

平成28年度診療報酬改定 答申概要

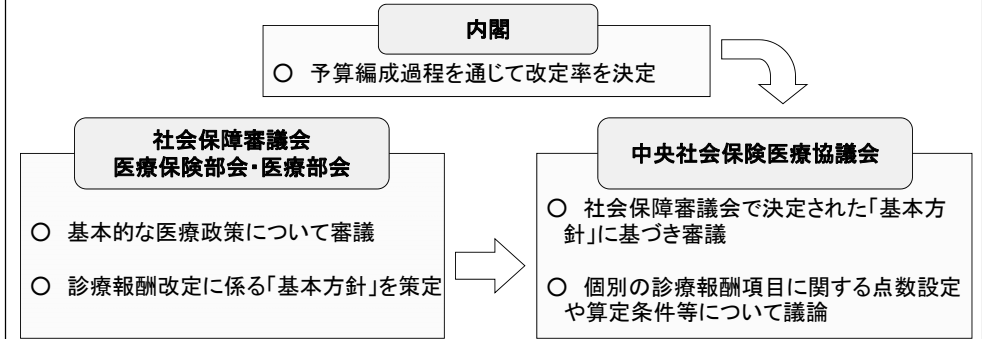
平成28年2月27日

厚生労働省 保険局 医療課

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）

平成28年度診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- ・ 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体) +0.49%

医科 +0.56%
歯科 +0.61%
調剤 +0.17%

薬価改定 ▲1.22%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特別の実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

※ なお、別途、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

平成28年度診療報酬改定

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点

「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。

- 視点1** 「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること
○「病床の機能分化・連携」の促進
○多職種を活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等
- 視点2** 「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること
○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等
- 視点3** 重点的な対応が求められる医療分野を充実すること
○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
○認知症患者への適切な医療の評価
○イノベーションや医療技術の評価 等
- 視点4** 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること
○後発医薬品の価格算定ルールの見直し
○大型前薬局の評価の適正化
○費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

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
- 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
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

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
- 「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
- 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
- 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
- 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
- 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
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の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
- 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
- 明細書無料発行の推進

IV 効率化・適正化を通じて精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
- 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
- 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
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

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
- 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
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

地域包括ケアシステムの構築について

参考

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



入院医療の機能分化・強化

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化を図るため、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施。

医療機能ごとの患者像に応じた評価

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 総合入院体制加算について、「重症度、医療・看護必要度」(A、C項目)の基準を導入



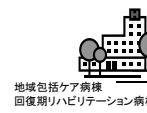
特定集中治療室等

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 重症患者を受け入れている10対1一般病棟を評価



7対1病棟等

- 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外



地域包括ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟等

- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化
- 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよりきめ細かく適正な評価



療養病棟等

医療機能の強化のための評価

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価
- 総合入院体制加算における、認知症・精神疾患患者の受入体制の評価

- 7対1病棟の在宅復帰率の基準の見直し
- 看護職員・看護補助者の手厚い夜間配置を実施している医療機関の評価

- 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に応じたりハビリテーション料の評価 (アウトカム評価)

- 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価できるよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し

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

▶ 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)	改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価)
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	【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	【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 救急搬送後の患者
【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	【B項目】 9 寝返り (削除) 10 移乗 (削除) 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 危険行動 15 診療・療養上の指示が通じる
	【C項目】 16 開胸の手術 17 開腹の手術 18 開腔の手術 19 骨の整形外科手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命室に係る内科的治療

医療機能に応じた入院医療の評価について②

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	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15%以上	【7対1入院基本料の病棟】 当該病棟入院患者の25%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	【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8%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)	【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)
【回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟】 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の病棟】 当該病棟入院患者の5%以上(※A項目のみ)

(経過措置)
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日までの間、上記の基準を満たしているものとする。また、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(病床数200床未満の保険医療機関が有するものに限る)であって、病棟群単位の届出を行わないものについては、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の割合について、2割5分を2割3分と読み替えたものを満たす必要がある。

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

▶ 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	改定後
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 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)	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)

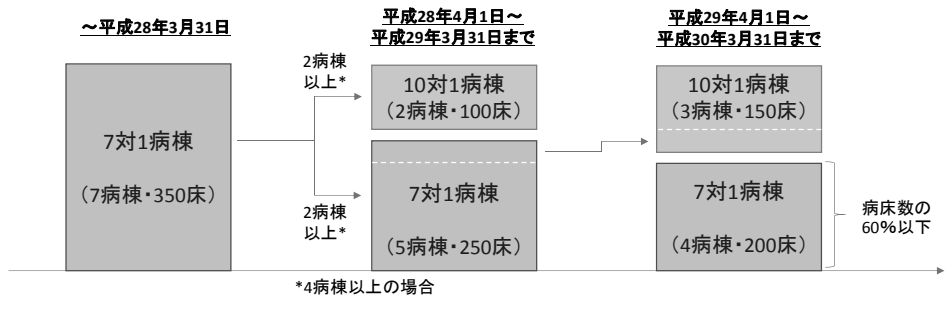
医療機能に応じた入院医療の評価について③

病棟群単位による届出

▶ 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。
- 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(病棟群の病床数の変更は可能)、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床はできないこと。



医療機能に応じた入院医療の評価について④

在宅復帰率の要件見直し

▶ 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)	改定後(7対1入院基本料)
自宅等に退院する者の割合が75%以上	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 ・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に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅・居住系介護施設等 ・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。)

