う。

1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う。

| | |
|---------------------------------|------|
| 排泄物、滲出物又は分泌物の 細菌顕微鏡検査 その他のもの | 50点 |
| 抗酸菌分離培養(液体培地法) | 230点 |



| |
|------|
| 61点 |
| 260点 |

2. 算定要件の見直し

| | |
|------------------------------|---|
| 細菌培養同定検査 血液又は穿刺液 | 2か所以上から血液を採取した場合に2回算定可とする。 |
| 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) | 診断補助として実施した場合とその後6ヶ月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合にそれぞれ1回ずつ算定可とする。 |

処置に対する小児加算の新設

- 創傷処置(6,000平方センチメートル以上)、熱傷処置(3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満、6,000平方センチメートル以上)、リンパ管腫局所注入、ストーマ処置について、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- 腹膜灌流について、6歳未満の乳幼児の場合は導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

1. 医療技術の評価及び再評価③

評価体系の見直し

- CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

【現行】

| | |
|---|------|
| コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき） | |
| イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 | 950点 |
| ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 | 900点 |
| ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 | 780点 |
| ニ イ、ロ、ハ以外の場合 | 600点 |

| | |
|--------------------------|--------|
| 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) | |
| 1 3テスラ以上の機器による場合 | 1,400点 |
| 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 | 1,330点 |
| 3 1、2以外の場合 | 950点 |

| | |
|--------------------|-----|
| 眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合 | 56点 |
|--------------------|-----|

【改定後】

| | |
|---|---------------|
| コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき） | |
| イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 | <u>1,000点</u> |
| ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 | 900点 |
| ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 | <u>770点</u> |
| ニ イ、ロ、ハ以外の場合 | <u>580点</u> |

| | |
|--------------------------|---------------|
| 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) | |
| 1 3テスラ以上の機器による場合 | <u>1,600点</u> |
| 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 | 1,330点 |
| 3 1、2以外の場合 | <u>920点</u> |

| | |
|--------------------|------------|
| 眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合 | |
| イ アナログ撮影 | <u>54点</u> |
| ロ デジタル撮影 | <u>58点</u> |

2. 外科的手術等の適切な評価

外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改定された「外保連試算第8.2版」において、「外保連試算第8版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

増点となった
手術の例
(計19件)

| 手術名 | 現行 | 改定後 |
|---------------------------|---------|----------------|
| 遊離皮弁術 顕微鏡下血管柄付きのもの | 74,240点 | <u>84,050点</u> |
| 骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(非生体) | 14,770点 | <u>18,300点</u> |
| 動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈 | 70,980点 | <u>81,720点</u> |
| 腭頭部腫瘍切除術 腭頭十二指腸切除術の場合 | 69,840点 | <u>77,950点</u> |

減点となった
手術の例
(計81件)

| 手術名 | 現行 | 改定後 |
|------------------------|---------|----------------|
| 網膜光凝固術 その他特殊なもの | 18,100点 | <u>15,960点</u> |
| 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 部分切除 | 66,500点 | <u>60,170点</u> |
| 内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみなもの | 12,220点 | <u>11,270点</u> |
| 帝王切開術 選択帝王切開 | 22,160点 | <u>20,140点</u> |

3. 先進医療会議からの保険導入

先進医療からの保険導入

- 先進医療会議での検討結果を踏まえ、現在、先進医療で実施している技術のうち、有効性、効率性等に鑑み8技術について保険導入を行った。

導入した技術(医科:一覧)(6技術)

| 技術名 | 点数 |
|-------------------------|----------------|
| 羊膜移植術 | <u>6,750点</u> |
| 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術 | <u>27,400点</u> |
| 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 | <u>10,200点</u> |
| 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) | <u>36,410点</u> |
| 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。) | <u>70,200点</u> |

現行

光トポグラフィー 670点
(脳外科手術の術前検査に使用)



改定後

光トポグラ
フィー

脳外科手術の術前検査に使用するもの

670点

(新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※

※ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

4. 胃瘻等について

胃瘻等について

- 胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施等の推進を図るため、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】

| | |
|-------|---------|
| 胃瘻造設術 | 10,070点 |
| — | — |



【改定後】

| | |
|-------------------|-----------------|
| (改) 胃瘻造設術 | <u>6,070点</u> ※ |
| (新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 | <u>2,500点</u> ※ |

【胃瘻造設時嚥下機能評価加算の算定要件】

嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施し、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 等

※ 胃瘻造設術実施が年間50件以上の保険医療機関の場合であって、鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者を1年以内に経口摂取に回復させている割合が35%未満の場合、80/100へ減算。(平成27年4月1日より施行)

