

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、又は認知料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って、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って、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

107

救急医療、小児、周産期医療の推進

新生児の退院調整①

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院7日以内に患者の抽出を行い、家族との話し合いを開始するとともに、入院1月以内に退院支援計画の作成を開始すること等を算定の要件とするよう評価の見直しを行う。

新生児の退院調整②

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

(新) 新生児特定集中治療室退院調整加算3

イ 退院支援計画策定加算 600点

ロ 退院加算 600点

[算定要件]

① 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。

② 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料1～3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料についてパリビズマブを用いた場合を対象外にし、薬剤費等を出来高で算定できるようにする。

108

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)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、リハビリテーション専門職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)

入院

14日

退院

ADL維持向上等体制加算
患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

疾患別リハビリテーション等

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等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、摂食機能療法、視能訓練、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、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

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

109

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価②

[施設基準]

- ① 当該病棟に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が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、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。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。

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

- ④ 以下のいずれも満たすこと。
 - ア) 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。
 - イ) 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。

110

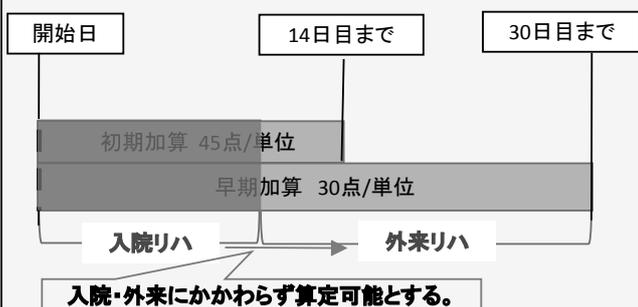
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

外来における早期リハビリテーションの評価

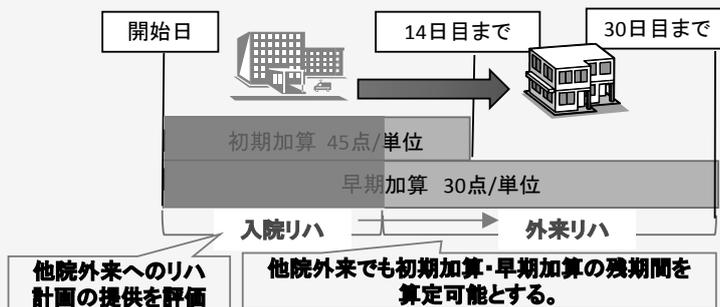
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(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



111

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 外来患者	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

112

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(Ⅰ)	180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(Ⅱ)	146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(Ⅲ)	77点

〈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	心大血管疾患リハビリテーションⅠ	205点
運動器リハビリテーションⅠ	175点	運動器リハビリテーションⅠ	180点
呼吸器リハビリテーションⅠ	170点	呼吸器リハビリテーションⅠ	175点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	220点	障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	225点
がん患者リハビリテーション料	200点	がん患者リハビリテーション料	205点

(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。 113

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	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	

- 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日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

115

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。

116

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。

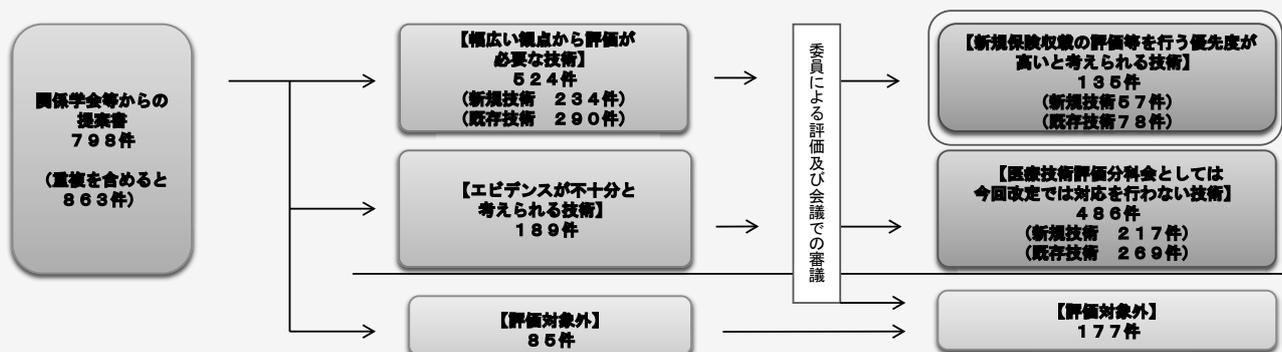
1. 医療技術の評価及び再評価①

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	➔	61点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	230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。

119

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

【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	1,000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	770点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	580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

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	1,600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	920点

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

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

120

1. 医療技術の評価及び再評価④

胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

➤ 新規に保険導入された胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術の一例

手術名	点数
胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術 (頸部、胸部、腹部の操作によるもの)	125,240点
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	75,730点
腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030点



「複数手術に係る費用の特例等」の対象拡大

➤ 「同一手術野又は同一病巣であっても、主たる手術の点数に従たる手術(1つに限る)の点数(50/100)を加えた点数が算定可能となる手術の組み合わせ」を追加(例)

手術名	手術名
大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	弁形成術
ヘルニア手術(臍帯ヘルニア)	腸閉鎖症手術、臍腸管瘻手術、尿膜管摘出術など
肝切除術	脾摘出術
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮付属器癒着剥離術(両側)(腹腔鏡によるもの)

※ 「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術。上記の表の左右のどちらが主たる手術となっても差し支え無い。

121

1. 医療技術の評価及び再評価⑤

緊急性を踏まえた評価の見直し

➤ 冠動脈インターベンションについて、緊急に実施するものと待機的に実施するものの評価の見直しを行う。

現行		(緊急性を踏まえた点数設定なし)
K546 経皮的冠動脈形成術	22,000点	
K549 経皮的冠動脈ステント留置術	24,380点	

改定後	
K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点	次のいずれにも該当すること。 ア 心筋トロポニン(TnT)又は心筋トロポニンが高値であること又は心筋トロポニン(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であって、CK-MBが高値であること。 イ 次のいずれかに該当すること。 (イ) 胸痛等の虚血症状、(ロ) 新規のST-T変化または新規の左脚ブロック、(ハ) 新規の異常Q波の出現 (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常、(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓 ウ 次のいずれかに該当すること。 (イ) 症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること。 (ロ) 症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック(Killip分類class IV)であること。 ※ただし、ウのみ満たさず、来院から24時間以内に当該手術を開始した場合は、「2」の不安定狭心症に対するもの準じて算定する。
K546 経皮的冠動脈形成術 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点	次のいずれにも該当すること。 ア 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II又はclass IIIであること。 イ 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。 ウ 来院から24時間以内に当該手術を開始すること。
K549 経皮的冠動脈ステント留置術 1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点	
K549 経皮的冠動脈ステント留置術 2 不安定狭心症に対するもの 24,380点	
以上の要件以外のものは以下のとおり K546 経皮的冠動脈形成術 3 その他のもの 19,300点 K549 経皮的冠動脈ステント留置術 3 その他のもの 21,680点	

※ 施設基準:1年間の件数を院内掲示するとともに地方厚生局長等に届け出ること。

122

1. 医療技術の評価及び再評価⑥

静脈麻酔の評価

- 長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置を実施する場合等、患者の安全を確保するため、より厳重な監視を行う必要があることから、静脈麻酔の評価体系を見直し、より手厚い静脈麻酔の体制の確保を推進する。
- 具体的には、下記の場合の静脈麻酔についての評価を新設する。
 - ① 常勤の麻酔科医が専従で静脈麻酔を実施した場合
 - ② 3才以上6才未満の幼児に対して実施した場合
 - ③ 実施時間が2時間を超える場合

【現行】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの	600点

【改定後】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)	600点
3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)	800点
注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。	
注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。	
	100点



※ 「複雑な場合」は、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

1. 医療技術の評価及び再評価⑦

長時間麻酔の評価

- 長時間にわたる麻酔管理は、患者への負担が大きくより厳重な管理が必要であり、かつ麻酔実施者にかかる負担も大きいいため、適切な管理体制が確保されている場合については、麻酔管理料(Ⅰ)の加算として評価を新設する。

【算定要件】

指定する手術のマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超える場合

【現行】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点

【改定後】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点
(新設)注 長時間麻酔管理加算	7,500点

