

平成28年度  
診療報酬改定に伴う  
『施設基準』等について

東北厚生局

# 診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していない**ので、**ご注意ください**。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0304第1号平成28年3月4日)

○特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0304第2号平成28年3月4日) 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(保医発0304第3号平成28年3月4日) 等

# 届出書様式 (表紙)

別添 7

## 基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号 (夜朝)	第	号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:				
(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において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揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。				
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。				
平成 年 月 日				
保険医療機関の所在地及び名称				
		開設者名	印	
東北厚生局長 殿				
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。				

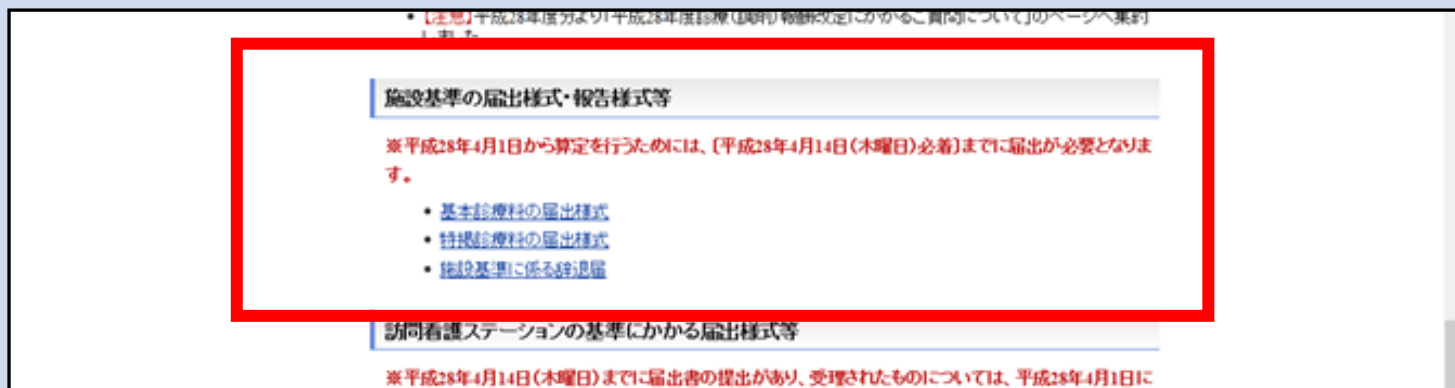
別添 2

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において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揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
平成 年 月 日			
保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称			
		開設者名	印
東北厚生局長 殿			
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。			

## 届出様式のホームページからの入手方法

### ○東北厚生局トップページの 「平成28年度診療(調剤)報酬改定」のバナーから



## 平成28年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問について

- ご質問につきましては、次の「平成28年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問票」をご記入のうえ、指導監査課又は各県事務所あてに、FAXまたは郵送により提出をお願いいたします。
- また、参考となる資料等がございましたら質問票に添付願います。
- 照会いただきましたご質問に対しては、個別に口頭にて回答させていただきます。
- なお、ご質問の内容によっては回答にお時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

様式	<a href="#">質問票(エクセル:14KB)</a>	FAXまたは郵送による提出をお願いします。
	<a href="#">質問票(PDF:171KB)</a>	

平成28年度 診療(調剤)報酬改定にかかる質問票

質問年月日 平成 年 月 日 [ 医科・歯科・調剤 ] いずれかに○を付してください

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード		
	保険医療機関名称 または保険薬局名称		
	連絡先	電話番号	( ) -
		課または係名	
	担当者氏名		
( 質問内容 ) [ 区分: ]			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。  
 ※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・郵送先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	ファクシミリ番号	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	〒030-0801 青森県青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9072	〒020-0024 盛岡市菜園1-12-18 盛岡菜園センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	022-726-9268	〒980-8426 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7078	〒010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0139	〒990-0039 山形市香澄町2-2-36 山形センタービル6階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5032	〒960-8021 福島市霞町1-46 福島合同庁舎4階

**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あたり届出の必要なもの（基本1）**

## ○基本診療料

- ・ 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1
- ・ 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
- ・ 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。）
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 総合入院体制加算2
- ・ 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
- ・ 看護職員夜間1.2対1配置加算1
- ・ 看護職員夜間1.6対1配置加算



## 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あたり届出の必要なもの（基本2）

### ○基本診療料（つづき）

- ・ 看護補助加算の注2に掲げる夜間7.5対1看護補助加算
- ・ 看護補助加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- ・ 病棟薬剤業務実施加算2
- ・ 退院支援加算1又は3
- ・ 退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算
- ・ 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A238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。）
- ・ 認知症ケア加算
- ・ 精神疾患診療体制加算
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 地域移行機能強化病棟入院料



**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1）**

## ○基本診療料

- 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。）
- 一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 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。）
- 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
- 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。）
- 療養病棟入院基本料2—（注11に規定する届出に限る。）—（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 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。）
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。10対1入院基本料に限る。）（平成29年4月1日以降に算定する場合に限る。）

**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2）**

### ○基本診療料（つづき）

- ・ 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。）
- ・ 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
- ・ 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。）
- ・ 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 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。）
- ・ 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
- ・ 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。）
- ・ 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。）

**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3）**

### ○基本診療料（つづき）

- ・急性期看護補助体制加算（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・看護職員夜間12対1配置加算2（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。）
- ・後発医薬品使用体制加算
- ・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。）
- ・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。）

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、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が必要でないもの（基本）

## ○基本診療料

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
病棟薬剤業務実施加算	→	病棟薬剤業務実施加算1
退院調整加算（注3の規定によるものを除く）	→	退院支援加算2
退院調整加算（注3の規定によるもの）	→	退院支援加算（注5の規定によるもの）
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
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

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あたり届出の必要なもの（特掲1）

### ○特掲診療料

- ・ 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
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ **かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所**
- ・ 排尿自立指導料
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 電子的診療情報評価料
- ・ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- ・ 在宅療養実績加算2
- ・ 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
- ・ **歯科訪問診療料の注13に規定する基準**
- ・ 遺伝学的検査（注に規定する届出に限る。）
- ・ 国際標準検査管理加算
- ・ 長期脳波ビデオ同時記録検査1
- ・ 脳波検査判断料1
- ・ 遠隔脳波診断
- ・ コンタクトレンズ検査料2
- ・ **有床義歯咀嚼機能検査**

