

MMPG 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）
 発信者：（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【病院】—

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）。【病院】における主だった改定項目は以下の通りです。

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」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。

旧	新
<p>【評価項目の見直し】</p> <p>A 項目（モニタリング及び処置等）</p> <p>1～6 略</p> <p>7 専門的な治療・処置</p> <p>① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理</p> <p>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）</p> <p>④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理</p> <p>⑤ 放射線治療</p> <p>⑥ 免疫抑制剤の管理、</p> <p>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用</p> <p>⑩ ドレナージの管理</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>B 項目（患者の状況等）</p> <p>8 寝返り</p> <p>9 起き上がり</p> <p>10 座位保持</p> <p>11 移乗</p> <p>12 口腔清潔</p> <p>13 食事摂取</p> <p>14 衣服の着脱</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【評価項目の見直し】</p> <p>A 項目（モニタリング及び処置等）</p> <p>1～6 略</p> <p>7 専門的な治療・処置</p> <p>① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理</p> <p>③ 麻薬の使用（注射剤のみ）</p> <p>④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理</p> <p>⑤ 放射線治療</p> <p>⑥ 免疫抑制剤の管理、</p> <p>⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）</p> <p>⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用</p> <p>⑩ ドレナージの管理</p> <p><u>⑪ 無菌治療室での治療</u></p> <p><u>8 救急搬送（2日間）</u></p> <p>B 項目（患者の状況等）</p> <p>9 寝返り</p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p>10 移乗</p> <p>11 口腔清潔</p> <p>12 食事摂取</p> <p>13 衣服の着脱</p> <p>14 危険行動</p> <p><u>15 診療・療養上の指示が通じる</u></p> <p>C 項目（手術等の医学的状況）</p> <p><u>16 開頭の手術（7日間）</u></p> <p><u>17 開胸の手術（7日間）</u></p> <p><u>18 開腹の手術（5日間）</u></p> <p><u>19 骨の観血的手術（5日間）</u></p> <p><u>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）</u></p>

<p>【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。</p> <p>[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。</p>	<p>21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (16 から 20 を除く) (2 日間) 22 救命等に係る内科的治療 (2 日間)</p> <p>【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></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <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> ・ <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> <p>[地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準] モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 1 点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点 (C 得点) が 1 点以上。</p>
--	--

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。

旧	新
<p>【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。</p> <p>【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。</p>	<p>【7 対 1 入院基本料】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>2 割 5 分以上</u>入院させる病棟であること。</p> <p>【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 <u>0.6 割以上</u>入院させる病棟であること。</p>
<p>[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。</p>	

重症患者を受け入れている 10 対 1 病棟に対する評価の充実

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。

旧	新
<p>【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）】</p> <p>イ 看護必要度加算 1 30点</p> <p>ロ 看護必要度加算 2 15点</p> <p>（新設）</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>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。</p> <p>ロ 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。</p> <p>（新設）</p>	<p>【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）】</p> <p>イ 看護必要度加算 1 55点</p> <p>ロ 看護必要度加算 2 45点</p> <p>ハ 看護必要度加算 3 25点(新)</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>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。</p> <p>ロ 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。</p> <p>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。</p>
<p>〔経過措置〕</p> <p>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。</p>	

病棟群単位による届出

<p>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。</p>
<p>〔施設基準〕</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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）。</p> <p>(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。</p>

在宅復帰率の要件見直し

<p>7対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）を算定する病棟について、在宅復帰を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う。</p>	
旧	新
<p>【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</p>	<p>【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</p>

<p>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。</p> <p>[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。</p>	<p>本料（7対1）】 [自宅等に退院した患者の割合の基準] 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が<u>8割以上</u>であること。</p> <p>[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。</p>
--	---

地域包括ケア病棟入院料の見直し

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の包括範囲から、手術、麻酔にかかる費用を除外する。

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

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

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 を届け出ている病棟であること。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院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。