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

▶ 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) 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)
有床診療所療養病棟入院基本料在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

【施設基準】

有床診療所入院基本料の場合

- 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退院患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
 - ④平均在院日数が60日以下

有床診療所療養病棟入院基本料の場合

- 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退院患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
 - ③平均在院日数が365日以下

医療機能に応じた入院医療の評価について⑤

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

- 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	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：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	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

- 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評価の精緻化等を行う。

- 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「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。
- 「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の精緻化を行う。
- 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⑥

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

- 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 (1日につき・14日以内) 240点	総合入院体制加算2 (1日につき・14日以内) 180点	総合入院体制加算3 (1日につき・14日以内) 120点
【施設基準の概要】 ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて実績要件の全てを満たすこと。 ② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。 ③ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている医療機関であること。 ④ 精神科について、24時間対応できる体制があり、精神科に係る入院料の届出を行った上で精神疾患患者の入院を受け入れていること。 ⑤ 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること。	【施設基準の概要】 ① 年間の救急用の自動車等による搬送件数が2,000件以上であること。 ② 年間の手術件数が800件以上であること、また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも4つ以上満たしていること。 ③ 精神科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれも満たすこと。 □ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。 □ 精神疾患診療体制加算2、救急患者の入院3日以内の入院精神療法又は救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。 ④ 一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。 ⑤ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている医療機関であること。 ⑥ 2次救急医療機関であ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センターを設置していること。	【施設基準の概要】 ① 年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも2つ以上を満たしていること。 ② 産科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれかを満たすこと。 イ A230-4 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア体制加算1の届出を行っていること。 □ 精神疾患診療体制加算2、救急患者の入院3日以内の入院精神療法又は救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。 ③ 一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が2割7分以上であること。 ④ 2次救急医療機関であ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センターを設置していること。
【共通の施設基準の概要】 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、当該診療科に係る入院医療を提供していること。 【実績要件】 ア 人工心臓を用いた手術 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 1,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上		

【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⑦

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 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。
- 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。

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。

現行(7対1入院基本料)	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	【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。

- 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。
- 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を届け出し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⑧

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

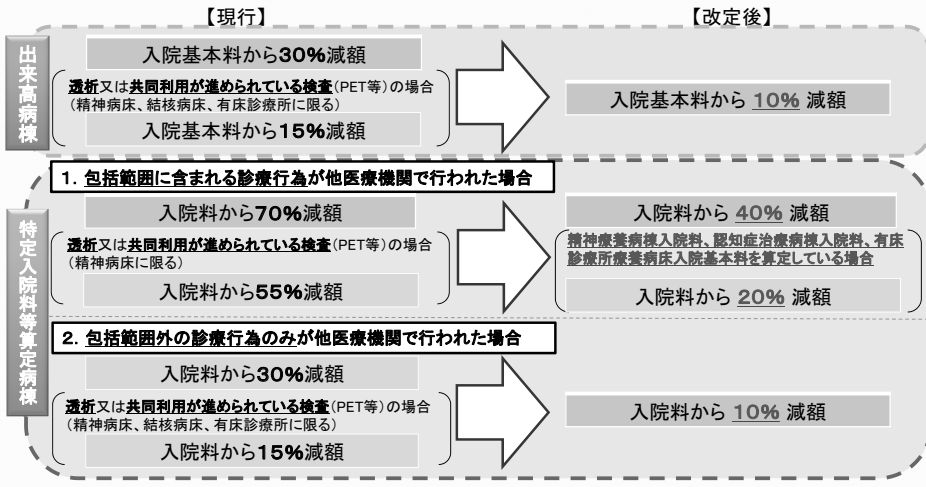
- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行	改定後
医療区分3 ● 酸素療法を実施している状態	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 ● 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	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スタチン製剤の注射を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⑨

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

- 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、特に診療科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。



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

- 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・診療録の代行人力に限り、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		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数	医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点	15対1	870点
20対1	648点	20対1	658点
25対1	520点	25対1	530点
30対1	435点	30対1	445点
40対1	350点	40対1	355点
50対1	270点	50対1	275点
75対1	190点	75対1	195点
100対1	143点	100対1	148点

【施設基準】(業務の場所)

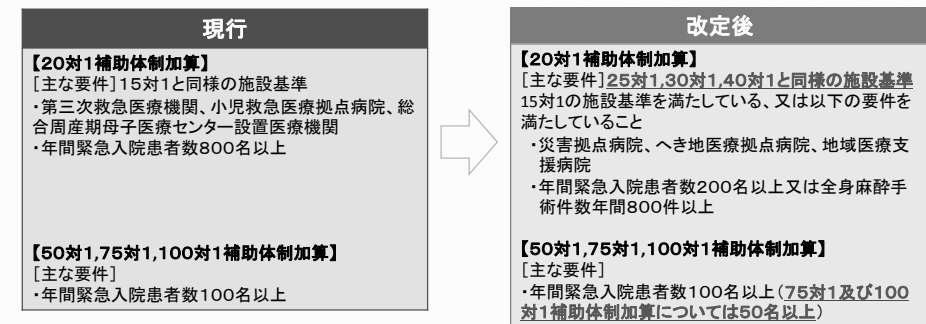
医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行人力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



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

- 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。



- 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

- 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	改定後
月あ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。	【7対1及び10対1入院基本料】 月あ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】 月あ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。 夜勤時間帯に看護勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護委員の看護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。 <small>※ 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。</small>

