

個別改定項目について

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

I - 1 医療機能に応じた入院医療の評価について

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し	P8
重症患者を受け入れている 10 対 1 病棟に対する評価の充実	P12
病棟群単位による届出	P14
在宅復帰率の要件見直し	P15
有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設	P18
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し	P20
短期滞在手術等基本料 3 の見直し	P23
総合入院体制加算の実績要件等の見直し	P26
地域包括ケア病棟入院料の見直し	P30
療養病棟入院基本料 2 における医療区分の高い患者の割合に応じた評価	P32
療養病棟の医療区分のきめ細かな評価	P33
療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し	P35
障害者施設等入院基本料における脳卒中患者の評価	P37
入院中の他医療機関受診時における減算規定の緩和	P39
地域加算の見直し	P42
医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	P43
一類感染症患者入院医療管理料の見直し	P48
結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し	P50

I - 2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた

医療従事者の負担軽減・人材確保について

医師事務作業補助体制の評価	P51
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価	P54
夜間看護体制の充実に関する評価	P57
看護職員と看護補助者の業務分担の推進	P62
常勤配置の取扱いの明確化	P64
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し	P66

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減	P68
手術・処置の時間外等加算1の施設基準の見直し	P70
周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進	P72
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価	P76

I-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

I-3-1 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局

の機能の評価について

認知症に対する主治医機能の評価	P78
地域包括診療料等の施設基準の緩和	P80
小児かかりつけ医の評価	P82
かかりつけ歯科医機能の評価	P85
かかりつけ薬剤師・薬局の評価	P89

I-3-2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組

の強化等について

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価	P96
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充	P98
周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進	P101
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価	P102

I-3-3 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養

や生活を継続できるための取組の推進について

退院支援に関する評価の充実	P103
医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実	P109
退院直後の在宅療養支援に関する評価	P110

I-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価	P111
小児在宅医療に係る評価の推進	P116
在宅医療専門の医療機関に関する評価	P118
休日の往診に対する評価の充実	P122
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実	P124
在宅自己注射指導管理料の見直し	P128
在宅指導管理料等の適正な評価	P129
機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	P133

病院・診療所からの訪問看護の評価	P136
衛生材料等の提供についての評価	P140
特定保険医療材料等の算定の明確化	P142
複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理	P143
同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価	P145
在宅歯科医療の推進等	P146
在宅薬剤管理指導業務の推進	P154

I-5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入	P160
----------------------	------

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

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

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

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

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価	P163
データ提出を要件とする病棟の拡大	P165
心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価	P167

II-3 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価	P169
回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し	P172
ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等	P174
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し	P176
廃用症候群リハビリテーション料の新設	P180
要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等	P182
心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し	P186

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充	P188
運動器リハビリテーション料の評価の充実	P190
リハビリテーション専門職の専従規定の見直し	P191
リンパ浮腫の複合的治療等	P192
摂食機能療法の対象の明確化等	P195

II-4 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進	P198
------------	------

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

III-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価	P199
がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実	P201
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実	P202
がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	P204
外来化学療法加算の評価の見直し	P205

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

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価	P206
診療所型認知症疾患医療センターの評価	P209

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

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価	P210
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進	P212
長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化	P215
身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保	P217
いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価	P219
精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供	P222
自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価	P224
向精神薬の適切な処方の推進	P226
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価	P231
薬物依存症に対する集団療法の評価	P233

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施	P234
精神病床における二類感染症管理の評価	P236
Ⅲ－４ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について	
難病法の施行に伴う指定難病の診療の評価	P238
小児慢性特定疾病の患者に対する医学的管理の評価	P240
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価	P241
Ⅲ－５ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について	
小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行	P245
重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関に対する評価の充実	P246
医療型短期入所サービス中の処置等の評価	P248
小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の対象年齢の延長	P250
特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長	P251
精神疾患合併妊娠の管理の評価	P253
救急患者の受入れ体制の充実	P254
救急医療管理加算 1 の対象患者の拡大	P256
生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し	P258
Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進について	
口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の充実	P260
Ⅲ－７ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について	
患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価	P282
薬局における対人業務の評価の充実	P283
Ⅲ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について	
質の高い臨床検査の適正な評価	P294

放射線撮影等の適正な評価	P296
放射線治療に係る特定保険医療材料の算定	P298
保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し	P299
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し	P301
手術等医療技術の適切な評価	P305
新規医療技術の保険導入等(歯科)	P311
先進医療技術の保険導入(歯科)	P316
医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大	P321

Ⅲ－９ DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

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

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

Ⅳ－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

薬局における後発医薬品の使用促進	P337
後発医薬品使用体制加算の指標の見直し	P339
院内処方外来における後発医薬品使用体制の評価	P341
一般名処方加算の見直し	P343