入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和

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

旧	新
<p>【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。</p> <p>[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。</p> <p>[特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合]</p>	<p>【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。 <u>（削除）</u></p> <p>[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。 <u>ただし、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数により算定する。</u></p> <p>[特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合]</p>

<p>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。</p> <p>ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合(入院日から起算して60日以内に限る)であって、透析のみを目的として他医療機関を受診した場合は、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。</p>	<p>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。</p> <p>(削除)</p>
---	---

医師事務作業補助体制の評価

医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師が患者の診療中に行う文書作成の補助業務(診断書作成補助・診療録の代行入力)に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

旧	新																																
<p>【医師事務作業補助体制加算1】(入院初日)</p> <table border="0"> <tr><td>15 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">860点</td></tr> <tr><td>20 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">648点</td></tr> <tr><td>25 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">520点</td></tr> <tr><td>30 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">435点</td></tr> <tr><td>40 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">350点</td></tr> <tr><td>50 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">270点</td></tr> <tr><td>75 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">190点</td></tr> <tr><td>100 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">143点</td></tr> </table> <p>[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。</p>	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	<p>【医師事務作業補助体制加算1】(入院初日)</p> <table border="0"> <tr><td>15 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">870点</td></tr> <tr><td>20 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">658点</td></tr> <tr><td>25 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">530点</td></tr> <tr><td>30 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">445点</td></tr> <tr><td>40 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">355点</td></tr> <tr><td>50 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">275点</td></tr> <tr><td>75 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">195点</td></tr> <tr><td>100 対1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">148点</td></tr> </table> <p>[業務の場所] 医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。<u>なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。</u></p>	15 対1 補助体制加算	870点	20 対1 補助体制加算	658点	25 対1 補助体制加算	530点	30 対1 補助体制加算	445点	40 対1 補助体制加算	355点	50 対1 補助体制加算	275点	75 対1 補助体制加算	195点	100 対1 補助体制加算	148点
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																																
15 対1 補助体制加算	870点																																
20 対1 補助体制加算	658点																																
25 対1 補助体制加算	530点																																
30 対1 補助体制加算	445点																																
40 対1 補助体制加算	355点																																
50 対1 補助体制加算	275点																																
75 対1 補助体制加算	195点																																
100 対1 補助体制加算	148点																																

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

月平均夜勤時間数の算出にあたり、計算に含まれる者の要件を見直す。

旧	新
<p>[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</p>	<p>[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。</p>

<p>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時間以上のもを含むこと。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のもを含むこと。</p> <p>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時間未満の者は含まないこと。 (削除)</p>
--	---

夜間看護体制の充実に関する評価

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

旧	新
<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>看護職員夜間配置加算 50点</p>	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間12対1配置加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 80点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2 60点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 40点(新)</p>

[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

<p>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。</p> <p><看護補助者と看護職員の業務分担の推進></p> <p>⑤ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。</p> <p>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。</p> <p><院内保育所の設置></p> <p>⑦ 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。</p> <p>(2) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算</p> <p>イ 夜勤を行う看護職員数は、常時 16 対 1 以上であること。</p> <p>ロ (1) のロを満たすものであること。</p> <p>[留意事項]</p> <p>夜勤の看護職員が最小必要数を越えた3人以上である場合に限る。</p>
--

常勤配置の取扱いの明確化

施設基準上求められる常勤の従事者が、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。

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
<p>【第1 基本診療料の施設基準等】 (新設)</p>	<p>【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。</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>
<p>【第1 特掲診療料の施設基準等】 (新設)</p>	<p>【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。</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</p>

勤扱いとすること。

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。

認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)(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(初診の日に行った場合を除く。)に、患者1人につき月1回に限り算定する。

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

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

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。

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

退院支援に関する評価の充実

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

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

[算定要件]

- (1) 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
 対象患者は、現行の退院調整加算の対象者に加え、連携する保険医療機関からの転院であって、転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1度の転院に限る。）。

- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。
- ① 当該保険医療機関の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
 - ② 各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。
 - ③ 退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後7日以内（療養病棟等については14日以内）に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う。
 - ④ 入院後7日以内に、病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たること。なお、カンファレンスに当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

