

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	改定後
要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料 本則の100分の90に減算	要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※) 本則の100分の60に減算
維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合 所定点数の100分の90に減算	維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※) 所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

- 1 初回の場合 250点
- 2 2回目以降の場合 100点

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に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	改定後
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	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	➡	改定後
運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)180点		運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)185点(改)

82

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。

等 83

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	改定後
<p>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</p>	<p>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</p>

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。

84

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

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

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

85

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。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価①

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

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

現行	
がん診療連携拠点病院加算	500点



改定後	
(改) 1 がん診療連携拠点病院加算	
イ がん診療連携拠点病院	500点
(新) ロ 地域がん診療病院	300点
(新) 2 小児がん拠点病院加算	750点

現行	
がん治療連携管理料	500点



改定後	
(改) 1 がん診療連携拠点病院の場合	500点
(新) 2 地域がん診療病院	300点
(新) 3 小児がん拠点病院加算	750点

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

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

(新) 外来がん患者在宅連携指導料 500点(1人につき1回限り)

[算定要件]

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

88

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

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

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



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

[緊急入院初期加算の算定要件]

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

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

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

がん性疼痛緩和指導管理料

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



改定後	
(改) がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止	

89

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価③

外来化学療法加算の評価の見直し

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

【現行】

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

【改定後】

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



90

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

91

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

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

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



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

【算定要件】

認知症ケア加算1

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

認知症ケア加算2

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

【施設基準】

認知症ケア加算1

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

認知症ケア加算2

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

92

認知症患者への適切な医療の評価②

診療所型認知症疾患医療センターの評価

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

現行	➔	改定後
【認知症専門診断管理料】		【認知症専門診断管理料】
認知症専門診断管理料1 700点		認知症専門診断管理料1
		イ 基幹型または地域型 700点
		(新) ロ 診療所型 500点

➤ 診療所型認知症疾患医療センターと連携するかかりつけ医の取組を評価する。

93

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

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

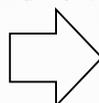
[施設基準]

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

➤ 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

現行

精神科地域移行実施加算 10点



改定後

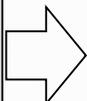
精神科地域移行実施加算 20点

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

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

現行	
【精神科重症患者早期集中支援管理料】	
管理料1	イ 同一建物居住者以外 1,800点 口 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者 900点 (2) (1)以外 450点
管理料2	イ 同一建物居住者以外 1,480点 口 同一建物居住者の場合 (1) 特定施設等の入居者 740点 (2) (1)以外 370点
【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。 ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者 エ 障害福祉サービスを利用していない者	
【施設基準】 (1) 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。	



改定後	
【精神科重症患者早期集中支援管理料】	
管理料1	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,800点 口 <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,350点
管理料2	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,480点 口 <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,110点
【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。 ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む) エ (削除)	
【施設基準】 (1) <u>常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士*</u> が配置されていること。 ※作業療法士は非常勤でも可。 (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。	

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

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

現行
【精神科ショート・ケア】 【精神科デイ・ケア】 【精神科デイ・ナイト・ケア】 【精神科ナイト・ケア】 注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。



改定後
【精神科ショート・ケア】 【精神科デイ・ケア】 【精神科デイ・ナイト・ケア】 【精神科ナイト・ケア】 注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。ただし、 <u>週4日以上実施する場合には、以下の要件を全て満たすこと。</u> ○医学的に特に必要と判断されること ○精神保健福祉士等が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること ○月14回以上デイ・ケア等を提供する患者の割合が8割未満であること。またはデイ・ケアの実施期間の平均が12か月未満であること。 注 3年を超える期間に行われる場合であって、 <u>週4日以上実施する場合には、週4日目以降、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する(1年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)</u> (※)。

(※)ショート・ケアを除く。

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

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

(新) 精神疾患診療体制加算

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

[施設基準]

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

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

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

98

質の高い精神医療の評価⑤

いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価

- 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

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

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

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

[追加する疾患・病態]

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

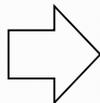
99

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

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

現行	改定後
<p>精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)</p> <p>[施設基準] (1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア5年以上の経験を有する専任精神科の医師 イ精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等</p>	<p>精神科リエゾンチーム加算 300点(週1回)</p> <p>[施設基準] (1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア5年以上の経験を有する専任の精神科医師 イ精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等。ただし、当該チームが診療する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。</p>



自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

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

(新) **救急患者精神科継続支援料** 入院中の患者 435点(月1回)

入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]

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

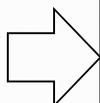
質の高い精神医療の評価⑦

向精神薬の適切な処方の促進

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

処方料、薬剤料、処方せん料

現行	改定後
<p>処方料、薬剤料、処方せん料</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。</p> <p>① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ② 薬剤を切り替える場合 ③ 臨時に投薬する場合 ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合</p> <p>処方料 20点 薬剤料 所定点数の100分の80 処方せん料 30点</p>	<p>処方料、薬剤料、処方せん料</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。</p> <p>① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ② 薬剤を切り替える場合 ③ 臨時に投薬する場合 ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。)</p> <p>処方料 20点 薬剤料 所定点数の100分の80(※) ※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る 処方せん料 30点</p>



通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

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

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

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

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

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

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

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

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

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

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

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[施設基準]

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

102

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

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

認知療法・認知行動療法

(新) 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、看護師が共同で行う場合 350点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

➤ 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

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

103

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

難病患者への適切な医療の評価①

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

- 難病法の制定に伴い、新たに指定した指定難病についても、希少で長期療養を必要とする疾病であることから、これまでの難病（特定疾患）56疾患と同様に評価を行う。
- 以下の点数の対象疾患について、下記のとおり変更を行う。
 - ・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	改定後
小児科療養指導料 250点	小児科療養指導料 270点
<p>[対象疾病]</p> <p>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</p>	<p>[対象疾病]</p> <p>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</p>

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。

106

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

107

小児医療・周産期医療・救急医療の充実①

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

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

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

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

[処置等の例]

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

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の評価

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

精神疾患合併妊娠の評価

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

108

小児医療・周産期医療・救急医療の充実②

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

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

小児入院医療管理料
(新) **重症児受入体制加算** 200点(1日につき)

[施設基準]

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

109

小児医療・周産期医療・救急医療の充実③

特に重症な患者のNICU等算定日数の延長

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

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

先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群、**先天性心疾患(カテーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE1持続注入を実施したものに限る。)**

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

現行	
対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日



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

110

小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

- 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、咯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、咯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。

111

小児医療・周産期医療・救急医療の充実⑤

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算等の見直し

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

【現行】

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

【改定後】

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



112

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

113

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価①

質の高い臨床検査の適正な評価①

- E3区分で保険適用された新規の体外診断用医薬品について技術料を新設する等、質の高い臨床検査の適正な評価を進める。
(新) **悪性腫瘍遺伝子検査 ル RAS遺伝子検査 2,500点**
- 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。
(新) **国際標準検査管理加算 40点**

[算定要件]

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

[施設基準]

