

協会だより

一般社団法人
福岡県医療法人協会

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県医師会館内
TEL(092)431-4845(代表)



シーサイドももち (提供: 福岡市)

第 63 号
October
2016

協会だより

第 63 号

October
2016

目次

1

役員より

9

シリーズ特集 平成28年度一般社団法人福岡県医療法人協会総会

1. 会長挨拶

2. 特別講演

「今回の診療報酬改定を振り返って」

～民間病院の生き残りのために～

厚生労働省保険局医療課企画官 眞鍋 馨 氏

課題山積の中で

◆会長

鬼塚 俊一



昨年、大塚会長の後を継いで会長に就任して以来、力不足と勉強不足を強く感じる一年でした。今は、リオ五輪や高校野球の選手の活躍に励まされながらこの原稿を書いていきます。

昨年、医療法の一部が改正されました。

- (1) 地域医療連携推進法人制度の創設
- (2) 医療法人制度の見直し

(1)に関しては、これまで地域医療を担ってきた医療機関が益々その役割を果たし、発展に寄与する制度として活用されることを願うと共に、その運用に於いて齟齬がないように見守って行きたいと思えます。

(2)では、医療法人の経営の透明性の確保とガバナンスの強化が要求され、また医療法人の分割が認められることになりました。

また、昨年10月にスタートしたばかりの医療事故調査制度の見直しが行われました。この制度が、医療機関に過度の負担をかけることなく、医療の安全をもたらし、安心と、信頼を確立する制度として進化することを期待

いたします。

身近なところでは、年末までに地域医療構想が策定され、地域包括ケアシステムの構築と共に、医療・介護の一体改革が急ピッチで進められます。

一方、永年の懸案だった控除対象外消費税問題は、医療関係団体の2017年度の改正要望が、非課税還付で了承され、解決へ向けて一歩前進したように思われます。

これらの問題が山積する中、役員・会員の皆様のご協力、ご支援を頂きながら、非力ではありますが努めて参りますので、宜しくお願ひ致します。

地域医療連携推進 法人の行方

◆副会長

合原正二



病院や診療所などの経営母体は大きく分けて国立、公立など税立のものと公的なもの多額の納税をし、過酷な相続税、贈与税などを払わされている私的なものに分類され、約30近い異なった経営母体がある。全国の病院の67%、診療所の38%、歯科診療所の17%を開設しているのは医療法人である。(平成25年10月1日現在) このように全く経営母体、経営理念が異なり、地域によっては株式会社 of 病院も存在する中で、地域医療推進法人として一つの法人にしようなど、乱暴で雑な発想ではないだろうか。非営利ホールディングカンパニー型法人制度などを提唱し、株の発行も可能として、医療法人は非営利の原則と矛盾する株式会社発想だと非難されてか、地域医療連携推進法人などと名前を変えて提言された。モデルケースとして岡山県内の病院を岡山大学中心のOUMC (Okayama University Medical Center 略) の設立が準備され、その代表理事になる可能性が高い人が「OUMC不参加なら倒産の危機」と発言しています。しかし、結局新専門医制度

と同じような大学医局の復活への大学人の執念だとも思えます。しかも岡山大学病院、市民病院、日赤病院、済生会病院、労災病院と経営母体は税立や無税の病院群です。岡山は特殊なのかもしれないが、福岡県など株式会社病院や持分あり医療法人立病院の多い地域ではとても考えられない。第5次医療法改正で持分のある医療法人の設立は認められず、全て持分なしの医療法人しか認可されなくなった。第6次医療法改正で、現在ある持分のある医療法人の持分なし医療法人への移行促進策が創設された。そして今進行している地域医療構想策定も地域医療連携推進法人の考え方も同時進行であるなら、地域医療構想調整会議の中に、それらを含めるべきではなからうか。いずれにしても医療法人病院には官僚支配による国家管理が浮き彫りになりつつある。保険診療であるならば、人口構成からも医療費の財源は年々厳しくなり、医療は国家管理になり病院倒産が頻発するであろうから、経済的には公務員以下にして(現在既にその通りだが)(新聞にはそのような論調

の記事がある) しかも公務員のような身分保証はなく、自由開業制度はなくなるかもしれない。それが嫌なら自由診療、株式会社経営にしたかどうかというのでしょうか? 病院が保険診療しながら株式会社として利潤追求し株の配当をすることが妥当なのか? 株式会社病院は、少なくとも生活保護医療費や高額医療費制度を適用するのは問題ではかという議論が起きてこないのがおかしい。日本医師会が中心となって「かかりつけ医」を推進しているが、イギリスの「登録医制度」にすり替えられないだろうか? 持分あり医療法人では、個人の財産を担保に取られ、理事長個人が多額の借金の保証人になっているが、その借金の部分は、どこまでも理事長個人についでくるから、税立で個人に責任が及ばない法人とが一つになる地域医療連携推進法人など現実離れした絵に描いた餅としか思えない。

地域医療構想について

◆理事

牟田和男



視点からの提言も可能ではないかと考える。

昨年から始まった都道府県での地域医療構想の策定も2年目に入り、今年末までには全国の全ての医療圏で将来の必要病床数と施策を厚労省に報告、来年度には全体の地域医療構想が決定されることになっていることは周知のことである。これらは全て、2年後の医療と福祉の一体改革のための準備の一環であり、本邦の高齢化、人口減少の現況から已む負えない側面があることは理解できる。しかし、九州各県の予測される必要病床数の減少幅は極めて大きく、福岡県に於いても約1割減、13医療圏中11の医療圏で減少、特に有明、田川では3割近い著減となっている。

これは地域での雇用確保の役割も果たしている私立病院、有床診療所の経営に直結する重大事であるだけでなく、地域社会の存続の必須要件である医療サービスの衰退はその地域の居住者のさらなる減少、ひいては地域のコミュニティーの崩壊にも結びつく。

各地の地域医療構想の策定及び調整の両会議に委員を派出している本会は、地域社会の一員として健全な地域社会の運営を存続する

本当にこのままで良いのか？

―医療大改革は国民の知らぬところで静かに進行中―

◆理事

三野原 義光



皆様もご承知のとおり、現在、医療は国民皆保険制度始まって以来の大改革期を迎えている。

しかし、この改革は医療関係者除き、多くの国民が知らぬ所で静かに進んでおり、本当にこんな大変なことを医師や医療を担う者や役人だけで決めてしまつて良いものか、と甚だ疑問に思う今日この頃である。

病床機能報告制度によつて始まつた病院の再編が終わると、突然自分の町にある病院の機能が知らぬ間に変つており、急患は隣町にいかなければならぬ、というケースも起こり得るであろう。その時、「なんて医療従事者は傲慢なんだ？」「勝手にこんなことをして！」と国民から罵倒されるに違いない。我々として国がトップダウンで行うことに従つているに過ぎないが、最前線の現場では医療従事者が責められる、というミスリードが行われることは想像に難くない。

さて、話を私の専門の精神科医療に向けてみる。

精神科医療ではまだ病床機能報告制度は始

まつていない。国はロードマップを持つていようだが、まだ具体的に各医療機関が動く段階にはない。当然ドラスティクな改革が行われ、諸外国と比較して病床が多いと言われる精神科病床の削減計画が示されるであろう。

そもそも、日本の精神科医療は福祉機能も内包しており、諸外国との単純比較はできないが、病床削減のためにはあらゆるプロパガンダが利用されることであろう。

そのような精神科医療改革夜明け前に起こつた、神奈川県障害者施設での19人の殺人事件に目をむけてみる。私はこの事件が大きく報道されるなかで、世間一般の注目はどこに集まるのが気になつた。失われた19人の尊い命には心より冥福を祈りたい。そして、その死を無駄にせず同じような事が繰り返されないように考える必要があると思う。個人の意見としては、精神科病院は社会の安全装置になるべきではないと考えている。やつと獲得した地域との信頼関係や偏見を打破するための方策が、たった一握りの者が起こし

た事件により水の泡と化するのとは何ともやるせない思ひだ。

現在厚労省が非公開で調査中ではあるが、後出しジャンケンで精神科医療を批判するのは非常にアンフェアである。社会防衛機能は国家が責任をもつて取り組むべき問題であり、我々医療従事者はあくまで協力を留めるべきと考える。今回の悲惨な事件が繰り返されないように心して対策に取り組んでもらいたい。

忘己利他

◆理事

佐田正之



2016年8月7日、マイアミマーリンズのイチロー選手がメジャーリーグ通算3千本安打を達成しました。イチロー選手といえは、コメント力にも素晴らしいものがあり、「小さいことを重ねるのがとんでもないところへ行くただひとつの道だと思っています」とか「壁というのは、できる人にしかやっこない。超えられる可能性がある人にしかやっこない。だから、壁があるときはチャンスだと思っっている」といったコメントはご存じの方も多いのではないしょうか。

3千本安打を達成した試合後の記者会見でも、達成した感想を訊かれて「3千という数字よりも、僕が何かをすることで、僕以外の人たちが喜んでくれることが、今の僕にとって、何よりも大事なことだと再認識した瞬間でした」と素晴らしいコメントを残しています。

このコメントを読んで、自分が手術した患者さんやその家族から「ありがとうございました」とか「おかげさまですっかり良くなりました」と喜んでもらえることが、確かに一

番嬉しくて大切なことだと、私も再確認した次第です。
民間中小病院を取り巻く医療環境は厳しく、経営者としては頭の痛い日々が続きます。見通しは決して明るくありません。イチローのようにたくさんの人に夢や希望を与えるようなすごいことができるわけでないですが、職員がそれぞれの立場で自分の職責を地道に真摯に果たすことで、患者さんに喜んでもらえる病院になる努力を続けられれば、何とか生き残ることができるだろうかと日本のメダラッシュに沸くりオオリンピックを観ながら考えています。

地域加算を考える

◆監事

下河辺 正行



日本の医療は、世界に冠たる国民皆保険で、平均寿命、新生児死亡率など多くの指標で世界ランキングではトップレベルにある。日本医師会もその経済的にも割安で、質のいい医療を死守しようと国民皆保険制度の維持を最優先に掲げているが、混合診療問題や高額薬剤費もあり、今後は厳しいものになると思われる。皆保険制度を維持できたのは、色々理由があると思うが、診療報酬に関しては一物一価で日本国中、同じ内容の医療行為を行うと、日本国中同じ診療報酬、同じ自己負担で医療を受けられると思われていたからだろう。年齢などによる負担率の割合や、特定療養費など施設基準や加算によっていろいろな価格設定がされており、同一料金でないところもある。それはそれでいいのだが、私が一番気になるのは、診療報酬の中で、当然一律であるべきものがそうでないところにある。それが地域加算である。金額も少ないので、問題に感じているのは自分ひとりかもしれないが、気になるので、あくまでも私見になりますが、述べさせてもらいます。

地域加算とは、診療報酬ばかりではなく介護報酬でも算定されており、医療介護の制度の中では我々に影響を与えるものである。その制度は、地域によって平等ではなく差がある加算制度である。

診療報酬では、1級地から7級地まで分かれているが、額は少ないかもしれないが、18点から3点に別れている。福岡県と同じ県の中でも、福岡市と北九州市では違うし、同じ2次医療圏でも隣り合う市町村でも違う可能性がある。

その基準になっているのが昭和25年に制定された、一般職の職員の給与に関する法律である。これは公務員の給与を目的にした制度ではないかと思われる。居住地の物価にスライドさせて、生活を支援するためにできたものであろう。

診療報酬に関連したものは、他に離島加算などもあるが、これは理にかなった制度のようにも思われる。診療報酬との関係は不明だが、僻地手当、寒冷地手当は以前もなかったことがある。それは医療機関の手出しになっ

ていたのかもしれない。

今、この地域加算を考えたとき、昔からある公務員の優遇制度の発想で決められているようで、それが官民格差を増長するシステムのような気がしてならない。そして、その線上に人口の極集中や偏在がおこり、地域が壊れているようで心配だ。臨床研修医の極集中や、他の医療関係者の集中や偏在にも拍車をかけているように感じています。

官民格差を考えたとき、私的医療機関が地域の救急の半分以上を見て、地域を支えています。その我々は赤字傾向で運営に四苦八苦しています。公的な病院は、税金などで補てんを受けながら、赤字が出ても楽々と運営できている。同じように、都会と地方の医療機関の関係で見たとき、地方の医療機関は、地域加算などで収入的に恩恵が少ないうえに、医師などを雇用する時、人が集まらず割高な人件費を払っている。多くのところは運営するだけで汲々としている。都会の医療機関は、少ない点数だが地域加算で収入にも恵まれ、人件費的にも無理をしなくてもスタッフが集

まりやすい。そして将来に対する投資も可能になる。地方の民間病院を考えたとき、頑張る医療機関が報われない世の中にどんどん変わってきているようで、何か矛盾を感じている。そして福岡県でも、人口や医療機関の偏在や過疎化が生まれはじめ、今のままでは近い将来、偏在はより顕著になると思われます。

何か小さな所から、お互いが身を削ることになるかもしれないが、変えていかなければならない。今のような公務員の発想では無理だ。変えられるところから変えなければ、地域格差や偏在はなくならないのではと思っている。今進められている地域医療計画を考えると、一極集中や偏在は今後どんどん進んでいくように感じている。

一極集中や偏在を考えると、私見ですが、地域加算の問題・研修医の定員枠など、出来るところから見直しを考える必要があるのではと考えています。

事業承継対策について

◆監事

篠原

俊



医療法の改正や診療報酬の改訂など制度面での改正が相次いでいるなか、私の事務所へのご相談では事業承継に関連する事項も多くなっています。昨年より相続税が改正になり結果として増税となったので関心が高まっているせいもあると思いますが、やはり相続対策がその中でも重要な課題となっています。

その対策に対しお答えする前に、相続・事業承継にあつて私は次の5つの事項を併せ考える必要性を伝えるようにしています。それは①財産の分割対策、②相続税対策、③相続時資金対策、④健全経営の承継、⑤家風の承継です。

これらの5項目はそれぞれ独立しているのではなく相互に関係してきますので、それぞれで立てた計画が他の項目ともうまく調和するようにはなくてはいけないと考えています。したがつて相続税対策のために立てた計画が財産の分割承継にも調和し、また相続後の健全経営や生活にも問題なく貢献し、更に他の項目にも抵触しないことが大事です。

全体計画を評価する際にそれぞれの項目を軸として評価を行い、結果としてそれぞれが合格点を得ると綺麗な五角形が出来る事から、私はこれを「ペンタゴン対策」と呼んでいます。

ところで相続・事業承継を考える場合に相続税対策として問題となるのが持分あり医療法人の出資金の評価となります。この対策としてはこのまま持分あり法人を続けるのか、持分なし法人へ移行するのかわという大きな決断が必要になります。厚生労働省の平成28年3月時点での持分あり医療法人（経過措置医療法人）数は40,601法人（全体数51,958法人）であり最も多かった平成20年の43,638法人（全体数45,078法人）に較べると3,037法人減少しています。

出資持分あり法人の継続を選択する場合には、出資金の評価減や出資持分の生前贈与などの対策を考えることになります。

持分なし法人への移行を選択する場合には社会医療法人、一般の持分なし法人又は基金

拠出型法人、あるいは最近ではあまり利用されていませんが特定医療法人のいずれを選択するかをそれぞれの制度的特徴と税制上の取扱を理解したうえで進めることになります。

なお平成29年9月までは相続が発生した後も厚生労働省より移行計画の認定を受ければ認定医療法人として相続税が猶予され持分なしへ移行後は免除される制度がありますので利用を検討することが出来ます。

それぞれの法人の状況によって選択すべき法人の類型や対策が異なつてきますので当然ながら十分な検討が必要です。

特 別 講 演

**「今回の診療報酬改定を振り返って」
～民間病院の生き残りのために～**

平成28年5月28日(土)

○杉専務理事 時間となりましたので、一般社団法人福岡県医療法人協会、そして日本医療法人協会福岡県支部の平成28年度総会におきます特別講演会を始めさせていただきます。初めに、会長として支部長の鬼塚よりご挨拶を申し上げます。

○鬼塚会長 こんにちは。きょうは、1日雨でお足下の悪い中、医療法人協会の講演会にご出席をいただきまして、ありがとうございます。

医療法人協会は、総会後の特別講演会と、もう一度、秋ぐらいに講演会をさせていただいておりますけれども、その時機に適した適切な内容の研修会をさせていただくように努めてまいります。

きょうは、厚生労働省保険局医療課企画官の眞鍋馨先生を講師としてお招きさせていただきました。皆様も既にご存じで、その結果も、ある程度満足じゃなくてご不満を感じておられるのではないかと思います。医療保険審議会、医療審議会等で基本的な方針が決まって、その後、改定率が決まって、その中で、お一人ということではないのかもしれないけれども、皆さんの意見をしっかりと踏まえ、診療報酬改定を眞鍋先生が主体的に組み立てていくことをされたんだと思います。どのぐらいご自分の考えに沿って今回の診療報酬改定がされたのか、満足のいく結果になったのか、どんな思いを持たれているのかというようなことを私としてはぜひ伺いたい。でき上がったものはもう皆さんご存じな

ものですから。それから、我々民間病院として、それをどういうふうに受けとめるのか。皆さん、しっかりと伺って、後でご質問等をいただけたらありがたいと思っております。それから、我々は、この困難な医療環境の中でしっかりと生き残っていかなければなりませんので、それに対する何かアドバイスをいただけたら非常に幸いに存じます。

きょうは、副会長の合原先生に座長を務めていただきますので、日ごろなかなか聞けない本音のお話をぜひ眞鍋先生にしていただきたいと思っております。私がいろいろとお世話になっております、以前もこちらのほうに来ていただいた、随分前になりますけれども、7対1を導入して、その後、ご本人も、あれはまずかつたんじやないかとかいうようなことで反省されたりしておられるようですけど、あれはあれで私は非常によかったと思っております。その麦谷先生のご紹介をいただいて、きょう眞鍋先生に来ていただきました。どういふところを工夫されたか、それからどういふところを期待したのか、何をやったら我々が生き残っていけるか、お話を伺いたいと思います。

よろしく願います。
○杉専務理事 それでは、早速、講演会に入りたいと思います。座長は、副会長の合原先生にお願いします。

○合原座長 座長を務めさせていただきます副会長をしております合原と申します。どうぞよろしく願います。

それでは、早速、特別講演に入らせていただきますが、「今回の診療報酬改定を振り返って」ということで、副題といたしまして「民間病院の生き残りのために」ということでございますが、今回は厚生労働省保険局医療課企画官の眞鍋馨先生にご講演をいただきます。簡単でございますが、先生のご略歴を説明させていただきますが、先生は、平成7年に東北大学の医学部をご卒業になりまして、すぐ当時の厚生省に入省されまして、平成11年には介護保険制度施行準備室の介護報酬係長、平成14年よりロンドン大学にご留学になつております。それから、平成17年に厚生労働省の保険局医療課課長補佐にご就任になり、平成21年度から厚生労働省の大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官をなさり、平成24年に長野県健康福祉部長に就任されております。そして、平成27年10月より現職の保険局企画官をなさっております。その他、臓器移植対策室とか、環境省特殊疾病対策室などにご勤務になつておられます。今、会長が、るる説明しておりますが、今回の改定に先生が非常に携われまして、ドクターでございますので、いろいろ貴重なご意見が聞けるのではないかと期待しております。

どうぞ先生、よろしく願います。

「今回の診療報酬改定を振り返って」 民間病院の生き残りのために



厚生労働省保険局医療課企画官
眞鍋 馨氏

それでは、始めさせていただきます。

皆さん、こんにちは。私は、ご紹介いただきました保険局医療課で診療報酬を担当しております眞鍋と申します。きょうはお招きいただきまして、ありがとうございます。

先ほど鬼塚会長からご紹介いただきましたとおり、私、今、医療課で企画官をしておるんですけれども、平成18年度改定の話が先ほど出ました。麦谷さんという方が課長をされていたときのお話で、そのことを今、鬼塚会長がおっしゃったんですけれども、実はそのとき、私は課長補佐で同じ医療課におりました、7対1ではなかったんですけれども、DPCと慢性期の診療報酬を担当させていただいておりました。それから、その前の平成12年の介護報酬のときは、ちょうど介護保険制

度が施行されるときには介護保険制度施行準備室で介護報酬係長をしております、いわゆる介護サービスの単位数というものを設定する担当の係長をさせていただいております。介護保険導入のとき、それから第1回目の同時改定——第2回目するとき、私は長野県の部長をさせていただいていたんですけれども、そういうことで、結構報酬には縁の深い役員人生を送らせていただいております。

きょうは、今回の診療報酬改定で実はいろんなところで話させていただいておりますので、もしかしたら私の話をほかのところで聞かれた方がいらっしゃるかもしれません。そうしたら、ちょっと重複してしまうかもしれませんが、その場合ちょっとご容赦いただくとしまして、もう改定が終わって2カ月がた

