

## 平成 28 年度診療報酬改定情報

### 答申③：視点 3 「重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点」

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 3**についてみていきましょう。

キーワードは、『機能分化、連携、在緩和ケア、認知症、地域移行、生活支援、負担軽減』

#### Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

##### Ⅲ-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P199

- ・がん診療連携拠点病院について評価している項目において、地域がん診療病院及び小児がん拠点病院についても評価

##### 【がん拠点病院加算】（入院初日）

###### 1 がん診療連携拠点病院加算

イ がん診療連携拠点病院 500 点

ロ 地域がん診療病院 300 点(新)

2 小児がん拠点病院加算 750 点(新)

##### 【がん治療連携管理料】（1 人につき 1 回限り）

1 がん診療連携拠点病院の場合 500 点

2 地域がん診療病院の場合 300 点(新)

3 小児がん拠点病院の場合 750 点(新)

##### 【がん治療連携計画策定料】

[施設基準]

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院若しくは小児がん拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院である

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実・・・・・・・・・・・・・・・・ P201

- ・適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価

(新) 外来がん患者在宅連携指導料 500 点(1 人につき 1 回に限る。)

⇒在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する

### 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P202

・在宅で緩和ケアを行っている患者が緩和ケア病棟を有する病院に緊急入院した場合

#### 【緩和ケア病棟入院料】(1日につき)

1 30日以内の期間 4,926点

緊急入院初期加算 200点(新)

2 31日以上60日以内の期間 4,400点

3 61日以上期間 3,300点

#### 【算定要件】

病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

#### 【包括範囲から除外する項目】

第2章第2部第2節に規定する在宅療養指導管理料、第3節に規定する薬剤料及び第4節特定保険医療材料並びに第2章第12部放射線治療

### がん性疼痛緩和指導管理料の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P204

・緩和ケアに係る研修を受けた医師が実施することを要件とする

⇒がん性疼痛緩和指導管理料2・・・1年間の経過措置を設けた上で、廃止

### 外来化学療法加算の評価の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P205

・外来化学療法加算(8項目)について、点数の引き上げをおこなう

## Ⅲ-2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

### 身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P206

・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を評価

#### (新) 認知症ケア加算1

イ 14日まで 150点

ロ 15日以降 30点(新)

#### 認知症ケア加算2

イ 14日まで 30点

ロ 15日以降 10点

#### 【対象病棟】

一般病棟、療養病棟、結核病棟、特定機能病院(精神病棟除く。)、専門病院、障害者施設等、救命救急、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、特殊疾患、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、特殊疾患病棟、特定一般病棟

#### 【算定要件】

① 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

- ② 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  
[施設基準]

認知症ケアチームの設置、人員配置基準、手順書の作成、など

### 診療所型認知症疾患医療センターの評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P209

- ・ 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  
⇒「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  
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

#### **【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)**

### Ⅲ-3 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について

#### 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P210

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

[施設基準]

- (1) **看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が 15:1 以上**で配置されていること。  
うち、**看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が 6 割以上**であること。
- (2) **専従の精神保健福祉士が 2 名以上**(当該病棟の入院患者が 40 を超える場合は 3 名以上)配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、**許可病床数の 90%に相当する数以上**の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする)
- (4) **当該病棟からの 1 年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の 1.5% に相当する数以上**であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、**1 年当たり、当該病棟の届出病床数の 5 分の 1 に相当する数の精神病床を減らしている**こと。
- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) **平成 31 年度までに新規の届出**を行うこと。

⇒精神保健福祉士等、退院支援を行う職種を重点的に配置

地域生活を念頭に置いた訓練や居住先の確保等の退院支援を重点的に実施する精神病棟の評価

精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神病薬加算を設ける

- ・ 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・・・地域移行の強化
- ・ **精神科地域移行実施加算 (20 点)** の評価の充実

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P212

【精神科重症患者早期集中支援管理料】(月1回)

|      |                     |        |
|------|---------------------|--------|
| 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 |
| 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 |