Ⅳ－２ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進について

退院支援等の取組による在宅復帰の推進	P345
--------------------	------

Ⅳ－３ 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

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価	P346
医薬品の適正使用の推進	P348

Ⅳ－４ 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について

いわゆる門前薬局の評価の見直し	P353
-----------------	------

Ⅳ－５ 重症化予防の取組の推進について

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価	P360
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大	P362
人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価	P364

IV－6 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価	P366
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	P371
人工腎臓の適正な評価	P373
医薬品の適正給付	P375
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し	P377

短期滞在手術等基本料 3 の見直し

骨子【I-1 (5)】

第 1 基本的な考え方

一定程度治療法が標準化した手術等を新たに短期滞在手術等基本料 3 の対象とするとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせた評価の精緻化等を行う。

第 2 具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料 3 について、対象となる手術等を拡大するとともに、包括とされた部分の出来高実績点数に応じた評価の見直しを行う。併せて、診療形態に大きな変化がみられた項目や年齢によって出来高実績点数に大きな違いがみられた項目について、評価の精緻化を行う。

現 行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料 3】</p> <p>[対象手術等]</p> <p>イ～チ 略</p> <p>リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>又 K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【短期滞在手術等基本料 3】</p> <p>※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。</p> <p>[対象手術等]</p> <p>イ～チ 略</p> <p>リ <u>K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの (片眼)</u></p> <p>又 <u>K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの (両眼)</u></p> <p>ル <u>K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片眼)</u></p> <p>ヲ <u>K282 水晶体再建術 2 眼内レンズ</u></p>

ル～カ 略	を挿入しない場合（両眼）
ヨ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳未満に限る。）	ワ～タ 略
<u>（新設）</u>	レ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）</u>
<u>（新設）</u>	ソ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）</u>
タ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）	ツ <u>K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）</u>
レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳未満に限る。）	ネ K633ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
<u>（新設）</u>	ナ <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）</u>
<u>（新設）</u>	ラ <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）</u>
ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）	ム <u>K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）</u>
ツ～ム 略	ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
<u>（新設）</u>	ヰ～ヤ 略
<u>（新設）</u>	マ <u>K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u>
<u>（新設）</u>	ケ <u>K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術</u>
<u>（新設）</u>	フ <u>M001－2 ガンマナイフによる定位放射線治療</u>

2. 短期滞在手術等基本料3の包括範囲について、一部に高額の医療を要する患者がみられることから、包括範囲の見直しを行う。

現 行	改定案
[包括範囲]	[包括範囲]

<p>全診療報酬</p>	<p>下記以外は包括とする。</p> <p>① <u>第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料</u></p> <p>② <u>人工腎臓</u></p> <p>③ <u>抗悪性腫瘍剤</u></p> <p>④ <u>疼痛コントロールのための医療用麻薬</u></p> <p>⑤ <u>エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u></p> <p>⑥ <u>ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u></p> <p>⑦ <u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></p> <p>⑧ <u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及びHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></p> <p>⑨ <u>血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</u></p>
--------------	---

常勤配置の取扱いの明確化

骨子【重点課題 I - 2 (5)】

第1 基本的な考え方

診療報酬制度上の常勤配置の取扱いについて、産前・産後休業、育児・介護休業、短時間勤務等に関する取扱いを明確化し、柔軟な勤務形態に対応する。

第2 具体的な内容

1. 施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法に定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、当該休業を取得している期間については、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことを原則認める。
2. 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。

現 行	改定案
【第1 基本診療料の施設基準等】 (新設)	【第1 基本診療料の施設基準等】 8 基本診療料の施設基準における 常勤配置とは、従事者が労働基準法 (昭和 22 年法律第 49 号)に規定す る産前・産後休業及び育児・介護休 業法(平成 3 年法律第 76 号)に規 定する育児・介護休業を取得中の期 間において、当該施設基準上求めら れる資質を有する複数の非常勤従

<p>【第 1 特掲診療料の施設基準等】 (新設)</p>	<p><u>事者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。</u></p> <p><u>また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する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こと。</u></p> <p>【第 1 特掲診療料の施設基準等】 4 <u>特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成 3 年法律第 76 号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を含めることができること。</u></p> <p><u>また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する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こと。</u></p>
-----------------------------------	--

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

骨子【1-3-2 (1)】

第1 基本的な考え方

特定集中治療室など高度急性期医療を担う治療室等においてチーム医療を推進する観点から、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。併せて、救命救急入院料等における薬剤管理指導に対する評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 特定集中治療室管理料等における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算において評価する。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p>病棟薬剤業務実施加算（週1回） 100点</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p>病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 100点</p> <p>病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） <u>80点（新）</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>病棟薬剤業務実施加算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、病棟薬剤業務実施加算1と同様の病棟薬剤業務を実施していること。</p>

	<p>[施設基準]</p> <p>病棟薬剤業務実施加算 2</p> <p>① <u>病棟薬剤業務実施加算 1 の届出を行っていること。</u></p> <p>② <u>病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1 週間につき 20 時間以上病棟薬剤業務を実施していること。</u></p>
--	--

