

個別改定項目について

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

I - 1 医療機能に応じた入院医療の評価について

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し	P8
重症患者を受け入れている 10 対 1 病棟に対する評価の充実 . . .	P12
病棟群単位による届出	P14
在宅復帰率の要件見直し	P15
有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設	P18
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 .	P20
短期滞在手術等基本料 3 の見直し	P23
総合入院体制加算の実績要件等の見直し	P26
地域包括ケア病棟入院料の見直し	P30
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	P32
療養病棟の医療区分のきめ細かな評価	P33
療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し	P35
障害者施設等入院基本料における脳卒中患者の評価	P37
入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和	P39
地域加算の見直し	P42
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 .	P43
一類感染症患者入院医療管理料の見直し	P48
結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し	P50

I - 2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

医師事務作業補助体制の評価	P51
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 . . .	P54
夜間看護体制の充実に関する評価	P57
看護職員と看護補助者の業務分担の推進	P62
常勤配置の取扱いの明確化	P64
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 . .	P66

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減	P68
手術・処置の時間外等加算 1 の施設基準の見直し	P70
周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進	P72
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価	P76

I－3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

I－3－1 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局

の機能の評価について

認知症に対する主治医機能の評価	P78
地域包括診療料等の施設基準の緩和	P80
小児かかりつけ医の評価	P82
かかりつけ歯科医機能の評価	P85
かかりつけ薬剤師・薬局の評価	P89

I－3－2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組

の強化等について

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価	P96
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充	P98
周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進	P101
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価	P102

I－3－3 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ための取組の推進について

退院支援に関する評価の充実	P103
医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実	P109
退院直後の在宅療養支援に関する評価	P110

I－4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価	P111
小児在宅医療に係る評価の推進	P116
在宅医療専門の医療機関に関する評価	P118
休日の往診に対する評価の充実	P122
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実	P124
在宅自己注射指導管理料の見直し	P128
在宅指導管理料等の適正な評価	P129
機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	P133

病院・診療所からの訪問看護の評価	P136
衛生材料等の提供についての評価	P140
特定保険医療材料等の算定の明確化	P142
複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理	P143
同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価	P145
在宅歯科医療の推進等	P146
在宅薬剤管理指導業務の推進	P154

I－5 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	P160
----------------------	------

II 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

II－1 かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について

かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価	P162
--------------------------------------	------

II－2 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

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価	P163
データ提出を要件とする病棟の拡大	P165
心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価	P167

II－3 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

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	P169
回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し	P172
A D L維持向上等体制加算の施設基準の見直し等	P174
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し	P176
廃用症候群リハビリテーション料の新設	P180
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	P182
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	P186

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	・ ・ ・ ・ P188
運動器リハビリテーション料の評価の充実	・ ・ ・ ・ ・ P190
リハビリテーション専門職の専従規定の見直し	・ ・ ・ ・ ・ P191
リンパ浮腫の複合的治療等	・ ・ ・ ・ ・ P192
摂食機能療法の対象の明確化等	・ ・ ・ ・ ・ P195

Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進	・ ・ ・ ・ ・ P198
------------	----------------

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

Ⅲ－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価	・ ・ ・ ・ ・ P199
がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実	・ ・ ・ ・ ・ P201
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実	・ ・ ・ ・ ・ P202
がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	・ ・ ・ ・ ・ P204
外来化学療法加算の評価の見直し	・ ・ ・ ・ ・ P205

Ⅲ－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

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価	・ ・ ・ ・ ・ P206
診療所型認知症疾患医療センターの評価	・ ・ ・ ・ ・ P209

Ⅲ－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

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価	・ ・ ・ ・ ・ P210
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進	・ ・ ・ ・ ・ P212
長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化	・ ・ ・ ・ ・ P215
身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保	・ ・ ・ ・ ・ P217
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	・ ・ ・ ・ ・ P219
精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供	・ ・ ・ ・ ・ P222
自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価	・ ・ ・ ・ ・ P224
向精神薬の適切な処方の推進	・ ・ ・ ・ ・ P226
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価	・ ・ ・ ・ ・ P231
薬物依存症に対する集団療法の評価	・ ・ ・ ・ ・ P233

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施	P234
精神病床における二類感染症管理の評価	P236
Ⅲ－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	
難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価	P238
小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価	P240
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価	P241
Ⅲ－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	
小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行	P245
重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関に対する評価の充実	P246
医療型短期入所サービス中の処置等の評価	P248
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対象年齢の延長	P250
特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長	P251
精神疾患合併妊娠の管理の評価	P253
救急患者の受入れ体制の充実	P254
救急医療管理加算１の対象患者の拡大	P256
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し	P258
Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進について	
口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実	P260
Ⅲ－７ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について	
患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価	P282
薬局における対人業務の評価の充実	P283
Ⅲ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について	
質の高い臨床検査の適正な評価	P294

放射線撮影等の適正な評価	P296
放射線治療に係る特定保険医療材料の算定	P298
保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し	P299
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	P301
手術等医療技術の適切な評価	P305
新規医療技術の保険導入等(歯科)	P311
先進医療技術の保険導入(歯科)	P316
医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大	P321

Ⅲ－９　ＤＰＣに基づく急性期医療の適切な評価について

ＤＰＣ／ＰＤＰＳ(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の見直し	P322
---	------

Ⅳ　効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

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

薬局における後発医薬品の使用促進	P337
後発医薬品使用体制加算の指標の見直し	P339
院内処方外来における後発医薬品使用体制の評価	P341
一般名処方加算の見直し	P343

Ⅳ－２　退院支援等の取組による在宅復帰の推進について

退院支援等の取組による在宅復帰の推進	P345
--------------------	------

Ⅳ－３　残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価	P346
医薬品の適正使用の推進	P348

Ⅳ－４　患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直しについて

いわゆる門前薬局の評価の見直し	P353
-----------------	------

Ⅳ－５　重症化予防の取組の推進について

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価	P360
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大	P362
人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価	P364

Ⅳ－６ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価・・・・・・・・・・	P366
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・・・	P371
人工腎臓の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P373
医薬品の適正給付・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P375
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し・・・・・・・・	P377

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し

（一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し）

骨子【I－1(1)】

第 1 基本的な考え方

「重症度、医療・看護必要度」について、現行の基準を満たす患者以外にも、医療の必要性が高い患者も多くみられることから、手術直後の患者、救急搬送後の患者、無菌治療室での管理、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう、見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、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、項目及び基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【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 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 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ） ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 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）	【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 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 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ） ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 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）

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 ドレナージの管理 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> 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 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> 【基準の見直し】 〔一般病棟用の「重症度、医療・看護	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 ドレナージの管理 ⑪ 無菌治療室での治療 <u>8 救急搬送（2日間）</u> B項目（患者の状況等） 9 寝返り <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> 10 移乗 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 危険行動 15 診療・療養上の指示が通じる C項目（手術等の医学的状況） <u>16 開頭の手術（7日間）</u> <u>17 開胸の手術（7日間）</u> <u>18 開腹の手術（5日間）</u> <u>19 骨の観血的手術（5日間）</u> <u>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）</u> <u>21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（16から20を除く）（2日間）</u> <u>22 救命等に係る内科的治療（2日間）</u> 【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。	必要度」に係る基準] <u>次のいずれかの基準を満たすこと</u> ・ 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 ・ <u>モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上</u> ・ <u>手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上</u> [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<u>手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上。</u>
---	---

2. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。

現 行	改定案
【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】	【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<u>2割5分以上</u>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。	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<u>0.6割以上</u>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。

また、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（病床数 200 床未満の保険医療機関が有するものに限る。）であつて、当該入院料の病棟群単位の届出を行わないものにあつては、7 対 1 入院基本料の施設基準について、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の割合について、2 割 5 分を 2 割 3 分と読み替えたものを満たす必要がある。

重症患者を受け入れている 10 対 1 病棟に対する 評価の充実

骨子【I－1（1）】

第1 基本的な考え方

10 対 1 入院基本料を算定している病棟のうち、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に該当する重症患者を一定程度受け入れている保険医療機関について評価の充実を行う。

第2 具体的な内容

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 入院基本料を算定している病棟について、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者を受け入れている割合に応じて看護必要度加算の評価を見直す。

現 行	改定案
【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 30点	イ 看護必要度加算 1 <u>55点</u>
ロ 看護必要度加算 2 15点	ロ 看護必要度加算 2 <u>45点</u>
<u>（新設）</u>	<u>ハ 看護必要度加算 3 25点（新）</u>
〔施設基準〕	〔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。	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 <u>2 割 4 分以上</u> 入院させる病棟であること。

□ 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 割以上入院させる病棟であること。 <u>(新設)</u>	□ 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 <u>1 割 8 分以上</u>入院させる病棟であること。 ハ <u>看護必要度加算 3</u> <u>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</u>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

骨子【I－1(2)】

第1 基本的な考え方

一般病棟入院基本料の届出について、一定の期間に限り、段階的な届出を可能とすることとし、7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換の際の雇用等の急激な変動を緩和することで、急性期医療の機能分化を促す。

第2 具体的な内容

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。

[施設基準]

- (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。

在宅復帰率の要件見直し

骨子【I－1（3）】

第1 基本的な考え方

入院医療における在宅復帰をいっそう推進するために、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関する基準の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 7対1一般病棟入院基本料、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）を算定する病棟について、在宅復帰を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【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	【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<u>8割以上</u>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。	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。）、<u>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。）</u>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。
---	--

2. 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1 を算定する病棟（病室）について、在宅復帰を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【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	【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。）、<u>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。）</u>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

骨子【I－1（3）】

第1 基本的な考え方

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させる。

第2 具体的な内容

1. 有床診療所入院基本料に在宅復帰機能強化加算を設ける。

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点（1日につき）

[算定要件]

入院から15日以降であること。

[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。

2. 有床診療所療養病床入院基本料に在宅復帰機能強化加算を設ける。

(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）

[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

骨子【I－1（4）】

第1 基本的な考え方

特定集中治療室等における重症患者に対する評価を充実させるとともに評価の簡素化を図るため、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」の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目、B項目及び基準について見直しを行うとともに、特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【特定集中治療室管理料】 [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。 [「重症度、医療・看護必要度」の基準]	【特定集中治療室管理料】 [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 <u>8割以上</u> 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 <u>7割以上</u> 入院させていること。 [「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3点以上であること。 (1) A項目（モニタリング及び処置等） ① 心電図モニターの管理 1点 ② 輸液ポンプの管理 1点 ③ シリンジポンプの管理 1点 ④ 動脈圧測定 1点 ⑤ 中心静脈圧測定 1点 ⑥ 人工呼吸器の装着 1点 ⑦ 輸血や血液製剤の管理 1点 ⑧ 肺動脈圧測定 1点 ⑨ 特殊な治療法等 1点 (2) B項目（患者の状況等） ① 寝返り 1～2点 ② 起き上がり 1点 ③ 座位保持 1～2点 ④ 移乗 1～2点 ⑤ 口腔清潔 1点	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。 (1) A項目（モニタリング及び処置等） ① 心電図モニターの管理 <u>1点</u> ② 輸液ポンプの管理 <u>1点</u> ③ シリンジポンプの管理 <u>1点</u> ④ 動脈圧測定 <u>2点</u> ⑤ 中心静脈圧測定 <u>2点</u> ⑥ 人工呼吸器の装着 <u>2点</u> ⑦ 輸血や血液製剤の管理 <u>2点</u> ⑧ 肺動脈圧測定 <u>2点</u> ⑨ 特殊な治療法等 <u>2点</u> (2) B項目（患者の状況等） ① 寝返り 1～2点 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> ② 移乗 1～2点 ③ 口腔清潔 1点 <u>④ 食事摂取 1～2点</u> <u>⑤ 衣服の着脱 1～2点</u> <u>⑥ 診療・療養上の指示が通じる 1点</u> <u>⑦ 危険行動 2点</u>
---	--

2. ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」のB項目について、評価の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

現 行	改定案
【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]	【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） 略 (2) B項目（患者の状況等） ① 床上安静の指示 1点 ② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 1点 ③ 寝返り 1～2点 ④ 起き上がり 1点 ⑤ 座位保持 1～2点 ⑥ 移乗 1～2点 ⑦ 移動方法 1点 ⑧ 口腔清潔 1点 ⑨ 食事摂取 1～2点 ⑩ 衣服の着脱 1～2点 ⑪ 他者への意思の伝達 1～2点 ⑫ 診療・療養上の指示が通じる 1点 ⑬ 危険行動 1点	A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が<u>4点以上</u>であること。 (1) A項目（モニタリング及び処置等） 略 (2) B項目（患者の状況等） <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> ① 寝返り 1～2点 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> ② 移乗 1～2点 <u>(削除)</u> ③ 口腔清潔 1点 ④ 食事摂取 1～2点 ⑤ 衣服の着脱 1～2点 <u>(削除)</u> <u>⑥ 診療・療養上の指示が通じる</u> 1点 <u>⑦ 危険行動</u> 2点
---	--

[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。

短期滞在手術等基本料３の見直し

骨子【Ⅰ－１（５）】

第１ 基本的な考え方

一定程度治療法が標準化した手術等を新たに短期滞在手術等基本料３の対象とするとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせた評価の精緻化等を行う。

第２ 具体的な内容

- 短期滞在手術等基本料３について、対象となる手術等を拡大するとともに、包括とされた部分の出来高実績点数に応じた評価の見直しを行う。併せて、診療形態に大きな変化がみられた項目や年齢によって出来高実績点数に大きな違いがみられた項目について、評価の精緻化を行う。

現 行	改定案
【短期滞在手術等基本料３】 [対象手術等] イ～チ 略 リ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの <u>（新設）</u> ヌ K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 <u>（新設）</u>	【短期滞在手術等基本料３】 ※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。 [対象手術等] イ～チ 略 リ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの（片眼） ヌ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの（両眼） ル K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片眼） ヲ K282水晶体再建術 2 眼内レンズ

ル～カ 略	<u>を挿入しない場合（両眼）</u>
ヨ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳未満に限る。） <u>（新設）</u>	ワ～タ 略
<u>（新設）</u>	レ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）</u>
タ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）	ソ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）</u>
レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳未満に限る。） <u>（新設）</u>	ツ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）</u>
<u>（新設）</u>	ネ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）	ナ <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）</u>
ツ～ム 略 <u>（新設）</u>	ラ <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）</u>
<u>（新設）</u>	ム <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）</u>
<u>（新設）</u>	ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）、
<u>（新設）</u>	ヰ～ヤ 略
	マ <u>K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u>
	ケ <u>K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術</u>
	フ <u>M001－2 ガンマナイフによる定位放射線治療</u>

2. 短期滞在手術等基本料3の包括範囲について、一部に高額の医療を要する患者がみられることから、包括範囲の見直しを行う。

現 行	改定案
[包括範囲]	[包括範囲]

全診療報酬	<u>下記以外は包括とする。</u> ① <u>第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料</u> ② <u>人工腎臓</u> ③ <u>抗悪性腫瘍剤</u> ④ <u>疼痛コントロールのための医療用麻薬</u> ⑤ <u>エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u> ⑥ <u>ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u> ⑦ <u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> ⑧ <u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及びHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> ⑨ <u>血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</u>
--------------	--

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

骨子【I－1(6)】

第1 基本的な考え方

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、加算1について、化学療法の要件の見直しを行うとともに、新たに急性期患者に対する医療の提供密度に関する要件等を追加し、また、加算2について、一定の実績を満たすことを要件とし、新たに認知症・精神疾患患者等の受入れ体制に関する要件等を追加した上で評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

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、以下のとおり見直しを行う。

現 行	改定案
【総合入院体制加算】 総合入院体制加算 1 240点 <u>（新設）</u> 総合入院体制加算 2 120点 〔施設基準等〕 総合入院体制加算 1 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。 <u>（新設）</u>	【総合入院体制加算】 総合入院体制加算 1 240点 総合入院体制加算 2 180点(新) 総合入院体制加算 3 120点 〔施設基準等〕 総合入院体制加算 1 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。 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</u>

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

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。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。 <u>（新設）</u>	<u>1 点以上の患者が 3 割以上であること。</u> ④ <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> 総合入院体制加算 3 ① 年間の手術件数が 800 件以上であること、<u>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。</u> 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<u>あり、以下のいずれかを満たすこと。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> ③ <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 2 割 7 分以上であること。</u>
---	---

[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） 4000件/年以上 オ) 化学療法 4000件/年以上 カ) 分娩件数 100件/年以上	[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
--	---

[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。

地域包括ケア病棟入院料の見直し

骨子【I－1－(7)】

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟（病室）において、手術、麻酔にかかる費用を包括外とすること等によって、地域包括ケアシステムにおいて比較的軽度な急性期患者に対する入院医療を整備する。

第2 具体的な内容

1. 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、麻酔にかかる費用を除外する。

現 行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】 〔包括範囲〕 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、地域連携診療計画退院時指導料（I）、第2章第2部在宅医療、摂食機能療法、人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定め	【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】 〔包括範囲〕 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院支援加算1及びデータ提出加算、地域連携診療計画加算（退院支援加算）、第2章第2部在宅医療、摂食機能療法、人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬、第10部手術、第11部麻酔の費

る除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 に含まれるものとする。	用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 に含まれるものとする。
---	--

2. 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に制限を設ける。

[算定要件]

以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が 500 床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を除く）の届出は 1 病棟に限る。

- (1) 救命救急入院料
- (2) 特定集中治療室管理料
- (3) ハイケアユニット入院医療管理料
- (4) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (5) 小児特定集中治療室管理料

ただし、平成 28 年 1 月 1 日時点で既に届け出た病棟等についてはこの限りではない。

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

骨子【Ⅰ－１(8)】

第１ 基本的な考え方

医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料２の病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう求めることとする。

第２ 具体的な内容

療養病棟入院基本料２の施設基準に、「当該病棟の入院患者のうち、医療区分２又は３の患者の割合の合計が５割以上」を加える。

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９５分の１００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。

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

骨子【Ⅰ－１（９）】

第１ 基本的な考え方

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よう見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 療養病棟入院基本料の医療区分３に関する項目の定義又は留意点を次のように変更する。

現 行	改定案
【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] 酸素療法を実施している状態	【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] <u>常時流量３Ｌ/分以上を必要とする状態又は常時流量３Ｌ/分未満を必要とする状態であってNYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態又は肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合。ただし、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、30日間は本項目に該当する。</u>

- 療養病棟入院基本料の医療区分２に関する項目の定義又は留意点を次のように変更する。

現 行	改定案
-----	-----

【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] <u>(新設)</u> 【頻回の血糖検査を実施している状態】 [留意点] 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に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。 【うつ症状に対する治療を実施している状態】 [項目の定義] 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、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第1第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）	【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] <u>酸素療法を実施している状態（医療区分3に該当する状態を除く。）</u> 【頻回の血糖検査を実施している状態】 [留意点] 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回以上の頻回な血糖検査を実施している状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。 【うつ症状に対する治療を実施している状態】 [項目の定義] うつ症状に対する治療を実施している状態（<u>精神保健指定医が</u>うつ症状に対する薬を投与している場合、うつ症状に対する入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第1第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）
---	--

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

骨子【Ⅰ－１（10）】

第１ 基本的な考え方

療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算について、在宅復帰率の算出から入院期間が１か月未満の患者が除外される計算式を見直すとともに、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指標の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する要件を次のように変更する。

現 行	改定案
[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	[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（<u>自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、</u>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 <u>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</u>

分の 10 以上であること。	<u>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。</u>
----------------	--

[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。

障害者施設等入院基本料等における

脳卒中患者の評価

骨子【Ⅰ－１（11）】

第１ 基本的な考え方

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の病棟や特殊疾患入院医療管理料の病室に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来当該病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、こうした患者が当該病棟に入院を要する場合について、療養病棟の評価体系を踏まえた見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．障害者施設等入院基本料の見直し

(新) ７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分２に相当する場合 1,465 点

医療区分１に相当する場合 1,331 点

(新) 13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分２に相当する場合 1,317 点

医療区分１に相当する場合 1,184 点

(新) 15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分２に相当する場合 1,219 点

医療区分１に相当する場合 1,086 点

[算定要件]

当該病棟に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）の

疾患及び状態等が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、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分 3 相当のものは、従来通り、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定する。

[包括範囲]

特掲診療料の包括範囲については療養病棟入院基本料と同様とし、入院基本料等加算等については、障害者施設等入院基本料の規定に従う。

2. 特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料の見直し

(新) 特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分 2 に相当する場合 1,857 点
医療区分 1 に相当する場合 1,701 点

(新) 特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分 2 に相当する場合 1,608 点
医療区分 1 に相当する場合 1,452 点

(新) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準を届け出た病室に入院する場合
医療区分 2 に相当する場合 1,857 点
医療区分 1 に相当する場合 1,701 点

[算定要件]

当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者（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、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分 3 相当のものは、従来通り、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定する。

入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和

骨子【Ⅰ－１（12）】

第１ 基本的な考え方

入院中の患者が、異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、入院中の他医療機関受診時の減算について、診療科の少ない保険医療機関等に配慮し、控除率を緩和する。

第２ 具体的な内容

精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない保険医療機関等に配慮し、控除率を緩和するとともに、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的とする場合の算定方法は活用されていないため廃止する。

現 行	改定案
【入院中の患者の他医療機関への受診について】 [出来高入院料の場合] 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 30%を控除した点数により算定すること。 ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高	【入院中の患者の他医療機関への受診について】 [出来高入院料の場合] 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の <u>10%</u> を控除した点数により算定すること。 <u>（削除）</u>

入院料の基本点数の 15%を控除した点数により算定する。 [特定入院料等（包括診療行為算定）の場合] 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 70%を控除した点数により算定すること。 ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の 55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して 61日以上の場合に限る。 [特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合]	[特定入院料等（包括診療行為算定）の場合] 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の <u>40%</u>を控除した点数により算定すること。 <u>ただし、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の 20%を控除した点数により算定する。</u> [特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合]
---	--

特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。 ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合（入院日から起算して60日以内に限る。）であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定する。	特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の<u>10%</u>を控除した点数により算定すること。 <u>(削除)</u>
--	---

地域加算の見直し

骨子【Ⅰ－１（13）】

第１ 基本的な考え方

診療報酬上の地域加算の対象地域等について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い見直しを行う。

第２ 具体的な内容

国家公務員の地域手当と同様に、診療報酬上の地域加算の地域区分を見直す。

現 行		改定案	
【地域加算】（１日につき）		【地域加算】（１日につき）	
１級地	18 点	１級地	<u>18 点</u>
２級地	15 点	２級地	<u>15 点</u>
３級地	12 点	３級地	<u>14 点</u>
４級地	10 点	４級地	<u>11 点</u>
５級地	6 点	５級地	<u>9 点</u>
６級地	3 点	６級地	<u>5 点</u>
<u>（新設）</u>		<u>7 級地</u>	<u>3 点</u> （新）

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。

※ 当該地域に準じる地域とは、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の地域に隣接している地域とし、当該地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様とする。

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

骨子【Ⅰ－１（14）】

第１ 基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直した上で評価を継続する。

第２ 具体的な内容

１．対象地域に関する要件

- (1) 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件とする。
- (2) 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。

２．当該評価に係る保険医療機関の要件

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。

現 行	改定案
【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】 一 北海道芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町及び雨竜町の地域 二 北海道苫小牧市、白老町、安平	【別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域】 一 <u>北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域</u> 二 <u>北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町及び利尻富士町の地域</u>

町、厚真町及びむかわ町の地域	三 <u>北海道日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、及びえりも町の地域</u>
三 <u>北海道北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町及び置戸町の地域</u>	四 <u>北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域</u>
四 <u>北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域</u>	五 <u>北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町及び幌延町の地域</u>
五 <u>北海道釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村及び白糠町の地域</u>	六 <u>青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域</u>
六 <u>秋田県大館市、鹿角市及び小坂町の地域</u>	七 <u>青森県五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</u>
七 <u>秋田県由利本荘市及びにかほ市の地域</u>	八 <u>岩手県宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村及び川井村の地域</u>
八 <u>山形県米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町及び飯豊町の地域</u>	九 <u>岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域</u>
九 <u>山形県鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町及び遊佐町の地域</u>	十 <u>岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域</u>
十 <u>福島県会津若松市、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、昭和村及び会津美里町の地域</u>	十一 <u>岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域</u>
十一 <u>東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</u>	十二 <u>岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</u>
	十三 <u>秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</u>
	十四 <u>秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</u>
	十五 <u>秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</u>
	十六 <u>山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域</u>

十二 新潟県村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村及び聖籠町の地域 十三 新潟県上越市、妙高市及び糸魚川市の地域 十四 新潟県佐渡市の地域 十五 長野県飯田市及び下伊那郡の地域 十六 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域 十七 和歌山県田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町及びすさみ町の地域 十八 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域 十九 岡山県津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西栗倉村、久米南町及び美咲町の地域 二十 香川県小豆郡の地域 二十一 高知県宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村及び黒潮町の地域 二十二 長崎県五島市の地域 二十三 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域 二十四 長崎県壱岐市の地域 二十五 長崎県対馬市の地域 二十六 熊本県人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村及び球磨村の地域 二十七 鹿児島県西之表市及び熊	十七 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域 十八 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域 十九 新潟県小千谷市、魚沼市、南魚沼市、十日町市、川口町、湯沢町及び津南町の地域 二十 新潟県佐渡市の地域 二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域 二十二 福井県大野市及び勝山市の地域 二十三 山梨県市川三郷町、増穂町、鰍沢町、早川町、身延町及び南部町の地域 二十四 長野県木曽郡の地域 二十五 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡の地域 二十六 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域 二十七 滋賀県高島市の地域 二十八 奈良県五條市、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、川上村及び東吉野村の地域 二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域 三十 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
---	---

毛郡の地域 二十八 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域 二十九 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域 三十 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域	三十一 香川県小豆郡の地域 三十二 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域 三十三 長崎県対馬市の地域 三十四 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域 三十五 長崎県五島市の地域 三十六 長崎県壱岐市の地域 三十七 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、南阿蘇村及び西原村の地域 三十八 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域 三十九 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域 四十 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域 四十一 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域 <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、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第 1 条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（昭和 44 年法律第 79 号）第 4 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第 3 条第三号に規定する離島の地域に該当する地域</u>
---	--

[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。

一類感染症患者入院医療管理料の見直し

骨子【I－1（15）】

第1 基本的な考え方

一類感染症患者入院医療管理料では検査や注射薬が入院料に包括されているが、一類感染症の治療法は未知な部分が多いことから、一類感染症患者入院医療管理料の評価については、発生時に必要となった検査、注射等に対応しやすい体系とする。

また、疾患や患者によって治療や隔離期間が異なり、標準的な入院期間の設定が困難であることから、算定できる期間を見直す。

第2 具体的な内容

現行の算定日数については、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変更を行う。

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。

現 行	改定案
【一類感染症患者入院医療管理料】 （1日につき）	【一類感染症患者入院医療管理料】 （1日につき）
1 7日以内の期間 9,046点	1 <u>14日以内の期間</u> 9,046点
2 8日以上14日以内の期間 7,826点 [算定要件] 感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院	2 <u>15日以上</u> の期間 7,826点 [算定要件] 感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院

医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。 [包括範囲] 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 6 部注射、第 9 部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（一部を除く。） ハ 第 2 章第 3 部の各区分の検査（一部を除く） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入 ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第 1 節の病理標本作成	医療管理が行われた場合に算定する。なお、<u>同法第19条及び第20条に基づく入院に係る期間を超えた場合は算定しない。</u> [包括範囲] 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 9 部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（一部を除く。） <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> ハ 酸素吸入 ニ 留置カテーテル設置 ホ 第13部第 1 節の病理標本作成
--	---

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し

骨子【I－1（16）】

第1 基本的な考え方

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、入院初期の評価に関する見直しを行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料を算定する病棟における標準的な治療期間を踏まえ、早期退院を促すよう入院初期加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【結核病棟入院基本料】 入院患者の入院期間に応じ、以下に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 400点 ロ 15日以上 30日以内の期間 300点 <u>（新設）</u> ハ 31日以上 90日以内の期間 100点	【結核病棟入院基本料】 入院患者の入院期間に応じ、以下に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 400点 ロ 15日以上 30日以内の期間 300点 <u>ハ 31日以上 60日以内の期間 200点（新）</u> ニ 61日以上 90日以内の期間 100点

医師事務作業補助体制の評価

骨子【Ⅰ－２（１）】

第１ 基本的な考え方

- １．勤務医の負担軽減の効果をより一層推進する観点から、医師事務作業補助体制加算については、加算１の評価を充実する。
- ２．療養病棟入院基本料や精神病棟入院基本料を算定する病棟についても医師事務作業補助体制加算の対象に加える。
- ３．特定機能病院については、医師事務作業補助体制加算２は、その本来の機能に含まれることから、前回改定で新設された医師事務作業補助体制加算１に限り評価の対象とする。