[施設基準]

- ① 人員配置・・・常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。
- ② 緊急連絡体制の確保と24時間往診及び精神科訪問看護の体制

長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P215

・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア

⇒1年以上継続して頻回(週3回以上)に実施する場合の算定要件の見直し・・・5年以内

【特に定める場合】

以下を全て満たすこと。

- ① 週3日を超えるデイ・ケア等の提供が医学的に特に必要と判断されること
- ② 精神保健福祉士が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること
- ③ 当該保険医療機関において、デイ・ケア等の提供が週3日を超える患者割合が8割未満精神保健福祉士による患者の意向の聴取等、  
一定の要件を満たす場合に限り、週4日以上は100分の90に相当する額  
3年以上継続してデイ・ケア等を利用している者が、週4日以上算定する場合には、週4日目以降に算定する点数を逡減する(除外：長期入院歴がある場合)

身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P217

・精神科救急・合併症入院料や、その他の精神病棟で算定する精神科身体合併症管理加算

⇒対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

(新)精神疾患診療体制加算1 1,000点(入院初日)

⇒一般病院が、精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し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の評価

(新)精神疾患診療体制加算2 330点(入院初日から3日以内に1回)

[施設基準]

- (1) 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。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 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

- ・精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算における対象疾患・病態の追加

**[追加する対象疾患・病態]**

間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓、劇症肝炎、重症急性膵炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患（頻回に輸血を要する状態等）、急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全等）、合併症妊娠、等

**いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価・・・・・・・・・・ P219**

- ・精神科急性期治療病棟入院料 1 における**精神科急性期医師配置加算（500 点：新設）**を、入院基本料の加算として評価

⇒手厚い医師配置を行い、精神疾患患者の身体合併症治療や、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者の診療について、一定の実績を有する場合に加算の算定を可能にする

**[対象病棟]**

精神科急性期治療病棟 1、精神病 棟入院基本料(10 対 1 又は 13 対 1 に限る。)又は特定機能病院入院基本料(7 対 1、10 対 1 又は 13 対 1 に限る。)を算定する病棟

**[施設基準]**

- (1) **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。
- (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 算定病棟については以下の要件を満たしていること。  
(略；現行の精神科急性治療病棟の精神科急性期医師配置加算に係る施設基準と同様)
- (3) 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定病棟については、以下の要件を満たしていること。
  - ① **病床数が 100 床以上の病院**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。
  - ② 精神病床の数が**病床数の 50%未満かつ 2 病棟以下**であること。

**精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供・・・・・・・・・・ P222**

- ・看護師に必要な精神科での勤務年数を、専門看護師（精神看護）の経験年数を参考に緩和
- ・精神医療の経験を有する常勤精神保健福祉士等の専従要件について  
⇒**専従の常勤精神保健福祉士等**は、当該精神科リエゾンチームが**週に 15 人以内の患者を診療**する場合には、**専任の常勤精神保健福祉士等と**すること ができる。

**自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価・・・・・・・・・・ P224**

- ・精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等が、自殺企図等による入院から 6 か月以内の精神疾患患者に対し、生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言や指導を行う場合を評価

**(新) 救急患者精神科継続支援料**

- |   |        |                    |
|---|--------|--------------------|
| 1 | 入院中の患者 | 435 点（月 1 回）       |
| 2 | 1 以外   | 135 点（6 ヶ月に 6 回まで） |

**[施設基準]**

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る**適切な研修を受けた専任の常勤医師 1 名**及び**適**

切な研修を受けた専任の常勤看護師又は精神保健福祉士等 1 名が適切に配置されている

## 向精神薬の適切な処方の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P226

- ・多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
  - ⇒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
  - ⇒「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、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ものをいう
- ・医学的管理が不十分なまま抗精神病薬又は抗うつ薬が多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・在宅精神療法等の評価を引き下げ