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行	改定後
所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。	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。

(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】

- 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。
- 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関する評価

▶ 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

現行	改定後	1のイ(夜間看護体制が充実している場合)及び2 【主な要件】 夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと
看護職員夜間配置加算 50点	1 看護職員夜間12対1配置加算 80点 イ 夜間看護体制が充実している場合 60点 ロ イ以外の場合 40点 2 看護職員夜間16対1配置加算 40点	

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	改定後	夜間看護体制加算 【算定要件】 夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。 【施設基準】 夜間看護体制の充実に関する項目のうち、3項目以上満たすこと
夜間25対1 35点 夜間50対1 25点 夜間100対1 15点 (新規)	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	

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	改定後	夜間75対1看護補助加算 【主な要件】 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟であること。 夜間看護体制加算 【主な要件】 夜間看護体制の充実に関する項目のうち、4項目以上満たすこと
看護補助加算1、2、3(1日につき) (新規)	看護補助加算1、2、3(1日につき) 30点 夜間75対1看護補助加算(1日につき) 30点 夜間看護体制加算(入院初日) 150点	

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	改定後
夜間看護配置加算1 80点 夜間看護配置加算2 30点	夜間看護配置加算1 85点 夜間看護配置加算2 35点

医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進

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

▶ 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。但し、夜間又は休日であって、当該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

▶ 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、自宅等当該保険医療機関以外の場所でも、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いたうえで、読影した場合も算定できる。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

多職種連携の取組の強化①

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

▶ 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産褥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」を廃止する。



歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

▶ 以下と歯科の連携を推進して、入院中の患者の栄養状態の改善を図るため、歯科医師が院内スタッフと共同で栄養サポートを実施した場合を評価する。

栄養サポートチーム加算
(新) 歯科医師連携加算 50点

【主な算定要件】

院内又は院外の歯科医師が、栄養サポートチームの構成員として、栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する。



多職種連携の取組の強化②

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】

《対象者》
厚生労働大臣が定める特別食を必要とする患者、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

▶ 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

【外来・入院栄養食事指導料※2】

(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

※1 入院栄養食事指導料1は130点、2(有床所において、当該有床所以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125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、管理栄養士が患者を訪問し、(略)栄養食事指導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】

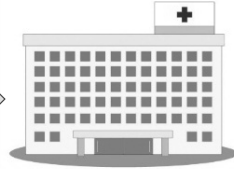
《算定要件》
医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、(略)栄養食事指導に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- ・認知症に対する主治医機能の評価
- ・小児に対するかかりつけ医の評価
- ・地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- ・紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

	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 地域包括診療料の、2次救急指定病院等であると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・加算の、常勤医師が3人以上との施設基準については、平成28年度改定において2人に緩和。

かかりつけ医の評価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)

[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。

[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)

[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。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

かかりつけ医の評価②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

▶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
下記の全てを満たすこと
- ① 2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

- 下記の全てを満たすこと
- 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
下記の全てを満たすこと
(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

- 下記の全てを満たすこと
- 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

かかりつけ医の評価 ③

小児かかりつけ医の評価

➤ 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	新生児期	乳児期	幼児期	学童期
イ 初診時	602点	口 再診時	413点	
2 処方せんを交付しない場合				
イ 初診時	712点	口 再診時	523点	

【主な算定要件】

- ① 対象は、継続的に受診している3歳未満の患者(3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については未就学児まで算定できる。)であって、かかりつけ医として診療することについて同意を得ている患者。
- ② 原則として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 小児科外来診療料の届出を行っ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. 初期小児救急への参加	b. 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
c. 定期接種の実施	d. 小児に対する在宅医療の提供
d. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任	



医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

➤ 「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良い場合】

 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 内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が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

かかりつけ歯科医機能の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における歯科疾患の重症化予防を評価する。

➤ う蝕の重症化予防の評価

(新) エナメル質初期う蝕管理加算 260点(歯科疾患管理料の加算)
【包括範囲】フッ化物歯面塗布処置、機械的歯面清掃処置、口腔内写真検査、歯科疾患管理料のフッ化物洗口に関する加算

➤ 歯周病の重症化予防の評価

(新) 歯周病安定期治療(Ⅱ)

1歯以上10歯未満	380点
11歯以上20歯未満	550点
20歯以上	830点

【包括範囲】歯周病検査、口腔内写真検査、機械的歯面清掃処置、歯周基本治療、歯周基本処置、歯周基本治療処置

➤ 口腔機能の重症化予防の評価

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション料指導管理料の加算 100点

【包括範囲】摂食機能療法、歯周病検査、歯周病部分的再評価検査、歯周基本治療、機械的歯面清掃処置

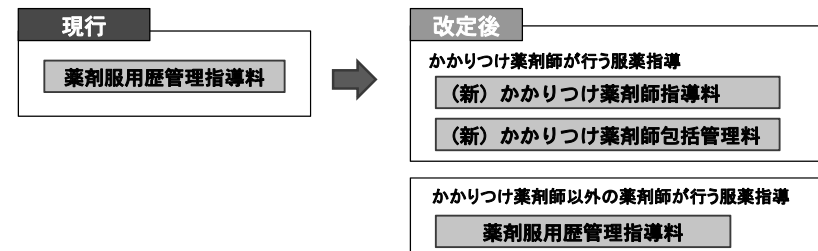
【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準】

