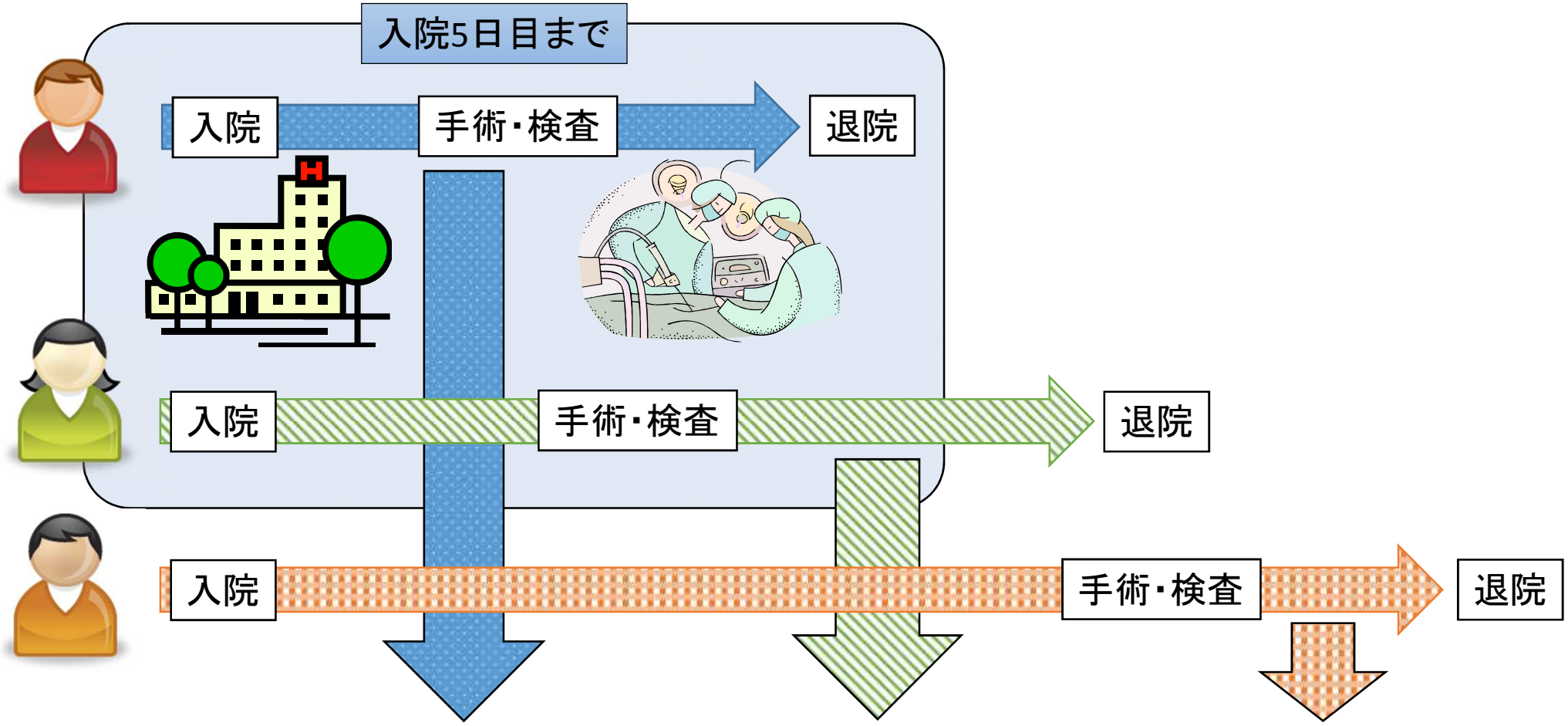
今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

＜計算式＞

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

＝**75%以上**

[経過措置・留意事項]

① 平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成26年9月30日までの間は本基準を満たしているものとする。

