

先進医療からの保険導入③

導入した技術の例

(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

※ カ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

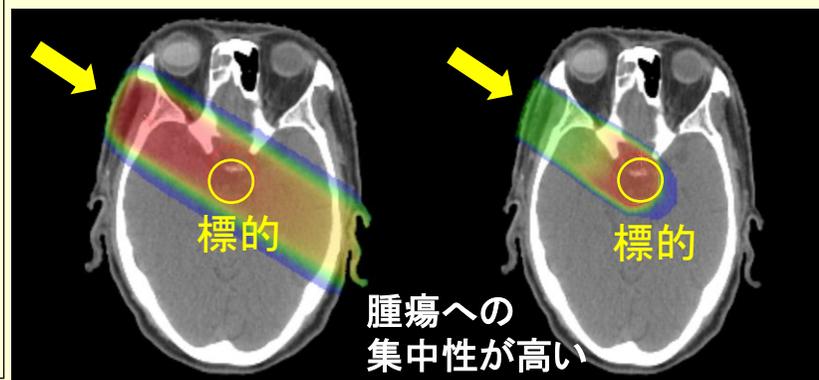
③ 粒子線治療医学管理加算

※ 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

エックス線

陽子線



手術等医療技術の適切な評価(歯科)

新規医療技術の保険導入

- レジン前装金属冠の第一小臼歯への適応範囲の拡大(ブリッジの支台歯に限る)
(新) レジン前装金属冠 1,174点 ほか

先進医療の保険導入

- 有床義歯補綴治療における総合的な咬合・咀嚼機能検査を評価する。
(新) 1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 480点(1回につき)
2 咀嚼能力測定のみを行う場合 100点(1回につき)

【施設基準】

- 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。



効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

後発医薬品の使用促進等について①

診療所における後発医薬品使用体制の評価

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

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、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- ② 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品の使用促進等について②

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

- 後発医薬品使用体制加算における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の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

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2(旧指標で20%以上)	28点

改定後

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(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
全医薬品の採用品目数

新指標

後発医薬品の数量
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品の数量

一般名処方加算等の見直し

- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、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。

現行

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。

改定後

一般名処方加算1 3点
一般名処方加算2 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

- 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品の適正使用の推進①

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 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]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(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

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料

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

- ② 連携管理加算

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

医薬品の適正使用の推進②

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 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。

- 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。

処方せん											
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日		男・女	電話番号							
	区分		被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)						
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 弊に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 <input type="checkbox"/> 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。										
	備考 保険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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名				(印)							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の精算に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

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

- 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。

糖尿病透析予防指導管理料

(新) 腎不全期患者指導加算 100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、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

- ① 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定した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。)
- ② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
 - ア) 血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下している。
 - イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下している。
 - ウ) ①で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月あたりの低下が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、保険者による保健指導への協力に関する事項を追加。

現行

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

(新設)

改定後

(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

重症化予防の取組の推進②

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

- 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、ニコチン依存症管理料の対象患者の見直しを行う。

現行(対象者)

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 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である。



改定後(対象者)

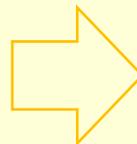
以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② **35歳以上の者については**、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 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である。

- 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。

現行(主な施設基準)

- 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。



改定後(主な施設基準)

- 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の平均継続回数が2回以上であること***。
- ※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

重症化予防の取組の推進③

透析医療に係る評価の適正化

<人工腎臓>

➤ 包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の見直しを行う。

1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,030点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,195点
ハ 5時間以上の場合	2,330点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,245点



1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,225点

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

<人工腎臓>

➤ 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。

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点(1月につき)

[施設基準]

- 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
- 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。
- 連携を行う専門的な治療体制を有している医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

(※届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

<重症下肢虚血病変の評価>

(新) 経皮的酸素ガス分圧測定 100点(1日につき)

[算定要件]

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の確認のために経皮的に血中のPO₂を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

2 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

3 重症化予防の取組の推進について

4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価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

- 患者の自由な選択に資するため、コンタクトレンズに係る検査を実施する患者及びコンタクトレンズの院内交付割合が高い医療機関については検査料の引き下げを行う。

現行	
コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1	200点
-	
2 コンタクトレンズ検査料 2	56点
-	



