

かかりつけ歯科医機能の評価の導入

○ 今後、より一層の高齢化が推進する中、地域包括ケアシステムにおいて、各ライフステージに応じた定期的な口腔管理などの「かかりつけ歯科医機能」を、地域の歯科医師が発揮していくことが重要。

○ かかりつけ歯科医が定期的な口腔管理を実施した場合、むし歯や歯周疾患の重症化が抑制されるが、かかりつけ歯科医がいない、または、歯科医院への不定期な来院により、歯の喪失リスクが高くなることが明らかになってきている。



➡ 一定の基準を満たした「かかりつけ歯科医機能」を持った歯科医師が行う
 ①むし歯の重症化予防、②歯周疾患の重症化予防、③口腔機能低下の重症化予防についての評価を新たに導入した。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価

- う蝕(むし歯)の重症化予防の評価
 (新) **エナメル質初期う蝕管理加算** 260点(歯科疾患管理料の加算)
- 歯周病の重症化予防の評価
 (新) **歯周病安定期治療(Ⅱ)**

1歯以上10歯未満	380点
11歯以上20歯未満	550点
20歯以上	830点
- 口腔機能の重症化予防の評価
 (新) **在宅患者訪問口腔リハビリテーション料指導管理料の加算** 100点

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準】

- (1) 歯科診療所であること
- (2) 複数の歯科医師、又は、歯科衛生士の配置
- (3) 医療安全対策、高齢者の口腔機能管理に係る研修
- (4) 歯科訪問診療料、歯周病安定期治療等の算定実績
- (5) 医療安全対策への体制整備
- (6) 緊急時の体制整備
- (7) 医療、介護との連携体制

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

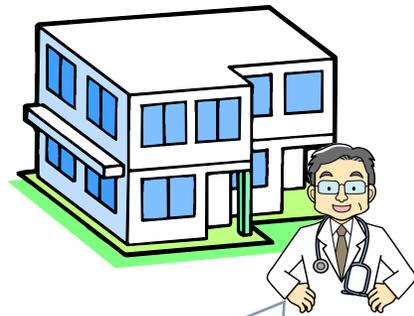
紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「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とともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくて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]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 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 等
 - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療において、医療機関の実績、診療内容及び患者の状態等に応じた評価を行い、在宅医療の質的・量的向上を図る。

<在宅担当医療機関>



医療機関の実績 に応じた評価

- 在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設
- 十分な看取り実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の診療実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の看護実績を有する訪問看護ステーションを評価



診療内容 に応じた評価

- 休日往診への評価の充実
- 病院・診療所からの訪問看護の評価を充実

<自宅等>



患者の状態・居住場所等 に応じた評価

- 重症患者に対する医学管理の評価を充実
- 効率性の観点等から、居住場所に応じた評価を見直し

質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進

急性期

回復期

維持期

入院

通院

介護事業所、日常生活等

キーワード1 早期からのリハビリテーション

- 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- 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

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- 摂食機能療法の対象の明確化等
- 廃用症候群リハビリテーション料の新設
- 心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- 運動器リハビリテーション料の評価の充実
- リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なリハビリテーション

- 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)



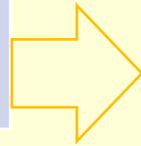
質の高いリハビリテーションの評価等

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）**）

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

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場合が、3か月ごとの集計で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が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。

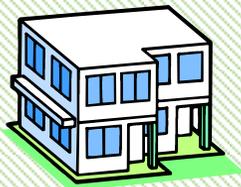
[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を踏まえた認知症患者への適切な医療

