



# 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）  
 発行者：（株）ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29 デルタビル3階 TEL 082-243-7331

## —速報【診療所】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、10時11分頃に、平成28年度診療報酬改定が中  
 医協より厚生労働大臣に答申されました（本速報は10時11分頃の答申時点の資料に基づいていま  
 す）。【診療所】における主だった改定項目は以下の通りです。

### 有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

有床診療所入院基本料に在宅復帰機能強化加算を設ける。

有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点（1日につき）（新）

#### [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。

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点（1日につき）（新）

#### [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。
  - 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。

### 短期滞在手術等基本料3の見直し

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

旧	新
【短期滞在手術等基本料3】	【短期滞在手術等基本料3】 ※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。

<p>[対象手術等] イ～チ 略 リ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの <u>(新設)</u></p> <p>ヌ K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 <u>(新設)</u></p> <p>ル～カ 略 ヨ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳未満に限る。) <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>タ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳未満に限る。) <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) ツ～ム 略 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p>	<p>[対象手術等] イ～チ 略 リ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(片眼) ヌ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(両眼) ル K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片眼) ヲ K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両眼) ワ～タ 略 レ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) ソ 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。) ツ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) ネ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) ナ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) ラ 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。) ム 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。) ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) キ～ヤ 略 マ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 ケ K768体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 フ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療</p>
--	---

<p>短期滞在手術等基本料3の包括範囲について、一部に高額の医療を要する患者がみられることから、包括範囲の見直しを行う。</p>	
旧	新
<p>[包括範囲] 全診療報酬</p>	<p>[包括範囲] 下記以外は包括とする。 ① 第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料 ② 人工腎臓 ③ 抗悪性腫瘍剤 ④ 疼痛コントロールのための医療用麻薬 ⑤ 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。) ⑥ 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。) ⑦ 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。) ⑧ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若</p>

	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。) ⑨ 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
--	---

**地域加算の見直し**

国家公務員の地域手当と同様に、診療報酬上の地域加算の地域区分を見直す。

旧		新	
【地域加算】 (1日につき)		【地域加算】 (1日につき)	
1級地	18点	1級地	18点
2級地	15点	2級地	15点
3級地	12点	3級地	14点
4級地	10点	4級地	11点
5級地	6点	5級地	9点
6級地	3点	6級地	5点
(新設)		7級地	3点

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。

**常勤配置の取扱いの明確化**

1. 施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法に定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、当該休業を取得している期間については、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことを原則認める。
2. 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

旧	新
【第1 基本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】 (新設)	【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

	<p>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。</p> <p>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。</p>
--	---

**画像診断管理加算の夜間等における負担軽減**

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

旧	新
<p>【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】</p> <p>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。</p> <p>[施設基準等] (新設)</p>	<p>【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】</p> <p>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。</p> <p>[施設基準等]</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

**認知症に対する主治医機能の評価**

認知症の患者に対する主治医機能について、評価を新設する。

<p>認知症地域包括診療料</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。</p> <p>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。</p>	<p>1,515点(月1回)(新)</p>
---	-----------------------

(3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

認知症地域包括診療加算

30点(新)

[算定要件]

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

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

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括診療料等の施設基準の緩和

地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準を緩和する。

旧	新
<p><b>【地域包括診療料】</b> [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。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 時間外対応加算1の届出を行っていること。</li> <li>② 常勤の医師が3名以上配置されていること。</li> <li>③ 在宅療養支援診療所であること。</li> </ul> <p>イ 病院の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪番制病院であること。</li> <li>② 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。</li> <li>③ 在宅療養支援病院の届出を行っていること。</li> </ul> <p><b>【地域包括診療加算】</b> [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</p>	<p><b>【地域包括診療料】</b> [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。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 時間外対応加算1の届出を行っていること。</li> <li>② 常勤の医師が<u>2名</u>以上配置されていること。</li> <li>③ 在宅療養支援診療所であること。</li> </ul> <p>イ 病院の場合 (削除)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。</li> <li>② 在宅療養支援病院の届出を行っていること。</li> </ul> <p><b>【地域包括診療加算】</b> [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</p>

<p>対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。</p> <p>① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。</p> <p>② 常勤の医師が3名以上配置されている。</p> <p>③ 在宅療養支援診療所である。 (略)</p>	<p>対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。</p> <p>① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。</p> <p>② 常勤の医師が2名以上配置されている。</p> <p>③ 在宅療養支援診療所である。 (略)</p>
--	--

**小児かかりつけ医の評価**

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

小児かかりつけ診療料 (新)

