

医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)

① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	221点	介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	163点		147点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	85点		77点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

自院



通所リハビリテーション等の提供促進

外来患者



入院患者



③ 介護保険リハビリテーション移行支援料

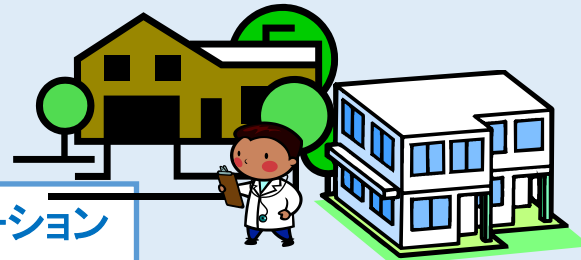
500点 (患者1人につき1回限り)

介護保険の
リハビリテーションへの
移行支援

退院後、より適切な介護
サービスへ

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)



介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

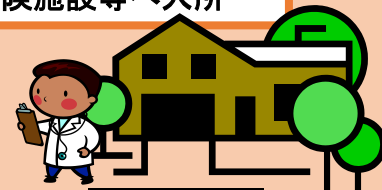


自宅

介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用



介護保険施設等へ入所



② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる。

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について②

周術期における口腔管理（医療機関相互の連携の評価）

- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

（新） 周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】（手術料の加算）

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、顔面・口腔・頸部・胸部・腹部の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

※他、有床診療所の機能に応じた評価、機能強化型訪問看護ステーションの評価、主治医機能の評価（再掲） 等

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

その他の連携

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

- 保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる厚生労働大臣の定める者に特別支援学校等の学校を加える。

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期限6か月)



現行

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、
指定生活介護事業者 等



改定後

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

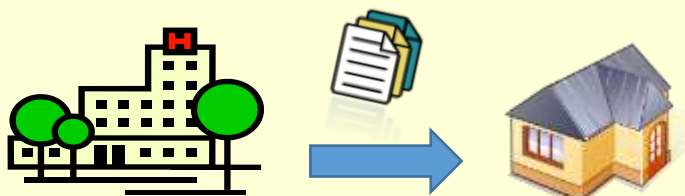
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

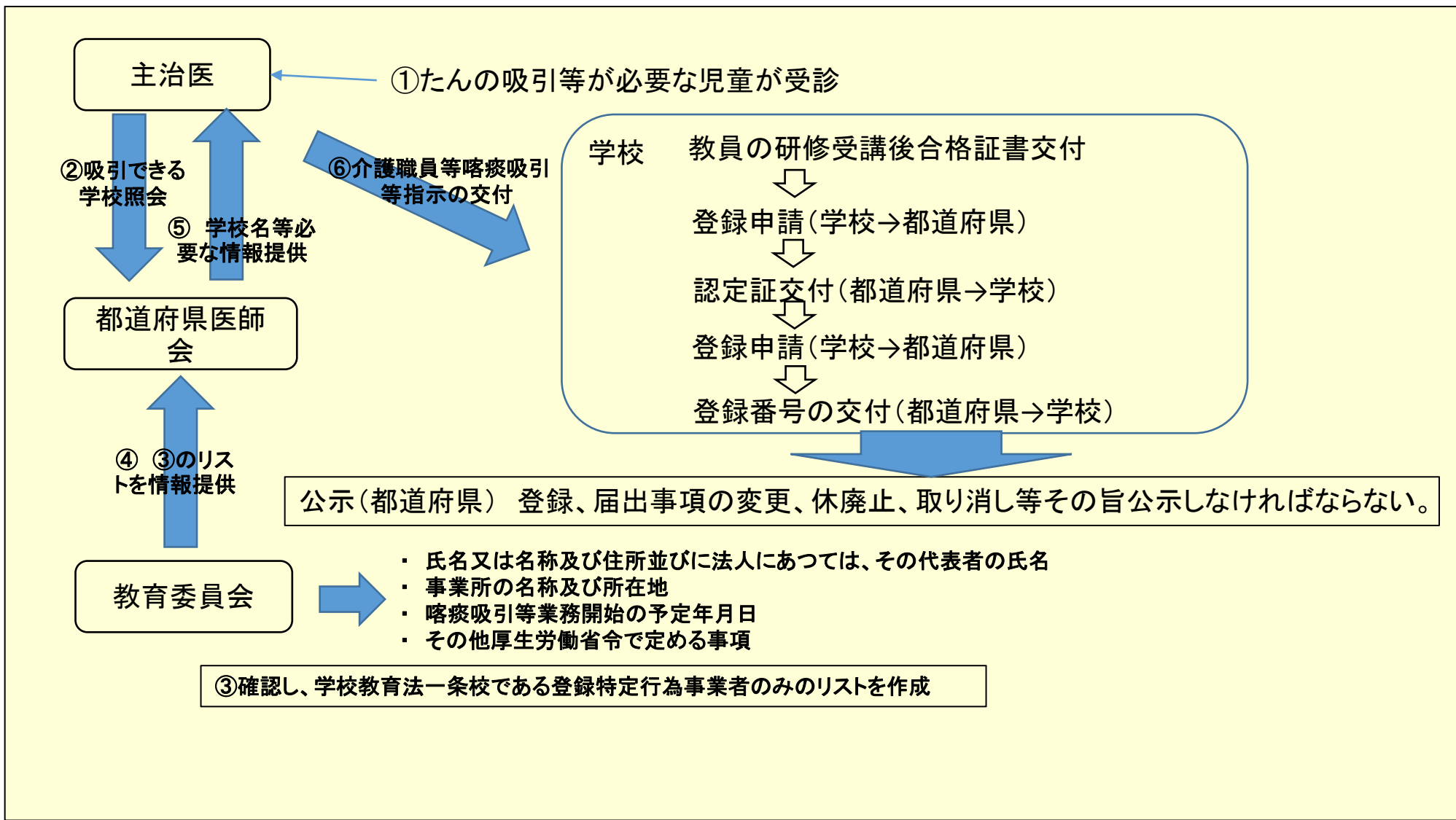
指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定
生活介護事業者 等

