

医科

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

2016年度診療報酬改定 (医科報酬点数表)

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

p25,p84,p86の重症度、医療・看護必要度（一般病棟、ICU,HCU）を通知内容に準じて再構成しました。

（2016年4月14日）

主な修正箇所

P25 A項目「8救急搬送（2日間）あり」（1点→2点）

P84 A項目「動脈圧測定」と「シリンジポンプ」の評価

P143の在宅時医学総合管理料「在宅療養実績加算2」の点数を訂正しました。（2016年4月21日）

資料No.20160311-426-1



2016年3月4日に告示があり、同日の厚労省保険局医療課の説明会を参考にMPIが編集した資料です。厚労省ホームページに掲載の通知等の資料もご確認ください。

株式会社日医工医業経営研究所

3	常勤配置の取り扱い	63	がん拠点病院加算	123	退院時共同指導料・介護支援連携指導料	195	薬剤料・処方せん料（向精神薬）
4	医療資源の少ない地域（対象医療圏）	64	歯科医師連携加算（栄養サポートチーム）	124	がん治療連携計画策定料	196	外来後発医薬品使用体制加算
7	明細書無料発行の推進	65	ハイリスク妊娠管理加算等	126	外来がん患者在宅連携指導料	197	一般名処方加算
8	処方せん	66	後発医薬品使用体制加算	127	認知症専門診断管理料・認知症療養費	198	外来化学療法加算
9	処方せん様式の変更	67	病棟薬剤業務実施加算（特定集中治療室）	128	退院前訪問指導料	Hリハビリ	
10	医師主導治療における保険外併用療	68	データ提出加算	129	退院後訪問指導料・訪問介護同行加算	199	リハビリテーション通則（実施場所の抽
11	紹介状なしの大病院受診時の定額負	70	退院支援加算	130	薬剤管理指導料（救命救急入院料等）	200	心大血管疾患リハビリテーション料（施
A基本診療料		75	地域連携診療計画加算（退院支援加算）	131	薬剤総合評価調整管理料	202	脳血管疾患等リハビリテーション料（施
12	再診料・外来診療料（救急患者の受入	78	認知症ケア加算	132	診療情報提供書等の電子的な送受	206	廃用症候群リハビリテーション料
14	地域包括診療料・地域包括診療加算	80	精神疾患診療体制加算	133	診療情報提供料（Ⅰ）認知症専門医	208	運動器リハビリテーション料
15	認知症地域包括診療料・認知症地域	81	薬剤総合評価調整加算	136	電子的診療情報評価料	212	呼吸器リハビリテーション料
18	入院中の他医療機関受診（減算規定）	82	重症度、医療・看護必要度（特定集中	C在宅医療		213	目標設定等支援・管理料
20	入院時食事療養費（経腸栄養用製品）	82	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（	138	機能強化型在宅療養支援診療所・病	215	摂食機能療法
22	重症度、医療・看護必要度（一般病棟	88	新生児特定集中治療室管理料等（対	139	在宅医療専門診療所	219	リンパ浮腫複合的治療料
28	入院基本料（患者割合要件）	89	小児特定集中治療室管理料	142	往診料（休日）	I精神科専門	
30	（7対1在宅復帰率の要件）	90	一類感染症患者入院医療管理料	143	在宅療養実績加算	221	通院・在宅精神療法等（向精神薬）
31	（病棟群単位の届け出）	91	特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入	145	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	224	精神科継続外来支援指導料
33	（10対1施設基準）	92	小児入院医療管理料	146	在宅患者訪問診療料	225	救急患者精神科継続支援料
35	（看護職員の月平均夜勤時間数）	94	回復期リハビリテーション病棟入院料	147	在宅時医学総合管理料	226	認知療法・認知行動療法
36	（看護必要度加算10対1）	98	地域包括ケア病棟入院料	152	施設入居時等医学総合管理料	227	依存症集団療法
37	ADL維持向上等体制加算	101	緩和ケア病棟入院料（在宅療養支援）	158	救急搬送診療料（新生児加算）	228	精神科デイ・ケア等
38	療養病棟入院基本料（医療区分）	102	精神科急性期医師配置加算	159	在宅患者訪問看護・指導料	232	精神科訪問看護・指導料
42	（在宅復帰機能強化加算）	104	地域移行機能強化病棟入院料	161	同一建物居住者訪問看護・指導料	235	精神科訪問看護指示料（衛生材料等）
45	有床診療所（夜間看護配置加算）	106	短期滞在手術基本料等3	163	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	236	精神科重症患者早期集中支援管理料
47	総合入院体制加算	B医学管理等		164	訪問看護指示料（衛生材料等提供加	J処置、K手術、L麻酔、M放射線治療、N	
49	救急医療管理加算（対象患者）	109	小児科療養指導料	165	在宅患者訪問薬剤管理指導料	238	手術・処置の時間外等加算1（施設基
50	医師事務作業補助体制加算	110	難病外来指導管理料（指定難病）	166	在宅患者訪問栄養食事指導料	240	人工腎臓
53	急性期看護補助体制加算（7対1、10対1）	111	心臓ペースメーカー指導管理料	169	在宅自己注射指導管理料	242	周術期口腔機能管理後手術加算
54	看護職員夜間配置加算（7対1、10対1）	112	がん性疼痛緩和指導管理料	170	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	245	胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能（減
55	難病等特別入院診療加算（二類感染	113	糖尿病透析予防指導管理料	D検査 E画像診断 F投薬 G注射		249	病理診断（連携）
56	夜間看護体制加算（13対1、15対1、18対1）	114	夜間休日救急搬送医学管理料（救急）	178	検体検査（実施料・管理料）	その他	
58	地域加算	115	小児かかりつけ診療料	185	コンタクトレンズ検査料	250	DPC/PDPS
59	二類感染症患者療養環境特別加算	117	ニコチン依存症管理料	186	画像診断管理加算（夜間の負担軽減）	255	訪問看護管理療養費
60	精神科地域移行実施加算	118	手術前医学管理料	191	長期の投薬	257	経過措置一覧
61	精神科身体合併症管理加算（対象疾	120	リンパ浮腫指導管理料	192	医薬品の適正給付（湿布薬）		
2 62	精神科リエゾンチーム加算	121	外来・入院栄養食事指導料	193	処方料（報告要件 向精神薬）		

常勤配置の取り扱い

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

改定前	改定後
【第1 基本診療料の施設基準等】 (新設) 常勤従業者の出産・育児等の休業中は、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 パートでの代行も可能？ 育児休業後等で短時間勤務制度を利用して勤務する正職員は、法で定める期間を、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする 【第1 特掲診療料の施設基準等】 (新設)	【第1 基本診療料の施設基準等】 8 基本診療料の施設基準における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間において、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。 また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。 【第1 特掲診療料の施設基準等】 4 特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を含めることができること。 また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

医療資源の少ない地域（対象医療圏） 1/3

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

利用が極めて低調→見直し

- ・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。
- ・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。

改定前	改定後
【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、安平町、厚真町及びむかわ町の地域 三 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 四 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 五 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 六 秋田県大館市、鹿角市及び小坂町の地域 七 秋田県由利本荘市及びにかほ市の地域	【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> 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> 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> 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> 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> 七 <u>青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</u>

医療資源の少ない地域（対象医療圏） 2/3

改定前	改定後
八 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	八 岩手県宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村及び川井村の地域
九 山形県鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町及び遊佐町の地域	九 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
十 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	十 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
十一 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	十一 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
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	十二 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
十三 新潟県上越市、妙高市及び糸魚川市の地域	十三 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
十四 新潟県佐渡市の地域	十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十五 長野県飯田市及び下伊那郡の地域	十五 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
十六 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域	十六 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
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 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域	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 岡山県津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町及び美咲町の地域	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 香川県小豆郡の地域	二十 新潟県佐渡市の地域
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	二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
二十二 長崎県五島市の地域	二十二 福井県大野市及び勝山市の地域
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

医療資源の少ない地域（対象医療圏） 3/3

改定前	改定後
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 [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。	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 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
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	

明細書無料発行の推進

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

改定後

- 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。

医療保険と公費併用により、自己負担のない患者が対象

処方せん

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

改定後

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に、調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、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。

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

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。

具体的な記載方法は現時点で不明（MPI）

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。

処方せん様式の変更
現行 ← 改定案

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		印			
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	保険医氏名				
	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
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）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。								
備考	保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)										
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						

せん (このせんは、どの保険薬局でも有効です。)											
の受給者番号			保険者番号								
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		印			
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	保険医氏名				
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県	点数表	医療機関					
交付年月日		平成	年	月	日	せんの使用期間		平成	年	月	日
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）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。								
備考	保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)										
	残薬対応指示欄										
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。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 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						

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。）
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

疑義照会してから薬局対応

情報提供のみ

残薬対応指示欄

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。

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。

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

採算性等の問題で企業治験が行われませんが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験について、治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する

改定後
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。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

「国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、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

定額の徴収を責務とする = 義務化

改定後

「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。

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。

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。

最低金額（税込）を設定

[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

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。

再診料・外来診療料（救急患者の受入れ）

夜間休日における再診後の緊急入院の評価

改定前	改定後
【再診料及び外来診療料】 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）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】 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）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。

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

今までは初診後のみが対象だった

A002

外来診療料（包括検査）

尿沈渣（鏡検法）は外来診療料に包括（尿沈渣（フローサイトメトリー法）は包括外）
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）も包括とする

改定前	改定後
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。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの □～ツ（略）	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。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの □～ツ（略）

外来診療料に「尿沈渣（フローサイトメトリー法）」も包括

200床以上病院は再診料の代わりに一部の検査や処置が包括となる「外来診療料」を算定するが、その包括範囲が増えた

B001-2-9
A001注12

地域包括診療料・地域包括診療加算

在宅看取

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

改定前	改定後
【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3 条の 3 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第 4 に規定する病院群輪番制病院であること。 ② 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 ③ 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 【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 つを満たしている。 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)	【地域包括診療料】 B001-2-9 〔施設基準〕 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。 ア 診療所の場合 ① 時間外対応加算 1 の届出を行っていること。 ② 常勤の医師が2名以上配置されていること。 ③ 在宅療養支援診療所であること。 イ 病院の場合 <u>(削除)</u> 診療所の医師要件を緩和 病院の場合、救急要件を削除 ① 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 ② 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 【地域包括診療加算】 A001注12 〔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 つを満たしている。 ① 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っている。 ② 常勤の医師が2名以上配置されている。 ③ 在宅療養支援診療所である。 (略)

B001-2-10
A001注13

認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算

在宅看取
認知症

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新設する

改定後

(新) 認知症地域包括診療料 **1,515点** (月 1 回) **B001-2-10**

[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。

認知症以外の継続的に診
ている疾患が 1 つ以上

- 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。

薬剤数のシバリ

[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** **A001注13**

[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。病棟との間での転棟はできないこと。

認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）1,515点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）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（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

A001注13 認知症地域包括診療加算 30点

注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）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**を所定点数に加算する。

地域包括診療料

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

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
※2 地域包括診療料の2次救急指定病院等であるとの施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
※3 地域包括診療料・加算の、常勤医師が3人以上との施設基準については、平成28年度改定において2人に緩和。

A通則(入院)

入院中の他医療機関受診（減算規定の緩和） 1/2

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

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

改定前	改定後
【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。	【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10%を控除した点数により算定すること。 (削除) 【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40%を控除した点数により算定すること。 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。

実績が少ないので削除

控除率を緩和

精神科病院や有床診療所に配慮

入院中の他医療機関受診（減算規定の緩和） 2/2

改定前	改定後
【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日以内に限り）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（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10%を控除した点数により算定すること。 <u>（削除）</u> 実績が少ないので削除

入院（療養費）

入院時食事療養費（経腸栄養用製品） 1/2

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

薬価のない“食品”である経腸栄養用製品の対応

改定後

- (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。

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

改定前

【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。

（新設）

改定後

【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)

イ 入院時食事療養(Ⅰ) 1 （1食につき） 640円

ロ 入院時食事療養(Ⅰ) 2 （1食につき） **575円(新)**

注1 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。

注2 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。

入院時食事療養費（経腸栄養用製品） 2/2

改定前	改定後
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 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) 略 2 入院時生活療養(Ⅱ)	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、□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) <u>イ 入院時食事療養(Ⅱ) 1（1食につき） 506円</u> <u>□ 入院時食事療養(Ⅱ) 2（1食につき） 455円(新)</u> 注 1 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。 注 2 □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。 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（1食につき） 554円</u> <u>② 食事の提供たる療養 2（1食につき） 500円(新)</u> (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) （変更なし）

市販品は算定できない

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用） 1/3

病床再編

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

改定前	改定後
【評価項目の見直し】 A項目（モニタリング及び処置等） 1 ～ 6 略 7 専門的な治療・処置 ① 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>	【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 ⑪ 無菌治療室での治療 8 救急搬送（2日間）

新設された

A100

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用） 2/3

改定前	改定後
B項目（患者の状況等） 8 寝返り <u>9 起き上がり</u> <u>10 座位保持</u> 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>	B項目（患者の状況等） <u>9 寝返り</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> <u>10 移乗</u> <u>11 口腔清潔</u> <u>12 食事摂取</u> <u>13 衣服の着脱</u> <u>14 危険行動</u> <u>15 診療・療養上の指示が通じる</u> 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>
8ができない患者は 9,10もできない	B項目はICUもHCUも同じに した（データ比較のため？） 患者本人に危 険が及ぶ行動 認知症対策 C項目は、 救急車受け入れや手 術の実施が多いと有利 C項目を新設（中医協ではM 項目の名称で議論された） 21と22は後で追加された

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用） 3/3

改定前	改定後
【基準の見直し】 〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準〕 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。	【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〕 <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、<u>又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上。</u>

重症度、医療・看護必要度（一般病棟用）

A項目（モニタリング及び処置等）	0点	1点	2点
1 創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置）	なし	あり	
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ） ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 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 ⑪無菌治療室での治療	なし	あり 一つ以上 実施した 場合	
8 救急搬送後の入院（2日間）	なし		
		A得点	

次のいずれかの基準を満たすこと

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

「起き上がり」と「座位保持」は削除

B項目（患者の状況等）	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	
12 食事摂取	介助なし	一部介助	
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15 危険行動	ない		
		B得点	

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

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

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

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

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算（10対1）、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（13対1）、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票研修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（13対1）、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7）	・平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。 ・評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し（C項目について）

