

平成28年度診療報酬改定について〔具体的改定項目〕

〔主な改定項目〕

1. 患者に身近な診療所や中小病院のかかりつけ医の更なる評価	P. 1
(1) 地域包括診療加算・地域包括診療料の要件緩和	〃
(2) 認知症に対するかかりつけ医機能の評価	P. 2
(3) 小児かかりつけ医の評価	P. 3
(4) 医師の基礎的な技術の再評価	P. 4
(5) 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入	〃
(6) ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大	〃
2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	P. 5
3. 医療技術の適正評価（モノから人へ）	P. 8
4. 医療機能に応じた入院医療の評価	P. 15
5. 医療従事者の負担軽減・人材確保	P. 22
6. 多職種連携の取組の強化等	P. 24
7. 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組の推進	P. 25
8. 医薬品の適正使用の推進	P. 26
9. 後発医薬品の使用促進	P. 27
10. 湿布薬の処方	〃
11. リハビリテーション	〃
12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価	P. 30
13. 認知症患者への適切な医療の評価	P. 31
14. 質の高い精神医療の評価	〃
15. 難病患者への適切な医療の評価	P. 33
16. 小児医療・周産期医療の充実	〃
17. 救急患者受け入れ体制の充実	P. 35
18. イノベーションや医療技術の適切な評価	〃
19. 重症化予防の取組	P. 36
20. 医薬品等の適正評価	P. 37
21. ICTを活用したデータの収集・利活用の推進	P. 38
22. 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点	〃
23. DPC	〃
24. 経過措置一覧	P. 43
25. 届出	P. 44

※各項目に記載している＜点p〇〇、留p〇〇、通告p〇〇、施通p〇〇＞等は『改定診療報酬点数表参考資料』の点数告示、留意事項通知、施設基準告示、施設基準通知の関連ページを示しています。

※各項目の【S〇〇】は、日本医師会説明会のスライド資料（抜粋）の番号

1. かかりつけ医機能の更なる評価

(1) 地域包括診療加算の要件緩和（出来高：再診料の加算）＜点p6、留p18-20、通告p631、施通p679-680、様式p1064＞【s6】

●前回改定で、外来の機能分化の更なる推進の観点から、かかりつけ医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価した地域包括診療加算の施設基準を緩和し、普及を促す

地域包括診療加算 20点(1回につき) ※要件を満たすことが確認できる資料の写しを添付した上で届出必要

- ※1 対象医療機関は診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時には算定できない
- ※4 医療機関単位ではなく、患者毎に算定を選択できる
- ※5 院外処方の場合、24時間対応している薬局と連携

【算定要件】

- ①対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ②担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。
- ③療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外とする。
※当該患者に院外処方を行う場合、24時間対応の薬局と連携
- ⑤下記のうちいずれか1つを満たすこと
ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること イ) 常勤医師が≧2人以上在籍していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること

(1) 地域包括診療料の要件緩和（包括点数）＜点p174、留p209-210、通告p755、施通p805、様式p1119＞【s7】

●前回改定で、外来の機能分化の更なる推進の観点から、かかりつけ医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価した地域包括診療料の施設基準を緩和し、普及を促す

地域包括診療料 1,503点(月1回) ※要件を満たすことが確認できる資料の写しを添付した上で届出必要

- ※1 対象医療機関は診療所又は許可病床が200床未満の病院
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

- ※3 初診時には算定できない
- ※4 医療機関単位ではなく、患者毎に算定を選択できる

【**包括範囲**】 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料 (II)
- ・在宅医療に係る点数 (訪問診療料、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を除く。)
- ・薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

【**算定要件**】

- ①対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ②担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。
- ③療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤下記のうちすべてを満たすこと

診療所の場合	病院の場合
ア) 時間外対応加算1を算定していること	ア) 2次救急指定病院、救急告示病院又は診療情報提供料病院であること
イ) 常勤医師が2人以上在籍していること	イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること	ウ) 在宅療養支援病院であること

地域包括診療料・地域包括診療加算の要件緩和【s 8】

地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
包括範囲	許可病床200床未満病院	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料 (II) ・在宅医療に係る点数 (訪問診療料、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を除く。) ・薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	<p>診療所</p> <p>出来高</p>
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局 薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・(地域包括診療料のみ) 当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示 ・当該点数を算定している場合は、<u>7剤投与の減算規定の対象外</u>とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局と連携する 等
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記の<u>いずれか1つ</u>を満たす <ul style="list-style-type: none"> ① 在宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ② 地域ケア会議に年1回以上出席 ③ 在宅介護支援事業所の指定 	
在宅医療の提供及び24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記の<u>すべて</u>を満たす <ul style="list-style-type: none"> ① 2次救急指定病院、救急告示病院又は診療情報提供料病院 ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③ 在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の<u>すべて</u>を満たす <ul style="list-style-type: none"> ① 時間外対応加算1の届出 ② 常勤医師が2人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所

(2) **認知症に対するかかりつけ医機能の評価【s 9】**

● 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、かかりつけ医としての評価を行う

(新) **認知症地域包括診療加算 30点(1回につき)** <点 p6, 留 p20, 通告 p631, 施通 p680>

- ※1 対象医療機関は診療所
- ※2 地域包括診療加算の届出を行っていること
- ※3 再診料の加算

(新) **認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)** <点 p174-175, 留 p211, 通告 p755, 施通 p805>

- ※1 対象医療機関は診療所又は許可病床が200床未満の病院
- ※2 地域包括診療料の届出を行っていること
- ※3 初診時や訪問診療時には算定できない

【**算定要件**】

対象患者は、認知症患者であって以下のすべてを満たすものに対して、患者または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算定する。

※**地域包括診療加算・地域包括診療料の届出を行ってれば、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料としての届出は不要**

- ① 認知症以外に1以上の疾患(疑いは除く)を有する
- ② 同月に当該医療機関で以下のいずれの投薬も受けていない
 - 1) 1処方につき5種類を超える内服薬(錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、液剤)の1銘柄ごとに1種類として計算)
 - 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種類を超えている
- 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(地域包括診療料)の算定要件を満たす
※当該医療機関で診療を行う疾病(認知症を含む2つ以上)と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料が算定可能

地域包括診療料・地域包括診療加算の類型 【s 10】

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

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

(3) 小児かかりつけ医の評価【点p175, 留p211-212, 施告p755, 施通p805-806, 様式p1120】 【s11】

●小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを総合的に評価する

(新)小児かかりつけ診療料

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

- ※1 小児科外来診療料の算定医療機関
 ※2 時間外対応加算1又は2の届出医療機関
 ※3 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師1名以上
 ※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(休日又は夜間診療を月1回以上) ②自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
 ③定期予防接種の実施 ④過去1年間に超重症児・準超重症児に対する在宅医療の提供
 ⑤ 幼稚園の園医または保育園の嘱託医への就任

【算定要件】

- ①対象患者は、4回以上受診(予防接種等の実施を目的として保険外も含む)した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可)であって、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き、継続的・全人的な医療を行うことを評価。原則、1か所の医療機関が算定(2か所以上で算定する場合はレセプトに理由を記載)
 ②急性疾患を発症した際の対応の仕方、アトピー性皮膚炎・喘息など乳幼児期に頻りに見られる慢性疾患の管理について、かかりつけ医として必要な指導・診療を行う
 ③他の医療機関と連携の上、患者が受診している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
 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
 ⑤児の予防接種の実施状況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に関する指導を行う
 ⑥当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対し、原則として当該医療機関において、常時対応を行う
 ⑦上記の指導・相談等を行う旨を、患者に書面を交付して説明し・同意を得る
 ⑧上記の指導・相談等を行う旨を、院内に掲示する

<様式p1009, p1182-1183> 【s12】

<様式p1009, p1182-1183> 【s13】

<p>「小児かかりつけ医診療料」に関する説明書</p> <p>当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。 ○ 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。 ○ 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。 ○ 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。 <p>当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。</p> <p>連絡先 ▲▲医院 ●●●●●●●●●● 提携医療機関 ◆◆医院 ●●●●●●●●●● 小児救急電話相談 #●●●●●</p> <p>患者さん・ご家族へのお願い</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。) ○ 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。(母子健康手帳に記載されています。) 	<p>「小児かかりつけ診療料」に関する同意書</p> <p>「小児かかりつけ診療料」算定について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。</p> <p>※「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。</p> <p>_____ (患者氏名) _____ (保護者署名)</p>
--	---

(4) 医師の基礎的な技術の再評価 (モノから人へ) 【s14】

●医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現行(例)	改定(例)
D400 血液採取 1 静脈:20点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、14点を加算する	D400 血液採取 1 静脈: 25 点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 20 点を加算する
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき):18点	G000 皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき): 20 点
G001 静脈内注射(1回につき):30点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する	G001 静脈内注射(1回につき): 32 点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 45 点を加算する
G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合)95点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合)95点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る)47点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する	G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 98 点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 97 点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る)49点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 45 点を加算する
G007 腱鞘内注射:25点 G012 結膜下注射:25点	G007 腱鞘内注射: 27 点 G012 結膜下注射: 27 点
G012-2 自家血清の眼球注射:25点	G012-2 自家血清の眼球注射: 27 点
D321 コルポスコピー:150点	D321 コルポスコピー: 210 点
J000 創傷処置 2 100cm以上500cm未満:55点 3 500cm以上3,000cm未満:85点 4 3,000cm以上6,000cm未満:155点 5 6,000cm以上:270点	J000 創傷処置 2 100cm以上500cm未満: 60 点 3 500cm以上3,000cm未満: 90 点 4 3,000cm以上6,000cm未満: 160 点 5 6,000cm以上: 275 点
J001-7 爪甲除去(麻酔を要しないもの):45点	J001-7 爪甲除去(麻酔を要しないもの): 60 点
J034 イレウス用ロングチューブ挿入法:200点	J034 イレウス用ロングチューブ挿入法: 610 点

外来医療の機能分化

(5) 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 <通p901, 903> 【s15】

●「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする

- ① **特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院**については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定する。**初診:5,000円以上、再診:2,500円以上**
- ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

- 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 治験協力者である患者
 - ④ 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
 - ⑤ 災害により被害を受けた患者
 - ⑥ 外来受診から継続して入院した患者
 - ⑦ 自費診療の患者
 - ⑧ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
 - ⑨ 地域に他に当該診療科を標榜する医療機関がなく、その診療科の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
 - ⑩ その他医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。
- ☆前回改定では、①大病院の紹介率・逆紹介率の引上げ、②紹介率・逆紹介率の規定を満たさない大病院の長期処方(30日以上分の投薬)に対する処方料・処方せん料・薬剤料の減算措置(60/100)など、大病院から診療所、中小病院への外来患者の誘導策を設けた。今回、更なる対応となった。

1. かかりつけ医機能の更なる評価/重症化予防の取組

(6) ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大 <点p176, 留p213-214, 通告p756, 施通p806, 様式p1120> 【s16】

●若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数の関する要件を緩和する

ニコチン依存症管理料 初回:230点、2回目から4回目まで:184点、5回目:180点

[算定要件]

- ① 対象患者は、**禁煙を希望する患者であって以下のすべてに該当するもの**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。
 - ア 「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かか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
 - イ **35歳以上の者は、BI(1日の喫煙本数×喫煙年数)≥200であるもの**
※35歳未満の者に「BI≥200」の規定は廃止された
 - ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているもの
- ② 「禁煙治療のための標準手順書」に沿って、初回の管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する
- ③ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ再度算定できない

●ニコチン依存症管理を実施する医療機関における治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う

[施設基準]

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ④ **過去1年間のニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数が2回以上であること**等
※平成28年4月1日～29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平均継続回数が2回未満の場合は、平成29年7月1日から70/100の点数で算定を行う

1. かかりつけ医機能の更なる評価/後発医薬品の使用促進

(7) 院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価 <点p387, 留p394, 通告p766-767, 施通p828, 様式p1138-1139> 【s17】

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

処方料 (新) 外来後発医薬品使用体制 加算1(70%以上):4点 加算2(60%以上):3点

【施設基準】

- ①診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている
- ②当該診療所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、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、**加算1は70%以上、加算2は60%以上70%未満**であること
- ③当該診療所において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が**50%以上**であること
- ④後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでいる旨を受付・支払窓口の見やすい場所に掲示

(8) 一般名処方加算の見直し <点p389, 留p397> 【s17】

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する
処方せん料 一般名処方加算1:3点(新) 一般名処方加算2:2点(従来のもの)

【算定要件】

加算1: 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、**後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)**が一般名処方されている場合に算定
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

- 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

(9) 特定疾患療養管理料の取扱いの見直し <留p187> 【s18】

- 特定疾患療養管理料の算定に関して、退院した日の取扱いに係る通知を見直し、当該保険医療機関を退院した日を起算日とする取扱いを明確化した

【特定疾患療養管理料】

現行	改定
【留意事項通知】 (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A000」初診料(「注2」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。)を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。(以下略) (4) 区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌月の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日(以下略)	【留意事項通知】 (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A000」初診料(「注2」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。)を算定した初診の日又は 当該保険医療機関から退院した日 からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。(以下略) (4) 区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は 当該保険医療機関から退院した日 からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌月の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日(以下略)

2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価① 【s21】

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

- ①特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

<点p239-243, 242, 留p266-270, 施設p760-761, 施通p817, 様式p1817>

現行 (対象となる住まい)	改定 (対象となる住まい)
特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設	施設入居時等医学総合管理料(施設総管) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム
在宅時医学総合管理料(在総管) 上記以外の住まい	在宅時医学総合管理料(在総管) 上記以外の住まい

- ②以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実 <別表p779>

重症度の高い患者		
・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与を受けている患者		

(1) 在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価② 【s22】

- ③月1回の訪問診療による管理料を新設

- ④同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管・機能強化型在支診(病床なし))	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合	1,100点

改定 (在総管・機能強化型在支診(病床なし))			
単一建物診療患者の人数			
	1人	2~9人	10人~
重症患者(月2回以上訪問)	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管・在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合	1,000点

改定後 (在総管・在支診)			
単一建物診療患者の人数			
	1人	2~9人	10人~
重症患者(月2回以上訪問)	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

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

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

在宅医療の報酬見直しに係る取り扱い（経過措置等） 対応① 【s23、24】

現行	改定後
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>単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が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者の人数をいう。</p> <p>【例外】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1つの患者に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合の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は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定すること。 在医総管については、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定すること。 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、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人数を、単一建物診療患者の人数とみなすこととする。

改定後
(施設総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

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

対応①
3ユニット以下の認知症グループホームは、ユニットごとに人数を計算

在宅医療の報酬見直しに係る取り扱い（経過措置等） 対応② <留p266-267> 【s25、26】

現行(対象となる住まい)	改定後(対象となる住まい)
特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管) 在宅時医学総合管理料(在総管)	施設入居時等医学総合管理料(施設総管) 在宅時医学総合管理料(在総管)
養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設 上記以外の住まい	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム 上記以外の住まい 但し、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住宅に居住している際に、在宅時医学総合管理料を算定したもののについては、平成29年3月末日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できる。

現行 (在総管：在支診)		改定後 (在総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	1,000点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

対応②<経過措置>
平成28年3月以前に在総管を算定できた住居（認知症グループホーム、特定施設以外の有料老人ホーム等）に居住している患者は、平成28年度中は在総管を算定できる

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

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

(2) 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実① 【s27】

●在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在支診・在支病に対する評価の見直しを行う。

1. 機能強化型の在支診・在支病のうち、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医療機関に対する評価を新設する

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（緊急、夜間・休日又は深夜の往診） : 100点 <点p238>

(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 <点p238>

(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）
 単一建物診療患者数が1人の場合 : 400点 <点p241>
 単一建物診療患者数が2～9人の場合 : 200点
 その他の場合 : 100点

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施設入居時等医学総合管理料）
 単一建物診療患者数が1人の場合 : 300点 <点p243>
 単一建物診療患者数が2～9人の場合 : 150点
 その他の場合 : 75点

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅がん医療総合診療料） : 150点 <点p243>

【施設基準】

①過去1年間の緊急往診の実績が15件以上かつ在宅での看取りの実績を20件以上有する。

<施設p760, 施設p809, 817, 様式1121-1123>

②緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関で、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。

- ③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対し、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件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ④「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。
- ⑤院内等に、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

(2) 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実② 【s28】

●在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在支診・在支病に対する評価の見直しを行う。

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

＜現行＞

- ①：在宅時医学総合管理料 ②：特定施設入居時等医学総合管理料

	同一建物居住者以外	同一建物居住者
在宅療養実績加算	① 300 点 ② 225 点	① 75 点 ② 56 点

＜改正＞

- ①：在宅時医学総合管理料 ➔ < p 242, 239, 施告 p 760, 施通p809, 817, 様式p1121-1123 >
- ②：施設入居時等医学総合管理料

	単一建物診療患者 1人	単一建物診療患者 2～9人	単一建物診療患者 その他
在宅療養実績加算 1	① 300 点 ② 225 点	① 150 点 ② 110 点	① 75 点 ② 56 点
在宅療養実績加算 2	① 200 点 ② 150 点	① 100 点 ② 75 点	① 50 点 ② 40 点

【施設基準】

- 在宅療養実績加算 ①機能強化型ではない、在支診又は在支病
- 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

- 在宅療養実績加算 2（新設） ①機能強化型ではない、在支診又は在支病
- 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
- 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

(3) 在宅医療を専門に行う医療機関 【s29】

●健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需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、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める

【主な開設要件】

- ①無床診療所
- ②在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定、その範囲（対象とする行政区域、住所等）を周知する
- ③②の地域の患者から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
- ④外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会から協力の同意を得ている、又は予め規定した診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保している
- ⑤在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っている
- ⑥診療所の名称・診療科目等を公道等から容易に確認できるよう明示したうえ、通常診療に必需する時間にわたり、診療所において、患者、家族等からの相談に応じる設備、人員等の体制を備えている、
- ⑦緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えている

●在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、在支診と同様の評価を行う <施告 p 76 1, 施通p807-809>

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) < 0.7
② 5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件/年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

●在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する 点 p 241-243, 留 p 270

●在宅患者の占める割合が 95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする

(4) 小児在宅医療に係る評価の推進 【s30】

●小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する観点から、機能強化型の在支診・病の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する在宅医療の実績を評価する。

現行	改定
【機能強化型（単独型）】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上	【機能強化型（単独型）】 <施通 p 807, 815> 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上
【機能強化型（連携型）】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上	【機能強化型（連携型）】 <施通 p 808, 816> ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上 ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が2件以上

(5) 休日の往診に対する評価の充実 【s30】

●より充実した診療を行っている医療機関を評価する観点から、休日の往診に対する評価を新設する。

現行	改定 <点p237>
【機能強化型（病床有り）】 夜間（深夜を除く。）の往診 1,700 点	【機能強化型（病床有り）】 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,700 点
【機能強化型（病床なし）】 夜間（深夜を除く。）の往診 1,500 点	【機能強化型（病床なし）】 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,500 点
【通常型】 夜間（深夜を除く。）の往診 1,300 点	【通常型】 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,300 点
【その他】 夜間（深夜を除く。）の往診 650 点	【その他】 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 650 点

(6) 在宅自己注射指導管理料の見直し <点p252, 留p280-290> 【s31】

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

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

現 行	
【在宅自己注射指導管理料】	
1 複雑な場合：	1, 230点
2 1以外の場合	
イ 月3回以下：	100点
ロ 月4回以上：	190点
ハ 月8回以上：	290点
ニ 月28回以上：	810点
注2 導入初期加算：	500点



改 定	
【在宅自己注射指導管理料】	
1 複雑な場合：	1, 230点
2 1以外の場合	
イ 月27回以下：	650点
ロ 月28回以上：	750点
ハ (削除)	
ニ (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. 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
3. 在宅自己注射導入前の、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療での医師による指導を、「入院又は2回以上の」に見直しを行う <留p289-290>

(7) 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し <告p980, 通p999> 【s32】

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

現 行	
【機能強化型訪問看護管理療養費1】	
ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上	
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。	
【機能強化型訪問看護管理療養費2】	
ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上	
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。	



改 定	
【機能強化型訪問看護管理療養費1】	
ハ 次のいずれかを満たすこと。	
① ターミナルケア件数※を合計した数が年に20以上	
② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上	
③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上	
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。	
【機能強化型訪問看護管理療養費2】	
ハ 次のいずれかを満たすこと。	
① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上	
② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上	
③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上	
ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。	

※ターミナルケア件数：訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数又は在宅で死亡した利用者のうち当訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅が死因総合診療を算定して利用者を合計した数

(8) 衛生材料等の提供についての評価 【s33】

- 訪問看護を実施した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したことを評価する
 - 1. 訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した医師が、患者に対して衛生材料又は保険医療材料の費用が包括されている在宅療養指導管理料等を算定していない場合であって、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したときに、訪問看護指示料の加算として衛生材料等提供加算を算定できるようにする
- (新) 衛生材料等提供加算:80点(月1回) <点p249, 449, 留p281, 471>