2. 救命救急入院料等における薬剤管理指導に対する評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【薬剤管理指導料】</p> <p>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 430点</p> <p>2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点</p> <p>3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p>	<p>【薬剤管理指導料】</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p>

在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子【I-4-(9)(10)】

第1 基本的な考え方

在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。
2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、①薬剤師1人が行う算定制限と、②同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。
3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、2.に合わせて見直す。
4. 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、当該施設を訪問して保険薬剤師が行う薬学的管理を評価する。

第2 具体的な内容

1. 在宅療養を行う患者への処方に対して、処方医に疑義照会することにより、重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数の調整、減薬などの薬物療法の適正化が実施された場合を評価するため、薬学管理料に在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設する。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

[算定要件]

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導を行っている患者に対して算定できる。
- (2) 薬剤服用歴に基づき重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方内容が変更になった場合に処方せん受付1回につき算定する。
- (3) 処方内容が変更にならなかった場合には算定できない。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については算定しない。

2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、

- (1) 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。
- (2) 同一世帯に居住している複数の患者に対する在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合には、1人目の患者に対しては「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤報酬点数表）】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤報酬点数表）】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一</p>

<p>建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>	<p>建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>
---	--

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、2.に合わせて見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料(医科点数表)】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料(医科点数表)】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建</p>

<p>物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>	<p>物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>
--	---

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

4. 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬剤服用歴管理指導料に当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 41点</p> <p>（新設）</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対</p>

して行った場合（処方せんの受付1
回につき） 38点

[算定要件]

保険薬剤師が老人福祉法（昭和38
年法律第133号）第20条の5に規定
する特別養護老人ホームを訪問し、
服薬管理状況等を把握した上で、必
要に応じて当該施設職員と協力し、
次に掲げる指導等の全てを実施し
た場合に、処方せん受付1回につき
所定点数を算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服
用歴に基づき、投薬に係る薬剤
の名称、用法、用量、効能、効
果、副作用及び相互作用に関す
る主な情報を文書又はこれに準
ずるもの（以下この表において
「薬剤情報提供文書」という。）
により患者又は現に薬剤管理し
ている者（以下「患者等」とい
う。）に提供し、薬剤の服用に
関して基本的な説明を行うこ
と。

ロ 処方された薬剤について、患者
等から服薬状況等の情報を収集
して薬剤服用歴に記録し、これ
に基づき薬剤の服用等に関して
必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、
投薬に係る薬剤の名称、用法、
用量その他服用に際して注意す
べき事項を手帳に記載するこ

	<p>と。</p> <p><u>ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p><u>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>へ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p>
--	---

地域がん診療病院・小児がん拠点病院の評価

骨子【Ⅲ－１（１）】

第１ 基本的な考え方

がん医療のさらなる均てん化のため、今般整備された「地域がん診療病院」についても、その体制を評価する。

また、小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価する。

第２ 具体的な内容

現在、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	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日）</p> <p>がん診療連携拠点病院加算 500点</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【がん拠点病院加算】（入院初日）</p> <p>1 <u>がん診療連携拠点病院加算</u></p> <p>イ <u>がん診療連携拠点病院</u> 500点</p> <p>ロ <u>地域がん診療病院</u> 300点(新)</p> <p>2 <u>小児がん拠点病院加算</u> 750点(新)</p>
<p>【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り）</p> <p>がん治療連携管理料 500点</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【がん治療連携管理料】（1人につき1回限り）</p> <p>1 <u>がん診療連携拠点病院の場合</u> 500点</p> <p>2 <u>地域がん診療病院の場合</u> 300点(新)</p>

<p><u>(新設)</u></p> <p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>がん診療連携拠点病院又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。</p>	<p><u>3 小児がん拠点病院の場合</u></p> <p style="text-align: right;"><u>750点</u> (新)</p> <p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>がん診療連携拠点病院、<u>地域がん診療病院若しくは小児がん拠点病院</u>又は都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院であること。</p>
--	---

外来化学療法加算の評価の見直し

骨子【Ⅲ－１(5)】

第１ 基本的な考え方

外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算の評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

注射の部に規定されている、通則６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	改定案
【外来化学療法加算】	【外来化学療法加算】
イ 外来化学療法加算 1	イ 外来化学療法加算 1
(1) 外来化学療法加算 A	(1) 外来化学療法加算 A
① 15 歳未満 780 点	① 15 歳未満 <u>820 点</u>
② 15 歳以上 580 点	② 15 歳以上 <u>600 点</u>
(2) 外来化学療法加算 B	(2) 外来化学療法加算 B
① 15 歳未満 630 点	① 15 歳未満 <u>670 点</u>
② 15 歳以上 430 点	② 15 歳以上 <u>450 点</u>
ロ 外来化学療法加算 2	ロ 外来化学療法加算 2
(1) 外来化学療法加算 A	(1) 外来化学療法加算 A
① 15 歳未満 700 点	① 15 歳未満 <u>740 点</u>
② 15 歳以上 450 点	② 15 歳以上 <u>470 点</u>
(2) 外来化学療法加算 B	(2) 外来化学療法加算 B
① 15 歳未満 600 点	① 15 歳未満 <u>640 点</u>
② 15 歳以上 350 点	② 15 歳以上 <u>370 点</u>