第２ 具体的な内容

- 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、医師が患者の診療中に行う文書作成の補助業務（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。

現 行		改定案	
【医師事務作業補助体制加算１】（入院初日）		【医師事務作業補助体制加算１】（入院初日）	
15 対 1 補助体制加算	860 点	15 対 1 補助体制加算	<u>870 点</u>
20 対 1 補助体制加算	648 点	20 対 1 補助体制加算	<u>658 点</u>
25 対 1 補助体制加算	520 点	25 対 1 補助体制加算	<u>530 点</u>
30 対 1 補助体制加算	435 点	30 対 1 補助体制加算	<u>445 点</u>
40 対 1 補助体制加算	350 点	40 対 1 補助体制加算	<u>355 点</u>
50 対 1 補助体制加算	270 点	50 対 1 補助体制加算	<u>275 点</u>

75 対 1 補助体制加算	190 点	75 対 1 補助体制加算	<u>195 点</u>
100 対 1 補助体制加算	143 点	100 対 1 補助体制加算	<u>148 点</u>
[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。		[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。<u>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。</u>	

2. 20 対 1 補助体制加算について、現行は 15 対 1 補助体制加算と同様の施設基準を満たすこととされているが、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する。また、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	改定案
[15対 1 及び 20対 1 補助体制加算の施設基準] (略)	[15対 1 補助体制加算の施設基準] (略)
[25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準] (略)	[<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)
[50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助	[50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助

体制加算の施設基準] 次のいずれかの要件を満たしていること。 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。 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。	体制加算の施設基準] 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア <u>「15 対 1 補助体制加算の施設基準」又は「20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準」</u>を満たしていること。 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。
--	---

3. 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。また、特定機能病院については、本来求められる体制以上に勤務医の負担軽減に取り組む保険医療機関を評価するため、加算 1 に限り、要件を満たす場合に届出を可能とする。

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

骨子【I－2（2）】

第1 基本的な考え方

看護職員の夜勤体制について、夜勤従事者を確保する観点等から、月平均夜勤時間数の計算方法の見直し及び基準に適合しなくなった際の評価方法等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 月平均夜勤時間数の算出にあたり、計算に含まれる者の要件を見直す。

現 行	改定案
[入院基本料の施設基準] 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。<u>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。</u>	[入院基本料の施設基準] 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 <u>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</u>

キ 月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の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。	<u>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。</u> ③ <u>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。</u> ④ <u>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。</u> <u>(削除)</u>
--	--

2. 月平均夜勤時間超過減算の算定額を見直す。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】 月平均夜勤時間超過減算として、	【一般病棟入院基本料】 月平均夜勤時間超過減算として、

それぞれの所定点数から 100分の 20に相当する点数を減算する	それぞれの所定点数から 100分の <u>15</u> に相当する点数を減算する。
-------------------------------------	--

3. 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさなくなった場合に算定する夜勤時間特別入院基本料を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

(1) 入院基本料の 100 分の 70 に相当する点数

(2) (1) 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

[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。

夜間看護体制の充実に関する評価

骨子【I－2(3)】

第1 基本的な考え方

夜間の看護業務の負担軽減を促進するために、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。

第2 具体的な内容

1. 7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護職員の手厚い夜間配置をしている場合及び看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合に、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現 行	改定案
【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間配置加算 50点	【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 80点 ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2 60点 2 看護職員夜間16対1配置加算 40点(新)

[施設基準]

- (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。

＜夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞

- 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。

＜夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置＞

- 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。

＜看護補助者と看護職員の業務分担の推進＞

- 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。

＜院内保育所の設置＞

- 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。

2. 7 対 1 又は 10 対 1 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の区分を見直すと共に評価を充実し、看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

(1) 看護補助者の夜間配置の評価

現 行	改定案
-----	-----

【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】	
イ	夜間 25対1 急性期看護補助体制加算 35点	イ	夜間 30対1 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 25点	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 15点	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。

(2) 看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

(新) 夜間看護体制加算 10 点

[算定要件]

夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。

[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。

※ 項目は、看護職員夜間 12 対 1 配置加算の施設基準におけるロの①～④、⑥、⑦。

3. 13 対 1 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を新設する。

(新) 夜間 75 対 1 看護補助加算 30 点（1 日につき）

[算定要件]

- (1) 看護補助加算を算定していること。
- (2) 入院した日から起算して 20 日を限度として加算する。

[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。

4. 看護補助加算（13 対 1、15 対 1、18 対 1、20 対 1 入院基本料を算定する病棟）を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置を含めた看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組をしている場合の評価を新設する。

(新) 夜間看護体制加算 150 点（入院初日）

[算定要件]

看護補助加算を算定していること。

[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。
 - ＜夜間を含む交代制勤務を行う看護要員の負担軽減に資する勤務編成（シフト）＞
 - 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。

＜夜間の看護業務量に応じた看護要員の配置＞

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。

＜看護職員と看護補助者との業務分担の推進＞

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。

＜院内保育所の設置＞

⑦ 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

5. 有床診療所の看護職員の夜間配置について、夜間看護配置加算の評価を充実する。

現 行		改定案	
【有床診療所入院基本料】		【有床診療所入院基本料】	
夜間看護配置加算 1	80点	夜間看護配置加算 1	<u>85点</u>
夜間看護配置加算 2	30点	夜間看護配置加算 2	<u>35点</u>

看護職員と看護補助者の業務分担の推進

骨子【I－2(4)】

第1 基本的な考え方

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、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を実施した上で、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する。

第2 具体的な内容

主に事務的業務を実施する看護補助者として 200 対 1 までは配置してよいこととする。また、急性期看護補助体制加算及び看護補助加算において、看護管理者が看護補助者活用に関する研修を受けることが望ましいこととし、看護補助者との業務分担等について定期的な見直しを行うこととする。

現 行	改定案
【入院基本料】 [施設基準] 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。 <u>（新設）</u>	【入院基本料】 [施設基準] 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、<u>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。</u> 2 <u>主として事務的業務を行う看護</u>

	<u>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。</u>
--	---

【急性期看護補助体制加算、看護補助加算】

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に 1 回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。

常勤配置の取扱いの明確化

骨子【重点課題Ⅰ－２（５）】

第１ 基本的な考え方

診療報酬制度上の常勤配置の取扱いについて、産前・産後休業、育児・介護休業、短時間勤務等に関する取扱いを明確化し、柔軟な勤務形態に対応する。

第２ 具体的な内容

- １．施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法に定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、当該休業を取得している期間については、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が常勤換算方法により施設基準を満たすことを原則認める。
- ２．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。

現 行	改定案
【第１ 基本診療料の施設基準等】 <u>（新設）</u>	【第１ 基本診療料の施設基準等】 <u>８ 基本診療料の施設基準における</u> <u>常勤配置とは、従事者が労働基準法</u> <u>（昭和 22 年法律第 49 号）に規定す</u> <u>る産前・産後休業及び育児・介護休</u> <u>業法（平成 3 年法律第 76 号）に規</u> <u>定する育児・介護休業を取得中の期</u> <u>間において、当該施設基準上求めら</u> <u>れる資質を有する複数の非常勤従</u>

【第 1 特掲診療料の施設基準等】 (新設)	<u>事業者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。</u> <u>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。</u> 【第 1 特掲診療料の施設基準等】 4 <u>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。</u> <u>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。</u>
-----------------------------------	--

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

骨子【Ⅰ－２（６）】

第１ 基本的な考え方

現行の算定要件は、「神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する」こととなっているが、夜間休日に当該保険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。

第２ 具体的な内容

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を緩和する。

現 行	改定案
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】（１日につき） 〔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。	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】（１日につき） 〔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。 <u>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</u>

	<u>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。</u>
--	---

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

骨子【I－2（7）】

第1 基本的な考え方

画像診断管理加算の算定に当たっては、現行、常勤の医師が保険医療機関において読影する等の要件があるが、当該保険医療機関の常勤の医師が夜間休日に ICT を活用して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。

第2 具体的な内容

画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断における画像診断管理加算について、現行、常勤の医師が保険医療機関において画像診断をするとしているところを、当該保険医療機関の常勤の医師が、夜間・休日の緊急時に当該保険医療機関以外の場所で、画像を読影した場合も院内の読影に準じて扱うこととする。

現 行	改定案
【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】 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等に届出を行った保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。 [施設基準等] <u>（新設）</u>	【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】 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等に届出を行った保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、<u>画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。</u> [施設基準等] <u>夜間又は休日に撮影された画像</u>

	<u>について、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、読影した場合も対象となる。</u> <u>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。</u>
--	--

手術・処置の時間外等加算 1 の施設基準の見直し

骨子【I－2（8）】

第1 基本的な考え方

勤務医負担軽減の取組をより促進する観点から、病院全体で負担軽減の体制整備に取り組んでいる場合においては、要件の一部を緩和する。

第2 具体的な内容

手術・処置の時間外等加算 1 については、算定施設届出の際に、算定する診療科を列記しているが、全科届出の場合には、1 日当たりの当直医師数（当該保険医療機関の常勤医師であること。また、ICU 等に勤務する医師は除く。）に応じて、手術前日の当直回数の制限を緩和する。

現行	改正案
【手術・処置の時間外等加算 1】 [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	【手術・処置の時間外等加算 1】 [施設基準] (2) <現行通り> (3) (2) の当直等を行った日が年間

間 12 日以内であること。	12 日以内（当直医師を毎日 6 人以上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
----------------	---

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

【骨子Ⅰ－２（９）】

第１ 基本的な考え方

周術期口腔機能管理を推進するために、医療機関相互の連携等が重要であることから、医科医療機関と歯科医療機関、歯科医療機関と歯科医療機関との有機的な連携を促進するとともに、周術期口腔機能管理計画策定料及び周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の対象患者等の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- １．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について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を充実する。

現 行	改定案
【手術 通則】【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月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合は 100点を所定点数に加算する。 【手術 通則】【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料を算定した患者に対して、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は 100点を所定点数に加算する。	【手術 通則】【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月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合は<u>200点</u>を所定点数に加算する。 【手術 通則】【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料を算定した患者に対して、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は<u>200点</u>を所定点数に加算する。

2. 病院における周術期口腔機能管理を推進する観点から、歯科診療所の歯科医師が歯科を標榜している病院に訪問して歯科診療ができるよう歯科訪問診療料の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2、歯科訪問診療 3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。	【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2、歯科訪問診療 3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。<u>ただし、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者について、当該保険医療機関の歯科医師が当該患者の入院する病院の歯科医師と連携の下に周術期口腔機能管理及び周術期口腔機能管理に伴う治療行為を行う場合には歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料を算定できる。</u>

3. がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者に対する周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置について、対象患者や対象期間の見直しを行う。また、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

現 行	改定案
【周術期口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法を実施する患者に対して、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に算定する。	【周術期口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは<u>緩和ケア</u>を実施する患者に対して、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に算定する。
【周術期口腔機能管理料(Ⅲ)】 [算定要件] がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者を対象として、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に月 1 回を限度として算定する。	【周術期口腔機能管理料(Ⅲ)】 [算定要件] がん等に係る放射線治療、化学療法又は<u>緩和ケア</u>を実施する患者を対象として、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に月 1 回を限度として算定する。
【周術期専門的口腔衛生処置】 80点 [算定要件] 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に術前 1 回、術後 1 回を限度として算定する。	【周術期専門的口腔衛生処置】 <u>92点</u> [算定要件] ① 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に術前 1 回、術後 1 回を限度として算定する。

<u>(新設)</u>	② <u>周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月1回を限度として算定する。</u>
--------------------	--

歯科医師と連携した栄養サポートチーム に対する評価

骨子【I－2（10）】

第1 基本的な考え方

医科と歯科の連携を推進して、入院中の患者の栄養状態の改善を図るため、歯科医師が院内スタッフと共同で栄養サポートを実施した場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

入院基本料等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た場合の評価を新設する。

栄養サポートチーム加算		
(新)	歯科医師連携加算	50点【医科点数表】
※入院基本料の加算		

[算定要件]

- (1) 院内又は院外の歯科医師が、栄養サポートチームの構成員として、以下に掲げる栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する。
- ① 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
 - ② カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
 - ③ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

- ④ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時指導を行い、その内容を栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
- ⑤ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

認知症に対する主治医機能の評価

骨子【I－3－1（1）】

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

認知症の患者に対する主治医機能について、評価を新設する。

（新） 認知症地域包括診療料 1,515 点（月 1 回）

[算定要件]

認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

- （1）認知症以外に 1 以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。
- （2）当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
 - ① 1 処方につき 5 種類を超える内服薬があるもの。
 - ② 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて含むもの。
- （3）疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。

[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

[算定要件]

認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30 点を再診料に加算する。

- (1) 認知症以外に 1 以上の疾患（疑いは除く。）を有すること。
- (2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
 - ① 1 処方につき 5 種類を超える内服薬があるもの。
 - ② 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて含むもの。
- (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括診療料等の施設基準の緩和

骨子【Ⅰ－３－１（１）】

第１ 基本的な考え方

地域包括診療料及び地域包括診療加算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。

第２ 具体的な内容

地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準を緩和する。

現行	改定案
【地域包括診療料】 [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	【地域包括診療料】 [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 <u>2</u> 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 <u>(削除)</u>

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。 【地域包括診療加算】 [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)	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。 【地域包括診療加算】 [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 <u>2</u> 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

骨子【I－3－1（2）】

第1 基本的な考え方

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総合的に評価する。

第2 具体的な内容

小児科を標榜する保険医療機関について、外来におけるかかりつけ医としての診療に関する包括的な評価を新設する。

（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

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料
- (3) 院内トリアージ実施料
- (4) 夜間休日救急搬送医学管理料
- (5) 診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）

(6) 往診料（往診料の加算を含む。）

[算定要件]

- (1) 対象患者は、継続的に受診している3歳未満の患者（3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については未就学児まで算定できる。）であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者とし、原則として1か所の保険医療機関が算定する。
- (2) 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。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導及び診療を行うこと。
- (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。
- (6) 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全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こと。
- (7) 上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示すること。

[施設基準]

- (1) 小児科外来診療料の届出を行っ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 初期小児救急への参加
 - ② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
 - ③ 定期接種の実施
 - ④ 小児に対する在宅医療の提供

⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

かかりつけ歯科医機能の評価

骨子【I－3－1(3)】

第1 基本的な考え方

地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療を推進していくため、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を新設し、当該保険医療機関の歯科医師が行う、う蝕又は歯周疾患の重症化予防に係る管理、摂食機能障害及び歯科疾患に対する包括的で継続的な管理を評価する。

第2 具体的な内容

1. う蝕の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図る観点から、エナメル質初期う蝕に対する積極的な再石灰化を促進するため、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行うエナメル質初期う蝕に対する定期的・継続的な管理を評価する。

(新) エナメル質初期う蝕管理加算 260 点（月 1 回）
（歯科疾患管理料の加算）

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を実施し、その内容について説明を行った場合、歯科疾患管理料に 260 点を加算する。

[包括範囲]

エナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・フッ化物歯面塗布処置
- ・機械的歯面清掃処置
- ・口腔内写真検査

- ・ 歯科疾患管理料のフッ化物洗口に関する加算

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

- (1) 歯科診療所であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、あるいは、歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (4) 歯科訪問診療料、歯科疾患管理料、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定していること。
- (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。
- (7) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

2. 歯周疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図る観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行う歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する定期的・継続的な歯周病安定期治療による管理を評価する。

(新) 歯周病安定期治療(Ⅱ)(月1回)

1	1 歯以上 10 歯未満	380 点
2	10 歯以上 20 歯未満	550 点
3	20 歯以上	830 点

※ 現行の歯周病安定期治療を、歯周病安定期治療(Ⅰ)として、新たに歯周病安定期治療(Ⅱ)を創設

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等

の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回を限度として算定する。

歯周病安定期治療（Ⅱ）を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

[包括範囲]

歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・ 歯周病検査
- ・ 口腔内写真検査
- ・ 機械的歯面清掃処置
- ・ 歯周基本治療
- ・ 歯周疾患処置
- ・ 歯周基本治療処置

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

1. の施設基準と同じ

3. 口腔機能の回復及び口腔疾患の重症化予防を目的として、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行う、在宅等で療養を行っている患者に対する摂食機能障害及び歯科疾患に対する包括的で継続的な管理の評価を行う。

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 100点
(月4回)

※ 新たに在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を創設し、当該指導管理料の加算として評価

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において当該指導管理を実施した場合は、100点を所定点数に加算する。

[包括範囲]

在宅患者訪問口腔リハビリテーション料指導管理料を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・ 歯周病検査
- ・ 歯周病部分的再評価検査
- ・ 歯周基本治療
- ・ 歯周病安定期治療（Ⅰ）
- ・ 歯周病安定期治療（Ⅱ）
- ・ 歯周基本治療処置
- ・ 機械的歯面清掃処置
- ・ 摂食機能療法

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

1. の施設基準と同じ

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

骨子【I-3-1(4)】

第1 基本的な考え方

患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を以下のように評価する。

1. 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。
2. 1. の評価に加え、地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。
3. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能进行评估するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。
4. 患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

第2 具体的な内容

1. 患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価を新設する。

[算定要件]

- (1) 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
- (2) 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得ることとし、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、当該患者の薬剤服用歴にその旨を記載する。なお、患者の服用薬について、一元的・継続的な管理を推進する観点から患者 1 人に対して、1 人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師として算定できる。
- (3) 当該指導料は、患者の同意を得た後の次の来局時以降に算定可能とする。
- (4) 当該指導料を算定する保険薬剤師は、以下の要件を満たしている旨を地方厚生局長等に届け出ていること。
 - ① 薬剤師として 3 年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週 32 時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること。
 - ② 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
 - ③ 医療に係る地域活動の取組に参画していること。(地域の行政機関や関係団体等が主催する講演会、研修会等への参加、講演等の実績)
- (5) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、患者が選択したかかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称を記載すること。
- (6) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が服薬指導等を行った場合は当該指導料を算定できない。
- (7) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること。
 - ① 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。
 - ② 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で手帳を用いて当該指導等の内容を記載すること。

- ③ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。
- ④ 患者から 24 時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が開局時間外の問い合わせに応じることができない場合には、あらかじめ患者に対して当該薬局の別の薬剤師が開局時間外の相談等に対応する場合があることを説明するとともに、当該薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、別の薬剤師が対応しても差し支えない。
- ⑤ 患者が他の薬局で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴の記録に記載すること。
- ⑥ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医にその内容を情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握の方法は、患者の容態や希望に応じて、定期的に連絡できるようにすること（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服薬期間中に服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴の記録に記載すること。
- ⑦ 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を必要に応じて配布し、その取組の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を行うこと。
- (8) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できないこと。

2. かかりつけ薬剤師の業務について、出来高による 1. の評価に加えて、包括的な評価も新設する。

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270 点

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 時間外等加算、夜間・休日等加算
- (2) 在宅医療に係る点数
- (3) 薬剤料
- (4) 特定保険医療材料料

[算定要件]

- (1) 対象患者は地域包括診療料、地域包括診療加算等の算定対象患者とする。
- (2) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握して、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて減薬等の処方提案を実施すること。

なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えないこと。

- (3) 「かかりつけ薬剤師指導料」の算定要件の(1)～(7)を満たしていること。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できないこと。

3. 基準調剤加算を統合し、施設基準の要件を以下のとおりとする。

また、後発医薬品の調剤割合が低い保険薬局に対する評価の適正化の観点から、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が 30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。

現 行	改定案
【基準調剤加算】	【基準調剤加算】

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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注１に該当する場合には注１に掲げる点数）に加算する。なお、注１のロに該当する場合にあつては、注１に規定する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薬局においてのみ加算できる。 イ 基準調剤加算１ 12 点 ロ 基準調剤加算２ 36 点 〔施設基準〕 通則 イ～ロ 略 ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。 <u>（新設）</u> ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。 ホ 略 <u>（新設）</u>	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薬局において調剤した場合には、<u>基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料１を算定している保険薬局のみ加算できる。</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> 〔施設基準〕 <u>（削除）</u> イ～ロ 略 <u>ハ 一定時間以上開局していること。</u> <u>ニ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</u> <u>ホ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</u> <u>ヘ 略</u> <u>ト 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含んだ連携する近隣の保険</u>
---	--

<u>(新設)</u>	<u>薬局において、二十四時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>チ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>リ 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>ヌ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>ル かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出を行っていること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>ヲ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が9割を超える場合にあっては、当該保険薬局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を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（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3割以上であること。</u>
基準調剤加算 1 イ～ハ 略	<u>(削除)</u>

基準調剤加算 2 イ～ヘ 略	(削除)
-------------------	------

- ※ 「一定時間以上開局している」基準として、通知において、「平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週 45 時間以上開局していること」を規定する。
- ※ 「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、「1,200 品目以上」を規定する。
- ※ 「体制及び機能の整備」として、通知において、現行で例示や努力規定とされていた「医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）の登録」、「患者のプライバシーに配慮した構造」を要件とし、「管理薬剤師は５年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週 32 時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に１年以上在籍していること」、「健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示」を新たに要件として義務付ける。

4. 調剤報酬点数表の一覧等については、現在、薬局内の見やすい場所に掲示することとされているが、薬剤交付窓口等、指導等の際に患者にわかりやすい場所に掲示することを通知において規定する。

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

骨子【1－3－2（1）】

第1 基本的な考え方

特定集中治療室など高度急性期医療を担う治療室等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。併せて、救命救急入院料等における薬剤管理指導に対する評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 特定集中治療室管理料等における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算において評価する。

現 行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】 病棟薬剤業務実施加算（週1回） 100点 <u>（新設）</u>	【病棟薬剤業務実施加算】 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 100点 <u>病棟薬剤業務実施加算2（1日につき）</u> 80点（新） [算定要件] 病棟薬剤業務実施加算2 <u>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、病棟薬剤業務実施加算1と同様の病棟薬剤業務を実施していること。</u>

	[施設基準] 病棟薬剤業務実施加算 2 ① <u>病棟薬剤業務実施加算 1 の届出を行っていること。</u> ② <u>病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1 週間につき 20 時間以上病棟薬剤業務を実施していること。</u>
--	--

2. 救命救急入院料等における薬剤管理指導に対する評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【薬剤管理指導料】 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点 3 1 及び 2 の患者以外の患者に対して行う場合 325点	【薬剤管理指導料】 <u>（削除）</u> 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点 2 1 の患者以外の患者に対して行う場合 325点

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

骨子【I－3－2(2)】

第1 基本的な考え方

多様な疾患の患者に対して、食事を通じた適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う栄養食事指導について、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 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、低栄養の患者に対する治療食を含める。

現 行	改定案
【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た特別食を必要とする患者	【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た特別食を必要とする患者、 <u>がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者（※1）又は低栄養状態にある患者（※2）</u> ※1 <u>医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者であること。</u> ※2 <u>次のいずれかを満たす患者であること。</u>

	① <u>血中アルブミンが 3.0g/dl 以下である患者</u> ② <u>医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者</u>
--	--

2. 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。

現 行	改定案
【外来栄養食事指導料】 外来栄養食事指導料 130点 [算定要件] ① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね 15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。	【外来栄養食事指導料】 イ 初回 260点(新) ロ 2回目以降 200点(新) [算定要件] ① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、<u>初回にあつては概ね 30分以上、2回目以降にあつては概ね 20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。</u> ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質<u>その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるもの</u>に関する具体的な指示を含まなければならない。

【入院栄養食事指導料】 イ 入院栄養食事指導料 1 130点 ロ 入院栄養食事指導料 2 125点 [算定要件] 外来栄養食事指導料と同様	【入院栄養食事指導料】 1 入院栄養食事指導料 1 イ 初回 260点(新) ロ 2回目 200点(新) 2 入院栄養食事指導料 2 イ 初回 250点(新) ロ 2回目 190点(新) [算定要件] 外来栄養食事指導料と同趣旨の 改正を行う。
---	--

3. 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。

現 行	改定案
【在宅患者訪問栄養食事指導料】 [算定要件] 当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該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] 当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従い、<u>食事の用意や摂取等に関する具体的な指導</u>を 30分以上行った場合に算定する。

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

【骨子 I－3－2 (3)】

第1 基本的な考え方

周術期口腔機能管理を推進するために、医療機関相互の連携等が重要であることから、医科医療機関と歯科医療機関、歯科医療機関と歯科医療機関との有機的な連携を促進するとともに、周術期口腔機能管理計画策定料及び周術期口腔機能管理料(Ⅲ)の対象患者等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 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について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を充実する。

「I－2－⑨」を参照のこと。

2. 病院における周術期口腔機能管理を推進する観点から、歯科診療所の歯科医師が歯科を標榜している病院に訪問して歯科診療ができるよう歯科訪問診療料の要件の見直しを行う。

「I－2－⑨」を参照のこと。

3. がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者に対する周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置について、対象患者等の見直しを行う。また、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

「I－2－⑨」を参照のこと。

歯科医師と連携した栄養サポートチーム に対する評価

骨子【I－3－2（4）】

第1 基本的な考え方

医科と歯科の連携を推進して、入院中の患者の栄養状態の改善を図るため、歯科医師が院内スタッフと共同で栄養サポートを実施した場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

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た場合の評価を新設する。

「I－2－⑩」を参照のこと。

退院支援に関する評価の充実

骨子【I－3－3（1）】

第1 基本的な考え方

退院支援の更なる推進を図るため、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携を推進するために評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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

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

〔算定要件〕

- （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、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。

対象患者は、現行の退院調整加算の対象者に加え、連携する保険医療機関からの転院であって、転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1度の転院に限る。）。

- （2） 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。

- ① 当該保険医療機関の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

- ② 各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後 3 日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。
- ③ 退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後 7 日以内（療養病棟等については 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。
- ④ 入院後 7 日以内に、病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たること。なお、カンファレンスに当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

[施設基準]

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。

- (1) 退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の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。ただし、退院支援業務について、最大 2 病棟まで併任することが可能。
- (2) 20 以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること。
- (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の職員と当該保険医療機関の退院支援・地域連携職員が、3 回／年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関における介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の算定対象病床 100 床当たり年間 15 回以上（療養病棟等については 10 回以上）であること。
- (5) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示していること。

2. 退院調整加算について、入院日数に応じた評価を廃止するとともに名称を改める。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【退院支援加算 2】

1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） 専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 14日以内の期間 340点 ロ 15日以上 30日以内の期間 150点 ハ 31日以上 30日以内の期間 50点 2 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 30日以内の期間 800点 ロ 31日以上 90日以内の期間 600点 ハ 91日以上 120日以内の期間 200点	<u>イ 一般病棟入院基本料等の場合</u> <u>190点(新)</u> <u>ロ 療養病棟入院基本料等の場合</u> <u>635点(新)</u>
---	---

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（退院時 1 回）

[算定要件]

(1) 対象患者は、現行の新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は 2 の対象者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1 度の転院

に限る)。

- (2) 入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出し、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。
- (3) 入院後 1 か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で患者又は家族に説明を行い交付する。また、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、社会福祉サービスの導入に係る支援を行う。
- (4) 退院調整に当たって病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施すること。

[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。

4. 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) | <u>地域連携診療計画加算</u> | 300 点 (退院時 1 回) |
| | 診療情報提供料 (I) | |
| (新) | <u>地域連携診療計画加算</u> | 50 点 |

[算定要件]

地域連携診療計画加算 (退院支援加算)

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等で共有されている疾患に罹患する者であって、転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われる者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者 (1 度の転院に限る)。
- (2) 連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等とあらかじめ共有されている地域連携診療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、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、患者に説明し、文書にて患者又は家族に提供する。

- (3) 転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われる場合には、当該保険医療機関又は介護サービス事業所等に対して、当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。
- (4) 転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者については、退院時に、当該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。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算（退院支援加算）を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、入院中の患者以外の者。
- (2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている 地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算（退院支援加算）を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する。

[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。

５．退院調整加算を発展的に見直したことに伴い、一部の算定回数が少ない項目については廃止することとする。

[廃止する項目]

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加算
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

骨子【I－3－3（1）】

第1 基本的な考え方

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、これらの取組みに関する評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

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	改定案
【介護支援連携指導料】 介護支援連携指導料 300点	【介護支援連携指導料】 介護支援連携指導料 <u>400点</u>
【退院時共同指導料】 退院時共同指導料 1	【退院時共同指導料】 退院時共同指導料 1
1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点	1 在宅療養支援診療所の場合 <u>1,500点</u>
2 1以外の場合 600点	2 1以外の場合 <u>900点</u>
退院時共同指導料 2 300点	退院時共同指導料 2 <u>400点</u>

退院直後の在宅療養支援に関する評価

骨子【I－3－3(2)】

第1 基本的な考え方

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医療機関から行う訪問指導について評価する。

第2 具体的な内容

退院直後に、入院医療機関の看護師等が患家等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を新設する。

(新)	退院後訪問指導料	580点（1回につき）
(新)	訪問看護同行加算	20点

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (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。