項目名	定義	留意点
開頭手術 （7日間）	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない
開胸手術 （7日間）	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術（胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む）	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない
開腹手術 （5日間）	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術（腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む）	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない
骨の手術 （5日間）	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く） ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術（指（足）は除く） ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	（共通事項の概要）① 検査または処置のみを実施した場合には評価の対象とはならない。同一日に複数の手術等を実施し、該当項目が複数となる場合は、主たる病名に起因する項目で評価
胸腔鏡・腹腔鏡手術 （3日間）	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術（縦隔に達するものも含む） ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術（後腹膜腔の臓器に達する場合も含む）	
全身麻酔・脊椎麻酔の手術 （2日間）	・上記 5 項目に該当しないもので全身麻酔下又は、脊椎麻酔下に行われた手術	
救命等に係る内科的治療		基本診療料施設基準（通知）
①経皮的血管内治療 （2日間）	・経皮的な脳血管内治療 ・t-PA療法 ・冠動脈カテーテル治療 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術 ・選択的血管塞栓による止血術	・検査のみの場合は含めない
②経皮的心筋焼灼術等の治療 （2日間）	・経皮的心筋焼灼術 ・体外ペースメーカー術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーカー術は、1 入院中に初回に実施した日から 2 日間までに限り評価を行う
③侵襲的な消化器治療 （2日間）	・内視鏡による胆道 ・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について 1 入院中に再止血を行う場合、内視鏡治療に起因する 出血に対して行った場合等は含めない

（共通事項の概要）②
同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする ③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

入院基本料（患者割合要件）

病床再編

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

改定前	改定後
【7対1入院基本料】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。 【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.5割以上入院させる病棟であること。	【7対1入院基本料】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。 【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.6割以上入院させる病棟であること。

6%以上

[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。

新たにC項目の新設や項目追加などで平均7%ほど増えると推定されるため、15%+7%=22%が現行水準と仮定すると、+3%分が病院の努力となるか？（あくまでの机上の試算 MPI）

7対1入院基本料の重症患者割合
平成30年3月31日までは2段階
・200床未満（23%）
・200床以上（25%）

病棟群単位の届出を行わない場合

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

改定前の基準を満たす患者割合の要件
[7 対 1 入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の15%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の5%以上
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上（A項目のみ）
[回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上（A項目のみ）

改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7 対 1 入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の 25%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の 6%以上
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上（A項目、 C項目 ）
[回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の病棟] 当該病棟入院患者の 5%以上 （A項目のみ）

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

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

改定前
看護必要度加算 1 30点 （「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が15%以上）
看護必要度加算 2 15点 （「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が10%以上）

改定後
看護必要度加算 1 55点 （「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が24%以上）
看護必要度加算 2 45点 （「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が18%以上）
看護必要度加算 3 25点 （「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が12%以上）

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から

入院基本料（7対1在宅復帰率の要件）

病床再編

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

改定前	改定後
【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】 〔自宅等に退院した患者の割合の基準〕 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が7割5分以上であること。 〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕 自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室並びに介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者。	【一般病棟入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）】 〔自宅等に退院した患者の割合の基準〕 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。 〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕 自宅及び居住系介護施設等の他、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、<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。）</u>、<u>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。

対象を拡大して基準を引き上げた

在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所

入院基本料（病棟群単位の届け出）

病床再編

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

7対1から10対1への移行時の規定（今までは7対1と10対1の併設は認められていなかった）

改定後

[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。

看護必要度が低くなった患者を7対1から10対1に転棟することはできない

一旦10対1にした病棟を、7対1に戻せるか？
「1回だけなら戻せる」
（2015年3月4日の厚労省医療課説明会疑義応答）

病棟群単位による届出 [入院基本料と加算等に係る施設基準]

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

A100

入院基本料（10対1施設基準）

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

データ提出加算の届出を要件化
(200床以上の病院)

改定前	改定後
【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>（新設）</u>	【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。

入院基本料（看護職員の月平均夜勤時間数） 1/2

勤務環境

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

改定前

【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。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。

7対1 & 10対1

月平均夜勤時間数が16時間（月2回夜勤）以上の者も夜勤者としてカウントする（計算に含まれる実人員数が多くなる）
できるだけ多くの看護師での夜勤対応を分担できるようにする

7対1 & 10対1 以外

月平均夜勤時間数が8時間（月1回夜勤）以上の者を計算対象とする

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。

改定後

【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 夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。
- ③ 7対1 入院基本料及び10対1 入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が**16時間未滿**の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。
- ④ 7対1 入院基本料及び10対1 入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が**8時間未滿**の者は含まないこと。

（削除）

計算対象者が増えることで勤務計画作成が容易になる

A100注2等
A100注13等

入院基本料（看護職員の月平均夜勤時間数） 2/2

月平均夜勤時間超過減算の算定額の見直し	
改定前	改定後
【一般病棟入院基本料】 注2（略）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。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	【一般病棟入院基本料】 注2（略）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15 に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料（90日超入院患者については別途規定）についても同様

直近3か月は、入院基本料×85%

月平均夜勤時間数の基準のみを満たさなくなった場合（4か月目以降）は、特別入院基本料を算定するが、その緩和的評価として夜勤時間特別入院基本料を新設した

4か月目以降は、入院基本料×70%

改定後
（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 療養病棟入院基本料2の場合 586点 （生活療養を受ける場合にあっては 572点 ） 結核病棟入院基本料の場合 569点 精神病棟入院基本料の場合 569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。

看護必要度加算（10対1病棟）

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

改定前	改定後
【看護必要度加算（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）】 イ 看護必要度加算 1 30点 □ 看護必要度加算 2 15点 （新設） 〔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。 □ 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。 （新設）	【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 55点 □ 看護必要度加算 2 45点 ハ 看護必要度加算 3 25点(新) 〔施設基準〕 イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。 □ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。 ハ 看護必要度加算 3 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。

重症者割合の高い病棟を評価

まずは重症者割合12%を超えること

[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。

A100注12等

ADL維持向上等体制加算（入院基本料）

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		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		体制加算＝ほぼ全ての入院患者で算定	
改定前			改定後		
【一般病棟入院基本料】注12 ADL 維持向上等体制加算 注12 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL 維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。			【一般病棟入院基本料】注12 ADL維持向上等体制加算 注12 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL 維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき 80点 を所定点数に加算する。		
[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</u> 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。		
実施単位（時間）主義からアウトカム主義へ（短時間でも改善した方が良く・・・）			大幅アップ 専任者1名増員		
[算定要件] ① ア) ～カ) 略 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。（新設） 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していること。（新設） 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。（新設） 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。（新設）			質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟を評価		

療養病棟入院基本料（医療区分） 1/2

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

改定前	改定後
【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だけでは医療区分2（医療区分3は基準以上） 医療区分 3	【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] 常時流量 3 L/分以上を必要とする状態又は常時流量 3 L/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。 31日目以降は医療区分 2

酸素療法は細分化（医療区分 3 と医療区分 2）

療養病棟入院基本料（医療区分） 2/2

改定前	改定後
医療区分 2 【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] (新設) 「行っているなどの、」から「行い」に 実施が要件に 【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] 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。） 【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（精神保健指定医 がうつ症状に対する薬を投与している場合、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。）

療養病棟入院基本料（指定難病）

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

改定後	
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。）。	難病指定が306疾患に増えたことの対応
[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」（健医発第896号平成元年7月24日）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	
助成の対象者	

療養病棟入院基本料（医療区分の高い患者）

病床再編

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

25対1にも医療区分の基準を導入

改定後

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**100分の95**を算定できる。

[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。

注11 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、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ていた療養病棟入院基本料 2 を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

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100分の95を算定できる。

[別に定める基準]

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

在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）

病床再編

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

他院からの在宅復帰をより高く評価する

療養病棟を自院の他病棟から療養病棟に転棟してから退院したケースを見直し

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

病床回転率の転換
病病連携を評価

【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。

結核病棟入院基本料（入院初期加算）

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

改定前	改定後
【結核病棟入院基本料】 注 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次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 （特別入院基本料等については、320点） ロ 15日以上30日以内の期間 300点 （特別入院基本料等については、240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】 注 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次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 （特別入院基本料等については、320点） ロ 15日以上30日以内の期間 300点 （特別入院基本料等については、240点） ハ <u>31日以上60日以内の期間 200点(新)</u> （特別入院基本料等については、160点(新)） ニ <u>61日以上90日以内の期間 100点</u>

障害者施設等入院基本料（脳卒中患者）

障害者施設等入院基本料の見直し

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

改定後

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**

脳卒中の患者は療養病棟に準じた評価とする（医療区分3は従来通り）
（特殊疾患病棟入院料等も同様）

[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。

夜間看護配置加算（有床診療所）

勤務環境

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

改定前	改定後
【有床診療所入院基本料】 注 6 看護配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次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・ロ（略） ハ 夜間看護配置加算 1 80点 ニ 夜間看護配置加算 2 30点 ホ・ヘ（略）	【有床診療所入院基本料】 注 6 看護配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次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・ロ（略） ハ 夜間看護配置加算 1 <u>85点</u> ニ 夜間看護配置加算 2 <u>35点</u> ホ・ヘ（略）

A108注11
A109注11

在宅復帰機能強化加算（有床診療所（療養）入院基本料）

病床再編

改定後

(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。

有床診療所入院基本料および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

有床診療所にも在宅復帰率と平均在院日数を評価

改定後

(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。

在宅復帰機能強化加算の算定が、7対1の在宅復帰率カウント対象の要件

総合入院体制加算 1/2

病床再編

総合入院体制加算 1 について、化学療法の要件を見直し、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
総合入院体制加算 2 について、一定程度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す

改定前	改定後
【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 <u>[施設基準等]</u> 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> <u>(新設)</u> <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 <u>[施設基準等]</u> 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 1 点以上の患者が3割以上であること。</u> ③ <u>公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。</u> 総合入院体制加算 2 ① 年間の手術件数が800件以上であること、年間の救急用の自動車等による搬送件数が2,000件以上であること。また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも4つ以上満たしていること。 ② <u>精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があり、以下のいずれも満たすこと。</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> 実施要件を緩和し、現行の2は施設基準を見直して3とし、新たに2を新設した

総合入院体制加算 2/2

改定前	改定後
望ましい→2つ以上に 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。 （新設） 【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 4 分の1に	□ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上であること。 ③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。 ④ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。 総合入院体制加算 3 ① 年間の手術件数が 800件以上であること、また実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも2つ以上を満たしていること。 ② 精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があり、以下のいずれかを満たすこと。 イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算 1 の届出を行っていること。 □ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上であること。 ③ 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が2割7分以上であること。 【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 1,000件/年以上 カ) 分娩件数 100件/年以上 【経過措置】 平成28年 1 月 1 日に総合入院体制加算 1、加算 2 の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算 1、加算 3 の基準を満たしているものとする。

救急医療管理加算（対象患者）

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 をより充実し、加算 2 の評価を適正化する

改定前	改定後
【救急医療管理加算 1】 800点 【救急医療管理加算 2】 400点 〔対象患者〕 救急医療管理加算 1 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】 <u>900点</u> アップ 【救急医療管理加算 2】 <u>300点</u> ダウン 〔対象患者〕 救急医療管理加算 1 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療法を必要とする状態</u> 対象の追加

医師事務作業補助体制加算 1/2

勤務環境

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
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

改定前	改定後
【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 20 対1 補助体制加算 648 点 25 対1 補助体制加算 520 点 30 対1 補助体制加算 435 点 40 対1 補助体制加算 350 点 50 対1 補助体制加算 270 点 75 対1 補助体制加算 190 点 100 対1 補助体制加算 143 点 〔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。	【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 <u>870点</u> 20 対1 補助体制加算 <u>658点</u> 25 対1 補助体制加算 <u>530点</u> 30 対1 補助体制加算 <u>445点</u> 40 対1 補助体制加算 <u>355点</u> 50 対1 補助体制加算 <u>275点</u> 75 対1 補助体制加算 <u>195点</u> 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。なお、<u>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>

評価引き上げ

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

医師事務作業補助体制加算 2/2

改定前	改定後
【15対1及び20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) 【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。	【15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</u>」又は「<u>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。

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

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」に緩和し、精神科病院や療養病院でも算定しやすく変更した

50対1、75対1、100対1補助体制加算の対象に療養病棟入院基本料および精神病棟入院基本料を追加

A100等
A207-3
A214

看護職員と看護補助者の業務分担

勤務環境

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

改定前	改定後
【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、病棟内において、<u>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 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。

主に事務的業務を実施する看護補助者として200対 1 までは配置可とする

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て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

改定後
【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。

A207-3注2
A207-3注3

急性期看護補助体制加算（7対1、10対1）

勤務環境

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

改定前	改定後
【急性期看護補助体制加算】 注2（略） 夜間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 ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 25点 ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 15点	【急性期看護補助体制加算】 注2（略） 夜間急性期看護補助体制加算 イ 夜間 30対1 急性期看護補助体制加算 40点 ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 35点 ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 20点

看護補助者の夜間配置の評価

[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。

改定後
急性期看護補助体制加算 注3 夜間における看護業務の体制につき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病棟に入院している患者については、 夜間看護体制加算 として、 10点 を更に所定点数に加算する。 [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。

看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

看護職員夜間配置加算（7対1、10対1）

勤務環境

改定前	改定後
【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。
- [施設基準](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。

4 項目／7項目

7 対 1 又は10対 1 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の評価を充実する

自院の、
体制の確認
対応可能項目の検討

A210注2

難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）

難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）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

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

改定前	改定後
【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 （新設） ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） （新設） ・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 ・精神病棟入院基本料 ・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（精神病棟） ・特別入院基本料等 ・特定一般病棟入院料

A214注3

夜間看護体制加算（13対1、15対1、18対1、20対1）

勤務環境

改定後	
(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。	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 4 項目／7項目 看護補助加算 注 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。

夜間75対1看護補助加算（13対1）

勤務環境

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

改定後
(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。

看護補助加算
注2 別に厚生労働大臣が定める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病棟に入院している患者については、**夜間75対1 看護補助加算**として、入院した日から起算して20日を限度として**30点**を更に所定点数に加算する。

地域加算

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

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

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

二類感染症患者療養環境特別加算

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

改定前	改定後
【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） ・特定機能病院入院基本料（結核病棟） <u>（新設）</u> ・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	【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 ・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> <u>・特定機能病院入院基本料（結核病棟）</u> <u>・特定機能病院入院基本料（精神病棟）</u> ・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

