

平成28年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

*資料の 点00 留00 施告000 施通000 様0000 は「改定診療報酬点数表参考資料」の関連ページを示します

本資料は改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも正確でない場合があります。
算定要件・施設基準等の詳細については関連の告示・通知等をご確認ください。

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の 分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価(p.3)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保(p.23)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.34)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.47)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.66)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果 的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進(p.68)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.73)
- 明細書無料発行の推進(p.86)

III 重点的な対応が求められる医療分野 を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価(p.88)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価(p.92)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価(p.95)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価(p.105)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実(p.108)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価(p.114)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価(p.161～)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続 可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(p.141)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(p.144)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進(p.147)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.151)

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

施通686-687 様式1034-1043

➤ 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上

[A項目]

1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)

2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)

3 点滴ライン同時3本以上の管理

4 心電図モニターの管理

5 シリンジポンプの管理

6 輸血や血液製剤の管理

7 専門的な治療・処置

① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、

③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、

⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、

⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理

[B項目]

8 寝返り

9 起き上がり

10 座位保持

11 移乗

12 口腔清潔

13 食事摂取

14 衣服の着脱



改定後

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上

[A項目]

1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)

2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)

3 点滴ライン同時3本以上の管理

4 心電図モニターの管理

5 シリンジポンプの管理

6 輸血や血液製剤の管理

7 専門的な治療・処置

① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、

③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、

⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)

⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、

⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療

8 救急搬送後の入院

[B項目]

9 寝返り

(削除)

(削除)

11 口腔清潔

13 衣服の着脱

(削除)

10 移乗

12 食事摂取

14 診療・療養上の指示が通じる

15 危険行動

[C項目]

16 開頭手術

17 開胸手術

18 開腹手術

19 骨の手術

20 胸腔鏡・腹腔鏡手術

21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

22 救命等に係る内科的治療

① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

様式1034-1043

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

様式1034～1043

C項目:手術等の医学的状況の定義について (共通事項の概要)		
①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする ③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である		
項目名	定義	留意点
開頭手術 (7日間)	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない
開胸手術 (7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない
開腹手術 (5日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない
骨の手術 (5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	—
胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—
全身麻酔・脊椎麻酔 の手術(2日間)	・上記5項目に該当しないもので全身麻酔下、脊椎麻酔下に行われた手術	
救命等に係る内科的治療	①経皮的血管内治療 (2日間) ・経皮的な脳血管内治療 ・冠動脈カテーテル治療 ・選択的血管塞栓による止血術	・t-PA療法 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術 ・検査のみの場合は含めない
	②経皮的心筋焼灼術等の治療(2日間) ・経皮的心筋焼灼術 ・体外ペースメーカー移植術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーカー移植術は、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う
	③侵襲的な消化器治療(2日間) ・内視鏡による胆道・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行う場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない

医療機能に応じた入院医療の評価について④

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

現行の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の15%以上

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の5%以上

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)

改定後の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の25%以上施告632、637、639～
施通686-687

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の6%以上施告645-646
施通704-706

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目、C項目)施告657
施通741、748

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の5%以上(A項目のみ)施告656
施通738-739

[経過措置]

7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあつては、平成30年3月31日までに限り、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が23%以上であることとする。

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

施告633、638-639 施通688

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴い、10対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の見直しを行う。

現行

看護必要度加算1 30点

('重症度、医療・看護必要度'の基準を満たす患者が15%以上)

看護必要度加算2 15点

('重症度、医療・看護必要度'の基準を満たす患者が10%以上)

改定後

看護必要度加算1 55点

('重症度、医療・看護必要度'の基準を満たす患者が24%以上)

看護必要度加算2 45点

('重症度、医療・看護必要度'の基準を満たす患者が18%以上)

看護必要度加算3 25点

('重症度、医療・看護必要度'の基準を満たす患者が12%以上)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑤

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

施告632～ 施通686-687

- 項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

現行
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。
【評価者】 院内研修を受けたもの。



改定後
【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、 <u>放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。</u>
【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、 <u>看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。</u>
【評価の根拠】 一部の評価項目において、 <u>医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。</u>
【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において <u>看護職員以外の職種も評価者となり得る。</u>

- 項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

施告632他 施通686他

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票 研 修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、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、特定一般病棟入院料(注7)	- 平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。 - 評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

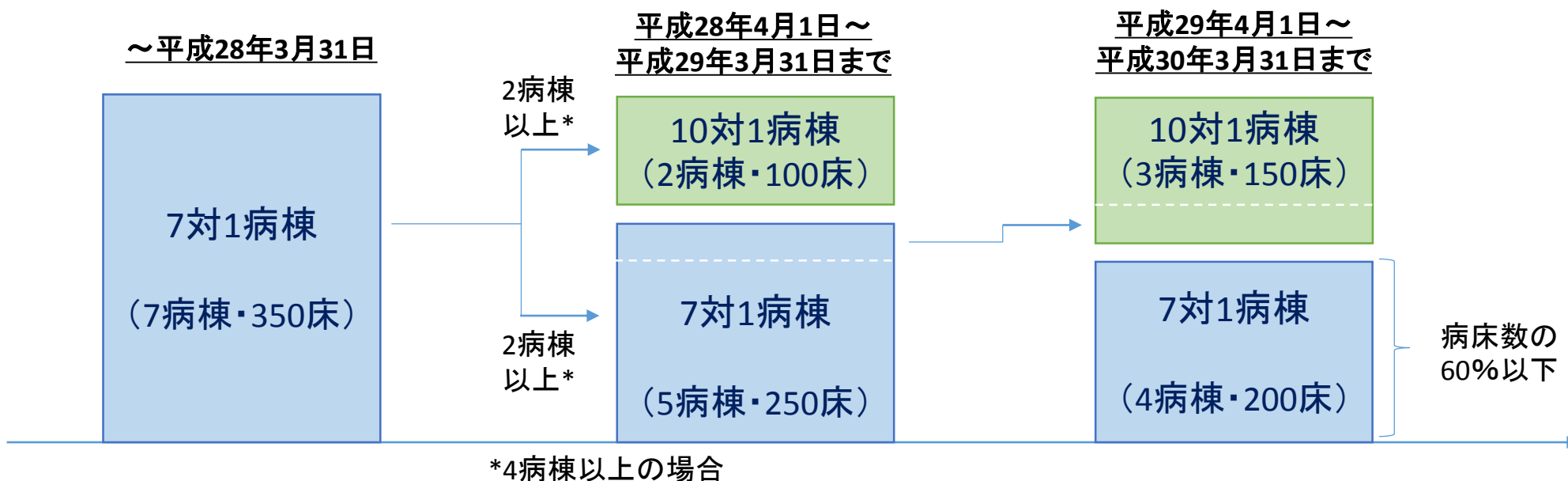
病棟群単位による届出①

留52、58-59 施通695-696

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



医療機能に応じた入院医療の評価について⑦

病棟群単位による届出②

留52、58-59 施通695-696

〔入院基本料と加算等に係る施設基準〕

注 「一般病棟」には、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料が含まれる。

		(同一の報酬を算定する範囲)		基準の適用方法	留意点	病棟群毎 に実績等 を算出す るもの	備考
		病棟群 毎	一般病棟 全体				
入院基本料 の基準	看護職員の配置	○		病棟群毎に計算し、両方の病棟群が <u>それぞれ</u> の基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。	○	・ DPC対象病院の入院基本料は、 <u>10対1の機能評価係数Ⅰを選択するものとし</u> 、7対1病棟群の患者については、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき、差額分を所定点数に加算する。 ・ 異なる病棟群に転棟した場合は、入院期間中全て（前月分まで遡る）10対1入院基本料を算定する。
	看護師比率				異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。		
	平均在院日数						
	重症度、医療・看護必要度						
	自宅等退院患者割合	7対1のみ		一般病棟全体で7対1の基準を満たす必要がある。	—		
	月平均夜勤時間数		○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群が <u>とも</u> に基準を満たす必要がある。	どちらか一方の病棟群で満たせない場合、一般病棟全体で月平均夜勤時間超過減算等を算定する。	○	
特別入院基本料 月平均夜勤時間超過減算 夜勤時間特別入院基本料		どちらか一方の病棟群が要件に該当すれば、 <u>両方の病棟群</u> で適用される。					
入院基本料 の注加算	看護必要度加算	10対1のみ		10対1入院基本料を算定する病棟群のみで算出し、基準を満たす必要がある。	10対1入院基本料を算定する病棟群でのみ算定できる。	10対1のみ	
	ADL維持向上等体制加算	病棟単位 （現行通り）		届出する病棟単位で要件を満たす必要がある。	異なる病棟群に転棟した場合、ADL評価の転棟患者には含めず、退院時は退院した病棟の実績とする。	病棟単位 （現行通り）	
	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群が <u>とも</u> に基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。	○	
入院基本料等加算	上記以外の 入院基本料等加算		○	一般病棟全体で満たす必要がある。		—	

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

在宅復帰率の要件見直し

施告632、637、639、657、662 施通687、741、749

- 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行
(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が75%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)



改定後
(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が80%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)
- ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

現行
(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)



改定後
(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑨

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

点39, 41 留25, 27 施告642、643 施通694

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以内

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以内

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

施告653 施通732 様1050～

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

現行

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：すべての項目が1点
該当基準：A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上



改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点
該当基準：A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

短期滞在手術等基本料3の見直し

点157-160 留161-163 施告662-663、669-670 施通752

- 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑪

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

点69 留84 施告843 施通696-700

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

- 総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点
- 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)
- 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法: <u>1,000件/年以上</u> カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	<u>上記のうち少なくとも4つ以上を満たす</u> <u>年間2,000件以上</u>	<u>上記のうち少なくとも2つ以上を満たす</u> —
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ <u>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</u> ロ <u>精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</u>	以下のいずれかを満たす イ <u>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</u> ロ <u>精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</u>
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	<u>2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置</u>	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	<u>3割以上</u>	<u>3割以上</u>	<u>2割7分以上</u>

[経過措置]
平成 28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑫

地域包括ケア病棟入院料の見直し

点126-127 留145-147 施告657-658 施通741-742

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む。)の包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟まで(※)とする。

※平成28年1月1日現在で地域包括ケア病棟入院料を複数届け出ている保険医療機関は、当該時点で現に届け出ている病棟を維持できる。

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

点25-27、628 施告634-635 施通691 様1044-1047

現行(7対1入院基本料)

【療養病棟入院基本料1】

当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

【療養病棟入院基本料2】

入院患者に関する要件なし



改定後(7対1入院基本料)

【療養病棟入院基本料1】

当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

【療養病棟入院基本料2】

当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95／100を算定できる。

- ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ていた病棟であること。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑬

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

様1044-1047

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
 - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
 - ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)
 - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)

医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンc製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

点27 留55 施告635 施通690

- 在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、以下の施設基準について見直しを行う。

現行(7対1入院基本料)

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

病床回転率が10%以上であること。

$$\frac{30.4}{\text{平均在院日数}} \geq 10\%$$

改定後(7対1入院基本料)

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に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。

$$\frac{\text{一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 0.1$$

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

点35-37 留59-63

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

点124 留140-141

医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

留42-45

- 入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院料減算について、特に診療料の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和するとともに、減算規定を簡素化する。

【現行】

【改定後】

出来高病棟

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院基本料から15%減額

入院基本料から 10% 減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床に限る。)

入院料から55%減額

入院料から 40% 減額

精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域
移行機能強化病棟入院料、有床診療所療養病床入院
基本料を算定している場合

入院料から 20% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院料から15%減額

入院料から 10% 減額

特定入院料等算定病棟

医療機能に応じた入院医療の評価について⑯

地域加算の見直し

点73-74 留90 施通727-731

- 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。

【現行】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点
2級地	15点
3級地	12点
4級地	10点
5級地	6点
6級地	3点



【改定後】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	<u>18点</u>
2級地	<u>15点</u>
3級地	<u>14点</u>
4級地	<u>11点</u>
5級地	<u>9点</u>
6級地	<u>5点</u>
(新)7級地	<u>3点</u>

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑪

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

施通695、751

医療資源の少ない地域に配慮した評価※¹を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直した上で評価を継続する。

※¹；医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※²を新たに対象に加える。

※²；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入院基本料を算定している病院を除く。

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域（特定地域・41二次医療圏）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
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	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曽	木曽郡(上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町)
	北信	中野市、飯山市、下高井郡(山ノ内町、木島平村、野沢温泉村)、下水内郡(栄村)
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、橋原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
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、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
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

上記のほか、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域を対象とする。

[経過措置]

平成28年1月1日時点で改定前の特定地域において、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑱

一類感染症患者入院医療管理料の見直し

点123 留140

- 感染症法に規定する入院措置中の期間は算定可能とする。また、検査、点滴注射及び中心静脈注射を包括範囲外とする。

【一類感染症患者入院医療管理料】

現行	
7日以内の期間	9,046点
8日以上14日以内の期間	7,826点



改定後	
<u>14日以内の期間</u>	9,046点
<u>15日以上14日以内の期間</u>	7,826点

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し

点28 留56

- 結核病棟入院基本料について、結核病棟における標準的な入院期間の患者の早期退院を促す観点から、入院初期の評価を見直す。

【入院初期加算】

現行	
14日以内の期間	400点
15日以上30日以内の期間	300点
31日以上90日以内の期間	100点



改定後	
14日以内の期間	400点
15日以上30日以内の期間	300点
<u>31日以上60日以内の期間</u>	<u>200点</u>
<u>61日以上</u> 90日以内の期間	100点

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

点70 留87 施告645 施通702

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

医師事務作業補助体制の評価②

点70 留87 施通703

- 20対1補助体制加算について、25対1, 30対1, 40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1, 100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

現行

【20対1補助体制加算】

[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関
- ・年間緊急入院患者数800名以上

【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



改定後

【20対1補助体制加算】

[主な要件] 25対1, 30対1, 40対1と同様の施設基準
15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること

- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上

【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上 (75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)

- 50対1, 75対1, 100対1補助体制加算の対象として、療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加する。
- 特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、医師事務作業補助体制加算1に限り、要件を満たす場合に算定可能とする。

医療従事者の負担軽減・人材確保について③

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

施告632 施通685

- 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

現行

月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。



改定後

【7対1及び10対1入院基本料】

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

【7対1及び10対1入院基本料以外】

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。



改定後

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

- 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。 点22-23、25 施告633 施通675、668

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

〔施設基準〕

- ① 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- ② 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

〔算定対象〕

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

医療従事者の負担軽減・人材確保について④

夜間看護体制の充実に係る評価

- 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

点71-72 留88 施告645-646
施通705-706

現行	
看護職員夜間配置加算	50点



改定後	
1 看護職員夜間12対1配置加算	
(新)イ 看護職員夜間12対1配置加算1	80点
□ 看護職員夜間12対1配置加算2	60点
(新)2 看護職員夜間16対1配置加算	40点

※1のイ(看護職員夜間12対1配置加算1)及び2(看護職員夜間16対1配置加算)に、夜間看護体制の評価が含まれている。

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
夜間25対1	35点
夜間50対1	25点
夜間100対1	15点
(新規)	



改定後	
夜間30対1	40点
夜間50対1	35点
夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点

点71 留88 施通704-705

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行	
看護補助加算1、2、3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



改定後	
看護補助加算1、2、3(1日につき)	
(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
(新)夜間看護体制加算(入院初日)	150点

点73 留90 施通708

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

点38 留64 施通693

夜間看護体制の評価に関する項目

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降※1
- ③夜勤の連続回数2回以下
- ④業務量の把握・部署間支援
- ⑤看護補助者比率5割以上※2
- ⑥看護補助者の夜間配置
- ⑦看護補助者への院内研修※3
- ⑧夜間院内保育所の設置

[加算等の算定要件]

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

:7項目(①～⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

:6項目(①～⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

:7項目(①～⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。

※2 ⑤の看護補助者比率=(みなし看護補助者を除いた看護補助者数)/(みなし看護補助者を含む看護補助者数)

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

夜間看護体制の充実に関する評価～勤務編成の例～

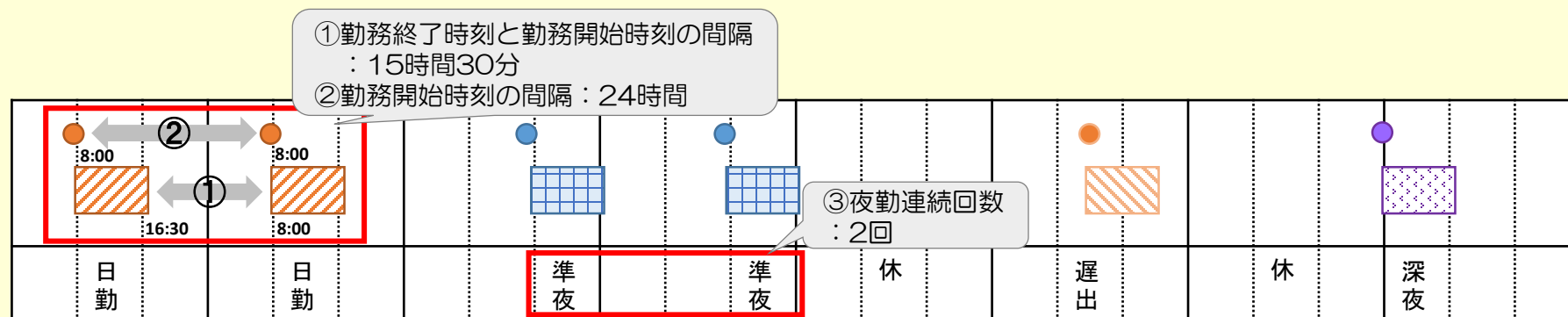
➤ 勤務編成(シフト)の例

	日勤	8:00～16:30		遅出	12:00～20:30
	準夜勤	16:00～ 0:30		深夜勤	0:00～ 8:30

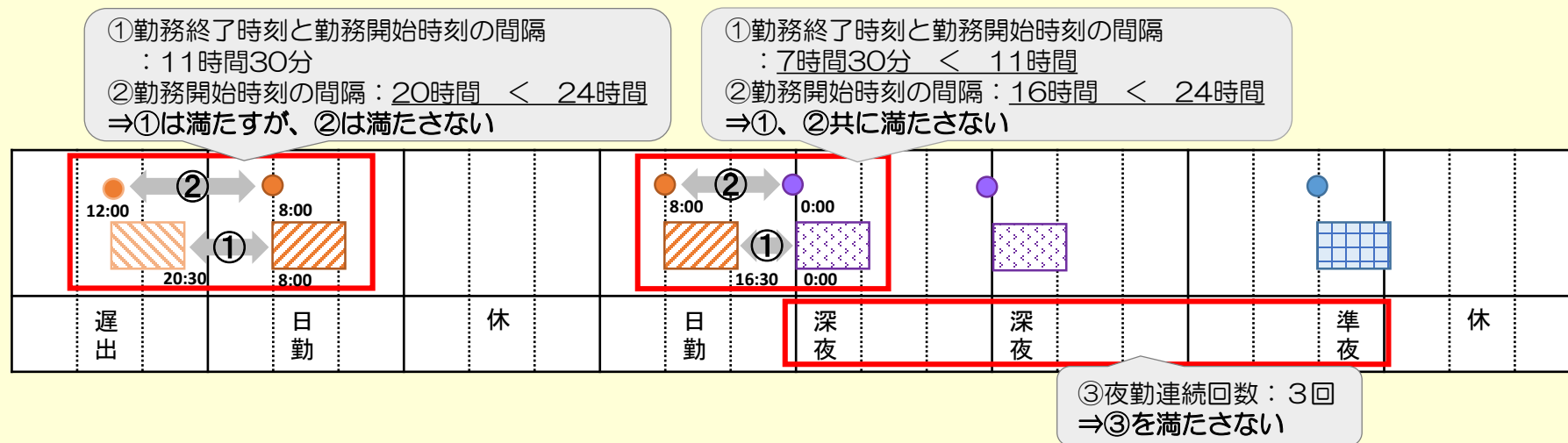
【夜間看護体制の評価に関する項目(勤務編成関連)】

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降
- ③夜勤の連続回数2回以下

夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たすシフト



夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たさないシフト



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

施通684、686

- 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化し、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を促進する。

