

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

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

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

3 明細書無料発行の推進について

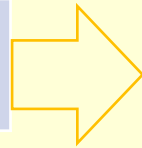
質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

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

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

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

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

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

注)

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

[経過措置]

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

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

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

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

効果の実績の評価の対象となる医療機関

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

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

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

①の退棟患者数の計算対象

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

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

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

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

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

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

実績指数の計算対象

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

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

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

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

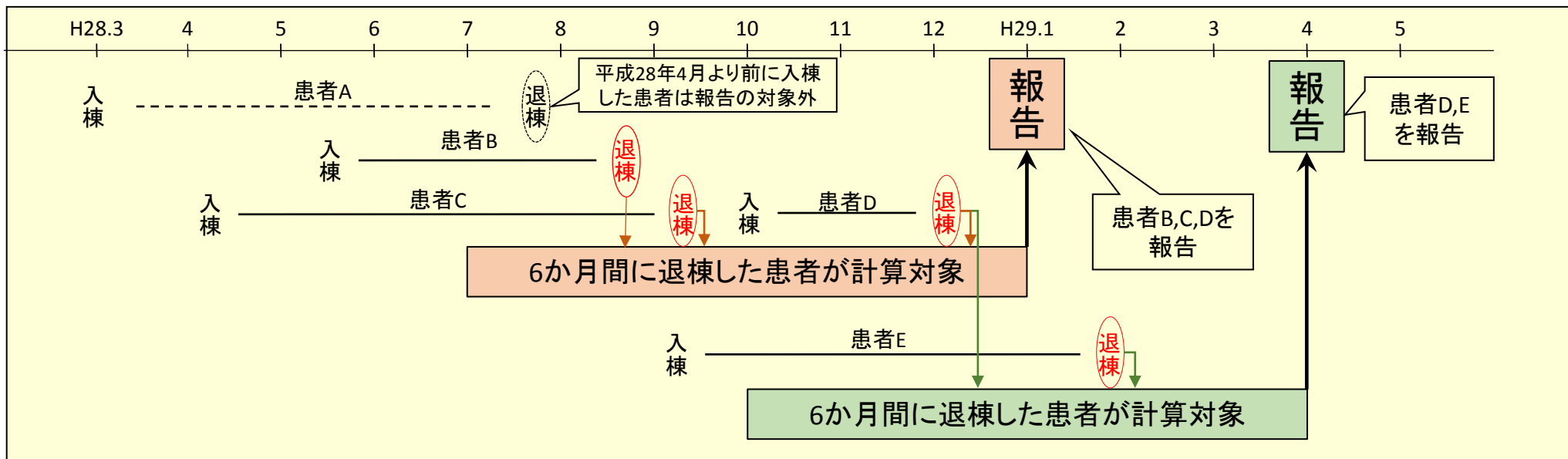
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

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

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

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

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

1日9単位まで出来高算定可
 1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、**2回連続して基準を下回った月から**6単位超が包括

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

質の高いリハビリテーションの評価等②

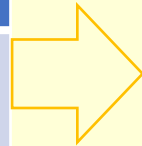
回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

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

現行

常勤医師1名以上を専従配置
1日につき200点

専従医師は、当該病棟外の業務は不可



改定後

体制強化加算1（従前と同じ）

1日につき200点

(新)体制強化加算2

1日あたり120点

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

[体制強化加算2の施設基準]

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

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

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

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

[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
<p>ADL維持向上等体制加算 25点</p>	<p>ADL維持向上等体制加算 <u>80点(改)</u> (あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務した日に限り算定)</p>
<p>[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等</p>	<p>[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</p>

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

質の高いリハビリテーションの評価等④

廃用症候群リハビリテーション料の新設

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

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

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

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)」に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

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

現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

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

所定点数の100分の90に減算

改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

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

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

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

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

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

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

- 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行

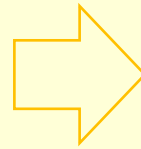
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)105点

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等

[施設基準]

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



改定後

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)125点(改)

[算定対象]

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

[施設基準]

(削除)

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

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

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

[算定要件]

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

運動器リハビリテーション料の評価の充実

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

現行

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)180点



改定後

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)185点(改)

質の高いリハビリテーションの評価等⑧

リンパ浮腫の複合的治療等

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

(新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合 (1日につき) 200点

2 1以外の場合 (1日につき) 100点

[算定要件]

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

[施設基準]

- 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
 - それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - 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。
 - 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。
- 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。
- 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

質の高いリハビリテーションの評価等⑨

摂食機能療法の対象の明確化等

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

現行

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



改定後

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

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

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

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

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

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

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

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

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進

- 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。

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	3,384点



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

[緊急入院初期加算の算定要件]

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

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

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

がん性疼痛緩和指導管理料

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



改定後	
(改) がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止	

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価③

外来化学療法加算の評価の見直し

- 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



重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

- 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。

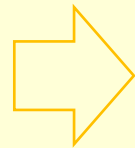
認知症患者への適切な医療の評価②

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

【認知症専門診断管理料】
認知症専門診断管理料1 700点



改定後

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

- 診療所型認知症疾患医療センターと連携するかかりつけ医の取組を評価する。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

- 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
	ロ 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
	ロ 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
	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u>	<u>1,350点</u>
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
	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u>	<u>1,110点</u>