[施設基準]

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。

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

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

退院支援加算

地域連携診療計画加算 300点（退院時1回）(新)

診療情報提供料（I）

地域連携診療計画加算 50点(新)

[算定要件]

地域連携診療計画加算（退院支援加算）

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等で共有されている疾患に罹患する者であって、転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われる者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1度の転院に限る。）。
- (2) 連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、患者に説明し、文書にて患者又は家族に提供する。
- (3) 転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われる場合には、当該保険医療機関又は介護サービス事業所等に対して、当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。
- (4) 転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者については、退院時に、当該保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関において地域連

携診療計画加算（退院支援加算）を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、入院中の患者以外の者。

- (2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算（退院支援加算）を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する。

[施設基準]

地域連携診療計画加算（退院支援加算）

- (1) 退院支援加算 1 又は 3 の届出保険医療機関であること。
- (2) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と 3 回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。
- (2) 連携している保険医療機関と 3 回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

退院直後の在宅療養支援に関する評価

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

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

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して 1 月以内の期間に限り、5 回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後 1 回に限り、所定点数に加算する。

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

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

(新設)	⑥ サービス付き高齢者向け住宅
(新設)	⑦ 認知症グループホーム

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>【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】</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)</p> <p>在宅時医学総合管理料</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</p> <p>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 5,000点</p> <p>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</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 5,300点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,500点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</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 4,600点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,100点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合</p>	<p>【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>※点数は患者の状態、訪問回数及び居住状況ごとに設定。</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)</p> <p>在宅時医学総合管理料</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</p> <p>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 5,400点</p> <p>② 単一建物診療患者が2~9人の場合 4,500点</p> <p>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 4,600点</p> <p>② 単一建物診療患者が2~9人の場合 2,500点</p> <p>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 2,760点</p> <p>② 単一建物診療患者が2~9人の場合 1,500点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 780点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</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 5,000点</p> <p>② 単一建物診療患者が2~9人の場合 4,140点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,640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>

① 同一建物居住者以外の場合 4,900点	① 単一建物診療患者が1人の場合 4,200点
② 同一建物居住者の場合 1,400点	② 単一建物診療患者が2～9人の場合 2,300点
	③ ①及び②以外の場合 1,200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	(3) 月1回訪問診療を実施している場合
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 単一建物診療患者が1人の場合 2,520点
(1) 同一建物居住者以外の場合 4,200点	② 単一建物診療患者が2～9人の場合 1,380点
(2) 同一建物居住者の場合 1,000点	③ ①及び②以外の場合 720点
ロ 処方せんを交付しない場合	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
① 同一建物居住者以外の場合 4,500点	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
② 同一建物居住者の場合 1,300点	(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 3,780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 3,800点
	(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 2,100点
	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,100点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	ハ 月1回訪問診療を実施している場合
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) 単一建物診療患者が1人の場合 2,280点
(1) 同一建物居住者以外の場合 3,150点	(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 1,260点
(2) 同一建物居住者の場合 760点	(3) (1)及び(2)以外の場合 660点
ロ 処方せんを交付しない場合	3 1及び2に掲げるもの以外の場合
① 同一建物居住者以外の場合 3,450点	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
② 同一建物居住者の場合 1,060点	(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
	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 2,850点
	(2) 単一建物診療患者が2～9人の場合 1,575点

<p>特定施設入居時等医学総合管理料 ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋) 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 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 (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 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 (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>(3) (1)及び(2)以外の場合 850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 1,710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 施設入居時等医学総合管理料 ※以下、明朝体は別紙1-1(医科診療報酬点数表より抜粋) 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) 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 3,900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 (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 3,300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 (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 1,980点 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 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 (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</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</p> <p>(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>③ ①及び②以外の場合 1,200点</p> <p>(3) <u>月1回訪問診療を実施している場合</u></p> <p>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>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、<u>月2回以上訪問診療を実施している場合</u></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 2,700点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400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 3,300点 ② 同一建物居住者の場合 1,020点</p>	<p>ロ <u>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)</u></p> <p>(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</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</p> <p>(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>ハ <u>月1回訪問診療を実施している場合</u></p> <p>(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 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、<u>月2回以上訪問診療を実施している場合</u></p> <p>(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 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 2,550点 ② 同一建物居住者の場合 840点</p>	<p>ロ <u>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)</u></p> <p>(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 <u>月1回訪問診療を実施している場合</u></p>