手術等医療技術の適切な評価

骨子【Ⅲ－８(8)】

第1 基本的な考え方

1. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、適切な評価を行う。
2. 外科的手術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
3. 診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。
4. 先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。（資料1）

（技術の例）

小児補助人工心臓（1日につき）

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

2. 今般改訂された「手術報酬に関する外保連試案（以下「外保連試案」という。）第8.3版」において、人件費の占める割合及び材料に係る費用

の占める割合等に配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

3. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既収載技術の再評価（廃止を含む。）、新規技術の保険導入を行う。

[評価・再評価を行う技術の例]

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

[廃止を行う技術の例]

- (1) 気管支鏡検査、気管支カメラ
- (2) 膠質反応（ZTT）

4. 先進医療会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

[優先的に保険適用すべきとされた医療技術]

- (1) 凍結保存同種組織を用いた外科治療
- (2) 陽子線治療
- (3) 重粒子線治療
- (4) 非生体ドナーから採取された同種骨・靭帯組織の凍結保存
- (5) RET 遺伝子診断
- (6) 実物大立体臓器モデルによる手術支援
- (7) 単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断
- (8) 網膜芽細胞腫の遺伝子診断
- (9) 腹腔鏡下仙骨脛固定術
- (10) 硬膜外自家血注入療法（資料3）

- (11) 食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術
- (12) 内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術
- (13) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術

5. 手術内容がほとんど同じである K 721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と K 721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術（点数同じ。）を合理化し、K 721-2 は削除する。同様に、K 743 痔核手術（脱肛を含む。）4 根治手術と K 743-3 脱肛根治手術についても、K 743-3 を削除し、項目を一本化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 <div style="text-align: right;">5,000点</div> 2 長径 2 センチメートル以上 <div style="text-align: right;">7,000点</div>	【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 <div style="text-align: right;">5,000点</div> 2 長径 2 センチメートル以上 <div style="text-align: right;">7,000点</div>
【内視鏡的大腸ポリープ切除術】 1 長径 2 センチメートル未満 <div style="text-align: right;">5,000点</div> 2 長径 2 センチメートル以上 <div style="text-align: right;">7,000点</div>	<u>（削除）</u>
【脱肛根治手術】 <div style="text-align: right;">5,360点</div>	<u>（削除）</u>

(資料 1) 小児補助人工心臓

従来の投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に使用される。

【参考】

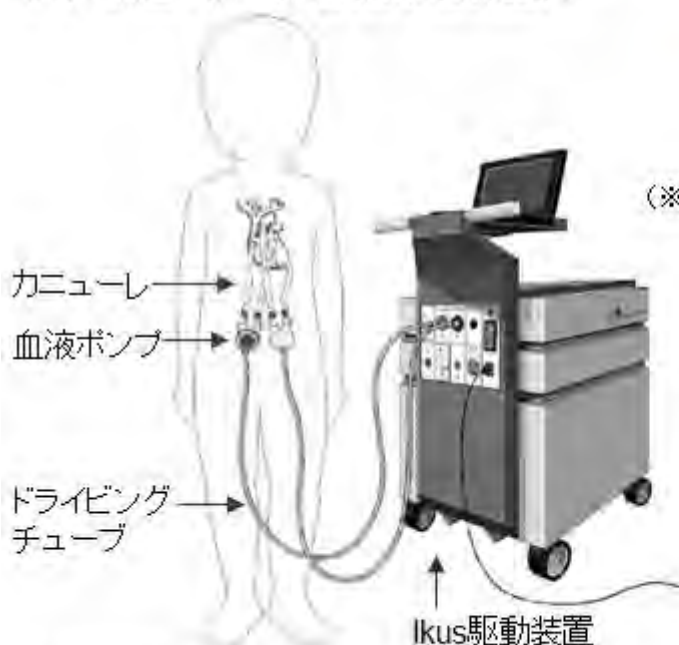
本品写真及び使用図

本品は、本邦初の小児用補助人工心臓(体外設置式。空気圧駆動・拍動型。)



【血液ポンプ(拡大図)】

(※ ポンプのサイズは10, 15, 25, 30, 50, 60mlの6種類。)



