

# 平成28年度診療報酬改定の概要

厚生労働省 北海道厚生局医療課

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

- ・ 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例の実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

※ なお、別途、新規掲載された後発医薬品の価格の引下げ、長期掲載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門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。

# 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年度診療報酬改定について、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
- 多職種の活用による「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
- 大型門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

## 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

## 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

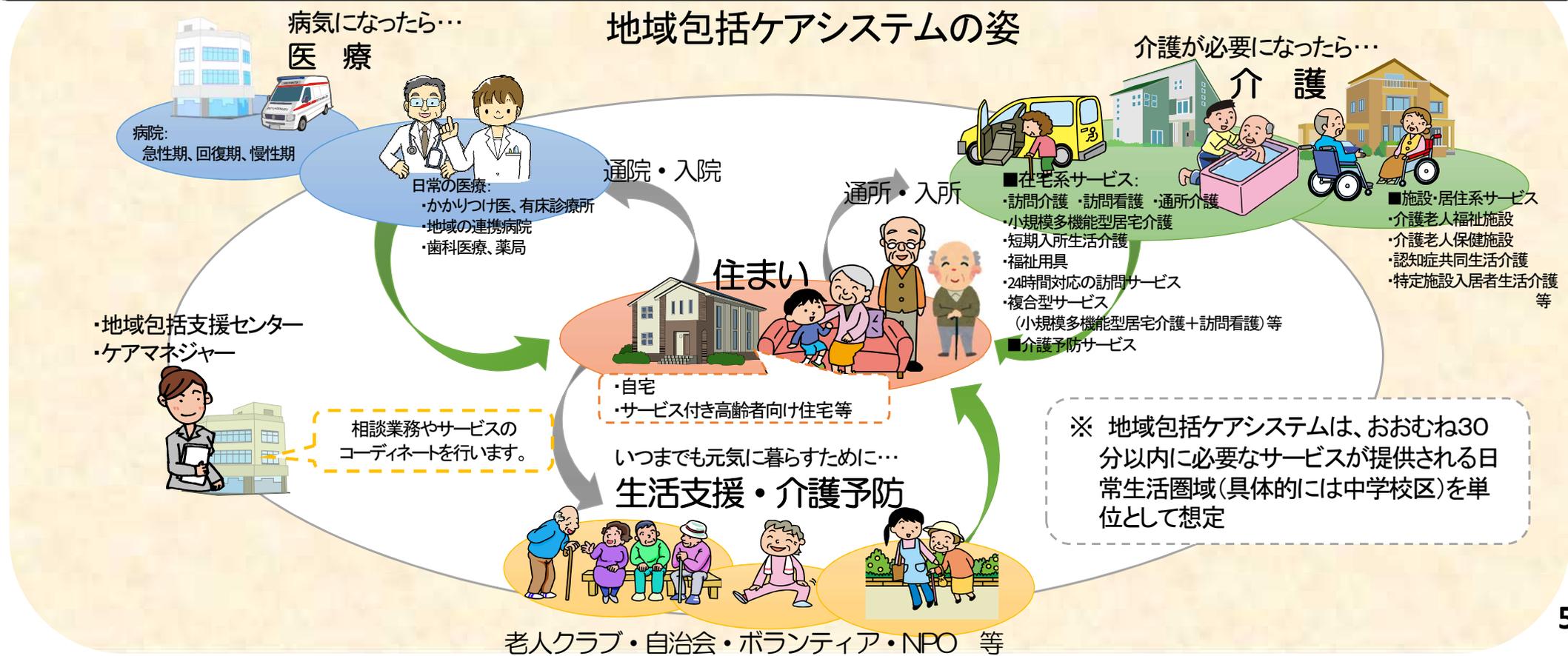
## IV 効率化・適正化を通じて精度の持続可能性を高める視点

- 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

# 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

- 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

- 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

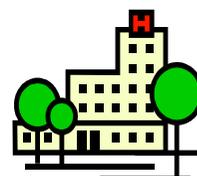
- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化
- 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよりきめ細かく適正な評価



特定集中治療室等



7対1病棟等



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リ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するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し

# 入院医療の機能分化・強化

## 一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

### 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、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

- ① 手術
- ② 救命等に係る内科的治療
  - ・経皮的血管内治療
  - ・経皮的心筋焼灼術
  - ・侵襲的な消化器治療 等
- ③ 救急搬送
- ④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

### 7対1入院基本料の基準の見直し

- 「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し
  - ・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%⇒25%(\*)に見直す
- 在宅復帰率の見直し
  - ・在宅復帰率の基準を75%⇒80%に見直す

※ 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っては、平成30年3月31日までに限り、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病棟に対する評価

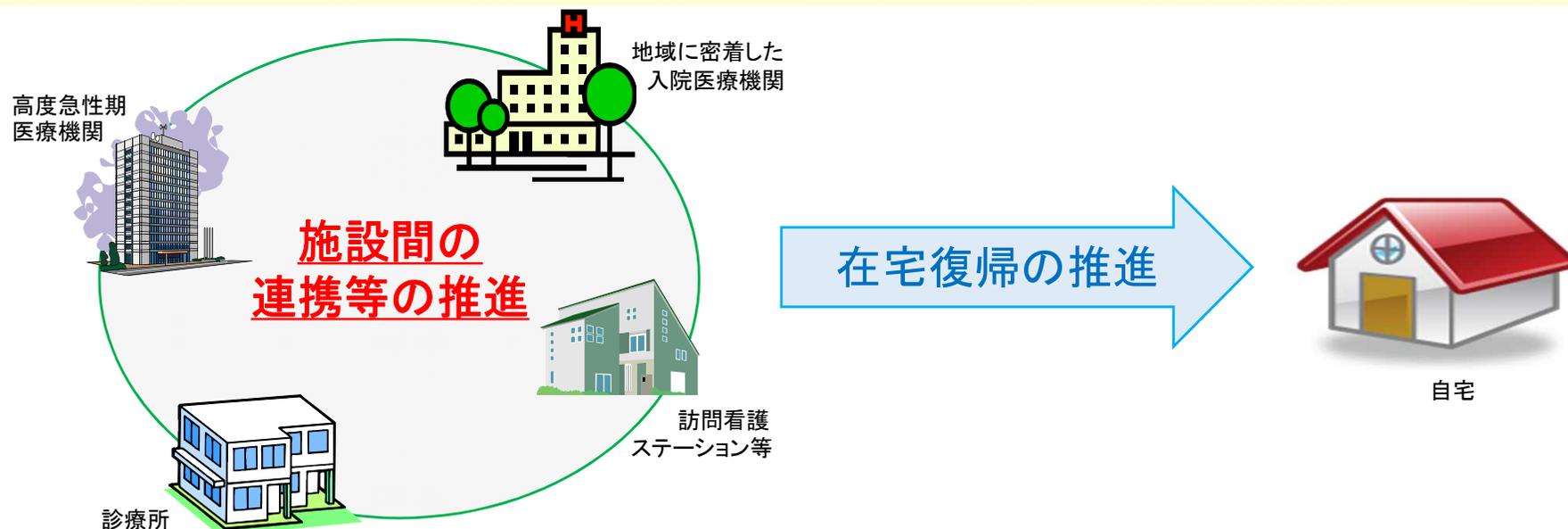
- 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の充実