## 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あたり届出の必要なもの（特掲2）

### ○特掲診療料（つづき）

- ・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。）
- ・磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（注5に規定する届出に限る。）
- ・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。）
- ・外来後発品使用体制加算
- ・摂食機能療法の注2に掲げる経口摂取回復促進加算2
- ・リンパ浮腫複合的治療料
- ・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
- ・救急患者精神科継続支援料
- ・依存症集団療法
- ・認知療法・認知行動療法3
- ・硬膜外自家血注入
- ・歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
- ・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
- ・人工膀胱療法
- ・手術用顕微鏡加算
- ・同種骨移植（特殊なもの）

**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あたり届出の必要なもの（特掲3）**

### ○特掲診療料（つづき）

- ・内視鏡下甲状腺部分切除、甲状腺腫摘出術
- ・内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
- ・内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
- ・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）
- ・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。）
- ・内視鏡下筋層切開術
- ・骨格筋由来細胞シート心表面移植術
- ・胆管悪性手術（臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
- ・腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術
- ・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）
- ・腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ・凍結保存同種組織加算
- ・粒子線治療
- ・粒子線治療の注3に掲げる粒子線治療適応判定加算
- ・粒子線治療の注4に掲げる粒子線治療医学管理加算



**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あたり届出の必要なもの（特掲4）**

○特掲診療料（つづき）

- 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
- 調剤基本料1、2、3、4又は5
- 調剤基本料（注1ただし書に規定する届出）
- 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

施設基準の改正により、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（特掲）

## ○特掲診療料

- ・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。）
- ・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。）
- ・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。）
- ・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。）
- ・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）
- ・腹腔鏡下肝切除術（3、4、5又は6を算定する場合に限る。）
- ・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。）
- ・歯根端切除手術の注3
- ・基準調剤加算
- ・後発医薬品調剤体制加算1又は2

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、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が必要でないもの（特掲）

## ○特掲診療料

在宅療養実績加算	→	在宅療養実績加算 1
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
人工膵臓	→	人工膵臓検査
経口摂取回復促進加算	→	経口摂取回復促進加算 1
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）
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）
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）
在宅かかりつけ歯科診療所加算	→	在宅歯科医療推進加算
歯科技工加算	→	歯科技工加算 1 及び 2
経皮的動脈弁置換術	→	経カテーテル動脈弁置換術

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
- 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
- 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
- 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

( )内は届出が必要な別の項目の例

○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)

○植込型除細動器移行期加算  
(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシ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)

○経皮的動脈遮断術  
(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)

○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)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

## 施設基準に係る届出の一部簡素化について(その3)

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)

- 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

- 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

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- 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(※)

※は平成28年度診療報酬改定  
で新設された点数

# 施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出に当たっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出に当たっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正副2組作成し提出すること。

## ※提出期限

平成28年4月1日から算定するためには、

**平成28年4月14日（木）必着**  
で提出すること。



# 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直し(その1)

## 現行

(主な施設基準)

### 【7対1入院基本料】

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。

【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.5割以上入院させる病棟であること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】

新規入院患者のうち一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が1割以上入院させる病棟であること。

## 改定後

(主な施設基準)

### 【7対1入院基本料】

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。

【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.6割以上入院させる病棟であること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】

新規入院患者のうち一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が0.5割以上入院させる病棟であること。

## 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直し(その2)

### [経過措置]

- ・ 平成28年3月31日に当該入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を除く）の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ・ 7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあつては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が2割3分以上であることとする。

# 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直し(その3)

## 現行

### 【基準の見直し】

[一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上。

[地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上。

## 改定後

### 【基準の見直し】

[一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]

### 次のいずれかの基準を満たすこと

- ・ モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上
- ・ モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上
- ・ 手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上

[地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上。

# 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直し(その4)

## 現行

### 【評価項目の見直し】

#### A項目（モニタリング及び処置等）

1～6 略

7 専門的な治療・処置

①～⑩略

#### B項目（患者の状況等）

8 寝返り

9 起き上がり

10 座位保持

11 移乗

12 口腔清潔

13 食事摂取

14 衣服の着脱

## 改定後

### 【評価項目の見直し】

#### A項目（モニタリング及び処置等）

1～6 略

7 専門的な治療・処置

①～⑩略

⑪ 無菌治療室での治療

8 救急搬送後の入院（2日間）

#### B項目（患者の状況等）

9 寝返り

(削除)

(削除)

10 移乗

11 口腔清潔

12 食事摂取

13 衣服の着脱

14 診療・療養上の指示が通じる

15 危険行動

# 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直し(その5)

現行

【評価項目の見直し】

(新設)

改定後

【評価項目の見直し】

C項目（手術等の医学的状況）

16 開頭手術（7日間）

17 開胸手術（7日間）

18 開腹手術（5日間）

19 骨の手術（5日間）

20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）

21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（16から20を除く）（2日間）

22 救命等に係る内科的治療（2日間）

① 経皮的血管内治療

② 経皮的心筋焼灼術等の治療

③ 侵襲的な消化器治療

# 看護必要度加算の見直し

現行	改定後
【看護必要度加算（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）】	【看護必要度加算（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）】
イ 看護必要度加算1 <span style="float: right;">30点</span>	イ <u>看護必要度加算1</u> <span style="float: right;">55点 (新)</span>
ロ 看護必要度加算2 <span style="float: right;">15点</span>	ロ 看護必要度加算2 <span style="float: right;">45点</span>
	ハ 看護必要度加算3 <span style="float: right;">25点</span>

## 【主な施設基準】

### イ 看護必要度加算1

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。

### ロ 看護必要度加算2

一般病棟用 病棟用 病棟用 の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること。

## 【主な施設基準】

### イ 看護必要度加算1

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。

### ロ 看護必要度加算2

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。

### ハ 看護必要度加算3

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。

## [経過措置]

平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準を満たしているものとする。

## 病棟群単位による届出(その1)

一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

### [届出等に関する手続きの取扱い]

- (1) 届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む。）を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- (2) 病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- (3) 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- (4) 当該届出措置を利用した場合には、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること（特定機能病院は除く。）。
- (5) 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



# 病棟群単位による届出(その2)

## [入院基本料と加算等に係る施設基準]

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

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

## 在宅復帰率の要件見直し（その1）

### 現行

【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】

[自宅等に退院した患者の割合の基準]

当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が7割5分以上であること。

[自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者]

自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室並びに介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者。

### 改定後

【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】

[自宅等に退院した患者の割合の基準]

