

平成28年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

本資料は改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも正確でない場合があります。
算定要件・施設基準等の詳細については関連の告示・通知等をご確認ください。

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(p.3)
- 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(p.23)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.34)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.47)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.66)

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

- 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(p.68)
- 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(p.73)
- 明細書無料発行の推進(p.86)

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(p.88)
- 「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(p.92)
- 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(p.95)
- 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(p.105)
- 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(p.108)
- 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(p.114)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

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(p.141)
- 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(p.144)
- 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(p.147)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.151)

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

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)

【該当基準】

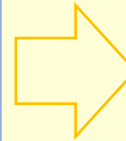
A項目2点以上かつB項目3点以上

[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 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理

[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 | |



改定後

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【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**

[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 抗血栓塞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**

8 救急搬送後の入院

[B項目]

- | | | |
|-----------------|-------------------------|----------------|
| 9 寝返り | (削除) | 10 移乗 |
| (削除) | 11 口腔清潔 | 12 食事摂取 |
| 13 衣服の着脱 | 14 診療・療養上の指示が通じる | 15 危険行動 |

[C項目]

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 16 開頭手術 | 17 開胸手術 |
| 18 開腹手術 | 19 骨の手術 |
| 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 |
| 22 救命等に係る内科的治療 | |

- ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
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)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
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抗血栓塞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)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

▶ C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)

- ①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする
③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

項目名	定義	留意点	
開頭手術 (7日間)	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない	
開胸手術 (7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない	
開腹手術 (5日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない	
骨の手術 (5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手・足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	—	
胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—	
全身麻酔・脊椎麻酔 の手術(2日間)	・上記5項目に該当しないもので全身麻酔下、脊椎麻酔下に行われた手術		
救命等 に係る 内科的 治療	①経皮的血管内治療 (2日間)	・経皮的な脳血管内治療 ・冠動脈カテーテル治療 ・選択的血管塞栓による止血術 ・t-PA療法 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術	・検査のみの場合は含めない
	②経皮的心筋焼灼術 等の治療(2日間)	・経皮的な心筋焼灼術 ・体外ペースメーカー術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーカー術は、1入院中に初回に実施した日から 2日間までに限り評価を行う
	③侵襲的な消化器治療 (2日間)	・内視鏡による胆道・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施 した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止 血術や硬化療法を行う場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場 合、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない

医療機能に応じた入院医療の評価について④

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

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の15%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

[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)

[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)

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**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**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、**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**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つては、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

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)

改定後

看護必要度加算1 55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 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⑤

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

- 項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

現行
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。
【評価者】 院内研修を受けたもの。



改定後
【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。
【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。
【評価の根拠】 一部の評価項目において、医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。
【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において看護職員以外の職種も評価者となり得る。

- 項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 評価者については、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。 <p>※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評価を行う必要があることに留意すること。</p>

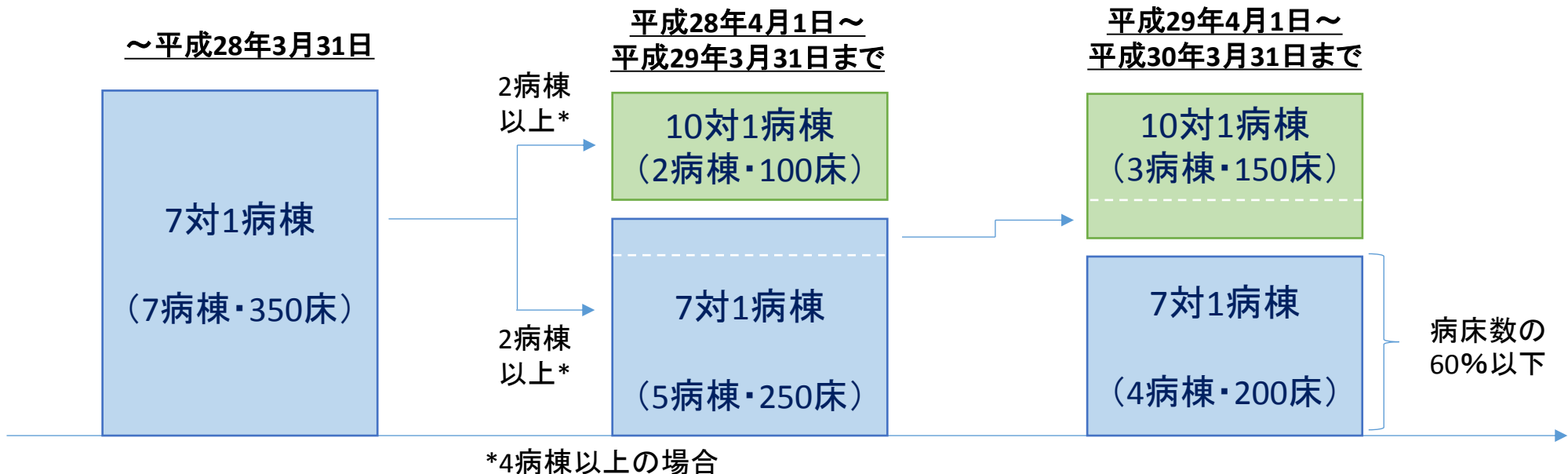
医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