※ アクセサリーセット(PU-バルブ)は、血液ポンプのエア抜き及びカニューレと接続する際に使用



【装着図(左心補助の場合)】

(資料2) 経皮酸素ガス分圧連続測定

1. 技術の概要

下腿の皮膚上に電極を装着し、血流および皮膚微小循環から拡散する組織酸素分圧(TCP02)を測定し、下肢虚血の早期発見ならびに手術適応・治療の予後診断に利用する。

2. 対象疾患

末梢性動脈閉塞症、閉塞性動脈硬化症、バージャー病、慢性足部潰瘍

【参考】

測定している様子 (イメージ)



検査時の痛みがなく、患者への負担が少ない検査である。

(資料3) 硬膜外自家血注入療法

(1) 概要

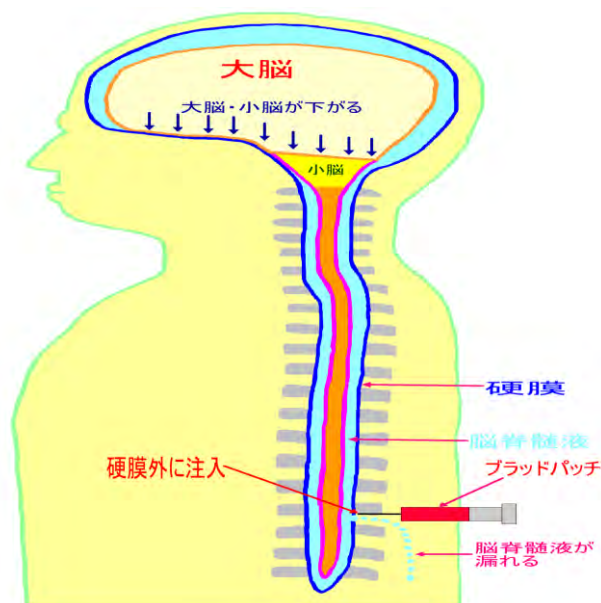
- ・ 脳脊髄液が漏出している部分の硬膜外に自家血を注入し、血液と硬膜外腔組織の癒着・器質化により髄液が漏れ出ている部分を閉鎖し、漏出を止めるものである。

(2) 手技等

- ・ 15～40ml 程度の静脈採血を行う。硬膜外穿刺用の針を用いて、抵抗消失法にて硬膜外穿刺を行い、自家血を注入する。

腰椎穿刺後低髄液圧症と診断され硬膜外自家血注入療法で治療された患者のうち、全寛解 77%、部分寛解 19%、寛解せずがわずか 4%であった (ANESTHESIOLOGY 95 (2) : 334-339, 2001)。

(図) 硬膜外自家血注入療法のイメージ図



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

骨子【III-9】

第1 基本的な考え方

1. 平成15年度に導入されたDPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
2. 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回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進める。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の7項目に新たに「重症度係数」を追加した8項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価を行う。
5. 算定ルール等については、請求の仕組みを精緻化・簡素化の観点から必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、検討に資する調査項目となるよう、簡素化を含めた必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

(1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。

(2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

(1) 調整係数の見直しに係る対応

- ① 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回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数（※）〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.25

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%程度を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係

数を調整する措置も併せて講ずる。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）に係る対応

医療機関群については、「DPC 病院Ⅰ群」～「DPC 病院Ⅲ群」の3群による構成を引き続き維持することとし、「DPC 病院Ⅱ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など必要な見直しを行う（「別表1」参照）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、前年度の DPC 病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

従前の評価方法を継続し、その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ⅰに反映させる。

(4) 機能評価係数Ⅱの見直し

- ① 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。
- ② 現行の評価項目（7指数）に加え、重症度指数を追加した8指数により評価を行う。また、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。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は「別表2」・「別表3」を参照）

現行		平成28年改定	係数標準化
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	×

①保険診療指数

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、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、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群病院に関する評価項目を追加する。また、病院情報の公表に対する取り組みを評価する。

②効率性指数、③複雑性指数、⑤救急医療指数

現行の評価方法を継続する。

④カバー率指数

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し、高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加する。

⑦後発医薬品指数

評価上限の見直しを行う。

⑧重症度指数

診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する。

- ③ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する（「別表4」参照）。

3. 算定ルール等の見直し

- (1) 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。
- (2) DPC対象病棟に入院中は、DPC制度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。
- (3) 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取り扱う。
- (4) 診断群分類点数表の一部にCCPマトリックスを導入する。
- (5) 適切なコーディングを行うための体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる等の必要な対策を講じる。

4. 退院患者調査の見直し

調査項目の見直し行う等、必要な措置を講ずる。

平成 28 年度診療報酬改定におけるⅡ群の選定に係る実績要件

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

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）]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の（1 症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件 2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件 3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の 6 つ（3a～3C）がそれぞれ一定の基準を満たす]

外科系（外保連試案 8.3 版）

- (3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3c)：手術実施症例件数

内科系（特定内科診療（2014 年度版））

- (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

「(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案（第 8.3 版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