当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。

[自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者]

自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所入院基本料(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。)、有床診療所療養病床入院基本料(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。)を算定する病棟及び病室並びに介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者。

## 在宅復帰率の要件見直し（その2）

### 現行

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】

〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕

自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者

### 改定後

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】

〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕

自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病室に退院した患者及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者

## 有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

### (新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点（1日につき）

#### [主な施設基準]

- (1) 有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 次のいずれにも適合すること
  - ① 直近6か月間に退院した患者の在宅復帰率が7割以上である。
  - ② 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録している。
- (3) 平均在院日数が60日以下である。

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

#### [主な施設基準]

- (1) 次のいずれにも適合すること
  - ① 直近6か月間に退院した患者の在宅復帰率が5割以上であること。
  - ② 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録している。
- (2) 平均在院日数が365日以下である。

## 「特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度」の見直し(その1)

### 現行

#### 【主な施設基準】

#### 特定集中治療室管理料 1 及び 2

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 9割以上 入院させていること。

#### 特定集中治療室管理料 3 及び 4

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 8割以上 入院させていること

### 改定後

#### 【主な施設基準】

#### 特定集中治療室管理料 1 及び 2

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 8割以上 入院させていること。

#### 特定集中治療室管理料 3 及び 4

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 7割以上 入院させていること。

#### [経過措置]

平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

「特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度」の見直し(その2)

現行	改定後
<p>特定集中治療室管理料                      [「重症度、医療・看護必要度」の基準]                      A項目の得点が<u>3点以上</u>かつB項目の得点が3点以上であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 心電図モニターの管理 1点</li> <li>② 輸液ポンプの管理 1点</li> <li>③ シリンジポンプの管理 1点</li> <li>④ 動脈圧測定 <u>1点</u></li> <li>⑤ 中心静脈圧測定 <u>1点</u></li> <li>⑥ 人工呼吸器の装着 <u>1点</u></li> <li>⑦ 輸血や血液製剤の管理 <u>1点</u></li> <li>⑧ 肺動脈圧測定 <u>1点</u></li> <li>⑨ 特殊な治療法等 <u>1点</u></li> </ul> <p>(2) B項目（患者の状況等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ 寝返り 1～2点</li> <li>⑪ <u>起き上がり</u> 1点</li> <li>⑫ <u>座位保持</u> 1～2点</li> <li>⑬ 移乗 1～2点</li> <li>⑭ 口腔清潔 1点</li> </ul>	<p>特定集中治療室管理料                      [「重症度、医療・看護必要度」の基準]                      A項目の得点が<u>4点以上</u>かつB項目の得点が3点以上であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 心電図モニターの管理 1点</li> <li>② 輸液ポンプの管理 1点</li> <li>③ シリンジポンプの管理 1点</li> <li>④ 動脈圧測定 <u>2点</u></li> <li>⑤ 中心静脈圧測定 <u>2点</u></li> <li>⑥ 人工呼吸器の装着 <u>2点</u></li> <li>⑦ 輸血や血液製剤の管理 <u>2点</u></li> <li>⑧ 肺動脈圧測定 <u>2点</u></li> <li>⑨ 特殊な治療法等 <u>2点</u></li> </ul> <p>(2) B項目（患者の状況等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ 寝返り 1～2点</li> <li><u>(削除)</u></li> <li><u>(削除)</u></li> <li>⑪ 移乗 1～2点</li> <li>⑫ 口腔清潔 1点</li> <li><u>⑬ 食事摂取 1～2点</u></li> <li><u>⑭ 衣服の着脱 1～2点</u></li> <li><u>⑮ 診療・療養上の指示が通じる 1点</u></li> <li><u>⑯ 危険行動 2点</u></li> </ul>



# 「特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度」の見直し(その3)

## 現行

### 【ハイケアユニット入院医療管理料】

[「重症度、医療看護必要度」の基準]

A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が7点以上であること。

(1) A項目（モニタリング及び処置等）

①～⑬略

(2) B項目（患者の状況等）

⑭ 床上安静の指示 1点

⑮ どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 1点

⑯ 寝返り 1～2点

⑰ 起き上がり 1点

⑱ 座位保持 1～2点

⑲ 移乗 1～2点

⑳ 移動方法 1点

㉑ 口腔清潔 1点

㉒ 食事摂取 1～2点

㉓ 衣服の着脱 1～2点

㉔ 他者への意思の伝達 1～2点

㉕ 診療・療養上の指示が通じる 1点

㉖ 危険行動 1点

## 改定後

### 【ハイケアユニット入院医療管理料】

[「重症度、医療看護必要度」の基準]

A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が4点以上であること。

(1) A項目（モニタリング及び処置等）

①～⑬略

(2) B項目（患者の状況等）

(削除)

(削除)

⑭ 寝返り 1～2点

(削除)

(削除)

⑮ 移乗 1～2点

(削除)

⑯ 口腔清潔 1点

⑰ 食事摂取 1～2点

⑱ 衣服の着脱 1～2点

(削除)

⑲ 診療・療養上の指示が通じる 1点

⑳ 危険行動 2点

## 総合入院体制加算の見直し（その1）

現行	改定後										
<p>【総合入院体制加算】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">総合入院体制加算 1</td> <td style="text-align: center;">240点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">総合入院体制加算 2</td> <td style="text-align: center;">120点</td> </tr> </table>	総合入院体制加算 1	240点	総合入院体制加算 2	120点	<p>【総合入院体制加算】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">総合入院体制加算 1</td> <td style="text-align: center;">240点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>総合入院体制加算 2</u></td> <td style="text-align: center;"><u>180点(新)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">総合入院体制加算 3</td> <td style="text-align: center;">120点</td> </tr> </table>	総合入院体制加算 1	240点	<u>総合入院体制加算 2</u>	<u>180点(新)</u>	総合入院体制加算 3	120点
総合入院体制加算 1	240点										
総合入院体制加算 2	120点										
総合入院体制加算 1	240点										
<u>総合入院体制加算 2</u>	<u>180点(新)</u>										
総合入院体制加算 3	120点										
<p>【主な施設基準】 総合入院体制加算 1</p> <p>① 年間の手術件数が 800件以上であること。また、実績要件をすべて満たしていること。</p>	<p>【主な施設基準】 総合入院体制加算 1</p> <p>① 年間の手術件数が 800件以上であること。また、実績要件をすべて満たしていること。</p> <p>② <u>当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。</u></p> <p>③ <u>公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。</u></p>										