【算定要件】

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

2. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の評価を引き上げる <点p248>
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料:60点→100点

(9) 特定保険医療材料等の算定の明確化 【s33】

- 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料、薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする
- 1. 医師の指示に基づき、医師の診療日以外に訪問看護ステーションの看護師等が処置を実施する際又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、配置医師の診療日以外に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料についても、使用量を医師又は配置医師が患者に処方できることを明確にする <留p9-10, p259-309>
- 2. 検体検査について、検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を算定できることとする <留p9-10, 327>

3. 医療技術の適切な評価 (モノから人へ)

基本的な考え方 【s34】

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点 【s34】

- (1) 医療技術の評価及び再評価：学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。 ※医師の基礎的な技術の再評価
- (2) 外科的手術の適切な評価：外科的手術の適正な評価を行うため、「外保連試案第8.3版」の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
- (3) 先進医療からの保険導入：先進医療会議の検討結果を踏まえ、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。

(1) 医療技術の評価及び再評価 【s35】

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術78件を保険導入するとともに、既存技術145件について診療報酬上の評価の見直しを行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成27年3月から6月にかけて関係学会から914件（重複を含む）の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料に係る提案や使用する医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



注1：先進医療技術は、提案書を提供の上、先進医療会議において評価。
 注2：中医協総会において、提案書の内容について議論が行われている提案が別途 29件あり。

- 例)・新規技術；内視鏡下鼻腔手術、内視鏡経皮酸素ガス分圧連続測定、鼻腔・咽頭拭い液採取料など
- ・既存技術；採血、コルボスコピー、創傷処置、血球成分除去療法、腹腔鏡下腓骨尾部切除術など

3. 医療技術の適切な評価（モノから人へ）

①新たな手術の評価 【s36】

1. 保険収載されていない鏡視下手術のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立している術式について項目の新設等を行う

(新) 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）	5, 520点	
(新) 腹腔鏡下膈ヘルニア手術	9, 520点	
(新) 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	108, 820点	
(新) 腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術	158, 450点	ほか

2. 手技の高度化等への対応のため、医療技術評価分科会での評価等を踏まえ、項目の細分化等により評価の見直しを行う

現行 骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術を除く。)	29, 190点	改定 (改) 骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32, 110点
現行 直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8, 410点	改定 直腸脱手術 1 経会陰によるもの (改) イ 腸管切除を伴わないもの (新) ロ 腸管切除を伴うもの	8, 410点 25, 780点
現行 経皮的大動脈弁置換術	37, 430点	改定 経カテーテル大動脈弁置換術 (新) 1 経心尖大動脈弁置換術 (改) 2 経皮的大動脈弁置換術	61, 530点 37, 560点

《手術の保険導入》 【s37~39】

新規に保険導入された手術

区分番号	手術項目名	点数
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44, 830点
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	43, 790点
K178-5	経皮的動脈血管ステント留置術	33, 150点
K347-3	内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型(骨、軟骨手術)	5, 520点
K347-4	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2, 030点
K347-5	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	5, 520点
K347-6	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)	3, 170点
K347-7	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)	19, 940点
K461-2	内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術 1 片葉のみの場合 2 両葉の場合	17, 410点 25, 210点
K462-2	内視鏡下パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	25, 210点
K464-2	内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫摘出形成手術	20, 660点
K508-3	気管支熱形成術	10, 150点
K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	6, 300点
K528-3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76, 320点
K530-3	内視鏡下筋層切開術	9, 450点
K560-2	オープン型ステントグラフト内挿術 1 弓部大動脈 2 上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術 イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術 ニ その他のもの 3 下行大動脈	114, 510点 187, 370点 210, 790点 243, 580点 171, 760点 89, 250点
K603-2	小児補助人工心臓(1日につき) 1 初日 2 2日目以降30日目まで 3 31日目以降	63, 150点 8, 680点 7, 680点
K605-5	骨格筋由来細胞シート表面移植術	9, 420点
K616-5	経皮的血管内異物除去術	14, 000点
K674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34, 880点
K700-2	脾臓腫瘍摘出術	21, 750点
K703-2	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	158, 450点
K715-2	腹腔鏡下腸重積症整復術	14, 660点
K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	13, 920点
K773-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	70, 730点
K781-3	経尿道的腎盂尿管逆流止血術	8, 250点
K843-4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	95, 280点
K865-2	腹腔鏡下仙骨固定術	48, 240点
K937-2	術中グラフト血流測定加算	2, 500点
K939-6	凍結保存同種組織加算	9, 960点

②帝王切開術の評価の見直し 【s40】

●医療技術評価分科会での評価を踏まえ、帝王切開術について項目・点数の見直しを行う

●具体的には、病態等に応じた評価を充実することとし、

①緊急帝王切開の評価を引き上げる <点 p552, 留 p585>

②手術手技が通常よりも複雑な場合を対象とした加算項目を新設する。あわせて従来の「前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合」の項目を削除し、点数体系を簡素化する

現行	
帝王切開術	
1 緊急帝王切開	20, 140点
2 選択帝王切開	20, 140点
3 前置胎盤を合併する場合又は 32 週未満の早産の場合	21, 640点



改定	
帝王切開術	
1 緊急帝王切開	22, 200点
2 選択帝王切開	20, 140点
(新) 注 複雑な場合の加算	2, 000点

※「注」の加算対象： 1.前置胎盤を合併する場合 2.32週未満の早産の場合 3.胎児機能不全を認める場合
4.常位胎盤早期剥離を認める場合 5.開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合

③基礎的な技術等の再評価 【s41】

●医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

血液採取	20点	25点
注 乳幼児加算	14点	20点
皮内、皮下及び筋肉内注射	18点	20点
静脈内注射	30点	32点
注 乳幼児加算	42点	45点
点滴注射		
1 乳幼児に対するもの（1日100mL以上）	95点	98点
2 1に掲げる者以外のものに対するもの（1日500mL以上）	95点	97点
3 その他の場合	47点	49点
注 乳幼児加算	42点	45点
腱鞘内注射	25点	27点
結膜下注射	25点	27点
自家血清の眼球注射	25点	27点
コルポスコピー	150点	210点
創傷処置		
2 100平方センチメートル以上 500平方センチメートル未満	55点	60点
3 500平方センチメートル以上 3,000平方センチメートル未満	85点	90点
4 3,000平方センチメートル以上 6,000平方センチメートル未満	155点	160点
5 6,000平方センチメートル以上	270点	275点
爪甲除去(麻酔を要しないもの)	45点	60点
イレウス用ロングチューブ挿入法	200点	610点



④検体検査の評価 【s42、43】

●医療技術評価分科会での評価を踏まえ、新たな検査の保険適用に加え、検体採取の評価や、検体検査実施料の引き上げを行う

1. 新たな検査の保険適用

(新) **血液化学検査 セレン 144点** <p309, 留333>

(新) **HTLV-1 核酸検出 450点**

【算定要件】長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児(者)に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

<点p314, 留345>
【算定要件】HTLV-1抗体(ウエスタンブロット法)によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。

2. 検体採取の評価 一定の手技と時間を要する検体採取について、評価を行う

(新) **鼻腔・咽頭拭い液採取 5点**

3. 評価の引き上げ 熟練した検査技術やコストを要する検査について、評価の引き上げを行う

造血器腫瘍細胞抗原検査	1,000点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	260点
細菌培養同定検査	160点
消化管からの検体	190点
血液又は穿刺液	150点
泌尿器又は生殖器からの検体	140点
その他の部位からの検体	



	2,000点
	280点
	180点
	210点
	170点
	160点

4. 免疫電気泳動検査の評価の見直し

診断に熟練した技術を要する免疫電気泳動検査について、医師の技術を適切に評価できるよう、評価の在り方を見直す

現行	
免疫電気泳動法	240点



改定	
免疫電気泳動法	210点
(検体検査判断料の注)	
(新) 免疫電気泳動法診断加算	50点

【算定要件】

免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で作製された免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

⑤実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価 【s43】

●衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う(例)

インフルエンザウイルス抗原定性	149点	147点
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	112点	110点
生化学検査I 10項目以上	117点	115点

⑥無菌製剤処理の評価 <点p401, 留p408-409> 【s44】

●抗がん剤への被曝防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた無菌製剤処理の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえて評価の見直しを行う

現行		改定	
無菌製剤処理料1		無菌製剤処理料1	
イ 閉鎖式接続器具を使用した場合		イ 閉鎖式接続器具を使用した場合	180点
(1) 揮発性の高い薬剤の場合	150点	(薬剤による区別を削除)	
(2) (1)以外の場合	100点		
ロ イ以外の場合	50点	ロ イ以外の場合	45点
[算定要件(抜粋)]		[算定要件(抜粋)]	
・無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。 イホスファミド、シクロホスファミド、ベンダムスチン塩酸塩		・安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。	
・安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。			

閉鎖式接続器具の例) バイアル用接続器具：バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する。

⑦新規技術の保険導入 【s44】

●腋窩多汗症に対するボツリヌス注射について、項目を新設する
(新) 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点

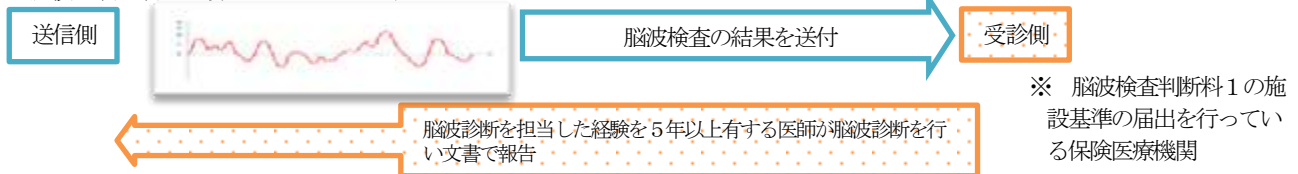
⑧脳波検査の評価の見直し <点p318, 通告p764, 施通p823 点p318, 留355, 通告p764, 施通p823> 【s45】

●てんかんの診療に用いる長期脳波ビデオ同時記録検査及び脳波検査判断料について、実施施設の体制に応じて評価の見直しを行う

現行		改定	
長期脳波ビデオ同時記録検査	900点	(新) 長期脳波ビデオ同時記録検査1	3,500点
脳波検査判断料	180点	長期脳波ビデオ同時記録検査2	900点
		(新) 脳波検査判断料1	350点
		脳波検査判断料2	180点
【長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準の概要】		【脳波検査判断料1に係る施設基準の概要】	
(2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施		(3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置	
(5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置		(6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設	
(10) てんかん診療拠点機関として選定			

⑨遠隔脳波診断の評価 【s45】

●てんかんに関する高度な診療を遠隔地でも受けられるよう、十分な体制が整備された医療機関に遠隔で脳波診断を委託した場合、脳波検査判断料1を算定できることとする



⑩神経学的検査等の評価 【s45】

●医療技術評価分科会での評価を踏まえ、神経学的検査及び筋電図検査の評価の引き上げ等を行う

	現行	改定
神経学的検査	400点	450点
筋電図検査 1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき))	200点	300点

⑪病理診断の評価 【s46】

●医療技術評価分科会での評価を踏まえ、組織診断料の評価の引き上げ等を行う

1. 組織診断料の評価の引き上げ

現行		改定	
病理診断料 1 組織診断料	400点	病理診断料 1 組織診断料	450点

2. セルブロック法を用いた標本作製の評価

現行		改定	
細胞診 (新設)		細胞診 (新) 3 セルブロック法によるもの	860点

[算定要件]

悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定できる。

⑫在宅自己導尿カテーテルについての評価の見直し 【s46】

●在宅自己導尿を行っている患者が使用するカテーテルについて、評価の見直しを行う

現行		改定	
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点	特殊カテーテル加算	
①親水性コーティングが施されている間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル (包装内に潤滑剤が封入され、開封後すぐに挿入可能なもの)		1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル (新) イ 親水性コーティングを有するもの	960点
②夜間や外出時に使用し、患者自身が消毒下で携帯することが可能な間歇バルーンカテーテル		(改) ロ イ以外のもの	600点
		(新) 2 間歇バルーンカテーテル	600点

⑬画像診断及び放射線治療の評価の見直し <点p372, 留p385, 通告766, 施通p824> 【s47】

1. 乳房MR I撮影加算の新設

乳房の悪性腫瘍に対して、乳房専用撮像コイルを用いて撮影することで、より精度の高い切除範囲の検討が可能となることから、乳房MR I撮影加算を新設

現行
磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影)
(新設)

改定
磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影)
(新) 注 乳房MRI撮影加算 100点
【算定要件】 触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応の決定及び術式を決定するために、1.5T以上のMR I装置及び乳房専用撮像コイルを使用した場合に限り算定できる。
【施設基準の概要】 ・画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。 ・関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

2. 放射線治療における適応症の拡大

- ・前立腺癌について、従来法と比べて短期でかつ安全に実施できることから、定位放射線治療の適応症を拡大
- ・体外固定具を用いた照射が安全性を向上させることが示されたため、体外照射用固定器具加算における適応症を拡大

体外照射
注3 体外照射用固定器具加算 1,000点
頭頸部腫瘍に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り算定できる。
定位放射線治療
主な適応症
・頭頸部腫瘍
・原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内)
・転移性肝癌及び肺癌(3個以内)

体外照射 <点 p605, 留 p610>
注3 体外照射用固定器具加算 1,000点
悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り算定できる。
定位放射線治療 <点 p605, 留 p610>
主な適応症
・頭頸部腫瘍
・原発性肝癌及び肺癌(転移病巣がなく、直径5cm以内)
・転移性肝癌及び肺癌(3個以内)
・前立腺癌(限局性で転移病巣のないもの)

⑭新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設 <点p542, 留p575, 施通859, 施通p824, 様式p1114, 1154, 1163> 【s48~50】

●C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する

例)	現行(準用技術)	改定
	補助人工心臓(1日につき)	(新) 小児補助人工心臓(1日につき)
	1 初日 54,370点	1 初日 63,150点
	2 2日目以降30日目まで 5,000点	2 2日目以降30日まで 8,680点
	3 31日目以降 4,000点	3 31日目以降 7,680点

技術の概要: 従来の投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者に対して、小児用体外式補助人工心臓を導入し、維持する

関連する特定保険医療材料:

- 129 補助人工心臓セット (1) 体外型 (2) 小児用
 ア 血液ポンプ 5,170,000円、イ 心尖部脱血用カニューレ 764,000円、ウ 心房脱血用カニューレ 708,000円
 エ 動脈送血用カニューレ 712,000円 等

例)	現行(準用技術)	改定
	心膜切開術 9,420点	(新) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術 9,420点

技術の概要: 患者の骨格筋から採取した筋芽細胞を培養し、シート状に調製した移植用の心筋シートを、実際に当該患者の心表面に移植する技術

関連する特定保険医療材料:

- 189 ヒト骨格筋由来細胞シート
 (1) 採取・継代培養キット 6,360,000円、(2) 回収・調製キット 1,680,000円 (1枚当たり)

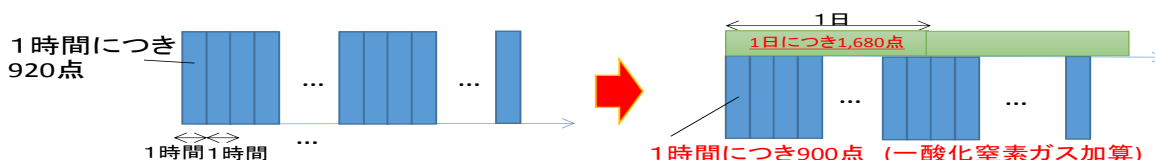
例)	新設 <点 p487, 留 p515, 施告 p770, 施通 p850, 様式 1114, 1151>
	(新) 歩行運動処置 900点 (ロボットスーツによるもの)(1日につき) ※ 指定難病の患者等については900点加算 ※ 導入期(5週間9回)の処置にあつては2,000点加算

技術の概要: 緩徐進行性の神経・筋疾患の患者を対象として、ロボットスーツを間欠的に装着し、生体電位信号に基づき歩行運動を繰り返すことで、歩行機能を改善する。

(留意事項(要点))

- 1 有髄性筋萎縮症、球有髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トゥース病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー、筋ジストロフィーの患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定できる。
- 2 算定に当たっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された5週間以内に実施される9回の処置が終了した際には、担当の多職種が参加するカンファレンスにより、短期効果を検討する。
- 3 2に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乗せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できる。

例)	現行(準用技術)	改定
	一酸化窒素吸入療法 920点	(新) 一酸化窒素吸入療法(1日につき) 1,680点 2 心臓手術周術期に実施する場合
		<点p483, 留p508, 施告p770, 施通p849>



(留意事項) 心臓手術の周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。
 この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記録すること。また、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定できるが、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

例)

現行(準用技術)	
K174 水頭症手術	24, 310点
2 シヤント手術	



改定 <点p542, 留p574-575, 施告p771, 施通p799>	
(新) 挿入型除細動器移植術	24, 310点
2 皮下挿入型リードを用いるもの	

技術の概要: 挿入型除細動器とそのリードを植込むに当たって、従来の経静脈リードではなく、皮下挿入型リードを用いることで、血管内感染症、血管アクセス手技に係る合併症、リード抜去に係る合併症などのリスクの低減が期待できる

(2) 外保連試算を活用した外科的手術等の適切な評価 【s51~63】

3. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(2) 外保連試算を活用した外科的手術等の適切な評価
 今般改訂された「外保連試算第8.3版」において、人件費の占める割合及び材料に係る費用の占める割合等に配慮をしつつ、
約300項目の手術について、最大で30%の引上げを行う

区分番号	手術名	現行	改定
K002 3	デブリードマン 3,000cm以上	7,600	8,360
K011 2	顔面神経痛痺形成手術 動的なもの	58,500	64,350
K015 3	皮弁作成術、移動術、切開術、遅延皮弁術 100cm以上	20,280	22,310
K017 2	遊離皮弁術(顔面腫瘍血管網付きのもの) その他の場合	84,050	92,460
K019	複合組織移植術	15,210	17,490
K020	自家遊離複合組織移植術(顔面腫瘍血管網付きのもの)	110,700	127,310
K022 1	組織拡張器による再建手術(一連につき) 乳房(再建手術)の場合	17,580	18,460
K022 2	組織拡張器による再建手術(一連につき) その他の場合	17,580	18,460
K022-2	象皮様植皮手術 下腿	19,100	21,010
K031 1	四肢・軀幹部悪性腫瘍手術 肩、上腕、前腕、大腕、下腿、脛幹	20,620	24,130
K039 1	腫瘍手術(人工臓形成術を含む。) 指(手、足)	13,610	15,650
K039 2	腫瘍手術(人工臓形成術を含む。) その他のもの	18,080	19,890
K043 1	骨振脱術 肩甲骨、上腕、大腕	11,150	12,270
K043-2 1	骨関節結核瘻孔摘出術 肩甲骨、上腕、大腕	11,150	12,270
K043-3 1	骨髄炎手術(骨髄摘手術を含む。) 肩甲骨、上腕、大腕	11,150	12,270
K046-2 2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの) 前腕、下腿	17,090	18,800
K053 2	骨悪性腫瘍手術 前腕、下腿	26,280	32,040
K053 3	骨悪性腫瘍手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,810	22,010

区分番号	手術名	現行	改定
K054 2	骨切り術 前腕、下腿	20,620	22,680
K056 2	偽関節手術 前腕、下腿、手舟状骨	26,030	28,210
K057 1	変形治療骨折矯正手術 肩甲骨、上腕、大腕	31,270	34,400
K058 4	骨長調整手術 骨延長術(指(手、足)以外)	26,700	29,370
K059 2	骨移植術(軟骨移植術を含む。) 同種骨移植(生体)	20,770	23,890
K059 3	骨移植術(軟骨移植術を含む。) 同種骨移植(非生体)	18,300	21,050
K059-2	関節鏡下自家軟骨移植術	16,180	18,620
K064	先天性股関節臼視視的整復術	21,130	23,240
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	15,210	16,730
K072 1	関節切除術 肩、股、膝	19,270	21,200
K073-2 1	関節鏡下関節内骨折脱臼の手術 肩、股、膝	25,200	27,720
K074-2 1	関節鏡下韧带断裂縫合術 十字韧带	21,970	24,170
K079-2 4	関節鏡下韧带断裂形成手術 内側膝蓋大腿韧带	17,550	20,180
K080-4 2	関節鏡下肩関節断裂手術 複離なもの	35,150	38,670
K082-2 2	人工関節抜去術 肩鎖、肘、手、足	20,620	22,680
K082-3 3	人工関節再置換術 肩鎖、指(手、足)	19,940	21,930
K085 1	四肢関節断術 肩、股、膝	26,030	28,630
K094	足三関節固定(ランブリスディ)手術	25,350	27,890
K099-3 3	デュブレイトレン拘縮手術 4指以上	29,740	32,710
K102 2	巨指症手術 骨関節、腕の形成を要するもの	15,390	17,700
K105	親手、親足手術	25,350	27,890
K106	母指化手術	32,370	35,610
K107	母指短縮手術	95,630	116,670
K108	母指対立再建術	16,650	19,150
K116	骨髄、骨盤骨腫瘍術	15,610	17,170
K118	骨髄、骨盤脱臼脱臼の手術	28,210	31,030
K125	骨盤骨折脱臼の手術(腸骨翼骨折を除く。)	29,180	32,110

