

## 平成 28 年度診療報酬改定情報

# 答申②視点 2 「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」

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 2**についてみていきましょう。

キーワードは、『**かかりつけ、機能分化、リハビリテーション**』

### Ⅱ 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

#### Ⅱ-1 かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について

かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価・・・P162

- ・主治医機能の評価・・・個別改定項目について「I-3-1-①」を参照・・・P78
- ・地域包括診療料及び地域包括診療加算による主治医機能の評価・・・  
・・・「I-3-1-②」を参照・・・P80
- ・小児科のかかりつけ医機能・・・「I-3-1-③」を参照・・・P82
- ・かかりつけ歯科医機能・・・「I-3-1-④」を参照・・・P85
- ・かかりつけ薬剤師・薬局を評価・・・「I-3-1-⑤」を参照・・・P89

#### Ⅱ-2 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価・・・P163

- ・診療情報提供書、訪問看護指示書及び服薬情報等提供文書等  
⇒電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能にする

#### **（新）検査・画像情報提供加算**

- イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200 点
- ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30 点

#### 【算定要件】

- ① 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
- ② 電子署名について

⇒厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施す

**(新) 電子的診療情報評価料 30 点**

[検査・画像情報提供加算及び電子診療情報評価料にかかる施設基準]

- (1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること
- (2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

データ提出を要件とする病棟の拡大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P165

・ **10 対 1 入院基本料についても、データ提出加算の届出を要件化**

⇒データ提出加算の届出を行っていること。(200 床未満の病院を除く。)

[経過措置]あり

平成 28 年 3 月 31 日に 10 対 1 一般病棟入院基本料等を届出・・・・平成 29 年 3 月 31 日まで

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P167

・ 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価

⇒医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す

⇒医師の判断により、**最大 12 か月までで受診間隔を選択**し、その間の月数に応じて、次回来院時に遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を上乗せ

II-3 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について

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・・・・・・・・ P169

・ **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

⇒1 日に 6 単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、入院料に包括

【算定要件】

- ① 過去 6 か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの **1 日平均実施単位数が 6 単位以上**である

※**除外**：**過去 6 か月間**に回復期リハビリ入院料を算定した患者が **10 人未満の場合**

- ② 効果に係る実績が一定の水準を明記・・・・計算式は P171 を確認のこと

- ③ 上記患者数の除外ルールあり・・・・年齢、認知症、運動機能、など高次脳機能障害など

- ① FIM 運動項目得点が 20 点以下のもの ② FIM 運動項目得点が 76 点以上のもの ③ FIM 認知項目得点が 25 点未満のもの ④ 年齢が 80 歳以上のもの

高次脳機能障害の患者が過去 6 か月の入院患者の 40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月入棟患者数の 100 分の 30」を、「毎月入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の 100 分の 30」と読み替えるものとする

- ④ 在棟中に FIM 得点（運動項目）が **1 週間で 10 点以上低下した患者**について

[経過措置]

**平成 28 年 4 月 1 日以降の入院患者**について、**平成 29 年 1 月 1 日から実施**

回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し・・・・・・・・ P172

- ・ **体制強化加算**に、新たに専従医師が病棟外業務を行う場合の点数を新設

体制強化加算 1                    200 点

**(新) 体制強化加算 2                    120 点**

【施設基準】

体制強化加算 2

当該病棟に**専従の常勤医師 2 名以上**及び**専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置**

専従する常勤医師のうち 2 名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。

なお、**当該医師について、いずれも 他の施設基準において専従医師として届け出ること**はできない。

ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。

イ) 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する 曜日、時間等をあらかじめ決めてしていること。

ウ) 週に 32 時間以上は、当該 2 名の医師のうち少なくとも 1 名が 当該病棟業務に従事していること。

エ) 当該 2 名の医師は、いずれも 当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。

**ADL 維持向上等体制加算の施設基準の見直し等** . . . . . P174

・ 急性期における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

**ADL 維持向上等体制加算 (80 点)**

[施設基準] . . . 人員配置

当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が **2 名以上又は専従の常勤理学療法士等 1 名と専任の常勤理学療法士等が 1 名以上配置**されている