### 病棟群単位による届出の評価

- 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、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

# 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。



## 退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価
  - ・病棟への退院支援職員の配置
  - ・連携する施設の職員との定期的な面会
  - ・介護支援専門員との連携
  - ・多職種による早期のカンファレンス 等
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価

## 在宅復帰機能が高い医療機関の評価

- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設
- 7対1病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算算定病棟)における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し

# 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]

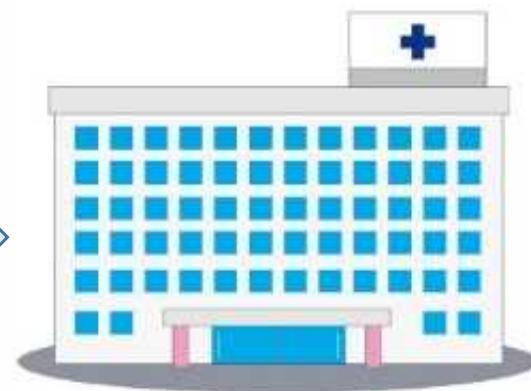
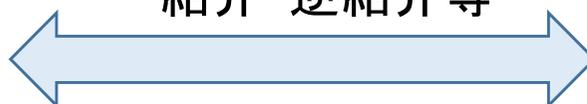
	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内 <sup>に</sup> 退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名 (看護師又は社会福祉士)	専従 1 名 (看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</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>	—

## 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
<b>新</b> <b>認知症地域包括診療料</b> 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
<b>地域包括診療料</b> 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
<b>新</b> <b>認知症地域包括診療加算</b> 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
<b>地域包括診療加算</b> 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)	

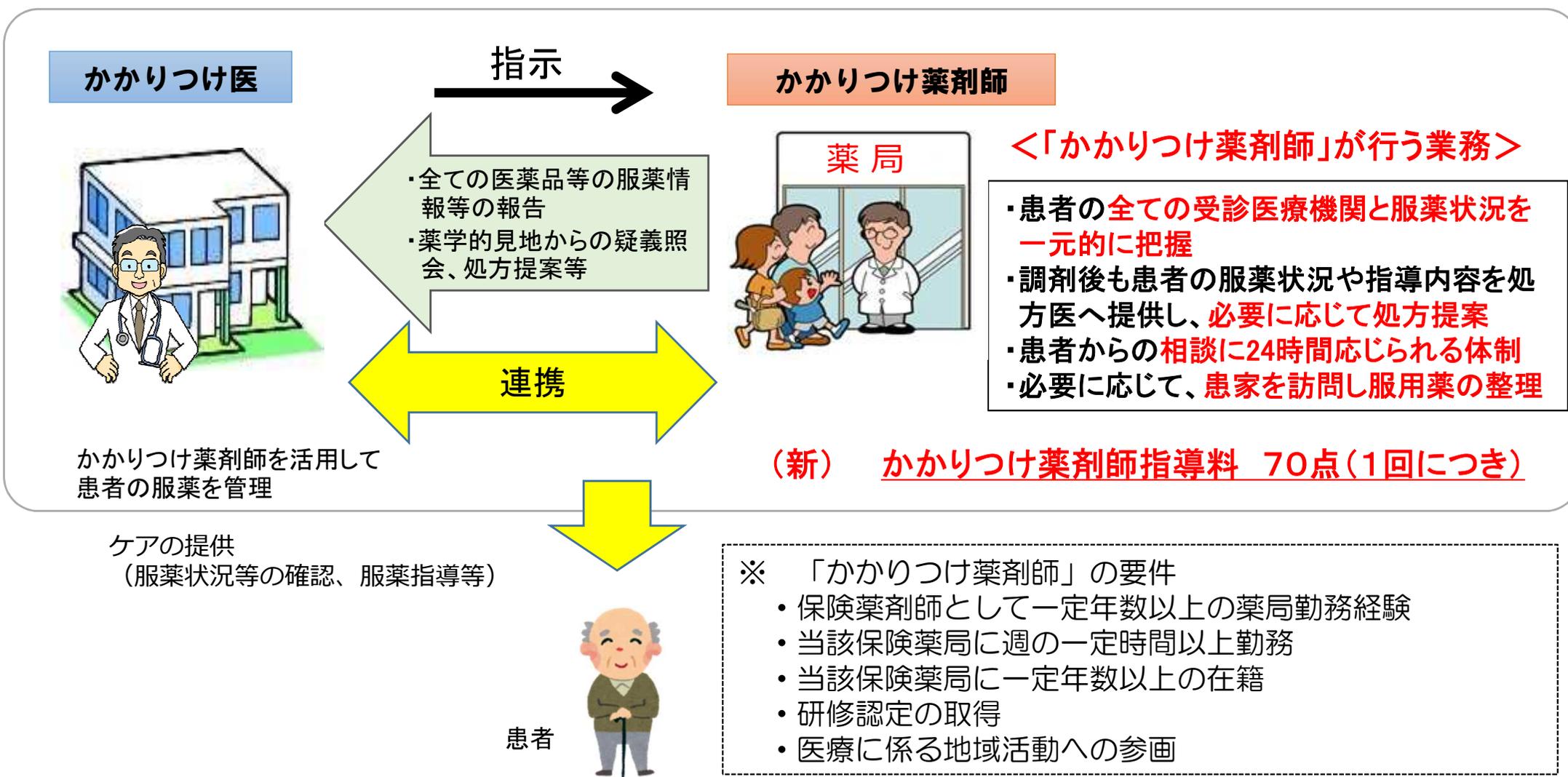
※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※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。

# かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

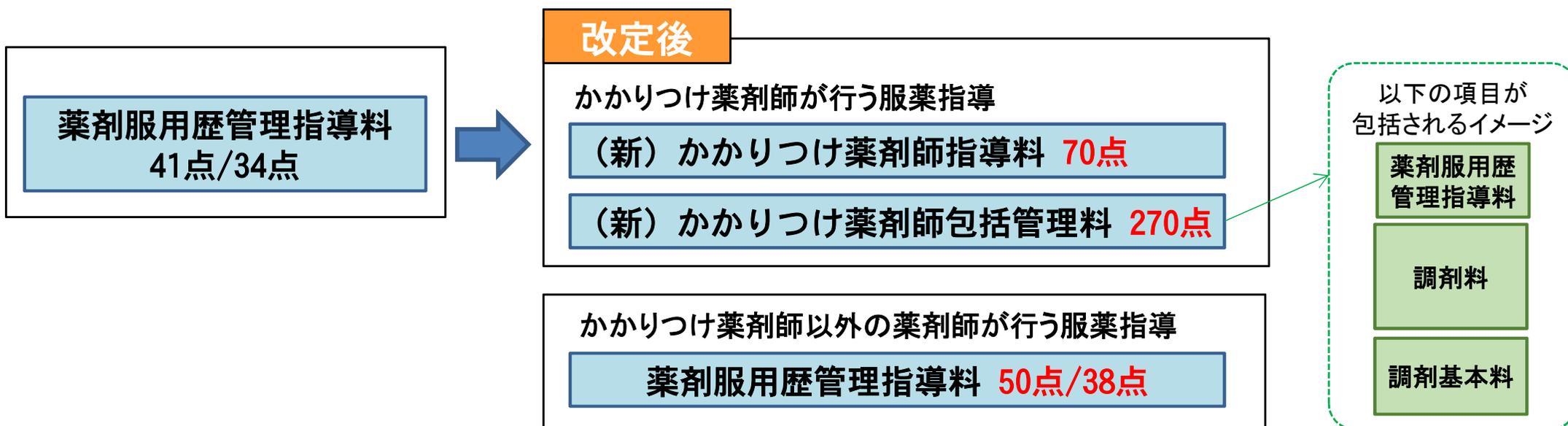
かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



# 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発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発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。

# かかりつけ歯科医機能の評価の導入

○ 今後、より一層の高齢化が推進する中、地域包括ケアシステムにおいて、各ライフステージに応じた定期的な口腔管理などの「かかりつけ歯科医機能」を、地域の歯科医師が発揮していくことが重要。

○ かかりつけ歯科医が定期的な口腔管理を実施した場合、むし歯や歯周疾患の重症化が抑制されるが、かかりつけ歯科医がいない、または、歯科医院への不定期な来院により、歯の喪失リスクが高くなることが明らかになってきている。



➡ 一定の基準を満たした「かかりつけ歯科医機能」を持った歯科医師が行う  
 ①むし歯の重症化予防、②歯周疾患の重症化予防、③口腔機能低下の重症化予防についての評価を新たに導入した。

## かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価

- う蝕(むし歯)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)
- 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
- 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

### 【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) 複数の歯科医師、又は、歯科衛生士の配置
- (3) 医療安全対策、高齢者の口腔機能管理に係る研修
- (4) 歯科訪問診療料、歯周病安定期治療等の算定実績
- (5) 医療安全対策への体制整備
- (6) 緊急時の体制整備
- (7) 医療、介護との連携体制

# 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

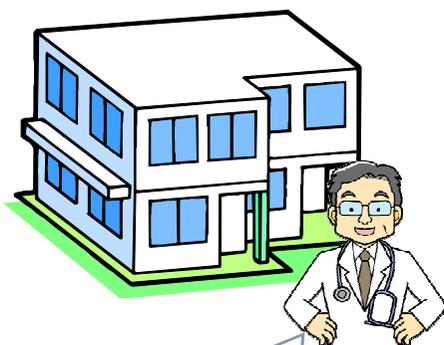
## 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「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. 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。

# 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。

## <在宅担当医療機関>



### 医療機関の実績 に応じた評価

- 在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設
- 十分な看取り実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の診療実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の看護実績を有する訪問看護ステーションを評価



### 診療内容 に応じた評価

- 休日往診への評価の充実
- 病院・診療所からの訪問看護の評価を充実

## <自宅等>



### 患者の状態・居住場所等 に応じた評価

- 重症患者に対する医学管理の評価を充実
- 効率性の観点等から、居住場所に応じた評価を見直し

# 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

急性期

回復期

維持期

入院

通院

介護事業所、日常生活等

## 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リハビリテーション

- 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)



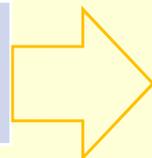
# 質の高いリハビリテーションの評価等

## 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

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場合が、3か月ごとの集計で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。

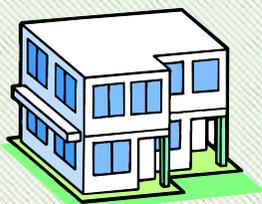
[経過措置]

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。

# 「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>

複数疾患を有する認知症患者への継続的・全人的医療

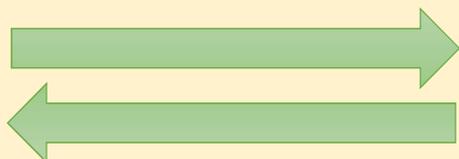


・認知症地域包括診療料、  
認知症地域包括診療加算  
の新設

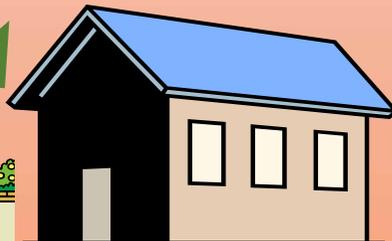
## <早期診断・早期対応のための体制整備>

認知症の診断・療養方針の決定

・診療所型認知症疾患  
医療センターの評価



## <介護サービス>



急性期病院での認知症  
患者の受入促進

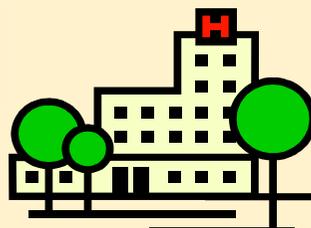


医療機関からの円滑な  
退院・在宅復帰



## <身体疾患を有する認知症患者の適切な受け入れ>

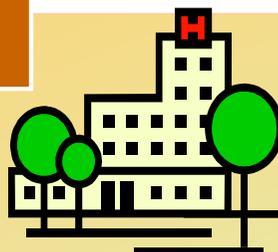
・認知症ケアチーム等による病棟  
における対応力とケアの質向上  
(認知症ケア加算の新設)  
・重症度、医療・看護必要度での  
認知症・せん妄症状の評価



・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」精神病棟の  
医師配置の充実等)

# 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

## 精神科病院



### 身体合併症を有する精神疾患患者への医療

- 精神病棟での特に重篤な急性疾患等への対応(身体合併症加算の対象疾患拡大)

