

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
在宅における褥瘡対策の推進	68
在宅自己注射指導管理料の見直し	70
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	71
在宅歯科医療の推進等	72
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	78
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	84
重点課題 1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	
医療機関相互の連携等について	86
維持期リハビリテーションの評価	87
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	90
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	92
I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	
I-1 緩和ケアを含むがん医療の推進について	
がん患者指導管理の充実	94
外来化学療法の評価の見直し	97
I-2 精神疾患に対する医療の推進について	
精神病床の機能分化	100
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	104
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	110
適切な向精神薬使用の推進	113
児童・思春期の精神科医療の推進	116
I-3 認知症への対策の推進について	
認知症対策の推進	117
I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	
救急医療管理加算の見直し	119
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	121
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	122
小児医療に係る評価の見直し	123
新生児の退院調整等の評価	125

I-5 リハビリテーションの推進について

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

I-6 歯科医療の推進について

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

I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

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

I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価	160
医療技術の評価及び再評価	164
画像撮影診断料等の見直し	167
先進医療からの保険導入	169
胃瘻等について	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・・・・・・・・・・・・・・・・ 215

IV-2 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

IV-3 平均在院日数の減少等について

平均在院日数減少等の取組の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ 221

IV-4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

検体検査実施料の適正化について・・・・・・・・・・・・・・・・ 222

透析医療に係る評価の適正化・・・・・・・・・・・・・・・・ 223

うがい薬だけを処方する場合の取扱い・・・・・・・・ 225

IV-5 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

調剤報酬等における適正化・合理化・・・・・・・・ 226

V 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税率8%への引上げに伴う対応・・・・・・・・ 232

病院の栄養管理体制について

骨子【1 - 1 - 4 - (2)】

第 1 基本的な考え方

平成 24 年度診療報酬改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に係る経過措置について、実態を踏まえて見直しを行う。

第 2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所においては非常勤でも可）が 1 名以上配置されていること。</p> <p>② 平成24年 3 月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年 3 月31日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所においては非常勤でも可）が 1 名以上配置されていること。</p> <p>② 平成24年 3 月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、<u>平成26年 6 月30日</u>までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。</p> <p>③ <u>②の届け出を行った保険医療機関であって、平成26年 7 月 1 日以降、非常勤の管理栄養士または常</u></p>

	<p><u>勤の栄養士が1名以上配置されている場合に限り、入院料の所定点数から40点（1日につき）を控除した点数により算定すること。</u></p>
--	--

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

骨子【重点課題 1 - 2 - (2)】

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、大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みを更に推進する。

第 2 具体的な内容

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

初診料 200 点（紹介のない場合）

外来診療料 52 点

（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

[経過措置] 平成 27 年 3 月 31 日まで

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

[経過措置] 平成 27 年 3 月 31 日まで

在宅不適切事例の適正化

骨子【重点課題 1－3－(4)】

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p style="text-align: right;">5,000 点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合</p> <p style="text-align: right;">5,300 点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p style="text-align: right;">5,000 点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,200 点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合</p> <p style="text-align: right;">5,300 点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,500 点(新)</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付</p>

<p>する場合 4,600点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 4,900点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点</p> <p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p>	<p>する場合 4,600点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,100点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 4,900点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,400点(新)</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,000点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,300点(新)</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,150点(改)</p> <p>※ 同一建物の場合 760点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,450点(改)</p> <p>※ 同一建物の場合 1,060点(新)</p> <p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p>
---	---

<p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,600点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p>	<p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点</p> <p>※ 同一建物の場合 870点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,170点(新)</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点</p> <p>※ 同一建物の場合 800点(新)</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,600点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,100点(新)</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>※ 同一建物の場合 720点(新)</p> <p>□ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p>※ 同一建物の場合 1,020点(新)</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,250点(改)</p>
--	---

□ 処方せんを交付しない場合 1,800 点	※ 同一建物の場合 540 点(新) □ 処方せんを交付しない場合 2,550 点(改) ※ 同一建物の場合 840 点(新)
---------------------------	--

2. 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

現 行	改定案
【在宅患者訪問診療料】 1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 400 点 2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者 200 点 [算定要件] <u>(新設)</u>	【在宅患者訪問診療料】 1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 200 点(改) 2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居 100 点(改) [算定要件] ① <u>訪問診療を行った日における当該医師の在宅患者診療時間（開始時刻と終了時刻）、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬請求書に添付する。</u> ② <u>訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。</u>

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

(1) 医療機関の場合

現 行	改定案
<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師等による場合 (同一日に2人以上)</p> <p>イ 週3日目まで 430点</p> <p>ロ 週4日目以降 530点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>2 准看護師による場合 (同一日に2人以上)</p> <p>イ 週3日目まで 380点</p> <p>ロ 週4日目以降 480点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】</p> <p>1 保健師又は看護師等による場合 (同一日に2人以上)</p> <p>イ 週3日目まで30分以上 445点</p> <p>ロ 週3日目まで30分未満 340点</p> <p>ハ 週4日目以降30分以上 545点</p> <p>ニ 週4日目以降30分未満 415点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師等による場合</p> <p><u>イ 同一日に2人</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで</u> 555点(改)</p> <p>(2) <u>週4日目以降</u> 655点(改)</p> <p><u>ロ 同一日に3人以上</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで</u> 278点(改)</p> <p>(2) <u>週4日目以降</u> 328点(改)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p><u>イ 同一日に2人</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで</u> 505点(改)</p> <p>(2) <u>週4日目以降</u> 605点(改)</p> <p><u>ロ 同一日に3人以上</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで</u> 253点(改)</p> <p>(2) <u>週4日目以降</u> 303点(改)</p> <p>【精神科訪問看護・指導料Ⅲ】</p> <p>1 保健師又は看護師等による場合</p> <p><u>イ 同一日に2人</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで30分以上</u> 575点(改)</p> <p>(2) <u>週3日目まで30分未満</u> 440点(改)</p> <p>(3) <u>週4日目以降30分以上</u> 675点(改)</p> <p>(4) <u>週4日目以降30分未満</u> 525点(改)</p> <p><u>ロ 同一日に3人以上</u></p> <p>(1) <u>週3日目まで30分以上</u> 288点(改)</p> <p>(2) <u>週3日目まで30分未満</u> 220点(改)</p>

<p>2 准看護師による場合 (同一日に2人以上)</p> <p>イ 週3日目まで30分以上 395点</p> <p>ロ 週3日目まで30分未満 300点</p> <p>ハ 週4日目以降30分以上 495点</p> <p>ニ 週4日目以降30分未満 375点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(3) 週4日目以降30分以上 338点(改)</p> <p>(4) 週4日目以降30分未満 263点(改)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで30分以上 525点(改)</p> <p>(2) 週3日目まで30分未満 400点(改)</p> <p>(3) 週4日目以降30分以上 625点(改)</p> <p>(4) 週4日目以降30分未満 485点(改)</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで30分以上 263点(改)</p> <p>(2) 週3日目まで30分未満 200点(改)</p> <p>(3) 週4日目以降30分以上 313点(改)</p> <p>(4) 週4日目以降30分未満 243点(改)</p>
--	--

(2) 訪問看護ステーションの場合

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

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

	4,800 円	6,050 円(改)
ニ 週 4 日目以降 30 分未満		(4) <u>週 4 日目以降 30 分未満</u>
	3,670 円	4,720 円(改)
<u>(新設)</u>		ロ 同一日に 3 人以上
		(1) <u>週 3 日目まで 30 分以上</u>
		2,530 円(改)
		(2) <u>週 3 日目まで 30 分未満</u>
		1,940 円(改)
		(3) <u>週 4 日目以降 30 分以上</u>
		3,030 円(改)
		(4) <u>週 4 日目以降 30 分未満</u>
		2,360 円(改)

4. 保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。

精神病床の機能分化

骨子【I-2-(1)】

第1 基本的な考え方

精神病床における1年以上の長期入院患者は20万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれて社会復帰が困難となる傾向にある。そのため、精神病床の機能分化を推進し、病床の機能に応じた人員配置とするため、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 急性期病床において密度の高い医療を提供し、平均在院日数の短縮を図る観点から、精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を重点的に配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神科急性期医師配置加算（16対1） 500点（1日につき）

[算定要件]

