

《都道府県医師会 社会保険担当理事連絡協議会》

平成30年度診療報酬改定について 〔概要版〕

平成30年3月5日
公益社団法人 日本医師会



2025(平成37)年に向けた改革

あと7年!

持続可能な社会保障制度の実現

	2012 平24	2013 平25	2014 平26	2015 平27	2016 平28	2017 平29	2018 平30	2019 平31	2020 平32	2021 平33	2022 平34	2023 平35	2024 平36	2025 平37
消費税	5%	→	8%	→	10%	→	10%	→	10%					
医療・介護同時改定	①	→					②	→					③	
診療報酬改定	①	→	②	→	③	→	④	→	⑤	→	⑥	→	⑦	
介護保険事業計画	第5期(2012~2014)			第6期(2015~2017)			第7期(2018~2020)			第8期(2021~2023)				
介護報酬改定	①	→		②	→		③	→		④	→		⑤	
医療計画見直し		医療計画の見直し① (在宅医療の推進等)			医療法改正			医療計画の見直し② (病床機能分化)			医療計画の見直し③			

《改革の方向性》

- ① 急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができる
- ② 患者の負担にも留意
- ③ 医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で、機能に応じた充実
- ④ 急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実
- ⑤ 地域ごとに地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築

あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬改定、介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、地域医療総合確保基金や補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正、施行していく。

平成30年度診療報酬改定

団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会経済の変化への対応に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な医療提供体制の整備とともに、新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現を目指す。

1. 診療報酬改定 +0.55%

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

② 材料価格 ▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
2. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
3. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
4. かかりつけ医の機能の評価
5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
6. 国民の希望に応じた看取りの推進
7. リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価
2. かかりつけ薬剤師の推進
3. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 5) 難病患者に対する適切な医療の評価
 - 6) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応

歯科

1. 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推進

調剤

1. 薬剤師・薬局による対人業務の評価

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 後発医薬品の使用促進
3. 医薬品の適正使用の推進
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

〔社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)(平成29年12月11日)〕

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の 実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、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歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入(再掲)
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化(再掲)
- ・外来医療の機能分化(再掲)

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・費用対効果の評価
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識①

《人生100年時代を見据えた社会の実現》

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識②

《どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現 (地域包括ケアシステムの構築)》

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識③

《制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進》

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針2017」や「未来投資戦略2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性①

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】

《基本的視点》

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

《具体的方向性の例》

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携(病病連携・病診連携・診診連携)、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
 - ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性②

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】

- 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
 - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能を評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性③

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】

- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術(ICT)の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。

- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。

- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性④

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

《基本的視点》

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

《具体的方向性の例》

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、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歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑤

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

- アウトカムに着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑥

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

《基本的視点》

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

《具体的方向性の例》

- チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。(再掲)

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑦

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携(病病連携・病診連携・診診連携)、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
 - ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)

- 外来医療の機能分化
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
(再掲)

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑧

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

《基本的視点》

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

《具体的方向性の例》

- 薬価制度の抜本改革の推進
 - ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針2017」で掲げられた新たな目標(平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑨

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)

- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術(ICT)の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)

- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑩

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。

- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

平成30年度診療報酬改定の基本方針

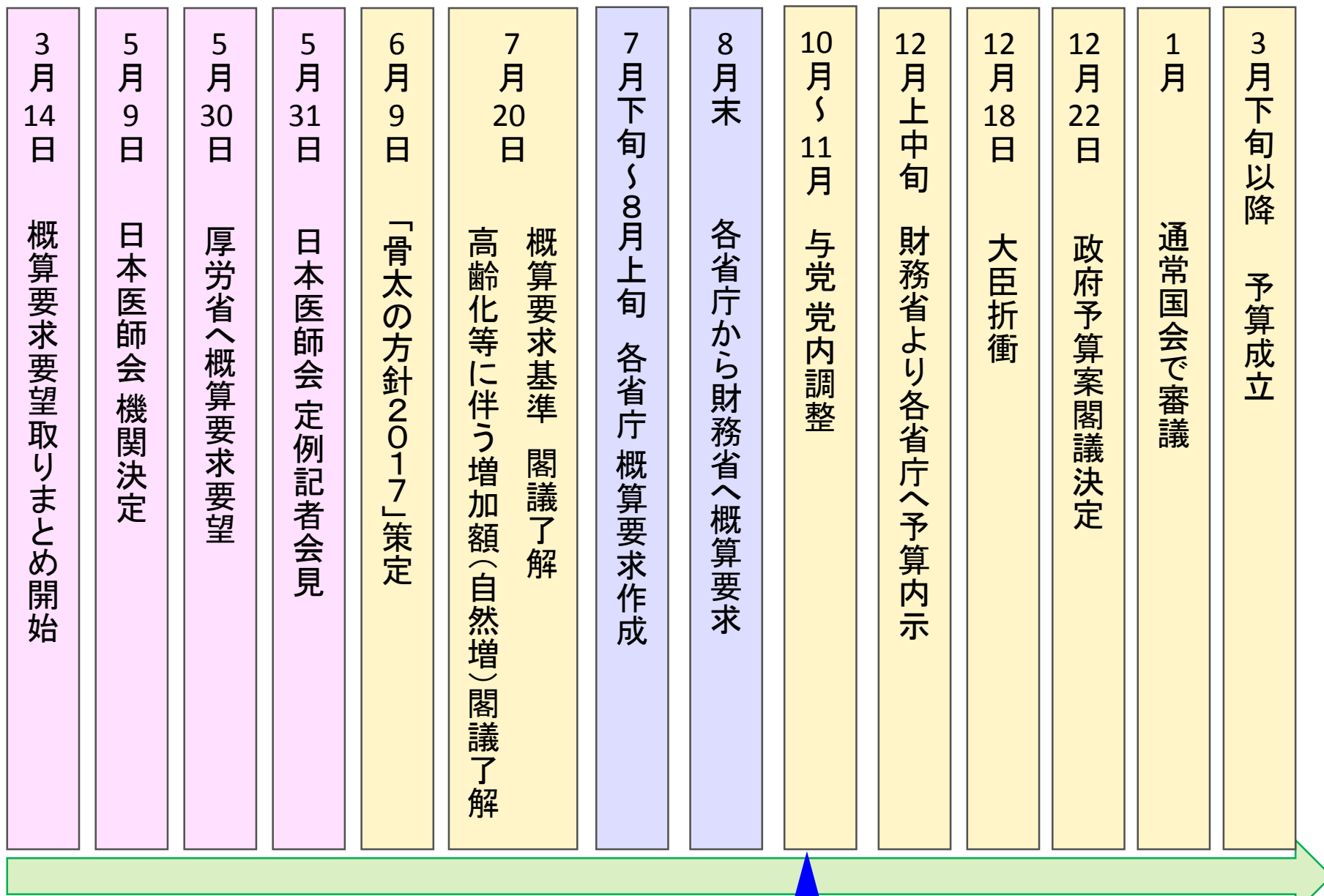
[平成29年12月11日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者が安心・納得できる医療を受けられるようにするためには、診療報酬制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。
- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民に必要な支援を行うとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

改定率決定までの主な流れ

平成30年度概算要求要望から予算決定までの流れ



9月28日衆議院解散、10月22日衆議院議員総選挙

【2017年4月26日】

第20回医療政策研究会(会長:武見敬三参議院議員)開催

日本医師会から、「骨太の方針2017」に向けた懸念と提言を説明

「骨太の方針2017」への懸念

1. 社会保障関係費の伸びの抑制の継続
2. 薬価制度の抜本改革
3. かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担(受診時定額負担)
4. 都道府県ごとの診療報酬の設定
5. 病床再編における都道府県の権限強化
6. 一億総活躍における介護処遇改善の増額に伴う医療財源の圧迫
7. 教育国債の発行(または子ども保険の創設)による社会保障財源の圧迫