【対象となる手術】

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

その他以下の区分番号の手術を対象とする。

K136-2、K151-2、K175-2、K379-2 2、K395、K558、K560 3イ、K560 3ロ、K560 3ハ、K560 5、K579-2 2、K581 3、K582 3、K584 2、K605-2、K605-4、K645、K675 5、K677-2 1、K697-5、K697-7、K801 1

1. 医療技術の評価及び再評価⑧

放射線治療の評価の見直し

➤ 照射回数を減らす治療法の新設及び評価の見直し

1回照射線量を増加することにより、照射回数を減らせる場合について、患者の時間的負担軽減につながることから、5年局所再発率等の差が無いということが示されている全乳房照射の場合について、加算を新設する。

【現行】

体外照射
高エネルギー放射線治療

【改定後】

体外照射
高エネルギー放射線治療 (新設)注2 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おいて、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

【1回線量増加加算に関する施設基準】

- 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。
- なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

➤ 術中照射や転移性骨腫瘍などに対する直線加速器による緩和的照射について、局所制御率の向上等の有効性が示されていることから、評価の見直しを行う。

【現行】

体外照射	
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	6,720点

【改定後】

体外照射	
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に 5,000点 を加算する。	
直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	8,000点

1. 医療技術の評価及び再評価⑨

免疫染色病理標本作製の評価

➤ 診断精度を向上させて適切な治療を行うため、4種類以上の抗体を用いて免疫染色(免疫抗体法)病理標本作製を実施した場合の加算(1,600点)が算定可能な疾患に、**肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)及び悪性黒色腫**を追加する。

現行

悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)	1,600点
---	--------

改定後

悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)、 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)又は悪性黒色腫	1,600点
---	--------

液状化検体細胞診加算の見直し

➤ 婦人科材料等による液状化検体細胞診について、検体の採取と同時にを行った場合に、前がん病変の検出率が向上するというデータが示されたため、算定要件の見直しを行う。

現行

液状化検体細胞診加算	85点
採取と同時に作成された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から 再度標本作製し、診断を行った場合に限り 算定できる。	

改定後

(新) 婦人科材料等液状化検体細胞診加算	18点
採取と同時にを行った場合に算定できる	

○検査の流れ

【現行】



【改定後】



2. 外科的手術等の適切な評価①

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	84,050点
骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(非生体)	14,770点	18,300点
動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	70,980点	81,720点
腓頭部腫瘍切除術 腓頭十二指腸切除術の場合	69,840点	77,950点

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	15,960点
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 部分切除	66,500点	60,170点
内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみなもの	12,220点	11,270点
帝王切開術 選択帝王切開	22,160点	20,140点

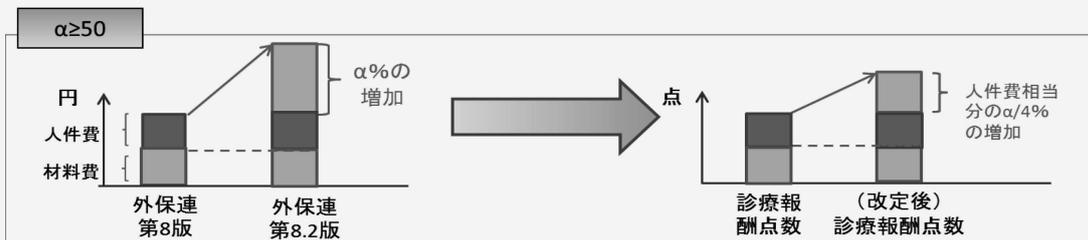
127

2. 外科的手術等の適切な評価②

手術料見直しの考え方

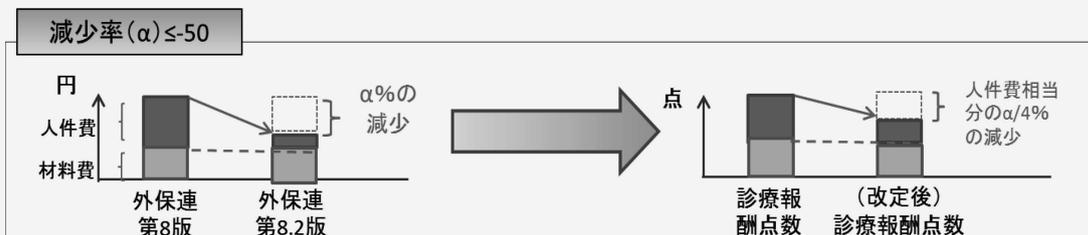
➤ 人件費が50%以上増加した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる増点を行った。



➤ 人件費が50%以上減少した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる減点を行った。



128

(参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

今般の改定で、医療技術評価分科会等からの提案等により施設基準が新設された又は見直しが図られたため、新たに届出が必要な手術について以下に示す。

K169 注1	頭蓋内腫瘍摘出術 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
K190-6.7	仙骨神経刺激装置植込術及び交換術	K649-2	腹腔鏡下胃吊り上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術
K260-2	羊膜移植術	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
K268の5	緑内障手術 緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K281-2	網膜再建術	K664	胃瘻造設術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	K699-2	体外衝撃波碎石破砕術
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K755-2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
K546	経皮的冠動脈形成術	K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	K804-2	腹腔鏡下尿管摘出術
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
K627-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術

2. 外科的手術等の適切な評価③

画像等手術支援加算の対象の明確化

➤ 画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、通知を明確化する。

画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。



画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、**3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで**、手術を補助する目的で用いることをいう。

心臓弁再置換術加算の対象の明確化

➤ K555 弁置換術の注に規定されている心臓弁再置換術加算について、弁置換術以外の弁置換を伴う術式を行った場合にも算定できる旨を明確化する。

K555	弁置換術	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	(注の新設)
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	(注の新設)



K555	弁置換術	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、 心臓弁再置換術加算として、所定点数にK555弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	

植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

➤ 植込型中心静脈カテーテルについて、中心静脈栄養だけでなく化学療法等も一般に広く行われていることから、その使用実態を踏まえて診療報酬上の名称等の見直しを行う。

現行
植込型カテーテルによる中心静脈栄養
中心静脈栄養用植込型カテーテル設置



改定後
植込型カテーテルによる中心静脈注射
中心静脈注射用植込型カテーテル設置

3. 先進医療会議からの保険導入①

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:一覽)(6技術)

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

現行	改定後
光トポグラフィー 670点 (脳外科手術の術前検査に使用)	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

131

3. 先進医療からの保険導入②

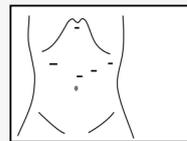
導入した技術の例

➤ (新) 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) 36,410点

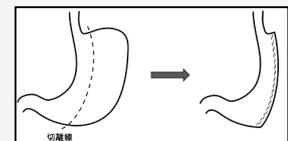
※ 自動縫合器を使用した場合は、所定点数に含まれる。

(技術の概要)

BMI 35以上で糖尿病等を合併する高度肥満の患者に対して、胃の一部を切除し、縮小する手術を腹腔鏡下に行うもの。効果として、糖尿病等の改善が期待できる。(BMI=体重 ÷ 身長²)



(図1) 皮膚の切開のイメージ
腹腔鏡を挿入する部分のみ傷ができる。大きな切開は必要ない。



(図2) 胃切除のイメージ
胃を部分的に切除する。残った胃はスリーブ(袖)状になる。

[施設基準]

- (1) 外科or消化器外科 + 内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科or糖尿病内科を標榜
- (2) 腹腔鏡使用の胃の手術を年間に20例以上
- (3) 外科or消化器外科の5年以上の経験 + 当該手術を術者として10例以上経験した常勤の医師が1名以上
- (4) 実施診療科に常勤の医師2名以上
- (5) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の診療5年以上の経験を有する常勤の医師1名以上
- (6) 常勤の麻酔科標榜医、常勤の管理栄養士、緊急手術体制、前年度の実績の届出
- (7) フォローアップ率(年に1回、体重、生活習慣病の重症度等を把握)が術後5年目で75%以上が望ましい

[算定要件]

- (1) 6か月以上の内科的治療によっても、十分な効果が得られずBMIが35以上、かつ、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症のうち1つ以上を合併
- (2) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の5年以上の経験を有する常勤の医師(手術を行う医療機関の医師に限る。)が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成
+手術の副作用等を含めて患者に説明、文書により提供
(+術後の継続的な治療を他の保険医療機関で行う場合、治療計画及び診療情報を文書により提供)
- (4) 手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄に記載

132

4. 胃瘻等について①

1. 胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算

- 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	6,070点*
(新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500点*

