

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

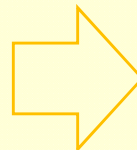
A項目2点以上かつB項目3点以上

[A項目]

- 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)
- 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)
- 点滴ライン同時3本以上の管理
- 心電図モニターの管理
- シリンジポンプの管理
- 輸血や血液製剤の管理
- 専門的な治療・処置
 - 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、
 - 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、
 - 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、
 - 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、
 - 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理

[B項目]

- | | |
|----------|---------|
| 8 寝返り | 9 起き上がり |
| 10 座位保持 | 11 移乗 |
| 12 口腔清潔 | 13 食事摂取 |
| 14 衣服の着脱 | |



改定後

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上、**A項目3点以上又はC項目1点以上**

[A項目]

- 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)
- 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)
- 点滴ライン同時3本以上の管理
- 心電図モニターの管理
- シリンジポンプの管理
- 輸血や血液製剤の管理
- 専門的な治療・処置
 - 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、
 - 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、
 - 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)
 - 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、
 - ⑩ ドレナージの管理、⑪ **無菌治療室での治療**

8 救急搬送後の入院

[B項目]

- | | | |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------|
| 9 寝返り | (削除) | 10 移乗 |
| (削除) | 11 口腔清潔 | 12 食事摂取 |
| 13 衣服の着脱 | 14 診療・療養上の指示が通じる | 15 危険行動 |

[C項目]

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 16 開頭手術 | 17 開胸手術 |
| 18 開腹手術 | 19 骨の手術 |
| 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 |
| 22 救命等に係る内科的治療 | |
| ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療 | |

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

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

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

➤ C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)

①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする

③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

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

医療機能に応じた入院医療の評価について④

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

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

現行の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の15%以上

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の5%以上

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)

改定後の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の**25%以上**

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の**6%以上**

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目、**C項目**)

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の**5%以上**(A項目のみ)



[経過措置]

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

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴い、10対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の見直しを行う。

現行

看護必要度加算1 30点

(「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が15%以上)

看護必要度加算2 15点

(「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が10%以上)

改定後

看護必要度加算1 55点

(「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が24%以上)

看護必要度加算2 45点

(「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が18%以上)

看護必要度加算3 25点

(「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が12%以上)



医療機能に応じた入院医療の評価について⑤

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

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

現行
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。
【評価者】 院内研修を受けたもの。



改定後
【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 <u>(※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)</u>
【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、 <u>放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。</u>
【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、 <u>看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。</u>
【評価の根拠】 一部の評価項目において、 <u>医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。</u>
【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において <u>看護職員以外の職種も評価者となり得る。</u>

➤ 項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

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

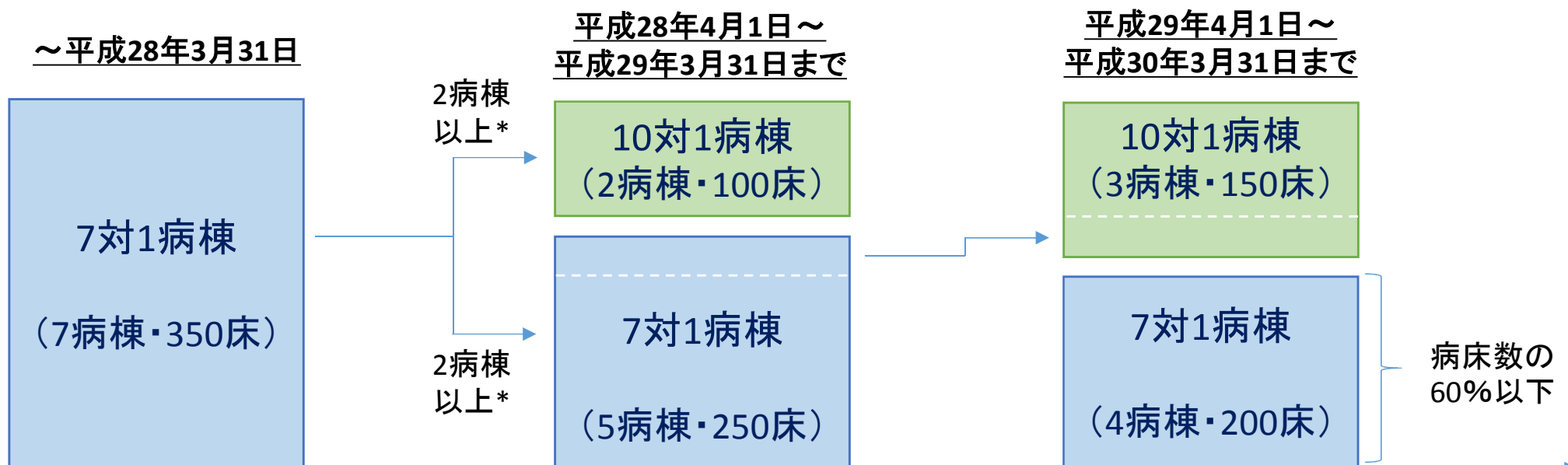
医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