<認知症患者に対する主治医機能の評価>

複数疾患を有する認知症患者への継続的・全人的医療

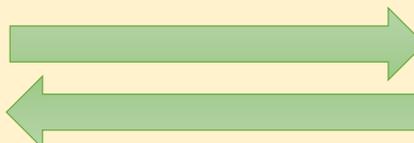


・認知症地域包括診療料、
認知症地域包括診療加算
の新設

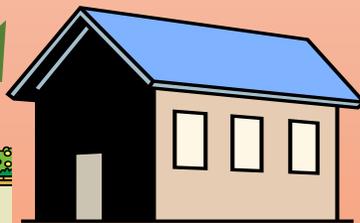
<早期診断・早期対応のための体制整備>

認知症の診断・療養方針の決定

・診療所型認知症疾患
医療センターの評価



<介護サービス>



急性期病院での認知症
患者の受入促進

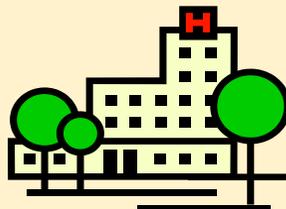


医療機関からの円滑な
退院・在宅復帰



<身体疾患を有する認知症患者の適切な受け入れ>

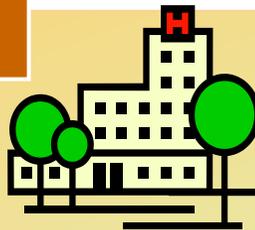
・認知症ケアチーム等による病棟
における対応力とケアの質向上
(認知症ケア加算の新設)
・重症度、医療・看護必要度での
認知症・せん妄症状の評価



・身体合併症を有する精神疾
患患者の受入れ体制の確保
(総合入院体制加算の要件強
化、「総合病院」精神病棟の
医師配置の充実等)

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

精神科病院



身体合併症を有する精神疾患患者への医療

- 精神病棟での特に重篤な急性疾患等への対応(身体合併症加算の対象疾患拡大)

- 精神科病院からの患者の受入の評価

- いわゆる「総合病院」精神病棟の手厚い医師配置の評価
- リエゾンチーム医療の推進
- 精神症状を伴う救急搬送患者に対する精神科医の診断治療
- 総合入院体制加算における精神疾患患者受入の要件の強化
- 自殺企図者に対する継続的な指導

総合的な機能を有する病院

長期入院患者の地域移行

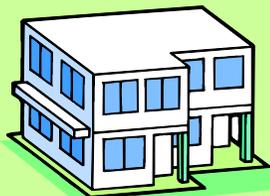
- 「地域移行機能強化病棟」の新設による重点的な地域移行の取り組み
- 地域移行に関する評価の充実

地域生活支援

- 自宅等で暮らす重症精神疾患患者への集中的な支援
- より自立した生活への移行を促す精神科デイ・ケア等の提供

専門的な精神医療の充実

- 専門的な児童思春期精神科外来医療の充実
- 薬物依存症に対する集団療法の新設
- 医師・看護師による認知療法・認知行動療法の充実
- 向精神薬の適切な処方への推進



診療所

小児医療の充実について

乳幼児期から学童期まで、継続性のある小児科外来診療を評価するとともに、重症小児等の診療に積極的に取り組んでいる入院・在宅医療の評価及び連携の充実を図る。

① 小児かかりつけ医として、幼児期までの継続的な診療を評価



新生児期



乳児期



幼児期

② 重症小児の受入体制・連携体制の強化

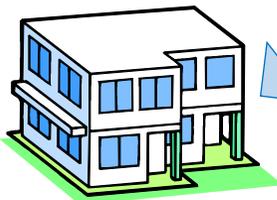


- NICU等における重症児の入院日数を延長
- 重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関を評価
- 退院支援に関する評価を充実
- 医療型短期入所サービス利用中の処置等を評価
- 小児慢性特定疾病の患者における入院の対象年齢を延長

機能の強化
と
連携の推進



- 機能強化型在支診・病の実績要件として重症小児の診療を評価
- 機能強化型訪問看護ステーションの実績要件として重症小児の看護を評価
- 小児病棟に入院した月の在宅療養指導管理等を評価



