

平成 28 年度診療報酬改定情報

答申①：視点 1「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」

平成 28 年 2 月 10 日の中医協の議事資料において、『**答申**』が出されました。同時に**新旧対照表**も明らかになり、改定の概容が明らかになってきました。ここでは、それぞれの視点に従い、答申の内容を見ていきたいと思えます。

詳細な内容は巻末に記載している資料をご覧ください。それぞれにはページ数を記載しています。

今回は**視点 1**についてみていきましょう。

キーワードは、『**機能分化、連携、在宅医療、かかりつけ**』

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する 視点

I-1 医療機能に応じた入院医療の評価について

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し P8

- ・「**重症度、医療・看護必要度**」等において適切に評価されるよう見直し
 - ⇒A項目 . . . 機能を重視し、無菌室での治療や救急搬送を評価項目追加
 - ⇒B項目 . . . 起き上がり、座位保持を評価項目から外し、
危険行動、意志の疎通など、認知症・精神疾患等の受け入れを評価
 - ⇒M項目 . . . 手術等の医学的治療の状況を評価（新設）
- ・さらに重症度評価基準を引き上げ
- ・**基準を満たす患者の割合引き上げ . . . 2 割 5 分以上**
- ・急性期看護補助体制加算・夜間配置加算 . . . 10 対 1 の基準を引き上げ

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出の病棟 . . . **平成 28 年 9 月 30 日までの間**
200 床未満の場合は、平成 30 年 3 月 31 日まで 2 割 3 分 . . . 病棟群ごとの届け出をしない場合

重症患者を受け入れている 10 対 1 病棟に対する評価の充実 P12

- ・看護必要度加算の基準を引き上げ . . . より重症な患者を受け入れる病棟を評価
- ・**看護必要度加算 1 (24% : 55 点)**
加算 2 (18% : 45 点)
加算 3 (12% : 25 点)

[経過措置]

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
期限 : 平成 28 年 9 月 30 日まで . . . それぞれ加算 2 又は 3 の基準を満たしているものとする。

病棟群単位による届出・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P14

- ・ 7 対 1 入院基本料から 10 対 1 入院基本料へ転換の際の雇用等の急激な変動を緩和
 - ⇒平成 28 年 3 月時点で直近 3 ヶ月算定していることが条件で、平成 28 年 4 月 1 日から 2 年間、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というもの
 - ⇒病棟の数が 4 以上の保険医療機関が届出の場合、一つの入院基本料の病棟の数は複数とする
 - ⇒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。
 - ⇒当該届出措置を利用した場合には、平成 29 年 4 月 1 日以降は、7 対 1 入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の 100 分の 60 以下とすること（特定機能病院は除く。）
 - ⇒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

在宅復帰率の要件見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P15

- ・ 自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直し・・・在宅への退院を推進する観点
 - ⇒在宅復帰率の計算に入れられる病床に有床診療所（在宅復帰機能強化加算算定）もいれる

有床診療所における在宅復帰機能強化加算（5 点）の新設・・・・・・・・・・・・・・・・ P18

- ・ 入院から 15 日以降移行
- ・ 施設基準：
 - ①直近 6 か月間に退院した患者の在宅復帰率が 7 割以上である。
 - ②在宅に退院した患者の退院後 1 月以内に、職員が当該患者の居宅を訪問又は情報提供して在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認し記録する
 - ③平均在院日数が 60 日以下である
- 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算（1 日につき） 10 点
 - [施設基準]
 - ①直近 6 か月間に退院した患者の在宅復帰率が 5 割以上
 - ②在宅に退院した患者の退院後 1 月以内に、職員が当該患者の居宅を訪問又は情報提供して在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認し記録する
 - ③平均在院日数が 365 日以下である

特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・ P20

- ・ 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
 - ⇒基準を満たす患者割合・点数配分の見直し
 - ⇒A 項目・・・点数配分の見直し
 - ⇒B 項目・・・起き上がり、座位保持を評価項目から外し、食事摂取、衣服の着脱等を評価
危険行動、意志の疎通など、認知症・精神疾患等の受け入れを評価
 - ⇒M 項目・・・手術等の医学的治療の状況の評価（新設）