改定後	
コンタクトレンズ検査料	
1 コンタクトレンズ検査料 1	200点
<u>(新) 2 コンタクトレンズ検査料 2</u>	<u>180点</u>
<u>(改) 3 コンタクトレンズ検査料 3</u>	56点
<u>(新) 4 コンタクトレンズ検査料 4</u>	<u>50点</u>

<コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準>

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に加え、次のうちいずれかに該当すること。

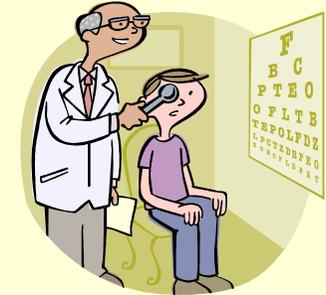
- ① 眼科の病床を有すること。
- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。
- ③ コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。

<コンタクトレンズ検査料2に関する施設基準>

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしているが、上記の①から③のいずれにも該当しないこと。

<コンタクトレンズ検査料3に関する施設基準>

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしていないが、上記の①から③のいずれかに該当すること。



医薬品、医療機器、検査等の適正な評価②

湿布薬の適正給付

- 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が多様であることから、医薬品の適正給付の観点より以下の対応を実施する。

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

医薬品、医療機器、検査等の適正な評価③

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

▶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」)のみを経管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】	
1 入院時食事療養(Ⅰ) (1食につき)	640円
2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき)	506円
【生活療養】	
1 入院時生活療養(Ⅰ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	554円
2 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



【食事療養】	
1 入院時食事療養(Ⅰ) (1食につき)	
(1) (2)以外の場合	640円
(2) 流動食のみを経管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) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	455円
【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)	
イ ロ以外の場合	554円
ロ 流動食のみを経管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

▶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※。

※ これまでは、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

診療報酬点数表の簡素化

技術料の削除

➤ 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術等について、医療技術評価分科会における評価等を踏まえ、診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ① 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術
(削除する項目の例)

D006 2	全血凝固時間
D006 31	フィブリノペプチド
D007 1	膠質反応(ZTT, TTT)
D301	気管支鏡検査、気管支カメラ
K351	上顎洞血瘤腫手術

- ② 内容がほとんど同じである別の手術料が存在する。

K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	(K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と類似)
K743-3	脱肛根治手術	(K743 痔核手術(脱肛を含む。)4 根治手術と類似)

- ③ 使用可能な医療機器の販売が終了している。

K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
C115	在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料

施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算 | ○強度行動障害入院医療加算 | ○経皮的冠動脈形成術 |
| ○明細書発行体制等加算 | ○がん診療連携拠点病院加算 | ○経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料 | ○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 |
| ○救急医療管理加算 | ○夜間休日救急搬送医学管理料 | |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算 | ○がん治療連携管理料 | |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算 | ○認知症専門診断管理料 | |

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術 等) | ○経皮的冠動脈遮断術
(救命救急入院料 等) | ()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数 |
| ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) | ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) | |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) | ○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
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) | |
| ○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等) | | ○ダメージコントロール
手術
(救命救急入院料 等) | ○廃用症候群
リハビリテーション料(※)
(脳血管疾患等リハビリテーション料) |

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工膵臓検査
- 人工膵臓療法(※)

経過措置等について①

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、病棟群単位で算定できるのは平成30年3月31日までとする。
3 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合	・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特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとする。
9 精神科リエゾンチーム加算の看護師要件	・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。

経過措置等について②

	項目	経過措置
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	・当該加算のイ(退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合)を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
18	電子的診療情報評価料	・検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。
19	救命救急入院料等における薬剤管理指導の評価の見直し	・改定前の薬剤管理指導料の1(救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合)は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできない。
20	在宅医療専門の医療機関に関する評価	・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に、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。

経過措置等について③

項目	経過措置
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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。

経過措置等について④

	項目	経過措置
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

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>※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。</p>

施設基準の届出について

お願い

- 平成28年4月1日から算定を行うためには、**平成28年4月14日(木曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。



本資料は改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも正確でない場合があります。算定要件・施設基準等の詳細については関連の告示・通知等をご確認ください。