- 高い割合で経口摂取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。

【現行】

| | |
|--------|------|
| 摂食機能療法 | 185点 |
| — | — |



【改定後】

| | |
|----------------|-------------|
| 摂食機能療法 | <u>185点</u> |
| (新) 経口摂取回復促進加算 | <u>185点</u> |

【経口摂取回復促進加算の算定要件】

(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検査を実施しカンファレンス等を行う。
(2) 治療開始日から起算して6月以内に限り加算する 等

【経口摂取回復促進加算の施設基準】

(1) 新規及び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
(2) 新規及び他の保険医療機関から受け入れた 鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者のうち、35%以上について、1年以内に経口摂取に回復させていること。

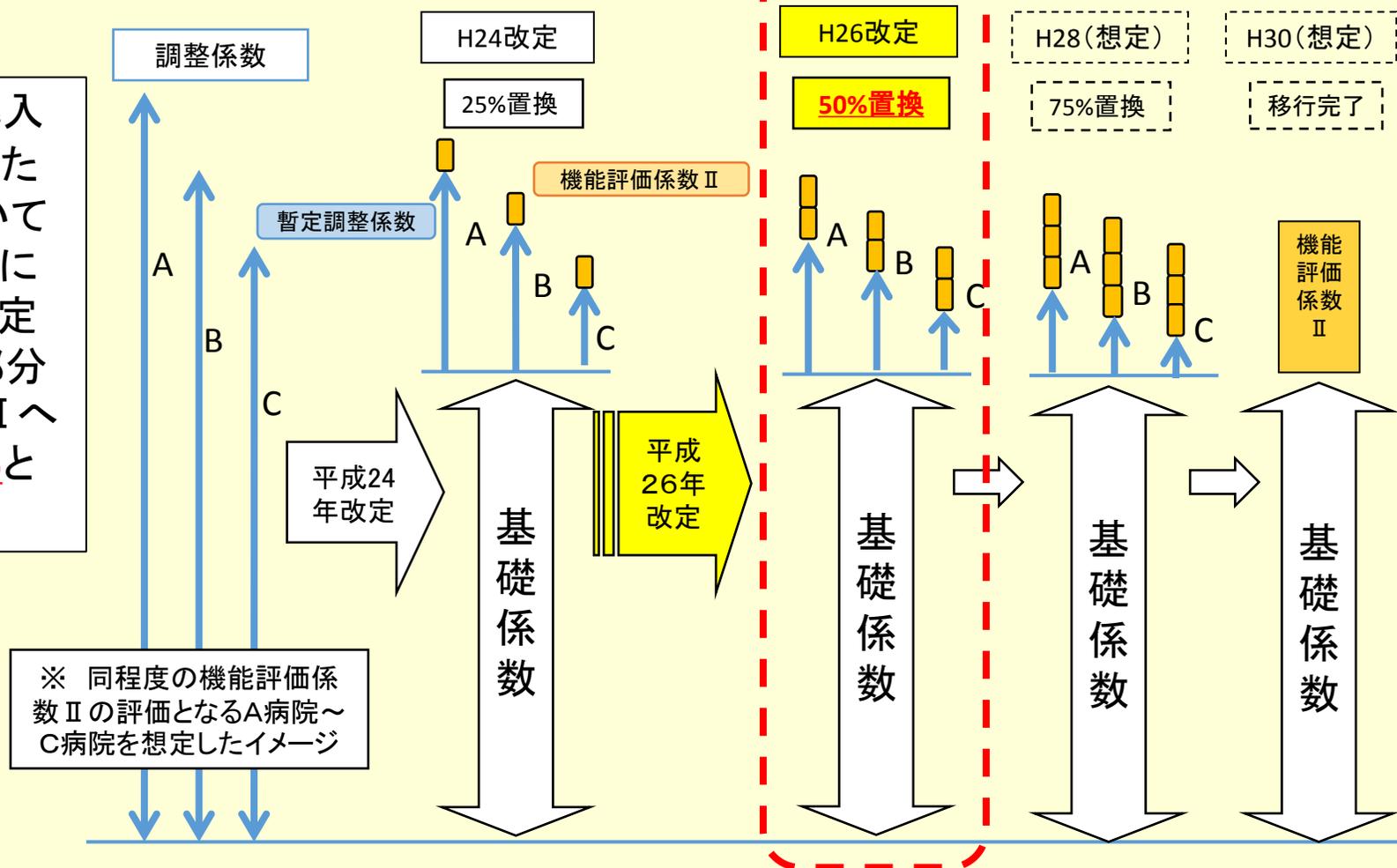
- これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