区分番号	手術名	現行	改定
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	15,730	17,300
K134 1	椎間板摘出術 前方摘出術	34,810	40,030
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33,290	36,620
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69,980	88,870
K136-2	腫瘍骨腫瘍全摘術	93,300	113,830
K138 1	脊椎摘出術 神経処置を伴うもの	26,700	29,370
K138 2	脊椎摘出術 その他のもの	16,510	18,990
K139	脊椎骨切り術	52,460	60,330
K140	脊椎骨切り術	33,630	36,990
K141-2	寛骨臼移動術	36,400	40,040
K142 2	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎弓又は多椎弓の場合を含む。) 後方又は後側方固定	29,900	32,880
K142 3	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎弓又は多椎弓の場合を含む。) 後方椎体固定	37,420	41,160
K142 5	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎弓又は多椎弓の場合を含む。) 椎弓切除	12,100	13,310
K142 6	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎弓又は多椎弓の場合を含む。) 椎弓形成	21,700	23,870
K142-2 1	脊椎摘出術 固定術	48,650	55,950
K149 2	減圧開窓術 その他の場合	24,000	26,400
K152	耳性頭蓋内合併症手術	49,520	56,950
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	45,970	52,870
K154 2	機能的位置手術 両側の場合	78,750	94,500
K154-3	定位頭蓋内手術	18,220	20,040
K155	脳切除術(開頭して行うもの)	13,620	16,340
K157	三叉神経節後線維切除術	32,280	36,290
K158	視神経管開放術	35,150	38,290

区分番号	手術名	現行	改定
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	31,270	36,290
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	33,820	42,950
K168	脳切除術	35,150	38,290
K173	脳・脳膜剥離術	31,270	36,290
K175 1	脳動脈瘤被包術 1箇所	71,320	82,020
K178-1	経皮的選択的脳血管性・塞栓治療術 頸内脳血管の場合	33,150	39,780
K178-3 1	経皮的選択的脳血管性・塞栓治療術 頸内脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	30,230	36,280
K178-2 4	経皮的選択的脳血管性・塞栓治療術 頸内脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	18,760	21,570
K178-4	経皮的脳血栓回収術	30,230	33,150
K181 1	脳動脈瘤置換術(頸内内電極置換術を含む。) 片側の場合	59,180	65,100
K181-4	迷走神経刺激装置置換術	22,140	24,350
K181-5	迷走神経刺激装置交換術	4,000	4,800
K182-2 1	神経交差縫合術 指(手、足)	36,320	43,580
K183	骨髄硬膜切開術	23,490	25,840
K183-2	空調・くも膜下腔シヤント術(骨髄空洞症に対するもの)	23,490	25,840
K184	減圧骨髄切開術	24,510	26,960
K185	骨髄切開術	35,150	38,670
K186	骨髄硬膜内神経切開術	35,150	38,670
K187	骨髄硬膜外神経切開術	36,840	42,370
K190-2 1	骨髄刺激装置交換術	13,610	15,650
K190-3	重症虚性麻痺治療薬髄腔内持続注入用補込型ポンプ設置術	33,750	37,130
K190-4	重症虚性麻痺治療薬髄腔内持続注入用補込型ポンプ交換術	5,070	6,080

区分番号	手術名	現行	改定
K196 1	交感神経節切開術 頸部	23,660	26,030
K228	眼窩骨折整復術	26,520	29,170
K230 1	眼窩内異物除去術(限在性) 視神経周囲、眼窩尖端	24,960	27,460
K280-2	羊膜移植術	6,750	8,780
K285	虹彩腫瘍切除術	14,600	16,790
K286	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26,780	30,800
K290 1	外耳道骨増生(外骨腫) 切除術	7,670	8,440
K293	耳介悪性腫瘍手術	16,390	18,180
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	30,420	35,590
K296 1	耳介形成手術 耳介軟骨形成を要するもの	14,570	16,760
K297	外耳道形成手術	15,550	17,110
K298	外耳道形成術・閉鎖症手術	28,410	35,290
K302	上鼓室開放術	8,620	10,950
K303	上鼓室乳突洞開放術	17,910	20,600
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	8,850	11,240
K305	乳突閉鎖術	17,750	20,410
K306	鏡体部手術	33,120	38,090
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	33,970	37,370
K314 1	中耳悪性腫瘍手術 切除	35,490	41,520
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	22,480	24,730
K317	中耳環摘手術	30,780	35,370
K325 1	迷路摘出術 部分摘出(顔面迷路摘出術を含む。)	24,510	26,960
K334-2	鼻骨変形治療骨折矯正術	19,100	21,010
K338 2	鼻中隔切除術 その他のもの	1,820	2,310
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	40,000	44,000
K343 2	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 全摘	42,470	48,690

区分番号	手術名	現行	改定
K345	囊腫性鼻炎手術(両側)	18,250	20,080
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	26,030	28,630
K364	汎副鼻腔根治手術	14,500	16,680
K371 4	上咽頭腫瘍摘出術 外切開によるもの	15,080	16,590
K372 2	中咽頭腫瘍摘出術 外切開によるもの	14,430	15,870
K373 2	下咽頭腫瘍摘出術 外切開によるもの	14,820	16,340
K374	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970	35,340
K375 2	鼻咽喉鏡腫瘍手術 摘出	31,430	36,140
K375-2	鼻咽喉鏡腫瘍手術	21,630	23,790
K376	上咽頭悪性腫瘍手術	28,210	35,830
K379 1	副咽頭腫瘍摘出術 経頸部によるもの	26,000	28,600
K379 2	副咽頭腫瘍摘出術 経頸部下窩によるもの(下咽頭断によるものを含む。)	48,000	55,200
K379-2 1	副咽頭腫瘍摘出術 経頸部によるもの	39,000	47,580
K379-2 2	副咽頭腫瘍摘出術 経頸部下窩によるもの(下咽頭断によるものを含む。)	75,000	91,500
K391 2	気管異物除去術 開胸手術によるもの	37,690	43,340
K394 2	喉頭悪性腫瘍手術 全摘	52,220	63,710
K398 1	喉頭摘除症手術 前方開大術	21,290	23,420
K398 2	喉頭摘除症手術 前壁形成手術	20,450	22,500
K399	気管摘除症手術	32,620	37,510
K403 1	気管形成手術(管状気管、気管移植等) 頸部からのもの	43,430	49,940
K407 3 口	口蓋裂形成手術 顎裂を伴うもの 両側	29,040	31,940
K410	口腔悪性腫瘍手術	24,050	28,140
K412	顎癌悪性腫瘍手術	22,480	26,310
K414	舌根甲状腺腫瘍摘出術	8,520	9,800
K415 1	舌悪性腫瘍手術 切除	18,810	22,010

区分番号	手術名	現行	改定	区分番号	手術名	現行	改定
K415 2	舌悪性腫瘍手術 亜全摘	64,160	75,070	K444-2 2	下顎骨延長術 両側	33,460	40,150
K422	口唇悪性腫瘍手術	28,210	33,010	K446 2	顎関節授動術 顎関節鏡下授動術	7,310	8,770
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900	20,940	K446 3	顎関節授動術 開放授動術	22,820	25,100
K425	口腔、咽、顔面悪性腫瘍切除術	89,100	108,700	K447 1	顎関節円板整位術 顎関節鏡下円板整位術	18,810	20,690
K426 3	口唇裂形成手術 (片側) 鼻底形成を伴う場合	22,140	24,350	K455	顎下腺悪性腫瘍手術	28,210	33,010
K426-2 3	口唇裂形成手術 (両側) 鼻底形成を伴う場合	33,290	36,620	K457 2	耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	31,100	34,210
K427-2	頬骨整形治癒骨折矯正術	35,100	38,610	K458 1	耳下腺悪性腫瘍手術 切除	28,210	33,010
K429 2	下顎骨折癒血的手術 両側	24,840	27,320	K458 2	耳下腺悪性腫瘍手術 全摘	37,620	44,020
K431	顎関節脱臼復血的手術	23,830	26,210	K462	パセドウ早伏全摘 (亜全摘) 術 (両側)	20,800	22,880
K434	顔面多発骨骨折癒血的手術	34,520	39,700	K463 2	甲状腺悪性腫瘍手術 全摘及び亜全摘	30,810	33,790
K434-2	顔面多発骨骨折整形治癒矯正術	41,420	47,630	K468	顎動脈手術	10,580	12,700
K438	下顎骨腫瘍手術	23,600	27,140	K469 1	顎部郭清術 片側	20,960	23,060
K439 1	下顎骨悪性腫瘍手術 切除	32,560	40,360	K469 2	顎部郭清術 両側	28,900	34,680
K439 2	下顎骨悪性腫瘍手術 切開	43,410	53,830	K470	顎部悪性腫瘍手術	35,830	41,920
K441	上顎骨全摘術	33,120	38,750	K476-3 1	動脈 (皮) 弁及び筋 (皮) 弁を用いた乳房再建術 (乳房切除後) 一次的に行うもの	42,710	49,120
K442 2	上顎骨悪性腫瘍手術 切除	28,210	34,420	K481	肋骨骨折癒血的手術	7,830	8,610
K442 3	上顎骨悪性腫瘍手術 全摘	56,130	68,480	K484 1	胸壁悪性腫瘍摘出術 胸壁形成手術を併施するもの	47,880	56,000
K443 1	上顎骨形成術 単純な場合	21,130	23,240	K487 2	漏斗胸手術 胸骨翻転法によるもの	33,970	37,370
K443 2	上顎骨形成術 複雑な場合及び2次の再建の場合	41,370	45,510	K488-4	胸壁鏡下試験切除術	13,000	15,800
K444 2	下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	22,310	25,660	K497-2	胸腔鏡下茎大隅充植術	49,650	57,100
K444 3	下顎骨形成術 再建の場合	36,080	43,300	K501	乳癌摘出術	12,330	14,410
K444-2 1	下顎骨延長術 片側	22,310	25,660	K502-3	胸腔鏡下縦隔切除術	26,750	31,300
				K502-4	拡大胸腺摘出術	31,710	32,270
				K507	肺腫瘍切除剥離術	28,210	31,030
				K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8,710	10,020

区分番号	手術名	現行	改定
K511 1	肺切除術 楔状部分切除	23,520	27,520
K514-4	両嚔死体肺移植術	119,000	139,230
K514-6	生体部分肺移植術	100,980	130,280
K515	肺刺皮膚	29,640	32,800
K517	肺腫瘍術	28,520	28,220
K521 1	食道周囲腫瘍切除開胸術 開胸手術	28,000	28,210
K521 2	食道周囲腫瘍切除開胸術 胸骨切開によるもの	16,900	19,440
K522-3	食道空腔パピラス作成術	54,020	65,900
K523 1	食道異物摘出術 頸部手術によるもの	25,350	27,890
K524 1	食道腫瘍切除術 頸部手術によるもの	22,480	24,730
K524 2	食道腫瘍切除術 開胸によるもの	31,430	34,700
K524-2	胸腔鏡下食道腫瘍切除術	34,130	39,390
K526 2	食道腫瘍摘出術 開胸又は開腹手術によるもの	34,140	37,550
K531 2	食道切除後2次の再建術 消化管利用によるもの	54,960	64,300
K532 1	食道・胃脾腫瘍手術 血行灌漑術を主とするもの	34,240	37,620
K532-3	胸腔鏡下食道腫瘍手術 (胃上部血行灌漑術)	38,340	46,770
K536 1	胸腺腫瘍ヘルニア手術 総胸又は総腹	28,870	29,560
K536 2	胸腺腫瘍ヘルニア手術 総胸及び総腹	35,490	39,040
K537 2	食道腫瘍ヘルニア手術 総胸及び総腹	34,910	38,290
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380	157,840
K562 1	肺動脈閉塞症手術 経皮的肺動脈閉塞閉鎖術	16,510	18,990
K565	巨大動脈血管手術 (肺内肺動脈結紮術)	71,550	90,870
K569	三尖弁手術 (エプスタイン氏奇形、ウル氏病手術)	90,120	103,640
K570 1	肺動脈狭窄症、純型肺動脈閉塞症手術 肺動脈弁切開術 (単独のもの)	32,500	35,750
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	31,280	34,410
K573 1	心房中隔欠損作成術 経皮的心房中隔欠損作成術 (ラッシュキッド法)	11,660	13,410

区分番号	手術名	現行	改定
K573 2	心房中隔欠損作成術 心房中隔欠損作成術	33,540	36,900
K599-3	両室ベレーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000	35,200
K601 1	人工心臓 (1日につき) 初日	24,500	26,950
K609 3	動脈血栓内臓摘出術 その他のもの	25,860	28,450
K610 1	動脈形成術、吻合術 頸蓋内動脈	81,720	99,700
K610 2	動脈形成術、吻合術 胸腔内動脈 (大動脈を除く。)	47,790	52,570
K610 5	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	18,080	21,700
K615 1	血管造影術 (頸部、胸腔、腹腔内血管等) 止血術	19,260	23,110
K615 2	血管造影術 (頸部、胸腔、腹腔内血管等) 選択的動脈化学塞栓術	18,220	20,040
K615 3	血管造影術 (頸部、胸腔、腹腔内血管等) その他のもの	16,930	18,620
K616	四肢の血管拡張術 - 血栓除去術	20,540	22,590
K627 2	リンパ節郭清術 頸部 (深在性)	18,250	20,080
K627 5	リンパ節郭清術 胸骨旁	18,250	20,080
K627 7	リンパ節郭清術 後腹膜	37,620	41,380
K627 8	リンパ節郭清術 骨盤	24,360	26,800
K627-2	胸腔鏡下骨盤内リンパ節郭清術	28,460	36,140
K635	胸水・腹水濾過濾過再注法	3,470	4,160
K639-3	胸腔鏡下汎発性炎症性疾患手術	16,460	19,260
K640 2	腸間膜摘除術 腸管切除を伴うもの	24,440	26,880
K648	胃切開術	9,970	10,970
K649-2	胸腔鏡下胃吊上げ固定術 (胃下垂症手術)、胃捻転症手術	15,900	18,600
K655-2 1	胸腔鏡下胃切開術 単純切除術	34,950	40,890
K655-5 1	胸腔鏡下噴門側胃切開術 単純切除術	44,270	54,010

区分番号	手術名	現行	改定
K656-2	胸腔鏡下胃総小術 (スリーブ状切除によるもの)	36,410	40,050
K659-2	胸腔鏡下食道下部迷走神経切断術 (幹迷切)	21,780	25,480
K667	噴門形成術	16,440	16,980
K671 2	胆管切開結石摘出術 (チューブ挿入を含む。) 胆嚢摘出を含まないもの	24,440	26,880
K672	胆嚢摘出術	20,960	23,060
K674	総胆管拡張症手術	41,320	49,580
K675 1	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの (リンパ節郭清を含む。)	38,910	45,520
K675 2	胆嚢悪性腫瘍手術 肝切除 (亜区域切除以上) を伴うもの	47,370	57,790
K677 2	胆管悪性腫瘍手術 その他のもの	72,390	84,700
K682-4	超音波内視鏡下虚孔形成術 (腹腔内腫瘍に対するもの)	21,320	23,450
K695 2	肝切除術 亜区域切除	46,130	56,280
K695 4	肝切除術 1区域切除 (外側区域切除を除く。)	49,750	60,700
K697-4	移植用部分肝採取術 (生体)	72,000	82,800
K697-5	生体部分肝移植術	145,610	189,290
K702 2	脾体尾部腫瘍切除術 リンパ節・神経系郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	46,880	57,190
K704	脾全摘術	91,990	103,030
K709-2	移植用脾採取術 (死体)	63,310	77,240
K711	脾摘出術	28,210	31,030
K719-2 2	胸腔鏡下結腸切除術 全切除、亜全切除	51,750	59,510
K719-3	胸腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51,750	59,510
K719-5	全結腸・直腸切除腸直腸吻合術	42,510	51,860
K734-2	胸腔鏡下回盲転異常症手術	22,910	26,800

区分番号	手術名	現行	改定
K742-2	胸腔鏡下直腸脱手術	25,810	30,200
K751-2	仙骨部奇形矯正術	42,680	46,950
K755 1	副腎腫瘍摘出術 皮質腫瘍	35,830	39,410
K755 2	副腎腫瘍摘出術 髄質腫瘍 (褐色細胞腫)	42,930	47,020
K769	腎部分切除術	32,620	35,880
K776	腎 (腎盂) 皮膚癌根治術	25,350	27,890
K786	尿管膀胱吻合術	19,370	21,310
K789	尿管膀胱吻合術	40,390	46,450
K790	尿管皮膚瘻造設術	12,910	14,200
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	25,860	28,450
K801 1	膀胱単純摘除術 腸管利用の尿路変更を行うもの	48,650	59,350
K801 2	膀胱単純摘除術 その他のもの	44,790	51,510
K802-2 2	膀胱鏡手術 その他のもの	16,960	19,390
K802-6	胸腔鏡下膀胱部分切除術	14,710	16,680
K802-6	胸腔鏡下膀胱部分切除術	34,980	40,930
K803 1	膀胱悪性腫瘍手術 切除	29,190	34,150
K804-2	胸腔鏡下尿管瘻摘出術	15,050	16,360
K807	膀胱鏡尿管閉鎖術	25,180	27,700
K808	膀胱鏡尿管閉鎖術	25,180	27,700
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	33,900	37,180
K809-3	胸腔鏡下膀胱内手術	32,000	37,440
K810	ポアリー氏手術	35,150	36,840
K811	腸管利用膀胱拡大術	41,910	48,200

区分番号	手術名	現行	改定
K812	回腸 (結腸) 導管造設術	43,100	49,570
K812-2 1	排液腔外反症手術 外反膀胱閉鎖術	64,030	70,430
K817 1	尿道悪性腫瘍摘出術 摘出	27,550	32,230
K817 2	尿道悪性腫瘍摘出術 内視鏡による場合	20,110	23,130
K819-2	陰茎形成術	33,790	43,930
K827 1	陰茎悪性腫瘍手術 陰茎切除	18,590	21,750
K828-2 1	陰茎持続勃起症手術 亀頭-陰茎海綿体操作術 (ウィンター法) によるもの	4,060	4,670
K836	停育精巣固定術	8,470	9,740
K836-2	胸腔鏡下腹腔内停育精巣陰嚢内固定術	31,770	37,170
K850 2	女子外性器悪性腫瘍手術 皮膚等摘 (筋皮弁使用) を行った場合	54,020	63,200
K857	陰茎悪性腫瘍手術	29,190	37,070
K858	陰茎癌閉鎖術	31,940	35,130
K859 4	造陰術、陰嚢腫瘍術 腸管形成によるもの	40,900	47,040
K860	陰嚢形成手術	7,160	7,880
K881	陰嚢子宮瘻手術	21,130	23,240
K882	重産子宮、双角子宮手術	22,980	25,280
K884	奇形子宮形成手術 (ストラスマン手術)	21,130	23,240
K887-4	胸腔鏡下多発嚢性卵巣嚢腫術	20,620	24,130
K890-3	胸腔鏡下卵管形成術	42,120	46,410
K903 2	子宮破裂手術 子宮腔上部切開を行うもの	26,700	29,190
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術 (一週につき)	10,800	11,880

(3) 先進医療会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入 【s64~65】

平27年6月30日時点で先進医療告示に掲げられている先進医療A：61技術及び総括報告書の報告を終えている先進医療B：2技術について、先進医療会議・中医協において保険導入等を検討し、有効性、効率性等に鑑み、14技術(医科13、歯科1)について保険導入を行うこととなった