1 処方せんを交付する場合	
イ 初診時	602点
ロ 再診時	413点
2 処方せんを交付しない場合	
イ 初診時	712点
ロ 再診時	523点

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

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

[算定要件]

- (1) 対象患者は、継続的に受診している3歳未満の患者 (3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については未就学児まで算定できる。) であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者とし、原則として1か所の保険医療機関が算定する。
- (2) 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導及び診療を行うこと。
- (4) 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- (5) 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。
- (6) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- (7) 上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示すること。

[施設基準]

- (1) 小児科外来診療料の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 時間外対応加算1又は2の届出保険医療機関であること。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師がいること。
- (4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。

- ① 初期小児救急への参加
- ② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
- ③ 定期接種の実施
- ④ 小児に対する在宅医療の提供
- ⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

**在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価**

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

旧	新
<p><b>【特定施設入居時等医学総合管理料】</b>  <b>[対象施設]</b>                      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)</p>	<p><b>【施設入居時等医学総合管理料】</b>  <b>[対象施設]</b>                      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</p>

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料について、

- (1) 月1回の訪問診療による管理料を新設
- (2) 重症度が高い患者をより評価
- (3) 「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化

旧	新
<p><b>【在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料】</b></p> <p>※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋)                      在宅時医学総合管理料                      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 同一建物居住者以外の場合 5,000点                      ② 同一建物居住者の場合 1,200点</p> <p>(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 5,300点                      ② 同一建物居住者の場合 1,500点</p>	<p><b>【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】</b>                      ※ 点数は患者の状態、訪問回数及び居住状況ごとに設定。                      ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋)                      在宅時医学総合管理料                      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                      ① 単一建物診療患者が1人の場合 5,400点                      ② 単一建物診療患者が2～9人の場合 4,500点                      ③ ①及び②以外の場合 2,880点                      (2) 月2回以上訪問診療を実施している場合(①の場合を除く。)                      ① 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点                      ② 単一建物診療患者が2～9人の場合 2,500点                      ③ ①及び②以外の場合</p>

	1,300点
	<u>(3) 月1回訪問診療を実施している場合</u>
	<u>① 単一建物診療患者が1人の場合</u>
	2,760点
	<u>② 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	1,500点
	<u>③ ①及び②以外の場合</u>
	780点
ロ 病床を有しない場合	ロ 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) 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 4,600点	<u>① 単一建物診療患者が1人の場合</u>
② 同一建物居住者の場合 1,100点	5,000点
	<u>② 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	4,140点
	<u>③ ①及び②以外の場合</u>
	2,640点
(2) 処方せんを交付しない場合	<u>(2) 月2回以上訪問診療を実施している場合 (①の場合を除く。)</u>
① 同一建物居住者以外の場合 4,900点	<u>① 単一建物診療患者が1人の場合</u>
② 同一建物居住者の場合 1,400点	4,200点
	<u>② 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	2,300点
	<u>③ ①及び②以外の場合</u>
	1,200点
	<u>(3) 月1回訪問診療を実施している場合</u>
	<u>① 単一建物診療患者が1人の場合</u>
	2,520点
	<u>② 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	1,380点
	<u>③ ①及び②以外の場合</u>
	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	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	イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合
(1) 同一建物居住者以外の場合 4,200点	<u>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</u>
(2) 同一建物居住者の場合 1,000点	4,600点
	<u>(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	3,780点
	<u>(3) (1)及び(2)以外の場合</u>
	2,400点
ロ 処方せんを交付しない場合	ロ 月2回以上訪問診療を実施している場合 (イの場合を除く)
① 同一建物居住者以外の場合 4,500点	<u>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</u>
② 同一建物居住者の場合 1,300点	3,800点
	<u>(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合</u>
	2,100点
	<u>(3) (1)及び(2)以外の場合</u>
	1,100点
	<u>ハ 月1回訪問診療を実施している場合</u>
	<u>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</u>
	2,280点