とうとしております。それぞれ診療報酬改定項目がありますけれども、それぞれ新しいものをつくったり、なくしたり、あるいは増点したり、点を減らしたりということをしておるんですが、それぞれの項目を本当はたくさんやっているんですけれども、そのうちから代表的というか、厚労省の考え方がよく出ているなというもの、それと大事なものの、そういうものを幾つかピックアップしてまいりました。一つ一つの点数自体は、きょうご説明して細かい何点が何点というのは申し上げるつもりはありませんけれども、どういう考えのもとにこういうふうな点数が設定されているか。あとは、その周辺状況とか、それからまた鬼塚会長から最後にありました、最後に、こんなふうに病院運営をお考えいただければ

いいのではないかと、いうふうなことをご説明申し上げたいなと思っております。

お時間を5時半までというふうに伺っております。最後何点かご質問いただけるぐらいの時間で終わらせていただきたいと思いますので、そのような時間配分でいかせていただきたいと思います。

それから、私、よく言われるんですが、早口です。大変申しわけないんですが、ちょっとそこはご容赦いただきたいと思っております。

それから、きょう、スライドを百五、六十枚持つてきています。きょう皆さんにお配りしているものに何枚かスライドを加えています。すみません、お配りできていないんですけども、今回の説明の内容をよりよくご理解いただくために加えたということで、それはスライドの説明の中で適宜補足して説明させていただきますので、そういうことでご容赦いただければと思います。

それでは、早速いかせていただきます。(資料映写)

まず、我が国の医療保険制度、医療制度の概要ということで、このような流れがあるわけですけれども、まず右上に医療提供体制、ここにいわれるプロバイダー、医療サービスの提供者と言われる方々が並んでいるというわけです。それから、左側に患者さんとそれを支える医療保険制度というものを並べて書かせていただいているわけです。これで大体数も入っていますけれども、どの国も右側の医療提供体制というのがある

わけですね。だから、病院、診療所、それから日本であれば訪問看護ステーションとか、ほかにもいろんな医療提供ケアシステムがある。左側は、それをどういうふうなお金で支えるか。我が国は社会保険制度、医療保険制度でやっていますし、例えばイギリスなんかですと、国庫丸抱え、ナショナルヘルスサービスと言われるところで、100%税金で賄う。翻って、一番極端なアメリカは、民間保険制度がありまして、それに低所得者とか障害者に対するメディケア、メディケイドがあつて、オバマさんが、低所得者に対するところは民間の保険にみんな入れるようにしましようというふうなおバマケアの改革を行ったというところであります。

それで、この中で国民医療費の構造というのをご理解いただければというふうに思うんですけれども、一番上に財源別の内訳を書かせていただいているんですが、医療費、医療費と言いますけれども、何でどれだけ支えられているんですかという話です。それで、こちらのスライドで、公費というのが一番上にありますね。公費の下に国庫と書いてあるんですね。そこに25.9%とあります。つまり、40兆円余りの医療費の中で国費は10兆円余りであるということなんです。ですから、医療費40兆円と言ったときには、10兆円は国費である。でも、一番多いのは保険料でありまして、そこに書いてありますとおりで19.5兆円は保険料で納められているものということです。ほかにも自己負担があるということでありま

す。これをもう少しブレイクダウンして、医療、歯科、調剤で分けるとその下になりますし、その後、医療機関の費用構造で見ますと、医療従事者の人件費に使われているものが半分ぐらい、それから医薬品が9兆円ぐらい、そのほか医療材料とかが使われているというふうな構造になっています。

診療報酬改定の流れであります。改定自体はいろんなことがありまして、改定率自体は予算編成過程を通じて内閣が決定するというふうになっていきますけれども、その中でどんなふうに変更をしていくか、基本方針は左下にあります。社会保障審議会、医療保険部会・医療部会というところで基本的な政策の方向性についてご議論いただきまして、基本方針というものを提出していただいて、それをもとに僕らが細かい点数を設定していったというふうな経緯であります。

これは今回の診療報酬改定の流れでありますけれども、右側を見ていただくと、中央社会保険医療協議会というところがありますね。これが診療報酬を決定する審議会なんですけれども、ここで具体的に表に出てくるのは年明けぐらいからですね。最後のスライドのほうに用意させていただいているんですけど、診療報酬改定は2月にほんと出てくるものではないんですね。その前、1年ぐらいかけてずっと議論をされて、いろんなところにいるんな目だしがあつて、いろんな議論をさせていただいて出てきているものであります。実は、1月ぐらいに出す前には、事務方

としてはもつと前から準備をしています。私どもは大体夏に異動するんですけれども、秋ぐらいから細かい改定項目の検討に入ります。その後、調査をさせていただいて、その結果をもとに一連の診療報酬改定項目の案を出すというふうなことであります。具体的に最も忙しくなるのは秋以降ですけれども、左側にあります、内閣、12月下旬に予算編成過程で改定率を決定。その後、28年に入りまして、1月中旬から中医協に対して改定率を示した上で、基本方針に基づいてどのような点数にしていくかと。ただ、1月から検討すると絶対間に合わないで、その1年ぐらい前から個別の診療報酬改定項目自体は検討されている。そういう流れにあるというふうなことでご理解いただければと思います。

そして、これが診療報酬改定率の概要であります。今回は、診療報酬改定で本体プラス0.49という数があります。この0.49というものを獲得できたということがとりあえずよかったかなというふうに思っています。この中で、医科、歯科、調剤はきょうは説明しませんが、薬価の改定がマイナス1.22、材料価格改定がマイナス0.11というふうになっていまして、この構造を説明します。

先ほどのスライドですが、診療報酬本体と、それから医薬品と、それから材料という一番下のものがありますけれども、医薬品のところは9兆円ぐらいあります。その隣には材料費とあるんですが、この医薬品の価格、皆様が現場で卸のほうから医薬品を購入され

ていると思いますけれども、その医薬品の価格を、公定価格でありますけれども、それをどのぐらい下げるか、それから材料をどのぐらい下げるかみたいなことが、この材料価格の改定、薬価改定のことです。入っているわけがあります。ですから、薬価改定が、例えば今回マイナス1.22だったんですけれども、これで1,000億円ちよつとの金額が財源としては出ている計算になります。それで、全体としてはこれでマイナス改定であることは間違いないんですが、薬価改定と材料価格改定は、2年間の間に、市場実勢価格で、いわゆる購買力で薬価が下がっていきます。例えば、年初100円だった薬価が2年たつと95円とかになっていくわけですね。そこは、私どもとしては、実際の価格が下がっているのであれば保険から償還する価格も下げさせていただきますという形で、こういう形で毎回改定ごとに薬価と材料は市場実勢価格に合わせて少し下がっているということでありまして、それを財源に今回本当は本体につけかえなかったんですけれども、そこまで十分つけかえられなかったところではありますが、何とか本体のプラス0.49というところまで確保できたかなというふうに思っているところであります。

それで、この後、何枚か皆さんにお配りしていないスライドを入れてあります。ここに書かせていただいているのは、去年の骨太の方針です。ことしの骨太の方針もいろいろ医療制度について書いてあります。内閣府の

ホームページに出ていますので、ぜひそれをごらんいただければと思うんですが、これは去年の骨太の方針ですが、医療についてかなり書き込まれる傾向が強くなってきています。それで、ことしの骨太にはかなりいろんな表現が入っています。例えば、医師の適正配置について実効性のある措置をとりましようとか、かなり踏み込んだ表現が入るようになってきています。これは去年のですけれども、まず社会保障費ですけれども、15兆円程度過去3年間伸びたので、その基調を2018年度まで継続していくことを目安とすると書いてあるんです。これが私どもが非常に苦しんだ内容です。社会保障費の伸びを3年間で1兆5,000億円にとどめますよということでありました。

ところが、私どもは、今年度の社会保障の伸びで要求していた額は6,700億円です。6,700億円を自然増ですと僕は思っていたんです。ところが、政府全体の方針で15兆円にとどめなさいと。つまり、1年で割ると5,000億円なんです。0.5兆円、つまり5,000億円にとどめなさいということ、我々も非常に厳しい交渉をするわけですが、びた一文負けないという話でしたので、何とか5,000億円にとどめなさいいけないということですね。社会保障全体ですべて入ってくるんですね。ただ、6,700億円と5,000億円の差、1,700億円なんですけれども、これが足りないということ

です。この1,700億円をどこで捻出するかということが僕らは非常につらかったところですよ。その上で申し上げますと、この1,700億円という額は40兆円に比べるとそんなに大したことじゃないんじゃないかと、いうふうに思い浮かべるかもしれません、これは国費ベースですので、先ほどご説明したように、医療費はこれの4倍です。つまり、1,700億円掛けるその4倍分、医療費をどこかで効率化してくださいねというふうなことです。

ところが、もうちょっと言葉を足さなきゃいけないんですけど、社会保障は先ほど申し上げたように年金、医療、介護とあります。この1,700億円の不足米をどこで出すか。今回は診療報酬で出さざるを得なかったんですね。というのは、大きな制度改革が診療報酬しかなかったからです。平成30年度は診療報酬と介護報酬が一緒ですね。私が本当に恐れているのは来年度です。来年度は大きな制度改革が余りない年なんです。1,700億円と国費でいうと結構大きい額で、小さい官庁の年間の予算に匹敵します。例えば、ご紹介いただきました環境省ですけれど、平成18年度の診療報酬改定をやって私は環境省に向いたんですが、そのときの環境省の予算は2,200億円程度です。ですから、1つの小さい官庁の予算は軽く超えるぐらいの、そのぐらいのインパクトがあるものであります。そうすると、この額を出すというと、何十兆円という額を動かしている制度

をさわるしかないんですね。

その1,700億円をどう捻出するかというところがすごく大変で、これが先ほどのスライドに戻るわけですが、薬価で大体1,300億円ぐらい出たんです。材料でもうちよつと足しが出て、ちよつと私の予想より多かったのよかったです。ただ、1,700億円とその差の不足米分を全部埋めるまでにはいかなかったわけですね。そうすると、そのまま放っておくと診療報酬本体に手をつけなければいけなくなるんです。これを何とか我々としては避けたいというふうに思っています。私も、平成18年度の診療報酬改定をいたしまして、あのときは史上最大のマイナス改定でありました。その前もたしかマイナス改定だったと思いますけれども、やはりマイナス改定をやる現場が荒れるんですね。それは十分私どももわかりますので、何とか本体はプラスに持っていきたいということで、この下に4行ですごく細かい字で書いてありますが、こういうことでそれぞれで積み上げて、積み上げて、積み上げて、不足米の400億円を何とか何とか超えて、なおかつこれだけのプラスに持っていきたいというふうな作業をしたというのが年末であります。私もずっと年末、この改定率の作業に携わってましたけれども、今回、本体改定がプラスになったというのは、医療団体の力というのが非常に大きかったというふうに思います。

それから、アベノミクスを今やっています

ので、先ほどのスライドをごらんいただきますと、半分は人権費なんです。アベノミクスは人権費を上げると。つまり、給与を上げるというふうに言っています。給与の原資なんです。つまり、本体改定部分というのは給与の原資なんです。これを切り込むということはアベノミクスに逆行するでしょうというふうな主張をいろんなところでやっていたいただきましたし、我々もやりました。

ただ、役所の間の力関係です。どうしても財政が強いですけれども、やはりそれは医師会会長あるいは医療法人協会の会長を初めとする皆さん方のいろんな努力があつて、やはり本体はプラスにするべきじゃないかというふうな雰囲気がつくられてきたというのが年末だったというふうに思っております。

そういうことで、いろんな方々のご努力をいただきました。本体のプラス0.49が獲得できたかなと。我々も、こうやって刻んで、刻んで、刻んで、1つ数十億とか100億とか、こういうのはあるんですけども、これだけで医療費ベースでいうと大体2,004億円でちよつとのプラスになつていないはずであります。それぐらいのインパクトの数が今回は獲得できたかなということでもあります。

それで、これがそのもとなつた骨太の方針です。今、2016を議論していて、6月だと思いますが、決まりますので、今回またかなりいろんなことを書き込んでいます。地域医療構想のこととか、それから医療計画のこととか、それから今回踏み込んだ表現になつ

ているのは人の確保のところですね。医療資源の適正配置の中で実効性のある配置をしていくというふうな書き込みがなされていて、それがどんなふうな形に出てくるかということとは、そういうことで検討が進むんですよということをご理解いただければというふうに思います。

これが過去の診療報酬改定でありますけれども、先ほど申し上げた平成18年はここですね。それから、その前の前の改定がマイナスだったんですね。何とか本体はこの2回の改定を除いてはプラスを維持しているということだと思っております。

これも皆様のスライドには入れてないはずですが、医療費はふえていますという話です。それから、これも皆様のスライドに入れてないですが、医療費は何で伸びているんですかという話があるんですね。いろんな要因を左側に書いてありますけれども、人口が高齢化するからでしょうかというふうなことをよく言われますけど、それは一定程度正しいんですけど。つまり、高齢者になるとお一人にかかる医療費がふえます。そういう方がふえていくので、高齢化の要因というのはあるでしょうということですね。ところが、大分前から人口減少社会に入っていますので、人口自体はマイナスの方向に振れているということでもあります。あとは、医療技術の進歩とか、最後のスライドのほうに入れてあります。そういうものも医療費を押し上げる原因になっ

てきているということですね。

さて、ここからは、またお配りしているスライドに戻ります。診療報酬改定の基本的考え方がありますけれども、年末に取りまとまったんですが、この考え方は、一度だけいいので、出たときには丁寧に読んでいただければというふうに思っています。読むと、去年と違う言葉が入っている部分があります。今回は、このアウトカムという評価がこちらでは新しいんですね。今回、回復期リハビリテーション病棟にアウトカム評価が入りました。ああいうことがこういうところを目だしをされているというか、1つのメッセージとして出ているということですね。アウトカムの評価は、今後は強まっていくだろう、こういうものを入れていく診療報酬体系になっていくであろうというふうな方向で考えていただければと思います。

次です。いつも基本方針に大体この4つの柱が立つんですね。1丁目1番地は地域包括ケアシステムの実現です。これは毎回変わっていません。この数年変わっていません。それから、2は安全・安心な医療、3がお金をつきますよというところ、4は効率化をしますよというところ、こういう構造自体は余り変わってないです。この構造自体は今後もしばらく変わらないと思われれます。ただ、その中で、ワーディングでもしかしたらこういうものが新しく出てくるというところは、今後の方向性として注目していただくといいのかなと思います。

これはそれぞれの柱ごとにこんなことをやりますと書いてありますが、ここは飛ばします。

地域包括ケアシステムは、我々が目指していくシステムなんですけれども、私のいる保険局は唐澤という者が局長なんですけれども、彼は、全ての医療施策、介護施策は地域包括ケアシステムの実現に結びつくのだということに旗を振っていらっしゃる方、幹部ですけれども、住民を中心として必要な医療・介護・生活サービスが提供される、そういうふうな地域をつくっていきましようということでもあります。

それで、ここから具体的な改定項目に入っていきます。このスライドが多分一番長い時間をかけて説明するスライドになるかなと思います。入院医療の機能分化・強化とありますけれども、多分私がかきょうお話しする中で最も出てくる言葉で、患者像に応じた評価を進めていくということです。これは、実は大きく変わったのは平成18年改定です。7対1が導入され、慢性期に医療区分が導入されるということですね。ああいう評価が入ってきたのが、患者像に応じた評価をしていきました。つまり、どういうことかというところ、病院の機能に応じた患者さんが入院して、その方にその機能に応じた治療をやっていたかどうかというふうな報酬の体系にしていこうということでもあります。ですから、イメージとしては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに書いていて、上にはICUがあつて、

次が7対1で、回復期で、これは地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ということが代表されていますけど、13対1とか15対1も入るかもしれません。それから、ここは療養病床ですね。高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうなステージに分けたとして、今回こういうことをやりましたということでもあります。つまり、ICUのようなところにはICUに入るのにふさわしい患者さんを入れてくださいいなというふうな報酬の体系の見直しをしていますということ。それから、足りないところはちゃんと重点的に強化をしていきます。7対1に関しては、必ずしも7対1にいないでいい患者さんも結構いらつしやるんじゃないでしょうかということ。今回の重症度、医療・看護必要度を見直したということでもあります。それから、回復期ケア病棟あるいは回復期リハビリテーション病棟におきましては、それぞれ地域包括ケア病棟の包括範囲から手術・麻酔を除外しています。つまり、出来高で算定できるといふふうにしたわけです。ということ。出来高が算定できる上に、もともと点数は一緒になっていますので、地域包括ケア病棟で手術をされていた病院に関してはそれだけ増収になるということでもあります。それから、慢性期ですけど、ここは療養病棟入院基本料2でありましたが、1と2がありまして、人員配置基準の低いほうですけど、医療区分2・3、いわゆる医療資源をたくさん投入しなきゃいけない患者さんの受け入れを5割以上、

50%以上入れてくださいいなということ、50%以上入れてくださいいなということで、医療保険でお支払いする療養病床に關しては、医療区分2・3の方をちゃんと入れてくださいいなというふうな改定したところがあります。

例えば、ICUも、後でスライドにも出てきますが、重症度、医療・看護必要度で今の基準で満たされているものがあるわけですけども、例えば、1をとっている、非常に高い、1日10万円のようなのがICUの報酬で入っているところで、いわゆる3点セットと言われる、心電図モニター、シリンジポンプ、輸液ポンプというこの3つのセットだけで入院されている患者さんがいらつしやいます。その方にどういった集中的な治療が行われているんでしようかというふうな、そこまで調査しますと、余りそれはされていないということ。じゃ、その3点セットだけで該当するという基準は改めましょうよと。一方で、総合入院体制加算、これは非常に高度急性期を担う一般病棟を評価する加算ですけども、これも私どもが26年でつくって意図していたほど算定されていないので、これはもう少し算定していただきやすいように見直しをしたところがあります。高度急性期は高度急性期にふさわしい患者さんを受け入れていただければ、そこはまた報酬が上がるようにしますよということ。す。

それから、7対1に關しましては、重症度、医療・看護必要度を見直して、より適切に、医療のかかりぐあいか、それから看護師さん

の手間のかかりぐあいなんかを評価するよな体系により近づけるような工夫をいたしました。

それから、地域包括ケア病棟はもう申し上げました。それから、慢性期も申し上げたところでございます。

恐らく今のようなお話をさせていただくと、それぞれ病院さんから見れば、この1パーツ、1パーツをお持ちだろうと思います。あるいは、またがってお持ちのところもあると思うんですが、評価というのは、一貫して患者さんの状況に応じて我々はずっとチューニングをしてきているんだというふうなことをおわかりいただけるんじゃないかなと思います。

と同時に、幾つかは今回報酬を上げるようなことをしています。例えば、ICUですけれども、薬剤師さんをちゃんと配置していたら点数が上がる。1日80点ですが、上がるようなことにしています。これも調査をすると、既にICUの半分ぐらいのところは薬剤師さんを常勤で置いているんですね。そういうところに関しては何もしくなくても増収になるというふうなことであります。

そういうふうなことで、高度急性期はより高度急性期らしく、慢性期は慢性期らしくということ、それぞれのステージに応じて、その機能に応じた評価になっていくように今回の報酬を見直したということでもあります。

今回の報酬改定を一言で表現するとどうなんだとよく言われるんですが、これは課長も

そうだし、私もそういうふうには言っています
が、きめ細かい改定だというふうには思ってい
ます。18年改定のように、7対1をつくりま
した、あるいは医療区分を投入しました、食
費を1食化しました、リハを疾患別に分けま
したというふうなわかりやすい言葉でほんほ
んぽんと言われるものではないんですけれど
も、診療報酬というのは非常に細かい点数の
積み上げですので、それぞれを1つの方向に
向けて一つ一つチューニングしていったとい
うふうな改定であります。

ある人から言わせると、26年度改定は体育
会系の改定でしたねと。今回の改定は文化系
の改定ですねというふうに言われますが、そ
ういう面もないではないかなというふうにし
います。前回改定は、地域包括ケア病棟をつ
くったりとか、そんなことをやっていますね。
特定除外制度を見直したりとか、結構制度で
ほんととやった感じですけど、今回はそういう
大きいものをほんととつくるといよりは、そ
れぞれの診療報酬項目をきめ細かく設定を変
えていったというふうなイメージで捉えてい
ます。

この7対1の見直しですが、これも細かい
ことはご説明申し上げませんが、この一つ一
つをメッセージとして受けとめていただく
すれば、まずはB項目です。寝返り、起き上
がり、座位保持ということで、これは3つで
3点で満たしていたんですけれども、この座
位保持と起き上がりを外しました。というの
は、寝返りができる人は起き上がりも座位保

