

## 個別改定項目について

### 重点課題１ 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１－１ 入院医療について

##### 重点課題１－１－１ 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価について

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

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

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

##### 重点課題１－１－３ 急性期後・回復期（亜急性期入院医療管理料等）の病床の充実と機能に応じた評価について

- 地域包括ケアを支援する病棟の評価・・・・・・・・・・ 25
- 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し・・・・・・・・・・ 28

##### 重点課題１－１－４ 地域の実情に配慮した評価について

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

##### 重点課題１－１－５ 有床診療所における入院医療の評価について

- 有床診療所の機能に着目した評価・・・・・・・・・・ 35

#### 重点課題１－２ 外来医療の機能分化・連携の推進について

- 主治医機能の評価（その１）・・・・・・・・・・ 42

- 主治医機能の評価（その２）・・・・・・・・・・ 46

- 大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化・・・・・・・・・・ 49

#### 重点課題１－３ 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

- 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価・・・・・・・・・・ 51

- 在宅療養における後方病床の評価・・・・・・・・・・ 53

在宅不適切事例の適正化	55
機能強化型訪問看護ステーションの評価	63
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	65
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	66
<b>在宅における褥瘡対策の推進</b>	<b>68</b>
在宅自己注射指導管理料の見直し	70
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	71
在宅歯科医療の推進等	72
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	78
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	84
<b>重点課題 1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について</b>	
医療機関相互の連携等について	86
<b>維持期リハビリテーションの評価</b>	<b>87</b>
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	90
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	92

## I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

### I-1 緩和ケアを含むがん医療の推進について

がん患者指導管理の充実	94
外来化学療法の評価の見直し	97

### I-2 精神疾患に対する医療の推進について

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

### I-3 認知症への対策の推進について

<b>認知症対策の推進</b>	<b>117</b>
-----------------	------------

### I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

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

## I-5 リハビリテーションの推進について

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

## I-6 歯科医療の推進について

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

## I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

薬学的管理及び指導の充実について	157
------------------	-----

## I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価	160
医療技術の評価及び再評価	164
画像撮影診断料等の見直し	167
先進医療からの保険導入	169
胃瘻等について	171

## I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	175
-----------------------	-----

## I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

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

## **II 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**

### II-1 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について

患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	191
患者の視点に立った歯科医療	193
明細書の無料発行の促進	194
DPCのデータ提出等に係る評価	195

## Ⅱ－２ 診療報酬点数表の平易化・簡素化

診療報酬点数表の簡素化	198
医科点数表の解釈の明確化	199

## Ⅱ－３ 入院中の ADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告	205
------------------------	-----

## **Ⅲ 医療従事者の負担を軽減する視点**

### Ⅲ－１ 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し	207
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	210
夜間における看護補助者の評価について	211
月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	212
医師事務作業補助者の評価	214

### Ⅲ－２ チーム医療の推進について

チーム医療の推進について	215
--------------	-----

## **Ⅳ 効率化余地がある分野を適正化する視点**

### Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進策について

後発医薬品の使用促進策について	218
-----------------	-----

### Ⅳ－２ 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

### Ⅳ－３ 平均在院日数の減少等について

平均在院日数減少等の取組の評価	221
-----------------	-----

### Ⅳ－４ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

検体検査実施料の適正化について	222
-----------------	-----

透析医療に係る評価の適正化	223
---------------	-----

うがい薬だけを処方する場合の取扱い	225
-------------------	-----

### Ⅳ－５ 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

調剤報酬等における適正化・合理化	226
------------------	-----

## **Ⅴ 消費税率 8%への引上げに伴う対応**

消費税率 8%への引上げに伴う対応	232
-------------------	-----

## 看護配置の手厚い病棟における基準の見直し

骨子【重点課題 1-1-1-(1)】

### 第 1 基本的な考え方

病床の機能分化を図る観点から、7対1一般病棟入院基本料を算定する病棟をはじめとする急性期を担う病棟について以下のような見直しを行う。

### 第 2 具体的な内容

1. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、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以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。なお、下記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

(1) 90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

(2) 90 日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及び ADL 区分を用いた包括評価）とする。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料（7 対 1、10 対 1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟 7 対 1、10 対 1）、専門病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、13 対 1）】 特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働	【一般病棟入院基本料（7 対 1、10 対 1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟 7 対 1、10 対 1）、専門病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、13 対 1）】 <u>届出を行った病棟については、</u> 当該病棟に 90 日を超えて入院する

大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者については、特定入院基本料として939点を算定する。	患者については、 <u>区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例</u> により算定する。
--	---

[経過措置]

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

2. 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、「一般病棟用の重症度・看護必要度」という名称を「一般病棟用の重症度、**医療・看護必要度**」と変更するとともに、**急性期患者の特性を評価する項目**に改める。また、**救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関の入院基本料の基準該当患者割合の要件を見直す**とともに、**専門病院入院基本料（悪性腫瘍7割以上）等の評価基準を改める。**

(1) 名称及び項目の見直し

現 行	改定案
<p>【名称の見直し】</p> <p>一般病棟用の重症度・看護必要度</p> <p>【評価項目の見直し】</p> <p>A項目</p> <p>1 創傷処置</p>	<p>【名称の見直し】</p> <p>一般病棟用の重症度、<b>医療</b>・看護必要度</p> <p>【評価項目の見直し】</p> <p>A項目</p> <p>1 創傷処置</p> <p><b>①創傷処置②褥瘡処置</b></p> <p><b>①、②いずれか一つ以上該当する</b></p>