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

質の高い臨床検査の適正な評価②

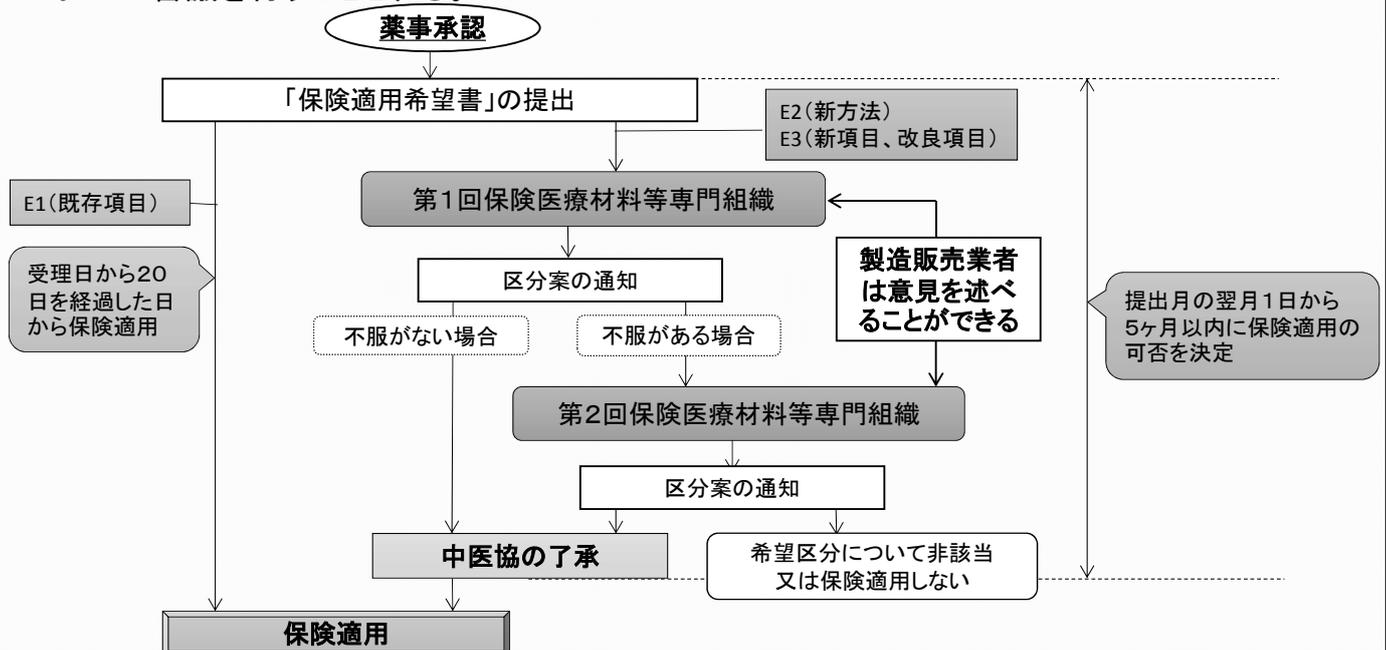
- 保険適用希望書が提出された体外診断用医薬品について、医療機器と同様に、保険適用希望書提出後から保険適用されるまでの間、評価療養の対象とする。



医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価②

質の高い臨床検査の適正な評価③

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



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

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価③

放射線撮影等の適正な評価

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

【現行】

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

【改定後】

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

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

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

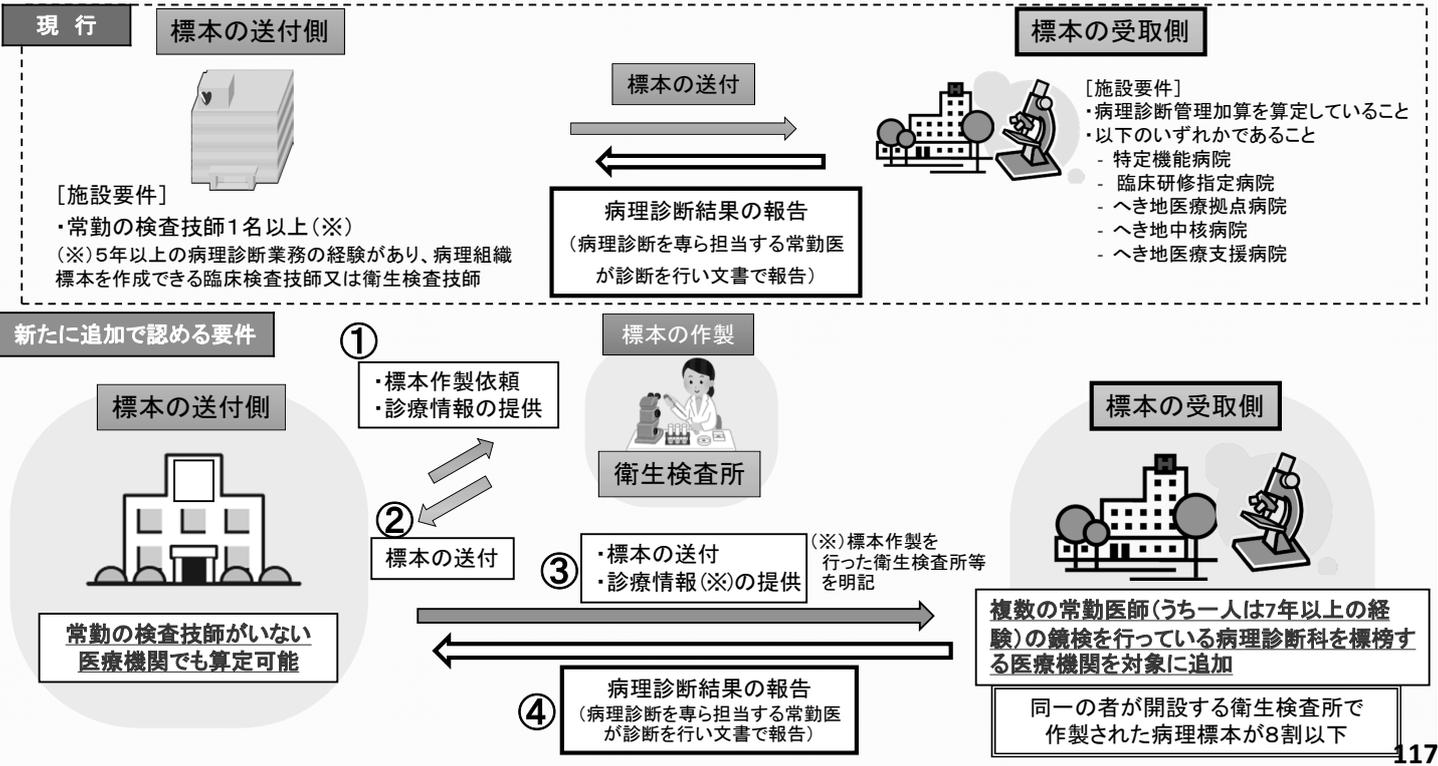
※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は 共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

➤ ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を現行の20%から30%に引き上げる。(※経過措置1年間) 116

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価④

保険医療機関間連携による病理診断の要件見直し

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



医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑤

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し

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

(算定のイメージ)



現行

(胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)