持も自立しているんですね。逆に、寝返りが
できない人は起き上がりも座位保持もできな
いということ、要は患者さんのADLを評
価した項目3つを、ほかの項目に比べて3倍
の重みづけで評価していましたよということ
なんです、それはしない方がいいでしょうと
いうことで、今回寝返りで代表させたと。そ
れに加えて、今回そのかわりに2つ項目を入
れています。これは、例えば診療とか療養上
の医師の指示が通じるかどうか。認知症の患
者さんで通じませんというと、看護師さんの
手間のかかりぐあい非常に大きくなるわけ
ですね。あと、危険行動を伴うかどうか。こ
れも認知症の患者さんなんかあると思いま
すけれども、こうすることで看護師さんの手
間のかかりぐあいというのを非常に重視した
ということ、それから、今回、C項目が
入った。いわゆる手術の後何日間という項目
が入ったというのも新しいかと思えます。余
り言うとも怒られるんですが、例えばこのA項
目、B項目で、B項目3点ですから、先ほど
言ったように、この3つでできない状況にし
ておくとB項目が該当しちゃうんですね。そ
うすると、本当は手術をして、すぐリハビリ
をしたほうが患者さんの予後にとっていいは
ずなんです、該当させるためにわざわざこ
の3つをさせないようにしてしまうというふ
うな傾向もあるやにお聞きしました。そうい
うふうな意図も入っているとあります。

これは、先ほどのように該当患者さんの項
目をふやしましたので、そうするとこれに該

当する患者さんはふえます。これまでは15%
以上入れてくださいねという該当基準だった
んですけど、自然体で大体18〜19%までふえ
るんですね。それを何%までにしようか
ということ、これを中医師協でけんけんごうごう議論
をいただきました。最後の最後まで合意が難
しかったところはここです。一応25%とい
うことで決着がついているということでありま
すが、小規模な病院ではなかなか満たしにく
いところもあるということで、200床未満
のところに関しては23%でいいというふう
に、若干要件は緩和されているというもので
あります。

これも先ほど申し上げた何枚か戻って、こ
の7対1を入れるのであればこういう方にし
てくださいねと、そういうメッセージを出し
ているということです。

病棟群の話は飛ばして、次、在宅復帰率は、
多分知らない病院さんはないと思うんです
が、在宅復帰率の計算対象に有床診療所が今
回加わっていますので、ぜひこれは計算漏れ
がないようにしていただければと思います。
在宅復帰機能強化加算、多分8割ぐらいの有
床診療所はとれるはずですので、そういう診
療所に退院していただいた場合にはこの在宅
復帰率の要件算定対象になりますので、ぜひ
カウントを忘れないようにしていただければ
と思います。

それから、これはICUですが、ICUは
もう申し上げました。心電図モニター、輸液
ポンプ、シリンジポンプだけでは重症度、医

療・看護必要度の該当にしないようにしたわけでありませう。あと、短期滞在手術等基本料3、これも厚労省の考え方がよく出ている点数改定だったので申し上げます。多分とっていらつしやった病院はあるんじゃないかなと思うんですが、水晶体再建術です。短期滞在手術基本料というのは、ほぼDRGみたいな形で、1入院で幾らと決めている、そういう点数ですね。それで、水晶体再建術を片目だけでやる場合と両目でやる場合、当然両目でやる場合のほうが昔は点数が高かったんですね。当たり前です。片目のほうが安かった。26年改定でそれを一本化したんです。つまり、片目だけやっても両目でやっても同じ点数にしちやったんですね。担当者としては、これで全体としては効率化されるはずだというふうなことで考えていたはずなんですけれども、それは、どちらかというところ全く逆に効果が出ていまして、片目の手術だけを期間をおいてやるという診療行動につながっていたということがわかりました。これはやはり診療報酬の設定が現場の診療行動をゆがめている例であります。ですので、ここは今回、やはりまた片目と両目の場合に分けたんですね。つまり、患者さんにとって、1回で両目ができてしまえる方は両目やったほうがいいわけで、その方がもし診療報酬上の原因で、1回やってしばらく期間を空けてもう一回なさいとなってしまうとすれば、それはよくないということ、今回これも見直しをしています。結構こんなふうに細かく目だしていた

だいて、我々には変えることに関してにはばかりが余りないので、こういうふうに見直しをさせていただいているところでありませう。

あと、地域包括ケア病棟入院料です。先ほどのスライドで言うところから3番目にあつた回復期に該当するような病棟群だと思いが、包括範囲から手術・麻酔を除外したということ、手術・麻酔をしていたら出来高で算定できる。本体点数は据え置いていますので、積極的にそういうふうにはやっています。積極的にそういうふうにはやっています。それから、慢性期の療養病棟入院基本料2ですけれども、こちらは25対1・25対1なんですけど、こちらでは医療区分2・3の方を5割以上受け入れてくださいよというふうなことにいたしましたところがあります。

これは私が担当していたので非常に感慨深いんですけれども、次のスライドも出てくるんですが、医療区分3・2とありましたね。平成18年に導入したときには非常にいろんなご意見をいただきました。18年度の診療報酬の改定の前までは、療養病棟入院基本料は1本の点数だったんですね。それで、どんな方を入れても同じ点数だったんですけれども、それを医療の必要性が高い、あるいは医療資源をたくさん投入しなきゃいけない人は高い点数にしましょう、それは医療区分3ですよ、次が医療区分2ですよということにして、それ以外の方を医療区分1にしているんですけれども、私はこれをかなり精力を使ってやら

せていただいたんですが、異動するときに、絶対20年度改定で見直してくださいということ、すぐ見直してくださいというふうな言い置いて後任に引き継ぎをして行ったはずなんです、ついぞこれまで全部見直されてこなかったんですね。やっと10年たつて見直すことができて、ああ、よかつたなというふうな思っています。これも、酸素療法をしていれば医療区分3だったんですけど、今回要件を厳格化しました。毎分3リットル以上の酸素を流さなきゃいけない、そういう方が医療区分3で、それ以外の人は2ですよというふうにしたところがあります。あと、うつ病も、処方に関しては精神保健指定医がやっているようなことを要件とさせていただいたということ、これも要件を見直して、より重い方を高い評価にということにしたところがあります。

ここまでご説明すると、何となく超高度急性期から慢性期に至るまで、それぞれの病棟に期待されている、それぞれの医療機能に期待されているところをより明確化しているというふうにご理解いただけるんじゃないかなと思います。多分、次回以降もこの流れはきつと変わらないと思います。この先、最後はこの医療区分の慢性期の療養病棟入院基本料2なんかは、次、医療と介護同時改定ですので、そこにもらんだ改定になっているかなというふうに思います。

さて、次にチーム医療です。医師事務作業補助体制加算、これは算定できるところはぜ

ひ算定していただきたいと思っております。これは平成20年度の改定で入ったんですけれども、その後一貫して増点しています。それで、医師が事務作業に時間をとられてしまつて、本来医師でなければできないようなことをする時間が減つてしまわないようにということがあります。この医師事務作業補助体制加算をとつていただいて、医師はぜひ医師でなければならぬ業務に集中していただけるような、そういうふうな分業を進めていただければと思つています。それで、今回、これをとりやすくしました。それ以外に、療養病棟入院基本料と精神病棟入院基本料でもこれを算定できるようにいたしました。あと、一部批判がありました。が、大学病院でも1のほうはとることができるようにいたしました。そういうことで、医師の事務作業を補助できるような、そういう体制をぜひとつていただきたい。これは一貫して20年度改定以降続いている流れかなと思つています。

それから、これは看護職員さんの働き方ももう少し多様な働き方を認められるようにするのと、もう一つは病棟の運営をもう少しやりやすくするというふうなメッセージであります。もう既にこちらにいらしていただいている医療機関の中で、月平均夜勤時間は結構頭が痛い問題じゃないかなというふうに思います。今、72時間以下でなければならぬというふうなことがあるんですけれども、ここは緩めてないんですが、その72時間を計算する対象として、月2回ぐらいの夜勤時間で16

時間の方はその平均を計算する対象に入れちゃいけませんとなつていたんですが、それを16時間以下だったものを今回16時間未満にしたということ。すみません、本当に細かいこと。でも、診療報酬はこういう細かいことが効くんですね。だから、2回夜勤した人もその計算対象に入れられるということですから、72時間を満たしやすくなるということ。とあります。ですから、病院にとつては、特に病棟管理する看護師長さんとかにとつては、病棟の運営自体は非常にやりやすくなるはずであります。

その上で、もう一つ別の手も打つて、夜間看護体制を充実した場合の評価を一律引き上げています。何がしたいかというところ、より柔軟な働き方ができるようにはするんですが、夜間をされる看護師さんと看護補助者さんの評価をより上げていくこと。あります。結構これは財源をとるんですね。これを全部説明すると、このスライドだけで15分ぐらいかかるので、きょうはしませんが、ぜひこれは読み解いていただいで、病棟の看護師さんは読み解いていただいで、このうち幾つかやれば算定できる加算もありますから、ぜひそこはとつていただいで、看護師さんのリクルーティングにも活用していただければと思います。

それから、看護師さんと看護補助者の業務分担の推進ということで、主として事務作業を行う看護補助者というのをつくつていいですよということを明確化しました。それはな

ぜかというところ、次もあるんですが、これはちょっと別の観点ですけど、多様な働き方を現実するということで、これは結構喜ばれていて、育児休業後等の従事者さんが短時間勤務制度を活用して正職員として勤務する場合には、育児・介護休業法で定める期間は「週30時間以上の勤務で常勤扱いとする」であります。ですから、育児明けで30時間勤務という方も、いわゆる常勤の1としてカウントしていいということ。これは看護師さんのスライドがあるので、看護師さんだけですかというご質問をいただくんですが、そうじゃありません。リハスタッフも結構これは影響あるはず。かなりこれで運用しやすくなるはず。医師もそうです。1としてカウントする場合に30時間でもいいということ。あります。ただ、医師の場合、兼業している場合で32時間以上でいいというものもあります。たので余りメリットはないかもしれませんが、看護師さんとかリハスタッフに関しては、相当現場の運用はやりやすくなるはずかなというふうに思っています。

ここまで2のテーマで話してきましたけれども、お示ししたメッセージは、チーム医療を推進しようということ。もうちょっと別の言葉で言うところ、病棟で適切に役割分担をしてくださいということをお願いしたいというふうに思っています。例えば、医師は病棟で何でもできるんですね、オールマイティーです。それから、医師の指示を受けた看護師さんも何でもできます。これもオー

ルマイティです。じゃ、看護師さんが本当にずっと服薬の管理とか、そういうことをし続けるのと、病棟に1人薬剤師さんを置いて、その方が入院患者さんの薬剤を管理するのと、どっちがより看護師さんの専門性を発揮されるんでしょうか。それから、看護師さんが事務作業をされるのと、もう一人事務作業をされる補助職員を置いて、その方に集中して事務作業を寄せてやっていただいて、看護師さんは看護師さんでしかできないようなことにちゃんと集中していただくという場合、どっちが効率的でしょうかということですね。そういうふうな適切な分業をどんどん進めていただきたいなと思っています。例えば、栄養指導なんかも、進んでいる病院では病棟に栄養士さんを置いていただいている病院もありますけれども、そういうところで、医師は医師でなければできない業務に集中をす。看護師さんは看護師さんでなければできない業務に集中をしていただく。他の専門性を持った薬剤師さんとか栄養士さんに委ねられる部分は委ねましょう。それから、なるべく事務的な仕事はそれを任せられる人に任せて、適切にチームとして分業していきましよう。そういうふうな分業を進めていただくほうがいいんじゃないかというメッセージがあらわれているというふうに思ってください。

1つ、ある病院なんです、これを非常に進めている病院と親しいんですけども、お話を聞くと、医師がその病院からほかの病院に行きたがらないんですって。つまり、医師確保にもつながっている。つまり、その病院では、ほぼ口答の指示だけで、あとサインだけで、思ったとおり医療指導とか、それから服薬の管理とかが大体進んでいくようにシステムができて上がっていると。ところが、ほかの病院に行っちゃうと、全部自分でやらなきゃいけないかったりとか、一から説明しなきゃいけないかったりする。そうすると、私はこの病院にいさせてくださいというふうなことで、医師確保にもつながっているということをおっしゃっていました。

それから、次は地域包括ケアシステムの推進であります、ここからはスピードアップさせていただいているかなと思っています。認知症地域包括診療料をつくりましたということ。これは地域で月1万5,000円ぐらいの点数ですけれども、処方と、それから全身の管理をしていただいた場合に算定できるといふことがあります。もともと地域包括診療料というのがあったのをご存じだと思いますが、この要件を今回緩くしました。医師3人以上で連携だったところを医師2人でいいことにしていますし、今回認知症というのをくり出して、若干3点ですが、点数を上げています。薬剤を管理していただいたり、それから全人的な管理をしていただいた場合の点数をつくって、これから地域にふえていく認知症の患者さんを地域でちゃんと見ていただきやすいような、そういうふうな点数にしたところであります。

診療所と、それから小規模の病院はとっていただけますので、もしかしたらとっていらっしゃる病院はあるかもしれません。従来の点数はこれですね。地域包括診療料で、それを今回12点上げたのかな。ここにあるように、この4つの疾患のうち2つ以上持っている方に対して全身管理していただいて、こういうことをやっていただければ、薬剤の制限もなくこういう点数をとっていただけたんですけど、今回とりやすくなった上に、認知症ともう一個持っていればいいということです。

例えば、認知症と糖尿病を持っていた人でも、ここに該当すればこつちをとっていただいているんですね。ですから、そういう方がいらっしゃる医療機関であれば、若干ですが、増取になるということ。1つだけ要件が厳しくなっているのはここです。内服薬の制限があつて、向精神薬の種類が決まっています。こんなことで、なるべく地域で認知症の方も生活していただけるような、そういうふうな方向の点数であります。

小児かかりつけ診療所は、きょうは飛ばしません。

ICUの薬剤師さんも先ほど申し上げたのでもいいですね。

これも飛ばして、ここです。これも非常に重要なメッセージが込められた点数なんです。こうやって点数に分解しちゃうとなかなかわかりにくいんですけども、今回の点数改定でメッセージとしてあるのは、後から出てくる退院支援加算もそうなんです、病棟

からなるべくスムーズに退院してください。安心して納得して退院をしてください。その上で退院できる環境をつくりましょう。退院できる環境とは何ですかといったときに、まず口から物を食べられるようになりましょう。それから、排泄が自立できるようになりましょう。口から物を食べられるようになりましょう。それから、なるべく入院期間は短くしましょう。それから排泄が自立できるようにしましょう。こういう環境を整えれば、あとはご自宅の環境がどうかですけれども、退院していただきやすくなるということで、そういうメッセージがある点数が幾つかあります。

これがその1つです。栄養指導です。入院直後から栄養管理をしていて、NSTに頑張っていただければ入院期間は短くなるというエビデンスも出てきていますけれども、今回その栄養指導をとりやすくしています。まず、対象を広げました。これまでは、何とか食、何とか食というのがあったんですが、ここに書いてありますように、がん患者さん、それから栄養状態が低下している人、嚥下機能が低下している人とか、こういう方々が追加になっています。ですから、ほぼ栄養指導が必要な人はこれで読めるばすだと思っておりますし、これが読めないよと言われたら、ぜひそれを教えていただきたいなと思います。それから、次に栄養指導の点数を上げています。これまで15分で130点だったんですけれども、今回は、初回が30分以上した場合260

点、2回目で20分以上していただいた場合200点と。点数が上がっているけど、時間も上がっているじゃないかとよく怒られるんですが、実はこれはそうではなくて、我々が調査をすると、初回の栄養指導に大体40分くらいかかっているんですね。もう既に40分かかっているんです。2回目の指導も大体25分以上かかっているんですね。かかっているんですけど、この点数しかなかったたので、この点数を算定したということです。ですから、ちゃんとしていただいていた病院におきましては、何もしないでも130点が260点になっっているはずなんです。あと、これはちよつと実情に合わないということで、これまで在宅の訪問栄養指導に関しては、実技、調理実習をしなきゃいけないかったですけど、それはしなくていいですよと、そういうご要望もありましたので、そういうふうに要件を緩和しています。ぜひ栄養指導をやっていたいただきたいなと思っております。

それから、退院支援加算も、ぜひ退院を進めてくださいということの一環ですね。それで、従来、退院調整加算がありました。何日以内に退院したら幾らとか、結構細かく分かれていたんですけど、今回そういう細かいのは全部やめて、従来の退院調整加算はこの退院支援加算2で受けると。点数のレベルも大体一緒のはずです。その上で退院支援加算1という、比較的これも思い切った点数ですけど、つけさせていただいています。ただ、要件自体は結構厳しいかなと思っております。ま

ず、入院された方に3日以内に退院困難かどうかを判定してくださいということです。1週間以内にカンファレンスを実施して、患者・家族と面談をしてくださいということです。それから、2病棟にお一人以上、社会福祉士さんか看護師さんを置いて、退院支援をしてくださいということでもあります。こういう要件を見ていただければこういう点数をとっていただけますよということでもあります。

それで、これもよくご批判をいただくのは、退院支援加算1で、2病棟にお一人看護師さんなり社会福祉士さんを置くと、この点数ではペイしないというふうに言われるんですね。確かにみんながみんなコンセンサスとされるわけじゃないですからそういうこともあるのかもしれませんが、退院支援をすることによって在院日数が短くなります。在院日数が短くなると何がいかというと、重症度、医療・看護必要度の分母が減ります。それから、あとは地域医療構想の中の診療密度ですが、より高いほうの部類に入りやすくなります。そういうふうにとータルを1回見ていただく必要があるかなというふうに思います。1個1個の点数は確かにそれぞれのメッセージが込められているんですけど、それでペイできないからといってその点数をとらないというよりは、これを入れることによって、じゃ、在院日数はどのくらい短くなりますかと。それによって7対1を満たしやすくなるんですかならないんですかと、医療構想の

中でどのぐらいの地位になるんでしょいか、どうでしょうかと、そういうことまでよくお考えいただいて、病院全体トータルでお考えいただいたほうがいいかなというふうに思っています。

それから、これは小児ですので、飛ばします。これは要件ですから飛ばします。退院支援加算3は小児のことです。

次ですが、これは介護との連携です。これは全て点数を上げています。これも次の介護報酬改定との同時改定をにらんだ点数の増です。介護とちゃんと連携をしてください。先ほどの退院支援加算も、介護施設を含む20以上の施設と定期的に顔の見える関係をつくってくださいたいというふうなことを要件にしています。

あとは、これも今回初なんですけど、退院していただくところまでの点数はあったんですけど、退院した後に訪問指導したときの報酬を今回新しくつくっています。介護にはたしかあったと思うんですけど、診療報酬でつくったのは多分初めてだと思います。退院後1カ月間5回ぐらいまでたしか算定できると思うんですけど、580点で、看護師さんが同行された場合はプラス20点ということです。600点ぐらいはとれるということです。このように、なるべく入院から早く退院していただけるようにというふうなことをメッセージとして込めているわけがあります。

ここが在宅医療でありますけど、在宅医療も、今回大きく異なったのはここですね。これま

で在宅医療は難病患者さんというくりが あったはずなんですけど、重症度の高い患者さんというくりを1つ設けました。この下側ですね。末期の悪性腫瘍の患者さんとか、医療区分3にあるような方が大体入ってきているわけですが、在宅で過ごしていらっしやる方で、こういう方は重度の方ですよ、重症度の高い方ですよというふうにくくり出しをいたしまして、つまり、在宅もその患者さんの状態に応じた点数の高低をつけたということですよ。

それが次のスライドとその次のスライドに出ています。この点数、実は説明にすごい時間がかかるんですが、これは説明したほうがいいと思うので説明します。もともと在宅療養支援診療所の点数は非常に高い点数がついているんですね。月5,000点ぐらいの点数がついています。5万円ですね。これプラス、要件は2回訪問診療をやることなんです。月2回訪問診療をやっていたら、それだけで一定の要件を管理をしていただければ、それで一定の要件を満たしていただければ、それプラス5万円ということになります。これは平成18年の改定で在宅療養支援診療所をつくって、そこから算定はずっとふえてきているんですけど、前回改定でこういうふうにしたんですね。前回改定をやった意図というのは非常に明確で、非常に効率的にそういうサービスが提供される場合、つまり同一建物居住者の場合は効率的にできるんだから点数は安くいいですよということなんです。

ただ、その前にもっと別の事情がありました。こういった診療報酬というのは政策誘導するとしても非常に強いものはあるんですが、余りつけ過ぎるとこういうことが起きるという実例ですけど、在宅療養をやっているらっしゃる医療機関、診療所の先生にある業者さんから電話がかかってくるんですね。先生、ちよつと在宅医療で今度サ高住を建てる場所がありますよ。サ高住の患者さん20人紹介しますよ。先生、そこにずっと月2回診療プラス全員に5万円ぐらいが算定できます。そういう患者さんを紹介しますからぜひ行っていただけませんか。そのかわりご紹介料としてお一人当たり幾らぐらいずつペイバックしていただかせませんかというふうな業者さんが出たんですね。それは新聞にも出たし、中医協でも議論になったのもう言っていると思うんです。ただ、我々からすると、保険料とか公費から入っている診療報酬ですから、そういう業者さんは全く医療サービスを提供してないですよ。そういう方々が業として成り立つほどの点数はいかなるものでしょうということですよ。これも多分診療報酬が現場をゆがめてしまっている例の1つなんだろうと思います。

前回は、それに1つ一定の手当をいたしまして、同一建物居住者の場合は、もう4分の1にしますよというぐらいの点数にしたんですね。結構激震が走ったというふう聞いていますが、抜け穴を1つ用意してまして、