病棟群単位による届出①

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

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 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。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 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。



*4病棟以上の場合

医療機能に応じた入院医療の評価について⑦

病棟群単位による届出②

[入院基本料と加算等に係る施設基準]

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

		(同一の報酬を算定する範囲)		基準の適用方法	留意点	病棟群毎に実績等を算出するもの	備考
		病棟群毎	一般病棟全体				
入院基本料の基準	看護職員の配置	○		病棟群毎に計算し、両方の病棟群がそれぞれの基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。 異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。	○	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
	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でのみ算定できる。	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。		—	

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

在宅復帰率の要件見直し

- 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行
(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が75%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)

改定後
(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が**80%以上**

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)
- ・**有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)**

現行
(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

改定後
(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・**有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)**

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑨

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

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

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

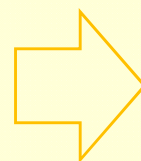
特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

現行

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：すべての項目が1点
該当基準：A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上



改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点
該当基準：A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

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

短期滞在手術等基本料3の見直し

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

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑪

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

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

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

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

[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。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑫

地域包括ケア病棟入院料の見直し

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

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

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

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

現行(7対1入院基本料)

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

【療養病棟入院基本料2】
入院患者に関する要件なし



改定後(7対1入院基本料)

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

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

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

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑬

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

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

現行

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

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



改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
 - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
 - ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)
 - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)

医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

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

現行(7対1入院基本料)

在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

病床回転率が10%以上であること。

30.4

平均在院日数

≥ 10%

改定後(7対1入院基本料)

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数

≥ 0.1

当該病棟の1日平均入院患者数

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

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

【現行】

【改定後】

出来高病棟

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院基本料から15%減額

入院基本料から 10% 減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床に限る。)

入院料から55%減額

入院料から 40% 減額

精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合

入院料から 20% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院料から15%減額

入院料から 10% 減額

特定入院料等算定病棟

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

地域加算の見直し

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

【現行】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点
2級地	15点
3級地	12点
4級地	10点
5級地	6点
6級地	3点



【改定後】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	<u>18点</u>
2級地	<u>15点</u>
3級地	<u>14点</u>
4級地	<u>11点</u>
5級地	<u>9点</u>
6級地	<u>5点</u>
(新)7級地	<u>3点</u>

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑰

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

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

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

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※²を新たに対象に加える。

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

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・41二次医療圏)

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

平成28年度診療報酬改定

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

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

[経過措置]

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

医療機能に応じた入院医療の評価について⑱

一類感染症患者入院医療管理料の見直し

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

【一類感染症患者入院医療管理料】

現行	
7日以内の期間	9,046点
8日以上14日以内の期間	7,826点



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

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し

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

【入院初期加算】

現行	
14日以内の期間	400点
15日以上30日以内の期間	300点
31日以上90日以内の期間	100点



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

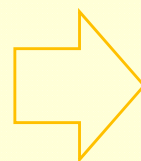
医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