- (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)
- 術前に全例^{注1)}に嚥下機能検査を実施
(嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
 - 経口摂取回復率35%以上
- 注)下記の患者を除く。
- 減圧ドレナージ目的
 - 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。)
 - 食道、胃噴門部の狭窄等
 - 意識障害等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
 - 顔面外傷により嚥下が困難

改定後

(胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)

- (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)
- 術前に全例^{注1)}に嚥下機能検査を実施
(嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
 - 経口摂取回復率35%以上又は胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること
- 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること
 - 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行ったうえで、胃瘻造設に関する同意を得ること
- 注1)下記の患者を除く。
- 減圧ドレナージ目的
 - 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。)
 - 食道、胃噴門部の狭窄等
 - 意識障害がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合又は誤嚥性肺炎を繰り返す場合等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
 - 顔面外傷により嚥下が困難
 - 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者

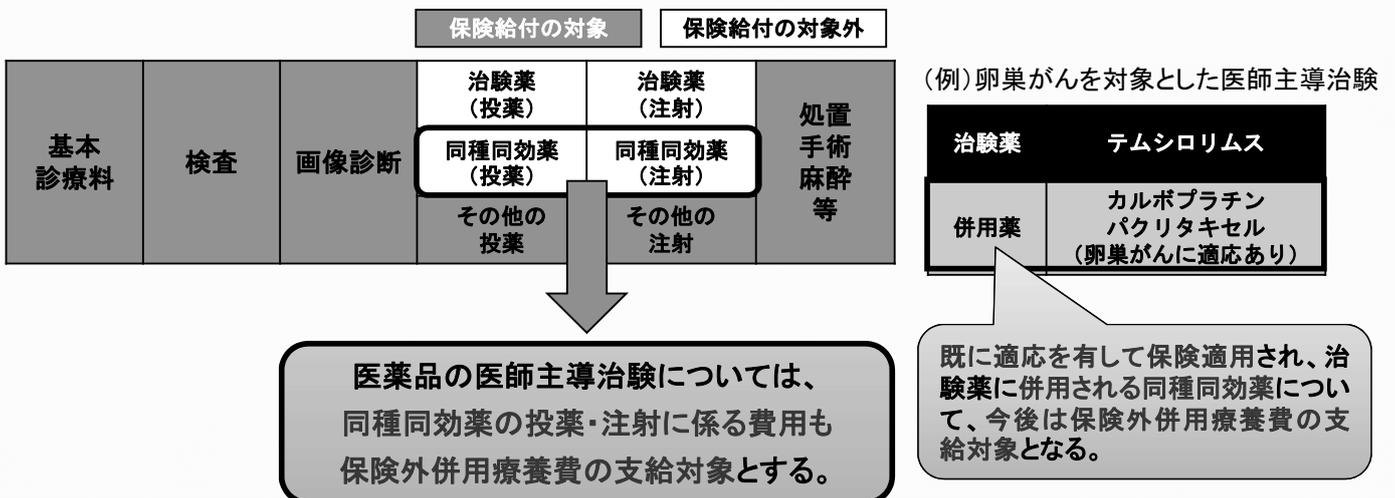
118

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑥

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

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

○医師主導治験における保険外併用療養費の給付範囲



119

手術等医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

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

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

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

2. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

3. 外科的手術等の適切な評価

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

4. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

120

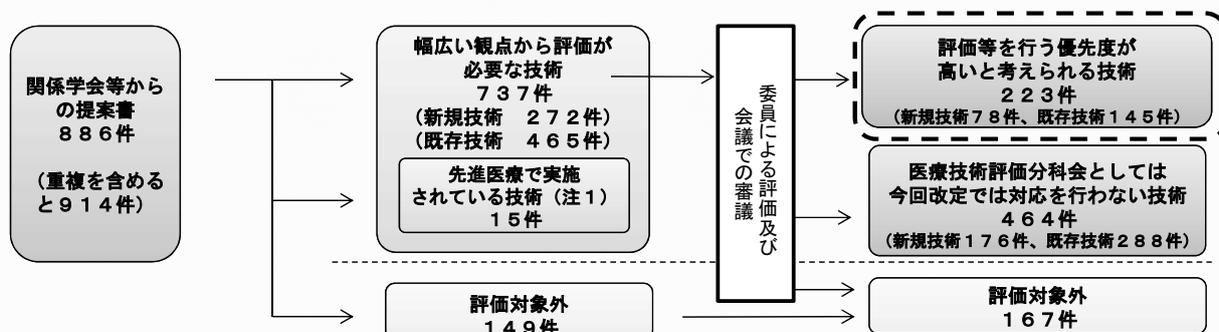
手術等医療技術の適切な評価②

1. 医療技術評価分科会での検討

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

【評価の実施方法等】

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



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

例)

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

121

手術等医療技術の適切な評価③

新たな手術の評価

- 現在保険収載されていない鏡視下手術のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立している術式について項目の新設等を行う。
 - (新) 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術) 5,520点
 - (新) 腹腔鏡下臍ヘルニア手術 9,520点
 - (新) 腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除) 108,820点
 - (新) 腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術 158,450点 ほか
- 手術手技の高度化等への対応のため、医療技術評価分科会での評価等を踏まえ、項目の細分化等により評価の見直しを行う。

現行	改定後								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術を除く。)</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">29,190点</td> </tr> </table>	骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術を除く。)	29,190点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">(改) 骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。)</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">32,110点</td> </tr> <tr> <td>(新) 寛骨臼骨折観血の手術</td> <td style="text-align: right;">43,790点</td> </tr> </table>	(改) 骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。)	32,110点	(新) 寛骨臼骨折観血の手術	43,790点		
骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術を除く。)	29,190点								
(改) 骨盤骨折観血の手術 (腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。)	32,110点								
(新) 寛骨臼骨折観血の手術	43,790点								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">直腸脱手術 1 経会陰によるもの</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">8,410点</td> </tr> </table>	直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8,410点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">直腸脱手術 1 経会陰によるもの (改) イ 腸管切除を伴わないもの</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">8,410点</td> </tr> <tr> <td>(新) ロ 腸管切除を伴うもの</td> <td style="text-align: right;">25,780点</td> </tr> </table>	直腸脱手術 1 経会陰によるもの (改) イ 腸管切除を伴わないもの	8,410点	(新) ロ 腸管切除を伴うもの	25,780点		
直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8,410点								
直腸脱手術 1 経会陰によるもの (改) イ 腸管切除を伴わないもの	8,410点								
(新) ロ 腸管切除を伴うもの	25,780点								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">経皮的大動脈弁置換術</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">37,430点</td> </tr> </table>	経皮的大動脈弁置換術	37,430点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">経カテーテル大動脈弁置換術</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>(新) 1 経心尖大動脈弁置換術</td> <td style="text-align: right;">61,530点</td> </tr> <tr> <td>(改) 2 経皮的大動脈弁置換術</td> <td style="text-align: right;">37,560点</td> </tr> </table>	経カテーテル大動脈弁置換術		(新) 1 経心尖大動脈弁置換術	61,530点	(改) 2 経皮的大動脈弁置換術	37,560点
経皮的大動脈弁置換術	37,430点								
経カテーテル大動脈弁置換術									
(新) 1 経心尖大動脈弁置換術	61,530点								
(改) 2 経皮的大動脈弁置換術	37,560点								