現行

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。



改定後

- 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

施通704

〔施設基準〕

- ① 看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上は見直しを行うこと。
- ② 所定の研修※を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑥

看護職員と看護補助者の業務分担の推進②

施通684、686 様1068-1069

[主として事務的業務を行う看護補助者を配置した場合の計算例]

①看護補助者のうち、「主として事務的業務を実施する看護補助者」に当たる者を特定する

※ 各保険医療機関の院内規定において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めること。

※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」とする。

②主として事務的業務を実施する看護補助者の配置は、200対1以下であること

※ 主として事務的業務を行う看護補助者のうち、事務的業務以外の業務も行った看護補助者については、事務的業務以外の業務を行った時間も含めて、病棟における勤務時間を算入する。

<計算式>

(主として事務的業務を行う看護補助者が当該病棟で行った月延べ勤務時間数)

≦ (当該病棟の1日平均入院患者数/200) × 3 × 当該月の日数 × 8時間

【例】 1月:4週(28日)、週当たりの延べ勤務時間:40時間(月当たり:160時間)、1日平均入院患者数:50人 とした場合

<看護補助者別の曜日毎の事務的業務実施時間>

看護補助者	月	火	水	木	金	土	日	月延べ事務的業務勤務時間数	備考
 A	7時間	7時間	7時間	7時間	4時間	(休)	(休)	128時間	128/160=8割
B	1時間	1時間	1時間	1時間	3時間	(休)	(休)	28時間	28/160=1.75割<5割 → 算入しなくてよい
C	0	0	0	0	0	(休)	(休)	0	
 D	1時間	(休)	1時間	(休)	1時間	3時間	3時間	36時間	36/160=2.25割<5割 → 算入しなくてよい
E	(休)	1時間	(休)	1時間	(休)	3時間	3時間	36時間	36/160=2.25割<5割 → 算入しなくてよい

⇒主として事務的業務を実施する看護補助者

→ 160時間 ≦ 168時間((50人/200) × 3 × 28日 × 8時間)

⇒ 200対1以下の要件を満たす

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑦

常勤配置の取扱いの明確化

施通672、785

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得



休業期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

短時間勤務制度利用期間

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑧

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

点121 留138 施告645 施通734

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に規定する医師配置要件の経験年数について、夜間休日に当該医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する。

現行(医師の配置要件)

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。



改定後(医師の配置要件)

保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

点366 留374 施告765 施通826

- 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

[画像診断管理加算の施設基準]

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑨

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し

施通847

- 予定手術前の当直の免除の要件について、勤務医負担軽減の取組を広げるため、病院全体で届出する場合に限って、予定手術の前日における当直等の日数の上限を、規模に応じて緩和を行う。
- 現行では、算定している診療科の合計で年間12日以内であるところ、毎日の当直人数が6人以上であつて、病院全体で届出を実施している保険医療機関においては年間24日以内とする。

現行

（２）当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。

（３）（２）の当直等を行った日が年間12日以内であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

改定後

（２） 従前通り

（３）（２）の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

点174 留211 施告755 施通805

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

点6 留20 施告631 施通680

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

点174 留209 施告755 施通805 様1119

- 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ①2次救急指定病院または救急告示病院
- 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

診療所の場合

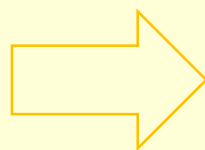
下記のすべてを満たすこと

- 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

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- 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



改定後

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ①地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ②在宅療養支援病院

診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ①時間外対応加算1の届出
- ②常勤医師が2人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ①時間外対応加算1又は2の届出
- ②常勤医師が2人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症＋1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症＋1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

点175 留211 施告755 施通805 様1120

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



・原始反射あり

新生児期



・原始反射の消失
・母親の区別がつく
・座位等の発達

乳児期



・言語の発達
・歩行の習得
・遊具等の活用

幼児期



学
童
期

[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

点80 留109 施告651 施通722

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)



[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(420点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

点183 留227 施告758、778
施通812

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

点78 留99 施告649 施通715

- 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合の評価を新設する。

(新) 栄養サポートチーム加算(週1回) 歯科医師連携加算 50点

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑤

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

点523 留559

- 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算の評価を充実する。

周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 200点【医科、歯科点数表】 ※手術の加算

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

➤外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者

※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

留193、194

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

➤指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

※¹ 入院栄養食事指導料1は130点、2 (有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

【外来・入院栄養食事指導料※²】

点166 留193
施告753-、777- 施通799

(新) イ 初回 (概ね30分以上) 260点

(新) ロ 2回目以降※³ (概ね20分以上) 200点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

➤在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

点249-250 留283
施告762、777

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

点81-82 留111-114 施告651-652 施通676-677、724-725

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑧

退院支援に関する評価の充実②

点81-82 留111-114 施告651-652 施通724-725

- 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価を新設する。

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

[算定要件]

- ① 退院支援及び地域連携業務に専従する職員（退院支援職員）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- ② 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」は原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」は原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- ③ 入院後7日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- ④ 病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

[施設基準]

- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- ③ 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ここで、当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

退院支援に関する評価の充実③

点81-82 留111-114 施告652 施通676-677、724-725

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療期間において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因；先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
- ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。

- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

点180 留218

- 医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しを行う。

現行	
介護支援連携指導料	300点
退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点
2 1以外の場合	600点
退院時共同指導料2	300点



改定後	
介護支援連携指導料	<u>400点</u>
退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	<u>1,500点</u>
2 1以外の場合	<u>900点</u>
退院時共同指導料2	<u>400点</u>

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

点183 留226-227 施告758、779 施通812

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

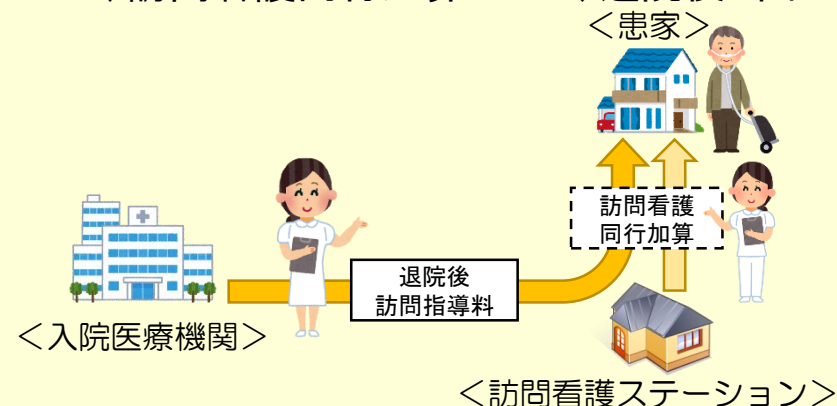
[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※

※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。

- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

点239-243 留266-270 施告760-761
施通817 様1126

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）		改定後（対象となる住まい）	
特定施設入居時等 医学総合管理料 （特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設	<u>施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 <u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム</u>
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい	在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者			別表 779
・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者	
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者	
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者	
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者	
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者	
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者	
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与を受けている患者			

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

点239-243 留266-270 施告760-761
施通817 様1126

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

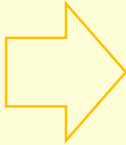
※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

点239-243 留266-270 施告760-761
施通817 様1126

現行 (特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	3,300点
同一建物居住者の場合※1	800点



改定後 (施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行 (特医総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	3,000点
同一建物居住者の場合※1	720点



改定後 (施設総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※ 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	同一建物居住者の場合
対象項目	・在宅患者訪問診療料 ・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) 等



留267、269

改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	・在宅患者訪問診療料 等	・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	当該建築物に居住する <u>複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合</u> を、「同一建物居住者の場合」という。	単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、 <u>当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数</u> をいう。(※)

- (※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。
- 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
 - 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
 - ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月までは在総管を含む。)を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

施行761 施行807-809

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ $(\text{施設総管の件数}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \leq 0.7$
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ $(\text{要介護3以上の患者} + \text{重症患者}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \geq 0.5$
③ 看取り実績が20件／年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80／100に相当する点数により算定する。

点241-243 留270

- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



参考：在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が95%以上(※)の在支診が満たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者＋重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑤

小児在宅医療に係る評価の推進

施通807-808、815



- 小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する観点から、機能強化型の在支診・病の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。

現行

【機能強化型(単独型)】

過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上

【機能強化型(連携型)】

過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上



改定後

【機能強化型(単独型)】

過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上 又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が4件以上

【機能強化型(連携型)】

- ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上
- ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上 又は15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が2件以上

休日の往診に対する評価の充実

点237

- より充実した診療を行っている医療機関を評価する観点から、休日の往診に対する評価を新設する。

現行

【機能強化型(病床有り)】

夜間(深夜を除く。)の往診 1,700点

【機能強化型(病床なし)】

夜間(深夜を除く。)の往診 1,500点

【通常型】

夜間(深夜を除く。)の往診 1,300点

【その他】

夜間(深夜を除く。)の往診 650点



改定後

【機能強化型(病床有り)】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,700点

【機能強化型(病床なし)】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,500点

【通常型】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,300点

【その他】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 650点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑥

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

- 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

緊急、夜間・休日又は深夜の往診	100点	点238
ターミナルケア加算	1,000点	点238
在宅時医学総合管理料	100～400点	点241
施設入居時等医学総合管理料	75～300点	点243
在宅がん医療総合診療料	150点	点243

[施設基準]

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑦

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

点242、239 留266-270 施告760
施通809、817 様1121-1123

➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	<u>50点</u>
ターミナルケア加算	750点	<u>500点</u>
在宅時医学総合管理料	75～300点	<u>50～200点</u>
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	<u>40～150点</u>
在宅がん医療総合診療料	110点	<u>75点</u>

[施設基準]

	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	<u>4件以上</u>
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	<u>2件以上</u>
緩和ケアに係る研修	—	<u>「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。</u>

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑧

在宅自己注射指導管理料の見直し

点252 留280-290

- 疾患の医学管理に関する評価を踏まえて、現行の注射指導回数に応じた評価の差を縮小するとともに、導入初期の指導を重点的に評価する。また、難病患者への指導管理を行った場合も併せて重点的に評価する。

現行		
1. 複雑な場合		1,230点
2. 「1」以外 の場合	月3回以下	100点
	月4回以上	190点
	月8回以上	290点
	月28回以上	810点
注 導入初期加算		500点



改定後		
1. 複雑な場合		1,230点
2. 「1」以外 の場合	月27回以下	<u>650点(改)</u>
	月28回以上	<u>750点(改)</u>
	(新) 注「2 1以外の場合」については、 <u>難病外来指導管理料との併算定は可能とする。</u>	
注 導入初期加算		<u>560点(改)</u>

[算定要件]

- ① 在宅自己注射の導入前には、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。
- ② 導入初期加算は 新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、当該変更を行った月においても算定することができる。なお、過去1年以内に使用した薬剤に変更した場合は、算定できない。

(新) 2以上の保険医療機関において、同一の患者について異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行っている場合に、それぞれ当該指導管理料を算定できることとする。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑨

在宅指導管理料等の適正な評価

点253、257、258 留291-292、294-295、304、305

- 在宅酸素療法指導管理料について、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けた上で、医師の判断に基づき患者が受診しない月を含め、最大3月分まで機器の費用を評価した加算は算定できることとする。

現行

在宅酸素療法指導管理料（月1回）	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	1,300点
2 その他の場合	2,500点



改定後

在宅酸素療法指導管理料（月1回）	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	<u>520点</u>
2 その他の場合	<u>2,400点</u>
<u>(新)在宅酸素療法材料加算（3月に3回）</u>	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	<u>780点</u>
2 その他の場合	<u>100点</u>

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、睡眠時無呼吸症候群又は心不全に対するASV療法に関する評価を新たに追加し、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けた上で、医師の判断に基づき患者が受診しない月においても、最大3月分まで、機器の費用を評価した加算は算定できることとする。

現行

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）	250点
経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1,210点



改定後

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）	
<u>(新)1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1</u>	<u>2,250点</u>
<u>(改)2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2</u>	<u>250点</u>
<u>(新)在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（3月に3回）</u>	
1 ASVを使用した場合	3,750点
2 CPAPを使用した場合	1,100点
<u>(新)在宅持続陽圧呼吸療法材料加算（3月に3回）</u>	<u>100点</u>

- 在宅呼吸療法関連の機器加算のうち、2月に2回算定可能としているものについて、3月に3回算定可能とする。

[対象加算] 酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算

- 在宅療養指導管理材料加算において、機器を患者に貸与する場合の要件の厳格化を行う。

これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明することとした上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

訪看告980 訪看通999

- 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 20回以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 15回以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数※を合計した数が年に 20以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に 10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上

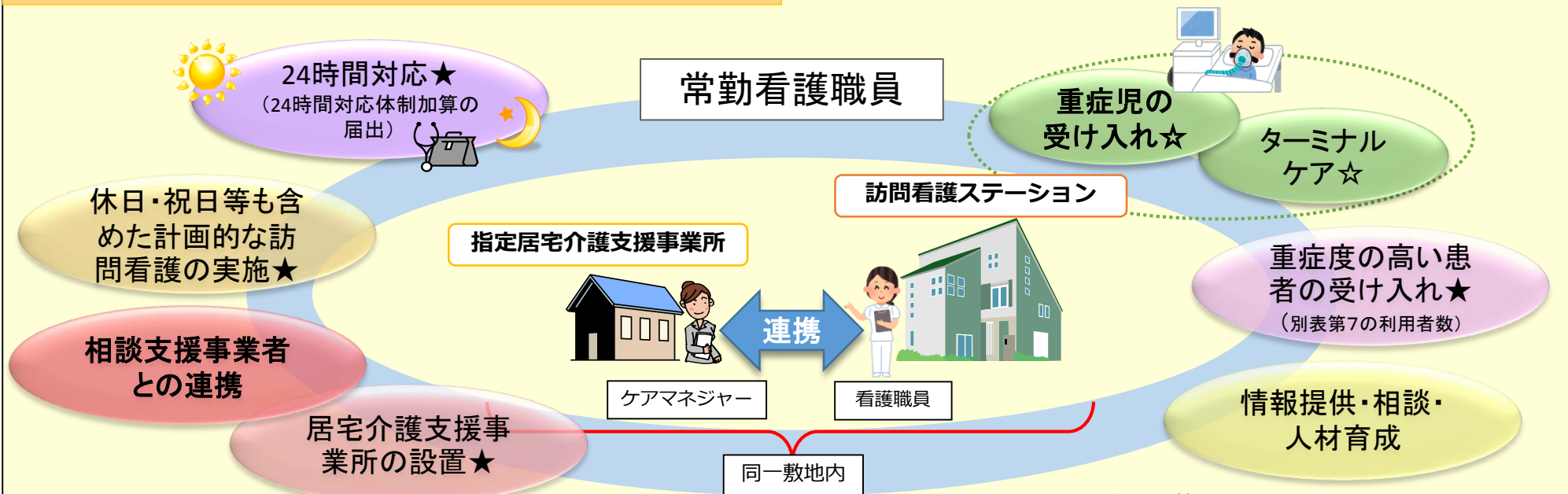
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

※ターミナルケア件数：

訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件

☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^{注)} (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件／年 ②15件／年、4人 ③6人	①15件年 ②10件／年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上／月	7人以上／月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6. 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成(地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

病院・診療所からの訪問看護の評価

点239-243 留266-270 施告760-761
施通817 様1126

➤ 在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保する。

現行	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	555点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	555点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	575点
【退院前訪問指導料】	555点



改定後	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	点244-248 580点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	点244-248 580点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	点446-449 580点
【退院前訪問指導料】	580点