- (1) 歯科診療所であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、又は、歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (4) 歯科訪問診療料、歯科疾患管理料、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定していること。
- (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。
- (7) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。



2. かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価

(基準調剤加算の見直し)

○ かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

かかりつけ薬剤師の評価

かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

▶ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は別疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

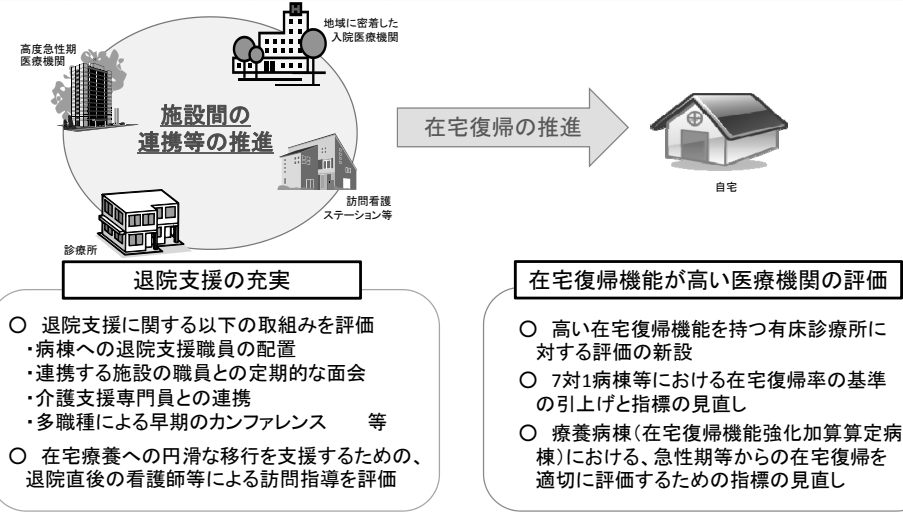
- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない。
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとること(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。
 - オ 必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理等を実施

[施設基準]

- 以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。
- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。
 - (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
 - (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

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、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

▶ 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

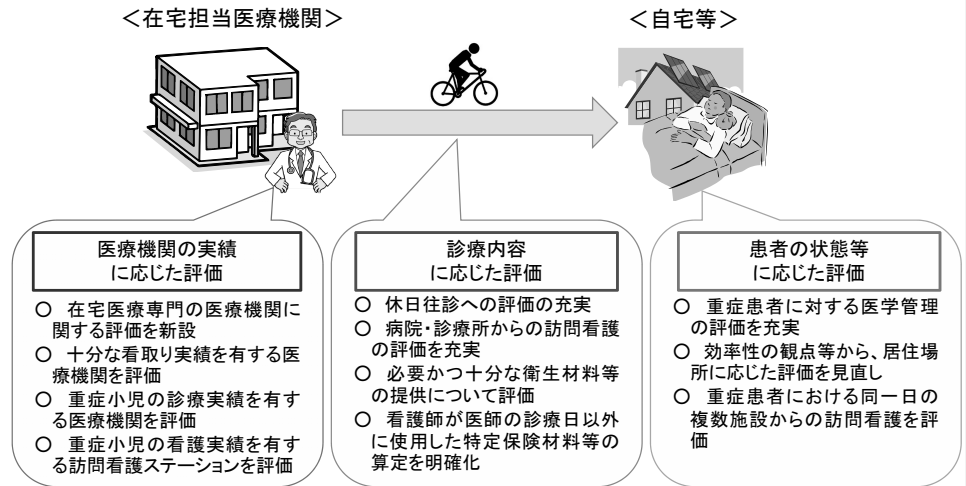


[算定要件・施設基準]

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内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	7日以内に患者・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	7日以内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	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)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	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)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療において、医療機関の実績、診療内容及び患者の状態等に応じた評価を行い、在宅医療の質的・量的向上を図る。



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

▶ 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	施設入居時等医学総合管理料 (施設総管)	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、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
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

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

・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③

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。

在宅医療専門の医療機関に関する評価

▶ 在宅医療専門の医療機関について、機能強化型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、機能強化型在支診と同様の評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 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 (要介護3の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 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。

▶ 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。



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

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))		改定後 (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	単一建物診療患者の人数 ^{※2}		
同一建物居住者の場合 ^{※1}	1,100点	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)		改定後 (在総管：在支診)		
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数 ^{※2}		
同一建物居住者の場合 ^{※1}	1,000点	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④

小児在宅医療に係る評価の推進

▶ 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	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	【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、かつ、当該医療機関において2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

▶ 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		改定後	
【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(深夜を除く。)の往診	1,500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(深夜を除く。)の往診	1,300点	【通常型】 夜間・休日(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	【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⑤

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

▶ 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 在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 在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 在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 在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又は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

Ⅱ 患者にとって安心・安全で納得できる 効果的・効率的で質の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【再掲】
- 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
- 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
- 明細書無料発行の推進

ICTを活用したデータの利活用

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

▶ 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

▶ 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。

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



キーワード1 早期からのリハビリテーション

- ・初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ・ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- ・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

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- ・摂食機能療法の対象の明確化等
- ・廃用症候群リハビリテーション料の新設
- ・心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- ・運動器リハビリテーション料の評価の充実
- ・リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なりハビリテーション

- ・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(目標設定支援等・管理料の新設)



