

平成 2 8 年度診療報酬改定の概要

【 医 科 】

近 畿 厚 生 局

平成28年度診療報酬改定の概要

医 科



厚生労働省

近畿厚生局

Kinki Regional Bureau Of Health And Welfare

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

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

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

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質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(p.68)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.73)
- 明細書無料発行の推進(p.86)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

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

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

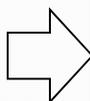
2

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票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	
【A項目】	
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、	
③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、	
⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、	
⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、	
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理	
【B項目】	
8 寝返り	9 起き上がり
10 座位保持	11 移乗
12 口腔清潔	13 食事摂取
14 衣服の着脱	



改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上	
【A項目】	
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、	
③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、	
⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	
⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、	
⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療	
8 救急搬送後の入院	
【B項目】	
9 寝返り	(削除)
(削除)	10 移乗
11 口腔清潔	12 食事摂取
13 衣服の着脱	14 診療・療養上の指示が通じる
	15 危険行動
【C項目】	
16 開頭手術	17 開胸手術
18 開腹手術	19 骨の手術
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術
22 救命等に係る内科的治療	
① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療	

3

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

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

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

➤ C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)

- ①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする
③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

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

医療機能に応じた入院医療の評価について④

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

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

現行の基準を満たす患者割合の要件	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 6%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1の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)	[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の 5%以上 (A項目のみ)

[経過措置]

7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあつては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が23%以上であることとする。

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

➤ 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⑤

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

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

現行	改定後
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者	【評価の対象】 届け出ている病棟に 入院(入室) している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。	【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、 放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目) においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。	【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、 看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。	【評価の根拠】 一部の評価項目において、 医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。
【評価者】 院内研修を受けたもの。	【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において 看護職員以外の職種も評価者となり得る。

➤ 項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票 研修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料(注7)	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。 評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

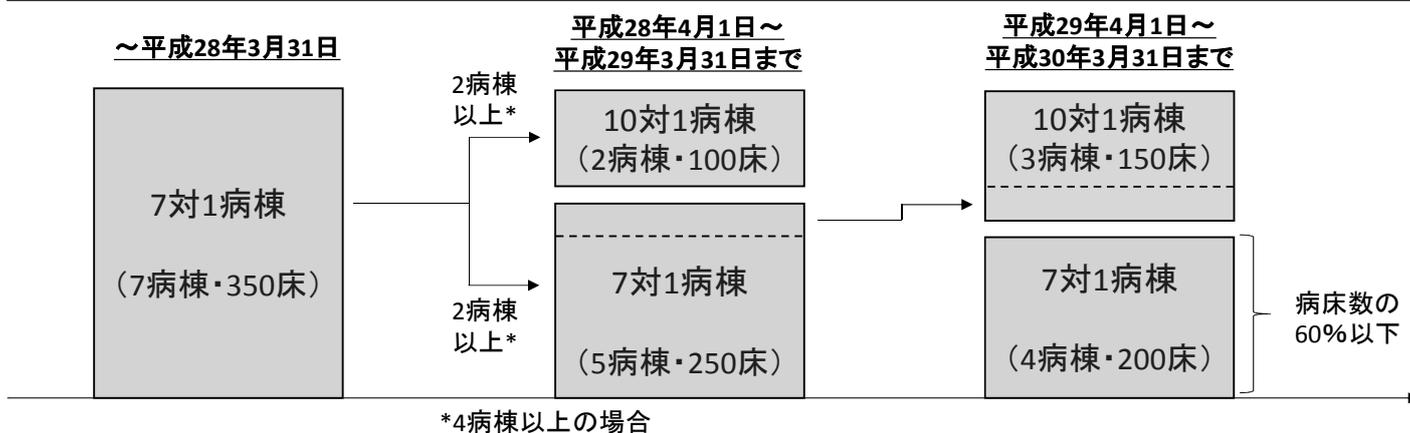
医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

病棟群単位による届出①

➤ 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]

- 1 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。
- 2 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 3 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 4 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。)
- 5 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