精神科地域移行実施加算

精神

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

改定前	改定後
【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) <u>20点</u>

点数引き上げ

精神科身体合併症管理加算（対象疾患）

精神

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

身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保

改定後

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。

精神科リエゾンチーム加算

精神

看護師に必要な精神科での勤務年数を緩和し、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

チームを構成（スタッフ）がより柔軟に確保できるよう、施設基準を見直す

改定前	改定後
【精神科リエゾンチーム加算】(週1回) 200点 注 (略) [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)	【精神科リエゾンチーム加算】(週1回) 300点 注 (略) <u>ただし、区分番号A247に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。</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 <u>精神科の経験を3年以上有する</u>、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)

点数アップ

3年に緩和

専任要件の緩和

がん拠点病院加算

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

改定前	改定後
【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> 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	【がん拠点病院加算】（入院初日） <u>1 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 500点</u> <u>ロ 地域がん診療病院 300点(新)</u> <u>2 小児がん拠点病院加算 750点(新)</u> 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算）

歯科連携

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

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

改定後

【栄養サポートチーム加算

(新) 歯科医師連携加算 **50点**

注3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、**50点**を更に所定点数に加算する。

院外の歯科医師でも可

[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。

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もの

A236-2
A237

ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算
精神疾患合併妊娠の管理の評価

精神疾患を合併した妊娠及び分娩の管理に対する評価

改定後
ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算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。

B005-4
B005-5

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）
精神疾患合併妊娠の管理の評価

改定後
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通院・在宅精神療法を実施しているもの又は他の保険医療機関で通院・在宅精神療法を実施し、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。

後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算の施設基準の見直しを行う

改定前	改定後
【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 1 35点 後発医薬品使用体制加算 2 28点 [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%未満であること。	【後発医薬品使用体制加算】 後発医薬品使用体制加算 1 42点(新) 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 3 28点 [施設基準] ① 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては50%以上60%未満であること。 ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

算定基準の変更
(採用品目数割合→数量割合)

足切ルール

病棟薬剤業務実施加算（特定集中治療室等）

薬剤管理

改定前	改定後
【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> 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。	【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 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 80点(新) 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、<u>病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。</u>この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

病棟薬剤業務実施加算 2 [算定要件] 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。 [施設基準] ① 病棟薬剤業務実施加算 1 の届出を行っていること。 ② 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。	高度急性期医療を担う治療室等（ICUや脳卒中ケアユニット）における薬剤関連業務を評価するため、治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する 救命救急入院料等における (B008) 薬剤管理指導料 1 が廃止された
---	--

データ提出加算

データ提出加算に係る評価を充実する

改定前	改定後
【データ提出加算】 1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 100点 ロ 200床未満の病院の場合 150点 2 データ提出加算2 イ 200床以上の病院の場合 110点 ロ 200床未満の病院の場合 160点	【データ提出加算】 1 データ提出加算 1 イ 200床以上の病院の場合 120点 ロ 200床未満の病院の場合 170点 2 データ提出加算 2 イ 200床以上の病院の場合 130点 ロ 200床未満の病院の場合 180点

点数アップ

データ提出は対象が増え、評価も引き上げられている。将来的に多くの病院が対応したら減算となる可能性もある？（MPI）

データ提出加算に係る経過措置等

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

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から

A246

退院支援加算 (1,2) 1/4

退院支援

退院支援をしっかりとやる仕組み

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てつつ実態を踏まえた評価を新設する

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

改定前	改定後
(新設) 地域連携診療計画加算で+300点 【退院調整加算】A238 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 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	退院支援加算（退院時1回） 1 退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点 2 退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 退院調整加算を退院支援加算とする 1 は、体制を強化した枠組みの新設 2 は、退院調整加算の見直し 3 は、新生児特定集中治療室退院調整加算の見直し ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点 「人的評価」から「具体的取組評価」へ とはいえ、退院支援加算は人の配置が重要

退院支援加算（1） 2/4

退院支援加算1

[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。

「人的評価」から「具体的取組評価」へ

とはいえ、退院支援加算
は人の配置が重要

退院支援加算1の取得を目指したい（取得するためにどうする？）

加算要件など

A246

退院支援加算（3） 3/4

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

改定前	改定後
【新生児特定集中治療室退院調整加算】A238-3 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1（退院時 1 回）600点 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）600点 □ 退院加算（退院時 1 回）600点 3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）600点 □ 退院加算（退院時 1 回）600点	3 退院支援加算 3 1,200点 新生児特定集中治療室退院調整加算の見直し

退院支援加算3

【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。

退院支援加算（注） 4/4

注1 退院支援加算1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が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して退院支援を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合

注2 退院支援加算2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が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

注3 退院支援加算3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が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児治療回復期入院医療管理料を算定したことがあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

ロ 他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

退院支援加算

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

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から

A246注4
A246注5

地域連携診療計画加算（退院支援加算） 1/2

退院支援

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の評価を新設する

改定後

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 **300点**（退院時1回）

[算定要件]

- (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。

[施設基準]

- (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。

退院支援加算 1 又は 3 の届出が要件（従来の退院調整加算の基準はダメ）

地域連携診療計画加算（退院支援加算） 2/2

注4 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が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料及び区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において注1に規定する退院支援加算1又は注3に規定する退院支援加算3の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

注5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。

点数項目の廃止

退院調整加算を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

改定後

[廃止する項目]

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加算 A238-3
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算 A238-4
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算 A238-5
- (4) 地域連携認知症支援加算 A238-8
- (5) 地域連携認知症集中治療加算 A238-9
- (6) 地域連携診療計画管理料 B005-2
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料 (I) B005-3
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (II) B005-3-2

退院調整加算に集約

認知症ケア加算 1/2

改定後	
(新) 認知症ケア加算 (1日につき) 1 認知症ケア加算 1 イ14日以内の期間 150点 ロ15日以上期間 30点 2 認知症ケア加算 2 イ14日以内の期間 30点 ロ15日以上期間 10点	

認知症患者が身体疾患で一般病棟等に入院した場合の病棟での取組や多職種チームによる介入を評価を新設

1と2の差は大きい
(チーム要件など)

注 1 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入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算 1 を算定する場合は、区分番号 A 2 3 0 - 4 に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

注 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する。

身体拘束による減額規定

認知症ケア加算 2/2

[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。

回復期リハビリ、地域
包括ケアも算定対象

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。

(1は、認定看護師か)

職員の研修要件などは必ず確認！
・採用の段階で
・受講状況の把握
・受講の援助、推薦

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。

精神疾患診療体制加算

精神

身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保

改定後

(新) 精神疾患診療体制加算 1 1,000点 (入院初日)

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 2 330点 (入院初日から3日以内に1回)

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。）

[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。

注 1 精神疾患診療体制加算 1 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が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 2 精神疾患診療体制加算 2 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、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科医が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

精神科医療機関と一般病院の連携促進

「精神科医療機関の医師が対診を行うから受け入れてください」

入院

薬剤総合評価調整加算

薬剤管理

多剤投薬患者の減薬推進

入院前に6種類以上の内服薬を処方されていた患者の
薬剤を、退院時に2種類以上減少した場合に評価する

改定後	
(新)薬剤総合評価調整加算（退院時1回）	250点
[算定要件] 保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。 (1) 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合 (2)精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちの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。	

注 入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 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、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

外来・在宅は「B008-2薬剤総合評価調整管理料」

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室） 1/2

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のの見直し

改定前	改定後
【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】 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	【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8割以上入院させていること。 特定集中治療室管理料 3 及び 4 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を7割以上入院させていること。 【「重症度、医療・看護必要度」の基準】 A項目の得点が4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 2点 ⑤ 中心静脈圧測定 2点 ⑥ 人工呼吸器の装着 2点 ⑦ 輸血や血液製剤の管理 2点 ⑧ 肺動脈圧測定 2点 ⑨ 特殊な治療法等 2点

見直しの結果、重症患者割合は87%から74%に低下する（厚労省試算）

3点セットだけでは基準に満たない

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室） 2/2

改定前	改定後
(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	(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 ④ 食事摂取 1～2点 ⑤ 衣服の着脱 1～2点 ⑥ 診療・療養上の指示が通じる 1点 ⑦ 危険行動 2点 B項目を一般病棟と同じにした データ比較が容易になった

[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。

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室用）

A項目（モニタリング及び処置等）	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の装着	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
9 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO）	なし		あり
		A得点	

B項目（患者の状況等）	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9-起き上がり	できる	できない	
10-座位保持	できる	支えがあればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15 危険行動	ない		ある
		B得点	

A項目の得点が4点以上かつB項目の得点が3点以上であること

重症度、医療・看護必要度（ハイケアユニット）

ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」のの見直し

改定前	改定後
【ハイケアユニット入院医療管理料】 【「重症度、医療看護必要度」の基準】 A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が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	【ハイケアユニット入院医療管理料】 【「重症度、医療看護必要度」の基準】 A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が4点以上であること。 (1) A項目（モニタリング及び処置等） 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> ⑥ 診療・療養上の指示が通じる 1点 ⑦ 危険行動 2点

B項目を一般病棟と同じにした

[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。

重症度、医療・看護必要度（ハイケアユニット用）

A項目（モニタリング及び処置等）	0点	1点
1 創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの管理	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）	なし	あり
13 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO）	なし	あり
	A 得点	

B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 床上安静の指示	なし	あり	
15 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
14 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
17 起き上がり	できる	できない	
18 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
15 移乗	介助なし	一部介助	全介助
20 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
16 口腔清潔	介助なし	介助あり	
17 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
24 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
19 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
20 危険行動	ない		ある
		B 得点	

A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が4点以上であること

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（医師配置要件）

ICT

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

改定前	改定後
【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。</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。

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、院内での読影に準ずる

院内の夜間・休日の配置医師の経験年数を5年から3年に緩和

算定の条件は、

- ・常時連絡が可能
- ・頭部の精細な画像や検査結果が確認できる、など

A302
A303、A303-2

新生児特定集中治療室管理料等（対象疾患）

小児

新生児特定集中治療室管理料等での診療日数について、実態を踏まえて適切な評価に見直し

改定前	改定後
【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	【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、<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>

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

小児特定集中治療室管理料

小児

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

改定前	改定後
【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 注1 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、15歳未満の小児に対し、必要があつ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</u>の期間 13,720 点 注1 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、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては 21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。

算定限度日数の延長

一類感染症患者入院医療管理料

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

改定前	改定後
【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 2 8日以上14日以内の期間 7,826点 注1 （略）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。 注2 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 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊娠婦緊急搬送入院加算、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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） 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～チ （略）	【一類感染症患者入院医療管理料】（1日につき） 1 14日以内の期間 9,046点 2 15日以上の期間 7,826点 注1 （略）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算定する。<u>なお、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> 注2 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 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊娠婦緊急搬送入院加算、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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び<u>退院支援加算（1のイに限る。）</u>を除く。） <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> ハ～ホ （略）

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し、検査、点滴注射及び中心静脈注射を出来高算定可とする

A309注4
A306注4

特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料

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

改定後

特殊疾患病棟入院料

注 4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 3 (1) のイの④に規定する医療区分 2 の患者又は第 5 の 3 (2) のトに規定する医療区分 1 の患者に相当するものについては、注 1 の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 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している場合

(1) 医療区分 2 の患者に相当するもの **1,857点(新)**

(2) 医療区分 1 の患者に相当するもの **1,701点(新)**

ロ 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している場合

(1) 医療区分 2 の患者に相当するもの **1,608点(新)**

(2) 医療区分 1 の患者に相当するもの **1,452点(新)**

脳卒中の患者は療養病棟に準じた評価とする（医療区分3は従来通り）
（障害者施設等入院基本料も同様）

特殊疾患入院医療管理料

注 4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 3 (1) のイの④に規定する医療区分 2 の患者又は第 5 の 3 (2) のトに規定する医療区分 1 の患者に相当するものについては、注 1 の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分 2 の患者に相当するもの **1,857点(新)**

ロ 医療区分 1 の患者に相当するもの **1,701点(新)**

[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。

改定前	改定後
【小児入院医療管理料】 注1 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。（略） (追加) 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	【小児入院医療管理料】 注1 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>児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援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。（略） 注4 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入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

重症児受入体制加算

[施設基準]

(1) 小児入院医療管理料3、4又は5の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 当該病棟に小児入院患者をもつばら対象とする保育士が**1名**以上常勤していること。

(3) 内法による測定で**30平方メートル**のプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい。

(4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

(5) 当該病棟等において、転院前の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。）。

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

小児入院医療管理料（在宅医療） 2/2

小児

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

重症小児の在宅移行を推進

改定前	改定後
【小児入院医療管理料】 注4～6 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】 注5～7 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。

注5は小児入院医療管理料1・2、
注6は承認衆院医療管理料3・4、
注7は小児入院医療管理料5の包括範囲を規定

回復期リハビリテーション病棟入院料 1/2

病床再編

アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない医療機関には、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す

リハビリテーションの実績が一定の水準に達しない場合、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

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注4 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。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注4 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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、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。）

6単位を超えるものは包括評価（6単位までしか評価しない）

「脳血管疾患で発症後60日以内のものを除く」

計算から除くケース

[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

リハビリで改善見込みの少ない患者の受け入れを促すため、FIM基準に下限を設けた？

アウトカムの評価（在棟日数が短く、FIM得点差大を評価）

27未満 =
$$\frac{\text{回復期リハ病棟から退棟した全患者の退院時FIM得点} - \text{入院時FIM得点}}{\text{回復期リハ病棟から退棟した全患者の在棟日数} \div \text{状態に応じた上限日数}}$$

(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。

平成28年4月1日以降の入院患者が対象

[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。

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。

各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

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

過去6か月の実績が、2回連続して基準を下回った月から6単位超が包括

- 1日9単位まで出来高算定可
- 1日6単位超は入院料に包括

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

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から

体制強化加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）

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。（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）

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】注 5 体制強化加算 200 点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】注 5 体制強化加算 1 200点 体制強化加算 2 120点(新)
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注 5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、体制強化加算として、患者 1 人につき 1 日につき200 点を所定点数に加算する。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注 5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者 1 人につき 1 日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 体制強化加算 1 200点 □ 体制強化加算 2 120点

〔施設基準〕 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 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。

ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。

イ) 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。

ウ) 週に32時間以上は、当該 2 名の医師のうち少なくとも 1 名が当該病棟業務に従事していること。

エ) 当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。

比較的医師が多く、専従が確保できて、さらに外来業務も行いたい場合など・・・？

地域包括ケア病棟入院料（包括範囲） 1/2

病床再編

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

改定前

改定後

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】

注6 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。

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】

注6 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。

【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

500床以上の病院及び、
(1)~(5)の病院は1病棟だけ

駆け込みは認めない

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。

地域包括ケア病棟入院料（在宅復帰率の要件） 2/2

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、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