## 総合入院体制加算の見直し（その2）

現行

改定後

【主な施設基準】

（新設）

【主な施設基準】

### 総合入院体制加算2

- ① 年間の手術件数が800件以上であること、年間の救急用の自動車等による搬送件数が2,000件以上であること。また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも4つ以上満たしていること。
- ② 精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があり、以下のいずれも満たすこと。
  - イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。
  - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間 20件以上であること。
- ③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。
- ④ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

## 総合入院体制加算の見直し（その3）

### 現行

#### 【主な施設基準】

#### 総合入院体制加算<sub>2</sub>

- ① 年間の手術件数が 800件以上であること。  
なお、実績要件を満たすことが望ましい。
- ② 精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。

### 改定後

#### 【主な施設基準】

#### 総合入院体制加算<sub>3</sub>

- ① 年間の手術件数が 800件以上であること、  
また実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも2つ以上を満たしていること。
- ② 精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があり、以下のいずれかを満たすこと。
  - イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。
  - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間 20件以上であること。
- ③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が2割7分以上であること。

## 総合入院体制加算の見直し（その４）

現行	改定後
【主な施設基準】	【主な施設基準】
[実績要件]	[実績要件]
ア) 人工心肺を用いた手術 40件/年以上	ア) 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
イ) 悪性腫瘍手術 400件/年以上	イ) 悪性腫瘍手術 400件/年以上
ウ) 腹腔鏡下手術 100件/年以上	ウ) 腹腔鏡下手術 100件/年以上
エ) 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上	エ) 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
オ) 化学療法 4,000件/年以上	オ) 化学療法 <u>1,000件/年以上</u>
カ) 分娩件数 100件/年以上	カ) 分娩件数 100件/年以上

### [経過措置]

平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

〔追加された届出に関する事項〕

500床以上の病床又は集中治療室等（※）を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病床数を1病棟までとする。

※ 救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料

〔経過措置〕

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

## 療養病棟入院基本料2の見直し

### 〔追加された施設基準〕

当該病棟の入院患者のうち、別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分3の患者）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（医療区分2の患者）との合計が5割以上であること。

ただし、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、別に定める下記の基準を満たしている場合には、平成30年3月31日までに限り、所定点数の100分の95を算定できる。

### 〔別に定める基準〕

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

### 〔経過措置〕

平成28年3月31日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

# 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算の見直し

## 現行

### [主な施設基準]

- ① 療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ② 当該病棟から退院した患者(当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。
- ③ 退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続することを確認していること。
- ④ 30.4を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10以上であること。

## 改定後

### [主な施設基準]

- ① 療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ② 当該病棟から退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。
- ③ 退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続することを確認していること。
- ④ 自院又は他院の一般病棟・地域包括ケア病棟(病室)から当該病棟に入院し自宅・居住系介護施設等に退院した年間の患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。)の数を当該病棟の年間平均入院患者数で除した数が100分の10以上であること。

### [経過措置]

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日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

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（その1）

- ・ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える。

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

現行	改定後
<p>【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】(抜粋) 【青森県】 <u>該当なし</u></p> <p>【岩手県】 <u>該当なし</u></p> <p>【秋田県】 <u>大館市、鹿角市、小坂町、由利本荘市、にかほ市</u></p> <p>【宮城県】 <u>該当なし</u></p>	<p>【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】(抜粋) 【青森県】 むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村、五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町</p> <p>【岩手県】 宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村、川井村、久慈市、普代村、野田村、洋野町、花巻市、北上市、遠野市、西和賀町、二戸市、軽米町、九戸村、一戸町、大船渡市、陸前高田市、住田町</p> <p>【秋田県】 北秋田市、上小阿仁村、湯沢市、羽後町、東成瀬村、大仙市、仙北市、美郷町</p> <p>【宮城県】 <u>該当なし</u></p>

## 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（その2）

現行	改定後
<p>【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】(抜粋) 【山形県】 <u>米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町、鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町</u></p> <p>【福島県】 <u>会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町</u></p>	<p>【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】(抜粋) 【山形県】 <u>新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村</u></p> <p>【福島県】 <u>下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町</u></p> <p><u>上記のほか、離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域(以下略)</u></p> <p>【宮城県】 大島、出島、江島、網地島、田代島、寒風沢島、野々島、桂島、朴島</p> <p>【山形県】 飛島</p>

### [経過措置]

平成28年1月1日において現に改正前の厚生労働大臣が定める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。



## 医師事務作業補助体制加算の見直し（その1）

### （評価対象の追加）

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

### 現行

#### [主な施設基準]（業務の場所）

医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。

### 改定後

#### [主な施設基準]（業務の場所）

医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。<sup>46</sup>

## 医師事務作業補助体制加算の見直し（その2）

現行	改定後
<p>[主な施設基準]</p> <p>[15対1及び<u>20対1</u>補助体制加算の施設基準] (略)</p> <p>[25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準] (略)</p> <p>[50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準]</p> <p>次のいずれかの要件を満たしていること。</p> <p>ア 「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」又は「25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。</p> <p>イ 年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。</p>	<p>[主な施設基準]</p> <p>[15対1補助体制加算の施設基準] (略)</p> <p>[<u>20対1</u>、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準] (略)</p> <p>[50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準]</p> <p>次のいずれかの要件を満たしていること。</p> <p>ア 「15対1補助体制加算の施設基準」又は「<u>20対1</u>、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。</p> <p>イ 年間の緊急入院患者数が100名以上 (<u>75対1及び100対1補助体制加算については50名以上</u>)の実績を有する病院であること。</p>

# 看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直し（その1）

## 現行

[入院基本料の主な施設基準]

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。

### 【削除】

キ 月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯に従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

## 改定後

[入院基本料の主な施設基準]

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意すること。

① 専ら夜勤時間帯に従事する者は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。

② 夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

## 看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直し（その2）

### 現行

[入院基本料の主な施設基準]

### 改定後

[入院基本料の主な施設基準]

- ③ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。
- ④ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。

## (新) 夜勤時間特別入院基本料

- イ 入院基本料の100分の70に相当する点数
- ロ イの点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

### [算定可能病棟]

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

### [主な施設基準]

- (1) 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- (2) 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生(支)局長に提出すること。