<p>2 血圧測定</p> <p>3 時間尿測定</p> <p>4 呼吸ケア</p> <p>5 点滴ライン同時3本以上</p> <p>6 心電図モニター</p> <p>7 シリンジポンプの使用</p> <p>8 輸血や血液製剤の使用</p> <p>9 専門的な治療・処置</p> <p>① 抗悪性腫瘍剤の使用</p> <p>② 麻薬注射薬の使用</p> <p>③ 放射線治療</p> <p>④ 免疫抑制剤の使用</p> <p>⑤ 昇圧剤（注射）の使用</p> <p>⑥ 抗不整脈剤の使用</p> <p>⑦ ドレナージの管理</p> <p>B項目</p>	<p>場合</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)</u></p> <p><u>3 点滴ライン同時3本以上</u></p> <p><u>4 心電図モニター</u></p> <p><u>5 シリンジポンプの使用</u></p> <p><u>6 輸血や血液製剤の使用</u></p> <p><u>7 専門的な治療・処置</u></p> <p>① 抗悪性腫瘍剤の使用 <u>(注射剤を使用した場合)</u></p> <p>② <u>抗悪性腫瘍剤の内服</u></p> <p>③ 麻薬注射薬の使用 <u>(注射剤を使用した場合)</u></p> <p>④ <u>麻薬の内服・貼付</u></p> <p>⑤ 放射線治療</p> <p>⑥ 免疫抑制剤の使用</p> <p>⑦ 昇圧剤（注射）の使用</p> <p>⑧ 抗不整脈剤の使用</p> <p>⑨ <u>抗血栓塞栓薬の持続点滴</u></p> <p>⑩ ドレナージの管理</p> <p>B項目</p> <p>(変更なし)</p>
--	---

(2) 救命救急入院料を算定する保険医療機関及び専門病院入院基本料の評価の見直し

現 行	改定案
<p>【入院基本料（7対1）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟で</p>	<p>【入院基本料（7対1）】</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1</u></p>

<p>あること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。</p> <p>【専門病院入院基本料（7対1）】 [施設基準]</p> <p>看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上（一般病棟において悪性腫瘍患者を7割以上入院させる保険医療機関の病棟にあっては、1割以上）入院させる病棟であること。</p>	<p>割5分以上入院させる病棟であること（<u>削除</u>）。</p> <p>【専門病院入院基本料（7対1）】 [施設基準]</p> <p><u>一般病棟用の重症度、医療・看護</u>必要度の基準を満たす患者を1割5分以上（<u>削除</u>）入院させる病棟であること。</p>
--	--

※ なお、重症度、医療・看護必要度の見直しによる激変緩和措置として、10対1入院基本料の急性期看護補助体制加算及び13対1入院基本料の看護補助加算1の施設要件を重症度、医療・看護必要度基準10%以上から5%以上とする。

[経過措置]

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

3. 7対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）を算定する病棟について、在宅復帰機能をもつことや診療内容を継続的に調査・分析することが重要であることから、以下のような基準を新設する。

(1) **自宅や在宅復帰機能をもつ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設する。**

(2) データ提出加算の届出について基準を新設する。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。</p> <p>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</p> <p>③ 平均在院日数が18日以内であること。</p> <p>④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。</p> <p>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。</p>	<p>【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 看護配置が常時7対1以上であること。</p> <p>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</p> <p>③ 平均在院日数が18日以内であること。</p> <p>④ <u>重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。</u></p> <p>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。</p> <p>⑥ <u>退院患者のうち、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出を行っている病棟若しくは病室、療養病棟（在宅復帰機能強化加算（新設・後述）を届け出ている病棟に限る）、居住系介護施設又は介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型介護老人保健施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものに限る）に退院した者の割合が75%以上であること。</u></p> <p>⑦ <u>データ提出加算の届出を行っていること。</u></p>

[経過措置]

- ① 平成 26 年 3 月 31 日に 7 対 1 一般病棟入院基本料、一般病棟 7 対 1 特定機能病院入院基本料、7 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成 26 年 9 月 30 日までの間、上記⑥の基準を満たしているものとする。
- ② 平成 26 年 3 月 31 日に 7 対 1 一般病棟入院基本料、一般病棟 7 対 1 特定機能病院入院基本料、7 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成 27 年 3 月 31 日までの間、上記⑦の基準を満たしているものとする。

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

骨子【重 1-1-3-(1)】

### 第 1 基本的な考え方

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現在の亜急性期入院医療管理料を廃止した上で、新たな評価を新設する。

### 第 2 具体的な内容

- 急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、①一定の重症度、医療・看護必要度基準を満たす患者の診療実績、②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること、③在宅復帰率の実績、④診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料 1	2,500 点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料 1	2,500 点(1日につき)
(新)	地域包括ケア病棟入院料 2	2,000 点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料 2	2,000 点(1日につき)
(新)	看護職員配置加算	150 点(1日につき)
(新)	看護補助者配置加算	150 点(1日につき)
(新)	救急・在宅等支援病床初期加算	150 点(1日につき・14日まで)