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日の届出、[平成 28 年 9 月 30 日までの間](#)

短期滞在手術等基本料 3 の見直し P23

- ・対象手術の見直し . . .
 - ⇒K282 水晶体再建術 片眼、両眼の評価へ分ける
 - K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア 年齢の条件を細分化
 - K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) 年齢の条件を細分化
 - K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 (新設)
 - K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (新設)
 - M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 (新設)
- ・包括範囲の見直し 在宅療養指導管理、人工腎臓、抗悪性腫瘍剤など包括外の内容が明記

総合入院体制加算の実績要件等の見直し P26

- ・加算 1 (240 点) 年間手術 800 件、**A 得点 2 点以上 or C 得点 1 点以上の患者が 3 割以上、病院機能評価受診**
 - ・加算 2 (180 点) 年間手術 800 件以上、年間救急搬送件数 2,000 件以上、精神については 24 時間対応、精神科リエゾンチーム加算、又は認知症ケア加算 1 の届出、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、**A 得点 2 点以上 or C 得点 1 点以上の患者が 3 割以上、病院機能評価受診**
 - ・加算 3 (120 点) 年間手術 800 件以上、また実績要件は少なくとも 2 つ以上を満たしていること。精神科については、24 時間対応できる体制 (自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)、当該保険医療機関の算定対象病棟において、**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**
 - ・実績要件 化学療法 1000 件/年以上に変更
- [経過措置] [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

地域包括ケア病棟入院料の見直し P30

- ・比較的軽度な急性期患者に対する入院医療を整備
 - ⇒手術、麻酔にかかる費用を包括外とする
- ・集中治療室等を持つ保険医療機関への取得病床数の制限 **平成 27 年末までの申請は除外**

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 P32

- ・**療養病棟入院基本料 2** の病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れる
 - ⇒**医療区分 2 又は 3 の患者の割合の合計が 5 割以上**
 - ・ . . . **看護配置 25 対 1 のみ満たさない場合、所定点数の 100 分の 95 を算定**

【経過措置】

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出の病棟・・・平成 30 年 3 月 31 日までの間

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P33

- ・医療区分の見直し・・・酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目の定義を見直し
⇒酸素療法・・・**常時流量 3L/分以上**を必要とする状態
常時流量 3L/分未満を必要とする状態であって **NYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態**
肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合・・・**30 日間**は本項目に該当する
頻回な血糖検査・・・インスリン・ソマトメジン製剤の使用を条件に
うつ状態・・・精神保健指定医の処方の評価

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・ P35

- ・在宅復帰に対する評価を見直し
⇒自院（1 カ月以上入院のもの）・他院（一般・地域包括）から入院し、
在宅復帰率（自宅・居住系施設等に退院した患者）・・・**5 割以上**
自宅退院後 1 カ月以上（要介護 3 の場合は 14 日間）継続することを確認

【経過措置】

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出の病棟・・・平成 28 年 9 月 30 日までの間

障害者施設等入院基本料における脳卒中患者の評価・・・・・・・・ P37

- ・療養病棟の評価体系を踏まえた見直し・・・医療区分により点数を見直し

(例)

(新) 7 対 1 入院基本料及び 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・・・障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の病棟や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**

入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和・・・・・・・・ P39

- ・精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない保険医療機関等に配慮し控除率を緩和
- ・透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的とする場合の算定方法は廃止

- ・ 出来高病棟：10%控除、特定入院料：40%控除、精神療養など：20%控除、等

地域加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P42

- ・ 国家公務員の地域手当の見直しに伴い見直し・・・ 7級地：3点（新設）など

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・・・・・・・・ P43

- ・ 対象地域に関する要件を見直し
⇒九州では、熊本県阿蘇地域が見直し対象に

[経過措置]