重症者加算 (新設)	1,000点	(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
		頻回訪問加算 600点
		[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 ₁₂ 製剤の投与

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

病院・診療所からの訪問看護の評価

<p>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。</p>	
旧	新
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】</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>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】</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>【同一建物居住者訪問看護・指導料】</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	
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
ロ 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
ロ 同一日に3人以上	
(1) 週3日目まで	253点
(2) 週4日目以降	303点
【精神科訪問看護・指導料】	
1 精神科訪問看護・指導料(I)	
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	575点
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	440点
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	675点
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	525点
ロ 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
(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
ロ 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

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
ロ 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
ロ 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
【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
ロ 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
(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
ロ 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 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 555点	【退院前訪問指導料】 退院前訪問指導料 580点

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

「保険医療機関及び保険医療費担当規則」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。

[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

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(新)	
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。

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。

データ提出を要件とする病棟の拡大

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。

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

[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。

データ提出加算に係る評価を以下の通り充実する。

旧	新
<p>【データ提出加算】</p> <p>1 データ提出加算 1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 200床以上の病院の場合 100点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 200床未満の病院の場合 150点</p> <p>2 データ提出加算 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 200床以上の病院の場合 110点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 200床未満の病院の場合 160点</p>	<p>【データ提出加算】</p> <p>1 データ提出加算 1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 200床以上の病院の場合 <u>120点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 200床未満の病院の場合 <u>170点</u></p> <p>2 データ提出加算 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 200床以上の病院の場合 <u>130点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 200床未満の病院の場合 <u>180点</u></p>

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

旧	新
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>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</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>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、</p>

<p>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。</p>	<p>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。</p>
--	---

別に厚生労働大臣が定めるもの

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

[算定要件]

- (1) 保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上であることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が10人未満の場合を除く。
- (2) 効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（計算対象から除外される患者を除く。）についての、
 - ①の総和を②の総和で除したものが27未満である状態をいう。
 - ① 退棟時のFIM 得点（運動項目）から入棟時FIM 得点（運動項目）を控除したもの
 - ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの
- (3) 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
 - ① FIM 運動項目得点が20点以下のもの
 - ② FIM 運動項目得点が76点以上のもの
 - ③ FIM 認知項目得点が25点未満のもの
 - ④ 年齢が80歳以上のもの
- (4) 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。
- (5) 在棟中にFIM 得点（運動項目）が1週間で10点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し

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。			
旧		新	
【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		【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		体制強化加算1	200点

<p>[施設基準] 体制強化加算 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>体制強化加算 2 120点(新)</p> <p>[施設基準] 体制強化加算 1 (略)</p> <p>体制強化加算 2 <u>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にはできない。</u> <u>ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。</u> <u>イ) 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めてしていること。</u> <u>ウ) 週に 32 時間以上は、当該 2 名の医師のうち少なくとも 1 名が当該病棟業務に従事していること。</u> <u>エ) 当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。</u></p>
--	--

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

<p>ADL維持向上等体制加算を増点し、内容を充実する。</p>	
<p style="text-align:center">旧</p> <p>【一般病棟入院基本料】 注12 ADL維持向上等体制加算 ※ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL 維持向上等体制加算についても同様</p> <p style="text-align:right">25 点</p> <p>[算定要件] ① ア)～カ) 略</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p style="text-align:center">新</p> <p>【一般病棟入院基本料】 注12 ADL維持向上等体制加算 ※ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のADL維持向上等体制加算についても同様</p> <p style="text-align:right">80点</p> <p>[算定要件] ① ア)～カ) 略 <u>キ) 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。</u> <u>ク) 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。</u> <u>ケ) 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動、参加について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。</u> ② 専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療</p>

