

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。

67

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

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

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

3 明細書無料発行の推進について

68

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

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- ▶ 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- ▶ 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

(新) 検査・画像情報提供加算

(診療情報提供料の加算として評価)

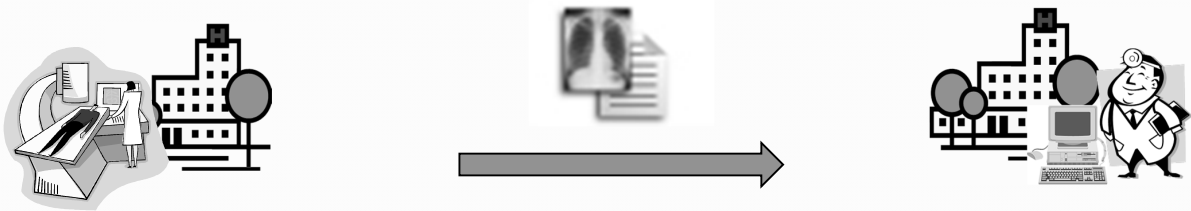
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

(新) 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進②

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の算定要件

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） (注) 多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。
2	電子的に送信	電子的に送信 (診療情報提供書に添付)	

電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。） 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 (診療情報提供書に添付)	

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

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

データ提出を要件とする病棟の拡大

➤ 10対1入院基本料（許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る）についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行		改定後	
1 データ提出加算1（入院中1回）		1 データ提出加算1（入院中1回）	
イ 200床以上の病院の場合	100点	イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	150点	ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2（入院中1回）		2 データ提出加算2（入院中1回）	
イ 200床以上の病院の場合	110点	イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	160点	ロ 200床未満の病院の場合	180点

〔経過措置〕

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度（Hファイル）	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行うことが必要な病棟）	重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで（6ヶ月）
詳細な診療行為の提出（EFファイル）	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 これまででは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで（6ヶ月）

71

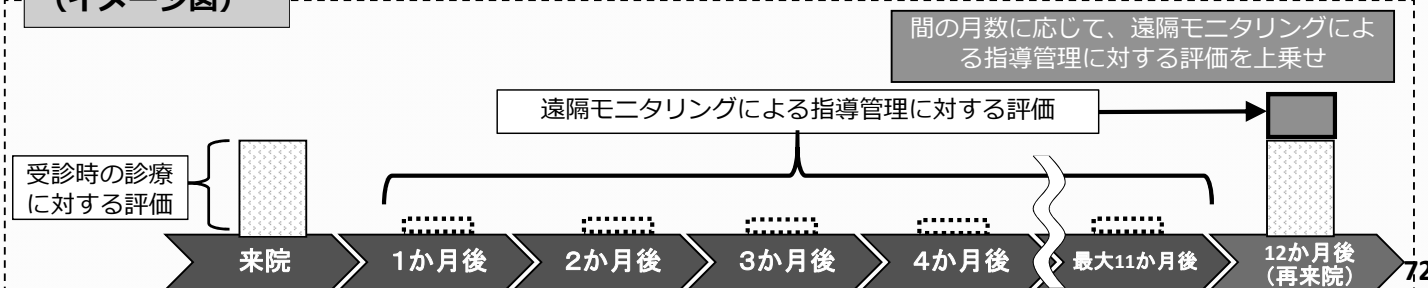
情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進④

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

➤ 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

現行	改定後
心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理料
イ 遠隔モニタリングによる場合 550点	（削除）
ロ 着用型自動除細動器による場合 360点	イ 着用型自動除細動器による場合 360点
ハイ又はロ以外の場合 360点	ロ イ以外の場合 360点
	注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

（イメージ図）



72

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

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

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

3 明細書無料発行の推進について

73

質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

現行	改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定	リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

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

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、
①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

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

[経過措置]

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

74

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

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

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

効果の実績の評価の対象となる医療機関

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

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から**退棟した患者数**(実績指数の対象となるものに限る)が**10名以上**
かつ
②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟の**リハビリテーションの1日平均提供単位数**が**6単位以上**
- $$1日平均提供単位数 = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