【医科の13技術】

①冷凍保存同種組織を用いた外科治療 <点p555, 留p589, 施告p772, 施通p871>	K939-6 凍結保存同種組織加算:	9,960点
②陽子線治療、③重粒子線治療 <点p606, 留p611, 施告p773, 施通p874-875>	M001-4 粒子線治療 1 重粒子線治療の場合:	150,000点 ※切除非適応の骨軟部腫瘍のみ
	2 陽子線治療の場合:	150,000点 ※小児腫瘍のみ
④非生体ドナーから採取された同種骨・靭帯組織の凍結保存 <点p520, 留p562, 施告p770, 施通p851>	K059 3 イ 同種骨移植 (特殊なもの):	24,370点
⑤RET遺伝子診断 <点p309, 留p331-332, 施告p763, 施通p820>	D006-4 遺伝学的検査:	3,880点
⑥実物大臓器立体モデルによる手術支援 <点p554, 留p588>	K939 画像等手術支援加算 2 実物大臓器立体モデルによるもの:	2,000点
⑦単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断 (リアルタイムPCR法) <点p313, 留p346>	D023 4 単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量:	287点
⑧網膜芽細胞腫の遺伝子診断 <点p309, 留p331-332, 施告p763, 施通p820>	D006-4 遺伝学的検査:	3,880点
⑨腹腔鏡下仙骨固定術 <点p551, 施告p770-771, 施通p866>	K865-2 腹腔鏡下仙骨固定術:	48,240点
⑩硬膜外自家血注入療法 <点p478, 留p494, 施告p770, 施通p848>	J007-2 硬膜外自家血注入:	800点
⑪食道アカシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術 <点p539, 留p570, 施告p771, 施通p855-856>	K530-3 内視鏡下筋層切開術:	9,450点
⑫内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術 <点p536-537, 施告p770, 施通p854>	K461-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術 1 片葉のみの場合: 2 両葉の場合: K462-2 内視鏡下パレトウ甲状腺全摘 (亜全摘) 術 (両葉): K464-2 内視鏡下副甲状腺 (上皮小体) 腫瘍過形成手術:	17,410点 25,210点 25,210点 20,660点

保険導入した技術の例① 【s66】

(新) 硬膜外自家血注入 800点 <点p478, 留p494, 施告p770, 施通p848>

技術の概要: 脊髄液 (脳及び脊髄を守る働きをしている液) が、硬膜から漏出している場合に患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、漏出を止める技術。

【算定の要件】

脳脊髄液漏出症 (関連学会の定めた診断基準において確実又は確定とされた者。)

【施設基準の概要】

- ・脳神経外科、整形外科、神経内科、又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。
- ・病床を有していること。
- ・脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあっては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

(新) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70,730点 点p549, 留p583, 施告p770, 施通p864

技術の概要: 手術ロボットに設置された、精緻な動きが可能なアームによって内視鏡下に腎がんの部分切除を行う技術で、出血量の減少・腎の阻血時間の短縮が見込める。

【算定の要件】

原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対する腎部分切除

【施設基準の概要】

- ・泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- ・泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門的知識及び5年以上の経験を有すること。
- ・麻酔科の標榜医が配置されていること。
- ・腎悪性腫瘍手術が1年間に合わせて10例以上実施されていること。

保険導入した技術の例② <点p606, 留p611, 施通p874-875> 【s67】

(新) 重粒子線治療 150,000点 (新) 陽子線治療 150,000点

技術の概要: 水素原子核 (陽子線) 又は炭素原子核 (重粒子線) を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。従来のX線治療と比較して、周辺の正常組織の損傷を軽減することで合併症の発生を抑えられる。

【算定の要件】

- ・陽子線治療: 小児腫瘍 (限局性の固形悪性腫瘍に限る)
- ・重粒子線治療: 切除非適応の骨軟部腫瘍
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること。

【施設基準の概要】

1. 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
2. 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上有すること。
3. 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。
4. 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する技術者等が配置されていること。
5. 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
6. 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

【その他の加算】

①希少な限局性の固形悪性腫瘍への加算 ※ 小児腫瘍・切除非適応の骨軟部腫瘍所定点数の25/100

②粒子線治療適応判定加算 ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価 40,000点

③粒子線治療医学管理加算 ※ 三次元的な空間再現性により照射を行うなどの医学管理の実施を評価 10,000点

4. 医療機能に応じた入院医療の評価 【s68】

- (1) 7対1入院基本料の施設基準の見直し、(2) 病棟群単位での届出、(3) 看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件見直し、(4) 月平均夜勤時間数の基準のみを満たせなくなった場合の更なる緩和措置、(5) 急性期後の受け皿病床の評価、(6) 入院中の患者の他医療機関受診、(7) 医療資源の乏しい地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し 等

- ◇前回到続き、7対1入院基本料の要件の厳格化が実施。前回見直しばかりで、朝令暮改と主張してきたが、大局的な対応ということで了承した。
- ◇高齢化による疾病構造の変化に対応し、急性期後の受け皿病床へ転換を促す必要については理解しているが、急激な見直しによる医療現場の混乱で、最終的に不利益を受けるのは患者さんであり国民である。
- ◇一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」を急性期の患者特性を評価する項目に見直した上で、該当患者割合要件が15%以上から25%以上に引き上げられた。
200床未満で病棟群単位の届出を行わない病院は、経過措置として2年間は23%以上とされたのは一定の評価をしているが、医療現場の影響をしっかりと検証した上で、必要な対応を行うべき。
- ◇看護職員の月平均夜勤時間数の計算方法が医療現場の実情に沿った形に近づいた。支払側や看護協会が懸念する一部の看護師に偏って夜勤時間が増える等の負担増とならないよう医療界としても対応する。
- ◇入院中の患者の他医療機関受診について、精神科病院や有床診療所など特に診療科の少ない医療機関に配慮し、控除率を緩和できた。

入院医療の機能分化・強化 【s69】

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化を図るため、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と、手厚い医療に対する評価の充実を実施

医療機能ごとの患者像に応じた評価		医療機能の強化のための評価	
<ul style="list-style-type: none"> ○特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し ○総合入院体制加算について、「重症度、医療・看護必要度」(A、C項目)の基準を導入 	特定集中治療室等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価 ○ 総合入院体制加算における、認知症・精神疾患患者の受入体制の評価 	
<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し ○重症患者を受け入れている10対1一般病棟を評価 	7対1病棟等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 7対1病棟の在宅復帰率の基準の見直し ○ 看護職員・看護補助者の手厚い夜間配置を実施している医療機関の評価 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外 	地域包括ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟における、リハビリテーションの効果に応じたリハビリテーション料の評価（アウトカム評価） 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化 ○ 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよきめ細かく適正な評価 	療養病棟等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し 	

(1) 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し 【s70】

●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、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目・基準の見直しを行う

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	改定 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、 A項目3点以上又はC項目1点以上
[A項目] 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニター管理 5 シリンジポンプ管理 6 輸血や血液製剤管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服管理、③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理、⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージ管理	[A項目] 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニター管理 5 シリンジポンプ管理 6 輸血や血液製剤管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服管理、③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理、⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージ管理、 ⑪ 無菌治療室での治療 8 救急搬送後の患者
[B項目] 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱	[B項目] 9 寝返り 起き上がり(削除) 座位保持(削除) 10 移乗 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 危険行動 15 診療・療養上の指示が通じる
※① 経皮的血管内治療：経皮的な脳血管内治療、t-PA療法、冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部のステント挿入術、選択的血管塞栓による止血術 ② 経皮的心筋焼灼術：経皮的な心筋焼灼術、体外ペースメーカー術、ペースメーカー移植術、除細動器移植術 ③ 侵襲的な消化器治療：内視鏡による胆嚢・膵臓に係る治療、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、緊急時の内視鏡による消化管止血術	[C項目] 16 開頭手術 17 開胸手術 18 開腹手術 19 骨の観血的手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔手術 22 救命等に係る内科的治療※

(2) 各入院基本料における該当患者割合要件の変更 【s71】

●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う

現行の基準を満たす患者割合の要件	改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の15%以上	[7対1入院基本料の病棟] 施告 < p 632, 637, 639 施通 p 686-687 > 当該病棟入院患者の 25%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の5%以上	[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の 6%以上 < 施告 p 645-646 施通 p 704-706 >
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(※A項目のみ)	[地域包括ケア病棟入院料の病棟] < 施告 p 657 施通 p 741, 748 > 当該病棟入院患者の10%以上(※A項目、 C項目)
[回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(※A項目のみ)	[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の 5%以上 (※A項目のみ) < 施告 p 656 施通 p 738-739 >

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



改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 施設 < p 632, 637, 639 施通 p 686-687 > 当該病棟入院患者の 25%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の 6%以上 < 施設 p 645-646 施通 p 704-706 >
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] < 施設 p 657 施通 p 741, 748 > 当該病棟入院患者の10%以上(※A項目、 C項目)
[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の 5%以上 (※A項目のみ) < 施設 p 656 施通 p 738-739 >

【経過措置】 <施設 p 663>

平成28年3月31日に7対1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。また、平成28年3月31日に7対1入院基本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)であって、病棟群単位の届出を行わないものにあつては、平成30年3月31日までに限り、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。

(3) 重症患者を受け入れている10対1病棟の評価 <施設 p 633, 638-639 施通 p 688> 【s71】

●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病棟における「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の見直しを行う

現行	改定
看護必要度加算1 30点 庸届けつ d (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が15%以上)	看護必要度加算1 55点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が24%以上)
看護必要度加算2 15点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が10%以上)	看護必要度加算2 45点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が18%以上)

【経過措置】 <施設 p 663>

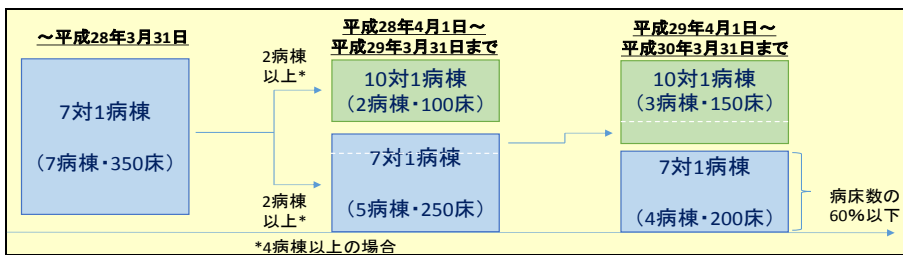
平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準を満たしているものとする。

(4) 病棟群単位による届出 <留 p 52, 58-59 施通 p 695-696> 【s72】

●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、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

【届出等に関する手続きの取扱い】

- 届出可能な医療機関は、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医療機関であること。
- 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。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り(病棟群の病床数の変更は可能)、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。
- 当該届出措置を利用した場合は、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)。
- 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。



(5) 在宅復帰率の要件見直し <施設 p 632, 637, 639, 657, 662 施通 p 687, 741, 749> 【s73】

●入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う

現行(7対1入院基本料)	改定(7対1入院基本料)
自宅等に退院する者の割合が75%以上	自宅等に退院する者の割合が 80%以上
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。) ・ 有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

(6) 短期滞在手術等基本料3の見直し 【s74~77】

①対象となる手術等を拡大するとともに、包括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。

【短期滞在手術等基本料3】

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合: 16,773点 → 17,300点 (生活療養を受ける場合: 16,702点 → 17,229点)
ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合: 9,383点 → 7,491点 (生活療養を受ける場合: 9,312点 → 7,420点)
ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合: 9,638点 → 9,349点 (生活療養を受ける場合: 9,567点 → 9,278点)
ニ D291-2 小児アレルギー負荷検査: 6,130点 → 6,000点 (生活療養を受ける場合: 6,059点 → 5,929点)
ホ D413 前立腺針生検法: 11,737点 → 11,380点 (生活療養を受ける場合: 11,666点 → 11,309点)
ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術: 17,485点 → 19,993点 (生活療養を受ける場合: 17,414点 → 19,922点)

ト	K093-2	関節鏡下手根管開放手術	: 20,326点 → 19,313点 (生活療養を受ける場合: 20,255点 → 19,242点)
	K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	: 43,479点 → 40,666点 (生活療養を受ける場合: 43,408点 → 40,595点)
リ	K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)	: 27,093点 → 22,096点 (生活療養を受ける場合: 27,022点 → 22,025点)
ス	K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側)	: → 37,054点 (生活療養を受ける場合: → 36,983点)
スル	K282	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	: 21,632点 → 20,065点 (生活療養を受ける場合: 21,561点 → 19,994点)
ズ	K282	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	: → 30,938点 (生活療養を受ける場合: → 30,867点)
ヰ	K474	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満	: 20,112点 → 19,806点 (生活療養を受ける場合: 20,041点 → 19,735点)
カ	K616-4	経皮的シヤント拡張術・血栓除去術	: → 37,588点 (生活療養を受ける場合: → 37,517点)
キ	K617	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	: 27,311点 → 24,013点 (生活療養を受ける場合: 27,240点 → 23,942点)
ク	K617	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連)	: 9,850点 → 12,669点 (生活療養を受ける場合: 9,779点 → 12,598点)
ケ	K617	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	: 12,371点 → 11,749点 (生活療養を受ける場合: 12,300点 → 11,678点)
コ	K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る)	: → 35,052点 (生活療養を受ける場合: → 34,981点)
ク	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)	: → 28,140点 (生活療養を受ける場合: → 28,069点)
ケ	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)	: 29,093点 → 25,498点 (生活療養を受ける場合: 29,022点 → 25,427点)
コ	K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る)	: 24,805点 → 24,466点 (生活療養を受ける場合: 24,734点 → 24,395点)
カ	K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る)	: → 68,729点 (生活療養を受ける場合: → 68,658点)
カ	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)	: → 55,102点 (生活療養を受ける場合: → 55,031点)
カ	K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る)	: 56,183点 → 43,921点 (生活療養を受ける場合: 56,112点 → 43,850点)
カ	K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る)	: 51,480点 → 50,212点 (生活療養を受ける場合: 51,409点 → 50,141点)
ク	K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2cm未満	: 14,661点 → 14,314点 (生活療養を受ける場合: 14,590点 → 14,243点)
ク	K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上	: 18,932点 → 17,847点 (生活療養を受ける場合: 18,861点 → 17,776点)
ク	K743	痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)	: 13,410点 → 12,291点 (生活療養を受ける場合: 13,339点 → 12,220点)
ヤ	K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	: → 28,010点 (生活療養を受ける場合: → 27,939点)
マ	K867	子宮頸部(腔部)切除術	: 18,400点 → 17,344点 (生活療養を受ける場合: 18,329点 → 17,273点)
マ	K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	: 35,524点 → 34,438点 (生活療養を受ける場合: 35,453点 → 34,367点)
マ	M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	: → 59,855点 (生活療養を受ける場合: → 59,784点)

②一部に高額な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(全包括→出来高あり)を行う

[下記が出来高となり、これら以外は包括] <点p159-160 留p162-163 施告p663, 665>

①第2章第2部第2節 在宅療養指導管理科、第3節薬剤科及び第4節特定保険医療材料科、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(人工腎臓又は腹腔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(人工腎臓又は腹腔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

(7) 総合入院体制加算の実績要件等の見直し <点p69 留p84 施告p643 施通p696-700> 【s78】

●総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う

総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点

【施設基準の概要】

- ①全身麻酔による手術件数が年800件以上。なお、併せて実績要件の全てを満たす。
- ②一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上。
- ③公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている医療機関。
- ④精神科において、24時間対応できる体制があり、精神科に係る入院料の届出を行った上で精神疾患患者の入院を受け入れている。
- ⑤救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している。

(新) ⇒ 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点

【施設基準の概要】

- ①年間の救急用の自動車等による搬送件数が2,000件以上。
- ②年間の手術件数が800件以上であること、また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも4つ以上満たしている。
- ③精神科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれも満たす。
 - イ 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届け出を行っている。
 - ロ 精神疾患診療体制加算2、救急患者の入院3日以内の入院精神療法又は救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上。
- ④一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上。

- ⑤公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている医療機関。
- ⑥2次救急医療機関であること又は救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子センターを設置している。

総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

【施設基準の概要】

- ①年間の手術件数が 800 件以上、また実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも2つ以上を満たしている。
- ②精神科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれかを満たす。
 - イ A230-4 精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア体制加算1の届出を行っている。
 - ロ 精神疾患診療体制加算2、救急患者の入院3日以内の入院精神療法又は救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上。
- ③一般病棟用重症度、医療・看護必要度のA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が2割7分以上。
- ④2次救急医療機関であること又は救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子センターを設置している。

【共通の施設基準の概要】

内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供していること。

【実績要件】

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
- オ 化学療法 1,000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

【経過措置】 < 施設p663 施設p677 >

平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている医療機関は、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

(8) 地域包括ケア病棟入院料の見直し < 点p126-127 留p145-147 施設p657-658 施設p741-742 > 【s79】

- 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、麻酔に係る費用を除外する〔点数は変更なし〕
- 集中治療室を持つ病院や許可病床数500床以上病院では、地域包括ケア病棟入院料の届出は1病棟に限る〔平成28年1月1日時点で届け出た病棟等はこの限りではない〕

(9) 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 < 点p25-27, 628, 施設p634-635, 施設p691, 様式1044-1047 > 【s79】

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする

現行(療養病棟入院基本料)	改定(療養病棟入院基本料)
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上	【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 入院患者に関する要件なし	【療養病棟入院基本料2】 <u>当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上</u>

【経過措置】 < 施設p663 >

平成28年3月31日に療養病棟入院基本料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、上記の基準を満たしているものとする。

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(2.5対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる
 - 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を届け出た病棟であること

(10) 療養病棟の医療区分のきめ細かな評価 < 様式1044-1047 > 【s80】

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する

現行	改定
医療区分3 ○頻回の血糖検査を実施している状態	医療区分3 酸素療法を実施している状態(上記以外) ○酸素療法を実施している状態のうち、 ・常時流量3L/分以上を必要とする状態 ・心不全の状態(NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度) ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)
医療区分2 ○頻回の血糖検査を自死している状態 ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間) ○うつ症状に対する治療を実施している状態 ・うつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合	医療区分2 ○酸素療法を実施している状態(上記以外) ○頻回の血糖検査を実施している状態 ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンの製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間) ○うつ症状に対する治療を実施している状態 ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合

(11) 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料における脳卒中患者の評価① 【s81】

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

1. 障害者施設等入院基本料の見直し 点p35-37 留p59-63

- (新) 7対1入院基本料、10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分2に相当する場合:1,465点 医療区分1に相当する場合:1,331点
- (新) 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分2に相当する場合:1,317点 医療区分1に相当する場合:1,184点
- (新) 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分2に相当する場合:1,219点 医療区分1に相当する場合:1,086点

【算定要件】

当該病棟に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る）の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は医療区分2に相当する場合は、各々医療区分に従い所定点数を算定する。医療区分3相当のものは、従来どおり、障害者施設等入院基本料に規定する点数を算定する

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

【経過措置】 平成28年3月31日時点で当該病棟に6か月以上入院している患者は医療区分3相当のものとして所定点数を算定できる

(11) 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料における脳卒中患者の評価② 【s82】

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

2. 特殊疾患病棟入院料(特殊疾患入院医療管理料)の見直し

(新) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合:1,857点 医療区分1に相当する場合:1,701点

(新) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合:1,608点 医療区分1に相当する場合:1,452点

(新) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準を届け出た病室に入院する場合

医療区分2に相当する場合:1,857点 医療区分1に相当する場合:1,701点

【算定要件】 当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る）の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は医療区分2に相当する場合は、各々医療区分に従い所定点数を算定する。医療区分3相当のものは、従来どおり、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料に規定する点数を算定する

【経過措置】 平成28年3月31日時点で当該病棟に6か月以上入院している患者は医療区分3相当のものとして所定点数を算定できる

(12) 入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和 <留p42-45> 【s83】

●入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院料減算について、特に診療科の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和するとともに、減算規定を簡素化する



(13) 地域加算の見直し <点p73-74, 留p90, 施通p727-731> 【s84】

国家公務員の地域手当の見直しに伴い、診療報酬上の地域加算の見直しを行う

【地域加算】 (1日につき)		【地域加算】 (1日につき)	
現行		改定	
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
		7級地	3点(新)

【対象地域】
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
※ 当該地域に準ずる地域とは、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、低い地域と同様とする

①人事院規則で定める地域 ※抜粋

級地区分	都道府県	地域
7級地	長崎県	長崎市

※この表の「地域」欄にかかき得る名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

(14) 医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し① 【s85】

●医療資源の少ない地域に配慮した評価※1を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直した上で評価を継続する

●一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※2を新たに対象に加える <留p48, 93, 98-99, 114>

※2; 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く

●二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える <施通p751-752>

療提供しているが、医療資源の少ない地域（特定地域・41二次医療圏）※抜粋

都道府県	二次医療圏	市町村
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市

上記のほか、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域を対象とする

【経過措置】 <施告p664, 776>

平成28年1月1日時点で改定前の特定地域において、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

(14) 医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し② 【s86】

【関連点数】

「A226-2」注2	緩和ケア診療加算（特定地域）	<点p76, 留p93, 施告p648, 施通p711>
「A233-2」注2	栄養サポートチーム加算（特定地域）	<点p78, 留p98-99, 施告p649, 施通p715>
「A246」注2	褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	<点p79, 留p100, 施告p650, 施通p719>
「A246」注5	退院支援加算（特定地域）（退院時1回）	<点p82, 留p114, 施告p652, 施通p725>
「A308-3」注2	地域包括ケア病棟入院料1・入院医療管理料1（特定地域）	
「A308-3」注2	地域包括ケア病棟入院料2・入院医療管理料2（特定地域）	<点p127, 留p146, 施告p658, 施通740>
「A317」	特定一般病棟入院料1	
「A317」	特定一般病棟入院料2	
「A317」注7	特定一般病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料1	
「A317」注7	特定一般病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料2	<点p132-133, 留p153-154, 施告p661-662, 施通p748-749>
「B001」の24注4	外来緩和ケア管理料（特定地域）	<点p171, 留p202-203, 施告p754, 施通p801>
「B001」の27注4	糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	<点p172, 留p203-204, 施告p754, 施通p802-803>