<p>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</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 3,150点 (2) 同一建物居住者の場合 760点</p>	<p>(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 1,260点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点</p>
<p>ロ 処方せんを交付しない場合</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 3,450点 ② 同一建物居住者の場合 1,060点</p>	<p>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2回以上訪問診療を実施している場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点 (2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 2,835点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点</p>
<p><b>特定施設入居時等医学総合管理料</b> ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋)</p> <p>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</p> <p>(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</p> <p>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</p>	<p>ロ 月2回以上訪問診療を実施している場合(イの場合を除く)</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,850点 (2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 1,575点 (3) (1)及び(2)以外の場合 850点</p>
<p>(2) 処方せんを交付しない場合</p> <p>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</p>	<p>ハ 月1回訪問診療を実施している場合</p> <p>(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2～9人の場合 945点 (3) (1)及び(2)以外の場合 510点</p>
<p><b>施設入居時等医学総合管理料</b> ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋)</p> <p>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</p> <p>(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</p> <p>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2～9人の場合 3,240点 ③ ①及び②以外の場合 2,880点</p>	<p><b>施設入居時等医学総合管理料</b> ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋)</p> <p>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</p> <p>(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</p> <p>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2～9人の場合 3,240点 ③ ①及び②以外の場合 2,880点</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を実施している場合(①の場合を除く。)</p> <p>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2～9人の場合 1,800点 ③ ①及び②以外の場合 1,300点</p> <p>(3) 月1回訪問診療を実施している場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点</p>

<p>ロ 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</p>	<p>② 単一建物診療患者が2～9人の場合                          1,080点                      ③ ①及び②以外の場合                          780点</p>
<p>(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</p>	<p>ロ 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2～9人の場合                              2,970点                          ③ ①及び②以外の場合                              2,640点</p>
<p>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</p>	<p>(2) 月2回以上訪問診療を実施している場合(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2～9人の場合                              1,650点                          ③ ①及び②以外の場合                              1,200点                      (3) 月1回訪問診療を実施している場合                          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2～9人の場合                              990点                          ③ ①及び②以外の場合                              720点</p>
<p>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</p>	<p>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回以上訪問診療を実施している場合                          (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2～9人の場合                              2,700点                          (3) (1)及び(2)以外の場合                              2,400点                      ロ 月2回以上訪問診療を実施している場合(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2～9人の場合                              1,500点                          (3) (1)及び(2)以外の場合                              1,100点                      ハ 月1回訪問診療を実施している場合                          (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2～9人の場合                              900点                          (3) (1)及び(2)以外の場合</p>

<p>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</p> <p>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</p> <p>重症者加算 1,000点 <u>(新設)</u></p>	<p style="text-align: right;">660点</p> <p>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2回以上訪問診療を実施している場合 (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2～9人の場合 2,025点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点</p> <p>ロ 月2回以上訪問診療を実施している場合(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2～9人の場合 1,125点 (3) (1)及び(2)以外の場合 850点</p> <p>ハ 月1回訪問診療を実施している場合 (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2～9人の場合 675点 (3) (1)及び(2)以外の場合 510点</p> <p>頻回訪問加算 600点</p> <p>[別に定める状態] 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 1. 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<sub>12</sub>製剤の投与</p>
---	--

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

<p>[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。</p>	<p>[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、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。 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。</p>
---	--

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の見直しに伴い、在宅患者訪問診療料の評価の見直しを行う。

旧	新
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b> 在宅患者訪問診療料</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 833点</p> <p>2 同一建物居住者の場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 特定施設等に入居する者の場合 203点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ イ以外の場合 103点</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b> 在宅患者訪問診療料</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 833点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 <u>203点(新)</u></p> <p style="padding-left: 20px;">(削除)</p> <p style="padding-left: 20px;">(削除)</p>

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

### 小児在宅医療に係る評価の推進

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

旧	新
<p>[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。</p> <p>[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。</p>	<p>[単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準] 当該保険医療機関において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有する又は <u>15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を過去1年間に4件以上有すること。</u></p> <p>[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 <u>過去1年間の15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を2件以上有すること。</u></p>

### 在宅医療専門の医療機関に関する評価

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

〔開設要件〕

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあ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。

2. 在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所に対する評価を新設する。

〔在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準〕

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

- (1) 在宅医療を提供した患者数を在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。
- (2) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (3) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症小児の十分な診療実績（15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績が過去1年間に10件以上）を有していること。
- (4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下であること。
- (5) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50%以上であること。

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

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

〔経過措置〕

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

**休日の往診に対する評価の充実**

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。

旧	新
<p>【往診料（加算）】</p> <p>イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急に行う往診 850点</p> <p>② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,700点</p> <p>③ 深夜の往診 2,700点</p> <p>(2) 病床を有しない場合</p>	<p>【往診料（加算）】</p> <p>イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急に行う往診 850点</p> <p>② 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,700点</p> <p>③ 深夜の往診 2,700点</p> <p>(2) 病床を有しない場合</p>

① 緊急に行う往診	750点	① 緊急に行う往診	750点
② 夜間(深夜を除く。)の往診	1,500点	② 夜間・休日(深夜を除く。)の往診	1,500点
③ 深夜の往診	2,500点	③ 深夜の往診	2,500点
□ 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		□ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が実施した場合	
(1) 緊急に行う往診	650点	(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間(深夜を除く。)の往診	1,300点	(2) 夜間・休日(深夜を除く。)の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点	(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合		ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合	
(1) 緊急に行う往診	325点	(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間(深夜を除く。)の往診	650点	(2) 夜間・休日(深夜を除く。)の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点	(3) 深夜の往診	1,300点