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。） 1】 〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕 自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）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。）</u>、<u>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

在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所を追加

基準の「7割以上」はそのまま

重症度、医療・看護必要度（地域包括ケア病棟用）

A項目（モニタリング及び処置等）	0点	1点	2点
1 創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置）	なし	あり	
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ） ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 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 ⑪無菌治療室での治療	なし	あり	一つ以上 実施した 場合
8 救急搬送後の入院（2日間）	なし	あり	
A得点			

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

10%以上

「起き上がり」と「座位保持」は削除

B項目（患者の状況等）	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	
12 食事摂取	介助なし	一部介助	
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15 危険行動	ない		
B得点			

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

A310
A310注2
A310注3

緩和ケア病棟入院料（在宅療養支援）

在宅看取

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

改定前	改定後
【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 2 31日以上60日以内の期間 4,412点 3 60日以上期間 3,384点 <u>（新設）</u>	【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 緊急入院初期加算 200点(新) 2 31日以上60日以内の期間 4,400点 3 60日以上期間 3,300点 注2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじ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からの求めに応じて入院させた場合に緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を所定点数に加算する。

30日超入院は引き下げ

地域連携の取り組み等を評価（15日まで）

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は別途算定可

[包括範囲から除外する項目]（注3の見直し）
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

精神科急性期医師配置加算 1/2

精神

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

改定前	改定後
【精神科急性期治療病棟入院料】(1 日につき)A311-2 注4 精神科急性期医師配置加算 500点	【精神科急性期治療病棟入院料】(1 日につき) (削除)

手厚い医師配置の評価算定を総合病院の精神病棟においても可能とする

改定後
(新) 精神科急性期医師配置加算(1 日につき) 500点 A249 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地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

[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

精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定する病棟に加え、精神病床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精神科急性期医師配置加算の算定を可能とする

精神科急性期医師配置加算 2/2

[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を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。

地域移行機能強化病棟入院料 1/2

精神

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新設

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

改定後

(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)

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

スタッフの充実が要件

[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。)

休眠病床の削減

許可病床数の返上を誘導

(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。

届け出病床数の削減を誘導

(7) **平成31年度**までに新規の届出を行うこと。

病床を減らせばスタッフは充実する

病床を減らした分はグループホームなどに

地域移行機能強化病棟入院料（注）2/2

注1 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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の 1 5 対 1 入院基本料の例により算定する。

注2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した 1 日当たりの抗精神病薬が 2 種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1 日につき15点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次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。ただし、重症者加算 1 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入院している患者についてのみ加算する。

イ 重症者加算 1 60点

ロ 重症者加算 2 30点

注4 診療に係る費用（注2及び注3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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

A400

短期滞在手術等基本料 3 1/2

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

【短期滞在手術等基本料 3】（4泊5日までの場合）

対象となる手術等を拡大し、評価の見直しを行う

短期滞在手術等基本料 3 は平均在院日数の計算に入らないため、新設項目は要確認

記号	手術等名	改定前	(生活療養)	改定後	(生活療養)
D237	終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合	16,773点	(16,702点)	17,300点	(17,229点)
D237	終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	9,383点	(9,312点)	7,491点	(7,420点)
D237	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合	9,638点	(9,567点)	9,349点	(9,278点)
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	6,130点	(6,059点)	6,000点	(5,929点)
D413	前立腺針生検法	11,737点	(11,666点)	11,380点	(11,309点)
K008	腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術	17,485点	(17,414点)	19,993点	(19,922点)
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	20,326点	(20,255点)	19,313点	(19,242点)
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	43,479点	(43,408点)	40,666点	(40,595点)
K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □その他のもの	27,093点	(27,022点)	片側 22,096点	(22,025点)
K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □その他のもの（両側）	—	—	両側 37,054点	(36,983点)
K282	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	21,632点	(21,561点)	片側 20,065点	(19,994点)
K282	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）	—	—	両側 30,938点	(30,867点)
K474	乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 センチメートル未満	20,112点	(20,041点)	19,806点	(19,735点)
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	—	—	37,588点	(37,517点)
K617	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	27,311点	(27,240点)	24,013点	(23,942点)
K617	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）	9,850点	(9,779点)	12,669点	(12,598点)

A400

短期滞在手術等基本料 3 2/2

記号	手術等名	改定前	(生活療養)	改定後	(生活療養)
K617	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	12,371点	(12,300点)	11,749点	(11,678点)
K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。)	—	—	<3 35,052点	(34,981点)
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。)	—	—	3~6 28,140点	(28,069点)
K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る。)	29,093点	(29,022点)	6~15 25,498点	(25,427点)
K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)	24,805点	(24,734点)	15< 24,466点	(24,395点)
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。)	—	—	<3 68,729点	(68,658点)
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。)	—	—	3~6 55,102点	(55,031点)
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。)	56,183点	(56,112点)	6~15 43,921点	(43,850点)
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)	51,480点	(51,409点)	15< 50,212点	(50,141点)
K721	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	14,661点	(14,590点)	14,314点	(14,243点)
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上	18,932点	(18,861点)	17,847点	(17,776点)
K743	痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)	13,410点	(13,339点)	12,291点	(12,220点)
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)	—	—	28,010点	(27,939点)
K867	子宮頸部 (腔部) 切除術	18,400点	(18,329点)	17,344点	(17,273点)
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点	(35,453点)	34,438点	(34,367点)
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	—	—	59,855点	(59,784点)

短期滞在手術等基本料 3（包括範囲）

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

改定前	改定後
【短期滞在手術等基本料】 注 5 第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料に掲げるものは、短期滞在手術等基本料 3 に含まれるものとする。	【短期滞在手術等基本料】 注 5 第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料に掲げるもの（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、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料 3 に含まれるものとする。

[別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬]

- ・抗悪性腫瘍剤
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・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。）
- ・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。）
- ・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。）
- ・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。）
- ・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

短期滞在手術等基本料 3 で出来高請求できる薬剤

小児科療養指導料

小児

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患を加え、包括範囲を整理し評価を引き上げ

改定前	改定後
【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 270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、血小板減少性紫斑病及び小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病である。 〔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 ⑤ 難病外来指導管理料
注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料、<u>区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料</u>又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

対象の追加

難病外来指導管理料（指定難病）

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

改定後	
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。	難病指定が306疾患に増えたことの対応
[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」（健医発第896号平成元年7月24日）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	
助成の対象者	

心臓ペースメーカー指導管理料

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

改定前	改定後
【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を行った場合には、1月に1回に限りハを算定する。 注4 （略）植込型除細動器移行期加算として、23,830点を所定点数に加算する。 <u>（新設）</u>	【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 ロ イ以外の場合 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（ロ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。 <u>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</u> （中略） 注4 （略）植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。 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。

がん性疼痛緩和指導管理料

がん性疼痛緩和指導管理料 2 を1 年間の経過措置を設けた上で廃止する

改定前	改定後
【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 2 1 以外の場合 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 （月 1 回） <u>がん性疼痛緩和指導管理料</u> 200点 <u>（削除）</u>

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

[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。

B001 27

B001 27注5

糖尿病透析予防指導管理料（算定要件、腎不全期患者指導加算）

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

改定前	改定後
[算定要件] (新設) 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	[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。

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

保険者への対応

改定後

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

(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eGFRCr又はeGFRcys（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eGFRCr又はeGFRcysを測定した時点から前後3月時点のeGFRCr又はeGFRcysを比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減している。
- 運動指導が前提

B001-2-6
注1

夜間休日救急搬送医学管理料（救急患者の受入れ）

夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実し、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

患者受け入れを促す？

点数3倍

改定前	改定後
【夜間休日救急搬送医学管理料】 200点 注 1 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、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必要な医学管理を行った場合に、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。	【夜間休日救急搬送医学管理料】 600点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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必要な医学管理を行った場合に、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

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

小児かかりつけ診療料 1/2

小児科を標榜する
保険医療機関

小児

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

改定後

(新) 小児かかりつけ診療料 (1日につき)

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**ものとする。

[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。

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もの

6歳まで算定可

小児かかりつけ診療料 2/2

- (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

A000注7・A001注5・A002注8：時間外加算、休日加算、深夜加算
A000注8・A001注6・A002注9：小児科特例加算

注 1 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、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

注 2 区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 9 に規定する場合については、算定しない。

注 3 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 及び注 8 に規定する加算、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 8 及び注 9 に規定する加算、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 5 に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 6 に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号 B 0 0 9 - 2 に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料（同区分番号の注 1 から注 3 までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

電話再診

ニコチン依存症管理料

標準的な回数の治療の実施を促す観点から評価を見直し、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

改定前	改定後
【ニコチン依存症管理料】 注1 （略） 治療継続実績	【ニコチン依存症管理料】 注1 （略）<u>ただし、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> 若年層患者へ対象拡大 35歳未満はシバリを外した	【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 <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） <u>【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<u>2回以上</u>であること。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。

[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。

手術前医学管理料

検査が包括されている管理料等についても、検査項目の追加等を行う

改定前	改定後
【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	【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）、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

検査が包括されている管理料等についても、検査項目の追加等を行う

改定前	改定後
【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、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	【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、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）、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

リンパ浮腫指導管理料

実施職種に作業療法士を追加

改定前	改定後
【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。 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中 1 回に限り算定する。	【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。 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、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、入院中 1 回に限り算定する。

「H007-4 リンパ浮腫複合的治療料」も新設された

B001 9
B001 10

外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料 1/2

改定前	改定後
点数の引き上げ (プラスは16年ぶり) 【外来栄養食事指導料】 外来栄養食事指導料 130点 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 【入院栄養食事指導料】 イ 入院栄養食事指導料 1 130点 □ 入院栄養食事指導料 2 125点 注1 イについては、(略) 外来栄養食事指導料と同様 注2 □については、(略) 外来栄養食事指導料と同様	管理栄養士が行う栄養食事指導の見直し (指導時間の要件及び点数) 【外来栄養食事指導料】 <u>イ 初回 260点(新)</u> <u>□ 2回目以降 200点(新)</u> 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、<u>別に厚生労働大臣が定めるもの</u>に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 【入院栄養食事指導料】 1 入院栄養食事指導料 1 <u>イ 初回 260点(新)</u> <u>□ 2回目 200点(新)</u> 2 入院栄養食事指導料 2 <u>イ 初回 250点(新)</u> <u>□ 2回目 190点(新)</u> 注1 <u>外来栄養食事指導料と同趣旨の改正</u> 注2 <u>外来栄養食事指導料と同趣旨の改正</u>

B001 9
B001 10

外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料 2/2

改定前	改定後
〔算定要件〕 外来栄養食事指導料 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。 〔算定要件〕 入院栄養食事指導料 外来栄養食事指導料と同様 〔対象者〕 共通 厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者	〔算定要件〕 外来栄養食事指導料 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>初回にあっては概ね 30分以上、2 回目以降にあっては概ね 20分以上</u>、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、<u>熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、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。 〔算定要件〕 入院栄養食事指導料 <u>外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う</u> 〔対象者〕 共通 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> <u>※ 1 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> <u>※ 2 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>

対象者を追加して算定要件を緩和した

外来・入院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

B004、B005
B005-1-2

退院時共同指導料・介護支援連携指導料

介護連携

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

改定前	改定後
【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 2 1 以外の場合 600点 退院時共同指導料 2 300点 【介護支援連携指導料】 介護支援連携指導料 300点	【退院時共同指導料】 退院時共同指導料 1 B004 1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点 2 1 以外の場合 900点 退院時共同指導料 2 400点 B005 【介護支援連携指導料】 B005-1-2 介護支援連携指導料 400点

大幅アップ

65歳以上の患者（ADL等が落ちそうな）が入院したら
介護認定を確認→持っていたら担当のケアマネージャーに来てもらう
→持っていなかったらケアマネージャーを紹介する

がん治療連携計画策定料

今般整備された「地域がん診療病院」と、
「小児がん拠点病院」を評価

改定前	改定後
【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。	【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。

がん治療連携管理料

今般整備された「地域がん診療病院」と、「小児がん拠点病院」を評価

改定前	改定後
【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> <u>（新設）</u>	【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り） <u>1 がん診療連携拠点病院の場合 500点</u> <u>2 地域がん診療病院の場合 300点（新）</u> <u>3 小児がん拠点病院の場合 750点（新）</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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

外来がん患者在宅連携指導料

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

外来から在宅への連携を評価

改定後
(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。 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、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他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。 注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

ヒトはどこで終末期をすごしたいか
老い方、死に方（死生観）への対応

B005-7
B005-7-2

認知症専門診断管理料・認知症療養指導料

認知症

「認知症専門診断管理料 1」に診療所型センターを追加
(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算定)

改定前	改定後
【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料 1 700点 (新設) 2 認知症専門診断管理料 2 300点	【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 □ 診療所型 500点 2 認知症専門診断管理料 2 300点

診療所型認知症疾患
医療センターの評価

改定後
認知症療養指導料 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を算定可とする。

診療所型認知症疾患医療センターが地域
にある場合は連携先として重要になる

<関連点数>
B009注6 診療情報提供料 (I) 認知症専門医紹介加算

退院前訪問指導料

病院・診療所からの訪問看護をより評価する

点数引き上げ

改定前	改定後
【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】 退院前訪問指導料 <u>580点</u>

B007-2
B007-2注2

退院後訪問指導料・訪問介護同行加算

在宅看取

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

改定後	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の看護師が行う訪問指導の評価
(新) 退院後訪問指導料 580点 （1回につき	
[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。	

在宅移行がスムーズになる
病院の評判が上がる（患者、介護施設、地域）
病院勤務看護師への研修（在宅訪問の心得など）

- 注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。
- 注2 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、必要な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、**20点**を所定点数に加算する。
- 注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

薬剤管理指導料（救命救急入院料等）

薬剤管理

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

改定前	改定後
【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（1に該当する場合を除く。） 380点 2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点

1が2か3に統合され、430点が380点（325点）となり、▲50点（▲105点）となるが、新たに病棟薬剤業務実施加算2（1日につき80点）が特定集中治療室等で算定できるようになった

薬剤総合評価調整加算（減薬を評価）の算定も合わせて考える必要があるか？

B008-2
B008-2注2

外来・在宅

薬剤総合評価調整管理料

薬剤管理

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。）を処方されていた患者について、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設