[算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。

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

[施設基準]

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

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

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

現行

【精神科ショート・ケア】

【精神科デイ・ケア】

【精神科デイ・ナイト・ケア】

【精神科ナイト・ケア】

注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。



改定後

【精神科ショート・ケア】

【精神科デイ・ケア】

【精神科デイ・ナイト・ケア】

【精神科ナイト・ケア】

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

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

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

(※)ショート・ケアを除く。

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

- 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。

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

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

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

[追加する疾患・病態]

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

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

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

現行

精神科リエゾンチーム加算

200点(週1回)

[施設基準]

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

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



改定後

精神科リエゾンチーム加算

300点(週1回)

[施設基準]

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

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

自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

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

(新) 救急患者精神科継続支援料 入院中の患者 435点(月1回)

入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]

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

質の高い精神医療の評価⑦

向精神薬の適切な処方の促進

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

処方料、薬剤料、処方せん料

現行

処方料、薬剤料、処方せん料

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

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

処方料 20点
薬剤料 所定点数の100分の80

処方せん料 30点

改定後

処方料、薬剤料、処方せん料

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

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

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

通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

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

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

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

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

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

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

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

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

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

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

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[施設基準]

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

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

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

認知療法・認知行動療法

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

- 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

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

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

難病患者への適切な医療の評価①

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

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

現行

特定疾患(56疾患)※



改定後

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

※スモンについては、療養病棟入院基本料の医療区分3に規定

難病患者への適切な医療の評価②

小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価

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

現行

小児科療養指導料 250点

[対象疾病]

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



改定後

小児科療養指導料 270点

[対象疾病]

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

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

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

(改) 遺伝学的検査 3,880点

[対象疾患]

神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群など指定難病38疾患を追加

[施設基準]

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

小児医療・周産期医療・救急医療の充実①

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

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

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

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

[処置等の例]

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

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の評価

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

精神疾患合併妊娠の評価

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

小児医療・周産期医療・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) 重症児受入れ体制加算 200点(1日につき)

[施設基準]

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

小児医療・周産期医療・救急医療の充実③

特に重症な患者のNICU等算定日数の延長

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

[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、 <ul style="list-style-type: none"> 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

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

改定後

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

【救急医療管理加算1の対象患者】

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

夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実

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

現行

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

〔算定要件〕

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

改定後

夜間休日救急搬送医学管理料 **600点**

〔算定要件〕

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

再診後の緊急入院における評価の充実

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

小児医療・周産期医療・救急医療の充実⑤

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算等の見直し

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

【現行】

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

【改定後】

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



重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価①

質の高い臨床検査の適正な評価①

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

(新) 悪性腫瘍遺伝子検査 ル RAS遺伝子検査 2,500点

- 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]

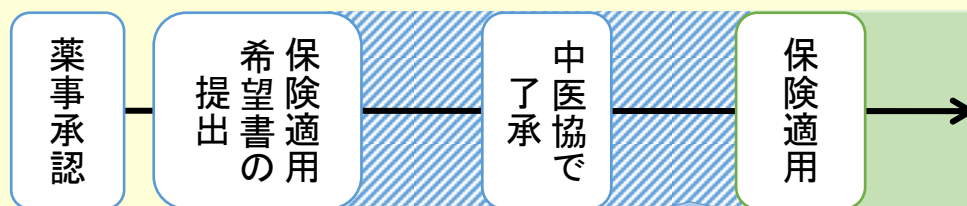
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。

[施設基準]

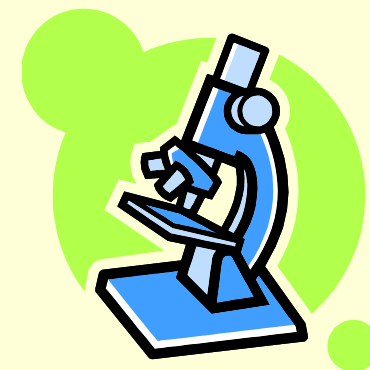
国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