### 【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、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 100 分の 50 に相当する点数により算定 する。

- ・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、その報告範囲を各年 6 月のみから通年に拡大

## 専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P231

- ・特定機能病院や児童・思春期精神科の専門的な外来診療を提供している保険医療機関が行う、20 歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法について、より手厚い評価を新設

### (新) 児童思春期精神科専門管理加算 1 500 点(1 回につき)

⇒16 歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

### (新) 児童思春期精神科専門管理加算 2 1,200 点(初診から 3 ヶ月以内に 1 回)

⇒20 歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての 専門的な評価を含む 60 分以上の精神療法を行った場合の評価

## 薬物依存症に対する集団療法の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P233

- ・医師、看護師等が、薬物依存症の患者に対し、認知行動療法の考え方をを用いて、標準化された方法で集団療法を実施した場合の評価を新設

### (新) 依存症集団療法 340 点(1 回につき)(6 ヶ月間に限る)

#### 【算定要件】

- ① 人員配置基準・・・・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  
(研修要件あり)

対象患者・・・・薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合  
標準算定期間・・・・6 月以内に限り、週 1 回を限度、

医学的に必要な場合は、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

- ② 1 回に 20 人を限度とし、90 分以上実施した場合に算定  
【施設基準】あり

**医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P234**

- ・ 認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減する観点

**【認知療法・認知行動療法】**

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている

精神保健指定医による場合 500 点

- 2 1 以外の医師による場合 420 点

- 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている

精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合 350 点

⇒人員要件あり・・・治療にかかる面接の一部を専任の看護師が実施

研修要件あり・・・「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠した

プログラム（2 日以上適切な研修を修了）

厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」

**精神病床における二類感染症管理の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P236**

- ・ 結核等の二類感染症患者の受入れや療養環境の確保について評価

⇒難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）

精神科病棟、特定機能病院入院基本料（精神科棟）

**Ⅲ-4 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について**

**難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P238**

- ・ 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、同様に評価を行う。

⇒療養病棟入院基本料における医療区分 2 の対象患者の見直し

難病外来指導管理料における対象患者の見直し

在宅寝たきり患者処置指導管理料に規定する「これに準ずる状態にあるもの」の対象患者の見直し

人工腎臓透析困難者等加算における対象患者の見直し

**小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P240**

- ・ 小児科療養指導料の対象疾患に、小児慢性特定疾病に指定されている疾患を加えるとともに、包括範囲の整理及び評価の充実を図る

**【小児科療養指導料】 小児科療養指導料 270 点**

**[対象疾患]**

脳性麻痺、先天性心疾患、(中略)、血友病、血小板減少性紫斑病及び**小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病**である。

[包括範囲]

- ① 特定疾患療養管理料
- ② てんかん指導料
- ③ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ④ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ⑤ **難病外来指導管理料**

**指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価** . . . . . P241

・ 遺伝学的検査の対象疾患に、診断に当たって遺伝学的検査の結果が必須とされている指定難病 35 疾患を追加し、整理する

⇒原則 1 回実施、2 回実施の場合はレセプトに理由を記載

**Ⅲ-5 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について**

**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** . . . . . P245

・ 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管理材料加算など、在宅医療の導入に係る項目を退院月にも算定できることとする

⇒包括範囲の見直し . . . 在宅療養指導管理料・薬剤料・特定保険医療材料除外へ

**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** . . . . . P246

・ 高度急性期を担う保険医療機関等から、重症な新生児等を受け入れており、重症児の受入れ体制が充実している保険医療機関に対する評価を新設

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保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者をもつばら対象とする 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 m<sup>2</sup>のプレイルームがあること。(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、転院前の保険医療機関において 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 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。)

**医療型短期入所サービス中の処置等の評価** . . . . . P248

・ 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

[対象処置等]