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

骨子【I－4（1）】

第1 基本的な考え方

在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第2 具体的な内容

1. 特定施設入居時等医学総合管理料について、当該管理料の算定対象となる対象施設を見直すとともに名称の変更を行う。

現 行	改定案
【特定施設入居時等医学総合管理料】 [対象施設] ① 養護老人ホーム ② 軽費老人ホーム ③ 特別養護老人ホーム ④ 特定施設 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【施設入居時等医学総合管理料】 [対象施設] ① 養護老人ホーム ② 軽費老人ホーム ③ 特別養護老人ホーム ④ 特定施設 <u>⑤ 有料老人ホーム</u> <u>⑥ サービス付き高齢者向け住宅</u> <u>⑦ 認知症グループホーム</u>

2. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料について、
 - (1) 月1回の訪問診療による管理料を新設
 - (2) 重症度が高い患者をより評価
 - (3) 「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化

現 行	改定案
【在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料】 在宅時医学総合管理料 ① 同一建物居住者以外の場合 ② 同一建物居住者の場合 特定施設入居時等医学総合管理料 ① 同一建物居住者以外の場合 ② 同一建物居住者の場合	【在宅時医学総合管理料、<u>施設入居時等医学総合管理料</u>】 ※ 点数は患者の状態、訪問回数及び居住状況ごとに設定。 在宅時医学総合管理料 <u>1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合</u> ① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <u>2. 月2回以上訪問診療を実施している場合</u> ① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <u>3. 月1回訪問診療を実施している場合</u> ① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <u>施設入居時等医学総合管理料</u> <u>1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合</u>

重症者加算 1,000点 (新設)	① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> 2. <u>月2回以上訪問診療を実施している場合</u> ① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> 3. <u>月1回訪問診療を実施している場合</u> ① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> ② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <u>頻回訪問加算</u> <u>600点</u> [別に定める状態] 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 1. <u>以下の疾病等に罹患している状態</u> <u>末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡</u> 2. <u>以下の処置等を実施している状態</u>
--	---

	<u>人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI₂製剤の投与</u>
--	--

3. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料における「同一建物居住者」の名称及び定義を見直す。

現 行	改定案
【在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料】 〔同一建物居住者〕 当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。	【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】 〔<u>単一建物診療患者の人数</u>〕 <u>当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」という。</u> <u>ただし、在宅時医学総合管理料に限り、保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合には単一建物診療患者が1人であるものとみなす。</u>

4. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の見直し

に伴い、在宅患者訪問診療料の評価の見直しを行う。

【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】
在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料
1 同一建物居住者以外の場合 833点	1 同一建物居住者以外の場合 833点
2 同一建物居住者の場合	2 同一建物居住者の場合 203点(新)
イ 特定施設等に入居する者の 場合 203点	<u>(削除)</u>
ロ イ以外の場合 103点	<u>(削除)</u>

5. 在宅医療において注射用脂肪乳剤が使用されている実態を踏まえ、保険医療機関の医師が処方できる注射薬及び医師の処方せんに基づき保険薬局で交付できる注射薬に追加する。

小児在宅医療に係る評価の推進

骨子【I－4（2）】

第1 基本的な考え方

小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保険医療機関を評価する観点から、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。

第2 具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績のほか、新たに超・準超重症児の診療実績を評価することで小児在宅医療の推進を図る。

現 行	改定案
[単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準] 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。	[単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準] 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 <u>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。</u>
[連携型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準] 当該在宅支援連携体制を構築す	[連携型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準] 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。	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 <u>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。</u>
--	---

在宅医療専門の医療機関に関する評価

骨子【I－4（3）】

第1 基本的な考え方

在宅医療の提供体制を補完するため、外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所に関する評価を新設するとともに、現行の在宅療養支援診療所との関係を整理する。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

[開設要件]

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあつては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

2. 在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所に対する評価を新設する。

[在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準]

診療所であって、現行の機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。

- (1) 在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が 0.95 以上であること。
- (2) 過去 1 年間に、5 か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (3) 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小児の十分な診療実績（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が過去 1 年間に 10 件以上）を有していること。
- (4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が 0.7 以下であること。
- (5) 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する患者のうち、要介護 3 以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が 50%以上であること。

3. 現行の在宅療養支援診療所について、在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が 0.95 未満であることを施設基準として追加する。

4. 在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する。

[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。

5. 在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所に対する評価を新設する。

[在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所の施設基準]

歯科診療所であって、現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。

- (1) 在宅歯科医療を提供した患者数を、在宅歯科医療及び外来歯科医療を提供した患者の合計数で除した値が 0.95 以上であること。
- (2) 過去 1 年間に、5 か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (3) 当該診療所で行われる歯科訪問診療のうち、6 割以上が歯科訪問診療 1 を算定していること。
- (4) 在宅歯科医療に係る 3 年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
- (5) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。
- (6) 歯科訪問診療において、過去 1 年間に、抜髄又は感染根管処置、拔牙手術、有床義歯装着、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法をそれぞれ 20 件以上実施していること。

6. 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援歯科診療所の指定を受けていないものは、歯科訪問診療 1、2 又は 3 とは別に規定する歯科訪問診療料（初診料・再診料に相当する点数）により算定する。

7. 現行の在宅療養支援歯科診療所について、在宅歯科医療を提供した患者数を、在宅歯科医療及び外来歯科医療を提供した患者の合計数で除した値が 0.95 未満であることを施設基準として追加する。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、基準を満たしているものとする。

休日の往診に対する評価の充実

骨子【I－4（4）】

第1 基本的な考え方

在宅医療において、より充実した診療を行っている保険医療機関を評価する観点から、休日の往診に対する評価を新設する。

第2 具体的な内容

往診料について、緊急に行うものや夜間・深夜に行うものだけでなく、休日に実施した場合についても加算として評価を行う。

現 行	改定案
【往診料（加算）】 イ 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保険医が実施した場合 (1) 病床を有する場合 ① 緊急に行う往診 850点 ② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,700点 ③ 深夜の往診 2,700点 (2) 病床を有しない場合 ① 緊急に行う往診 750点 ② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,500点 ③ 深夜の往診 2,500点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が実施した場合	【往診料（加算）】 イ 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保険医が実施した場合 (1) 病床を有する場合 ① 緊急に行う往診 850点 ② 夜間・ <u>休日</u> （深夜を除く。）の往診 1,700点 ③ 深夜の往診 2,700点 (2) 病床を有しない場合 ① 緊急に行う往診 750点 ② 夜間・ <u>休日</u> （深夜を除く。）の往診 1,500点 ③ 深夜の往診 2,500点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が実施した場合

(1) 緊急に行う往診	650点	(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	1,300点	(2) 夜間・ <u>休日</u> （深夜を除く。）の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点	(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合		ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合	
(1) 緊急に行う往診	325点	(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	650点	(2) 夜間・ <u>休日</u> （深夜を除く。）の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点	(3) 深夜の往診	1,300点

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実

骨子【I－4（4）】

第1 基本的な考え方

在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対する評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち、緩和ケアに関する十分な経験を有し、十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関に対する評価を新設する。

(新)	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（緊急、夜間・休日又は深夜の往診）</u>	<u>100 点</u>
(新)	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（ターミナルケア加算）</u>	<u>1,000 点</u>
(新)	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅時医学総合管理料）</u>	
	<u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	<u>400 点</u>
	<u>単一建物診療患者数が2～9人の場合</u>	<u>200 点</u>
	<u>その他の場合</u>	<u>100 点</u>
(新)	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施設入居時等医学総合管理料）</u>	
	<u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	<u>300 点</u>
	<u>単一建物診療患者数が2～9人の場合</u>	<u>150 点</u>
	<u>その他の場合</u>	<u>75 点</u>
(新)	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅がん医療総合診療料）</u>	<u>150 点</u>

[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を 15 件以上かつ在宅での看取りの実績を 20 件以上有すること。
- (3) 緩和ケア病棟又は在宅での 1 年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3 か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）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、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 件以上有するなど、オピオイド系鎮痛薬を用いた適切な鎮痛療法の実績があること。
- (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緩和ケア研修会」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。

2. 在宅療養実績加算について、実績の段階等に応じた評価の精緻化を行うとともに、医学総合管理料の見直しに伴う評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【在宅療養実績加算】 ① 在宅療養実績加算（緊急、夜間又は深夜の往診） 75点 <u>（新設）</u>	【在宅療養実績加算】 ① 在宅療養実績加算 1（緊急、夜間・休日又は深夜の往診） 75点 ② <u>在宅療養実績加算 2（緊急、夜間・休日又は深夜の往診） 50点（新）</u>
② 在宅療養実績加算（ターミナルケア加算） 750点 <u>（新設）</u>	③ 在宅療養実績加算 1（ターミナルケア加算） 750点 ④ <u>在宅療養実績加算 2（ターミナル</u>

③ 在宅療養実績加算（在宅時医学総合管理料） ア）同一建物居住者以外の場合 300点 <u>（新設）</u> イ）同一建物居住者の場合 75点 <u>（新設）</u>	ケア加算） 500点（新） ⑤ 在宅療養実績加算 1（在宅時医学総合管理料） ア）単一建物診療患者数が 1 人の場合 合 300点 イ）単一建物診療患者数が 2～9 人の場合 150点（新） ウ）その他の場合 75点 ⑥ 在宅療養実績加算 2（在宅時医学総合管理料） ア）単一建物診療患者数が 1 人の場合 合 200点（新） イ）単一建物診療患者数が 2～9 人の場合 100点（新） ウ）その他の場合 50点（新）
④ 在宅療養実績加算（特定施設入居時等医学総合管理料） ア）同一建物居住者以外の場合 225点 <u>（新設）</u> イ）同一建物居住者の場合 56点 <u>（新設）</u>	⑦ 在宅療養実績加算 1（施設入居時等医学総合管理料） ア）単一建物診療患者数が 1 人の場合 合 225点 イ）単一建物診療患者数が 2～9 人の場合 110点（新） ウ）その他の場合 56点 ⑧ 在宅療養実績加算 2（施設入居時等医学総合管理料） ア）単一建物診療患者数が 1 人の場合 合 150点（新） イ）単一建物診療患者数が 2～9 人の場合 75点（新） ウ）その他の場合 40点（新）
⑤ 在宅療養実績加算（在宅がん医療総合診療料） 110点 <u>（新設）</u>	⑨ 在宅療養実績加算 1（在宅がん医療総合診療料） 110点 ⑩ 在宅療養実績加算 2（在宅がん医

[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が 10 件以上かつ看取りの実績が 4 件以上であること。 <u>(新設)</u>	<u>療総合診療料)</u> 75点(新) [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 <u>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。</u> ② <u>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。</u> ③ <u>緩和ケアに係る適切な研修を修了している常勤の医師がいること。</u>
---	--

在宅自己注射指導管理料の見直し

骨子【Ⅰ－４（５）】

第１ 基本的な考え方

疾患の医学管理に関する評価を踏まえて、現行の注射指導回数に応じた評価の差を縮小する。また、導入初期の指導と難病患者への指導管理を重点的に評価する。

第２ 具体的な内容

1. 在宅自己注射指導管理料の指導内容を明確化した上で、頻度に応じた点数を設定するとともに、難病患者への指導管理を行った場合を重点的に評価する。

現 行	改定案
【在宅自己注射指導管理料】	【在宅自己注射指導管理料】
1 複雑な場合 1,230点	1 複雑な場合 1,230点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 月3回以下 100点	イ 月27回以下 <u>650点</u>
ロ 月4回以上 190点	ロ 月28回以上 <u>750点</u>
ハ 月8回以上 290点	<u>(削除)</u>
ニ 月28回以上 810点	<u>(削除)</u>
	<u>注 「2」については、難病外来指導管理料との併算定を可能とする。</u>
注2 導入初期加算 500点	注2 導入初期加算 <u>580点</u>

2. 2以上の保険医療機関において、同一の患者について異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行っている場合に、それぞれ当該指導管理料を算定できることとする。

在宅指導管理料等の適正な評価

骨子【I－4(6)】

第1 基本的な考え方

在宅酸素療法及びCPAP療法の管理料について、医師の判断に基づき患者が受診しない月においても、使用される機器等の費用については評価することとする。また、睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に対するASV療法について、その有効性を踏まえ、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における評価を明確化するとともに、あわせて材料加算を設定する。

第2 具体的な内容

1. 在宅酸素療法指導管理料について、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けた上で、医師の判断に基づき患者が受診しない月を含め、1回の受診で最大3月分まで使用される機器の費用を評価した加算を算定することとする。

現 行	改定案
【在宅酸素療法指導管理料】（月1回）	【在宅酸素療法指導管理料】（月1回）
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点	1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 <u>520点</u>
2 その他の場合 2,500点	2 その他の場合 <u>2,400点</u>
<u>（新設）</u>	【在宅酸素療法材料加算】（3月に3回）
	1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 合 <u>780点（新）</u>
	2 その他の場合 <u>100点（新）</u>

2. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び治療器加算について、ASV療法

に対する評価を新たに追加するとともに、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けたうえで、医師の判断に基づき患者が受診しない月も含め、1回の受診で最大3月分まで、使用される機器の費用を算定できることとする。

現 行	改定案
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 <u>(新設)</u> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点 <u>(新設)</u>	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 (月に1回) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1</u> 2,250点(新) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2</u> 250点(新) <u>[対象患者]</u> <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1</u> 以下の全ての基準に該当する患者を対象とする。 ① 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されていること。 ② CPAP療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が15以下にならない者に対してASV療法を実施したこと。 <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2</u> 以下のいずれかに該当する患者を対象とする。 ① 慢性心不全患者のうち、医師の

	<u>診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 の対象患者以外の患者にASV療法を実施したものの。</u> ② <u>心不全であるもののうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ないもの。</u> ③ <u>以下の全ての基準に該当するCPAP療法実施患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。</u> ア) <u>無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20以上</u> イ) <u>日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している場合</u> ウ) <u>睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化す</u>
--	--

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

骨子【I－4(7)】

第1 基本的な考え方

在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

第2 具体的な内容

機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件の年間看取り件数に、在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者を含める。また、機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件において、看取り件数だけでなく、超重症児等の小児を受け入れている実績を評価する。

現 行	改定案
【訪問看護管理療養費】 [施設基準] 機能強化型訪問看護管理療養費 1 次のいずれにも該当するものであること。 イ 常勤看護職員 7人以上 ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 20回以上	【訪問看護管理療養費】 [施設基準] 機能強化型訪問看護管理療養費 1 次のいずれにも該当するものであること。 イ 常勤看護職員 7人以上 ロ 24時間対応体制加算を届け出ていること ハ <u>次のいずれかを満たすこと。</u> ① <u>訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数又は在宅で死亡した利用者のうち当該</u>

二 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10人以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。 ヘ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと ト 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。	<u>訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が年に 20以上</u> ② <u>ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上</u> ③ <u>超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上</u> 二 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10人以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。<u>なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。</u> ヘ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと ト 地域住民等に対する情報提供や相談人材育成のための研修を実施していることが望ましい。 機能強化型訪問看護管理療養費 2
--	---

病院・診療所からの訪問看護の評価

骨子【I－4(7)】

第1 基本的な考え方

在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保する。

第2 具体的な内容

病院・診療所からの訪問看護をより評価するために、在宅患者訪問看護・指導料等を充実する。

現 行	改定案
【在宅患者訪問看護・指導料】 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 イ 週3日目まで 555点 ロ 週4日目以降 655点 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 505点 ロ 週4日目以降 605点 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡（じよくそう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点 【同一建物居住者訪問看護・指導料】 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 555点	【在宅患者訪問看護・指導料】 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 イ 週3日目まで <u>580点</u> ロ 週4日目以降 <u>680点</u> 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで <u>530点</u> ロ 週4日目以降 <u>630点</u> 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡（じよくそう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点 【同一建物居住者訪問看護・指導料】 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで <u>580点</u>

(2) 週 4 日目以降 655点 □ 同一日に 3 人以上 (1) 週 3 日目まで 278点 (2) 週 4 日目以降 328点 2 准看護師による場合 イ 同一日に 2 人 (1) 週 3 日目まで 505点 (2) 週 4 日目以降 605点 □ 同一日に 3 人以上 (1) 週 3 日目まで 253点 (2) 週 4 日目以降 303点 【精神科訪問看護・指導料】 1 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1) 週 3 日目まで 30分以上の場合 575点 (2) 週 3 日目まで 30分未満の場合 440点 (3) 週 4 日目以降 30分以上の場合 675点 (4) 週 4 日目以降 30分未満の場合 525点 □ 准看護師による場合 (1) 週 3 日目まで 30分以上の場合 525点 (2) 週 3 日目まで 30分未満の場合 400点 (3) 週 4 日目以降 30分以上の場合 625点 (4) 週 4 日目以降 30分未満の場合	(2) 週 4 日目以降 <u>680点</u> □ 同一日に 3 人以上 (1) 週 3 日目まで <u>293点</u> (2) 週 4 日目以降 <u>343点</u> 2 准看護師による場合 イ 同一日に 2 人 (1) 週 3 日目まで <u>530点</u> (2) 週 4 日目以降 <u>630点</u> □ 同一日に 3 人以上 (1) 週 3 日目まで <u>268点</u> (2) 週 4 日目以降 <u>318点</u> 【精神科訪問看護・指導料】 1 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1) 週 3 日目まで 30分以上の場合 <u>580点</u> (2) 週 3 日目まで 30分未満の場合 <u>445点</u> (3) 週 4 日目以降 30分以上の場合 <u>680点</u> (4) 週 4 日目以降 30分未満の場合 <u>530点</u> □ 准看護師による場合 (1) 週 3 日目まで 30分以上の場合 <u>530点</u> (2) 週 3 日目まで 30分未満の場合 <u>405点</u> (3) 週 4 日目以降 30分以上の場合 <u>630点</u> (4) 週 4 日目以降 30分未満の場合
---	---

場合	485点	場合	490点
2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)		2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	
160点		160点	
3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)		3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合		イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1) 同一日に2人		(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	575点	① 週3日目まで 30分以上の場合	<u>580点</u>
② 週3日目まで 30分未満の場合	440点	② 週3日目まで 30分未満の場合	<u>445点</u>
③ 週4日目以降 30分以上の場合	675点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	<u>680点</u>
④ 週4日目以降 30分未満の場合	525点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	<u>530点</u>
(2) 同一日に3人以上		(2) 同一日に3人以上	
① 週3日目まで 30分以上の場合	288点	① 週3日目まで 30分以上の場合	<u>293点</u>
② 週3日目まで 30分未満の場合	220点	② 週3日目まで 30分未満の場合	<u>225点</u>
③ 週4日目以降 30分以上の場合	338点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	<u>343点</u>
④ 週4日目以降 30分未満の場合	263点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	<u>268点</u>
ロ 准看護師による場合		ロ 准看護師による場合	
(1) 同一日に2人		(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	525点	① 週3日目まで 30分以上の場合	<u>530点</u>
② 週3日目まで 30分未満の場合	400点	② 週3日目まで 30分未満の場合	<u>405点</u>
③ 週4日目以降 30分以上の場合	625点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	<u>630点</u>

④ 週 4 日目以降 30分未満 の場合 485点	④ 週 4 日目以降 30分未満 の場合 <u>490点</u>
(2) 同一日に 3 人以上	(2) 同一日に 3 人以上
① 週 3 日目まで 30分以上 の場合 263点	① 週 3 日目まで 30分以上 の場合 <u>268点</u>
② 週 3 日目まで 30分未満 の場合 200点	② 週 3 日目まで 30分未満 の場合 <u>205点</u>
③ 週 4 日目以降 30分以上 の場合 313点	③ 週 4 日目以降 30分以上 の場合 <u>318点</u>
④ 週 4 日目以降 30分未満 の場合 243点	④ 週 4 日目以降 30分未満 の場合 <u>248点</u>
【退院前訪問指導料】	【退院前訪問指導料】
退院前訪問指導料 555点	退院前訪問指導料 <u>580点</u>

衛生材料等の提供についての評価

骨子【I－4（7）】

第1 基本的な考え方

訪問看護を指示した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したことについて評価する。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した主治医が、当該患者に対して衛生材料又は保険医療材料の費用が包括されている在宅療養指導管理料等を算定していない場合であって、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したときに、訪問看護指示料の加算として「衛生材料等提供加算」を算定できるようにする。

（新） 衛生材料等提供加算 80点（月1回）

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料に加算する。

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

2. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】 （1週につき） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】 （1週につき） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

60点	<u>100点</u>
-----	-------------

特定保険医療材料等の算定の明確化

骨子【I－4(7)】

第1 基本的な考え方

医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料、薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

第2 具体的な内容

1. 主治医の指示に基づき、主治医の診療日以外に訪問看護ステーションの看護師等が処置を実施する際又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、配置医師の診療日以外に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料についても、使用量を主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確にする。
2. 検体検査については、検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を算定できることとする。

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

骨子【I－4（7）】

第1 基本的な考え方

病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る。

第2 具体的な内容

保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は訪問看護指示書の交付関係にある訪問看護ステーション以外であっても、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者等の場合を除いて在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定できないこととする。

※ 在宅患者訪問看護・指導料等を算定した月における、訪問看護療養費の取扱いも同様とする。

現 行	改定案
【在宅患者訪問看護・指導料】 [留意事項] 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでな	【在宅患者訪問看護・指導料】 [留意事項] <u>訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、次のいずれかの場合を除いて在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。</u> ① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者 ② <u>診療を担う保険医療機関の保険医が、急性増悪等により一時的</u>

い。	<u>に頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた患者であって週4日以上</u>の指定訪問看護が計画されているもの ③ <u>保険医療機関を退院後1月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導</u> ④ <u>緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた訪問看護ステーションの看護師が、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して行った場合</u>
-----------	---

※ 厚生労働大臣が定める疾病等の患者：「特掲診療料の施設基準等」の「別表第七」に掲げる疾病等の患者及び「別表第八」に掲げる状態等の患者

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料も同様とする。

同一日２か所目の訪問看護ステーションによる

緊急訪問の評価

骨子【I－4(7)】

第１ 基本的な考え方

医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションからの訪問を受けている利用者に対して、同一日に２か所目の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合を評価する。

第２ 具体的な内容

１ 人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが訪問看護を実施している場合であって、同一日に２か所目の訪問看護ステーションが、利用者等からの求めに応じて、その主治医の指示に基づき緊急訪問を実施した場合は、２か所目のステーションは緊急訪問看護加算を算定できることとする。

[算定要件]

特掲診療料の施設基準等の「別表第七」に掲げる疾病等の者及び「別表第八」に掲げる者又は特別訪問看護指示書若しくは精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上指定訪問看護が計画されている者に限る。

[施設基準]

- (1) 24 時間対応体制加算を届け出ていること。
- (2) 同一日に２か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前１月間に、当該利用者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

在宅歯科医療の推進等

骨子【Ⅰ－４（８）】

第１ 基本的な考え方

効果的・効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、医療の内容、患者の状態、住まいの状況等を考慮した評価を行う。

第２ 具体的な内容

- １．口腔機能が低下し摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理について、包括的な評価を行う。

（新） 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

１	１０ 歯未満	３５０ 点
２	１０ 歯以上 ２０ 歯未満	４５０ 点
３	２０ 歯以上	５５０ 点

〔算定要件〕

- （１）当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した場合であって、摂食機能障害及び継続的な歯科疾患の管理が必要な者に対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、３０分以上行った場合に限り、１月に４回を限度として算定する。
- （２）歯周病検査、歯周病部分的再評価検査、歯周基本治療、歯周病安定期治療、歯周基本治療処置、機械的歯面清掃処置及び摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- （３）歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期口腔機能管理（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料及び歯科疾患在宅療養管理料は別に算定できない。
- （４）かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を

実施した場合は、100 点を所定点数に加算する。

- (5) 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、50 点を所定点数に加算する（ただし、(4)に規定する加算を算定している場合を除く）。

2. 歯科の標榜がない病院に入院中又は介護保険施設に入所中の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その評価に基づいて歯科訪問診療を行った場合の評価を行う。

(新) 栄養サポートチーム連携加算 1 60 点

※歯科疾患在宅療養管理料の加算

[算定要件]

当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員として診療を行い、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、栄養サポートチーム連携加算 1 として、60 点を所定点数に加算する。

(新) 栄養サポートチーム連携加算 2 60 点

※歯科疾患在宅療養管理料の加算

[算定要件]

当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に栄養サポートチーム連携加算 2 として、60 点を所定点数に加算する。

3. 在宅を中心としつつ、地域の病院等とも連携して歯科訪問診療を実施している歯科診療所を評価する観点から、在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準及び名称の見直しを行う。

現 行	改定案
【在宅かかりつけ歯科診療所加算】 [名称] [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。 [施設基準] ① 歯科診療所であること。 ② 当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。	【在宅歯科医療推進加算】 <u>(名称変更)</u> [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、<u>在宅歯科医療推進加算</u>として、100点を所定点数に加算する。 [施設基準] ① 歯科診療所であること。 ② 当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも<u>6割以上</u>が歯科訪問診療1を算定していること。

4. 歯科訪問診療料について、歯科訪問診療の実態に即したものとするため、以下の対応を行う。

- (1) 同一建物で1人に対して歯科訪問診療を行う場合において、患者の全身状態等により診療時間が20分未満となる場合の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療1】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【歯科訪問診療1】 [算定要件] 当該患者の状態により 20分以

	<u>上の診療が困難である場合においても算定を認める。</u> <u>当該患者が「著しく歯科診療が困難な者」に準じる状態等であり、20分以上の診療が困難である場合においては、診療時間が 20分未満であっても「歯科訪問診療 1」を算定して差し支えない。なお、この場合においては、20分以上の診療が困難である理由を含めた患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載する。</u>
--	---

- (2) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診療をした場合など、同一の患家において 2 人以上歯科訪問診療を行った場合の評価について見直しを行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【歯科訪問診療】 [算定要件] <u>同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において 2 人以上の患者を診察した場合には、1 人目は、歯科訪問診療 1 を算定し、2 人目以降の患者については歯科訪問診療 2 を算定する。</u>

- (3) 歯科訪問診療を行う歯科医療機関と「特別の関係」にある施設等に訪問して歯科訪問診療を行った場合の評価について見直しを行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療】 [算定要件] 保険医療機関と他の保険医療機関の関係において、開設者が同一等、特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療料は算定できない。	【歯科訪問診療】 [算定要件] ① 保険医療機関と他の保険医療機関の関係において、開設者が同一等、特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療 1、2 又は 3 とは別に規定する歯科訪問診療料（初診料・再診料に相当する点数）により算定する。 ② 「特別の関係にある施設等」に規定する「施設等」とは、<u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等をいう。</u>

5. 歯科訪問診療で求められる診療の重要性及び困難性を考慮し、歯科訪問診療で行う処置等について、評価の見直しを行う。また、この見直しに併せて、6 歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【処置 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 「抜髄の単根管、2 根管及び 3 根管以上」、「感染根管処置の単根管、2 根管及び 3 根管以上」 100分の50加算	【処置 通則】 ① 歯科訪問診療料のみを算定する患者の場合 <u>1 「抜髄の単根管及び 2 根管」、</u> <u>「感染根管処置の単根管及び</u> <u>2 根管」</u> <u>100分の30加算</u>

② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合の処置（全身麻酔の場合を除く） 100分の50加算 【手術 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 「抜歯の乳歯、前歯及び臼歯」、「口腔内消炎処置の歯肉膿瘍」 100分の50加算 ② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 手術（全身麻酔の場合、中心静脈注射用植込型カテーテル設置の加算を算定した場合を除く） 100分の50加算	<u>2 「抜髄及び感染根管処置の3根管以上」</u> <u>100分の50加算</u> ② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 <u>1 「抜髄及び感染根管処置の単根管及び2根管」</u> <u>100分の30加算</u> <u>2 1以外の処置（床副子は除く。）</u> <u>100分の50加算</u> 【手術 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 <u>1 「口腔内消炎処置の歯肉膿瘍」</u> <u>100分の30加算</u> <u>2 「抜歯の乳歯、前歯及び臼歯」</u> <u>100分の50加算</u> ② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 <u>1 「口腔内消炎手術の智歯周囲炎の歯肉弁切除、歯肉膿瘍」</u> <u>100分の30加算</u> <u>2 1以外の手術（全身麻酔の場合、中心静脈注射用植込型カテーテル設置の加算を算定した</u>
---	--

【歯冠修復及び欠損補綴 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 「有床義歯修理」 100分の50加算 ② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 歯冠修復及び欠損補綴 100分の50加算 ただし、金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く。	<u>場合を除く)</u> 100分の50加算 【歯冠修復及び欠損補綴 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 1 「<u>印象採得の欠損補綴の連合印象及び特殊印象</u>」、「<u>有床義歯の咬合採得</u>」、「<u>有床義歯内面適合法</u>」 100分の70加算 2 「<u>有床義歯修理</u>」 100分の50加算 ② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 1 「<u>印象採得の欠損補綴の連合印象及び特殊印象</u>」、「<u>有床義歯の咬合採得</u>」、「<u>有床義歯内面適合法</u>」 100分の70加算 2 1 以外の歯冠修復及び欠損補綴 100分の50加算 <u>ただし、金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く。</u>
--	--