122

手術等医療技術の適切な評価④

帝王切開術の評価の見直し

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

現行	改定後																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">帝王切開術</td> </tr> <tr> <td style="width: 80%;">1 緊急帝王切開</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">20,140点</td> </tr> <tr> <td>2 選択帝王切開</td> <td style="text-align: right;">20,140点</td> </tr> <tr> <td>3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合</td> <td style="text-align: right;">21,640点</td> </tr> </table>	帝王切開術		1 緊急帝王切開	20,140点	2 選択帝王切開	20,140点	3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,640点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">帝王切開術</td> </tr> <tr> <td style="width: 80%;">1 緊急帝王切開</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">22,200点</td> </tr> <tr> <td>2 選択帝王切開</td> <td style="text-align: right;">20,140点</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(削除)</td> </tr> <tr> <td>(新) 注 複雑な場合の加算</td> <td style="text-align: right;">2,000点</td> </tr> </table>	帝王切開術		1 緊急帝王切開	22,200点	2 選択帝王切開	20,140点	(削除)		(新) 注 複雑な場合の加算	2,000点
帝王切開術																			
1 緊急帝王切開	20,140点																		
2 選択帝王切開	20,140点																		
3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,640点																		
帝王切開術																			
1 緊急帝王切開	22,200点																		
2 選択帝王切開	20,140点																		
(削除)																			
(新) 注 複雑な場合の加算	2,000点																		

※「注」の加算対象

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

123

手術等医療技術の適切な評価⑤

基礎的な技術等の再評価

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

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

124

手術等医療技術の適切な評価⑥

検体検査の評価

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

1. 新たな検査の保険適用

(新) 血液化学検査 セレン 144点

(新) HTLV-1 PCR検査 450点

[算定要件]

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

[算定要件]

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

2. 検体採取の評価

一定の手技と時間を要する検体採取について、評価を行う。

(新) 鼻腔・咽頭拭い液採取料 5点

3. 評価の引き上げ

熟練した検査技術やコストを要する検査について、評価の引き上げを行う。

造血器腫瘍細胞抗原検査	1,000点	➔	<u>2,000点</u>
抗酸菌分離培養(液体培地法)	260点		<u>280点</u>
細菌培養同定検査 消化管からの検体	160点		<u>180点</u>
血液及び穿刺液	190点		<u>210点</u>
泌尿器又は生殖器からの検体	150点		<u>170点</u>
その他の部位からの検体	140点	<u>160点</u>	



125

手術等医療技術の適切な評価⑦

検体検査の評価(続き)

4. 免疫電気泳動検査の評価の見直し

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

現行		⇒	改定後	
免疫電気泳動法	240点		免疫電気泳動法	210点
		(検体検査判断料の注) (新)免疫電気泳動法診断加算	50点	

[算定要件]

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

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

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

例)	検査項目	現行	⇒	改定後
	インフルエンザウイルス抗原定性	149点		147点
	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	112点		110点
	生化学検査 I 10項目以上	117点		115点



126

手術等医療技術の適切な評価⑧

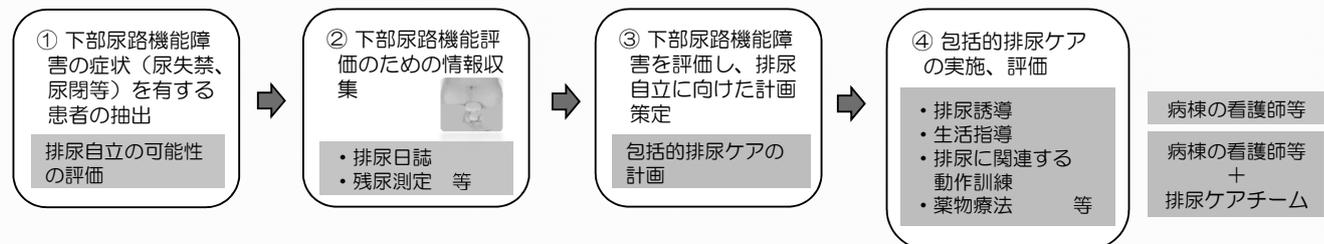
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

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

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

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



[施設基準]

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

127

手術等医療技術の適切な評価⑨

無菌製剤処理の評価

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

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



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



閉鎖式接続器具の例)

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

新規技術の保険導入

- 腋窩多汗症に対するボツリヌス注射について、項目を新設する。

(新) 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点

128

手術等医療技術の適切な評価⑩

脳波検査の評価の見直し

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

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



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

[長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準の概要]

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

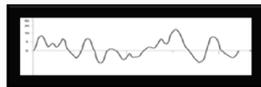
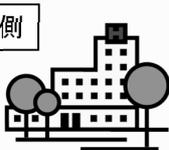
[脳波検査判断料1に係る施設基準の概要]

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

遠隔脳波診断の評価

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

送信側



脳波検査の結果を送付

受診側



脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い文書で報告

※ 脳波検査判断料1の施設基準の届出を行っている保険医療機関

神経学的検査等の評価

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

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

129

手術等医療技術の適切な評価⑪

病理診断の評価

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

1. 組織診断料の評価の引き上げ

現行		改定後
病理診断料 1 組織診断料	400点	病理診断料 1 組織診断料 450点

2. セルブロック法を用いた標本作製の評価

現行		改定後
細胞診 (新設)		細胞診 (新) 3 セルブロック法によるもの 860点

[算定要件]

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

在宅自己導尿カテーテルについての評価の見直し

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

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

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

130

手術等医療技術の適切な評価⑫

画像診断及び放射線治療の評価の見直し

1. 乳房MRI撮影加算の新設

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

現行		改定後
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) (新設)		磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) (新) 注 乳房MRI撮影加算 100点

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

2. 放射線治療における適応症の拡大

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

体外照射		体外照射 注3 体外照射用固定器具加算 1,000点	
注3 体外照射用固定器具加算 1,000点		悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り算定できる。	
定位放射線治療		定位放射線治療	
主な適応症	<ul style="list-style-type: none"> 頭頸部腫瘍 原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内) 転移性肝癌及び肺癌(3個以内) 	主な適応症	<ul style="list-style-type: none"> 頭頸部腫瘍 原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内) 転移性肝癌及び肺癌(3個以内) 前立腺癌(限局性で転移病巣のないもの)

131

手術等医療技術の適切な評価⑬

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

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

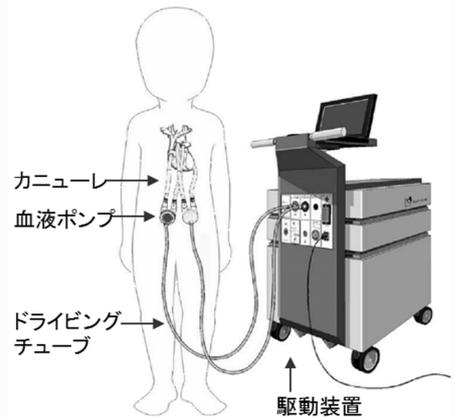
現行(準用技術)		⇒	改定後	
補助人工心臓(1日につき)			(新) 小児補助人工心臓(1日につき)	
1 初日	54,370点	1 初日	63,150点	
2 2日目以降30日目まで	5,000点	2 2日目以降30日目まで	8,680点	
3 31日目以降	4,000点	3 31日目以降	7,680点	