「(3A)：症例割合」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床数で除して算出する。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価外保連手術指数は、外保連試案（第 8.3 版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

➤ 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。

- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

特定内科診療 25 疾患

疾患 No.	疾患名	対象 DPC コードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30 以上)	010040x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上)	出血と梗塞
		010060x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上)	JCS30 以上

2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x(入院時 JCS100 以上、もしくは処置 2 ありのうち人工呼吸あり) 150050 (該当 DPC6 桁全て) (入院時 JCS10 以上、もしくは人工呼吸あり)	処置 2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症 クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (ICD G700 のみ)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積 状態	010230xx99x\$\$x (処置 2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重 症発作	040100xxxxx\$\$x (処置 2 あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	処置 2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx1xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) のうち J045 人工呼吸あり	処置 2 (人工呼吸あり)
7	COPD 急性増悪	040120xx99\$1xx (処置 2 あり)	処置 2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮< 促>迫症候群、 ARDS	040250xx99x\$xx (処置 2 あり) (J045 人工呼吸あれば可 PGI2 のみは除く)	処置 2 (人工呼吸あり)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置 1 5 あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり SPECT・シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置 1 5 あり)	人工呼吸 or 緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動 脈瘤	050161xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり中心静脈注射のみ除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置 1 5 あり) 050190xx99x\$xx (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD I822 を除く)	処置 2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置 2 (人工呼吸、PMX 等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD K85 のみ)	処置 2 (人工呼吸、CHDF 等)

16	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (DPC6 桁全て)	診断名あればすべて
17	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x (処置 2 あり/なし) (ICD E055 のみ)	診断名、手術なし
18	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx (処置 2 あり/なし) (ICD E272 のみ)	診断名あればすべて
19	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須)	診断名と腎生検
21	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須)	診断名と腎生検
22	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950 のみ)	化学療法、実症例数
23	悪性リンパ腫	130020xx\$\$x3xx 130030xx99x\$\$x (化学療法あり) 130030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD 絞りなし)	化学療法、実症例数
24	再生不良性貧血	130080 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし)	実症例数
26	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし) (リハビリ実施必須)	リハビリ
27	薬物中毒	161070 (DPC6 桁全て) (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置 2 (人工呼吸・PMX 等) あり
28	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置 2 3 あり) (ICD 絞りなし)	処置 2 3 (PMX・CHDF) あり

※各特定内科診療に指定した診断群分類は DPC 対象外コードを含む

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数 (重症 DPC 補正後)]

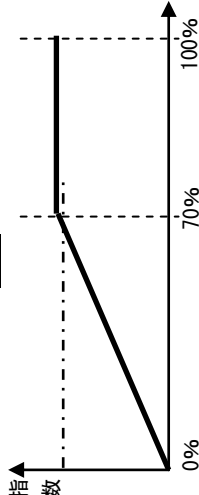
- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成28年度）＞（太字は平成28年改定における修正内容）

評価対象データは※平成26年10月1日～平成27年9月30日（12ヶ月間）のデータ

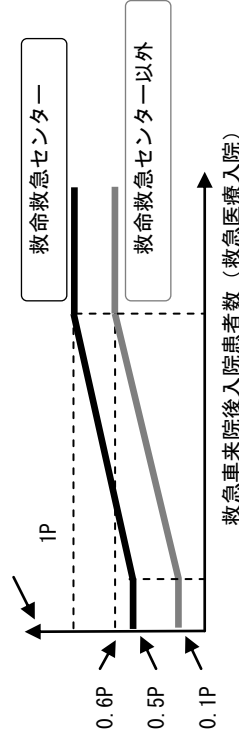
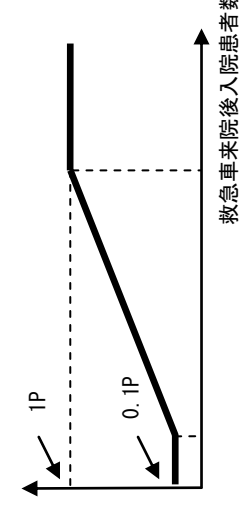
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	<p>DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価。</p>	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾 ii 様式1とEFファイル 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 iii 様式4とEFファイル 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 iv DファイルとEFファイル 記入されている入院料等の矛盾 <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>④ 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） Ⅰ群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</p> <p>⑤ それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価 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（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、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群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。</p>

⑥ 病院情報の公表への取組の評価							
自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する（平成29年度以降の評価導入を検討）。							
2) 効率性指数	<p>各医療機関における在院日数短縮の努力を評価</p> <p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>						
3) 複雑性指数	<p>各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価</p> <p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>						
4) カバラー率指数	<p>様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価</p> <p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕／〔全 DPC 数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>						
5) 救急医療指数	<p>救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価</p> <p>1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕</p> <p>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <p>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「A205 救急医療管理加算」 ・「A300 救命救急入院料」 ・「A301 特定集中治療室管理料」 ・「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」 ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」 ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 <p>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</p> <p>「救急医療入院」の患者</p>						
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主とし</p> <p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 体制評価指数</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>計12項目（各1ポイント）</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア	① 体制評価指数	1/2	計12項目（各1ポイント）	
地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア						
① 体制評価指数	1/2						
計12項目（各1ポイント）							