改定後	
(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	別の保険医療機関又は保険薬局との連携を評価
[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。	

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

注2 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に対して、照会又は情報提供を行った場合、**連携管理加算**として、**50点**を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

入院は「A250薬剤総合評価調整管理加算」

診療情報提供書等の電子的な送受

ICT

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し、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

改定後
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。

診療情報提供書、訪問看護指示書、服薬情報等提供文書、診療情報提供書（検査結果・画像情報等の添付）

診療情報提供料（Ⅰ） 認知症専門医紹介加算

認知症

診療所型認知症疾患医療センターの評価

改定後
診療情報提供料（Ⅰ） 認知症専門医紹介加算 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を算定可とする。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

退院支援

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

改定後

診療情報提供料（I）

新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

- (1) 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]

- (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。

病院が退院支援加算 1 又は 3 を算定していない患者は対象外

注14 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が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号 A 2 4 6 の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

検査・画像情報提供加算（診療情報提供料（Ⅰ））

ICT

診療情報提供料（Ⅰ） 検査・画像情報提供加算の新設

電子化情報の提供側

改定後

退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報、その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合の加算（200点）

（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。

[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。

標準的な方法であること

電子カルテを導入していないところは、今後検討する必要性はないか？

検査結果や画像情報を医療機関同士が電子的ネットワークで共有して診療に活用する場合のデータを提供する側の評価

注15 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が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。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。

- 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**

電子的診療情報評価料

ICT

電子的診療情報評価料の新設

電子化情報の受け手側

改定後

(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。

[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。

標準的な方法であること

電子カルテを導入していないところは、今後検討する必要性はないか？

検査結果や画像情報を医療機関同士が電子的ネットワークで共有して診療に活用する場合で、データを閲覧し評価する側の評価

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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の算定要件

検査・画像情報提供加算

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	・検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） （注） 多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、 <u>どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。</u>
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

電子的診療情報評価料

	情報提供方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	・検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。）。 ・受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その <u>要点を診療録に記載する。</u>
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

[施設基準等]

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から

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

- * 情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
- * 情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録。

C

機能強化型在宅療養支援診療所・病院（小児在宅医療）

在宅看取

小児

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

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

在宅医療専門診療所 1/2

在宅看取

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

改定後

[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（歯科医療機関にあっ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。

正当な理由等なく断らないこと

C

在宅医療専門診療所 2/2

在宅療養支援診療所に対する評価を新設

改定後

[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。

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。

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28年3月31日**までの間、基準を満たしているものとする。

「歯科」は省略

在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 (3人以上)	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 (連携内で3人以上)	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 (10件以上)	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 (連携 内で10件以上・各医療機関で4件以上)	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超 重症児の医学管理の実績のいずれか (4件以上)	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で (4件以上)、 各医療機関において、看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績のいずれ か (2件以上)	
在宅患者が95%以上 (※) の在支診が 満たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者 + 重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1 か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療

往診料（休日）

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

改定前	改定後
【往診料（加算）】 注1 （略） イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (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 (1) 緊急に行う往診 650点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 1,300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 (1) 緊急に行う往診 325点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 650点 (3) 深夜の往診 1,300点	【往診料（加算）】 注1 （略） イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (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。）又は<u>休日</u>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。）又は<u>休日</u>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 (2) 夜間（深夜を除く。）又は<u>休日</u>の往診 1,300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 (1) 緊急に行う往診 325点 (2) 夜間（深夜を除く。）又は<u>休日</u>の往診 650点 (3) 深夜の往診 1,300点

機能強化型

休日も対象

在宅療養実績加算 1/2

緊急往診及び看取りの
十分な実績を評価

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、医学総管理料の見直しに伴う評価の見直しを行う

改定前		改定後	
緊急、夜間又は深夜の往診		C000注6	
在宅療養実績加算	75点	在宅療養実績加算 1	75点
		在宅療養実績加算 2	50点
ターミナルケア加算		C001注6	
在宅療養実績加算	750点	在宅療養実績加算 1	750点
		在宅療養実績加算 2	500点
在宅時医学総管理料		C002注7	
在宅療養実績加算		在宅療養実績加算 1	
ア) 同一建物居住者以外の場合	300点	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合	300点
		イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合	150点
イ) 同一建物居住者の場合	75点	ウ)その他の場合	75点
		在宅療養実績加算 2	
		ア) 単一建物診療患者数が1人の場合	200点
		イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合	100点
		ウ)その他の場合	50点
特定施設入居時等医学総管理料		C002-2注7	
在宅療養実績加算		在宅療養実績加算 1	
ア) 同一建物居住者以外の場合	225点	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合	225点
		イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合	110点
イ) 同一建物居住者の場合	56点	ウ)その他の場合	56点
		在宅療養実績加算 2	
		ア) 単一建物診療患者数が1人の場合	150点
		イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合	75点
		ウ)その他の場合	40点
在宅がん医療総合診療料		C003注5	
在宅療養実績加算	110点	在宅療養実績加算 1	110点
		在宅療養実績加算 2	75点

在宅療養実績加算（施設基準） 2/2

改定前	改定後
[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>	[施設基準] 在宅療養実績加算 1 ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。 ② 過去 1 年間の緊急往診の実績が10件以上かつ在宅での看取りの実績が 4 件以上であること。 在宅療養実績加算 2 ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。 ② 過去 1 年間の緊急往診の実績が4件以上かつ在宅での看取りの実績が2件以上であること。 ③ 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。

少なくとも在宅療養実績加算 2 は算定を検討したい

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅看取

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

改定後

(新) 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） **100点**C000注6

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅ターミナルケア加算） **1,000点**C001注6

(新) 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） **C002注7**

単一建物診療患者数が1人の場合 **400点**

単一建物診療患者数が2～9人の場合 **200点**

その他の場合 **100点**

(新) 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） **C002-2注7**

単一建物診療患者数が1人の場合 **300点**

単一建物診療患者数が2～9人の場合 **150点**

その他の場合 **75点**

(新) 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） **150点**C003注5

在宅緩和ケアの評価
緊急往診及び看取りの十分な実績を評価

[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。

在宅患者訪問診療料

在宅看取

在宅患者訪問診療料の評価の見直し

改定前	改定後
【在宅患者訪問診療料】 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 イ 特定施設等に入居する者の場合 203点 ロ イ以外の場合 103点 注 2 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて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、2のロについては、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（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。	【在宅患者訪問診療料】 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 203点（新） （削除） （削除） 注 2 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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。 「特定施設等に入居する者の場合」を削除

在宅時医学総合管理料 1/5

在宅看取

- (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

住まい、重症度（訪問頻度）、人数で細分化

在宅医療において、患者の状態や、訪問回数及び居住場所に応じてたきめ細かな評価とする

改定前	改定後
在宅時医学総合管理料（月 1 回）	
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合	イ 病床を有する場合
(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合
① 同一建物居住者以外の場合	① 単一建物診療患者が 1 人の場合
② 同一建物居住者の場合	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合
	③ ①及び②以外の場合
(2) 処方せんを交付しない場合	(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
① 同一建物居住者以外の場合	① 単一建物診療患者が 1 人の場合
② 同一建物居住者の場合	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合
	③ ①及び②以外の場合
	(3) 月 1 回訪問診療を行っている場合
	① 単一建物診療患者が 1 人の場合
	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合
	③ ①及び②以外の場合

機能強化型

在宅時医学総合管理料 2/5

□ 病床を有しない場合	
(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	
① 同一建物居住者以外の場合	4,600点
② 同一建物居住者の場合	1,100点
(2) 処方せんを交付しない場合	
① 同一建物居住者以外の場合	4,900点
② 同一建物居住者の場合	1,400点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	4,200点
(2) 同一建物居住者の場合	1,000点
□ 処方せんを交付しない場合	
① 同一建物居住者以外の場合	4,500点
② 同一建物居住者の場合	1,300点

□ 病床を有しない場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,000点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,140点
③ ①及び②以外の場合	2,640点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,200点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,300点
③ ①及び②以外の場合	1,200点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点
③ ①及び②以外の場合	720点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	3,780点
(3) (1)及び(2)以外の場合	2,400点
□ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,800点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,100点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点

C002

在宅時医学総合管理料 3/5

		ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合	
		(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	2,280点
		(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,260点
		(3) (1)及び(2)以外の場合	660点
3	1 及び 2 に掲げるもの以外の場合	3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付す		イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に 2 回以上訪問診	
(1) 同一建物居住者以外の場合		(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,450点
(2) 同一建物居住者の場合		(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,835点
		(3) (1)及び(2)以外の場合	1,800点
□ 処方せんを交付しない場合		□ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
① 同一建物居住者以外の場合		(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	2,850点
② 同一建物居住者の場合		(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,575点
		(3) (1)及び(2)以外の場合	850点
		ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合	
		(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	1,710点
		(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	945点
		(3) (1)及び(2)以外の場合	510点

在宅時医学総合管理料（注） 4/5

改定前	改定後
注 1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。 <u>（追加）</u> 注 4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に理に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。 注 6 （在宅療養実績加算） 在宅専門CLが在支診の施設基準を満たさない場合 <u>（追加）</u> 〔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。	注 1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する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ものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。 注 2 注 1において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。 注 5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。 注 7 （在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2） C000注6等、C001 注 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

在宅時医学総合管理料 5/5

改定前	違いの定義	改定後
【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。 マンション等を訪問する場合は戸数も確認する		【単一建物診療患者の人数】 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、<u>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> 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。
【別に厚生労働大臣が定める状態の患者】 1. 以下の疾病等に罹患している状態 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 2. 以下の処置等を実施している状態 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		40戸のマンションの場合、4人までは1人の場合の点数を算定できる

施設入居時等医学総合管理料 1/5

在宅看取

改定前	特定施設入居時等医学総合管理料の算定対象となる対象施設を見直し、名称を変更する	改定後
【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 (新設) (新設) (新設)		【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 ⑤ 有料老人ホーム ⑥ サービス付き高齢者向け住宅 ⑦ 認知症グループホーム

住まい、重症度（訪問頻度）、人数で細分化

対象施設を拡大

- (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

在宅医療において、患者の状態や、訪問回数及び居住場所に応じてたきめ細かな評価とする

改定前	改定後												
特定施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）	施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）												
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合												
イ 病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	イ 病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合												
<table><tr><td>① 同一建物居住者以外の場合</td><td>3,600点</td></tr><tr><td>② 同一建物居住者の場合</td><td>870点</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	① 同一建物居住者以外の場合	3,600点	② 同一建物居住者の場合	870点			<table><tr><td>① 単一建物診療患者が 1 人の場合</td><td>3,900点</td></tr><tr><td>② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合</td><td>3,240点</td></tr><tr><td>③ ①及び②以外の場合</td><td>2,880点</td></tr></table>	① 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,900点	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	3,240点	③ ①及び②以外の場合	2,880点
① 同一建物居住者以外の場合	3,600点												
② 同一建物居住者の場合	870点												
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,900点												
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	3,240点												
③ ①及び②以外の場合	2,880点												

機能強化型

施設入居時等医学総合管理料 2/5

(2) 処方せんを交付しない場合	
① 同一建物居住者以外の場合	3,900点
② 同一建物居住者の場合	1,170点
□ 病床を有しない場合	
(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	
① 同一建物居住者以外の場合	3,300点
② 同一建物居住者の場合	800点
(2) 処方せんを交付しない場合	
① 同一建物居住者以外の場合	3,600点
② 同一建物居住者の場合	1,100点

(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,300点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,800点
③ ①及び②以外の場合	1,300点
(3) 月 1 回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	1,980点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,080点
③ ①及び②以外の場合	780点
□ 病床を有しない場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,600点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,970点
③ ①及び②以外の場合	2,640点
(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	3,000点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,650点
③ ①及び②以外の場合	1,200点
(3) 月 1 回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	1,800点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	990点
③ ①及び②以外の場合	720点

施設入居時等医学総合管理料 3/5

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

(1) 同一建物居住者以外の場合	3,000点
(2) 同一建物居住者の場合	720点

ロ 処方せんを交付しない場合

① 同一建物居住者以外の場合	3,300点
② 同一建物居住者の場合	1,020点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

(1) 同一建物居住者以外の場合	2,250点
(2) 同一建物居住者の場合	540点

ロ 処方せんを交付しない場合

① 同一建物居住者以外の場合	2,550点
② 同一建物居住者の場合	840点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,700点
(3) (1)及び(2)以外の場合	2,400点

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,700点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,620点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	900点
(3) (1)及び(2)以外の場合	660点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,025点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,800点

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,050点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,125点
(3) (1)及び(2)以外の場合	850点

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,230点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	675点
(3) (1)及び(2)以外の場合	510点

施設入居時等医学総合管理料（注） 4/5

改定前	改定後
注 1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月 2 回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月 1 回に限り算定する。 <u>（追加）</u> 注 4 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。 注 6 （在宅療養実績加算） <u>（追加）</u>	注 1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、<u>施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月 1 回に限り算定する。</u> 注 2 注 1 において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。 注 5 施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。 注 7 （在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2） C000注6等、C001 注 8 3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

在宅専門CLが在支診の施設基準を満たさない場合

〔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。

施設入居時等医学総合管理料 5/5

違いの定義

改定前	改定後
【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。	<u>【単一建物診療患者の人数】</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、<u>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>

【別に厚生労働大臣が定める状態の患者】 1. 以下の疾病等に罹患している状態 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 2. 以下の処置等を実施している状態 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

参考資料

在総管・特医総管、在宅患者訪問診療料

改正前		(機能強化型) 在支診・在支病				在支診・在支病		それ以外	
		有床		無床					
処方		院外	院内	院外	院内	院外	院内	院外	院内
在総管	同一建物	1,200	1,500	1,100	1,400	1,000	1,300	760	1,060
	同一建物以外	5,000	5,300	4,600	4,900	4,200	4,500	3,150	3,450
特医総管	同一建物	870	1,170	800	1,100	720	1,020	540	840
	同一建物以外	3,600	3,900	3,300	3,600	3,000	3,300	2,250	2,550

在総管：戸数確認！

同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

改正後		(機能強化型) 在支診・在支病						在支診・在支病			それ以外		
		有床			無床								
単一建物診療患者数（人）		1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～
在総管	定める状態月2回	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	上記以外月2回	4,600	2,500	1,300	4,200	2,300	1,200	3,800	2,100	1,100	2,850	1,575	850
	上記以外月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,280	1,260	660	1,710	945	510
施医総管	定める状態月2回	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	上記以外月2回	3,300	1,800	1,300	3,000	1,650	1,200	2,700	1,500	1,100	2,050	1,125	850
	上記以外月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,620	900	660	1,230	675	510