質の高いリハビリテーションの評価等 ①

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 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	改定後
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、早期加算の対象 慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ
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	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、発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの
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	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、発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初に診断日から起算
[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

▶ 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	改定後
ADL維持向上等体制加算 25点	ADL維持向上等体制加算 80点(改)
[施設基準] 常勤理学療法士等が専従1名以上	(あらかじめ登録した従事者が週で6時間以上勤務した日に限り算定) [施設基準] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上

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におけるアウトカムの評価

▶ 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	改定後
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	リハビリテーションの効果にかか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

「実績が一定の水準に達しない場合」とは

- ① 1人あたりの1日リハビリテーション提供単位数
- ② 1入院あたりの平均的なADLの伸びを3か月ごとに集計し、2回連続して①が6単位以上、②が27点未満である場合をいう。

注)
 ・②においては、疾患ごとの回復期リハビリテーション病棟入院基本料の算定上限日数を基準として、入院期間が短い場合は補正し、同じ種類の疾患で入院中のADLスコアの伸びも同じであれば、より早く退院した方がより高く評価される。
 ・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が非常に高いもの、非常に低いもの、高齢者、認知機能の障害が大きいもの等を一定の制限内で計算から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者について実績を評価し、平成29年1月1日から実施。

質の高いリハビリテーションの評価等 ③

摂食機能療法の対象の明確化等

▶ 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	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	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) ・過去3か月以内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

▶ 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。

- 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定めるものについて、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。)
- 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。

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

▶ 廃用症候群の特性に応じたリ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

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

[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

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

▶ 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、自動車の運転等の訓練を行うもの。
 - 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(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。

※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

▶ 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) (1単位)185点(改)

質の高いリハビリテーションの評価等 ⑥

リンパ浮腫の複合的治療等

▶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期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、保険医療機関において2年以上業務に従事し、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例以上診療していること(医師の場合に限る。)
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切に研修を修了していること。
- (2) 当該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
- (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 ⑦

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

▶ 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	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90に減算	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

- 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対し、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。

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

▶ 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費担当規則」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を使用している、又は自動入金機の改修が必要な保険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。

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
- 「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
- 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
- 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
- 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
- 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
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

緩和ケアを含む医療質の高いがんの評価 ①

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

➢ 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		改定後	
がん診療連携拠点病院加算	500点	(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		改定後	
がん治療連携管理料	500点	(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

➢ 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

➢ 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、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		改定後	
緩和ケア病棟入院料		緩和ケア病棟入院料	
1 30日以内の期間	4,926点	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	(新) 緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
3 61日以上の期間	3,384点	(改) 2 31日以上60日以内の期間	4,400点
		(改) 3 61日以上の期間	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

➢ 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		改定後	
1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合	200点	(改) がん性疼痛緩和指導管理料	200点
2 1以外の場合	100点	廃止	

「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を踏まえた認知症患者への適切な医療

<認知症患者に対する主治医機能の評価>

<早期診断・早期対応のための体制整備>

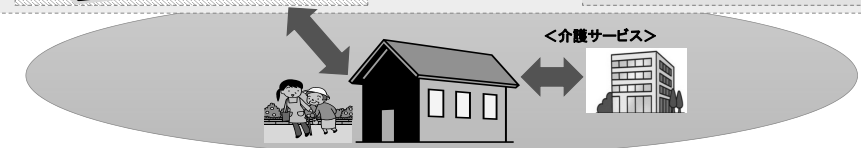
複数疾患を有する認知症患者への継続的・全人的医療

認知症の診断・療養方針の決定



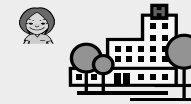
・認知症地域包括診療料、
認知症地域包括診療加算
の新設

・診療所型認知症疾患
医療センターの評価



<身体疾患を有する認知症患者の適切な受け入れ>

・認知症ケアチーム等による病棟における対応力とケアの質向上(認知症ケア加算の新設)
・重症度、医療・看護必要度での認知症・せん妄症状の評価



・身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れ体制の確保(総合入院体制加算の要件強化、「総合病院」精神科棟の医師配置の充実等)



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

▶ 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) **認知症ケア加算1** 14日以内の期間 150点(1日につき)
 15日以上期間 30点(1日につき)
認知症ケア加算2 14日以内の期間 30点(1日につき)
 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

- 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- 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。
- 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、認知症患者に係る看護計画を作成し、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

- 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と知識のある専任の常勤医師
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修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
- 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

- 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を受けた看護師を複数名配置すること。
- 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