# 看護職員と看護補助者の業務分担の推進

## 現行

### 【入院基本料の通則事項】

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

## 改定後

### 【入院基本料の通則事項】

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

### 【急性期看護補助体制加算、看護補助加算】

#### [追加された主な施設基準]

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

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 \_\_\_\_\_

届出入院料等（届出区分） \_\_\_\_\_

本届出の病棟数 \_\_\_\_\_ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 \_\_\_\_\_ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25 対 1（看護補助者 5 割以上） ・ 25 対 1（看護補助者 5 割未満） ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無  
夜間 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無  
夜間 75 対 1 看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 \_\_\_\_\_人（算出期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）  
※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 \_\_\_\_\_人〔C／（日数×8）〕  
（参考）1日看護配置数（必要数）：  =〔（A／届出区分の数）×3〕※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 \_\_\_\_\_%〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 平均在院日数 \_\_\_\_\_日（算出期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）  
※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16時間） \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

⑤ 月平均夜勤時間数 \_\_\_\_\_時間〔（D-E）／B〕※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 \_\_\_\_\_人  
うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 \_\_\_\_\_人  
（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 \_\_\_\_\_人〔F／（日数×8）〕  
（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：  =〔（A／200）×3〕  
※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別 <sup>※1</sup>	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 <sup>※2</sup>	看護補助者の業務 <sup>※3</sup>	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 <sup>※6</sup>					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まれない者の夜勤時間数 <sup>※7</sup>
						(該当する一夜勤従事者につき) <sup>※4</sup>	数 <sup>※5</sup>	1日	2日	3日	...	日		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)					[C]		
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)					[D] <sup>※8</sup>	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F] <sup>※9</sup>		
1日看護配置数(必要数) <sup>※10</sup>		[(A/届出区分の数 <sup>※11</sup> ) × 3]				月平均1日当たり看護配置数					[C/(日数 × 8)]			
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)		[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数					[F/(日数 × 8)]			

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 &gt; 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数(必要数) <sup>※10</sup> [J]	[(A/届出区分の数 <sup>※11</sup> ) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[G+H/(日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[G/(日数 × 8)]
夜間看護補助配置数(必要数) <sup>※10</sup>	A/届出区分の数 <sup>※11</sup>
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I/(日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合(%)	[(K/J) × 100]

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。



- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。  
看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。  
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。  
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

## 夜間看護体制の充実（その1）

現行	改定後
<p data-bbox="112 401 643 451">【看護職員夜間配置加算】</p> <p data-bbox="137 515 624 565">看護職員夜間配置加算</p> <p data-bbox="726 572 865 622">50点</p>	<p data-bbox="996 401 1528 451">【看護職員夜間配置加算】</p> <p data-bbox="996 515 1731 565"><u>1 看護職員夜間12対1配置加算</u></p> <p data-bbox="1079 598 1808 705"><u>イ 看護職員夜間12対1配置加算1</u> 80点(新)</p> <p data-bbox="1085 738 1818 845"><u>ロ 看護職員夜間12対1配置加算2</u> 60点</p> <p data-bbox="996 909 1731 959"><u>2 看護職員夜間16対1配置加算</u></p> <p data-bbox="1562 966 1779 1016">40点(新)</p>

## 夜間看護体制の充実（その2）

[主な施設基準] ※救急医療を担う、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。

### (1) 看護職員夜間12対1配置加算

イ 夜勤を行う看護職員数は、常時12対1以上であること。

ロ 1のイは、次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が4項目以上の場合に限り算定する。

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。
- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。
- ⑤ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ⑦ 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

### (2) 看護職員夜間16対1配置加算

イ 夜勤を行う看護職員数は、常時16対1以上であること。

ロ (1)のロを満たすものであること。

### [留意事項]

夜勤の看護職員が最小必要数を超えた3人以上である場合に限る。

## 夜間看護体制の充実（その3）

現行	改定後
<b>【急性期看護補助体制加算】</b>	<b>【急性期看護補助体制加算】</b>
イ 夜間 <u>25対1</u> 急性期看護補助体制加算 <u>35点</u>	イ 夜間 <u>30対1</u> 急性期看護補助体制加算 <u>40点</u>
ロ 夜間 50対1 急性期看護補助体制加算 <u>25点</u>	ロ 夜間 50対1 急性期看護補助体制加算 <u>35点</u>
ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 <u>15点</u>	ハ 夜間 100対1 急性期看護補助体制加算 <u>20点</u>

### [留意事項]

夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

### 【急性期看護補助体制加算】

(新) 夜間看護体制加算

10点

#### [主な施設基準]

次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が3項目以上の場合に限り算定する。

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻（正循環）となる勤務編成（シフト）であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。
- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。
- ⑤ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ⑥ 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

## 夜間看護体制の充実(その5)

### 【看護補助加算】

(新) 夜間75対1看護補助加算 30点(1日につき)

#### [主な施設基準]

みなし補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

#### [留意事項]

一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟であること。

### 【看護補助加算】

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

#### [主な施設基準]

- イ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- ロ 次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が4項目以上の場合に限り算定する。
  - ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
  - ② 3交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
  - ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。
  - ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。
  - ⑤ 看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している、かつ、看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
  - ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
  - ⑦ 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

## 常勤配置の取扱いの明確化

### 【第1 基本診療料の施設基準等】

(新設)

基本診療料の施設基準における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間において、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。

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

### 【第1 特掲診療料の施設基準等】

(新設)

特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を含めることができること。

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



# 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し

## 現行

### 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 [主な施設基準]

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

## 改定後

### 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 [主な施設基準]

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する担当の医師が院外にいる場合に常時連絡が可能であり、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

## 画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

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

### 〔画像診断管理加算に追加された施設基準〕

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

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

## 手術・処置の時間外等加算1の見直し

### 現行

#### 【手術・処置の時間外等加算1】

##### [主な施設基準]

- (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者があるかを確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。
- (3) (2) の当直等を行った日が年間12日以内であること。（以下略）

### 改定後

#### 【手術・処置の時間外等加算1】

##### [主な施設基準]

- (2) <現行通り>

- (3) (2) の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては24日以内）であること。（以下略）

## 認知症に対する主治医機能の評価

(新) 認知症地域包括診療料 1, 515点 (月1回)

(新) 認知症地域包括診療加算 30点 (再診料1回につき加算)

[主な施設基準]

### 「認知症地域包括診療料」

地域包括診療料の届出を行っていること。

### 「認知症地域包括診療加算」

地域包括診療加算の届出を行っていること。

# 地域包括診療料等の見直し（その1）

## 現行

### 【地域包括診療料】

[主な施設基準]