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料は、代表的な点数を挙げている。

点183

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

- 訪問看護を指示した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供したことについて評価する。

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

点249、449 留281、471

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点

点248



特定保険医療材料等の算定の明確化

留9-10、259、306、327

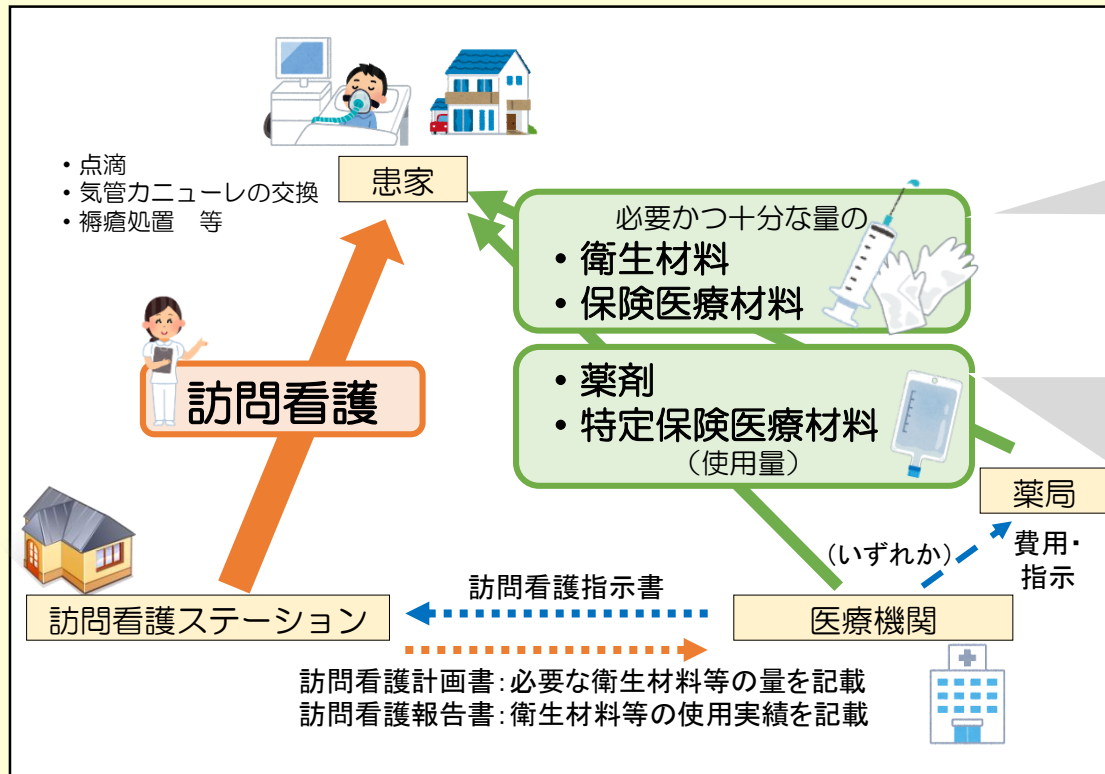
- 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

	訪問看護・特別養護老人ホーム
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料(患者に使用した分に限る)の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。(当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。)

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

- 在宅療養上必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料は、訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を提供するにあたり必要な分も含め、患者の診療を担う保険医療機関が提供するものである。（薬局を介した提供も可。）
- 医師の診療日以外であっても、医師の指示に基づき訪問看護ステーションの看護師等が処置等を実施した場合に用いた薬剤及び特定保険医療材料は、指示をした保険医療機関において薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

- ・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
- ・衛生材料等提供加算（訪問看護指示料）

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、

- ① 使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う保険医療機関が支給する。
- ② 支給した保険医療機関は、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。
- ③ 薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑮

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

訪看告985-986

- 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る。

【複数の訪問看護の組合せが認められる場合】	訪看ST×訪看ST		訪看ST×病院・診療所		病院・診療所×病院・診療所	
	同一月	同一日	同一月	同一日	同一月	同一日
別表第7、別表第8	○	—	○	—	—	—
特別訪問看護指示書／精神科特別訪問看護指示書の交付	○※2	—	○※2	—	—	—
退院後1か月（精神科訪問看護・指導料を算定している場合は、退院後3か月）	—	—	○※3	○※3	○	○※6
専門の研修を受けた看護師との共同	○	○	○	○	○	○※6
精神科重症患者早期集中支援管理料を算定	—	—	○	○※5	—	—
精神保健福祉士が精神科訪問看護・指導料を算定 ※1	—	—	○※4	—	—	—

※1：精神科重症患者早期集中支援管理料に係る届出を行っている保険医療機関が算定する場合に限る。（平成29年3月31日までは、届出を行っていない場合でも算定可。）

※2：週4日以上訪問看護が計画されている場合に限る。

※3：病院・診療所側が、患者が入院していた保険医療機関の場合に限る。

※4：精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）を限度とする。

※5：保険医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する場合は、特別の関係の訪問看護STと連携する場合であって、病院・診療所からの訪問看護が作業療法士又は精神保健福祉士の場合に限る。

※6：特別の関係の場合を除く。

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価

訪看告985

- 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションから訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合を評価する。

〔施設基準〕

① 24時間対応体制加算を届け出ていること。

② 同一日に2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前1月間に、当該利用者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

点249 留281-283

- 保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を 1週間当たり40回に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できるようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

療担通901、903

- 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくても良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
 - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で
質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関する
データの収集・利活用の推進について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能
回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進①

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

様1002

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

点185-186 留232 施告758
施通812-813 様1126

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

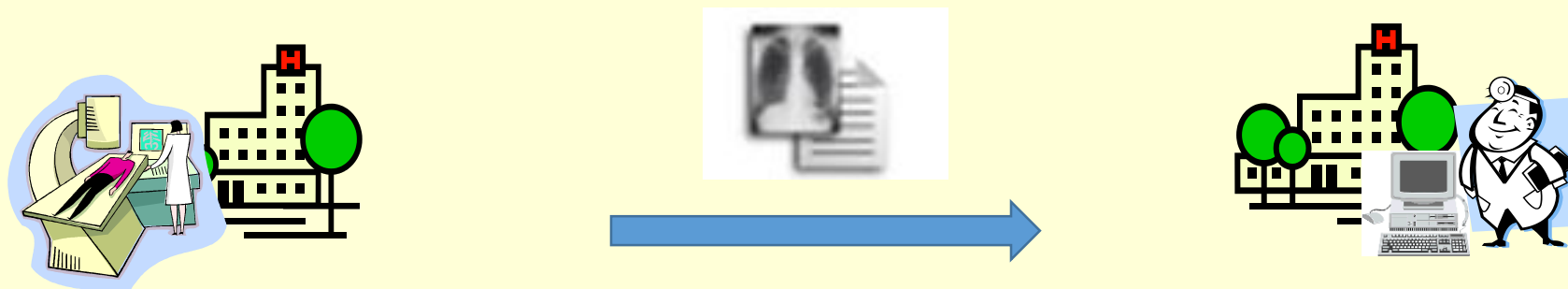
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新） 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進②

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の算定要件

点185-186 留232 施告758
施通812-813 様1126

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも<u>検査結果及び画像情報を含むものに限る</u>。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） （注）多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、<u>どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。</u>
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	- 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも<u>検査結果及び画像情報を含むものに限る</u>。）。 - 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

- ＜施設基準等＞
- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
 - 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
 - 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
 - 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること。
 - 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
 - 情報の電子的な送受に関する記録を残していること。（ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。）
 - 情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
 - 情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進③

データ提出を要件とする病棟の拡大

点81 留110-111 施通687

- 10対1入院基本料（許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る）についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行		
1 データ提出加算1 （入院中1回）		
イ 200床以上の病院の場合		100点
ロ 200床未満の病院の場合		150点
2 データ提出加算2 （入院中1回）		
イ 200床以上の病院の場合		110点
ロ 200床未満の病院の場合		160点



改定後		
1 データ提出加算1 （入院中1回）		
イ 200床以上の病院の場合		<u>120点</u>
ロ 200床未満の病院の場合		<u>170点</u>
2 データ提出加算2 （入院中1回）		
イ 200床以上の病院の場合		<u>130点</u>
ロ 200床未満の病院の場合		<u>180点</u>

〔経過措置〕

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進④

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

点167 留195-196

- 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

現行

心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



改定後

心臓ペースメーカー指導管理料

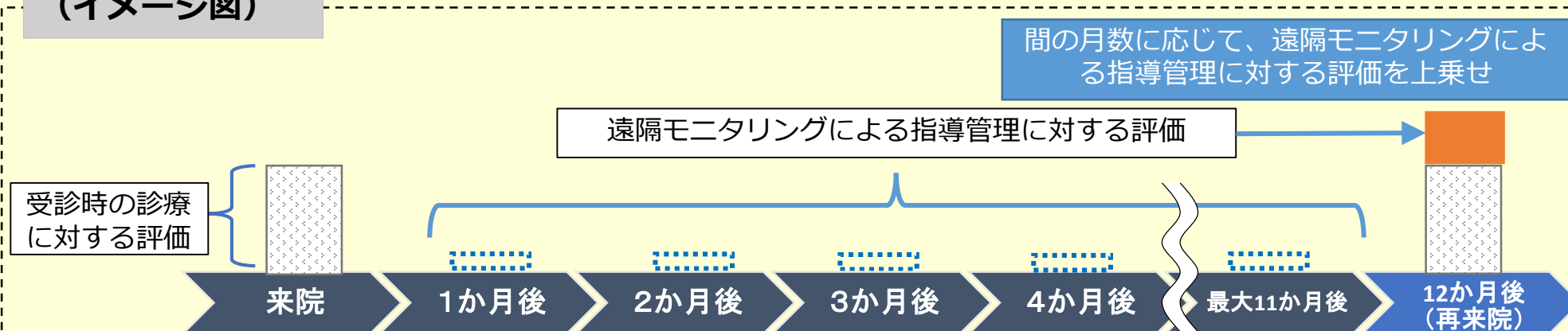
(削除)

イ 着用型自動除細動器による場合 360点

ロ イ以外の場合 360点

注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(イメージ図)



患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で 質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関する
データの収集・利活用について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能
回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

質の高いリハビリテーションの評価等①

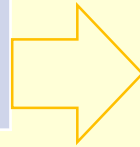
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

点125-126 留142-145 施告656-657
施通738-739

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、1日6単位を超えるもの（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

※ リハビリテーション充実加算（1日6単位以上）の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

留142-145

3か月ごと（1月、4月、7月、10月）の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（実績指数の対象となるものに限る）が10名以上
かつ
- ②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

留142-145

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

留142-145

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

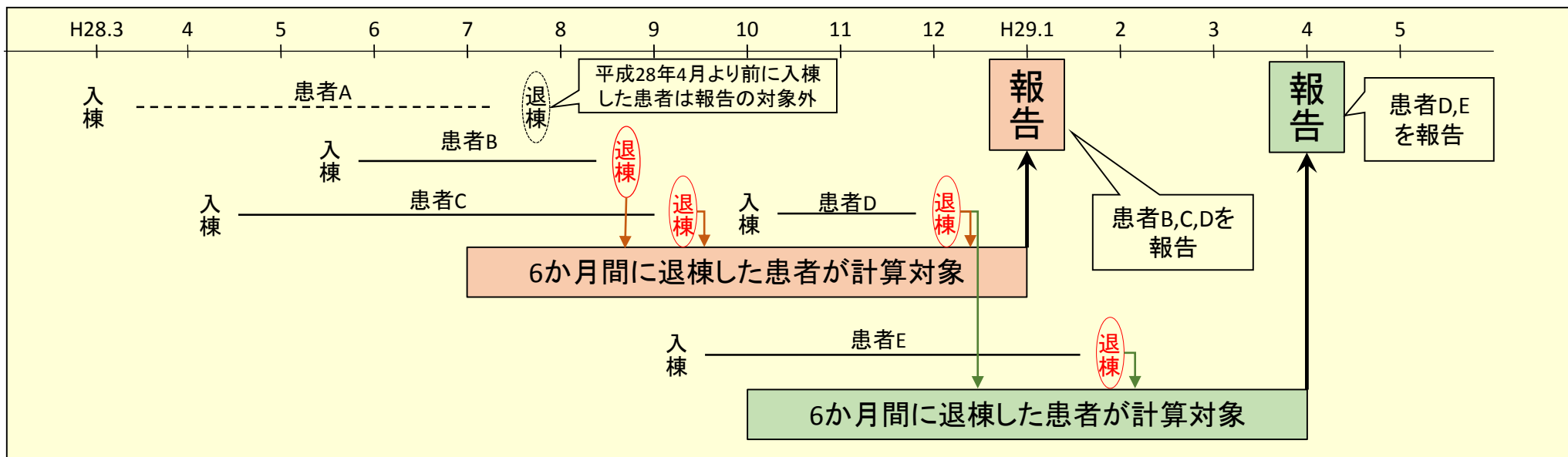
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者 ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者 ・ 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

報告月	平成29年1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
ケース1	○	—	—	○	—	—	○	—
ケース2	○	—	—	× (1回目)	—	—	○ (リセット)	—
ケース3	× (1回目)	—	—	× (2回連続)	—	—	○ (リセット)	—
ケース4	× (1回目)	—	—	× (2回連続)	—	○ (リセット)	× (1回目)	—

1日9単位まで出来高算定可

1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、**2回連続して基準を下回った月から**6単位超が包括

・6単位超が包括だった月の翌月は、**1、4、7、10月でなくても報告可。**
 ・過去6か月間の実績(ここでは平成28年12月から平成29年5月)が基準を上回ったら、**その月から再び1日9単位まで出来高算定可。**

質の高いリハビリテーションの評価等②

回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

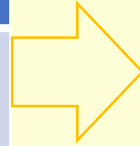
点126 留145
 施告656-657 施通740

- ▶ 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る保険医療機関において、入院と退院後の医療をつながりを保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。

現行

常勤医師1名以上を専従配置
 1日につき200点

専従医師は、当該病棟外の業務は不可



改定後

体制強化加算1（従前と同じ）

1日につき200点

(新)体制強化加算2

1日あたり120点

常勤医師2名以上を専従配置。うち2名は、特定の
 日、時間において、**病棟外の業務に従事可能。**

[体制強化加算2の施設基準]

- (1) 前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- (2) 病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- (3) 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
- (4) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

点410-414 留420-432

➤ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

現行
初期加算、早期加算の対象 (特に疾患名による区別なし)
初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日
慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算

改定後
初期加算、早期加算の対象 <u>慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ</u>
初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、 <u>発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u>
慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、 <u>発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から</u> 起算

[経過措置]
平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。
平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

点25、33、35 留51-52、59 施告633-634、639-640 施通689

➤ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

現行
ADL維持向上等体制加算 25点
[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等

改定後
ADL維持向上等体制加算 <u>80点(改)</u> (あらかじめ登録した従事者が <u>病棟で6時間以上勤務した日に限り算定</u>)
[要件] 常勤理学療法士等が <u>専従2名以上又は専従1名+専任1名以上</u> 等

➤ アウトカム評価として、入退院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

質の高いリハビリテーションの評価等④

廃用症候群リハビリテーション料の新設

点126 留145 施告656-657 施通740

➤廃用症候群の特性に応じたりハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

<u>1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)</u>	<u>(1単位) 180点</u>
<u>2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)</u>	<u>(1単位) 146点</u>
<u>3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)</u>	<u>(1単位) 77点</u>

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)」に伴う安静による廃用症候群であって、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」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

点411-4143 留425、427-430

- 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

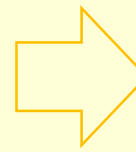
現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算



改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

点411-415 留425、427、430、433

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

目標設定等支援・管理料を算定してから3ヶ月間は、1月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

点410-411 留420-422 施告767 施通830

➤ 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)105点

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等

[施設基準]

- ・循環器科又は心臓血管外科を標榜
- ・循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する常勤医師が1名以上勤務



改定後

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)125点(改)

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等
(急性心筋梗塞と心大血管疾患は発症等から1か月以降のもののみ)

[施設基準]

(削除)

- ・心大血管リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

留418-419

- ▶ 社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関に**入院中の患者**に対する訓練であること。
 - (2) **各疾患別リハビリテーションの(I)を算定するもの**であること。
 - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ① **移動の手段の獲得**を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への**復職の準備**が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ **家事能力の獲得**が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)の訓練を行うもの。
 - (4) 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること。
- ※訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。
- ※実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

運動器リハビリテーション料の評価の充実

点412-413

- ▶ 施設基準において求められる人員要件等を総合的に考慮し、運動器リハビリテーション料(I)の評価を充実させる。

現行	改定後
運動器リハビリテーション料(I) (1単位)180点	運動器リハビリテーション料(I) <u>(1単位)185点(改)</u>

質の高いリハビリテーションの評価等⑧

リンパ浮腫の複合的治療等

点416 留438-439 施告768 施通840-841

➤リンパ浮腫に対する治療を充実するため、リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設し、またリンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。

- (新) リンパ浮腫複合的治療料
- 1 重症の場合 (1日につき) 200点
 - 2 1以外の場合 (1日につき) 100点

[算定要件]

対象	乳がん等に続発したリンパ浮腫で、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ後期以降を重症とする。
回数	重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回、治療を開始した月の翌々月からは月1回。 重症以外の場合は、6月に1回。
実施職種	専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、資格を取得後、2年以上業務に従事(うち6月以上は保険医療機関において従事)し、適切な研修を修了した者に限る。)が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定。
内容	弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手動的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回 40分以上、それ以外の場合は1回 20分以上行った場合に算定。一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行う。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行う。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務
- ① それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - ② 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間)を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

質の高いリハビリテーションの評価等⑨

摂食機能療法の対象の明確化等

点415 留433 施告768 施通788-789、837-838

- 摂食機能に対するリハビリテーションを推進する観点から、摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大し、経口摂取回復促進加算の要件を緩和する。

現行

摂食機能療法の算定対象

発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの



改定後

摂食機能療法の算定対象

発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの 及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

- ・ 専従の常勤言語聴覚士1名 (前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満の場合は疾患別リハビリテーション等と兼任可能)
- ・ 4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上 について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復 等

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

施通831-833、837-841

- リハビリテーションの施設基準における専従規定を見直し、各項目の普及を促進する。

1. リハビリテーションの各項目の施設基準のうち、専従の常勤言語聴覚士を求めるものについて、相互に兼任可能とする。(ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限る。)
2. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。

患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で
質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関する
データの収集・利活用について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能
回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進

療担887 療担通924

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。

(※) 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

- ① 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正

- ② ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価①

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

点78 留96-97 施告659 施通715

- がん診療連携拠点病院について評価している項目において、地域がん診療病院及び小児がん拠点病院についても評価する。

現行

がん診療連携拠点病院加算 500点

改定後

(改) 1 がん診療連携拠点病院加算

イ がん診療連携拠点病院 500点

(新) ロ 地域がん診療病院 300点(新) 2 小児がん拠点病院加算 750点

現行

がん治療連携管理料 500点

改定後

(改) 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点

(新) 2 地域がん診療病院 300点(新) 3 小児がん拠点病院加算 750点

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

点182 留223 施告758 施通811

- 進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することの評価を新設する。

(新) 外来がん患者在宅連携指導料 500点(1人につき1回限り)

[算定要件]

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

点128-129 留148 施告658-659 施通742-743

- 進行がん患者で、在宅で緩和ケアを行っている患者が緩和ケア病棟を有する病院に緊急入院した場合の評価を新設する。また、緩和ケア病棟に入院中の放射線治療や退院した月の在宅療養指導管理料を別に算定できることとする。