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

2. 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る）を算定する患者のうち、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 院内標準診療計画加算 200点 (退院時1回)

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

3. 精神療養病棟においては、精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束の割合が低いことを踏まえ、病棟ごとに精神保健指定医を配置する要件の他、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。</p> <p>② 医療法施行規則第19条第1項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。</p> <p><u>(新規)</u></p>	<p>【精神療養病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に<u>専任の常勤の精神科医</u>が1名以上配置されていること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>② <u>当該病棟の全入院患者に対し、入院後7日以内に退院後生活環境相談員を選任すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催の上、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。</u></p>

※ ①の専任の常勤の精神科医は他の病棟との兼任はできない。

4. 慢性期の病棟では、精神保健福祉士の配置により、平均在院日数が短縮することが示されていることを踏まえ、精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点（1日につき）

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割（精神療養病棟においては7割）以上が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

5. 精神科救急入院料と精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。</p> <p>② 精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万</p>	<p>【精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。</p> <p>② 精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万</p>

<p>対 2.5件以上であること。</p>	<p>対 2.5件以上であり、かつ、<u>精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。</u></p>
-----------------------	---

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[※]。
※ 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)	精神科複数回訪問加算	4,500円(1日に2回)
(新)	精神科複数回訪問加算	8,000円(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。

[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>2 <u>在宅精神療法</u></p> <p>イ <u>区分番号 A 000に掲げる初診料</u> <u>を算定する初診の日において、</u> <u>地域の精神科救急医療体制を確</u> <u>保するために必要な協力等を行</u> <u>っている精神保健指定医等が在</u> <u>宅精神療法を行った場合</u> 600点(改)</p> <p>ロ <u>イ 以外の場合で、地域の精神科</u> <u>救急医療体制を確保するために</u> <u>必要な協力等を行っている精神</u> <u>保健指定医等が在宅精神療法を</u> <u>行った場合（60分以上の場合に</u> <u>限る）</u> 540点(新)</p> <p>ハ <u>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っては、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っては、週5日を限度として算定する。

身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進

骨子【I-2-(3)】

第1 基本的な考え方

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるよう見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期 ICU 等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【精神科救急・合併症入院料】</p> <p>[対象患者]</p> <p>① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者</p> <p>② ①以外の患者で精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前3月間において精神病棟に入院（医療観察法入院を除く）をしたことがない患者</p> <p>③ 身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院した患者（当該病棟での入院前3月間に</p>	<p>【精神科救急・合併症入院料】</p> <p>[対象患者]</p> <p>① 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者</p> <p>② ①以外の患者で精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前3月間において精神病棟（<u>精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く</u>）に入院（医療観察法入院を除く）をしたことがない患者</p> <p>③ <u>精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化などして、当該医療機関のA301特定集中治療室管理料、A301</u></p>

<p>において精神病棟に入院（医療観察法入院を除く）したものを除く。）。</p>	<p>－2ハイケアユニット入院医療管理料、A301－3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301－4小児特定集中治療室管理料又はA303総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る）を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院する患者</p>
--	---

2. 通院・在宅精神療法の20歳未満加算の起算日の見直し

精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 [算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は所定点数に加算する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 [算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（<u>当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日</u>から起算して1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は所定点数に加算する。</p>

3. 精神科身体合併症管理加算の算定要件の見直し

精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

現 行	改定案
<p data-bbox="336 277 847 367">【精神科身体合併症管理加算】（1日につき） 450点</p> <p data-bbox="336 506 507 539">[算定要件]</p> <p data-bbox="331 562 847 651">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="331 674 847 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="898 277 1409 367">【精神科身体合併症管理加算】（1日につき）</p> <p data-bbox="898 389 1398 427">1 7日以内 450点</p> <p data-bbox="898 450 1398 488">2 8日以上10日以内 225点(新)</p> <p data-bbox="898 506 1069 539">[算定要件]</p> <p data-bbox="893 562 1398 651">① 当該疾患の治療開始日から<u>10</u>日間に限り算定できる。</p> <p data-bbox="893 674 1418 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<u>10</u>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<u>20</u>日間までとする。</p>

適切な向精神薬使用の推進

骨子【I-2-(4)】

第1 基本的な考え方

諸外国と比べて我が国の向精神薬の処方剤数が多く、課題となっていることを踏まえ、適切な向精神薬の処方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. 非定型抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算のうち、剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

現 行	改定案
【精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料】	【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、精神療養病棟入院料】
イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点	<u>非定型抗精神病薬加算（2種類以下の場合）</u> 15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点	<u>（削除）</u>

2. 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科継続外来支援・指導料、処方料、処方せん料及び薬剤料について、多剤処方した場合の減算規定を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬を投与した場合は算定しない。</p>
<p>【処方料】</p> <p>(新規)</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>2 1以外の場合 42点</p>	<p>【処方料】</p> <p>1 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 20点(新)</p> <p>2 1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1または2以外の場合 42点</p>
<p>【処方せん料】</p> <p>(新規)</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 30点(新)</p> <p>2 1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>3 1または2以外の場合 68点</p>
<p>【薬剤料】</p> <p>(新規)</p>	<p>【薬剤料】</p> <p>注1 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、所定点数の</p>

<p>注 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>	<p><u>100分の80に相当する点数により算定する。</u></p> <p>注2 <u>注1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u></p>
--	--

※ 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方による減算の除外項目については、他院で多剤処方された患者が受診した場合の一定期間、薬剤を切り替える際の一定期間等とする。

[経過措置]

抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方にかかる見直しについては、減薬に必要な期間を設けるため平成26年10月1日より導入する。

児童・思春期の精神科医療の推進

骨子【I-2-(5)】

第1 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に適切な医療を提供するため、児童相談所等との連携や、保護者等に対する適切な指導を行うことについての評価を行う。

第2 具体的な内容

必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 200点</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3加算 350点(改)</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して、<u>必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、</u>通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。</p>
<p>【心身医学療法】注5加算 100分の100に相当する点数</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。</p>	<p>【心身医学療法】注5加算 100分の200に相当する点数(改)</p> <p>[算定要件] 20歳未満の患者に対して、<u>必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、</u>心身医学療法を行った場合に、算定する。</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） 300点(改)</p> <p>[算定要件] 入院した日から起算して1月以内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。

救急医療管理加算の見直し

骨子【I-4-(1)】

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

救急医療管理加算は入院時に重篤な状態な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対して算定するものではないことを明確化するとともに、「その他の加算の対象となる患者の状態に準ずるような重篤な状態」の評価の適正化を行う。

現 行	改定案
<p>【救急医療管理加算】 800点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。</p>	<p>【救急医療管理加算1】 800点</p> <p>【救急医療管理加算2】 400点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。<u>ただし、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。</u></p>

<p>ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態</p> <p>イ 意識障害又は昏睡</p> <p>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</p> <p>エ 急性薬物中毒</p> <p>オ ショック</p> <p>カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）</p> <p>キ 広範囲熱傷</p> <p>ク 外傷，破傷風等で重篤な状態</p> <p>ケ 緊急手術を必要とする状態</p> <p>コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態</p> <p><u>（新規）</u></p>	<p>① <u>救急医療管理加算 1</u></p> <p>ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態</p> <p>イ 意識障害又は昏睡</p> <p>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</p> <p>エ 急性薬物中毒</p> <p>オ ショック</p> <p>カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）</p> <p>キ 広範囲熱傷</p> <p>ク 外傷，破傷風等で重篤な状態</p> <p>ケ 緊急手術を必要とする状態</p> <p>② <u>救急医療管理加算 2</u></p> <p>コ <u>その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態</u></p> <p><u>2. 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。</u></p>
--	--

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

骨子【I-4-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 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、受入を促進するための評価を新設する。
2. 在宅医療における救急患者の受入について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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する。

	夜間休日救急搬送医学管理料	
(新)	<u>精神疾患患者等受入加算</u>	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、下記のものとする

- イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
- ロ 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

2. 在宅療養を行う患者の後方受入を担当する在宅療養後方支援病院を新設し、当該医療機関が後方受入を行った場合の評価を行う。
「重点課題1-3-②」を参照のこと。

先進医療からの保険導入

骨子【I-8-(3)】

第1 基本的な考え方

先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

先進医療会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

(優先的に保険適用すべきとされた医療技術)