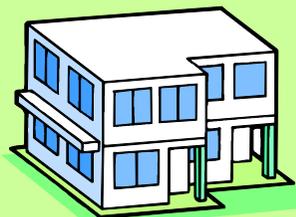
- 精神科病院からの患者の受入の評価

- いわゆる「総合病院」精神病棟の手厚い医師配置の評価
- リエゾンチーム医療の推進
- 精神症状を伴う救急搬送患者に対する精神科医の診断治療
- 総合入院体制加算における精神疾患患者受入の要件の強化
- 自殺企図者に対する継続的な指導

## 総合的な機能を有する病院

### 専門的な精神医療の充実

- 専門的な児童思春期精神科外来医療の充実
- 薬物依存症に対する集団療法の新設
- 医師・看護師による認知療法・認知行動療法の充実
- 向精神薬の適切な処方への推進



### 長期入院患者の地域移行

- 「地域移行機能強化病棟」の新設による重点的な地域移行の取り組み
- 地域移行に関する評価の充実

### 地域生活支援

- 自宅等で暮らす重症精神疾患患者への集中的な支援
- より自立した生活への移行を促す精神科デイ・ケア等の提供

## 診療所

# 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。

① 小児かかりつけ医として、幼児期までの継続的な診療を評価



新生児期

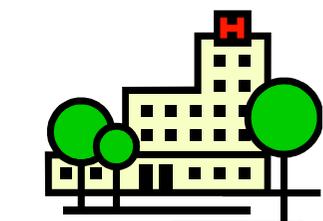


乳児期



幼児期

② 重症小児の受入体制・連携体制の強化



<入院医療等>

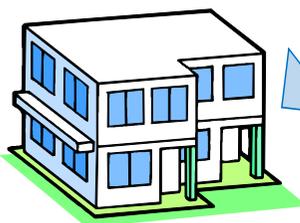
- NICU等における重症児の入院日数を延長
- 重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関を評価
- 退院支援に関する評価を充実
- 医療型短期入所サービス利用中の処置等を評価
- 小児慢性特定疾病の患者における入院の対象年齢を延長

機能の強化  
と  
連携の推進



<在宅医療>

- 機能強化型在支診・病の実績要件として重症小児の診療を評価
- 機能強化型訪問看護ステーションの実績要件として重症小児の看護を評価
- 小児病棟に入院した月の在宅療養指導管理等を評価



<外来医療>

- 小児慢性特定疾病に関する医学管理を評価

# 救急医療の評価の充実

## 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

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

- 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

- 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

## 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。

# 後発医薬品の使用促進と多剤投薬の適正化

医療の効率化・適正化を推進するため、後発医薬品の使用促進に向けた対応を実施するとともに、不適切な多剤投薬の削減に向けた評価を実施。

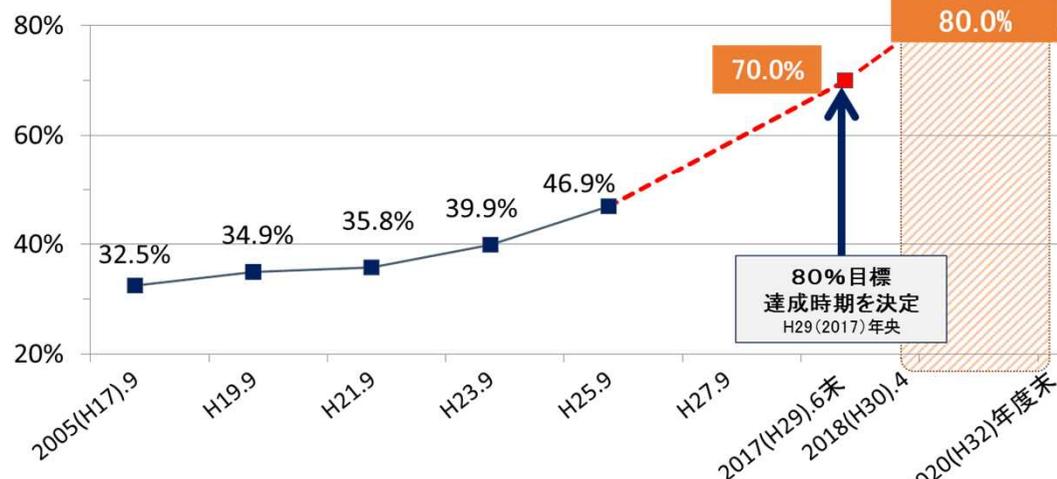


- 後発医薬品に係る目標値達成のため、
  - ・院内処方を行う診療所における後発医薬品使用体制に関する評価の新設
  - ・病院、薬局の後発医薬品使用体制に関する評価の基準引き上げ
  - ・全ての医薬品を一般名で処方した場合の評価の新設等を実施。

○ 高齢者等において、薬剤に起因する有害事象の防止や服薬アドヒアランスの改善等を図るため、処方されている薬剤の調整を行い、減薬した場合の評価を実施。

## 数量シェア目標

- ① 2017年（平成29年）末に**70%**以上
- ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%**以上



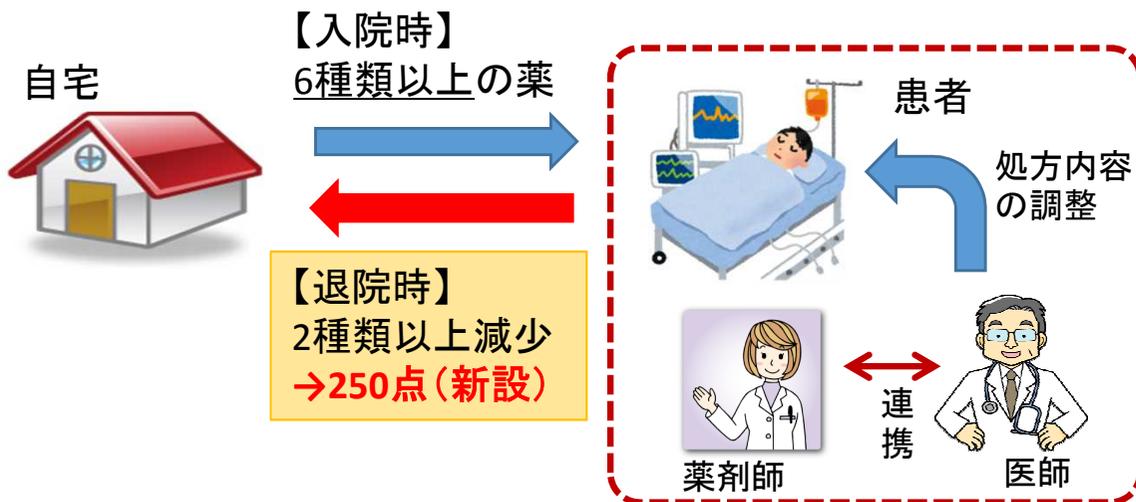
注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