[算定要件]

- ① 60 日を限度として算定する。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前に DPC/PDPS で算定していた患者が転床した場合は、特定入院期間中は引き続き DPC/PDPS で算定する。

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1 及び 2

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出を行っていること。
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床 200 床未満の医療機関で 1 病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1 病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床 200 床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 平成 26 年 3 月 31 日に 10 対 1、13 対 1、15 対 1 入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7 対 1 入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑥ 看護職員 13 対 1 以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士 1 名以上及び専任の在宅復帰支援担当者 1 人以上が配置されていること。
- ⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目 1 点以上の患者を 10% 以上入院させていること。
- ⑧ 次のいずれかを満たすこと
  - ア 在宅療養支援病院の届出
  - イ 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年 3 件以上の在宅患者の受入実績があること
  - ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること
  - エ 救急告示病院であること
- ⑨ データ提出加算の届出を行っていること。
- ⑩ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを 1 日平均 2 単位以上提供していること。

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1

- ① 在宅復帰率が 7 割以上であること
- ② 1 人あたりの居室面積が内法による測定で 6.4 m<sup>2</sup>以上であること。

看護職員配置加算

- ① 看護職員が地域包括ケア病棟入院料の施設基準の最小必要人数に加え、50 対 1 以上の人数が配置されていること。

- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。

#### 看護補助者配置加算

- ① 看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。

#### [留意事項]

- ① 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）1及び2の施設基準⑨については、平成27年4月1日から適用するものとする。
- ② 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）1の施設基準②については、平成27年3月31日までに届出を行った医療機関にあっては、壁芯での測定でも差し支えない。
- ③ 看護補助者配置加算については、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職員を看護補助者とみなしても差し支えない。

2. 亜急性期入院医療管理料は平成26年9月30日をもって廃止する。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

骨子【重点課題 1-1-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する病棟において、**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]

当該病棟に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専従の常勤医師 1名以上及び退院調整に関する3年以上の経験を有する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. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の休日リハビリテーション提供体制加算について、当該要件を回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料 1】（1日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料 1】（1日につき）
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,911 点	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,971 点(改)

<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>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。</u></p>
-------------------------------	---

[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。

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

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき） 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 [施設基準] 当該病棟へ入院する患者全体に占める看護必要度評価票 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。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき） 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 [施設基準] 当該病棟へ入院する患者全体に占める<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度</u> A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が <u>1 割</u> 以上であること。</p>

[経過措置]

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

4. 患者に適したリハビリテーションを実施するため、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。

(新) リハビリテーション総合計画評価料

入院時訪問指導加算 150点（入院中1回）

[算定要件]

- ① 入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する住環境等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。

## 有床診療所の機能に着目した評価

骨子【重点課題 1-1-5】

### 第1 基本的な考え方

1. 有床診療所は地域で急変した患者を受け入れる機能をはじめとして、高齢者の受入れ、看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等の機能を担っていることから、こうした機能を担うために必要な医療従事者の配置に係る評価を見直すとともに、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を充実する。
2. 有床診療所における管理栄養士の確保状況を踏まえた、栄養管理の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 緊急時の入院が多い有床診療所ほど、医療従事者の確保が負担となっていることから、有床診療所入院基本料に設けられている医療従事者の配置に係る加算の対象を有床診療所入院基本料3に拡大するとともに、看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【有床診療所入院基本料】注5	【有床診療所入院基本料】注5
イ 医師配置加算1 88点	イ 医師配置加算1 88点
ロ 医師配置加算2 60点	ロ 医師配置加算2 60点
[算定要件]	[算定要件]
有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者について算定する。	<u>(削除)</u>
【有床診療所入院基本料】注6	【有床診療所入院基本料】注6

イ 看護配置加算 1	25 点	イ 看護配置加算 1	40 点(改)
ロ 看護配置加算 2	10 点	ロ 看護配置加算 2	20 点(改)
ハ 夜間看護配置加算 1	80 点	ハ 夜間看護配置加算 1	80 点
ニ 夜間看護配置加算 2	30 点	ニ 夜間看護配置加算 2	30 点
		ホ 看護補助配置加算 1	10 点(新)
		ヘ 看護補助配置加算 2	5 点(新)
[算定要件]		[算定要件]	
有床診療所入院基本料 1 又は有床診療所入院基本料 2 を現に算定している患者について算定する。		(削除)	
[施設基準]		[施設基準]	
(新設)		ホ 看護補助配置加算 1 当該診療所 (療養病床を除く。)	
		における看護補助者の数が 2 以上であること。	
(新設)		ヘ 看護補助配置加算 2 当該診療所 (療養病床を除く。)	
		における看護補助者の数が 1 であること。	

2. 地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所について、有床診療所入院基本料の評価の見直しを検討する。

現 行	改定案
【有床診療所入院基本料】(1日につき) (新設)	【有床診療所入院基本料】(1日につき)
	1 有床診療所入院基本料 1
	イ 14 日以内の期間 846 点(新)
	ロ 15 日以上 30 日以内の期間 657 点(新)
	ハ 31 日以上 557 点(新)