医療機能に応じた入院医療の評価について⑦

病棟群単位による届出②

[入院基本料と加算等に係る施設基準]

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

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

在宅復帰率の要件見直し

➤ 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 【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)	➡	自宅等に退院する者の割合が80%以上 【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。) ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)
現行 (地域包括ケア病棟入院料)		改定後 (地域包括ケア病棟入院料)
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) 【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)	➡	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。) 【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑨

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) **有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)**
有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

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

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 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：「心電図モニター管理」「輸液ポンプ管理」「シリンジポンプ管理」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80%以上 特定集中治療室管理料3・4 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

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

短期滞在手術等基本料3の見直し

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

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

12

医療機能に応じた入院医療の評価について⑪

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

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

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

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

[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。13

医療機能に応じた入院医療の評価について⑫

地域包括ケア病棟入院料の見直し

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

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

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

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

現 行
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 入院患者に関する要件なし



改 定 後
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

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

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

14

医療機能に応じた入院医療の評価について⑬

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

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

現 行
医療区分3
● 酸素療法を実施している状態
医療区分2
● 頻回の血糖検査を実施している状態 ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
● うつ症状に対する治療を実施している状態 ・うつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



改 定 後
医療区分3
● 酸素療法を実施している状態のうち、 ・常時流量3L/分以上を必要とする状態 ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度) ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)
医療区分2
● 酸素療法を実施している状態(上記以外)
● 頻回の血糖検査を実施している状態 ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンc製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
● うつ症状に対する治療を実施している状態 ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

15

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

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

現行	改定後
在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。 病床回転率が10%以上であること。 $\frac{30.4}{\text{平均在院日数}} \geq 10\%$	在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。 $\frac{\text{一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 0.1$

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

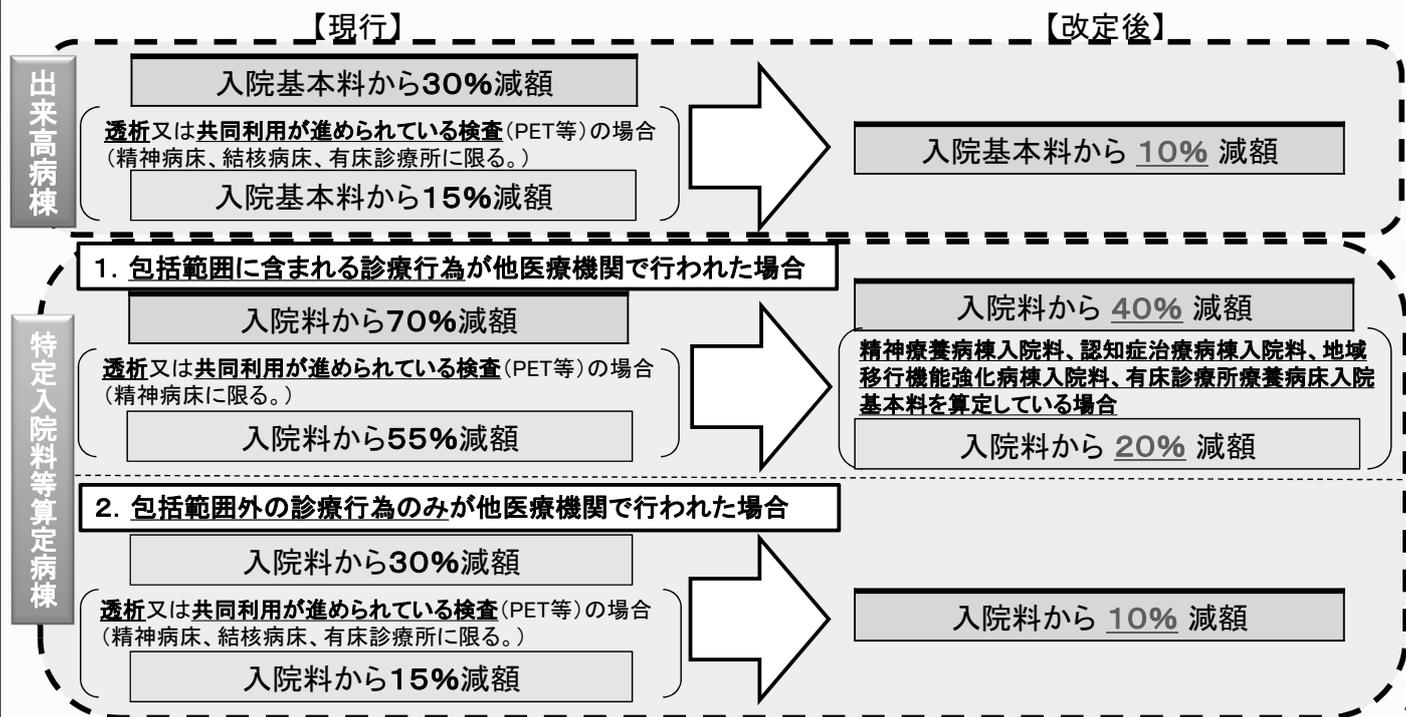
- ※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定
- ※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。
- ※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