# 多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

## 1. 医療機関における減薬等の評価

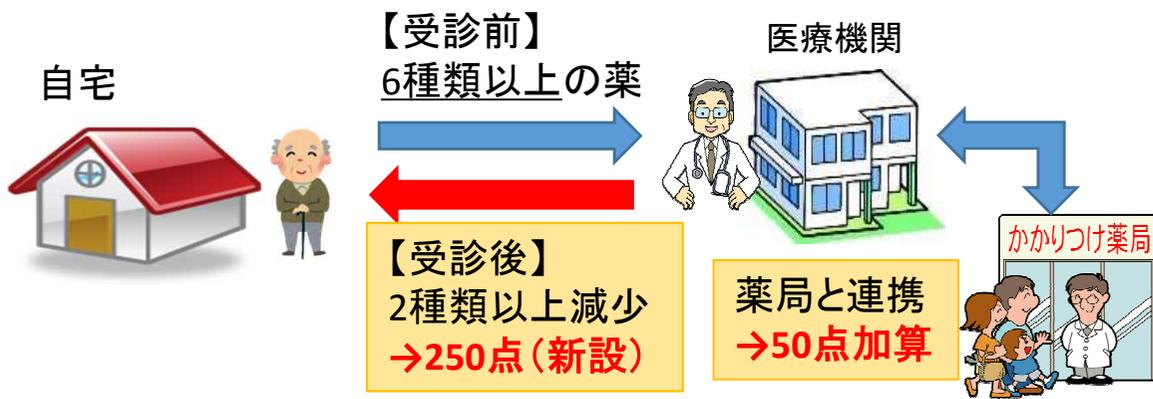
### ○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



### ○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



## 2. 薬局における減薬等の評価

### ○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→**30点**へ充実）

### ○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

### ○残薬等の管理の評価

- 薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（**185点**（月1回））【新設】



<残薬を含む持参薬(イメージ)>



一包化(↑)  
服薬カレンダー  
(→)

服薬管理

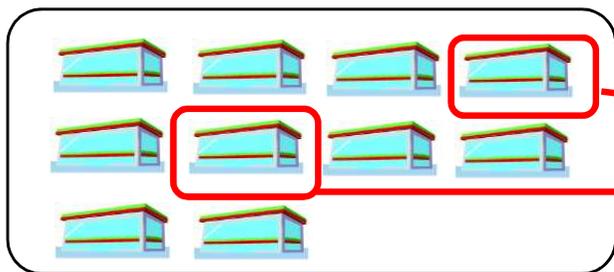


# いわゆる門前薬局の評価の見直し

## 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受付回数が月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率が極め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

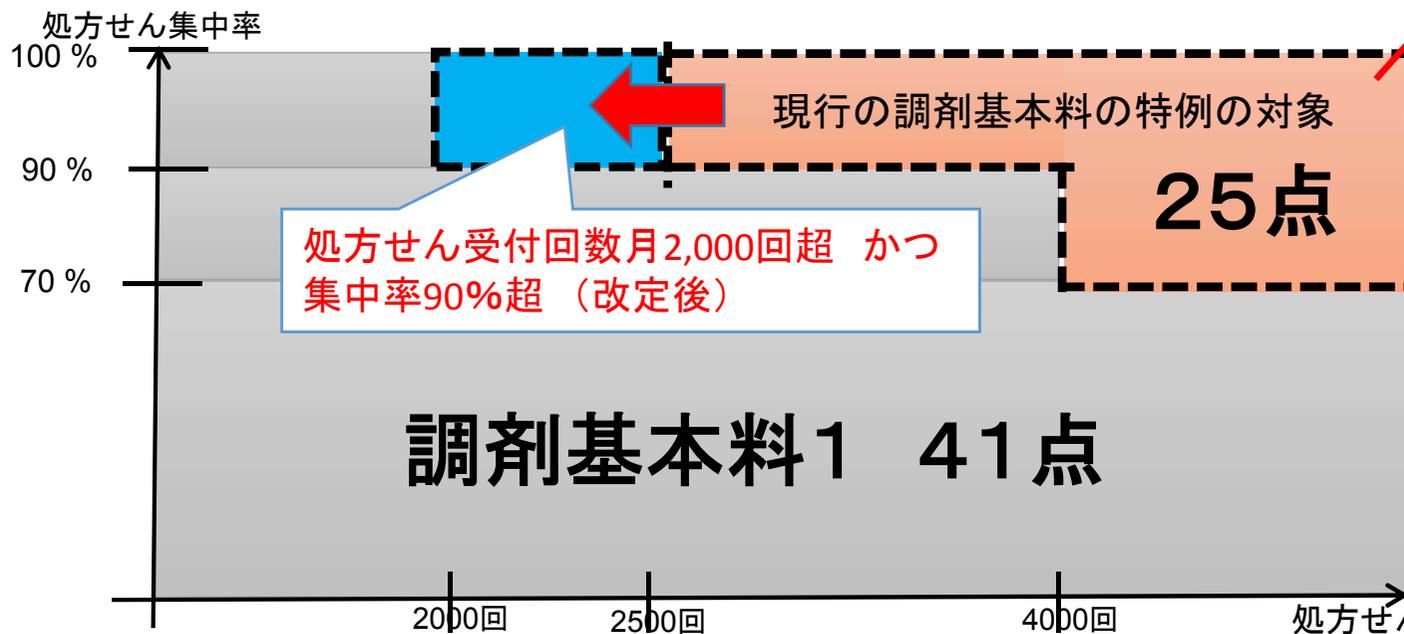


(新) 調剤基本料3 20点

- ①処方せん集中率が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率による特例の拡大

- 処方せん受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
- ・処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中率90%超
- ⇒処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超 (改正)

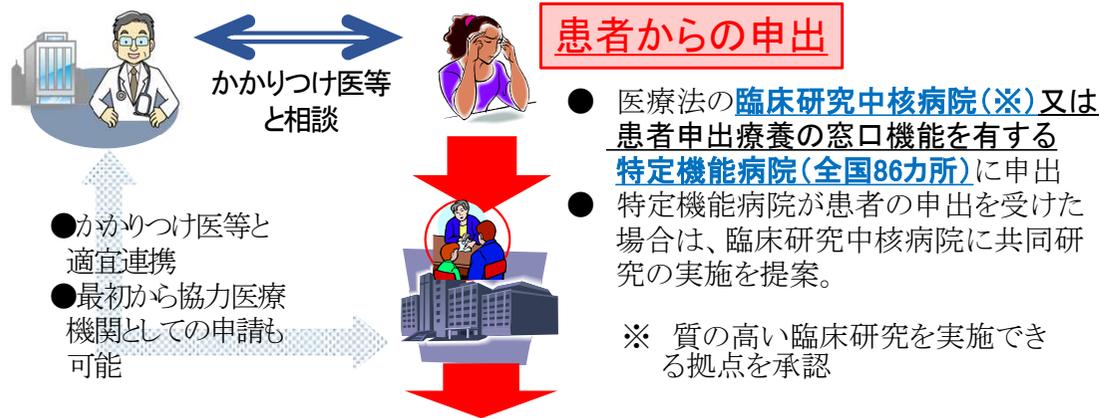
調剤基本料2 25点

- (新)特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)