現行		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
2	31日以上60日以内の期間	4,412点
3	61日以上	3,384点

改定後		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
(新)	緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
(改) 2	31日以上60日以内の期間	4,400点
(改) 3	61日以上	3,300点

[緊急入院初期加算の算定要件]

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

点170-171 留201 施告754 施通800

- 緩和ケア研修を受けていない医師が実施する「がん性疼痛緩和指導管理料2」について、1年間の経過措置を設けた上で、廃止する。

がん性疼痛緩和指導管理料

現行		
1	緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合	200点
2	1以外の場合	100点

改定後		
(改)	がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止		

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価③

外来化学療法加算の評価の見直し

点399 留403-404 施告767 施通828

- 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算（8項目）について、点数の引き上げを行う。

【現行】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	780点
	②15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	630点
	②15歳以上	430点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	700点
	②15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	600点
	②15歳以上	350点

【改定後】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	<u>820点</u>
	②15歳以上	<u>600点</u>
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	<u>670点</u>
	②15歳以上	<u>450点</u>
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	<u>740点</u>
	②15歳以上	<u>470点</u>
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	<u>640点</u>
	②15歳以上	<u>370点</u>



重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

点82-83 留114-116 施告652 施通725-726

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	<u>認知症ケア加算1</u>	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	30点(1日につき)
	<u>認知症ケア加算2</u>	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	10点(1日につき)



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症患者への適切な医療の評価②

診療所型認知症疾患医療センターの評価

点182 留223-224 施告758 施通811-812

- 新たに設置された診療所型認知症疾患医療センターが行う認知症の鑑別診断等について、病院に設置されている基幹型及び地域型の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

現行

【認知症専門診断管理料】

認知症専門診断管理料1 700点



改定後

【認知症専門診断管理料】

認知症専門診断管理料1

イ 基幹型または地域型 700点

(新) □ 診療所型 500点

- 診療所型認知症疾患医療センターと連携するかかりつけ医の取組を評価する。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

点133-134 留154-156 施告662 施通749-750
様1068-1069、1083、1084、1107-1108

➤ 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価 (新) 地域移行機能強化病棟入院料 **1,527点**

[施設基準]

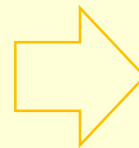
- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- (3) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (4) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- (5) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (6) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (7) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (8) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

➤ 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

点77 留95 施告648 施通713

現行

精神科地域移行実施加算 10点



改定後

精神科地域移行実施加算 **20点**

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

点450 留472-475 施告769-770 施通845-846

- 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

- 管理料1 イ 同一建物居住者以外 1,800点
 □ 同一建物居住者
 (1) 特定施設等の入居者 900点
 (2) (1)以外 450点

- 管理料2 イ 同一建物居住者以外 1,480点
 □ 同一建物居住者の場合
 (1) 特定施設等の入居者 740点
 (2) (1)以外 370点

[算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
 ウ 精神科への通院が困難な者
 エ 障害福祉サービスを利用していない者

[施設基準]

- (1) 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。
 (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

- 管理料1 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点
 □ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,350点

- 管理料2 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点
 □ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点

[算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
 ウ 精神科への通院が困難な者 (精神症状により単独での通院が困難な者を含む)
 エ (削除)

[施設基準]

- (1) 常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士※が配置されていること。
 ※作業療法士は非常勤でも可。
 (2) 24時間往診 又は精神科訪問看護 若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

点444-446 留462-465 様1021

- 1年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、精神保健福祉士等による患者の意向の聴取等が行われる場合に限り、週4回以上の算定を可能とする。
- 3年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、週4日目以降の評価を適正化する。

現行

【精神科ショート・ケア】
 【精神科デイ・ケア】
 【精神科デイ・ナイト・ケア】
 【精神科ナイト・ケア】

注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。



改定後

【精神科ショート・ケア】
 【精神科デイ・ケア】
 【精神科デイ・ナイト・ケア】
 【精神科ナイト・ケア】

注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。ただし、週4日以上実施する場合には、以下の要件を全て満たすこと。

- 医学的に特に必要と判断されること
- 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること
- 月14回以上デイ・ケア等を提供する患者の割合が8割未満であること。またはデイ・ケアの実施期間の平均が12か月未満であること。

注 3年を超える期間に行われる場合であって、週4日以上実施する場合には、週4日目以降、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する(1年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)(※)。

(※)ショート・ケアを除く。

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

点83 留116 施告652
施通726 様1096

- 一般病院において、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れや、精神症状を併せ持つ救急搬送患者に対し精神科医が診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神疾患診療体制加算

- 1 精神科病院の求めに応じ、身体合併症に対する入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合 1,000点(入院初日)
- 2 身体疾患又は外傷と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診療した場合 330点(入院初日から3日以内に1回)

[施設基準]

- (1) 許可病床数が100床以上であり、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

点29-33

- 難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)及び二類感染症患者療養環境特別加算の対象を精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)にも拡大する。

質の高い精神医療の評価⑤

いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価

点83 留116 施告652 施通726

- 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。
(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- (1) 入院患者数が16又はその端数を増すごとに1以上の医師が配置されていること。
- (2) 病床数が100床以上の病院であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜していること。
- (3) 精神病床の数が病床数の50%未満かつ2病棟以下であること。
- (4) 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (5) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。
- (6) 精神科医が、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を、毎月5名以上、到着後12時間以内に診察していること。
- (7) 入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

施告668

- 精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算の対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

[追加する疾患・病態]

間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患 等

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

点77 施告678 施通713-714

- チームを構成する看護師や精神保健福祉士等の要件を緩和するとともに評価を充実する。

現行

精神科リエゾンチーム加算

200点(週1回)

[施設基準]

(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ア 5年以上の経験を有する専任精神科の医師
- イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等



改定後

精神科リエゾンチーム加算

300点(週1回)

[施設基準]

(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ア 5年以上の経験を有する専任の精神科医師
- イ 精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等。ただし、当該チームが診療する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。

自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

点443 留456-457 施告769 施通841

- 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 救急患者精神科継続支援料 入院中の患者 435点(月1回)
入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]

適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること

質の高い精神医療の評価⑦

向精神薬の適切な処方の促進

➤ 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

処方料、薬剤料、処方せん料

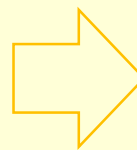
現行

処方料、薬剤料、処方せん料

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（以下①から④を除く）を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合

処方料 20点
 薬剤料 所定点数の100分の80
 処方せん料 30点



改定後

点386-388

処方料、薬剤料、処方せん料

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、**3種類以上**の抗うつ薬又は**3種類以上**の抗精神病薬の投薬（以下①から④を除く）を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合（**3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。**）

処方料 20点
 薬剤料 所定点数の100分の80（※）
※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る
 処方せん料 30点

通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

点442 留455-456 施告769、783 様1026

1回の処方において、抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、以下の①から③の全てを満たす場合を除き、**所定点数の100分の50に相当する点数により算定**。

- ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満（※1）である。
- ② 当該患者に対して、適切な説明、残薬の確認、副作用の評価、減薬の可能性の検討が行われている。
- ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの、又は患者の病状等によりやむを得ず投与するもの（※2）である。

※1 平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績を報告。ただし、平成28年7月は改定前の方法、様式による報告でも可とし、平成28年9月までは全ての保険医療機関が①を満たすものとして扱う。

※2 処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」に限る。ただし、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

点444 留461 施告769 施通842 様1145

- 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

点442 留454 施通841 様1144

- 専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設する。

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[施設基準]

- (1) ①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- (2) 専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (3) 精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (4) 診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること。

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

点443 留457-459 施告769 施通842 様1144

- 認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減する観点から、医師の指示のもと、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部分を実施する形式のものについても評価する。

認知療法・認知行動療法

(新) 3 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と、看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- ① 初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
- ② その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
- ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること等

- ① 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
- ③ 適切な研修を修了していること。

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

留457-459

- 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

(追加) 不安障害(強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD))

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

難病患者への適切な医療の評価①

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

- 難病法の制定に伴い、新たに指定した指定難病についても、希少で長期療養を必要とする疾病であることから、これまでの難病（特定疾患）56疾患と同様に評価を行う。
- 以下の点数の対象疾患について、下記のとおり変更を行う。 施告666 様1046
 - ・療養病棟入院基本料における医療区分2
 - ・難病外来指導管理料 施告753 施通799

現行

特定疾患(56疾患)※



改定後

- ① 難病法に定める指定難病(306疾患)
- ② 特定疾患治療研究事業に定める疾患※
- ③ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に定める疾患

※スモンについては、療養病棟入院基本料の医療区分3に規定

難病患者への適切な医療の評価②

小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価

点165-166 留192

- 小児慢性特定疾病対策の見直しに伴い、小児慢性特定疾病に指定されている疾病に罹患している患者の医学管理に関する評価を行う。

現行

小児科療養指導料 250点

〔対象疾病〕

脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児



改定後

小児科療養指導料 270点

〔対象疾病〕

脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児、小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

点309 留330-331 施告763 施通820

- 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査に関して関係学会が作成した、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守して検査を実施することで、遺伝学的検査の有効性等を担保できることを踏まえ、当該検査の対象疾患を拡充する。

(改) 遺伝学的検査 3,880点

〔対象疾患〕

神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群など指定難病38疾患を追加

〔施設基準〕

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

小児医療・周産期医療・救急医療の充実①

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

点124

- 重症小児の在宅移行を推進するため、小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算など、在宅医療の導入に係る項目を退院月にも算定できることとする。

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

留352等

- 在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定することができない医療処置等について、医療型短期入所サービス利用中に算定できることを明確化する。

[処置等の例]

・中心静脈注射 ・鼻マスク式補助換気法 ・人工呼吸 ・留置カテーテル設置 ・導尿 等

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の評価

- 小児慢性特定疾病の支給認定を受けている患者については、小児入院医療管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

点124

精神疾患合併妊娠の評価

点79、180-181 留100、102

- ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者に、精神疾患の患者を加える。

小児医療・周産期医療・救急医療の充実②

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

点125 留141 施告656 施通737-738

- 小児入院医療を担う保険医療機関のうち、高度急性期を担う保険医療機関等から、重症な新生児等を受け入れており、重症児の受入れ体制が充実している医療機関に対する評価を新設する。

小児入院医療管理料
(新) 重症児受入れ体制加算 200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 小児入院医療管理料3, 4又は5の届出を行っている医療機関であること。
- ② 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ③ 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。
- ④ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- ⑤ 当該病棟等において、転院前の医療機関で新生児特定集中治療室等に入院していた転院患者を、過去1年間に5件以上受け入れていること。
- ⑥ 当該病棟等において、超・準超重症児の患者を過去1年間で10件以上(医療型短期入所サービスによる入所件数を含む。)受け入れていること。

小児医療・周産期医療・救急医療の充実③

特に重症な患者のNICU等算定日数の延長

- 新生児特定集中治療室管理料等において算定日数上限が延長される一部の先天性奇形等に、特別な治療を必要とする先天性心疾患を追加する。 点122-123 施告671

[出生体重1,500g以上で算定日数上限の延長対象となる一部の先天性奇形等]

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、

先天性心疾患(カテーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE1持続注入を実施したものに限る。)

- 長期の特定集中治療室管理を要する状態にある小児について、小児特定集中治療室管理料の算定日数上限を延長する。

現行	
対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日



改定後		点121
対象患者	算定日数上限	
15歳未満の小児	14日	
15歳未満の小児のうち、 ・急性血液浄化(腹膜透析は除く。)を必要とする状態 ・心臓手術ハイリスク群 ・左心低形成症候群 ・急性呼吸窮迫症候群 ・心筋炎、心筋症 いずれかに該当する患者	21日	
15歳未満の小児のうち、 <u>体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態</u> の患者	35日	

小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

点69 留84-85

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

現行

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

【救急医療管理加算1の対象患者】

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

改定後

救急医療管理加算1 **900点**
救急医療管理加算2 **300点**（1日につき、7日まで）

【救急医療管理加算1の対象患者】

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

夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実

点173 留207

- 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、平日の夜間でも算定可能とする。

現行

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

〔算定要件〕

平日の深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。

改定後

夜間休日救急搬送医学管理料 **600点**

〔算定要件〕

平日の**夜間**、土曜日の診療時間以外の時間、休日に、二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。

再診後の緊急入院における評価の充実

点4 留9

- 時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても、再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算を算定可能とする。

小児医療・周産期医療・救急医療の充実⑤

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算等の見直し

- 小児医療のさらなる充実を図るため、生体検査、処置、放射線治療等に係る小児加算等の見直しを行う。

【現行】

[生体検査料の通則] 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) 幼児加算(3歳以上6歳未満)	60/100 30/100 15/100
[画像診断](例:E002 撮影) 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) (他3項目)	30/100 15/100
[処置料](例:ドレーン法(ドレナージ)) 3歳未満の乳幼児の場合の加算 (他36項目)	100点
[放射線治療] 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) 幼児加算(3歳以上6歳未満) 小児加算(6歳以上15歳未満)	60/100 30/100 15/100 10/100
[救急搬送診療料] 新生児加算 乳幼児加算 長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	1,000点 500点 500点



【改定後】

[生体検査料の通則] 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) 幼児加算(3歳以上6歳未満)	<u>80/100</u> <u>50/100</u> <u>30/100</u>	点315
[画像診断](例:E002 撮影) 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) <u>(新) 幼児加算(3歳以上6歳未満)</u> (他3項目)	<u>80/100</u> <u>50/100</u> <u>30/100</u>	点367等
[処置料](例:ドレーン法(ドレナージ)) 3歳未満の乳幼児の場合の加算 (他36項目)	<u>110点</u> <u>(1割増点)</u>	点478等
[放射線治療] 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) 幼児加算(3歳以上6歳未満) 小児加算(6歳以上15歳未満)	<u>80/100</u> <u>50/100</u> <u>30/100</u> <u>20/100</u>	点604
[救急搬送診療料] 新生児加算 乳幼児加算 長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	<u>1,500点</u> <u>700点</u> <u>700点</u>	点243

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について

6 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価①

質の高い臨床検査の適正な評価①

- E3区分で保険適用された新規の体外診断用医薬品について技術料を新設する等、質の高い臨床検査の適正な評価を進める。

(新) 悪性腫瘍遺伝子検査 ル RAS遺伝子検査 2,500点

点308 留329

- 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。

(新) 国際標準検査管理加算 40点

点315 施告763 施通821

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。

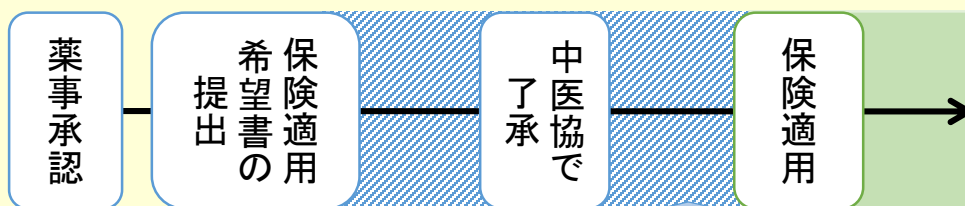
[施設基準]

国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

質の高い臨床検査の適正な評価②

通934

- 保険適用希望書が提出された体外診断用医薬品について、医療機器と同様に、保険適用希望書提出後から保険適用されるまでの間、評価療養の対象とする。



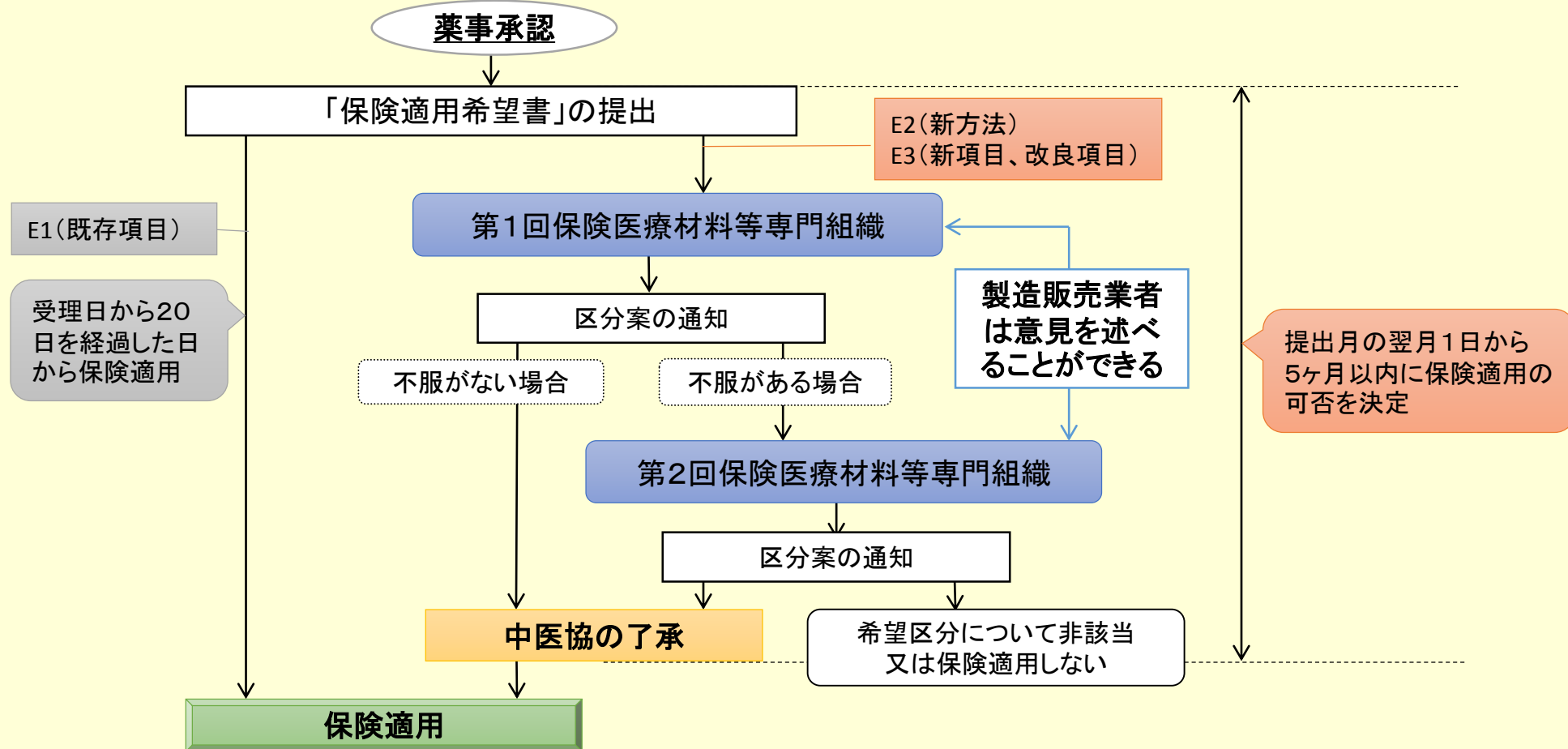
保険適用希望書の提出後から保険適用までの期間(240日に限る)、評価療養の対象とする