16

医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

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



17

医療機能に応じた入院医療の評価について⑯

地域加算の見直し

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

【現行】		➔	【改定後】	
地域加算(1日につき)	点数		地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点		1級地	<u>18点</u>
2級地	15点		2級地	<u>15点</u>
3級地	12点		3級地	<u>14点</u>
4級地	10点		4級地	<u>11点</u>
5級地	6点		5級地	<u>9点</u>
6級地	3点		6級地	<u>5点</u>
			(新)7級地	<u>3点</u>

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑰

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

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

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

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※2を新たに対象に加える。

※2: 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・41二次医療圏)

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

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
	北信	中野市、飯山市、下高井郡(山ノ内町、木島平村、野沢温泉村)、下水内郡(栄村)
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
鳥根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、橋原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

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

【経過措置】

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑱

一類感染症患者入院医療管理料の見直し

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

【一類感染症患者入院医療管理料】

現行		➡	改定後	
7日以内の期間	9,046点		<u>14日以内の期間</u>	9,046点
8日以上14日以内の期間	7,826点		<u>15日以上</u> の期間	7,826点

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し

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

【入院初期加算】

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

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

22

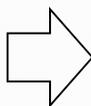
医療従事者の負担軽減・人材確保について①

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・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

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



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	870点
20対1	658点
25対1	530点
30対1	445点
40対1	355点
50対1	275点
75対1	195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入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



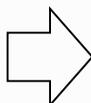
23

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。

現行
【20対1補助体制加算】 [主な要件]15対1と同様の施設基準 ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関 ・年間緊急入院患者数800名以上
【50対1,75対1,100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上



改定後
【20対1補助体制加算】 [主な要件]25対1,30対1,40対1と同様の施設基準 15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院 ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上
【50対1,75対1,100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上(75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)

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

24

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
月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。
病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。



改定後
【7対1及び10対1入院基本料】 月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。
【7対1及び10対1入院基本料以外】 月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。
夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

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

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

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



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

- 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

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

【施設基準】

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

【算定対象】

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

25

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

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

夜間看護体制の評価に関する項目

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

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25対1 35点	夜間30対1 40点
夜間50対1 25点	夜間50対1 35点
夜間100対1 15点	夜間100対1 20点
(新規)	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
看護補助加算1、2、3(1日につき)	看護補助加算1、2、3(1日につき)
(新規)	(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき) 30点
(新規)	(新)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1 85点
夜間看護配置加算2 30点	夜間看護配置加算2 35点