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。



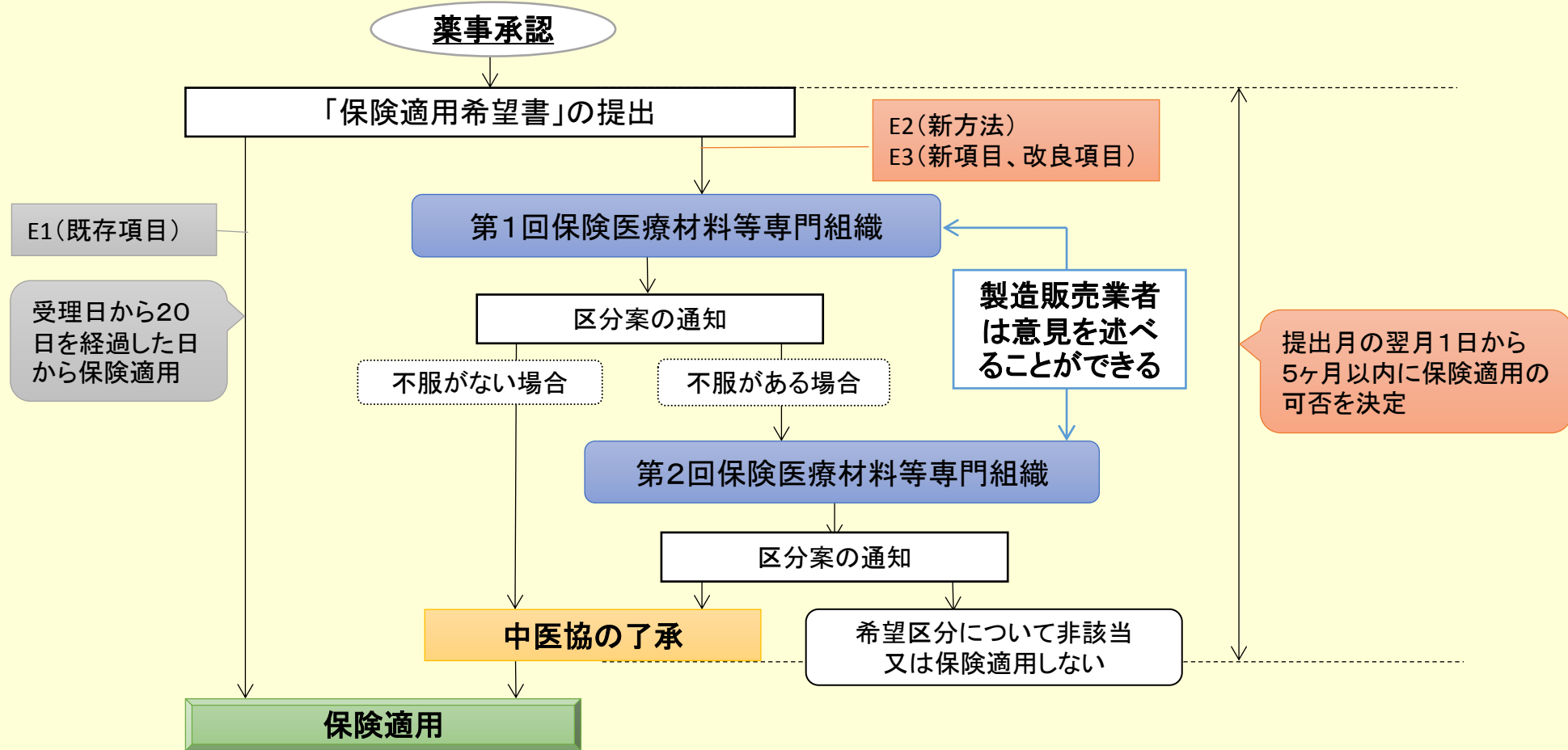
保険適用希望書の提出後から保険適用までの期間(240日に限る)、評価療養の対象とする



医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価②

質の高い臨床検査の適正な評価③

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



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

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価③

放射線撮影等の適正な評価

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

【現行】

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

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

【改定後】

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

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

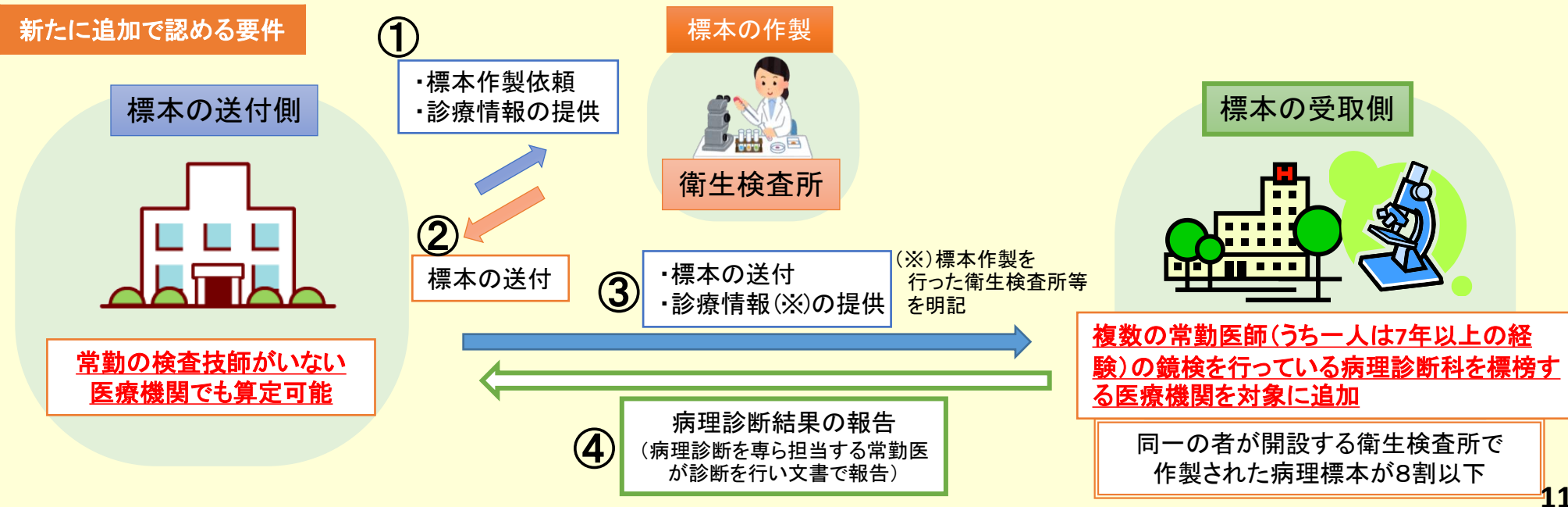
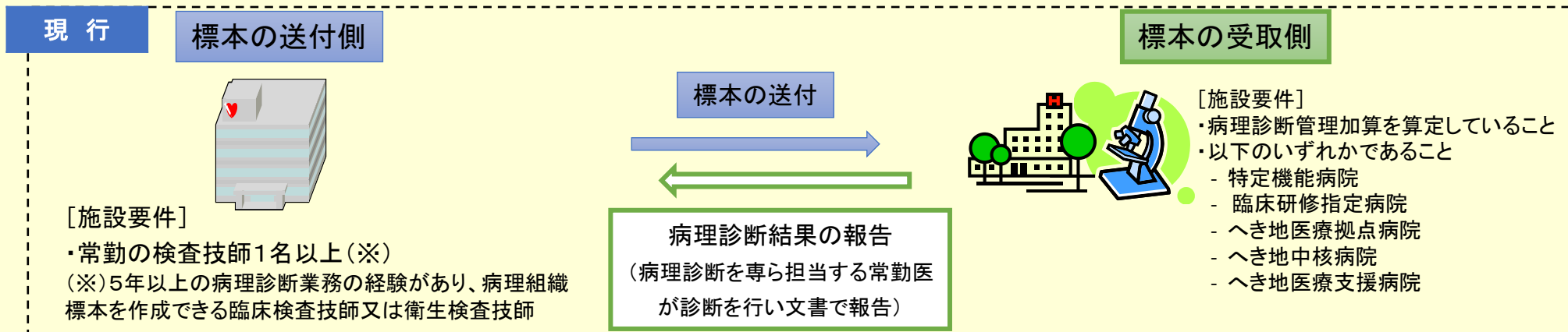
※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