**在宅医療における看取り実績に関する評価の充実**

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

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(新)

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

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

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) (新)

単一建物診療患者数が1人の場合 300点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 150点

その他の場合 75点

在宅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(新)

**[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。

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。

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

旧	新
<p><b>【在宅療養実績加算】</b></p> <p>① 在宅療養実績加算 (緊急、夜間又は深夜の往診) 75点 <u>(新設)</u></p> <p>② 在宅療養実績加算(ターミナルケア加算) 750点 <u>(新設)</u></p> <p>③ 在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料) ア) 同一建物居住者以外の場合 300点 <u>(新設)</u></p> <p>イ) 同一建物居住者の場合 75点 <u>(新設)</u></p> <p>④ 在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料) ア) 同一建物居住者以外の場合 225点 <u>(新設)</u></p> <p>イ) 同一建物居住者の場合 56点 <u>(新設)</u></p> <p>⑤ 在宅療養実績加算 (在宅がん医療総合診療料) 110点 <u>(新設)</u></p> <p>[施設基準] 在宅療養実績加算</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><b>【在宅療養実績加算】</b></p> <p>① 在宅療養実績加算 1 (緊急、夜間・休日又は深夜の往診) 75点</p> <p>② 在宅療養実績加算 2 (緊急、夜間・休日又は深夜の往診) 50点(新)</p> <p>③ 在宅療養実績加算 1(ターミナルケア加算) 750点</p> <p>④ 在宅療養実績加算 2(ターミナルケア加算) 500点(新)</p> <p>⑤ 在宅療養実績加算 1(在宅時医学総合管理料) ア) 単一建物診療患者数が1人の場合 300点 イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合 150点(新) ウ) その他の場合 75点</p> <p>⑥ 在宅療養実績加算 2(在宅時医学総合管理料) ア) 単一建物診療患者数が1人の場合 200点(新) イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合 100点(新) ウ) その他の場合 50点(新)</p> <p>⑦ 在宅療養実績加算 1(施設入居時等医学総合管理料) ア) 単一建物診療患者数が1人の場合 225点 イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合 110点(新) ウ) その他の場合 56点</p> <p>⑧ 在宅療養実績加算 2(施設入居時等医学総合管理料) ア) 単一建物診療患者数が1人の場合 150点(新) イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合 75点(新) ウ) その他の場合 40点(新)</p> <p>⑨ 在宅療養実績加算 1 (在宅がん医療総合診療料) 110点</p> <p>⑩ 在宅療養実績加算 2 (在宅がん医療総合診療料) 75点(新)</p> <p>[施設基準] 在宅療養実績加算 1</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(新設)	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。
------	---

**在宅自己注射指導管理料の見直し**

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

旧	新
<b>【在宅自己注射指導管理料】</b> 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	<b>【在宅自己注射指導管理料】</b> 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) 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

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

**在宅指導管理料等の適正な評価**

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

旧	新
<b>【在宅酸素療法指導管理料】(月1回)</b> 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 (新設)	<b>【在宅酸素療法指導管理料】(月1回)</b> 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 <b>【在宅酸素療法材料加算】(3月に3回)</b> 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)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び治療器加算について、ASV療法に対する評価を新たに追加するとともに、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けたうえで、医師の判断に基づき患者が受診しない月も含め、1回の受診で最大3月分まで、使用される機器の費用を算定できることとする。

旧	新
<b>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】</b> (新設)	<b>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】</b> (月に1回) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点(新)



旧	新
【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】 2月に2回に限り、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】 3月に3回に限り、所定点数に加算する。

**病院・診療所からの訪問看護の評価**

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。

旧	新
<p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</p> <p>イ 週3日目まで 555点</p> <p>ロ 週4日目以降 655点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 505点</p> <p>ロ 週4日目以降 605点</p> <p>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</p> <p><b>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 555点</p> <p>(2) 週4日目以降 655点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 278点</p> <p>(2) 週4日目以降 328点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 505点</p> <p>(2) 週4日目以降 605点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 253点</p> <p>(2) 週4日目以降 303点</p> <p><b>【精神科訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 精神科訪問看護・指導料(I)</p> <p>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</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 675点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 525点</p> <p>ロ 准看護師による場合</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 525点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 400点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 625点</p>	<p><b>【在宅患者訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</p> <p>イ 週3日目まで 580点</p> <p>ロ 週4日目以降 680点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 530点</p> <p>ロ 週4日目以降 630点</p> <p>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</p> <p><b>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 580点</p> <p>(2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 293点</p> <p>(2) 週4日目以降 343点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 530点</p> <p>(2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 268点</p> <p>(2) 週4日目以降 318点</p> <p><b>【精神科訪問看護・指導料】</b></p> <p>1 精神科訪問看護・指導料(I)</p> <p>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</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>ロ 准看護師による場合</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p>