改定前の特定地域 ※ 従前の医療圏において届出を行っている 医療機関は平成30年3月31日まで活用可 |※抜粋 【s87】

都道府県	二次医療圏	市町村
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市

(15) 一類感染症患者入院医療管理料の見直し <点p123-124 留p140> 【s88】

●一類感染症の治療法は未知な部分が大いことから、一類感染症患者入院医療管理料の包括から検査、点滴注射、中心静脈注射を除外するとともに、疾患や患者によって治療や隔離期間が異なることから、感染症法に規定する入院措置中の期間は算定可能とする

現行	改定
【一類感染症患者入院医療管理料】（1日につき）	【一類感染症患者入院医療管理料】（1日につき）
1 7日以内の期間：9,046点	1 14日以内の期間：9,046点
2 8日以上14日以内の期間：7,826点	2 15日以上以上の期間：7,826点

(16) 結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し <点p28 留p56> 【s89】

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

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

4. 医療機能に応じた入院医療の評価/有床診療所

(1) 7対1入院基本料の在宅復帰率の計算に参入【再掲】 <施告p632, 637, 639, 657, 662 施通p687, 741, 749> 【s89】

●入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行（7対1入院基本料）	改定後（7対1入院基本料）
自宅等に退院する者の割合が75%以上	【自宅等に退院する者の割合が 80%以上 】
【評価の対象となる退院先】 ・自宅・居住系介護施設等・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟 ・療養病棟（在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。） ・介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。）	【評価の対象となる退院先】 ・自宅・居住系介護施設等・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟 ・療養病棟（在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。） ・介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。） ・ 有床診療所（在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。）

(2) 在宅復帰機能強化加算の新設 <点p39, 41 留p25, 27 施告p642, 643 施通p694> 【s89】

●高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

【施設基準】

有床診療所入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退院患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以下

有床診療所療養病床入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退院患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以下

(3) 看護職員の夜間配置の評価充実 <点 p38, 留p64, 施p642, 施通p693> 【s90】

●有床診療所の看護職員の夜間配置について、夜間看護配置加算の評価を充実させる

現行	改正
【有床診療所入院基本料】 夜間看護配置加算1 : 80点 夜間看護配置加算2 : 30点	【有床診療所入院基本料】 夜間看護配置加算1 : 85点 夜間看護配置加算2 : 35点

(4) 入院中の患者の他医療機関受診時における減算規定の緩和 【s90】

●前掲参照

5. 医療従事者の負担軽減・人材確保

(1) 医師事務作業補助体制の評価① <点 p70-71, 留p87-88, 施p645, 施通p702-704> 【s91, 92】

●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、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める

【医師事務作業補助体制加算1】

現行		改定	
医師事務作業補助者の配置	点数	医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点	15対1	870点
20対1	648点	20対1	658点
25対1	520点	25対1	530点
30対1	435点	30対1	445点
40対1	350点	40対1	355点
50対1	270点	50対1	275点
75対1	190点	75対1	195点
100対1	143点	100対1	148点

【施設基準】(業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。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、当該保険医療機関内での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。

(1) 医師事務作業補助体制の評価② <点 p70-71, 留p87-88, 施通p703> 【s92】

●20対1補助体制加算について、25対1、30対1、40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1、100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する

現行	改定
【20対1補助体制加算】 [主な要件] 15対1と同様の施設基準 ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関 ・年間緊急入院患者数800名以上 【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上	【20対1補助体制加算】 [主な要件] <u>25対1, 30対1, 40対1と同様の施設基準</u> 15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院 ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上 【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上 (<u>75対1及び100対1補助体制加算については50名以上</u>)

●50対1、75対1、100対1補助体制加算の対象として、療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加する
 ●特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、医師事務作業補助体制加算1に限り、要件を満たす場合に算定可能とする

(2) 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① <施p632, 施通p685> 【s93】

●子育てや家族の介護を担う看護職員を含め、より多くの看護職員で夜勤体制を支えることができるよう、月平均夜勤時間数の計算方法の見直し、及び基準に適合しなくなった際の評価方法等を見直す

【病院の入院基本料の施設基準の通則(抜粋)】

夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること【施設基準告示】

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の実人員数}}$$

- ◇夜勤時間帯とは、各医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと
- ◇月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算する(病棟毎ではない)
- ◇月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員及び延夜勤時間数

- ① 専ら夜勤時間帯に従事する者(夜勤専従者)は含まない
- ② 夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合、以下の数を夜勤時間帯に従事した実人員数として参入する

当該看護要員の夜勤時間帯に病棟で勤務した月当たりの延べ時間

当該看護要員の月当たり延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)

[7対1、10対1入院基本料の病棟の実人員及び延べ夜勤時間数]

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まない。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時間以上の者を含む

[7対1、10対1入院基本料以外の病棟の実人員及び延べ夜勤時間数]

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まない

(2) 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② <点 p22-23, 25等, 施p633, 施通p675, 688> 【s94】

●月平均夜勤時間72時間以下の要件を満たせなくなった場合、直近3か月に限り、月平均夜勤時間超過減算となり、80/100を算定する。その間に夜勤のできる看護職員が確保できなくなった場合、仮に看護配置を満たせたとしても特別入院基本料の算定となってしまう

1. 月平均夜勤時間超過減算の算定額の見直し: 80/100 → 85/100

2. 月平均夜勤時間数の基準のみを満たせなくなった場合に算定する

夜勤時間特別入院基本料(入院基本料の70/100)を新設

※ 入院基本料の70/100が特別入院基本料を下回る場合、特別入院基本料に10点を加えた点数

【算定可能病棟】 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

【施設基準】

- ①月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしている
- ②夜勤時間特別入院基本料を算定する場合、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出する

【一般病棟7対1入院基本料の場合の例】

【現行】	通常	月平均夜勤時間超過減算	特別入院基本料	
	1,591点	1,273点(▲318点) 1,591点の80%	584点(▲1007点) 1,591点の36.7%	
【改定】	通常	月平均夜勤時間超過減算	夜勤時間特別入院基本料(新)	特別入院基本料
	1,591点	1,352点(▲239点) 1,591点の85%	1,114点(▲477点) 1,591点の70%	584点(▲1007点) 1,591点の36.7%

(3) 夜間看護体制の充実① <点p71-72, 留p88, 施告p645-646, 施通p705-706> 【s95~97】

夜間の看護業務の負担軽減を促進するために、看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する

- 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で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

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

【施設基準】

(1) 看護職員夜間12対1配置加算

- イ 夜勤を行う看護職員数は、常時12対1以上
- ロ 1のイは、夜間看護体制の充実に関する項目のうち、加算を算定する病棟及び医療機関において4項目以上満たす場合に算定（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））
 - ①1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
 - ②3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）
 - ③夜勤の連続回数は2回まで（夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置）
 - ④所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り、過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績がある（看護補助者と看護職員の業務分担の推進）
 - ⑤看護補助者を夜勤時間帯に配置している
 - 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（院内保育所の設置）
 - ⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置している

(2) 看護職員夜間16対1配置加算

- イ 夜勤を行う看護職員数は、常時16対1以上
- ロ (1)のロを満たすものである

- 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で、看護補助者の夜間配置の区分を見直すとともに評価を充実し、看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設

(1) 看護補助者の夜間配置の評価 <点p71, 留p88, 施告p645, 施通p704-705>

現行	改正
【急性期看護補助体制加算】 イ 夜間25対1急性期看護補助体制加算:35点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算:25点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算:15点	【急性期看護補助体制加算】 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算:40点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算:35点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算:20点

※夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定できる

(2) 看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

(新) 夜間看護体制加算 10点 <点p71, 留p88, 施告p645, 施通p705>

※ 夜間急性期看護補助体制加算を算定していること

【施設基準】前掲の夜間看護体制の充実に関する項目のうち、加算を算定する病棟及び医療機関において3項目以上満たす場合に算定

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

(新) 夜間7.5対1看護補助加算 3.0点(1日につき) <点p73, 留p90, 施告p647, 施通p708>

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

【施設基準】

みなし補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定

- 7看護補助加算（13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料を算定する病棟）を算定する病棟で、看護補助者の夜間配置を含めた看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日) <点p73, 施告p647, 施通p708>

看護補助加算を算定していること

【施設基準】

- イ 看護補助者を夜勤時間帯に配置している
- ロ 前掲の夜間看護体制の充実に関する項目のうち、加算を算定する病棟及び医療機関において4項目以上満たす場合に算定

- 有床診療所の看護職員の夜間配置について、夜間看護配置加算の評価を充実【再掲】 <点p38>

現行	改定
【有床診療所入院基本料】 夜間配置加算1 80点 夜間配置加算2 30点	【有床診療所入院基本料】 夜間看護配置加算1 85点 夜間看護配置加算2 35点

(4) 看護職員と看護補助者の業務分担の推進 < 施通 p684, 686 > 【s98】

看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を実施した上で、看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化する

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

現行	改定
【入院基本料】 【施設基準】 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする	【入院基本料】 【施設基準】 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下である

【急性期看護補助体制加算、看護補助加算】

【施設基準】

- (1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に1回は見直しを行う
- (2) 所定の研修を修了した看護師長等が配置されていることが望ましい

(5) 常勤配置の取扱いの明確化 【s99】

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

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法で定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得し、当該休業を取得している期間については、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

基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等に新設 < 施通 p672, 785 >

(6) 手術・処置の時間外等加算1の施設基準の見直し 【s99】

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

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

【施設基準】

- (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前時までをいう。以下、同様）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること
- (3) (2)の当直等を行った日が年間12日以内（当直医師を毎日6人以上配置する医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては24日以内）であること

(7) 画像診断管理加算の夜間等における負担軽減 < 点 p366, 留p374, 施告 p765, 施通 p826 > 【s100】

画像診断管理加算の算定に当たっては、現行、常勤の医師が医療機関において読影する等の要件があるが、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日にICTを活用して自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱う

【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】

【施設基準等】

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。

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。

(8) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し < 点 p121, 留p138, 施告 p654, 施通 p734 > 【s100】

画像診断管理加算の算定に当たっては、現行、常勤の医師が医療機関において読影する等の要件があるが、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日にICTを活用して自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱う

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する担当の医師が院外にいる場合に常時連絡が可能であり、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いなければならない。

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。

6. 多職種連携の取組の強化等

(1) 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充 【s101】

- 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食を含める < 留 p193, 194 >

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】	【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】
《対象者》 厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者 ※腎臓病、肝臓病、糖尿病等	《対象者》 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者
●指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う < 点 p166-167, 留p193-195, 施告 p753-754, 777-778, 施通 p799 >	●指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う < 点 p166-167, 留p193-195, 施告 p753-754, 777-778, 施通 p799 >
【外来・入院栄養食事指導料※1】 (概ね15分以上) 130点	【外来・入院栄養食事指導料※2】 (新) イ 初回 (概ね30分以上) 260点 (新) ロ 2回目以降※3 (概ね20分以上) 200点

※1 入院栄養食事指導料1は130点、2（有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合）は125点

※2 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。
 ※3 入院栄養食事指導料については「2回目」

●在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する <点p249-250留p283, 施告p762, 777>

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》
医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、(略) 栄養食事指導案に従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。



【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》
医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、(略) 栄養食事指導案に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

(2) 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価 【s102】

●特定集中治療室など高度救急医療を担う治療室等において、チーム医療を推進する観点から、薬剤師業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合、病棟薬剤業務実施加算で評価する

病棟薬剤業務実施加算1 (週1回) 100点 <点p80-81, 留p109-110, 施告p651, 施通p722-723>

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 (1日につき) 80点

【加算2の施設基準】

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

●併せて、救命救急入院料等における薬剤管理指導料に対する評価の見直しを行う <点p183-184, 留p227-228, 施告p758, 778, 施通p812>

【薬剤管理指導料】

現行

- 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合: 430点
- 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く): 380点
- 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合: 325点



【薬剤管理指導料】

改定

(削除)

- 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合: 380点
- 1の患者以外の患者に対して行う場合: 325点

(3) 歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価 <点p78, 留p99, 施告p649, 施通p715-716> 【s103】

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

病栄養サポートチーム加算 (新) 歯科医師連携加算 50点 (入院基本料の加算)

【算定要件】

院内又は院外の歯科医師が栄養サポートチームの構成員として、以下に掲げる栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する

- ①栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している
- ②カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、栄養治療計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ③栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施している

(4) 周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進 <点p523, 留p5596> 【s103】

●悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を充実する

【手術 通則】

歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施した場合は ~~100点~~ 200点を加算する

7. 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組の推進

(1) 退院支援に関する評価の充実 <点p81-82, 留p111-114, 施告p651-652, 施通p676-677, 724-725> 【s104】

●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、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
(改) 退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

【算定要件・施設基準】

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (1人につき2病棟(120床)まで)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実施	-

(2) 医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実 <点p180, 留p218-219> 【s105】

●医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料の評価を見直す

【介護支援連携指導料】

介護支援連携指導料: 300点

【介護支援連携指導料】

退院時共同指導料1

- 1 在支診の場合: 1000点
- 2 1以外の場合: 600点

退院時共同指導料2: 300点



【介護支援連携指導料】

介護支援連携指導料: 400点

【介護支援連携指導料】

退院時共同指導料1

- 1 在支診の場合: 1,500点
- 2 1以外の場合: 900点

退院時共同指導料2: 400点

(3) 退院直後の在宅療養支援に関する評価 <点p183, 留p226-227, 施告p758, 779, 施通p812> 【s105】

●医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後に、入院医療機関の看護師等が在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を新設する

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

[算定要件]

- ①特掲診療料の施設基準等の別表第8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回に限り加算する。

8. 医薬品の適正使用

(1) 多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価 <点p83, 留p116-117> 【s107】

●医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点 (退院時に1回)

[算定要件] 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上で調整し、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精神科病棟に入院中の患者であって、入院時又は退院1年前のうちいずれか早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、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。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点 (月1回に限り) 連携管理加算 50点 <点p184, 留p228-229>

[算定要件]

①薬剤総合評価調整管理料

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上で調整し、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

処方内容の総合調整に当たって、別の医療機関又は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日においては、同一の別の医療機関に対して、診療情報提供料 (I) は算定できない。

(2) 医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整 <様式p889> 【s108】

●医療機関と薬局が連携して、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。 <様式p889>

①処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける

②当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、

- a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
- b. 医療機関へ情報提供 のいずれかの対応を行う

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

保険医療機関へ疑義照会した上で調剤

保険医療機関へ情報提供

(3) 長期投薬を減らす取組 <留p391, 396> 【s110】

●30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る [処方料・処方せん料の通知]。 <留p391, 396>

◇ 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ず、30日を超える長期の投薬に当たっては、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とともに、病状が変化した際の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に周知する。

◇ 上記の要件を満たさない場合は、原則として以下のいずれかの対応を行う。

- 1) 30日以内に再診を行う
- 2) 200床以上の医療機関は、患者に対して他の医療機関 (200床未満の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
- 3) 患者の病状は安定しているものの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

[療養担当規則]
第20条 二
～ 投与量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し、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする
※1：麻薬、向精神薬、新薬、※2：アルプラゾラム、エスタゾラム、フェンタニル、モルヒネ塩酸塩等、※3：ジアゼパム、ニトラエパム等

9. 後発医薬品の使用促進

(1) 院内処方での外来における後発医薬品使用体制の評価【再掲】【s111】

●後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行う診療所について、後発医薬品の使用を推進している場合の評価を新設する。<点p387, 留p394, 施告p766, 施通p828, 様式p1138>

処方料 (新) 外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上) : 4点、加算2 (60%以上) : 3点

【施設基準】

- ①診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている
- ②当該診療所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、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、加算1は70%以上、加算2は60%以上70%未満であること
- ③当該診療所において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること
- ④後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでいる旨を受付・支払窓口の見やすい場所に掲示

(2) 一般名処方加算の見直し <点p389, 留p397> 【s111】

●後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

処方せん料 一般名処方加算1 : 3点 (新)、一般名処方加算2 : 2点 (従来のもの) <点p389, 留p397>

【算定要件】

加算1: 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合に算定

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

●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

(3) 後発医薬品使用体制加算の指標の見直し <点p80, 留p108-109, 施告p651, 677, 施通p721-722> 【s112】

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

現行		改定	
後発医薬品使用体制加算1 (旧指標で30%以上)	35点	後発医薬品使用体制加算1 (新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (旧指標で20%以上)	28点	後発医薬品使用体制加算2 (新指標で60%以上)	35点
		後発医薬品使用体制加算3 (新指標で50%以上)	28点

旧指標	後発医薬品の採用品目数	新指標	後発医薬品の数量
	全医薬品の採用品目数		後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品の数量

10. 湿布薬の処方

(1) 多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価【s113】

○一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から見直す。<点p386-389, 留p391, 394, 396, 397, 398>

※湿布薬とは貼付薬のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く)

【原則】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、処方料、処方せん料、調剤料、調剤技術基本料、超過分の薬剤料を算定しない

【例外】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

【記載の追加】湿布薬の処方時数、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、1日分の用量または何日分に相当するかを記載する

11. リハビリテーション

(1) 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し <点p410-414, 留p420-432> 【s115】

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

現行	改定
初期加算、早期加算の対象 (特に疾患名による区別なし) 初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、発症等から時間が経過しても治療開始日から起算することも可 慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算	初期加算、早期加算の対象 慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ 初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、 <u>発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算</u> 慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、 <u>発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初に診断された日から起算</u>
【経過措置】 平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。 平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用	

(2) ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等 <点p25, 33, 35, 留p51-52, 59, 施告p633-634, 639-640, 施通p689> 【s115】

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

現行	改定
ADL維持向上等体制加算 25点	ADL維持向上等体制加算 <u>80点(改)</u> (予め登録した従事者が <u>病棟で6時間以上勤務した日に限り算定</u>)
【施設基準】 常勤理学療法士等が専従1名以上	【施設基準】 常勤理学療法士等が <u>専従2名以上又は専従1名+専任1名以上</u>

(3) 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 <点p125-126, 留p142-145, 施告p656-657, 施通p738-739> 【s116】

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

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

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

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注) ①は過去6か月間に退院した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。

②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。

②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。

②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

【経過措置】 平成28年4月1日以降の入院患者について実績を評価し、平成29年1月1日から実施

(4) 回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し <点p125-126 留p142-145 施告p656-657 施通p738-740> 【s117】

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

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

【体制強化加算2の施設基準】

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

(5) 摂食機能療法の対象の明確化等 <点p415 留p433-434 施告p768 施通p788-789, 837-838> 【s118】

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

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

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

【施設基準】

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

(6) リハビリテーション専門職の専従規定の見直し <施通p831-833, 837-841> 【s118】

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

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

平成28年4月1日以降の入院患者について実績を評価し、平成29年1月1日から実施

(7) 要介護被保険者等の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 【s119】

●医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者等に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る <点p411-413 留p425, 427, 430>

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

※平成30年4月1日以降は原則として対象外

●要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する <点p411-415 留p425, 427, 430, 433>

(新) 目標設定等支援・管理料

- 1 初回の場合 **250点**、 2 2回目以降の場合 **100点**

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

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算（平成28年10月1日から実施）

(8) 廃用症候群リハビリテーション料の新設 【s120】

●廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける <p412 留p425-427 施告p767-768 施通p833-834>

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

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している医療機関において、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) を届け出ていること。
- ② 専任の常勤医師、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士等については、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) (III) における専任者又は専従者を兼ねるものとする。

[経過措置] <点p628-629>

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。

(9) 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 【s121】

- **社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする <留p418-419>**

[リハビリテーション通則]

届出施設である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。

[算定要件]

- ① 入院中の患者に対する訓練である
- 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
- ③ 以下の訓練のいずれかである
 - 1) 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの
 - 2) 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの
 - 3) 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る)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
- ⑤ 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること

(9) 疾患別リハビリテーション 【s122】

- **運動器リハビリテーション料 (I) の評価を充実させる**
運動器リハビリテーション料 (I) : 180点 → 185点 <点p412-413>
- **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、施設基準を緩和する**
心大血管疾患リハビリテーション料 (II) : 105点 → 125点 <点p410-411 留p420-422 施告p767 施通p830-831>

[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、(中略) 所定点数を算定する。

[施設基準]

届出医療機関において、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。

(10) リンパ浮腫の複合的治療等 <点p416 留p438-439 施告p768 施通p840-841> 【s123】

- **リンパ浮腫に対する治療を充実するため、複合的治療について項目を新設する**
 (新) リンパ浮腫複合的治療料

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

[算定要件]

- ① リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍(子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部障害を伴う乳腺悪性腫瘍)に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した病期分類I期以降の患者。II後期以降を重症とする
【重症の場合】 治療開始月と翌月の2月合わせて11回を限度として、翌々月からは月1回を限度として算定
【重症以外の場合】 6月に1回を限度として算定
- ② 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手動的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回40分以上、それ以外の場合は1回20分以上行った場合に算定

[施設基準]

- ① 次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名以上が勤務
 - ・ 各々の資格取得後2年以上経過している
 - ・ 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験している
 - ・ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修を修了している
- ② 当該医療機関又は連携する別の医療機関で直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定している
- ③ 当該医療機関又は連携する別の医療機関で、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎等のリンパ浮腫に係る合併症に対する診療を適切に行うことができる

- **リンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。**
リンパ浮腫指導管理料 : 100点 (入院中1回、退院月及びその翌月に1回) <点p179 留p215-216>

1.3. 認知症患者への適切な医療の評価

(1) 身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価 <点p82-83 留p114-116 施告p652 施通p725-726> 【s129】

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

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

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

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する

認知症ケア加算2

病棟において、認知症患者に係る看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ①以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ②身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ①認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ②身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

(2) 診療所型認知症疾患医療センターの評価 <点p182 留p223-224 施告p758 施通p811-812> 【s130】

●新たに設置された診療所型認知症疾患医療センター※について、病院に由来から設置されている基幹型及び地域型の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける ※平成27年8月19日現在：335か所(500か所程度の設置を目指す)

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

現行	改定
【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料1：700点	【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料1 イ 基幹型または地域型：700点 ロ 診療所型：500点(新)

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

設置医療機関	基幹型		診療所型
	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所
設置数(平成27年7月29日現在)	14か所	302か所	19か所
基本的活動圏域	都道府県圏域 二次医療圏域		
専門的医療機能	鑑別診断等		
	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置		
	・専門医(1名以上)	・専門医(1名以上)	・専門医(1名以上)
検査体制(※他の医療機関との連携確保対応可)			
・CT	・CT	・CT	
・MRI	・MRI	・MRI	
・SPECT(※)	・SPECT(※)	・SPECT(※)	
BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関と連携体制を確保	
医療相談室の設置	必須		
地域連携機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連絡協議会」の組織化等		

1.4. 認知症患者への適切な医療の評価

(1) 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価 【s132】

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

<点p133-134, 留p154-156, 施告p662, 施通p749-750 様式p1068-1069, 1083, 1084, 1107-1108>

- (新) 地域移行機能強化病棟入院料：1,527点(1日につき)
重症者加算1：60点(1日につき)
重症者加算2：30点(1日につき)
非定型抗精神病薬加算：15点(1日につき)

●他の医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定可能とする <点p445, 留p463-465, 施告p769, 施通p843-844, 様式p1114, 1145>

- (新) 精神科デイ・ケア
小規模なもの：590点 大規模なもの：700点

【算定要件】 (新)

他の医療機関の地域移行機能強化病棟入院科を算定する病棟に入院中の患者であって、退院を予定している患者に対して、精神科デイ・ケアを行う場合にあっては、入院中4回を限度として算定する。

●精神科地域移行実施加算 (5年以上の長期入院患者の退院の評価) の充実に係る評価 <点p77, 留p95, 施告p648, 施通p713>

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

(2) 薬物依存症に対する集団療法の評価 <点p444, 留p461, 施告p769, 施通p842, 様式p1145> 【s133】

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

(新) 依存症集団療法 340点 (1回につき)

【算定要件】

医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士(研修を修了した者に限る。)等が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から2年以内に限り、別途、週1回かつ計24回を限度として算定できる。

(3) 専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 <点p442, 留p454, 施通p841, 様式p1144> 【s133】

●専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設する

通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点 (1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者に60分以上の専門的精神療法を実施した場合 1, 200点 (初診から3ヶ月以内に1回)

【施設基準】

- 現に精神保健指定医であって、①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤医師及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- 専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- 過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- 診療所については、(1)～(3)に加え、当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること

(4) 身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保 <点p83, 留p116, 施告p652, 施通p726, 様式p1096> 【s134】

●一般病院において、身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れや、精神症状を併せ持つ救急搬送患者に対し精神科医が診断治療を行った場合の評価を新設

(新) 精神疾患診療体制加算

1 精神科病棟の求めに応じ、身体合併症に対する入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合 1,000点 (入院初日)

2 身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診察した場合 330点 (入院初日から3日以内に1回)

【施設基準】

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

(5) 総合病院の精神病棟における手厚い医師配置の評価 <点p83, 留p116, 施告p652, 施通p726> 【s135】

●精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点 (1日につき)

【施設基準】

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

(6) 精神病棟における身体合併症治療体制の確保 <施告p668> 【s135】

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

【追加する疾患・病態】 間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患 等

(7) 向精神薬の適切な処方促進① <点p386-388> 【s136】

●向精神薬を他種類処方した場合の処方料、処方せん料、薬剤料の減算基準を引き下げる

現 行	改 定
【処方料】 20点 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	【処方料】 20点 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合
【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80/100に相当する点数により算定する	【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、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、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80/100に相当する点数により算定する
【処方せん料】 30点 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	【処方せん料】 30点 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合

(7) 向精神薬の適切な処方促進② <点p442, 留p455, 456, 施告p769, 783, 様式p1026> 【s137】

●医学的管理が不十分なまま抗精神病薬又は抗うつ薬が他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、精神科継続外来支援・指導料の評価を引き下げる

現行	改定
【通院・在宅精神療法】 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く）を行った場合には、算定しない	【通院・在宅精神療法】 [算定要件の追加] 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50/100に相当する点数により算定する 【精神科継続外来支援・指導料】 [算定要件] 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には算定しない

※別に厚生労働大臣が定める場合：①3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頻度が一定以下、②当該患者に適切な説明や医学管理を実施、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ないもの

●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（年に1回→3月に1回）、その報告範囲（別紙様式40の提出）を拡大する（各年6月→通年）

(8) 重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進 <点p450, 留p472-475, 施告p769-770, 施通p845-846> 【s138】

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

1. 算定要件等について

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

現行	改定
【精神科重症患者早期集中支援管理料1】 イ 同一建物居住者以外 1,800点 ロ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者 900点 (2) (1)以外 450点 精神科重症患者早期集中支援管理料2 イ 同一建物居住者以外 1,480点 ロ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者 740点 (2) (1)以外 370点	【精神科重症患者早期集中支援管理料1】 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点 ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,350点 精神科重症患者早期集中支援管理料2 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点 ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点

2. 施設基準について

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

15. 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価

(1) 難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価 【s139】

●難病法の制定に伴い、新たに指定した指定難病についても、希少で長期療養を必要とする疾病であることから、これまでの難病（特定疾患）56疾患と同様に評価を行う

●以下の点数の対象疾患について、下記のとおり変更を行う

- 療養病棟入院基本料における医療区分2 <施告p666, 様式p1046>
- 難病外来指導管理料 <施告p753, 施通p799>

現行	改定
特定疾患（56疾患）※	①難病法に定める指定難病（306疾患） ②特定疾患治療研究事業に定める疾患※ ③先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に定める疾患

※スモンについては、療養病棟入院基本料の医療区分3に規定

(2) 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 <点p309, 留p330-331, 施告p763, 施通p820> 【s139】

●指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、新たに関係学会が作成する指針に基づき実施される場合に評価を行う

(新) 遺伝学的検査 3,880点

【対象疾患】38疾患を追加

神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリアオピリン関連周期熱候群、神経フェリチン病、ペリ一症候群、先天性大脳白質形成不全症、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、ロスマンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠失症候群、第14番染色体父親性ダイミゾー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マジニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群等染色体疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性腸炎症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群

【施設基準】関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

16. 小児医療の充実

(1) 小児入院医療管理料の対象年齢の延長 <点p124> 【s141】

●小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者は、継続的な医療支援を確保する観点から、小児入院医療管理料の対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる

(2) 小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行 <点p124> 【s141】

●重症小児の在宅移行を推進するため、小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料や在宅療養指導材料加算など、在宅医療の導入に係る項目を包括から除外して、退院月に算定できることとする

小児入院医療管理料【包括範囲から除外】 第2部第2節在宅療養指導管理料・第3節薬剤料・第4節特定保険医療材料

(3) 重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関に対する評価の充実 <点p125, 留p141, 施告p656, 施通p737-738> 【s141】

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

小児入院医療管理料 (新) 重症児受入体制加算：200点(1日につき)

【施設基準】

- ①小児入院医療管理料3、4又は5の届出を行っている医療機関であること
- ②当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること
- ③内法による測定で30㎡のプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい
- ④プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること
- ⑤当該病棟等において、転院前の医療機関において新生児特定集中治療室に入院していた転院患者を、過去1年間に5件以上受け入れていること
- ⑥当該病棟等において15歳未満の超・準超重症児の患者を、過去1年間で10件以上受け入れていること(なお、当該件数には、医療型短期入所サービスによる入所件数も含める)

(4) 特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長 <点p121~> 【s142】

●新生児特定集中治療室管理料等において算定日数上限が延長される一部の先天性奇形等に、特別な治療を必要とする先天性心疾患を追加する

【出生体重1,500g以上で算定日数上限の延長対象となる一部の先天性奇形等】

先天性水頭症、全前脚脳症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性頤頰軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプリング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む。)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群、先天性心疾患(カテーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE1持続注入を実施したものに限り)

●長期の特定集中治療室管理を要する状態にある小児について、小児特定集中治療室管理料の算定日数上限を延長する

現行		改定	
対象患者	算定日数上限	対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日	15歳未満の小児	14日
		15歳未満の小児のうち、 ・急性血液浄化(腹膜透析は除く)を必要とする状態 ・心臓手術ハイリスク群 ・左心低形成症候群 ・急性呼吸窮迫症候群 ・心筋炎、心筋症 いずれかに該当する患者	21日
		5歳未満の小児のうち、 体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の患者	35日

(5) 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 【s143】

●小児医療のさらなる充実を図るため、生体検査の通則、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、小児加算等について、加算の引き上げを行う

現行		改定	
[生体検査料の通則]		[生体検査料の通則]	<点p315>
新生児加算	60/100	新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100	乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100	幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
[画像診断](例)		[画像診断](例)	<点p315>
【E002 撮影】		【E002 撮影】	
新生児加算	30/100	新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	15/100	乳幼児加算(3歳未満)	50/100
(他3項目)		乳児加算(3歳以上6歳未満)	30/100 (新)
[処置料](例)		[処置料](例)	<点p478等>
【ドレーン法(ドレナージ)】		【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		注 3歳未満の乳幼児の場合は110点を加算する	
【高位洗腸】		【高位洗腸】	
注 3歳未満の乳幼児の場合は50点を加算する		注 3歳未満の乳幼児の場合は55点を加算する	
(他35項目)		(※) 既存の加算項目について点数を1割増点する	
[放射線治療]		[放射線治療]	<点p604>
新生児加算60/100		新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100	乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100	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)	10/100	小児加算(6歳以上15歳未満)	20/100
[救急搬送診療料]		[救急搬送診療料]	<点p243>
新生児加算	1,000点	新生児加算	1,500点
乳幼児加算	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)	500点	長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	700点

(6) 医療型短期入所サービス中の処置等の評価 <留p352等> 【s144】

●医療型短期入所サービスにおける重症児の受入を促進するため、在宅療養指導管理料を算定しているために入院外等では別途算定することができない以下の医療処置等について、医療型短期入所サービス利用中に算定できることを明確化する

【対象処置等】

- ①経皮的動脈酸素飽和度測定、②終夜経皮的動脈酸素飽和度測定、③中心静脈注射、④植込み型カテーテルによる中心静脈測定、⑤鼻マスク式補助換気法、⑥体外式陰圧人工呼吸器治療、⑦人工呼吸、⑧膀胱洗浄、⑨後部尿道洗浄、⑩留置カテーテル、⑪導尿、⑫牽引、⑬矯正固定、⑭変形体機械矯正術、⑮消炎鎮痛等処置、⑯腰部又は胸部固定帯固定、⑰低出力レーザー照射、⑱鼻腔栄養

(7) 精神疾患合併妊娠の評価 <点p79, 180-181, 留p100, 102> 【s144】

●ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者に、精神疾患の患者を加える

17. 救急患者の受入れ体制の充実

(1) 救急医療管理加算の見直し <点p69, 留p84-85> 【s145】

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

現行	改定
救急医療管理加算1 800点	救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)	救急医療管理加算2 300点 (1日につき、7日まで)
【救急医療管理加算1の対象患者】	【救急医療管理加算1の対象患者】
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡	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	ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	エ 急性薬物中毒
オ ショック	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)	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	キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	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	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

(2) 夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実 <点p173, 留p207> 【s145】

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

現行	改定
夜間休日救急搬送医学管理料 200点	夜間休日救急搬送医学管理料 600点
【算定要件】	【算定要件】
平日の深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に、二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定	平日の 夜間 、土曜日の診療時間以外の時間、休日に、二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。

(3) 再診後の緊急入院における評価の充実 <点p4, 留p9> 【s145】

●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

18. イノベーションや医療技術の適切な評価

(1) 放射線撮影等の適正な評価 <点p370, 371, 留p383, 384, 施告p766, 施通p827> 【s146】

●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医療機関において撮影を行った場合に評価を行うとともに、その他の撮影の評価の見直しを行う

現行	改定
【コンピューター断層撮影】	【コンピューター断層撮影】
CT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： 1000点	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	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	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： 580点	ニ イ、ロ、ハ以外の場合： 560点
【磁気共鳴コンピューター断層撮影】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影】
1. 3テスラ以上の機器による場合： 1600点	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)
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について、施設共同利用率の要件を厳格化する

【当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率要件】 20/100以上 → **30/100以上**

(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す場合、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たすものとする

<施告p765, 施通p827>

●第12部 放射線治療に特定保険医療材料料の節を新設する <点p607>

(2) 医療機関間の連携による病理診断の要件見直し <留p617, 施告p773, 施通p876, 様式1029> 【s147】

●医療機関間の連携による病理診断料の算定における送付側の施設基準について、常勤の検査技師配置要件を緩和し、診療情報提供の義務化を行う

現行	改定
【保険医療機関間の連携による病理診断】	【保険医療機関間の連携による病理診断】
【送付側の施設基準】	【送付側の施設基準】
標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験を有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていること。	①標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験を有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていることが望ましい。 ②所定の様式に沿って、当該患者に関する情報提供を行うこと。なお、その際には標本作製をした場所を明記していること。

●医療機関間の連携による病理診断料の算定における受取側の施設基準について、病理診断料を標榜する医療機関の対象への追加、複数の常勤医師の鏡検を義務化及び同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合の制限を行う

現行	改定
【保険医療機関間の連携による病理診断】	【保険医療機関間の連携による病理診断】
【受取側の施設基準】	【受取側の施設基準】
ア 病理診断管理加算の届出を行っている医療機関	ア 病理診断管理加算の届出を行っている医療機関
イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院	イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は 病理診断科を標榜する医療機関
	ウ イに掲げる医療機関のうち、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断

を行う体制が整備されている。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有する。
エ 同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合が全体の8割以下

(3) 胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し <留p578, 施通p868-869> 【s148】

●経口摂取回復率の基準に加え、カンファレンスと計画書の作成を要件とした基準を設ける。また、術前の嚥下機能検査実施の要件について、全例検査の除外対象とされている項目を見直す

【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】

【施設基準】

胃瘻造設術を実施した症例数が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれかを満たしていない場合は80/100に減算
ア) 当該医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者(以下の①から⑥までに該当する患者を除く)に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること

- ①消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設術を行う患者
- ②炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者
(ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること)
- ⑤顔面外傷により嚥下が困難な患者
- ⑥筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者

イ) 以下のいずれかを満たしていること

- ①経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること
- ②胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること
 - a. 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師や、3年以上の勤務経験を有するリハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科の医師又は神経内科の医師等、3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。
 - b. 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明した上で、胃瘻造設に関する同意を得ること

(4) 医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大 【s149】

●採算性等の問題で企業治験が行われないが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験では、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
●治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、同種同効薬に係る費用についても保険外へ用療養費の支給対象とする

(5) 医療技術の適切な評価 【s149】

●3. 医療技術の適切な評価(モノから人へ) 参照

19. 重症化予防の取組の推進

(1) 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 <点p172, 留p204, 施告p755, 施通p789, 803> 【s150】

●糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する
(新) 糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算: 1000点

【算定要件】 腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²) が30未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に加算

【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

- ①4月前までの3か月間に糖尿病予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}(ml/分/1.73m²)が30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る)
- ②①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) 尿タンパク排泄量が①の算定時点から20%以上低下している
 - ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点のeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減している

●糖尿病透析予防指導管理料の算定要件に、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行う旨を追加

(2) ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大【再掲】 <点p176, 留p213-214, 施告p756, 施通p806> 【s151】

●若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数の関する要件を緩和する

ニコチン依存症管理料 初回: 230点、2回目から4回目まで: 184点、5回目: 180点

【算定要件】

- ①対象患者は、禁煙を希望する患者であって以下のすべ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。
 - ア 「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かかるスクリーニングテスト(ITS)で、ニコチン依存症と診断されたもの
 - イ 35歳以上の者は、BI(1日の喫煙本数×喫煙年数) ≥ 200であるもの
※ 35歳未満の者に [BI ≥ 200] の規定は廃止された
 - ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているもの
- ② 「禁煙治療のための標準手順書」に沿って、初回の管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する
- ③ 初回算定日より起算して1年を超えた日からなければ再度算定できない次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えている

●ニコチン依存症管理を実施する医療機関における治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う

【施設基準】

- ①禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務

- ②禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
 - ③禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
 - ④過去1年間のニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数が2回以上であること 等
- ※平成28年4月1日～29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平均継続回数が2回未満の場合は、平成29年7月1日から70/100の点数で算定を行う

(3) 人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価 <点p481, 留p501, 施告p770, 施通p849, 様式p1150> 【s152】

- 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する

人工腎臓 (新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

→ 下肢末梢動脈疾患のリスク評価等をした場合に月1回を限度として所定点数に100点を加算

【施設基準】

- ①慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び指導内容等を診療録に記載していること。
- ②検査の結果、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、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
- ③専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めた上で、当該医療機関について事前に届出を行っていること。 等。

20. 医薬品等の適正評価

(1) 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 <点p320, 留p359, 施告p764, 施通p824> 【s153】

- コンタクトレンズを交付している眼科医療機関において、患者の自由な選択を担保するために、院内交付の割合等によって検査料の評価に差を設ける

現行	改定
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2：56点	コンタクトレンズ検査料2：180点 (新)
	コンタクトレンズ検査料3：56点
	コンタクトレンズ検査料4：50点 (新)

【施設基準】

コンタクトレンズ検査料1：現行の検査料1の施設基準に加え(※)に該当する

※入院病床を有さない医療機関では、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)における交付率 $\frac{\text{①}}{\text{①}+\text{②}} \times 100$ が95%未満

- 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

コンタクトレンズ検査料2：現行の検査料1の施設基準に該当するが、(※)に該当しない

コンタクトレンズ検査料3：現行の検査料1の施設基準に該当しない医療機関であって、(※)に該当する

コンタクトレンズ検査料4：現行の検査料1、2又は3のいずれにも該当しない医療機関

(2) 人工腎臓の適正な評価 <点p481, 留p498> 【s154】

- 人工腎臓に包括されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の適正化を行う

現行	改定
【人工腎臓】	【人工腎臓】
1 慢性維持透析を行った場合	1 慢性維持透析を行った場合
イ 4時間未満の場合：2,030点	イ 4時間未満の場合：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：2,330点	ハ 5時間以上の場合：2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合：2,245点	2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合：2,225点

- 透析困難等加算：120点/日の対象患者について、現行の難病(特定疾患)56疾患に加え、法改正に伴い新たに指定した指定難病についても、同様に評価を行う <留p598>

現行	改定
特定疾患(56疾患)※	①難病法に定める指定難病(306疾患) ②特定疾患治療研究事業に定める疾患

(3) 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し <告示p974-975, 通知p977-978> 【s155】

- 薬価適用の場合との均衡を図る観点から、市販の経腸栄養用製品(以下「流動食」)のみを経腸栄養法で提供する場合の入院時食事療養費等の額について、現行より1割程度引き下げる
- ただし、入院時生活療養(II)については、既に給付水準が低い等の理由から、見直しの対象外とする

【食事療養】	【食事療養】
入院時食事療養(I)(1食につき) 640円	1 入院時食事療養(I)(1食につき) (1)(2)以外の場合 640円
2 入院時食事療養(II)(1食につき) 506円	(2)流動食のみを経腸栄養法で提供する場合 575円
	2 入院時食事療養(II)(1食につき) (1)(2)以外の場合 506円
	(2)流動食のみを経腸栄養法で提供する場合 455円
【生活療養】	【生活療養】
1 入院時生活療養(I) (1)食事の提供たる療養(1食につき) 554円	1 入院時生活療養(I) (1)食事の提供たる療養(1食につき) イ ロ以外の場合 554円 ロ 流動食のみを経腸栄養法で提供する場合 500円
2 入院時生活療養(II) (1)食事の提供たる療養(1食につき) 420円	2 入院時生活療養(II) (1)食事の提供たる療養(1食につき) 420円