6. 同一建物において同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合等について、歯科訪問診療料の適正化を行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療料（1日につき）】 1 歯科訪問診療 1 866点	【歯科訪問診療料（1日につき）】 1 歯科訪問診療 1 866点

2	歯科訪問診療 2	283点	2	歯科訪問診療 2	283点
3	歯科訪問診療 3	143点	<u>3</u>	<u>歯科訪問診療 3</u>	<u>120点</u>

在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子【Ⅰ－４－(9)(10)】

第１ 基本的な考え方

在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。
2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、①薬剤師１人が行う算定制限と、②同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。
3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、２．に合わせて見直す。
4. 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、当該施設を訪問して保険薬剤師が行う薬学的管理を評価する。

第２ 具体的な内容

1. 在宅療養を行う患者への処方に対して、処方医に疑義照会することにより、重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数の調整、減薬などの薬物療法の適正化が実施された場合を評価するため、薬学管理料に在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設する。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30 点

[算定要件]

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導を行っている患者に対して算定できる。
- (2) 薬剤服用歴に基づき重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方内容が変更になった場合に処方せん受付1回につき算定する。
- (3) 処方内容が変更にならなかった場合には算定できない。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については算定しない。

2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、

- (1) 薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を1週間当たり40回に見直す。
- (2) 同一世帯に居住している複数の患者に対する在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合には、1人目の患者に対しては「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定できるようにする。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤報酬点数表）】 1 同一建物居住者以外の場合 650 点 2 同一建物居住者の場合 300 点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一	【在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤報酬点数表）】 1 同一建物居住者以外の場合 650 点 2 同一建物居住者の場合 300 点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一

建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。 注2～3 略	建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。 注2～3 略
---	--

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、2.に合わせて見直す。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料(医科点数表)】 1 同一建物居住者以外の場合 650 点 2 同一建物居住者の場合 300 点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建	【在宅患者訪問薬剤管理指導料(医科点数表)】 1 同一建物居住者以外の場合 650 点 2 同一建物居住者の場合 300 点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建

物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。 注2～3 略	物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。 注2～3 略
--	---

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

4. 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬剤服用歴管理指導料に当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 41点 （新設）	【薬剤服用歴管理指導料】 3 特別養護老人ホーム入所者に対

	<u>して行った場合（処方せんの受付 1 回につき）</u> <u>38点</u> [算定要件] <u>保険薬剤師が老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬管理状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを実施した場合に、処方せん受付 1 回につき所定点数を算定する。</u> <u>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者又は現に薬剤管理している者（以下「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</u> <u>ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u> <u>ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載するこ</u>
--	---

	<u>と。</u> <u>ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u> <u>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u> <u>ヘ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</u>
--	--

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

骨子【I－5（1）】

第1 基本的な考え方

「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。

第2 具体的な内容

1. 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、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、現行の選定療養に加え、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]

- (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
- (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- (3) 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
- (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- (5) 外来受診後そのまま入院となった患者

- (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- (7) 治験協力者である患者
- (8) 災害により被害を受けた患者
- (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

4. 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価

骨子【Ⅱ－１】

1. 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。
「Ⅰ－３－１－①」を参照のこと。
2. 地域包括診療料及び地域包括診療加算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。
「Ⅰ－３－１－②」を参照のこと。
3. 小児科のかかりつけ医機能を更に推進する観点から、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総合的に評価する。
「Ⅰ－３－１－③」を参照のこと。
4. 地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療を推進していくため、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を新設し、当該保険医療機関の歯科医師が行う、う蝕又は歯周疾患の重症化予防に係る管理、摂食機能障害及び歯科疾患に対する包括的で継続的な管理を評価する。
「Ⅰ－３－１－④」を参照のこと。
5. 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を評価する。
「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

骨子【Ⅱ－２（１）】

第１ 基本的な考え方

現在、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書及び服薬情報等提供文書等について、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能とする。

診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、電子的に送受・共有する場合についても評価する。

第２ 具体的な内容

- １． 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する文書、訪問看護管理療養費の算定に係る文書及び服薬情報等提供料の算定に係る文書の電子化

[算定要件]

- （１） 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他の保険医療機関等に提供する場合は、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。
- （２） 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

2. 診療情報提供料（Ⅰ） 検査・画像情報提供加算の新設

（新） 検査・画像情報提供加算

- イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200 点
- ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30 点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

3. 電子的診療情報評価料の新設

（新） 電子的診療情報評価料 30 点

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

[2及び3に係る施設基準]

- (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。

データ提出を要件とする病棟の拡大

骨子【Ⅱ－２（２）】

第１ 基本的な考え方

急性期を担う保険医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、10 対 1 入院基本料についても、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。

第２ 具体的な内容

1. 届出病床数が一定以上の病院に限り、10 対 1 入院基本料の施設基準にデータ提出加算の届出を要件化する。

現 行	改定案
【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）】 [施設基準] (新設)	【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）】 [施設基準] <u>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。）</u>

[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。

2. データ提出加算に係る評価を以下の通り充実する。

現 行	改定案
【データ提出加算】	【データ提出加算】
1 データ提出加算 1	1 データ提出加算 1
イ 200床以上の病院の場合	イ 200床以上の病院の場合
100点	<u>120点</u>
ロ 200床未満の病院の場合	ロ 200床未満の病院の場合
150点	<u>170点</u>
2 データ提出加算 2	2 データ提出加算 2
イ 200床以上の病院の場合	イ 200床以上の病院の場合
110点	<u>130点</u>
ロ 200床未満の病院の場合	ロ 200床未満の病院の場合
160点	<u>180点</u>

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

骨子【Ⅱ－２（３）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

- 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、医師の判断により、患者の状態等に応じて、最大 12 か月までで受診間隔を選択し、その間の月数に応じて、次回来院時に遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を上乗せすることとする。

現 行	改定案
【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 ロ 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 注１ 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては 4 月に 1 回に限り、ロ及びハにあつては 1 月に 1 回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導	【心臓ペースメーカー指導管理料】 <u>（削除）</u> イ 着用型自動除細動器による場合 360 点 <u>ロ イ以外の場合</u> 360 点 注１ 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（<u>ロ</u>については入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1 月に 1 回に限り算定する。

を行った場合には、1 月に 1 回に限りハを算定する。 <u>(新設)</u>	(中略) <u>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の前までの期間、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。</u>
---	--

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

骨子【Ⅱ－３（１）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

- 回復期リハビリテーション病棟を有する保険医療機関について、当該病棟におけるリハビリテーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して１日に６単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策

実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号B005－3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号B005－3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
---	--

別に厚生労働大臣が定めるもの

入院中の患者に対する、心大血管疾患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、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料であって1日につき6単位を超えるもの（告示別表第9の3に規定する「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」を除く。）の費用（当該保険医療機関における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提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合に限る。）

[算定要件]

- (1) 保険医療機関における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提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上であることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が10人未満の場合を除く。
- (2) 効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（計算対象から除外される患者を除く。）についての、①の総和を②の総和で除したものが27未満である状態をいう。
 - ① 退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時FIM得点（運動項目）を控

除したもの

- ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの
- (3) 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の 100 分の 30 を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
 - ① FIM 運動項目得点が 20 点以下のもの
 - ② FIM 運動項目得点が 76 点以上のもの
 - ③ FIM 認知項目得点が 25 点未満のもの
 - ④ 年齢が 80 歳以上のもの
- (4) 高次脳機能障害の患者が過去 6 か月の入院患者の 40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の 100 分の 30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の 100 分の 30」と読み替えるものとする。
- (5) 在棟中に FIM 得点（運動項目）が 1 週間で 10 点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

[経過措置]

平成 28 年 4 月 1 日以降の入院患者について、平成 29 年 1 月 1 日から実施する。

- 2. 1. により回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される疾患別リハビリテーションの実施単位数を、リハビリテーション充実加算等の施設基準において用いる疾患別リハビリテーションの総単位数に含まないこととする。

回復期リハビリテーション病棟入院料

体制強化加算の施設基準の見直し

骨子【Ⅱ－３（２）】

第１ 基本的な考え方

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、入院時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。

第２ 具体的な内容

体制強化加算に、新たに専従医師が病棟外業務を行う場合の点数を新設する。

現 行	改定案
【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 1 200 点 体制強化加算 2 120 点（新）
〔施設基準〕 体制強化加算 （略） <u>（新設）</u>	〔施設基準〕 体制強化加算 1 （略） 体制強化加算 2 当該病棟に専従の常勤医師 2 名 以上及び専従の常勤社会福祉士 1

	<u>名以上が配置されていること。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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>
--	---

ADL 維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

骨子【Ⅱ－３（３）】

第１ 基本的な考え方

ADL 維持向上等体制加算にかかる現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期における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。

第２ 具体的な内容

１．ADL 維持向上等体制加算を増点し、内容を充実する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】注 12 ADL 維持向上等体制加算 ※ 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 25 点 [算定要件] ① ア) ～カ) 略 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	【一般病棟入院基本料】注 12 ADL 維持向上等体制加算 ※ 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 80 点 [算定要件] ① ア) ～カ) 略 <u>キ) 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。</u> <u>ク) 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有</u>

<u>(新設)</u>	<u>していること。</u> <u>ケ) 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動、参加について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>② 専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療法士等を定めた上、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り算定できる。</u>
[施設基準] 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1名以上配置されていること。	[施設基準] 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名以上配置されていること。</u>

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

骨子【Ⅱ－３（４）】

第１ 基本的な考え方

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、早期リハビリテーション加算の評価を適正化する。

第２ 具体的な内容

- リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の対象を、急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限る。疾患別リハビリテーション料における初期加算、早期リハビリテーション加算の算定起算日を見直す。

現 行	改定案
【心大血管疾患リハビリテーション料】 注２ 早期リハビリテーション加算 注３ 初期加算 [算定対象] 心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの [算定できる期間の起算日] 治療開始日	【心大血管疾患リハビリテーション料】 注２ 早期リハビリテーション加算 注３ 初期加算 [算定対象] 心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの（<u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。</u>） [算定できる期間の起算日] <u>発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u>
【脳血管疾患等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】

注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの	注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの（<u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。</u>）
【運動器リハビリテーション料】 注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 運動器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの	【運動器リハビリテーション料】 注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 運動器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの（<u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。</u>）
【呼吸器リハビリテーション料】 注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 呼吸器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの [算定できる期間の起算日] 治療開始日	【呼吸器リハビリテーション料】 注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算 [算定対象] 呼吸器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの（<u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。</u>） [算定できる期間の起算日] <u>発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u>
	【（新）廃用症候群リハビリテーション料】

	ン料】 <u>注 早期リハビリテーション加算</u> [算定できる期間] <u>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 30日</u> <u>注 初期加算</u> [算定できる期間] <u>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 14日</u>
--	---

〔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者については、従来通りとする。

2. 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] それぞれ発症、手術又は急性増悪から 180日以内に限り所定点数を算定する。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 180日以内に限り所定点数を算定する。</u>

【運動器リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] それぞれ発症、手術又は急性増悪から 150日以内	【運動器リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 150日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 150日以内に限り所定点数を算定する。</u>
	【(新) 廃用症候群リハビリテーション料】 [標準算定日数の起算日] <u>廃用症候群の診断又は急性増悪から 120日以内</u>

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合を含む。）及び運動器リハビリテーション料を算定している者については、当該時点における算定上限日数を適用する。

廃用症候群リハビリテーション料の新設

骨子【Ⅱ－３（５）】

第１ 基本的な考え方

廃用症候群の特性に応じたり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。

第２ 具体的な内容

廃用症候群に対するリハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）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]

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、別に厚生労働大臣が定める患者（※）に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、廃用症候群の診断又は急性増悪から 120 日以内に限り所定の点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120 日を超えて所定点数を算定することができる。

（※）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

[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。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で脳血管疾患等リハビリテーション（廃用症候群の場合）を受けている患者については、当該時点の算定上限日数を適用する。

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

骨子【Ⅱ－３（６）】

第１ 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く。）は主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の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。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは、原則として平成 30 年 3 月までに介護保険へ移行するものとする。

個々の患者のニーズを踏まえつつ、心身機能の向上から活動、参加へと発展させるリハビリテーションを推進するとともに、必要に応じて介護保険への移行を円滑に行う観点等から、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かかる評価を新設し、医療保険と介護保険にかかるリハビリテーションの併給を拡大する。

第２ 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1 月に 13 単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等（入院中の患者を除く）に対する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については、これらの評価を適正化しつつ、原則として平成 30 年 3 月までの実施とする。

現 行	改定案
【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】 〔維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数〕 本則の 100分の 90 〔要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、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に相当する点数により算定 〔算定要件〕 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として平成 28年 4月 1日以降は「注4」の対象とはならないものとする。	【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】 〔維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数〕 本則の <u>100分の60</u> 〔要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、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 <u>100分の80</u>に相当する点数により算定 〔算定要件〕 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として<u>平成 30年</u> 4月 1日以降は「注4」の対象とはならないものとする。

2. 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、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価する。

(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]

(1) 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以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

① 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。

② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。

ア) 説明時点までの経過

イ) 治療開始時及び説明時点のADL評価（Barthel Index 又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。）

ウ) 説明時点における患者の機能予後の見通し

エ) 医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。

オ) 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ)の目標にどのように関係するか。

③ ①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない

④ 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案する。

(2) 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又は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のうち、標準

的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

[経過措置]

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション料の減算については、平成28年10月1日から実施する。

3. 医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、併給できる期間を拡大する。

現 行	改定案
要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。	要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。 <u>なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援における紹介、提案等によって、介護保険におけるリハビリテーションの内容を把握する目的で、1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションの提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。</u>

心大血管疾患リハビリテーション料の

施設基準等の見直し

骨子【Ⅱ－３（７）】

第１ 基本的な考え方

心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の緩和等を行う。

第２ 具体的な内容

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）の評価を充実するとともに、施設基準において、循環器科、心臓血管外科の標榜を求めている施設基準を緩和し、循環器科又は心臓血管外科の医師等がリハビリテーションを実施する時間帯に勤務していればよいこととする。

現 行	改定案
【心大血管疾患リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 205 点	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 205 点
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 105 点	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） <u>125 点</u>
[算定要件]	[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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であ	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、別に厚生労働大臣が定める患者（心大血管疾患リハビリ

るリハビリテーションを行った場合に、(略) 所定点数を算定する。 [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。	<u>テーション料(Ⅱ)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患についてはそれぞれ発症から1か月以上経過したものに限る。</u>)に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、(略) 所定点数を算定する。 [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、<u>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。)</u>及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する<u>医師(非常勤を含む)</u>がそれぞれ1名以上勤務していること。
---	---

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

骨子【Ⅱ－３（８）】

第１ 基本的な考え方

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疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

第２ 具体的な内容

医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める。

現 行	改定案
【リハビリテーション通則】 [算定要件] 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。	【リハビリテーション通則】 [算定要件] 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。<u>また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、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。</u> (略)

[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) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(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。）を行うもの。
- (4) 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

骨子【Ⅱ－３（９）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を増点する。

現 行	改定案
【運動器リハビリテーション料】	【運動器リハビリテーション料】
１ 運動器リハビリテーション料 （Ⅰ） 180 点	１ 運動器リハビリテーション料 （Ⅰ） <u>185 点</u>
２ 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 170 点	２ 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 170 点
３ 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 85 点	３ 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 85 点

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

骨子【Ⅱ－３（10）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

1. 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。
2. 第７部リハビリテーション第１節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。

リンパ浮腫の複合的治療等

骨子【Ⅱ－３（11）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

１．リンパ浮腫に対する複合的治療に係る項目を新設する。

（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）

[算定要件]

- （１）リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ期後期以降を重症とする。
- （２）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 回を限度として、治療を開始した月の翌々月からは月 1 回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、６月に 1 回を限度として所定の点数を算定する。
- （３）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する。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、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において２年以上業務に従事し、施設基準に定める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できる。

- (4) 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回 40 分以上、それ以外の場合は1回 20 分以上行った場合に算定する。なお、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こと。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こと（行わない医学的理由がある場合を除く。）。

[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 名が勤務していること。
- 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 例以上診療していること（医師の場合に限る。）。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修（座学が 33 時間以上、実習が 67 時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。）を修了していること。
- (2) 当該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こと。

2. 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。

現 行	改定案
【リンパ浮腫指導管理料】 [算定要件] 医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫	【リンパ浮腫指導管理料】 [算定要件] 医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士又は作業療法士

の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、（中略）算定する。	が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、（中略）算定する。
--	---

摂食機能療法の対象の明確化等

骨子【Ⅱ－３（12）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

- 原因にかかわらず、内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に存在が確認できる嚥下機能の低下であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できる患者を摂食機能療法の対象とする。

現 行	改定案
【摂食機能療法】 [算定要件] 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して（中略）算定する。なお、摂食機能障害者とは、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をいう。	【摂食機能療法】 [算定要件] 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して（中略）算定する。なお、摂食機能障害者とは、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、<u>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をいう。</u>

- 経口摂取回復促進加算の施設基準について、現行より短期のアウトカ

ム基準を満たすことで届出できる区分を設ける。

(新) 経口摂取回復促進加算 2 20 点

[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。

明細書無料発行の推進

骨子【Ⅱ－４】

第１ 基本的な考え方

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、原則として明細書が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。

（※）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）

第２ 具体的な内容

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、「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」を改正し、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。

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

骨子【Ⅲ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

がん医療のさらなる均てん化のため、今般整備された「地域がん診療病院」についても、その体制を評価する。

また、小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価する。

第２ 具体的な内容

現在、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	改定案
【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） がん診療連携拠点病院加算 500点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【がん拠点病院加算】（入院初日） 1 <u>がん診療連携拠点病院加算</u> <u>イ がん診療連携拠点病院</u> 500点 <u>ロ 地域がん診療病院 300点(新)</u> 2 <u>小児がん拠点病院加算 750点(新)</u>
【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り） がん治療連携管理料 500点 <u>（新設）</u>	【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り） 1 <u>がん診療連携拠点病院の場合</u> 500点 2 <u>地域がん診療病院の場合</u> 300点(新)

<u>(新設)</u> 【がん治療連携計画策定料】 [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。	<u>3 小児がん拠点病院の場合</u> <u>750点</u> (新) 【がん治療連携計画策定料】 [施設基準] がん診療連携拠点病院、<u>地域がん診療病院若しくは小児がん拠点病院</u>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。
--	--

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

骨子【Ⅲ－１（２）】

第１ 基本的な考え方

外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価する。

第２ 具体的な内容

進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、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回に限る。）

[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。

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

骨子【Ⅲ－１（３）】

第１ 基本的な考え方

緩和ケア病棟が、在宅緩和ケアを受ける患者の増悪時に緊急入院できるなど、在宅生活を支援する役割を果たすことができるよう、緩和ケア病棟における地域連携の取り組み等について評価する。

第２ 具体的な内容

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に、15日を限度として「緊急入院初期加算」を新設する。

また、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	改 定 案
【緩和ケア病棟入院料】（１日につき）	【緩和ケア病棟入院料】（１日につき）
1 30日以内の期間 4,926点	1 30日以内の期間 4,926点 緊急入院初期加算 200点(新)
2 31日以上60日以内の期間 4,412点	2 31日以上60日以内の期間 4,400点
3 61日以上の間 3,384点	3 61日以上の間 3,300点
[算定要件] (新設)	[算定要件] 緊急入院初期加算 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

	<u>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。</u>
--	--

[包括範囲から除外する項目]

第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料並びに第2章第12部放射線治療

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

骨子【Ⅲ－１（４）】

第１ 基本的な考え方

がん対策推進基本計画に基づいて、平成 29 年 6 月までに全ての医療従事者が受講することを目標として緩和ケア研修が実施されており、受講した医師が順調に増加していることから、がん性疼痛緩和指導管理料については、緩和ケアに係る研修を受けた医師が実施することを要件とする。

第２ 具体的な内容

現行の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。

現 行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】（月 1 回）	【がん性疼痛緩和指導管理料】（月 1 回）
1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点	<u>がん性疼痛緩和指導管理料</u> 200点
2 1 以外の場合 100点	<u>（削除）</u>

[経過措置]

現行のがん性疼痛緩和指導管理料 2 の規定については、平成 29 年 3 月 31 日までの間は、なお従前の例による。

外来化学療法加算の評価の見直し

骨子【Ⅲ－１（５）】

第１ 基本的な考え方

外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算の評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

注射の部に規定されている、通則６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	改定案
【外来化学療法加算】	【外来化学療法加算】
イ 外来化学療法加算 １	イ 外来化学療法加算 １
（１）外来化学療法加算 A	（１）外来化学療法加算 A
① 15 歳未満 780 点	① 15 歳未満 <u>820 点</u>
② 15 歳以上 580 点	② 15 歳以上 <u>600 点</u>
（２）外来化学療法加算 B	（２）外来化学療法加算 B
① 15 歳未満 630 点	① 15 歳未満 <u>670 点</u>
② 15 歳以上 430 点	② 15 歳以上 <u>450 点</u>
ロ 外来化学療法加算 ２	ロ 外来化学療法加算 ２
（１）外来化学療法加算 A	（１）外来化学療法加算 A
① 15 歳未満 700 点	① 15 歳未満 <u>740 点</u>
② 15 歳以上 450 点	② 15 歳以上 <u>470 点</u>
（２）外来化学療法加算 B	（２）外来化学療法加算 B
① 15 歳未満 600 点	① 15 歳未満 <u>640 点</u>
② 15 歳以上 350 点	② 15 歳以上 <u>370 点</u>

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

骨子【Ⅲ－２（１）】

第１ 基本的な考え方

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟での取組や多職種チームによる介入を評価する。

第２ 具体的な内容

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 日まで	150 点
ロ	15 日以降	30 点

（新） 認知症ケア加算 2

イ	14 日まで	30 点
ロ	15 日以降	10 点

〔算定可能病棟〕

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟除く。）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、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、特殊疾患入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

〔算定要件〕

（１）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。

- (2) 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。

認知症ケア加算 1

- (1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
- (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) チームは、以下の内容を実施する。
- ① 週 1 回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
 - ② 当該保険医療機関の職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に行う。

認知症ケア加算 2

病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

[施設基準]

認知症ケア加算 1

- (1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。
- ① 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - ② 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ③ 認知症患者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) (1)のチームは、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。

認知症ケア加算 2

- (1) 認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。
- (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。

新たに設置された診療所型認知症疾患医療センター（以下、診療所型センターという。）について、病院に從來から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。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ医が、認知症の疑いのある患者を診療所型センターに紹介した場合に、「診療情報提供料（Ⅰ）認知症専門医紹介加算」の算定を可能とする。
2. 診療所型センターが、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合に、「認知症専門診断管理料 1」の算定を可能とする。

現 行	改定案
【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料 1 700点 <u>(新設)</u> (略)	【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料 1 イ 基幹型または地域型 700点 ロ <u>診療所型 500点</u> (新) (略)

3. かかりつけ医が、診療所型センターの作成する療養計画に基づき治療を行った場合に、認知症療養指導料の算定を可能とする。

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

骨子【Ⅲ－３（１）】

第１ 基本的な考え方

長期入院の精神疾患患者の地域移行をより一層進めるため、精神保健福祉士等の重点的な配置により集中的な退院支援を行うとともに、精神病床数の適正化に取り組む精神病棟に対する特定入院料の新設や、精神科地域移行実施加算の充実を行う。

第２ 具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料の新設

- (1) 精神保健福祉士等、退院支援を行う職種を重点的に配置した上で、地域生活を念頭に置いた訓練や居住先の確保等の退院支援を重点的に実施する精神病棟の評価を設ける。なお、精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神病薬加算を設ける。

(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点（１日につき）

(新) 重症者加算 1 60 点（１日につき）

(新) 重症者加算 2 30 点（１日につき）

(新) 非定型抗精神病薬加算 15 点（１日につき）

[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) 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。
- (3) 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

届を提出することとする。)。

- (4) 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

- (2) 他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定可能とする。

現 行	改定案
【精神科デイ・ケア】（1日につき） 1 小規模なもの 590点 2 大規模なもの 700点 <u>（新設）</u>	【精神科デイ・ケア】（1日につき） 1 小規模なもの 590点 2 大規模なもの 700点 <u>注 他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟入院料を算定する病棟に入院中の患者であって、退院を予定している患者に対して、精神科デイ・ケアを行う場合にあっては、入院中4回を限度として算定する。</u>

2. 精神科地域移行実施加算の評価の充実

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 （1日につき） 10 点	【精神科地域移行実施加算】 （1日につき） 20点

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

骨子【Ⅲ－３（２）】

第１ 基本的な考え方

集中的な支援を必要とする精神疾患患者に、多職種協働の訪問支援や緊急時対応等のより一層の普及を図る観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料における対象患者の要件（障害福祉サービスの同時利用等）や、施設基準上の医師や看護師の２４時間対応に係る要件を緩和する。

第２ 具体的な内容

１．算定要件等について

- (1) 長期入院後の患者だけではなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- (2) 同一建物居住者の場合について、これまで設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

現 行	改定案
【精神科重症患者早期集中支援管理料】（月１回）	【精神科重症患者早期集中支援管理料】（月１回）
管理料１	管理料１
イ 同一建物居住者以外 1,800点	イ 単一建物診療患者数が１人の 場合 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	ロ 単一建物診療患者数が２人以上の場合 1,350点 (削除)
管理料２	管理料２
イ 同一建物居住者以外 1,480点	イ 単一建物診療患者数が１人の 場合 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長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者であること。 ① 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 ② 統合失調症や気分(感情)障害等の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下等の者 ③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者 ④ 障害福祉サービスを利用していない者	□ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点 (削除) [算定要件] 以下の全てに該当する長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者であること。 ① 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 ② 統合失調症や気分(感情)障害等の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下等の者 ③ 精神科を標榜する保険医療機関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) (削除)
--	---

2. 施設基準について

- (1) 作業療法士については常勤要件を設けないこととする。
- (2) 往診や訪問看護については、いずれか一方について、24時間対応可能な体制を整備すればよいこととする。

現 行	改定案
[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。	[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

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)	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)
--	---

長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

骨子【Ⅲ－３（３）】

第１ 基本的な考え方

長期にわたって頻回にデイ・ケア等（※１）を利用している患者について、より自立した生活への移行を促す観点から、算定要件の見直し等を行う。

（※１）精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア

第２ 具体的な内容

１．１年以上継続して頻回に実施する場合の算定要件の見直し

精神保健福祉士による患者の意向の聴取等、一定の要件を満たす場合に限り、週４日以上の日・ケア等の算定を可能とする。

２．精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアの評価の適正化

３年以上継続してデイ・ケア等を利用している者が、週４日以上算定する場合には、週４日目以降に算定する点数を逡減する。（ただし、精神疾患による１年以上の長期入院歴を有する患者を除く。）

現 行	改定案
【精神科デイ・ケア】	【精神科デイ・ケア】
【精神科デイ・ナイト・ケア】	【精神科デイ・ナイト・ケア】
【精神科ナイト・ケア】	【精神科ナイト・ケア】
【精神科ショート・ケア】	【精神科ショート・ケア】

注 デイ・ケア等を最初に算定した日から 1 年を超える期間に行われる場合にあっては、週 5 日を限度として算定する。	注 デイ・ケア等を最初に算定した日から 1 年を超える期間に行われる場合には、週 5 日を限度として算定する。<u>ただし、週 3 日を超えて算定できるのは特に定める場合に限る。</u> 【特に定める場合】 以下を全て満たすこと。 ① <u>週 3 日を超えるデイ・ケア等の提供が医学的に特に必要と判断されること</u> ② <u>精神保健福祉士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</u> ③ <u>当該保険医療機関において、デイ・ケア等の提供が週 3 日を超える患者の割合が 8 割未満であること</u> 注 <u>デイ・ケア等を最初に算定した日から 3 年を超える期間に行われる場合であって、週 3 日を超えて算定する場合には、長期入院歴を有する患者を除き、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。（※ 2）</u>
---	--

（※2）精神科ショート・ケアを除く。

身体合併症を有する精神疾患患者の 受入れ体制の確保

骨子【Ⅲ－３（４）】

第１ 基本的な考え方

1. 一般病院における精神疾患患者の身体合併症医療の体制を確保する観点から、受入や精神科医による診断治療について、新たに評価を設ける。
2. 精神病棟において、精神症状に加え身体合併症を有する入院患者の割合が増加傾向にあることを踏まえ、こうした患者の入院医療体制を確保する観点から、精神科救急・合併症入院料や、その他の精神病棟で算定する精神科身体合併症管理加算における対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加する。