(4) 週4日目以降 30分未満の場合	485点	(4) 週4日目以降 30分未満の場合	490点
2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160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)		3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合		イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1) 同一日に2人		(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	575点	① 週3日目まで 30分以上の場合	580点
② 週3日目まで 30分未満の場合	440点	② 週3日目まで 30分未満の場合	445点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	675点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	680点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	525点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	530点
(2) 同一日に3人以上		(2) 同一日に3人以上	
① 週3日目まで 30分以上の場合	288点	① 週3日目まで 30分以上の場合	293点
② 週3日目まで 30分未満の場合	220点	② 週3日目まで 30分未満の場合	225点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	338点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	343点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	263点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	268点
ロ 准看護師による場合		ロ 准看護師による場合	
(1) 同一日に2人		(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	525点	① 週3日目まで 30分以上の場合	530点
② 週3日目まで 30分未満の場合	400点	② 週3日目まで 30分未満の場合	405点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	625点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	630点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	485点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	490点
(2) 同一日に3人以上		(2) 同一日に3人以上	
① 週3日目まで 30分以上の場合	263点	① 週3日目まで 30分以上の場合	268点
② 週3日目まで 30分未満の場合	200点	② 週3日目まで 30分未満の場合	205点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	313点	③ 週4日目以降 30分以上の場合	318点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	243点	④ 週4日目以降 30分未満の場合	248点
【退院前訪問指導料】		【退院前訪問指導料】	
退院前訪問指導料	555点	退院前訪問指導料	580点

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

診療情報提供料(Ⅰ) 検査・画像情報提供加算の新設

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(新)

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(新)

[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。

電子的診療情報評価料の新設

電子的診療情報評価料 30点(新)

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主

要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

[2及び3に係る施設基準]  
 (1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。  
 (2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

**初期加算、早期加算の算定要件等の見直し**

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

旧	新
<p><b>【心大血管疾患リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[算定対象]                      心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの</p> <p>[算定できる期間の起算日]                      治療開始日</p> <p><b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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</p> <p><b>【運動器リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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</p> <p><b>【呼吸器リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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</p>	<p><b>【心大血管疾患リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[算定対象]                      心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの(急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。)</p> <p>[算定できる期間の起算日]                      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</p> <p><b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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。)</p> <p><b>【運動器リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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(急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。)</p> <p><b>【呼吸器リハビリテーション料】</b>                      注2 早期リハビリテーション加算                      注3 初期加算</p> <p>[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(急性疾患、手術、及び慢性</p>

<p>[算定できる期間の起算日] 治療開始日</p>	<p>疾患の急性増悪等の患者に限る。)</p> <p>[算定できる期間の起算日] 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</p> <p><b>【廃用症候群リハビリテーション料】(新)</b> 注 早期リハビリテーション加算</p> <p>[算定できる期間] 廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 30日</p> <p>注 初期加算</p> <p>[算定できる期間] 廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 14日</p>
<p>[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。</p>	

<p>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。</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p><b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b></p> <p>[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。</p> <p><b>【運動器リハビリテーション料】</b></p> <p>[標準的算定日数の起算日] それぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日以内</p>	<p><b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b></p> <p>[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、<u>その他のものについては最初に診断された時点から 180日以内に限り所定点数を算定する。</u></p> <p><b>【運動器リハビリテーション料】</b></p> <p>[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 150日以内に限り、<u>その他のものについては最初に診断された時点から 150日以内に限り所定点数を算定する。</u></p> <p><b>【廃用症候群リハビリテーション料】(新)</b> [標準算定日数の起算日] 廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内</p>
<p>[経過措置] 平成 28 年 3 月 31 日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合を含む）及び運動器リハビリテーション料を算定している者については、当該時点における算定上限日数を適用する。</p>	

**廃用症候群リハビリテーション料の新設**

廃用症候群に対するリハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

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

**[算定要件]**

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者（※）に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定の点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