平成 28 年 1 月 1 日において現に改正前の厚生労働大臣が定める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

一類感染症患者入院医療管理料の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・ P48

- ・ 発生時に必要となった検査・注射等に対応しやすい体系へ
⇒算定日数変更・・・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
入院期間の評価を 7 日⇒14 日へ変更
包括範囲見直し・・・検査、点滴注射及び中心静脈注射を包括範囲外へ

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し・・・・・・・・ P50

- ・ 結核病棟における標準的な 入院期間 31 日～60 日以内：200 点（新設）

I-2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

医師事務作業補助体制の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P51

★5 点～10 点の評価アップ

- ・ 勤務医の負担軽減の効果をより一層推進する
⇒文書作成業務・・・ 業務場所の制限を緩和医師の指示であれば指定場所以外での作業も可能
⇒50 対 1、75 対 1、100 対 1・・・年間緊急入院患者の受け入れ実績を緩和
- ・ 対象病棟の拡大・・・療養病棟入院基本料や精神病棟入院基本料
⇒50 対 1、75 対 1、100 対 1 の取得が可能に
- ・ 特定機能病院・・・加算 1 に限り認める
⇒加算 2 は本来の機能に含まれる

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・・・・・・・・ P54

- ・ 月平均夜勤時間数の計算方法の見直し
⇒病棟勤務と外来勤務等の兼務の緩和・・・勤務時間数への計上
7 対 1、10 対 1・・・夜勤の実人員数及び 延べ夜勤時間数へのカウント条件緩和

- ・基準に適合しなくなった際の評価方法等を見直し
 - ⇒夜勤時間数超過の場合の減算割合の変更
 - ⇒短時間 正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のもの
 - ⇒月平均夜勤時間超過減算・・・100分の15減算
- ・夜勤時間特別入院基本料を新設・・・100分の70に相当する額を算定
 - ⇒医業勤務環境改善支援センターへの相談状況、看護職員の採用活動などを評価

夜間看護体制の充実に関する評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P57

- ・看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実
 - ⇒7対1又は10対1一般病棟入院基本料等・・・12対1(80点・60点)・16対1(40点)
- ・看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を評価・・・最低3名以上の夜勤勤務
 - ⇒勤務編成(シフト)、業務量に応じた配置、看護補助者との業務分担、院内保育所などを評価
- ・看護補助者の夜間配置の区分を見直すと共に評価を充実・・・急性期看護補助体制加算
 - ⇒25対1:40点、50対1:35点、100対1:20点
 - ⇒みなし看護補助者はカウント対象外
- ・夜間看護体制加算(13対1):10点の新設・・・算定要件に夜間急性期看護補助体制加算算定が必要
- ・夜間看護補助体制加算(30点):30点の新設・・・13対1の算定(一般病床)、看護補助体制加算の算定が要件、入院20日まで算定

看護職員と看護補助者の業務分担の推進・・・・・・・・・・・・・・・・ P62

- ・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
 - ⇒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の取組を評価
 - ⇒具体的には、病棟内の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追加

常勤配置の取扱いの明確化・・・・・・・・・・・・・・・・ P64

- ・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(緩和)
 - ⇒施設基準上求められる常勤の従事者・・・育児・介護休業法に定める休業を取得した場合

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・・・・・・・・ P66

- ・経験年数を一定程度緩和・・・夜間休日に当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迅速に診療上の判断ができる場合経験は3年の医師が常時1名いること。安全管理の実施

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減・・・・・・・・・・・・・・・・ P68
・要件の緩和・・・当該保険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こと

手術・処置の時間外等加算 1 の施設基準の見直し・・・・・・・・・・・・ P70
・手術・処置の時間外等加算 1・・・・全科届出の場合には、1 日当たりの当直医師数に応じて、手術前日の当直回数の制限を緩和
(当該保険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。)