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



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

医師事務作業補助体制の評価②

- 20対1補助体制加算について、25対1，30対1，40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1，100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

現行

【20対1補助体制加算】

[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関
- ・年間緊急入院患者数800名以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



改定後

【20対1補助体制加算】

[主な要件] **25対1,30対1,40対1と同様の施設基準**
15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること

- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上 (**75対1及び100対1補助体制加算については50名以上**)

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

医療従事者の負担軽減・人材確保について③

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

➤ 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

現行

月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。



改定後

【7対1及び10対1入院基本料】

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

【7対1及び10対1入院基本料以外】

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

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

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行

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



改定後

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

➤ 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

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

[施設基準]

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

[算定対象]

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

医療従事者の負担軽減・人材確保について④

夜間看護体制の充実に関する評価

➤ 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
看護職員夜間配置加算	50点



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

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

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
夜間25対1	35点
夜間50対1	25点
夜間100対1	15点
(新規)	



改定後	
夜間30対1	40点
夜間50対1	35点
夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



改定後	
看護補助加算1, 2, 3(1日につき)	
(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
(新)夜間看護体制加算(入院初日)	150点

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

夜間看護体制の評価に関する項目

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

[加算等の算定要件]

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

: 7項目(①~⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

: 6項目(①~⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

: 7項目(①~⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)