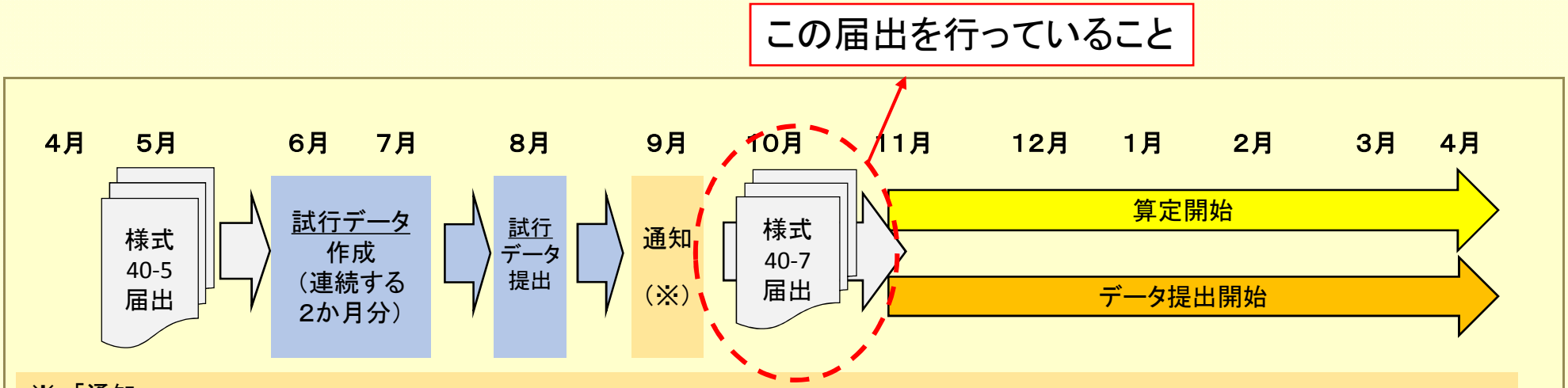
② 新しく7対1入院基本料を届け出る場合も、直近6月間の実績が上記を満たしている必要がある。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑦

7対1入院基本料におけるデータ提出

➢ 7対1入院基本料において、データ提出加算の届出について基準を新設する。

＜データ提出加算届出のスケジュール(詳細は後述)＞



※ 「通知」
提出された試行データが、適切に提出・作成されたことが厚生労働省保険局医療課において確認された病院に対して「通知」がされる。

平成26年度データ提出加算の参加の機会 ： 5月20日、8月20日、11月20日、2月20日

平成27年4月1日届出の期限

[経過措置]
平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成27年3月31日までの間は本基準を満たしているものとする。

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑧

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

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

（新）　総合入院体制加算1（1日につき・14日以内）　240点

［施設基準］

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

ア　人工心肺を用いた手術	40件／年以上	エ　放射線治療（体外照射法）	4,000件／年以上
イ　悪性腫瘍手術	400件／年以上	オ　化学療法	4,000件／年以上
ウ　腹腔鏡下手術	100件／年以上	カ　分娩件数	100件／年以上

② 救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行っていること。

③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2　（1日につき・14日以内）　120点

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑨

重症な新生児の集中治療①

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

現行

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

改定後

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

*1　NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。
*2　GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

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

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑩

重症な新生児の集中治療②

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

現行	
新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,011点
新生児特定集中治療室管理料2	6,011点