（※）急性疾患等（治療の有無を問わない。）に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

**[施設基準]**

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

**[経過措置]**

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

**要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等**

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

旧	新
<p>【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】</p>	<p>【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】</p>
<p>[維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数] 本則の100分の90</p>	<p>[維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数] 本則の100分の60</p>
<p>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテ</p>	<p>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテ</p>

<p>一シオンを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の100分の90に相当する点数により算定</p> <p>[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。</p>	<p>一シオンを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の100分の80に相当する点数により算定</p> <p>[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。</p>
--	--

<p>要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価する。</p>	
<p>目標設定等支援・管理料 (新)</p>	
<p>1 初回の場合</p>	<p>250点</p>
<p>2 2回目以降の場合</p>	<p>100点</p>
<p>[算定要件]</p>	
<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ア) 説明時点までの経過</p> <p>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。)</p> <p>ウ) 説明時点における患者の機能予後の見通し</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p>	
<p>[経過措置]</p>	

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。

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

**生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充**

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。	
旧	新
<p>【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。</p>	<p>【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)</p>
<p>[算定要件]                      (1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。                      (2) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するものであること。                      (3) 以下の訓練のいずれかであること。                          ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。                          ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。                          ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)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</p>	

かに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

**運動器リハビリテーション料の評価の充実**

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を増点する。

旧		新	
【運動器リハビリテーション料】		【運動器リハビリテーション料】	
1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	180 点	1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	185 点
2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	170 点	2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	170 点
3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	85 点	3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	85 点

**明細書無料発行の推進**

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。

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。

**がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実**

進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することの評価を新設する。

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。）（新）

[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。

**外来化学療法加算の評価の見直し**

注射の部に規定されている、通則6外来化学療法加算（8項目）について、点数の引き上げを行う。

旧		新	
【外来化学療法加算】		【外来化学療法加算】	
イ 外来化学療法加算 1		イ 外来化学療法加算 1	
(1) 外来化学療法加算A		(1) 外来化学療法加算A	
① 15歳未満	780 点	① 15歳未満	820 点

② 15歳以上	580点	② 15歳以上	600点
(2) 外来化学療法加算B		(2) 外来化学療法加算B	
① 15歳未満	630点	① 15歳未満	670点
② 15歳以上	430点	② 15歳以上	450点
□ 外来化学療法加算2		□ 外来化学療法加算2	
(1) 外来化学療法加算A		(1) 外来化学療法加算A	
① 15歳未満	700点	① 15歳未満	740点
② 15歳以上	450点	② 15歳以上	470点
(2) 外来化学療法加算B		(2) 外来化学療法加算B	
① 15歳未満	600点	① 15歳未満	640点
② 15歳以上	350点	② 15歳以上	370点

**診療所型認知症疾患医療センターの評価**

かかりつけ医が、認知症の疑いのある患者を診療所型センターに紹介した場合に、「診療情報提供料 (I) 認知症専門医紹介加算」の算定を可能とする。

診療所型センターが、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合に、「認知症専門診断管理料1」の算定を可能とする。

旧	新
<b>【認知症専門診断管理料】</b> 1 認知症専門診断管理料 1 700点 (新設) (略)	<b>【認知症専門診断管理料】</b> 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 (新) (略)

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

**向精神薬の適切な処方の促進**

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

旧	新
<b>【処方料】</b> 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	<b>【処方料】</b> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、 <u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)</u> を行った場合 20点
<b>[算定要件]</b> 「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	<b>[算定要件]</b> 「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

<p>③ 臨時に投薬する場合 ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合</p> <p>【薬剤料】 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>[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。)</p> <p>【処方せん料】 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合 30点</p> <p>[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。)</p>	<p>③ 臨時に投薬する場合 (削除)</p> <p><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></p> <p>【薬剤料】 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)</u>を行った場合には、所定点数(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。)の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」の内容は処方料のものと同様。)</p> <p>【処方せん料】 3種類以上の抗不安薬、<u>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場合を除く。</u>を行った場合 30点</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ないもの」の内容は処方料のものと同様。)</p>
---	--

<p>医学的管理が不十分なまま抗精神病薬又は抗うつ薬が多種類又は大量に処方された可能性が高い患者について、通院・在宅精神療法等の評価を引き下げる。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【通院・在宅精神療法】 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【通院・在宅精神療法】 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] <u>当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>[別に厚生労働大臣が定める場合]</p>

<p><b>【精神科継続外来支援・指導料】</b>  <b>[算定要件]</b>                  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。</p>	<p>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。</p> <p><b>【精神科継続外来支援・指導料】</b>  <b>[算定要件]</b>                  当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）</u>には、算定しない。</p>
---	--