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進・・・・・・・・・・・・ P72
・医科医療機関と歯科医療機関、歯科医療機関と歯科医療機関との有機的な連携を促進
⇒周術期口腔機能管理後手術加算・・・・連携でも算定可能に
・歯科訪問診療料の要件の見直し
⇒歯科医師が歯科を標榜している病院に訪問して歯科診療ができるように
・周術期口腔機能管理計画策定料及び周術期口腔機能管理料(Ⅲ)の対象患者等の見直し
⇒緩和ケアを対象患者へいれる

歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価・・・・・・・・・・・・ P76
・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
⇒栄養サポートチーム加算・・・・院内又は院外の歯科医師が参加した場合の評価を新設
(歯科医師連携加算)

I-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

I-3-1 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価について
認知症に対する主治医機能の評価・・・・・・・・・・・・ P78
・複数疾患を有する認知症患者、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合の評価
⇒認知症地域包括診療料 (1515 点) (月 1 回)・・・・認知症の患者に対する主治医機能の評価
認知症地域包括診療加算 (30 点)・・・・再診料の加算

地域包括診療料等の施設基準の緩和・・・・・・・・・・・・ P80
・地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準を緩和
⇒二次救急医療機関・病院輪番制病院等の要件の削除、医師の基準の緩和など

小児かかりつけ医の評価・・・・・・・・・・・・ P82
・小児科を標榜する保険医療機関について、外来におけるかかりつけ医としての診療に関する包括的な評価を新設『小児かかりつけ診療料』・・・・小児科外来診療料の届け出等が条件
・(新) 小児かかりつけ診療料
1 処方せんを交付する場合、イ 初診時 602 点、ロ 再診時 413 点
2 処方せんを交付しない場合 イ 初診時 712 点、ロ 再診時 523 点

かかりつけ歯科医機能の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P85

- ・ 地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療を推進していく

⇒ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を新設

[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) 歯科医師が複数名配置、あるいは、歯科衛生士が1名以上配置
- (3) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 歯科訪問診療料、歯科疾患管理料、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定していること。
- (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されている
- (6) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。
- (7) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること

- ・ (新) 歯周病安定期治療(Ⅱ)(月1回)

1 1 歯以上 10 歯未満	380 点
2 10 歯以上 20 歯未満	550 点
3 20 歯以上	830 点

※ 現行の歯周病安定期治療を、歯周病安定期治療(Ⅰ)として、新たに歯周病安定期治療(Ⅱ)を創設

- ・ (新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 100 点 (月4回)

かかりつけ薬剤師・薬局の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P89

- ・ 患者本位の医薬分業の実現

⇒ 患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を評価

(かかりつけ薬剤師指導料 (70 点)、かかりつけ薬剤師包括管理料 (270 点) など新設)

I-3-2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による他職種連携の取組の強化等について

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P96

- ・ 高度急性期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・・・・ 病棟薬剤業務実施加算

⇒ 薬剤関連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を評価

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充・・・・・・・・・・・・・・・・ P98

- ・ 多様な疾患の患者に対して、食事を通じた適切な栄養管理を推進する観点

⇒ 管理栄養士が行う栄養食事指導について見直し・・・・外来・入院・在宅

特別食の他、がん患者・摂食機能・嚥下機能低下又は低栄養状態にある患者も対象に

⇒ 外来栄養指導料・・・・1回目 260 点、2回目 200 点

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進 P101

- ・ 医科医療機関と歯科医療機関、歯科医療機関と歯科医療機関との有機的な連携を促進する
⇒ 周術期口腔機能管理計画策定料及び周術期口腔機能管理料(Ⅲ)の対象患者等の見直し

歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価 P102

- ・ 入院中の患者の栄養状態の改善を図る
⇒ 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

I-3-3 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について

退院支援に関する評価の充実 P103

- ・ 保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携を推進するために評価
⇒ 病棟への退院支援職員の配置を評価 . . . 退院調整加算、地域連携診療計画加算

(新) **退院支援加算 1**

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

【算定要件】

入院後 1 週間以内に病棟の看護師及び**病棟に専任の退院支援職員**並びに**退院調整部門の看護師及び社会福祉士**が**共同して**カンファレンスを行い、退院を支援することを