(新) 胃瘻抜去術 2,000点

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等①

調整係数の置き換えの実施

DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへ置き換え率を50%とする。



また、調整係数の置き換え等に伴う激変緩和の観点から、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しない範囲となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し

| 改定前 |
|-----------|
| ① データ提出指数 |
| ② 効率性指数 |
| ③ 複雑性指数 |
| ④ カバー率指数 |
| ⑤ 救急医療指数 |
| ⑥ 地域医療指数 |



| 平成26年改定後 |
|---------------|
| ① 保険診療指数 (改) |
| ② 効率性指数 |
| ③ 複雑性指数 |
| ④ カバー率指数 |
| ⑤ 救急医療指数 |
| ⑥ 地域医療指数 |
| ⑦ 後発医薬品指数 (新) |

① 保険診療指数 (「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ 救急医療指数

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ 後発医薬品指数 (新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② 適切な傷病名コーディングの推進

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ 入院時持参薬の取り扱い

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式の見直し

・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

医科点数表の解釈の明確化①

創傷処理に関する明確化

- 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。

在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化

- 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であっても、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。

電子画像管理加算に関する明確化

- 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。

画像診断管理加算に関する明確化

- 画像診断管理加算及び遠隔画像診断における画像診断管理加算の算定について、画像の読影等を行う外部の機関を利用した場合は、評価の対象とならないことを明確にする。

医科点数表の解釈の明確化②

室内面積等の算出に関する明確化

- 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。

往診料における夜間の定義に関する明確化

- 往診料の夜間の定義について、「12時間を標準として各都道府県で統一的取り扱いをすること」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。

生活習慣病管理料に関する明確化

- 生活習慣病管理料について、院内で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にする。

在宅自己腹膜灌流指導管理料に関する明確化

- 在宅人工呼吸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。

診療報酬点数表の簡素化

診療報酬点数表の簡素化

- 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】

| 項目 | 廃止の理由 |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 前立腺酸ホスファターゼ | 前立腺特異抗原(PSA)が一般化されたため、現在ほとんど利用されていない。 |
| 遊離脂肪酸 | 測定データが不安定で臨床的有用性が低い。 |
| 縦隔切開術(肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの) | 現在施行されていない術式である。 |
| 静脈形成術、吻合術(指の静脈) | 現在施行されていない術式である。 |
| ブリッジ修理(歯科) | 現在施行されていない術式である。 |

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1)

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

【現行】手術・150点以上の処置

| | |
|-------|--------|
| 休日加算 | 80/100 |
| 時間外加算 | 40/100 |
| 深夜加算 | 80/100 |



【改定後】手術・1,000点以上の処置

| | |
|---------|----------------|
| 休日加算 1 | <u>160/100</u> |
| 時間外加算 1 | <u>80/100</u> |
| 深夜加算 1 | <u>160/100</u> |

※ 従来の加算については加算「2」とする

【施設基準】

(1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。

- (1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい)

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数にはカウントしない。

(2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)

- ① 交代勤務制※ (常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと)

※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。

- ② チーム制 (医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日※)

※1 当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。
 ※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
 ※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。

- ③ 時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※

※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。)
 (ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その2)

[施設基準の続き]

(3)採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として*医師以外が実施していること(新生児を除く。)

※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。

※2 医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。(患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合も含む。)

(4)下記のいずれかに該当すること。

ア) 年間の緊急入院患者数が200名以上である

イ) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である

ウ) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である

(5)下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること

ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること

イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し、改善計画を作成すること。

[算定要件]

(1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

(2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

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。

【新設】

| | |
|-------|---------------|
| 休日加算 | <u>80/100</u> |
| 時間外加算 | <u>40/100</u> |
| 深夜加算 | <u>80/100</u> |

[算定要件]

(1)緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、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)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③

夜間における看護補助者の評価

- 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

| 現行 | |
|------------|-----|
| 夜間看護補助者の配置 | 点数 |
| 50対1 | 10点 |
| 100対1 | 5点 |



| 改定後 | |
|------------|-----|
| 夜間看護補助者の配置 | 点数 |
| (新) 25対1 | 35点 |
| (改) 50対1 | 25点 |
| (改) 100対1 | 15点 |

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

(参考)急性期看護補助体制加算の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合が10対1入院基本料においては5%以上
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価④

医師事務作業補助体制の評価

- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、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。