注 2：処方せんを交付しない場合 300点

単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

C004注2
C004注3

救急搬送診療料（新生児加算等）

小児

救急搬送診療料に規定されている、新生児加算、乳幼児加算、長時間加算を引き上げる

評価の引き上げ

改定前	改定後
【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>
【救急搬送診療料】 注 2 新生児又は 6 歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,000点又は500点を所定点数に加算する。 注 3 注 1 に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。	【救急搬送診療料】 注 2 新生児又は 6 歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、<u>新生児加算</u>又は<u>乳幼児加算</u>として、それぞれ<u>1,500点</u>又は<u>700点</u>を所定点数に加算する。 注 3 注 1 に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、<u>長時間加算</u>として、<u>700点</u>を所定点数に加算する。

在宅患者訪問看護・指導料 1/2

病院・診療所からの訪問看護をより評価するために、評価を引き上げる

改定前	改定後
【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	【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 580点 ロ 週4日目以降 680点 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 530点 ロ 週4日目以降 630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

評価の引き上げ

在宅患者訪問看護・指導料 2/2

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・指導料は算定できない

※ 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

改定前	改定後
【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、この限りでない。 訪問看護療養費と在宅患者訪問看護・指導料等は原則同月算定はできない	【在宅患者訪問看護・指導料】 [留意事項] 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。 ① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者 ② 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日以上指定訪問看護が計画されているもの ③ 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 ④ 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

※ 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 1/2

在宅看取

病院・診療所からの訪問看護をより評価するために、評価を引き上げる

改定前	改定後
【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 （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	【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 580点 （2）週4日目以降 680点 □ 同一日に3人以上 （1）週3日目まで 293点 （2）週4日目以降 343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 530点 （2）週4日目以降 630点 □ 同一日に3人以上 （1）週3日目まで 268点 （2）週4日目以降 318点

評価の引き上げ

同一建物居住者訪問看護・指導料 2/2

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・指導料は算定できない

※ 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

改定前	改定後
【同一建物居住者訪問看護・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、同一建物居住者訪問看護・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、この限りでない。 訪問看護療養費と在宅患者訪問看護・指導料等は原則同月算定はできない	【同一建物居住者訪問看護・指導料】 〔留意事項〕 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同一建物居住者訪問看護・指導料を算定できない。 ① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者 ② 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日以上指定訪問看護が計画されているもの ③ 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 ④ 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

※ 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

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅看取

在宅患者訪問点滴注射管理指導料の評価を引き上げ

改定前	改定後
【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	【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 100点

評価の引き上げ

訪問看護指示料（衛生材料等提供加算）

在宅看取

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

改定後

訪問看護指示料

[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。

注 3 注 1 の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、**80点**を所定点数に加算する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

調剤報酬点数表の在宅患者訪問薬剤管理指導料について、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の評価を見直したため、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も見直す

改定前	改定後
【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	【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	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週につき40回に限り算定できる。 注 2～3 略 1日で5回を、週で40回に見直した

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

同一世帯で二人診たら、一人目は650点、二人目が300点

在宅患者訪問栄養食事指導料 1/2

在宅看取

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

管理栄養士が行う栄養食事指導の見直し

改定前	改定後
【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、<u>当該指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導</u>を30分以上行った場合に算定する。

食事の用意や摂取等に関する具体的な指導

在宅患者訪問栄養食事指導料 2/2

管理栄養士が行う栄養食事指導の見直し

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

改定前	改定後
[対象者] 厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者 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	[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 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。 ※ 2 次のいずれかを満たす患者であること。 ① 血中アルブミンが3.0g/dl以下である患者 ② 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

【在宅患者訪問栄養食事指導料】 注 1 1については、（中略）別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。	【在宅患者訪問栄養食事指導料】 注 1 1については、（中略）別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、<u>別に厚生労働大臣が定めるもの</u>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、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。
---	---

C

医療型短期入所サービス中の処置等の評価

在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定することができない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

改定後

[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

医療型短期入所サービスにおける重症児の受入れなどの促進のため

在宅自己注射指導管理料

在宅自己注射指導管理料の指導内容を明確化
頻度に応じた点数を設定
難病患者への指導管理を行った場合の評価

現行の注射指導回数に応じた評価の差を縮小し、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

改定前	改定後
【在宅自己注射指導管理料】 1 複雑な場合 1,230点 2 1 以外の場合 イ 月3回以下 100点 ロ 月4回以上 190点 ハ 月8回以上 290点 ニ 月28回以上 810点 注2 導入初期加算 500点	【在宅自己注射指導管理料】 1 複雑な場合 1,230点 2 1 以外の場合 イ 月27回以下 650点 ロ 月28回以上 750点 (削除) (削除) [算定要件] 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。 注2 導入初期加算 580点
注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、500点を所定点数に加算する。	注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。

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。

疾患による専門を考慮

C103
C171

在宅酸素療法指導管理料

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できることとする

改定前	改定後
【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 2 その他の場合 2,500点 <u>（新設）</u>	【在宅酸素療法指導管理料】（月1回） C103 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点 2 その他の場合 2,400点 【在宅酸素療法材料加算】（3月に3回） C171 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点(新) 2 その他の場合 100点(新) 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

毎月算定なら同じ

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、
ASV療法に対する評価を新たに追加する

改定前	改定後
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 （新設） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 （月に1回） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250点

〔対象患者〕

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1

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。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2

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。
- ② 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。
- ③ 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。
 - ア) 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**
 - イ) 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
 - ウ) 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る場合

在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算についてもASV療法に対する評価を新たに追加し、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

改定前	改定後
【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 1,210点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,100点
注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、 <u>3月に3回に限り</u> 、第1款の所定点数に加算する。

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

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

改定後
(新)在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

在宅寝たきり患者処置指導管理料（指定難病）

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

難病指定が306疾患に
増えたことの対応

改定後

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
※住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。

- [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

助成の対象者

C157注、C158注
C159注、C159-2注

在宅療養指導管理料（材料加算）

在宅呼吸療法の機器加算のうち、現在2月に2回算定可能としているものについて、3月に3回算定可能とする

改定前	改定後
【酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 （略） 2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。	【酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 （略） <u>3 月に 3 回に限り</u> 、第 1 款の所定点数に加算する。

処方せんに基づき保険薬局で交付できる注射薬

注射用脂肪乳剤を追加

改定後

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。

C

在宅における薬剤・特定保険医療材料等

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

改定後

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。

D

検体検査（実施料・管理料）

検体検査の実施料を実勢価格に基づいて見直す

改定後

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。

生体検査料（小児加算）

小児

生体検査料の通則に規定されている、新生児加算、乳幼児加算、幼児加算について、加算の引き上げを行う

[生体検査料の通則]	改定前	改定後
新生児加算	60/100	80/100
乳幼児加算（3歳未満）	30/100	50/100
幼児加算（3歳以上6歳未満）	15/100	30/100

改定前	改定後
[生体検査料の通則] 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。 イ～ハ（略） ト～ヨ（略） 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。 イ～ハ（略） ト～ル（略）	[生体検査料の通則] 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80又は100分の50に相当する点数を加算する。 イ～ハ（略） ト <u>経皮的酸素ガス分圧測定</u> チ～タ（略） 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。 イ～ハ（略） ト <u>経皮的酸素ガス分圧測定</u> チ～ヲ（略）

評価の引き上げ

D002
D002-2、D017

尿沈渣等

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

改定前	改定後
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） D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 <u>（追加）</u>	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） 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]
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ること。

細菌顕微鏡検査について検体の別を摘要欄に記載する

D004-2 1等
D026注4

臨床検査

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

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

改定後

(検査の例)

(新) 悪性腫瘍遺伝子検査 又 RAS 遺伝子検査 **2,500点** D004-2 1

新規の体外診断用医薬品について技術料を新設する等、質の高い臨床検査を評価する

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

改定後

検体検査判断料 D026

(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。

注 4 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。

注 7 区分番号 D 0 1 5 の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、**免疫電気泳動法診断加算**として、**50点**を所定点数に加算する。

遺伝学的検査（指定難病） 1/3

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

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

改定前	改定後
【遺伝学的検査】 <u>（追加）</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、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ィー 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	【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ィー、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（1 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 1 型、MCAD欠損症、VLCAD 欠損症、MTP（LCHAD）欠損症、CPT 1 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

遺伝学的検査（指定難病） 2/3

改定前	改定後
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（1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 1 型 フ) MCAD欠損症 ヘ) VLCAD欠損症 ホ) MTP（LCHAD）欠損症 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	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。）</u>、<u>プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）</u>、<u>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>

遺伝学的検査（指定難病） 3/3

改定前	改定後
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。	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<u>エ</u>に掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 <u>〔施設基準〕</u> 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。

コンタクトレンズ検査料

院内交付の割合等によって
検査料の評価に差を設ける

改定前	改定後
コンタクトレンズ検査料 1 200点 コンタクトレンズ検査料 2 56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 3 56点 コンタクトレンズ検査料 4 50点(新)
注 1 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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1 を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 2 を算定する。	注 1 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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1、 <u>2</u> 又は <u>3</u> を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 4 を算定する。

[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つては、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の購入を指示し、自施設において交付しなかった患者数

[経過措置]

平成29年4月1日より適用することとする。

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つて、（※）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

① / (① + ②) × 100

自施設交付割合

画像診断管理加算（夜間の負担軽減）

ICT

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

改定前	改定後
【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、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>夜間又は休日に撮影された画像について、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を行った上で実施する必要がある。</u>

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、院内での読影に準ずる

画像診断（小児加算）

小児

画像診断に規定されている、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、加算を引き上げる

(例) E002 撮影	改定前	改定後
新生児加算	30/100	80/100
乳幼児加算（3歳未満）	15/100	50/100
幼児加算（3歳以上6歳未満）	—	30/100

(例) 撮影 E002 注 2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	(例) 撮影 E002 注 2 <u>新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児</u>に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の<u>100分の80、100分の50</u>又は<u>100分の30</u>に相当する点数を加算する。
--	---

(他3項目) E100注3、E101注2、E第3節通則4

E101-2、E101-3
E101-4、E101-5

ポジトロン撮影等

施設共同利用率の要件を厳格化

さらに共同利用の推進を図るため要件を見直す

改定前	改定後
【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。	【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30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。

コンピューター断層撮影

64列以上のマルチスライス型CTについて以下などを評価する

- ・共同利用による撮影を行った場合
- ・施設共同利用率が10%以上の基準を満たす医療機関が撮影した場合

高機能の診断装置の施設共同利用を評価

(例) E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影) (一連につき)		改定前	改定後
1 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	
(1) 施設共同利用において行われる場合		—	1,020点
(2) その他の場合		—	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合		900点	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		580点	560点
2 脳槽CT撮影 (造影を含む。)		2,300点	2,300点

(追加)	注8 CT撮影のイの(1)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又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限る算定する。
------	---

磁気共鳴コンピューター断層撮影

3テスラ以上のMRIについて以下などを評価する

- ・共同利用による撮影を行った場合
- ・施設共同利用率が10%以上の基準を満たす医療機関が撮影した場合

高機能の診断装置の施設共同利用を評価

(例) E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) (一連につき)		改定前	改定後
1	3テスラ以上の機器による場合	1,600点	
	イ 施設共同利用において行われる場合	—	1,620点
	ロ その他の場合	—	1,600点
2	1.5テスラ以上 3テスラ未満の機器による場合	1,330点	1,330点
3	1, 2 以外の場合	920点	900点

(追加)	注5 MRI撮影について、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保険医療機関において、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 注6 MRI撮影の1のイについては、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又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
------	---

長期の投薬

薬剤管理

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

原則の確認

改定後
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

F000注3、F100注10
F400注9、F500注6
(F200注8)

医薬品の適正給付（湿布薬）

薬剤管理

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見直す

改定前	改定後
【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 (追加)	【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て、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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】 (新設)	【投薬 薬剤料】 F200注8 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。

銘柄、剤形、成分等は合算して70枚

1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、超過分の薬剤料を算定しない。ただしやむを得ない場合はその理由を記載する

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。

投薬全量、一日分の用量（何日分相当）を記載する

処方料（報告要件 向精神薬）

薬剤管理

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

向精神薬の適切な処方促進

改定前	改定後
【処方料】 [算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に 1 回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。 [別紙様式40] 6 月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること	【処方料】 [算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。 [別紙様式40] <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

処方料（向精神薬）

薬剤管理

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

向精神薬の適切な処方促進
(多剤処方の抑制)

改定前	改定後
【処方料】 1 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 抗うつ薬と抗精神病薬は、 4種類以上→3種類以上	【処方料】 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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。）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	【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 <u>（削除）</u> 臨時の投薬等のもの <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>

患者の病状等によりやむを得ず投与するもの

F200注2
F400 1

薬剤料・処方せん料（向精神薬）

薬剤管理

F100 1 処方料

向精神薬の適切な処方促進
（多剤処方の抑制）

改定前	改定後
【薬剤料】 注2 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。） 【処方せん料】 1 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。）	【薬剤料】 F200注2 注2 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及び<u>3種類</u>の抗うつ薬又は<u>3種類</u>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。）を行った場合には、<u>抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u> 〔算定要件〕 （「臨時の投薬等のもの」及び「<u>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】 F400 1 1 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及び<u>3種類</u>の抗うつ薬又は<u>3種類</u>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。）を行った場合 30点 〔算定要件〕 （「臨時の投薬等のもの」及び「<u>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。）

外来後発医薬品使用体制加算

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

改定後

【処方料】

注11 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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 **4点** (1 処方につき)
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 **3点** (1 処方につき)

たかが4点に思えるが、体制加算なので初・再診料が4点アップすると考えると大きい (MPI)

「薬剤部門又は薬剤師」 医師が関わることで可能か (MPI)

【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。

(3) は、調剤の「後発医薬品調剤体制加算」でも規定されており、極端に基準算定の分母が少ない場合を除外するもの

一般名処方加算

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

改定前	改定後
【処方せん料】 注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付 1 回につき 2 点を加算する。	【処方せん料】 注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付 1 回につきそれぞれ加算する。 イ 一般名処方加算 1 3点 (新) ロ 一般名処方加算 2 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。	【算定要件】 <u>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</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。