- ① 経皮的動脈血酸素飽和度測定
- ② 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定



- ③ 中心静脈注射
- ④ 植込み型カテーテルによる中心静脈注射
- 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 留置カテーテル設置
- ⑪ 導尿
- ⑫ 介達牽引
- ⑬ 矯正固定
- ⑭ 変形機械矯正術
- 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

#### 小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の対象年齢の延長・・・P250

- ・長期にわたって小児科での診療を要する患者について、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算定対象年齢を延長

⇒ 算定対象年齢を 15 歳未満から 20 歳未満に引き上げ

#### 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・・・・・・・・・・P251

- ・出生体重が 1,500g 以上の新生児であっても、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

[対象疾患]

先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、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、ヒルシュスプルング病、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かぎる)

- ・小児特定集中治療室管理料の算定限度日数を延長

⇒15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、

14日(急性血液浄化(腹膜透析は含まない。)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・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては35日)を限度

**精神疾患合併妊娠の管理の評価** . . . . . P253

- ・精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、精神疾患を合併した妊娠及び分娩の管理に対する評価を行う

**救急患者の受入れ体制の充実** . . . . . P254

- ・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
- ・夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実する . . . **【夜間休日救急搬送医学管理料：600点】**  
⇒土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能

**救急医療管理加算1（900点）の対象患者の拡大** . . . . . P256

- ・**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法が必要なもの**を加算1の対象（ケ 緊急手術を必要とする状態）に加えるとともに評価をより充実し、加算2（300点）の評価を適正化

**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** . . . . . P258

- ・小児医療のさらなる充実を図る  
⇒新生児加算（80/100）、乳幼児加算（50/100）、幼児加算（30/100）及び小児加算（20/100）等について、加算の引き上げ  
生体検査料の通則、画像診断・処置料の一部及び放射線治療の通則等に規定

**Ⅲ-6 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進について  
口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実** . . . P260

- ・歯科医療の充実を図る観点  
⇒歯科外来診療環境体制加算（初診：25点、再診：5点）  
現行の歯科治療総合医療管理料を、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）  
（新）歯科治療総合医療管理料（Ⅱ） 45点（1日につき）  
糖尿病を有する患者の歯周病治療において、歯周組織の炎症の改善を図り、歯周基本治療をより効果的に行う観点から、歯周基本治療に先行して局所抗菌剤の投与が可能となるように  
（新）フッ化物歯面塗布処置 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 120点（1口腔につき）  
⇒歯周疾患処置の算定要件の見直し  
フッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合）  
歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する管理である歯周病安定期治療の算定要件の見直し
- ・各ライフステージの口腔機能の変化  
【舌圧検査】 140点（新）  
[算定要件]  
舌接触補助床を算定した患者に対して、舌圧測定を行った場合に月2回を限度として算定

⇒口唇口蓋裂患者に対するホッツ床等の口腔内装置の装着を行った患者に対して、当該装置に係る調整及び指導等を実施した場合の評価

・ 歯科固有の技術の評価

⇒歯の根管の数や形態を正確に把握した上で根管治療を実施した場合の評価を行うとともに、加圧根管充填の評価の拡充

⇒歯科疾患管理料を含む医学管理等において、文書提供等の要件を見直し、文書提供を行った場合を評価

⇒抜歯手術について、抜歯部位に応じた評価となるように難抜歯の評価の見直し

⇒補綴時診断料及び平行測定検査について、臨床の実態に即した評価となるように見直し

⇒義歯新製から6ヶ月以内に実施する有床義歯内面適合法について、有床義歯修理の評価と整合性を図るとともに、軟質材料を用いた場合を評価

⇒歯科用アマルガム等、歯科医療技術の進歩に伴い実施頻度が減少している技術や新たな材料の普及により使用頻度が減少している特定保険医療材料について、廃止を含めて見直し

⇒その他、診断、口腔機能を維持・向上等に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討や現場の実態を踏まえつつ、適切な評価を行うとともに、一部の項目について評価体系等を見直す