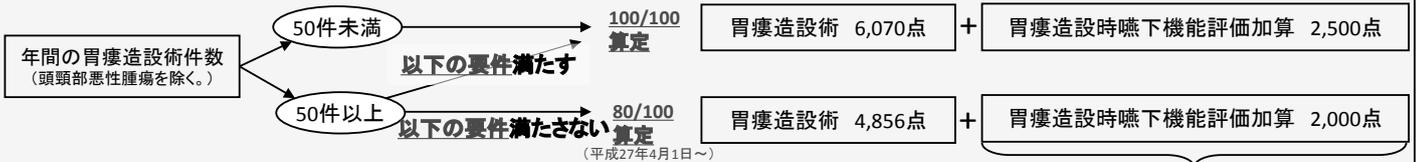
※ 要件を満たさない場合、80/100に減算(平成27年4月1日～)

[胃瘻造設術の留意事項]

- 胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明

- 胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者・家族に説明
- 他医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能等の情報提供を実施

(算定のイメージ)



(要件) (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

- 術前に**全例**に嚥下機能検査を実施 (嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
- 経口摂取回復率35%以上 (鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次々頁)

注) 下記患者を除く。

- 減圧ドレナージ目的
- 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患に限る。)
- 食道、胃噴門部の狭窄等
- 意識障害等があり検査が危険 (ただし、意識障害が回復し次第実施)
- 顔面外傷により嚥下が困難

経口摂取回復率の計算からも除く (嚥下機能とは無関係に胃瘻造設が必要な患者)

[留意事項]

- 術前に嚥下機能検査を実施した場合に算定
- 検査結果に基づき、十分に説明・相談

注) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。内視鏡下嚥下機能検査は所定の研修を修了した者が実施 (平成27年3月31日までは修了しなくても算定可)

(参考) DPC病院において、「胃瘻造設術が年間50件以上」は胃瘻造設術件数上位5%に相当する。(107病院が該当) (平成24年DPCデータより)

4. 胃瘻等について②

2. 経口摂取回復促進加算

- 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	185点
(新) 経口摂取回復促進加算	185点

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- 経口摂取回復率35%以上 (鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次頁) 等

[算定要件]

- 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算
- 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
- 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない。(胃瘻造設の判断のためのものを除く。) 等



- 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。

【現行】

胃瘻閉鎖術	12,040点
—	—

胃瘻閉鎖術	12,040点	※ 外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡操作等により胃瘻閉鎖を行った場合に算定
(新) 胃瘻抜去術	2,000点	※ 胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定

4. 胃瘻等について③

3. 計算方法、届出方法等

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数} + \text{紹介患者数}} = \frac{\text{「胃瘻抜去・閉鎖」又は「経鼻経管を抜去」かつ「1か月以上栄養方法が経口摂取のみ」}[1年以内注]}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」} + \text{紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」の患者(「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)}} \times 100$$

注)回復率は、鼻腔栄養導入又は胃瘻造設した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。

- 分子及び分母から除くもの**
- ① 1年以内※に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)
 - ② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者
 - ③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者 ※ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算
 - ④ 減圧ドレーナージ目的(消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
 - ⑤ 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
 - ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

(届出に関する取り扱い)
【通常の場合】 前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出
 (例)



【新規届出の場合】 直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。
 (例)

- ①平成26年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(平成25年4月～6月でも可)
- ②継続は、平成26年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断(平成25年1月～12月でも可)



5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設①

C2特材に係る技術料等の新設

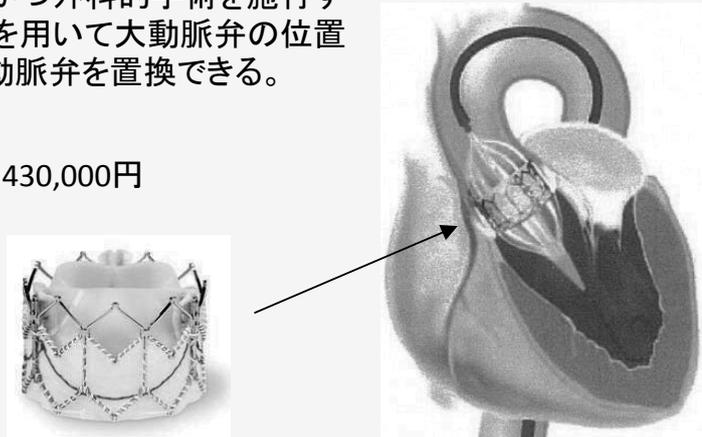
➤ C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料や管理料を新設する。

例)

現行		➡	改定後	
(所定点数を準用する技術) K556-2経皮的動脈弁拡張術	37,430点		(新) 経皮的動脈弁置換術	37,430点

技術の概要: 重度動脈弁狭窄を有し、かつ外科的手術を施行することができない患者に対し、カテーテルを用いて動脈弁の位置に人工弁を留置することで、低侵襲に動脈弁を置換できる。

関連する特定保険医療材料:
 182 バルーン拡張型人工生体弁セット 4,430,000円

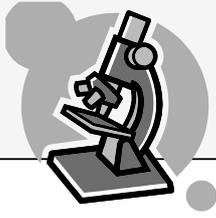


5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設②

E3検査に係る検査実施料の新設

➤ E3区分として保険収載され、現在準用点数で行われている検査について、新たに検査実施料を新設する。

- 例) (新) 結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点
 (新) 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点



体外診断用医薬品の保険適用申請区分の見直し

➤ 技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。

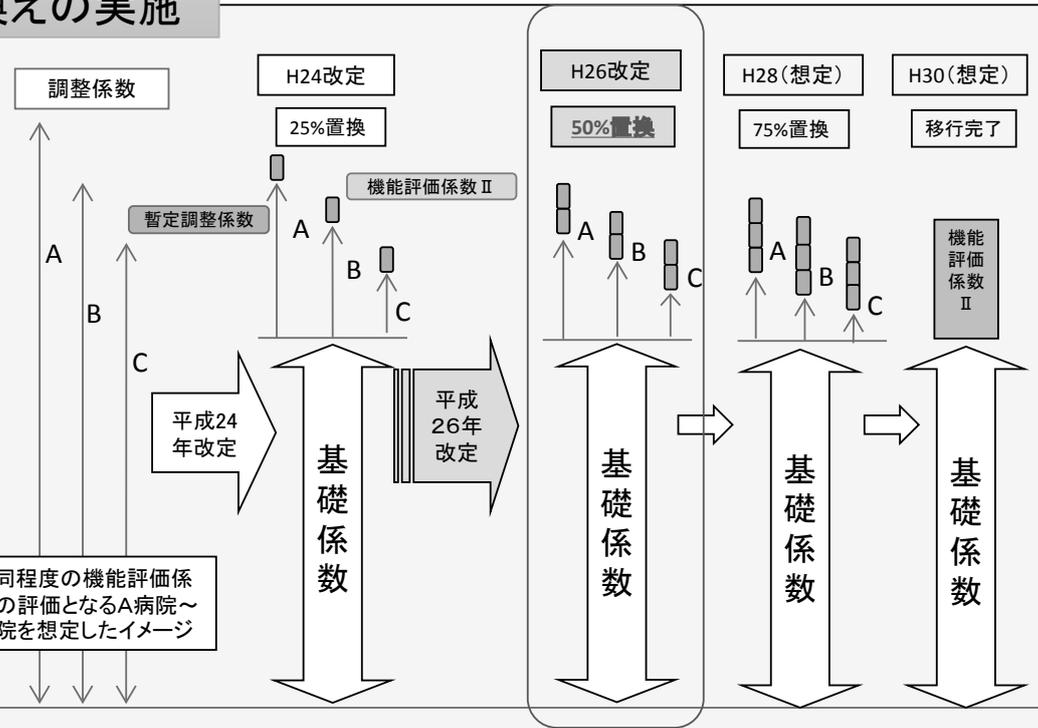
現行		⇒	改定後	
E1	測定項目、測定方法とも既存の品目		E1	測定項目、測定方法とも既存の品目
E2	測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目		E2	測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目
E3	測定項目が新しい項目		E3	測定項目が新しい項目 又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存検査項目

例：
 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-Nc16抗体（化学発光酵素免疫測定法（CLEIA法））
 ○既存法（ELISA法）と同等の感度・特異度を保ちながら、測定時間が約6分の1に短縮し、測定範囲の拡大による希釈再検回避等の臨床的意義の向上を実現。

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。



※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院～C病院を想定したイメージ

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意向(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日目に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。