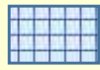

※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。

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

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

夜間看護体制の充実にに関する評価～勤務編成の例～

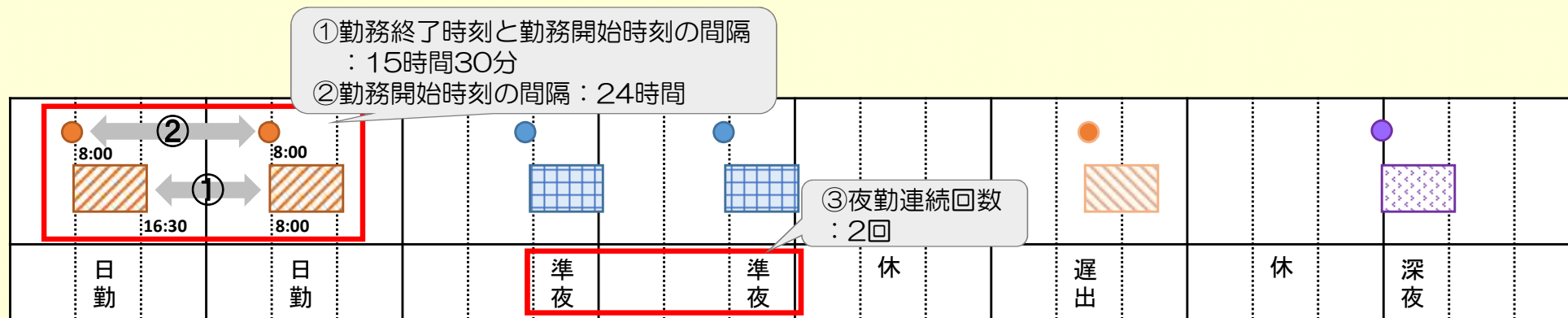
勤務編成(シフト)の例

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

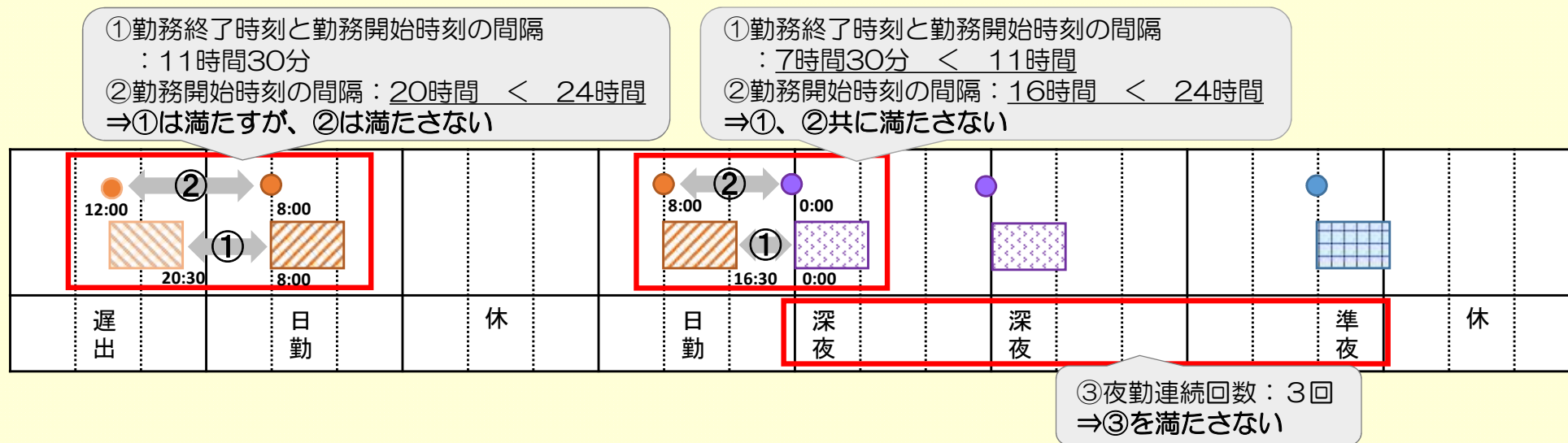
【夜間看護体制の評価に関する項目(勤務編成関連)】

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

夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たすシフト



夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たさないシフト



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

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

現行

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



改定後

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

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

[施設基準]

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

※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑥

看護職員と看護補助者の業務分担の推進②

[主として事務的業務を行う看護補助者を配置した場合の計算例]

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

※ 各保険医療機関の院内規定において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めること。

※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」とする。

②主として事務的業務を実施する看護補助者の配置は、200対1以下であること

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

<計算式>

(主として事務的業務を行う看護補助者が当該病棟で行った月延べ勤務時間数)

≦ (当該病棟の1日平均入院患者数/200) × 3 × 当該月の日数 × 8時間

【例】 1月:4週(28日)、週当たりの延べ勤務時間:40時間(月当たり:160時間)、1日平均入院患者数:50人 とした場合

<看護補助者別の曜日毎の事務的業務実施時間>

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

※ DとEの勤務時間は × 4週

→ 160時間 ≦ 168時間((50人/200) × 3 × 28日 × 8時間)

⇒ 200対1以下の要件を満たす

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑦

常勤配置の取扱いの明確化

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

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得

休業期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

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



短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

短時間勤務制度利用期間

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑧

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

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

現行(医師の配置要件)

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



改定後(医師の配置要件)

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

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

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

[画像診断管理加算の施設基準]

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

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

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑨

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し

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

現行

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

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



改定後

(2) 従前通り

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症に対する主治医機能の評価

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

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

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

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

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

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

- ▶ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ①2次救急指定病院または救急告示病院
- ②地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ③在宅療養支援病院

診療所の場合

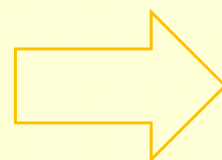
下記のすべてを満たすこと

- ①時間外対応加算1の届出
- ②常勤医師が3人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ①時間外対応加算1又は2の届出
- ②常勤医師が3人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所



改定後

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ①地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ②在宅療養支援病院

診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ①時間外対応加算1の届出
- ②常勤医師が2人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ①時間外対応加算1又は2の届出
- ②常勤医師が2人以上在籍
- ③在宅療養支援診療所