同一建物居住者の場合、つまり安い点数をとるのは同一日に訪問した場合ですよというふうにしたんですね。こういうことで何が起るかとすると、今度は医療機関からすると、じゃ、違う日に行けばこっちの高い点数がとれちゃうんですよ。ということは、Aさん、Bさん、Cさん、Dさんというふうな4人ぐらいいるところで、4人同じ日に行けばこっちの安い点数なんです。1日はAさん、2日はBさん、3日目はCさん、4日目はDさんとか、日を変えていけばこっちの高い点数がとれるというふうなことで、逆に考えてこれはまた無駄ですよ。診療所から同じ建物に行くときに、1回で回ってしまえば効率的なんですけど、わざわざこういう高い点数があるために毎日往復するというふうな非効率な診療形態になってしまっている。これもまた報酬が生んでしまった非効率な診療形態なんだろうと思っています。

これを今回、右のようにしたということですが、右のようにマトリックスにしたんですが、まず月2回の訪問というのが要件だったんですが、やめました。月1回でもいい方がいますよね。だから、無駄に2回行かないでください、1回でいいですよ。2回以上の人は、先ほどのスライドの重症かどうかで分けますよということですね。重症かどうかで分けて、これが縦軸ですね。横軸は、同じ建物内で何人診ていらっしやいますか。これは同じ日に行ったかどうかじゃありません。同じ建物内で何人診ていらっしやいますかと

いうことで、1人なのか、2人から9人なのか。9というのはグループホームを想定してありますけど、9人なのか。グループホームの場合は、2単位の場合は、こっちの場合ここをとっていただいているので、これはぜひとり漏れがないようにしていただければと思います。もしくはそれ以上なのかということですね。横軸が人数、効率性で、縦軸が重症度に応じた、そういうマトリックスにしたということでもあります。

在宅も、その患者さんの状態に応じた評価というのに進んでいるというふうなことであります。さて、この辺からちょっと飛ばしていきま。在宅ケアもかなり今回点数を上げていますので、在宅の看取り実績も、在宅の看取りをしたときの点数は結構高いのがあったんですが、要件が厳しくてとりにくいというのがあったので、その下の要件をつくりまして、なるべくとりやすいというふうな点数もつくっています。

訪問看護ステーションは飛ばします。でも、1つだけご承知おきいただきたいのは衛生材料です。在宅療養をさせていらっしやる医療機関はたくさんあると思うんですけど、患者さんに衛生材料を提供するのは、医療機関あるいは訪問看護ステーションの役割であるということ。今明確化したしました。ですから、患者さんに脱脂綿を買っておいでください。ねとか——ばんそうこうぐらいいいんでしようけど、そういう衛生材料を患者さんに

買っておいでください。ねというのはいらないということでもあります。必要十分な衛生材料は、医療機関もしくは訪問看護ステーションが提供するというのを今明確化させていただいたところでもあります。と同時に、こういった月1回80点ということ、その評価も入れてあります。

さて、これは話題としてご承知おきいただければと思いますが、特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院は、紹介状なしの患者さんが来たときに、これまで一定の額を決めて徴収できたんですが、今年度から徴収しなければならぬことになっていきます。できるという規定と、それからしなきゃいけないというのと、その厳しさが変わったということですね。ただ、大学病院で差額のお金をとってないところはないので、そこは多分いいんだと思いますけど、一定額というのが決まっています。5,000円です。医療機関は5,000円、初診が5,000円で再診は2,500円です。最も高いのは1万800円という病院が1個あります。九州地方ではございません。

ここからは、またちょっと駆け足になっちゃいますが、ICTの活用ということで、診療情報提供料というのがありますね。あれを電子的にやりとりをした場合に加算がありますよということ。データ提出加算、これはぜひとっていただければと思います。200床以下のところは今回要件になっていないんですが、データ提出加算も提出してい

ただければいいなと思って少し点数も上げています。なぜかというところ、データ提出しただけで点数がもらえるからじゃないんです。データをぜひ独自に分析をしていただいて、このデータを分析すれば、自院の診療行動が周りの病院とどのくらい違うのと同じなのかというのがわかります。もうかっているか、もうかっていないかも分析すればわかるはずなんです。そういう自院の経営分析に役立てていただきたいというふうに思っています。

さて、リハビリです。リハビリは、急性期から回復期、維持期となっていくますけれども、今回ご説明するのは、回復期リハのアウトカム評価です。リハビリテーション、ご存じだと思いますが、1日提供できるのは大体6単位と。それが例外的に9単位までできる病院があります。それは回復期リハビリテーション病棟です。ところが、どんな状態の方にも9単位やるというふうに最初から決めてしまっていて、のべつまくなしにどんな人にも9単位やると。それでも結構ADLは向上してないという例があることが調査でわかってきました。ですので、そういうアウトカムが上がる場所は9単位までやっていた方がいいんですけど、そうじゃないところは6単位までということにさせていただきますというふうな紹介を入れてあります。

さて、次は、生活機能に関するリハビリテーションですけれども、これまでのリハビリテーション実施場所は院内だったんですけども、外出をしているんなシチュエーション

のもとでリハビリテーションをしていただいてもリハビリにカウントしますよということとです。ですから、買い物訓練とか、それから復職のために旋盤作業とかをやったり、そういうのも大事だと。家事能力の獲得とか、こういうこともやっていたら、それはリハビリテーションとしますよということなんです。これも在宅復帰を促す、そういう点数であります。

それから、摂食機能療法です。これも加算をつくって、なおかつSTさんの常勤要件とか専従要件を緩めていますので、STさんになるべく活躍していただける場をふやしたいなど思っています。もちろんスピーチセラピストですから、しゃべるほうもそうなんですけれども、嚥下、つまり飲み込むほう、摂食のほうが自立できるように、そういう方向への改定だというふうに思っていました。

さて、これも飛ばして、ここからはトピックになってくるので、がんは一貫して点数を上げています。特に外来科学療法とか在宅の点数を上げています。

認知症も、先ほどの在宅の認知症の点数がありました。これも認知症ケア加算というのをつくって、1は結構高いですね。1日150点で14日以内と。ただ、これは認定看護師さんレベルの看護師さんの要件がありますので、まずは2を目指していただいて、看護師さんを研修に出していただいて1をとっていただければと思います。

それから、精神医療も今回かなり手を入れたところなんです。何に手を入れたかというところ、重症な精神患者さん、あるいは全身疾患をお持ちの患者さんとかを受け入れた場合の点数を加算しています。私どもが狙っているのは、精神患者さんで重症な合併症があったりするとなかなか受け入れが進まないというところはあります。そこを少しでも解消できればということですね。

それから、自殺企図後の患者さんに対しては、ずっと継続的なケアをしてくださいということとか、向精神薬はなるべくコントロールして使ってくださいねということとか、それから薬物依存症の集団療法は新しく点数をつくりました。こういうこともありますということなんです。児童・思春期なんか、日本であつても3カ月待ち、半年待ちというふうな診療実態ですので、なるべくそこを支援するような点数にしています。

認知行動療法も、看護師さんがいろんなカウンセリングをやった場合も算定できるように点数をつくっています。こういう新しい点数をぜひとり漏れがないようにしていただきたいなというふうに思います。

さて、もうトピックまで飛ばさせていただきますが、小児医療も今回点数にかなり手を入れていきますね。

これはご説明しておいたほうがいいですね。まず、救急医療管理加算とあって、特に救急をやっている病院は、今回恐らく増収になっているはずなんです。1と2とあつ

て、1のほうを増点していますし、1の対象として、カテーテル治療と、それからトP Aを入れていきますので、心筋梗塞の患者さんとか脳梗塞の患者さんを受け入れていた場合は、それだけで増収になっているはずであります。と同時に、夜間休日救急搬送医学管理料、これはかなり思い切った点数をしています。従来200点で、しかも平日の深夜が要件だったんですけど、これを600点というふうに3倍にすると同時に、平日の夜間にしましたので、深夜という10時から朝6時くらいまでですが、夜間という夕方6時から朝8時くらいまでは夜間ですので、かなりこれで二次救急をやっていたところ、かなりの収入が上がるような、そういうふうな手入をさせていただいたところでもあります。

あと、小児の検査の点数を上げていますね。こういうのはいいですかね。小児を支援ということでもあります。

こういうふうな根っこがある、既にこれまで算定していた点数は、多分電レセになって単に点数が起き上がってそのまま上がるだけではないんですけど、さっきも幾つかありましたが、新しい点数を見落とさないように、ぜひ医師の方は気をつけていただければと思います。

さて、胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の見直しで、これは26年改定で幾つか要件を厳しくしたところ、かなり胃瘻を造設する件数は減っています。さらに今回はそれをもう少し現場で使いやすいようにした、そ

ういう改正をしています。

あとは、もうこの辺からはよろしいですかね、新しい点数とかが出ていて、トピックで言うと、緊急帝王切開の点数を前回改定でちよつと下げたんですが、今回戻しています。

それから、基礎的な技術の再評価で、これも思い切ったことをしているんですが、血液採取20点だったのを25点としています。これは日本で1日何万回やられているかわからないんですが、1日算定回数が多い点数は医療費上すごく効くんですね。わかりますよね。

1回例えは200万円の治療でも、全国で10人しかやらないとなると、医療費の影響は2,000万円なんです。ところが、再診料のように、1日何万回と算定される点数は、

1点さわるだけで何億円、何百億円という財政影響があります。ここは基本的な技術料ですので、これをちよつとずつ上げたり、結構上げているのもありますが、これは相当医療費上プラスになるはずですよ。こういうのを見せると、今回すごいプラス改定だったんですかとと言われるんですが、そこまでのプラス改定じゃないですが、基本的な技術に関して今回見直しをして、特にコルポスコピーとかイレウス用ロングチューブ挿入法、これは材料が高いので逆ざやになっちゃうんですけど、そういうところは今回見直しをして引き上げるようなことをしています。

あと、検体検査の鼻腔・咽頭拭い液採取料、これはぜひとり漏れがないようにしていただきたい。もうインフルエンザは大体終息しま

したが、鼻腔・咽頭拭い液採取料、いわゆるインフルエンザの検査に使うものですね。これで5点ですから、1回やれば50円です。こういう新しくできた点数をぜひ見ていただいとり漏れがないようにと。私も風邪である診療所にかかったときに、やはりそこはさとい診療所なんだろうね、ぜひインフルエンザの検査をしたほうがいいですよと行って、これも算定されておりました。

排尿自立指導料なんか今回新しく点数をつくりまして、これも排泄のほうが自立できるような方向への点数であります。

さて、もう飛ばします。手術は今回かなり点数を上げています。技術料、大分評価を上げています。

あとは話題ですかね、ブラッドパッチとか、ダ・ビンチの適用拡大とか、陽子線治療、九州だと佐賀にありますかね、あれは重粒子線ですね。そういうところでも今回新しい疾患が適用になっているところがあります。重粒子線は骨軟部腫瘍ですね。

後発医薬品は、今後進めていきます。後発品を使用すると点数が上がったりするような工夫がされています。

それから、残薬です。地域包括ケアを進めていって、患者さんが在宅で暮らすようになると必然的に残薬というのが出てきますね。先生方のところにもあるかもしれません。この医療費の影響は、いろんな推計によりますが、3桁億円から4桁億円ぐらいの医療費の無駄になっているんじゃないかというふうな

指摘があります。なるべくないようにということ、今回の診療報酬改定で処方せんを改定しました。残薬のチェックをしましょうということであり、そのチェックしたのを医療機関に情報提供して、処方せんを少し残薬の分を控除して処方していいですかというようなことですね。進んだ地域では、もう医療機関と調剤薬局が契約を結んでいらっしやいまして、残薬が確認できた場合は、その残薬の部分を控除して処方していいというふうな包括的な契約を結んでいらっしやる地域もあるようです。そうすることで無駄な医療費を減らすということですね。

さて、重症化予防、糖尿病とかいろいろやっていますので、これはごらんいただければというふうに思います。

あと、湿布について、今回1回の処方で70枚までですよというふうなことを入れさせていただきました。実は、これは冒頭の1,700億円の適正化の中にちよつと入っています。これも財源に入れています。

あと、食事です。食事は、市販の経腸栄養製品を用いて流動食をやった場合に若干点数を下げますが、これは材料価格改定のとときに価格調査をしますので、次は恐らくもつと下がると思います。そういうふうな心構えをしていただければと思います。実勢に合わせた価格になると思います。ただ、院内でつくっていらっしやったりするときは、これはもともとの金額でいい。

DPCはよろしいかと思しますので、飛ば

します。大事なのは、もう1,600病院で、医療機関数全体で言うと2割なんです。実は一般病床で言うと、もう6割弱を占めていますよということで、かなりDPCのインパクトは大きくなってきていますねということですね。

この辺は飛ばさせていただきます、もう一つ、二つ、話さなければいけないことがあるんですね。附帯意見というのがありまして、私どもは改定ごとに宿題をいただくんですね。今回改定はこれでいいけれども、こんなふうに、ある項目、ある項目について、次の改定までにこういうことをしなさい、こういうことをしなさいという宿題をいただいています。例えば、先ほどの紹介状なしの大病院受診の定額負担ですが、5,000円以上となっているんですけど、そういうのはちゃんと影響評価しなさいよとか、特に何か大きく制度を変えたときとかいうところはちゃんと検証しなさいよという宿題をいただいております。回復期リハのアウトカム評価とか、こういうものも宿題をいただいております。これを見ていただくと、まづこれは絶対次の改定までの我々の宿題ですので、宿題返しをしますので、何か中医協に出てるなどということはわかっていたら、ほんじゃないかなというふうに思います。1回の改定ごとに大体1つか2つずつ項目がふえています、幾つまでいくんだらうとちよつと怖いところがあります。

さて、今回話題としては、かかりつけ薬剤

師・薬局という言葉が新しくできたことです。あとは、門前薬局、これはもうよろしいですかね。調剤薬局で、同じ病院からの調剤処方せんが集中しているようなところで、なおかつグループでやっているところの報酬は下げますよというふうな改定をしました。

費用対効果は言っておかないといけないですね。これは、今いろいろな新聞をにぎわわせていますし、財務省のやっている財政審議会でも國頭先生という先生がプレゼンをされていましたが、ここに出てくるオプジーボという薬です。適用は、最初は悪性黒色腫だつたんですが、今は肺がんにも適用を拡大しています。次に、治療が走っているのは腎がんです。ほかに子宮がんとか、ほとんど今適用が広がろうとしています。非常に高いんですね。1年間これを使い続けると3,500万円というふうなシミュレーションが出てきます。國頭先生の推計で肺がんの方が全員使えばという、なかなか極端な推計ですけど、それで1兆何千億円ということですが、小野薬品自体は、そんなにいきませんが、1,500億円程度でしょう。かみたいなことを言っています。きょうは製薬企業はいらしてないですよ。効く薬なので、それはそれでいいと思います。ただ、非常に高いということについて、我々としてはどのぐらい医療保険から払っているのかという議論をしないといけない時期に来ているんじゃないかということですね。

1つ前のスライドですが、今回、この4月

から費用対効果評価専門部会が立ち上がりまして、私どもは、企業から費用対効果分析のデータを出せというふうな調整をしています。その後、私どもはそのデータが第三者から見てどうなのかという評価をいたします。費用対効果がいいかどうかということを次の薬価の改定で反映させるというふうな方向で今作業を進めています。

ソバルテイ、ハーボニー、これはC型肝炎治療薬ですね。これはC型肝炎が治っちゃやうというすごく活気的な薬ですから、これは何となくいいのかもしれませんが、費用対効果もよく出てくるかもしれません、抗がん剤、特に高いものをどんなふうに評価していくというのは、恐らくこれからいろんな議論が出てくるところかなと思います。

次が最後のスライドです。これはお配りしてないです。いろんな改定のところで私は申し上げます。特に病院団体に申し上げるんですが、診療報酬改定結果ですけど、2月中旬に突然決まるものではないです。前年度末から議論は開始されています。先ほどの重症度、医療・看護必要度の項目改定がありましたね。例えば、A項目に危険行動が入ったり、診療上・療養上の指示が通じるかどうかみたいな項目が入ったと。あれは、ことしで言う冬だと思えますが、冬に行われる調査の項目に実は入っていたんです。つまり、事務局としては、どういう項目を次に医療、看護・必要度に入れたらいいだろうという仮説を持って調査に臨んでいるんですね。その調査表を見

ると、勘のいい人は、次にこれが入るのかなみたいなことを想像していただけるかもしれません。そんなふうになっていまして、2月中旬に突然決まるものではありませんので、ぜひアンテナを高くしていただきたい。

それから、医療は労働主流型のサービス形態でありますので、先ほどのように人権費半分ですから、実際にサービスを提供するのはスタッフの方です。そういう方々に変わりの早い診療報酬改定とか制度改定をちゃんとご理解いただいて、現場で、例えばリハビリはこういうふうにあウトカム評価が入るからこんなふうになりハのスケジュールを変えていこうよとか、あれをやるためには多分相当時間がかかるはずなんです。そうすると、2月中旬にこれが出て、それを読み解いて、3月いっぱいその体制を組んで、4月からその点数をとりますというの、相当現場のスタッフにとっては急ハンドルなんだと思うんですね。それをなるべく前倒しで、前倒しで、こんなふうになるかもね、なるかもね、なつたらどうしようねというふうなシミュレーションをしていただく時間、リードタイムはあればあったほうがいいだろうと僕は思っています。だから早目の情報収集が大事なかなと。

あとは、情報を得るためにはアンテナを高くしていただきたいんですが、いろんなセミナーがあります、余りセミナーに行かれないと、今度、院内にいらなくなるということもありますので、実は厚労省のホームページにかなり集約されています。あとは、病院団

体が今、随分いろんな会報を出していますので、それを丁寧に読んでいただけると何となく方向は出ていて、私がお勧めしているのは、ここに書いてある医療部会、医療保険部会、介護保険部会、これは恐らく病院でご担当を決めるか、あるいはご自身ですすけれども、月に1回ぐらい、特に今年度は改定のない年ですから2カ月に1回でもいいかもしれません。スライドを流し読みすれば何となく方向性が見えるような紙になっていますので、そういうふうなことをしていただけるといいのかなと。あとは中医協ですね。ただ、ことしは余り大きい改正がない年ですので、秋口以降、例えば2カ月に1回とか、こういうところのホームページをのぞいていただいて、それで資料をばあっと斜め読みしていただくくらいでもいいですので、そうするとこんな言葉が出てきているというのがわかるかと思えます。

あとは、こういう情報に加えて、日ごろのつながりを持っていただいて、こういう病院団体ですとか、あるいは事務長さんの勉強会とか病院長同士の勉強会とか、そういうのをやっていただけると、それはそれでいいんじゃないかなというふうに思っているところがあります。

すみません、相当早口で話して大変だったと思うんですが、質問の時間をちょっととれなかったかもしれませんが、私のお話、メッセージを含めたものはこれで終わらせていた

だきます。

どうもありがとうございます。(拍手)

○合原座長 どうもありがとうございます。非常に内容の濃いお話を非常に早く話していただきましたので、皆さん方、スライドのコピーがありますので、詳細に読んでいただきまして、また先生がおっしゃいましたように、厚生省のホームページにいろいろ載っているようでございますので、その辺をしっかりとやっていただきたい。

先生、1つ、2つ質問をよろしいでしょうか。どなたかご質問のある方、いらっしゃいますか。大塚先生、どうぞ。

○大塚名誉会長 福岡市の社会医療法人大成会の大塚でございます。

私は、薬価と保険医療材料についてお願いがございます。薬価については、厚生労働省経済課が毎年7月に市場実勢価格加重平均値を出して、それで消費税8%乗せ、手数料としても同様です。ところが、皆さん、薬を買うとき、ほとんど消費税をとられていきますよね。内税で入っている消費税を外税でまたとらせています。これは何とか整合性をお願いいたします。もし、そのままであれば、問屋あるいはメーカーが問屋に物を渡す前、内税だから消費税をとっちゃいけませんよね。これを企画官の先生に何とかお願いいたします。私は、医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会の委員を10年ほどいたしております、やめる間際になって問題提起したん

ですけど、全くまだ解決されておりませんので、先生のお力でどうかお願いしたいと思っております。

○眞鍋企画官 薬価改定、材料改定、非常にお詳しいので、おっしゃっていただいたのはそのとおりでございます。消費税をどう乗つけるかというのは結構議論があります。そこはまた意見も踏まえて、次の薬価改定、材料価格改定で検討させていただきたいというふうに思います。そこはご要望として承ります。

ちょっと別のコメントをしていいですか。というのは、今、消費税をどうするかという話が進んでいまして、医療団体は一致して、今、日本医師会のほうで取りまとめをやっていますけれども、今回薬価と材料の価格調査をするかどうかなんですが、するととなると、また皆さんに手間をかけてしまうんですが、消費税を増税するとなれば私どもは調査しなきゃいけないんですが、サミットでの首相の説明とか、今、いろいろ報道も出ていますけれども、あれによつては薬価調査しないというところも今回あり得るかなと。でも、やるやらないは、来月ぐらいに決めることになってきます。