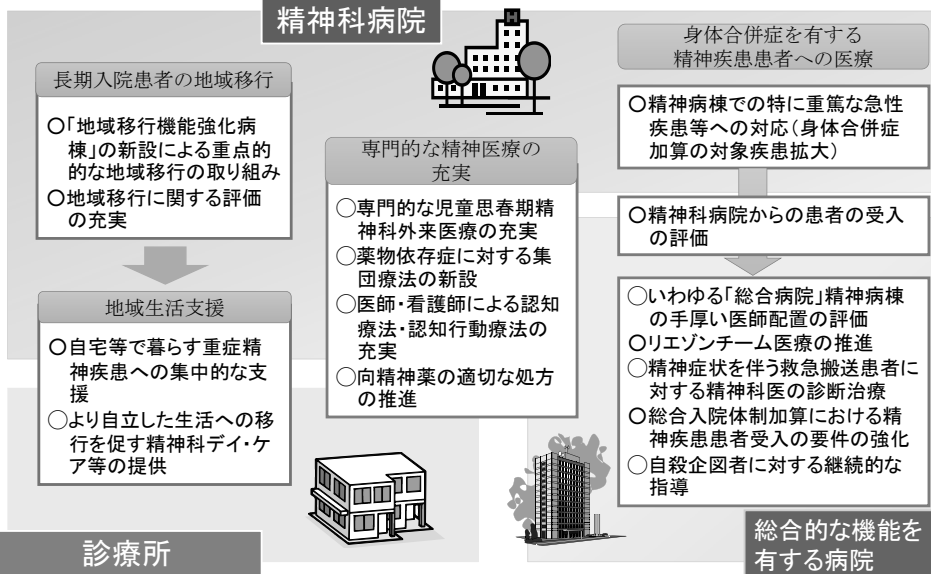
診療所型認知症疾患医療センターの評価

▶ 新たに設置された診療所型認知症疾患医療センターについて、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	改定後
【認知症専門診断管理料】 1認知症専門診断管理料 700点	【認知症専門診断管理料】 1認知症専門診断管理料 1 イ 基幹型または地域型 700点 (新) <input type="checkbox"/> 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。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価



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

▶ 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】

- 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。
- 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。
- 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)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

現行	改定後
精神科地域移行実施加算 10点	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

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

➤ 一般病院において、身体合併症を有する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断治療を行った場合の評価を新設

(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 身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診察した場合 **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。

質の高い精神医療の評価 ③

総合病院の精神科棟における手厚い医師配置の評価

➤ 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科棟を新たに評価
(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。
- (2) 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。
- (3) 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (4) 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。
- (5) 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時間以内診察していること。
- (6) 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。

精神科棟における身体合併症治療体制の確保

➤ 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 ④

精神科リエゾンチームのさらなる普及

➤ 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	改定後
精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)	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任の常勤精神保健福祉士等	[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任の常勤精神保健福祉士等 ただし、当該チームが診察する患者が週に15人以上の場合には、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

➤ 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名及び専任の常勤看護師等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 ⑤

薬物依存症に対する集団療法の評価

➤ 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若しくは作業療法士(いずれも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。ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から2年以内に限り、別途、週1回かつ計24回を限度として算定できる。

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

➤ 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) 現に精神保健指定医であって、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医師及び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うち、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 ⑥

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

➤ 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、初回到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 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。

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。
- ・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

現行	改定後
特定疾患(56疾患)*	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

- 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	改定後
小児科療養指導料 250点	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	[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

- 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、新たに関係学会が作成する指針に基づき実施される場合に評価を行う。

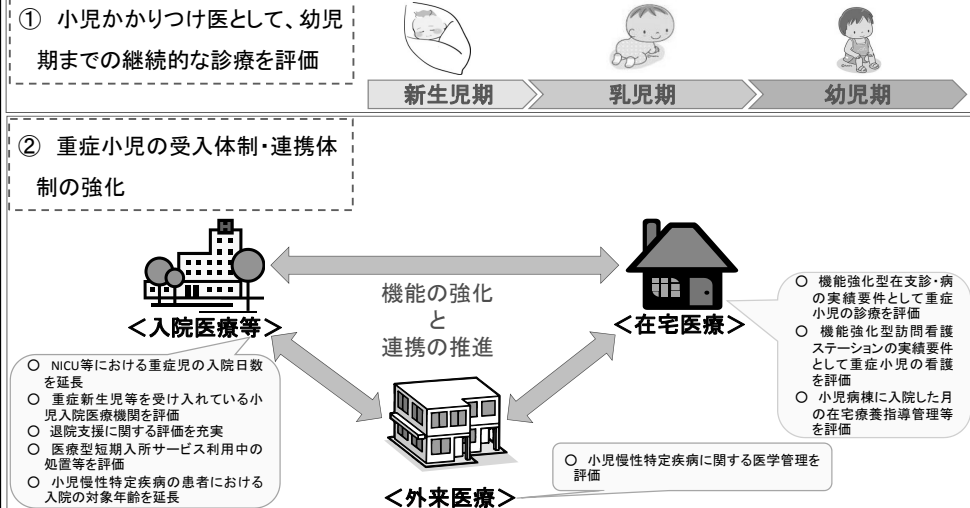
(改) 遺伝学的検査 3,880点

[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。

小児医療の充実について

乳幼児期から学童期まで、継続性のある小児科外来診療を評価するとともに、重症小児等の診療に積極的に取り組んでいる入院・在宅医療の評価及び連携の充実を図る。



小児医療・周産期医療の充実 ①

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

- ▶ 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

- ▶ 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。

精神疾患合併妊娠の評価

- ▶ 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・周産期医療の充実 ②

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

- ▶ 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。

〔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		改定後	
対象患者	算定日数上限	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	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 ・急性呼吸器症候群 ・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、 体外式心臓補助(ECMO)を必要とする状態の患者	35日



小児医療・周産期医療・救急医療の充実

生体検査、処置及び放射線治療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	60/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100
〔画像診断〕(例:E002撮影)	
新生児加算	30/100
乳幼児加算(3歳未満)	15/100
(他3項目)	
〔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	60/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100
小児加算(6歳以上15歳未満)	10/100
〔救急搬送診療料〕	
新生児加算	1,000点
乳幼児加算	500点
長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	500点