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

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

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

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

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

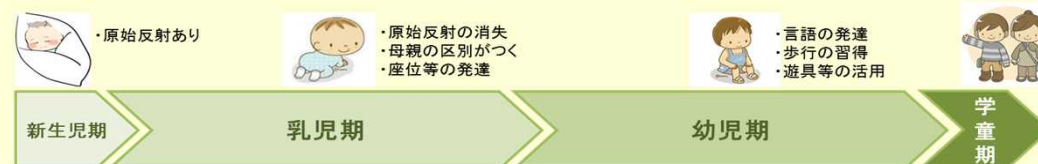
イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



[主な算定要件]

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

[施設基準]

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

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

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)



[主な算定要件]

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

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

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

**(新) 栄養サポートチーム加算(週1回)
歯科医師連携加算 50点**

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑤

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

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

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

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

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

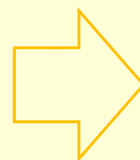
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

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

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者
 ※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等



【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

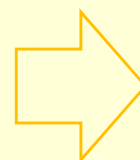
厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、**がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者**

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

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

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上) 130点



【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) **イ 初回 (概ね30分以上) 260点**
 (新) **ロ 2回目以降※³ (概ね20分以上) 200点**

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

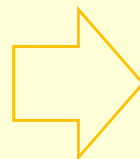
※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。
 ※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

➤ 在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。



【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、**食事の用意や摂取等に関する具体的な**指導を30分以上行った場合に算定する。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

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

(新) 退院支援加算1

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

(改) 退院支援加算2

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



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内 ^に 退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1名 (看護師又は社会福祉士)	専従 1名 (看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等 (20か所以上) の職員と定期的な面会を実施 (3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑧

退院支援に関する評価の充実②

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

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

退院支援に関する評価の充実③

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

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

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

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

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

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

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



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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

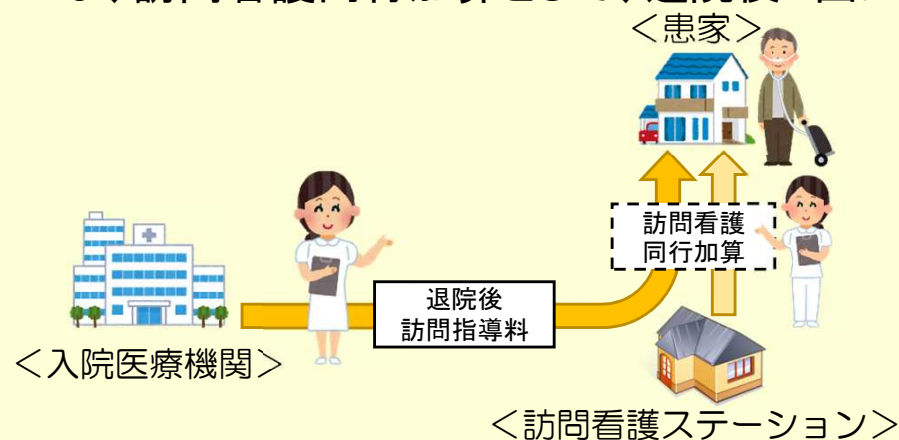
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

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



別表第8

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

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

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) □ 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日以上の期間	3,384点



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

[緊急入院初期加算の算定要件]

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

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

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

がん性疼痛緩和指導管理料

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



改定後		
(改)	がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止		

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

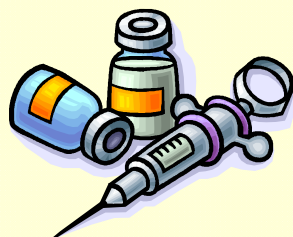
- 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算（8項目）について、点数の引き上げを行う。

【現行】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	① 15歳未満	780点
	② 15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算B	① 15歳未満	630点
	② 15歳以上	430点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	① 15歳未満	700点
	② 15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算B	① 15歳未満	600点
	② 15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	① 15歳未満	<u>820点</u>
	② 15歳以上	<u>600点</u>
(2) 外来化学療法加算B	① 15歳未満	<u>670点</u>
	② 15歳以上	<u>450点</u>
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	① 15歳未満	<u>740点</u>
	② 15歳以上	<u>470点</u>
(2) 外来化学療法加算B	① 15歳未満	<u>640点</u>
	② 15歳以上	<u>370点</u>