全体の改定方針を踏まえた対応

短期滞在手術等入院料3に係る対応

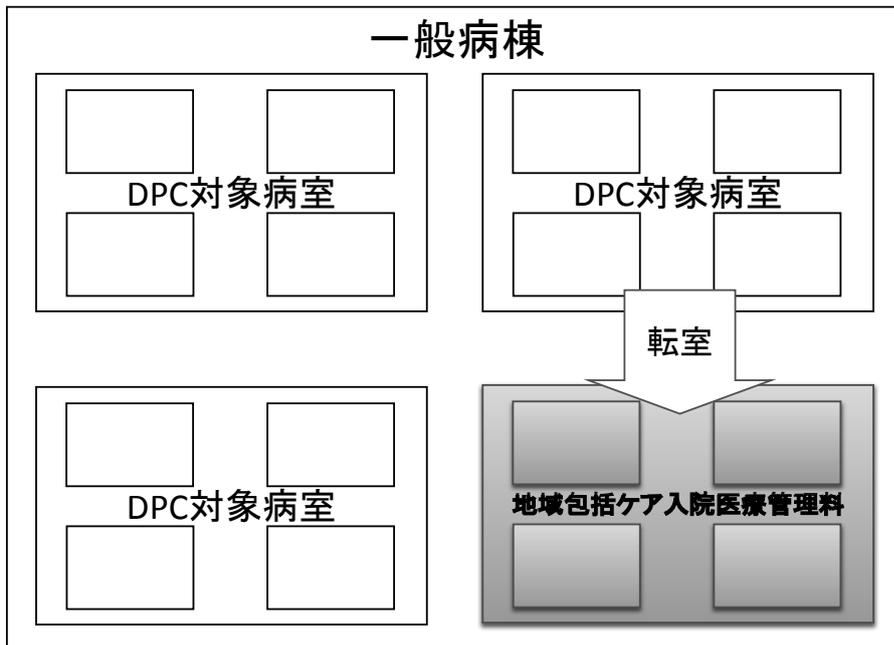
出来高報酬体系における「短期滞在手術等入院料3」の対象となる手術・処置等が従来の「小児ヘルニア手術」以外で多数追加されたことを踏まえ、DPC/ PDPSにおいて下記の対応を行う。

- ① 「厚生労働大臣が定める包括対象外の患者(5号告示)」における対応
 - ⇒ 当該告示において、短期滞在手術等入院料3の算定対象となる患者を包括対象外として定める。
- ② 「診断群分類点数表」における対応
 - ⇒ 当該診断群分類において、ほとんどの症例で「短期滞在手術等入院料3」によって算定されると考えられる診断群分類は、包括対象外とする。

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 臬径ヘルニア(15歳未満)
K633	ヘルニア手術 5 臬径ヘルニア(15歳以上)
K634	腹腔鏡下臬径ヘルニア手術
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
D237	終夜睡眠ポリグラフィ-1 携帯用装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィ-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-3 1及び2以外の場合
D291-2	小児アレルギー負荷検査
D413	前立腺針生検法

地域包括ケア入院医療管理料にかかる算定ルール

A308-3 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室する場合に適用される。



直前にDPC算定病床に入院してから転床した場合は、特定入院期間中についてDPC包括算定を継続する。

※ なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟する場合、療養病棟において地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合は、当該規定は適用されない。

141

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

142

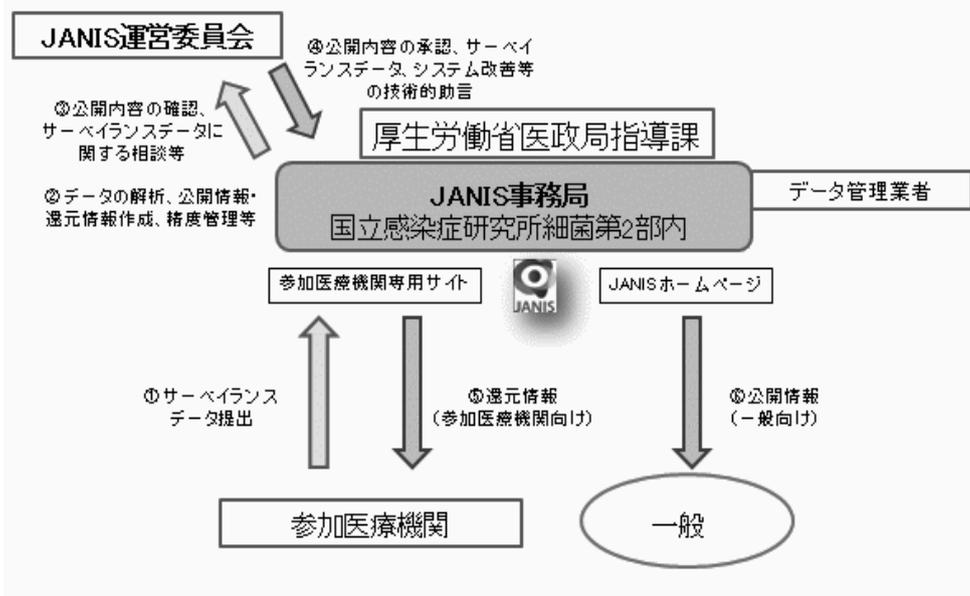
患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

感染防止対策加算の見直し

- 感染防止対策加算1について、院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業等の地域や全国のサーベイランスに参加していることを必須にする。

※平成26年3月31日に届け出ている場合は、平成27年3月31日までは本基準を満たしているものとする。

【JANISの運営体制（参考）】



143

明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
- 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合



400床未満の病院については、これを平成28年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。

その他の取組

- 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。
- 「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。

144

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 ※なお、平成28年4月以降も免除規定はあり
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて①

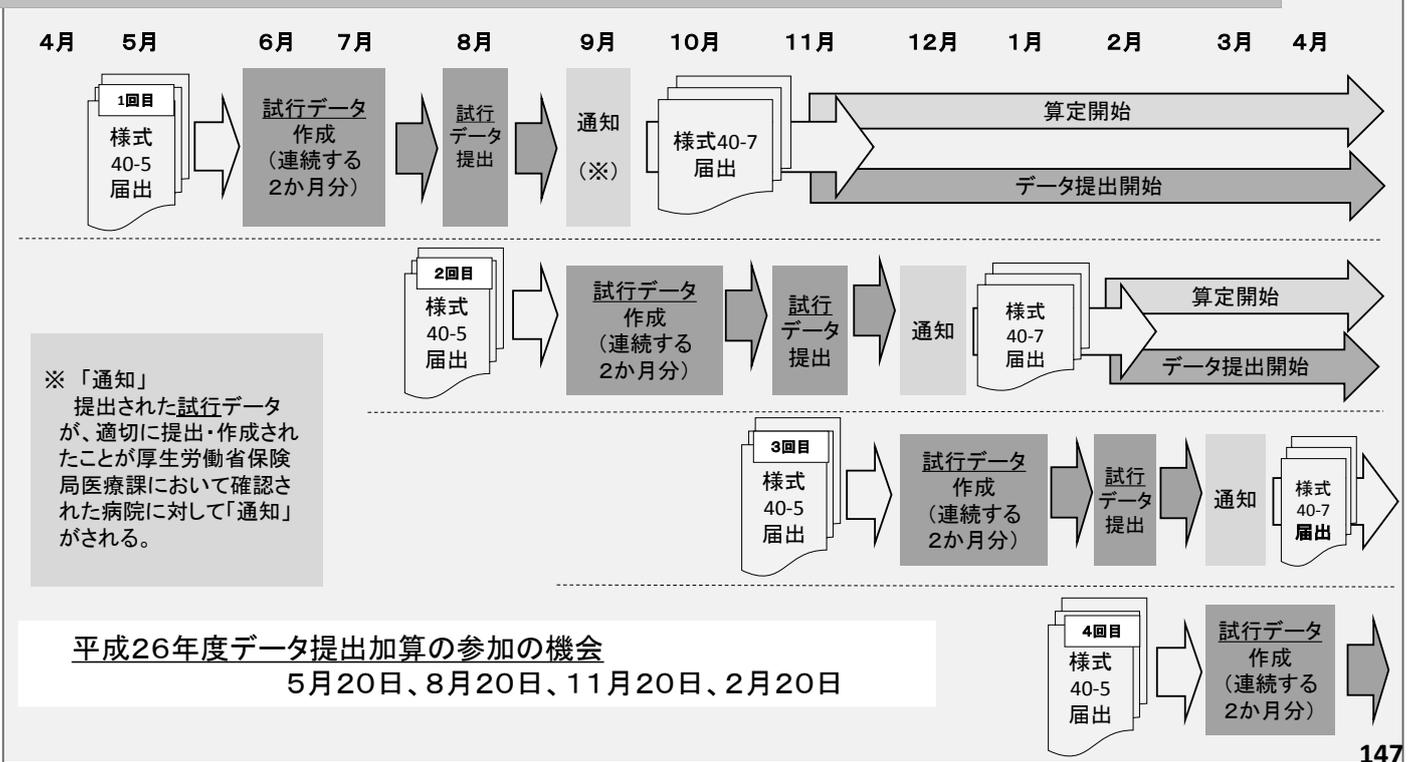
- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行	改定後
[データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回) イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点 [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回) イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点 【算定要件】 ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること(同等の体制を有している場合を含む)。 ・7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料(一般病棟に限る。)、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料(一般病棟に限る))を届け出ていること。等 【対象病棟】 ・一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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、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、短期滞在手術基本料3 【参加機会】 ・年1回(原則5月)	[データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回) イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点 [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回) イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点 【算定要件】 ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。等 【対象病棟】 ・ <u>全ての病棟(短期滞手術基本料1を除く)</u> 【参加機会】 ・年4回(5月20日、8月20日、11月20日、2月20日)