【改定後】

〔生体検査料の通則〕	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
〔画像診断〕(例:E002撮影)	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
(新) 幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
(他3項目)	
〔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)	110点
〔放射線治療〕	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
小児加算(6歳以上15歳未満)	20/100
〔救急搬送診療料〕	
新生児加算	1,500点
乳幼児加算	700点
長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	700点

救急医療の充実

救急医療管理加算の見直し

▶ 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	改定後
救急医療管理加算1 800点	救急医療管理加算1 900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】	【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	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	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	ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	エ 急性薬物中毒
オ ショック	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)	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	キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	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	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

▶ 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	改定後
夜間休日救急搬送医学管理料 200点	夜間休日救急搬送医学管理料 600点
【算定要件】	【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。	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

▶ 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。

医療技術の適切な評価 ①

手術等医療技術の適切な評価

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

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

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

2. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試算第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。

3. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

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

▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、現在保険収載されていない鏡視下手術のうち、一定の有効性及び安全性等が認められ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	
(新) 腹腔鏡下膈ヘルニア手術	9,520点	ほか

▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、既存技術のうち現行の評価が著しく低いと考えられるものについて、点数の引き上げを行う。

技術名	現行	改定後
爪甲除去(麻酔を要しないもの)	45点	60点
イレウス用ロングチューブ挿入法	200点	610点

▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、医療現場で実施されなくなった検体検査について、項目の削除を行う。

(削除する項目の例)

全血凝固時間	18点
膠質反応(ZTT, TTT)	11点
フィブリノゲン	300点

※経過措置を実施の上、平成30年3月31日までの実施とする。

医療技術の適切な評価 ③

2. 外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改訂された「外保連試算第8.3版」において、人件費の占める割合及び材料に係る費用の占める割合等に配慮しつつ、約300項目の手術について、最大で30%の引き上げを行う。

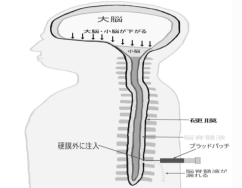
手術名	現行	改定後
関節鏡下肩腱板断裂手術 複雑なもの	35,150点	38,670点
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380点	157,840点
生体部分肺移植術	100,980点	130,260点

3. 先進医療からの保険導入

例1) 硬膜外自家血注入療法

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、硬膜という脊髄を覆っている膜から漏出している場合の治療法。患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、髄液が漏出している部分を癒着・閉鎖させて、漏出を止める技術。



エックス線

粒子線



例2) 重粒子線治療(適応症: 切除非適応の骨軟部腫瘍)

技術の概要

• 重粒子線(重イオン線)を、体外からがん病巣に照射する治療法。線量集中性が高いため、腫瘍に選択的に集中するため、周辺の正常組織の損傷を軽減できる。また生物学的効果が高いため、X線では効果が乏しい腫瘍に対して有効性が期待できる。

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
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進【再掲】
- 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
- 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
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

医薬品の適正使用の推進

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)

【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選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

【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(調剤報酬)

薬局における取組の評価(処方内容の疑義照会の評価)

- 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算(薬剤服用歴管理指導料等への加算)については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

現行

【重複投薬・相互作用防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は30点を所定点数に加算する。

- 在宅患者についても同様の評価を新設する。(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

医薬品の適正使用の推進

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 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、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 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、次の保険薬局でも算定する。)	
公費負担番号	保険者番号
公費負担医療機関番号	調剤診療科・調剤薬局番号(調剤科・調剤局)
氏名	保険医療機関の所在地(〒) 電話番号
生年月日	性別
住所	調剤薬局名
区分	調剤科
交付年月日	処方せんの交付年月日
変更不可	調剤薬局名
調剤薬局名	調剤薬局名
調剤薬局が調剤した薬剤を調剤した薬剤の名称(調剤した薬剤は「1」又は「2」を記載する。)	調剤薬局が調剤した薬剤の名称(調剤した薬剤は「1」又は「2」を記載する。)
調剤年月日	調剤年月日
調剤薬局の名称	調剤薬局の名称

重症化予防の取組の推進

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

➤ 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。

医薬品の適正給付 ①

湿布薬の適正給付

➤ 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。

医薬品等の適正評価 ②

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

➤ 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

【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)	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

【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)	
イ 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※。

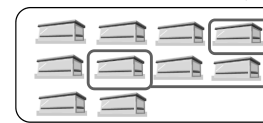
※ これまでは、入院時食事療養(Ⅰ)及び入院時生活療養(Ⅰ)の適用患者に対し、厚生労働大臣が定める特別食(腎臓食、肝臓食、糖尿食等)を提供する場合に、1食につき76円を加算

いわゆる門前薬局の評価の見直し ①

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

➤ 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中度が高くて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

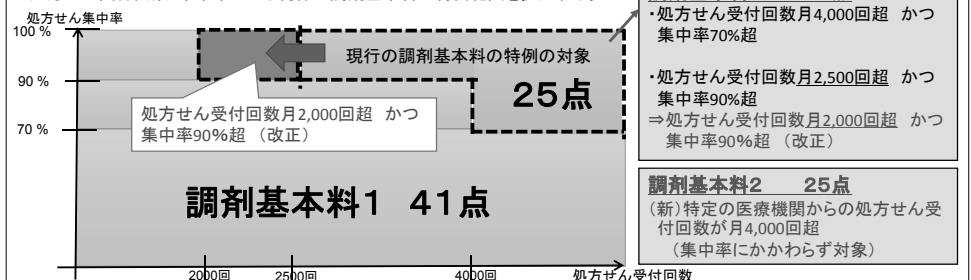


(新) 調剤基本料3 20点

- ① 処方せん集中度が95%超の薬局
- ② 特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中度による特例の拡大