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

#### ア 診療所の場合

- ① 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- ② 常勤の医師が3名以上配置されていること。
- ③ 在宅療養支援診療所であること。

#### イ 病院の場合

- ① 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪番制病院であること。
- ② 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- ③ 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

## 改定後

### 【地域包括診療料】

[主な施設基準]

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

#### ア 診療所の場合

- ① 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- ② 常勤の医師が2名以上配置されていること。
- ③ 在宅療養支援診療所であること。

#### イ 病院の場合

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- ② 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

## 地域包括診療料等の見直し（その2）

### 現行

#### 【地域包括診療加算】

#### [主な施設基準]

(略)

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。

- ① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- ② 常勤の医師が3名以上配置されている。
- ③ 在宅療養支援診療所である。

(略)

### 改定後

#### 【地域包括診療加算】

#### [主な施設基準]

(略)

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。

- ① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- ② 常勤の医師が2名以上配置されている。
- ③ 在宅療養支援診療所である。

(略)

## 小児かかりつけ医の評価

### (新) 小児かかりつけ診療料

#### 1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

#### 2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

### [主な施設基準]

- (1) 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- (2) 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- (4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
  - ① 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
  - ② 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
  - ③ 定期予防接種を実施
  - ④ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
  - ⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

# 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

現行	改定後
病棟薬剤業務実施加算（週1回） 100点	病棟薬剤業務実施加算 <u>1</u> （週1回） 100点 病棟薬剤業務実施加算 <u>2</u> <u>（1日につき）</u> 80点(新)

## [主な施設基準]

### 「病棟薬剤業務実施加算2」

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。



## 退院支援に関する評価の充実(その1)

### (新) 退院支援加算1 (退院時1回)

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

※ 現行の「退院調整加算」は、「退院支援加算2」となる。

#### [主な施設基準]

- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- ③ 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ここで、当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。

### 退院支援加算 1

[主な施設基準] (つづき)

- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

## 退院支援に関する評価の充実(その3)

(新) 退院支援加算3

1, 200点(退院時1回)

### [主な施設基準]

現行の新生児特定集中治療室退院調整加算1及び2の施設基準と同じものとする。

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

## 退院支援に関する評価の充実(その4)

### 退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算

300点 (退院時1回)

### 診療情報提供料 (I)

(新) 地域連携診療計画加算

50点

#### [主な施設基準]

#### 地域連携診療計画加算 (退院支援加算)

- (1) 退院支援加算 1 又は 3 の届出保険医療機関であること。
- (2) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と 3 回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

#### 地域連携診療計画加算 (診療情報提供料 (I))

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。
- (2) 連携している保険医療機関と 3 回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

# 機能強化型の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の見直し

## 現行

[在宅療養支援診療所 1 及び在宅療養支援病院 1 の主な施設基準]

当該保険医療機関において、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有すること。

[在宅療養支援診療所 2 及び在宅療養支援病院 2 の主な施設基準]

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有し、かつ、当該保険医療機関において 2 件以上有すること。

## 改定後

[在宅療養支援診療所 1 及び在宅療養支援病院 1 の主な施設基準]

当該保険医療機関において、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有する 又は 15 歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を過去 1 年間に 4 件以上有すること。

[在宅療養支援診療所 2 及び在宅療養支援病院 2 の主な施設基準]

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有すること。

また、当該保険医療機関において過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 2 件以上 又は 過去 1 年間の 15 歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を 2 件以上有すること。

## 在宅医療専門の医療機関の評価（その1）

### [在宅療養支援診療所に追加された施設基準]

直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。

- (イ) 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を10件以上有していることをいう。
- (ハ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (ニ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

## 在宅医療専門の医療機関の評価（その2）

### 〔経過措置〕

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。

## 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(その1)

(緊急、夜間・休日又は深夜の往診)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点

(ターミナルケア加算)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点

(在宅時医学総合管理料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

単一建物診療患者数が1人の場合 400点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 200点

その他の場合 100点

(施設入居時等医学総合管理料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

単一建物診療患者数が1人の場合 300点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 150点

その他の場合 75点

(在宅がん医療総合診療料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点



## 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(その2)

### 【在宅緩和ケア充実診療所・病院加算】

#### [主な施設基準]

- (1) 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- (2) 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- (3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- (4) 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- (5) 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- (6) 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

# 在宅療養実績加算の見直し(その1)

現行	改定後
【在宅療養実績加算】	
① (緊急、夜間又は深夜の往診) 在宅療養実績加算	① (緊急、夜間・休日又は深夜の往診) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
75点	75点 50点(新)
② (ターミナルケア加算) 在宅療養実績加算	② (ターミナルケア加算) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
750点	750点 500点(新)
③ (在宅時医学総合管理料) 在宅療養実績加算	③ (在宅時医学総合管理料) 在宅療養実績加算 <u>1</u>
ア) 同一建物居住者以外の場合	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
300点	300点 <u>イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> 150点(新)
イ) 同一建物居住者の場合	ウ) その他の場合
75点	75点 <u>在宅療養実績加算 2</u>
	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
	ウ) その他の場合
	200点(新) 100点(新) 50点(新)
④ (特定施設入居時等医学総合管理料) 在宅療養実績加算	④ (施設入居時等医学総合管理料) 在宅療養実績加算 <u>1</u>
ア) 同一建物居住者以外の場合	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
225点	225点 <u>イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> 110点(新)
イ) 同一建物居住者の場合	ウ) その他の場合
56点	56点 <u>在宅療養実績加算 2</u>
	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
	ウ) その他の場合
	150点(新) 75点(新) 40点(新)
⑤ (在宅がん医療総合診療料) 在宅療養実績加算	⑤ (在宅がん医療総合診療料) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
110点	110点 75点(新)

## 在宅療養実績加算の見直し(その2)

### 現行

[主な施設基準]

#### 在宅療養実績加算

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

### 改定後

[主な施設基準]

#### 在宅療養実績加算 1

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ在宅での看取りの実績が4件以上であること。

#### 在宅療養実績加算 2

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が4件以上かつ在宅での看取りの実績が2件以上であること。
- ③ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

## 画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

(新) 検査・画像情報提供加算（診療情報提供料の加算として評価）	
イ 退院患者の場合	200点
ロ その他の患者の場合	30点
(新) 電子的診療情報評価料	30点