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

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価④

保険医療機関間連携による病理診断の要件見直し

➤ 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。

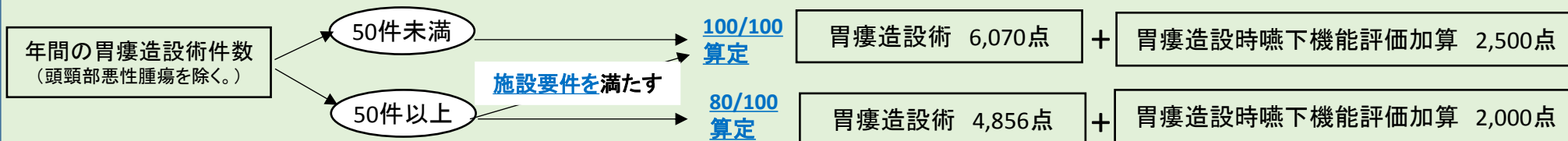


医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑤

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)}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

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

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

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

(例) 卵巣がんを対象とした医師主導治験

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

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

手術等医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

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

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

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

2. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

3. 外科的手術等の適切な評価

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

4. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

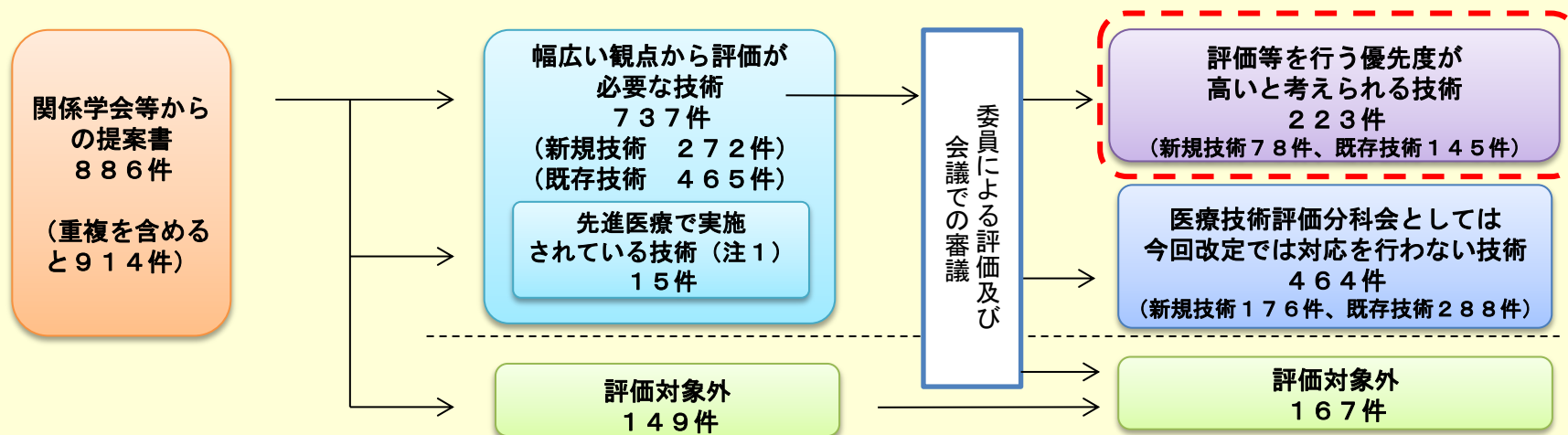
手術等医療技術の適切な評価②

1. 医療技術評価分科会での検討

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

【評価の実施方法等】

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



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

例)