それともう一つ、今私が申し上げたのは、そこプラス、医療費の伸び、社会保障費の伸びを3年間で1兆5,000億円と冒頭申し上げましたね。あれは増税が前提なんですね。実は、今回増税されなくなつてしまつたら、まうとちょっと別の世界が広がる感じで、

増税したときの財源をもつて3年間で1兆5,000億円なので、増税しなくて財源がないというときにどのぐらいの伸びを許容してもらえるかというのは、ちょっと私は本当に怖いなというふうに思っています。

ただ、前提として、私はそんなに悲観的じゃない部分もあつて、医療は大事だということを安倍政権は一応思ってくれていますので、ただ、お金がないことになつちやいますので、そこは私どもも本当に心配しているところという事です。

○合原座長 ほかにございませんでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、先生、長時間にわたりまして丁寧なご説明をいただきまして、本当にありがとうございます。会場の皆様方も、今度の点数改定の精神がよくわかつたんじゃないかと思えますし、実は、意外と先生方が非常に温かい心でなさつておるといふのに私は感動いたしました。先生の今後のご活躍を祈念いたします。この会を閉じたいと思います。どうもありがとうございます。(拍手)

○佐田理事 これをもちまして、平成28年度の総会・特別講演会を終了させていただきます。私は理事の佐田と申します。

例年、総会・特別講演会終了後に懇親会を開催しておりますけれども、今回は、先般ご承知のように熊本地震の影響によりまして開催を自粛させていただきました。その費用は、義援金の一部として活用させていただきます。したがって、本日は、これで終了とさ

せていただきます。

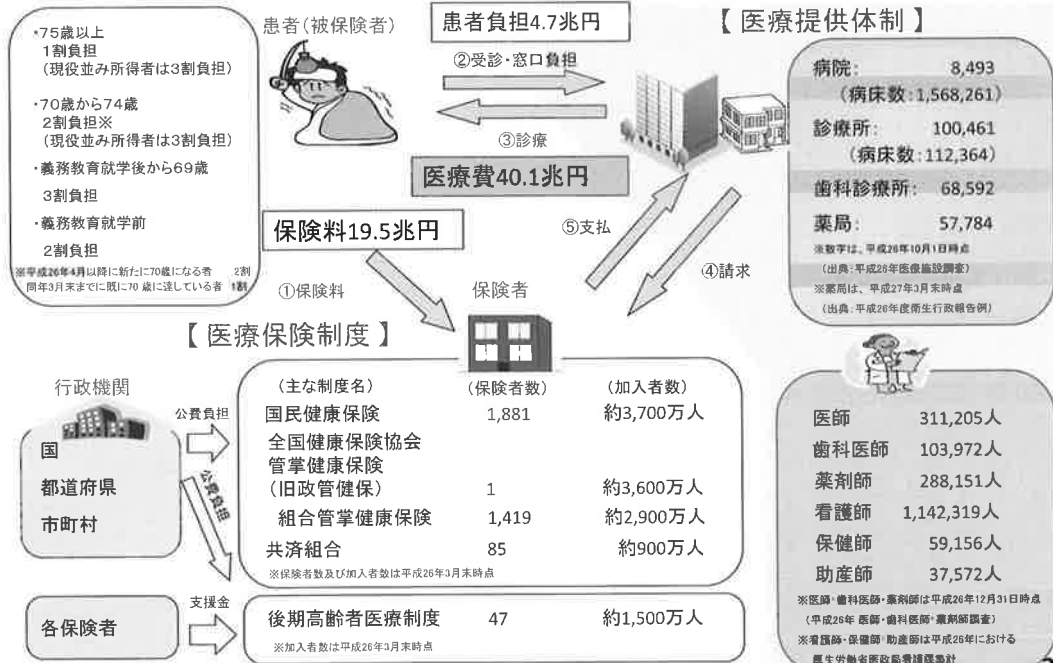
最後に、きょうご講演を賜りました眞鍋先生にもう一度拍手で会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

今回の診療報酬改定を振り返って

～民間病院の生き残りのために～

厚生労働省保険局医療課企画官 眞鍋 馨

我が国の医療制度の概要



平成25年度 国民医療費の構造

- 平成25年度における国民医療費総額は、40兆610億円（人口1人当たり国民医療費31万4,700円）。
- 財源別にみると、公費は15.5兆円（38.8%）、保険料は19.5兆円（48.7%）、患者負担等は5兆円（12.5%）
- 診療種類別にみると、医科診療が28.7兆円（71.8%）、歯科診療2.7兆円（6.8%）、薬局調剤が7.1兆円（17.8%）
- 医療機関の費用構造は、人件費が18.6兆円（46.4%）、医薬品が8.9兆円（22.3%）、材料費が2.6兆円（6.4%）

【財源別内訳】 ≪国民医療費総額（40兆610億円）の内訳≫

公費 15.5兆円（38.8%）		保険料 19.5兆円（48.7%）		その他 ※1 5兆円（12.5%）
国庫 10.4兆円 (25.9%)	地方 5.2兆円 (12.9%)	事業主 8.1兆円 (20.3%)	被保険者 11.4兆円 (28.5%)	患者負担 4.7兆円 (11.8%)
※国民健康保険の保険料が含まれている。				

【診療種類別内訳】

医科診療 28.7兆円（71.8%） ※うち、入院医療費15.0兆円（37.4%）／入院外医療費13.8兆円（34.4%）	歯科診療 2.7兆円 (6.8%)	薬局調剤 7.1兆円 (17.8%)	その他 ※2
---	-------------------------	--------------------------	-----------

【医療機関の費用構造】 ※3

医療サービス従事者 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師等) 18.6兆円（46.4%）	医薬品 8.9兆円（22.3%）	委託費 1.9兆円 (4.8%) (診療材料、給食材料等) 8.0兆円（20.0%）	経費、その他 (光熱費、賃借料、 支払利息等) 2.6兆円（6.4%）
--	---------------------	---	--

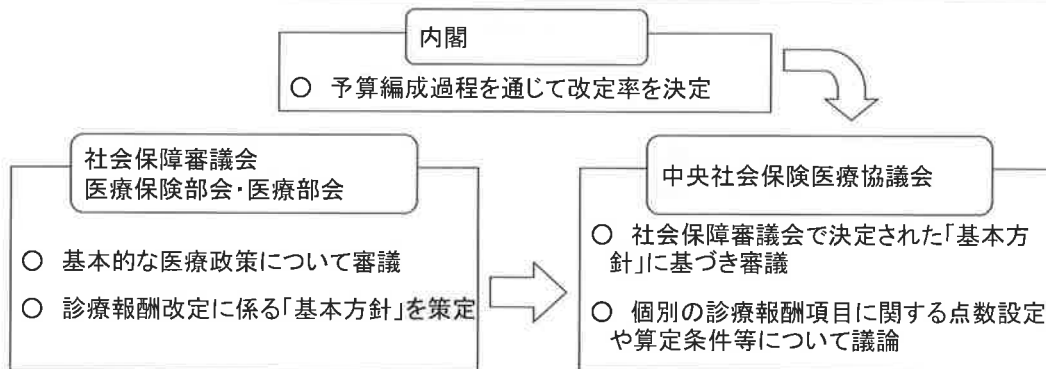
- ※1 患者負担及び原因者負担(公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等)
 ※2 入院時食事・生活医療費:0.8兆円(2.0%)、訪問看護医療費:0.1兆円(0.3%)、療養費等:0.6兆円(1.4%)
 ※3 「平成25年度 国民医療費」及び「医療経済実態調査(平成27年)」の結果等に基づき推計

出典:「平成25年度 国民医療費」 3

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員(保険者、被保険者の代表) 7名
- ② 診療側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表) 7名
- ③ 公益代表 6名(国会同意人事)

4

平成28年度診療報酬改定のスケジュール

平成27年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

夏以降 平成28年度診療報酬改定の基本方針の議論
11月下旬～12月初旬 平成28年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

平成28年

厚生労働大臣

1月中旬
中医協に対し、
・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

平成28年4月1日 施行

平成27年7月9日 第87回社会保障審議会医療保険部会 資料 5

平成27年9月16日 第40回社会保障審議会医療部会 資料 1

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

(～12月)
検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

10月～11月 医療経済実態調査の結果報告

12月上旬 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議
(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月中旬
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

5

平成28年度診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37年)に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- ・ 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体) +0.49%

{ 医科 +0.56%
 歯科 +0.61%
 調剤 +0.17%

薬価改定 ▲1.22%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特別の実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

※ なお、別途、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

6

(参考)近年の診療報酬改定率の推移

	全体(ネット) 改定率		
		薬価・材料改定率 (医療費ベース)	本体改定率 (医療費ベース)
平成10年度 (1998年度)	▲1.3%	▲2.8%	+1.5%
平成12年度 (2000年度)	+0.2%	▲1.7%	+1.9%
平成14年度 (2002年度)	▲2.7%	▲1.4%	▲1.3%
平成16年度 (2004年度)	▲1.0%	▲1.0%	±0%
平成18年度 (2006年度)	▲3.16%	▲1.8%	▲1.36%
平成20年度 (2008年度)	▲0.82%	▲1.2%	+0.38%
平成22年度 (2010年度)	+0.19%	▲1.36%	(+1.55%)
平成24年度 (2012年度)	+0.004%	▲1.375%	(+1.379%)
平成26年度 (2014年度)	通常改定分	▲1.26%	+0.1%
	消費税対応分	+1.36%	+0.63%
	合計	+0.1%	+0.73%
平成28年度 (2016年度)		▲0.84%	+0.49%
	(薬価の市場拡大再算定(通常分)を加えると)	▲1.03%	
	(薬価の市場拡大再算定(通常分)を加えると)	▲1.52%	

※本体改定率0.1% = 医療費約430億円 (うち国費約101億円)

7

平成28年度診療報酬改定

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点	「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。 ⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。
視点1	「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること ○「病床の機能分化・連携」の促進 ○多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」 ○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等
視点2	「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等
視点3	重点的な対応が求められる医療分野を充実すること ○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ○認知症患者への適切な医療の評価 ○イノベーションや医療技術の評価 等
視点4	効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること ○後発医薬品の価格算定ルールの見直し ○大型門前薬局の評価の適正化 ○費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

8

平成28年度診療報酬改定の概要

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

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- 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
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「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
- 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
- 難病法施行を踏まえた難病患者の適切な医療の評価
- 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
- 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
- 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
- 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
- DPICに基づく急性期医療の適切な評価

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点

- 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
- 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
- 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
- 明細書無料発行の推進

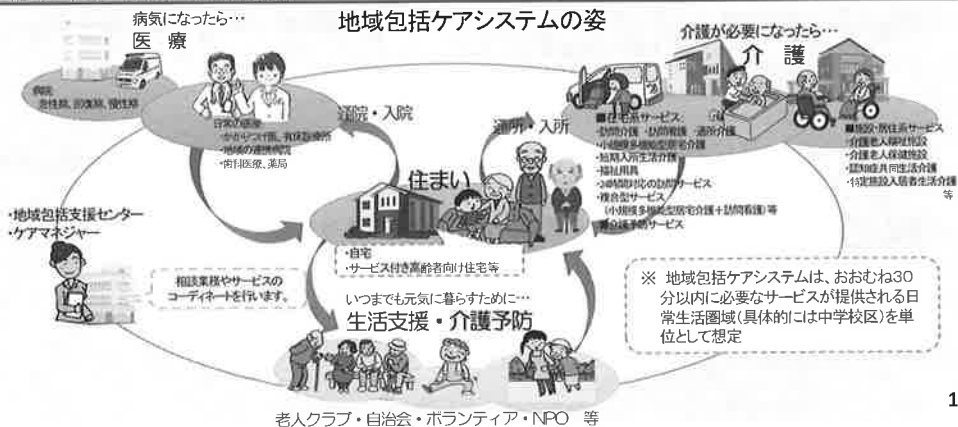
IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 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
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 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
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

地域包括ケアシステムの構築について

参考

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



重点課題

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

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

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

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

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

11

入院医療の機能分化・強化

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化を図るため、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施。

医療機能ごとの患者像に応じた評価

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 総合入院体制加算について、「重症度、医療・看護必要度」(A、C項目)の基準を導入
- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 重症患者を受け入れている10対1一般病棟を評価
- 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化
- 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよりきめ細かく適正な評価



特定集中治療室等



7対1病棟等



地域包括ケア病棟
回復期リハビリテーション病棟 等



療養病棟等

医療機能の強化のための評価

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価
- 総合入院体制加算における、認知症・精神疾患患者の受入体制の評価
- 7対1病棟の在宅復帰率の基準の見直し
- 看護職員・看護補助者の手厚い夜間配置を実施している医療機関の評価
- 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の効果に応じたリハビリテーション料の評価（アウトカム評価）
- 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し

12

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

➤ 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)
<p>【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上</p> <p>【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理</p> <p>【B項目】 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱</p>	<p>【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上</p> <p>【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療</p> <p>8 救急搬送後の入院</p> <p>【B項目】 9 寝返り (削除) (削除) 10 移乗 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 診療・処置上の指示が通じる 15 急診行動</p> <p>【C項目】 16 開胸手術 17 開腹手術 18 開腹手術 19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・覚醒麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心的同期術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療</p>

医療機能に応じた入院医療の評価について②

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

現行の基準を満たす患者割合の要件	改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の15%以上	[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の25%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の5%以上	[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の6%以上
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)	[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目、C項目)
[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)	[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の5%以上(A項目のみ)
【経過措置】 7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が23%以上であることとする。	

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

➤ 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴い、10対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の見直しを行う。

現行	改定後
看護必要度加算1 30点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が15%以上)	看護必要度加算1 65点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が24%以上)
看護必要度加算2 15点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が10%以上)	看護必要度加算2 45点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が18%以上)
	看護必要度加算3 25点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が12%以上)

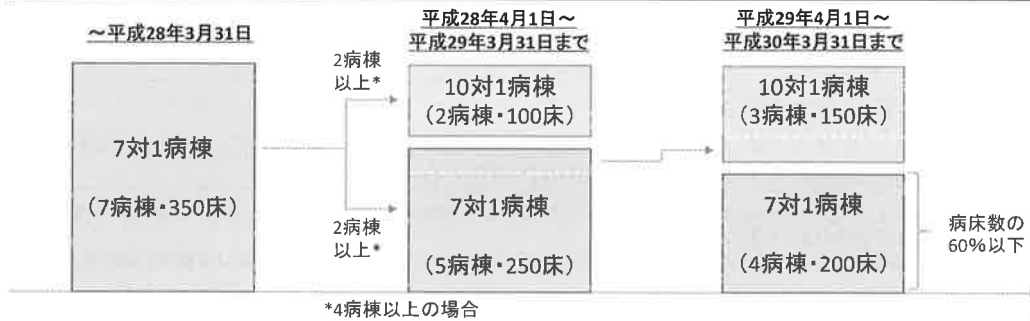
医療機能に応じた入院医療の評価について③

病棟群単位による届出①

➤ 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と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。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 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こと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



医療機能に応じた入院医療の評価について④

在宅復帰率の要件見直し

➤ 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行 (7対1入院基本料)	改定後 (7対1入院基本料)
自宅等に退院する者の割合が75%以上	自宅等に退院する者の割合が80%以上
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。) ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)
現行 (地域包括ケア病棟入院料)	改定後 (地域包括ケア病棟入院料)
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)
【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)	【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑤

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

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

現行	改定後
特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」 A項目：すべての項目が1点 該当基準：A項目が3点以上かつB項目が3点以上	特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」 A項目：「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点 その他の項目が2点 該当基準：A項目が4点以上かつB項目が3点以上
特定集中治療室管理料1・2 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上 特定集中治療室管理料3・4 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上	特定集中治療室管理料1・2 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上 特定集中治療室管理料3・4 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 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」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

17

医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む。)の包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟まで(※)とする。

※平成28年1月1日現在で地域包括ケア病棟入院料を複数届け出ている保険医療機関は、当該時点で現に届け出ている病棟を維持できる。

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

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

現行(7対1入院基本料)	改定後(7対1入院基本料)
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上	【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 入院患者に関する要件なし	【療養病棟入院基本料2】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。

- 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

18

医療機能に応じた入院医療の評価について⑦

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

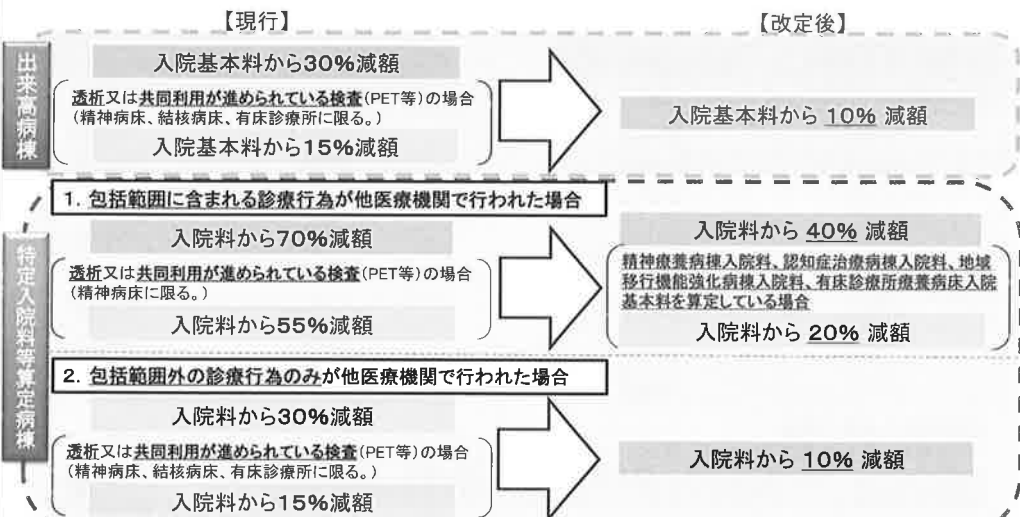
▶ 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行	改定後
医療区分3 <ul style="list-style-type: none"> 酸素療法を実施している状態 	医療区分3 <ul style="list-style-type: none"> 酸素療法を実施している状態のうち、 <ul style="list-style-type: none"> 常時流量3L/分以上を必要とする状態 心不全の状態（NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度） 肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態（実施から30日間）
医療区分2 <ul style="list-style-type: none"> 頻回の血糖検査を実施している状態 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態（検査日から3日間） うつ症状に対する治療を実施している状態 <ul style="list-style-type: none"> うつ症状に対する薬を投与している場合 精神科専門療法（入院精神療法等）を算定している場合 	医療区分2 <ul style="list-style-type: none"> 酸素療法を実施している状態（上記以外） 頻回の血糖検査を実施している状態 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジン製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態（検査日から3日間） うつ症状に対する治療を実施している状態 <ul style="list-style-type: none"> 精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合 精神科専門療法（入院精神療法等）を算定している場合

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

▶ 入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院料減算について、特に診療料の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和するとともに、減算規定を簡素化する。



重点課題

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

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

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

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

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

21

医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

現行		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数	医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点	15対1	870点
20対1	648点	20対1	658点
25対1	520点	25対1	530点
30対1	435点	30対1	445点
40対1	350点	40対1	355点
50対1	270点	50対1	275点
75対1	190点	75対1	195点
100対1	143点	100対1	148点

【施設基準】(業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



22

医療従事者の負担軽減・人材確保について②

医師事務作業補助体制の評価②

- 20対1補助体制加算について、25対1、30対1、40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1、100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

現行	改定後
【20対1補助体制加算】 [主な要件]15対1と同様の施設基準 ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関 ・年間緊急入院患者数800名以上	【20対1補助体制加算】 [主な要件]25対1,30対1,40対1と同様の施設基準 15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院 ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上
【50対1,75対1,100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上	【50対1,75対1,100対1補助体制加算】 [主な要件] ・年間緊急入院患者数100名以上(75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)

- 50対1、75対1、100対1補助体制加算の対象として、療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加する。
- 特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、医師事務作業補助体制加算1に限り、要件を満たす場合に算定可能とする。

23

医療従事者の負担軽減・人材確保について③

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

- 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

現行	改定後
月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まれない。	【7対1及び10対1入院基本料】 月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まれない。
療棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。	【7対1及び10対1入院基本料以外】 月当たりの夜勤時間数が9時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まれない。
	夜勤時間帯に療棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行	改定後
基準に該当しなくなったから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。	基準に該当しなくなったから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

- 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

【施設基準】

- 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

【算定対象】

- 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

24

医療従事者の負担軽減・人材確保について④

夜間看護体制の充実に関する評価

▶ 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算 7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行		改定後	
看護職員夜間配置加算	50点	1 看護職員夜間12対1配置加算 (新)イ 看護職員夜間12対1配置加算1	80点
		□ 看護職員夜間12対1配置加算2	60点
		(新)2 看護職員夜間16対1配置加算	40点