【加算等の施設基準】

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

:7項目(①~⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

:6項目(①~⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

:7項目(①~⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

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

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

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

夜間看護体制の充実にに関する評価～勤務編成の例～

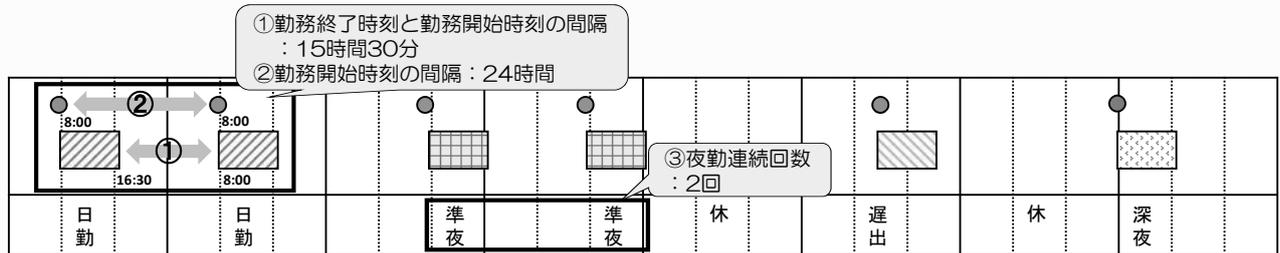
➤ 勤務編成(シフト)の例

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

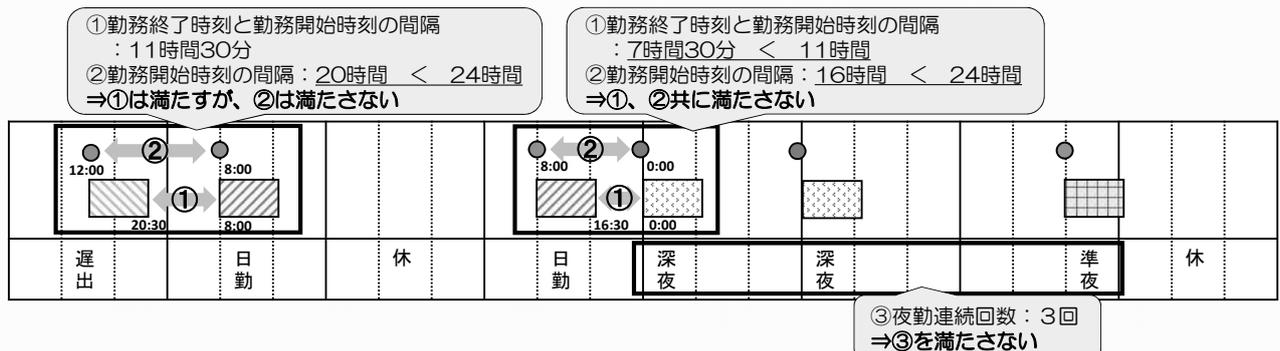
【夜間看護体制の評価に関する項目(勤務編成関連)】

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

夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たすシフト



夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たさないシフト



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

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

現行

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



改定後

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

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

[施設基準]

- ① 看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上は見直しを行うこと。
- ② 所定の研修※を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。
※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑥

看護職員と看護補助者の業務分担の推進②

[主として事務的業務を行う看護補助者を配置した場合の計算例]

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

- ※ 各保険医療機関の院内規定において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めること。
- ※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」とする。

②主として事務的業務を実施する看護補助者の配置は、200対1以下であること

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

<計算式>

$$\text{(主として事務的業務を行う看護補助者が当該病棟で行った月延べ勤務時間数)} \leq \text{(当該病棟の1日平均入院患者数} \div 200) \times 3 \times \text{当該月の日数} \times 8 \text{時間}$$

【例】1月:4週(28日)、週当たりの延べ勤務時間:40時間(月当たり:160時間)、1日平均入院患者数:50人 とした場合
<看護補助者別の曜日毎の事務的業務実施時間>

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

$$\rightarrow 160 \text{時間} \leq 168 \text{時間} \text{ (} (50 \text{人} \div 200) \times 3 \times 28 \text{日} \times 8 \text{時間)}$$