「骨太の方針2017」に向けた提言

1. 地方創生
2. 働き方改革
3. 未来投資
4. 応能負担
5. たばこ
6. その他



【2017年5月9日】

「国民医療を守る議員の会」(会長:高村正彦自民党副総裁)総会開催
日本医師会から、国民が安心できる社会保障に向けた提言を説明



国民が安心できる社会保障へ向けた決議

- 一、予防重視
- 一、技術革新への対応
- 一、患者本位の医療の実現
- 一、経済成長を促し、地方創生へつながる医療従事者の確保と処遇の改善
- 一、薬価制度の抜本改革
- 一、病院機能の強化と地域包括ケアの中心となる「かかりつけ医」の評価
- 一、適切な社会保障財源の確保
- 一、公立病院への補助金の有効活用
- 一、診療報酬、介護報酬以外での予算措置

※総会後にとりまとめた決議文を、2017年6月1日に、鴨下一郎会長代行、上川陽子会長代理、自見はなこ参議院議員が決議文を塩崎恭久厚生労働大臣に提出。

【2017年5月30日】

厚生労働省で「平成30年度概算要求に対する日本医師会要望の説明会」を開催

平成30年度に行われる同時改定と第7次医療計画、第7期介護保険事業(支援)計画、さらには「働き方改革」「一億総活躍社会の実現」「未来投資」「地方創生」「国際貢献」の実現のために、

- (1) 地域包括ケアシステムへの予算確保
- (2) 健康寿命延伸への予算確保
- (3) 医療分野におけるICT活用への予算確保
- (4) 感染症予防への予算確保
- (5) 救急医療の充実への予算確保
- (6) 災害対策への予算確保
- (7) 医療安全への予算確保
- (8) 医学・学術への予算確保
- (9) 医療保険・介護保険への予算確保
- (10) 控除対象外消費税の対応への予算確保
- (11) たばこ対策への予算確保

について、具体的な事項と
要望額を示し、その実現を強く要求。



【2017年9月27日】

日本医師会定例記者会見「衆議院解散と第48回衆議院議員総選挙を受けて」

(9月28日)

(10月22日)

- 日本医師会は、社会保障の充実により国民不安を解消することが経済の好循環につながると主張してきた。受益と負担の関係を明確にしつつ、増税の結果として安心して社会保障を受けられるようになったという成功体験を持てることも重要である。そのためには、消費税収の使途を債務増の軽減から社会保障の充実に変更することも一つの方法。
- 消費税増収分を債務増の軽減ではなく、他の財源に活用できるのであれば、教育ではなく、医療をはじめとする社会保障の充実に充てるという考え方は当然あり、そうなれば望ましいが、「社会保障と税の一体改革」においてもこれは難しかった。一方、人づくりも国の礎であり、教育の無償化や子ども・子育て支援など、全世代型社会保障の実現を目指すことは、結果として社会の中の格差が是正され、社会の安定につながる。
- 現在の消費税8%では、増収分のうち国の債務増の軽減に3.3兆円を充てているが、これを10%に引き上げると7.3兆円に増加するというのが「社会保障と税の一体改革」であり、この増加分(約4兆円)の一部を後代への負担のつけ回しの軽減から子ども・子育て支援や教育の無償化等に充てるという主張だと理解している。なお、10%満額時の社会保障の充実分2.8兆円については、子ども・子育て支援の財源にさらに充てることなく、当然、社会保障の充実の財源として引き続き確保されるものと考えている。
- 前回の8%への増税は、それまで給付が先行していた状況を見直すために増税したため、社会保障が充実したという実感が乏しく、国民の間に痛税感があり、このことも消費回復に影響した。10%引き上げ時には、社会保障の充実に加えて、債務増の軽減に充てる額の増収分(満年度約4兆円)の一部を子ども・子育て支援や教育の無償化等に使い、全世代型社会保障を実現することにより、税負担があっても安心して社会保障を受けられるようになったという成功体験を経験できれば、今後、受益と負担の関係を明確にしつつ、消費税やその他の税の増税への国民の抵抗も少なくなり、消費も増え、経済が活性化し、税収も増えることで、結果的に財政再建にもつながる。