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。

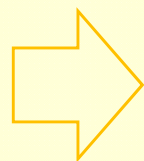
認知症患者への適切な医療の評価②

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。

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

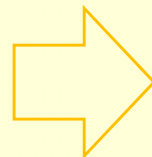
[施設基準]

- (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

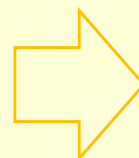
【精神科ショート・ケア】

【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

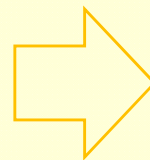
精神科リエゾンチーム加算

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

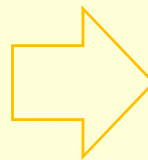
現行

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))

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、 ・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) (新) 幼児加算(3歳以上6歳未満) (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> (1割増点)
[放射線治療] 新生児加算 乳幼児加算(3歳未満) 幼児加算(3歳以上6歳未満) 小児加算(6歳以上15歳未満)	<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>



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]

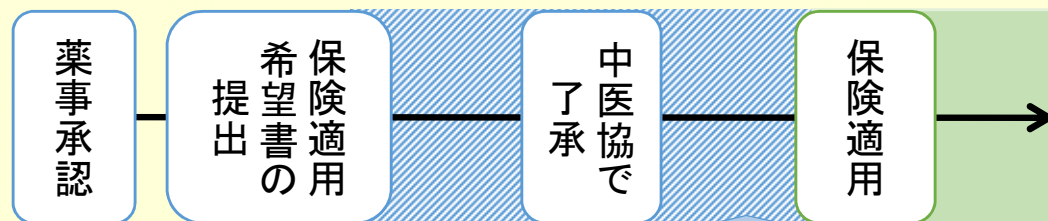
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。

[施設基準]

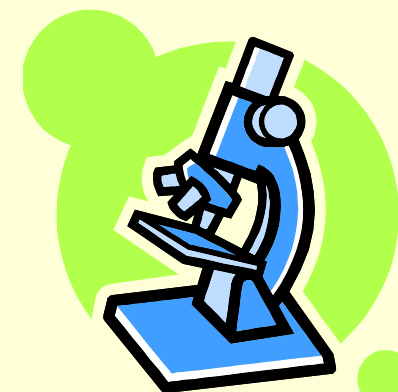
国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