<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>1 有床診療所入院基本料 1</p> <p>イ 14 日以内の期間 771 点</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 601 点</p> <p>ハ 31 日以上の期間 511 点</p> <p>2 有床診療所入院基本料 2</p> <p>イ 14 日以内の期間 691 点</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 521 点</p> <p>ハ 31 日以上の期間 471 点</p> <p>3 有床診療所入院基本料 3</p> <p>イ 14 日以内の期間 511 点</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 381 点</p> <p>ハ 31 日以上の期間 351 点</p> <p>※ 上記は栄養管理実施加算の包括化に伴う 11 点が含まれる。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>2 有床診療所入院基本料 2</u></p> <p>イ 14 日以内の期間 757 点(新)</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 568 点(新)</p> <p>ハ 31 日以上の期間 512 点(新)</p> <p><u>3 有床診療所入院基本料 3</u></p> <p>イ 14 日以内の期間 558 点(新)</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 523 点(新)</p> <p>ハ 31 日以上の期間 493 点(新)</p> <p>4 有床診療所入院基本料 4</p> <p>イ 14 日以内の期間 760 点(改)</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 590 点(改)</p> <p>ハ 31 日以上の期間 500 点(改)</p> <p>5 有床診療所入院基本料 5</p> <p>イ 14 日以内の期間 680 点(改)</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 510 点(改)</p> <p>ハ 31 日以上の期間 460 点(改)</p> <p>6 有床診療所入院基本料 6</p> <p>イ 14 日以内の期間 501 点(改)</p> <p>ロ 15 日以上 30 日以内の期間 470 点(改)</p> <p>ハ 31 日以上の期間 443 点(改)</p> <p>※ 上記は栄養管理実施加算の包括化の見直し(後述)に伴う 11 点引き下げを含む。別途、消費税増税に伴う対応(後述)を行う。</p> <p>[施設基準] 有床診療所入院基本料</p> <p>1 有床診療所入院基本料 2 有床診療所入院基本料 3</p>
--	---

	<p>① <u>看護配置に係る施設基準に適合していること。</u></p> <p>② <u>以下の2以上に該当すること。</u></p> <p>イ <u>在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。</u></p> <p>ロ <u>過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。</u></p> <p>ハ <u>夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。</u></p> <p>ニ <u>時間外対応加算1を届け出ていること。</u></p> <p>ホ <u>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。</u></p> <p>ヘ <u>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。</u></p> <p>ト <u>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）。</u></p> <p>チ <u>医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。</u></p> <p><u>リ 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。</u></p>
--	---

<p>有床診療所入院基本料 1 有床診療所入院基本料 2 有床診療所入院基本料 3</p> <p>看護配置に係る施設基準に適合していること。</p>	<p>又 <u>過去 1 年間の分娩件数が 30 件以上であること。</u></p> <p>ル <u>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。</u></p> <p>有床診療所入院基本料 4 有床診療所入院基本料 5 有床診療所入院基本料 6</p> <p>看護配置に係る施設基準に適合していること</p>
--	---

## 主治医機能の評価（その 1）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

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。

### 第 2 具体的な内容

中小病院及び診療所において、**外来における再診時の包括的な評価**を新設する。

**(新) 地域包括診療料 1,500 点（月 1 回）**

#### [包括範囲]

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

- ① （再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）
- ③ 在宅医療に係る点数（訪問診療料を除く）
- ④ 薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
- ⑤ 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 対象医療機関は、診療所又は許可病床が **200 床未満の病院**とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。)
- ④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。
  - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
  - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
  - ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
    - a. 24 時間開局している薬局であること。なお、24 時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
    - b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
  - エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
    - a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
    - b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
  - オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、カの場合に限り院外処方は可能とする。
  - カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
    - a. 24 時間対応をしている薬局と連携していること。
    - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
    - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
    - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼

付する等を行うこと。

- キ) 当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。
  - ク) 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
  - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
  - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
  - イ) 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること
  - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
  - エ) **介護保険の生活期リハを提供していること**
  - オ) 当該医療機関において、**同一敷地内に介護サービス事業所を併設**していること
  - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
  - キ) 所定の研修を受講していること
  - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること
  - ケ) 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること
- ⑦ 在宅医療の提供および 24 時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと
- ・診療所の場合は
    - ア) 時間外対応加算 1 を算定していること
    - イ) 常勤医師が 3 人以上在籍していること
    - ウ) 在宅療養支援診療所であること
  - ・病院の場合は、
    - ア) 2 次救急指定病院又は救急告示病院であること
    - イ) 地域包括ケア入院料（新規）又は地域包括ケア入院医療管理料（新規）を算定していること

ウ) 在宅療養支援病院であること

- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ⑨ 初診時には算定できない

## 主治医機能の評価（その2）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

### 第1 基本的な考え方

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。

### 第2 具体的な内容

診療所において、複数の慢性疾患を有する患者に対し、服薬管理や健康管理等を行うことについての評価を新設する。

#### **(新) 地域包括診療加算 20点（1回につき）**

[算定要件]

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

- エ) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
    - a. 24 時間対応をしている薬局と連携していること。
    - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
    - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
    - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳、又は、当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
  - オ) 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
  - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
  - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
  - イ) 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること
  - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
  - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること（要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。）
  - オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
  - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
  - キ) 所定の研修を受講していること。
  - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。
- ⑦ 在宅医療の提供および 24 時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。
- ア) 時間外対応加算 1 又は 2 を算定していること
  - イ) 常勤医師が 3 人以上在籍していること