医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価②

質の高い臨床検査の適正な評価③

- 新規の体外診断用医薬品の保険適用に係る評価に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行うこととする。



- 体外診断用医薬品の保険適用に係る制度設計等の専門的事項について、保険医療材料等専門部会において審議を行うこととする。

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価③

放射線撮影等の適正な評価

点370-371 留383-384 施告766 施通827

- 64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置について適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価する。

【現行】

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

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

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1) <u>共同利用施設において行われる場合</u>	<u>1,020点</u>
(2) その他の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	<u>750点</u>
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	<u>560点</u>

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	
<u>イ 共同利用施設において行われる場合</u>	<u>1,620点</u>
ロ その他の場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	<u>900点</u>

※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は 共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

- ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を現行の20%から30%に引き上げる。（※経過措置1年間）

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価④

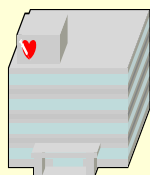
保険医療機関間連携による病理診断の要件見直し

留617 施告773 施通876 様1029

- 保険医療機関間の連携による病理診断に関して、診療情報の提供をした上で衛生検査所と連携を行なっている場合や複数の常勤医師により鏡検を行っているなどの質の担保を行っている場合についても評価を行う。

現 行

標本の送付側



[施設要件]

- ・常勤の検査技師1名以上(※)

(※)5年以上の病理診断業務の経験があり、病理組織標本を作成できる臨床検査技師又は衛生検査技師

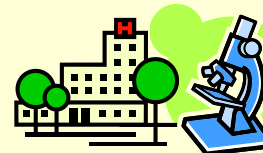
標本の送付



病理診断結果の報告

(病理診断を専ら担当する常勤医が診断を行い文書で報告)

標本の受取側



[施設要件]

- ・病理診断管理加算を算定していること
- ・以下のいずれかであること
 - 特定機能病院
 - 臨床研修指定病院
 - へき地医療拠点病院
 - へき地中核病院
 - へき地医療支援病院

新たに追加で認める要件

標本の送付側



常勤の検査技師がいない
医療機関でも算定可能

①

- ・標本作製依頼
- ・診療情報の提供

標本の作製



衛生検査所

②

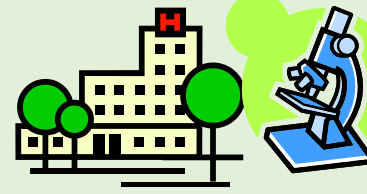
標本の送付

③

- ・標本の送付
- ・診療情報(※)の提供

(※)標本作製を行った衛生検査所等を明記

標本の受取側



複数の常勤医師(うち一人は7年以上の経験)の鏡検を行っている病理診断科を標榜する医療機関を対象に追加

同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本が8割以下

④

病理診断結果の報告

(病理診断を専ら担当する常勤医が診断を行い文書で報告)

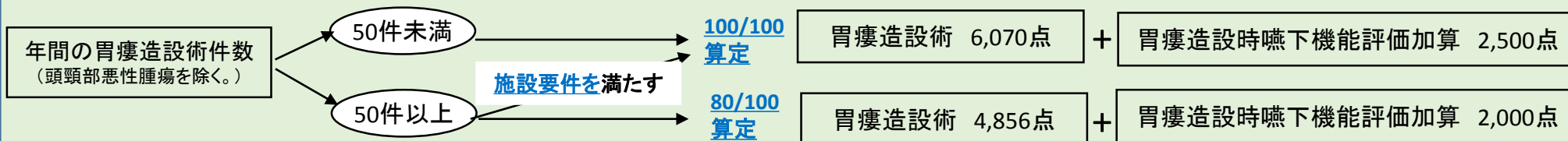
医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑤

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し

留578 施通868-869

- 胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件となっている、経口摂取回復率の施設基準に加え、新たにカンファレンスと計画書の作成を要件とした基準を設ける。

(算定のイメージ)



現行

(胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)

(胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

- (1) 術前に全例^注に嚥下機能検査を実施
(嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)

- (2) 経口摂取回復率35%以上

注) 下記の患者を除く。

- ① 減圧ドレナージ目的
- ② 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。)
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄等
- ④ 意識障害等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難

改定後

(胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)

(胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

- (1) 術前に全例^{注1)}に嚥下機能検査を実施
(嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
- (2) 経口摂取回復率35%以上 又は胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること

- ① 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること
- ② 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行ったうえで、胃瘻造設に関する同意を得ること

注1) 下記の患者を除く。

- ① 減圧ドレナージ目的
- ② 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。)
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄等
- ④ 意識障害がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合又は誤嚥性肺炎を繰り返す場合等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難
- ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑥

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

- 採算性等の問題で企業治験が行われないが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験について、治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する。

○医師主導治験における保険外併用療養費の給付範囲

保険給付の対象					保険給付の対象外
基本診療料	検査	画像診断	治験薬 (投薬)	治験薬 (注射)	処置 手術 麻酔 等
			同種同効薬 (投薬)	同種同効薬 (注射)	
			その他の 投薬	その他の 注射	

医薬品の医師主導治験については、
同種同効薬の投薬・注射に係る費用も
保険外併用療養費の支給対象とする。

(例) 卵巣がんを対象とした医師主導治験

治験薬	テムシロリムス
併用薬	カルボプラチン パクリタキセル (卵巣がんに適応あり)

既に適応を有して保険適用され、治験薬に併用される同種同効薬について、今後は保険外併用療養費の支給対象となる。

手術等医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

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

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

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

2. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

3. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.3版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

4. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

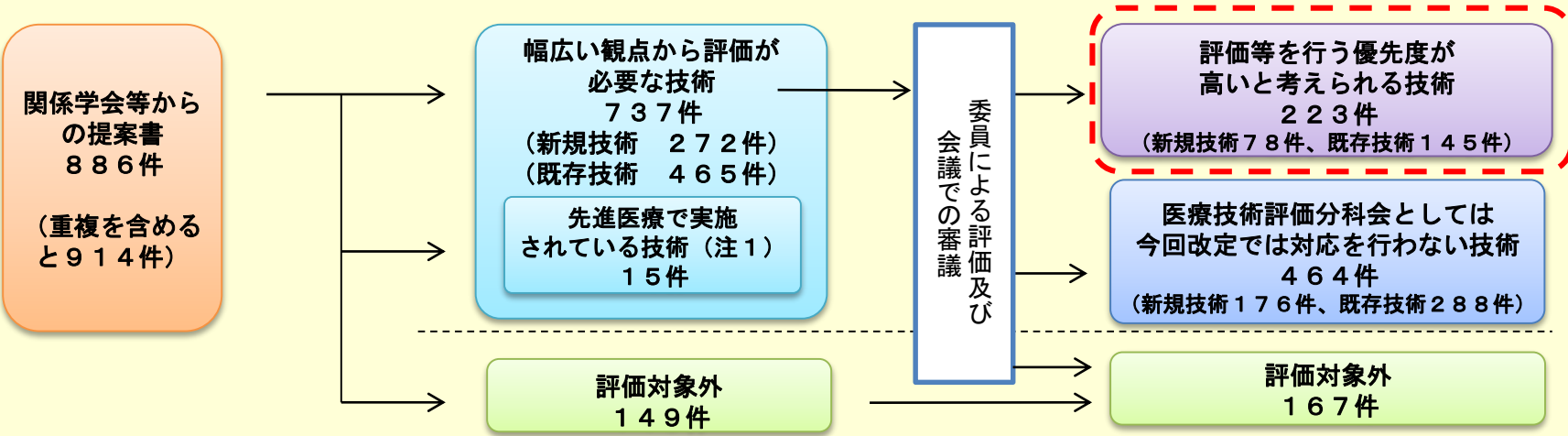
手術等医療技術の適切な評価②

1. 医療技術評価分科会での検討

➤ 医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術78件を保険導入するとともに、既存技術145件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成27年3月から6月にかけて関係学会から914件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料に係る提案や使用する医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



注1: 先進医療技術は、提案書を提供の上、先進医療会議において評価。
注2: 中医協総会において、提案書の内容について議論が行われている提案が別途 29件あり。

例)

- ・新規技術; 内視鏡下鼻腔手術、経皮酸素ガス分圧連続測定など
- ・既存技術; 関節鏡下肩関節唇形成術(肩腱板断裂手術を伴う)、血球成分除去療法など

手術等医療技術の適切な評価③

新たな手術の評価

1. 現在保険収載されていない鏡視下手術のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立している術式について項目の新設等を行う。

(新) 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術) 5, 520点

点534

(新) 腹腔鏡下臍ヘルニア手術 9, 520点

点544

(新) 腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除) 108, 820点

点546 留580

(新) 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 158, 450点

点546 留581

ほか

2. 手術手技の高度化等への対応のため、医療技術評価分科会での評価等を踏まえ、項目の細分化等により評価の見直しを行う。

現行	
骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術を除く。)	29, 190点



改定後	
(改) 骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術 <u>及び寛骨臼骨折観血的手術</u> を除く。)	<u>32, 110点</u>
(新) <u>寛骨臼骨折観血的手術</u>	<u>43, 790点</u>

点528

現行	
直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8, 410点



改定後	
直腸脱手術 1 経会陰によるもの (改) <u>Ⅰ 腸管切除を伴わないもの</u>	8, 410点
(新) <u>Ⅱ 腸管切除を伴うもの</u>	<u>25, 780点</u>

点548 留582

現行	
経皮的大動脈弁置換術	37, 430点



改定後	
<u>経カテーテル大動脈弁置換術</u>	
(新) <u>1 経心尖大動脈弁置換術</u>	<u>61, 530点</u>
(改) <u>2 経皮的大動脈弁置換術</u>	<u>37, 560点</u>

点540 留573

手術等医療技術の適切な評価④

帝王切開術の評価の見直し

点552 留585

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、帝王切開術について項目及び点数の見直しを行う。
- 具体的には、病態等に応じた評価を充実することとし、
 - ① 緊急帝王切開の評価を引き上げる。
 - ② 手術手技が通常よりも複雑な場合を対象とした加算項目を新設する。あわせて従来の「前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合」の項目を削除し、点数体系を簡素化する。

現行	
帝王切開術	
1 緊急帝王切開	20, 140点
2 選択帝王切開	20, 140点
3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21, 640点



改定後	
帝王切開術	
1 緊急帝王切開	<u>22, 200点</u>
2 選択帝王切開	20, 140点
<u>(削除)</u>	
<u>(新) 注 複雑な場合の加算</u>	<u>2, 000点</u>

- ※「注」の加算対象
- 1. 前置胎盤を合併する場合
 - 2. 32週未満の早産の場合
 - 3. 胎児機能不全を認める場合
 - 4. 常位胎盤早期剥離を認める場合
 - 5. 開腹歴(腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。)のある妊婦に対して実施する場合

手術等医療技術の適切な評価⑤

基礎的な技術等の再評価

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

血液採取 注 乳幼児加算	20点 14点	<u>25点</u> <u>20点</u>
皮内、皮下及び筋肉内注射	18点	<u>20点</u>
静脈内注射 注 乳幼児加算	30点 42点	<u>32点</u> <u>45点</u>
点滴注射 1 乳幼児に対するもの(1日100mL以上) 2 1に掲げる者以外のものに対するもの(1日500mL以上) 3 その他の場合 注 乳幼児加算	95点 95点 47点 42点	<u>98点</u> <u>97点</u> <u>49点</u> <u>45点</u>
腱鞘内注射	25点	<u>27点</u>
結膜下注射	25点	<u>27点</u>
自家血清の眼球注射	25点	<u>27点</u>
コルポスコピー	150点	<u>210点</u>
J000 創傷処置 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 5 6,000平方センチメートル以上	55点 85点 155点 270点	<u>60点</u> <u>90点</u> <u>160点</u> <u>275点</u>
爪甲除去(麻酔を要しないもの)	45点	<u>60点</u>
イレウス用ロングチューブ挿入法	200点	<u>610点</u>



手術等医療技術の適切な評価⑥

検体検査の評価

➤ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、新たな検査の保険適用に加え、検体採取の評価や、検体検査実施料の引き上げを行う。

1. 新たな検査の保険適用

点309 留333

(新) 血液化学検査 セレン 144点

[算定要件]

長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児(者)に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

点314 留345

(新) HTLV-1 PCR検査 450点

[算定要件]

HTLV-I 抗体(ウエスタンブロット法)によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。

2. 検体採取の評価

一定の手技と時間を要する検体採取について、評価を行う。

(新) 鼻腔・咽頭拭い液採取料 5点

点323

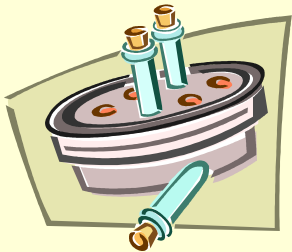
3. 評価の引き上げ

熟練した検査技術やコストを要する検査について、評価の引き上げを行う。

造血器腫瘍細胞抗原検査	1,000点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	260点
細菌培養同定検査	
消化管からの検体	160点
血液及び穿刺液	190点
泌尿器又は生殖器からの検体	150点
その他の部位からの検体	140点



2,000点
280点
180点
210点
170点
160点



手術等医療技術の適切な評価⑦

検体検査の評価(続き)

4. 免疫電気泳動検査の評価の見直し

診断に熟練した技術を要する免疫電気泳動検査について、医師の技術を適切に評価できるよう、評価の在り方を見直す。

現行	
免疫電気泳動法	240点



改定後	
免疫電気泳動法	<u>210点</u> 点313
(検体検査判断料の注) <u>(新) 免疫電気泳動法診断加算</u>	<u>50点</u> 点315 留347

[算定要件]

免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で作製された免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

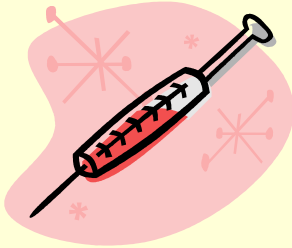
➤ 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

インフルエンザウイルス抗原定性	149点
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	112点
生化学検査 I 10項目以上	117点



<u>147点</u>
<u>110点</u>
<u>115点</u>



手術等医療技術の適切な評価⑧

下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

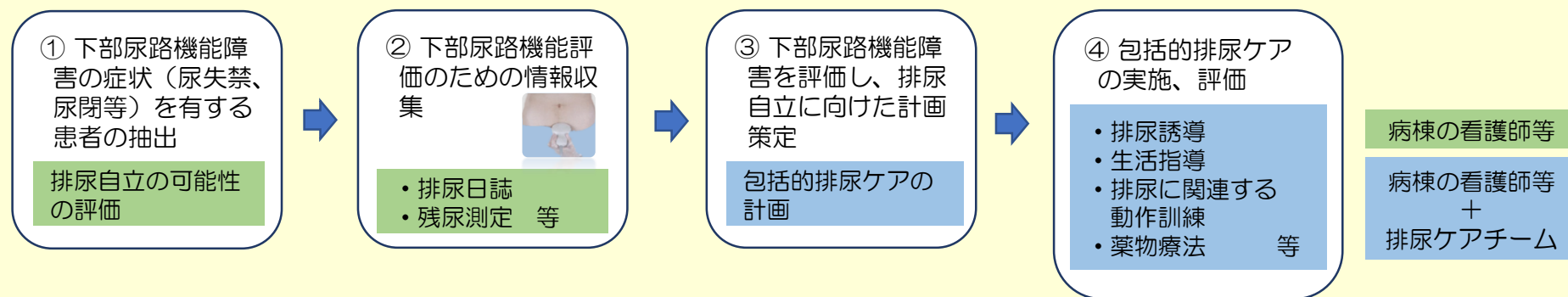
点183 留224-225 施告758 施通811-812

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

手術等医療技術の適切な評価⑨

無菌製剤処理の評価

点401 留408-409

➤ 抗がん剤への被曝防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた無菌製剤処理の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえて評価の見直しを行う。

現行	
無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 (2) (1)以外の場合	150点 100点
ロ イ以外の場合	50点
[算定要件(抜粋)] ・ 無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。 イホスファミド、シクロホスファミド、ベンダムスチン塩酸塩 ・ 安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。	



改定後	
無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (薬剤による区別を削除)	180点
ロ イ以外の場合	45点
[算定要件(抜粋)] (薬剤による区別を削除) ・ 安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。	

閉鎖式接続器具の例)

バイアル用接続器具: バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する。



新規技術の保険導入

点401 留408

➤ 腋窩多汗症に対するボツリヌス注射について、項目を新設する。

(新) 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点

手術等医療技術の適切な評価⑩

脳波検査の評価の見直し

点318 留315 施告764 施通823

- てんかんの診療に用いる長期脳波ビデオ同時記録検査及び脳波検査判断料について、実施施設の体制に応じて評価の見直しを行う。

現行		(実施施設の体制に応じた点数設定なし)
長期脳波ビデオ同時記録検査	900点	
脳波検査判断料	180点	



改定後	
(新) 長期脳波ビデオ同時記録検査1 長期脳波ビデオ同時記録検査2	3,500点 900点
(新) 脳波検査判断料1 脳波検査判断料2	350点 180点

【長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準の概要】

- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施
(5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置
(10) てんかん診療拠点機関として選定

【脳波検査判断料1に係る施設基準の概要】

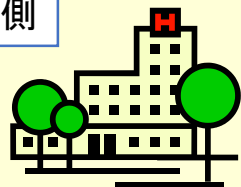
- (3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置
(6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設

遠隔脳波診断の評価

点318 留315 施通824

- てんかんに関する高度な診療を遠隔地でも受けられるよう、十分な体制が整備された医療機関に遠隔で脳波診断を委託した場合、脳波検査判断料1を算定できることとする。

送信側



脳波検査の結果を送付

受診側



脳波診断を担当した経験を5年以上有する
医師が脳波診断を行い文書で報告

※ 脳波検査判断料1の
施設基準の届出を行っ
ている保険医療機関

神経学的検査等の評価

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、神経学的検査及び筋電図検査の評価の引き上げ等を行う。

	現行	改定後
神経学的検査	400点	450点
筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき))	200点	300点