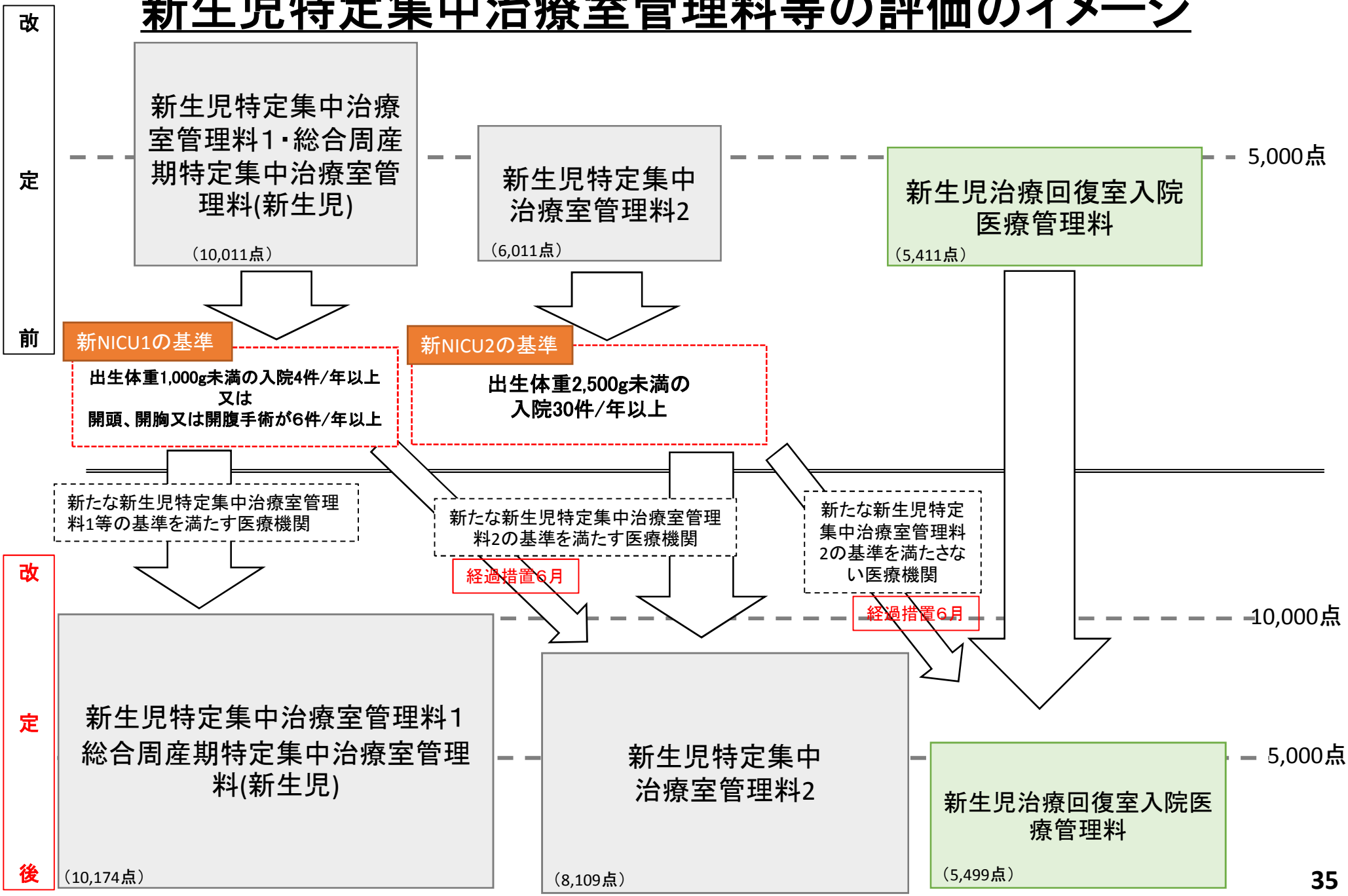
改定後	
新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,174点
新生児特定集中治療室管理料2	8,109点(改)

[施設基準]
新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
・ 以下のいずれかを満たすこと。
イ 出生体重1,000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。
ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が1年間に6件以上であること。
新生児特定集中治療室管理料2
・ 出生体重2,500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。
※ 平成26年3月31日に届け出ている医療機関は平成26年9月30日までは基準を満たしているものとする。

重症な小児の集中治療

➢小児特定集中治療室管理料(いわゆるPICU)の施設基準について、見直しを行う。
[施設基準] 以下のいずれかを満たすこと(「ロ」を新たに設定)。
イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。
ロ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

新生児特定集中治療室管理料等の評価のイメージ



長期療養患者の受け皿の確保等について①

療養病棟における透析患者の受入の促進

- 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

（新）　慢性維持透析管理加算　100点（1日につき）

［算定要件］

・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。

・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。（毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。）

療養病棟における超重症児（者）等の受入の促進等

- 療養病棟における超重症児（者）等の受入を促進するため、超重症児（者）・準超重症児（者）加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大する。

- また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者は除く。）。

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➢ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

（新）　在宅復帰機能強化加算　10点（1日につき）

［算定要件］

①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。

②在宅に退院した患者（1ヶ月以上入院していた患者に限る）が50％以上であること。

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

④病床回転率が10％以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
（退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る）

直近6月間における退院患者数（当該病棟に入院した期間が1月以上の患者）－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関（当該医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

$$\frac{30.4}{\text{平均在院日数}}$$

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

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

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

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

［施設基準等］

① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
⑦ 以下のいずれかを満たすこと　ア）在宅療養支援病院、イ）在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年3件以上の受入実績、ウ）二次救急医療施設、エ）救急告示病院
⑧ データ提出加算の届出を行っていること
⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはできない。
⑪ 在宅復帰率7割以上　（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）
⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である　（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