(医師事務作業補助体制加算)

| 現行 | |
|--------------|------|
| 医師事務作業補助者の配置 | 点数 |
| 15対1 | 810点 |
| 20対1 | 610点 |
| 25対1 | 490点 |
| 30対1 | 410点 |
| 40対1 | 330点 |
| 50対1 | 255点 |
| 75対1 | 180点 |
| 100対1 | 138点 |

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

| 改定後 | |
|--------------|-------------|
| 医師事務作業補助者の配置 | 点数 |
| 15対1 | <u>860点</u> |
| 20対1 | <u>648点</u> |
| 25対1 | <u>520点</u> |
| 30対1 | <u>435点</u> |
| 40対1 | <u>350点</u> |
| 50対1 | <u>270点</u> |
| 75対1 | <u>190点</u> |
| 100対1 | <u>143点</u> |

[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
- ② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。

※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。

※ 病棟および外来とは、それぞれ入院医療、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、医局や、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は含まない。)

チーム医療の推進について ～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)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。



改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)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。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

透析医療等に係る評価の適正化

透析医療に係る評価の適正化

<慢性維持透析患者外来医学管理料>

- 前回適正化を行った平成18年以降、当該管理料に包括されている検体検査実施料等が実勢価格を踏まえて見直されてきたことを踏まえ、当該管理料の評価についても適正化を行う。

| | |
|-----------------|--------|
| 慢性維持透析患者外来医学管理料 | 2,305点 |
|-----------------|--------|



| | |
|-----------------|---------------|
| 慢性維持透析患者外来医学管理料 | <u>2,250点</u> |
|-----------------|---------------|

- また、慢性維持透析患者におけるHbA1cの測定について、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、当該管理料と併せて算定できないこととする。

<人工腎臓>

- 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

| | |
|-------------------------|--------|
| 1 慢性維持透析を行った場合 | |
| イ 4時間未満の場合 | 2,040点 |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 | 2,205点 |
| ハ 5時間以上の場合 | 2,340点 |
| 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 | 2,255点 |



| | |
|-------------------------|---------------|
| 1 慢性維持透析を行った場合 | |
| イ 4時間未満の場合 | <u>2,030点</u> |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 | <u>2,195点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 | <u>2,330点</u> |
| 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 | <u>2,245点</u> |

血漿交換療法

- 血漿交換療法の対称疾患の中で、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 |
| — |



| |
|--|
| 改定後 |
| 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。 |

価格妥結状況

中医協 総 - 6

25 . 12 . 25

| 区 分 | 妥結率(取引年月別) | | 増 減 |
|----------------|------------|---------|---------|
| | 平成23年9月 | 平成25年9月 | |
| 病 院(総計) | 57.9% | 56.6% | ▲1.3% |
| 200床以上 | 51.1% | 50.2% | ▲0.9% |
| その他 | 82.7% | 81.7% | ▲1.0% |
| 診 療 所 | 96.9% | 96.1% | ▲0.8% |
| (医療機関 計) | (71.7%) | (70.4%) | (▲1.3%) |
| チェーン薬局(20店舗以上) | 62.8% | 51.9% | ▲10.9% |
| そ の 他 の 薬 局 | 90.8% | 85.3% | ▲5.5% |
| (保険薬局 計) | (84.1%) | (76.2%) | (▲7.9%) |
| 総 合 計 | 78.1% | 73.5% | ▲4.6% |

※ 調査客体:一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者

(「価格妥結調査結果」:医政局経済課調べ)

調剤報酬等における適正化・合理化 ～妥結率が低い保険薬局等の適正化～

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 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・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

| | | |
|-----------|--------------------|------------|
| (新) 初診料 | 209点 (妥結率50%以下の場合) | [通常: 282点] |
| (新) 外来診療料 | 54点 (妥結率50%以下の場合) | [通常: 73点] |
| (新) 再診料 | 53点 (妥結率50%以下の場合) | [通常: 72点] |

<調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

| | | |
|--------------|-------------------|-----------|
| (新) 調剤基本料 | 31点 (妥結率50%以下の場合) | [通常: 41点] |
| (新) 調剤基本料の特例 | 19点 (妥結率50%以下の場合) | [通常: 25点] |

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応①

<消費税対応について>

- 社会保険診療は非課税かつ公定価格であり、医療機関等は患者に仕入れに係る消費税負担を転嫁できない。
- このため、平成26年4月1日から消費税率が8%に引き上がることに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、診療報酬で補てんする。

(消費税対応分)

改定率 +1.36% (約5,600億円)

本体 +0.63% (約2,600億円)

薬価 +0.64% (約2,600億円)

材料 +0.09% (約400億円)

医科 +0.71% (約2,200億円)