- ① 難治性眼疾患に対する羊膜移植術
- ② X線CT画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術
(再掲)
- ③ 腹腔鏡下子宮体がん根治手術
- ④ 光トポグラフィ検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助
- ⑤ 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術
- ⑥ 歯科用CAD/CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる
歯冠補綴 (再掲)
- ⑦ 胸腔鏡下動脈管開存症手術
- ⑧ 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術

➤ 優先的に保険適用すべきとされた医療技術の内容（抜粋）

1. 光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助

(1) 概要

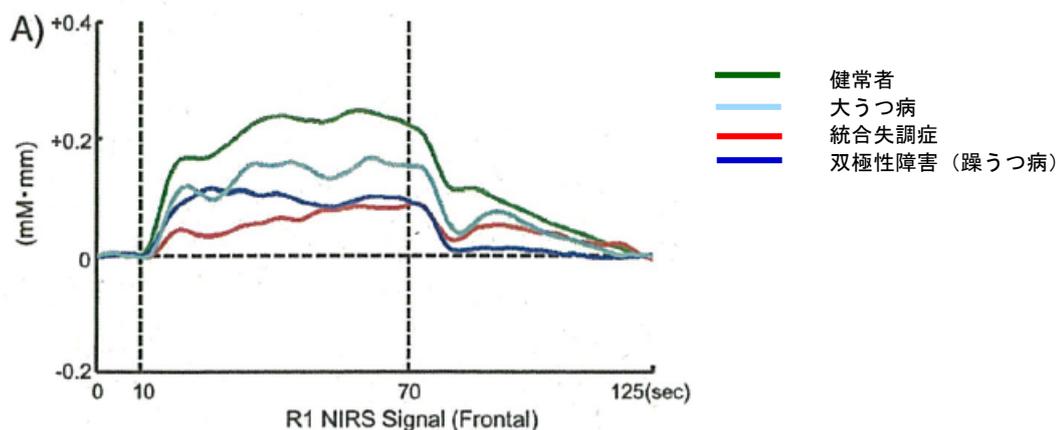
- ・ 脳の前頭葉や側頭葉の血流について、光装置を用いて頭の表面から計測することで、脳活動状態をグラフ化する。結果を用いて、うつ症状の鑑別診断等を行う検査技術である。

(2) 効果等

- ・ うつ症状を有する患者について、うつ病、統合失調症、躁うつ病の鑑別を補助すること等が可能である。

うつ症状の患者について、うつ病と正しく診断できた割合が 74.6%、統合失調症または双極性障害（躁うつ病）と正しく診断できた割合が 85.5%であった。(NeuroImage 85:498-507, 2014)

(図) グラフ化された脳活動



2. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術

(1) 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。(BMI = 体重 ÷ 身長²)

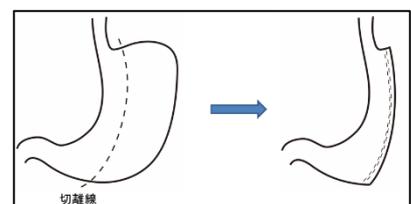
(2) 効果等

- ・ 糖尿病等の改善が期待される。

コントロール不良 2 型糖尿病患者 (HbA1c の平均値 9.2) に対して、集中的な内科的治療又は内科的治療に加えてスリーブ状胃切除等を実施したランダム化比較試験において、12 ヶ月後に HbA1c が 6.0 以下に下がった患者の割合は、内科治療群で 12%、スリーブ状胃切除群で 37% (P=0.008) だった。(N Engl J Med 2012;366:1567-76.)



(図 1) 皮切の場所
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。

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】 6,070点(改)</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>

<p>[施設基準] <u>(新規)</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p><u>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。</u></p> <p>① <u>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。</u></p> <p>② <u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p>
-------------------------------	--

[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

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－１－（４）】

第１ 基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関（400床以上のものに限る。）及び保険薬局については、例外なく、平成26年4月より、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していく。

第２ 具体的な内容

1. レセプトの電子請求を行っている 400床未満の病院については、平成27年度末まで2年間の猶予期間を設けた上で、「正当な理由」による例外（レセプトコンピュータあるいは自動入金機の改修が必要な場合）を認めないこととする。
2. 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
3. 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関であって、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

医科点数表の解釈の明確化

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

医療現場において、医科点数表の解釈に関する混乱が指摘されている事項について、その解釈を明確化する。

第２ 具体的な内容

1. 創傷処理及び小児創傷処理（６歳未満）における「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理（筋膜縫合、骨膜縫合等）を行うものを指すことを明確にする。

現 行	改定案
<p>【創傷処理】</p> <p>創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。</p> <p>【小児創傷処理】（６歳未満）</p> <p>創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対</p>	<p>【創傷処理】</p> <p>創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置はJ000創傷処置により算定する。<u>なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。</u></p> <p>【小児創傷処理】（６歳未満）</p> <p>創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対</p>

<p>する処置はJ000創傷処置により算定する。</p>	<p>する処置はJ000創傷処置により算定する。<u>なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。</u></p>
------------------------------	--

2. 患者の呼吸状態を把握して適正な陽圧で呼吸を補助することにより、慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群（SAS）に対して、従来の陽圧換気装置よりも効果的とされる ASV（Adaptive Servo Ventilation）を用いて SAS の治療を行った場合に、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする。

現 行	改定案
<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p> <p>対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならない。</p>	<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p> <p>対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（<u>Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。</u>）は対象とならない。</p>

3. 電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像をデジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする。

現 行	改定案
<p>【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】</p>	<p>【エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料】</p>

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

4. 施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする。

現 行	改定案
<p>例【療養環境加算】</p> <p>病室に係る病床の面積が1病床当たり8平方メートル以上であること。</p>	<p>例【療養環境加算】</p> <p>病室に係る病床の面積が、<u>内法による測定で</u>、1病床当たり8平方メートル以上であること。</p>

[経過措置]

- ① 上記の取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。
- ② ①に関わらず、平成26年3月31日時点において既に届け出ている医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、壁芯での測定でも差し支えない。

5. 往診料の夜間の定義については、「12時間を標準として各都道府県で統一的取扱いをすること」とされている現行の規定を改め、初再診料の夜間の定義と同様に「午後6時から午前8時までの間」と明確にする。

現 行	改定案
<p>【往診料】</p> <p>夜間（深夜を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。</p> <p>参 考</p> <p>【初(再)診料】</p> <p>各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね<u>午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合、午前8時前と正午以降）</u>及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。</p>	<p>【往診料】</p> <p>夜間（深夜を除く。）とは<u>午後6時から午前8時まで</u>とし、深夜とは午後10時から午前6時までとする。</p>

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

現 行	改定案
<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p>	<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p>

イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点	イ 脂質異常血症を主病とする場合 650点
ロ 高血圧症を主病とする場合 700点	ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
ハ 糖尿病を主病とする場合 800点	ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点	イ 脂質異常血症を主病とする場合 1,175点
ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点	ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点	ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点
<u>(新規)</u>	<u>なお、当該保険医療機関において 院内処方を行わない場合は、「1」 により算定する。</u>

7. 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者について、他の医療機関において人工腎臓等を行った場合については、人工腎臓等の所定点数は算定できないことを明確にする。

現 行	改定案
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】</p> <p>在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1</p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】</p> <p>在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流</p>

<p>の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。</p>	<p>の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。<u>なお、当該管理料を算定している患者に対して、他医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、その所定点数は算定できない。</u></p>
---------------------------------	--

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

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第 1 基本的な考え方

夜勤における看護職員の負担を軽減する観点から、「夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間が 72 時間以下である」という入院基本料の通則は現行どおりとし、当該要件のみが満たされない場合の評価について、一般病棟 7 対 1 及び 10 対 1 特別入院基本料の取り扱いを、その他の入院基本料等に拡大する。

第 2 具体的な内容

月平均夜勤時間 72 時間要件のみを満たせない場合に、一般病棟 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料と同様に 8 割相当の入院基本料を算定できるよう各入院基本料に 2 割減算の規定をいれる。

現 行		改 定 案
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料 25 対 1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】
7 対 1 特別入院基本料	1,244 点	月平均夜勤時間超過減算 20/100 を減算
10 対 1 特別入院基本料	1,040 点	

[算定要件]

月平均夜勤時間が 72 時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近 3 月に限り算定できる。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