【施設基準】

- ① **専従する看護師又は社会福祉士**が、当該加算の算定対象となっている**各病棟に専任で配置**
- ② **20 以上の保険医療機関又は介護事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し連携**
- ③ **連携先と年 3 回以上面会し、転院・退院体制について情報の共有等を実施**
- ④ 介護支援連携指導料の算定回数が、**対象病床 100 床当たり年間 15 回以上**
(療養病棟等は 10 回以上)
- ⑤ 掲示要件 . . . 病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示

退院調整加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 190 点 (新設)
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635 点 (新設)

(新設) 退院支援加算 3 1,200 点 (退院時 1 回)

【施設基準】

現行の**新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2**の施設基準と同じもの

- (新設) 退院支援加算 地域連携診療計画加算 300 点 (退院時 1 回)
- 診療情報提供料 (I) (新) 地域連携診療計画加算 50 点

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実 P109

- ・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取組みに関する評価の充実
 - ⇒介護支援連携指導料 400 点
 - ⇒退院時共同指導料 1
 - 1 在宅療養支援診療所の場合 1,500 点
 - 2 1 以外の場合 900 点
 - ⇒退院時共同指導料 2 400 点

退院直後の在宅療養支援に関する評価 P110

- ・医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにする
 - (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

I-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 P111

- ・在宅医療 . . . 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実施
 - ⇒患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施
- ・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 (名称変更)
 - ⇒当該管理料の算定対象となる対象施設を追加
 - ⑤ 有料老人ホーム、⑥ サービス付き高齢者向け住宅、⑦ 認知症グループホーム
 - ⇒月 1 回の訪問診療による管理料を新設
 - ⇒重症度が高い患者をより評価 . . . 重症者加算 (600 点)
 - ⇒「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化
 - ① 1 人の場合、②2~9 人の場合、③10 人以上の場合

小児在宅医療に係る評価の推進 P116

- ・小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保険医療機関を評価する
 - ⇒機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件の見直し
 - ① 看取り実績過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有する
 - ② 15 歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を過去 1 年間に 4 件以上
 - ※ (連携型の場合は、2 件)

在宅医療専門の医療機関に関する評価 P118

- ・在宅医療の提供体制を補完する
 - ⇒外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所に関する評価を新設
 - 現行の在宅療養支援診療所との関係を整理
- ・在宅医療へ重症度の評価を導入

【開設要件】

- ① 無床診療所、②在宅医療を提供する地域を規定、③地域医師会や協力医療機関を設定、等

〔在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準〕

機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしている

- ① 在宅医療を提供した患者数・・・**全患者の0.95以上**
- ② 過去1年間の初診患者の診療情報提供書の提供数（**紹介医療機関数 5件以上**）
- ③ **看取り実績（20件以上）と重度小児患者の診療実績（医学管理算定15件以上）**
- ④ 施設系以外への訪問診療（医学管理料）の提供の評価
（施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が**0.7以下**）
- ⑤ 要介護3以上の重症者の割合・・・**50%以上**