歯科 +0.87% (約200億円)

調剤 +0.18% (約100億円)

医療機関等の仕入れの構造

| | | | |
|---------------------|----|----|-----------------------------|
| 非課税仕入れ (人件費等) | | | 診療報酬で補てん (改定率1.36%相当) |
| | | | ↑ 新たに医療機関等に 発生する消費税負担 |
| 課税仕入れ (委託費等) | 5% | 3% | |
| 課税仕入れ (医薬品・医療材料) | 5% | 3% | |

<改定財源の診療報酬点数への上乗せについて>

- 薬価、特定保険医療材料価格については、実勢価格に消費税3%分をそのまま上乗せする。

- 本体報酬については、

① 基本診療料・調剤基本料に上乗せする案(診療側)

② ①に加え、仕入れ時の消費税負担が大きいと考えられる個別の報酬項目(「個別項目」)への上乗せを組み合わせる案(支払側)

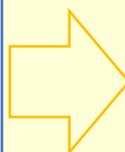
が提案されたが、公益裁定の結果、今回のように限られたデータの中で、全ての人から納得を得られるような「個別項目」への上乗せは現実的に不可能であることから、可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべきであり、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せすることが、現時点で取り得る最善の策であるとされた。

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在するため)ので、改定率としては、1.36%相当となる。

消費税8%への引上げに伴う対応②

1. 医科診療報酬

| 現行 | |
|---|------|
| 初診料 | 270点 |
| 再診料 | 69点 |
| 外来診療料 | 70点 |
| 入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料 | 各点数 |
| 【個別項目】 | |
| 外来リハビリテーション診療料1 | 69点 |
| 外来放射線照射診療料 | 280点 |
| 在宅患者訪問診療料1 | 830点 |



| 改定後 | うち、消費税 対応分 |
|--|--------------------|
| (改)初診料 | <u>282点</u> (+12点) |
| (改)再診料 | <u>72点</u> (+3点) |
| (改)外来診療料 | <u>73点</u> (+3点) |
| (改)入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改)特定入院料 (改)短期滞在手術基本料 | 平均的に+2% 程度上乗せ |
| 【個別項目】 | |
| (改)外来リハビリテーション診療料1 | <u>72点</u> (+3点) |
| (改)外来放射線照射診療料 | <u>292点</u> (+12点) |
| (改)在宅患者訪問診療料1 | <u>833点</u> (+3点) |

[点数配分の考え方]

- ・医科に配分された2,200億円を、診療所と病院の医療費シェア・課税経費率に応じて配分(診療所600億円、病院1,600億円)
- ・診療所の600億円をほぼ全額初・再診料に配分(初診料と再診料の比率は、現行の点数比率≒4:1)。
- ・病院について診療所と同じ点数を初・再診料(外来診療料)に上乗せし、残った財源を課税経費率に応じて入院料に配分(平均的に2%程度の上乗せとなる)
- ・有床診療所入院基本料は、病院の入院料と均衡するよう2%程度引上げ。
- ・最後に残った財源を補完的に個別項目に上乗せ。

消費税8%への引上げに伴う対応③

2. 歯科診療報酬

| 現行 | |
|----------|------|
| 歯科初診料 | 218点 |
| 歯科再診料 | 42点 |
| 【個別項目】 | |
| 歯科訪問診療料1 | 850点 |



| 改定後 | | うち、消費税 対応分 |
|--------------|-------------|---------------|
| (改) 歯科初診料 | <u>234点</u> | (+16点) |
| (改) 歯科再診料 | <u>45点</u> | (+3点) |
| 【個別項目】 | | |
| (改) 歯科訪問診療料1 | <u>866点</u> | (+16点) |

3. 調剤報酬

| 現行 | |
|--------------------------|-----|
| 調剤基本料 | 40点 |
| 【個別項目】 | |
| 一包化加算(56日分以下) | 30点 |
| 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液) | 40点 |



| 改定後 | | うち、消費税 対応分 |
|------------------------------|------------|---------------|
| (改) 調剤基本料 | <u>41点</u> | (+1点) |
| 【個別項目】 | | |
| (改) 一包化加算(56日分以下) | <u>32点</u> | (+2点) |
| (改) 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液) | <u>65点</u> | (+10点) |

4. 訪問看護療養費

| 現行 | |
|-------------------|--------|
| 訪問看護管理療養費 (初日) | 7,300円 |



| 改定後 | | うち、消費税 対応分 |
|-----------------------|---------------|---------------|
| (改) 訪問看護管理療養費 (初日) | <u>7,400円</u> | (+100円) |

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

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

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

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