①の退棟患者数の計算対象

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

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

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

75

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

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

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

実績指数の計算対象

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

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

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

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

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

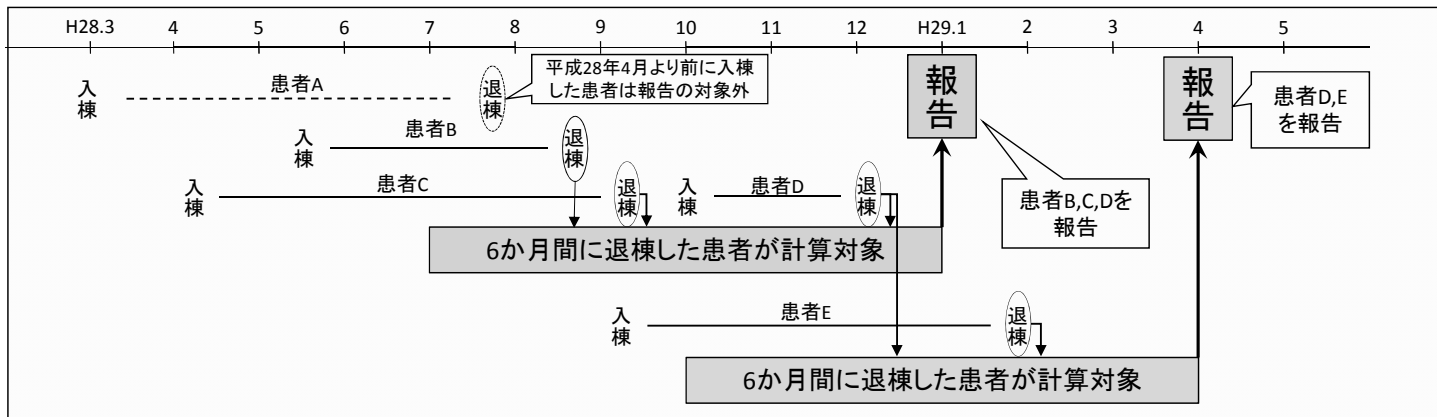
◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

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

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

76

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

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

1日9単位まで出来高算定可

1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、2回連続して基準を下回った月から6単位超が包括

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

質の高いリハビリテーションの評価等②

回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

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

現行	改定後
常勤医師1名以上を専従配置 1日につき200点	体制強化加算1(従前と同じ) 1日につき200点
専従医師は、当該病棟外の業務は不可	(新)体制強化加算2 1日あたり120点
	常勤医師2名以上を専従配置。うち2名は、特定の日、時間において、病棟外の業務に従事可能。

[体制強化加算2の施設基準]

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

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

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

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

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。

平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

➤ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

現行	改定後
ADL維持向上等体制加算 25点	ADL維持向上等体制加算 80点(改)
[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等	(あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務した日に限り算定) [要件] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上 等

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

79

質の高いリハビリテーションの評価等④

廃用症候群リハビリテーション料の新設

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

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

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

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

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

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

80

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

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

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

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

- 1 初回の場合 250点
- 2 2回目以降の場合 100点

[算定要件等]

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

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

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

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

- ▶ 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行	改定後
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)105点 [算定対象] 急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等 [施設基準] ・循環器科又は心臓血管外科を標榜 ・循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する常勤医師が1名以上勤務	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)125点(改) [算定対象] 急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等 (急性心筋梗塞と心大血管疾患は発症等から1か月以降のもののみ) [施設基準] (削除) ・心大血管リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

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

[算定要件]

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

運動器リハビリテーション料の評価の充実

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

現行	改定後
運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)180点	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)185点(改)

83

質の高いリハビリテーションの評価等⑧

リンパ浮腫の複合的治療等

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

(新) リンパ浮腫複合的治療料

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務
 - ① それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - ② 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間)を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