③学校教育法関係

学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、
中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）



特殊支援学校等で喀痰吸引等指示を交付する流れ



医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

緩和ケアを含むがん医療の推進について①

がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者であること。等

3の場合：

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

【対象患者】

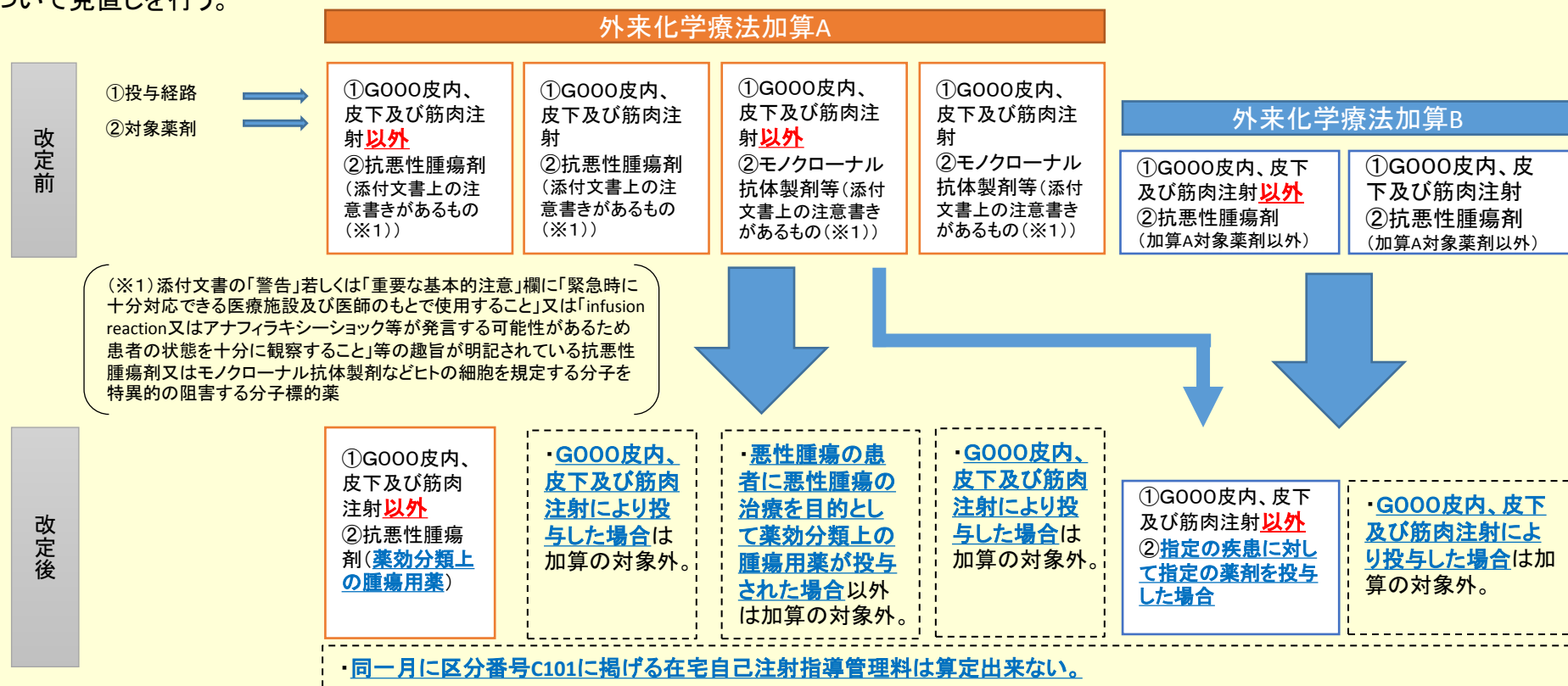
1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。)