ウ) 在宅療養支援診療所であること

- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- ⑨ 初診時には算定できない

## 維持期リハビリテーションの評価

骨子【重点課題 1－4－(4)】

### 第 1 基本的な考え方

要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、医療と介護の役割分担の観点から、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を延長する等、必要な見直しを行う。なお、平成 28 年度改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。

### 第 2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ 廃用症候群以外の場合 221 点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ 廃用症候群以外の場合 180 点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ 廃用症候群以外の場合 221 点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ 廃用症候群以外の場合 180 点</p>

<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90 点  (新規)</p>	<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90 点  <u>過去 1 年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。</u>  ※ 廃用症候群の場合の見直しについては後述 ※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。</p>
--	--

2. 現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっている。現行、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについては、原則として平成25年度までとされているが、この経過措置を平成27年度までに限り延長する。**ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く。**

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

し、要介護被保険者等については原則として平成 26 年 4 月 1 日以降は対象とはならないものとする。

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

※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。

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

(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)

[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。

## 精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進

骨子【I-2-(2)】

### 第1 基本的な考え方

精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進する観点から、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者に対する多職種チームによる在宅医療を評価するとともに、精神疾患患者の在宅医療の特性を勘案し、長時間の在宅診療の評価を充実させる。また、精神科デイ・ケア等の適切な利用を推進する観点から、必要な見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価

長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な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）

##### 1 保険医療機関が単独で実施する場合

イ 同一建物居住者以外の場合 1,800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

##### 2 訪問看護ステーションと連携して実施する場合

イ 同一建物居住者以外の場合 1,480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

#### [対象患者]

以下のすべてを満たす者。

- ① 訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問）実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。
- ② 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者<sup>※</sup>。  
※ 直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者。
- ③ 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ④ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ⑤ 障害福祉サービスを利用していない者。

#### [施設基準]

- ① 当該保険医療機関内（訪問看護ステーションと連携した場合は連携する訪問看護ステーションを含む）に常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること。また、いずれか1人は専従であること。
- ② 上記4名を含む多職種会議を週1回以上開催すること。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- ③ 24時間往診及び看護師又は保健師による訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④ 以下のア、イ、ウのすべてを満たすこと。
  - ア) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行う。
  - イ) 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、aからcまでの要件を合計して年6回以上行う。
    - a. 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応する。
    - b. 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行う。
    - c. 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ) 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、a 又は b のいずれかの要件を満たす。

- a. 時間外対応加算 1 の届出を行っている。
- b. 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。

### (訪問看護療養費)

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400 円 (月 1 回)

#### [算定要件]

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週 2 回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を週 1 回以上開催し、うち、月 1 回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

#### [施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24 時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。

### (精神科専門療法)

当該医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、1 日に 2 回又は 3 回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護・指導料にそれぞれ、450 点又は 800 点を加算する。

(新) 精神科複数回訪問加算 450 点 (1 日に 2 回)

(新) 精神科複数回訪問加算 800 点 (1 日に 3 回以上)

[算定要件]

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者であること。

(訪問看護療養費)

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護基本療養費にそれぞれ、4,500円又は8,000円を加算する。

(新)	<u>精神科複数回訪問加算</u>	<u>4,500円(1日に2回)</u>
(新)	<u>精神科複数回訪問加算</u>	<u>8,000円(1日に3回以上)</u>

[算定要件]

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。

2. 精神科の在宅医療は診療に要する時間が長いことを踏まえ、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とともに、通院・在宅精神療法の初診日の評価について適正化を行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】(1回につき)</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が通院・在宅精</p>	<p>【通院・在宅精神療法】(1回につき)</p> <p>1 <u>通院精神療法</u></p> <p>イ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が通</p>

<p>神療法を行った場合 700 点</p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 30 分以上の場合 400 点</p> <p>ロ 30 分未満の場合 330 点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>院精神療法を行った場合</u> 600 点(改)</p> <p>ロ イ 以外の場合</p> <p>(1) 30 分以上の場合 400 点</p> <p>(2) 30 分未満の場合 330 点</p> <p><b>2 在宅精神療法</b></p> <p><u>イ 区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日において、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等が在宅精神療法を行った場合</u> 600 点(改)</p> <p><u>ロ イ 以外の場合で、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等が在宅精神療法を行った場合 (60 分以上の場合に限る)</u> 540 点(新)</p> <p><u>ハ イ、ロ 以外の場合</u></p> <p>(1) 30 分以上の場合 400 点</p> <p>(2) 30 分未満の場合 330 点</p>
--	--

3. 精神科デイ・ケア等を一定期間以上利用している患者は、手段的日常生活動作（IADL）がほぼ横ばいとなることから、長期間にわたり精神科デイ・ケア等を提供している場合の評価を見直す。

現 行	改定案
【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】（1日に	【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】（1日に

つき)

[算定要件]

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

つき)

[算定要件]

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年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