・在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所に対する評価

⇒過去の新規の紹介や歯科用のポータブルユニットなど設備を有していることなど

【経過措置】平成28年3月31日時点で在宅療養支援（歯科）医院あれば経過措置を受けられる

休日の往診に対する評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P122

・休日の往診に対する評価を新設・・・**夜間と同じ評価**

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P124

・緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

⇒緩和ケア・・・十分な経験、十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関の新設

（在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、等

過去1年間の**緊急往診（15件以上）と看取り実績（20件以上）**、

（看取り件数が10件以上実績+3ヶ月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること）

麻薬の使用等（オピオイド剤注入）、情報提供の実施（実績の院内掲示等）など

（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

（新）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（ターミナルケア加算） 1,000点

（新）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅時医学総合管理料）

単一建物診療患者数が1人の場合 400点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 200点

その他の場合 100点

（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

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

・在宅療養実績加算・・・実績の段階等に応じた評価の精緻化を行う

・医学総合管理料の見直しに伴う評価の見直し

在宅自己注射指導管理料の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P128

・ 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

【在宅自己注射指導管理料】

1 複雑な場合		1,230 点
(新) 2 1 以外の場合	イ 月 27 回以下	650 点
	ロ 月 28 回以上	750 点

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

在宅指導管理料等の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P129

【在宅酸素療法指導管理料（月 1 回）】

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520 点
2 その他の場合	2,400 点

【在宅酸素療法材料加算】（3 月に 3 回）

(新) 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780 点
(新) 2 その他の場合	100 点

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】（月に 1 回）

(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250 点
(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250 点

[対象患者]

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1

以下の全ての基準に該当する患者を対象とする。

- ① **慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている**
- ② **CPAP 療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施**

⇒睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に対する ASV 療法について評価を明確化するとともに、あわせて材料加算を設定

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P133

・ 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

【施設基準】

- イ **常勤看護職員 7 人以上**
- ロ **24 時間対応体制加算**を届け出ていること
- ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① **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該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ん医療総合診療料を算定していた利用者数（以下「ターミナルケア件数」と**

いう。)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・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・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

ニ 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10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。

ヘ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと

ト 地域住民等に対する情報提供 や相談人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

病院・診療所からの訪問看護の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P136

- ・在宅患者訪問看護・指導料等を充実

衛生材料等の提供についての評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P140

- ・訪問看護を指示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について評価
 - ⇒訪問看護指示料の加算として「衛生材料等提供加算(80点)」を算定
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料の評価を引き上げる

特定保険医療材料等の算定の明確化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P142

- ・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
- ・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、使用量を主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確に
- ・検体検査・・・・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

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P143

- ・病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用
 - ⇒末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価・・・・・・・・・・ P145

- ・複数の訪問看護ステーションが訪問看護を実施している場合
 - ⇒同一日に2か所目の訪問看護ステーションが、利用者等からの求めに応じて、その主治医の指示に基づき緊急訪問を実施した場合の2か所目のステーションは緊急訪問看護加算を算定できる
 - ⇒24時間の対応体制加算が要件

在宅歯科医療の推進等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P146

- ・効果的・効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保
⇒医療の内容、患者の状態、住まいの状況等を考慮した評価

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

1. 10 歯未満	350 点
2. 10 歯以上 20 歯未満	450 点
3. 20 歯以上	550 点

(新) 栄養サポートチーム連携加算 1 60 点 ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員として診療を行い、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合

(新) 栄養サポートチーム連携加算 2 60 点 ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

介護保険施設に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合

・在宅歯科医療推進加算 (100 点)

- ⇒直近 3 か月の歯科訪問診療の実績が月平均 5 人以上であり、6 割以上が歯科訪問診療 1 を算定
- ・6 歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直し
⇒20 分以上の診療が困難である場合
- ・同一建物において同一日に複数の患者に対して、歯科訪問診療料の適正化を行う

在宅薬剤管理指導業務の推進 P154

- ・在宅薬剤管理指導業務 . . . 医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更の場合を評価
- ・①薬剤師 1 人が行う算定制限と、②同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直し
- ・当該施設を訪問して保険薬剤師が行う薬学的管理を評価 . . . 特養入所者

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30 点

- ・薬剤師 1 人につき 1 日当たり 5 回の算定制限を 1 週間当たり 40 回に見直し

I-5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 P160

- ・初診 5,000 円 (歯科は 3,000 円)
- ・再診 2,500 円 (歯科は 1,500 円)

- ・特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務とする

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

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

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

- (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
- (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者

- (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- (5) 外来受診後そのまま入院となった患者
- (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- (7) 治験協力者である患者
- (8) 災害により被害を受けた患者
- (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

<中医協資料>

答申について

<http://www.sasakigp.co.jp/topics/3275>

○個別改定項目について

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>

○医科診療報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112223.pdf>

○歯科診療報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112224.pdf>

○調剤報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112225.pdf>