外来化学療法の評価の見直しについて

- 外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

ア 関節リウマチ、クローン病、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

精神病床の機能分化①

精神科急性期医療の充実

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

(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 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[対象患者]

- ①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分(感情)障害

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

精神病床の機能分化②

精神療養病棟の医師配置等の見直し

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

精神療養病棟入院料 1,061点(1日につき)

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

精神療養病棟入院料 1,090点(1日につき)

(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(改) 医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること(看護職員25対1※以上を満たす場合を除く)。※平成30年3月31日までは30対1

(新) 当該病棟の全入院患者に対して、7日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催しつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

精神保健福祉士の配置の評価

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

[算定要件]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

精神病床の機能分化③

精神科救急医療についての実績要件の見直し

- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える。

精神科救急入院料 2,842点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,042点～(1日につき)

地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること

精神科救急入院料 2,920点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,128点～(1日につき)

(改)地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

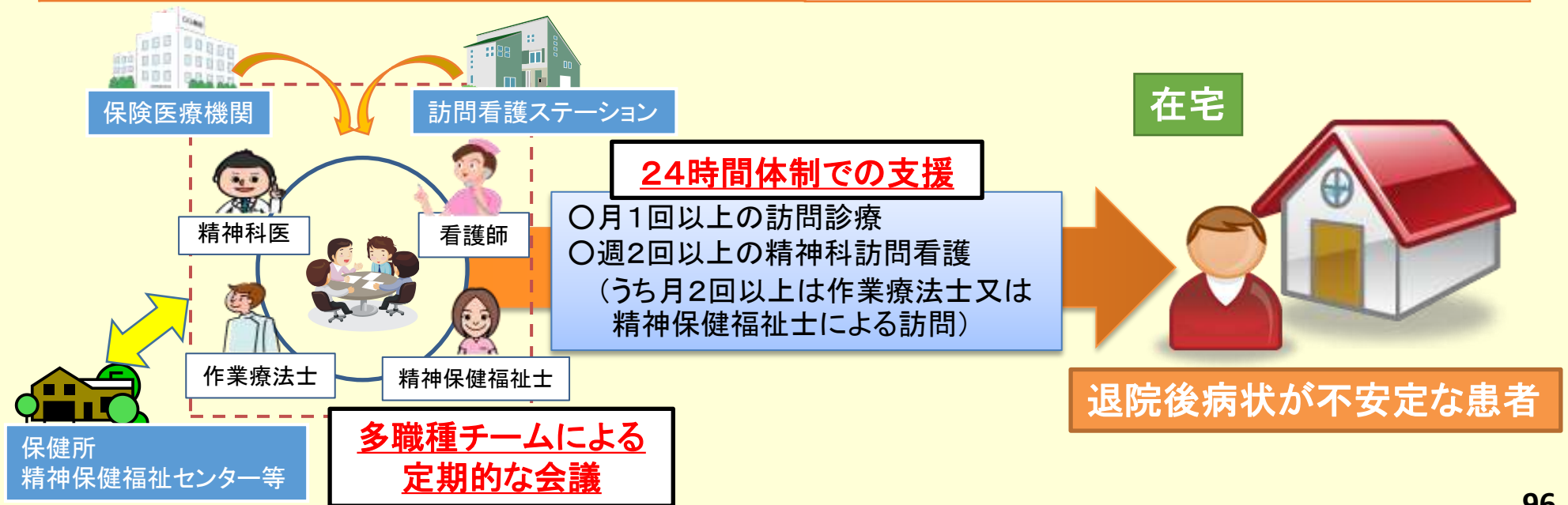
精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合	ロ 同一建物居住者の場合
(1)特定施設等に入院する者の場合 900点	(1)特定施設等に入院する者の場合 740点
(2) (1)以外の場合 450点	(2) (1)以外の場合 370点



精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。

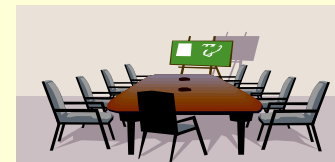
(新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回6月以内)

[算定要件]

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。



- 精神科重症患者に対し、保険医療機関と連携しながら1日複数回の訪問看護を行う場合についての評価を新設する。

(医療機関)

(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)