# 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〉



患者申出療養の申請（臨床研究中核病院が行う）

- 臨床研究中核病院は、**特定機能病院**やそれ以外の**身近な医療機関**を、**協力医療機関**として申請が可能

患者申出療養に関する会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

**患者申出療養の実施**

- 申出を受けた**臨床研究中核病院**又は**特定機能病院**に加え、**患者に身近な医療機関**において**患者申出療養が開始**
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

〈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）〉



患者申出療養の申請

前例を取り扱った**臨床研究中核病院**

- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

**身近な医療機関で患者申出療養の実施**

既に実施している医療機関



原則2週間

原則6週間

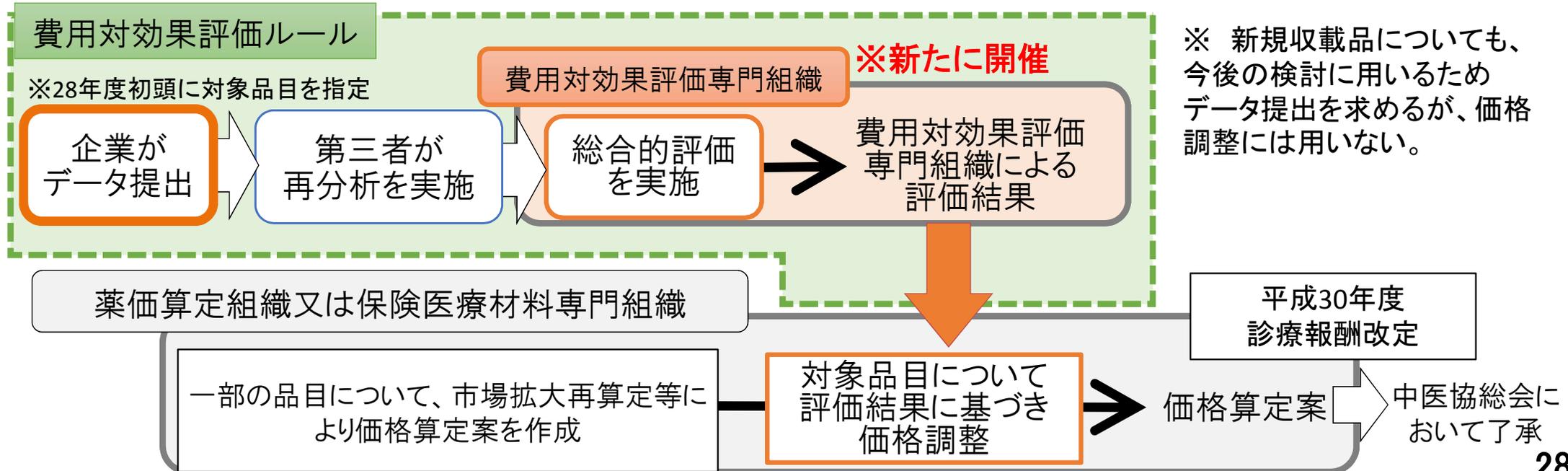
# 費用対効果評価の試行的導入について

- 高額な医療技術の増加による医療保険財政への影響についての懸念等から、中医協に費用対効果評価専門部会を設置し、議論を進めてきたところ。平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

## <中医協における検討の経緯>

- 2012.5 費用対効果評価専門部会の創設  
対象技術、分析手法、評価結果の活用方法等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- 2014.4～2015.11 具体例を用いた検討を実施し課題等を報告、個別の論点にそって議論
- 2015.12 試行的導入の在り方についてとりまとめ
- 2016.4 費用対効果評価の試行的導入

## <試行的導入における取組の流れ(概要)>



# 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. DPC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。

# 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、 <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）

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
- ・後天性免疫不全症候群の患者
- ・人工呼吸器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
- ・在宅血液透析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
- ・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与を受けている患者
- ・スモンの患者
- ・脊髄損傷の患者
- ・気管切開の管理を要する患者
- ・人工肛門等の管理を要する患者
- ・酸素療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
- ・指定難病の患者
- ・真皮を超える褥瘡の患者
- ・気管カニューレを使用している患者
- ・在宅自己腹膜灌流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
- ・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

## 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）)

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

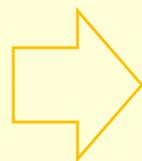
(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	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

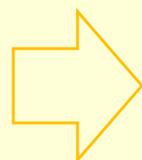
※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※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

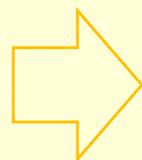
### 在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

<b>現行</b> (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



<b>改定後</b> (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～
<u>重症患者 (月2回以上訪問)</u>	<u>3,600点</u>	<u>2,970点</u>	<u>2,640点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>3,000点</u>	<u>1,650点</u>	<u>1,200点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>1,800点</u>	<u>990点</u>	<u>720点</u>

<b>現行</b> (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



<b>改定後</b> (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～
<u>重症患者 (月2回以上訪問)</u>	<u>3,300点</u>	<u>2,700点</u>	<u>2,400点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>2,700点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>1,620点</u>	<u>900点</u>	<u>660点</u>

※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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者訪問診療料</li> <li>・在宅時医学総合管理料(在総管)</li> <li>・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等</li> </ul>



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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者訪問診療料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅時医学総合管理料(在総管)</li> <li>・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)</li> </ul>
定義	<p>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を、「同一建物居住者の場合」という。</u></p>	<p>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をいう。(※)</u></p>

(※) 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

- 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 (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以上の患者 + 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。



## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 24時間連絡を受ける体制の確保</li> <li>② 24時間の往診体制</li> <li>③ 24時間の訪問看護体制</li> <li>④ 緊急時の入院体制</li> <li>⑤ 連携する医療機関等への情報提供</li> <li>⑥ 年に1回、看取り数等を報告している</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績</li> <li>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</li> <li>⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7</li> <li>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</li> </ul>		

※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

- 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、機能強化型の在宅診療・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

- 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
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	100～400点
施設入居時等医学総合管理料	75～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

#### [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

- 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

- 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 <b>650点(改)</b>
	月28回以上 <b>750点(改)</b>
	<b>(新) 注「2 1以外の場合」については、難病外来指導管理料との併算定は可能とする。</b>
注 導入初期加算	<b>580点(改)</b>