※1のイ(看護職員夜間12対1配置加算1)及び2(看護職員夜間16対1配置加算)に、夜間看護体制の評価が含まれている。

夜間看護体制の評価に関する項目

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が1時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降※1
- ③夜勤の連続回数2回以下
- ④業務量の把握・部署間支援
- ⑤看護補助者比率5割以上※2
- ⑥看護補助者の夜間配置
- ⑦看護補助者への院内研修※3
- ⑧夜間院内保育所の設置

急性期看護補助体制加算 7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行		改定後	
夜間25対1	35点	夜間30対1	40点
夜間50対1	25点	夜間50対1	35点
夜間100対1	15点	夜間100対1	20点
(新規)		夜間看護体制加算	10点

看護補助加算 13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行		改定後	
看護補助加算1、2、3(1日につき)		看護補助加算1、2、3(1日につき)	
(新規)		(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
(新規)		(新)夜間看護体制加算(入院初日)	150点

有床診療所入院基本料 有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行		改定後	
夜間看護配置加算1	80点	夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	30点	夜間看護配置加算2	35点

[加算等の算定要件]

- 看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)
- 7項目(①～⑧)のうち4項目以上
- 急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)
- 6項目(①～⑥)のうち3項目以上
- 看護補助加算(夜間看護体制加算)

7項目(①～⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。
※2 ⑤の看護補助者比率=(みなし看護補助者を除いた看護補助者数)÷(みなし看護補助者を含む看護補助者数)
※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

▶ 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう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し、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を促進する。

現行

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。

改定後

- 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

[施設基準]

- 看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上は見直しを行うこと。
- 所定の研修※を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑥

常勤配置の取扱いの明確化

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



重点課題

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

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

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

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

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

外来の機能分化・連携の推進

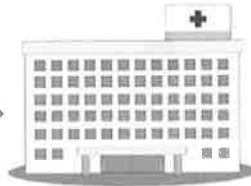
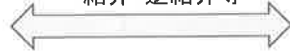
かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- ・認知症に対する主治医機能の評価
 - ・小児に対するかかりつけ医の評価
 - ・地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和
- (※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- ・紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症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に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

▶ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行	改定後
<p>地域包括診療料の施設基準</p> <p>病院の場合 下記のすべてを満たすこと ①2次救急指定病院または救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院</p> <p>診療所の場合 下記のすべてを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所</p> <p>地域包括診療加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所</p>	<p>地域包括診療料の施設基準</p> <p>病院の場合 下記のすべてを満たすこと (削除) ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院</p> <p>診療所の場合 下記のすべてを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所</p> <p>地域包括診療加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所</p>

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準	
新					
認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること	
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること	
新					
認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上			内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)		

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

➤ 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

(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



[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあっては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であって、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関すべてを把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。
- ④ 児の健康歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

33

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

➤ 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、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する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)



[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- 併せて、薬剤管理指導料の「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(420点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

➤ 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合の評価を新設する。

**(新) 栄養サポートチーム加算(週1回)
歯科医師連携加算 50点**

34

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑤

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

▶ 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》
厚生労働大臣が定める特別食[※]を必要とする患者
※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》
厚生労働大臣が定める特別食^{※1}を必要とする患者、**がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者**

※1 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

▶ 指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料^{※1}】

(概ね15分以上) 130点

※1 入院栄養食事指導料1は130点、2(有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

【外来・入院栄養食事指導料^{※2}】

(新) **イ 初回(概ね30分以上) 260点**
(新) **ロ 2回目以降^{※3}(概ね20分以上) 200点**

※2 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。
※3 入院栄養食事指導料については「2回目」

▶ 在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》
医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》
医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、**食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。**

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

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ように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価
 - ・病棟への退院支援職員の配置
 - ・連携する施設の職員との定期的な面会
 - ・介護支援専門員との連携
 - ・多職種による早期のカンファレンス 等
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価

在宅復帰機能が高い医療機関の評価

- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設
- 7対1病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算算定病棟)における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

退院支援に関する評価の充実①

▶ 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ように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

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

(改) 退院支援加算2

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



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

37

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実②

▶ 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価を新設する。

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

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

[算定要件]

- ① 退院支援及び地域連携業務に専従する職員(退院支援職員)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- ② 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」は原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」は原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- ③ 入院後7日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- ④ 病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業者等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

[施設基準]

- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門(退院支援部門)が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- ③ 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ここで、当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病床数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

38

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑧

退院支援に関する評価の充実③

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療期間において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因：先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
 - ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 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

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

39

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

- 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観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しを行う。

現行		改定後	
介護支援連携指導料	300点	介護支援連携指導料	400点
退院時共同指導料1		退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点	1 在支診の場合	1,500点
2 1以外の場合	600点	2 1以外の場合	900点
退院時共同指導料2	300点	退院時共同指導料2	400点

40

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

退院直後の在宅療養支援に関する評価

➤ 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ために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 1 在宅慢性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己臓腑灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養療法指導管理
在宅成分栄養療法指導管理
在宅自己導尿管指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

41

重点課題

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

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

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

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

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

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

42

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、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行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）

特定施設入居時等 医学総合管理料 （特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設
在宅時医学総合管 理料（在総管）	上記以外の住まい

改定後（対象となる住まい）

施設入居時等医学総 合管理料（施設総 管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人 ホーム、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
在宅時医学総合管 理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有 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）に居住している患者は、平成29年3月末ま では在総管を算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛 管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与を受けている患者		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)		改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
同一建物居住者以外の場合	4,600点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	1,100点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
		月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
		月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)		改定後 (在総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	1,000点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

現行 (特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)		改定後 (施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
同一建物居住者以外の場合	3,300点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	800点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
		月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
		月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行 (特医総管：在支診)		改定後 (施設総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	3,000点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	720点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
		月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行		同一建物居住者の場合	
対象項目		<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料(在総管) 特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等 	
↓			
改定後		同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目		<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者訪問診療料 等 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料(在総管) 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義		<p>当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を、「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数をいう。(※)</p>
<p>(※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一つの患者に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。 ● 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。 ● ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月までは在総管を含む。)を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。 			

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

小児在宅医療に係る評価の推進

- ▶ 小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する観点から、機能強化型の在支診・病の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。



現行	改定後
<p>【機能強化型(単独型)】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上</p>	<p>【機能強化型(単独型)】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が4件以上</p>
<p>【機能強化型(連携型)】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上</p>	<p>【機能強化型(連携型)】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上 ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上又は15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が2件以上</p>

休日の往診に対する評価の充実

- ▶ より充実した診療を行っている医療機関を評価する観点から、休日の往診に対する評価を新設する。

現行	改定後
<p>【機能強化型(病床有り)】 夜間(深夜を除く。)の往診 1,700点</p>	<p>【機能強化型(病床有り)】 夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,700点</p>
<p>【機能強化型(病床なし)】 夜間(深夜を除く。)の往診 1,500点</p>	<p>【機能強化型(病床なし)】 夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,500点</p>
<p>【通常型】 夜間(深夜を除く。)の往診 1,300点</p>	<p>【通常型】 夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,300点</p>
<p>【その他】 夜間(深夜を除く。)の往診 650点</p>	<p>【その他】 夜間・休日(深夜を除く。)の往診 650点</p>

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑤

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。		
緊急、夜間・休日又は深夜の往診		100点
ターミナルケア加算		1,000点
在宅時医学総合管理料		100~400点
施設入居時等医学総合管理料		75~300点
在宅がん医療総合診療料		150点

[施設基準]

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑥

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	50点
ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合管理料	75~300点	50~200点
施設入居時等医学総合管理料	56~225点	40~150点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点

[施設基準]

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	-	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑦

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

▶ 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、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する。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数※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、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上</p> <p>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。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上</p> <p>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。</p>

※ターミナルケア件数；

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及び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を合計した数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑧

病院・診療所からの訪問看護の評価

▶ 在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保する。

現行	改定後
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで 555点</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで 580点</p>
<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで 555点</p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで 580点</p>
<p>【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合 575点</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p>
<p>【退院前訪問指導料】 555点</p>	<p>【退院前訪問指導料】 580点</p>

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料は、代表的な点数を挙げている。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑨

衛生材料等の提供についての評価

- 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及び保険医療材料を提供したことについて評価する。

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行	改定後
在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点	在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



特定保険医療材料等の算定の明確化

- 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及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

訪問看護・特別養護老人ホーム	
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に行き訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料(患者に使用した分に限る)の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に行き訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。(当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。)

53

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- 保険薬剤師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回に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できるようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

54

重点課題

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

- 1 医療機能に応じた入院医療の評価について
- 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
- 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
- 4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について
- 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

55

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

- 「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。

56

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

1 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

2 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

3 明細書無料発行の推進について

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①

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- ▶ 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

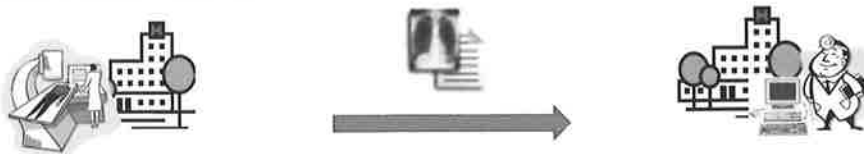
- ▶ 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

(新) **検査・画像情報提供加算**
 (診療情報提供料の加算として評価)
 イ 退院患者の場合 200点
 ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

(新) **電子的診療情報評価料 30点**

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[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。

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②

データ提出を要件とする病棟の拡大

▶ 10対1入院基本料（許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る）についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行		改定後	
1 データ提出加算1（入院中1回）		1 データ提出加算1（入院中1回）	
イ 200床以上の病院の場合	100点	イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	150点	ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2（入院中1回）		2 データ提出加算2（入院中1回）	
イ 200床以上の病院の場合	110点	イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	160点	ロ 200床未満の病院の場合	180点

[経過措置]

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、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。

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度（Hファイル）	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア（評価票により評価を行うことが必要な病棟）	重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで（6ヶ月）
詳細な診療行為の提出（EFファイル）	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで（6ヶ月）

59

患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で
質の高い医療を実現する視点

1 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・利活用について

2 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

3 明細書無料発行の推進について

60

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



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①

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	改定後
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	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状態が、3か月ごとの集計・報告で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。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

- 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の効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、**1日6単位を超えるもの**(脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く)は**回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する**。

※ リハビリテーション充実加算(1日6単位以上)の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数(実績指数の計算対象となるものに限る)が10名以上かつ
 - ②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上
- 1日平均提供単位数 = $\frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$

①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

63

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい**。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭脳損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が70点以上の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

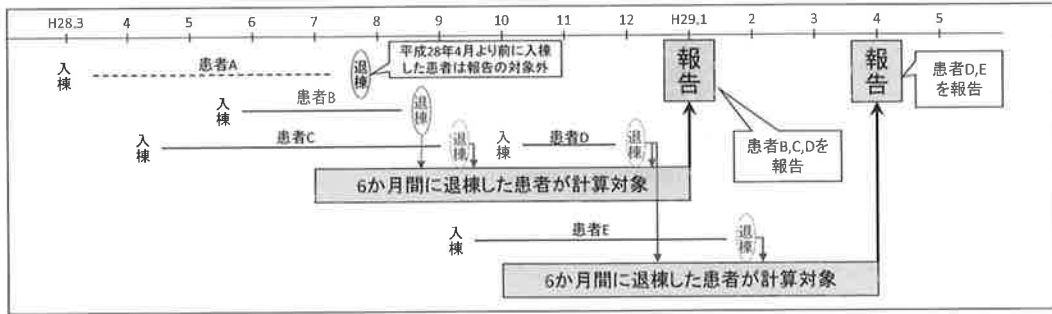
◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

64

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

報告月	平成29年1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
ケース1	○	-	-	○	-	-	○	-
ケース2	○	-	-	× (1回目)	-	-	○ (リセット)	-
ケース3	× (1回目)	-	-	× (2回連続)	-	-	○ (リセット)	-
ケース4	× (1回目)	-	-	× (2回連続)	-	○ (リセット)	× (1回目)	-

1日9単位まで出来高算定可
1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、2回連続して基準を下回った月から6単位超が包括

・6単位超が包括だった月の翌月は、1、4、7、10月でなくても報告可。
・過去6か月間の実績(ここでは平成28年12月から平成29年5月)が基準を上回ったら、その月から再び1日9単位まで出来高算定可。

質の高いリハビリテーションの評価等②

回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

▶ 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る保険医療機関において、入院と退院後の医療をつながり保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。

現行	改定後
常勤医師1名以上を専従配置 1日につき200点	体制強化加算1(従前と同じ) 1日につき200点
専従医師は、当該病棟外の業務は不可	(新)体制強化加算2 1日あたり120点
	常勤医師2名以上を専従配置。うち2名は、特定の日、時間において、病棟外の業務に従事可能。

[体制強化加算2の施設基準]

- (1) 前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- (2) 病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- (3) 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
- (4) 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。

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

現行	改定後
初期加算、早期加算の対象 (特に疾患名による区別なし)	初期加算、早期加算の対象 慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ
初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日	初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの
慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数 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。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算	慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 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については、発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から起算
[経過措置] 平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。 平成28年3月31日時点で脳血管疾患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ものについては、当該時点における標準的算定日数を適用	

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

▶ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの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させる。

現行	改定後
ADL維持向上等体制加算 25点 [要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等	ADL維持向上等体制加算 80点(改) (あらかじめ登録した従事者が資格で6時間以上勤務した日に限り算定) [要件] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上 等
▶アウトカム評価として、入院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとはなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。	

質の高いリハビリテーションの評価等④

廃用症候群リハビリテーション料の新設

▶ 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用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

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「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」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

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

- ▶ 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- ▶ 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

現行	改定後
<p>要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料 本則の100分の90に減算</p> <p>維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合 所定点数の100分の90に減算</p>	<p>要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※) 本則の100分の60に減算</p> <p>維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※) 所定点数の100分の80に減算</p> <p>※平成30年4月1日以降は原則として対象外。</p>
<p>(新) 目標設定等支援・管理料</p> <p>1 初回の場合 250点 2 2回目以降の場合 100点</p>	<p>目標設定等支援・管理料を算定してから3ヶ月間は、1月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能</p>

[算定要件等]

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リハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

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

- ▶ 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行	改定後
<p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)105点</p> <p>[算定対象] 急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等</p> <p>[施設基準] ・循環器科又は心臓血管外科を標榜 ・循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する常勤医師が1名以上勤務</p>	<p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)125点(改)</p> <p>[算定対象] 急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等 (急性心筋梗塞と心大血管疾患は発症等から1か月以降のもののみ)</p> <p>[施設基準] (削除) ・心大血管リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務</p>

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

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

▶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に、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。
 - (2) 各疾患別リハビリテーションの(Ⅰ)を算定するものであること。
 - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)の訓練を行うもの。
 - (4) 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること。
- ※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。
 ※実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

運動器リハビリテーション料の評価の充実

▶施設基準において求められる人員要件等を総合的に考慮し、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の評価を充実させる。

現行	改定後
運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)180点	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)185点(改)

71

質の高いリハビリテーションの評価等⑧

摂食機能療法の対象の明確化等

▶摂食機能に対するリハビリテーションを推進する観点から、摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大し、経口摂取回復促進加算の要件を緩和する。

現行	改定後
摂食機能療法の算定対象 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの	摂食機能療法の算定対象 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法
(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

- ・専従の常勤言語聴覚士1名(前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満の場合は疾患別リハビリテーション等と兼任可能)
- ・4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復 等

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

▶リハビリテーションの施設基準における専従規定を見直し、各項目の普及を促進する。

1. リハビリテーションの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について、相互に兼任可能とする。(ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限る。)
2. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、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ない曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、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こととする。

72

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

1 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・利活用について

2 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

3 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進

➤ 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。

(※) 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)

① 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。)についても、患者に対する情報提供の観点から、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、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「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

② ただし、自己負担がない患者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ーを使用している、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、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

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

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

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

6 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

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価①

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

▶ 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する。

現行	
がん診療連携拠点病院加算	500点



改定後	
(改) 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
(新) 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

現行	
がん治療連携管理料	500点



改定後	
(改) 1 がん診療連携拠点病院の場合	500点
(新) 2 地域がん診療病院	300点
(新) 3 小児がん拠点病院加算	750点

がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

▶ 進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することの評価を新設する。

(新) 外来がん患者在宅連携指導料 500点(1人につき1回限り)

【算定要件】

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、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。

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

- ▶ 進行がん患者で、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の評価を新設する。また、緩和ケア病棟に入院中の放射線治療や退院した月の在宅療養指導管理料を別に算定できることとする。

現行		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
2	31日以上60日以内の期間	4,412点
3	61以上の期間	3,384点

改定後		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
(新)	緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
(改) 2	31日以上60日以内の期間	4,400点
(改) 3	61以上の期間	3,300点

〔緊急入院初期加算の算定要件〕

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、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、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、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。

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

- ▶ 緩和ケア研修を受けていない医師が実施する「がん性疼痛緩和指導管理料2」について、1年間の経過措置を設けた上で、廃止する。

がん性疼痛緩和指導管理料

現行		
1	緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合	200点
2	1以外の場合	100点

改定後		
(改)	がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止		

77

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価③

外来化学療法加算の評価の見直し

- ▶ 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算(8項目)について、点数の引き上げを行う。

【現行】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	780点
	②15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	630点
	②15歳以上	430点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	700点
	②15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	600点
	②15歳以上	350点

【改定後】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	820点
	②15歳以上	600点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	670点
	②15歳以上	450点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	740点
	②15歳以上	470点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	640点
	②15歳以上	370点



78

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

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

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

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

6 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

「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
患患者の受け入れ体制の確保
(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)

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

▶ 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について評価する。

(新) 認知症ケア加算1	イ 14日以内の期間	150点(1日につき)
	ロ 15日以上期間	30点(1日につき)
認知症ケア加算2	イ 14日以内の期間	30点(1日につき)
	ロ 15日以上期間	10点(1日につき)



・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。
 ・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。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

81

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

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

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

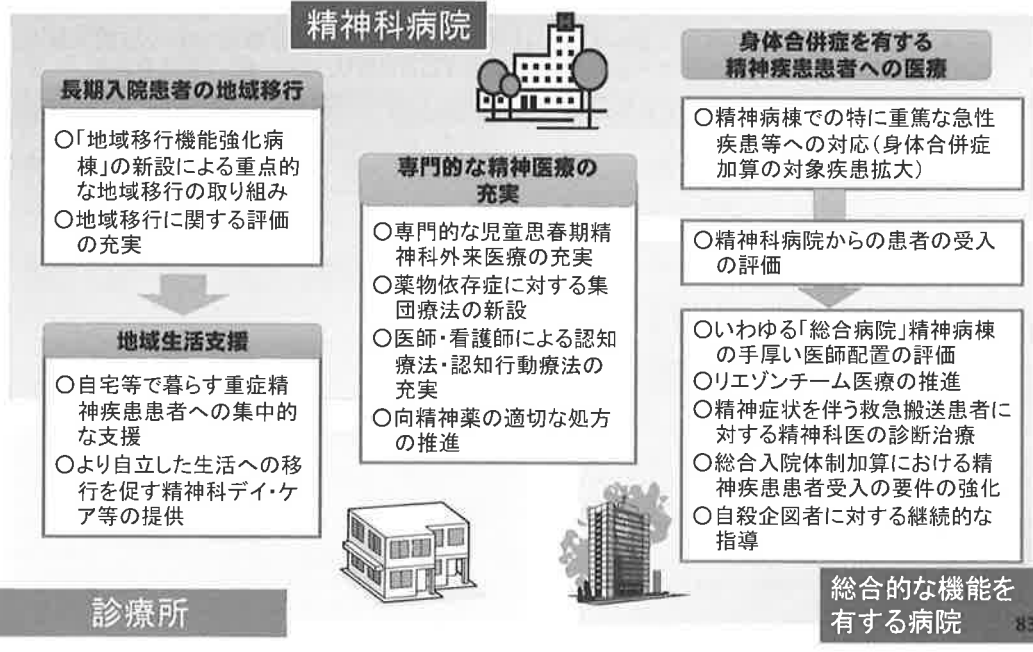
4 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について

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

6 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

82

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価



質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

- 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価
(新) **地域移行機能強化病棟入院料 1,527点**

[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) 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- (3) 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。
- (4) 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)
- (5) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

- 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

現行	改定後
精神科地域移行実施加算 10点	精神科地域移行実施加算 20点

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

- ▶ 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行	改定後
<p>【精神科重症患者早期集中支援管理料】</p> <p>管理料1 イ 同一建物居住者以外 1,800点 □ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者 900点 (2) (1)以外 450点</p> <p>管理料2 イ 同一建物居住者以外 1,480点 □ 同一建物居住者の場合 (1) 特定施設等の入居者 740点 (2) (1)以外 370点</p> <p>[算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。 ア 一年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者 エ 障害福祉サービスを利用していない者</p> <p>[施設基準] (1) 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、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) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。</p>	<p>【精神科重症患者早期集中支援管理料】</p> <p>管理料1 イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,800点 □ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,350点</p> <p>管理料2 イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u> 1,480点 □ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u> 1,110点</p> <p>[算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。 ア 一年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む) エ (削除)</p> <p>[施設基準] (1) <u>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。</u> ※作業療法士は非常勤でも可。 (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。</p>