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

関連する特定保険医療材料:

129 補助人工心臓セット (1)体外型 (2)小児用	
ア 血液ポンプ	5,170,000円
イ 心尖部脱血用カニューレ	764,000円
ウ 心房脱血用カニューレ	708,000円
エ 動脈送血用カニューレ	712,000円

等



132

手術等医療技術の適切な評価⑭

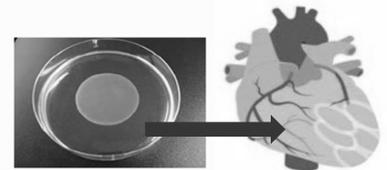
新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

現行(準用技術)		⇒	改定後	
心膜切開術	9,420点		(新) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420点

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

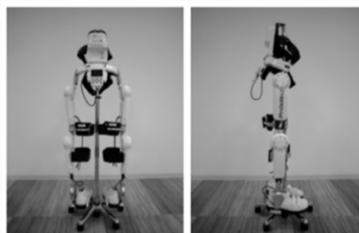
関連する特定保険医療材料:

189 ヒト骨格筋由来細胞シート	
(1) 採取・継代培養キット	6,360,000円
(2) 回収・調製キット	1,680,000円(1枚当たり)



新設	
(新) 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)	900点 ※ 指定難病の患者等については900点加算 ※ 導入期(5週間9回)の処置にあっては2,000点加算

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



(留意事項(要点))

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

133

手術等医療技術の適切な評価⑮

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

例)

現行(準用技術)		改定後
一酸化窒素吸入療法	920点	

1時間につき920点

1時間1時間

1日
1日につき1,680点

1時間につき900点(一酸化窒素ガス加算)

一酸化窒素ガス
一酸化窒素ガス管理システム

(留意事項)

心臓手術の周期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。
この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記録すること。また、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定できるが、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

例)

現行(準用技術)		改定後
K174 水頭症手術 2 シヤント手術	24,310点	

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

パルスジェネレータ
リード

外保連試案を活用した手術料の見直し

外保連試案を活用した手術料の見直し

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

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

先進医療からの保険導入①

先進医療からの保険導入

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

導入した技術(医科:一覽)(13技術)

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

136

先進医療からの保険導入②

導入した技術の例

(新) 硬膜外自家血注入 800点

技術の概要:

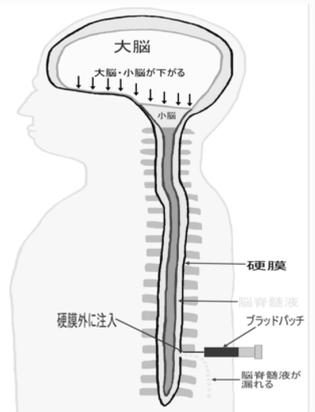
脊髄液(脳及び脊髄を守る働きをしている液)が、硬膜から漏出している場合に患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、漏出を止める技術。

[算定の要件]

脳脊髄液漏出症(関連学会の定めた診断基準において確実又は確定とされた者。)

[施設基準の概要]

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



(新) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70, 730点

技術の概要:

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

[算定の要件]

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

[施設基準の概要]

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



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



137

先進医療からの保険導入③

導入した技術の例

(新) 重粒子線治療 150,000点

(新) 陽子線治療 150,000点

技術の概要:

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

[算定の要件]

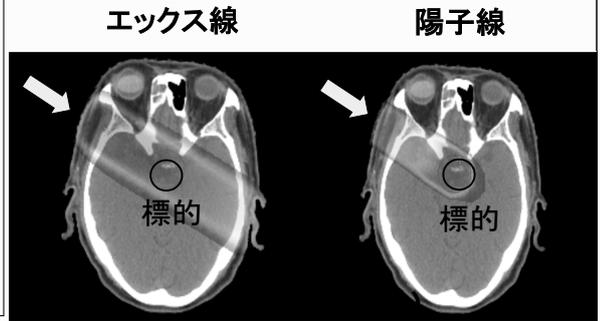
- ・陽子線治療:小児腫瘍(限局性の固形悪性腫瘍に限る)
- ・重粒子線治療:切除非適応の骨軟部腫瘍
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること。

[施設基準の概要]

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

[その他の加算]

- ① 希少な限局性の固形悪性腫瘍への加算
※ 小児腫瘍・切除非適応の骨軟部腫瘍
所定点数の25/100
- ② 粒子線治療適応判定加算
※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
40,000点
- ③ 粒子線治療医学管理加算
※三次元的な空間再現性により照射を行うなどの医学管理の実施を評価
10,000点



138

手術等医療技術の適切な評価(歯科)

新規医療技術の保険導入

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

(新) レジン前装金属冠 1,174点 ほか

先進医療の保険導入

➤ 有床義歯補綴治療における総合的な咬合・咀嚼機能検査を評価する。

(新) 1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 480点(1回につき)

2 咀嚼能力測定のみを行う場合 100点(1回につき)

【施設基準】

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



効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

後発医薬品の使用促進等について①

診療所における後発医薬品使用体制の評価

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

処方料

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

【施設基準】

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

後発医薬品の使用促進等について②

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

- 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		➔	改定後	
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1(新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2(旧指標で20%以上)	28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	新指標
後発医薬品の採用品目数	後発医薬品の数量
全医薬品の採用品目数	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		➔	改定後	
一般名処方加算	2点		一般名処方加算1	3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。		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。

142

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品の適正使用の推進①

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

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

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[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。

144

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。

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

② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
b. 医療機関へ情報提供
のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん									
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手続の記号・番号				
氏 名		生年月日			性 別		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		
電 話 番 号		保 険 医 氏 名			⑧				
区 分		被 保 険 者		被 扶 養 者		都 道 府 県 番 号		点 数 表 番 号	
交付年月日		平成 年 月 日			処方せんの使用期間		平成 年 月 日		
⑨ 物に記載のある番号を照査、交付の日を含めて5日以内に保険薬局に提出すること。									
⑩ 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に応じ支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
⑪ 保険医署名欄に「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
⑫ 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「X」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					公費負担者番号				
保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称					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 列の寸法を標準とする。 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法令(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。									

145

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

重症化予防の取組の推進①

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

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

糖尿病透析予防指導管理料
(新) 腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

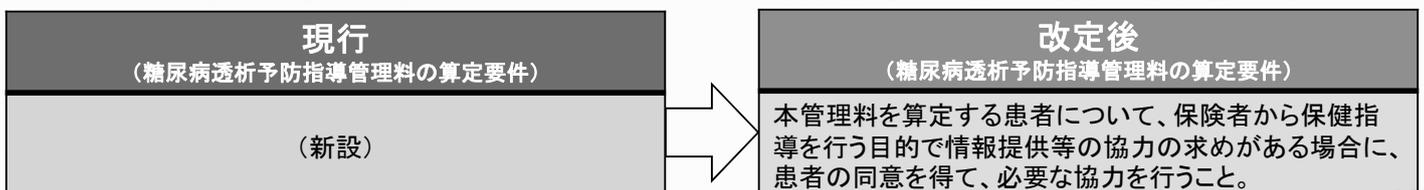
腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²)が30未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