<p>[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。</p>	<p>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。</p> <p>[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2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上配置されていること。</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。

廃用症候群リハビリテーション料(新)

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

月までの実施とする。	
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>[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>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の100分の90に相当する点数により算定</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>【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60</p> <p>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の100分の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>

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><u>目標設定等支援・管理料(新)</u></p> <table border="1"> <tr> <td>1 初回の場合</td> <td>250点</td> </tr> <tr> <td>2 2回目以降の場合</td> <td>100点</td> </tr> </table>		1 初回の場合	250点	2 2回目以降の場合	100点
1 初回の場合	250点				
2 2回目以降の場合	100点				
<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</p>					

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

- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

[経過措置]

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

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。<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></p>

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の評価を充実するとともに、施設基準において、循環器科、心臓血管外科の標榜を求めている施設基準を緩和し、循環器科又は心臓血管外科の医師等がリハビリテーションを実施する時間帯に勤務していればよいこととする。	
旧	新
<p>【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</p>	<p>【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) <u>125点</u></p>
<p>[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。</p>	<p>[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(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。)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。</p>

<p>[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。</p>	<p>[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)がそれぞれ1名以上勤務していること。</u></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。<u>また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。</u> (略)</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。)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。</p>	

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
<p>【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</p>	<p>【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</p>

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費担当規則」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。

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

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

旧	新
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日）</p> <p>がん診療連携拠点病院加算 500点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>【がん拠点病院加算】（入院初日）</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p>イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p>ロ 地域がん診療病院 300点(新)</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750点(新)</p>
<p>【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り）</p> <p>がん治療連携管理料 500点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り）</p> <p>1 がん診療連携拠点病院の場合 500点</p> <p>2 地域がん診療病院の場合 300点(新)</p> <p>3 小児がん拠点病院の場合 750点(新)</p>
<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>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。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院若しくは小児がん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。</p>

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】 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 ロ 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> ロ 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>

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

認知症ケア加算1(新)	
イ 14日まで	150点
ロ 15日以降	30点
認知症ケア加算2(新)	
イ 14日まで	30点
ロ 15日以降	10点

[算定可能病棟]
 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟除く。）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

[算定要件]
 (1) 対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
 (2) 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

認知症ケア加算1
 (1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受

- けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
 - (3) チームは、以下の内容を実施する。
 - ① 週1回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
 - ② 当該保険医療機関の職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的開催する。

認知症ケア加算2

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

[施設基準]

認知症ケア加算1

- (1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。
 - ① 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - ② 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ③ 認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- (2) (1)のチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

認知症ケア加算2

- (1) 認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。
- (2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

地域移行機能強化病棟入院料の新設

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

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)(新)

[施設基準]

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)
- (4) 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。

- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

救急患者の受入れ体制の充実

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

旧	新
<p>【再診料及び外来診療料】 入院中の患者に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【再診料及び外来診療料】 入院中の患者に対する再診の費用(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。)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。</p>

夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

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

救急医療管理加算1の対象患者の拡大

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

旧	新
<p>【救急医療管理加算1】 800点 [対象患者] ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態</p> <p>【救急医療管理加算2】 400点</p>	<p>【救急医療管理加算1】 900点 [対象患者] ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、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</p> <p>【救急医療管理加算2】 300点</p>

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

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。

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
<p>【後発医薬品使用体制加算】 (新設)</p> <p>後発医薬品使用体制加算 1 35点</p> <p>後発医薬品使用体制加算 2 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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 にあっては30%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては20%以上30%未満であること。</p> <p>(新設)</p>	<p>【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)</p> <p>後発医薬品使用体制加算 2 35点</p> <p>後発医薬品使用体制加算 3 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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 にあっては70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては50%以上60%未満であること。</p> <p>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。</p>