等 84

質の高いリハビリテーションの評価等⑨

摂食機能療法の対象の明確化等

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

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

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

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

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

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

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

85

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

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

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

86

明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。

(※) 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

- ① 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正

- ② ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価①

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

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

現行	
がん診療連携拠点病院加算	500点



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

現行	
がん治療連携管理料	500点



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

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

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

(新) 外来がん患者在宅連携指導料 500点(1人につき1回限り)

[算定要件]

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

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

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

現行	
緩和ケア病棟入院料	
1 30日以内の期間	4,926点
2 31日以上60日以内の期間	4,412点
3 61日以上の期間	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	①15歳未満	780点
	②15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	630点
	②15歳以上	430点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	700点
	②15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	600点
	②15歳以上	350点

【改定後】

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



91

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

92

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。

93

認知症患者への適切な医療の評価②

診療所型認知症疾患医療センターの評価

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

現行	➔	改定後
【認知症専門診断管理料】 認知症専門診断管理料1 700点		【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) ロ 診療所型 500点

➤ 診療所型認知症疾患医療センターと連携するかかりつけ医の取組を評価する。

94

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

95

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**

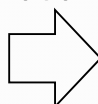
[施設基準]

- (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

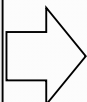
96

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 □ 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 □ 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。	



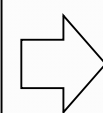
改定後	
【精神科重症患者早期集中支援管理料】	
管理料1	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,800点 □ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,350点
管理料2	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,480点 □ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,110点
【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。 ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む) エ (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

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

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

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



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

(※)ショート・ケアを除く。

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

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

(新) 精神疾患診療体制加算

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

[施設基準]

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

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

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

99

質の高い精神医療の評価⑤

いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価

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

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

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

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

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

[追加する疾患・病態]

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

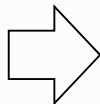
100

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

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

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



自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

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

(新) **救急患者精神科継続支援料** 入院中の患者 435点(月1回)

入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]

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

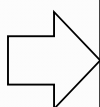
質の高い精神医療の評価⑦

向精神薬の適切な処方の促進

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

処方料、薬剤料、処方せん料

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



通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

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

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

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

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

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

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

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

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

103

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

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

認知療法・認知行動療法

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

➤ 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

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

104

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

105

難病患者への適切な医療の評価①

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

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

現行
特定疾患(56疾患)※



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

※スモンについては、療養病棟入院基本料の医療区分3に規定

106

難病患者への適切な医療の評価②

小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価

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

現行	
小児科療養指導料	250点
[対象疾病] 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児	



改定後	
小児科療養指導料	270点
[対象疾病] 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児、 小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病	

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

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

(改) 遺伝学的検査 3,880点

- [対象疾患]
神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群など指定難病38疾患を追加
- [施設基準]
関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

107

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

108

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。

109

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。

110

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

111

小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

現行	
救急医療管理加算1	800点
救急医療管理加算2	400点 (1日につき、7日まで)
【救急医療管理加算1の対象患者】	
ア	吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ	意識障害又は昏睡
ウ	呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ	急性薬物中毒
オ	ショック
カ	重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ	広範囲熱傷
ク	外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ	緊急手術を必要とする状態

改定後	
救急医療管理加算1	900点
救急医療管理加算2	300点 (1日につき、7日まで)
【救急医療管理加算1の対象患者】	
ア	吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ	意識障害又は昏睡
ウ	呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ	急性薬物中毒
オ	ショック
カ	重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ	広範囲熱傷
ク	外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ	緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実

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

現行	
夜間休日救急搬送医学管理料	200点
【算定要件】	
平日の深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。	

改定後	
夜間休日救急搬送医学管理料	600点
【算定要件】	
平日の夜間、土曜日の診療時間以外の時間、休日に、二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。	

再診後の緊急入院における評価の充実

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

112

小児医療・周産期医療・救急医療の充実⑤

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算等の見直し

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

【現行】

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

【改定後】

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



113

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

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

114