全ての処方薬を一般名にした場合を追加

1 処方せん1品目の場合は2点を算定
3点は2品目以上（後発医薬品が存在する全ての医薬品）記載の処方せんが対象となる

外来化学療法加算

外来化学療法加算（8項目）について、点数を引き上げる

改定前	改定後
【外来化学療法加算】 イ 外来化学療法加算 1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 780 点 ② 15歳以上 580 点 (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 630 点 ② 15歳以上 430 点 □ 外来化学療法加算 2 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 700 点 ② 15歳以上 450 点 (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 600 点 ② 15歳以上 350 点	【外来化学療法加算】 イ 外来化学療法加算 1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 <u>820点</u> ② 15歳以上 <u>600点</u> (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 <u>670点</u> ② 15歳以上 <u>450点</u> □ 外来化学療法加算 2 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 <u>740点</u> ② 15歳以上 <u>470点</u> (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 <u>640点</u> ② 15歳以上 <u>370点</u>

評価の引き上げ

リハビリテーション通則（実施場所の拡充）

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

改定前	改定後
【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。 日常生活に即したリハビリの対応	【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。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。 (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。

このような場所もリハビリ対象となる

 - ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）の訓練を行うもの。
 - (4) 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。

心大血管疾患リハビリテーション料（施設基準）

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

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

改定前	改定後
【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(Ⅱ)（1単位） 105 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、（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。	【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(Ⅱ)（1単位） 125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（<u>心大血管疾患リハビリテーション料（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。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む）</u>がそれぞれ1名以上勤務していること。

リハビリテーションを実施する時間帯に勤務していればよい

評価引き上げ

H000注2,3 心大血管疾患リハビリテーション料（早期加算、初期加算）

早期からのリハビリテーションを推進

対象を急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限定

改定前	改定後
[算定対象]早期加算、初期加算 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	[算定対象]早期加算、初期加算 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（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。）
注2（略）、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 注3（略）治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。	注2（略）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から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 注3（略）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から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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

[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。

脳血管疾患等リハビリテーション料

標準的算定日数等に係る起算日を見直す

改定前			改定後		
脳血管疾患等リハビリテーション料					
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)			1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)		245点
イ □以外の場合		245点	廃用症候群は独立した点数になった		
□ 廃用症候群の場合		180点			
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)			2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)		200点
イ □以外の場合		200点			
□ 廃用症候群の場合		146点			
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)			3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)		100点
イ □以外の場合		100点			
□ 廃用症候群の場合		77点			発症等から
[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。			[標準的算定日数の起算日] 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。		
最初に診断された時点から					
注1 (略)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。(略)			注1 (略)それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診 断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。(略)		

[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。

H001注2,3 脳血管疾患等リハビリテーション料（早期加算、初期加算）

早期からのリハビリテーションを推進

対象を急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限定

改定前	改定後
【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	【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（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。）

[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。

H001注4 脳血管疾患等リハビリテーション料（介護保険への移行） 1/2

標準的算定日数を超えて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、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

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は、本則の100分の60を算定する

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注4（略）必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注4（略）必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

本則の100分の60に引き下げ

脳血管疾患等リハビリテーション料 注4の規定（要介護被保険者）

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位）		イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位）	147点
(1) (2)以外の場合	221点	廃用症候群は独立した点数になった	
(2) 廃用症候群の場合	162点		
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位）		ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位）	120点
(1) (2)以外の場合	180点		
(2) 廃用症候群の場合	131点		
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（1単位）		3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（1単位）	60点
(1) (2)以外の場合	90点		
(2) 廃用症候群の場合	69点		

H001注5,6

脳血管疾患等リハビリテーション料（介護保険への移行） 2/2

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は、本則の100分の80を算定する

本則の100分の90から100分の80に引き下げ

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注 5 注 4 の場合において、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保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注 4 に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 （追加） 介護保険リハの実績がない場合 目標設定等支援・管理料を算定していないと、算定期間1/3経過後に10%減額	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注 5 注 4 の場合において、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保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注 4 に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 注 6 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去 3 月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

【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。 さらに2年延長	【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30年 4 月 1 日以降は「注 4 」の対象とはならないものとする。
--	---

H003-4 目標設定等支援・管理料の算定要件

すぐに介護に移行しない場合でも通所リハビリを実施するか、通所リハビリ施設との連携は必須

廃用症候群リハビリテーション料

改定後		廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける
(新) 廃用症候群リハビリテーション料		
1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	180点	
2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	146点	
3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	77点	脳血管リハビリ（180日）から独立して120日まで

注 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ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。

[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、
- (2) 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。

180日

兼任は可能

廃用症候群リハビリテーション料（加算）

廃用症候群リハビリテーション料

注 2 早期加算

注 1 本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から**30日**に限り、**早期リハビリテーション加算**として、1 単位につき**30点**を所定点数に加算する。

注 3 初期加算

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注 1 本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から**14日**に限り、**初期加算**として、1 単位につき**45点**を更に所定点数に加算する。

注 4 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（本則の100分の60）

注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注 1 に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（1 単位） **108点**
- ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（1 単位） **88点**
- ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（1 単位） **46点**

[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30年4月1日以降は「注 4」の対象とはならないものとする。

注 5 介護保険リハの実績がない場合

注 4 の場合において、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保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注 4 に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の**100分の80**に相当する点数により算定する。

注 6 目標設定等支援・管理料を算定していない場合

注 1 本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から**40日**を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去 3 月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の**100分の90**に相当する点数により算定する。

運動器リハビリテーション料

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

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

改定前	改定後
【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 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	【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） 185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

5点アップ

注 1 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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。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、150日を超えて所定点数を算定することができる。

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内に限り所定点数を算定する。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、150日を超えて所定点数を算定することができる。

発症等から

最初に診断された時点から

医科診療報酬点数表に関する事項（20160304）
（9）「注 1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から150日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から150日以内とする。

[経過措置]

平成28年 3月31日時点で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。

H002注2,3

運動器リハビリテーション料（早期加算、初期加算）

早期からのリハビリテーションを推進	
改定前	改定後
【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>

対象を急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限定

[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。

H002注4

運動器リハビリテーション料（介護保険への移行） 1/2

標準的算定日数を超えて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、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

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は、本則の100分の60を算定する

改定前	改定後
【運動器リハビリテーション料】 注4（略）必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。	【運動器リハビリテーション料】 注4（略）必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位） 163点	イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位） 111点
ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位） 154点	ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位） 102点
ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（1単位） 85点	ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（1単位） 51点

本則の100分の60

運動器リハビリテーション料（介護保険への移行） 2/2

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は、本則の100分の80を算定する

本則の100分の90から100分の80に引き下げ

改定前	改定後
【運動器リハビリテーション料】 注5 注4の場合において、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保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 （追加） 介護保険リハの実績がない場合 目標設定等支援・管理料を算定していないと、算定期間1/3経過後に10%減額	【運動器リハビリテーション料】 注5 注4の場合において、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保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から50日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

【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。	【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30年4月1日以降は「注4」の対象とはならないものとする。
---	---

さらに2年延長

H003-4 目標設定等支援・管理料の算定要件

すぐに介護に移行しない場合でも通所リハビリを実施するか、通所リハビリ施設との連携は必須

H003注2,3

呼吸器リハビリテーション料（初期加算、早期加算）

早期からのリハビリテーションを推進		発症等から7日目、又は治療開始日の早い方	
改定前		改定後	
【呼吸器リハビリテーション料】 注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 注 3 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、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。		【呼吸器リハビリテーション料】 注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<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>から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 注 3 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、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<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>から起算して14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。	
早期リハビリテーション加算、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		早期リハビリテーション加算、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>）	
対象を急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限定			

[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。

要介護被保険者等に対するリハビリテーション
機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

改定後

(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**

注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

[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。

人生の価値観

連携

この点数を算定していないと、1/3経過後に減額

[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。

H

維持期リハビリテーションの介護保険への移行（供給期間）

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

改定前	改定後
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>

目標設定等支援・管理料の算定が条件

摂食機能療法

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

改定前	改定後
[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。	[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、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、<u>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>

摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大

胃瘻設置防止（経口摂取を評価）

H004注2

摂食機能療法（経口摂取回復促進加算） 1/2

経口摂取回復促進加算の要件を緩和し、施設基準については、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「2」を設ける

摂食機能に対するリハビリテーションを推進

改定前	改定後
【摂食機能療法】 経口摂取回復促進加算 185点	【摂食機能療法】 イ 経口摂取回復促進加算 <u>1</u> 185点 □ 経口摂取回復促進加算 <u>2</u> 20点 （新）
摂食機能療法 注2 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、（中略）経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。	摂食機能療法 注2 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、（中略）当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 経口摂取回復促進加算 1 185点 □ 経口摂取回復促進加算 2 20点

H004注2

摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）2/2

[施設基準] 経口摂取回復促進加算 2

(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。

リハビリテーション専門職の専従規定

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

改定後
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。 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。

リンパ浮腫複合的治療料 1/2

改定後	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係る項目を新設
(新) リンパ浮腫複合的治療料 1 重症の場合 200点 2 1 以外の場合 100点	

注 1 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、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回算定する。

注 2 1 の場合は月 1 回（当該治療を開始した日の属する月から起算して 2 月以内は計 11 回）を限度として、2 の場合は 6 月に 1 回を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

<関連点数>
「B001-7 リンパ浮腫指導管理料

リンパ浮腫複合的治療料 2/2

[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、手動的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回40分以上、それ以外の場合は1回20分以上行った場合に算定する。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。

通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算） 1/2 精神

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

児童・思春期の患者に専門的な精神科医療を評価

改定後	
(新) 児童思春期精神科専門管理加算 1 500点（1回につき）	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 2 1,200点（初診から3ヶ月以内に1回）	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

改定前	改定後
【通院・在宅精神療法】 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。	【通院・在宅精神療法】 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

(追加)

注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関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保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、**児童思春期精神科専門管理加算**として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、□については、1回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） **500点**

□ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） **1,200点**

通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算） 2/2

[算定要件]児童思春期精神科専門管理加算

(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。

通院・在宅精神療法（向精神薬）

精神

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・在宅精神療法の評価を引き下げ

向精神薬の適切な処方促進

改定前	改定後
【通院・在宅精神療法】 （追加） F100 1 処方料 F200注2 薬剤料 F400 1 処方せん料	【通院・在宅精神療法】 注6 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。

評価の引き下げ

〔別に厚生労働大臣が定める場合〕

- 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（向精神薬）

精神
薬剤管理

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、精神科継続外来支援指導料の評価を引き下げる

向精神薬の適切な処方促進

改定前	改定後
【精神科継続外来支援・指導料】 注2 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。 （追加） 抗うつ薬と抗精神病薬は、4種類以上→3種類以上	【精神科継続外来支援・指導料】 注2 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、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。）には、算定しない。 注5 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。

評価の引き下げ

【別に厚生労働大臣が定める場合】

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。

救急患者精神科継続支援料

精神

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

改定後		自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価
(新) 救急患者精神科継続支援料		
1 入院中の患者	435点	
2 1 以外	135点	

注 1 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、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したのに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。

注 2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り、算定する。

注 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月以内に限り、計6回を限度として算定する。

[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精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。

認知療法・認知行動療法

精神

認知療法・認知行動療法に新たな区分を新設
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

改定前	改定後
【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 350点</u>

認知療法は時間がかかるため、算定が少ない
→看護師の対応を拡大
→うつ病対策の促進

[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、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
 - ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。
- (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。

医師の負担軽減

[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。

依存症集団療法

精神

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を評価

改定後

薬物依存症に対する集団療法の評価

(新) 依存症集団療法 **340点**（1回につき）

注 1 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、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として算定する。ただし、特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年以内に限り、更に週1回かつ計24回を限度として算定できる。

注 2 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

- [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。

精神科ショートケア

精神

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 日以上ショートケアの算定を可能とする

長期にわたる頻回の精神科
ショートケアの適正化

改定前	改定後
【精神科ショート・ケア】 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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。	【精神科ショート・ケア】 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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 日を超えて算定する場合にあっては、 患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</u>

【特に定める場合】
以下を全て満たすこと。

- ① 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
- ② 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
- ③ 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

精神科デイ・ケア

精神

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 日以上ショートケアの算定を可能とする

長期にわたる頻回の精神科デイ・ケアの適正化

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。）

改定前	改定後
【精神科デイ・ケア】 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して 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。 (追加) 新設された病棟の対象拡大 A318 (新設) 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	【精神科デイ・ケア】 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して 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。ただし、週 3 日を超えて算定する場合にあっては、<u>患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</u> 注 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して 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、<u>長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u>

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

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。

精神科ナイト・ケア

精神

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 日以上ショートケアの算定を可能とする

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。）

改定前	改定後
【精神科ナイト・ケア】 注 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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。 <u>(追加)</u> 長期にわたる頻回の精神科ナイト・ケアの適正化	【精神科ナイト・ケア】 注 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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 日を超えて算定する場合にあっては、 患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</u> 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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、長期の入院歴を有する患者を除き、当 該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数 により算定する。

精神科デイ・ナイト・ケア

精神

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 日以上ショートケアの算定を可能とする

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。）

改定前	改定後
【精神科デイ・ナイト・ケア】 注 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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。 <u>(追加)</u>	【精神科デイ・ナイト・ケア】 注 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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 日を超えて算定する場合にあっては、 患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</u> 注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア 又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から 起算して 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、長期の入院歴を有する患者を除き、当 該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数 により算定する。

長期にわたる頻回の精神科デ
イ・ナイト・ケアの適正化

精神科訪問看護・指導料 1/3

精神
在宅看取

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

改定前	改定後
【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 485点 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 160点 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 (1) 同一日に2人 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	【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 580点 (2) 週3日目まで30分未満の場合 445点 (3) 週4日目以降30分以上の場合 680点 (4) 週4日目以降30分未満の場合 530点 □ 准看護師による場合 (1) 週3日目まで30分以上の場合 530点 (2) 週3日目まで30分未満の場合 405点 (3) 週4日目以降30分以上の場合 630点 (4) 週4日目以降30分未満の場合 490点 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 160点 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 (1) 同一日に2人 ① 週3日目まで30分以上の場合 580点 ② 週3日目まで30分未満の場合 445点 ③ 週4日目以降30分以上の場合 680点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 530点

評価の引き上げ

精神科訪問看護・指導料 2/3

改定前	改定後
(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 ② 週3日目まで 30分未満の場合 220点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 338点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 263点 □ 准看護師による場合 (1) 同一日に2人 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 485点 (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 ② 週3日目まで 30分未満の場合 200点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 313点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 243点	(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 293点 ② 週3日目まで 30分未満の場合 225点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 343点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 268点 □ 准看護師による場合 (1) 同一日に2人 ① 週3日目まで 30分以上の場合 530点 ② 週3日目まで 30分未満の場合 405点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 630点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 490点 (2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 268点 ② 週3日目まで 30分未満の場合 205点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 318点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 248点