第２ 具体的な内容

1. 一般病院が、精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し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

(新) 精神疾患診療体制加算 1 1,000 点(入院初日)

2. 一般病院において、身体の傷病と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神保健指定医等の精神科医が診察した場合（精神科を標榜していない病院が、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合も含む。）

(新) 精神疾患診療体制加算 2 330 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。

3. 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における対象疾患・病態の追加

精神症状に加え身体合併症を有する入院患者の入院医療体制を確保する観点から、精神科救急・合併症入院料や、その他の精神病棟で算定する精神科身体合併症管理加算における対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加する。

[追加する対象疾患・病態]

間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓、劇症肝炎、重症急性膵炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患（頻回に輸血を要する状態等）、急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全等）、合併症妊娠(※) 等

(※) 身体合併症管理加算の対象に追加。

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

骨子【Ⅲ－３（４）】

第１ 基本的な考え方

精神病棟に手厚い医師配置を行うことにより、精神症状に加え身体の傷病を有する患者に対する入院医療や、精神科を含めた総合的な急性期医療を提供する体制を確保している病院について、新たに評価する。

第２ 具体的な内容

- 精神科急性期治療病棟入院料１における精神科急性期医師配置加算を、入院基本料等加算に組み替える。
- 精神科急性期治療病棟入院料１を算定する病棟に加え、精神病棟入院基本料等を算定する精神病棟を有する総合病院であって、手厚い医師配置を行い、精神疾患患者の身体合併症治療や、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者の診療について、一定の実績を有する場合に、１．の加算の算定を可能とする。

現 行	改定案
【精神科急性期治療病棟入院料】 (１日につき) (中略)	【精神科急性期治療病棟入院料】 (１日につき) (中略)
注 精神科急性期医師配置加算 500点 <u>(新設)</u>	<u>(削除)</u> 【精神科急性期医師配置加算】 (１日につき)

<u>(新設)</u>	<u>精神科急性期医師配置加算</u> <u>500点</u> (新) [対象病棟] 精神科急性期治療病棟 1、精神病棟入院基本料(10 対 1 又は 13 対 1 に限る。)又は特定機能病院入院基本料(7 対 1、10 対 1 又は 13 対 1 に限る。)を算定する病棟 [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) 精神科急性期治療病棟入院料 1 算定病棟については以下の要件を満たしていること。 (略; 現行の精神科急性治療病棟の精神科急性期医師配置加算に係る施設基準と同様) (3) 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定病棟については、以下の要件を満たしていること。 ① 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。 ② 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。
--------------------	---

	③ 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。 ④ 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。 ⑤ 身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者について、到着後 12時間以内に精神科医が診察している件数が、毎月5件以上であること。 ⑥ 当該病棟の新規入院患者の5%以上が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による適切な医療の提供

骨子【Ⅲ－３（５）】

第１ 基本的な考え方

精神科リエゾンチームの普及を図るため、評価を充実するとともに、チームを構成する看護師、精神医療の経験を有する精神保健福祉士等をより柔軟に確保できるよう、施設基準の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- １．看護師に必要な精神科での勤務年数を、専門看護師（精神看護）に求められる経験年数を参考に緩和する。
- ２．精神医療の経験を有する常勤精神保健福祉士等の専従要件について、患者数に応じ、専任も選択できるよう見直す。

現 行	改定案
【精神科リエゾンチーム加算】 (週1回) 200点	【精神科リエゾンチーム加算】 (週1回) <u>300点</u>
[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。 ① ５年以上の勤務経験を有す る専任の精神科の医師 ② 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 ③ 精神科病院又は一般病院で	[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。 ① ５年以上の勤務経験を有する 専任の精神科の医師 ② <u>精神科の経験を３年以上有す</u> る、所定の研修を修了した専任 の常勤の看護師 ③ 精神科病院又は一般病院での

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 (中略)	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 (中略) (3) <u>(1)の③に掲げる専従の常勤精神保健福祉士等は、当該精神科リエゾンチームが週に 15人以内の患者を診療する場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。</u> (略)
--	--

自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

骨子【Ⅲ－３（６）】

第１ 基本的な考え方

精神科リエゾンチームの医師や看護師、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等の確認、助言及び指導を行った場合の評価を新設する。

第２ 具体的な内容

精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等が、自殺企図等による入院から６か月以内の精神疾患患者に対し、生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言や指導を行う場合を評価する。

（新） 救急患者精神科継続支援料

- | | | | |
|---|--------|-------|------------|
| 1 | 入院中の患者 | 435 点 | （月 1 回） |
| 2 | 1 以外 | 135 点 | （６ヶ月に６回まで） |

〔算定要件〕

- （１）自殺企図後の患者に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。
- （２）継続支援料１は、週１回以上の診察を行っている精神科医が、又は当該精神科医の指示に基づき看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者に助言・指導等を行った場合に算定する。
- （３）継続支援料２は、入院中に当該患者の指導を担当した精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者以外の患者に、１ヶ月間に２回以上、電話等で指導等を行った上で、外来で指導等を行った場合に算定する。

〔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。

向精神薬の適切な処方促進

骨子【Ⅲ－３（７）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

- 向精神薬を多種類処方した場合の処方料、処方せん料、薬剤料の減算について、減算対象となる基準を引き下げる。

現 行	改定案
【処方料】 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（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20 点 [算定要件] 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。 ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合	【処方料】 ３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、<u>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（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）</u>を行った場合 20 点 [算定要件] 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。 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	② 薬剤を切り替える場合 ③ 臨時に投薬する場合 <u>(削除)</u> <u>「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、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ものをいう。</u>
【薬剤料】 1 処方につき 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（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。 [算定要件] （「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。）	【薬剤料】 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、<u>3 種類</u>以上の抗うつ薬又は<u>3 種類</u>以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの<u>及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。</u>）を行った場合には、所定点数（<u>抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。</u>）の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。 [算定要件] （「臨時の投薬等のもの」<u>及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」</u>の内容は処方料のものと同様。）
【処方せん料】	【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（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点 [算定要件] （「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。）	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与する場合を除く。</u>）を行った場合 30点 [算定要件] （「臨時の投薬等のもの」<u>及び「患者の病状等によりやむを得ないもの」</u>の内容は処方料のものと同様。）
--	---

2. 医学的管理が不十分なまま抗精神病薬又は抗うつ薬が多種類又は大量に処方された可能性が高い患者について、通院・在宅精神療法等の評価を引き下げる。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【通院・在宅精神療法】 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] <u>当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u> [別に厚生労働大臣が定める場合]

【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] 当該患者に対して、1回の処方において、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を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。	①～③の全てを満たすこと。 ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。 ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。 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であること。 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）</u>には、算定しない。
---	--

3. 向精神薬多剤投与に係る報告書について、提出頻度を引き上げ、その報告範囲を各年6月のみから通年に拡大する。

現 行	改定案
【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	【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、<u>3月に1回</u>、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局

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	に報告する。 [別紙様式 40] <u>直近3か月</u>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
---	--

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

骨子【Ⅲ－３（８）】

第１ 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に対する専門的な外来診療の機会を確保する観点から、20 歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法について、児童・思春期の患者に専門的な精神科医療を提供している保険医療機関を評価する。

第２ 具体的な内容

特定機能病院や児童・思春期精神科の専門的な外来診療を提供している保険医療機関が行う、20 歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法について、より手厚い評価を行う。

１．16 歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

(新) 児童思春期精神科専門管理加算 1 500 点（1 回につき）

２．20 歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての専門的な評価を含む 60 分以上の精神療法を行った場合の評価

(新) 児童思春期精神科専門管理加算 2
1,200 点（初診から 3 ヶ月以内に 1 回）

[施設基準]

(1) 以下を全て満たしていること。

- ① 現に精神保健指定医であって、精神保健指定医に指定されてから 5 年以上主として児童・思春期の患者の精神医療に従事した経験を有する専任の常勤医師及び児童・思春期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年以上の専任の常勤医師が、それぞれ１名以上勤務していること。

② 児童・思春期精神科に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 過去６ヶ月間に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。

(2) 診療所については、(1)に加え、過去６ヶ月間に精神療法を実施した患者のうち、50%以上が１６歳未満の者であること。

薬物依存症に対する集団療法の評価

骨子【Ⅲ－３（９）】

第１ 基本的な考え方

医師、看護師等が、薬物依存症の患者に対し、認知行動療法の考え方を
用いて、標準化された方法で集団療法を実施した場合の評価を新設す
る。

第２ 具体的な内容

医師又は医師の指示をうけた看護師や作業療法士（いずれも国や医療
関係団体等が実施する一定の研修を受けた者に限る。）が、薬物依存症の
患者に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合

（新） 依存症集団療法 ３４０点（１回につき）（６ヶ月間に限る。）

[算定要件]

- （１） 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（いずれも研修
を修了した者に限る。）が、薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で集
団療法を実施した場合に、６月以内に限り、週１回を限度として算定する。
ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から２年以内に限り、別途、
週１回かつ計２４回を限度として算定できる。
- （２） １回に２０人を限度とし、９０分以上実施した場合に算定する。

[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。

医師及び看護師による

認知療法・認知行動療法の実施

骨子【Ⅲ－３（10）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

認知療法・認知行動療法に新たな区分を設け、医師の指示のもと、看護師が各面接の一部分を実施する形式のものを評価する。

現 行	改定案
【認知療法・認知行動療法】 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 <u>（新設）</u>	【認知療法・認知行動療法】 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 3 <u>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</u> 350 点

[算定要件]

(1) 「３」に規定する点数は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す

るものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療にかかる面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、下記のすべてを満たすこと。

- 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、初回到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。
- (2) 「1」、「2」及び「3」に規定する点数は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「3」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

[施設基準]

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (3) 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、(2)の専任の医師又は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。

精神病床における二類感染症管理の評価

骨子【重点課題Ⅲ－３（11）】

第１ 基本的な考え方

精神病床における結核等の二類感染症患者の受入れや療養環境の確保について評価を行う。

第２ 具体的な内容

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算定対象に、精神病棟入院基本料と特定機能病院入院基本料（精神病棟）を追加する。

現 行	改定案
【難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）】 〔算定対象入院料〕 ・ 一般病棟入院基本料 <u>（新設）</u> ・ 特定機能病院入院基本料（一般病棟） <u>（新設）</u> ・ 特別入院基本料等 ・ 特定一般病棟入院料	【難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）】 〔算定対象入院料〕 ・ 一般病棟入院基本料 ・ <u>精神病棟入院基本料</u> ・ 特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・ <u>特定機能病院入院基本料（精神病棟）</u> ・ 特別入院基本料等 ・ 特定一般病棟入院料
【二類感染症患者療養環境特別加算】 〔算定対象入院料〕 ・ 一般病棟入院基本料 ・ 結核病棟入院基本料 <u>（新設）</u> ・ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）	【二類感染症患者療養環境特別加算】 〔算定対象入院料〕 ・ 一般病棟入院基本料 ・ 結核病棟入院基本料 ・ <u>精神病棟入院基本料</u> ・ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

・特定機能病院入院基本料（結核病棟） （新設） ・専門病院入院基本料 ・障害者施設等入院基本料（特定入院基本料含む） ・有床診療所入院基本料 ・特別入院基本料等 ・特定一般病棟入院料	・特定機能病院入院基本料（結核病棟） ・特定機能病院入院基本料（精神病棟） ・専門病院入院基本料 ・障害者施設等入院基本料（特定入院基本料含む） ・有床診療所入院基本料 ・特別入院基本料等 ・特定一般病棟入院料
--	---

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

骨子【Ⅲ－４（１）】

第１ 基本的な考え方

これまで、難病（特定疾患）56 疾患については、外来診療や療養病棟への入院診療等において、医学的な専門性や、療養の必要性が評価されてきたが、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、同様に評価を行う。

第２ 具体的な内容

１．療養病棟入院基本料における医療区分２の対象患者の見直し

下記の対象患者のうち、(1)、(2)及び(3)を対象とする（ただし、医療区分３の対象患者を除く。）。

２．難病外来指導管理料における対象患者の見直し

下記の対象患者のうち、(1)、(2)及び(3)を対象とする。

３．在宅寝たきり患者処置指導管理料の注１（※）に規定する「これに準ずる状態にあるもの」の対象患者の見直し

※ 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるもの

下記の対象患者のうち、(1)及び(2)を対象とする。ただし、常時介護を要する状態に限る。

４．人工腎臓透析困難者等加算における対象患者の見直し

「Ⅳ－６－③」を参照のこと。

[対象患者]

- (1) 難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「法」という。）第五条に規定する指定難病に罹患しているものであって原則法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの（法第七条第一項第 2 号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすことを診断できる場合を含む）
- (2) 「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの
- (3) 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年 7 月 24 日健医発第 896 号）に掲げる疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの

小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価

骨子【Ⅲ－４（１）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

小児科療養指導料の対象疾患に、小児慢性特定疾病に指定されている疾病を加えるとともに、包括範囲の整理及び評価の充実を図る。

現 行	改定案
【小児科療養指導料】 小児科療養指導料 250点 〔対象疾患〕 対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、（中略）、血友病及び血小板減少性紫斑病である。 〔包括範囲〕 ① 特定疾患療養管理料 ② てんかん指導料 ③ 皮膚科特定疾患指導管理料 ④ 小児悪性腫瘍患者指導管理料 （新設）	【小児科療養指導料】 小児科療養指導料 <u>270点</u> 〔対象疾患〕 対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、（中略）、血友病、血小板減少性紫斑病及び<u>小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病</u>である。 〔包括範囲〕 ① 特定疾患療養管理料 ② てんかん指導料 ③ 皮膚科特定疾患指導管理料 ④ 小児悪性腫瘍患者指導管理料 ⑤ 難病外来指導管理料

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

骨子【Ⅲ－４（２）】

第１ 基本的な考え方

難病の患者に対する医療等に関する法律の施行を踏まえ、指定難病の診断に必須とされている遺伝学的検査について、新たに関係学会が作成する指針に基づき実施される場合に限り、評価を行う。

第２ 具体的な内容

遺伝学的検査の対象疾患に、診断に当たって遺伝学的検査の結果が必須とされている指定難病 35 疾患を追加し、整理する。

現 行	改定案
【遺伝学的検査】 (新設) [算定要件] 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。 ア) デュシェンヌ型筋ジストロフ	【遺伝学的検査】 <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> [算定要件] 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> ア) デュシェンヌ型筋ジストロフ

イー イ) ベッカー型筋ジストロフィー ウ) 福山型先天性筋ジストロフィー エ) 栄養障害型表皮水疱症 オ) 家族性アミロイドーシス カ) 先天性QT延長症候群 キ) 脊髄性筋萎縮症 ク) 中枢神経白質形成異常症 ケ) ムコ多糖症Ⅰ型 コ) ムコ多糖症Ⅱ型 サ) ゴーシェ病 シ) ファブリ病 ス) ポンペ病 セ) ハンチントン舞踏病 ソ) 球脊髄性筋萎縮症 タ) フェニルケトン尿症 チ) メープルシロップ尿症 ツ) ホモシスチン尿症 テ) シトルリン血症（Ⅰ型） ト) アルギノコハク酸血症 ナ) メチルマロン酸血症 ニ) プロピオン酸血症 ヌ) イソ吉草酸血症 ネ) メチルクロトニルグリシン尿症 ノ) HMG血症 ハ) 複合カルボキシラーゼ欠損症 ヒ) グルタル酸血症Ⅰ型 フ) MCAD欠損症 ヘ) VLCAD欠損症 ホ) MTP（LCHAD）欠損症	イー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群及び脊髄性筋萎縮症 イ) ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症 ウ) フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（Ⅰ型）、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症Ⅰ型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP（LCHAD）欠損症、CPTⅠ欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症及び先天性難聴 エ) <u>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</u>
--	---

マ) CPT 1 欠損症 ミ) 筋強直性ジストロフィー ム) 隆起性皮膚線維肉腫 メ) 先天性銅代謝異常症 モ) 色素性乾皮症 ヤ) 先天性難聴 ② ①のアからク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のケからス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。①のセ及びソに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。 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。	<u>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・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1 P36欠失症候群、4 P欠失症候群、5 P欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、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> 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。①の<u>イ</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。 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。 ④ ①のエ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。 [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算定患者の 在宅医療への円滑な移行

骨子【Ⅲ－５（１）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から、第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料を除外する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】 [包括範囲] 診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第１０部手術、第１１部麻酔、第１２部放射線治療及び第１３部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する（中略）加算を除く。）は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。	【小児入院医療管理料】 [包括範囲] 診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料・第３節薬剤料・第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第１０部手術、第１１部麻酔、第１２部放射線治療及び第１３部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する（中略）加算を除く。）は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。

重症新生児等を受け入れている

小児入院医療機関に対する評価の充実

骨子【Ⅲ－５（１）】

第１ 基本的な考え方

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保険医療機関に対する評価を新設する。

第２ 具体的な内容

小児入院医療管理料３、４又は５を算定している保険医療機関のうち、新生児特定集中治療室に入院していた患者や超・準超重症児の受入れ実績のある保険医療機関に対する評価を新設する。

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

[施設基準]

- (1) 小児入院医療管理料３、４又は５の届出を行っている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っぱ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、転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室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 件以上受け入れていること（なお、当該件数には、医療型短期入所サービスによる入所件数も含める。）。

医療型短期入所サービス中の処置等の評価

骨子【Ⅲ－５（２）】

第１ 基本的な考え方

医療型短期入所サービスにおける重症児の受入れを促進するため、入所中の医療処置等について、診療報酬上の取り扱いを明確にする。

第２ 具体的な内容

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以下の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。

[対象処置等]

- (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定
- (2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定
- (3) 中心静脈注射
- (4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射
- (5) 鼻マスク式補助換気法
- (6) 体外式陰圧人工呼吸器治療
- (7) 人工呼吸
- (8) 膀胱洗浄
- (9) 後部尿道洗浄
- (10) 留置カテーテル設置
- (11) 導尿
- (12) 介達牽引
- (13) 矯正固定
- (14) 変形機械矯正術
- (15) 消炎鎮痛等処置
- (16) 腰部又は胸部固定帯固定

(17) 低出力レーザー照射

(18) 鼻腔栄養

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対象年齢の延長

骨子【Ⅲ－５（３）】

第１ 基本的な考え方

長期にわたって小児科での診療を要する患者について、継続的な医療支援を確保する観点から、小児入院医療管理料の算定対象年齢を延長する。

第２ 具体的な内容

小児慢性特定疾病医療費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。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】 [対象者] 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15 歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。	【小児入院医療管理料】 [対象者] 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15 歳未満の小児（<u>小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20 歳未満の者</u>）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。

特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等 の算定日数の延長

骨子【Ⅲ－５（４）】

第１ 基本的な考え方

長期にわたり集中的な治療を行う必要性が高い新生児等に対する、新生児特定集中治療室管理料等での診療日数について、実態を踏まえた適切な評価を行う観点から見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 新生児特定集中治療室管理料等において、出生体重が 1,500g 以上の新生児であっても、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。

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）新生児治療回復室入院医療管理料】 [対象疾患] 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	【新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）新生児治療回復室入院医療管理料】 [対象疾患] 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	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、 <u>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。）</u>
---	---

2. 15歳未満の小児であって、長期の特定集中治療室管理を要する状態にある患者について、小児特定集中治療室管理料の算定限度日数を延長する。

現 行	改定案
【小児特定集中治療室管理料】（１日につき） 1 7日以内の期間 15,752 点 2 8日以上14日以内の期間 13,720 点 15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。	【小児特定集中治療室管理料】（１日につき） 1 7日以内の期間 15,752 点 2 <u>8日以上14日以内の期間</u> 13,720 点 15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日 <u>（急性血液浄化（腹膜透析は含まない。）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・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては 21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては 35日）</u> を限度として算定する。

精神疾患合併妊娠の管理の評価

骨子【Ⅲ－５（５）】

第１ 基本的な考え方

精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、精神疾患を合併した妊娠及び分娩の管理に対する評価を行う。

第２ 具体的な内容

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（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定対象となる患者に、精神疾患の患者（当該保険医療機関で精神療法を実施しているもの又は他の保険医療機関で精神療法を実施し、当該保険医療機関に診療情報提供書を提供しているものに限る。）を加える。

救急患者の受入れ体制の充実

骨子【Ⅲ－５（６）】

第１ 基本的な考え方

高齢化等により増加する救急患者の受け入れ体制を充実するため、夜間休日における再診後の緊急入院の評価及び二次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れの評価の充実を行う。

第２ 具体的な内容

- １．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。

現 行	改定案
【再診料及び外来診療料】 入院中の患者に対する再診の費用は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。	【再診料及び外来診療料】 入院中の患者に対する再診の費用（<u>区分番号A001に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を除く。</u>）は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

- ２．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、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前８時以前と午後６時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

現 行	改定案
【夜間休日救急搬送医学管理料】	【夜間休日救急搬送医学管理料】

200点 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定する。	600点 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（<u>土曜日以外の日（休日を除く。）</u>にあつては、<u>夜間に限る。</u>）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定する。
---	---

救急医療管理加算 １ の対象患者の拡大

骨子【Ⅲ－５（７）】

第 １ 基本的な考え方

救急医療管理加算について、加算 ２ の対象となる状態のうち、脳梗塞で t-PA 等の実施が必要な状態及び狭心症等で緊急に血管内の検査・治療が必要な状態を加算 １ の対象に加えるなど、加算 １ の評価をより充実するよう見直す。

第 ２ 具体的な内容

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法が必要なものを加算 １ の対象に加えると同時に評価をより充実し、加算 ２ の評価を適正化する。

現 行	改定案
【救急医療管理加算 １】 800点 [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	【救急医療管理加算 １】 900点 [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、 <u>緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法</u> を必要とする状態

【救急医療管理加算 2】	400点	【救急医療管理加算 2】	<u>300点</u>
--------------	------	--------------	-------------

生体検査、処置及び放射線治療等に係る

小児加算の見直し

骨子【Ⅲ－５（８）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

生体検査料の通則、画像診断・処置料の一部及び放射線治療の通則等に規定されている、新生児加算、乳幼児加算、幼児加算及び小児加算等について、加算の引き上げを行う。

現 行	改定案
〔生体検査料の通則〕 新生児加算 60/100 乳幼児加算（３歳未満） 30/100 幼児加算（３歳以上６歳未満） 15/100	〔生体検査料〕 新生児加算 <u>80/100</u> 乳幼児加算（３歳未満） <u>50/100</u> 幼児加算（３歳以上６歳未満） <u>30/100</u>
〔画像診断〕（例） 【E002 撮影】 新生児加算 30/100 乳幼児加算（３歳未満） 15/100 （他３項目）	〔画像診断〕（例） 【E002 撮影】 新生児加算 <u>80/100</u> 乳幼児加算（３歳未満） <u>50/100</u> 幼児加算（３歳以上６歳未満） <u>30/100</u>（新）
〔処置料〕（例） 【ドレーン法（ドレナージ）】	〔処置料〕（例） 【ドレーン法（ドレナージ）】

注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。 【高位浣腸】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。 (他 35 項目)	注 3歳未満の乳幼児の場合は、<u>110</u>点を加算する。 【高位浣腸】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、<u>55</u>点を加算する。 (※) 既存の加算項目について、点数を1割増点する。
〔放射線治療〕 新生児加算 60/100 乳幼児加算（3歳未満） 30/100 幼児加算（3歳以上6歳未満） 15/100 小児加算（6歳以上15歳未満） 10/100	〔放射線治療〕 新生児加算 <u>80/100</u> 乳幼児加算（3歳未満） <u>50/100</u> 幼児加算（3歳以上6歳未満） <u>30/100</u> 小児加算（6歳以上15歳未満） <u>20/100</u>
【救急搬送診療料】 新生児加算 1,000 点 乳幼児加算 500 点 長時間加算（診療に要した時間が30分以上） 500 点	【救急搬送診療料】 新生児加算 <u>1,500 点</u> 乳幼児加算 <u>700 点</u> 長時間加算（診療に要した時間が30分以上） <u>700 点</u>

口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、 生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【Ⅲ－６】

第１ 基本的な考え方

歯科医療の充実を図る観点から、口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実、歯科固有の技術について評価を行う。

第２ 具体的な内容

1. 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下の対応を行う。

- (1) 初再診時における歯科外来診療環境体制加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 26 点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 <u>25 点</u>
【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 4 点	【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 <u>5 点</u>

- (2) 全身的な疾患を有する患者の歯科治療を行う際に、治療内容等の必要に応じてバイタルサインのモニタリングを行った場合を評価する。

※ 現行の歯科治療総合医療管理料を、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）として、新たに歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）を新設

(新) 歯科治療総合医療管理料(Ⅱ) 45点(1日につき)

[算定要件]

- ① 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号 I009 から I009-4、区分番号 I010 及び I011-3 に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号 M001 から区分番号 M003 までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。
- ② 医科点数表の呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。
- ③ 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)を算定した月は算定できない。

[施設基準]

現行の歯科治療総合医療管理料と同じ

現 行	改定案
【歯科治療総合医療管理料】 [名称] [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号 I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに	【<u>歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)</u>】 <u>(名称変更)</u> [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から<u>区分番号M003</u>までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うもの

当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。 【在宅患者歯科治療総合医療管理料】 [名称] <u>(新設)</u>	を除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。 【在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)】<u>(名称変更)</u> 【在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)(1日につき)】 45点(新) <u>施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、心拍等の監視を行い、必要な医療管理を行った場合に算定する。</u> <u>医科点数表の呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコプ(ハートスコプ)、カルジオタコスコプを算定した日は、当該管理料は算定できない。</u> <u>在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)を算定した月において、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は在宅歯科治療</u>
--	--

	<u>総合医療管理料（Ⅰ）を算定した月は、別に算定できない。</u> [施設基準] 現行の在宅患者歯科治療総合医療管理料と同じ。
--	---

- (3) 糖尿病を有する患者の歯周病治療において、歯周組織の炎症の改善を図り、歯周基本治療をより効果的に行う観点から、歯周基本治療に先行して局所抗菌剤の投与が可能となるように歯周疾患処置の算定要件の見直しを行う。

現 行	改定案
【歯周疾患処置】 [算定要件] <u>（新設）</u>	【歯周疾患処置】 [算定要件] <u>糖尿病を有する患者であって、歯周ポケットが４ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療に先行して計画的に特定薬剤の注入を行った場合は、本区分により算定する。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師からの診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。</u>

2. 口腔疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクを低減する観点から、以下の対応を行う。

- (1) エナメル質初期う蝕の積極的な再石灰化を促進し、う蝕の重症化を

予防する観点から、フッ化物歯面塗布処置の評価の見直しを行う。
また、う蝕多発傾向者、在宅等療養患者に対するフッ化物歯面塗布処置について評価の拡充を行う。

(新) フッ化物歯面塗布処置

エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 120 点(1 口腔につき)

[算定要件]

歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対し、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月 1 回を限度として算定する。ただし、2 回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して 2 月を経過した日以降に行った場合に限り、月 1 回を限度として算定する。

現 行	改定案
【フッ化物歯面塗布処置(1 口腔につき)】	【フッ化物歯面塗布処置(1 口腔につき)】
1 う蝕多発傾向者の場合 80点	1 う蝕多発傾向者の場合 100点
2 在宅等療養患者の場合 80点	2 在宅等療養患者の場合 100点

(2) 歯周病の重症化を予防する観点から、歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する管理である歯周病安定期治療の算定要件の見直しを行う。

現 行	改定案
【歯周病安定期治療】 [名称]	【 <u>歯周病安定期治療(I)</u> 】 <u>(名称変更)</u>
[算定要件]	[算定要件]

歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回を限度として算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上を有するものをいう。中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上を有するものをいう。 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の30に相当する点数により算定する。	歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、<u>4ミリメートル以上の歯周ポケットを有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対する処置等を評価したもの</u>をいう。なお、一時的に症状が安定した状態とは、<u>歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる深い歯周ポケット又は歯の動揺が認められる状態をいう。</u> <u>歯周病安定期治療（Ⅰ）を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u>
--	--

3. 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
- (1) 舌接触補助床を装着した患者に対して、舌圧検査を実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<u>(新設)</u>	【舌圧検査】 140点(新) [算定要件] <u>舌接触補助床を算定した患者に 対して、舌圧測定を行った場合に 月2回を限度として算定する。</u>

- (2) 口唇口蓋裂患者に対するホッツ床等の口腔内装置の装着を行った患者に対して、当該装置に係る調整及び指導等を実施した場合の評価を行う。

現 行	改定案
【歯科口腔リハビリテーション料 1 (1 口腔につき)】 1 有床義歯の場合 イ ロ以外の場合 100点 ロ 困難な場合 120点 2 舌接触補助床の場合 190点 <u>(新設)</u>	【歯科口腔リハビリテーション料 1 (1 口腔につき)】 1 有床義歯の場合 イ ロ以外の場合 100点 ロ 困難な場合 120点 2 舌接触補助床の場合 190点 3 <u>その他の場合 185点(新)</u> [算定要件] <u>口蓋補綴、顎補綴により算定し た装置を装着している患者に対し て、月4回を限度として算定する。</u>