[月平均夜勤時間 72 時間以下であるという要件の対象外の入院基本料]

療養病棟入院基本料 20 対 1、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病
床入院基本料

医師事務作業補助者の評価

骨子【Ⅲ－１－（４）】

第１ 基本的な考え方

医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、当該補助者の勤務場所に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減を、更に推進する。

第２ 具体的な内容

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。

（新） 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15 対 1	860 点（入院初日）
ロ	20 対 1	648 点（入院初日）
ハ	25 対 1	520 点（入院初日）
ニ	30 対 1	435 点（入院初日）
ホ	40 対 1	350 点（入院初日）
ヘ	50 対 1	270 点（入院初日）
ト	75 対 1	190 点（入院初日）
チ	100 対 1	143 点（入院初日）

[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
- 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。

チーム医療の推進について

骨子【Ⅲ－２】

第１ 基本的な考え方

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等、チーム医療を推進するための評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算における療養病棟又は精神病棟の４週間制限を８週間まで緩和する。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 (週１回) 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定してい</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 (週１回) 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定してい</p>

<p>る患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。</p>	<p>る患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p>
---	---

2. 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。

「重点課題1-3-⑦」を参照のこと。

3. 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいて医療を提供した場合の評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

4. 長期入院後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ついて評価を新設する。

「I-2-②」を参照のこと。

5. 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、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評価を新設する。

「I-5-⑩」を参照のこと。

6. 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。

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

「重点課題 1-4-④」を参照のこと。

8. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

(2) 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。

「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。

9. 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。

(2) 無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

「重点課題 1-3-⑫」を参照のこと。

調剤報酬等における適正化・合理化

骨子【IV-5】

第1 基本的な考え方

1. 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。
2. 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料の特例の見直し

調剤基本料の特例について、1月に2,500枚を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限る。）をその要件に加える。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、調剤基本料の特例に該当しないこととする。

調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は、基準調剤加算を算定できないこととする。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、基準調剤加算1を算定できることとする。

また、調剤基本料を算定する際には、特例に該当しない旨をあらかじめ地方厚生局長等に届け出る。

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 40点	【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 40点

<p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>注 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。<u>ただし、調剤基本料の特例のロ（イの場合を除く。）に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてはこの限りでない。</u></p> <p>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）</p> <p>ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限る。）</p> <p><u>(調剤基本料の注に係る施設基準)</u> <u>24時間開局をしていること。</u></p>
--	---

現 行	改定案
<p>【基準調剤加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（調剤基本料の特例に該当する場合には特例に掲</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>なお、調剤基本料の特例のロに</p>

<p>げる点数) に加算する。</p> <p>イ 基準調剤加算 1 10 点 ロ 基準調剤加算 2 30 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 略 <u>(新設)</u></p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p>	<p><u>該当する場合であって、特例の施設基準に適合するものとして届け出ていない場合は算定しない。</u></p> <p>イ 基準調剤加算 1 12 点(改) ロ 基準調剤加算 2 36 点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 イ～ロ 略 ハ <u>処方せんの受付回数が一月に四千回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が七割以下であること。</u></p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p>
---	---

2. 妥結率が低い保険薬局等の適正化について

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一定率以上を超えない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。

(1) 診療報酬における対応

許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料等の評価を引き下げる。

現 行	改定案
<p>診療報酬</p> <p>【初診料】 270 点 <u>(新設)</u></p>	<p>診療報酬</p> <p>【初診料】 270 点 注 <u>当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購</u></p>

<p>【外来診療料】 (新設)</p>	<p>70 点</p>	<p><u>入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者(薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、200 点を算定する。</u></p>
		<p>【外来診療料】 70 点</p> <p>注 <u>当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者(薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、52 点を算定する。</u></p>

<p>【再診料】 (新設)</p> <p>69 点</p>	<p>【再診料】 69 点</p> <p>注 当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、51 点を算定する。</p>
-----------------------------------	--

(2) 調剤報酬における対応

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。

現 行	改定案
<p>調剤報酬</p> <p>【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 (新設)</p> <p>40 点</p>	<p>調剤報酬</p> <p>【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 40 点</p> <p>注 当該保険薬局における妥結率（当該保険薬局において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）</p>

	<p><u>第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。)</u>と当該保険薬局との間での取引き価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が五割以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付 1 回につき 30 点 (注 1 に掲げる点数に該当する場合には 18 点) により算定する。</p>
--	--

消費税率8%への引上げに伴う対応

骨子【V】

第1 基本的な考え方

消費税引上げに伴い、医療機関、薬局等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、診療報酬において、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、補完的に個別項目に上乗せする。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬

- (1) 診療所については、初・再診料及び有床診療所入院基本料を引き上げる。
- (2) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料等において引き上げるとともに、残りの財源により入院料を引き上げる。

現 行	改 定 案
【初診料】	【初診料】
初診料 270点	初診料 282点(改) (うち、消費税対応分+12点)
初診料(同一日2科目) 135点	初診料(同一日2科目) 141点(改) (うち、消費税対応分+6点)
初診料(紹介のない場合) 200点	初診料(紹介のない場合) 209点(改) (うち、消費税対応分+9点)
初診料(同一日2科目・紹介のない場合) 100点	初診料(同一日2科目・紹介のない場合) 104点(改) (うち、消費税対応分+4点)
<u>(新設)</u>	<u>初診料(妥結率が低い場合)</u> 209点(新)

		(うち、消費税対応分+9点)
<u>(新設)</u>		<u>初診料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
		104点(新)
		(うち、消費税対応分+4点)
【再診料】		【再診料】
再診料	69点	再診料 72点(改)
		(うち、消費税対応分+3点)
再診料 (同一日2科目)	34点	再診料 (同一日2科目) 36点(改)
		(うち、消費税対応分+2点)
<u>(新設)</u>		<u>再診料 (妥結率が低い場合)</u>
		53点(新)
		(うち、消費税対応分+2点)
<u>(新設)</u>		<u>再診料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
		26点(新)
		(うち、消費税対応分+1点)
【外来診療料】		【外来診療料】
外来診療料	70点	外来診療料 73点(改)
		(うち、消費税対応分+3点)
外来診療料 (同一日2科目)		外来診療料 (同一日2科目)
	34点	36点(改)
		(うち、消費税対応分+2点)
外来診療料 (紹介のない場合)		外来診療料 (紹介のない場合)
	52点	54点(改)
		(うち、消費税対応分+2点)
外来診療料 (同一日2科目・紹介のない場合)		外来診療料 (同一日2科目・紹介のない場合)
	25点	26点(改)
		(うち、消費税対応分+1点)
<u>(新設)</u>		<u>外来診療料 (妥結率が低い場合)</u>
		54点(新)
		(うち、消費税対応分+2点)
<u>(新設)</u>		<u>外来診療料 (同一日2科目・妥結率が低い場合)</u>
		26点(新)
		(うち、消費税対応分+1点)

<p>【小児科外来診療料】（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>イ 初診時 560点</p> <p>ロ 再診時 380点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 670点</p> <p>ロ 再診時 490点</p> <p><u>（新設）</u></p> <p>【一般病棟入院基本料】（1日につき）</p> <p>1 7対1入院基本料 1,566点</p> <p>2 10対1入院基本料 1,311点</p> <p>3 13対1入院基本料 1,103点</p> <p>4 15対1入院基本料 945点</p> <p>5 特別入院基本料 575点</p>	<p>【小児科外来診療料】（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>イ 初診時 <u>572点</u>（改） （うち、消費税対応分+12点）</p> <p>ロ 再診時 <u>383点</u>（改） （うち、消費税対応分+3点）</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 <u>682点</u>（改） （うち、消費税対応分+12点）</p> <p>ロ 再診時 <u>493点</u>（改） （うち、消費税対応分+3点）</p> <p>【地域包括診療料】</p> <p><u>地域包括診療料</u> 1,503点（新） （うち、消費税対応分+3点）</p> <p>【一般病棟入院基本料】（1日につき）</p> <p>1 7対1入院基本料 <u>1,591点</u>（改） （うち、消費税改定分+25点）</p> <p>2 10対1入院基本料 <u>1,332点</u>（改） （うち、消費税改定分+21点）</p> <p>3 13対1入院基本料 <u>1,121点</u>（改） （うち、消費税改定分+18点）</p> <p>4 15対1入院基本料 <u>960点</u>（改） （うち、消費税改定分+15点）</p> <p>5 特別入院基本料 <u>584点</u>（改） （うち、消費税改定分+9点）</p>
--	---