① 診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術

② 補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術

③ その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

Ⅲ-7 かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について

患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P282

・ かかりつけ薬剤師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・「I-3-1-⑤」を参照・・・・・・P89

⇒処方医師と連携して、服薬指導等を行うことに対し評価

薬局における対人業務の評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P283

【薬剤服用歴管理指導料】

1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点

2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点

⇒業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるため

ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる 保険薬局は除く

⇒お薬手帳・・・電子版の手帳でもよい

⇒医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価する

⇒調剤後における継続的な薬学的管理を推進する

・ 電子版お薬手帳について定義

⇒医療従事者が患者の保有する機器（スマートフォン等）を直接受け取ることなく手帳情報の閲覧等ができる仕組みを有していること

### 【重複投薬・相互作用等防止加算】

- 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、**処方に変更が行われた場合は30点を所定点数に加算**する
- ⇒薬剤服用歴に基づき過去の副作用歴やアレルギー歴を有することから処方医に対して疑義照会を実施して処方変更となった場合等についても当該加算を算定可能
- ・調剤後における継続的な薬学的管理を推進・・・**外来服薬支援料**見直し
    - ⇒患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合の取組も算定可能とする。
    - 患者の来局時のほか、保険薬剤師が患家を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定可能とする
  - ・医師の指示に伴う分割調剤の実施
    - ⇒患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合**
    - ⇒処方医は、**処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載**する
    - ⇒分割調剤を行った薬局は、**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供**を行う
  - ・**服薬情報等提供料（20点）**及び長期投薬情報提供料について
    - ⇒【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】
    - イ 14日分以下の場合
      - (1)7日目以下の部分（1日分につき） 5点
      - (2)8日目以上の部分（1日分につき） 4点
    - ロ 15日分以上 21日分以下の場合 70点
    - ハ 22日分以上 30日分以下の場合 80点
    - ニ 31日分以上の場合 87点
  - ・かりつけ薬剤師の業務・・・これらの点数に係る業務を行うことが前提
  - かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、
  - かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこと
  - ・対物業務から対人業務への構造的な転換を進める
    - ⇒内服薬の調剤料及び一包化加算について見直す
    - ⇒特定薬剤管理指導加算及び乳幼児指導管理加算の評価を見直す
    - ⇒在宅薬剤管理指導業務の推進・・・個別改定項目について「I-4-⑮」を参照・・・P154

### Ⅲ-8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について

質の高い臨床検査の適正な評価・・P294

**（新）悪性腫瘍遺伝子検査 又 RAS 遺伝子検査 2,500点**

**（新）国際標準検査管理加算 40点**

[施設基準]

- (1) 検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)に係る届出を行っている施設であること
- (2) 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること

新規の体外診断用医薬品について技術料を新設する等、質の高い臨床検査の適正な評価を進める

## 放射線撮影等の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P296

- ・ 64 列以上のマルチスライス型 CT 及び 3 テスラ以上の MRI といった高機能の診断装置  
⇒適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価

### CT 撮影

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)

### 【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

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)

- ・ ポジトロン断層撮影の施設共同利用率の要件の厳格化

⇒現在の共同利用の状況を鑑み、さらなる共同利用の推進を図る観点から要件の見直し  
[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し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、当該要件を満たしているものとする

## 放射線治療に係る特定保険医療材料の算定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P298

- ・ 放射線治療に第 2 節特定保険医療材料の節を新設

⇒特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数

注) 使用した特定保険医療材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し・・・・・・・・・・・・・・・・ P299

- ・ 保険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

⇒常勤の検査技師の配置要件の見直し及び診療情報提供の義務化

情報提供の際には、は標本作製をした場所を 明記していること

- ・ 保険医療機関間の連携による病理診断料を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保険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・・・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 年以上有すること