## [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

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

- 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

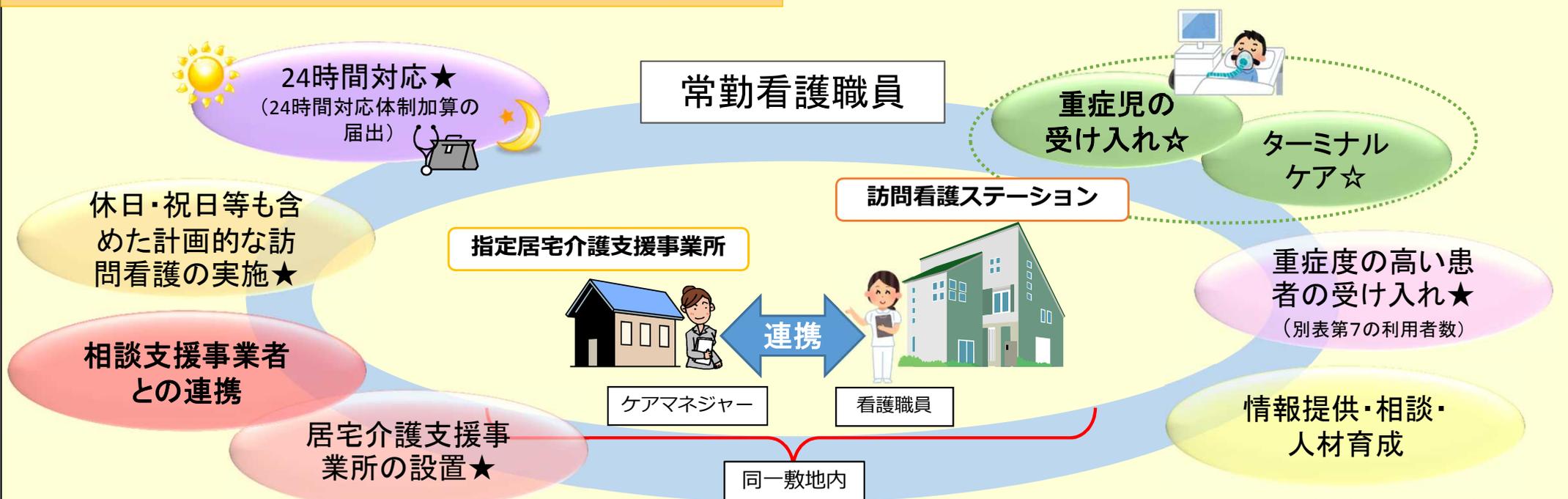
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

※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 <sup>注)</sup> (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      | プリオン病          |
| 多発性硬化症       | 亜急性硬化性全脳炎      |
| 重症筋無力症       | ライゾーゾーム病       |
| スモン          | 副腎白質ジストロフィー    |
| 筋萎縮性側索硬化症    | 脊髄性筋萎縮症        |
| 脊髄小脳変性症      | 球脊髄性筋萎縮症       |
| ハンチントン病      | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎  |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群     |
| パーキンソン病関連疾患  | 脊髄損傷           |
| 多系統萎縮症       | 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

- 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	<u>580点</u>
【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	<u>580点</u>
【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	<u>580点</u>
【退院前訪問指導料】	<u>580点</u>

※ 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。

## 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

**(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**



### 特定保険医療材料等の算定の明確化

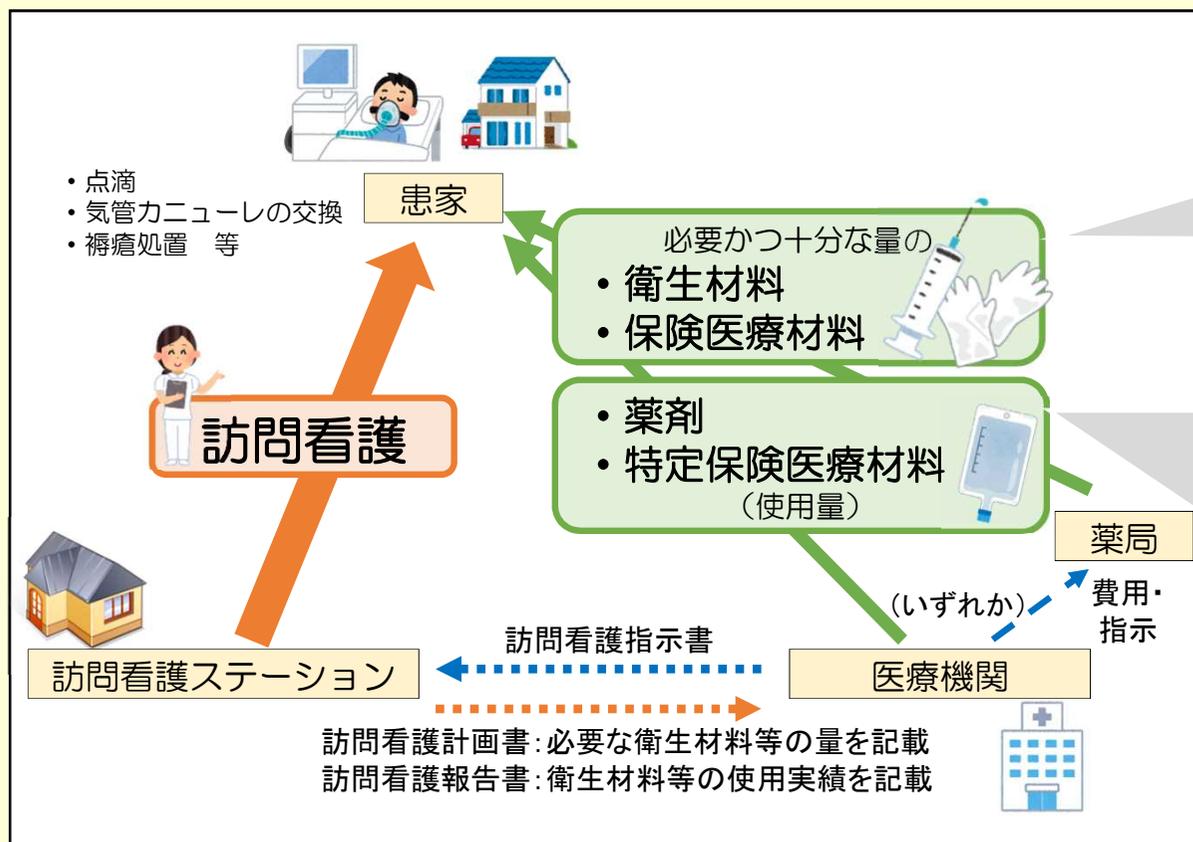
- 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