現 行	改定案
<p data-bbox="347 273 842 362">【精神科身体合併症管理加算】（1日につき） 450点</p> <p data-bbox="347 497 507 533">[算定要件]</p> <p data-bbox="331 555 849 645">① 当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できる。</p> <p data-bbox="331 667 849 1048">② 同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患についてそれぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り算定することが可能であるが、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。</p>	<p data-bbox="912 273 1407 362">【精神科身体合併症管理加算】（1日につき）</p> <p data-bbox="912 385 1407 421">1 7日以内 450点</p> <p data-bbox="912 443 1407 479">2 8日以上10日以内 225点(新)</p> <p data-bbox="912 501 1072 537">[算定要件]</p> <p data-bbox="896 560 1407 649">① 当該疾患の治療開始日から10日間に限り算定できる。</p> <p data-bbox="896 672 1407 1048">② 同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患についてそれぞれの疾患の治療開始日から10日間に限り算定することが可能であるが、同一月内に当該加算を算定できる期間は20日間までとする。</p>

## 認知症対策の推進

骨子【I-3】

### 第1 基本的な考え方

認知症患者の増加が見込まれるなか、重度の認知症患者に対する評価について実態を踏まえて見直すとともに、**早期回復を図るため認知症患者に対するリハビリテーションを評価する。**

### 第2 具体的な内容

1. 認知症の行動・心理症状（BPSD）の改善に要する期間が概ね1か月であることを踏まえ、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。

現 行	改定案
<p>【精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）】 重度認知症加算（1日につき） 100点</p> <p>[算定要件] 入院した日から起算して3月以内の期間に限り加算する。</p>	<p>【精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）】 重度認知症加算（1日につき） <b>300点(改)</b></p> <p>[算定要件] 入院した日から起算して<b>1月以内</b>の期間に限り加算する。</p>

2. 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症の専門医療機関に入院してい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）**

[算定要件]

- ① 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症の専門医療機関に入院している重度の認知症患者に対し、入院した日から1月以内に限り週3日を限度として、1回20分以上施行した場合に算定。
- ② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行う。
- ③ 患者数は、従事者1人につき1日18人を限度とする。
- ④ 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関内に、認知症患者の診療の経験を5年以上有する専任の常勤医師又は認知症リハビリテーションに係る研修を終了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関内に、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上勤務していること。

## 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

骨子【I-5-(1)】

### 第1 基本的な考え方

急性期病棟に入院している患者について、ADLの低下が一部にみられることから、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置した場合の加算を新設**する。また算定にあたって、ADLに関するアウトカム評価を要件とする。

**(新) ADL維持向上等体制加算 25点（1日につき、14日を限度）**

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上の常勤配置**を行うこと
- ② 当該保険医療機関において、**リハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務**していること
- ③ 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、**65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上**であること
- ④ アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと。

- ア) 直近 1 年間に於いて、当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時に ADL の低下した者の割合が 3 %未満であること。
- イ) 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が 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

骨子【I-5-(1)】

### 第1 基本的な考え方

リハビリテーションの外来への早期移行を推進する観点から、外来における早期リハビリテーションを評価するとともに、**外来でリハビリテーションを提供する医療機関へ紹介した場合の評価**を行う。

また運動器リハビリテーション料 I について評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

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

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

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

<p>注4（1単位につき）</p> <p>初期加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に 加算する。</p>	<p>シオン加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4（1単位につき）</p> <p>初期加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者 <u>又は入院中の患者以外のもの（大腿骨頸部骨折のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（地域連携診療計画管理料等を現に算定した患者に限る）に限る）</u> に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>
---	---

2. **リハビリテーション総合計画を外来のリハビリテーションを提供する別の医療機関へ提供した場合の評価を新設する。**

**(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)**

[算定要件]

入院中にリハビリテーション総合計画評価料を算定し、退院時において地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、地域連携診療計画に基づき、退院後の治療を担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を文書により提供した場合に、**発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り、退院時に1回**に算定する。

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

## 廃用症候群に対するリハビリテーションを含む

### 疾患別リハビリテーション等の適切な評価

骨子【I-5-(2)】

#### 第1 基本的な考え方

廃用症候群に対するリハビリテーションを適正化の観点から見直しを行い、併せて疾患別リハビリテーション等の評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）
イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
（2）廃用症候群の場合 235点	（2）廃用症候群の場合 <u>180点</u> （改）
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
（2）廃用症候群の場合 190点	（2）廃用症候群の場合 <u>146点</u> （改）
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）
（2）廃用症候群の場合 100点	（2）廃用症候群の場合 <u>77点</u> （改）
注4	注4
イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
（2）廃用症候群の場合 212点	（2）廃用症候群の場合 <u>162点</u> （改）

<p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>（2）廃用症候群の場合 171 点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>（2）廃用症候群の場合 90 点</p> <p>[対象者]</p> <p>外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの</p>	<p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>（2）廃用症候群の場合 <u>131 点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>（2）廃用症候群の場合 <u>69 点(改)</u></p> <p>[対象者]</p> <p>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（<u>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。</u>）</p>
--	---

## 2. 疾患別リハビリテーション等の評価を充実する。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 200 点</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 100 点</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） <u>205 点(改)</u></p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） <u>105 点(改)</u></p>