85

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

- ▶ 一年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、精神保健福祉士等による患者の意向の聴取等が行われる場合に限り、週4回以上の算定を可能とする。
- ▶ 3年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、週4日目以降の評価を適正化する。

現行	改定後
<p>【精神科ショート・ケア】 【精神科デイ・ケア】 【精神科デイ・ナイト・ケア】 【精神科ナイト・ケア】 注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】 【精神科デイ・ケア】 【精神科デイ・ナイト・ケア】 【精神科ナイト・ケア】 注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。ただし、<u>週4日以上実施する場合には、以下の要件を全て満たすこと。</u> ○医学的に特に必要と判断されること ○精神保健福祉士等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 ○月14回以上デイ・ケア等を提供する患者の割合が8割未満であること。またはデイ・ケアの実施期間の平均が12か月未満であること。</p> <p>注 <u>3年を超える期間に行われる場合であって、週4日以上実施する場合には、週4日目以降、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する(1年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)(※)。</u></p> <p>(※)ショート・ケアを除く。</p>

86

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

- 一般病院において、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れや、精神症状を併せ持つ救急搬送患者に対し精神科医が診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神疾患診療体制加算

- 1 精神科病院の求めに応じ、身体合併症に対する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 **1,000点(入院初日)**
- 2 身体疾患又は外傷と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診療した場合 **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。

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

- 難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)及び二類感染症患者療養環境特別加算の対象を精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)にも拡大する。

87

質の高い精神医療の評価⑤

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

- 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[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) 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。
- (3) 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。
- (4) 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (5) 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。
- (6) 精神科医が、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を、毎月5名以上、到着後12時間以内に診察していること。
- (7) 入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

- 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の対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

[追加する疾患・病態]

間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患 等

88

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

▶ チームを構成する看護師や精神保健福祉士等の要件を緩和するとともに評価を充実する。

現行	改定後
精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回) [施設基準] (1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア 5年以上の経験を有する専任精神科の医師 イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士等	精神科リエゾンチーム加算 300点(週1回) [施設基準] (1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア 5年以上の経験を有する専任の精神科医師 イ <u>精神科の経験を3年以上有する</u> 、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤精神保健福祉士等。 <u>ただし、当該チームが診療する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。</u>

自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

▶ 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価を新設する。

(新) **救急患者精神科継続支援料** 入院中の患者 435点(月1回)
 入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]
 適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。89

質の高い精神医療の評価⑦

向精神薬の適切な処方の促進

▶ 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

処方料、薬剤料、処方せん料

現行	改定後
処方料、薬剤料、処方せん料 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。 ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ② 薬剤を切り替える場合 ③ 臨時に投薬する場合 ④ 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	処方料、薬剤料、処方せん料 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(以下①から④を除く)を行った場合。 ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ② 薬剤を切り替える場合 ③ 臨時に投薬する場合 ④ 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(3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。)
処方料 20点 薬剤料 所定点数の100分の80 処方せん料 30点	処方料 20点 薬剤料 所定点数の100分の80(※) ※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る 処方せん料 30点

通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、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は、以下の①から③の全てを満たす場合を除き、**所定点数の100分の50に相当する点数により算定**。

- ① 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(※1)である。
- ② 当該患者に対して、適切な説明、残薬の確認、副作用の評価、減薬の可能性の検討が行われている。
- ③ 当該処方料が臨時の投薬等のもの、又は患者の病状等によりやむを得ず投与するもの(※2)である。

※1 平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績を報告。ただし、平成28年7月は改定前の方法、様式による報告でも可し、平成28年9月までは全ての保険医療機関が①を満たすものとして扱う。
 ※2 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」に限る。ただし、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。

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

▶ 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

▶ 専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設する。

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[施設基準]

- (1) ①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- (2) 専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (3) 精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (4) 診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること。

91

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

▶ 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から、医師の指示のもと、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部分を実施する形式のものについても評価する。

認知療法・認知行動療法

(新) 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、看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- ① 初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
- ② その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
- ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること等

- ① 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
- ③ 適切な研修を修了していること。

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

▶ 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

(追加) 不安障害(強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD))

92

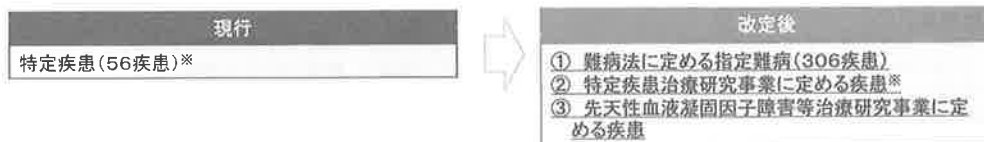
重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について
- 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
- 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
- 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
- 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
- 6 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

難病患者への適切な医療の評価①

難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価

- 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、これまでの難病（特定疾患）56疾患と同様に評価を行う。
- 以下の点数の対象疾患について、下記のとおり変更を行う。
 - ・療養病棟入院基本料における医療区分2
 - ・難病外来指導管理料



※スモンについては、療養病棟入院基本料の医療区分3に規定

難病患者への適切な医療の評価②

小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価

- ▶ 小児慢性特定疾病対策の見直しに伴い、小児慢性特定疾病に指定されている疾病に罹患している患者の医学管理に関する評価を行う。

現行	改定後
小児科療養指導料 250点	小児科療養指導料 270点
[対象疾病] 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児	[対象疾病] 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、出生時の体重が1,500g未満の6歳未満児、 小児慢性特定疾病に指定されているその他の疾病

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

- ▶ 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査に関して関係学会が作成した、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守して検査を実施することで、遺伝学的検査の有効性等を担保できることを踏まえ、当該検査の対象疾患を拡充する。

(改) 遺伝学的検査 3,880点

- [対象疾患]
神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群など指定難病38疾患を追加
- [施設基準]
関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

95

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について
- 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
- 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
- 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
- 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
- 6 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

96

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



<入院医療等>

- 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



<在宅医療>

- 機能強化型在宅診療・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



<外来医療>

- 小児慢性特定疾病に関する医学管理を評価

97

小児医療・周産期医療・救急医療の充実①

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

- 重症小児の在宅移行を推進するため、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。

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

- 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する。

[処置等の例]

・中心静脈注射 ・鼻マスク式補助換気法 ・人工呼吸 ・留置カテーテル設置 ・導尿 等

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評価

- 小児慢性特定疾病の支給認定を受けている患者については、小児入院医療管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

精神疾患合併妊娠の評価

- ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者に、精神疾患の患者を加える。

98

小児医療・周産期医療・救急医療の充実②

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

- ▶ 小児入院医療を担う保険医療機関のうち、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医療機関に対する評価を新設する。

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医療機関であること。
- ② 当該病棟に小児入院患者を専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平方メートルのプレイルームがあること。
- 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、転院前の医療機関で新生児特定集中治療室等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(医療型短期入所サービスによる入所件数を含む。)受け入れていること。

小児医療・周産期医療・救急医療の充実③

特に重症な患者のNICU等算定日数の延長

- ▶ 新生児特定集中治療室管理料等において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する。

[出生体重1,500g以上で算定日数上限の延長対象となる一部の先天性奇形等]

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限る。)**

- ▶ 長期の特定集中治療室管理を要する状態にある小児について、小児特定集中治療室管理料の算定日数上限を延長する。

現行		改定後	
対象患者	算定日数上限	対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日	15歳未満の小児	14日
		15歳未満の小児のうち、 ・急性血液浄化(腹膜透析は除く。)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 いずれかに該当する患者	21日
		15歳未満の小児のうち、 体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の患者	35日



小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

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	改定後
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1 900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 緊急手術を必要とする状態	【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	改定後
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。	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。 101

小児医療・周産期医療・救急医療の充実⑤

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算等の見直し

➤ 小児医療のさらなる充実を図るため、生体検査、処置、放射線治療等に係る小児加算等の見直しを行う。

【現行】

【生体検査料の通則】	
新生児加算	60/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100
【画像診断】(例:E002撮影)	
新生児加算	30/100
乳幼児加算(3歳未満)	15/100
(他3項目)	
【処置料】(例:ドレーン法(ドレナージ))	
3歳未満の乳幼児の場合の加算 (他36項目)	100点
【放射線治療】	
新生児加算	60/100
乳幼児加算(3歳未満)	30/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	15/100
小児加算(6歳以上15歳未満)	10/100
【救急搬送診療料】	
新生児加算	1,000点
乳幼児加算	500点
長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	500点

【改定後】

【生体検査料の通則】	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
【画像診断】(例:E002撮影)	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
(新) 幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
(他3項目)	
【処置料】(例:ドレーン法(ドレナージ))	
3歳未満の乳幼児の場合の加算 (他36項目)	110点 (1割増点)
【放射線治療】	
新生児加算	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	30/100
小児加算(6歳以上15歳未満)	20/100
【救急搬送診療料】	
新生児加算	1,500点
乳幼児加算	700点
長時間加算(診療に要した時間が30分以上)	700点

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について
- 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
- 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
- 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
- 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
- 6 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

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①

質の高い臨床検査の適正な評価①

- E3区分で保険適用された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。
(新) **悪性腫瘍遺伝子検査 ル RAS遺伝子検査 2,500点**
- 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。
(新) **国際標準検査管理加算 40点**

〔算定要件〕

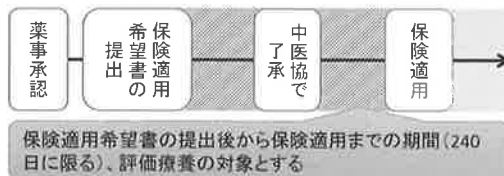
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。

〔施設基準〕

国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

質の高い臨床検査の適正な評価②

- 保険適用希望書が提出された体外診断用医薬品について、医療機器と同様に、保険適用希望書提出後から保険適用されるまでの間、評価療養の対象とする。



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②

放射線撮影等の適正な評価

▶ 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について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する。

【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影 (一連につき)	
1 CT撮影 (一連につき)	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	770点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	580点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	920点

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影 (一連につき)	
1 CT撮影 (一連につき)	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1) 共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2) その他の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	560点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	
イ 共同利用施設において行われる場合	1,620点
ロ その他の場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	900点

※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えるとして届け出た保険医療機関において撮影する場合又は 共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

▶ ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を現行の20%から30%に引き上げる。(※経過措置1年間) 105

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③

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

▶ 胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件となっている、経口摂取回復率の施設基準に加え、新たにカンファレンスと計画書の作成を要件とした基準を設ける。

(算定のイメージ)



<p>現行 (胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)</p> <p>(胃瘻造設術が年間50件以上の場合)</p> <p>(1) 術前に全例^(注1)に嚥下機能検査を実施 (嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)</p> <p>(2) 経口摂取回復率35%以上</p> <p>注) 下記の患者を除く。</p> <p>① 減圧ドレナージ目的 ② 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。) ③ 食道、胃噴門部の狭窄等 ④ 意識障害等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施) ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難</p>
--

<p>改定後 (胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設要件)</p> <p>(胃瘻造設術が年間50件以上の場合)</p> <p>(1) 術前に全例^(注1)に嚥下機能検査を実施 (嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)</p> <p>(2) 経口摂取回復率35%以上又は胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること</p> <p>① 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること</p> <p>② 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び腫瘍的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行ったうえで、胃瘻造設に関する同意を得ること</p> <p>注1) 下記の患者を除く。</p> <p>① 減圧ドレナージ目的 ② 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患に限る。) ③ 食道、胃噴門部の狭窄等 ④ 意識障害がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合又は誤嚥性肺炎を繰り返す場合等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施) ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難 ⑥ 防変態性嚥下嚥下硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者</p>
--

手術等医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にも高い状況にあり、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。

107

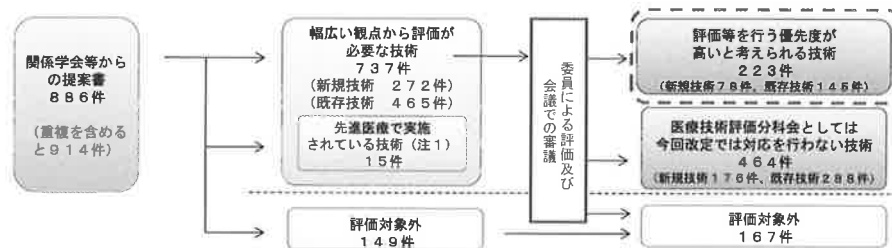
手術等医療技術の適切な評価②

1. 医療技術評価分科会での検討

- 医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術78件を保険導入するとともに、既存技術145件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成27年3月から6月にかけて関係学会から914件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料に係る提案や使用する医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



注1: 先進医療技術は、提案書を提供の上、先進医療会議において評価。
注2: 中協総会において、提案書の内容について議論が行われている提案が別途29件あり。

例)

- ・新規技術: 内視鏡下鼻腔手術、経皮酸素ガス分圧連続測定など
- ・既存技術: 関節鏡下肩関節唇形成術(肩腱板断裂手術を伴う)、血球成分除去療法など

108

手術等医療技術の適切な評価③

新たな手術の評価

- 現在保険記載されていない鏡視下手術のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立している術式について項目の新設等を行う。
 - (新) 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術) 5,520点
 - (新) 腹腔鏡下臍ヘルニア手術 9,520点
 - (新) 腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除) 108,820点
 - (新) 腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術 158,450点 ほか
- 手術手技の高度化等への対応のため、医療技術評価分科会での評価等を踏まえ、項目の細分化等により評価の見直しを行う。

現行		改定後	
骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術を除く。)	29,190点	(改) 骨盤骨折観血的手術 (腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110点
		(新) 寛骨臼骨折観血的手術	43,790点
現行		改定後	
直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8,410点	直腸脱手術 1 経会陰によるもの	8,410点
		(改) イ 腸管切除を伴わないもの	
		(新) ロ 腸管切除を伴うもの	25,780点
現行		改定後	
経皮的太動脈弁置換術	37,430点	経カテーテル太動脈弁置換術	
		(新) 1 経心尖太動脈弁置換術	61,530点
		(改) 2 経皮的太動脈弁置換術	37,560点

109

手術等医療技術の適切な評価④

帝王切開術の評価の見直し

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、帝王切開術について項目及び点数の見直しを行う。
- 具体的には、病態等に応じた評価を充実することとし、
 - 緊急帝王切開の評価を引き上げる。
 - 手術手技が通常よりも複雑な場合を対象とした加算項目を新設する。あわせて従来の「前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合」の項目を削除し、点数体系を簡素化する。

現行		改定後	
帝王切開術		帝王切開術	
1 緊急帝王切開	20,140点	1 緊急帝王切開	22,200点
2 選択帝王切開	20,140点	2 選択帝王切開	20,140点
3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,640点	(削除)	
		(新) 注 複雑な場合の加算	2,000点

※「注」の加算対象

- 前置胎盤を合併する場合
- 32週未満の早産の場合
- 胎児機能不全を認める場合
- 常位胎盤早期剥離を認める場合
- 開腹歴(腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。)のある妊婦に対して実施する場合

110

手術等医療技術の適切な評価⑤

基礎的な技術等の再評価

▶ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

血液採取	20点	25点
注 乳幼児加算	14点	20点
皮内、皮下及び筋肉内注射	18点	20点
静脈内注射	30点	32点
注 乳幼児加算	42点	45点
点滴注射		
1 乳幼児に対するもの(1日100mL以上)	95点	98点
2 1に掲げる者以外のものに対するもの(1日500mL以上)	95点	97点
3 その他の場合	47点	49点
注 乳幼児加算	42点	45点
腱鞘内注射	25点	27点
結膜下注射	25点	27点
自家血清の眼球注射	25点	27点
コルポスコピー	150点	210点
J000 創傷処置		
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	55点	60点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	85点	90点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	155点	160点
5 6,000平方センチメートル以上	270点	275点
爪甲除去(麻酔を要しないもの)	45点	60点
イレウス用ロングチューブ挿入法	200点	610点

111

手術等医療技術の適切な評価⑥

検体検査の評価

▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、新たな検査の保険適用に加え、検体採取の評価や、検体検査実施料の引き上げを行う。

1. 新たな検査の保険適用

(新) 血液化学検査 セレン 144点

(新) HTLV-1 PCR検査 450点

[算定要件]

長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児(者)に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

[算定要件]

HTLV-1抗体(ウエスタンブロット法)によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。

2. 検体採取の評価

一定の手法と時間を要する検体採取について、評価を行う。

(新) 鼻腔・咽頭拭い液採取料 5点

3. 評価の引き上げ

熟練した検査技術やコストを要する検査について、評価の引き上げを行う。

造血管腫瘍細胞抗原検査	1,000点	2,000点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	260点	280点
細菌培養同定検査		
消化管からの検体	160点	180点
血液及び穿刺液	190点	210点
泌尿器又は生殖器からの検体	150点	170点
その他の部位からの検体	140点	160点



112

手術等医療技術の適切な評価⑦

検体検査の評価(続き)

4. 免疫電気泳動検査の評価の見直し

診断に熟練した技術を要する免疫電気泳動検査について、医師の技術を適切に評価できるよう、評価の在り方を見直す。

現行		⇒	改定後	
免疫電気泳動法	240点		免疫電気泳動法	210点
			(検体検査判断料の注)	
			(新)免疫電気泳動法診断加算	50点

[算定要件]

免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で作製された免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

➤ 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

インフルエンザウイルス抗原定性	149点	⇒	147点
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	112点		110点
生化学検査 I 10項目以上	117点		115点



113

手術等医療技術の適切な評価⑧

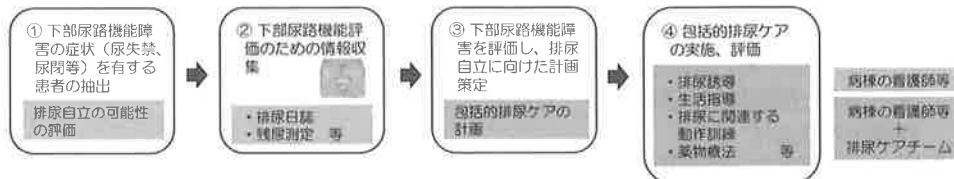
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

➤ 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

114

手術等医療技術の適切な評価⑨

病理診断の評価

▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、組織診断料の評価の引き上げ等を行う。

1. 組織診断料の評価の引き上げ

現行		改定後	
病理診断料 1	組織診断料	400点	
病理診断料 1	組織診断料	450点	

2. セルブロック法を用いた標本作製の評価

現行		改定後	
細胞診 (新設)		細胞診 (新) 3 セルブロック法によるもの	860点

[算定要件]

悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定できる。

在宅自己導尿カテーテルについての評価の見直し

▶ 在宅自己導尿を行っている患者が使用するカテーテルについて、評価の見直しを行う。

現行		改定後	
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点	特殊カテーテル加算	
①親水性コーティングが施されている間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル(包装内に潤滑剤が封入され、開封後すぐに挿入可能なもの) ②夜間や外出時に使用し、患者自身が消毒下で携帯することが可能な間歇バルーンカテーテル		1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル (新) イ 親水性コーティングを有するもの	960点
		(改) ロ イ以外のもの	600点
		(新) 2 間歇バルーンカテーテル	600点

115

手術等医療技術の適切な評価⑩

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

現行(準用技術)		改定後	
心臓切開術	9,420点	(新) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420点

技術の概要: 患者の骨格筋から採取した筋芽細胞を培養し、シート状に調製した移植用の心筋シートを、実際に当該患者の心表面に移植する技術。

関連する特定保険医療材料:

189 ヒト骨格筋由来細胞シート

(1) 採取・継代培養キット

6,360,000円

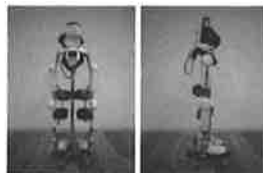
(2) 回収・調製キット

1,680,000円(1枚当たり)



新設	
(新) 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)	900点 ※ 指定難病の患者等については900点加算 ※ 導入期(5週間9回)の処置にあつては2,000点加算

技術の概要: 緩徐進行性の神経・筋疾患の患者を対象として、ロボットスーツを間欠的に装着し、生体電位信号に基づき歩行運動を繰り返すことで、歩行機能を改善する。



(留意事項(要点))

- 1 脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トゥース病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー、筋ジストロフィーの患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定できる。
- 2 算定にあたっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された5週間以内に実施される9回の処置が終了した際には、担当の多職種が参加するカンファレンスにより、短期効果を検討する。
- 3 2に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乗せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できる。

116

外保連試算を活用した手術料の見直し

外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改訂された「外保連試算第8.3版」を踏まえ、人件費と診療報酬点数の比率や材料に係る費用の占める割合等に配慮をしつつ、約300項目の手術について、最大で約30%の引き上げを行う。

(引き上げを行う項目の例)

手術名	現行	改定後
関節鏡下肩腱板断裂手術 複雑なもの	35,150点	38,670点
内視鏡下椎弓切除術	15,730点	17,300点
経皮的脳血管形成術	33,150点	39,780点
咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970点	35,340点
生体部分肺移植術	100,980点	130,260点
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380点	157,840点
両室ベレーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000点	35,200点
血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)止血術	19,260点	23,110点
腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	34,950点	40,890点
肝切除術 亜区域切除	46,130点	56,280点
脾摘出術	28,210点	31,030点
停留精巣固定術	8,470点	9,740点
腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20,620点	24,130点