	て評価)	<p>I・II群は評価上限 10 ポイント III群は評価上限 8 ポイント</p> <table border="1" data-bbox="231 280 327 1406"> <tr> <td data-bbox="231 280 279 593">② 定量評価指数</td> <td data-bbox="231 593 279 952">1) 小児 (15 歳未満)</td> <td data-bbox="231 952 279 1406">1/4</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="279 593 327 952">2) 上記以外 (15 歳以上)</td> <td data-bbox="279 952 327 1406">1/4</td> </tr> </table> <p>① 体制評価指数 (評価に占めるシェアは 1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価 (計 12 項目、詳細は次ページの別表 3 参照)。 一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数 (評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ) 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を 1) 小児 (15 歳未満) と 2) それ以外 (15 歳以上) に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 III 群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4		2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4
② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4						
	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4						
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	<p>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア (= 〔後発医薬品の数量〕 / 〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕) により評価。 (※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。) ※数量ベースで 70% を評価上限とする。</p> 						
8) 重症度指数	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	<p>当該医療機関における「<u>包括範囲出来高点数</u>」 / 「<u>診断群分類点数表に基づく包括点数</u>」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 日までの包括範囲出来高点数は除外する。)</p>						

＜地域医療指数・体制評価指数別表2＞（太字は平成28年改定における修正内容）

地域医療計画等における一定の役割を12項目で評価（「P」はポイントを表し、1項目1ポイント、但し上限はⅠ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8ポイント）。

評価項目（各1P）	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携（DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「[B005-2 地域連携診療計画管理料]」を算定した患者数] / [医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数] で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携（DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、「[B005-6 がん治療連携計画策定料]」を算定した患者数] / [医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数] で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録（実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、「[医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）]」 / [医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）] で評価（実績に応じて0～1P）（平成29年度以降は評価を廃止予定。）	
④救急医療（実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救命救急センターに限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目 (各 1P)	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関 (※) の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価 (0.5P ずつ) <u>(※) 平成 29 年度以降に導入を検討する</u>	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関 (※) の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価 (いずれかで 1P) <u>(※) 平成 29 年度以降に導入を検討する</u>
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 (いずれかで 1P)	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P) 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価 (いずれかで 1P)
⑧がん拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定を重点的に評価 (1P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.5P) 「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」としての指定は評価対象外 (0P) 	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価 (いずれかで 1P)
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価 (1P)	
⑩EMIS (広域災害・救急医療情報システム)	EMIS (広域災害・救急医療情報システム) への参加の有無を評価 (1P)	
⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算 (特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等 (K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2) のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価 (実績に応じて 0~1P)	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価 (1P)	
⑬高度・先進的な医療の提供	<u>各項目の実施症例数を評価 (平成 29 年度より評価)。</u> <ul style="list-style-type: none"> 10 例以上の医師主導治療の実施、10 例以上の先進医療の実施、及び 1 例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 (1P) 20 例以上の治療 (※) の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施 (0.25P) <u>(※) 協力施設としての治療の実施を含む。</u>	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 27 年 9 月 30 日までに指定を受けていること (平成 27 年 10 月 1 日付の指定を含む) を要件とする。

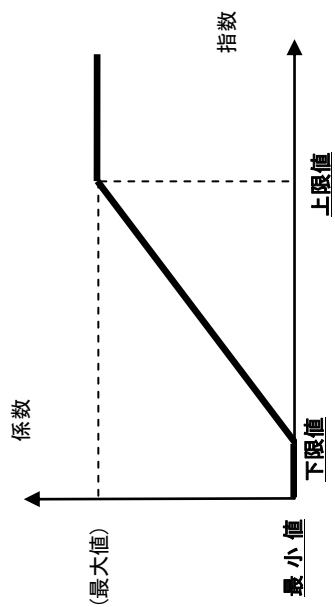
＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（太字は平成28年改定における修正内容）

具体的な設定	指数		係数	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

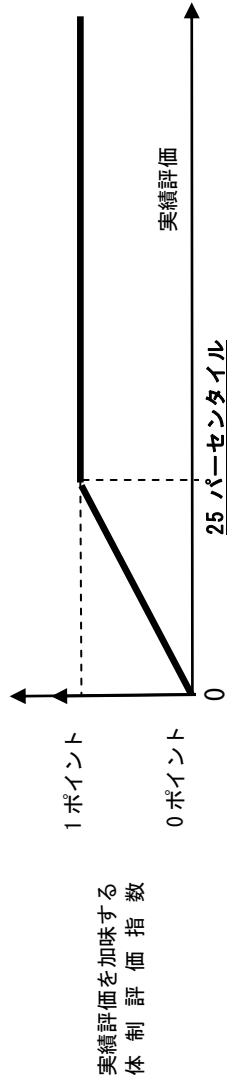
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は 70% とする。