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

旧	新
<p><b>【処方料】</b>  <b>[算定要件]</b>                  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。</p> <p><b>[別紙様式 40]</b>                  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</p>	<p><b>【処方料】</b>  <b>[算定要件]</b>                  向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、<u>3月に1回</u>、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。</p> <p><b>[別紙様式 40]</b>  <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</p>

**生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し**

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

旧	新																						
<p><b>[生体検査料の通則]</b></p> <table border="0"> <tr> <td>新生児加算</td> <td>60/100</td> </tr> <tr> <td>乳幼児加算（3歳未満）</td> <td>30/100</td> </tr> <tr> <td>幼児加算（3歳以上6歳未満）</td> <td>15/100</td> </tr> </table> <p><b>[画像診断]（例）</b>  <b>【E002 撮影】</b></p> <table border="0"> <tr> <td>新生児加算</td> <td>30/100</td> </tr> <tr> <td>乳幼児加算（3歳未満）</td> <td>15/100</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">（他3項目）</p>	新生児加算	60/100	乳幼児加算（3歳未満）	30/100	幼児加算（3歳以上6歳未満）	15/100	新生児加算	30/100	乳幼児加算（3歳未満）	15/100	<p><b>[生体検査料]</b></p> <table border="0"> <tr> <td>新生児加算</td> <td><u>80/100</u></td> </tr> <tr> <td>乳幼児加算（3歳未満）</td> <td><u>50/100</u></td> </tr> <tr> <td>幼児加算（3歳以上6歳未満）</td> <td><u>30/100</u></td> </tr> </table> <p><b>[画像診断]（例）</b>  <b>【E002 撮影】</b></p> <table border="0"> <tr> <td>新生児加算</td> <td>80/100</td> </tr> <tr> <td>乳幼児加算（3歳未満）</td> <td>50/100</td> </tr> <tr> <td><u>幼児加算（3歳以上6歳未満）</u></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><u>30/100(新)</u></p>	新生児加算	<u>80/100</u>	乳幼児加算（3歳未満）	<u>50/100</u>	幼児加算（3歳以上6歳未満）	<u>30/100</u>	新生児加算	80/100	乳幼児加算（3歳未満）	50/100	<u>幼児加算（3歳以上6歳未満）</u>	
新生児加算	60/100																						
乳幼児加算（3歳未満）	30/100																						
幼児加算（3歳以上6歳未満）	15/100																						
新生児加算	30/100																						
乳幼児加算（3歳未満）	15/100																						
新生児加算	<u>80/100</u>																						
乳幼児加算（3歳未満）	<u>50/100</u>																						
幼児加算（3歳以上6歳未満）	<u>30/100</u>																						
新生児加算	80/100																						
乳幼児加算（3歳未満）	50/100																						
<u>幼児加算（3歳以上6歳未満）</u>																							

<p>[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。</p> <p>【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)</p> <p>【放射線治療】</p> <table border="0"> <tr><td>新生児加算</td><td>60/100</td></tr> <tr><td>乳幼児加算(3歳未満)</td><td>30/100</td></tr> <tr><td>幼児加算(3歳以上6歳未満)</td><td>15/100</td></tr> <tr><td>小児加算(6歳以上15歳未満)</td><td>10/100</td></tr> </table> <p>【救急搬送診療料】</p> <table border="0"> <tr><td>新生児加算</td><td>1,000点</td></tr> <tr><td>乳幼児加算</td><td>500点</td></tr> <tr><td>長時間加算(診療に要した時間が30分以上)</td><td>500点</td></tr> </table>	新生児加算	60/100	乳幼児加算(3歳未満)	30/100	幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100	小児加算(6歳以上15歳未満)	10/100	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	<p>[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、<u>110点</u>を加算する。</p> <p>【高位浣腸】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、<u>55点</u>を加算する。 <u>(※)既存の加算項目について、点数を1割増点する。</u></p> <p>【放射線治療】</p> <table border="0"> <tr><td>新生児加算</td><td>80/100</td></tr> <tr><td>乳幼児加算(3歳未満)</td><td>50/100</td></tr> <tr><td>幼児加算(3歳以上6歳未満)</td><td>30/100</td></tr> <tr><td>小児加算(6歳以上15歳未満)</td><td>20/100</td></tr> </table> <p>【救急搬送診療料】</p> <table border="0"> <tr><td>新生児加算</td><td>1,500点</td></tr> <tr><td>乳幼児加算</td><td>700点</td></tr> <tr><td>長時間加算(診療に要した時間が30分以上)</td><td>700点</td></tr> </table>	新生児加算	80/100	乳幼児加算(3歳未満)	50/100	幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100	小児加算(6歳以上15歳未満)	20/100	新生児加算	1,500点	乳幼児加算	700点	長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	700点
新生児加算	60/100																												
乳幼児加算(3歳未満)	30/100																												
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100																												
小児加算(6歳以上15歳未満)	10/100																												
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																												
新生児加算	80/100																												
乳幼児加算(3歳未満)	50/100																												
幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100																												
小児加算(6歳以上15歳未満)	20/100																												
新生児加算	1,500点																												
乳幼児加算	700点																												
長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	700点																												