精神科訪問看護・指導料 3/3

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、訪問看護療養費を算定した月は、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。（末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者等の場合を除く）
※精神科訪問看護・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。

改定前	改定後
【精神科訪問看護・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、精神科訪問看護・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、この限りでない。 訪問看護療養費と在宅患者訪問看護・指導料等は原則同月算定はできない	【精神科訪問看護・指導料】 [留意事項] 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精神科訪問看護・指導料を算定できない。 ① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者 ② 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日以上上の指定訪問看護が計画されているもの ③ 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 ④ 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

※ 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

精神科訪問看護指示料（衛生材料等提供加算）

精神

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つて、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

改定後
(新) 衛生材料等提供加算 80点 （月 1 回）

注 3 注 1 の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、80点を所定点数に加算する。

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

[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。

精神科重症患者早期集中支援管理料 1/2

精神

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。

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

改定前				改定後			
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 1				精神科重症患者早期集中支援管理料 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	
□ 同一建物居住者				□ 単一建物診療患者数が２人以上の場合		1,350点	
(1) 特定施設等の入居者		900点		特定施設等を削除			
(2) (1)以外		450点					
精神科重症患者早期集中支援管理料 2				精神科重症患者早期集中支援管理料 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				□ 単一建物診療患者数が２人以上の場合		1,100点	
(1) 特定施設等の入居者		740点					
(2) (1)以外		370点					

精神科重症患者早期集中支援管理料 2/2

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
障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する

改定前	改定後
[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	[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 <u>(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)</u> <u>(削除)</u>

障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除

作業療法士については常勤要件を設けない
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

改定前	改定後
[施設基準] ① 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 ② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。 (略)	[施設基準] ① 常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 ② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。 (略)

精神科重症患者早期集中支援管理料は、障害福祉サービスと同時に算定できないものが多いとの指摘があり、今回の改定は本点数の算定を促進するもの

「精神疾患患者の生活には、医療費を充当しない」この流れはこれからも続く..

要件の緩和

J通則
K通則

手術・処置の時間外等加算1（施設基準）

勤務環境

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

勤務医の負担軽減

改定前	改定後
【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間12日以内であること。	【手術・処置の時間外等加算1】 〔施設基準〕 (2) <現行通り> 手術前日の当直回数の制限を緩和 (3) (2) の当直等を行った日が年間12日以内（<u>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</u>）であること。

J002注1等
J022注1等

処置料（小児加算）

小児

処置料に規定されている、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

改定前	改定後
【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）	【処置料】（例） 【ドレーン法(ドレナージ)】 J002注1等 注 3歳未満の乳幼児の場合は、<u>110点</u>を加算する。 【高位浣腸】 J022注1 注 3歳未満の乳幼児の場合は、<u>55点</u>を加算する。 （※）既存の加算項目について、点数を<u>1割</u>増点する。

人工腎臓（評価の適正化、透析困難者等加算）

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

改定前	改定後
【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4 時間未満の場合 2,030点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,195点 ハ 5 時間以上の場合 2,330点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,245点 注 3 透析困難者等加算	【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4 時間未満の場合 2,010点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,175点 ハ 5 時間以上の場合 2,310点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,225点 注 3 透析困難者等加算

実態に合わせて引き下げ

〔対象患者〕 注 3 透析困難者等加算
「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。

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

難病指定が306疾患に増えたことの対応

〔対象患者〕 注 3 透析困難者等加算
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）

助成の対象者

人工腎臓（下肢末梢動脈疾患指導管理加算）

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

改定前	改定後
【人工腎臓】 <u>（追加）</u> 下肢末梢動脈疾患重症化 予防の評価	【人工腎臓】 注10 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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月 1 回を限度として所定点数に100点を加算する。

- 【施設基準】
- ① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、「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・拳上試験等を実施した上で、虚血性病変が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。

② ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行っていること。

③ ①及び②の内容を、診療録に記載していること。

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。

周術期口腔機能管理後手術加算

歯科連携

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

改定前	改定後
【手術 通則】【医科点数表】 17 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、第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、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】 17 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、第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200 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200 点を所定点数に加算する。

がんの手術は、次善に歯科医が関与すると加算が算定できる

参考：歯科点数表

手術等医療技術 1/2

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

改定後	
(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	新設の例

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。

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。

改定後	改定後
[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) 腹腔鏡下臍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)

K

手術等医療技術 2/2

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

新たに保険導入

改定後
[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

改定後
(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) 腹腔鏡下仙骨腔固定術 (10) 硬膜外自家血注入療法 (11) 食道アカ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

手術内容がほとんど同じであるK721内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術とK721-2内視鏡的大腸ポリープ切除術（点数同じ。）を合理化し、K721-2は削除する。同様に、K743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、K743-3を削除し、項目を一本化する。

改定前	改定後
【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 【脱肛根治手術】 5,360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 <u>（削除）</u> <u>（削除）</u>

内容がほとんど同じ手術を一本化

K664
K939-5 胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能（減算要件の見直し） 1/2

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

改定前	改定後
【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 〔施設基準〕 こちらも同様 胃瘻造設術を実施した症例数が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は100分の80に減算。 ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑤までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。 ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者 ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者 ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者 ④ 意識障害があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。） ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者	【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 <u>意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等</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

対象を追加

K664
K939-5 胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能（減算要件の見直し） 2/2

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

改定前	改定後
(新設) 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。 対象を追加 要件の強化	⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者 イ) 以下のいずれかを満たしていること。 ① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。 ② 胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること。 a. 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、3年以上の勤務経験を有するリハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科の医師又は神経内科の医師のうち複数の診療科の医師の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。 b. 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行った上で、胃瘻造設に関する同意を得ること。

放射線治療（小児加算）

小児

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

評価の引き上げ

放射線治療	改定前	改定後
新生児加算	60/100	80/100
乳幼児加算（3歳未満）	30/100	50/100
幼児加算（3歳以上6歳未満）	15/100	30/100
小児加算（6歳以上15歳未満）	10/100	20/100

改定前	改定後
[放射線治療] (追加) 2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。	[放射線治療] 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM001－3まで及びM002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

放射線治療（特定保険医療材料）

第12部放射線治療に第 2 節特定保険医療材料料の節を新設する

新たなコンセプトの医療材料
の保険適用にともなうもの

改定前	改定後
【放射線治療】 （新設）	【放射線治療】 第 2 節 特定保険医療材料料 特定保険医療材料 M200 材料価格を 10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

N

病理診断（連携）

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

常勤の検査技師の配置要件の見直し
診療情報提供の義務化

改定前	改定後
【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。</u> <u>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**受取側**の施設基準

改定前	改定後
【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>	【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>

病理診断科を標榜する保険医療機関の追加、複数の常勤医師の鏡検を義務化
衛生検査所から受け取る標本割合の制限

DPC/PDPS 1/3

入院基本料等の見直し等の反映

改定後
(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。

各医療機関別係数の見直しに係る対応

改定後
(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（医療機関係数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。

DPC/PDPS 2/3

改定後
(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。
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値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。

算定ルール等
の見直し

改定後
(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。

退院患者調査
の見直し

改定後
調査項目の見直し行う等、必要な措置を講ずる。

DPC/PDPS 3/3

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕

①保険診療指数

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

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。

⑤救急医療指数

現行の評価方法を継続する。

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。

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	×

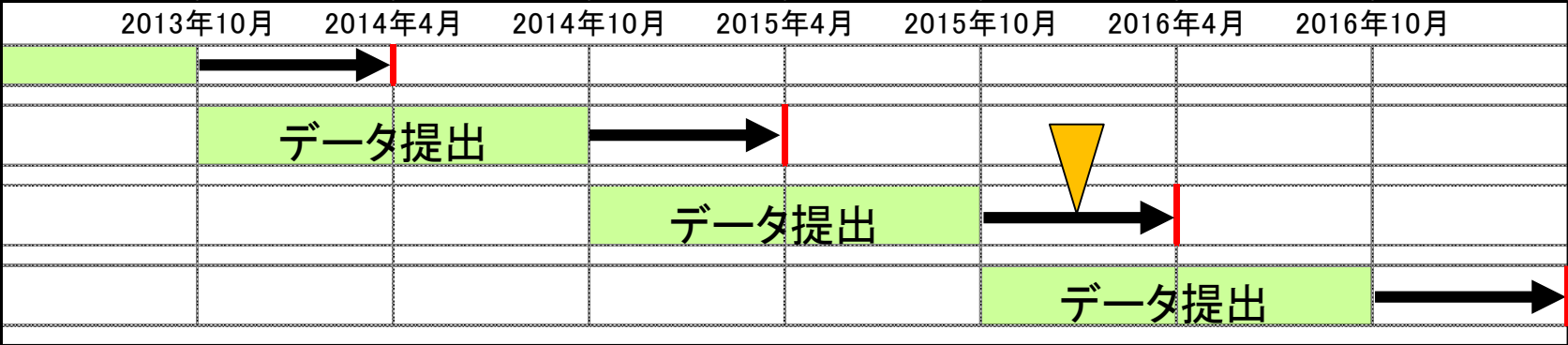
参考資料

DPC/PDPS
機能評価係数Ⅱ

係数の財源(イメージ)

2012年3月31日まで	調整係数	調整係数(病院ごとに設定)				
2012年4月1日から	基礎係数＋暫定調整係数＋機能評価係数Ⅱ	基礎係数(3区分)	暫定調整係数	1/4		
機能評価係数Ⅱ	6係数(データ提出、複雑性、効率性、カバー率、地域医療、救急医療)					
2014年4月1日から	基礎係数＋暫定調整係数＋機能評価係数Ⅱ	基礎係数(3区分)		2/4		
機能評価係数Ⅱ	7係数(保険診療、複雑性、効率性、カバー率、地域医療、救急医療、後発医薬品)					
2016年4月1日から	基礎係数＋暫定調整係数＋機能評価係数Ⅱ	基礎係数(3区分)		機能評価係数Ⅱ		
機能評価係数Ⅱ	8係数？(保険診療、複雑性、効率性、カバー率、地域医療、救急医療、後発医薬品、重症度)			3/4		
2018年4月1日から	基礎係数＋機能評価係数Ⅱ	(基礎係数)	(機能評価係数Ⅱ)			

データ提出スケジュール (機能評価係数Ⅱは毎年4月に再設定)



訪問看護

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

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

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

改定後
[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、当該患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。

訪問看護

訪問看護管理療養費 1/2

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
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

機能の高い訪問看護ステーションを評価

改定前	改定後
【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 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	【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 次のいずれかを満たすこと。 ① 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 ② 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 ③ 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上 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

要件が緩和され、
小児の要件を追加

訪問看護

訪問看護管理療養費 2/2

改定前	改定後
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。 機能強化型訪問看護管理療養費 2 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 5 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15回以上 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 7 人以上いること。 ホ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 のホからトを満たすものであること。	ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。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。 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 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 5 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>ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上</u> ② <u>ターミナルケア件数を合計した数が年に 10以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時3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5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 7 人以上いること。 ホ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 のホからトを満たすものであること。

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

	項目	期間	経過措置
15	ニコチン依存症管理料の要件見直し	3か月	・当該保険医療機関における過去1年の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分から適用する。
16	自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し	1年	・平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付率等の要件を満たしているものとする。
17	診療情報提供料（Ⅰ） 検査・画像情報提供加算	2年	・当該加算のイ（退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合）を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
18	電子的診療情報評価料	2年	・検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
19	救命救急入院料等における薬剤管理指導の評価の見直し	6か月	・改定前の薬剤管理指導料の1（救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合）は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできない。
20	在宅医療専門の医療機関に関する評価	1年	・在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在総管及び施設総管について、所定点数の80/100を算定するところ、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
21	在宅医療専門の医療機関に関する評価	1年	・在宅療養支援歯科診療所以外の保険医療機関であって、歯科訪問診療料の注13に規定する基準を満たさないものは、注13に規定する点数（歯科初診料・歯科再診料に相当する点数）を算定するところ、平成29年3月31日までの間は歯科訪問診療料1，2，3により算定できる。
22	在宅療養支援歯科診療所の要件追加	1年	・在宅療養支援歯科診療所について、主として歯科訪問診療を実施する診療所については新たな要件が追加されるが、平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
23	在宅時医学総合管理料の対象となる住居	1年	・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住居に居住している際に、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。
24	ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し	1年	・平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。
25	向精神薬多剤投与に係る報告		・向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。 ・平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。

	項目	期間	経過措置
26	疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の要件見直し		・平成28年3月31日時点で初期加算又は早期リハビリテーション加算を算定している患者は、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を引き続き適用する。
27	疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の起算日見直し		・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合を含む。）及び運動器リハビリテーション料を算定している患者は、当該時点における算定上限日数を引き続き適用する。
28	廃用症候群リハビリテーション料の新設		・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合）を算定している患者については、当該時点の算定上限日数を引き続き適用する。
29	維持期リハビリテーションの経過措置の延長	2年延長	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者に対する維持期リハビリテーションは、原則として平成30年3月31日までに介護保険へ移行するものとする。
30	要介護被保険者等に対するリハビリテーション	6か月	・目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の減算（所定点数の90/100を算定する。）については、平成28年10月1日から実施する。
31	1回の処方で抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合の通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援指導料の減算	6か月	・減算しない場合の要件として、「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。 ・減算しない場合の要件として、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。
32	訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定	1年	・同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。
33	精神科デイ・ケア等における患者の意向の聴取	1年	・1年を超えて精神科デイ・ケア等を実施する患者に対する意向の聴取については、平成29年3月31日までの間、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても実施可能とする。
34	紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入	6か月	・自治体による条例の制定等が必要な公的医療機関の導入については、条例の制定等に要する期間を考慮し、平成28年9月30日まで猶予措置を設ける。
35	一部負担金のない患者に対する明細書無料発行	2年	・自己負担のない患者（全額公費負担の患者を除く。）に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、平成30年3月31日までの猶予

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

要件	期間	対象病棟	経過措置
該当患者割合	6か月	7対1入院基本料、看護必要度加算（10対1）、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（13対1）、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票研修	6か月	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（13対1）、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7）	・平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない。 ・評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日以降も当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価表を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

厚労省保険局医療課説明資料（2016年3月4日）から