※4 分散が均等となるように標準化を行う。



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

- 脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑤急性心筋梗塞の5項目が該当。
- 特に規定する場合は除き、下限値は0ポイント(指数)、実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25パーセンタイル値を上限値1ポイント(つまり、実績を有する施設の上から4分の3は満点(1ポイント))。



後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

骨子【IV－1（1）】

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品使用体制加算の施設基準の見直しを行う。

第2 具体的な内容

後発医薬品使用体制加算における、後発医薬品の割合に「後発医薬品のさら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	改定案
【後発医薬品使用体制加算】 (新設)	【後発医薬品使用体制加算】
	後発医薬品使用体制加算 1
	42点(新)
後発医薬品使用体制加算 1	後発医薬品使用体制加算 2
35点	35点
後発医薬品使用体制加算 2	後発医薬品使用体制加算 3
28点	28点
[施設基準]	[施設基準]
① 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 30%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 20%以上 30%未満	① <u>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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」</u>

<p>であること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>という。)に占める後発医薬品の規格単位数の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては50%以上60%未満であること。</p> <p>② <u>当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数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の割合が50%以上であること。</u></p>
----------------------------------	--

院内処方における後発医薬品使用体制の評価

骨子【IV－1（1）】

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行う診療所について、後発医薬品の使用を推進している場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

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)	<u>外来後発医薬品使用体制加算 1</u>	<u>4 点</u>
	<u>加算 2</u>	<u>3 点</u>

[施設基準]

- (1) 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、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上であること。
- (3) 当該保険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。

一般名処方加算の見直し

骨子【IV－1（1）】

第1 基本的な考え方

後発医薬品のさら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等を新設する。

第2 具体的な内容

1. 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の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【処方せん料】 (新設)</p> <p>一般名処方加算 2点</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>一般名処方加算 1 3点(新)</p> <p>一般名処方加算 2 2点</p> <p>[算定要件]</p> <p>一般名処方加算 1</p> <p><u>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、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算定できる。</u></p> <p>一般名処方加算 2</p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>

2. 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。

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

骨子【IV-3(1)】

第1 基本的な考え方

特に複数の疾患を有する高齢者に、多種類の服薬を要することがあることから、薬剤に起因する有害事象の防止を図るとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、保険医療機関において、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組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価する。

第2 具体的な内容

1. 入院時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた入院患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、退院時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

(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) 精神病棟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。

2. 外来受診時又は在宅医療受診時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた外来患者又は在宅患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

(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

骨子【IV-3-(1) (2)】

第1 基本的な考え方

1. 多種類の内服薬を服用している患者について、服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、当該患者に対して処方薬剤を減少させる取組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価する。

「IV-3-①」を参照のこと。

2. 残薬、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等、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。

- (1) 多剤処方を適正化する観点から、医師と薬剤師が協力して不適切な多剤投薬の適正化に取り組み、減少した場合の評価を新設する。

「IV-3-①」を参照のこと。

- (2) 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

「Ⅲ-7-②」を参照のこと。

- (3) 調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。

- ① 患者宅にある服用薬を保険薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。

② 現行の対象に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。

「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

(4) 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価する。

「Ⅰ－４－⑮」を参照のこと。

(5) 保険医療機関と保険薬局が連携して、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。

(6) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

(7) 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

第2 具体的な内容

1. 「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

2. 残薬、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、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。

(1) 「Ⅳ－３－①」を参照のこと。

(2) 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

(3) 継続的な薬学的管理の推進

- ① 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。
- ② 「Ⅲ－７－②」を参照のこと。

(4) 「Ⅰ－４－⑮」を参照のこと。

(5) 保険医療機関と保険薬局が連携して、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。(別紙)。
- 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、当該記載欄に基づいて、
 - i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - ii) 保険医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

(6) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

(7) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対

応を行うこととする。

- ・ 30 日以内に再診する
- ・ 200 床以上の保険医療機関にあっては、200 床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
- ・ 患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

医薬品の適正給付

骨子【IV-6(5)】

第1 基本的な考え方

一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

1. 一定枚数を超えて湿布薬を処方する場合には、原則として処方せん料、処方料、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず一度に一定枚数以上投薬する場合には、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、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載することとする。

第2 具体的な内容

1. 湿布薬について、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。

現 行	改定案
【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新設)	【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】 入院中の患者以外の患者に対し

<p>【投薬 薬剤料】 (新設)</p>	<p>て、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず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。</p> <p>【投薬 薬剤料】</p> <p>入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず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。</p>
--------------------------	---

2. 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。