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

## 回復期・維持期のリハビリテーションの見直し

骨子【I-5-(3)(4)】

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する病棟について、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。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化する。③重症度・看護必要度の項目等を見直しを行う。  
「重点課題 1-1-3-②」を参照のこと。
2. 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。  
「重点課題 1-1-3-②」を参照のこと。
3. 現在、原則として平成 25 年度までとされている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 27 年度までに限り延長する。また、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。  
「重点課題 1-4-②」を参照のこと。
4. 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。  
「重点課題 1-4-②」を参照のこと。

## 生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【I-(1)(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

1. 全身的な疾患を有し、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直す。
2. 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
  - (1) 小児期において、正常な口腔機能の獲得・成長を促すために、第一乳臼歯の早期喪失症例に対する小児保隙装置を評価するとともに、外傷による歯の欠損症例に対する小児義歯を評価する。
  - (2) 成人期において、口腔機能の維持・向上を図るために、**舌接触補助床等の床装置を用いた訓練を評価**するとともに、歯周治療用装置については、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。
  - (3) その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化や評価の位置づけの見直しを行うとともに、口腔機能の管理等に係る文書提供等については患者の視点と事務負担を考慮して適切に対応を行う。
3. 歯の喪失のリスク増加に着目して、以下の対応を行う。
  - (1) 歯周病の病状安定後の包括評価である歯周病安定期治療の評価体系を一口腔単位から歯数単位に見直す。
  - (2) 根面う蝕については、自立度が低下した在宅等で療養を行っている者の初期根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布の評価を行う。
  - (3) 根管治療については、治療の実態に合わせて適正に評価を行う。その他、口腔機能の維持・向上に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、適切な評価を行う。
4. 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。

「重点課題1-3-⑩」を参照のこと。

5. 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、**在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。**

「重点課題 1 - 3 - ⑩」を参照のこと。

## 第2 具体的な内容

1. 著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【歯科診療特別対応連携加算（初・再診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の歯科診療特別対応加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上であること。</li> </ul>	<p>【歯科診療特別対応連携加算（初・再診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の歯科診療特別対応加算を算定した外来患者の月平均患者数が<u>十人以上</u>であること。</li> </ul>

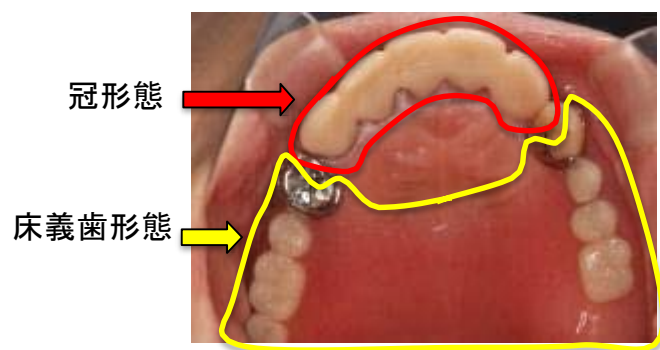
## 2. 各ライフステージの口腔機能の変化への対応

### (1) 略

(2) 成人期において、舌接触補助床等の床装置を用いた調整や指導等を評価するとともに、歯周治療用装置については、その製作について、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。



(舌接触補助床)



(歯周治療用装置)

① 舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的な管理の見直し

(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 ロ以外の場合 100点

ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190点

[算定要件]

- ① 有床義歯又は舌接触補助床を装着している患者に対して、実施した場合に算定する。
- ② 「有床義歯の場合」については、有床義歯を装着している患者に対して、当該装置の調整又は指導を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に月1回に限り算定する。
- ③ 「有床義歯の場合」における「困難な場合」とは以下のいずれかに該当する場合をいう。
  - ア) 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
  - イ) 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者
- ④ 「舌接触補助床の場合」については、床副子（摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床））を算定した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に月4回を限度として算定する。なお、同一初診期間中に「舌接触補助床の場合」の算定以降は「有床義歯の場合」を算定することはできない。
- ⑤ 実施内容等の要点を診療録に記載すること。

② 歯周治療用装置の要件の見直し

現 行	改定案
【歯周治療用装置】 注 歯周病検査の結果、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。	【歯周治療用装置】 注 歯周病検査（歯周精密検査）を <u>実施した患者に対して算定する。</u>

(3) その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化を図るとともに、有床義歯製作後の調整等の継続的な管理については評価の位置づけをリハビリテーションに見直す。また、歯科疾患管理料の文書提供の要件等については臨床の実態や患者の意向を踏まえた見直しを行う。

現 行		改定案	
【義歯管理料（1口腔につき）】		【新製有床義歯管理料（1口腔につき）】	
1	新製有床義歯管理料 150点	1	2以外の場合 190点(新)
2	有床義歯管理料 70点	2	困難な場合 230点(新)
3	有床義歯長期管理料 60点	<b>【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】（※再掲）</b> 1 有床義歯の場合 イ 口以外の場合 100点(新) ロ 困難な場合 120点(新)	
注 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。		（注による加算については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括）	
【有床義歯調整管理料（1口腔につき）】 30点		（有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括）	
<b>【歯科疾患管理料】</b> [算定要件] 2回目以降の継続管理計画書の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定し		<b>【歯科疾患管理料】</b> [算定要件] ① 2回目以降の継続管理計画書の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定し	

たと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したとき、その他療養上必要な時期に提供するものとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供すること。

ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合は、この限りでない。この場合、継続管理計画書は歯周病安定期治療を実施した際に提供すること。