【経過措置】平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、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。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて②

データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【新たにデータ提出をする場合】



患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

診療録管理体制加算の見直し

▶ 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。

診療録管理体制加算(入院初日)

現行		改定後	
—	—	(新) 診療録管理体制加算1	100点
診療録管理体制加算	30点	診療録管理体制加算2	30点

[施設基準]

- ① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。
- ② 各退院患者の「氏名」、「生年月日」、「疾病名」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。
- ③ 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。

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。

149

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。

150

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。

151

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

152

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	160/100
時間外加算 1	80/100
深夜加算 1	160/100

※ 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

153

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	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
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	

(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	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100

[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。

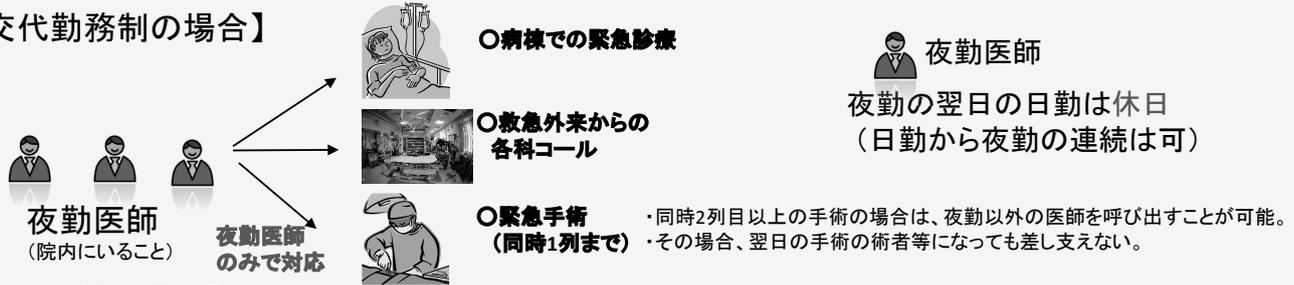
154

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準のイメージ

診療科ごとに、①から③までのいずれかを実施

【①交代勤務制の場合】



【②チーム制の場合】

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



【③時間外等の手術等に係る手当支給の場合】

1名以上の緊急呼び出し当番を置く



医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価④

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		改定後	
夜間看護補助者の配置	点数	夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点	(新) 25対1	35点
100対1	5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

- 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。
- 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
- 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
- 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⑤

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	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点

[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

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の適正化

➤ 衛生検査所検査料金調査における実勢価格に基づき、検体検査のうちインフルエンザウイルス抗原定性検査など約250項目の評価を見直す。

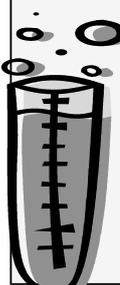
例)	インフルエンザウイルス抗原定性	150点	⇒	<u>149点</u>
	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115点		<u>112点</u>
	ビタミンC	330点		<u>320点</u>
	生化学検査 I 8~9項目	102点		<u>99点</u>



検体検査名称等の見直し

➤ 医学的な有用性等を踏まえ、検査名称の変更を行う。

1つの検査項目に、分析物の有無を判定する「定性検査」や分析物の量を精密に測定する「定量検査」など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合があることや医学的な有用性を踏まえ、検査名称の変更を行う。

	ノイラミニダーゼ	⇒	ノイラミニダーゼ 定性
	抗ミトコンドリア抗体定性	⇒	抗ミトコンドリア抗体 定性
	抗ミトコンドリア抗体定量		抗ミトコンドリア抗体 半定量
			抗ミトコンドリア抗体 定量

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	2,250点
-----------------	--------	---	-----------------	---------------

- 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		➡	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		イ 4時間未満の場合	2,030点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点		ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,195点
ハ 5時間以上の場合	2,340点		ハ 5時間以上の場合	2,330点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,255点		2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,245点

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。

161

医薬品の適正な評価

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

- 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 後
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新規)	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 ◆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。

162

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>

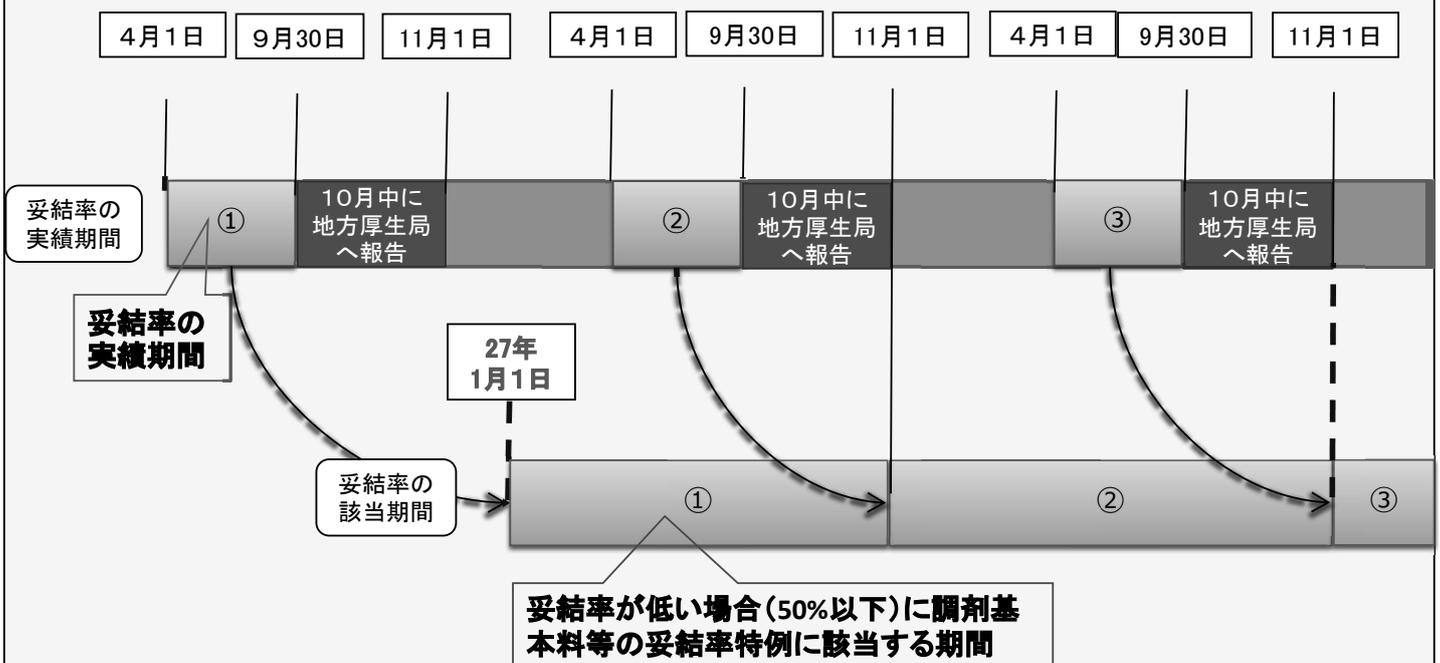
◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(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。

妥結率の特例の実績期間と該当期間



- 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薬局等とみなされる。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

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

消費税率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)	}	医科	+0.71%	(約2,200億円)
本体	+0.63%	(約2,600億円)		歯科	+0.87%	(約200億円)
薬価	+0.64%	(約2,600億円)		調剤	+0.18%	(約100億円)
材料	+0.09%	(約400億円)				