点319

手術等医療技術の適切な評価⑪

病理診断の評価

点615 留620

➤ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、組織診断料の評価の引き上げ等を行う。

1. 組織診断料の評価の引き上げ

現行		
病理診断料	1 組織診断料	400点



改定後		
病理診断料	1 組織診断料	450点

2. セルブロック法を用いた標本作製の評価

現行	
細胞診 (新設)	



改定後	
細胞診 (新) 3 セルブロック法によるもの	860点

[算定要件]

悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定できる。

在宅自己導尿カテーテルについての評価の見直し

点257 留303-304

➤ 在宅自己導尿を行っている患者が使用するカテーテルについて、評価の見直しを行う。

現行	
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点



改定後	
特殊カテーテル加算	
1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル (新) <u>イ 親水性コーティングを有するもの</u>	960点
(改) <u>ロ イ以外のもの</u>	600点
(新) 2 間歇バルーンカテーテル	600点

- ①親水性コーティングが施されている間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル(包装内に潤滑剤が封入され、開封後すぐに挿入可能なもの)
②夜間や外出時に使用し、患者自身が消毒下で携帯することが可能な間歇バルーンカテーテル

手術等医療技術の適切な評価⑫

画像診断及び放射線治療の評価の見直し

1. 乳房MRI撮影加算の新設 点372 留385 施告766 施通824

乳腺の悪性腫瘍に対して、乳房専用撮像コイルを用いて撮影することで、より精度の高い切除範囲の検討が可能となることから、乳房MRI撮影加算を新設。

現行
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)
(新設)



改定後	
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
(新) 注 乳房MRI撮影加算	100点
[算定要件] 触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応の決定及び術式を決定するために、1.5T以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用した場合に限り算定できる。 [施設基準の概要] ・画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。 ・関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。	

2. 放射線治療における適応症の拡大 点605 留610

- 前立腺癌について、従来法と比べて短期でかつ安全に実施できることから、定位放射線治療の適応症を拡大。
- 体外固定具を用いた照射が安全性を向上させることが示されたため、体外照射用固定器具加算における適応症を拡大。

体外照射	
注3 体外照射用固定器具加算	1,000点
頭頸部腫瘍に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り算定できる。	



体外照射	注3 体外照射用固定器具加算	1,000点
悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り算定できる。		

定位放射線治療	
主な適応症	- 頭頸部腫瘍 - 原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内) - 転移性肝癌及び肺癌(3個以内)



定位放射線治療	
主な適応症	- 頭頸部腫瘍 - 原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内) - 転移性肝癌及び肺癌(3個以内) - 前立腺癌(限局性で転移病巣のないもの)

手術等医療技術の適切な評価⑬

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

点542 留575 施告859 施通824 様1114、1154、1163

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

例)

現行(準用技術)	
補助人工心臓(1日につき)	
1 初日	54,370点
2 2日目以降30日目まで	5,000点
3 31日目以降	4,000点



改定後	
(新) 小児補助人工心臓(1日につき)	
<u>1 初日</u>	<u>63,150点</u>
<u>2 2日目以降30日目まで</u>	<u>8,680点</u>
<u>3 31日目以降</u>	<u>7,680点</u>

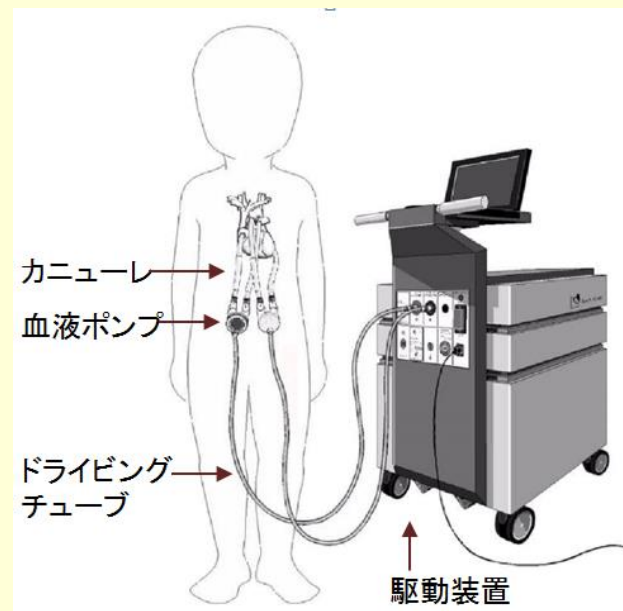
技術の概要: 従来の投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者に対して、小児用体外式補助人工心臓を導入し、維持する。

関連する特定保険医療材料:

129 補助人工心臓セット (1)体外型 ②小児用

ア 血液ポンプ	5,170,000円
イ 心尖部脱血用カニューレ	764,000円
ウ 心房脱血用カニューレ	708,000円
エ 動脈送血用カニューレ	712,000円

等



手術等医療技術の適切な評価⑭

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

例)

現行(準用技術)

心膜切開術

9,420点



改定後

点542 留576

(新) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

9,420点

技術の概要: 患者の骨格筋から採取した筋芽細胞を培養し、シート状に調製した移植用の心筋シートを、実際に当該患者の心表面に移植する技術。

関連する特定保険医療材料:

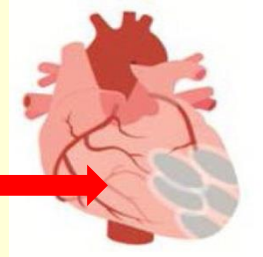
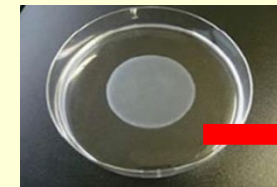
189 ヒト骨格筋由来細胞シート

(1) 採取・継代培養キット

6,360,000円

(2) 回収・調製キット

1,680,000円(1枚当たり)



例)

新設

点487 留515 施告770 施通850 様1114、1151

(新) 歩行運動処置

(ロボットスーツによるもの) (1日につき)

900点

※ 指定難病の患者等については900点加算

※ 導入期(5週間9回)の処置にあつては2,000点加算

技術の概要: 緩徐進行性の神経・筋疾患の患者を対象として、ロボットスーツを間欠的に装着し、生体電位信号に基づき歩行運動を繰り返すことで、歩行機能を改善する。



(留意事項(要点))

- 1 脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トゥース病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー、筋ジストロフィーの患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定できる。
- 2 算定に当たっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された5週間以内に実施される9回の処置が終了した際には、担当の多職種が参加するカンファレンスにより、短期効果を検討する。
- 3 2に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乗せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できる。

手術等医療技術の適切な評価⑮

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

点483 留508 施告770 施通849

例)

現行(準用技術)

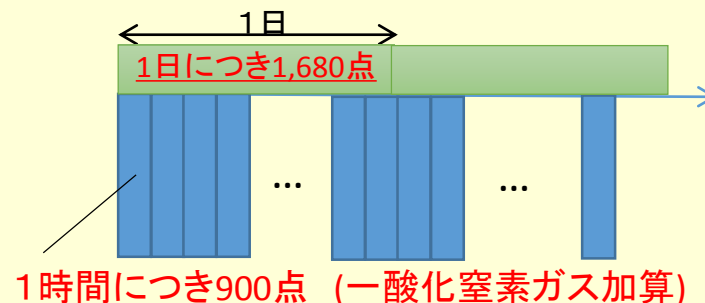
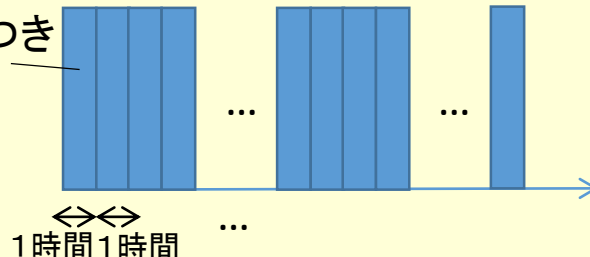
一酸化窒素吸入療法 920点

改定後

(新)

一酸化窒素吸入療法(1日につき)
2 心臓手術周術期に実施する場合

1,680点

1時間につき
920点

一酸化窒素ガス

一酸化窒素ガス管理システム

(留意事項)

心臓手術の周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。

この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記録すること。また、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定できるが、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

例)

現行(準用技術)

K174 水頭症手術
2 シヤント手術 24,310点

改定後

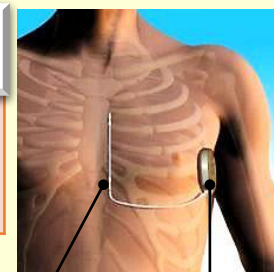
(新)

植込型除細動器移植術
2 皮下植込型リードを用いるもの

24,310点

点542 留574
施告771 施通799

技術の概要: 植込型除細動器とそのリードを植込むに当たって、従来の経静脈リードではなく、皮下植込型リードを用いることで、血管内感染症、血管アクセス手技に係る合併症、リード抜去に係る合併症などのリスクの低減が期待できる。

パルスジェネレータ
リード

外保連試案を活用した手術料の見直し

外保連試案を活用した手術料の見直し

今般改訂された「外保連試案第8.3版」を踏まえ、人件費と診療報酬点数の比率や材料に係る費用の占める割合等に配慮をしつつ、約300項目の手術について、最大で約30%の引き上げを行う。

(引き上げを行う項目の例)

手術名	現行	改定後
関節鏡下肩腱板断裂手術 複雑なもの	35,150点	<u>38,670点</u>
内視鏡下椎弓切除術	15,730点	<u>17,300点</u>
経皮的脳血管形成術	33,150点	<u>39,780点</u>
咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970点	<u>35,340点</u>
生体部分肺移植術	100,980点	<u>130,260点</u>
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380点	<u>157,840点</u>
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000点	<u>35,200点</u>
血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等) 止血術	19,260点	<u>23,110点</u>
腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	34,950点	<u>40,890点</u>
肝切除術 亜区域切除	46,130点	<u>56,280点</u>
脾摘出術	28,210点	<u>31,030点</u>
停留精巣固定術	8,470点	<u>9,740点</u>
腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20,620点	<u>24,130点</u>

先進医療からの保険導入①

先進医療からの保険導入

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

導入した技術(医科:一覧)(13技術)

凍結保存同種組織を用いた外科治療	単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断
陽子線治療	網膜芽細胞腫の遺伝子診断
重粒子線治療	腹腔鏡下仙骨脛固定術
非生体ドナーから採取された同種骨・靱帯組織の凍結保存	食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
RET遺伝子診断	硬膜外自家血注入療法
実物大立体臓器モデルによる手術支援	内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術
内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術	

先進医療からの保険導入②

導入した技術の例

(新) 硬膜外自家血注入

800点

点478 留494
施告770 施通848

技術の概要:

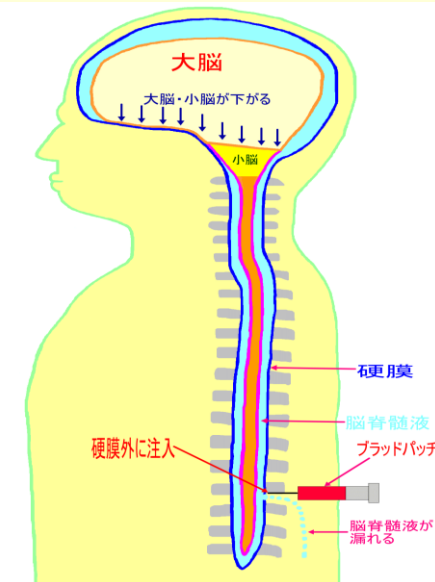
脊髄液(脳及び脊髄を守る働きをしている液)が、硬膜から漏出している場合に患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、漏出を止める技術。

[算定の要件]

脳脊髄液漏出症(関連学会の定めた診断基準において確実又は確定とされた者。)

[施設基準の概要]

- ・脳神経外科、整形外科、神経内科、又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。
- ・病床を有していること。
- ・脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあつては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。



(新) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

70, 730点

点549 留583 施告770 施通864

技術の概要:

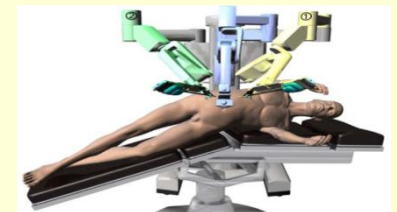
手術ロボットに設置された、精緻な動きが可能なアームによって内視鏡下に腎がんの部分切除を行う技術で、出血量の減少・腎の阻血時間の短縮が見込める。

[算定の要件]

原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対する腎部分切除

[施設基準の概要]

- ・泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- ・泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門的知識及び5年以上の経験を有すること。
- ・麻酔科の標榜医が配置されていること。
- ・腎悪性腫瘍手術が1年間に合わせて10例以上実施されていること。



手術ロボットは人間の手よりも広い可動範囲と手ぶれ防止機能を持ち、執刀医の操作を忠実に再現する



先進医療からの保険導入③

導入した技術の例

点606 留611 施告773 施通874-875

(新) 重粒子線治療 150,000点

(新) 陽子線治療 150,000点

技術の概要:

水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。
従来のX線治療と比較して、周辺の正常組織の損傷を軽減することで合併症の発生を抑えられる。

[算定の要件]

- ・陽子線治療:小児腫瘍(限局性の固形悪性腫瘍に限る)
- ・重粒子線治療:切除非適応の骨軟部腫瘍
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること。

[施設基準の概要]

1. 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
2. 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上有すること。
3. 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。
4. 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する技術者等が配置されていること
5. 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
6. 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

[その他の加算]

① 希少な限局性の固形悪性腫瘍への加算

※ 小児腫瘍・切除非適応の骨軟部腫瘍

所定点数の25/100

② 粒子線治療適応判定加算

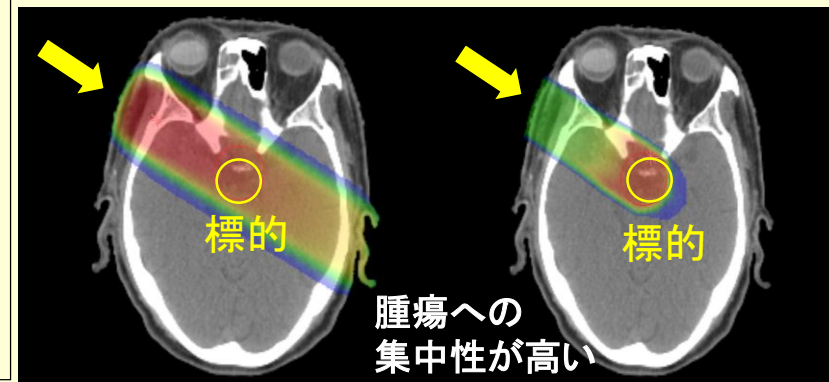
※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
40,000点

③ 粒子線治療医学管理加算

※三次元的な空間再現性により照射を行うなどの医学管理の実施を評価
10,000点

エックス線

陽子線



手術等医療技術の適切な評価(歯科)

新規医療技術の保険導入

- レジン前装金属冠の第一小臼歯への適応範囲の拡大(ブリッジの支台歯に限る)
(新) レジン前装金属冠 1,174点 ほか

先進医療の保険導入

- 有床義歯補綴治療における総合的な咬合・咀嚼機能検査を評価する。
(新) 1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 480点(1回につき)
2 咀嚼能力測定のみを行う場合 100点(1回につき)

【施設基準】

- 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。



効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

後発医薬品の使用促進等について①

診療所における後発医薬品使用体制の評価

点387 留394 施告766 施通828 様1138

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

処方料

(新)	外来後発医薬品使用体制加算 1 (70%以上)	4点
	加算 2 (60%以上)	3点

[施設基準]

- ① 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- ② 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品の使用促進等について②

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

点80 留108 施告651、677 施通721

- 後発医薬品使用体制加算における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

現行

後発医薬品使用体制加算1(旧指標で30%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算2(旧指標で20%以上)	28点

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数

改定後

後発医薬品使用体制加算1(新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2(新指標で60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3(新指標で50%以上)	28点

新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品の数量

一般名処方加算等の見直し

点389 留397

- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

現行

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。

改定後

一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

- 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品の適正使用の推進①

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

点83 留116

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り) 連携管理加算 50点

点184 留228

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

- ② 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

医薬品の適正使用の推進②

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

様889

- 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。

② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、

- 医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 医療機関へ情報提供

のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん															
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号					保 険 者 番 号										
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										
患 者	氏 名					保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日		明大相平		年 月 日		男・女		電 話 番 号						
	区 分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード		(印)		
交付年月日		平成			年 月 日		処方せんの使用期間		平成		年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。		
処 方	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。												
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供														
備 考	保険医署名（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）														
	調剤済年月日		平成			年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称					(印)		公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

重症化予防の取組の推進①

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

点172 留204 施告753 施通789、803

- 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。

糖尿病透析予防指導管理料

(新) 腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²) が 30未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

- ① 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}(ml/分/1.73m²) が 30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)
- ② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
 - ア) 血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下している。
 - イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下している。
 - ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点のeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が 30%以上軽減している。

- 糖尿病透析予防指導管理料の算定要件に、保険者による保健指導への協力に関する事項を追加。

現行

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

(新設)

改定後

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

重症化予防の取組の推進②

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

点176 留213 施告756 施通806 様1120

- 若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、ニコチン依存症管理料の対象患者の見直しを行う。

現行(対象者)

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。



改定後(対象者)

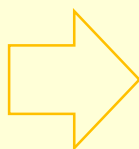
以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

- ニコチン依存症管理を実施する医療機関における、治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う。

現行(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。



改定後(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
 - ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
 - ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
 - ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること※。
- ※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

重症化予防の取組の推進③

透析医療に係る評価の適正化

点481 留498

<人工腎臓>

➤ 包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の見直しを行う。

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



1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,225点

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

<人工腎臓>

➤ 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点(1月につき)

点481 留501 施告770 施通849 様1150

[施設基準]

- ① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
- ② ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
- ③ 連携を行う専門的な治療体制を有している医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

(※届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

<重症下肢虚血病変の評価>

(新) 経皮的酸素ガス分圧測定 100点(1日につき)

点317 留352

[算定要件]

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の確認のために経皮的に血中のPO2を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価①

自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し

点320 留359 施告764 施通824

- 患者の自由な選択に資するため、コンタクトレンズに係る検査を実施する患者及びコンタクトレンズの院内交付割合が高い医療機関については検査料の引き下げを行う。

現行	
コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1	200点
-	
2 コンタクトレンズ検査料 2	56点
-	