4. 歯科固有の技術の評価について、以下の対応を行う。

- (1) 4 根管又は槌状根に対して、マイクロスコープ（歯科用実体顕微鏡）及び歯科用 3 次元エックス線断層撮影を用いて歯の根管の数や形態を正確に把握した上で根管治療を実施した場合の評価を行うとともに、加圧根管充填の評価の拡充を行う。

現 行	改定案
【加圧根管充填処置（１歯につき）】 単根管 130点 ２根管 156点 ３根管以上 190点 [算定要件] <u>（新設）</u>	【加圧根管充填処置（１歯につき）】 単根管 <u>136点</u> ２根管 <u>164点</u> ３根管以上 <u>200点</u> [算定要件] <u>４根管又は槌状根に対して歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合は、400点を所定点数に加算する。なお、歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u>

(2) 歯科疾患管理料を含む医学管理等において、文書提供等の要件を見直し、文書提供を行った場合を評価する。

現 行	改定案
【歯科疾患管理料】 110 点 [算定要件] ① １回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して２月以内１回を限度として、算定する。 ② ２回目以降の歯科疾患管理料は、１回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画	【歯科疾患管理料】 <u>100 点</u> [算定要件] ① １回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、 <u>患者又はその家族等（以下、「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に</u> 、初診日の属する月から起算して２月以内１回を限度として、算定する。 ② ２回目以降の歯科疾患管理料は、１回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、 <u>管理計画に基づく</u>

書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供したときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。 ③ 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。 ④ 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、初診料は算定できない。 <u>(新設)</u>	<u>継続的な管理を行っている場合であつて、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、その内容について説明を行ったときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。</u> ③ 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、<u>歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び歯科矯正管理料</u>を算定した患者に対して、<u>当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び歯科矯正管理料</u>を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。 ④ <u>管理計画</u>に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、初診料は算定できない。 ⑤ <u>①の規定による管理計画に基づ</u>
---	--

【歯科疾患在宅療養管理料】 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 140点 2 1 以外の場合 130点 [算定要件] ① 当該保険医療機関の歯科医師が、 歯科訪問診療料を算定した患者で あって継続的な歯科疾患の管理が 必要なものに対して、当該患者等又 はその家族の同意を得て、当該患者 の歯科疾患の状況等を踏まえて作 成した管理計画書を提供した場合 に、月1回を限度として算定する。 ② 在宅療養支援歯科診療所の歯科 医師が、当該患者の口腔機能の評価 を行い、当該評価結果を踏まえて管 理計画書を作成し、当該患者又はその 家族に対して文書により提供し た場合は、口腔機能管理加算とし て、月1回を限度として50点を所定 点数に加算する。 <u>(新設)</u>	<u>き、当該患者等に対し、歯科疾患の 管理に係る内容を文書により提供 した場合は、10点を所定点数に加算 する。</u> 【歯科疾患在宅療養管理料】 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 240点 2 1 以外の場合 180点 [算定要件] ① 当該保険医療機関の歯科医師が、 歯科訪問診療料を算定した患者で あって継続的な歯科疾患の管理が 必要なものに対して、<u>当該患者等の 同意を得て、当該患者の歯科疾患の 状況及び併せて実施した口腔機能 評価の結果等を踏まえて管理計画 を作成し、その内容について説明を 行った場合に、月1回を限度として 算定する。</u> <u>(削除)</u> ③ 2回目以降の歯科疾患在宅療養 管理料は、①の規定による管理計画 に基づく継続的な管理を行ってい
--	--

(新設)	る場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、その内容について説明を行ったときに、<u>1 回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月 1 回を限度として算定する。</u> ④ <u>①の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は10点を所定点数に加算する。</u>
------	---

(3) 抜歯手術について、抜歯部位に応じた評価となるように難抜歯の評価の見直しを行う。

現 行	改定案																				
【抜歯手術（1 歯につき）】 <table> <tr> <td>1 乳歯</td><td>130点</td></tr> <tr> <td>2 前歯</td><td>150点</td></tr> <tr> <td>3 臼歯</td><td>260点</td></tr> <tr> <td>4 難抜歯</td><td>470点</td></tr> <tr> <td>5 埋伏歯</td><td>1,050点</td></tr> </table> [算定要件] 4 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。	1 乳歯	130点	2 前歯	150点	3 臼歯	260点	4 難抜歯	470点	5 埋伏歯	1,050点	【抜歯手術（1 歯につき）】 <table> <tr> <td>1 乳歯</td><td>130点</td></tr> <tr> <td>2 前歯</td><td>150点</td></tr> <tr> <td>3 臼歯</td><td>260点</td></tr> <tr> <td colspan="2">(削除)</td></tr> <tr> <td>4 埋伏歯</td><td>1,050点</td></tr> </table> [算定要件] <u>2 又は 3 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として210点を所定の点数に加算する。</u>	1 乳歯	130点	2 前歯	150点	3 臼歯	260点	(削除)		4 埋伏歯	1,050点
1 乳歯	130点																				
2 前歯	150点																				
3 臼歯	260点																				
4 難抜歯	470点																				
5 埋伏歯	1,050点																				
1 乳歯	130点																				
2 前歯	150点																				
3 臼歯	260点																				
(削除)																					
4 埋伏歯	1,050点																				

- (4) 補綴時診断料及び平行測定検査について、臨床の実態に即した評価となるように見直しを行う。

現 行	改定案
【補綴時診断料（１口腔につき）】 100点 [算定要件] 同一患者につき、補綴時診断料を算定すべき診断を２回以上行った場合は、１回目の診断を行ったときに限り算定する。 【平行測定検査】 <u>（新設）</u>	【補綴時診断料（１装置につき）】 1 補綴時診断（新製の場合） 90点（新） 2 補綴時診断（１以外の場合） 70点（新） [算定要件] <u>１については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。</u> <u>２については、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。</u> <u>保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</u> <u>（削除）</u> 【ブリッジ支台歯形成加算（歯冠形成の加算）】 [算定要件] <u>生活歯歯冠形成の金属冠、失活歯歯冠形成の金属冠、窩洞形成の複雑なものについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として１歯につき20点を所定点数に加算する。</u>

- (5) 義歯新製から6ヶ月以内に実施する有床義歯内面適合法について、有床義歯修理の評価と整合性を図るとともに、軟質材料を用いた場合を評価する。

現 行	改定案
【有床義歯内面適合法】 1 局部義歯（1床につき） イ 1 歯から4 歯まで 210点 ロ 5 歯から8 歯まで 260点 ハ 9 歯から11歯まで 360点 ニ 12歯から14歯まで 560点 2 総義歯（1顎につき） 770点	【有床義歯内面適合法】 1 <u>硬質材料を用いる場合（1床につき）</u> イ 局部義歯（1床につき） (1) 1 歯から4 歯まで 210点 (2) 5 歯から8 歯まで 260点 (3) 9 歯から11歯まで 360点 (4) 12歯から14歯まで 560点 ロ 総義歯（1顎につき） 770点 2 <u>軟質材料を用いる場合（1床につき）</u> 1,400点（新） ① <u>2については、下顎総義歯に限る。</u> ② <u>新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u>

- (6) 歯科用アマルガム等、歯科医療技術の進歩に伴い実施頻度が減少している技術や新たな材料の普及により使用頻度が減少している特定保険医療材料について、廃止を含めて見直しを行う。なお、現行のジャケット冠については、3ヶ月間の経過措置を設けた上で廃止する。

現 行	改定案
(特定保険医療材料) 【充填】 銀錫アマルガム 金属小釘 【バー】 屈曲バー 金銀パラジウム合金（金12%以上） イ パラタルバー ロ リンガルバー (技術) 【ジャケット冠】	(特定保険医療材料) 【充填】 <u>(削除)</u> <u>(一部廃止)一般的名称の歯科用保持</u> <u>ピンのみを廃止</u> 【バー】 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> (技術) <u>(削除)</u>

[経過措置]

現行のジャケット冠については、平成 28 年 6 月 30 日までの間は、従前の例による。

- (7) その他、診断、口腔機能を維持・向上等に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討や現場の実態を踏まえつつ、適切な評価を行うとともに、一部の項目について評価体系等を見直す。

① 診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術

現 行	改定案
【歯科画像診断管理加算 2】 [算定要件] 写真診断（歯科用 3 次元エックス線断層撮影に係るものに限る。）については、施設基準に適合した保険医療機関において、画像診断を専ら	【歯科画像診断管理加算 2】 [算定要件] 写真診断（歯科用 3 次元エックス線断層撮影に係るものに限る。） <u>又は医科点数表のコンピュータ断層診断の例によることとされた画</u>

担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算 2 として、月 1 回を限度として 180 点を所定点数に加算する。 【歯科衛生実地指導料】 訪問歯科衛生指導料を算定している患者は算定できない。 【機械的歯面清掃処置】 60 点 【歯髄保護処置】 歯髄温存療法 150 点 直接歯髄保護処置 120 点 【抜髄】 単根管 228 点 2 根管 418 点 3 根管以上 588 点 歯髄温存療法を行った日から起算して 3 月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、78 点、268 点又は 438 点を算定する。 直接歯髄保護処置を行った日から起算して 1 月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、108 点、298 点又は 468 点を算定する。	画像診断については、施設基準に適合した保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算 2 として、月 1 回を限度として 180 点を所定点数に加算する。 【歯科衛生実地指導料】 訪問歯科衛生指導料を算定している <u>月</u> は算定できない。 【機械的歯面清掃処置】 <u>68 点</u> 【歯髄保護処置】 歯髄温存療法 <u>188 点</u> 直接歯髄保護処置 <u>150 点</u> 【抜髄】 単根管 228 点 2 根管 418 点 3 根管以上 588 点 歯髄温存療法を行った日から起算して 3 月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、<u>40 点、230 点又は 400 点</u> を算定する。 直接歯髄保護処置を行った日から起算して 1 月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、<u>78 点、268 点又は 438 点</u> を算定する。
---	--

【根管貼薬処置】		【根管貼薬処置】																
単根管	26点	単根管	<u>28点</u>															
2 根管	30点	2 根管	<u>34点</u>															
3 根管以上	40点	3 根管以上	<u>46点</u>															
【乳幼児う蝕薬物塗布処置】		【 <u>う蝕薬物塗布処置</u> 】																
[名称]		<u>(名称変更)</u>																
3 歯まで	40点	3 歯まで	<u>46点</u>															
4 歯以上	50点	4 歯以上	<u>56点</u>															
【知覚過敏処置】		【知覚過敏処置】																
3 歯まで	40点	3 歯まで	<u>46点</u>															
4 歯以上	50点	4 歯以上	<u>56点</u>															
【初期う蝕早期充填処置】	124点	【初期う蝕早期充填処置】	<u>134点</u>															
【暫間固定】		【暫間固定】																
[算定要件]		[算定要件]																
手術を行った歯の本数等、算定要件が必ずしも明確ではない場合がある。		<u>手術歯数、術前・術中・術後に分けて算定要件を明確化する。</u>																
		<table><tr><td></td><td>術前</td><td>術中</td><td>術後 1 回目</td><td>術後 2 回目以降</td></tr><tr><td>手術歯 数 4 歯 未満</td><td>簡単な もの ※ 1</td><td>手術に 含まれ る</td><td>簡単な もの ※ 2</td><td>簡単な もの ※ 3</td></tr><tr><td>手術歯 数 4 歯 以上</td><td>簡単な もの ※ 1</td><td>困難な もの</td><td>困難な もの ※ 2</td><td>困難な もの ※ 4</td></tr></table>			術前	術中	術後 1 回目	術後 2 回目以降	手術歯 数 4 歯 未満	簡単な もの ※ 1	手術に 含まれ る	簡単な もの ※ 2	簡単な もの ※ 3	手術歯 数 4 歯 以上	簡単な もの ※ 1	困難な もの	困難な もの ※ 2	困難な もの ※ 4
	術前	術中	術後 1 回目	術後 2 回目以降														
手術歯 数 4 歯 未満	簡単な もの ※ 1	手術に 含まれ る	簡単な もの ※ 2	簡単な もの ※ 3														
手術歯 数 4 歯 以上	簡単な もの ※ 1	困難な もの	困難な もの ※ 2	困難な もの ※ 4														
		※ 1 歯周外科手術の術前に行った場合は、固定した歯数にかかわらず																

	「簡単なもの」により 1 回に限り算定できる。 ※2 歯周外科手術を行った後に、必要があって暫間固定を行う場合（術後 1 回目の暫間固定）、術前又は術中における暫間固定の有無にかかわらず、歯周外科手術を行った歯数が 4 歯未満である場合は「簡単なもの」により算定し、歯周外科手術を行った歯数が 4 歯以上である場合は「困難なもの」により算定する。 ※3 術後に暫間固定を行ったにもかかわらず、6 月を経過した後に再度必要があって暫間固定を行う場合（術後 2 回目以降の暫間固定）、歯周外科手術を行った歯数が 4 歯未満の場合は「簡単なもの」により 1 回に限り算定できる。また、同日又は他日にかかわらず 1 顎に 2 箇所以上行っても 1 回の算定とする。 ※4 術後に暫間固定を行ったにもかかわらず、6 月を経過した後に再度必要があって暫間固定を行う場合（術後 2 回目以降の暫間固定）、歯周外科手術を行った歯数が 4 歯以上の場合は「困難なもの」により算定する。なお、術後に暫間固定を行った日から起算して 6 月を経過した後に、必要あって行う場合は、1 顎につき 6 月に 1 回に限り算定する。
--	--

② 補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術

現 行	改定案
【硬質レジンジャケット冠、C A D／C A M冠】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【硬質レジンジャケット冠、C A D／C A M冠】 [算定要件] <u>適応を小臼歯だけでなく、大臼歯へ拡大するが、大臼歯については、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に限り算定できる。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。</u>
【装着】 C A D／C A M冠を装着した場合は、所定点数に相当する点数を所定点数に加算する。	【装着】 <u>C A D／C A M冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。</u>
【歯科技工加算】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【歯科技工加算】 [算定要件] <u>施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき50点を所定点数に加算する。</u>

施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき24点を所定点数に加算する。	施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、<u>破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき30点を所定点数に加算する。</u>																
【支台築造印象（1歯につき）】 26点	【支台築造印象（1歯につき）】 <u>30点</u>																
【硬質レジンジャケット冠（1歯につき）】 750点	【硬質レジンジャケット冠（1歯につき）】 <u>768点</u>																
【乳歯金属冠（1歯につき）】 200点 [名称]	【<u>乳歯冠</u>（1歯につき） <u>（名称変更）</u>】 <table> <tr> <td>1 <u>乳歯金属冠の場合</u></td> <td><u>200点</u></td> </tr> <tr> <td>2 <u>1以外の場合</u></td> <td><u>390点</u></td> </tr> </table>	1 <u>乳歯金属冠の場合</u>	<u>200点</u>	2 <u>1以外の場合</u>	<u>390点</u>												
1 <u>乳歯金属冠の場合</u>	<u>200点</u>																
2 <u>1以外の場合</u>	<u>390点</u>																
【有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） <table> <tr> <td>イ 1歯から4歯まで</td> <td>570点</td> </tr> <tr> <td>ロ 5歯から8歯まで</td> <td>700点</td> </tr> <tr> <td>ハ 9歯から11歯まで</td> <td>930点</td> </tr> <tr> <td>ニ 12歯から14歯まで</td> <td>1,350点</td> </tr> </table> 2 総義歯（1顎につき） 2,110点	イ 1歯から4歯まで	570点	ロ 5歯から8歯まで	700点	ハ 9歯から11歯まで	930点	ニ 12歯から14歯まで	1,350点	【有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） <table> <tr> <td>イ 1歯から4歯まで</td> <td><u>576点</u></td> </tr> <tr> <td>ロ 5歯から8歯まで</td> <td><u>708点</u></td> </tr> <tr> <td>ハ 9歯から11歯まで</td> <td><u>940点</u></td> </tr> <tr> <td>ニ 12歯から14歯まで</td> <td><u>1,364点</u></td> </tr> </table> 2 総義歯（1顎につき） <u>2,132点</u>	イ 1歯から4歯まで	<u>576点</u>	ロ 5歯から8歯まで	<u>708点</u>	ハ 9歯から11歯まで	<u>940点</u>	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,364点</u>
イ 1歯から4歯まで	570点																
ロ 5歯から8歯まで	700点																
ハ 9歯から11歯まで	930点																
ニ 12歯から14歯まで	1,350点																
イ 1歯から4歯まで	<u>576点</u>																
ロ 5歯から8歯まで	<u>708点</u>																
ハ 9歯から11歯まで	<u>940点</u>																
ニ 12歯から14歯まで	<u>1,364点</u>																
【熱可塑性樹脂有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） <table> <tr> <td>イ 1歯から4歯まで</td> <td>670点</td> </tr> </table>	イ 1歯から4歯まで	670点	【熱可塑性樹脂有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） <table> <tr> <td>イ 1歯から4歯まで</td> <td><u>662点</u></td> </tr> </table>	イ 1歯から4歯まで	<u>662点</u>												
イ 1歯から4歯まで	670点																
イ 1歯から4歯まで	<u>662点</u>																

ロ	5 歯から 8 歯まで	900点	ロ	5 歯から 8 歯まで	<u>890点</u>
ハ	9 歯から11歯まで	1,120点	ハ	9 歯から11歯まで	<u>1,108点</u>
ニ	12歯から14歯まで	1,750点	ニ	12歯から14歯まで	<u>1,732点</u>
2	総義歯（1 顎につき）	2,780点	2	総義歯（1 顎につき）	<u>2,752点</u>
【鑄造鉤】			【鑄造鉤】		
双子鉤		234点	双子鉤		<u>240点</u>
二腕鉤		216点	二腕鉤		<u>222点</u>
【線鉤】			【線鉤】		
双子鉤		200点	双子鉤		<u>206点</u>
二腕鉤（レストつき）		140点	二腕鉤（レストつき）		<u>146点</u>
レストのないもの		120点	レストのないもの		<u>126点</u>
【コンビネーション鉤】			【コンビネーション鉤】		
		220点			<u>226点</u>
【バー】			【バー】		
鑄造バー		438点	鑄造バー		<u>444点</u>
屈曲バー		248点	屈曲バー		<u>254点</u>
【補綴隙】			【補綴隙】		
		40点			<u>50点</u>
【有床義歯修理】			【有床義歯修理】		
		228点			<u>234点</u>

③ その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

現 行			改定案		
【歯周外科手術】			【歯周外科手術】		
1	歯周ポケット搔爬術	80点	1	歯周ポケット搔爬術	80点
2	新付着手術	160点	2	新付着手術	160点

3	歯肉切除手術	320点	3	歯肉切除手術	320点
4	歯肉剥離掻爬手術	630点	4	歯肉剥離掻爬手術	630点
5	歯周組織再生誘導手術		5	歯周組織再生誘導手術	
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	840点		イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	840点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	380点		ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	380点
	<u>（新設）</u>				
			6	<u>歯肉歯槽粘膜形成手術</u>	
				イ 歯肉弁根尖側移動術	600点
				ロ 歯肉弁歯冠側移動術	600点
				ハ 歯肉弁側方移動術	770点
				ニ 遊離歯肉移植術	770点
				ホ 口腔前庭拡張術	2,820点
				<u>（削除）</u>	
	【歯肉歯槽粘膜形成手術】				
1	歯肉弁根尖側移動術	600点			
2	歯肉弁歯冠側移動術	600点			
3	歯肉弁側方移動術	770点			
4	遊離歯肉移植術	770点			
5	口腔前庭拡張術	2,820点			
	【上顎結節形成術】			【上顎結節形成術】	
	上顎結節形成術	3,000点		上顎結節形成術	
	<u>（新設）</u>				
				1 簡単なもの	2,000点（新）
				2 困難なもの	3,000点
	【神経再生誘導術】	12,640点		【神経再生誘導術】	12,640点
	【甲状舌管嚢胞摘出術】	8,520点		【甲状舌管嚢胞摘出術】	8,520点
	（医科準用）			※これらは医科点数表の技術を準用していたが、歯科点数表に新設	

患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価

骨子【Ⅲ－７（１）】

1. 患者が選択した薬剤師を「かかりつけ薬剤師」とし、かかりつけ薬剤師が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

2. 1. の評価に加え、地域包括診療料又は地域包括診療加算が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

3. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能进行评估するため、基準調剤加算について、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

4. 患者が薬局における業務内容及びその費用が理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

薬局における対人業務の評価の充実

骨子【Ⅲ－７（２）（３）】

第１ 基本的な考え方

1. 薬剤服用歴管理指導料は、業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるため、初回来局時の点数より、２回目以降の来局時の点数を低くする。ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は除く。
2. お薬手帳については、電子版の手帳であっても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いを可能とする。
3. 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。
4. 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。
 - (1) 患者宅にある服用薬を保険薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。
 - (2) 現行の対象に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。
5. 継続的な薬学的管理を評価した服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、類似の業務内容を評価するものであることから、統合する。

6. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料や一包化加算の評価を見直すとともに、対人業務に係る 1. の薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。

7. 在宅薬剤管理指導業務の推進

「I-4-⑮」を参照のこと。

第2 具体的な内容

1. 薬剤服用歴管理指導料について、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。

ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる保険薬局に処方せんを持参した患者については、来局回数にかかわらず、初回来局時の点数と同一の点数を算定することとする。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点 [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。	【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点 [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に <u>処方せん受付1回につき所定点数を算定する。</u> <u>ただし、手帳を持参していない患者、区分番号00に掲げる調剤基本料1又は調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せ</u>

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。 ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ～ホ 略	<u>んを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。</u> イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。 ロ 略 ハ <u>手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u> ニ～ホ 略
---	--

- ※ イの薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては必ずしも毎回患者に交付する必要性はないことを通知において明確にする。
- ※ ハの手帳については、必要性を確認した上で、手帳を提供しなかった場合又は複数の手帳を1冊にまとめなかった場合には、その理由を薬剤服用歴に記載することを通知において明確にする。

2. 電子版お薬手帳について

電子版の手帳（電子版お薬手帳）についても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いとするが、電子版の手帳については、以下の要件を満たすこと。

- (1) 電子版の手帳は、提供した保険薬局以外の保険薬局や保険医療機関

及び患者等が容易に手帳の内容を閲覧し、手帳へ記入し、その内容を紙媒体へ出力（以下、「閲覧等」という。）できること。

- (2) 電子版の手帳は、医療従事者が患者の保有する機器（スマートフォン等）を直接受け取ることなく手帳情報の閲覧等ができる仕組みを有していること。

なお、当該仕組みを利用できない保険医療機関等においては、診察等の場合に、患者の保有するスマートフォン等の機器により手帳の内容を閲覧することも想定されるため、電子版の手帳を提供する保険薬局は、保有する手帳の内容が記録された機器を直接当該医師等に見せることが必要な場合があることについて患者に対して事前に説明し、同意を得ておくこと。

- (3) 複数の運営事業者等が提供している電子版の手帳を一元的に情報閲覧等ができること。
- (4) 算定する施設は、セキュリティに関して、「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）、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成 27 年 11 月 27 日薬生総発 1127 第 4 号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」の「6 個人情報保護」に掲げる事項等、各種関係法令等を遵守すること。
- (5) 過去の服薬情報などを適切に把握するため、電子版の手帳は、少なくとも過去 1 年分の服薬情報等を一覽的に閲覧できること。
- (6) 電子版の手帳を利用している患者が、運営事業者が別の電子版の手帳を利用することを希望した場合に、データ移行が円滑にできるよう、電子版の手帳には関連情報の出力機能等を有していること。

※ 患者が用いる手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供にあたっては、患者に対して個人情報の取扱等の必要事項を説明した上で患者の意向を踏まえて媒体を判断することを通知において明確にする。

※ 紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供することになった場合は、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を入力するなど、紙媒体と電子媒体の情報が一元的に管理されるよう取り組むことを通知において明確にする。

3. 重複投薬・相互作用防止加算について、薬剤服用歴に基づき過去の副作用歴やアレルギー歴を有することから処方医に対して疑義照会を実施して処方変更となった場合等についても当該加算を算定可能とする。

現 行	改定案
【重複投薬・相互作用防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。 イ 処方に変更が行われた場合 20点 ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点	【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、<u>重複投薬、相互作用の防止等</u>の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、<u>処方に変更が行われた場合は30点を所定点数に加算する。</u> <u>(削除)</u>

※ 現在は算定できない同一保険医療機関の同一診療科からの処方せんによる場合も算定できる旨を通知において明確にする。

4. 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。

- (1) 継続的な服薬管理の評価として、外来服薬支援料については、患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合の取組も算定可能とする。また、患者の来局時のほか、保険薬剤師が患家を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定可能とする。

現 行	改定案
【外来服薬支援料】 185点 注1 自己による服薬管理が困難な	【外来服薬支援料】 185点 注1 自己による服薬管理が困難な

外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。	患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に<u>月1回に限り算定する。</u> <u>注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</u>
--	--

※ 注2の業務は、当該保険薬局で調剤された薬剤以外の薬剤や、服用中の要指導医薬品等なども含め服薬管理を行うものであり、あらかじめ保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を配布し、その取組を患者等に対して周知しておくことも通知上明確にする。

(2) 医師の指示に伴う分割調剤の実施

長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。

その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。

また、分割調剤を行った薬局は、2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

現 行	改定案
【調剤基本料】 注 1 ～ 3 （略） 注 4 ～ 5 （長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） <u>（新設）</u>	【調剤基本料】 注 1 ～ 3 （略） 注 4 ～ 5 （長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） <u>注 6 医師の分割指示に係る処方せんを受け付けた場合（注 4 及び注 5 に該当する場合を除く。）において、1 回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2 回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方せんを交付した保険医（以下、「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号 01 に掲げる調剤料及びその加算並びに第 2 節に掲げる薬学管理料は、分割回数が 2 回の場合は、それぞれの所定点数の 2 分の 1 に相当する点数を、分割回数が 3 回以上の場合は、それぞれの所定点数の 3 分の 1 に相当する点数を 1 分割調剤につき算定する。この場合において、注 4 及び注 5 に規定する点数は算定しない。</u>

5. 服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、調剤後の薬学的管理として統合した点数とする。また、かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、

かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

現 行	改定案
【長期投薬情報提供料】 1 長期投薬情報提供料 1（情報提供 1 回につき） 18点 2 長期投薬情報提供料 2（服薬指導 1 回につき） 28点 注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者 又はその家族等の求めに応じ、長期 投薬に係る薬剤の使用が適切に行 われるよう、長期投薬に係る処方せ ん受付時に、処方せんを受け付けた 保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中 にその使用に係る重要な情報を知 ったときは、患者又はその家族等 に対し当該情報を提供することにつ きあらかじめ患者の同意を得た上 で、実際に当該情報を提供した場合 であって、当該患者の次回の処方せ んの受付時に提供した情報に関す る患者の状態等の確認及び必要な 指導を行った場合に算定する。 2 長期投薬情報提供料 2 は、患者又 はその家族等の求めに応じ、注 1 に 規定する服薬期間中に患者又はそ の家族等に対し、服薬状況等の確認 及び必要な指導を行った場合であ って、当該患者の次回の処方せん （当初に受け付けた処方せんと同 一の疾病又は負傷に係るものに限	<u>（削除）</u>

る。)の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。 【服薬情報等提供料】 15点 注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。 2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	【服薬情報等提供料】 20点 注1 <u>患者若しくはその家族等、若しくは保険医療機関の求めに応じ、又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等、又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴の記録に記載すること。</u> 2 <u>区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</u>
---	--

6. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、以下の対応を行う。

(1) 調剤料の適正化のため、内服薬の調剤料及び一包化加算について以下

のとおり見直す。

現 行	改定案
調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。） （１剤につき）】 イ 14日分以下の場合 （１） 7日目以下の部分（１日分につ き） 5点 （２） 8日目以上の部分（１日分につ き） 4点 ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点 ニ 31日分以上の場合 89点 注１～２（略） ３ ２剤以上の内服薬又は１剤で ３種類以上の内服薬を服用時点 ごとに一包化を行った場合には、 一包化加算として、当該内 服薬の投与日数に応じ、次に掲 げる点数を所定点数に加算す る。 イ 56日分以下の場合投与日数が 7又はその端数を増すごとに 32点を加算して得た点数 ロ 57日分以上の場合 290点	調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。） （１剤につき）】 イ 14日分以下の場合 （１） 7日目以下の部分（１日分につ き） 5点 （２） 8日目以上の部分（１日分につ き） 4点 ロ 15日分以上 21日分以下の場合 <u>70点</u> ハ 22日分以上 30日分以下の場合 <u>80点</u> ニ 31日分以上の場合 <u>87点</u> 注１～２（略） ３ ２剤以上の内服薬又は１剤で３ 種類以上の内服薬を服用時点ご とに一包化を行った場合には、一 包化加算として、当該内服薬の投 与日数に応じ、次に掲げる点数を 所定点数に加算する。 <u>イ 42日分以下の場合投与日数が</u> <u>7又はその端数を増すごとに32</u> <u>点を加算して得た点数</u> ロ 43日分以上の場合 220点