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%	

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。

<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。**

消費税8%への引上げに伴う対応②

1. 医科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
初診料	270点	(改)初診料	<u>282点</u>	(+12点)
再診料	69点	(改)再診料	<u>72点</u>	(+3点)
外来診療料	70点	(改)外来診療料	<u>73点</u>	(+3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	(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】		【個別項目】		
外来リハビリテーション診療料1	69点	(改)外来リハビリテーション診療料1	<u>72点</u>	(+3点)
外来放射線照射診療料	280点	(改)外来放射線照射診療料	<u>292点</u>	(+12点)
在宅患者訪問診療料1	830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。

167

消費税8%への引上げに伴う対応③

2. 歯科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
歯科初診料	218点	(改)歯科初診料	<u>234点</u>	(+16点)
歯科再診料	42点	(改)歯科再診料	<u>45点</u>	(+3点)
【個別項目】		【個別項目】		
歯科訪問診療料1	850点	(改)歯科訪問診療料1	<u>866点</u>	(+16点)

3. 調剤報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
調剤基本料	40点	(改)調剤基本料	<u>41点</u>	(+1点)
【個別項目】		【個別項目】		
一包化加算(56日分以下)	30点	(改)一包化加算(56日分以下)	<u>32点</u>	(+2点)
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40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		改定後		うち、消費税 対応分
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円	(改)訪問看護管理療養費 (初日)	<u>7,400円</u>	(+100円)

168

革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価

1. 経緯等

- 中医協において、革新的な医療技術の取り扱いを議論した際等に、「医療保険制度において費用対効果の議論を行っていくべき」との指摘が複数回あった。
→（平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見）
“保険適用の評価に際し費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行う”
- 平成24年5月から議論が始まり、これまで15回開催したところ。
 - 平成25年11月6日「議論の中間的な整理」総会報告
 - 平成26年1月15日「費用対効果評価の今後の検討について」総会報告
“医療技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入する時期については、(中略)、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”
 - 平成26年2月12日「平成26年度診療報酬改定について 附帯意見」
“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”

2. 平成26年度以降の検討内容

- (1)企業からのデータ・分析の提出に基づく具体例を用いた検討
 - ①分析の手法、具体的な評価の活用手法
 - ②ガイドライン等
 - ③評価 (appraisal)
- (2)評価対象技術の範囲
- (3)実施体制等
- (4)費用対効果評価の導入時期

経過措置等について①

項目	経過措置
1 特定除外の見直し①	・平成26年9月30日までは、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)等において、特定入院基本料を算定できる。
2 特定除外の見直し②	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成27年9月30日までの間、療養病棟の算定を届け出た病棟の2室4床に限り、出来高算定を認める。【経過措置利用のために届出必要】
3 特定除外の見直し③	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成26年3月31日に入院している患者は、当分の間、医療区分を3とみなす。
4 7対1入院基本料等の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
5 救命救急入院料の看護必要度、がん専門病院の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。
6 看護補助加算1の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
7 7対1入院基本料等の自宅等退院患者割合について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
8 7対1入院基本料等のデータ提出加算の届出要件の追加について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
9 ICUの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは新ICU3又は新ICU4の看護必要度の基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
10 HUCの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなし、4,584点を算定できる。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、HUC1又はHUC2の届出が必要。
11 総合入院体制加算の見直しについて	・総合入院体制加算2を新規に届け出る場合は、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行っていない医療機関であること。
12 A302及びA303(新生児の受け入れ要件)の見直しについて	・平成26年3月31日にまでに届出を行っている治療室は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。
13 A212(超重症児等入院診療料加算)の見直しについて	・平成27年4月1日適用

経過措置等について②

	項目	経過措置
14	療養病棟等の経過措置の廃止について	・経過措置を削除
15	(地域包括ケア病棟)亜急性期入院管理料の廃止について	・平成26年3月31日までに届出を行っている病室は、平成26年9月30日までは算定できる。
16	地域包括ケア病棟(内法の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用 なお、平成27年3月31日までに届出たものについては壁芯でよいこととする。
17	地域包括ケア病棟(データ提出加算の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
18	地域包括ケア病棟の看護師等配置基準について	・平成27年3月31日までの間は必要人数の5割未満であれば看護師を看護補助者とみなすものとする。
19	地域包括ケア病棟の在宅復帰率の実績について	・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27年3月31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。
20	休日リハビリテーションの要件見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っているところで休日リハビリテーション加算の届出をしていないところは、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
21	回復期リハビリテーション入院基本料1の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
22	常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置について	・病院に限り、常勤管理栄養士確保に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長。
23	栄養管理実施体制を満たさない病院の減算について	・平成26年7月1日から適用(届出が必要)
24	有床診療所4～6の届出について	・平成26年3月31日までに有床診療所入院基本料1、2又は3を算定していた有床診療所であれば、新たな届出をせずとも、それぞれ新有床診療所入院基本料4、5又は6を引き続き算定することができる。
25	主治医機能の評価(研修要件の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用

171

経過措置等について③

	項目	経過措置
26	大病院の紹介率・逆紹介率の見直しについて	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
27	大病院の紹介率・逆紹介率の30日処方制限について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
28	機能強化型在支診等の要件の見直しについて	・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日まで基準を満たすとみなす。
29	機能強化型在支診等(強化型)の見直しについて	・上記のうち、単独で在支診等の要件を満たす場合は、過去半年の実績が必要要件を満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
30	機能強化型在支診等(連携型)の見直しについて	・連携型が強化型とあわせて、過去半年の実績が必要要件を満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
31	維持期リハビリテーションの経過措置の延長について	・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。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。
32	抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ薬の多剤処方の適正化について	・平成26年10月1日から適用(ただし、非定型抗精神病薬加算の見直しは経過措置なし。精神科継続外来支援・指導料は平成26年9月30日まで従前の例による。)
33	院内感染サーベランス(JANIS)事業への参加要件について	・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保険医療機関は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
34	胃瘻造設術の減算規定及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定について	・胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定は、平成27年4月1日から適用。(届出が必要)
35	胃瘻造設時嚥下機能評価加算(内視鏡下嚥下機能検査を実施する際の研修規定)の取り扱いについて	・胃瘻造設時嚥下機能評価加算については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
36	データ提出加算の対象病棟の拡大について	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

172

経過措置等について④

	項目	経過措置
37	明細書の無償発行義務化に係る取り扱いについて	・400床未満の病院について、平成28年4月1日から明細書の無料発行を義務化。
38	内法による測定の取り扱いについて	・平成27年4月1日から適用。 なお、平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、当該病棟の増築等を行うまでの間は基準を満たすものとみなす。
39	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の見直し等について	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
40	精神科訪問看護の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
41	看護必要度加算の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
42	ADL維持向上等加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
43	体制強化加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
44	精神療養病棟の医師配置と看護師配置の要件について	・看護配置25:1(平成30年3月31日までは看護配置30:1)を満たす場合は、医師法施行規則の医師員数配置の要件は除外。
45	ADL維持向上等加算の施設基準(アウトカム評価)について	・ADLの評価について、平成27年3月31日までの間は、BIの代わりに「DPC入退院時のADLスコア」による届出を認める。 ・「DPC入退院時のADLスコア」を用いて届け出た場合、平成27年4月1日以降も算定する場合には、BIによる評価を行った上で届出が必要。
46	褥瘡の研修要件について	・平成26年9月30日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

173

施設基準の届出について

お願い

- 平成26年4月1日から算定を行うためには、平成26年4月14日(月曜日)必着までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので ご注意ください。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



174

改定に伴う施設基準の
届出について

平成 26 年度診療報酬改定に伴う施設基準の届出等について

平成 26 年 3 月 10 日現在

第 1 施設基準創設により算定するに当たり届出が必要なもの

新たに施設基準が創設されたことにより、平成 26 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【基本診療料】