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。



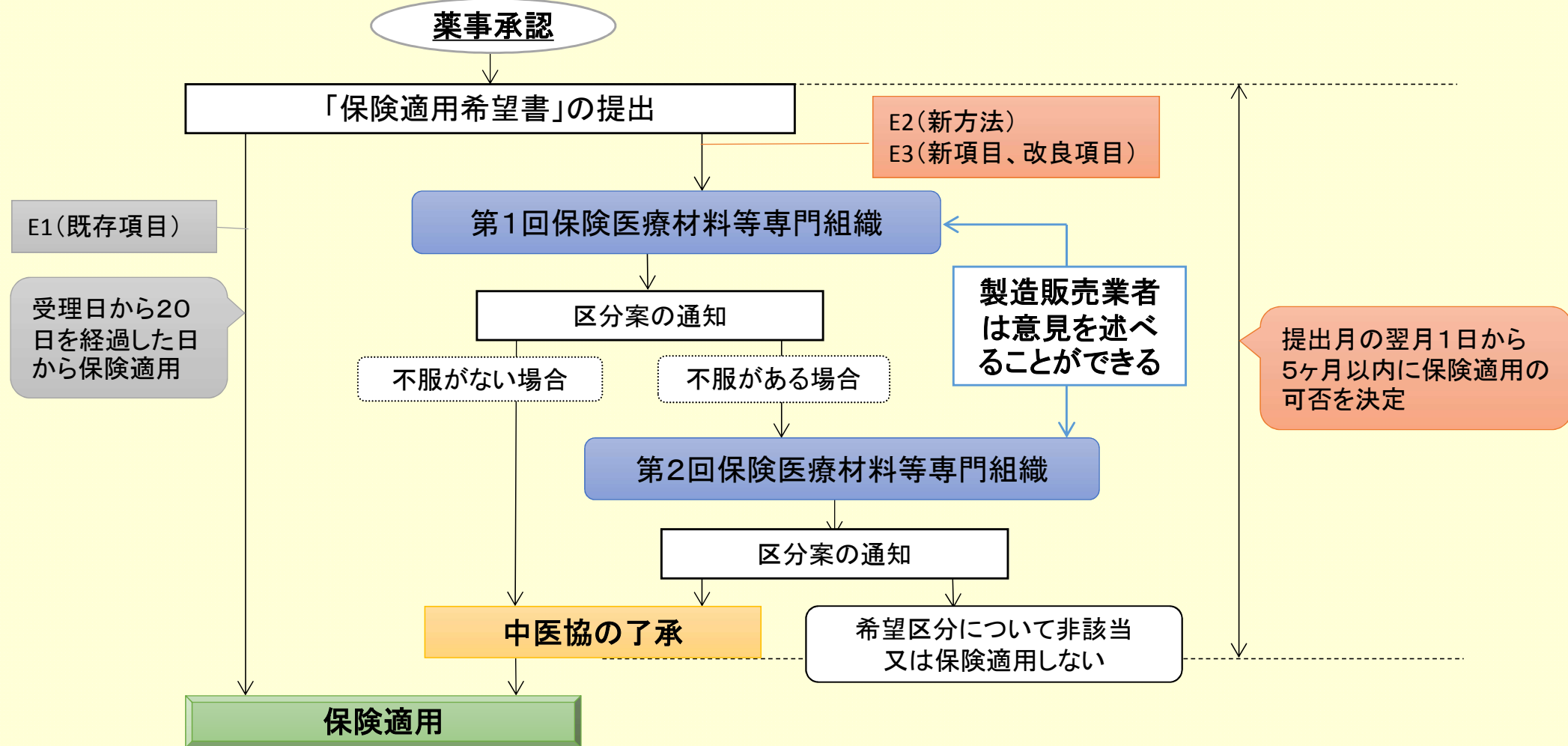
保険適用希望書の提出後から保険適用までの期間(240日に限る)、評価療養の対象とする



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	
(1) 共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2) その他の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	560点