- (2) 対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児指導管理加算の評価を見直す。

現 行	改定案
【特定薬剤管理指導加算】 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>4点</u>を所定点数に加算する。 【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等を確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、<u>5点</u>を所定点数に加算する。	【特定薬剤管理指導加算】 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>10点</u>を所定点数に加算する。 【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等を確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、<u>10点</u>を所定点数に加算する。

7. 在宅薬剤管理指導業務の推進

「Ⅰ－4－⑮」を参照のこと。

質の高い臨床検査の適正な評価

骨子【Ⅲ－８（３）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

- １．新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について、検査実施料を新設する。

（検査の例）

（新） 悪性腫瘍遺伝子検査 又 RAS 遺伝子検査 2,500 点

- ２．体外診断用医薬品の保険適用に係る取扱いについて、保険医療材料専門組織及び保険医療材料専門部会で議論を行うこととし、所掌事務等の変更に伴い、中医協議事規則等の変更を行う。
- ３．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、評価療養の対象とできるよう、評価療養に係る告示等の修正を行う。
- ４．国際標準化機構に定められた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]

- (1) 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)に係る届出を行っている施設であること
- (2) 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること。

放射線撮影等の適正な評価

骨子【Ⅲ－８（４）】

第１ 基本的な考え方

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こととする。

また、ポジトロン断層撮影の施設共同利用率の要件については、現在の共同利用の状況を鑑み、さらなる共同利用の推進を図る観点から要件の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 64 列以上のマルチスライス型 CT 及び 3 テスラ以上の MRI について、共同利用による撮影を行った場合及び施設共同利用率が 10%以上の基準を満たす保険医療機関において撮影を行った場合に評価を行うとともに、その他の撮影の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 1,000点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> 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	【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 <u>（1）施設共同利用において行われる場合 1,020点（新）</u> <u>（2）その他の場合1,000点（新）</u> 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	750点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	ニ イ、ロ、ハ以外の場合
580点	560点
【磁気共鳴コンピューター断層撮影】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影】
1. 3テスラ以上の機器による場合	1. 3テスラ以上の機器による場合
1,600点	
<u>(新設)</u>	<u>イ 施設共同利用において行われ</u>
	<u>る場合</u> 1,620点(新)
<u>(新設)</u>	<u>ロ その他の場合</u> 1,600点(新)
2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	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	1,330点
3. 1、2以外の場合	3. 1、2以外の場合
920点	900点

2. ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を厳格化する。

現 行	改定案
【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、乳房用ポジトロン断層撮影】	【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、乳房用ポジトロン断層撮影】
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、100分の20以上であること。	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、100分の <u>30</u> 以上であること。

[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。

放射線治療に係る特定保険医療材料の算定

骨子【Ⅲ－８（５）】

第１ 基本的な考え方

新たなコンセプトの医療材料の保険適用を見据え、診療報酬の算定方法を定めた告示の放射線治療の部に、特定保険医療材料の節を新設する。

第２ 具体的な内容

- 第 12 部放射線治療に第 2 節特定保険医療材料の節を新設する。

現 行	改定案
<u>（新設）</u>	【放射線治療】 特定保険医療材料料 材料価格を 10円で除して得た点数 <u>注 使用した特定保険医療材料価格</u> は、別に厚生労働大臣が定める。

保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

骨子【Ⅲ－８（６）】

第１ 基本的な考え方

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こととする。

第２ 具体的な内容

- 保険医療機関間の連携による病理診断料の算定における送付側の施設基準について、常勤の検査技師の配置要件の見直し及び診療情報提供の義務化を行う。

現 行	改定案
【保険医療機関間の連携による病理診断】 [送付側の施設基準] 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。 <u>(新設)</u>	【保険医療機関間の連携による病理診断】 [送付側の施設基準] 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 <u>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。</u>

- 保険医療機関間の連携による病理診断料を算定における受取側の施設基準について、病理診断科を標榜する保険医療機関の対象への追加、複

数の常勤医師の鏡検を義務化及び同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合の制限を行う。

現 行	改定案
【保険医療機関間の連携による病理診断】 [受取側の施設基準] 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。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	【保険医療機関間の連携による病理診断】 [受取側の施設基準] 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<u>病理診断科を標榜する保険医療機関</u> ウ <u>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。</u> エ <u>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。</u>

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

骨子【Ⅲ－８（７）】

第１ 基本的な考え方

胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準要件における経口摂取回復率の要件について、施設における嚥下機能評価の体制や、嚥下機能の維持・向上に対する取組についても新たに評価する。また、術前の嚥下機能検査実施の要件について、全例検査の除外対象となる項目を新たに追加する。

第２ 具体的な内容

胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準となっている、経口摂取回復率の基準に加え、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。また、術前の嚥下機能検査実施の要件について、全例検査の除外対象とされている項目を見直す。

現 行	改定案
【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 〔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	【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 〔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

(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 (新設)	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、<u>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</u>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 <u>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</u>
---	---

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。	イ) <u>以下のいずれかを満たしていること。</u> 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. <u>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。</u> b. <u>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、</u>
--	---

	胃瘻造設に関する同意を得ること。
--	------------------

手術等医療技術の適切な評価

骨子【Ⅲ－８（８）】

第１ 基本的な考え方

- １．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、適切な評価を行う。
- ２．外科的手術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
- ３．診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。
- ４．先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。

第２ 具体的な内容

- １．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。（資料１）

（技術の例）

小児補助人工心臓（１日につき）

１	初日	63,150 点
２	２日以降 30 日まで	8,680 点
３	31 日目以降	7,680 点

- ２．今般改訂された「手術報酬に関する外保連試案（以下「外保連試案」という。）第 8.3 版」において、人件費の占める割合及び材料に係る費用

の占める割合等に配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

3. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既収載技術の再評価（廃止を含む。）、新規技術の保険導入を行う。

[評価・再評価を行う技術の例]

- (1) 経皮酸素ガス分圧連続測定（資料2）
- (2) 関節鏡下股関節唇縫合術
- (3) 内視鏡下鼻中隔手術
- (4) 無菌製剤処理料1の評価の見直し
- (5) 発達障害の要支援度評価尺度
- (6) 鼻腔・咽頭拭い液採取料
- (7) 血漿交換療法の対象疾患拡大
- (8) 腹腔鏡下膵体尾部切除術の対象拡大

[廃止を行う技術の例]

- (1) 気管支鏡検査、気管支カメラ
- (2) 膠質反応（ZTT）

4. 先進医療会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

[優先的に保険適用すべきとされた医療技術]

- (1) 凍結保存同種組織を用いた外科治療
- (2) 陽子線治療
- (3) 重粒子線治療
- (4) 非生体ドナーから採取された同種骨・靱帯組織の凍結保存
- (5) RET 遺伝子診断
- (6) 実物大立体臓器モデルによる手術支援
- (7) 単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断
- (8) 網膜芽細胞腫の遺伝子診断
- (9) 腹腔鏡下仙骨脛固定術
- (10) 硬膜外自家血注入療法（資料3）

- (11) 食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
- (12) 内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術
- (13) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術

5. 手術内容がほとんど同じである K 721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と K 721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術（点数同じ。）を合理化し、K 721-2 は削除する。同様に、K 743 痔核手術（脱肛を含む。）4 根治手術と K 743-3 脱肛根治手術についても、K 743-3 を削除し、項目を一本化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 5,000 点 2 長径 2 センチメートル以上 7,000 点	【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 5,000 点 2 長径 2 センチメートル以上 7,000 点
【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 5,000 点 2 長径 2 センチメートル以上 7,000 点	<u>（削除）</u>
【脱肛根治手術】 5,360 点	<u>（削除）</u>

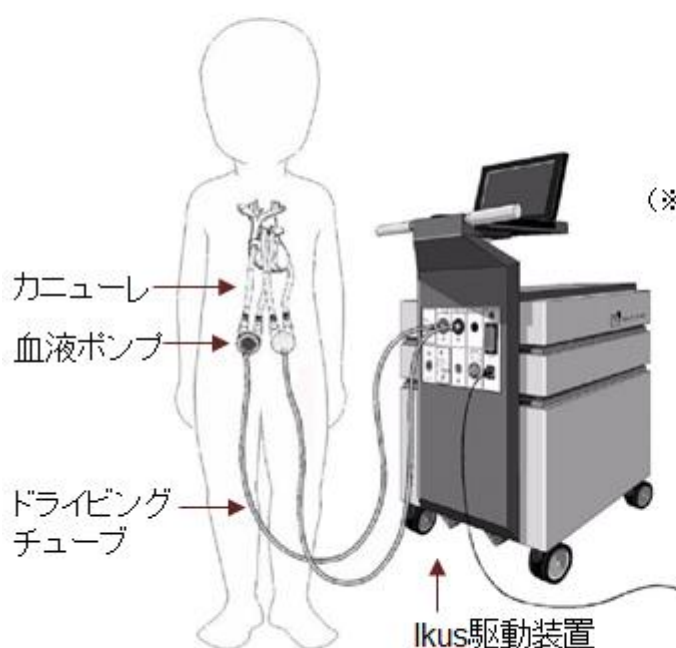
（資料 1）小児補助人工心臓

従来の投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に使用される。

【参考】

本品写真及び使用図

本品は、本邦初の小児用補助人工心臓（体外設置式。空気圧駆動・拍動型。）

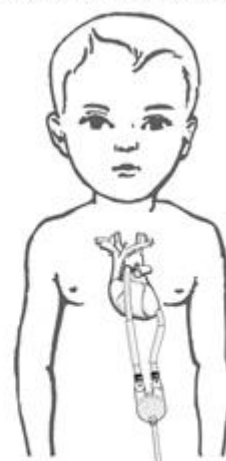


※ アクセサリーセット（PU-バルブ）は、血液ポンプのエア抜き及びカニューレと接続する際に使用



【血液ポンプ(拡大図)】

（※ ポンプのサイズは10, 15, 25, 30, 50, 60mlの6種類。）



【装着図（左心補助の場合）】

（資料２）経皮酸素ガス分圧連続測定

１．技術の概要

下腿の皮膚上に電極を装着し、血流および皮膚微小循環から拡散する組織酸素分圧(TCP02)を測定し、下肢虚血の早期発見ならびに手術適応・治療の予後診断に利用する。

２．対象疾患

末梢性動脈閉塞症、閉塞性動脈硬化症、バージャー病、慢性足部潰瘍

【参考】

測定している様子（イメージ）



検査時の痛みがなく、患者への負担が少ない検査である。

(資料3) 硬膜外自家血注入療法

(1) 概要

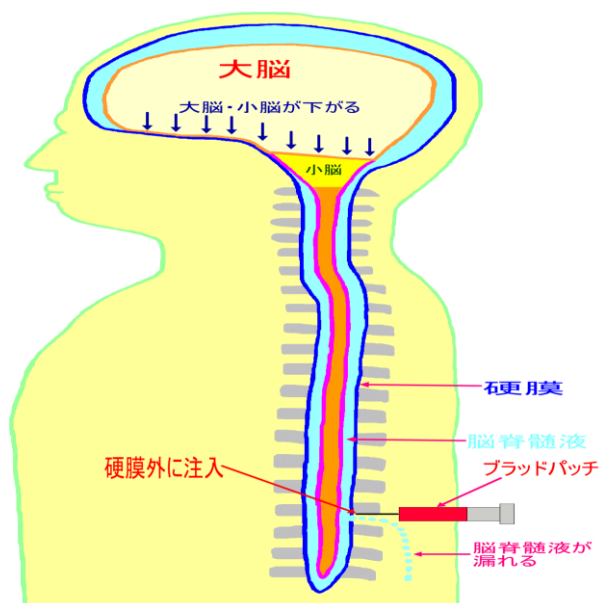
- ・ 脳脊髄液が漏出している部分の硬膜外に自家血を注入し、血液と硬膜外腔組織の癒着・器質化により髄液が漏れ出ている部分を閉鎖し、漏出を止めるものである。

(2) 手技等

- ・ 15～40ml 程度の静脈採血を行う。硬膜外穿刺用の針を用いて、抵抗消失法にて硬膜外穿刺を行い、自家血を注入する。

腰椎穿刺後低髄液圧症と診断され硬膜外自家血注入療法で治療された患者のうち、全寛解 77%、部分寛解 19%、寛解せずがわずか 4 %であった (ANESTHESIOLOGY 95 (2) : 334-339, 2001)。

(図) 硬膜外自家血注入療法のイメージ図



新規医療技術の保険導入等（歯科）

骨子【Ⅲ－８（８）】

第１ 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う。

第２ 具体的な内容

- １．レジン前装金属冠の小臼歯への適応範囲の拡大（ブリッジの支台歯に限る）

（新） レジン前装金属冠 小臼歯 1,174 点
（ブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限る）

[算定要件]

レジン前装金属冠とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、臼歯部においてはブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限り認められる。

※現行では前歯部に限定

現 行			改定案		
【歯冠形成】			【歯冠形成】		
生活歯歯冠形成	金属冠	306点	生活歯歯冠形成	金属冠	306点
失活歯歯冠形成	金属冠	166点	失活歯歯冠形成	金属冠	166点
<u>（新設）</u>			<u>臼歯のレジン前装金属冠のため</u> <u>の歯冠形成は、生活歯の場合490点</u> <u>を、失活歯の場合470点を所定点数</u> <u>に加算する。</u>		

2. 歯冠補綴物の色調採得に関する評価

(新) 歯冠補綴時色調採得検査（1枚につき） 10点

[算定要件]

レジン前装金属冠及び硬質レジンジャケット冠（前歯部に限る。）を製作する場合において、レジン前装部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴歯の口腔内写真を撮影した場合に、1装置につき1枚を限度として算定する。

3. ファイバーポスト導入に伴う技術

現 行	改定案
【支台築造（1歯につき）】	【支台築造（1歯につき）】
1 メタルコア	1 間接法
イ 大臼歯 176点	イ メタルコア
ロ 小臼歯及び前歯 150点	(1) 大臼歯 176点
2 その他 126点	(2) 小臼歯及び前歯 150点
	ロ ファイバーポストを用いた場合
	(1) 大臼歯 176点(新)
	(2) 小臼歯及び前歯 150点(新)
	2 直接法
	イ ファイバーポストを用いた場合
	(1) 大臼歯 154点(新)
	(2) 小臼歯及び前歯 128点(新)
	ロ その他 126点

4. 広範囲顎骨支持型装置の適応範囲の拡大

現 行	改定案
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 [算定要件] 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。 【広範囲顎骨支持型補綴】 1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）18,000点 2 床義歯形態のもの（1顎につき）13,000点 <u>（新設）</u>	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 [算定要件] ① 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく<u>唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること。</u> ② 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく<u>外胚葉異形成症等の先天性疾患であり、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損であること。</u> 【広範囲顎骨支持型補綴】 1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）18,000点 2 床義歯形態のもの（1顎につき）13,000点 <u>広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u>

5. 診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術

現 行	改定案
【混合歯列期歯周病検査】40点	【混合歯列期歯周病検査】<u>80点</u>

【充填】 [算定要件] 前歯部５級窩洞、臼歯部歯質くさび状欠損又は歯の根面部のう蝕等に対する充填は、いずれも「イ 単純なもの」により算定する。	【充填】 [算定要件] 前歯部５級窩洞、又は臼歯部歯質くさび状欠損等に対する充填は、いずれも「イ 単純なもの」により算定する。<u>なお、前歯部５級窩洞を除く歯の根面部のう蝕に対する充填は「ロ 複雑なもの」により算定する。</u>
--	--

６．補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術

現 行	改定案
【口蓋補綴、顎補綴】 印象採得が困難なもの 1,500点 印象採得が著しく困難なもの 4,000点 [算定要件] 口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合は、当該所定点数の各区分により算定する。 【床副子】 困難なもの 1,500点 著しく困難なもの 2,000点	【口蓋補綴、顎補綴】 印象採得が困難なもの 1,500点 印象採得が著しく困難なもの 4,000点 [算定要件] <u>口腔外科領域における悪性腫瘍に対して、密封小線源治療を行う際に、小線源の保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置を製作し装着した場合は、当該所定点数の各区分により算定する。</u> 【床副子】 困難なもの 1,500点 著しく困難なもの 2,000点 <u>困難なものに、腫瘍等による顎骨切除後、手術創の保護等を目的</u>

【床副子調整】 1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点 2 咬合挙上副子の場合 220点 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	<u>として製作するシーネ（オブチュレーター）を、著しく困難なものに、腫瘍等により顎骨切除を予定する患者に対する即時顎補綴装置を追加。</u> 【床副子調整・修理】 1 床副子調整 イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点 ロ イ以外の場合 220点 2 床副子修理 234点(新) <u>1のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎義歯の調整を行った場合に算定する。</u> <u>2については、同一の患者について1月以内に床副子修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。</u>
--	--

7. その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

現 行	改定案
【顎関節授動術】 1 徒手の授動術（パンピングを併用した場合） 990点 <u>(新設)</u> 2 顎関節鏡下授動術 7,310点 3 開放授動術 22,820点	【顎関節授動術】 1 徒手の授動術 イ パンピングを併用した場合 990点 ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,000点(新) 2 顎関節鏡下授動術 8,770点 3 開放授動術 25,100点

【上顎骨形成術】 単純な場合 21,130点 <u>(新設)</u> 【口蓋隆起形成術、下顎隆起形成術】 [算定要件] 義歯の装着に際して著しい障害となるような症例に対して、口蓋隆起又は下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。 【歯科矯正の適応症の拡大及び整理】 ①クルーゾン症候群 ②尖頭合指症 ③先天性ミオパチー ④筋ジストロフィー ⑤頭蓋骨癒合症 ⑥6歯以上の非症候性部分性無歯症 ⑦下垂体性小人症 ⑧ポリエックス症候群（クラインフェルター症候群） ⑨ほか39疾患（略）	【上顎骨形成術】 単純な場合 23,240点 <u>上顎骨を複数に分割して移動させた場合に5,000点を所定の点数に加算する。</u> 【口蓋隆起形成術、下顎隆起形成術】 [算定要件] <u>次の場合において、口蓋隆起又は下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。なお、診療録に理由及び要点を記載すること。</u> <u>イ 義歯の装着に際して著しい障害となるような場合</u> <u>ロ 咀嚼又は発音の際に著しい障害となるような場合</u> 【歯科矯正の適応症の拡大及び整理】 ①（削除） ②（削除） ③先天性ミオパチー（先天性筋ジストロフィーを含む） ④（削除） ⑤頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群、尖頭合指症を含む） ⑥6歯以上の先天性部分（性）無歯症 ⑦成長ホルモン分泌不全性低身長症 ⑧（削除） ⑨リンパ管腫 ⑩全前脳（胞）症 ⑪クラインフェルター症候群
--	---

【保定装置（１装置につき）】 （新設） 【歯科矯正の床装置修理（１装置につき）】 （新設） 200点 【歯科矯正診断料】 〔算定要件〕 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ１回を限度として算定する。 【顎口腔機能診断料】 〔算定要件〕 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、そ	⑫偽性低アルドステロン症（ゴードン症候群） ⑬ソトス症候群 ⑭グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症） ⑮ほか39疾患（略） 【保定装置（１装置につき）】 フィクスドリテーナー 1,000点（新） 【歯科矯正の床装置修理（１装置につき）】 234点 印象採得、咬合採得は所定点数に含まれる。 【歯科矯正診断料】 〔算定要件〕 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ１回を限度として算定する。 【顎口腔機能診断料】 〔算定要件〕 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始する
--	---

れぞれ 1 回を限度として算定する。	ときに、それぞれ 1 回を限度として算定する。
--------------------	-------------------------

【Ⅲ－８（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－⑧】

先進医療技術の保険導入（歯科）

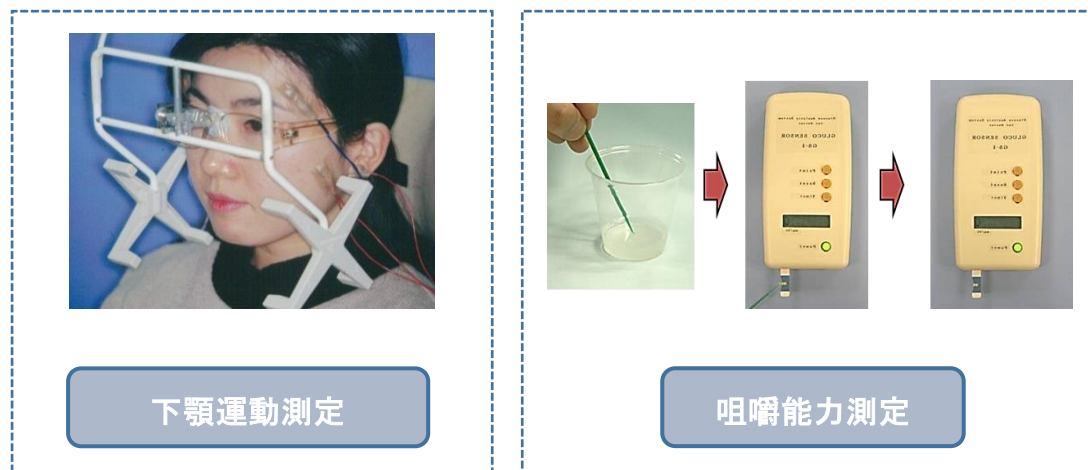
骨子【Ⅲ－８（８）】

第１ 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第２ 具体的な内容

有床義歯補綴治療における総合的な咬合・咀嚼機能検査を評価する。



（新）有床義歯咀嚼機能検査（１口腔につき）

１ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合（１回につき）

480 点

２ 咀嚼能力測定のみを行う場合（１回につき）

100 点

[算定要件]

- (1) 施設規準に適合した保険医療機関において、有床義歯装着時の咀嚼機能検査を行った場合に算定する。
- (2) 1 については、有床義歯又は熱可塑性有床義歯を新製する場合において、新製有床義歯装着日より前及び装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。
- (3) 1 について、新製有床義歯装着日より前に 2 回以上行った場合は、1 回目の検査を行ったときに限り算定する。
- (4) 1 について、新製有床義歯装着日より後に行った場合は、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して 6 月以内に限り、月 1 回を限度として算定する。
- (5) 2 について、1 を算定した患者において、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して 6 月以内に限り、月 1 回を限度として算定する。
- (6) 2 については、1 を算定した月は算定できない。

[施設基準]

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

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

骨子【Ⅲ－８（９）】

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

医薬品の治験では、同種同効薬の投薬及び注射に係る費用は保険外併用療養費の支給対象外とされているところ、医師主導治験については、同種同効薬に係る費用についても保険外併用療養費の支給対象とする。

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【III－9】

第1 基本的な考え方

1. 平成15年度に導入されたDPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
2. DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進める。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の7項目に新たに「重症度係数」を追加した8項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価を行う。
5. 算定ルール等については、請求の仕組みを精緻化・簡素化の観点から必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、検討に資する調査項目となるよう、簡素化を含めた必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

(1) 調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数（※）〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.25

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%程度を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係

数を調整する措置も併せて講ずる。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）に係る対応

医療機関群については、「DPC 病院Ⅰ群」～「DPC 病院Ⅲ群」の３群による構成を引き続き維持することとし、「DPC 病院Ⅱ群」の選定に係る実績要件について内科系技術の評価を追加するなど必要な見直しを行う（「別表１」参照）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、前年度の DPC 病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

従前の評価方法を継続し、その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ⅰに反映させる。

(4) 機能評価係数Ⅱの見直し

- ① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。
- ② 現行の評価項目（７指数）に加え、重症度指数を追加した８指数により評価を行う。また、保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は「別表2」・「別表3」を参照）

現行		平成28年改定	係数標準化
① 保険診療指数	→見直し	① 保険診療指数	×
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数	○
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数	○
④ カバー率指数	→見直し	④ カバー率指数	×
⑤ 救急医療指数	現行通り	⑤ 救急医療指数	×
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数	×
⑦ 後発医薬品指数	→見直し	⑦ 後発医薬品指数	○
新設		⑧ 重症度指数	×

①保険診療指数

本院よりも機能が高い分院（DPC 対象病院）を持つ大学病院本院、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院に関する評価項目を追加する。また、病院情報の公表に対する取り組みを評価する。

②効率性指数、③複雑性指数、⑤救急医療指数

現行の評価方法を継続する。

④カバー率指数

専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

地域がん登録に関する評価を廃止し、高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加する。

⑦後発医薬品指数

評価上限の見直しを行う。

⑧重症度指数

診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する。

- ③ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限值・上限値及び評価値域の最小値を設定する（「別表4」参照）。

3. 算定ルール等の見直し

- (1) 第Ⅲ日（包括算定の終了日）を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。
- (2) DPC対象病棟に入院中は、DPC制度に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。
- (3) 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取り扱う。
- (4) 診断群分類点数表の一部にCCPマトリックスを導入する。
- (5) 適切なコーディングを行うための体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる等の必要な対策を講じる。

4. 退院患者調査の見直し

調査項目の見直し行う等、必要な措置を講ずる。

平成 28 年度診療報酬改定におけるⅡ群の選定に係る実績要件

下記の【実績要件 1】～【実績要件 4】のそれぞれについて、Ⅰ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関をⅡ群とする。

【実績要件 1】：診療密度

診療密度 = [1 日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の（1 症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件 2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものととして取り扱う。

【実績要件 3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の 6 つ（3a～3C）がそれぞれ一定の基準を満たす]

外科系（外保連試案 8.3 版）

- （3a）：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- （3b）：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- （3c）：手術実施症例件数

内科系（特定内科診療（2014 年度版））

- （3A）：症例割合
- （3B）：DPC 算定病床当たりの症例件数
- （3C）：対象症例件数

「（3a）：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「（3c）：手術実施症例件数」で除して算出する。

「（3b）：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案（第 8.3 版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

「(3A)：症例割合」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床数で除して算出する。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価外保連手術指数は、外保連試案（第 8.3 版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

特定内科診療 25 疾患

疾患 No.	疾患名	対象 DPC コードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30 以上)	010040x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上) 010060x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上)	出血と梗塞 JCS30 以上

2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x(入院時 JCS100 以上、もしくは処置 2 ありのうち人工呼吸あり) 150050 (該当 DPC6 桁全て) (入院時 JCS10 以上、もしくは人工呼吸あり)	処置 2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症 クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (ICD G700 のみ)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積 状態	010230xx99x\$\$x (処置 2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重 症発作	040100xxxxx\$\$x (処置 2 あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	処置 2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx1xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) のうち J045 人工呼吸あり	処置 2 (人工呼吸あり)
7	COPD 急性増悪	040120xx99\$1xx (処置 2 あり)	処置 2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮< 促>迫症候群、 ARDS	040250xx99x\$xx (処置 2 あり) (J045 人工呼吸あれば可 PGI2 のみは除く)	処置 2 (人工呼吸あり)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置 1 5 あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり SPECT・シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置 1 5 あり)	人工呼吸 or 緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動 脈瘤	050161xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり中心静脈注射のみ除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置 1 5 あり) 050190xx99x\$xx (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD I822 を除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置 2 (人工呼吸、PMX 等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD K85 のみ)	処置 2 (人工呼吸、CHDF 等)

16	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC6 桁全て）	診断名あればすべて
17	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x（処置 2 あり/なし）（ICD E055 のみ）	診断名、手術なし
18	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx（処置 2 あり/なし）（ICD E272 のみ）	診断名あればすべて
19	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx（処置 2 あり/なし）（腎生検 D412 必須）	診断名と腎生検
21	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx（処置 2 あり/なし）（腎生検 D412 必須）	診断名と腎生検
22	急性白血病	130010xx99x\$xx（化学療法あり） 130010xx97x\$xx（化学療法あり）（ICD C910、C920、C950 のみ）	化学療法、実症例数
23	悪性リンパ腫	130020xx\$xx3xx 130030xx99x\$xx（化学療法あり） 130030xx97x\$xx（化学療法あり） （ICD 絞りなし）	化学療法、実症例数
24	再生不良性貧血	130080（DPC6 桁全て）（ICD 絞りなし）	実症例数
26	頸椎頸髄損傷	160870（DPC6 桁全て）（ICD 絞りなし）（リハビリ実施必須）	リハビリ
27	薬物中毒	161070（DPC6 桁全て）（処置 2 あり中心静脈注射のみ除外）（ICD 絞りなし）	処置 2（人工呼吸・PMX 等）あり
28	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx（処置 2 3 あり）（ICD 絞りなし）	処置 2 3（PMX・CHDF）あり