### [主な施設基準]

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

## データ提出を要件とする病棟の拡大

**【一般病棟入院基本料（10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）、専門病院入院基本料（10対1）の施設基準に追加】**

データ提出加算の届出を行っていること。  
(200床未満の病院を除く。)

### [経過措置]

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日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料、体制強化加算の見直し

現行	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注5 体制強化加算 200点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注5 体制強化加算 体制強化加算 <u>1</u> 200点 <u>体制強化加算2</u> 120点(新)

### [体制強化加算2の主な施設基準]

体制強化加算1の「専従の常勤医師1名以上」を「専従の常勤医師2名以上」に読みかえたものを満たすこと。専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。

- ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。
- イ) 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の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。
- ウ) 週に32時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。
- エ) 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。

## ADL維持向上等体制加算の見直し

現行	改定後
<p>【一般病棟入院基本料】 注12 ADL維持向上等体制加算 25点</p> <p>※ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL維持向上等体制加算についても同様</p>	<p>【一般病棟入院基本料】 注12 ADL維持向上等体制加算 <u>80点</u></p> <p>※ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL維持向上等体制加算についても同様</p>
<p>[主な施設基準]</p> <p>当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が<u>1名以上</u>配置されていること。</p>	<p>[主な施設基準]</p> <p>当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が<u>2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上</u>配置されていること。</p>

## 廃用症候群リハビリテーション料の新設

### (新) 廃用症候群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 (Ⅰ)	(1 単位)	1 8 0 点
廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅱ)	(1 単位)	1 4 6 点
廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅲ)	(1 単位)	7 7 点

#### [主な施設基準]

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) と同様。
- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)、運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)、(Ⅱ) 又は (Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)、障害児 (者) リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。
- (3) 専従の常勤言語聴覚士については、第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。



## 心大血管疾患リハビリテーション料の要件見直し

### 現行

[主な施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、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の経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。

### 改定後

[主な施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

届出保険医療機関において、心大血管疾患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の経験を有する医師（非常勤を含む）がそれぞれ1名以上勤務していること。

## リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

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。

## リンパ浮腫の複合的治療

### (新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合	200点 (1日につき)
2 1以外の場合	100点 (1日につき)

#### [主な施設基準]

- (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。

# 経口摂取回復促進加算の区分の新設

## (新) 経口摂取回復促進加算2

20点

### [主な施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、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及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、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り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、兼任は可能である。
- (2) 過去3月間に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていなかったものの3割以上について、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態（内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。）へ回復させていること。ただし、以下のものを除く。
  - ① 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
  - ② 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
  - ③ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
  - ④ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者
- (3) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (4) 摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (5) (2)で算出した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。

## 地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

### 現行

【がん治療連携計画策定料の主な施設基準】

がん診療連携拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。

### 改定後

【がん治療連携計画策定料の主な施設基準】

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院若しくは小児がん拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。

## 身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価(その1)

(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)
(新) 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)

### [主な施設基準]

#### 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。

## [主な施設基準]

### 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。

## [経過措置]

- ・ 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。

## 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1, 527点(1日につき)

### [主な施設基準]

- (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。



## 精神科重症患者早期集中支援管理料の要件見直し

### 現行

[精神科重症患者早期集中支援管理料の主な施設基準]

- 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 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

(略)

### 改定後

[精神科重症患者早期集中支援管理料の主な施設基準]

- 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。
- ② 緊急の連絡体制を確保すると共に、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・指導を行うことができる体制を確保していること。

(略)

## 身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の評価

### (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, 0 0 0 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  
3 3 0 点  
(入院初日から3日以内に1回)

### [主な施設基準]

- (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。

## 精神病棟における手厚い医師配置の評価

(新) 精神科急性期医師配置加算

500点(1日につき)

### [主な施設基準]

- (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。

## 精神科リエゾンチーム加算の要件見直し

### 現行

[精神科リエゾンチーム加算の主な施設基準]

- (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年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
  - 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 精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上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の主な施設基準]

- (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年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
  - イ 精神科等の経験（入院患者の看護の経験1年以上を含む）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 精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上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。

### [経過措置]

看護師の要件について、平成29年3月31日までは「精神科等の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験1年以上」を満たしているものとする。

## 自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

### (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）

### [主な施設基準]

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び適切な研修を受けた専任の常勤看護師又は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。

## 向精神薬多剤投与に係る報告書の通年化

### 現行

#### 【処方料】

#### [算定要件]

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。

#### [別紙様式40]

6月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること

### 改定後

#### 【処方料】

#### [算定要件]

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。

#### [別紙様式40]

直近3か月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること

### 通院・在宅精神療法

#### (新) 児童思春期精神科専門管理加算

- 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)
- 2 20歳未満の患者の症状の評価等を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)

#### [主な施設基準]

- (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。

(新) 依存症集団療法

340点（1回につき）

[主な施設基準]

- (1) 専任の精神科医師及び専任の看護師、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。）が勤務していること。
- (2) 当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上（研修を修了した者に限る。）が専従していること。



# 認知療法・認知行動療法の区分の新設

現行	改定後
<b>【認知療法・認知行動療法】</b> 1 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による場合 500点 2 1以外の場合 420点	<b>【認知療法・認知行動療法】</b> 1 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による場合 500点 2 1以外の医師による場合 420点 <u>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、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合 350点(新)</u>

## [認知療法・認知行動療法3の主な施設基準]

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。

- 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 厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」による「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠したプログラムによる2日以上適切な研修を修了していること。

# 指定難病の診断に必要な遺伝子学的検査の評価（その1）

現行	改定後
<p>【遺伝学的検査】 （新設）</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。</p> <p>ア) デュシェンヌ型筋ジストロフ 【中略】</p> <p>ク) 中枢神経白質形成異常症</p> <p>ケ) ムコ多糖症Ⅰ型 【中略】</p> <p>ス) ポンペ病</p> <p>セ) ハンチントン舞踏病</p> <p>ソ) 球脊髄性筋萎縮症</p> <p>タ) フェニルケトン尿症 【中略】</p> <p>ヤ) 先天性難聴</p>	<p>【遺伝学的検査】</p> <p><u>注 別に定める疾患については、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行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、<u>原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p> <p>ア) デュシェンヌ型筋ジストロフィー、【中略】脊髄性筋萎縮症</p> <p>イ) ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症</p> <p>ウ) フェニルケトン尿症、【中略】先天性難聴</p> <p><u>エ) 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠失症候群、第14番染色体父親性ダ</u></p>