	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<sup>⑮</sup>

## 複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

- 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つては、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つて、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

- 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

- 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。

## 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

- 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）

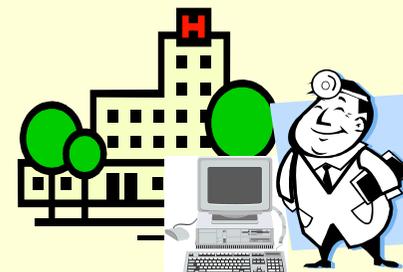
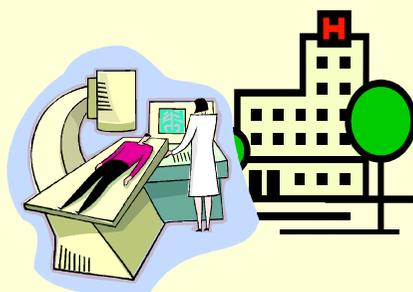
イ 退院患者の場合 200点

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。

# 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

### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。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。）</li> </ul> <p>（注）多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、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。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。）</li> <li>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。</li> </ul>
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

- 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

➤ 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	
<b>(削除)</b>	
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
<p><b>注5</b> <u>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。</u></p>	

(イメージ図)



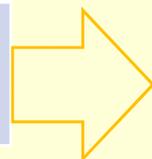
# 質の高いリハビリテーションの評価等①

## 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

- 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

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

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

- 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

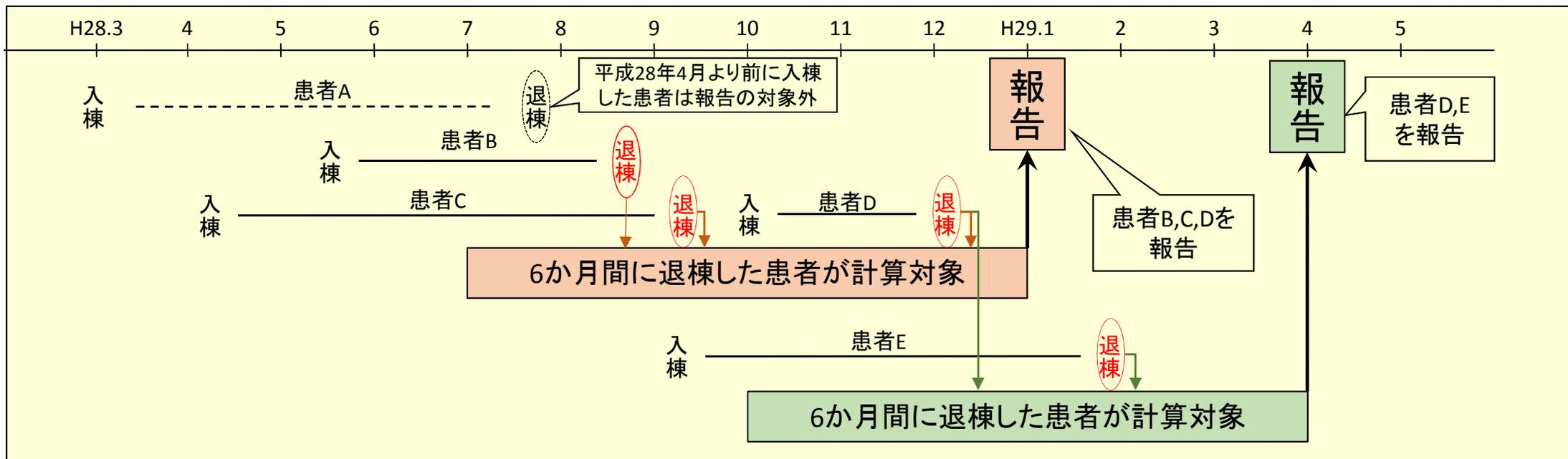
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者 ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者 ・ 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 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

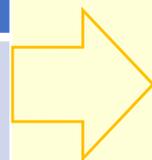
### 回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

- ▶ 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していること。
- (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

▶ 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

[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

### 改定後

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、**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、それ以外は最初の診断日から**起算

## 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

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 **80点(改)**  
(あらかじめ登録した従事者が**病棟で6時間以上勤務した日に限り算定**)

[要件]  
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** 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

➤ 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

- 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

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

➤ 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

- 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]

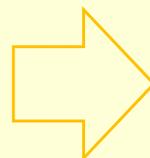
- (1) 当該保険医療機関に**入院中の患者**に対する訓練であること。
  - (2) **各疾患別リハビリテーションの(I)を算定するもの**であること。
  - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
    - ① **移動の手段の獲得**を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
    - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への**復職の準備**が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内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

- 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

運動器リハビリテーション料(I)  
(1単位)180点



改定後

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⑧

## 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、用手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

- 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

- 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。

# 明細書無料発行の推進について

## 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。

# 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

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

- 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

- 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。

## 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

- 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に占める後発医薬品の規格単位数が、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

- 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

#### 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

#### 旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数

#### 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

- 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。

# 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)

[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

[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

➤ 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																				
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>																				
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	男・女	電話番号		保険医氏名															
	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														
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	<small>特に記載のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>										
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。																		
	備考	<input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供																		
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 保険薬剤師氏名						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号を標準とすること。  
 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。

## 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

- 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/1.73m<sup>2</sup>)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<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>(ml/分/1.73m<sup>2</sup>)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<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>を測定した時点から前後3月時点のeGFR<sub>Cr</sub>又はeGFR<sub>Cys</sub>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

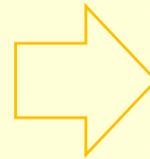
## ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

- 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)

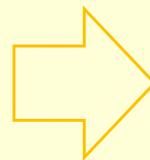
以下の全てを満たす者

- 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等



## 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等を備えていること。
  - 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\***等
- ※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

### <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)**

[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)**

[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PO<sub>2</sub>を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

# 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

- 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
-	

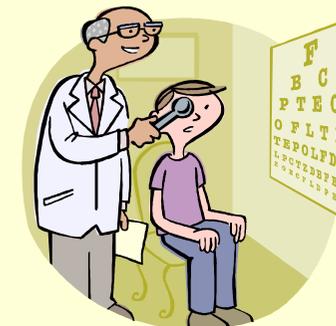


改定後	
コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1	200点
<u>(新) 2 コンタクトレンズ検査料 2</u>	<u>180点</u>
<u>(改) 3 コンタクトレンズ検査料 3</u>	56点
<u>(新) 4 コンタクトレンズ検査料 4</u>	<u>50点</u>

### <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

- 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

➤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）	
イ 口以外の場合	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