**初期加算、早期加算の算定要件等の見直し** . . . . . P176

- ・ **初期加算、早期リハビリテーション加算**の評価を適正化

⇒算定を、入院中に限定し、患者状態も限定（**急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る**）

算定できる期間の起算日 . . . **発症、手術若しくは急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早いもの**

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で早期リハビリ加算又は初期加算を算定している者は、従来通り

- ・ 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す

⇒**脳血管疾患等リハ . . . 急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 180 日以内に限り所定点数を算定する**

⇒運動器リハビリ・・・急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 150 日以内に限り所定点数を算定する

⇒廃用症候群リハビリ・・・標準算定日数の起算日を廃用症候群の診断又は急性増悪から 30 日以内とする

【経過措置あり】

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者については、当該時点における算定上限日数を適用

**廃用症候群リハビリテーション料の新設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P180**

・廃用症候群の特性に応じたりハビリテーションを実施

⇒廃用症候群に対するリハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける

**（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

※ **廃用症候群の定義**

⇒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

【経過措置あり】

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

**要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等・・・・・・・・・・・・・・・・P182**

・リハビリテーションの医療と介護の役割分担

⇒急性期、回復期リハビリテーション・・・医療保険、

要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く）は主に介護保険

⇒標準的算定日数を超えて実施する脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハの評価の適正化

⇒要介護被保険者等に対するこれらのリハビリは、原則平成 30 年 3 月までに介護保険へ移行

① 維持期リハビリ・・・13 単位算定ができる（平成 30 年 3 月まで）、

② 維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合＝本則の **100 分の 60**

（介護保険のリハビリ実績がない場合・・・所定点数の 100 分の 80）

## **(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]

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、**3月に1回に限り算定する**

- ① 医師及びその他の従事者は、**共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付**する。
- ② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等 対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。
  - ア) **説明時点までの経過**
  - イ) **治療開始時及び説明時点の ADL 評価** (Barthel Index 又は FIM による評価の得点及びその内訳を含む。)
  - ウ) **説明時点における患者の機能予後の見通し**
  - エ) 医師及びその他の従事者が、**当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。**
  - オ) 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ) の目標にどのように関係するか。

③ ①及び②の交付、説明は、**リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付**、説明の機会に一体として行って差し支えない

④ 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて**介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険 医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案する。**

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

### [経過措置]

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

**心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し . . . . . P186**

- ・施設基準の緩和 . . . 標榜要件を緩和、医師等の配置要件も緩和
  - ⇒循環器科、心臓血管外科の標榜を求めている施設基準 . . . リハを実施する時間帯に勤務
  - ⇒また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は疾患別リハとみなす
    - 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

**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 . . . . . P188**

- ・医療機関外におけるリハビリテーションを認める
  - ⇒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
  - 実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限る

**運動器リハビリテーション料の評価の充実 . . . . . P190**

- ・運動器リハビリテーション料（I）を増点

**リハビリテーション専門職の専従規定の見直し . . . . . P191**

- ・兼任要件の緩和（例）
  - ⇒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いる曜日等
  - ⇒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
  - ⇒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 . . . 相互に兼任可能
  - ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算は、前月の摂食機能療法の実施回数が〇回未満である場合に限る

**リンパ浮腫の複合的治療等 . . . . . P192**

- ・リンパ浮腫指導管理料の実施職種に **作業療法士を追加**  
**（新設）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）

  - ⇒弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手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**行った場合に算定する

**摂食機能療法の対象の明確化等 . . . . . P195**

- ・摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大
  - ⇒原因にかかわらず、内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に存在が確認できる嚥下機能の低下であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できる患者
- ・経口摂取回復促進加算の要件を緩和
- （新）経口摂取回復促進加算 2** **20 点**

**明細書無料発行の推進 . . . . . P198**

- 400 床未満の病院・診療所は経過措置あり(400 床未満の病院は平成 28 年 4 月から完全義務化
  - ⇒公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)
  - ⇒電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務

＜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>