●流動食のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする*

※これまで、入院時食事療養（I）及び入院時生活療養（I）の適用患者に対し、厚生労働大臣が定める特別食（腎臓食、肝臓食、糖尿食等）を提供する場合に、1食につき76円を加算

21. ICTを活用したデータの収集・利活用の推進

(1) 診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化 <様式p1002> 【s156】

●診療情報提供書、訪問看護指示書等（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化**し、安全性の確保等に関する要件を明記

(2) 画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価 <点p185, 186, 留p232, 施告p758, 施通p812-813, 様式p1126>

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

(新) **検査・画像情報提供加算**

(新) **電子的診療情報評価料 30点**

(診療情報提供料 (I) の加算として評価)

イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

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

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



【施設基準】

- ①他の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
- ②別の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 等、

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

明細書の無料発行 <療担p887等, 通知p924> 【s157】

- 公費負担医療により自己負担がない患者についても、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医療機関では、患者から求めがあった場合に、明細書の無料発行を義務づける。〔療養担当規則の改正〕
- 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コンを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関に対しては、2年間（診療所は当面の間）の猶予措置を設ける。

23. DPC

調整係数見直し (1) 【s158】

(1) 調整係数の見直しに係る対応

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

【医療機関Aの暫定調整係数】

= (【医療機関Aの調整係数 (※)】 - 【医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数】) × 0.25

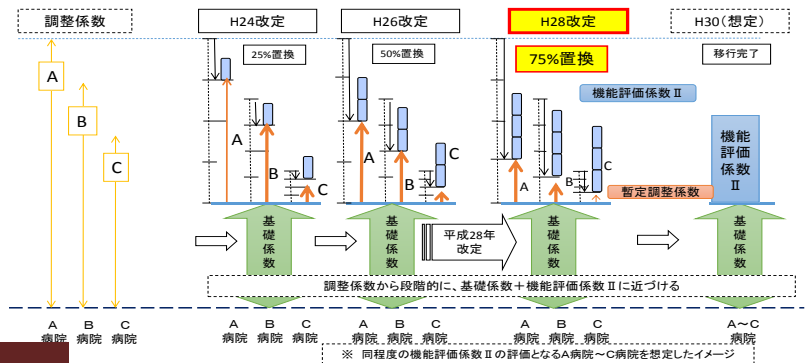
※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

(2) 個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置（激変緩和）について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応（調整分の「50%」→「75%」の置き換え）等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が**2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。**

調整係数見直し (1) 調整係数の置き換え 【s159】

●DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目的に段階的に基礎係数と機能評価係数IIへ置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数IIへ置換えを進める



医療機関群の見直し II群病院の選定要件 【s160】

●II群病院（高機能な病院群）の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する

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

【実績要件1】：診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）
【実績要件2】：医師研修の実施	許可病床1床あたりの臨床研修医師数（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）
【実績要件3】：高度な医療技術の実施（6項目のうち5項目以上を満たす）	外保連試案
	特定内科診療
	重症患者に対する診療の実施
	(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数 (3b)：DPC算定病床当たりの同指数 (3c)：手術実施症例件数 (3A)：症例割合 (3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 (3C)：対象症例件数 複雑性指数（重症DPC補正後）

医療機関群・基礎係数の見直し 【s161】

●II群病院(高機能な病院群)の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する

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

$$[\text{各病院群の基礎係数(平成28年度)}] = \frac{[\text{各病院群の包括範囲出来高点数}^{\text{a}}] \times [\text{改定率}^{\text{b}}]}{[\text{各病院群のDPC点数表}^{\text{a}}] \times [\text{包括点数}^{\text{c}}] \times [\text{平均値}^{\text{d}}]}$$

- *1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(国院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。
- *2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。
- *3 平成28年度改定では(1-0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。
- *4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。
- *5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院I群(大学病院本院)		集計中
DPC病院II群(高機能な病院)		
DPC病院III群		
合計		

機能評価係数Iの見直し(1) 機能評価係数Iとは 【s162~163】

●機能評価係数Iについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Iとして評価する

<p>1. 「入院基本料の差額」を評価</p> <p>診断群分類点数表は、「一般病棟0対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。</p>	<p>(例)</p> <table border="1"> <tr><td>一般病棟7対1入院基本料</td></tr> <tr><td>専門病院7対1入院基本料</td></tr> <tr><td>専門病院10対1入院基本料</td></tr> <tr><td>特定機能病院7対1入院基本料</td></tr> <tr><td>特定機能病院10対1入院基本料</td></tr> </table>	一般病棟7対1入院基本料	専門病院7対1入院基本料	専門病院10対1入院基本料	特定機能病院7対1入院基本料	特定機能病院10対1入院基本料
一般病棟7対1入院基本料						
専門病院7対1入院基本料						
専門病院10対1入院基本料						
特定機能病院7対1入院基本料						
特定機能病院10対1入院基本料						
<p>2. 「入院基本料等加算」等</p> <p>「当該医療機関においてDPC包括算定をする全入院患者が算定する加算」等について評価する</p>	<p>(例)</p> <table border="1"> <tr><td>総合入院体制加算</td></tr> <tr><td>医師事務補助体制加算</td></tr> <tr><td>診療録管理体制加算</td></tr> <tr><td>検体検査補助料</td></tr> </table>	総合入院体制加算	医師事務補助体制加算	診療録管理体制加算	検体検査補助料	
総合入院体制加算						
医師事務補助体制加算						
診療録管理体制加算						
検体検査補助料						

「入院基本料等加算」		機能評価係数Iとして評価
		主な変更点(概要)
病院の体制の評価	A200 総合入院体制加算	
	A204 地域医療支援病院入院診療加算	
	A204-2 臨床研修病院入院診療加算	
	A207 診療録管理体制加算	
	A207-2 医師事務補助体制加算	⇒ 特定機能病院に追加
	A234 医療安全対策加算	
	A234-2 感染防止対策加算	
	A244 病棟薬剤業務実施加算	⇒ 病棟薬剤業務実施加算2の新設
	A245 データ提出加算	
	A230 精神科病棟入院時医学管理加算	
看護配置の評価	A207-3 急性期看護補助体制加算	⇒ 夜間25対1から30対1への変更、夜間看護体制加算の新設
	A207-4 看護職員夜間配置加算	⇒ 12対1加算1・2、16対1加算への細分化
	A213 看護配置加算	
	A214 看護補助加算	⇒ 夜間75対1看護補助加算加算、夜間看護体制加算の新設
地域特性の評価	A218 地域加算	⇒ 7級地の新設
	A218-2 離島加算	
特殊病室の評価	A224 無菌治療室管理加算	
	A225 放射線治療病室管理加算	
	A229 精神科隔離室管理加算	
	A219 療養環境加算	
療養環境の評価	A220 HIV感染者療養環境特別加算	
	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	
	A221 重症者等療養環境特別加算	
	A221-2 小児療養環境特別加算	
	A222 療養病棟療養環境加算	
	A222-2 療養病棟療養環境改善加算	
	A223 診療所療養病床療養環境加算	
A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算		

機能評価係数IIの見直し(1) 機能評価係数IIの新項目 【s164】

●重症度指数を追加した8指数により評価を行う

✓ 診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

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

評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における[包括範囲出来高点数]÷[診断群分類点数表に基づく包括点数]を評価する。(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

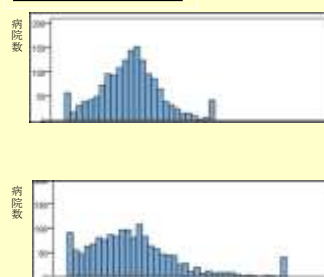
機能評価係数IIの見直し(2) 機能評価係数IIの重み付け 【s165】

●機能評価係数IIの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う

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

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
 ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3上限値は70%とする。
 ※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

機能評価係数Ⅱの見直し (3) 機能評価係数Ⅱの各項目の見直し 【s166】

●保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う

①保険診療指数 (全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。)

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価 (I群のみ) 病院情報の公表 (平成29年度より)
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの提出 (様式間の記載矛盾による評価) 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 本院よりも機能が低い(※)分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院 (I群のみ) ※II群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合 II群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院 (I群のみ) 精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びII群病院 (I群・II群)

④カバー率指数

・III群においては、最低値・最小値を30%ile値とする。

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

⑥地域医療指数

・地域がん登録に関する評価を廃止 (平成29年度より)

・高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加 (平成29年度より)

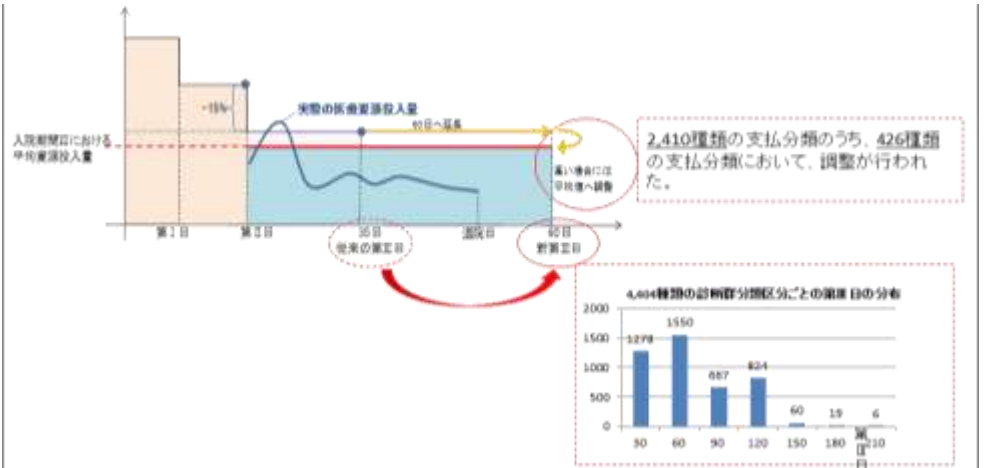
⑦後発医薬品指数

・評価上限を70%とする。

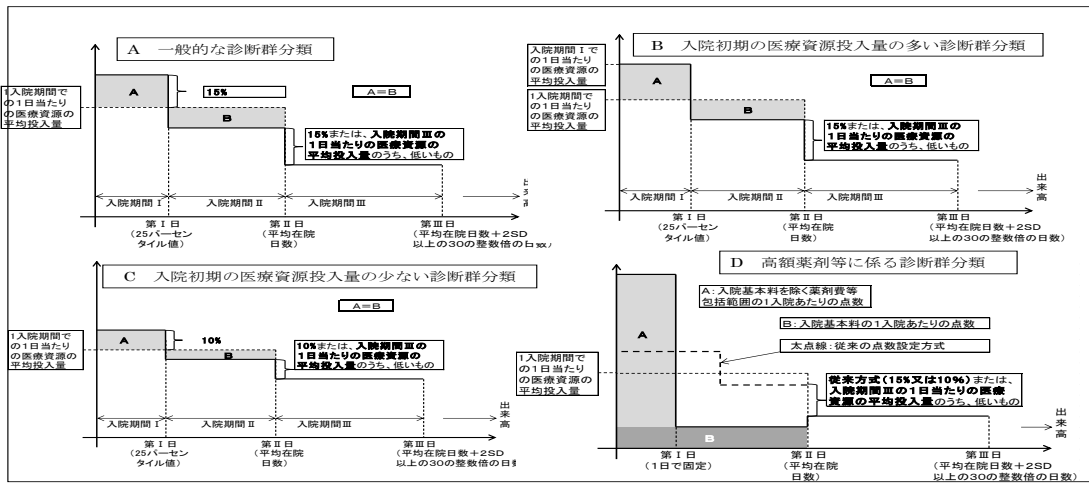
✓ 政府目標である70%の評価上限を引き上げ。

算定ルールの見直し (1) 点数設定方法の見直し 【s167】

●第Ⅲ日 (包括算定の終了日) を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。



算定ルールの見直し (2) 点数設定方法の見直し 【s168】



算定ルールの見直し (3) 点数設定方式の見直し 【s169】

点数設定方式Dの対象選定に係る観点

- 十分に普及している (全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる)
- 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- 入院中に複数回実施されるものは除外

※化学療法については、レジメン (入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ) 別に分析を行った。

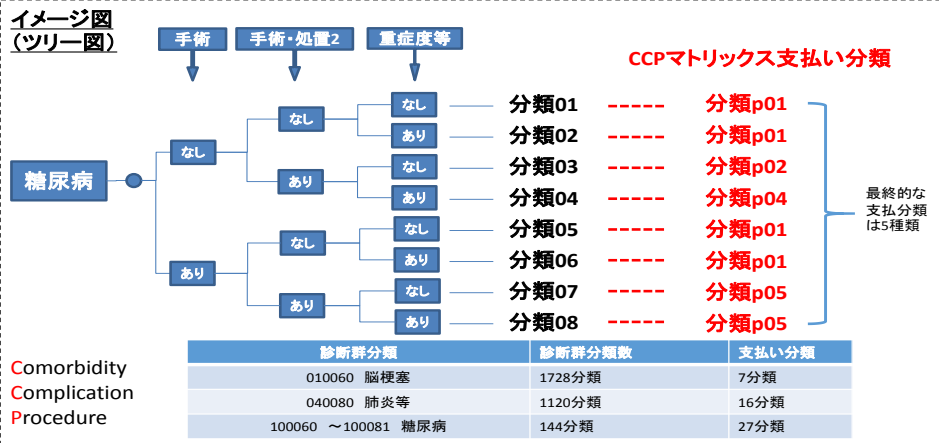
※検査等については、平成26年度診断群分類点数表で定義されている検査を対象として検討を行った。

以下の6項目を新たに点数設定方式Dの対象として加える

H28DPC (副傷病分岐なし)	内容	平均点数
060020x99x7xx	胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ	5.7
080005x99x2xx	黒色腫 ニボルマブ	3.7
010070x9910xx	脳血管障害 E003 造影剤注入手技	2.6
100020x99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍 1131 内用療法	6.0
010030x9910xx	未破裂脳動脈瘤 E003 造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	2.6
050050x9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 D206 心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等	2.9

算定ルールの見直し (4) 点数設定方式の見直し 【s170】

●診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価手法 (CCPマトリックス) を導入



算定ルールの見直し (5) 診断群分類点数表の見直し 【s171】

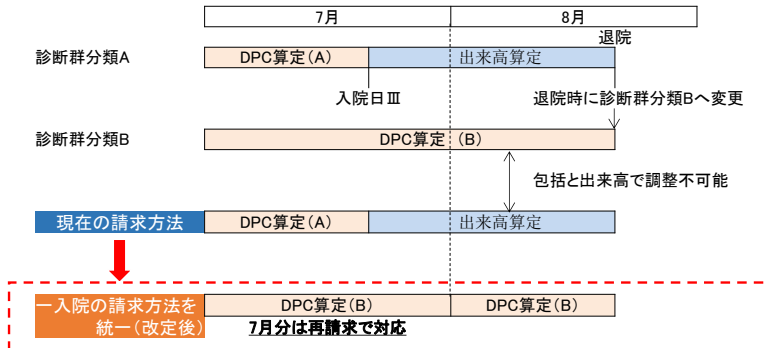
●診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の通りの分類となった。

改定時期	MDC数(※1)	傷病名数	DPCコード(総数)	うち包括対象DPC数(※2)	支払い分類(※3)
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	5,078	4,404	2,410

※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群 ※2 改定時点で包括対象となっているDPC数
 ※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

算定ルールの見直し (6) 請求方法の見直し 【s172】

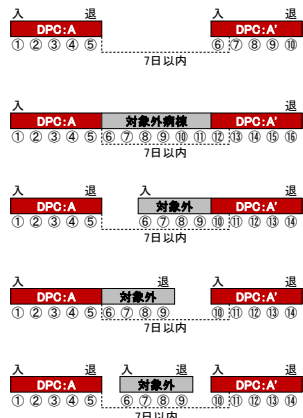
●DPC対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。



- ・病院ごとにDPCコードが一入院期間で変更される割合が異なることがわかった。
- ・医療機関がより適切なコーディングに取り組むことで、再請求に該当する症例を減らすことが可能ではないかと考えられる。

算定ルールの見直し (7) 7日以内再入院の取扱いの見直し 【s173】

●再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取扱う。



- 【「7日以内」に係る日数の考え方】
- 直近のDPC算定病床を退院した日
 - DPC算定病床へ再入院した日
- 【「同一傷病」の考え方】
- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって、DPC上2桁コード(MDC)が同一である場合、一連とする。
 - 再入院時の「入院の契機となった傷病名」病名に「分類不能コード」を用いた場合には、一連の入院として扱う。
- 【入院期間への日数算入の考え方】
- 退院期間は入院期間に算入せず、転棟期間は入院期間に算入する。

- 【分類不能コード】の例
- R00.2 動悸
 - R05 咳
 - R06.0 呼吸困難
 - R63.0 食欲不振等

DPC対象病院としての要件の見直し DPC対象病院としての要件 【s174】

●適切なコーディングを行う為の体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる。

要件：年2回
(毎月開催することが望ましい)

要件：年4回
(毎月開催することが望ましい)

(参考) DPC対象病院の要件について

- 一 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出
- 二 A207診療録管理体制加算に係る届出
- 三 「退院患者調査」、「特別調査」への参加
- 四 データ病末比1月あたりの値が0.875以上
- 五 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。適切なコーディング委員会の年4回の開催等



- ・多職種の参加
- ・DPC制度への理解を深め、適切なコーディングを推進する。
- ・実症例をもって議論をする際には、担当医等が出席し、診療報酬の多寡の議論を行わない旨を周知。

退院患者調査の見直し 退院患者調査 (DPCデータ) の見直し 【s175~177】

●調査項目の見直しを行う。

様式1 【既存項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
退院情報	全患者	退院時帰帰として「治癒・軽快」を入力	調査項目の入力精度向上の為。
再入院調査・再転棟調査	全患者	DPC対象病棟より、「計画的・計画外」再入院の場合入力	調査項目の入力精度向上の為。
CAN0040 がん患者/化学療法の有無	化学療法ありの患者	「化学療法の有無」の項目に経皮下を追加。	現状の項目が 0. 無 1. 有 (経口) 2. 有 (経静脈又は経動脈) 3. 有 (その他) であるが、経皮下で投与される薬剤も存在するため。
M040020 肺炎患者/重症度	15歳以上で、医療資源病名が「040070 インフルエンザ、ウイルス性肺炎」「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の場合	現状の「市中肺炎」か「院内肺炎」かの分類の別に、「医療介護関連肺炎」を追加。	現在の調査では、医療介護関連肺炎は市中肺炎 (入院時病名が肺炎) に含まれてしまうが、市中肺炎よりも院内肺炎に近く、治療介入が難しく長期になる。

【新規項目の見直し】

項目名	対象患者	内容	考え方
入院情報	全患者	「自傷行為・自殺企図の有無」を追加	うつ病への入院加療として、緩やかな休養入院とは医療資源投入量 (精神療法・薬物療法等) が大きく異なることが推測されるため。
M050010 心不全患者/NYHA	主傷病・医療資源・医療資源2のいずれかが、心不全の場合	心不全患者の場合は、入院・来院直後の①体血圧、②心拍数、③心調律を追加	急性心不全のレジストリー研究によると体血圧・心拍数・心調律が重症度に関係する。NYHA分類では医療資源投入量との関係性を示すことができなかったため、既存のNYHA分類との置き換えを行い重症度の精緻な評価ができないかを検討する必要があるため。

【その他簡素化・精緻化を行った項目】

項目名	対象患者	内容	考え方
患者プロフィール/褥瘡	全患者	現状の褥瘡スコアの調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者のみ記載必須とする。	現状、入院時と退院時に調査に記載必須とされているが、調査項目の簡素化をするため、医科点数表において求められている病棟の入退棟時のみ対象を限定してはどうか。
診断情報	全患者	レセプト電算処理用の傷病名マスターによる傷病名コードの記載。	レセプト請求の際には、レセプト電算処理用の傷病名マスターによる請求が行われているため。
診断情報	全患者	指定難病 (医療費助成の対象患者) の有無、病名 (告示番号等) の記載。	平成27年1月1日より「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、医療費助成の対象疾病が306疾病に拡大した。医療機関ごとの取り組み状況を把握する必要があるため。
診断情報	全患者	予定入院の場合は入院日に「入院の契機となった病名」を確定させること。	より正確な病名の記載を求めるために、予定入院の場合は、入院日に「入院の契機となった病名」を確定させる。また、予定外入院の場合であっても3日以内に病名を確定させることが望ましい。
診断情報	全患者	併存症・続発症の記入可能数の上限を10に変更する。	記入可能な傷病名の個数が制限されていること (現行では「入院時併存傷病名 (4つ)」「入院後発症傷病名 (4つ)」が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があるため。また、様式1を維持した化したことにより拡張性が高まったため。