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

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



重症化予防の取組の推進②

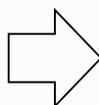
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

➤ 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)

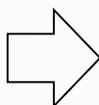
以下の全てを満たす者

- 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を備えていること。
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。

148

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PO2を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

149

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価①

自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し

➤ 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
(新) 2 コンタクトレンズ検査料 2	180点
(改) 3 コンタクトレンズ検査料 3	56点
(新) 4 コンタクトレンズ検査料 4	50点

<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。

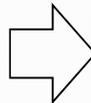
医薬品、医療機器、検査等の適正な評価③

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 ロ以外の場合	554円
ロ 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	500円
2 入院時生活療養(Ⅱ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	420円

➤流動食のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする※。

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

診療報酬点数表の簡素化

技術料の削除

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

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

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

- ② 内容がほとんど同じである別の手術料が存在する。

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

- ③ 使用可能な医療機器の販売が終了している。

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

施設基準に係る届出の一部簡素化について

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

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○夜間・早朝等加算 ○明細書発行体制等加算 ○臨床研修病院入院診療加算 ○救急医療管理加算 ○妊産婦緊急搬送入院加算 ○重症皮膚潰瘍管理加算 | <ul style="list-style-type: none"> ○強度行動障害入院医療加算 ○がん診療連携拠点病院加算 ○小児科外来診療料 ○夜間休日救急搬送医学管理料 ○がん治療連携管理料 ○認知症専門診断管理料 | <ul style="list-style-type: none"> ○経皮的冠動脈形成術 ○経皮的冠動脈ステント留置術 ○医科点数表第2章第10部手術の
通則5及び6(歯科点数表第2章
第9部の通則4を含む。)に掲げる
手術 |
|---|--|--|

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) ○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) ○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等) | <ul style="list-style-type: none"> ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペースティング機能付き植込型除細動器移植
術及び両室ペースティング機能付き植込型除細動
器交換術 等) ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) ○植込型心電図記録計移植術及び
植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | <ul style="list-style-type: none"> ○経皮的大動脈遮断術
(救命救急入院料 等) ○ダメージコントロール
手術
(救命救急入院料 等) | <p>()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) ○廃用症候群
リハビリテーション料(※)
(脳血管疾患等リハビリテーション料) |
|---|---|--|---|

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 ○腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 ○腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術 ○腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 ○腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ○腹腔鏡下小切開腎部分切除術 ○腹腔鏡下小切開腎摘出術 ○腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ○腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術 ○腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 ○腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 | <ul style="list-style-type: none"> ○持続血糖測定器加算 ○皮下連続式グルコース測定 | <ul style="list-style-type: none"> ○時間内歩行試験 ○シャトルウォーキングテスト(※) |
| <ul style="list-style-type: none"> ○センチネルリンパ節生検(併用) ○乳がんセンチネルリンパ節加算1 | <ul style="list-style-type: none"> ○センチネルリンパ節生検(単独) ○乳がんセンチネルリンパ節加算2 | <ul style="list-style-type: none"> ○検査・画像情報提供加算(※) ○電子的診療情報評価料(※) |
| <ul style="list-style-type: none"> ○人工臓器検査 ○人工臓器療法(※) | | |

経過措置等について①

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

156

経過措置等について②

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

157

経過措置等について③

項目	経過措置
24 ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し	・平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。
25 向精神薬多剤投与に係る報告	・向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。 ・平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。
26 疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の要件見直し	・平成28年3月31日時点で初期加算又は早期リハビリテーション加算を算定している患者は、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を引き続き適用する。
27 疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の起算日見直し	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定している患者は、当該時点における算定上限日数を引き続き適用する。
28 廃用症候群リハビリテーション料の新設	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定している患者については、当該時点の算定上限日数を引き続き適用する。
29 維持期リハビリテーションの経過措置の延長	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者に対する維持期リハビリテーションは、原則として平成30年3月31日までに介護保険へ移行するものとする。
30 要介護被保険者等に対するリハビリテーション	・目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の減算(所定点数の90/100を算定する。)については、平成28年10月1日から実施する。
31 1回の処方箋で抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合の通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援指導料の減算	・減算しない場合の要件として、「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。 ・減算しない場合の要件として、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。
32 訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定	・同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。 158

経過措置等について④

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

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票 研修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料(注7)	<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。 <p>※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価表を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。</p>

施設基準の届出について

お願い

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



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

平成 28 年度診療報酬改定に伴う施設基準の届出等について

平成 28 年 3 月 4 日現在

第 1 施設基準創設により算定するに当たり届出が必要なもの

新たに施設基準が創設されたことにより、平成 28 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【基本診療料】

- 1 一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 1
- 2 一般病棟入院基本料の注 13 に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 3 療養病棟入院基本料の注 12 に掲げる夜勤時間特別入院基本料（療養病棟入院基本料 2 に限る。）
- 4 結核病棟入院基本料の注 6 に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 5 精神病棟入院基本料の注 9 に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 6 特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 1
- 7 専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 1
- 8 有床診療所入院基本料の注 11 に掲げる有床診療所在宅復帰機能強化加算
- 9 有床診療所療養病床入院基本料の注 11 に掲げる有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
- 10 総合入院体制加算 2
- 11 急性期看護補助体制加算の注 3 に掲げる夜間看護体制加算
- 12 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1
- 13 看護職員夜間 16 対 1 配置加算
- 14 看護補助加算の注 2 に掲げる夜間 75 対 1 看護補助加算
- 15 看護補助加算の注 3 に掲げる夜間看護体制加算
- 16 病棟薬剤業務実施加算 2
- 17 退院支援加算 1 又は 3
- 18 退院支援加算の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算
- 19 退院支援加算の注 5（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合であって、平成 28 年 1 月 1 日において現に旧算定方法別表第一区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算の注 3 に係る届出を行っていないものに限る。）
- 20 認知症ケア加算（※）
- 21 精神疾患診療体制加算
- 22 小児入院医療管理料の注 4 に掲げる重症児受入体制加算
- 23 回復期リハビリテーション病棟入院料の注 5 に掲げる体制強化加算 2
- 24 地域移行機能強化病棟入院料

（※）認知症ケア加算 2 における研修を受けた看護師の病棟配置要件について、平成 29 年 3 月 31 日までの間は、病棟に 1 名の配置で要件を満たすものとする。