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

手術等医療技術の適切な評価③

新たな手術の評価

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

(新) 内視鏡下鼻腔手術 I 型(下鼻甲介手術) 5, 520点

(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) 腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術 158, 450点 ほか

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

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



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

現行	
直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8, 410点



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

現行	
経皮的動脈弁置換術	37, 430点



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

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



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

※「注」の加算対象

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

手術等医療技術の適切な評価⑤

基礎的な技術等の再評価

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

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



手術等医療技術の適切な評価⑥

検体検査の評価

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

1. 新たな検査の保険適用

(新) 血液化学検査 セレン 144点

[算定要件]

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

(新) HTLV-1 PCR検査 450点

[算定要件]

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

2. 検体採取の評価

一定の手技と時間を要する検体採取について、評価を行う。

(新) 鼻腔・咽頭拭い液採取料 5点

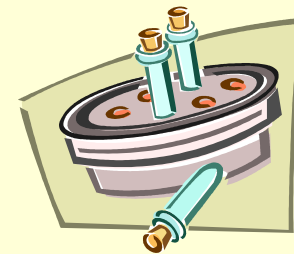
3. 評価の引き上げ

熟練した検査技術やコストを要する検査について、評価の引き上げを行う。

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



2,000点
280点
180点
210点
170点
160点



手術等医療技術の適切な評価⑦

検体検査の評価(続き)

4. 免疫電気泳動検査の評価の見直し

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

現行	
免疫電気泳動法	240点



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

[算定要件]

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

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

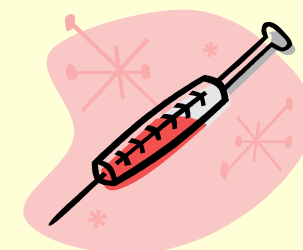
➤ 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

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



<u>147点</u>
<u>110点</u>
<u>115点</u>



手術等医療技術の適切な評価⑧

下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

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

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

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

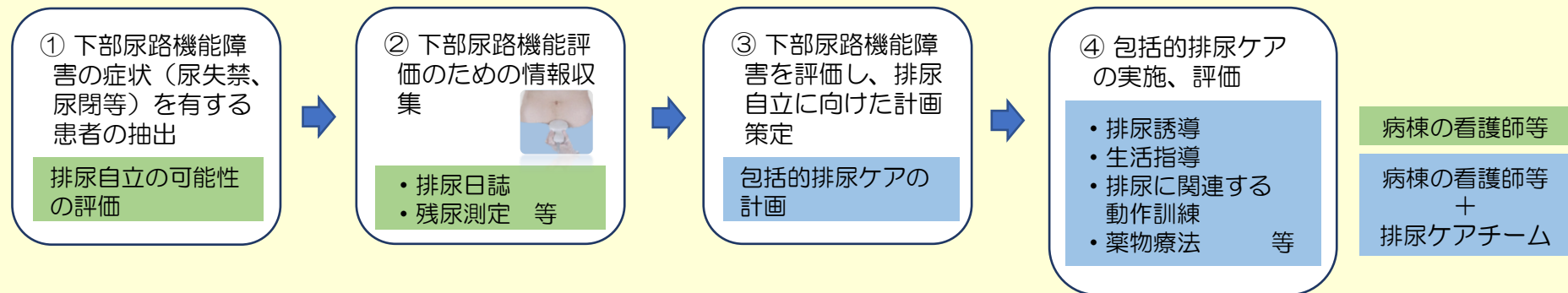
排尿自立指導料 (Urinary Care)