- 小児慢性特定疾病に関する医学管理を評価

救急医療の評価の充実

救急医療管理加算の見直し

- 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

救急医療管理加算1 800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1の対象患者】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

改定後

救急医療管理加算1 **900点**
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】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法**を必要とする状態

夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実

- 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

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

〔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。

改定後

夜間休日救急搬送医学管理料 **600点**

〔算定要件〕

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。

再診後の緊急入院における評価の充実

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

医療技術の適切な評価

基本的な考え方

- 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

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再評価を行う。

2. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

3. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.3版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

4. 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、新規技術の保険導入を行う。

後発医薬品の使用促進と多剤投薬の適正化

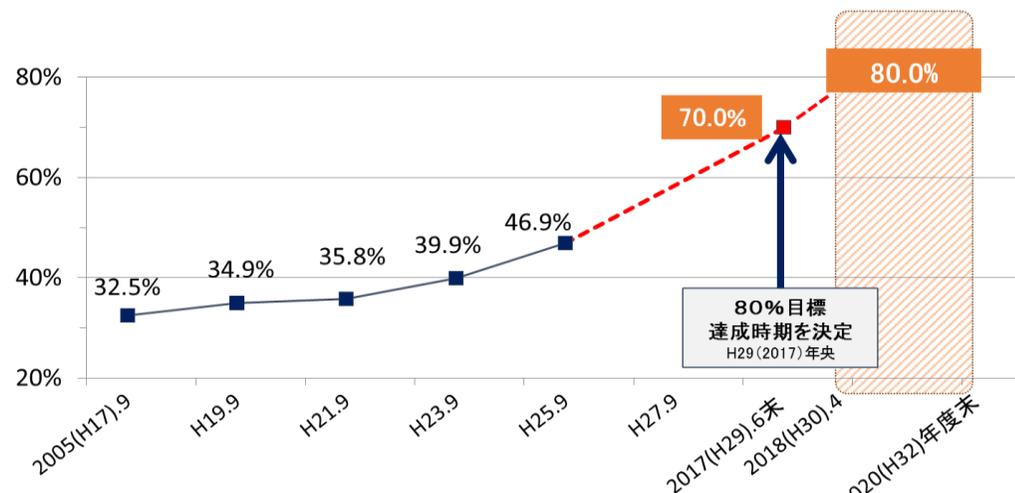
医療の効率化・適正化を推進するため、後発医薬品の使用促進に向けた対応を実施するとともに、不適切な多剤投薬の削減に向けた評価を実施。



- 後発医薬品に係る目標値達成のため、
 - ・院内処方を行う診療所における後発医薬品使用体制に関する評価の新設
 - ・病院、薬局の後発医薬品使用体制に関する評価の基準引き上げ
 - ・全ての医薬品を一般名で処方した場合の評価の新設等を実施。

数量シェア 目標

- ① 2017年（平成29年）央に**70%**以上
- ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%**以上



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

- 高齢者等において、薬剤に起因する有害事象の防止や服薬アドヒアランスの改善等を図るため、処方されている薬剤の調整を行い、減薬した場合の評価を実施。

多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

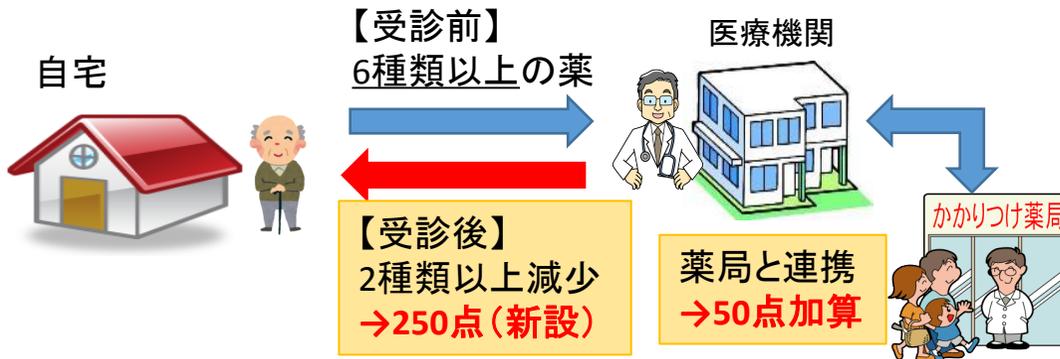
○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→**30点**へ充実）