6 特定入院基本料 939点	6 特定入院基本料 966点(改) (うち、消費税改定分+27点)
7 特定入院基本料(特別入院基本料等算定患者) 790点	7 特定入院基本料(特別入院基本料等算定患者) 812点(改) (うち、消費税改定分+22点)
【療養病棟入院基本料】(1日につき)	【療養病棟入院基本料】(1日につき)
1 療養病棟入院基本料1	1 療養病棟入院基本料1
イ 入院基本料A 1,769点 (生活療養を受ける場合) 1,755点	イ 入院基本料A 1,810点(改) (うち、消費税改定分+41点) (生活療養を受ける場合) 1,795点(改) (うち、消費税改定分+40点)
ロ 入院基本料B 1,716点 (生活療養を受ける場合) 1,702点	ロ 入院基本料B 1,755点(改) (うち、消費税改定分+39点) (生活療養を受ける場合) 1,741点(改) (うち、消費税改定分+39点)
ハ 入院基本料C 1,435点 (生活療養を受ける場合) 1,421点	ハ 入院基本料C 1,468点(改) (うち、消費税改定分+33点) (生活療養を受ける場合) 1,454点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ニ 入院基本料D 1,380点 (生活療養を受ける場合) 1,366点	ニ 入院基本料D 1,412点(改) (うち、消費税改定分+32点) (生活療養を受ける場合) 1,397点(改) (うち、消費税改定分+31点)

ホ 入院基本料 E	1,353点	ホ 入院基本料 E	1,384点(改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+31点)	
	1,339点	(生活療養を受ける場合)	1,370点(改)
		(うち、消費税改定分+31点)	
へ 入院基本料 F	1,202点	へ 入院基本料 F	1,230点(改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+28点)	
	1,188点	(生活療養を受ける場合)	1,215点(改)
		(うち、消費税改定分+27点)	
ト 入院基本料 G	945点	ト 入院基本料 G	967点(改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+22点)	
	931点	(生活療養を受ける場合)	952点(改)
		(うち、消費税改定分+21点)	
チ 入院基本料 H	898点	チ 入院基本料 H	919点(改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+21点)	
	884点	(生活療養を受ける場合)	904点(改)
		(うち、消費税改定分+20点)	
リ 入院基本料 I	796点	リ 入院基本料 I	814点(改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+18点)	
	782点	(生活療養を受ける場合)	800点(改)
		(うち、消費税改定分+18点)	
2 療養病棟入院基本料 2		2 療養病棟入院基本料 2	
イ 入院基本料 A		イ 入院基本料 A	

	1,706点	1,745点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+39点)
	1,692点	1,731点(改)
		(うち、消費税改定分+39点)
□ 入院基本料B		□ 入院基本料B
	1,653点	1,691点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+38点)
	1,639点	1,677点(改)
		(うち、消費税改定分+38点)
ハ 入院基本料C		ハ 入院基本料C
	1,372点	1,403点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+31点)
	1,358点	1,389点(改)
		(うち、消費税改定分+31点)
ニ 入院基本料D		ニ 入院基本料D
	1,317点	1,347点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+30点)
	1,303点	1,333点(改)
		(うち、消費税改定分+30点)
ホ 入院基本料E		ホ 入院基本料E
	1,290点	1,320点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+30点)
	1,276点	1,305点(改)
		(うち、消費税改定分+29点)
ヘ 入院基本料F		ヘ 入院基本料F
	1,139点	1,165点(改)
	(生活療養を受ける場合)	(うち、消費税改定分+26点)
		(生活療養を受ける場合)

	1,125点	1,151点(改)
ト 入院基本料G		(うち、消費税改定分+26点)
	882点	<u>902点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+20点)
	868点	<u>888点</u> (改)
チ 入院基本料H		(うち、消費税改定分+20点)
	835点	<u>854点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+19点)
	821点	<u>840点</u> (改)
リ 入院基本料I		(うち、消費税改定分+19点)
	733点	<u>750点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+17点)
	719点	<u>735点</u> (改)
3 特別入院基本料		(うち、消費税改定分+16点)
	563点	<u>576点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+13点)
	549点	<u>562点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+13点)
【結核病棟入院基本料】(1日につき)		【結核病棟入院基本料】(1日につき)
1 7対1入院基本料		1 7対1入院基本料
	1,566点	<u>1,591点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+25点)
2 10対1入院基本料		2 10対1入院基本料
	1,311点	<u>1,332点</u> (改)

3	13対1入院基本料	1,103点	(うち、消費税改定分+21点)
3	13対1入院基本料		1,121点(改)
4	15対1入院基本料	945点	(うち、消費税改定分+18点)
4	15対1入院基本料		960点(改)
5	18対1入院基本料	809点	(うち、消費税改定分+15点)
5	18対1入院基本料		822点(改)
6	20対1入院基本料	763点	(うち、消費税改定分+13点)
6	20対1入院基本料		775点(改)
7	特別入院基本料	550点	(うち、消費税改定分+12点)
7	特別入院基本料		559点(改)
			(うち、消費税改定分+9点)
	【精神病棟入院基本料】 (1日につき)		【精神病棟入院基本料】 (1日につき)
1	10対1入院基本料	1,251点	
1	10対1入院基本料		1,271点(改)
2	13対1入院基本料	931点	(うち、消費税改定分+20点)
2	13対1入院基本料		946点(改)
3	15対1入院基本料	811点	(うち、消費税改定分+15点)
3	15対1入院基本料		824点(改)
4	18対1入院基本料	723点	(うち、消費税改定分+13点)
4	18対1入院基本料		735点(改)
5	20対1入院基本料	669点	(うち、消費税改定分+12点)
5	20対1入院基本料		680点(改)
			(うち、消費税改定分+11点)

6 特別入院基本料 550点	6 特別入院基本料 559点(改) (うち、消費税改定分+9点)
【特定機能病院入院基本料】 (1日につき)	【特定機能病院入院基本料】 (1日につき)
1 一般病棟の場合	1 一般病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,566点	イ 7対1入院基本料 1,599点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ロ 10対1入院基本料 1,311点	ロ 10対1入院基本料 1,339点(改) (うち、消費税改定分+28点)
2 結核病棟の場合	2 結核病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,566点	イ 7対1入院基本料 1,599点(改) (うち、消費税改定分+33点)
ロ 10対1入院基本料 1,311点	ロ 10対1入院基本料 1,339点(改) (うち、消費税改定分+28点)
ハ 13対1入院基本料 1,103点	ハ 13対1入院基本料 1,126点(改) (うち、消費税改定分+23点)
ニ 15対1入院基本料 945点	ニ 15対1入院基本料 965点(改) (うち、消費税改定分+20点)
3 精神病棟の場合	3 精神病棟の場合
イ 7対1入院基本料 1,322点	イ 7対1入院基本料 1,350点(改) (うち、消費税改定分+28点)
ロ 10対1入院基本料 1,251点	ロ 10対1入院基本料 1,278点(改) (うち、消費税改定分+27点)

ハ 13対1入院基本料 931点	ハ 13対1入院基本料 951点(改) (うち、消費税改定分+20点)
ニ 15対1入院基本料 850点	ニ 15対1入院基本料 868点(改) (うち、消費税改定分+18点)
【専門病院入院基本料】(1日につき)	【専門病院入院基本料】(1日につき)
1 7対1入院基本料 1,566点	1 7対1入院基本料 1,591点(改) (うち、消費税改定分+25点)
2 10対1入院基本料 1,311点	2 10対1入院基本料 1,332点(改) (うち、消費税改定分+21点)
3 13対1入院基本料 1,103点	3 13対1入院基本料 1,121点(改) (うち、消費税改定分+18点)
【障害者施設等入院基本料】(1日につき)	【障害者施設等入院基本料】(1日につき)
1 7対1入院基本料 1,566点	1 7対1入院基本料 1,588点(改) (うち、消費税改定分+22点)
2 10対1入院基本料 1,311点	2 10対1入院基本料 1,329点(改) (うち、消費税改定分+18点)
3 13対1入院基本料 1,103点	3 13対1入院基本料 1,118点(改) (うち、消費税改定分+15点)
4 15対1入院基本料 965点	4 15対1入院基本料 978点(改) (うち、消費税改定分+13点)