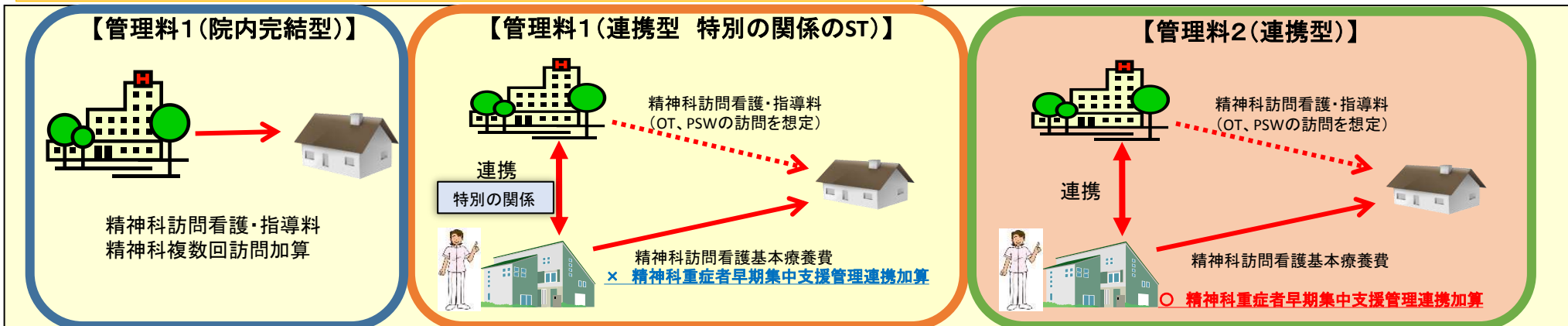
(訪問看護ステーション)

(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)

精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算

連携する病院と訪問看護ステーションの算定の仕組み



	訪問看護の提供体制	訪問看護の回数要件		同一日における訪問看護の算定		同一時間帯における訪問看護の算定		同一日における精神科複数回訪問加算の算定	
		精神科重症者早期集中支援管理料1,2	精神科重症者早期集中支援管理連携加算	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST
精神科重症者早期集中支援管理料1	院内から訪問看護を実施	2回以上/週	—	○	—	○	—	○	—
精神科重症者早期集中支援管理料1	特別の関係 の訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	×	○	○	○	×	○	×
精神科重症者早期集中支援管理料2	訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	○	○	○	×	○	×	○

通常、特別の関係の場合はどちらか一方が○。ただし、精神科重症者早期集中支援の場合は、病院からの訪問看護が作業療法士または精神保健福祉士の場合にかぎり、両方○

- 連携する病院と訪問看護STが特別の関係である場合、精神科重症者早期集中支援管理連携加算は算定できない。
- 精神科重症者早期集中支援管理料の算定に係る同一日の訪問看護については、特別の関係であっても算定可能。(病院からの訪問看護が作業療法士、精神保健福祉士の場合に限る)
- 同一時間帯に行われる訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが算定する。
- 同一日に行われる複数回訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが複数回加算を算定する。

精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

在宅時における長時間の精神療法の評価

- 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

2 1以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点



1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

2 (新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

3 1及び2以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点

精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

精神科ショート・ケア等 275点～

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。



(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

身体合併症管理の充実

- 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

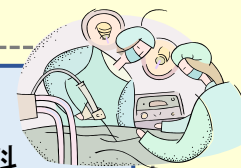
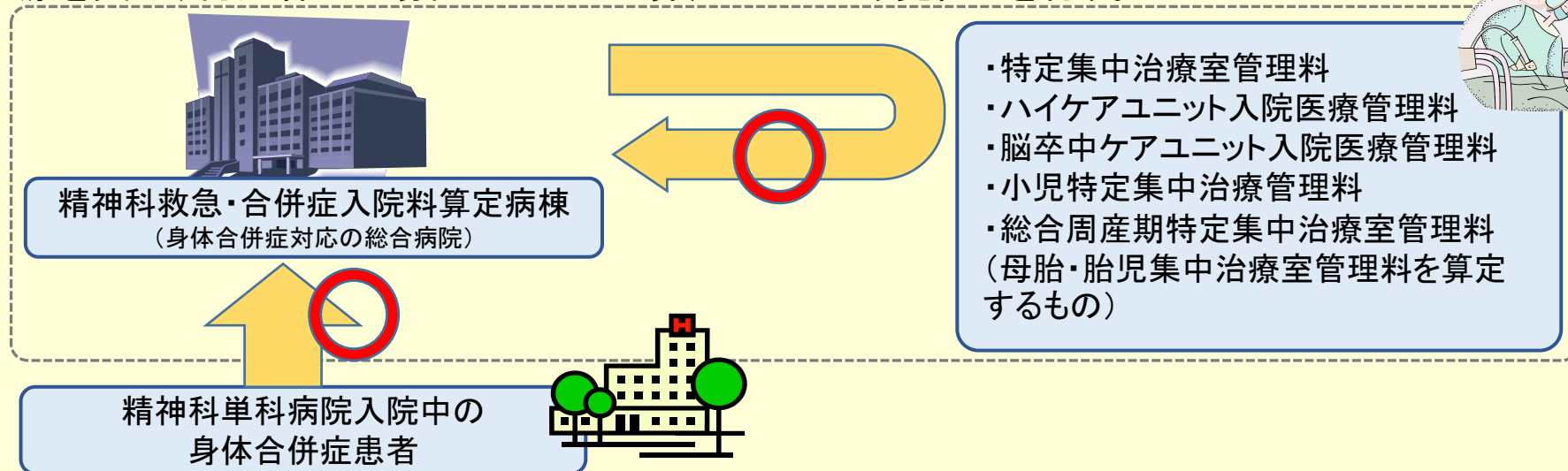
精神科身体合併症管理加算(1日につき)
450点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)
1 7日以内 450点
2 8日以上10日以内 225点(新)