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

## 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・・・・・・・・・・・・・・・・ P301

- ・ 経口摂取回復率の要件について厳格化

⇒施設における嚥下機能評価の体制（全患者へのカンファレンスの実施）や、嚥下機能の維持・向上に対する取組についても新たに評価する

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なる項目を新たに追加

**手術等医療技術の適切な評価**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P305

- ・ C2 区分で保険適用された新規医療材料等について、適切な評価を行う

⇒ (技術の例) 小児補助人工心臓 (1 日につき)

|                |          |
|----------------|----------|
| 1 初日           | 63,150 点 |
| 2 2 日以降 30 日まで | 8,680 点  |
| 3 31 日目以降      | 7,680 点  |

- ・ 外科的手術の適正な評価を行うため

⇒ 外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化

- ・ 医療技術の評価及び再評価

⇒ 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

**[評価・再評価を行う技術の例]**

- (1) 経皮酸素ガス分圧連続測定 (資料 2)
- (2) 関節鏡下股関節唇縫合術
- (3) 内視鏡下鼻中隔手術
- (4) 無菌製剤処理料 1 の評価の見直し
- (5) 発達障害の要支援度評価尺度
- (6) 鼻腔・咽頭拭い液採取料
- (7) 血漿交換療法の対象疾患拡大
- (8) 腹腔鏡下腓体尾部切除術の対象拡大

**[廃止を行う技術の例]**

- (1) 気管支鏡検査、気管支カメラ
- (2) 膠質反応 (ZTT)

- ・ 先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、医療技術の保険導入を行う

**[優先的に保険適用すべきとされた医療技術]**

- (1) 凍結保存同種組織を用いた外科治療
- (2) 陽子線治療
- (3) 重粒子線治療
- (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
- (5) RET 遺伝子診断
- (6) 実物大立体臓器モデルによる手術支援
- (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
- (8) 網膜芽細胞腫の遺伝子診断
- (9) 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- (10) 硬膜外自家血注入療法
- (11) 食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
- (12) 内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術

(13) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術

**新規医療技術の保険導入等(歯科) . . . . . P311**

- ・医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う
- ・ **レジン前装金属冠の小臼歯への適応範囲の拡大(ブリッジの支台歯に限る) 1174点**  
⇒レジン前装金属冠 小臼歯 (ブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限る) . . . (新設)
- ・ 歯冠補綴物の色調採得に関する評価  
⇒ **歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき) 10点** . . . (新設)
- ・ ファイバーポスト導入に伴う技術  
⇒支台築造(1歯につき) 1間接法の新たな評価
- ・ 広範囲顎骨支持型装置の適応範囲の拡大  
⇒算定要件の追加 . . . 唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること、唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること、など
- ・ 診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術 . . . 算定要件の見直し
- ・ 補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術 . . . 算定要件の見直し
- ・ その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術  
⇒関節腔洗浄療法を併用した場合の新設

**先進医療技術の保険導入(歯科) . . . . . P316**

- ・医療の高度化等に対応する観点から、先進医療会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う
- ⇒ **(新) 有床義歯咀嚼機能検査(1口腔につき)**
  - 1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合(1回につき) 480点
  - 2 咀嚼能力測定のみを行う場合(1回につき) 100点

**医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大 . . . . . P321**

- ・医師主導治験については、同種同効薬に係る費用についても保険外併用療養費の支給対象とする

**Ⅲ-9 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について**

**DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の見直し . . . . . P322**

- ・診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる
- ・調整係数について  
⇒改定も含め2回の改定を目途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への置換えを進める
- ・機能評価係数Ⅰについて  
⇒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

- ・機能評価係数Ⅱについて
  - ⇒現行の7項目に新たに「重症度係数」を追加した8項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価
- ・算定ルール等について
  - ⇒請求の仕組みを精緻化・簡素化の観点から必要な見直しを行う
- ・DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）について
  - ⇒検討に資する調査項目となるよう、簡素化を含めた必要な見直しを行う
- ・具体的な内容
  - ⇒入院基本料等の見直し等の反映
  - ⇒各医療機関別係数の見直しに係る対応
  - ⇒調整係数の見直しに係る対応

<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>