【2017年9月26日】

二階自民党幹事長に第48回衆議院議員総選挙に際して要望書を提出

自由民主党幹事長

二階俊博殿

要 望 書

第四十八回衆議院議員総選挙に際し、日本医師会は、下記の事項について鋭意実現されることを要望する。

記

- 一、国民皆保険を堅持するとともに、国民間で医療・介護の享受到に格差が生じないように、国民医療・介護の更なる充実・強化を図ること。
- 一、健康寿命を延伸し、社会保障の充実により国民不安を解消するため、必要な財源を確保すること。
- 一、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保すること。
- 一、望まない受動喫煙をなくすため、受動喫煙の防止対策を推進すること。
- 一、国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題を抜本的に解決すること。

平成二十九年九月二十六日

公益社団法人 日本医師会会長 横倉義武

【2017年10月3日】

岸田自民党政調会長と日本医師連盟が第48回衆議院議員総選挙の政策協定書を締結

政策協定書

第四十八回衆議院議員総選挙において、自由民主党と日本医師連盟は次の内容について政策協定を締結する。

記

自由民主党は、左記の政策協定事項を鋭意実現するものとする。また、日本医師連盟は、自由民主党候補者の当選に向けて一致団結して取り組むものとする。

政策協定事項

- 一、国民皆保険を堅持するとともに、国民間で医療・介護の享受に格差が生じないように、国民医療・介護の更なる充実・強化を図る。
- 一、健康寿命を延伸し、社会保障の充実により国民不安を解消するため、必要な財源を確保する。
- 一、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保する。
- 一、望まない受動喫煙をなくすため、受動喫煙の防止対策を推進する。
- 一、国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題を抜本的に解決する。

平成二十九年十月三日

自由民主党政務調査会会長 岸田文雄

日本医師連盟委員長 横倉義武

第48回衆議院議員総選挙を終えて

第48回衆議院議員総選挙の投開票が10月22日に行われ、消費税率10%への引き上げを予定通り行う中で、増税分の使い途を見直し、教育の無償化等、全世代型社会保障の実現を目指すことなどが争点となりましたが、政権与党が定数の3分の2を超える議席を獲得し、盤石の政権基盤が確立されました。

自民党は、アベノミクスの加速によって景気回復とデフレ脱却を目指し、消費税率10%の引き上げに耐えうる経済環境を目指すとしました。引き続き、政策を実行できる安定した政権基盤により経済政策を着実に実行し、2019年10月に確実に消費税率を引き上げ、社会保障財源をきちんと確保することを望みます。

社会保障の充実が国民不安を解消させ、経済の好循環をもたらし、それにより財政再建の道が開けます。現在の消費低迷は将来の社会保障不安も主因であるので、これまでも日本医師会が主張してまいりましたように、安心して社会保障が受けられる環境となれば、消費も増え、経済が活性化し、税収も増え、結果的に財政再建にもつながると考えています。今回の政権与党の勝利は、社会保障の充実の実現を期待する国民の思いの表れであると思います。

また、選挙にあたっては、9月26日に、日本医師会は二階俊博自民党幹事長に対して要望書を手交しました。これらは、自民党の公約と政策集「J-ファイル2017」に盛り込まれ、今後の施策に反映されることになっています。特に、「J-ファイル2017」における「成育基本法の制定」と「受動喫煙対策の徹底」は、日本医師会からの強い要望により、明記されたものであります。



*2017年10月25日定例記者会見より

【2017年10月3日】

第13回国民医療推進協議会開催

日本医師会から、医療・介護の適切な財源確保と、
医療等に関する消費税問題について説明



決 議

世界に類を見ない少子高齢社会において、国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける社会を実現していくためには、持続可能な社会保障制度の確立が不可欠である。

よって、本協議会の総意として、次のとおり要望する。

- 一、国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保
- 一、国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決

以上、決議する。

【2017年11月9日】

自民党「予算・税制等に関する政策懇談会」
日本医師会から、医療における適切な
財源確保について説明



医療における適切な財源確保について

1. 平成30年度予算概算要求
2. 平成30年度診療報酬改定
3. 医療等に係る消費税問題の解決
4. 地域医療確保のための個人開設医療機関への税制措置
5. 中小医療機関の設備投資支援に係る税制措置