精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるよう見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期ICU等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。



適切な向精神薬の使用の推進①

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)	10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、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を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

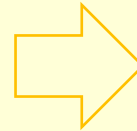
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、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を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

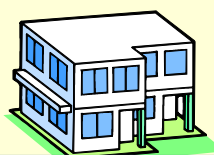
※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

適切な向精神薬の使用の推進②

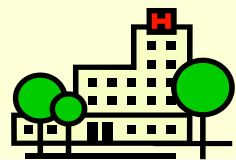
抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化②

[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

①初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合



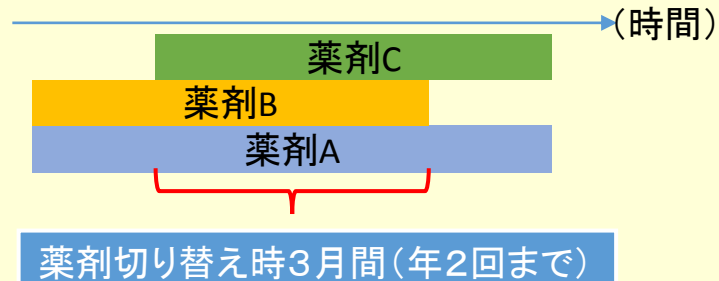
多剤処方



初めて受診した日から
6月間

②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合



③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は
14回以内の投与

※投与中止期間が1週間以内の場合は
連続する投与とみなす。

※抗不安薬及び睡眠薬については臨時
に投与した場合も種類数に含める。



④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師
が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた
場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

- ①～④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



児童・思春期の精神科医療の推進

通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

通院・在宅精神療法 20歳未満加算

初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る



通院・在宅精神療法 20歳未満加算

当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

- 必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

通院・在宅精神療法

200点

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。



通院・在宅精神療法

350点(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

心身医学療法

100分の100に相当する点数

20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。



心身医学療法

100分の200に相当する点数(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、心身医学療法を行った場合に、算定する。

認知症対策の推進

重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間
に限り加算 300点

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ①認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ②専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- 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
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- 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2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

救急医療等の推進について②

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- ▶ 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)

急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点

(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター 及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- ▶ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

(新) 精神疾患患者等受入加算 400点

[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

救急医療、小児、周産期医療の推進

新生児の退院調整①

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院7日以内に患者の抽出を行い、家族との話し合いを開始するとともに、入院1月以内に退院支援計画の作成を開始すること等を算定の要件とするよう評価の見直しを行う。

新生児の退院調整②

- 急性期病院において、周産期医療センターから退院患者を受け入れ、在宅に退院させた場合の退院調整について評価を行う。

(新) 新生児特定集中治療室退院調整加算3

イ 退院支援計画策定加算 600点

ロ 退院加算 600点

[算定要件]

- ① 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。
- ② 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料1～3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

小児科外来診療料の見直し

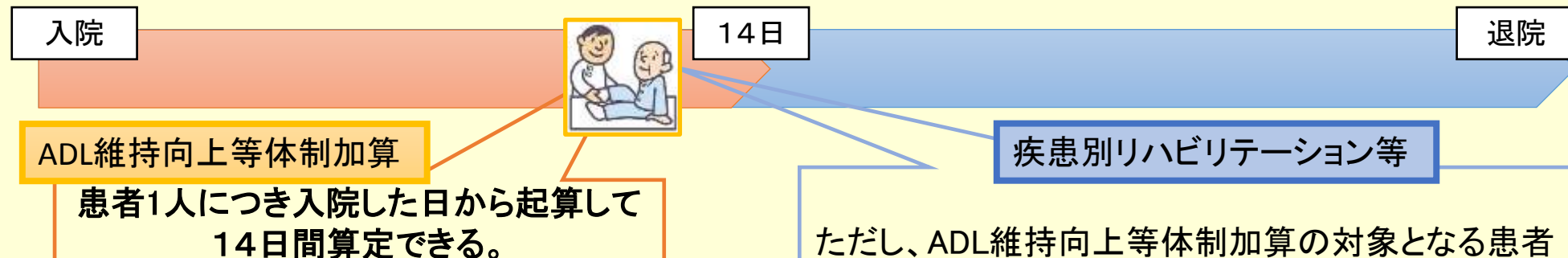
- 小児科外来診療料についてパリビズマブを用いた場合を対象外にし、薬剤費等を出来高で算定できるようにする。

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価②

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。

ア リハビリテーション概論について

(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)

イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)

ウ リハビリテーション治療法について

(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)

エ リハビリテーション処方について

(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)

オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)

カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

- ④ 以下のいずれも満たすこと。
 - ア) 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

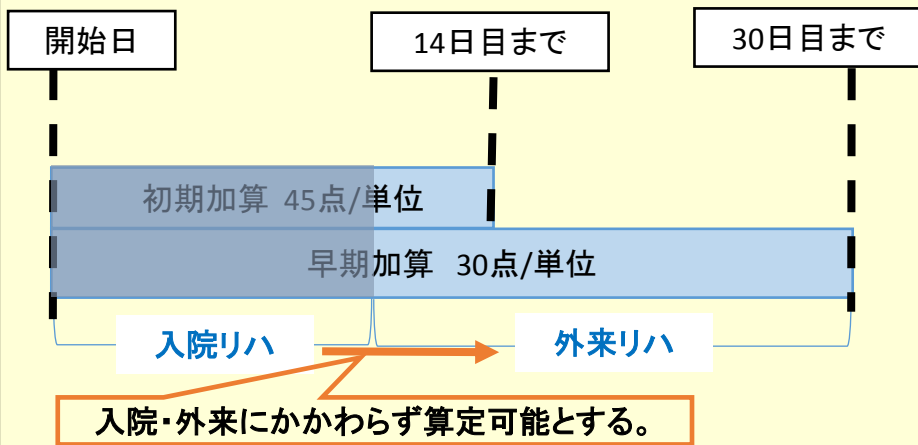
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

外来における早期リハビリテーションの評価

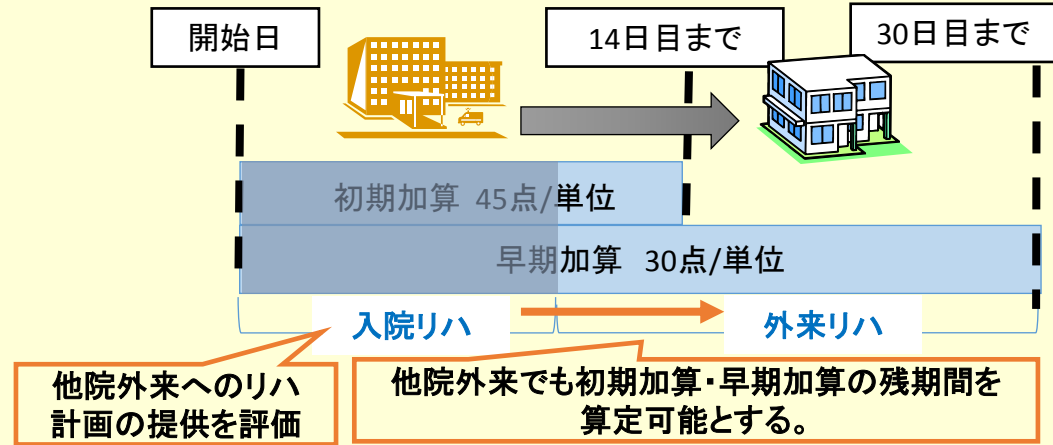
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②

運動器リハビリテーション料Ⅰの評価の見直し

- 外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とする。

現行	
区分	対象者
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者



改定後		
区分	対象者	点数
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	入院患者 <u>外来患者</u>	180点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者	170点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	入院患者 外来患者	85点

(注) 要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価

廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉

【現行】

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>146点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>77点</u>

〈対象患者〉 下線部分 を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、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であって、心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】

【改定後】

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	200点
運動器リハビリテーションⅠ	175点
呼吸器リハビリテーションⅠ	170点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	220点
がん患者リハビリテーション料	200点

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	<u>205点</u>
運動器リハビリテーションⅠ	<u>180点</u>
呼吸器リハビリテーションⅠ	<u>175点</u>
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	<u>225点</u>
がん患者リハビリテーション料	<u>205点</u>

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

➤ 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論
 ウ 運動器リハビリテーション
 オ 高次脳機能障害
 キ 地域包括ケア

イ 脳血管リハビリテーション
 エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
 カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

- 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行	改定後
1,911点	2,025点

[施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

- 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行	改定後
当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。	当該病棟の患者全体に占める <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目</u> の得点が1点以上の患者の割合が <u>1割以上</u> であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

- 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

リハビリテーション総合計画評価料

(新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中 1回)

[算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

医療技術の適切な評価

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、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. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試算第8.2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。

3. 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。

4. 胃瘻等について

胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や造設後の連携施設への情報提供の推進を図るため、評価の新設等を行う。