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

○残薬等の管理の評価

- 薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（**185点**（月1回））【新設】



<残薬を含む持参薬(イメージ)>

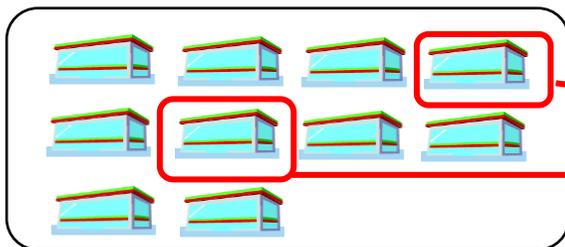


いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

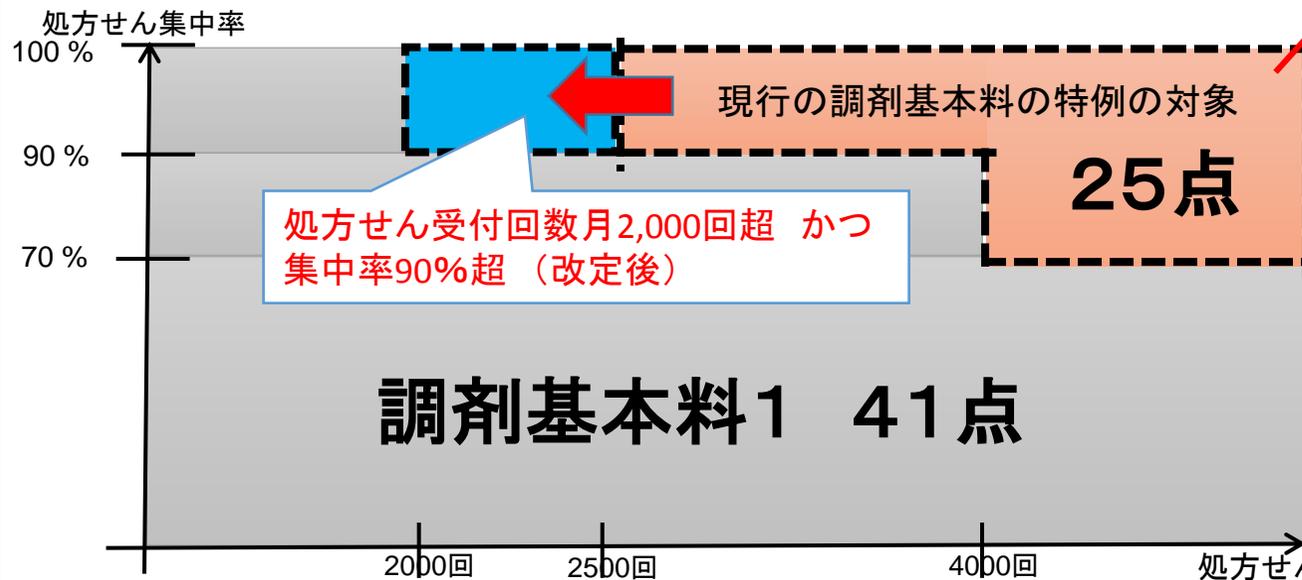


(新) 調剤基本料3 20点

- ①処方せん集中率が95%超の薬局
- ②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中度による特例の拡大

- 処方せん受付回数・集中度による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中度90%超
- ⇒処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超 (改正)

調剤基本料2 25点

- (新)特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)