## 指定難病の診断に必要な遺伝子学的検査の評価（その2）

現行	改定後
<p>② ①の<u>ア</u>から<u>ク</u>までに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①の<u>ケ</u>から<u>ス</u>までに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による。</p> <p>①の<u>セ</u>及び<u>ソ</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。</p> <p>③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>	<p><u>症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴</u></p> <p>② ①の<u>ア</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。</p> <p>①の<u>イ</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。</p> <p>③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> <p><u>④ ①の<u>エ</u>に掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドラインに加え、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行われる場合に限り算定する。</u></p>

### [主な施設基準]

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

## 小児入院医療管理料

(新) 重症児受入体制加算

200点（1日につき）

### [主な施設基準]

- (1) 小児入院医療管理料3、4又は5の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者をもつば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。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい。
- (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、転院前の医療機関において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も含む。）受け入れていること。

## 質の高い臨床検査の適正な評価

(新) 国際標準検査管理加算

40点

### [主な施設基準]

国際標準化機構が定めた臨床検査に対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。

# 放射線撮影等の適正な評価（その1）

現行	改定後
<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）】</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 <u>1,000点</u></p> <p>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 <u>900点</u></p> <p>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>770点</u></p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 <u>580点</u></p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 <u>1,600点</u></p> <p>2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 <u>1,330点</u></p> <p>3. 1、2以外の場合 <u>920点</u></p>	<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）】</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合</p> <p>(1) <u>共同利用施設において行われる場合</u> <u>1,020点(新)</u></p> <p>(2) <u>その他の場合</u> <u>1,000点(新)</u></p> <p>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 <u>900点</u></p> <p>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></p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 <u>560点</u></p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合</p> <p><u>イ 共同利用施設において行われる場合</u> <u>1,620点(新)</u></p> <p><u>ロ その他の場合</u> <u>1,600点(新)</u></p> <p>2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 <u>1,330点</u></p> <p>3. 1、2以外の場合 <u>900点</u></p>

[共同利用施設において行われる場合]

施設共同利用率が10%を超えるとして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

## 放射線撮影等の適正な評価（その2）

現行	改定後
<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>（適合しない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる主な施設基準）</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、<u>100分の20以上</u>であること。</p>	<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>（適合しない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる主な施設基準）</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、<u>100分の30以上</u>であること。</p>

### [経過措置]

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。

# 保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

## 現行

### 【保険医療機関間の連携による病理診断】

#### [送付側の主な施設基準]

標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていること。

#### [受取側の主な施設基準]

- ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

## 改定後

### 【保険医療機関間の連携による病理診断】

#### [送付側の主な施設基準]

- ① 標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていることが望ましい。
- ② 所定の様式に沿って、当該患者に関する情報提供を行うこと。なお、その際には標本作製をした場所を明記していること。

#### [受取側の主な施設基準]

- ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- ウ イに掲げる保険医療機関のうち、病理診断科を標榜する保険医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。
- エ 同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合が全体の8割以下であること。



# 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（その1）

## 現行

### 【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 [主な施設基準]

胃瘻造設術を実施した症例数が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は100分の80に減算。

ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑤までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④ 意識障害があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）

- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者

## 改定後

### 【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 [主な施設基準]

胃瘻造設術を実施した症例数が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は100分の80に減算。

ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑥までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④ 意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）

- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者

- ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者

## 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（その2）

### 現行

イ) 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

### 改定後

- イ) 以下のいずれかを満たしていること。
- ① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。
  - ② 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。
    - a. 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。なお、カンファレンスの出席者については、3年以上の勤務経験を有するリハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科の医師又は神経内科の医師のうち複数の診療科の医師の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。
    - b. 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上で、胃瘻造設に関する同意を得ること。

## 下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

(新) 排尿自立指導料

200点 (週1回)

### [主な施設基準]

- 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。

## 脳波検査の評価の見直し

現行	改定後
長期脳波ビデオ同時記録検査 900点	<u>長期脳波ビデオ同時記録検査1</u> 3,500点(新) 長期脳波ビデオ同時記録検査 <u>2</u> 900点

### [主な施設基準]

- (1) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施
- (2) 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
- (3) てんかん診療拠点機関として選定

現行	改定後
脳波検査判断料 180点	<u>脳波検査判断料1</u> 350点(新) 脳波検査判断料 <u>2</u> 180点

### [主な施設基準]

- (1) 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
- (2) 関係学会により教育研修施設として認定された施設

## 画像診断の評価の見直し

### 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

#### [主な施設基準]

- (1) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
- (2) 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。

(新) 硬膜外自家血注入

800点

[主な施設基準]

- (1) 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。
- (2) 病床を有していること。
- (3) 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。

## 先進医療からの保険導入（その2）

**(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

### [主な施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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の知識及び5年以上の経験を有すること。
- (3) 麻酔科の標榜医が配置されていること。
- (4) 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。

## 先進医療からの保険導入（その3）

(新) 重粒子線治療	150,000点
(新) 陽子線治療	150,000点

### [主な施設基準]

- (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。



## 後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

現行		改定後	
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	3 5 点	後発医薬品使用体制加算 1	4 2 点(新)
後発医薬品使用体制加算 2	2 8 点	後発医薬品使用体制加算 2	3 5 点
		後発医薬品使用体制加算 3	2 8 点

### 【主な施設基準】

当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 30% 以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 20% 以上 30% 未満であること。

### 【主な施設基準】

- ① 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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70% 以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60% 以上 70% 未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50% 以上 60% 未満であること。
- ② 当該保険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。

# 院内処方外来における後発医薬品使用体制の評価

## 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

### [主な施設基準]

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

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

[主な施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

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

## ニコチン依存症管理料の見直し

### 現行

#### 【ニコチン依存症管理料】 (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

#### 【ニコチン依存症管理料】 (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。

#### [経過措置]

過去1年間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日算定分より適用する。

## 人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価の評価

### 【人工腎臓】

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点 (1月につき)

### [主な施設基準]

- 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の評価し、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、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険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保険医療機関を定め、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。)

# 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

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

## [主な施設基準]

### ・コンタクトレンズ検査料1

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

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

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。

[経過措置] 平成29年4月1日より適用することとする。

「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
- ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくても良い場合]

- a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
- b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

- ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



## 明細書無料発行の推進

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。
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。



# 施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出に当たっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出に当たっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正副2組作成し提出すること。

## ※提出期限

平成28年4月1日から算定するためには、

**平成28年4月14日（木）必着**  
で提出すること。