看護職員配置加算：看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上
看護補助者配置加算：看護補助者が25対1以上（原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。）
救急・在宅等支援病床初期加算：他の急性期病棟（自院・他院を問わず）、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

在宅復帰率の計算方法について

＜在宅復帰率の計算式＞

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

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

＝**70%以上**

[留意事項]

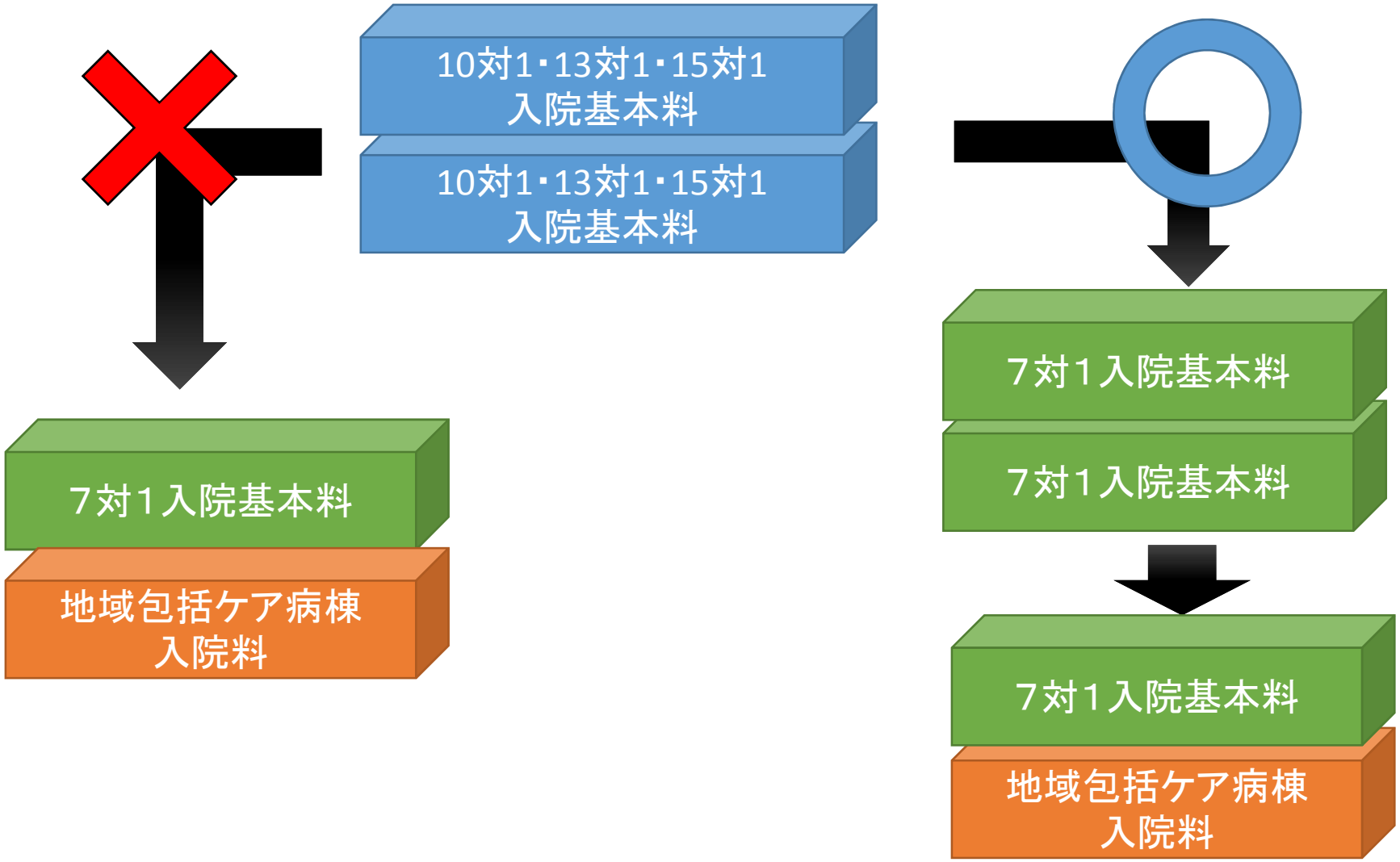
平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