【特掲診療料】

- 1 糖尿病透析予防指導管理料の注5に掲げる腎不全期患者指導加算
- 2 小児かかりつけ診療料
- 3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
- 4 排尿自立指導料
- 5 診療情報提供料（Ⅰ）の注14に掲げる地域連携診療計画加算
- 6 診療情報提供料（Ⅰ）の注15に掲げる検査・画像情報提供加算（※）
- 7 電子的診療情報評価料（※）
- 8 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- 9 在宅療養実績加算2
- 10 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
- 11 歯科訪問診療料の注13に規定する基準
- 12 遺伝学的検査（注に規定する届出に限る。）
- 13 国際標準検査管理加算
- 14 長期脳波ビデオ同時記録検査1
- 15 脳波検査判断料1
- 16 遠隔脳波診断
- 17 コンタクトレンズ検査料2
- 18 有床義歯咀嚼機能検査
- 19 コンピューター断層撮影（CT撮影）（注8に規定する届出に限る。）
- 20 乳房MRI撮影加算
- 21 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（注6に規定する届出に限る。）
- 22 外来後発医薬品使用体制加算
- 23 摂食機能療法の注2に掲げる経口摂取回復促進加算2
- 24 リンパ浮腫複合的治療料
- 25 通院・在宅精神療法の注4に掲げる児童思春期精神科専門管理加算
- 26 救急患者精神科継続支援料
- 27 依存症集団療法
- 28 認知療法・認知行動療法3
- 29 硬膜外自家血注入
- 30 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
- 31 人工腎臓の注10に掲げる下肢末梢動脈疾患指導管理加算
- 32 人工臓器療法
- 33 手術用顕微鏡加算
- 34 同種骨移植（特殊なもの）
- 35 内視鏡下甲状腺部分切除、甲状腺腫摘出術
- 36 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
- 37 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
- 38 乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））

- 39 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）
- 40 内視鏡下筋層切開術
- 41 骨格筋由来細胞シート心表面移植術
- 42 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
- 43 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
- 44 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- 45 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- 46 凍結保存同種組織加算
- 47 粒子線治療
- 48 粒子線治療の注3に掲げる粒子線治療適応判定加算
- 49 粒子線治療の注4に掲げる粒子線治療医学管理加算
- 50 密封小線源治療の注8に掲げる画像誘導密封小線源治療加算
- 51 歯根端切除手術の注3
- 52 調剤基本料1、2、3、4又は5
- 53 調剤基本料（注1ただし書に規定する届出）
- 54 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

（※）電子的な送受信又は閲覧が可能な情報に、平成30年3月までは、退院時要約が含まれていなくてもよいものとする。

第2 届出直しが必要となるもの

施設基準の改正により、平成28年1月1日又は平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【基本診療料】

- 1 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 2 一般病棟入院基本料（10対1入院基本料（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院）に限る。）
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 3 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算2又は3
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 4 一般病棟入院基本料の注12に掲げるADL維持向上等体制加算
- 5 療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 6 療養病棟入院基本料（療養病棟入院基本料2に限る。）（※）
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕

- 7 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る。）
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 8 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。10対1入院基本料（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院）に限る。）
〔平成29年4月1日以降に算定する場合に限る。〕
- 9 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算2又は3
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 10 特定機能病院入院基本料の注10に掲げるADL維持向上等体制加算
- 11 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 12 専門病院入院基本料（10対1入院基本料（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院）に限る。）
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 13 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算2又は3
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 14 専門病院入院基本料の注9に掲げるADL維持向上等体制加算
- 15 総合入院体制加算1
〔平成28年1月1日において現に当該点数に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 16 総合入院体制加算3
〔平成28年1月1日において現に旧算定方法別表第一区分番号A200に掲げる総合入院体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 17 急性期看護補助体制加算（10対1入院基本料の届出を行っている場合に限る。）
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 18 看護職員夜間12対1配置加算2（10対1入院基本料の届出を行っている場合に限る。）
〔平成28年3月31日において現に旧算定方法別表第一区分番号A207-4に掲げる看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 19 後発医薬品使用体制加算
- 20 救命救急入院料2又は4
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 21 特定集中治療室管理料
〔平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕

（※）医療区分2・3の患者の割合又は看護職員の配置基準のみを満たさない場合、療養病棟入院基本料の注11の基準を満たした上で、施設基準の届出を行えば、平成30年3月31日までの間、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することができる。

【特掲診療料】

- 1 ニコチン依存症管理料
〔平成29年7月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 2 在宅療養支援診療所
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 3 コンタクトレンズ検査料 1 又は 3
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 4 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影（注3に規定する届出に限る。）
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 5 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）
- 6 腹腔鏡下肝切除術（3、4、5又は6を算定する場合に限る。）
- 7 在宅療養支援歯科診療所
〔平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 8 基準調剤加算
- 9 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2

第3 名称が変更されたが、届出直しは必要でないもの

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成28年1月1日又は平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

【基本診療料】

1	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる 夜間25対1急性期看護補助体制加算	→	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる 夜間30対1急性期看護補助体制加算
2	病棟薬剤業務実施加算	→	病棟薬剤業務実施加算 1
3	退院調整加算（注3を除く。）	→	退院支援加算 2
4	退院調整加算の注3	→	退院支援加算の注5
5	精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる 精神科急性期医師配置加算	→	精神科急性期医師配置加算
6	回復期リハビリテーション病棟入院料の 注5に掲げる体制強化加算	→	回復期リハビリテーション病棟入院料 の注5に掲げる体制強化加算 1

【特掲診療料】

1	在宅療養実績加算	→	在宅療養実績加算 1
2	特定施設入居時等医学総合管理料	→	施設入居時等医学総合管理料
3	人工臓腑	→	人工臓腑検査
4	経口摂取回復促進加算	→	経口摂取回復促進加算 1

5	内視鏡手術用支援機器加算	→	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
6	歯科治療総合医療管理料	→	歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
7	在宅患者歯科治療総合医療管理料	→	在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
8	在宅かかりつけ歯科診療所加算	→	在宅歯科医療推進加算
9	歯科技工加算	→	歯科技工加算 1 及び 2
10	経皮的動脈弁置換術	→	経カテーテル動脈弁置換術

第 4 その他新たに報告が必要であるとされたもの

内 容	対 象	報告時期
回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関	平成 29 年 1 月以降、各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月
向精神薬多剤投与の状況	向精神薬多剤投与を行った保険医療機関	平成 28 年 7 月以降、毎年度 4 月、7 月、10 月、1 月
精神科デイ・ケア等の実施状況		毎年 10 月

1 円滑な届出の受付に関するお願い

(1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0019 福井市春山 1-1-54 福井春山合同庁舎 7F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0044 大津市京町 3-1-1 大津びわ湖合同庁舎 6F	077-526-8114	077-526-8116
京都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町 691 りそな京都ビル 5F	075-256-8681	075-256-8684
大阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8F	06-4791-7316	06-4791-7355
兵庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-4-3 神戸防災合同庁舎 2F	078-325-8925	078-325-8928
奈良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町 1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル 2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市三木町台所町 7 三井住友海上和歌山ビル 4F	073-421-8311	073-421-8315

(2) 施設基準等の届出方法

- ① 施設基準等の届出については「郵送」でお願いします。
- ② 4月1日から算定を行うためには、「4月14日(木)必着」までに届出が必要となりますのでご注意ください。
- ③ 郵送に当たっては、封筒の余白に朱書きで「(医科)施設基準届出書在中」と記載してください。
- ④ 締切日直前に届出が集中することが予想されます。速やかな審査のため、まとめて提出するのではなく、早期に届出できるものはその都度、ご提出いただくようお願いします。
- ⑤ FAXでの届出書及び添付書類の提出は認められません。
- ⑥ 添付資料について、通知や届出様式で定めているものを忘れず提出してください。
- ⑦ 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。
また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)

・厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>

・近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>

- ⑧ 届出書の提出前にもう一度施設基準通知等を確認し、内容に漏れや誤りがないか十分チェックをしてください。(※次ページのチェックリストを活用してご確認ください。)
- ⑨ 複数の施設基準等を同時に届け出た場合であっても、審査を終えた届出書からそれぞれ別々に受理通知を送付することがありますので、あらかじめご了承ください。

★チェックリスト★

「届出書」を添付していますか。

※「届出書」…基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに添付が必要です。

「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

施設基準通知や届出様式に記載されている必要な「添付書類」をすべて添付していますか。

「届出書」及び「添付書類」を正副2通セットしていますか。

2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

① 診療報酬改定内容に関するご質問は、所定の疑義照会票（※近畿厚生局ホームページに掲載）に必要事項をご記入の上、**「郵便又はFAX」**にて各事務所等へお送りください。

※ 照会にあたって、**告示・通知をよく確認したうえ**でご質問ください。告示・通知は厚生労働省ホームページに掲載しています。

※ FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。

※ 電話による照会は、できる限り控えて頂くようご協力願います。

② 回答は、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。

③ 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承願います。

3 その他の周知事項

(1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険医療機関の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 従事者等を含め、届出した内容に変更が生じたときは速やかに変更届を提出してください。また、円滑な処理のため、変更届の提出の際には、「届出書」(別添7又は別添2)の上方余白に変更が生じた具体的な内容を明記してください。
(記載例)
 - ・従事者に変更が生じた場合・・・「従事者変更」
 - ・使用機器に変更が生じた場合・・・「機器変更」 等
- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きをしてください。なお、辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。
(記載例)
 - ・運動器リハビリテーション料(I)：平成〇年〇月〇日付で専従の理学療法士が退職したため。
 - ・歯科技工加算1及び2：平成〇年〇月〇日付で常勤の歯科技工士が退職したため。
- ④ 施設基準の届出を行った保険医療機関は、**毎年7月1日現在**で届出書の記載事項について報告しなければなりません。(詳しくは、7月上旬の近畿厚生局ホームページでお知らせします。)

(2) 施設基準に係る年間実績等の報告の取扱いについて

- ① 平成28年4月以降の算定にあたり、前年の実績等が要件を満たしていることを必要とする施設基準については、告示・通知を確認の上、要件を満たしていることを確認してください。そのうえで、次のアについては、適宜、報告書を提出してください。(詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。)
 - ア. 平成28年3月31日までに近畿厚生局へ報告が必要な施設基準
 - ・地域歯科診療支援病院歯科初診料
 - ・精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1
 - イ. 上記アのほか手術件数等の年間実績が継続算定の要件となっている施設基準
当該要件と昨年の実施件数等の実績を照らし合わせ、要件を満たしていることを確認の上、平成28年4月以降の算定をしてください。
- ② 要件を満たさないことが判明した場合、速やかに届出の辞退又は変更の届出をしてください。

(3) 特別の療養環境の提供について

- ① 特別の療養環境(いわゆる差額ベッド)の提供にあたっては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別の療養環境の病室に入室させてはなりません。
- ② 患者の選択によらない場合は、患者に特別の療養環境に係る料金を求めることはできません。料金を求めてはならない場合の具体例は、次のとおりです。

- ア. 同意書による同意の確認を行っていない場合、
- イ. 患者本人の『治療上の必要』により特別の療養環境の病室に入室させる場合、
- ウ. 病棟管理の必要性等から特別の療養環境の病室に入室させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

※ 詳細については、通知「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の実施上の留意事項について」（最終改正：平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 12 号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

(4) 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

- ① 療養の給付と直接関係ないサービス（例：おむつ、病衣貸与 等）の提供は、患者の選択により行われるものです。
- ② その選択に資するため、次の点に留意してください。
 - ア. サービスの内容、料金を保険医療機関等内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
 - イ. 患者に対して、費用徴収を行うサービスの内容、料金等について、明確かつ懇切に説明し、その同意を確認しなければなりません。
 - ウ. 同意の確認は、費用徴収を行うサービスの内容・料金を明示した文書に、患者の署名を受けることにより行う必要があります。
- ③ また、患者から費用の徴収をすることが認められてないもの（例：シーツ代、冷暖房代、おむつの処理費用 等）がありますので、留意してください。

※ 詳細については、通知「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（最終改正：平成 20 年 5 月 8 日付け保医発 0508001 号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

(5) 医療保険と介護保険の給付調整について

- ① 要介護被保険者等（要介護被保険者又は居宅要支援被保険者）については、原則として、介護保険からの給付が医療保険からの給付より優先されますが、別に厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できることとされています。

これを医療保険と介護保険の給付調整といい、要介護被保険者等が受けている介護サービスの種類によって、請求できる項目が異なりますので、診療報酬の算定を適切に行ってください。

- ② 特別養護老人ホーム等の配置医師に該当する場合は、配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については、診療報酬を算定することはできませんので、留意してください。

※ 詳細については、告示「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（最終改正：平成 26 年厚生労働省告示第 113 号）、通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（最終改正：平成 26 年 3 月 28 日付け保医発 0328 第 2 号）などを確認の上、適切な取扱いを行ってください。

(6) 酸素の価格の算定について

- ① 酸素の費用については、原則として、前年の酸素の購入実績（酸素の対価）に基づいて算出した額により請求することとされています。
- ② 酸素を使用して診療する保険医療機関は、毎年4月1日以降の診療報酬の請求に用いる酸素の単価等、必要な事項を毎年2月15日までに届出する必要があります。未提出の場合は速やかに提出してください。（詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。）

(7) 個別指導等の指摘事項の公表について

近畿厚生局ホームページに、平成26年度に実施した個別指導及び適時調査における主な指摘事項を掲載しています。これらの指摘事項も参考に、適正な保険診療・保険請求を行ってください。

保険診療の理解のために

保険医、保険医療機関の責務

○ 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づき、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うにあたっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）』の規定を遵守し
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること。

○ 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は、医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。
- 診断の都度、必要な事項を、診療録に記載すること。

○ 「療養担当規則」の重要性、遵守義務

「療養担当規則」は、保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき重要でかつ保険医の根本となる事項が定められているので、今一度、「療養担当規則」を読み返し、遵守に努めること。

平成 28 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

【照会元】	① 照会日	月 日	【宛先】	↓ ○をした事務所等	
② 病院・診療所・薬局の名称			⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所) FAX:0776-25-5375	
③ 医療機関・薬局コード				・ 滋賀(滋賀事務所) FAX:077-526-8116	
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)				・ 京都(京都事務所) FAX:075-256-8684	
⑤ ご担当者氏名				・ 大阪(指導監査課) FAX:06-4791-7355	
⑥ ご連絡先	・ 電話 (— —) ・ FAX (— —)			・ 兵庫(兵庫事務所) FAX:078-325-8928	
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット 閲覧環境 (※いずれかに○)		有・無	・ 奈良(奈良事務所) FAX:0742-25-5522
					・ 和歌山(和歌山事務所) FAX:073-421-8315

★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他()	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他()		

★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例: A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

★ 手順4 この照会票を、郵送又はFAXにて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。
 ※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。
 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承願います。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他()
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日