月 日

起算時間 午後 時 分
算定時間 午後 時 分

注: 本診療報酬改定より改定された診療項目について

診療項目	算定回数	算定単価	算定総額
1 排尿自立指導料	1	200	200
2 排尿自立指導料	1	200	200
3 排尿自立指導料	1	200	200
4 排尿自立指導料	1	200	200
5 排尿自立指導料	1	200	200
6 排尿自立指導料	1	200	200
7 排尿自立指導料	1	200	200
8 排尿自立指導料	1	200	200
9 排尿自立指導料	1	200	200
10 排尿自立指導料	1	200	200
11 排尿自立指導料	1	200	200
12 排尿自立指導料	1	200	200
13 排尿自立指導料	1	200	200
14 排尿自立指導料	1	200	200
15 排尿自立指導料	1	200	200
16 排尿自立指導料	1	200	200
17 排尿自立指導料	1	200	200
18 排尿自立指導料	1	200	200
19 排尿自立指導料	1	200	200
20 排尿自立指導料	1	200	200
21 排尿自立指導料	1	200	200
22 排尿自立指導料	1	200	200
23 排尿自立指導料	1	200	200
24 排尿自立指導料	1	200	200
25 排尿自立指導料	1	200	200
26 排尿自立指導料	1	200	200
27 排尿自立指導料	1	200	200
28 排尿自立指導料	1	200	200
29 排尿自立指導料	1	200	200
30 排尿自立指導料	1	200	200
31 排尿自立指導料	1	200	200
32 排尿自立指導料	1	200	200
33 排尿自立指導料	1	200	200
34 排尿自立指導料	1	200	200
35 排尿自立指導料	1	200	200
36 排尿自立指導料	1	200	200
37 排尿自立指導料	1	200	200
38 排尿自立指導料	1	200	200
39 排尿自立指導料	1	200	200
40 排尿自立指導料	1	200	200
41 排尿自立指導料	1	200	200
42 排尿自立指導料	1	200	200
43 排尿自立指導料	1	200	200
44 排尿自立指導料	1	200	200
45 排尿自立指導料	1	200	200
46 排尿自立指導料	1	200	200
47 排尿自立指導料	1	200	200
48 排尿自立指導料	1	200	200
49 排尿自立指導料	1	200	200
50 排尿自立指導料	1	200	200
51 排尿自立指導料	1	200	200
52 排尿自立指導料	1	200	200
53 排尿自立指導料	1	200	200
54 排尿自立指導料	1	200	200
55 排尿自立指導料	1	200	200
56 排尿自立指導料	1	200	200
57 排尿自立指導料	1	200	200
58 排尿自立指導料	1	200	200
59 排尿自立指導料	1	200	200
60 排尿自立指導料	1	200	200
61 排尿自立指導料	1	200	200
62 排尿自立指導料	1	200	200
63 排尿自立指導料	1	200	200
64 排尿自立指導料	1	200	200
65 排尿自立指導料	1	200	200
66 排尿自立指導料	1	200	200
67 排尿自立指導料	1	200	200
68 排尿自立指導料	1	200	200
69 排尿自立指導料	1	200	200
70 排尿自立指導料	1	200	200
71 排尿自立指導料	1	200	200
72 排尿自立指導料	1	200	200
73 排尿自立指導料	1	200	200
74 排尿自立指導料	1	200	200
75 排尿自立指導料	1	200	200
76 排尿自立指導料	1	200	200
77 排尿自立指導料	1	200	200
78 排尿自立指導料	1	200	200
79 排尿自立指導料	1	200	200
80 排尿自立指導料	1	200	200
81 排尿自立指導料	1	200	200
82 排尿自立指導料	1	200	200
83 排尿自立指導料	1	200	200
84 排尿自立指導料	1	200	200
85 排尿自立指導料	1	200	200
86 排尿自立指導料	1	200	200
87 排尿自立指導料	1	200	200
88 排尿自立指導料	1	200	200
89 排尿自立指導料	1	200	200
90 排尿自立指導料	1	200	200
91 排尿自立指導料	1	200	200
92 排尿自立指導料	1	200	200
93 排尿自立指導料	1	200	200
94 排尿自立指導料	1	200	200
95 排尿自立指導料	1	200	200
96 排尿自立指導料	1	200	200
97 排尿自立指導料	1	200	200
98 排尿自立指導料	1	200	200
99 排尿自立指導料	1	200	200
100 排尿自立指導料	1	200	200



[施設基準]

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

手術等医療技術の適切な評価⑨

無菌製剤処理の評価

- 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)]	
<ul style="list-style-type: none"> 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 <u>(薬剤による区別を削除)</u>	<u>180点</u>
ロ イ以外の場合	<u>45点</u>
[算定要件(抜粋)]	
<ul style="list-style-type: none"> <u>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。</u> 	

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

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

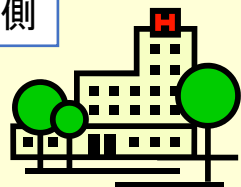
[脳波検査判断料1に係る施設基準の概要]

- (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

受信側



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

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	
病理診断料 1 組織診断料	400点



改定後	
病理診断料 1 組織診断料	450点

2. セルブロック法を用いた標本作製の評価

現行	
細胞診 (新設)	



改定後	
細胞診 (新) 3 セルブロック法によるもの	860点

[算定要件]

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

在宅自己導尿カテーテルについての評価の見直し

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

現行	
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点



改定後	
特殊カテーテル加算	
1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル	
(新) 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

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

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

現行
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)
(新設)



改定後	
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
(新) 注 乳房MRI撮影加算	100点
[算定要件] 触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応の決定及び術式を決定するために、1.5T以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用した場合に限って算定できる。 [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	注3 体外照射用固定器具加算	1,000点
頭頸部腫瘍に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限って算定できる。		



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

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)



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) 前立腺癌(限局性で転移病巣のないもの)

手術等医療技術の適切な評価⑬

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

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

例)

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



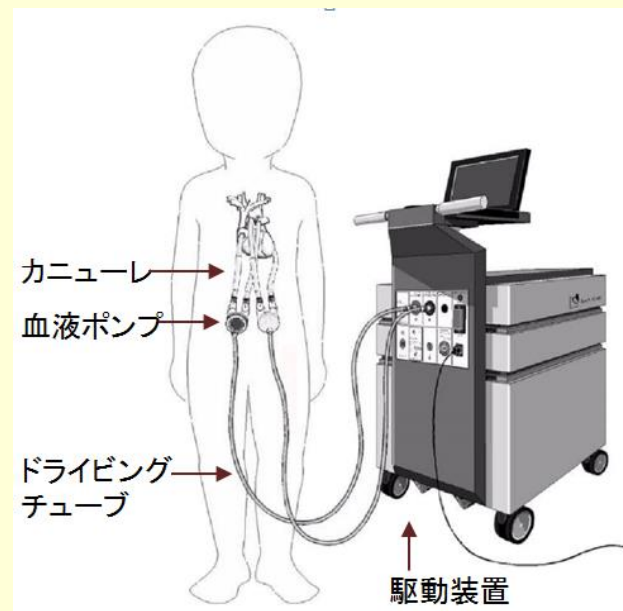
改定後	
<u>(新) 小児補助人工心臓(1日につき)</u>	
<u>1 初日</u>	<u>63,150点</u>
<u>2 2日目以降30日目まで</u>	<u>8,680点</u>
<u>3 31日目以降</u>	<u>7,680点</u>