5. 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。

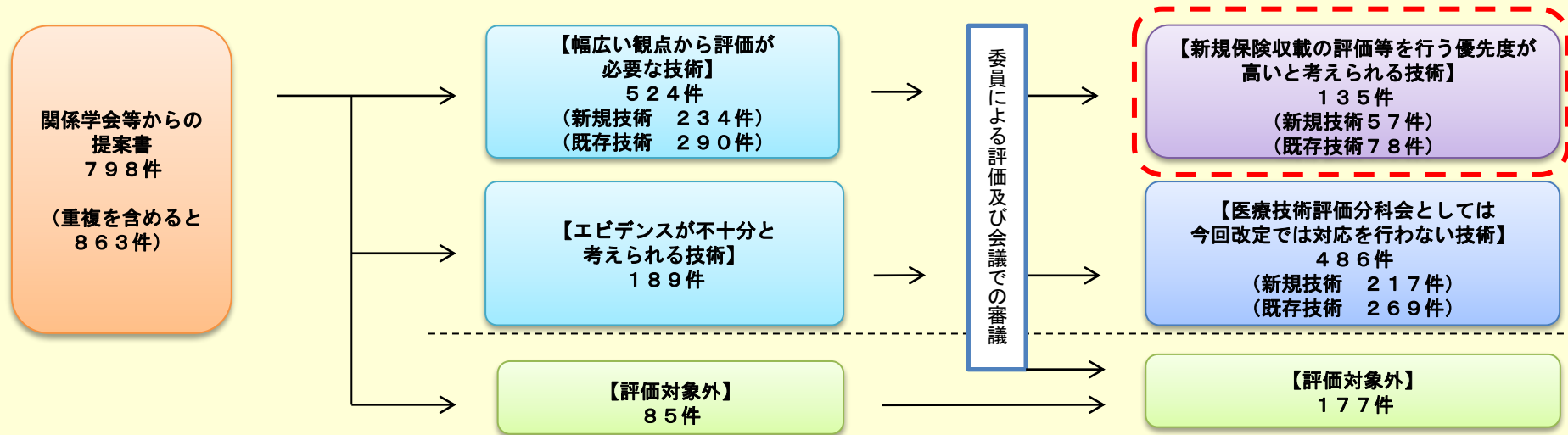
1. 医療技術の評価及び再評価①

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57件を保険導入するとともに、既存技術78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25年3月から6月末にかけ関係学会から863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、基本診療料や使用する医薬品及び医療機器等の薬事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、エビデンスが不十分と考えられる技術について、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



例)

- ・新規技術; 網膜再建術、EDチューブ挿入術など
- ・既存技術; 拡大胸腺摘除術(重症筋無力症に対する)、脊髄誘発電位測定等加算など

1. 医療技術の評価及び再評価②

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、実勢価格等を参考に、実施料の引き上げ等を行う。

1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う。

排泄物、滲出物又は分泌物の 細菌顕微鏡検査 その他のもの	50点
抗酸菌分離培養(液体培地法)	230点



61点
260点

2. 算定要件の見直し

細菌培養同定検査 血液又は穿刺液	2か所以上から血液を採取した場合に2回算定可とする。
酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	診断補助として実施した場合とその後6ヶ月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合にそれぞれ1回ずつ算定可とする。

処置に対する小児加算の新設

- 創傷処置(6,000平方センチメートル以上)、熱傷処置(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、6,000平方センチメートル以上)、リンパ管腫局所注入、ストーマ処置について、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- 腹膜灌流について、6歳未満の乳幼児の場合は導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

1. 医療技術の評価及び再評価③

評価体系の見直し

- CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

【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	950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	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600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	1,400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	950点

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	56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	<u>1,000点</u>
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	<u>770点</u>
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	<u>580点</u>

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	<u>1,600点</u>
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	<u>920点</u>

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	
イ アナログ撮影	<u>54点</u>
ロ デジタル撮影	<u>58点</u>

1. 医療技術の評価及び再評価④

胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

- 新規に保険導入された胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術の一例

手術名	点数
胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術 (頸部、胸部、腹部の操作によるもの)	125,240点
腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)	75,730点
腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030点



「複数手術に係る費用の特例等」の対象拡大

- 「同一手術野又は同一病巣であっても、主たる手術の点数に従たる手術(1つに限る)の点数(50/100)を加えた点数が算定可能となる手術の組み合わせ」を追加(例)

手術名	手術名
大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	弁形成術
ヘルニア手術(臍帯ヘルニア)	腸閉鎖症手術、臍腸管瘻手術、尿膜管摘出術など
肝切除術	脾摘出術
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮付属器癒着剥離術(両側)(腹腔鏡によるもの)

※ 「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術。上記の表の左右のどちらが主たる手術となっても差し支え無い。

1. 医療技術の評価及び再評価⑤

緊急性を踏まえた評価の見直し

- 冠動脈インターベンションについて、緊急に実施するものと待機的に実施するものの評価の見直しを行う。

現行		(緊急性を踏まえた点数設定なし)
K546 経皮的冠動脈形成術	22,000点	
K549 経皮的冠動脈ステント留置術	24,380点	



改定後

<p>K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点</p> <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術 1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点</p>	<p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア <u>心筋トロポニン(TnT)又は心筋トロポニンが高値であること</u>又は心筋トロポニン(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であって、CK-MBが高値であること。</p> <p>イ <u>次のいずれかに該当すること。</u> (イ) 胸痛等の虚血症状、(ロ) 新規のST-T変化または新規の左脚ブロック、(ハ) 新規の異常Q波の出現 (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常、(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓</p> <p>ウ <u>次のいずれかに該当すること。</u> (イ) <u>症状発現後12時間以内</u>に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(<u>door to balloon time</u>)が<u>90分以内</u>であること。 (ロ) <u>症状発現後36時間以内</u>に来院し、<u>心原性ショック(Killip分類class IV)</u>であること。</p> <p>※ただし、<u>ウのみ満たさず、来院から24時間以内に当該手術を開始した場合は、「2」の不安定狭心症に対するものに準じて算定する。</u></p>
<p>K546 経皮的冠動脈形成術 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術 2 不安定狭心症に対するもの 24,380点</p>	<p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア <u>非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II 又はclass III</u>であること。</p> <p>イ <u>非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスク</u>であること。</p> <p>ウ <u>来院から24時間以内に当該手術を開始</u>すること。</p>