（新規）

たと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したとき、その他療養上必要な時期に提供するものとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供すること。

② 上記にかかわらず、以下の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期については、患者の求めがない限りにおいて、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えないこと。

イ 歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合。

ロ 患者又はその家族が、管理計画書（初回用又は継続用）の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容（例：次回から文書提供不要）を記載した場合。



## 新規医療技術の保険導入等（歯科）

骨子【I-6-(3)】

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 3. 顎関節症治療用装置（スプリント）装着患者に対する訓練等の評価

#### (新) 歯科口腔リハビリテーション料2 50点

##### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して指導又は訓練を実施した場合に月1回に限り算定する。

##### [施設基準]

- ① 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- ② 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関にあっては、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

## 胃瘻等について

骨子【I-8-(4)】

### 第1 基本的な考え方

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、評価の新設を行う。

併せて、十分な嚥下機能訓練等を行い、高い割合で経口摂取可能な状態に回復させることができている医療機関について、摂食機能療法の評価の見直し等を行う。

### 第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【胃瘻造設術】 10,070 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について説明を行うこと。</p> <p>(新規)</p>	<p>【胃瘻造設術】 <u>6,070 点(改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>① 胃瘻造設術を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について、<u>患者及び家族への説明</u>を行うこと。</p> <p>② <u>胃瘻造設後、他の保険医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能訓練等の必要性、実施すべき内容、嚥下機能評価の結果、家族への説明内容等を情報提供すること。</u></p>

[施設基準]

(新規)

[施設基準]

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

- ① 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く年間の胃瘻造設術の実施件数が、50 件未満であること。
- ② 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除く年間の胃瘻造設術の実施件数が 50 件以上かつ、下記のア及びイを満たすこと。
- ア 胃瘻造設患者全例に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価検査を行っていること。
- イ 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の a 又は b に該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の 35% 以上について、1 年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させていること。
- a. 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者
- b. 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

[経過措置]

平成27年3月31日までの間は、上記の基準を満たしているものとする。

(新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点

[算定要件]

- ① 胃瘻造設術を所定点数により算定できる保険医療機関において実施される場合は、所定点数による算定とする。それ以外の保険医療機関に於いて実施される場合は、所定点数の80/100に相当する点数により算定する。
- ② 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価検査を実施し、その結果に基づき、胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性や方法、胃瘻抜去又は閉鎖の可能性等について患者又は患者家族に十分に説明・相談を行った上で胃瘻造設を実施した場合に算定する。ただし、内視鏡下嚥下機能評価検査による場合は、実施者は関連学会等が実施する所定の研修を終了しているものとする。
- ③ 嚥下造影、内視鏡下嚥下機能評価検査は別に算定できる。
- ④ 嚥下造影、内視鏡下嚥下機能評価検査を他の保険医療機関に委託した場合も算定可能とする。その場合、患者への説明等の責任の所在を摘要欄に記載することとし、受託側の医療機関は、施設基準（関連学会の講習の修了者の届出等）を満たすこと。

[経過措置]

平成27年3月31日までの間は、上記②のうち研修に係る要件を満たしているものとする。

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

**摂食機能療法**

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[算定要件]

- ① 鼻腔栄養又は胃瘻の状態の患者に対して、月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査を実施した結果に基づいて、カンファレンス等

を行い、その結果に基づいて摂食機能療法を実施した場合に、摂食機能療法に加算する。

- ② 治療開始日から起算して6月以内に限り加算する。
- ③ 実施した嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査の費用は所定点数に含まれる。

[施設基準]

- ① 新規の胃瘻造設患者と他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間2名以上いること。
- ② 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下のア又はイに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の35%以上について、1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させていること。
  - ア) 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者
  - イ) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者
- ③ 摂食機能療法に専従の言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ④ ②の基準について、新規に届出を行う場合は、届出前の3月分の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

3. 胃瘻の抜去について これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

(新) 胃瘻抜去術 2,000点

## 医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告

骨子【Ⅱ－３】

### 第１ 基本的な考え方

1. 急性期病棟に入院している患者について、ADL の低下が一部にみられることから、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価を新設する。

「Ⅰ－５－①」を参照のこと。 2. 褥瘡対策を推進するため、褥

瘡の発生状況等の把握及び報告する。

### 第２ 具体的な内容

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、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置した場合の加算を新設する。また算定にあたって、ADL に関するアウトカム評価を要件とする。

「Ⅰ－５－①」を参照のこと。

2. 病院については、入院基本料の届出に院内褥瘡発生者数等を加え、毎年 7 月 1 日現在の届出書の記載事項の報告の際、褥瘡患者数等を報告する。

（入院基本料について）

現 行	改定案
[入院基本料の届出に関する事項 （褥瘡に係る内容）] 褥瘡対策の実施状況	[入院基本料の届出に関する事項 （褥瘡に係る内容）] 褥瘡対策の実施状況
① 褥瘡に関する危険因子の評価を 実施した患者数	① 褥瘡に関する危険因子の評価を 実施した患者数
② ①のうち、褥瘡に関する危険因	② ①のうち、褥瘡に関する危険因



【V 消費税率8%への引上げに伴う対応】

## 消費税率8%への引上げに伴う対応

骨子【V】

出典を参照

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037009.pdf>