	771点	<u>775点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+15点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	601点	<u>602点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+12点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	511点	<u>510点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+10点)
2 有床診療所入院基本料 2		<u>5 有床診療所入院基本料 5</u>
イ 14日以内の期間		<u>イ 14日以内の期間</u>
	691点	<u>693点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+13点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	521点	<u>520点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+10点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	471点	<u>469点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+9点)
3 有床診療所入院基本料 3		<u>6 有床診療所入院基本料 6</u>
イ 14日以内の期間		<u>イ 14日以内の期間</u>
	511点	<u>511点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+10点)
□ 15日以上30日以内の期間		<u>□ 15日以上30日以内の期間</u>
	381点	<u>477点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+7点)
ハ 31日以上の期間		<u>ハ 31日以上の期間</u>
	351点	<u>450点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+7点)
【有床診療所療養病床入院基本料】		【有床診療所療養病床入院基本料】
(1日につき)		(1日につき)
1 入院基本料 A	986点	1 入院基本料 A <u>994点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+19点)

(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	972点		<u>980点</u> (改)
2 入院基本料B	882点	2 入院基本料B	<u>888点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+19点)	
(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	868点		<u>874点</u> (改)
3 入院基本料C	775点	3 入院基本料C	<u>779点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+17点)	
(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	761点		<u>765点</u> (改)
4 入院基本料D	613点	4 入院基本料D	<u>614点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+12点)	
(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	599点		<u>599点</u> (改)
5 入院基本料E	531点	5 入院基本料E	<u>530点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+10点)	
(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	517点		<u>516点</u> (改)
6 特別入院基本料	450点	6 特別入院基本料	<u>459点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+9点)	
(生活療養を受ける場合)		(生活療養を受ける場合)	
	436点		<u>444点</u> (改)
		(うち、消費税対応分+8点)	
【救命救急入院料】 (1日につき)		【救命救急入院料】 (1日につき)	
1 救命救急入院料1		1 救命救急入院料1	
イ 3日以内の期間		イ 3日以内の期間	

	9,711点	9,869点(改)
□ 4日以上7日以内の期間		(うち、消費税改定分+158点)
	8,786点	□ 4日以上7日以内の期間
		8,929点(改)
ハ 8日以上14日以内の期間		(うち、消費税改定分+143点)
	7,501点	ハ 8日以上14日以内の期間
		7,623点(改)
		(うち、消費税改定分+122点)
2 救命救急入院料 2		2 救命救急入院料 2
イ 3日以内の期間		イ 3日以内の期間
	11,211点	11,393点(改)
		(うち、消費税改定分+182点)
□ 4日以上7日以内の期間		□ 4日以上7日以内の期間
	10,151点	10,316点(改)
		(うち、消費税改定分+165点)
ハ 8日以上14日以内の期間		ハ 8日以上14日以内の期間
	8,901点	9,046点(改)
		(うち、消費税改定分+145点)
3 救命救急入院料 3		3 救命救急入院料 3
イ 救命救急入院料		イ 救命救急入院料
(1) 3日以内の期間		(1) 3日以内の期間
	9,711点	9,869点(改)
		(うち、消費税改定分+158点)
(2) 4日以上7日以内の期間		(2) 4日以上7日以内の期間
	8,786点	8,929点(改)
		(うち、消費税改定分+143点)
(3) 8日以上14日以内の期間		(3) 8日以上14日以内の期間
	7,501点	7,623点(改)
		(うち、消費税改定分+122点)
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
(1) 3日以内の期間		(1) 3日以内の期間
	9,711点	9,869点(改)
		(うち、消費税改定分+158点)

<p>(2) 4日以上7日以内の期間 8,786点</p> <p>(3) 8日以上60日以内の期間 7,901点</p> <p>4 救命救急入院料 4</p> <p>イ 救命救急入院料</p> <p>(1) 3日以内の期間 11,211点</p> <p>(2) 4日以上7日以内の期間 10,151点</p> <p>(3) 8日以上14日以内の期間 8,901点</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p>(1) 3日以内の期間 11,211点</p> <p>(2) 4日以上7日以内の期間 10,151点</p> <p>(3) 8日以上14日以内の期間 8,901点</p> <p>(4) 15日以上60日以内の期間 7,901点</p> <p>【特定集中治療室管理料】（1日につき）</p>	<p>(2) 4日以上7日以内の期間 8,929点(改) (うち、消費税改定分+143点)</p> <p>(3) 8日以上60日以内の期間 8,030点(改) (うち、消費税改定分+129点)</p> <p>4 救命救急入院料 4</p> <p>イ 救命救急入院料</p> <p>(1) 3日以内の期間 11,393点(改) (うち、消費税改定分+182点)</p> <p>(2) 4日以上7日以内の期間 10,316点(改) (うち、消費税改定分+165点)</p> <p>(3) 8日以上14日以内の期間 9,046点(改) (うち、消費税改定分+145点)</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p>(1) 3日以内の期間 11,393点(改) (うち、消費税改定分+182点)</p> <p>(2) 4日以上7日以内の期間 10,316点(改) (うち、消費税改定分+165点)</p> <p>(3) 8日以上14日以内の期間 9,046点(改) (うち、消費税改定分+145点)</p> <p>(4) 15日以上60日以内の期間 8,030点(改) (うち、消費税改定分+129点)</p> <p>【特定集中治療室管理料】（1日につき）</p>
---	---

9,211点	9,361点(新)
(2) 8日以上14日以内の期間	(うち、消費税改定分+150点)
7,711点	(2) 8日以上14日以内の期間
	7,837点(新)
(うち、消費税改定分+126点)	
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
(1) 7日以内の期間	(1) 7日以内の期間
9,211点	9,361点(改)
(うち、消費税改定分+150点)	
(2) 8日以上60日以内の期間	(2) 8日以上60日以内の期間
7,901点	8,030点(改)
(うち、消費税改定分+129点)	
【ハイケアユニット入院医療管理料】	【ハイケアユニット入院医療管理料】
(1日につき)	(1日につき)
4,511点	1 ハイケアユニット入院医療管理料1
	6,584点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
	2 ハイケアユニット入院医療管理料2
	4,084点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
	<u>(経過措置)</u> 4,584点(改)
	(うち、消費税対応分+73点)
【脳卒中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】
(1日につき)	(1日につき)
5,711点	5,804点(改)
	(うち、消費税改定分+93点)
【小児特定集中治療室管理料】	【小児特定集中治療室管理料】
(1日につき)	(1日につき)
1 7日以内の期間	1 7日以内の期間
15,500点	15,752点(改)

2	8日以上14日以内の期間 13,500点	(うち、消費税改定分+252点) 2	8日以上14日以内の期間 13,720点(改) (うち、消費税改定分+220点)
	【新生児特定集中治療室管理料】 (1日につき)		【新生児特定集中治療室管理料】 (1日につき)
1	新生児特定集中治療室管理料 1 10,011点	1	新生児特定集中治療室管理料 1 10,174点(改) (うち、消費税改定分+163点)
2	新生児特定集中治療室管理料 2 6,011点	2	新生児特定集中治療室管理料 2 8,109点(改) (うち、消費税対応分+98点)
	【総合周産期特定集中治療室管理料】 (1日につき)		【総合周産期特定集中治療室管理料】 (1日につき)
1	母体・胎児集中治療室管理料 7,011点	1	母体・胎児集中治療室管理料 7,125点(改) (うち、消費税改定分+114点)
2	新生児集中治療室管理料 10,011点	2	新生児集中治療室管理料 10,174点(改) (うち、消費税改定分+163点)
	【新生児治療回復室入院医療管理料】 (1日につき)		【新生児治療回復室入院医療管理料】 (1日につき)
	5,411点		5,499点(改) (うち、消費税改定分+88点)
	【一類感染症患者入院医療管理料】 (1日につき)		【一類感染症患者入院医療管理料】 (1日につき)
1	7日以内の期間 8,901点	1	7日以内の期間 9,046点(改) (うち、消費税改定分+145点)
2	8日以上14日以内の期間	2	8日以上14日以内の期間