改定後	
コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1	200点
<u>(新) 2 コンタクトレンズ検査料 2</u>	<u>180点</u>
<u>(改) 3 コンタクトレンズ検査料 3</u>	56点
<u>(新) 4 コンタクトレンズ検査料 4</u>	<u>50点</u>

＜コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準＞

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に加え、次のうちいずれかに該当すること。

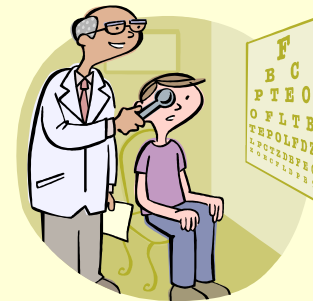
- ① 眼科の病床を有すること。
- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。
- ③ コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。

＜コンタクトレンズ検査料2に関する施設基準＞

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしているが、上記の①から③のいずれにも該当しないこと。

＜コンタクトレンズ検査料3に関する施設基準＞

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしていないが、上記の①から③のいずれかに該当すること。



医薬品、医療機器、検査等の適正な評価②

湿布薬の適正給付

点386 留391、394、396、397、398

➤ 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が多様であることから、医薬品の適正給付の観点より以下の対応を実施する。

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価③

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

告974-975 通977-978

➤薬価適用の場合との均衡を図る観点から、市販の経腸栄養用製品（以下「流動食」）のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費等の額について、現行より1割程度引き下げる。

（ただし、入院時生活療養（Ⅱ）については、既に給付水準が低い等の理由から、見直しの対象外とする。）

【食事療養】

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき） 640円

2 入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき） 506円

【生活療養】

1 入院時生活療養（Ⅰ）
（1）食事の提供たる療養（1食につき） 554円

2 入院時生活療養（Ⅱ）
（1）食事の提供たる療養（1食につき） 420円



【食事療養】

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）
（1）（2）以外の場合 640円
（2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 575円

2 入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき）
（1）（2）以外の場合 506円
（2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 455円

【生活療養】

1 入院時生活療養（Ⅰ）
（1）食事の提供たる療養（1食につき）
Ⅰ ロ以外の場合 554円
ロ 流動食のみを経管栄養法で提供する場合 500円

2 入院時生活療養（Ⅱ）
（1）食事の提供たる療養（1食につき） 420円

➤流動食のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする※。

※ これまでは、入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の適用患者に対し、厚生労働大臣が定める特別食（腎臓食、肝臓食、糖尿食等）を提供する場合に、1食につき76円を加算

診療報酬点数表の簡素化

技術料の削除

➤ 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術等について、医療技術評価分科会における評価等を踏まえ、診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ① 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術
(削除する項目の例)

D006 2	全血凝固時間
D006 31	フィブリノペプチド
D007 1	膠質反応(ZTT, TTT)
D301	気管支鏡検査、気管支カメラ
K351	上顎洞血瘤腫手術

- ② 内容がほとんど同じである別の手術料が存在する。

K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	(K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と類似)
K743-3	脱肛根治手術	(K743 痔核手術(脱肛を含む。)4 根治手術と類似)

- ③ 使用可能な医療機器の販売が終了している。

K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
C115	在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料

施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算 | ○強度行動障害入院医療加算 | ○経皮的冠動脈形成術 |
| ○明細書発行体制等加算 | ○がん診療連携拠点病院加算 | ○経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料 | ○医科点数表第2章第10部手術の
通則5及び6(歯科点数表第2章
第9部の通則4を含む。)に掲げる
手術 |
| ○救急医療管理加算 | ○夜間休日救急搬送医学管理料 | |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算 | ○がん治療連携管理料 | |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算 | ○認知症専門診断管理料 | |

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペースメーカー移植術及び両室ペースメーカー移植術及び両室ペースメーカー移植術等) | ○経皮的大動脈遮断術
(救命救急入院料 等) | ()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数 |
| ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) | ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○ダメージコントロール
手術
(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) |
| ○造血管腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) | ○植込型心電図記録計移植術及び
植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | | ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) |
| ○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等) | | | ○廃用症候群
リハビリテーション料(※)
(脳血管疾患等リハビリテーション料) |

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

経過措置等について①

	項目	経過措置
1	重症度、医療・看護必要度の見直し	・重症度、医療・看護必要度に関する経過措置については、経過措置一覧の最終頁を参照のこと。
2	病棟群単位による届出	・病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われることとし、病棟群単位で算定できるのは平成30年3月31日までとする。
3	療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合	・平成28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28年9月30日までは基準を満たしているものとする。 ・当該基準又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、別に定める基準を満たしている場合には、平成30年3月31日までは、所定点数の100分の95を算定できる。
4	療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し	・平成28年3月31日に当該加算の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までは基準を満たしているものとする。
5	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における脳卒中患者の評価	・重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者に限る。)の疾患及び状態等が医療区分1又は2に相当する場合について、平成28年3月31日時点で当該病棟に6ヶ月以上入院している患者は医療区分3相当のものとして所定点数を算定できる。
6	総合入院体制加算の実績要件等の見直し	・平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。
7	認知症患者のケアに関する評価	・認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。
8	10対1入院基本料へのデータ提出要件化	・平成28年3月31日に10対1一般病棟入院基本料、一般病棟10対1特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとする。
9	精神科リエゾンチーム加算の看護師要件	・平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。
10	地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数の制限	・集中治療室等を持つ保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院において、平成28年1月1日時点で既に届け出ている地域包括ケア病棟については当該制限の対象に含まないものとする。
11	回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価	・当該アウトカムの評価に係る実績指数の算出は、平成28年4月1日以降に当該病棟に入棟した患者を対象として、平成29年1月から3ヶ月ごとに算出する。
12	地域移行機能強化病棟入院料の届出	・当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。

経過措置等について②

	項目	経過措置
13	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	・平成28年1月1日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
14	がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	・現行のがん性疼痛緩和指導管理料2は、平成29年3月31日を以て廃止とする。
15	ニコチン依存症管理料の要件見直し	・当該保険医療機関における過去1年の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分から適用する。
16	自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し	・平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付率等の要件を満たしているものとする。
17	診療情報提供料(Ⅰ) 検査・画像情報提供加算	・当該加算のイ(退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合)を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
18	電子的診療情報評価料	・検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
19	救命救急入院料等における薬剤管理指導の評価の見直し	・改定前の薬剤管理指導料の1(救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合)は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできない。
20	在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在総管及び施設総管について、所定点数の80/100を算定するところ、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
21	在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅療養支援歯科診療所以外の保険医療機関であって、歯科訪問診療料の注13に規定する基準を満たさないものは、注13に規定する点数(歯科初診料・歯科再診料に相当する点数)を算定するところ、平成29年3月31日までの間は歯科訪問診療料1, 2, 3により算定できる。
22	在宅療養支援歯科診療所の要件追加	・在宅療養支援歯科診療所について、主として歯科訪問診療を実施する診療所については新たな要件が追加されるが、平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
23	在宅時医学総合管理料の対象となる住居	・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住居に居住している際に、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。

経過措置等について③

	項目	経過措置
24	ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し	・平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。
25	向精神薬多剤投与に係る報告	・向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。 ・平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。
26	疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の要件見直し	・平成28年3月31日時点で初期加算又は早期リハビリテーション加算を算定している患者は、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を引き続き適用する。
27	疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の起算日見直し	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定している患者は、当該時点における算定上限日数を引き続き適用する。
28	廃用症候群リハビリテーション料の新設	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定している患者については、当該時点の算定上限日数を引き続き適用する。
29	維持期リハビリテーションの経過措置の延長	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者に対する維持期リハビリテーションは、原則として平成30年3月31日までに介護保険へ移行するものとする。
30	要介護被保険者等に対するリハビリテーション	・目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の減算(所定点数の90/100を算定する。)については、平成28年10月1日から実施する。
31	1回の処方箋で抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合の通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援指導料の減算	・減算しない場合の要件として、「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。 ・減算しない場合の要件として、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。
32	訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定	・同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。

経過措置等について④

	項目	経過措置
33	精神科デイ・ケア等における患者の意向の聴取	・1年を超えて精神科デイ・ケア等を実施する患者に対する意向の聴取については、平成29年3月31日までの間、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても実施可能とする。
34	紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入	・自治体による条例の制定等が必要な公的医療機関の導入については、条例の制定等に要する期間を考慮し、平成28年9月30日まで猶予措置を設ける。
35	一部負担金のない患者に対する明細書無料発行	・自己負担のない患者(全額公費負担の患者を除く。)に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、平成30年3月31日までの猶予措置を設ける。

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票 研 修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、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、特定一般病棟入院料(注7)	・平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。 ・評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価表を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

平成28年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)

厚生労働省保険局医療課

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

DPC/PDPS導入の経緯(1)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、特定機能病院を対象に導入された、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（平成15年3月28日閣議決定）より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

[平成23年1月21日中医協総会 総-3-1(抜粋)]

- ・ DPC/PDPSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された（平成16年3月まで）。
- ・ 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた1日あたり定額報酬を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。

DPC/PDPS導入の経緯(2)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

※ 「DPC/PDPS」について

「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」

Diagnosis 診断

Procedure 処置(手術、検査等)

Combination 組み合わせ

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」

Per-Diem 1日当たり

Payment System 支払い制度

※ 「DPC」という呼称については、

① 診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度② 患者分類としての診断群分類

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月) (見込み)	1,667	495,227
(参考)全一般病院(※) (平成26年医療施設調査)	7,426	894,216

平成15年

82病院

66,497床

平成28年

1,667病院

495,227床
(約55%)

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

調整係数見直し(1)

(1)調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕

$$= ([\text{医療機関Aの調整係数}(\ast)] - [\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数}]) \times 0.25$$

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

(2)個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。

➤ DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを進める。



DPC制度における診療報酬の算定方法

包括評価部分（ホスピタルフィー的報酬部分）

診断群分類点数表

診断群分類毎の1
日当たり点数

×

医療機関別係数

基礎係数

+

機能評価係数Ⅰ

+

機能評価係数Ⅱ

+

暫定調整係数

×

在院日数

出来高評価部分（ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等）

+

手術
麻酔
1000点以上の処置 等

患者ごとに算定される入院
基本料等加算

包括対象外となる薬剤・材
料の費用

退院時処方 等

医療機関群の見直し

Ⅱ 群病院の選定要件

➤ Ⅱ 群病院（高機能な病院群）の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する。

- 下記の【実績要件1】～【実績要件4】のそれぞれについて、Ⅰ 群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関をⅡ 群とする。

【実績要件1】：診療密度	1 日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）	
【実績要件2】：医師研修の実施	許可病床 1 床あたりの臨床研修医師数 （基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）	
【実績要件3】：高度な医療技術の実施 （6項目のうち5項目以上を満たす）	外保連試案	（3a）：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数
		（3b）：DPC算定病床当たりの同指数
		（3c）：手術実施症例件数
	特定内科診療	（3A）：症例割合
		（3B）：DPC算定病床当たりの症例件数
		（3C）：対象症例件数
【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施	複雑性指数（重症DPC補正後）	

医療機関群・基礎係数の見直し

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

= [[各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] × [改定率^{*3}]

／ [各病院群のDPC点数表^{*4}に基づく包括点数^{*5}の平均値^{*2}]

- *1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。
- *2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。
- *3 平成28年度改定では(1－0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。
- *4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)	集計中	
DPC病院Ⅱ群(高機能な病院)		
DPC病院Ⅲ群		
合計		

機能評価係数 I の見直し(1)

機能評価係数 I とは

- 機能評価係数 I については、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数 I として評価する。

1. 「入院基本料の差額」を評価

診断群分類点数表は、「一般病棟10対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。

(例)
一般病棟7対1入院基本料
専門病院7対1入院基本料
専門病院10対1入院基本料
特定機能病院7対1入院基本料
特定機能病院10対1入院基本料

2. 「入院基本料等加算」等

「当該医療機関においてDPC包括算定をする全入院患者が算定する加算」等について評価する。

(例)
総合入院体制加算
医師事務作業補助体制加算
診療録管理体制加算
検体検査判断料

「入院基本料等加算」

機能評価係数Ⅰとして評価

			主な変更点(概要)
医療機関の評価	病院の体制の評価	A200 総合入院体制加算	
		A204 地域医療支援病院入院診療加算	
		A204-2 臨床研修病院入院診療加算	
		A207 診療録管理体制加算	
		A207-2 医師事務作業補助体制加算	⇒ 特定機能病院に追加
		A234 医療安全対策加算	
		A234-2 感染防止対策加算	
		A244 病棟薬剤業務実施加算	⇒ 病棟薬剤業務実施加算2の新設
		A245 データ提出加算	
		A230 精神病棟入院時医学管理加算	
		A230-2 精神科地域移行実施加算	
		A243 後発医薬品使用体制加算	
	看護配置の評価	A207-3 急性期看護補助体制加算	⇒ 夜間25対1から30対1への変更、夜間看護体制加算の新設
		A207-4 看護職員夜間配置加算	⇒ 12対1加算1・2、16対1加算への細分化
		A213 看護配置加算	
		A214 看護補助加算	⇒ 夜間75対1看護補助加算加算、夜間看護体制加算の新設
	地域特性の評価	A218 地域加算	⇒ 7級地の新設
		A218-2 離島加算	
	特殊病室の評価	A224 無菌治療室管理加算	
		A225 放射線治療病室管理加算	
		A229 精神科隔離室管理加算	
	療養環境の評価	A219 療養環境加算	
		A220 HIV感染者療養環境特別加算	
		A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	
		A221 重症者等療養環境特別加算	
		A221-2 小児療養環境特別加算	
		A222 療養病棟療養環境加算	
		A222-2 療養病棟療養環境改善加算	
		A223 診療所療養病床療養環境加算	
		A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算	

機能評価係数Ⅱの見直し(1)

機能評価係数Ⅱの新項目

➤ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

現行		平成28年改定
① 保険診療指数	→見直し	① 保険診療指数
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	→見直し	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	現行通り	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数	→見直し	⑦ 後発医薬品指数
	新設	⑧ 重症度指数

評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。
(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

機能評価係数Ⅱの見直し(2)

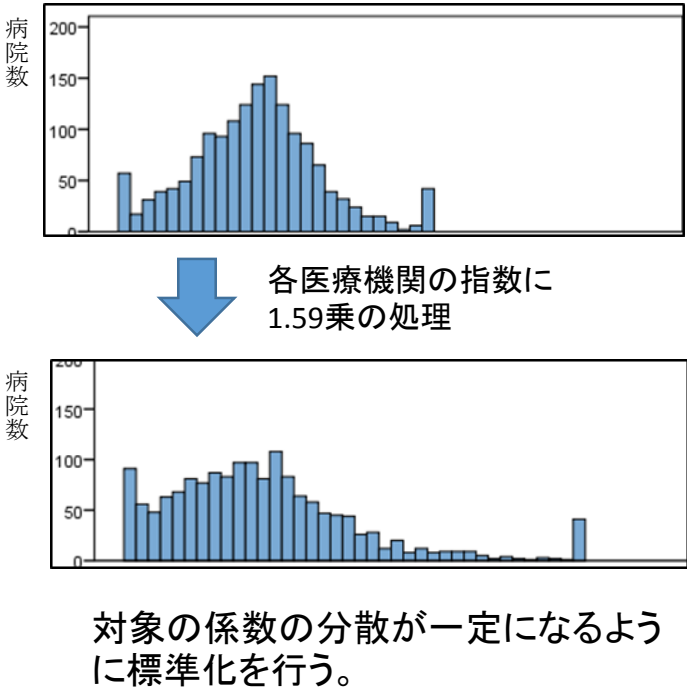
機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0(※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量) (体制)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile 値 (※3)	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3上限値は70%とする。
※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ



機能評価係数Ⅱの見直し(3)

機能評価係数Ⅱの各項目の見直し

➤ 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

①保険診療指数(全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。)

0.05点加点	- 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) - 病院情報の公表(平成29年度より)
0.05点減点	- 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) - 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 - 本院よりも機能が高い(※)分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院(Ⅰ群のみ) ※ Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合 Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院(Ⅰ群のみ) - 精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院(Ⅰ群・Ⅱ群)

④カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止(平成29年度より)
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加(平成29年度より)

⑦後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。
✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

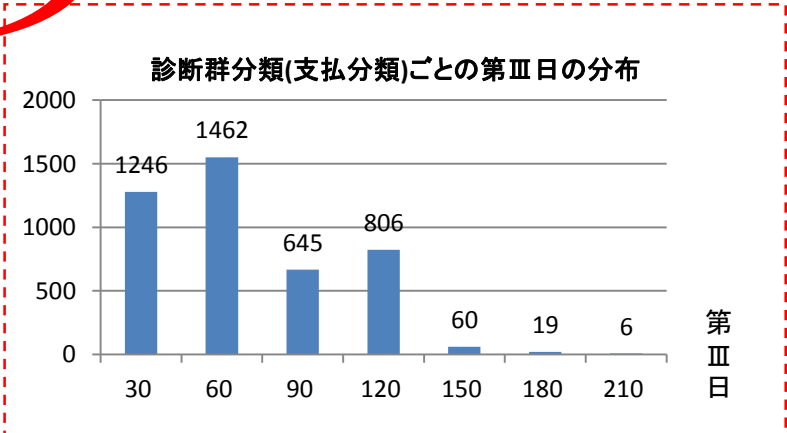
5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

算定ルールの見直し(1)