＜参考　(回復期リハビリテーション病棟)＞

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

平成26年３月31日時点で10対1、13対1、15対1入院基本料を算定する病棟の取扱い



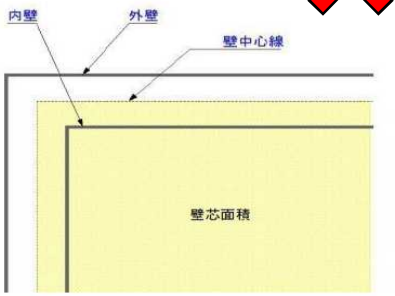
平成26年３月31日に10対１、13対１、15対１入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、７対１入院基本料を届け出ることはできない。

病室等の面積に関する内法の規定の統一など（以下の①、②による。）

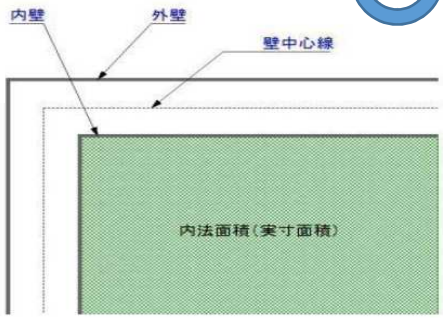
①病室等の面積の測定に当たり、壁芯ではなく、内法により行う。（平成27年４月以降）

➢病室や機能訓練室等の面積の測定に当たっては、一部の基準について、壁芯または内法により行うのか不明確であったため、内法による測定に統一し、平成27年４月１日より適用する。
➢ただし、平成26年３月31日までに届け出た場合については、壁芯による測定であっても、平成27年４月１日以降も有効なものとして取り扱う。（ただし、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間に限る。）
➢よって、平成27年４月１日以降に新規に届け出た場合は、内法による測定で面積基準等を満たしていなければならない。

壁芯による測定 ✕



内法による測定 ○



ただし、平成26年３月31日までに届け出た場合※は、平成27年４月１日以降も壁芯による面積は有効
（増築又は全面的な改築を行うまでに限る）

平成27年４月１日以降の新規の届出については、内法による測定を義務づけ

※地域包括ケア病棟入院料のみ平成27年３月31日まで届出可能

新たに内法による測定が義務づけられる項目（新設の項目を含む。）

療養環境加算	脳血管疾患等リハビリテーション料
療養病棟療養環境改善加算２	運動器リハビリテーション料
診療所療養病床療養環境改善加算	呼吸器リハビリテーション料
救命救急入院料３、４	障害者（者）リハビリテーション
特定集中治療室管理料	がん患者リハビリテーション
小児特定集中治療室管理料	集団コミュニケーション療法料
新生児特定集中治療室管理料	認知症療法・認知行動療法
母体・胎児集中治療室管理料	精神科作業療法
新生児集中治療室管理料	精神科ショート・ケア
地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１	精神科デイ・ケア
	精神科ナイト・ケア
認知症治療病棟入院料	精神科デイ・ナイト・ケア
無菌製剤処理料	重度認知症患者デイ・ケア料
心大血管疾患リハビリテーション料	特定一般病棟入院料における地域包括ケアを行う病室

※以下の項目は、平成26年度改定以前から、既に内法規定のあるものであり、取扱いに変更はない。

療養病棟療養環境加算１	
診療所療養病床療養環境加算	特殊疾患病棟入院料
特殊疾患入院医療管理料	緩和ケア病棟入院料
小児入院医療管理料に係る加算	精神療養病棟入院料

②廊下幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする。

（対象）
・療養病棟療養環境加算
・診療所療養病床療養環境加算

（経過措置）
平成27年４月１日から適用。また、平成26年３月31日において、現に当該届出を行っている保険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、当該規定を満たしているものとする。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①

地域に配慮した評価①

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

- 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

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

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

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

現行	改定後
【特定一般病棟入院料】 1 特定一般病棟入院料1（13対1） 1,103点 2 特定一般病棟入院料2（15対1） 945点 ［施設基準］ 1病棟のものに限る	【特定一般病棟入院料】 1 特定一般病棟入院料1（13対1） 1,121点 2 特定一般病棟入院料2（15対1） 960点 ［施設基準］ 一般病棟が1病棟のものに限る

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

地域に配慮した評価②

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

※（　　）は元の点数

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

[施設基準]