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

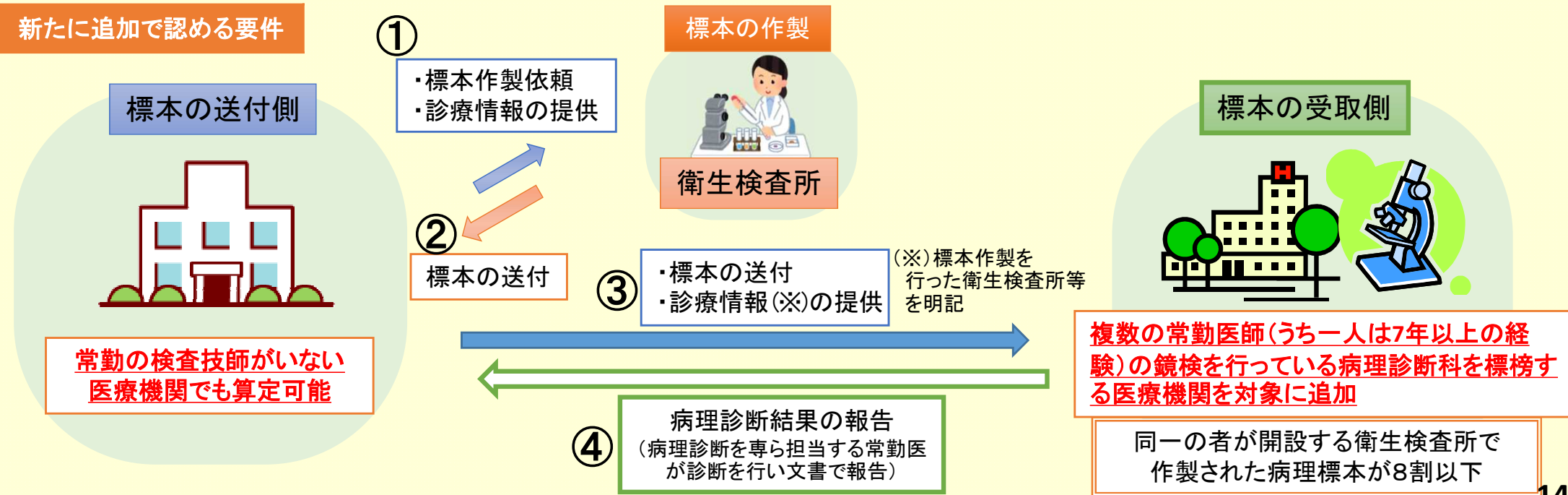
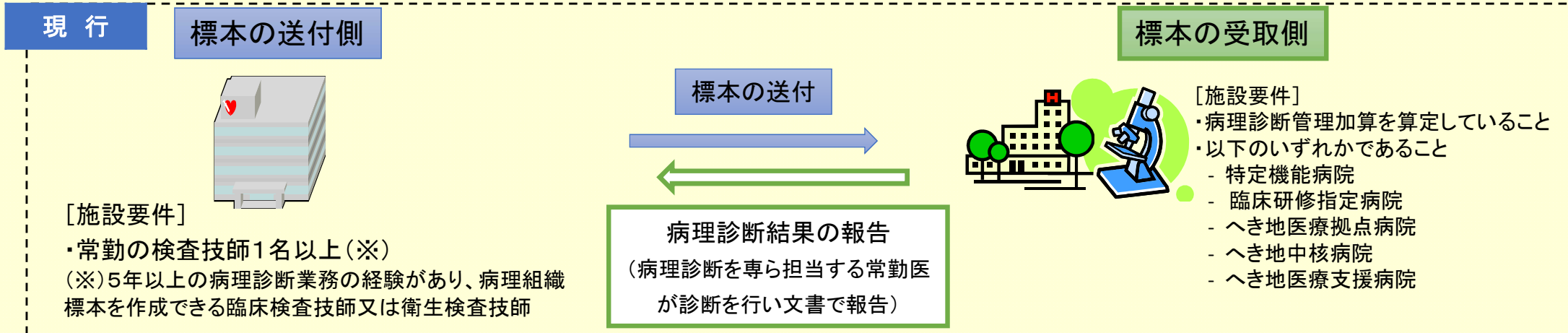
※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えるとして届け出た保険医療機関において撮影する場合又は 共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

- 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。

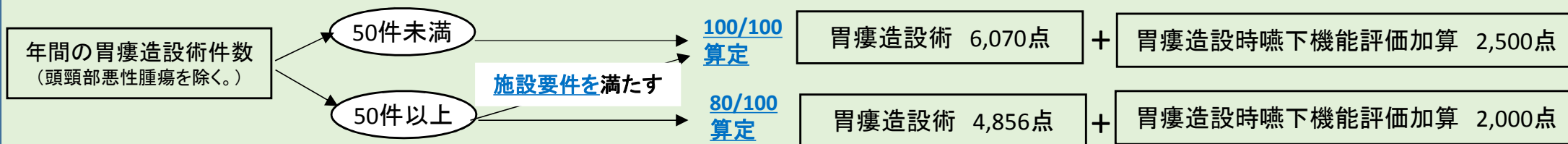


医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価⑤

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		

(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)

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。**

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。