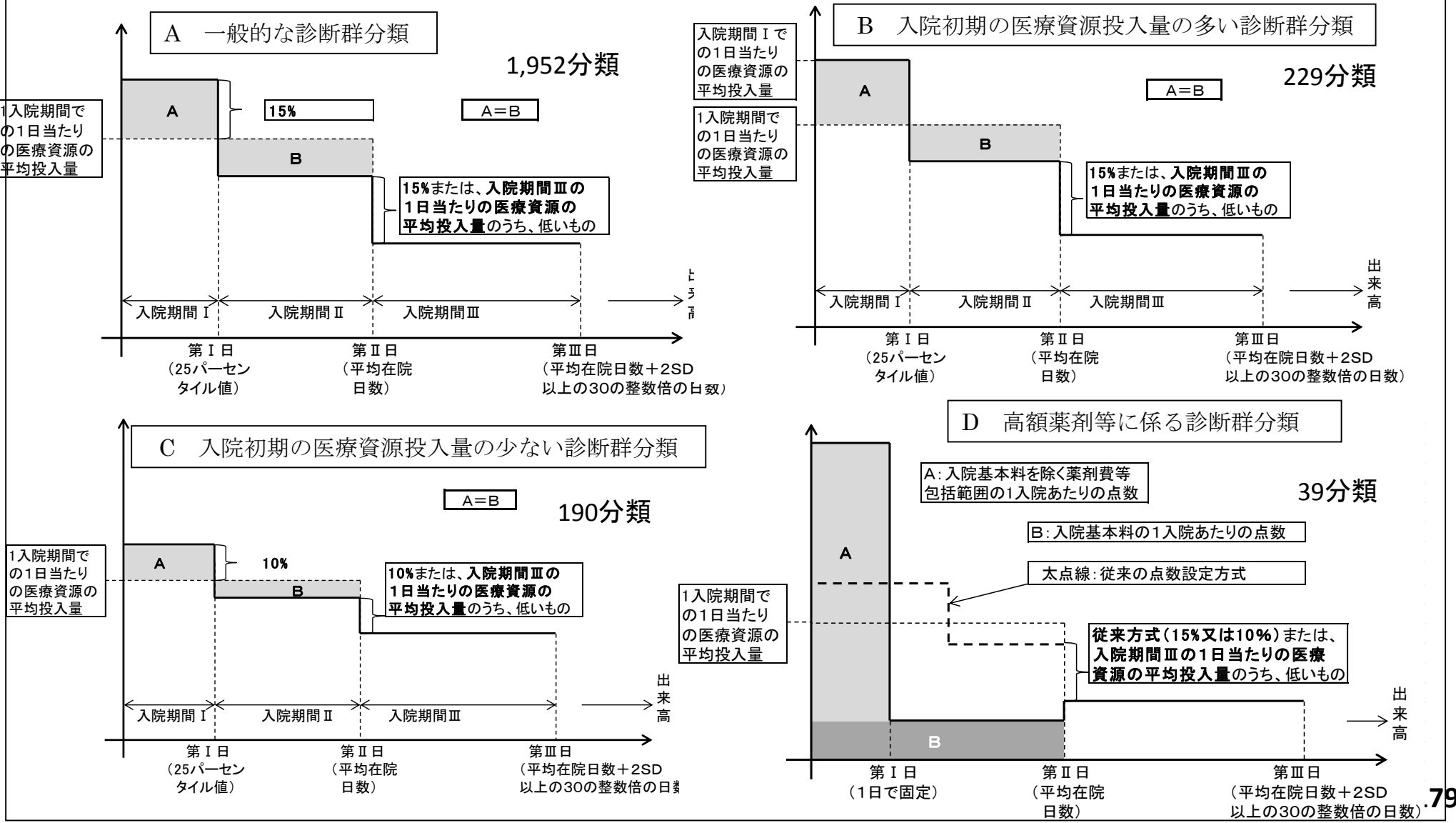
点数設定方法の見直し

➤ 第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。



算定ルールの見直し(2)

点数設定方法の見直し



算定ルールの見直し(3)

点数設定方式Dの見直し

点数設定方式Dの対象選定に係る観点

- 十分に普及している(全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる)
- 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- 入院中に複数回実施されるものは除外

※化学療法については、レジメン(入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ)別に分析を行った。
※検査等については、平成26年度診断群分類点数表で定義されている検査を対象として検討を行った。

以下の6項目を新たに点数設定方式Dの対象として加える

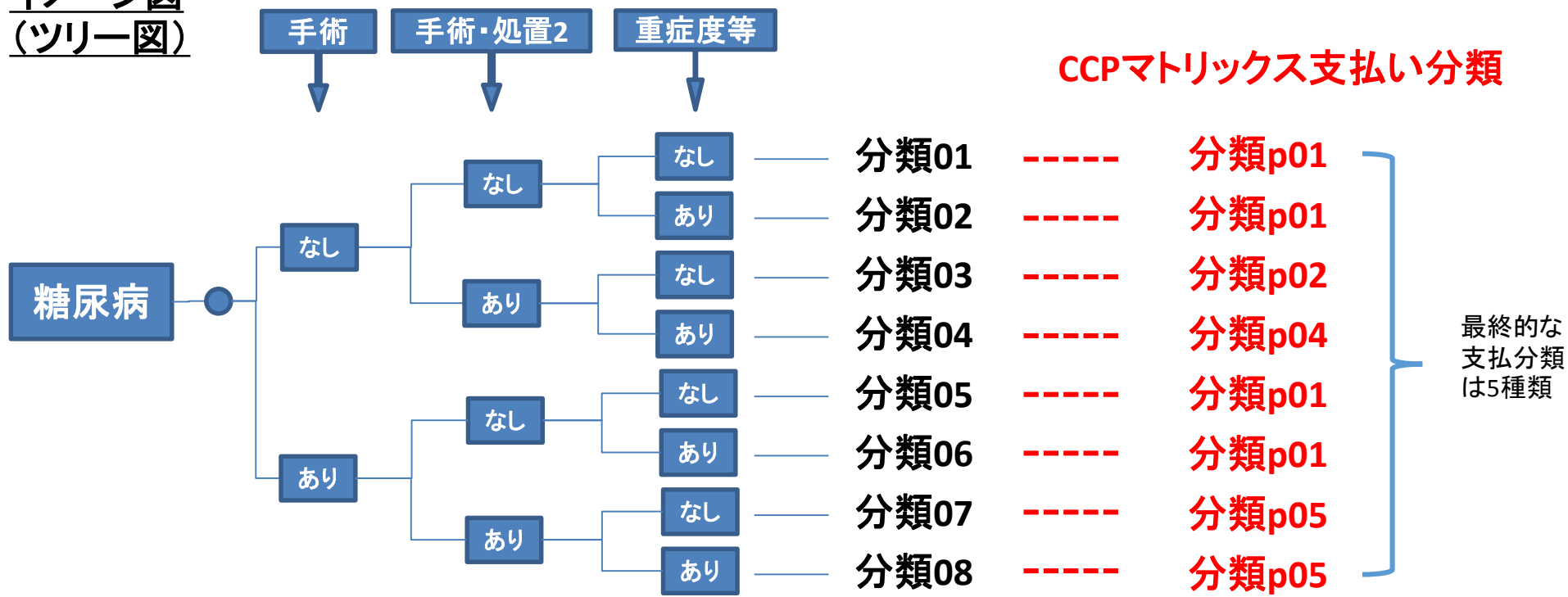
H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均在 院日数
060020xx99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005xx99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070xx9910xx	脳血管障害 E003造影剤注入手技	2.6
100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 I131内用療法	6.0
010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003造影剤注入手技 動脈造影力 テーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮 影した場合	2.6
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206心臓力テーテル法 による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

算定ルールの見直し(4)

点数設定方式の見直し

➤ 診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)を導入

イメージ図
(ツリー図)



Comorbidity
Complication
Procedure

診断群分類	診断群分類数	支払い分類
010060 脳梗塞	1584分類	7分類
040080 肺炎等	1104分類	16分類
100060 ~100081 糖尿病	144分類	27分類

算定ルールの見直し(5)

診断群分類点数表の見直し

➤ 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の通りの分類となった。

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (総数)	うち包括対象 DPC数(※2)	支払い分類 (※3)
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	<u>18</u>	<u>506</u>	<u>4,918</u>	<u>4,244</u>	<u>2,410</u>

- ※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群
- ※2 改定時点で包括対象となっているDPC数
- ※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

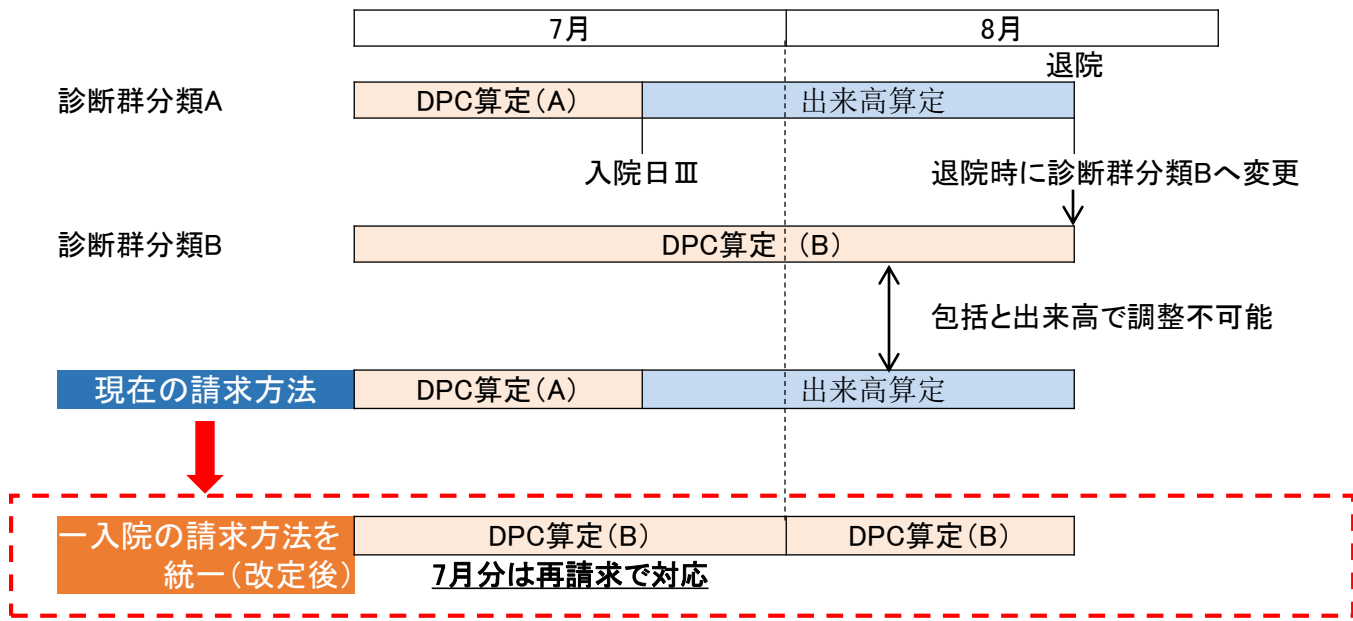
5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

算定ルールの見直し(6)

請求方法の見直し

- DPC 対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。

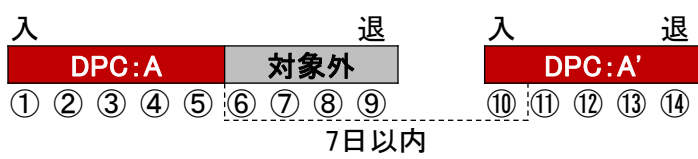
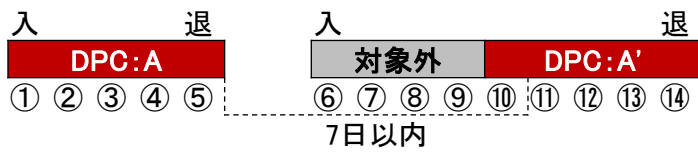
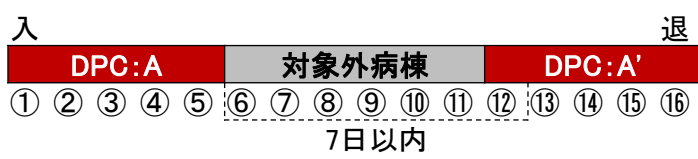
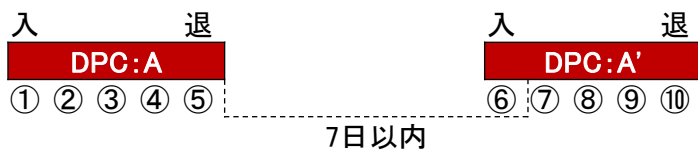


- ・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

算定ルールの見直し(7)

7日以内再入院の取扱いの見直し

➤ 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取扱う。



【「7日以内」に係る日数の考え方】

- 直近のDPC算定病床を退院した日
- DPC算定病床へ再入院した日

【「同一傷病」の考え方】

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって、DPC上2桁コード(MDC)が同一である場合、一連とする。
- 再入院時の「入院の契機となった傷病名」病名に「分類不能コード」を用いた場合には、一連の入院として扱う。

【入院期間への日数算入の考え方】

- 退院期間は入院期間に算入せず、転棟期間は入院期間に算入する。

「分類不能コード」の例

- R00.2 動悸
- R05 咳
- R06.0 呼吸困難
- R63.0 食欲不振
- 等

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

DPC対象病院としての要件の見直し

DPC対象病院としての要件

➤ 適切なコーディングを行う為の体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる。

要件：年2回
(毎月開催することが望ましい)



要件：年4回
(毎月開催することが望ましい)



- ・多職種の参加
- ・DPC制度への理解を深め、適切なコーディングを推進する。
- ・実症例をもって議論をする際には、担当医等が出席し、診療報酬の多寡の議論を行わない旨を周知。

(参考)DPC対象病院の要件について

- 一 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出
- 二 A207診療録管理体制加算に係る届出
- 三 「退院患者調査」、「特別調査」への参加
- 四 データ病床比1月あたりの値が0.875以上
- 五 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。適切なコーディング委員会の年4回の開催 等

1 DPC/PDPS導入の経緯

2 医療機関別係数の見直し

3 診断群分類点数表の見直し

4 算定ルールの見直し

5 DPC対象病院としての要件の見直し

6 退院患者調査(DPCデータ)の見直し

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

➤ 調査項目の見直しを行う。

様式1

【既存項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
退院情報	全患者	退院時転帰として「治癒・軽快」を入力	調査項目の入力精度向上の為。
再入院調査・再転棟調査	全患者	DPC対象病棟より、「計画的・計画外」再入院の場合入力	調査項目の入力精度向上の為。
CAN0040 がん患者/化学療法の有無	化学療法ありの患者	「化学療法の有無」の項目に経皮下を追加。	現状の項目が 0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他） であるが、経皮下で投与される薬剤も存在するため。
M040020 肺炎患者/重症度	15歳以上で、医療資源病名が「040070インフルエンザ、ウイルス性肺炎」「040080肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の場合	現状の「市中肺炎」か「院内肺炎」かの分類の別に、「医療介護関連肺炎」を追加。	現在の調査では、医療介護関連肺炎は市中肺炎（入院時病名が肺炎）に含まれてしまうが、市中肺炎よりも院内肺炎に近く、治療介入が難しく長期になる。

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

様式1

【新規項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
入院情報	全患者	「自傷行為・自殺企図の有無」を追加	うつ病への入院加療として、緩やかな休養入院とは医療資源投入量（精神療法・薬物療法等）が大きく異なることが推測されるため。
M050010 心不全患者/NYHA	主傷病・医療資源・医療資源2のいずれかが、心不全の場合	心不全患者の場合は、入院・来院直後の①体血圧、②心拍数、③心調律を追加	急性心不全のレジストリー研究によると体血圧・心拍数・心調律が重症度に関係する。NYHA分類では医療資源投入量との関係性を示すことができなかったため、既存のNYHA分類との置き換えを行い重症度の精緻な評価ができないかを検討する必要があるため。

【その他簡素化・精緻化を行った項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
患者プロフィール/褥瘡	全患者	現状の褥瘡スコアの調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者のみ記載必須とする。	現状、入院時と退院時に調査に記載必須とされているが、調査項目の簡素化をするため、医科点数表において求められている病棟の入退棟時にのみ対象を限定してはどうか。
診断情報	全患者	レセプト電算処理用の傷病名マスターによる傷病名コードの記載。	レセプト請求の際には、レセプト電算処理用の傷病名マスターによる請求が行われているため。
診断情報	全患者	指定難病（医療費助成の対象患者）の有無、病名（告示番号等）の記載。	平成27年1月1日より「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、医療費助成の対象疾病が306疾病に拡大した。医療機関ごとの取り組み状況を把握する必要があるため。
診断情報	全患者	予定入院の場合は入院日に「入院の契機となった病名」を確定させること。	より正確な病名の記載を求めるために、予定入院の場合は、入院日に「入院の契機となった病名」を確定させる。また、予定外入院の場合であっても3日以内に病名を確定させることが望ましい。
診断情報	全患者	併存症・続発症の記入可能数の上限を10に変更する。	記入可能な傷病名の個数が制限されていること（現行では「入院時併存傷病名（4つ）」「入院後発症傷病名（4つ）」）が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があるため。 また、様式1を縦持ち化したことにより拡張性が高まったため。

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)の見直し

EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
持参薬	EFファイルを出力する患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。	持参薬の検討のため、EFファイルに点数情報を含めて記載を求める。
医療区分・ADL区分	療養病棟に入院する患者	医療区分・ADL区分の記載。	データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより）

Dファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
診断群分類番号	一部の包括評価対象外の患者	DPCコード（14桁）の記載 対象の拡大と出来高請求理由の記載	包括評価の対象外の患者についても、以下の場合はDPCコードを記載 ①出来高請求のDPCコードに該当する場合 ②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた場合

Hファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行くことが必要な病棟）への入院患者	重症度、医療看護必要度の各項目の記載。	7対1病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたよりの確な分析が可能になると考えられる。（診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより）

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

➤ それぞれの項目に適切な経過措置を設ける。

項目	病院種別	対象病棟	内容	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	全病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行ことが 必要な病棟)	・医療看護必要度の対象患者について、患者ご とのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	全病院	精神病棟グループ・その他病 棟グループ(療養病棟、地域包 括ケア病棟など)	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院 料を算定している場合についても、実施された 診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていな かったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の 特定入院料等を含め、全ての入院料が対象と なる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
持参薬を出力 (EFファイル)	DPC対象病院・ 準備病院	7対1、10対1(DPC対象病棟)	・持参薬を使用した場合に、薬剤名・使用料を 出力	平成28年9月末まで (6ヶ月)
14桁コードを出力 (Dファイル・レセプト)	DPC対象病院	7対1、10対1(DPC対象病棟)	①出来高請求のDPCコードに該当する場合 ②高額薬剤において、告示されているDPCコー ドに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた 場合	平成28年9月末まで (6ヶ月)
(参考)データ提出加算	10対1(200床 以上)の病院	全病棟	-	平成29年3月末まで (1年間)

施設基準の届出について

お 願 い

- 平成28年4月1日から算定を行うためには、**平成28年4月14日(木曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



本資料は改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも正確でない場合があります。
算定要件・施設基準等の詳細については関連の告示・通知等をご確認ください。