① 専従、専任、常勤要件を緩和する（ただし、医師は常勤とする。）

② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

（例）糖尿病透析予防指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師

イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

⇒

（特定地域の点数を算定する場合）

以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する医師

イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師

ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士

➢ 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を引き続き可能とする**。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域（特定地域・30二次医療圏）

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

病院の栄養管理体制について

常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する入院基本料等の見直し

- 平成24年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、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以下の見直しを行う。

①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。
②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、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。（ただし、平成24年3月31日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。）

平成24年3月31日

栄養管理実施加算を入院基本料等に包括

栄養管理実施加算を届け出ていなかった医療機関については、常勤の管理栄養士の配置に関して2年間の経過措置を設定。

平成26年3月31日

①平成26年3月31日までの経過措置を平成26年6月30日まで延長

平成26年7月1日～

常勤の管理栄養士を配置している場合
→通常の入院基本料等を算定。

②非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を配置している場合
→入院基本料等の所定点数から1日につき40点を控除した点数により算定。

それ以外の場合
→特別入院基本料を算定。

看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を設ける。

【現行】

【一般病棟入院基本料】	
7対1特別入院基本料	1,244点
10対1特別入院基本料	1,040点

【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】	
月平均夜勤時間超過減算	20/100を減算

[算定要件]
① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

[緩和措置の対象外の入院基本料]
特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

有床診療所の機能に着目した評価①（入院基本料）

有床診療所入院基本料の見直し

➢ 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を**平均1．2倍**引き上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ（**31日以上は約100点引き上げ**）。

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

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

［算定要件］

有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち2つ以上に該当すること。
- 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。（1：夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2：夜間に看護職員1人以上を配置。）
- 時間外対応加算1を届け出ていること。（患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。）
- 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数があわせて30件以上であること（分娩を除く）。
- 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- 過去1年間の分娩件数（帝王切開を含む）が30件以上であること。
- 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

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

有床診療所の機能に着目した評価②（医療従事者の配置）

有床診療所入院基本料の見直し

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

【現行】

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

【改定後】

看護配置加算1	40点
看護配置加算2	20点
看護補助配置加算1（看護補助者2以上）	10点
看護補助配置加算2（看護補助者1以上）	5点

有床診療所の機能に着目した評価③(栄養管理)

栄養管理実施加算の設置

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

（新）　栄養管理実施加算　12点（1日につき）

［算定要件］

・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

入院栄養食事指導料の見直し

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

【現行】

入院栄養食事指導料 （入院中2回まで）	130点

【改定後】

入院栄養食事指導料1	130点
入院栄養食事指導料2	125点

［入院栄養食事指導料2の算定要件］

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

※栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1　入院医療について

2　外来医療の機能分化・連携の推進について

3　在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4　医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

主治医機能の評価（その1）

主治医機能の評価（包括点数）

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

（新）　地域包括診療料　1,503点（月1回）

※1　対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
※2　地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
※3　初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない

[包括範囲]
下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。
・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
・地域連携小児夜間・休日診療料　診療情報提供料（Ⅱ）
・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）
・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]
① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者**とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
⑤ 下記のうちすべてを満たすこと

・診療所の場合
ア） 時間外対応加算1を算定していること
イ） 常勤医師が3人以上在籍していること
ウ） 在宅療養支援診療所であること

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

主治医機能の評価（その2）

主治医機能の評価（出来高）

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

（新） 地域包括診療加算 20点（1回につき）

※1 対象医療機関は、診療所
※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
※3 初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない

[算定要件]
① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者**とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点（月1回）		地域包括診療加算 20点（1回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	**下記以外は包括** ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料　診療情報提供料（Ⅱ）。在宅医療に係る点数（訪問診療料、在総管 、特医総管を除く。）。薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行い、その旨を院内に掲示する		**出来高**
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	**診療所又は許可病床が200床未満の病院**		**診療所**
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。（経過措置1年）		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする　等 （患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。）	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う　等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ③居宅介護支援事業所の指定 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑥介護認定審査会に参加 ⑦所定の研修を受講 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ⑨（病院の場合）総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	・下記の**すべて**を満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	・下記の**すべて**を満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	・下記のうち**いずれか1つ**を満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

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

（新）　初診料　209点（紹介のない場合）

（新）　外来診療料　54点

（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

※　保険外併用療養費（選定療養）を利用可能

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

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

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

[対象病院]

① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設

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

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$紹介率＝\frac{（紹介患者数＋救急患者数）}{初診の患者数}$$

$$逆紹介率＝\frac{逆紹介患者数}{初診の患者数}$$

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

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の除外薬剤について

ア　薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ　薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ　薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ　薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ　薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ　薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ　アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する疾患に対して用いた場合

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1　入院医療について

2　外来医療の機能分化・連携の推進について

3　在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4　医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

機能強化型在支診等の評価

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

現行	改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上	過去1年間の緊急往診の実績10件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 イ　過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ　過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

実績を有する在支診等の評価

- 在宅医療を担当する常勤医師は3名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。

（新）	在宅療養実績加算（緊急、夜間又は深夜の往診）	75点
（新）	在宅療養実績加算（ターミナルケア加算）	750点
（新）	在宅療養実績加算（在宅時医学総合管理料）	
	同一建物居住者以外の場合	300点
	同一建物居住者の場合	75点
（新）	在宅療養実績加算（特定施設入居時等医学総合管理料）	
	同一建物居住者以外の場合	225点
	同一建物居住者の場合	56点
（新）	在宅療養実績加算（在宅がん医療総合診療料）	110点

［施設基準］

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

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

（新） 在宅療養後方支援病院

[施設基準]
① 許可病床200床以上の病院であること
② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行	改定後
在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 1 連携型在支診、在支病の場合 2,500点	在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

[算定要件]
① 入院希望患者に対して算定する。
② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅療養における後方病床の評価②

➢ 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

（新） 在宅患者共同診療料１ 往診の場合 1,500点
２ 訪問診療(同一建物居住者以外) 1,000点
３ 訪問診療(同一建物居住者)
イ 特定施設等に入居する者 240点
ロ イ以外の場合 120点

[算定要件]
① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
② １～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

在宅医療の適正化①

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

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

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

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

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

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

【現行】

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

【改定後】

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

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

[算定要件]

① 同一建物の場合の訪問診療料（在総管、特医総管）を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。

② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。

④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。

1）往診を実施した患者

2）末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間

3）死亡日からさかのぼって30日以内の患者

⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位（ただし、医師3人までに限る。）とする。

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

同一建物の場合を算定する基準について

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

（例）

1回目：訪問診療料（同一建物以外の場合）
2回目：訪問診療料（同一建物の場合）　→　**同一建物以外の**管理料（在総管・特医総管）を算定

1回目：訪問診療料（同一建物の場合）
2回目：訪問診療料（同一建物の場合）　→　**同一建物の**管理料（在総管・特医総管）を算定

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

※　夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

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

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

その他

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

在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名

8日に患者③に臨時往診対応しターミナルへ移行　がん末期による3回／週の訪問診療を行う場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 （同一建物）				
8	9	10	11	12	13	14
患者③　臨時往診 がんターミナルへ		患者③　訪問診療 （同一建物以外）		患者③　訪問診療 （同一建物以外）		
15	16	17	18	19	20	21
患者①　訪問診療 （同一建物以外） 患者③　訪問診療 （同一建物以外）	患者②　訪問診療 （同一建物以外）	患者③　訪問診療 （同一建物以外）	患者④　訪問診療 （同一建物以外）	患者⑤　訪問診療 （同一建物以外） 患者③　訪問診療 （同一建物以外）		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥　訪問診療 （同一建物以外） 患者③　訪問診療 （同一建物以外）	患者⑦　訪問診療 （同一建物以外）	患者⑧　訪問診療 （同一建物以外） 患者③　訪問診療 （同一建物以外）	患者⑨　訪問診療 （同一建物以外）	患者③　訪問診療 （同一建物以外）		

末期の悪性腫瘍は同一建物の患者としてカウントされない

※患者①－⑨すべての患者が、1度は訪問診療（同一建物以外）を算定しており、
高い管理料（同一建物以外）を算定可能である。

在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名

月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨～～㊾㊿ 訪問診療 （同一建物）				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨～～㊾㊿ 訪問診療 （同一建物）				
22	23	24	25	26	27	28

※患者①－㊿すべての患者が、1度も訪問診療（同一建物以外）を算定していないので、
低い管理料（同一建物）を算定する。

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止（在宅医療の不適切事例への対応）

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

例

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

＋

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

⇒ **禁止**

特定の保険薬局への誘導について（地域包括診療加算、地域包括診療料など）

➢ 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
①連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
②時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること

➢ 保険医療機関が**在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること**
については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

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