一般名処方加算の見直し

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。

旧	新
<p>【処方せん料】 (新設)</p> <p>一般名処方加算 2点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>一般名処方加算 1 3点(新)</p> <p>一般名処方加算 2 2点</p> <p>[算定要件]</p> <p>一般名処方加算 1 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、<u>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></p> <p>一般名処方加算 2</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。

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。

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。

薬剤総合評価調整加算

250点（退院時に1回）（新）

[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。

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。

薬剤総合評価調整管理料

250点（月1回に限り）（新）

連携管理加算

50点

[算定要件]

(1) 薬剤総合評価調整管理料

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

(2) 連携管理加算

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

医薬品の適正使用の推進

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

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

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

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

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

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した場合の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。
 - ・ 30日以内に再診する
 - ・ 200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
 - ・ 患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

(別紙) 新たな処方せんの様式(案)

処 方 せ ん									
(この処方せんは、次の保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担診療の開始番号					被保険者証・被保険者手帳の番号・番号				
氏 名			保険医療機関の所在地及び名称						
生年月日			性・女		電 話 番 号				
区 分			被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名		
交付年月日			平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		
変更不可 <input type="checkbox"/> 処方せんの効力について、後掲医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は差し支えがあると判断した場合に、 「変更不可」欄に「レ」又は「N」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
保 険 医 署 名 <input type="checkbox"/> 「変更不可」欄に「レ」又は「N」を記載した場合に、署名又は記名・押印すること。									
保 険 医 局 名 <input type="checkbox"/> 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合(特に指示がある場合は「レ」又は「N」を記載すること)。 <input type="checkbox"/> 保険医療機関一級調剤指定した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関一級調剤指定									
調剤年月日			平成 年 月 日		公費負担診療の受付番号				
保険医療機関の所在地			区 分		公費負担診療の受付番号				
調剤年月日			平成 年 月 日		公費負担診療の受付番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用法を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 4 のサイズで印刷すること。
 3. 事業開始後(1)及び(2)の事項は、調剤時に確認すること。 (注) 処方せんの有効期間(1)及び(2)は、「保険医療機関」とあるのは「公費負担診療の所在地(保険機関)」と、「調剤年月日」とあるのは「公費負担診療の受付番号」と読み替えるものとする。

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算 100点(新)

[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/1.73 m²) 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、同期内に測定した eGFRcr 又は eGFRcys (ml/分/1.73 m²) 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 または eGFRcys を測定した時点から前後3月時点の eGFRcr または 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。

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

ニコチン依存症管理料の算定対象等について、以下のとおり変更を行う。	
旧	新
<p>【ニコチン依存症管理料】 (新設)</p> <p>[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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>(新設)</p>	<p>【ニコチン依存症管理料】 <u>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。</u></p> <p>[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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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。 ③ (略) <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>	

医薬品の適正給付

旧	新
<p>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。</p> <p>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新設)</p>	<p>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 <u>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</u></p>

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

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>

<p>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。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【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</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供し</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供し</p>

<p>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。</p>	<p>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、口を算定する患者については算定しない。</u></p>
<p>注3 略</p>	<p>注4 略</p>
<p>2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき) 506円</p>	<p>2 入院時食事療養(Ⅱ) <u>イ 入院時食事療養(Ⅱ) 1</u> (1食につき) 506円 <u>ロ 入院時食事療養(Ⅱ) 2</u> (1食につき) 455円(新)</p>
<p>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。</p>	<p>注1 <u>イについては、入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>注2 <u>ロについては、入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。</u></p>
<p>第2 生活療養</p>	<p>第2 生活療養</p>
<p>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</p>	<p>1 入院時生活療養(I) (1) 食事の提供たる療養 <u>① 食事の提供たる療養 1</u> (1食につき) 554円 <u>② 食事の提供たる療養 2</u> (1食につき) 500円(新)</p>
<p>(2) 略</p>	<p>(2) 略</p>
<p>2 入院時生活療養(Ⅱ)</p>	<p>2 入院時生活療養(Ⅱ) (変更なし)</p>
	<p><u>入院時食事療養(I)と同趣旨の改正を行う。</u></p>