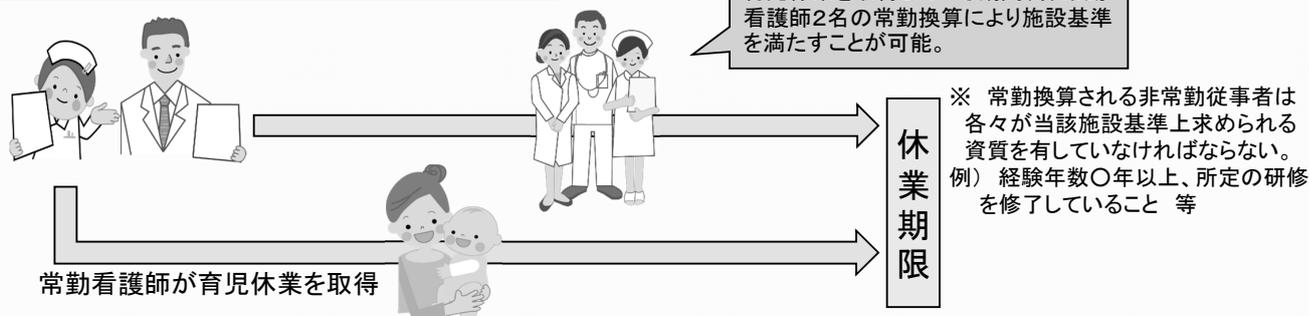
⇒ 200対1以下の要件を満たす

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑦

常勤配置の取扱いの明確化

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

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



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



30

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑧

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

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

現行(医師の配置要件)

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



改定後(医師の配置要件)

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

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

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

[画像診断管理加算の施設基準]

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

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

31

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑨

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し

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

現行

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

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



改定後

(2) 従前通り

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

32

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

33

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症に対する主治医機能の評価

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

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も受けていない。

① 1処方につき5種類を超える内服薬

② 1処方につき3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

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

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[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加算の算定要件を満たす。

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

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

34

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

▶ 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	→	改定後
<p>地域包括診療料の施設基準</p> <p><u>病院の場合</u> 下記のすべてを満たすこと</p> <p>① 2次救急指定病院または救急告示病院</p> <p>② 地域包括ケア病棟入院料等の届出</p> <p>③ 在宅療養支援病院</p> <p><u>診療所の場合</u> 下記のすべてを満たすこと</p> <p>① 時間外対応加算1の届出</p> <p>② 常勤医師が3人以上在籍</p> <p>③ 在宅療養支援診療所</p> <p>地域包括診療加算の施設基準</p> <p>下記のうちいずれか1つを満たすこと</p> <p>① 時間外対応加算1又は2の届出</p> <p>② 常勤医師が3人以上在籍</p> <p>③ 在宅療養支援診療所</p>		<p>地域包括診療料の施設基準</p> <p><u>病院の場合</u> 下記のすべてを満たすこと</p> <p>(削除)</p> <p>① 地域包括ケア病棟入院料等の届出</p> <p>② 在宅療養支援病院</p> <p><u>診療所の場合</u> 下記のすべてを満たすこと</p> <p>① 時間外対応加算1の届出</p> <p>② 常勤医師が2人以上在籍</p> <p>③ 在宅療養支援診療所</p> <p>地域包括診療加算の施設基準</p> <p>下記のうちいずれか1つを満たすこと</p> <p>① 時間外対応加算1又は2の届出</p> <p>② 常勤医師が2人以上在籍</p> <p>③ 在宅療養支援診療所</p>

35

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

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

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

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

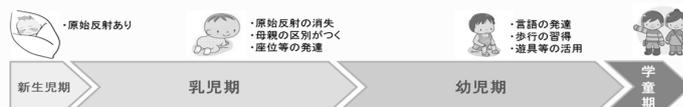
イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



[主な算定要件]

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

[施設基準]

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

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

(新) **病棟薬剤業務実施加算2** 80点(1日につき)



[主な算定要件]

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

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

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

(新) **栄養サポートチーム加算(週1回)**
歯科医師連携加算 50点

38

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑤

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

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

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

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

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

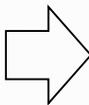
39

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

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

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】
《対象者》 厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者 ※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

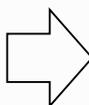


【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】
《対象者》 厚生労働大臣が定める特別食※1を必要とする患者、 がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※1 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

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

【外来・入院栄養食事指導料※1】
(概ね15分以上) 130点



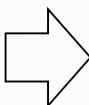
【外来・入院栄養食事指導料※2】
(新) イ 初回 (概ね30分以上) 260点
(新) ロ 2回目以降※3 (概ね20分以上) 200点