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

関連する特定保険医療材料:

129 補助人工心臓セット (1) 体外型 ② 小児用

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



手術等医療技術の適切な評価⑭

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

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

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

関連する特定保険医療材料:

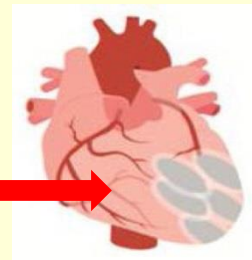
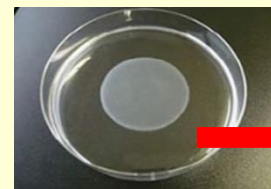
189 ヒト骨格筋由来細胞シート

(1) 採取・継代培養キット

6,360,000円

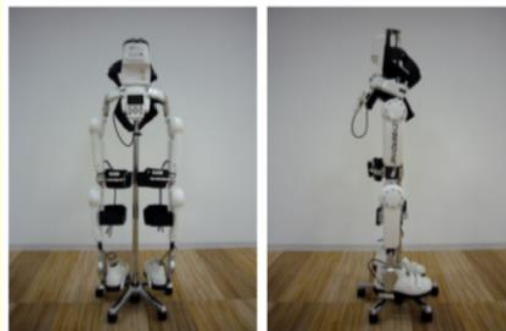
(2) 回収・調製キット

1,680,000円(1枚当たり)



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

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



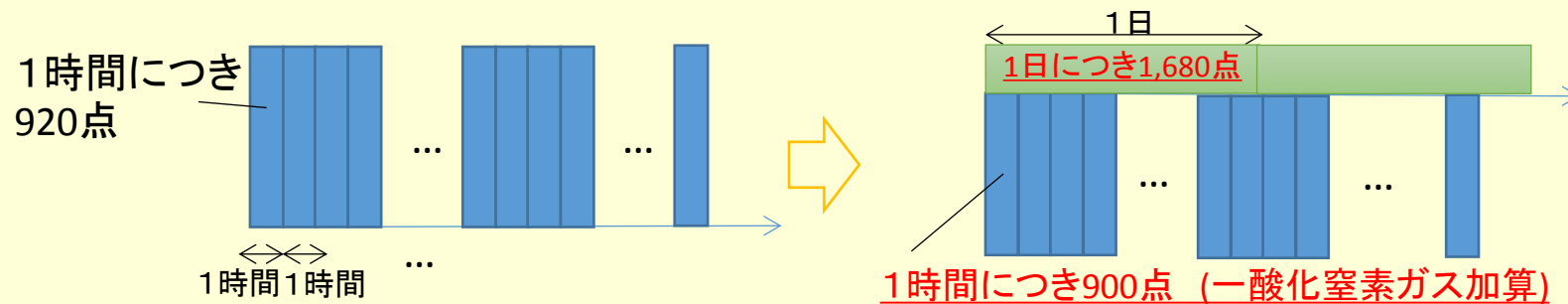
(留意事項(要点))

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

手術等医療技術の適切な評価⑮

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

例)	現行(準用技術)	改定後
	一酸化窒素吸入療法 920点	(新) 一酸化窒素吸入療法(1日につき) 2 心臓手術周術期に実施する場合 1,680点



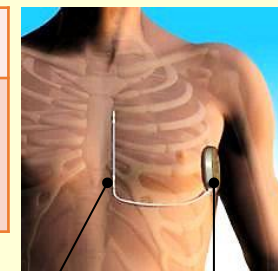
一酸化窒素ガス
一酸化窒素ガス管理システム

(留意事項)

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

例)	現行(準用技術)	改定後
	K174 水頭症手術 24,310点 2 シヤント手術	(新) 植込型除細動器移植術 24,310点 2 皮下植込型リードを用いるもの

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



パルスジェネレータ
リード

外保連試案を活用した手術料の見直し

外保連試案を活用した手術料の見直し

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

(引き上げを行う項目の例)

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

先進医療からの保険導入①

先進医療からの保険導入

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

導入した技術(医科:一覧)(13技術)

凍結保存同種組織を用いた外科治療	単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断
陽子線治療	網膜芽細胞腫の遺伝子診断
重粒子線治療	腹腔鏡下仙骨脛固定術
非生体ドナーから採取された同種骨・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	

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:

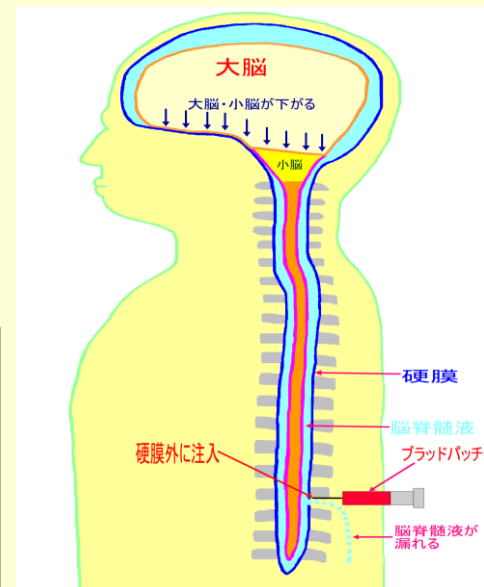
脊髄液(脳及び脊髄を守る働きをしている液)が、硬膜から漏出している場合に患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、漏出を止める技術。