117

先進医療からの保険導入①

先進医療からの保険導入

- ▶ 先進医療会議での検討結果を踏まえ、現在、先進医療で実施している技術について、有効性、効率性等を踏まえて保険導入を行った。

導入した技術(医科:一覽)(13技術)

凍結保存同種組織を用いた外科治療	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
陽子線治療	網膜芽細胞腫の遺伝子診断
重粒子線治療	腹腔鏡下仙骨腫固定術
非生体ドナーから採取された同種骨・靱帯組織の凍結保存	食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
RET遺伝子診断	硬膜外自家血注入療法
実物大立体臓器モデルによる手術支援	内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術
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	

118

先進医療からの保険導入②

導入した技術の例

(新) 硬膜外自家血注入 800点

技術の概要:

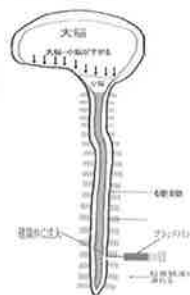
脊髄液(脳及び脊髄を守る働きをしている液)が、硬膜から漏出している場合に患者から採取した血液を、硬膜の外に注入し、漏出を止める技術。

[算定の要件]

脳脊髄液漏出症(関連学会の定めた診断基準において確実又は確定とされた者。)

[施設基準の概要]

- ・脳神経外科、整形外科、神経内科、又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。
- ・病床を有していること。
- ・脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあっては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。



(新) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70,730点

技術の概要:

手術ロボットに設置された、精緻な動きが可能なアームによって内視鏡下に腎がんの部分切除を行う技術で、出血量の減少・腎の阻血時間の短縮が見込める。

[算定の要件]

原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対する腎部分切除

[施設基準の概要]

- ・泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- ・泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門的知識及び5年以上の経験を有すること。
- ・麻酔科の標榜医が配置されていること。
- ・腎悪性腫瘍手術が1年間に合わせて10例以上実施されていること。



手術ロボットは人間の手よりも広い可動範囲と手ぶれ防止機能を持ち、執刀医の操作を忠実に再現する

119

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
※ キャ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



腫瘍への集中度が高い

120

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。

- 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。



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		改定後	
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1(新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2(旧指標で20%以上)	28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		改定後	
一般名処方加算	2点	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算定する。	〔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

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

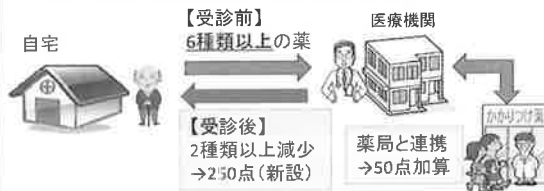
○入院患者に対する減薬の評価

・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

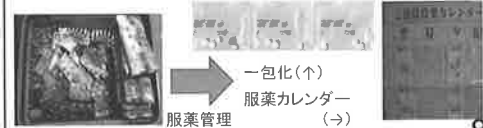
・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（30点）【新設】

○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）>



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。

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

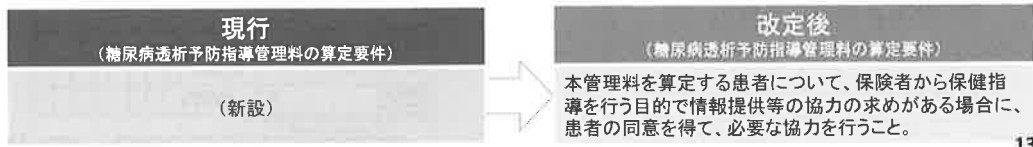
➤ 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。

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。



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。等



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[※]。等
- ※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。

131

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		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	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	2,195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	2,330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 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	
	2,245点		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]

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

132

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
(新) 2 コンタクトレンズ検査料 2	180点
(改) 3 コンタクトレンズ検査料 3	56点
(新) 4 コンタクトレンズ検査料 4	50点

＜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	フィブリノヘプチド
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

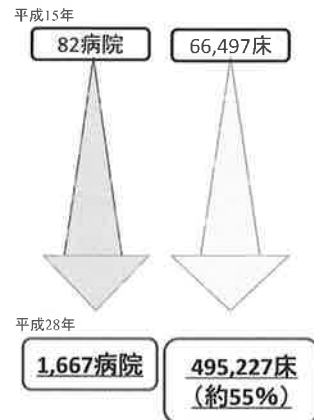
DPC制度関連部分

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月) (見込み)	1,667	495,227
(参考)全一般病院(※) (平成26年医療施設調査)	7,426	894,216



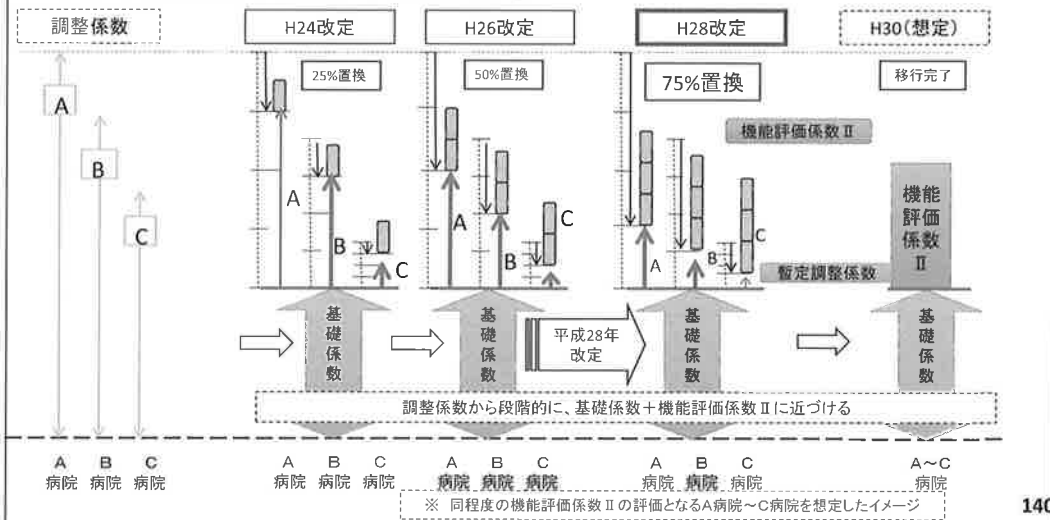
※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

平成28年度診療報酬改定

DPCに基づく急性期医療の適切な評価①

調整係数の置き換え

- DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目的に段階的に基礎係数と機能評価係数IIへ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へ置換えを進める。



DPCに基づく急性期医療の適切な評価②

医療機関群

➤ II群病院(高機能な病院群)の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する。

- 下記の【実績要件1】～【実績要件4】のそれぞれについて、I群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)より高い医療機関をII群とする。

【実績要件1】：診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正；外的要因補正)	
【実績要件2】：医師研修の実施	許可病床1床あたりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)	
【実績要件3】：高度な医療技術の実施 (6項目のうち5項目以上を満たす)	外保連試案	(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数
		(3b)：DPC算定病床当たりの同指数
	特定内科診療	(3c)：手術実施症例件数
		(3A)：症例割合
		(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
		(3C)：対象症例件数
【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施	複雑性指数(重症DPC補正後)	

141

DPCに基づく急性期医療の適切な評価③

機能評価係数IIの新項目

➤ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

現行		平成28年改定
① 保険診療指数	→見直し	① 保険診療指数
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	→見直し	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	現行通り	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数	→見直し	⑦ 後発医薬品指数
	新設	⑧ 重症度指数

評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。
(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

142

DPCに基づく急性期医療の適切な評価④

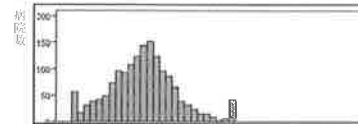
機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

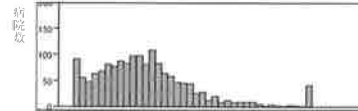
具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0(※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
(体制)	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile値 (※3)	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
 ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は70%とする。
 ※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ



↓ 各医療機関の指数に1.59乗の処理



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

DPCに基づく急性期医療の適切な評価⑤

機能評価係数Ⅱの各項目の見直し

➤ 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

① 保険診療指数(全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。)

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) 病院情報の公表(平成29年度より)
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 本院よりも機能が高い(※)分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院(Ⅰ群のみ) ※ Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合 Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院(Ⅰ群のみ) 精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院(Ⅰ群・Ⅱ群)

④ カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
 - ✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥ 地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止(平成29年度より)
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加(平成29年度より)

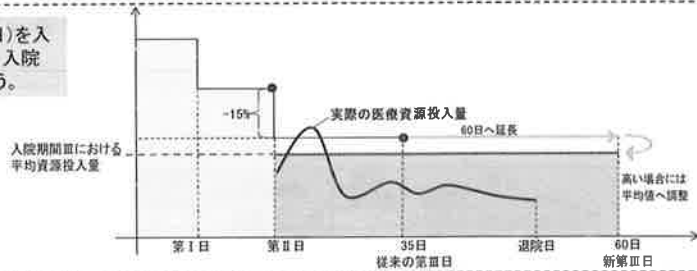
⑦ 後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。
 - ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。

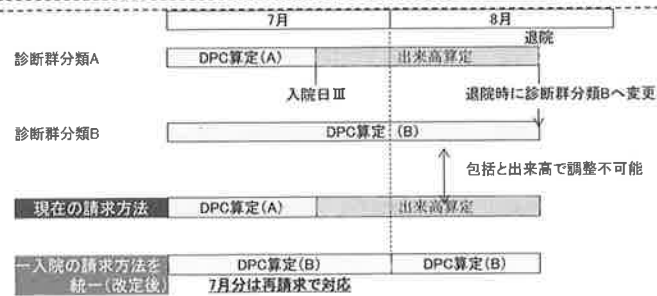
DPCに基づく急性期医療の適切な評価⑥

算定ルールの見直し

- 第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。



- DPC対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。



経過措置等について

平成29年度診療報酬改定

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。

147

平成28年度診療報酬改定

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。

148

平成28年度診療報酬改定

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	・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。 ・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。
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回の処方箋で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	・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。 ・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。
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。

149

平成28年度診療報酬改定

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)	・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。 ・評価票については、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。 ※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票を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが研修を行う必要があることに留意すること。

150

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附带意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

1. 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - ・ 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - ・ 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響
 あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
2. DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
3. かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
4. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
5. 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
6. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
7. 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
8. 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

151

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附带意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

152

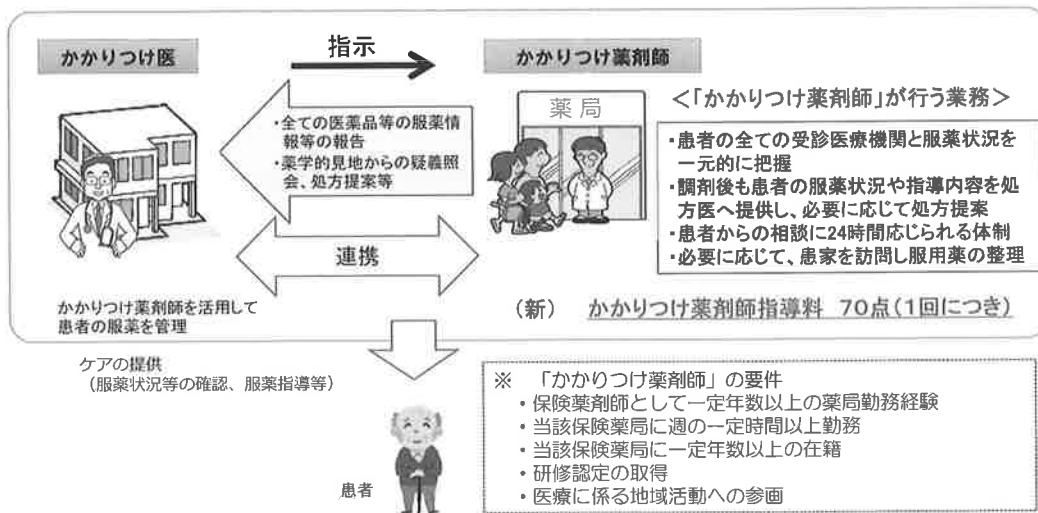
補遺

153

平成28年度診療報酬改定

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。

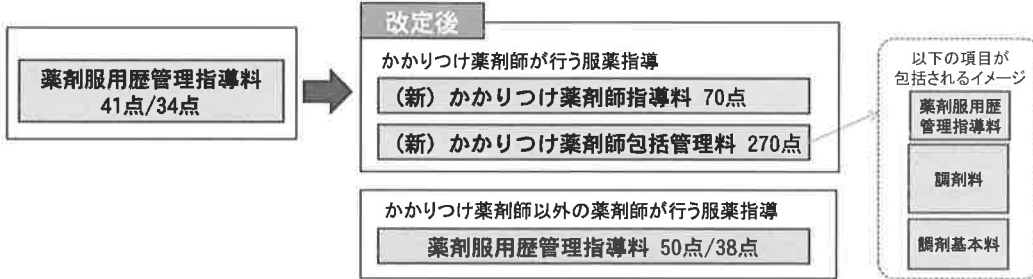


154

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。



2. かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

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、地域の歯科医師が發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という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】

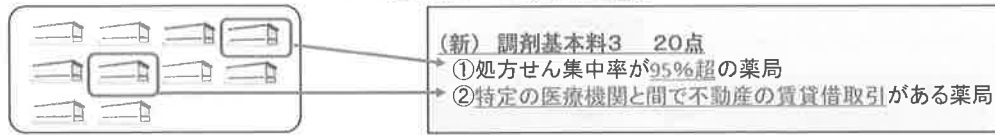
- (1) 歯科診療所であること
- (2) 複数の歯科医師、又は、歯科衛生士の配置
- (3) 医療安全対策、高齢者の口腔機能管理に係る研修
- (4) 歯科訪問診療料、歯周病安定期治療等の算定実績
- (5) 医療安全対策への体制整備
- (6) 緊急時の体制整備
- (7) 医療、介護との連携体制

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)

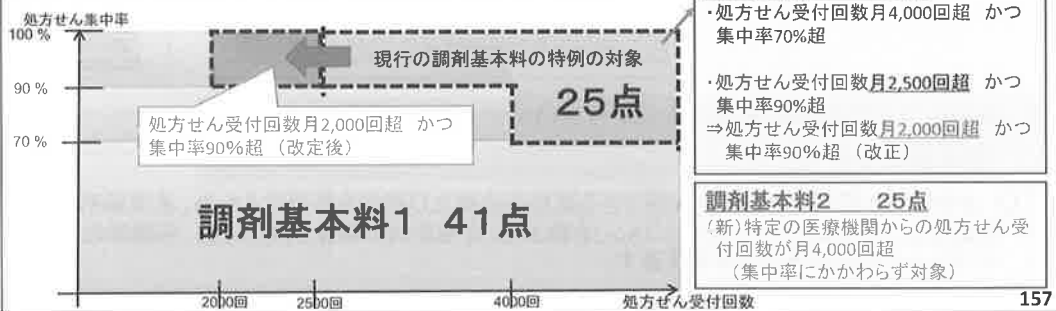
▶ 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中度が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借取引がある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【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



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。



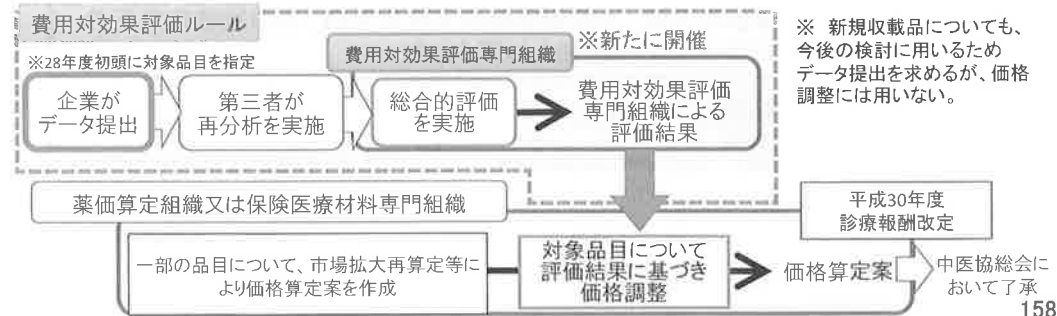
費用対効果評価の試行的導入について

▶ 高額な医療技術の増加による医療保険財政への影響についての懸念等から、中医協に費用対効果評価専門部会を設置し、議論を進めてきたところ。平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

＜中医協における検討の経緯＞

- 2012.5 費用対効果評価専門部会の創設
対象技術、分析手法、評価結果の活用方法等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- 2014.4～2015.11 具体例を用いた検討を実施し課題等を報告、個別の論点にそって議論
- 2015.12 試行的導入の在り方についてとりまとめ
- 2016.4 費用対効果評価の試行的導入

＜試行的導入における取組の流れ(概要)＞



対象品目の選定基準の要点

<既収載品の選定基準>

- ① 除外要件
 イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、ロ 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等
- ② 抽出要件
 イ 平成24年度から平成27年度、かつ、類似薬効(機能区分)比較方式のうち、
 i 補正加算の加算率が最高
 ii 10%以上の補正加算が認められたものの中で、ピーク時予測売上高が最高
 ロ 平成24年度から平成27年度、かつ、原価計算方式のうち、
 i 営業利益率の加算率が最高
 ii 10%以上の加算が認められたものの中で、ピーク時予測売上高が最高
- ※ これによって選定された品目の薬理作用類似薬(同一機能区分に該当する医療機器)も対象

<既収載品に係る対象品目>

	医薬品(7品目)	医療機器(5品目)
類似薬効(機能区分)比較方式	○ソバルティ (ギリアド・サイエンシズ) C型慢性肝炎 ハーボニー (ギリアド・サイエンシズ) ヴィキラックス (アッヴィ合同会社) ダクルインザ (プリストル・マイヤーズ) スンベプラ (プリストル・マイヤーズ)	○カワスミNajuta胸部ステントグラフシステム (川澄化学工業) 胸部大動脈瘤 ○アクティブARC (日本メドトロニック) 振戦等 パーサイズDBSシステム (ポストン・サイエンティフィック ジャパン)
原価計算方式	●オブジーボ (小野薬品工業) 悪性黒色腫等 ●カドサイラ (中外製薬) HER2陽性の 再発乳癌等	●ジャック (ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング) 外傷性軟骨欠損症 ●サビエントXT (エドワーズライフサイエンス) 重度大動脈弁狭窄症

一般社団法人福岡県医療法人協会役員等名簿

(平成27年5月16日～平成28年度に関する総会終結のとき)

役職	氏名	医療施設名他	住所	〒	TEL FAX
会長	鬼塚 俊一	医療法人 聖峰会田主丸中央病院	久留米市田主丸町益生田892	839- 1213	0943-72-2460 0943-72-3293
副会長	合原 正二	医療法人 合原会	八女郡広川町長延608-2	834- 0105	0943-32-0120 0943-32-2491
理事	毛利 雅彦	医療法人 桂雅会毛利外科医院	大野城市下大利1丁目17-1	816- 0952	092-571-3371 092-572-0542
//	陣内 重三	医療法人 井上会篠栗病院	粕屋郡篠栗町尾仲94	811- 2413	092-947-0711 092-947-0715
//	杉 健三	医療法人シーエムエス 杉循環器科内科病院	大牟田市大字田隈950-1	837- 0916	0944-56-1119 0944-56-2077
//	牟田 和男	医療法人社団誠和会 牟田病院	福岡市早良区干隈3丁目9-1	814- 0163	092-865-2211 092-865-5556
//	三野原義光	医療法人泯江堂 油山病院	福岡市早良区野芥5-6-37	814- 0171	092-871-2261 092-863-2641
//	佐田 正之	医療法人佐田厚生会 佐田病院	福岡市中央区渡辺通2丁目4-28	810- 0004	092-781-6381 092-724-9411
//	茂木 啓右	医療法人明和会 茂木病院	福岡市西区姪の浜6-1-20	819- 0002	092-881-0638 092-884-0222
//	黒田 康夫	社会医療法人大成会 福岡記念病院	福岡市早良区西新1丁目1-35	814- 8525	092-821-4731 092-821-6449
監事	下河辺正行	社会医療法人共愛会 戸畑共立病院	北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号	804- 0093	093-871-5421 093-871-5499
//	篠原 俊	篠原公認会計士事務所	福岡市中央区警固2-12-5	810- 0023	092-751-1605 092-741-2581

一般社団法人福岡県医療法人協会名誉会長・顧問名簿

役職	氏名	医療施設名	住所	〒	TEL FAX
名誉 会長	大塚 量	社会医療法人大成会 福岡記念病院	福岡市早良区西新1丁目1-35	814- 8525	092-821-4731 092-821-6449

※一般社団法人日本医療法人協会 〒102-0071 東京都千代田区富士見2丁目6番12号

TEL 03-3234-2438

FAX 03-3234-2507