- 1 地域包括診療加算
- 2 入院基本料及び特定入院料の栄養管理体制に関する基準を満たすことができないことに係る減算（様式 5 及び 6）（平成 24 年 3 月 31 日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、栄養管理体制の経過措置に該当する保険医療機関に限る。）
〔平成 26 年 7 月 1 日以降に算定する場合に限る。〕
- 3 一般病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算（13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料に限る。）
- 4 一般病棟入院基本料の注 11 に掲げる療養病棟入院基本料 1（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料に限る。）
〔平成 26 年 10 月 1 日以降に算定する場合に限る。〕
- 5 一般病棟入院基本料の注 12 に掲げる A D L 維持向上等体制加算（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料に限る。）（※ 1）（※ 2）
- 6 療養病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算（療養病棟入院基本料 2 に限る。）
- 7 療養病棟入院基本料の注 10 に掲げる在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料 1 に限る。）
- 8 結核病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算
- 9 精神病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算
- 10 精神病棟入院基本料の注 7 に掲げる精神保健福祉士配置加算
- 11 特定機能病院入院基本料の注 9 に掲げる療養病棟入院基本料 1（一般病棟に限る。）
〔平成 26 年 10 月 1 日以降に算定する場合に限る。〕
- 12 特定機能病院入院基本料の注 10 に掲げる A D L 維持向上等体制加算（一般病棟に限る。）
（※ 1）（※ 2）
- 13 専門病院入院基本料の注 8 に掲げる療養病棟入院基本料 1
〔平成 26 年 10 月 1 日以降に算定する場合に限る。〕
- 14 専門病院入院基本料の注 9 に掲げる A D L 維持向上等体制加算（7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。）（※ 1）（※ 2）
- 15 障害者施設等入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算
- 16 有床診療所入院基本料 1, 2 及び 3
- 17 有床診療所入院基本料の注 6 に掲げる看護補助配置加算 1 又は 2
- 18 有床診療所入院基本料の注 10 に掲げる栄養管理実施加算
- 19 有床診療所療養病床入院基本料の注 10 に掲げる栄養管理実施加算

- 20 総合入院体制加算 1
- 21 診療録管理体制加算 1
- 22 医師事務作業補助体制加算 1
- 23 急性期看護補助体制加算の注 2 に掲げる夜間25対 1 急性期看護補助体制加算
- 24 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注 2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 25 退院調整加算の注 3（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 26 新生児特定集中治療室退院調整加算 3
- 27 特定集中治療室管理料 1 又は 2
- 28 ハイケアユニット入院医療管理料 1
- 29 回復期リハビリテーション病棟入院料の注 5 に掲げる体制強化加算（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 に限る。）（※3）
- 30 地域包括ケア病棟入院料（※4）（※5）
- 31 地域包括ケア病棟入院料の注 2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 32 地域包括ケア病棟入院料の注 3 に掲げる看護職員配置加算
- 33 地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算
- 34 精神科急性期治療病棟入院料の注 4 に掲げる精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料 1 に限る。）
- 35 精神療養病棟入院料の注 6 に掲げる精神保健福祉士配置加算
- 36 特定一般病棟入院料の注 7（※4）

（※1）常勤医師の研修修了に係る要件については、平成27年4月1日に適用されるため、同日以降も引き続き算定する場合は、要件を満たした上で改めて届出が必要。

（※2）アウトカム評価に係る要件については、平成27年3月31日まではDPCにおける入退院時のADLスコアを用いた評価であっても要件を満たすものとされる。ただし、平成27年4月1日以降も引き続き算定する場合は、要件を満たした上で改めて届出が必要。

（※3）専従の常勤医師の研修修了に係る要件については、平成27年4月1日に適用されるため、同日以降も引き続き算定する場合は、要件を満たした上で改めて届出が必要。

（※4）データ提出加算の届出に係る要件については、平成27年4月1日に適用されるため、同日以降も引き続き当該入院料を算定する場合は、同加算の届出が必要。

（※5）平成26年3月31日時点で7対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成27年3月31日までは在宅復帰率の要件を満たすものとされる。ただし、平成27年4月1日以降も引き続き算定する場合は、在宅復帰率の要件を満たした上で改めて届出が必要。

【特掲診療料】

- 1 心臓ペースメーカー指導管理料の注 4 に掲げる植込型除細動器移行期加算
- 2 がん患者指導管理料 2
- 3 がん患者指導管理料 3
- 4 外来緩和ケア管理料の注 4（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
- 5 糖尿病透析予防指導管理料の注 4（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

- 6 地域包括診療料
- 7 在宅療養実績加算（別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所《機能強化型以外のもの》及び別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院《機能強化型以外のもの》に限る。）
- 8 在宅療養後方支援病院
- 9 在宅患者訪問褥瘡管理指導料（※）
- 10 持続血糖測定器加算
- 11 在宅かかりつけ歯科診療所加算
- 12 HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
- 13 光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定する場合）
- 14 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
- 15 乳房用ポジトロン断層撮影
- 16 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の注5
- 17 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の注5
- 18 経口摂取回復促進加算
- 19 認知症患者リハビリテーション料
- 20 歯科口腔リハビリテーション料2
- 21 精神科重症患者早期集中支援管理料
- 22 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1
- 23 磁気による膀胱等刺激法
- 24 CAD/CAM冠
- 25 脳腫瘍覚醒下マッピング加算
- 26 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
- 27 羊膜移植術
- 28 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
- 29 網膜再建術
- 30 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）
- 31 経皮的冠動脈形成術
- 32 経皮的冠動脈ステント留置術
- 33 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
- 34 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
- 35 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 36 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 37 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 38 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
- 39 体外衝撃波腓石破碎術
- 40 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 41 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 42 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
- 43 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

- 44 胎児胸腔・羊水腔シャント術
- 45 手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1
- 46 胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
〔平成27年4月1日以降に、所定点数の100分の100を算定する場合に限る。〕
- 47 貯血式自己血輸血管理体制加算
- 48 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
〔平成27年4月1日以降に、所定点数の100分の100を算定する場合に限る。〕
- 49 1回線量増加加算
- 50 口腔病理診断管理加算
- 51 調剤基本料の特例

（※）在宅褥瘡管理者に係る研修要件については、要件を満たしていない場合でも平成26年9月30日までは要件を満たすものとされる。ただし、平成26年10月1日以降に引き続き引き続き算定する場合は、要件を満たした上で改めて届出が必要。

第2 届出直しが必要となるもの

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

【基本診療料】

- 1 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕（※）
- 2 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る。）
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕（※）
- 3 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕（※）
- 4 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1又は2
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 5 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算1又は2
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 6 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1又は2
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 7 急性期看護補助体制加算
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 8 看護職員夜間配置加算
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 9 看護補助加算1（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料に限る。）
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕

- 10 感染防止対策加算 1
〔平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 11 データ提出加算
〔平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 12 救命救急入院料 2 又は 4
〔平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 13 特定集中治療室管理料 3 又は 4
〔平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 14 ハイケアユニット入院医療管理料 2
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 15 新生児特定集中治療室管理料 1 又は 2
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 16 総合周産期特定集中治療室管理料のうち、新生児集中治療室管理料
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 17 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 18 精神科救急入院料
- 19 精神科救急・合併症入院料
- 20 精神療養病棟入院料

(※) データ提出加算の届出に係る要件については、同加算の届出をしていない場合でも平成27年3月31日までは要件を満たすものとされる。ただし、平成27年4月1日以降も引き続き当該入院基本料を算定する場合は、同加算の届出が必要。

【特掲診療料】

- 1 別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所《機能強化型（単独型）》
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕 (※)
- 2 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所《機能強化型（連携型）》
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕 (※)
- 3 別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院《機能強化型（単独型）》
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕 (※)
- 4 別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院《機能強化型（連携型）》
〔平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕 (※)
- 5 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
- 6 基準調剤加算
- 7 後発医薬品調剤体制加算

(※) 平成26年9月30日の時点で、過去6月間の実績が必要要件を満たしているとして届け出た医療機関は、平成27年3月31日までは、実績の要件を満たしているものとして取り扱う。ただし、平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合には、要件を満たした上で改めて届出が必要。

第 3 名称が変更されたが、届出直しは必要でないもの

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成 26 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

【基本診療料】

1	有床診療所入院基本料 1	→	有床診療所入院基本料 4
2	有床診療所入院基本料 2	→	有床診療所入院基本料 5
3	有床診療所入院基本料 3	→	有床診療所入院基本料 6
4	総合入院体制加算	→	総合入院体制加算 2
5	診療録管理体制加算	→	診療録管理体制加算 2
6	新生児特定集中治療室退院調整加算	→	新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2
7	短期滞在手術基本料 1	→	短期滞在手術等基本料 1
8	短期滞在手術基本料 2	→	短期滞在手術等基本料 2
9	医師事務作業補助体制加算	→	医師事務作業補助体制加算 2