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⑦

病棟群単位による届出②

〔入院基本料と加算等に係る施設基準〕

注 「一般病棟」には、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料が含まれる。

		(同一の報酬を算定する範囲)		基準の適用方法	留意点	病棟群毎に実績等を算出するもの	備考
		病棟群毎	一般病棟全体				
入院基本料の基準	看護職員の配置	○		病棟群毎に計算し、両方の病棟群がそれぞれの基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。 異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。	○	・ DPG対象病院の入院基本料は、10対1の機能評価係数Ⅰを選択するものとし、7対1病棟群の患者については、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき、差額分を所定点数に加算する。
	看護師比率						
	平均在院日数						
	重症度、医療・看護必要度						
	自宅等退院患者割合	7対1のみ		一般病棟全体で7対1の基準を満たす必要がある。		—	
月平均夜勤時間数			病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	どちらか一方の病棟群で満たせない場合、一般病棟全体で月平均夜勤時間超過減算等を算定する。	○	・ 異なる病棟群に転棟した場合は、入院期間中全て（前月分まで遡る）10対1入院基本料を算定する。	
特別入院基本料 月平均夜勤時間超過減算 夜勤時間特別入院基本料		○	どちらか一方の病棟群が要件に該当すれば、両方の病棟群で適用される。				
入院基本料の注加算	看護必要度加算	10対1のみ		10対1入院基本料を算定する病棟群のみで算出し、基準を満たす必要がある。	10対1入院基本料を算定する病棟群でのみ算定できる。	10対1のみ	
	ADL維持向上等体制加算	病棟単位（現行通り）		届出する病棟単位で要件を満たす必要がある。	異なる病棟群に転棟した場合、ADL評価の転棟患者には含めず、退院時は退院した病棟の実績とする。	病棟単位（現行通り）	
入院基本料等加算	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。	○	
	上記以外の入院基本料等加算		○	一般病棟全体で満たす必要がある。		—	

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

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)

自宅等に退院する者の割合が75%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。)

改定後

(7対1入院基本料)

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。)
- ・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)

【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。)

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。)
- ・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。)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑨

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以内

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以内

医療機能に応じた入院医療の評価について⑩

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

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



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：「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。

- ① 「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。
- ② 「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。
- ③ 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。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑪

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内)	240点
総合入院体制加算2(1日につき・14日以内)	180点(新)
総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内)	120点

	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法: <u>1,000件/年以上</u> カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	<u>上記のうち少なくとも4つ以上を満たす</u> 年間2,000件以上	<u>上記のうち少なくとも2つ以上を満たす</u> —
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	<u>2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置</u>	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A得点2点以上又はC得点1点以上)	<u>3割以上</u>	<u>3割以上</u>	<u>2割7分以上</u>

[経過措置]

平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑫

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)

【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



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。

- ① 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。
- ② 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を届け出ていた病棟であること。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑬

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

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・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
 - ・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)



改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
 - ・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

- 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
 - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC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
 - ・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⑭

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

- 在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、以下の施設基準について見直しを行う。

現行(7対1入院基本料)

在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

病床回転率が10%以上であること。

30.4

$\geq 10\%$

平均在院日数

改定後(7対1入院基本料)

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数

≥ 0.1

当該病棟の1日平均入院患者数

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

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。

【現行】

【改定後】

出来高病棟

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院基本料から15%減額

入院基本料から 10% 減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床に限る。)

入院料から55%減額

入院料から 40% 減額

精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合

入院料から 20% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院料から15%減額

入院料から 10% 減額

特定入院料等算定病棟

医療機能に応じた入院医療の評価について⑯

地域加算の見直し

- 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。

【現行】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	18点
2級地	15点
3級地	12点
4級地	10点
5級地	6点
6級地	3点



【改定後】

地域加算(1日につき)	点数
1級地	<u>18点</u>
2級地	<u>15点</u>
3級地	<u>14点</u>
4級地	<u>11点</u>
5級地	<u>9点</u>
6級地	<u>5点</u>
(新)7級地	<u>3点</u>

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑰

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

医療資源の少ない地域に配慮した評価※1を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直した上で評価を継続する。

※1;医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したもののや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※2を新たに対象に加える。

※2; 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・41二次医療圏)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
	北信	中野市、飯山市、下高井郡(山ノ内町、木島平村、野沢温泉村)、下水内郡(栄村)
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、橋原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域を対象とする。

[経過措置]

平成28年1月1日時点で改定前の特定地域において、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。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑱

一類感染症患者入院医療管理料の見直し

- 感染症法に規定する入院措置中の期間は算定可能とする。また、検査、点滴注射及び中心静脈注射を包括範囲外とする。

【一類感染症患者入院医療管理料】

現行	
7日以内の期間	9,046点
8日以上14日以内の期間	7,826点



改定後	
<u>14日以内の期間</u>	9,046点
<u>15日以上14日以内の期間</u>	7,826点

結核病棟入院基本料における入院初期加算の見直し

- 結核病棟入院基本料について、結核病棟における標準的な入院期間の患者の早期退院を促す観点から、入院初期の評価を見直す。

【入院初期加算】

現行	
14日以内の期間	400点
15日以上30日以内の期間	300点
31日以上90日以内の期間	100点



改定後	
14日以内の期間	400点
15日以上30日以内の期間	300点
<u>31日以上60日以内の期間</u>	<u>200点</u>
<u>61日以上90日以内の期間</u>	100点

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

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	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[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。



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

【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

【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



改定後

【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 (**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。