[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确实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手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

70, 730点

技術の概要:

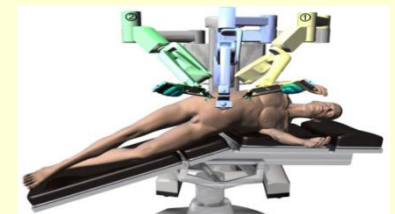
手術ロボットに設置された、精緻な動きが可能なアームによって内視鏡下に腎がんの部分切除を行う技術で、出血量の減少・腎の阻血時間の短縮が見込める。

[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



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

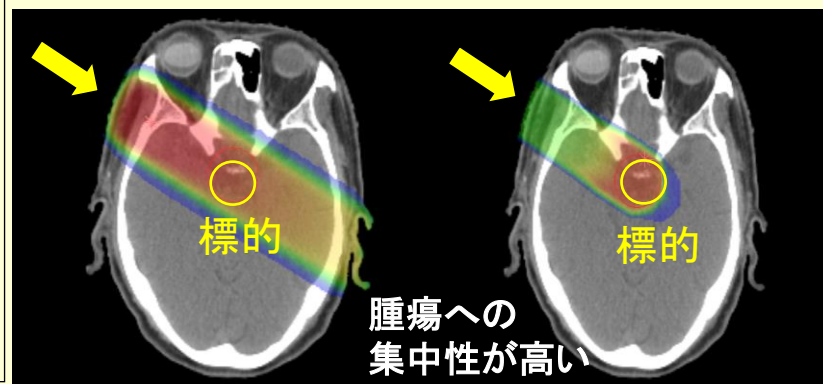
③ 粒子線治療医学管理加算

※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

エックス線

陽子線



手術等医療技術の適切な評価(歯科)

新規医療技術の保険導入

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

先進医療の保険導入

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

【施設基準】

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



効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

後発医薬品の使用促進等について①

診療所における後発医薬品使用体制の評価

- 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

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

改定後

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

旧指標

後発医薬品の採用品目数
全医薬品の採用品目数

新指標

後発医薬品の数量
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品の数量

一般名処方加算等の見直し

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

現行

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。

改定後

一般名処方加算1 3点
一般名処方加算2 2点

[算定要件]

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

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

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。

医薬品の適正使用の推進②

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

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

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

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

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

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の精算に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

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

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

重症化予防の取組の推進①

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

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

糖尿病透析予防指導管理料

(新) 腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

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

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

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

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

現行

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

(新設)

改定後

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

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

重症化予防の取組の推進②

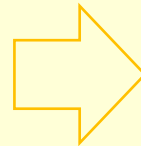
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

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

現行(対象者)

以下の全てを満たす者

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



改定後(対象者)

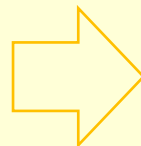
以下の全てを満たす者

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

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

現行(主な施設基準)

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



改定後(主な施設基準)

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

重症化予防の取組の推進③

透析医療に係る評価の適正化

<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]

- 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。
- 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。
- 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。

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

<コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準>

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

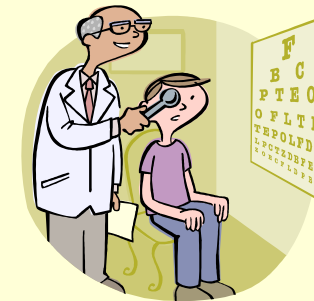
- ① 眼科の病床を有すること。
- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。
- ③ コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。

<コンタクトレンズ検査料2に関する施設基準>

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

<コンタクトレンズ検査料3に関する施設基準>

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



医薬品、医療機器、検査等の適正な評価②

湿布薬の適正給付

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

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価③

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

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

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

【食事療養】	
1 入院時食事療養(Ⅰ) (1食につき)	640円
2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき)	506円
【生活療養】	
1 入院時生活療養(Ⅰ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	554円
2 入院時生活療養(Ⅱ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	420円



【食事療養】	
1 入院時食事療養(Ⅰ) (1食につき)	
(1) (2)以外の場合	640円
(2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	575円
2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき)	
(1) (2)以外の場合	506円
(2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	455円
【生活療養】	
1 入院時生活療養(Ⅰ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	
イ ロ以外の場合	554円
ロ 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	500円
2 入院時生活療養(Ⅱ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	420円

▶流動食のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする※。

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

診療報酬点数表の簡素化

技術料の削除

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

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

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

- ② 内容がほとんど同じである別の手術料が存在する。

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

- ③ 使用可能な医療機器の販売が終了している。

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

施設基準に係る届出の一部簡素化について

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

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

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

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

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

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

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

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

経過措置等について①

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

経過措置等について②

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

経過措置等について③

項目	経過措置
24 ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し	平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。
25 向精神薬多剤投与に係る報告	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
32 訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定	同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。

経過措置等について④

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

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票 研修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料(注7)	<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。