7,701点	7,826点(改) (うち、消費税改定分+125点)
【特殊疾患入院医療管理料】 (1日につき) 1,954点	【特殊疾患入院医療管理料】 (1日につき) <u>2,009点</u> (改) (うち、消費税改定分+55点)
【小児入院医療管理料】 (1日につき) 1 小児入院医療管理料 1 4,511点	【小児入院医療管理料】 (1日につき) 1 小児入院医療管理料 1 <u>4,584点</u> (改) (うち、消費税改定分+73点)
2 小児入院医療管理料 2 4,011点	2 小児入院医療管理料 2 <u>4,076点</u> (改) (うち、消費税改定分+65点)
3 小児入院医療管理料 3 3,611点	3 小児入院医療管理料 3 <u>3,670点</u> (改) (うち、消費税改定分+59点)
4 小児入院医療管理料 4 3,011点	4 小児入院医療管理料 4 <u>3,060点</u> (改) (うち、消費税改定分+49点)
5 小児入院医療管理料 5 2,111点	5 小児入院医療管理料 5 <u>2,145点</u> (改) (うち、消費税改定分+34点)
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき)	【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 1,911点 (生活療養を受ける場合) 1,897点	1 回復期リハビリテーション病棟 入院料 1 <u>2,025点</u> (改) (うち、消費税対応分+54点) (生活療養を受ける場合) <u>2,011点</u> (改) (うち、消費税改定分+54点)
2 回復期リハビリテーション病棟	2 回復期リハビリテーション病棟

入院料 2	1,761点	入院料 2	<u>1,811点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+50点)	
	1,747点	(生活療養を受ける場合)	<u>1,796点</u> (改)
3 回復期リハビリテーション病棟		3 回復期リハビリテーション病棟	
入院料 3	1,611点	入院料 3	<u>1,657点</u> (改)
(生活療養を受ける場合)		(うち、消費税改定分+46点)	
	1,597点	(生活療養を受ける場合)	<u>1,642点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+45点)	
【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)		【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)	
1 亜急性期入院医療管理料 1	2,061点	1 亜急性期入院医療管理料 1	<u>2,119点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+58点)	
2 亜急性期入院医療管理料 2	1,911点	2 亜急性期入院医療管理料 2	<u>1,965点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+54点)	
3 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域)	1,761点	3 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域)	<u>1,811点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+50点)	
4 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域)	1,661点	4 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域)	<u>1,708点</u> (改)
		(うち、消費税改定分+47点)	
		【地域包括ケア病棟入院料】(1日につき)	
<u>(新設)</u>		1 地域包括ケア病棟入院料 1	<u>2,558点</u> (新)
		(うち、消費税対応分+58点)	
<u>(新設)</u>		(生活療養を受ける場合)	

	2,544点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,544点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,044点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点(新) (うち、消費税対応分+58点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,044点(新) (うち、消費税対応分+58点)
<u>(新設)</u>	5 地域包括ケア病棟入院料 1 (特定地域) 2,191点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,177点(新) (うち、消費税対応分+50点)
<u>(新設)</u>	6 地域包括ケア入院医療管理料 1 (特定地域) 2,191点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合)
<u>(新設)</u>	2,177点(新) (うち、消費税対応分+50点)
<u>(新設)</u>	7 地域包括ケア病棟入院料 2

(新設)	(特定地域) 1,763点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合) 1,749点(新) (うち、消費税対応分+50点)
(新設)	8 地域包括ケア入院医療管理料 2 (特定地域) 1,763点(新) (うち、消費税対応分+50点) (生活療養を受ける場合) 1,749点(新) (うち、消費税対応分+50点)
(新設)	
【特殊疾患病棟入院料】 (1日につき)	【特殊疾患病棟入院料】 (1日につき)
1 特殊疾患病棟入院料 1 1,954点	1 特殊疾患病棟入院料 1 2,008点(改) (うち、消費税改定分+54点)
2 特殊疾患病棟入院料 2 1,581点	2 特殊疾患病棟入院料 2 1,625点(改) (うち、消費税改定分+44点)
【緩和ケア病棟入院料】 (1日につき)	【緩和ケア病棟入院料】 (1日につき)
1 30日以内の期間 4,791点	1 30日以内の期間 4,926点(改) (うち、消費税改定分+135点)
2 31日以上60日以内の期間 4,291点	2 31日以上60日以内の期間 4,412点(改) (うち、消費税改定分+121点)
3 61日以上の期間 3,291点	3 61日以上の期間 3,384点(改) (うち、消費税改定分+93点)
【精神科救急入院料】 (1日につき)	【精神科救急入院料】 (1日につき)
1 精神科救急入院料 1	1 精神科救急入院料 1

イ 30日以内の期間 3,462点	イ 30日以内の期間 3,557点(改) (うち、消費税改定分+95点)
ロ 31日以上 3,042点	ロ 31日以上 3,125点(改) (うち、消費税改定分+83点)
2 精神科救急入院料 2	2 精神科救急入院料 2
イ 30日以内の期間 3,262点	イ 30日以内の期間 3,351点(改) (うち、消費税改定分+89点)
ロ 31日以上 2,842点	ロ 31日以上 2,920点(改) (うち、消費税改定分+78点)
【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)	【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)
1 精神科急性期治療病棟入院料 1	1 精神科急性期治療病棟入院料 1
イ 30日以内の期間 1,931点	イ 30日以内の期間 1,984点(改) (うち、消費税改定分+53点)
ロ 31日以上 1,611点	ロ 31日以上 1,655点(改) (うち、消費税改定分+44点)
2 精神科急性期治療病棟入院料 2	2 精神科急性期治療病棟入院料 2
イ 30日以内の期間 1,831点	イ 30日以内の期間 1,881点(改) (うち、消費税改定分+50点)
ロ 31日以上 1,511点	ロ 31日以上 1,552点(改) (うち、消費税改定分+41点)
【精神科救急・合併症入院料】 (1日につき)	【精神科救急・合併症入院料】 (1日につき)

1	30日以内の期間	3,462点	1	30日以内の期間	<u>3,560点</u> (改) (うち、消費税改定分+98点)
2	31日以上の期間	3,042点	2	31日以上の期間	<u>3,128点</u> (改) (うち、消費税改定分+86点)
	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 (1日につき)	2,911点		【児童・思春期精神科入院医療管理料】 (1日につき)	<u>2,957点</u> (改) (うち、消費税改定分+46点)
	【精神療養病棟入院料】 (1日につき)	1,061点		【精神療養病棟入院料】 (1日につき)	<u>1,090点</u> (改) (うち、消費税改定分+29点)
	【認知症治療病棟入院料】 (1日につき)			【認知症治療病棟入院料】 (1日につき)	
1	認知症治療病棟入院料 1		1	認知症治療病棟入院料 1	
イ	30日以内の期間	1,761点	イ	30日以内の期間	<u>1,809点</u> (改) (うち、消費税改定分+48点)
ロ	31日以上60日以内の期間	1,461点	ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,501点</u> (改) (うち、消費税改定分+40点)
ハ	61日以上の期間	1,171点	ハ	61日以上の期間	<u>1,203点</u> (改) (うち、消費税改定分+32点)
2	認知症治療病棟入院料 2		2	認知症治療病棟入院料 2	
イ	30日以内の期間	1,281点	イ	30日以内の期間	<u>1,316点</u> (改) (うち、消費税改定分+35点)
ロ	31日以上60日以内の期間	1,081点	ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,111点</u> (改)