**放射線撮影等の適正な評価**

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

旧	新
<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 1,000点 (新設)</p> <p>(新設) ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 770点 ニ イ、ロ、ハ以外の場合 580点</p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】 1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点 (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 (1) 施設共同利用において行われる場合 1,020点(新) (2) その他の場合 1,000点(新) ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点 ニ イ、ロ、ハ以外の場合 560点</p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】 1. 3テスラ以上の機器による場合 イ 施設共同利用において行われる場合 1,620点(新) ロ その他の場合 1,600点(新)</p>

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	2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
3. 1、2以外の場合 920点	3. 1、2以外の場合 900点

ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を厳格化する。

旧	新
<b>【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】</b> 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。	<b>【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】</b> 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。	

**手術等医療技術の適切な評価**

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

旧	新
<b>【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】</b> 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	<b>【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】</b> 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
<b>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</b> 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	(削除)
<b>【脱肛根治手術】</b> 5,360点	(削除)

**後発医薬品使用体制加算の指標の見直し**

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

旧	新
<b>【後発医薬品使用体制加算】</b> (新設)	<b>【後発医薬品使用体制加算】</b> 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 1 35点	後発医薬品使用体制加算 2 35点
後発医薬品使用体制加算 2 28点	後発医薬品使用体制加算 3 28点



<p>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。</p>	<p>処方されている場合に算定できる。 一般名処方加算 2 交付した処方せんに 1 品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>
---	--

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。

**多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価**

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

<p>薬剤総合評価調整加算</p>	<p>250 点（退院時に 1 回）</p>
<p>[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。</p>	

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

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

**医薬品の適正使用の推進**



<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ （略）</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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></p> <p>③ （略）</p> <p>[別に厚生労働大臣が定める基準]  <u>当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。</u></p>
<p>[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。</p>	

**人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価**

下肢の血流障害を適切に評価し、他の保険医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価するため、以下の加算を新設する。

旧	新
<p><u>【人工腎臓】</u>  <u>（新設）</u></p>	<p><u>【人工腎臓】</u>                  注 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、下肢末梢動脈疾患のリスクを評価し、診療録に記載した場合限り、1月に1回に限り所定点数に100点を加算する。</u></p> <p>[施設基準]                  ① <u>慢性維持透析を実施している患者全員に対し、「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。</u>                  ② <u>ABI 検査 0.7 以下又はSPP 検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行っていること。</u>                  ③ <u>①及び②の内容を、診療録に記載していること。</u>                  ④ <u>連携を行う専門的な治療体制を有している保</u></p>

	険医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。
--	--------------------------

**自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し**

コンタクトレンズ検査料を算定している保険医療機関において、院内交付の割合等によって検査料の評価に差を設ける。

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

**[施設基準]**

**コンタクトレンズ検査料1**

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に加え、(※)に該当すること。

※ 入院病床を有さない保険医療機関にあつては、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装用の必要性を判断し、自施設において交付しなかった患者数
- ① / (①+②) × 100

**コンタクトレンズ検査料2**

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に該当するが、(※)に該当しないこと

**コンタクトレンズ検査料3**

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に該当しない保険医療機関であつて、(※)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

**[経過措置]**

平成29年4月1日より適用することとする。

**人工腎臓の適正な評価**

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。

旧		新	
<b>【人工腎臓】</b>		<b>【人工腎臓】</b>	
1 慢性維持透析を行った場合		1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,030点	イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,195点	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点

ハ 5時間以上の場合 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,330点 2,245点	ハ 5時間以上の場合 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,310点 2,225点
---	---

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。

旧	新
<p><b>【人工腎臓】</b> 注3 著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。</p> <p>[対象患者] 「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの。</p>	<p><b>【人工腎臓】</b> 注3 著しく人工透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。</p> <p>[対象患者] 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)</p>

**医薬品の適正給付**

湿布薬について、外来患者に対して1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

旧	新
<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> (新設)</p> <p><b>【投薬 薬剤料】</b> (新設)</p>	<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> 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には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p><b>【投薬 薬剤料】</b> 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に</p>

記載することで算定可能とする。

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。