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

※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)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。



【在宅患者訪問栄養食事指導料】
《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)栄養食事指導せんに従い、 食事の用意や摂取等に関する具体的な指導 を30分以上行った場合に算定する。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

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

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	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	-

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑧

退院支援に関する評価の充実②

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

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

42

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

退院支援に関する評価の充実③

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

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

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

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

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(I)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

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

43

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

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

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



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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

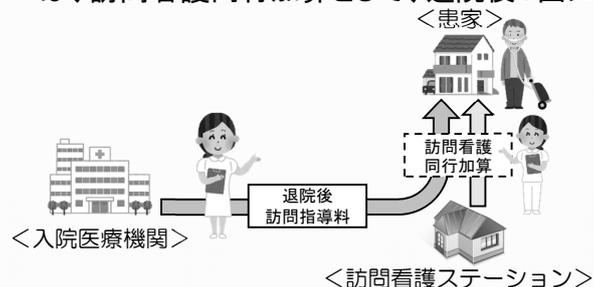
退院直後の在宅療養支援に関する評価

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

(新) **退院後訪問指導料 580点(1日につき)**
 (新) **訪問看護同行加算 20点**

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

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

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 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）								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>在宅時医学総合管理料（在医総管）</td> <td>上記以外の住まい</td> </tr> </table>	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	在宅時医学総合管理料（在医総管）	上記以外の住まい	➔	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>在宅時医学総合管理料（在医総管）</td> <td>上記以外の住まい ※ 改定前に在医総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在医総管を算定できる。</td> </tr> </table>	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（在医総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在医総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在医総管を算定できる。
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									
在宅時医学総合管理料（在医総管）	上記以外の住まい									
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（在医総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在医総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在医総管を算定できる。									

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

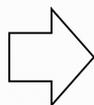
・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与を受けている患者		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

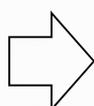
- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

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	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在医総管：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 (在医総管：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 (在医総管：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

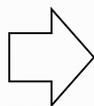
※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※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

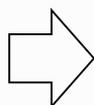
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

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



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

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



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

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

※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

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	同一建物居住者の場合	
対象項目	・在宅患者訪問診療料 ・在宅時医学総合管理料(在医総管) ・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等	
↓		
改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	・在宅患者訪問診療料 等	・在宅時医学総合管理料(在医総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	当該建築物に居住する 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。	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、 当該保険医療機関が在医総管又は施設総管を算定する者の人数 をいう。(※)
(※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。 ● 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。 ● 在医総管について、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「単一建物診療患者数が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月までは在医総管を含む。)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。

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

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

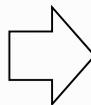
質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑤

小児在宅医療に係る評価の推進

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



現行	
【機能強化型(単独型)】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上	
【機能強化型(連携型)】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上	

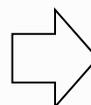


改定後	
【機能強化型(単独型)】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が4件以上	
【機能強化型(連携型)】 ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上 ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上又は15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が2件以上	

休日の往診に対する評価の充実

- 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が配置されており、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。

54

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

[施設基準]

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	—	「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。

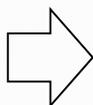
55

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 650点(改)
	月28回以上 750点(改)
	(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。
注 導入初期加算	580点(改)

【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	520点
2 その他の場合	2,400点
(新)在宅酸素療法材料加算 (3月に3回)	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780点
2 その他の場合	100点