➤ 処方せん受付回数・集中度による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



いわゆる門前薬局の評価の見直し②

調剤基本料の特例対象からの除外要件(かかりつけ業務の実施)

調剤基本料の特例対象薬局のうち、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている保険薬局は特例の対象から除外する。(現行の24時間開局による特例除外要件は削除)

現行	改定後
【調剤基本料の特例に関する施設基準】 24時間開局していること	【調剤基本料の特例に関する施設基準】 (1) 当該保険薬局に勤務している薬剤師の5割以上がかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合した薬剤師であること。 (2) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料にかかる業務について相当な実績を有していること。

かかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局の評価の見直し

かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。

[要件] ※本取扱いが平成29年4月1日から適用
かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導等を1年間一定数算定していない保険薬局。(処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く)

(参考) 保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容を含め、地方厚生(支)局へ届け出ることとする。

調剤基本料 (調剤基本料2~5及び特別調剤基本料は特例)		
調剤基本料1 41点	調剤基本料2 25点 (従来の特例)	調剤基本料3 20点 (いわゆる大型門前薬局)
調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算)	調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算)	特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算)

※調剤基本料1~5に該当する場合に届出。届出をしない保険薬局は特別調剤基本料となる。

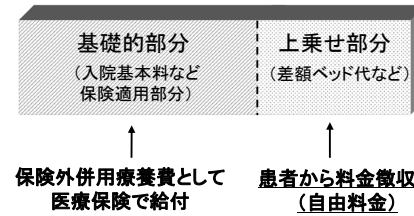
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ※②は平成28年4月施行
保険導入のための評価を行うもの
→ 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [選定療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:60技術、先進B:48技術 平成27年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養 ※平成28年4月施行

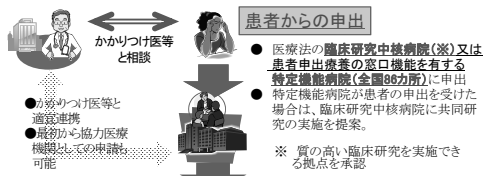
○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

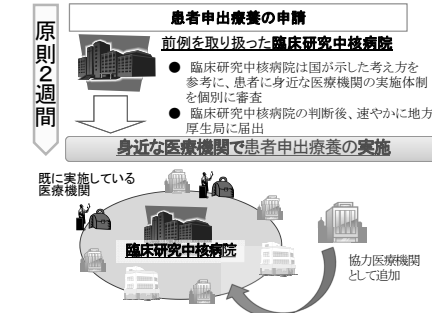
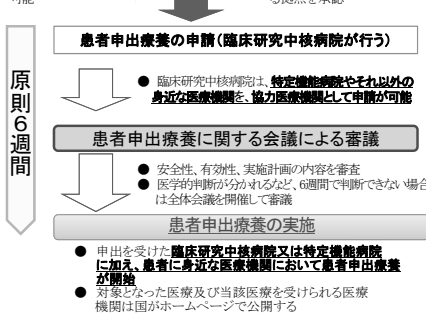
患者申出療養の創設

○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を創設(平成28年度から実施)

〈患者申出療養としては初めての医療を実施する場合〉



〈既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



医療保険における費用対効果評価について

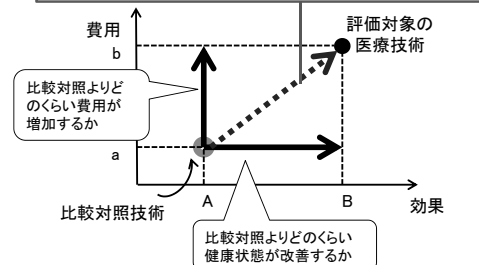
- 費用対効果評価について、中医協において、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等の検討を行い、平成28年度に試行的導入を実施。
- 本格的な導入に向けて、中医協における議論を継続。
- なお、費用対効果の本格的な導入に当たっては、十分な体制の整備(予算、組織・定員等)が必要。

○平成27年8月の中医協の中間報告において、以下の事項が確認された。

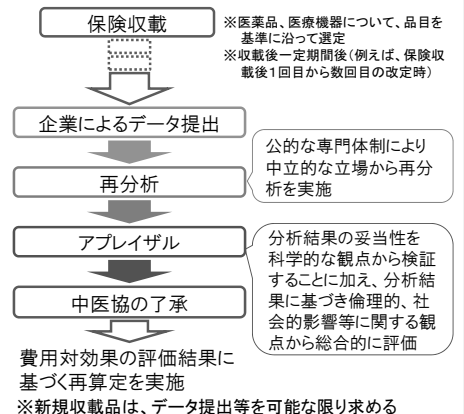
費用効果分析の手順

- 評価対象の医療技術と比較対照の医療技術との増分費用効果比(ICER)の評価を行う。

$$\text{増分費用効果比} = \frac{b-a}{B-A} \text{ (費用がどのくらい増加するか) / (効果がどのくらい増加するか)}$$



評価の一連の流れ(イメージ)



平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

1. 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - ・ 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - ・ 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響
 あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
2. DPCIにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
3. かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
4. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
5. 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
6. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
7. 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
8. 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。