以上の要件以外のものは以下のとおり

K546 経皮的冠動脈形成術 **3 その他のもの** 19,300点

K549 経皮的冠動脈ステント留置術 **3 その他のもの** 21,680点

※ 施設基準: 1年間の件数を院内掲示するとともに厚生局に届け出ること。

1. 医療技術の評価及び再評価⑥

静脈麻酔の評価

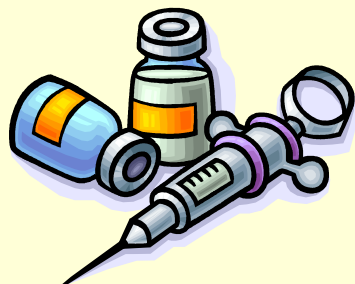
- 長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置を実施する場合等、患者の安全を確保するため、より厳重な監視を行う必要があることから、静脈麻酔の評価体系を見直し、より手厚い静脈麻酔の体制の確保を推進する。
- 具体的には、下記の場合の静脈麻酔についての評価を新設する。
 - ① 常勤の麻酔科医が専従で静脈麻酔を実施した場合
 - ② 3才以上6才未満の幼児に対して実施した場合
 - ③ 実施時間が2時間を超える場合

【現行】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの	600点

【改定後】

静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)	600点
3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)	800点
注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。	100分の10に相当する点数
注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。	100点



※ 「複雑な場合」は、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

1. 医療技術の評価及び再評価⑦

長時間麻酔の評価

- 長時間にわたる麻酔管理は、患者への負担が大きくより厳重な管理が必要であり、かつ麻酔実施者にかかる負担も大きいとため、適切な管理体制が確保されている場合については、麻酔管理料(Ⅰ)の加算として評価を新設する。

〔算定要件〕

指定する手術のマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超える場合

【現行】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点



【改定後】

麻酔管理料(Ⅰ)	
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	900点
(新設)注 長時間麻酔管理加算	7,500点



【対象となる手術】

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

その他以下の区分番号の手術を対象とする。

K136-2、K151-2、K175 2、K379-2 2、K395、K558、K560 3イ、K560 3ロ、K560 3ハ、K560 5、
K579-2 2、K581 3、K582 3、K584 2、K605-2、K605-4、K645、K675 5、K677-2 1、K697-5、
K697-7、K801 1

1. 医療技術の評価及び再評価⑧

放射線治療の評価の見直し

➤ 照射回数を減らす治療法の新設及び評価の見直し

1回照射線量を増加することにより、照射回数を減らせる場合について、患者の時間的負担軽減につながることから、5年局所再発率等の差が無いということが示されている全乳房照射の場合について、加算を新設する。

【現行】

体外照射
高エネルギー放射線治療

【改定後】

体外照射
高エネルギー放射線治療 (新設)注2 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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。



【1回線量増加加算に関する施設基準】

- ・放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ・なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

➤ 術中照射や転移性骨腫瘍などに対する直線加速器による緩和的照射について、局所制御率の向上等の有効性が示されていることから、評価の見直しを行う。

【現行】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

【改定後】

体外照射
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に5,000点を加算する。



直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	6,720点

直線加速器による放射線治療(一連につき)	
1 定位放射線治療の場合	63,000点
2 1以外の場合	8,000点



1. 医療技術の評価及び再評価⑨

免疫染色病理標本作製の評価

- 診断精度を向上させて適切な治療を行うため、4種類以上の抗体を用いて免疫染色(免疫抗体法)病理標本作製を実施した場合の加算(1,600点)が算定可能な疾患に、**肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)及び悪性黒色腫**を追加する。

現行		➔	改定後	
悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)	1,600点		悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性胃炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)、 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)又は悪性黒色腫	1,600点

液状化検体細胞診加算の見直し

- 婦人科材料等による液状化検体細胞診について、検体の採取と同時にを行った場合に、前がん病変の検出率が向上するというデータが示されたため、算定要件の見直しを行う。

現行		➔	改定後	
液状化検体細胞診加算	85点		(新) 婦人科材料等液状化検体細胞診加算	18点
採取と同時に作成された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から 再度標本作製し、診断を行った場合に限り 算定できる。			採取と同時にを行った場合に算定できる	

○検査の流れ

【現行】



【改定後】