※各特定内科診療に指定した診断群分類は DPC 対象外コードを含む

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝〔複雑性指数（重症 DPC 補正後）〕

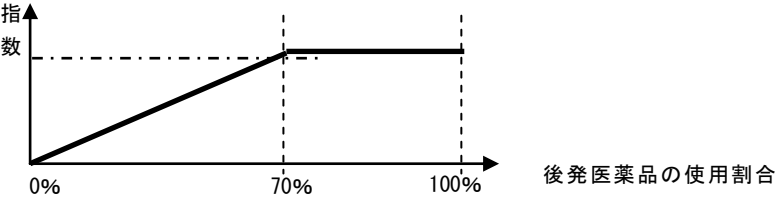
- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成28年度）＞（太字は平成28年改定における修正内容）

評価対象データは※平成26年10月1日～平成27年9月30日（12ヶ月間）のデータ

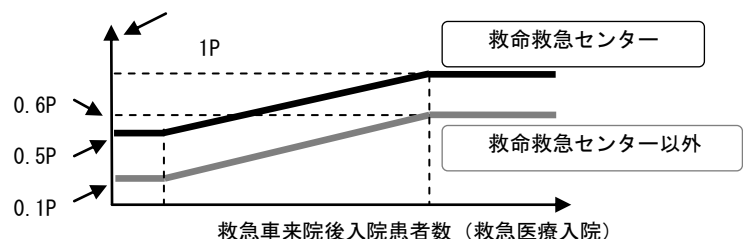
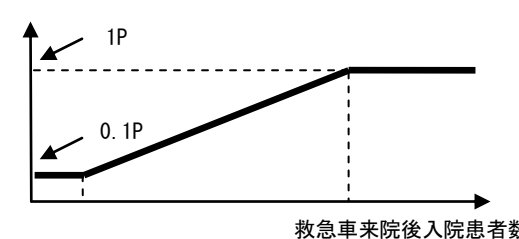
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、 <u>医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価。</u>	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 ① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 - i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾 - ii 様式1とEFファイル 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 - iii 様式4とEFファイル 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 - iv DファイルとEFファイル 記入されている入院料等の矛盾 ③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（Ⅰ群のみ） Ⅰ群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。 ⑤ <u>それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価</u> <u>本院よりも機能が高分院（DPC対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合）、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。</u>

		⑥ 病院情報の公表への取組の評価 自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に 0.05 点加算する（平成 29 年度以降の評価導入を検討）。							
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。							
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。							
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕／〔全 DPC 数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。							
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205 救急医療管理加算」 ・「A300 救命救急入院料」 ・「A301 特定集中治療室管理料」 ・「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」 ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」 ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者							
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主とし	以下の指数で構成する。 <table><tr><th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr><tr><td colspan="2">① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント）</td><td>1/2</td></tr></table>		地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント）		1/2
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア							
① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント）		1/2							

	て評価)	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">I・II群は評価上限 10 ポイント III群は評価上限 8 ポイント</td></tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td><td>1) 小児 (15 歳未満)</td><td>1/4</td></tr> <tr> <td>2) 上記以外 (15 歳以上)</td><td>1/4</td></tr> </table> ① 体制評価指数 (評価に占めるシェアは 1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価 (計 12 項目、詳細は次ページの別表 3 参照)。 一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイントとする。 ② 定量評価指数 (評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ) 〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 を 1) 小児 (15 歳未満) と 2) それ以外 (15 歳以上) に分けてそれぞれ評価。 【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 III 群については 2 次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。	I・II群は評価上限 10 ポイント III群は評価上限 8 ポイント			② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4
I・II群は評価上限 10 ポイント III群は評価上限 8 ポイント										
② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4								
	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4								
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア (= 〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕) により評価。 (※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。) ※数量ベースで 70% を評価上限とする。 								
8) 重症度指数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価	当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。 (ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院 2 日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)								

<地域医療指数・体制評価指数別表 2> (太字は平成 28 年改定における修正内容)

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限はⅠ・Ⅱ群は 10 ポイント、Ⅲ群は 8 ポイント）。

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて 0～1P）（平成 29 年度以降は評価を廃止予定。）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（0.5P ずつ） <u>（※）平成 29 年度以降に導入を検討する</u>	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） <u>（※）平成 29 年度以降に導入を検討する</u>
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん拠点病院	・「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定を重点的に評価（1P） ・「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P） ・「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価（いずれかで 1P）
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	
⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて 0～1P）	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）	
⑬高度・先進的な医療の提供	<u>各項目の実施症例数を評価（平成 29 年度より評価）。</u> ・ <u>10 例以上の医師主導治験の実施、10 例以上の先進医療の実施、及び 1 例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P）</u> ・ <u>20 例以上の治験（※）の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施（0.25P）</u> <u>（※）協力施設としての治験の実施を含む。</u>	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 27 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 27 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

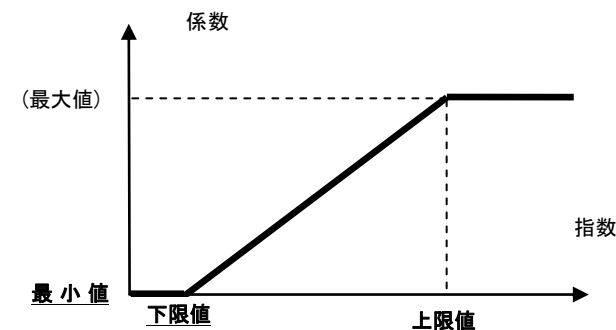
＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（太字は平成 28 年改定における修正内容）

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値	最小値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0 (※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
(体制)	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile 値(※3)	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile 値	10%tile 値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値を 30%tile 値とする

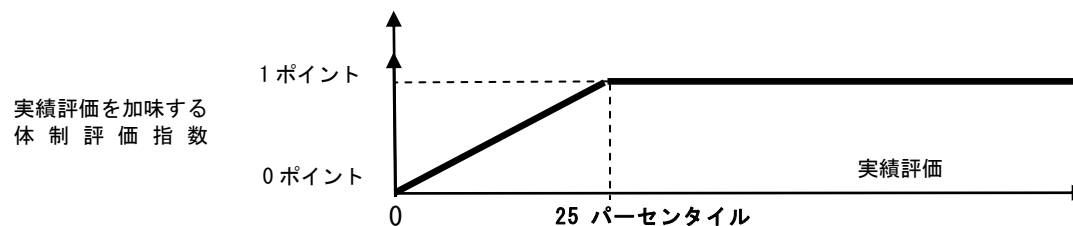
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は 70%とする。

※4 分散が均等となるように標準化を行う。



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

- 脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑪急性心筋梗塞の 5 項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント（つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点（1 ポイント））。



薬局における後発医薬品の使用促進

骨子【Ⅳ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな数量シェア目標値を踏まえ要件を見直す。また、後発医薬品調剤体制加算とは別の後発医薬品使用促進策として、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤割合が高く、後発医薬品の調剤数量の割合が低い保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。

第２ 具体的な内容

後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が 65%以上及び 75%以上の２段階の評価に改めることとする。

また、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が 30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。

「Ⅰ－３－１－⑤」を参照のこと。

現 行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付１回につき）	【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付１回につき）
イ後発医薬品調剤体制加算 1 18点	イ後発医薬品調剤体制加算 1 18点
ロ後発医薬品調剤体制加算 2 22点	ロ後発医薬品調剤体制加算 2 22点
[施設基準]	[施設基準]

当該保険薬局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を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。 後発医薬品調剤体制加算 1 55%以上 後発医薬品調剤体制加算 2 65%以上	当該保険薬局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を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。 後発医薬品調剤体制加算 1 <u>65%以上</u> 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>75%以上</u>
---	---

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

骨子【Ⅳ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品使用体制加算の施設基準の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

後発医薬品使用体制加算における、後発医薬品の割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【後発医薬品使用体制加算】 <u>（新設）</u>	【後発医薬品使用体制加算】 <u>後発医薬品使用体制加算 1</u>
	42点（新）
後発医薬品使用体制加算 1 35点	後発医薬品使用体制加算 2 35点
後発医薬品使用体制加算 2 28点	後発医薬品使用体制加算 3 28点
[施設基準]	[施設基準]
① 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	① <u>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」</u>

であること。 <u>(新設)</u>	<u>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 にあっては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 50%以上 60%未満であること。</u> ② <u>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。</u>
----------------------------------	--

院内処方における後発医薬品使用体制の評価

骨子【Ⅳ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行う診療所について、後発医薬品の使用を推進している場合の評価を新設する。

第２ 具体的な内容

院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

処方料

(新)	外来後発医薬品使用体制加算 1	4 点
	加算 2	3 点

〔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、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）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、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 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量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。

- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

一般名処方加算の見直し

骨子【Ⅳ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

- 後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【処方せん料】 <u>（新設）</u> 一般名処方加算 2 点 〔算定要件〕 <u>（新設）</u> 交付した処方せんに 1 品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。	【処方せん料】 一般名処方加算 1 3 点（新） 一般名処方加算 2 2 点 〔算定要件〕 一般名処方加算 1 <u>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。</u> 一般名処方加算 2 交付した処方せんに 1 品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。

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

退院支援等の取組による在宅復帰の推進

骨子【Ⅳ－２】

1. 退院支援の更なる推進を図るため、退院支援に積極的に取り組んでいる保険医療機関や医療機関間の連携を推進するために評価を行う。
「Ⅰ－３－３－①」を参照のこと。
2. 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、これらの取り組みに関する評価の充実を図る。
「Ⅰ－３－３－②」を参照のこと。
3. 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医療機関から行う訪問指導について評価する。
「Ⅰ－３－３－③」を参照のこと。

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

骨子【Ⅳ－３（１）】

第１ 基本的な考え方

特に複数の疾患を有する高齢者に、多種類の服薬を要することがあることから、薬剤に起因する有害事象の防止を図るとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、保険医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価する。

第２ 具体的な内容

1. 入院時において６種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して４週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた入院患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、退院時に２種類以上減少した場合の評価を新設する。

（新） 薬剤総合評価調整加算 250 点（退院時に 1 回）

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に１回に限り所定点数を算定する。

- (1) 入院前に６種類以上の内服薬（入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して４週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が２種類以上減少した場合
- (2) 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のうちいず

れか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

2. 外来受診時又は在宅医療受診時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた外来患者又は在宅患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点（月1回に限り）
連携管理加算 50点

[算定要件]

(1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

(2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

医薬品の適正使用の推進

骨子【Ⅳ－３－(1) (2)】

第１ 基本的な考え方

1. 多種類の内服薬を服用している患者について、服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、当該患者に対して処方薬剤を減少させる取組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価する。

「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

2. 残薬、重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組等、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。

- (1) 多剤処方を適正化する観点から、医師と薬剤師が協力して不適切な多剤投薬の適正化に取り組み、減少した場合の評価を新設する。

「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

- (2) 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

- (3) 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。

- ① 患者宅にある服用薬を保険薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。

- ② 現行の対象に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。

「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

- (4) 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。

「Ⅰ－４－⑮」を参照のこと。

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

- (6) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

- (7) 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

第２ 具体的な内容

- １．「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

- ２．残薬、重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。

- (1) 「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

- (2) 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

(3) 継続的な薬学的管理の推進

- ① 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。
- ② 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

(4) 「Ⅰ－４－⑮」を参照のこと。

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

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に、調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。(別紙)。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、当該記載欄に基づいて、
 - i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - ii) 保険医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

(6) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

(7) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対

応を行うこととする。

- ・ 30 日以内に再診する
- ・ 200 床以上の保険医療機関にあっては、200 床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
- ・ 患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号					保 険 者 番 号										
公費負担医療 の受給者番号					被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号										
患 者	氏 名					保険医療機関の 所在地及び名称 電 話 番 号 保 険 医 氏 名 (印)									
	生年月日	明大 昭和 年 月 日		男・女											
	区 分	被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表 番号		医療機関 コード					
交付年月日		平成 年 月 日			処 方 せ ん の 使 用 期 間		平成 年 月 日		特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。						
処 方	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。												
	保険医署名 （「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。） 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供														
調剤済年月日		平成 年 月 日			公費負担者番号										
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名		(印)			公費負担医療の 受 給 者 番 号										

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

いわゆる門前薬局の評価の見直し

骨子【Ⅳ－４】

第１ 基本的な考え方

1. 現行の処方せん受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大する。
2. 大型門前薬局の評価の適正化のため、医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性等も踏まえ、規模の大きい薬局グループであって、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が極めて高い等のいわゆる大型門前薬局については、調剤基本料の評価を見直す。
3. 1. 又は2. で特例の対象となった保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合には特例の対象から除外する。これに伴い、現在の特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止する。
4. 妥結率が低い場合に調剤基本料の特例対象とする取扱いについては、薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、一部見直す。
5. 調剤基本料として算定する点数が随時把握できるように、算定する基本料の点数を施設基準の内容に含め、地方厚生（支）局へ届け出ることとする。
6. 前述の「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」、「在宅薬剤管理指導業務の推進」及び「対人業務の評価の充実」に係る調剤報酬の算定回数を踏ま

え、かかりつけ機能に係る業務を一定期間行っていないと判断される薬局については評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 現行の調剤基本料の特例について、以下の項目を追加する。
 - (1) 処方せんの受付回数が1月に2,000回を超える保険薬局のうち、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える保険薬局。
 - (2) 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付が1月に4,000回を超える保険薬局。
2. 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が、1月に40,000回を超える法人グループに属する保険薬局のうち、以下の保険薬局については、調剤基本料を20点とする。
 - (1) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が95%を超える保険薬局。
 - (2) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係のある保険薬局。
3. 特例の対象となった保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合には特例の対象から除外する。これに伴い、現在の特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止する。
4. 薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、2.の法人グループに属する保険薬局以外の保険薬局については、妥結率の報告は、添付資料として契約書の写し等を提出することを不要とし、簡素化する。
5. 調剤基本料として算定する点数が随時把握できるように、算定する基本料の点数を施設基準の内容に含め、地方厚生（支）局へ届け出ることとする。
6. かかりつけ機能に係る業務として、かかりつけ薬剤師指導料、かかり

薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を 1 年算定していない保険薬局は調剤基本料を 50/100 に減算する。ただし、処方せんの受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。

〔経過措置〕

平成 29 年 4 月 1 日から適用とする。

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 41 点 注 1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付 1 回につき 25 点を算定する。ただし、口に該当する保険薬局であって、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ものについてはこの限りでない。 イ 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 70%を超えるものに限る。）	【調剤基本料】 調剤基本料 1 41 点 調剤基本料 2 25 点 調剤基本料 3 20 点 調剤基本料 4 31 点 調剤基本料 5 19 点 注 1 <u>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薬局において調剤した場合には、処方せんの受付 1 回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、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ものについては調剤基本料 1 又は調剤基本料 4 により算定する。</u>

ロ 処方せんの受付回数が 1 月に 2,500 回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 90%を超えるもの)に限り、イに該当するものを除く。)	
<u>(新設)</u>	<u>注 2 注 1 の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として 15 点を算定する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>注 3 かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を 1 年実施していない保険薬局は所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。</u>
注 6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成 20 年厚生労働省告示第 495 号)に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したも	<u>(削除)</u>

のをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点(注1に該当する場合には19点)により算定する。 [施設基準] (新設)	[施設基準] <u>調剤基本料1</u> ① <u>調剤基本料2の①又は調剤基本料3の①に該当しない保険薬局</u> ② <u>妥結率が5割を超える保険薬局</u> <u>調剤基本料2</u> ① <u>次に掲げるいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3の①に該当する保険薬局を除く。</u> <u>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が</u>
---	---

	<u>7 割を超えるものに限る。)</u> <u>ロ 処方せんの受付回数が 1 月に 2,000 回を超える保険薬局</u> <u>(特定の保険医療機関に係る</u> <u>処方せんによる調剤の割合が</u> <u>9 割を超えるものに限る。)</u> <u>ハ 特定の保険医療機関に係る</u> <u>処方せんが月 4,000 回を超え</u> <u>る保険薬局</u> ② <u>妥結率が 5 割を超える保険薬局</u> <u>調剤基本料 3</u> ① <u>同一法人グループ内の処方せん</u> <u>受付回数の合計が 1 月に 40,000</u> <u>回を超える法人グループに属す</u> <u>る保険薬局のうち、以下のいず</u> <u>れかに該当する保険薬局</u> <u>イ 特定の保険医療機関に係る</u> <u>処方せんによる調剤の割合が</u> <u>9 割 5 分を超える保険薬局</u> <u>ロ 特定の保険医療機関と不動</u> <u>産の賃貸借関係にある保険薬</u> <u>局</u> ② <u>妥結率が 5 割を超える保険薬局</u> <u>調剤基本料 4</u> <u>調剤基本料 1 の①に該当する保険</u> <u>薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保</u> <u>険薬局</u>
--	---

調剤基本料注 1 のただし書きに定める施設基準 二十四時間開局していること。 (新設)	<u>調剤基本料 5</u> <u>調剤基本料 2 の①に該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局</u> 調剤基本料注 1 のただし書きに定める施設基準 (削除) <u>1 次のすべてに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の 5 割以上が、かかりつけ薬剤師指導料の施設基準に適合している薬剤師であること。</u> (2) <u>区分番号 1 3 の 2 かかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料に係る業務について、相当の実績を有していること。</u> <u>2 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割を超えていること。</u>
--	---

※ 妥結率が低い保険薬局に対する特例の取扱いについては、当年 4 月から 9 月末日までの期間における妥結率の地方厚生（支）局への報告は従来どおり 10 月とするが、特例が適用されるのはこれまでの「11 月 1 日」を「翌 4 月 1 日」からとする。なお、妥結率を報告していない薬局は、従来どおり妥結率が低い保険薬局とみなす。

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

骨子【Ⅳ－５（１）】

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

- １．糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

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

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が５割を超えていること。

- ① ６月前から３月前までの間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者

で、同期間内に測定した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ (ml/分/1.73m²) が 30 未満であったもの（死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き 6 人以上の場合に限る。）

② ①の算定時点（複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。）から 3 月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。

ア) 血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下している。

イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下している。

ウ) ①で $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を測定した時点から前後 3 月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減している。

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

現 行	改定案
【糖尿病透析予防指導管理料】 [算定要件] <u>（新設）</u>	【糖尿病透析予防指導管理料】 [算定要件] 保険者から保健指導を行う目的 で情報提供等の協力の求めがある 場合に、患者の同意を得て、必要な 協力を行うこと。

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

骨子【Ⅳ－５（２）】

第１ 基本的な考え方

ニコチン依存症管理料について、標準的な回数の治療の実施を促す観点から評価の見直しを行うとともに、若年層のニコチン依存症患者にもニコチン依存症治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和する。

第２ 具体的な内容

ニコチン依存症管理料の算定対象等について、以下のとおり変更を行う。

現 行	改定案
【ニコチン依存症管理料】 <u>（新設）</u> 〔算定要件〕 ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。 ① 「禁煙治療のための標準手順	【ニコチン依存症管理料】 <u>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。</u> 〔算定要件〕 ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。 ① 「禁煙治療のための標準手順

書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。 ② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。 ③ （略） <u>（新設）</u>	書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。 ② <u>35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であること。</u> ③ （略） [別に厚生労働大臣が定める基準] <u>当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。</u> <u>但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。</u>
---	--

[経過措置]

当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回未満である場合の減算については、初回は平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平成29年7月1日より算定を行う。

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

骨子【Ⅳ－５（３）】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾病について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の保険医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

第２ 具体的な内容

1. 下肢の血流障害を適切に評価し、他の保険医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価するため、以下の加算を新設する。

現 行	改定案
【人工腎臓】 <u>（新設）</u>	【人工腎臓】 <u>注 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届け出た保険医療機関において、下肢末梢動脈疾病のリスクを評価し、診療録に記録した場合限り、１月に１回に限り所定点数に 100点を加算する。</u> [施設基準] <u>① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、虚血性病変が</u>

	<u>疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。</u> <u>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。</u> <u>③ ①及び②の内容を、診療録に記載していること。</u> <u>④ 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。</u>
--	---

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

骨子【Ⅳ－６（１）（２）】

第１ 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、検査が包括されている管理料等について、検査項目の追加等に対応して記載整備を行う。

第２ 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 手術前医学管理料及び手術後医学管理料について、包括される検査項目の追加を行う。

現 行	改定案
【手術前医学管理料】 〔包括される検査〕 ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（CHE）、γ-グルタミルトランスフェラー	【手術前医学管理料】 〔包括される検査〕 ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（CHE）、γ-グルタミルトランス

ゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（FE）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム	フェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（FE）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、<u>不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）</u>、<u>総鉄結合能（TIBC）（比色法）</u>、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム
【手術後医学管理料】 [包括される検査] ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、	【手術後医学管理料】 [包括される検査] ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチ

尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (CHE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (FE)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析	ニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (CHE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (FE)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、<u>不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)</u>、<u>総鉄結合能 (TIBC) (比色法)</u>、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
--	---

3. 尿沈渣 (鏡検法) 及び同 (フローサイトメトリー法) は、同じ検体について細菌顕微鏡検査を併せて行った場合、主たるもののみ算定することとされているが、レセプト上、検体の別が明らかでないため、細菌顕

微鏡検査について検体の別を摘要欄に記載することとする。

現 行	改定案
D002 尿沈渣（鏡検法） 注 1 同一検体について当該検査と区分番号 D017 に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	D002 尿沈渣（鏡検法） 注 1 同一検体について当該検査と区分番号 D017 に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
D002-2 尿沈渣（フローサイトメトリー法） （同上）	D002-2 尿沈渣（フローサイトメトリー法） （同上）
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 <u>（新設）</u>	D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 注 同一検体について当該検査と区分番号 D002 に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号 D002-2 に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 [算定要件] <u>当該検査と区分番号D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号D002-2に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を摘要欄に記載す</u>

	ること。
--	------

4. 尿沈渣（鏡検法）は外来診療料に包括されているが、尿沈渣（フローサイトメトリー法）は包括されていない。両検査が併算定不可とされていることを踏まえ、尿沈渣（フローサイトメトリー法）が外来診療料に包括されることを明確化する。

現 行	改定案
A002 外来診療料 73 点 注6 第2章第3部検査及び第9部処 置のうち次に掲げるものは、外来診 療料に含まれるものとする。 イ 尿検査 区分番号 D000 から D002 までに掲げ るもの	A002 外来診療料 73 点 注6 第2章第3部検査及び第9部 処置のうち次に掲げるものは、外来 診療料に含まれるものとする。 イ 尿検査 区分番号 D000 から <u>D002-2</u> までに掲げ るもの

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

骨子【Ⅳ－６（３）】

第１ 基本的な考え方

コンタクトレンズを交付している眼科医療機関において、患者の自由な選択を担保するための取組を促す。

第２ 具体的な内容

コンタクトレンズ検査料を算定している保険医療機関において、院内交付の割合等によって検査料の評価に差を設ける。

現 行		改定案	
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)

〔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、(※)に該当すること。

※ 入院病床を有さない保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間 10,000 人未満、又は、コンタクトレンズの自施設（併設のコンタクトレンズ販売所等を除く。以下同じ。）における交付率（次

により算出した値とする) が 95%未満であること。

① コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者数

② コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、医師がコンタクトレンズ装用の必要性を判断し、自施設において交付しなかった患者数

$$\textcircled{1} / (\textcircled{1} + \textcircled{2}) \times 100$$

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 の施設基準に該当するが、(※)に該当しないこと

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 の施設基準に該当しない保険医療機関であって、(※)に該当すること

コンタクトレンズ検査料 4

コンタクトレンズ検査料 1、2 又は 3 のいずれにも該当しない保険医療機関であること

[経過措置]

平成 29 年 4 月 1 日より適用することとする。

人工腎臓の適正な評価

骨子【Ⅳ－6（4）】

第1 基本的な考え方

人工腎臓について、包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価を適正化する。また、透析困難者等加算の対象となっている難病（特定疾患）56疾患に加え、法改正に伴い新たに指定した指定難病についても、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 人工腎臓について、包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の適正化を行う。

現 行	改定案
【人工腎臓】	【人工腎臓】
1 慢性維持透析を行った場合	1 慢性維持透析を行った場合
イ 4時間未満の場合 2,030点	イ 4時間未満の場合 <u>2,010点</u>
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,195点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,175点</u>
ハ 5時間以上の場合 2,330点	ハ 5時間以上の場合 <u>2,310点</u>
2 慢性維持透析濾過（複雑なもの） を行った場合 2,245点	2 慢性維持透析濾過（複雑なもの） を行った場合 <u>2,225点</u>

2. 透析困難者等加算について、現在対象となっている難病56疾患について、法改正に伴い新たに指定した指定難病についても、同様に評価を行う。

現 行	改定案
【人工腎臓】 注3 著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。 [対象患者] 「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの。	【人工腎臓】 注3 著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。 [対象患者] <u>難病の患者に対する医療等に関する法律第五条に規定する指定難病（原則同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同法第七条第一項第2号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすことを診断できる場合を含む。）に限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。）に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの。（腎疾患により受給者証を発行されているものを除く）</u>

医薬品の適正給付

骨子【Ⅳ－6（5）】

第1 基本的な考え方

一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

1. 一定枚数を超えて湿布薬を処方する場合には、原則として処方せん料、処方料、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず一度に一定枚数以上投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することとする。
2. 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載することとする。

第2 具体的な内容

1. 湿布薬について、外来患者に対して1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

現 行	改定案
【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 （新設）	【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 入院中の患者以外の患者に対し

【投薬 薬剤料】 (新設)	て、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。 【投薬 薬剤料】 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
--------------------------	---

2. 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

骨子【Ⅳ－６（６）】

第１ 基本的な考え方

胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品については、医薬品として薬価収載されているものと食品とがあるが、薬価基準と入院時食事療養費との間で給付額が異なっている。このため、給付額の均衡を図る観点から、食品である経腸栄養用食品について、以下の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- １．食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しを行う。
 - （１）入院時食事療養（Ⅰ）、入院時食事療養（Ⅱ）、入院時生活療養（Ⅰ）については、現行額から１割程度引き下げる。
 - （２）入院時生活療養（Ⅱ）については、既に給付水準が相当低い（１食につき４２０円）こと、また、全額自己負担の区分の患者もいることを踏まえ、当該見直しの対象外とする。
- ２．特別食加算を算定できる取扱いについて見直し、食品である経腸栄養用製品のみを使用する場合には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費に含まれることとする。

現 行	改定案
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第 1 食事療養 1 入院時食事療養 (I) (1 食につき) 640円 注 1 (略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1 日につき 3 食を限度として算定する。 <u>(新設)</u> 注 2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1 食につき 76円を、1 日につき 3 食を限度として加算する。 注 3 略	第 1 食事療養 1 入院時食事療養 (I) <u>イ 入院時食事療養 (I) 1</u> (1 食につき) 640円 <u>ロ 入院時食事療養 (I) 2</u> (1 食につき) 575円 (新) 注 1 <u>イについては、(略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1 日につき 3 食を限度として算定する。</u> 注 2 <u>ロについては、(略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食 (市販されているものに限る。) のみを経管栄養法により提供したときに、1 日につき 3 食を限度として算定する。</u> 注 3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1 食につき 76円を、1 日につき 3 食を限度として加算する。<u>ただし、ロを算定する患者については算定しない。</u> 注 4 略
--	--

2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき) 506円 注 入院時食事療養(I)を算定する 保険医療機関以外の保険医療機関 に入院している患者について、食 事療養を行ったときに、1日につ き3食を限度として算定する。 <u>(新設)</u> 第2 生活療養 1 入院時生活療養(I) (1) 食事の提供たる療養 (1食につき) 554円	2 入院時食事療養(Ⅱ) <u>イ 入院時食事療養(Ⅱ) 1</u> (1食につき) 506円 <u>ロ 入院時食事療養(Ⅱ) 2</u> (1食につき) 455円(新) 注1 <u>イについては、入院時食事療 養(I)を算定する保険医療機関以 外の保険医療機関に入院している 患者について、食事療養を行った ときに、1日につき3食を限度と して算定する。</u> 注2 <u>ロについては、入院時食事療 養(I)を算定する保険医療機関以 外の保険医療機関に入院している 患者について、食事療養として流 動食(市販されているものに限 る。)のみを経管栄養法により提 供したときに、1日につき3食を 限度として算定する。</u> 第2 生活療養 1 入院時生活療養(I) (1) 食事の提供たる療養 <u>① 食事の提供たる療養 1</u> (1食につき) 554円 <u>② 食事の提供たる療養 2</u>
--	---

(2) 略	(1食につき) 500円(新) (2) 略 <u>入院時食事療養(I)と同趣旨の改正を行う。</u>
2 入院時生活療養(Ⅱ)	2 入院時生活療養(Ⅱ) (変更なし)