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

- 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。

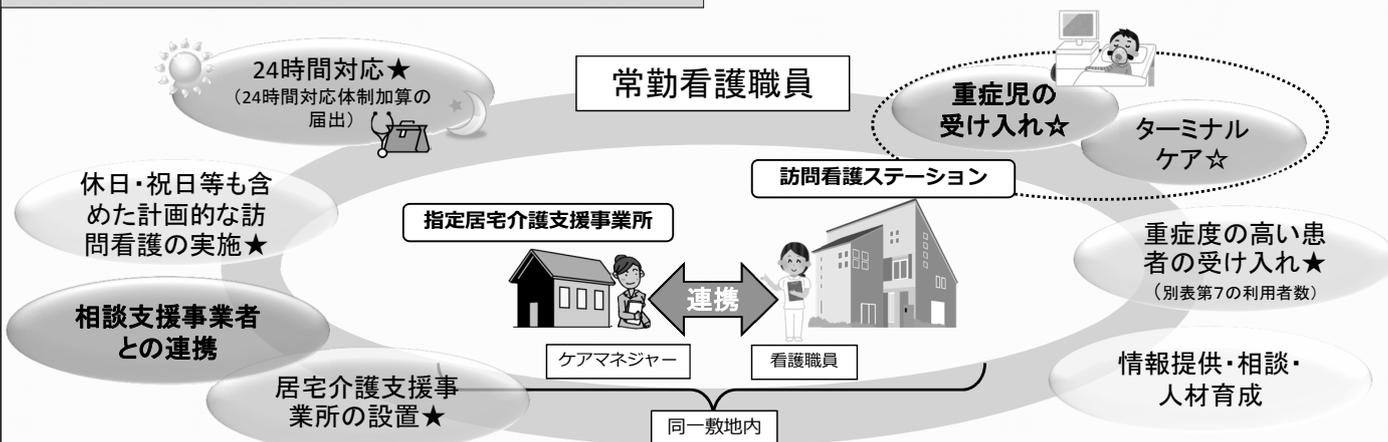
現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p> <p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数※を合計した数が年に20以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重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</p> <p>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。</p> <p>【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</p> <p>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。</p>

※ターミナルケア件数：

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件

☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

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

別表第7

末期の悪性腫瘍	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	ライソソーム病
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年間の実績要件を、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		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	555点	【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	580点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	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	580点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	575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	580点
【退院前訪問指導料】	555点	【退院前訪問指導料】	580点

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

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		改定後	
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	60点	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

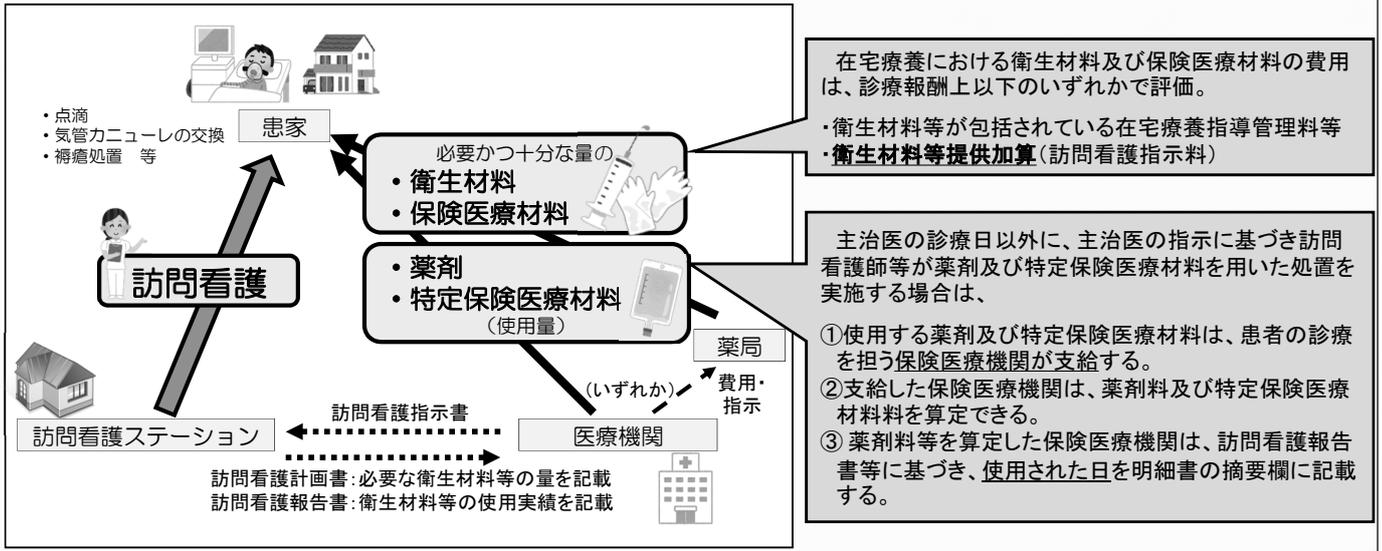
➤ 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