EF 統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	現状の「重症度、医療看護必要度」の各項目の調査が必須となる入院基本料や加算等を算定している患者	重症度、医療看護必要度の各項目の記載。	7対1病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたより確かな分析が可能になると考えられる。(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)
持参薬	EFファイルを出力する患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。	持参薬の検討のため、EFファイルに点数情報を含めて記載を求める。
医療区分・ADL区分	療養病棟に入院する患者	医療区分・ADL区分の記載。	データ提出加算の対象が療養病棟にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)

Dファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
診断群分類番号	一部の包括評価対象外の患者	DPCコード (14桁) の記載対象の拡大と出来高請求理由の記載	包括評価の対象外の患者についても、以下の場合にはDPCコードを記載 ①出来高請求のDPCコードに該当する場合 ②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日数を越えた場合

退院患者調査の見直し 退院患者調査 (DPCデータ) に関する経過措置 【s178】

●それぞれの項目に適切な経過措置を設ける。

項目	病院種別	対象病棟	内容	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	全病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票より評価を行うことが必要な病棟)	・医療看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	全病院	精神科病棟グループ・その他病棟グループ (療養病棟、地域包括ケア病棟など)	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神科病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
持参薬を出力 (EFファイル)	DPC対象病院・準備病院	7対1、10対1 (DPC対象病棟)	・持参薬を使用した場合に、薬剤名・使用料を出力	平成28年9月末まで (6ヶ月)
14桁コードを出力 (Dファイル・レセプト)	DPC対象病院	7対1、10対1 (DPC対象病棟)	①出来高請求のDPCコードに該当する場合 ②高額薬剤において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③算定しているDPCコードの入院日Ⅲを超えた場合	平成28年9月末まで (6ヶ月)
(参考) データ提出加算	10対1 (200床以上) の病院	全病棟		平成29年3月末まで (1年間)

24. 経過措置一覧 【s179~183】

項目	経過措置
1 重症度、医療・看護必要度の見直し	・重症度、医療・看護必要度に関する経過措置については、経過措置一覧の最終頁を参照のこと。
2 病棟群単位による届出	・病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われることとし、病棟群単位による届出を利用できるのは平成30年3月31日までとする。
3 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合	・平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までは基準を満たしているものとする。 ・当該基準又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、別に定める基準を満たしている場合には、平成30年3月31日までは、所定点数の100分の95を算定できる。
4 療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し	・平成28年3月31日に当該加算の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までは基準を満たしているものとする。
5 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料における脳卒中患者の評価	・重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者に限る。)の疾患及び状態等が医療区分1又は2に相当する場合について、平成28年3月31日時点で当該病棟に6ヶ月以上入院している患者は医療区分3相当のものとして所定点数を算定できる。
6 総合入院体制加算の実績要件等の見直し	・平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。
7 認知症患者のケアに関する評価	・認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間又は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。
8 10対1入院基本料へのデータ提出要件化	・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特定機能病棟入院基本料、10対1専門病院入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとする。
9 精神科リエゾンチーム加算の看護師要件	・平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。
10 地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数の制限	・集中治療室等を持つ保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院において、平成28年1月1日時点で既に届け出ている地域包括ケア病棟については当該制限の対象に含まないものとする。
11 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価	・当該アウトカムの評価に係る実績指数の算出は、平成28年4月1日以降に当該病棟に入棟した患者を対象として、平成29年1月から3ヶ月ごとに算出する。
12 地域移行機能強化病棟入院料の届出	・当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。
13 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	・平成28年1月1日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
14 がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	・現行のがん性疼痛緩和指導管理料2は、平成29年3月31日を以て廃止とする。
15 ニコチン依存症管理料の要件見直し	・当該保険医療機関における過去1年の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分から適用する。
16 自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し	・平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付率等の要件を満たしているものとする。
17 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算	・当該加算のI (退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合) を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
18 電子的診療情報評価料	・検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者であっても、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
19 救命救急入院料等における薬剤管理指導の評価の見直し	・改定前の薬剤管理指導料の1 (救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合) は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算はできない。
20 在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在総管及び施設総管について、所定点数の80/100を算定するところ、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
21 在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅療養支援歯科診療所以外の保険医療機関であって、歯科訪問診療料の注13に規定する基準を満たさないものは、注13に規定する点数 (歯科初診料・歯科再診料に相当する点数) を算定するところ、平成29年3月31日までの間は歯科訪問診療料1、2、3により算定できる。
22 在宅療養支援歯科診療所の要件追加	・在宅療養支援歯科診療所について、主として歯科訪問診療を実施する診療所については新たな要件が追加されるが、平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
23 在宅時医学総合管理料の対象となる住居	・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住居に居住している際、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。
24 ポジトロン撮影等の施設共同利用率の要件見直し	・平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。

25	向精神薬多剤投与に係る報告	・向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。 ・平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。
26	疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の要件見直し	・平成28年3月31日時点で初期加算又は早期リハビリテーション加算を算定している患者は、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を引き続き適用する。
27	疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の起算日見直し	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定している患者は、当該時点における算定上限日数を引き続き適用する。
28	廃用症候群リハビリテーション料の新設	・平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定している患者については、当該時点の算定上限日数を引き続き適用する。
29	維持期リハビリテーションの経過措置の延長	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者に対する維持期リハビリテーションは、原則として平成30年3月31日までに介護保険へ移行するものとする。
30	要介護被保険者等に対するリハビリテーション	・目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の減算(所定点数の90/100を算定する。)については、平成28年10月1日から実施する。
31	1回の処方箋で抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合の通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援指導料の減算	・減算しない場合の要件として、「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。 ・減算しない場合の要件として、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。
32	訪問看護療養費を算定した月の精神科訪問看護・指導料の算定	・同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。
33	精神科デイ・ケア等における患者の意向の聴取	・1年を超えて精神科デイ・ケア等を実施する患者に対する意向の聴取については、平成29年3月31日までの間、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても実施可能とする。
34	紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入	・自治体による条例の制定等が必要な公的医療機関の導入については、条例の制定等に要する期間を考慮し、平成28年9月30日まで猶予措置を設ける。
35	一部負担金のない患者に対する明細書無料発行	・自己負担のない患者(全額公費負担の患者を除く。)に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、平成30年3月31日まで(診療所については当面の間)の猶予措置を設ける。

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置 【s183】

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

25. 届出 【s184】

○ 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。

なお、**平成28年4月14日(木)までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。**

○ 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に通知するものであること。

届出の簡素化の観点から、施設基準を満たしていれば、厚生局に届出を行う必要がなくなった点数 【s185~187】

※届出不要になったが施設基準を満たしていることを明らかにすることができるような準備が必要

名称	施設基準の主な要件
1 夜間・早期等加算	・1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。 救急医療を行っている救急省令に定める救急診療所等であるか、又はそれらの病院に定期的に医師が迷い込んでいる場合は27時間以上でよい。 ・診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。 ・診療所であること。
2 明細書発行体制等加算	・電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。 ・算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。
3 臨床研修病院入院診療加算	①指導医は7年以上の臨床経験を有する者 ②研修医2.5人につき指導医1人 ③医師数は医療法標準を満たす ④臨床研修病院である ⑤保険診療に関する年2回以上の講習実施
4 救急医療管理加算	・次に掲げる保険医療機関 ア 地域医療支援病院 イ 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診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 エ 都道府県知事の指定する精神科救急医療施設 その他、受入体制、関係機関周知 ・第二次救急医療施設として、必要な診療機能及び専用病床の確保していること。
5 妊産婦緊急搬送入院加算	・妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の受け入れ及び緊急の分娩対応の体制が整備されていること。 ・産科又は産婦人科を標榜していること。

		・妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する医師が配置されており、緊急の分娩に対応できる十分な体制及び十分な設備を有していること。
6	重症皮膚潰瘍管理加算	・皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜し、当該科を担当する医師が管理を行う。 ・個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制であること。 ・その他褥瘡の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。
7	強度行動障害入院医療管理加算	・強度行動障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ・次のいずれかに該当する病棟であること。 ア 重症心身障害児施設又は独法国病機構の設置する医療機関であって厚労大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。 イ 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。 ・対象患者は、強度行動障害スコアが10点以上かつ医療度スコアが24点以上の患者
8	がん拠点病院加算	・1のイは、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。 ・1のロは、地域がん診療病院の指定を受けていること。 ・2は、小児がん拠点病院の指定を受けていること。 ・保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。 ・屋内において喫煙が禁止されていること。
9	小児科外来診療料	小児科を標榜
10	夜間休日救急搬送医学管理料	・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であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。 ア 地域医療支援病院 イ 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診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 エ 都道府県知事の指定する精神科救急医療施設 ・第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保し、通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医療従事者を確保していること。 ・夜間又は休日において入院治療を要する患者に対して救急医療を提供する日を医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
11	認知症専門診断管理料	・認知症に関する専門の保険医療機関であること。（認知症疾患医療センターであること。） ・当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。
12	がん治療連携管理料	・1は、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。 ・2は、地域がん診療病院の指定を受けていること。 ・3は、小児がん拠点病院の指定を受けていること。 ・1及び3は、がん診療連携拠点病院については、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。
13	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)に掲げる手術	① 緊急事態対応他、必要な体制が整備。 ② 必要な医師が配置。 ③ 区分ごとに前年(1月から12月)の手術件数を掲示。 ④ 手術を受ける全ての患者に対し、説明を行い、十分な情報を提供。
14	経皮的冠動脈形成術	・当該手術について、前年1月から12月の以下の手術件数を院内掲示すること。 急性心筋梗塞に対するもの 不安定狭心症に対するもの その他のもの
15	経皮的冠動脈ステント留置術	・当該手術について、前年1月から12月の以下の手術件数を院内掲示すること。 急性心筋梗塞に対するもの 不安定狭心症に対するもの その他のもの

届出の簡素化の観点から、別の項目の施設基準を届出していただければ、別途届出不要で算定してよいとなった点数 【s188~190】

名称	施設基準の主な要件	届出していただければよいもの
1 外来リハビリテーション診療料	・心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、運動器リハ又は呼吸器リハの届出を行っていること。 ・当該診療料を算定する患者がリハビリを実施している間、患者の急変時等にリハビリを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・心大血管リハ(I)又は(II) ・脳リハ(I)(II)又は(III) ・運動器リハ(I)(II)又は(III) ・呼吸器リハ(I)又は(II)
2 一酸化窒素吸入療法	・新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・新生児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料
3 心臓ペースメーカー指導管理料 注4 植込型除細動器移行期加算	次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 ・植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術(レーザーシースを用いるもの) ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術(レーザーシースを用いるもの) ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
4 造血器腫瘍遺伝子検査	・検体検査管理加算(II)~(IV)に準ずる。	検体検査管理加算を届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。
5 植込型心電図検査	次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 ・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ・両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 ・植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術 ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ・両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 ・植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術 ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

6	コンピューター断層撮影(CT撮影)注7 大腸CT撮影加算	次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 ・コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合 ・コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「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	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できるようにする。 ・コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合 ・コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「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
7	植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術	次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 ・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ・両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 ・植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術 ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ・両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 ・植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術 ・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
8	経皮的動脈遮断術	・救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。 ・当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料
9	ダメージコントロール手術	・救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。 ・当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。	以下のいずれかを届出すれば、別途届出を行わなくても算定できる。 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料

届出の簡素化の観点から、施設基準の届出を統一することとなった点数 【s191～193】

	名称	施設基準の主な要件	様式
1	【C152-2】持続血糖測定器加算 【D231-2】皮下連続式グルコース測定	・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること ・持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関である	様式24の5
2	【K627-3】腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 【K627-4】腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 【K642-3】腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術 【K643-2】腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 【K754-3】腹腔鏡下小切開副腎摘出術 【K769-3】腹腔鏡下小切開腎部分切除術 【K772-3】腹腔鏡下小切開腎摘出術 【K785-2】腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 【K773-3】腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術 【K802-4】腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 【K843-3】腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	・泌尿器科を標榜している病院であること ・対象手術を20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること ・当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること ・当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること ・関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること	様式4 様式52 様式65の5
3	【D409-2・1】センチネルリンパ節生検(併用) 【K476注1】乳がんセンチネルリンパ節加算1	・乳腺外科又は外科の経験を5年以上有し、(乳房悪性腫瘍手術における)乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上経験している医師が配置 ・乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜し、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置 ・麻酔科標榜医が配置 ・病理部門が設置され、病理医が配置	様式31の3 又は 様式56の2 様式52
4	【D409-2・2】センチネルリンパ節生検(単独) 【K476注2】乳がんセンチネルリンパ節加算2	・乳腺外科又は外科の経験を5年以上有し、(乳房悪性腫瘍手術における)乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上経験している医師が配置 ・乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜し、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置。ただし、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない ・麻酔科標榜医が配置 ・病理部門が設置され、病理医が配置	様式31の3 又は 様式56の2 様式52
5	【D231】人工臓器検査 【J043-6】人工臓器療法	・患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること ・担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること ・人工臓器検査を行うために必要な検査が当該保険医療機関内で常時(午前0時より午後12時まで)実施できるように必要な機器を備えていること ・100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。 ・入院基本料(特別入院基本料を除く。)を算定していること。 ・医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査に使用する機器の配置の適正にも留意されていること	様式4 様式24の4
6	【D211-3】時間内歩行試験 【D211-4】シャトルウォーキングテスト	・当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること ・急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること ・次に掲げる緊急の検査又は画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること ア生化学的検査のうち、血液ガス分析 イ画像診断のうち、単純撮影(胸部)	様式24の6
7	【B009注15】診療情報提供料(I)の検査・画像情報提供加算 【B009-2】電子的診療情報提供料	・他の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又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び入院時要約が含まれていること ・厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報保護の保護が確実に実施されていること ・常時データを閲覧できるネットワークを用いる際は、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること(ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない) ・情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じて随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又	様式14の2

は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録していること。これらの記録について、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において当該点数を算定するにあたり ★届出の必要なもの★

基本診療料 【s194～195】

- 1 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1
- 2 一般病棟入院基本料の注13に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 3 療養病棟入院基本料の注12に掲げる夜勤時間特別入院基本料(療養病棟入院基本料2に限る)
- 4 結核病棟入院基本料の注6に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 5 精神病棟入院基本料の注9に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- 6 特定機能病棟入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算1
- 7 専門病棟入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1
- 8 有床診療所入院基本料の注11に掲げる有床診療所在宅復帰機能強化加算
- 9 有床診療所療養病床入院基本料の注11に掲げる有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
- 10 総合入院体制加算2
- 11 急性期看護補助体制加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- 12 看護職員夜間12対1配置加算1
- 13 看護職員夜間16対1配置加算
- 14 看護補助加算の注2に掲げる夜間75対1看護補助加算
- 15 看護補助加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- 16 病棟薬剤業務実施加算2
- 17 退院支援加算1又は3
- 18 退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算
- 19 退院支援加算の注5(別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合であって、平成28年1月1日において現に旧算定方法別表第1区分番号A2381に掲げる退院調整加算の注3に係る届出を行っていないもの)に限る)
- 20 認知症ケア加算
- 21 精神疾患診療体制加算
- 22 小児入院医療管理料の注4に掲げる重症児受入体制加算
- 22 回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算2
- 23 地域移行機能強化病棟入院料

特掲診療料 【s196～199】

- 1 糖尿病透析予防指導管理料の注5に掲げる腎不全患者指導加算
- 2 小児かかりつけ診療料
- 3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
- 4 排尿自立指導料
- 5 診療情報提供料(I)の注14に掲げる地域連携診療計画加算
- 6 診療情報提供料(I)の注15に掲げる検査・画像情報提供加算
- 7 電子的診療情報評価料
- 8 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- 9 在宅療養実績加算2
- 10 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料
- 11 歯科訪問診療料の注13に規定する基準
- 12 遺伝学的検査(注に規定する届出に限る)
- 13 国際標準検査管理加算
- 14 長期脳波ビデオ同時記録検査1
- 15 脳波検査判断料1
- 16 遠隔脳波診断
- 17 コンタクトレンズ検査料2
- 18 有床義歯咀嚼機能検査
- 19 コンピューター断層撮影(CT撮影)(注8に規定する届出に限る)
- 20 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(注5に規定する届出に限る)
- 21 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(注6に規定する届出に限る)
- 22 外来後発医薬品使用体制加算
- 23 摂食機能療法の注2に掲げる経口摂取回復促進加算2
- 24 リンパ浮腫複合的治療料
- 25 通院・在宅精神療法の注4に掲げる児童思春期精神科専門管理加算
- 26 救急患者精神科継続支援料
- 27 依存症集団療法
- 28 認知療法・認知行動療法3
- 29 硬膜外自家血注入
- 30 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)
- 31 人工腎臓の注10に掲げる下肢末梢動脈疾患指導管理加算
- 32 人工臓器療法
- 33 手術用顕微鏡加算
- 34 同種骨移植(特殊なもの)
- 35 内視鏡下甲状腺部分切除、甲状腺全摘出術
- 36 内視鏡下パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)
- 37 内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術
- 38 乳癌悪性腫瘍手術(乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳頭乳輪温存乳房切除術)
- 39 肺悪性腫瘍手術(壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る)
- 40 内視鏡下筋層切開術
- 41 骨格筋由来細胞シート心表面移植術
- 42 胆管悪性手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る)
- 43 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

44	腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
45	腹腔鏡下仙骨腫固定術
46	凍結保存同種組織加算
47	粒子線治療
48	粒子線治療の注3に掲げる粒子線治療適応判定加算
49	粒子線治療の注4に掲げる粒子線治療医学管理加算
50	密封小線源治療の注8に掲げる画像誘導密封小線源治療加算
51	調剤基本料1、2、3、4又は5
52	調剤基本料(注1ただし書きに規定する届出)
53	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

施設基準の改正により、平成28年1月1日又は平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関又は保険薬局であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり ★届出の必要なもの★

基本診療料 【s200~202】

1	一般病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る)	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
2	一般病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る)	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
3	一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算2又は3	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
4	一般病棟入院基本料の注12に掲げるADL維持向上等体制加算	
5	療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
6	療養病棟入院基本料(注11に掲げる届出に限る)	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
7	特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る)	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
8	特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。10対1入院基本料に限る)	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
9	特定機能病棟入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算2又は3	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
10	特定機能病棟入院基本料の注10に掲げるADL維持向上等体制加算	
11	専門病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る)	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
12	専門病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る)	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
13	専門病棟入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算2又は3	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
14	専門病棟入院基本料の注9に規定するADL維持向上等体制加算	
15	総合入院体制加算1	[平成28年1月1日において現に当該点数に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
16	総合入院体制加算3	[平成28年1月1日において現に旧算定方法別表第1区分番号A200に掲げる総合入院体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
17	急性期看護補助体制加算	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
18	看護職員夜間12対1配置加算2	[平成28年3月31日において現に旧算定方法別表第1区分番号A207-4に掲げる看護職員夜間配置加算1に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
19	後発医薬品使用体制加算	
20	救命救急入院料2又は4	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
21	特定集中治療室管理料	[平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る]

施設基準の改正により、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関又は保険薬局であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり ★届出の必要なもの★

特掲診療料 【s203】

1	ニコチン依存症管理料	[平成29年7月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
2	在宅療養支援診療所	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
3	コンタクトレンズ検査料1又は3	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
4	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及び乳房用ポジトロン断層撮影(注3に規定する届出に限る)	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
5	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	
6	腹腔鏡下肝切除術(3、4、5又は6を算定する場合に限る)	
7	在宅療養支援歯科診療所	[平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る]
8	歯根端切除手術の注3	
9	基準調剤加算	
10	後発医薬品調剤体制加算1又は2	

診療報酬の算定項目の名称が以下のとおり変更されたが、★平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの★ 【s204、205】

基本診療料

1	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間25対1急性期看護補助体制加算	⇒	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間30対1急性期看護補助体制加算
2	病棟薬剤業務実施加算	⇒	病棟薬剤業務実施加算1
3	退院調整加算	⇒	退院支援加算2
4	精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算	⇒	精神科急性期医師配置加算
5	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算	⇒	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算1

特掲診療料

1	在宅療養実績加算	⇒	在宅療養実績加算1
2	特定施設入居時等医学総合管理料	⇒	施設入居時等医学総合管理料
3	人工臓器	⇒	人工臓器検査
4	経口摂取回復促進加算	⇒	経口摂取回復促進加算1
5	内視鏡手術用支援機器加算	⇒	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
6	歯科治療総合医療管理料	⇒	歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)
7	在宅患者歯科治療総合医療管理料	⇒	在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)
8	在宅かかりつけ歯科診療所加算	⇒	在宅歯科医療推進加算
9	歯科技工加算	⇒	歯科技工加算1及び2
10	経皮的動脈弁置換術	⇒	経カテーテル動脈弁置換術