ハ 61日以上の期間 961点	(うち、消費税改定分+30点) ハ 61日以上の期間 987点(改) (うち、消費税改定分+26点)
【特定一般病棟入院料】(1日につき)	【特定一般病棟入院料】(1日につき)
1 特定一般病棟入院料 1 1,103点	1 特定一般病棟入院料 1 1,121点(改) (うち、消費税改定分+18点)
2 特定一般病棟入院料 2 945点	2 特定一般病棟入院料 2 960点(改) (うち、消費税改定分+15点)
(亜急性期入院医療管理が行われた 場合) 1,761点	(亜急性期入院医療管理が行われた 場合) 1,811点(改) (うち、消費税改定分+50点)
(脳血管リハ、運動器リハを算定し たことがある患者に亜急性期入院 医療管理が行われた場合) 1,661点	(脳血管リハ、運動器リハを算定し たことがある患者に亜急性期入院 医療管理が行われた場合) 1,708点(改) (うち、消費税改定分+47点)
<u>(新設)</u>	<u>(地域包括ケア入院医療管理料 1 に 該当する場合) 2,191点(新)</u> (うち、消費税対応分+50点)
<u>(新設)</u>	<u>(地域包括ケア入院医療管理料 2 に 該当する場合) 1,763点(新)</u> (うち、消費税対応分+50点)
【短期滞在手術基本料】	【短期滞在手術等基本料】
1 短期滞在手術基本料 1 (日帰り の場合) 2,800点	1 短期滞在手術等基本料 1 (日帰 りの場合) 2,856点(改) (うち、消費税改定分+56点)
2 短期滞在手術基本料 2 (1泊2 日の場合) 4,822点	2 短期滞在手術等基本料 2 (1泊 2日の場合) 4,918点(改)

<p>(生活療養を受ける場合) 4,794点</p> <p>3 短期滞在手術基本料3 (4泊5日までの場合) 5,703点</p> <p>(生活療養を受ける場合) 5,633点</p>	<p>(うち、消費税改定分+96点) (生活療養を受ける場合) 4,890点(改)</p> <p>(うち、消費税改定分+96点) 3 短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)</p> <p>イ 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合 16,773点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 16,702点(改) (うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ロ 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 9,383点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 9,312点(改) (うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ハ 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合 9,638点(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) 9,567点(改) (うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ニ 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点(改)</p>
--	---

	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>6,059点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
ホ	<p>前立腺針生検法 <u>11,737点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>11,666点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
ヘ	<p>腋臭症手術2皮膚有毛部切除術 <u>17,485点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>17,414点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
ト	<p>関節鏡下手根管開放手術 <u>20,326点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>20,255点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
チ	<p>胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) <u>43,479点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>43,408点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
リ	<p>水晶体再建術1眼内レンズを 挿入する場合 ロその他のもの <u>27,093点</u>(改)</p>
	<p>(うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合)</p>

	<p style="text-align: right;"><u>27,022点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>又 水晶体再建術 2 眼内レンズを 挿入しない場合</p>
	<p style="text-align: right;"><u>21,632点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p>
	<p style="text-align: right;"><u>21,561点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ル 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 cm未 満</p>
	<p style="text-align: right;"><u>20,112点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p>
	<p style="text-align: right;"><u>20,041点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ヲ 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術</p>
	<p style="text-align: right;"><u>27,311点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p>
	<p style="text-align: right;"><u>27,240点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ワ 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法</p>
	<p style="text-align: right;"><u>9,850点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p>
	<p style="text-align: right;"><u>9,779点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>カ 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術</p>
	<p style="text-align: right;"><u>12,371点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p>
	<p style="text-align: right;"><u>12,300点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p>

	<p> ヨ ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満) <u>29,093点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>29,022点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) </p> <p> タ ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上) <u>24,805点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>24,734点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) </p> <p> レ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両 側)(15歳未満) <u>56,183点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>56,112点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) </p> <p> ソ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両 側)(15歳以上) <u>51,480点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>51,409点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) </p> <p> ツ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜 切除術 1 長径 2 cm未満 <u>14,661点</u>(改) (うち、消費税改定分+114点) (生活療養を受ける場合) <u>14,590点</u>(改) (うち、消費税改定分+113点) </p> <p> ネ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径 2 cm以上 </p>
--	---

	<p style="text-align: right;"><u>18,932点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p> <p style="text-align: right;"><u>18,861点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ナ 痔核手術 2 硬化療法 (四段階注射法) <u>13,410点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p> <p style="text-align: right;"><u>13,339点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ラ 子宮頸部(腔部)切除術</p> <p style="text-align: right;"><u>18,400点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p> <p style="text-align: right;"><u>18,329点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p> <p>ム 子宮鏡下子宮筋腫摘出術</p> <p style="text-align: right;"><u>35,524点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+114点)</p> <p>(生活療養を受ける場合)</p> <p style="text-align: right;"><u>35,453点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税改定分+113点)</p>
<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 69点</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 104点</p>	<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 <u>72点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税対応分+3点)</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 <u>109点</u> (改)</p> <p>(うち、消費税対応分+5点)</p>
<p>【外来放射線照射診療料】</p>	<p>【外来放射線照射診療料】</p>

280点	292点(改)
	(うち、消費税対応分+12点)
【在宅患者訪問診療料】(1日につき)	【在宅患者訪問診療料】(1日につき)
1 同一建物居住者以外の場合	1 同一建物居住者以外の場合
830点	833点(改)
	(うち、消費税対応分+3点)
2 同一建物居住者の場合	2 同一建物居住者の場合
イ 特定施設等に入居する者の場合	イ 特定施設等に入居する者の場合
400点	203点(改)
	(うち、消費税対応分+3点)
ロ イ以外の場合	ロ イ以外の場合
200点	103点(改)
	(うち、消費税対応分+3点)

2. 歯科診療報酬

- (1) 初・再診料（地域歯科診療支援病院歯科初・再診料を含む。）を引上げる。
 (2) 歯科訪問診療料を引上げる。

現 行	改 定 案
【初診料】 1 歯科初診料 218点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270点 【再診料】 1 歯科再診料 42点 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69点 【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 850点 2 歯科訪問診療 2 380点 <u>(新設)</u>	【初診料】 1 歯科初診料 <u>234点</u> (改) (うち、消費税対応分+16点) 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>282点</u> (改) (うち、消費税対応分+12点) 【再診料】 1 歯科再診料 <u>45点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>72点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) 【歯科訪問診療料】 1 歯科訪問診療 1 <u>866点</u> (改) (うち、消費税対応分+16点) 2 歯科訪問診療 2 <u>283点</u> (改) (うち、消費税対応分+3点) <u>3 歯科訪問診療 3 143点</u> (新) (うち、消費税対応分+3点)

3. 調剤報酬

- (1) 調剤基本料を引き上げる。
- (2) 一包化加算及び無菌製剤処理加算を引き上げる。

現 行	改 定 案
【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 調剤基本料 40点 調剤基本料（特例） 24点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 調剤基本料 <u>41点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） 調剤基本料（特例） <u>25点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（妥結率が低い場合）</u> <u>31点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（特例・妥結率が低い場合）</u> <u>19点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点）
【一包化加算】 （1調剤につき） 56日分以下の場合（7日分につき） 30点 57日分以上の場合 270点	【一包化加算】 （1調剤につき） 56日分以下の場合（7日分につき） <u>32点</u> （改） （うち、消費税対応分＋2点） 57日分以上の場合 <u>290点</u> （改） （うち、消費税対応分＋20点）
【無菌製剤処理加算】 （1日につき） 中心静脈栄養法用輸液 40点 抗悪性腫瘍剤 50点 <u>（新設）</u>	【無菌製剤処理加算】 （1日につき） 中心静脈栄養法用輸液 <u>65点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） 抗悪性腫瘍剤 <u>75点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） <u>麻薬</u> <u>65点</u> （新）

<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(うち、消費税対応分+10点)</p> <p><u>乳幼児の場合</u></p> <p><u>中心静脈栄養法用輸液</u> 130点(新)</p> <p>(うち、消費税対応分+20点)</p> <p><u>抗悪性腫瘍剤</u> 140点(新)</p> <p>(うち、消費税対応分+20点)</p> <p><u>麻薬</u> 130点(新)</p> <p>(うち、消費税対応分+20点)</p>
---	---

4. 訪問看護療養費

訪問看護管理療養費を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>訪問看護管理療養費</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p style="text-align: right;">7,300円</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>(1日につき)</p> <p style="text-align: right;">2,950円</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>訪問看護管理療養費</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p><u>イ 機能強化型訪問看護管理療養</u></p> <p><u>費 1</u> 12,400円(新)</p> <p>(うち、消費税対応分+100円)</p> <p><u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養</u></p> <p><u>費 2</u> 9,400円(新)</p> <p>(うち、消費税対応分+100円)</p> <p><u>ハ イ又はロ以外の場合</u></p> <p style="text-align: right;">7,400円(改)</p> <p>(うち、消費税対応分+100円)</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>(1日につき)</p> <p style="text-align: right;">2,980円(改)</p> <p>(うち、消費税対応分+30円)</p>