	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。



62

質の高い在宅医療・訪問看護の確保^⑮

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

- 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。

63

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。

64

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

65

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「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。

66

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

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

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

67

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)

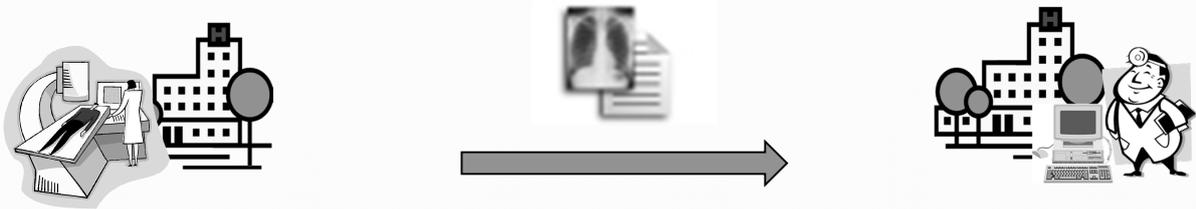
イ 退院患者の場合 200点

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"> 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。） (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。
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"> 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。） 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 (診療情報提供書に添付)	

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

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

データ提出を要件とする病棟の拡大

➤ 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）

70

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	
（削除）	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点
注5 ロを算定する患者について、 <u>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>	

（イメージ図）



71

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

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

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

3 明細書無料発行の推進について

質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

➤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**

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

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

74

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、重度の頭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

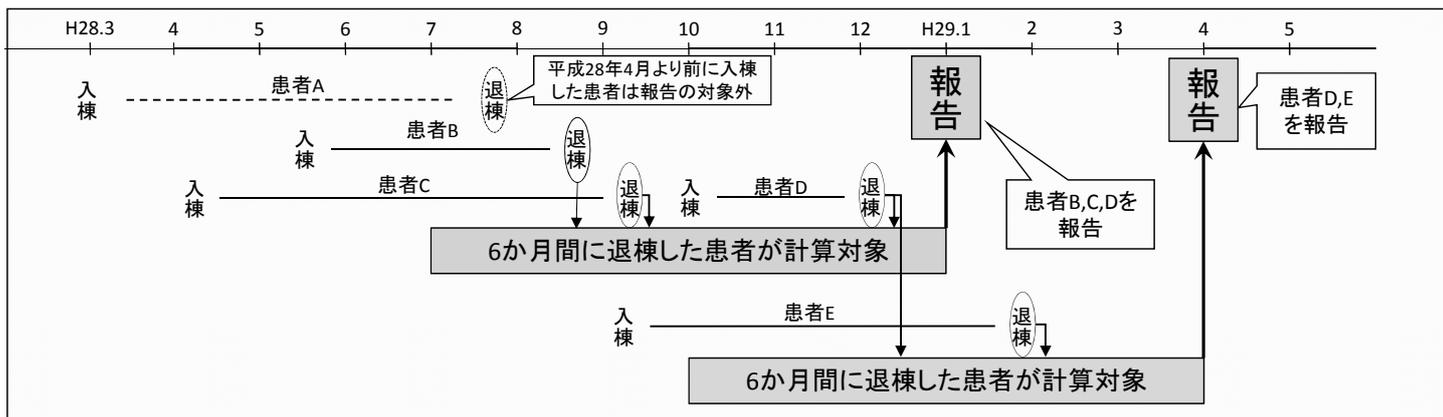
◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(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。

75

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。

76

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	改定後
常勤医師1名以上を専従配置 1日につき200点	体制強化加算1(従前と同じ) 1日につき200点
専従医師は、当該病棟外の業務は不可	(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]

- 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。
- 病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- 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。
- 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。

77

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	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が早いもの
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、それ以外は最初の診断日から起算

[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 <u>80点(改)</u>
[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等	(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。