【特掲診療料】

1	がん患者カウンセリング料	→	がん患者指導管理料 1
---	--------------	---	-------------

第 4 その他新たに報告が必要であるとされたもの

【毎年 10 月に報告をする必要があるもの】

内 容	対 象
妥結率の割合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 許可病床数が 200 床以上の病院 ・ 保険薬局
紹介率・逆紹介率の割合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 ・ 許可病床数が 500 床以上の地域医療支援病院 ・ 上記以外の許可病床数が 500 床以上の病院（一般病床数が 200 床未満の病院を除く）

届出に係る周知事項等

1 円滑な届出の受付に関するお願い

(1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福 井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0019 福井市春山 1-1-54 福井春山合同庁舎 7F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋 賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0056 大津市末広町 1-1 日本生命大津ビル 4F	077-526-8114	077-526-8116
京 都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町 691 りそな京都ビル 5F	075-256-8681	075-256-8684
大 阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8F	06-4791-7316	06-4791-7355
兵 庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒650-0023 神戸市中央区栄町通 1-2-7 大同生命神戸ビル 8F	078-325-8925	078-325-8928
奈 良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町 1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル 2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市三木町台所町 7 三井住友海上和歌山ビル 4F	073-421-8311	073-421-8315

※ 近畿厚生局福井事務所は、平成 26 年 2 月 10 日(月)より上記の住所に移転しております。

(2) 施設基準等の届出方法

- ① 施設基準等の届出については「郵送」でお願いします。
- ② 4 月 1 日から算定を行うためには、「4 月 14 日(月)必着」までに届出が必要となりますのでご注意ください。
- ③ 締切日直前に届出が集中することが予想されます。速やかな審査のため、まとめて提出するのではなく、早期に届出できるものはその都度にご提出いただくようお願いします。
- ④ FAX での届出書及び添付書類の提出は認められません。
- ⑤ 添付資料について、通知や届出様式で定めているものを忘れず提出してください。
- ⑥ 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。

また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)

・厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>

・近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>

- ⑦ 届出書の提出前にももう一度施設基準通知等を確認し、内容に漏れや誤りがないか十分チェックをしてください。(※次ページのチェックリストを活用してご確認ください。)
- ⑧ 複数の施設基準等を同時に届けた場合であっても、審査を終えた届出書からそれぞれ別々に受理通知を送付することがありますので、あらかじめご了承ください。

★チェックリスト★

「届出書」を添付していますか。

※「届出書」…基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに添付が必要です。

「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

施設基準通知や届出様式に記載されている必要な「添付書類」をすべて添付していますか。

「届出書」及び「添付書類」を正副2通セットしていますか。

2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

① 診療報酬改定内容に関するご質問は、所定の疑義照会票（※近畿厚生局ホームページに掲載）に必要事項をご記入の上、**「郵便又はFAX」**にて各事務所へお送りください。

※ 照会にあたって、**告示・通知をよく確認したうえ**でご質問ください。告示・通知は厚生労働省ホームページに掲載しています。

※ FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。

※ 電話による照会は、できる限り控えて頂くようご協力願います。

② 回答は、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。

③ 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承願います。

3 その他の周知事項

(1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険医療機関・保険薬局の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 従事者等を含め、届出した内容に変更が生じたときは速やかに変更届を提出してください。また、円滑な処理のため、変更届の提出の際には、「届出書」（別添7又は別添2）の上方余白に変更が生じた具体的な内容を明記していただくようお願いします。

（記載例）

- ・従事者に変更が生じた場合・・・「従事者変更」
- ・使用機器に変更が生じた場合・・・「機器変更」 等

- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きをしてください。なお、辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。

（記載例）

- ・運動器リハビリテーション料：〇月〇日付で専従の理学療法士が退職したため。
- ・後発医薬品調剤体制加算：平成〇年〇月～平成〇年〇月分の実績が〇%を下回り、要件を満たさなくなったため。

- ④ 施設基準の届出を行った保険医療機関等は、**毎年7月1日現在**で届出書の記載事項について報告しなければなりません。（詳しくは、7月上旬の近畿厚生局ホームページでお知らせします。）

(2) 施設基準に係る年間実績等の報告の取扱いについて

- ① 平成26年4月以降の算定にあたり、前年の実績等が要件を満たしていることを必要とする施設基準については、告示・通知を確認のうえ、要件を満たしていることを確認してください。そのうえで、次のアについては、適宜、報告書を提出してください。（詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。）

ア. 平成26年3月31日までに近畿厚生局へ報告が必要な施設基準

- ・地域歯科診療支援病院歯科初診料

イ. 上記アのほか手術件数等の年間実績が継続算定の要件となっている施設基準

当該要件と昨年の実施件数等の実績を照らし合わせ、要件を満たしていることを確認の上、平成26年4月以降の算定をしてください。

- ② 要件を満たさないことが判明した場合、速やかに届出の辞退又は変更の届出をしてください。

(3) 手術件数等の院内掲示について

- ① 手術の施設基準で、昨年1年間の実施件数の掲示が要件とされているものについて、昨年1年間の件数が0件であっても、「0件」として掲示しなければなりません。
- ② その他の院内掲示が施設基準の要件とされているものについては、告示、通知を確認の上、保険医療機関等内の見やすい場所に掲示してください。

(4) 入院診療計画の作成上の留意点について

- ① 医師、看護師等の関係職種が共同して総合的な診療計画を策定する必要があります。
- ② 記載項目については、通知に定められた項目（病名、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）を網羅しなければなりません。
- ③ 記載する内容については、画一的なものにならないよう、個々の患者ごとに具体的でわかりやすい表現としてください。

(5) 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

- ① 療養の給付と直接関係ないサービス（例：おむつ、病衣貸与等）の提供は、患者の選択により行われるものです。
- ② その選択に資するため、次の点に留意してください。
 - ア. サービスの内容、料金を施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
 - イ. 患者に対して、費用徴収を行うサービスの内容、料金等について、明確かつ懇切に説明し、その同意を確認しなければなりません。
 - ウ. 同意の確認は、費用徴収を行うサービスの内容・料金を明示した文書に、患者の署名を受けることにより行う必要があります。
- ③ また、患者から費用の徴収をすることが認められてないもの（例：シーツ代、冷暖房代、おむつの処理費用等）があります。
※ 詳細については、通知「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（最終改正：平成20年5月8日付け保医発0508001号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

(6) 保険医の登録について

保険医の登録がされていない例が見受けられます。保険医療機関におかれては、保険医の登録状況の確認を適切に行ってください。

(7) 酸素の価格の算定について

- ① 酸素の費用については、原則として、前年の酸素の購入実績（酸素の対価）に基づいて算出した額により請求することとされています。
今般の消費税率引き上げに関し、平成25年1月1日から平成26年3月31日の間の購入実績については、それらの実績に105分の108(108/105)を乗じて得た額（1円未満四捨五入）を酸素の対価とすることとされました。
このため、4月以降の請求にあたっては、当該酸素の対価を用いて算出した額を、請求額とするようお願いします。
- ② 酸素を使用して診療する保険医療機関は、毎年、4月1日以降の診療報酬の請求に用いる酸素の単価等、必要な事項を毎年2月15日までに届出する必要があります。未提出の場合は速やかに提出してください。（詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。）

保険診療の理解のために（医科）

保険医、保険医療機関の責務

○ 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うにあたっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）』の規定を遵守し
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること。

○ 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は、医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。
- 診断の都度、必要な事項を、診療録に記載すること。

○ 「療養担当規則」の重要性、遵守義務

「療養担当規則」は、保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき重要でかつ保険医の根本となる事項が定められているので、今一度、「療養担当規則」を読み返し、遵守に努めること。

平成 26 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

【照会元】	① 照会日	月 日	【宛先】	↓ ○をした事務所等	
② 病院・診療所・薬局の名称			⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所) FAX:0776-25-5375	
③ 医療機関・薬局コード				・ 滋賀(滋賀事務所) FAX:077-526-8116	
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)				・ 京都(京都事務所) FAX:075-256-8684	
⑤ ご担当者氏名				・ 大阪(指導監査課) FAX:06-4791-7355	
⑥ ご連絡先	・ 電話 (— —) ・ FAX (— —)			・ 兵庫(兵庫事務所) FAX:078-325-8928	
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット閲覧環境 (※いずれかに○)		有 ・ 無	・ 奈良(奈良事務所) FAX:0742-25-5522
					・ 和歌山(和歌山事務所) FAX:073-421-8315

★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他()	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他()		

★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例：A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

★ 手順4 この照会票を、郵送又はFAXにて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。
 ※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。
 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承願います。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他()
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日