【2017年11月9日】

公明党「予算・税制等に関する政策懇談会」
日本医師会から、医療における適切な
財源確保について説明



公明新聞
2017年11月10日

設備投資の税額控
除、医療機関にも

日本医師会

日本医師会の横倉義武会
長は、2017年度税制改
正で創設された中小企業の
設備投資に対する税額控除
制度について、「中小医療
機関が取得する設備は適用
外だ」と述べ、改善を要望
した【同③】。

地域医療を確保するため
に医業承継を支援する税制
措置の創設も訴えた。

古屋範子副代表は、要望
実現へ「力を尽くしたい」
と応じた。



【2017年11月22日】

国民医療を守るための総決起大会（憲政記念館）

決議

- 一、国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保
- 一、国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決



【2017年12月5日】

「国民医療を守る議員の会」総会開催

- ・ 日本医師会から、平成30年度予算編成について説明
- ・ 6項目からなる決議を採択



平成30年度診療報酬・介護報酬改定及び税制改正大綱に関する決議

- 一、社会保障財源の適切な確保によるプラス改定
- 一、経済成長を促し、地方創生へつながる医療従事者の手当てを含む処遇を改善すること
- 一、地域包括ケアの中心となる「かかりつけ医」機能の推進
- 一、技術革新への対応
- 一、働き方改革への対応
- 一、控除対象外消費税の抜本的解決

※12月13日に高村会長、鴨下一郎会長代行、武見敬三幹事長が安倍総理大臣に決議を提出

平成30年度診療報酬・介護報酬改定及び税制改正大綱に関する決議

医療は誰もが等しく受益できる社会的共通資本であり、国民が過不足なく医療を受けられるよう、持続可能な社会保障制度を維持していかななくてはならない。

団塊の世代が75歳以上になる2025年に向け、改革を継続し、地域医療構想と地域包括ケアを実現し、世界に誇るべき「国民皆保険」を持続可能なものとするため、平成30年度診療報酬・介護報酬改定及び税制改正大綱の策定に当たっては、次の課題に取り組んでいくこととする。

一、社会保障財源の適切な確保によるプラス改定

所得や金融資産の多寡による応能負担などにより、社会保障財源を適切に確保すること。また、医療を支える医療機関は経営努力によって得られた薬価差を含めて運営しており、薬価改定財源を充当し、プラス改定とすること。

一、経済成長を促し、地方創生へつなげる医療従事者の手当てを含む処遇を改善すること

医療機関には全国で三百万人以上が従事しており、特に地方において雇用誘発効果が高い。経済成長を促し、地方創生へつなげる医療従事者の手当てを含む処遇の改善をすること。

一、地域包括ケアの中心となる「かかりつけ医」機能の推進

生活習慣病予防や介護予防を国民運動として取組み、高齢期における健康寿命を延伸し、医療費や介護費による国民負担が過大なものとならないように取り組むため、「かかりつけ医」機能を推進していくこと。

一、技術革新への対応

ビッグデータ、ICT、AIを医療や介護に活用し、より質が高く効率的な提供体制を実現していく。そのための財源は別途政府の成長戦略として手当てすること。

一、働き方改革への対応

医療従事者が生きがいと誇りを持って地域医療に取り組むことができるよう、働き方改革に合わせ、その労働条件を改善するための財源を確保すること。

一、控除対象外消費税の抜本的解決

速やかに医療機関等の消費税負担をめぐる問題の解決を図ること。また、その措置が施行されるまでの間、設備投資に対する税制措置を講ずること。

右、決議する。

平成29年12月5日

国民医療を守る議員の会

【2017年12月12日】

横倉日本医師会長、堀日本歯科医師会長、山本日本薬剤師会長の三師会長が自民党本部を訪問し、二階自民党幹事長、岸田政調会長、吉田博美参議院幹事長に「平成30年度診療報酬改定にあたっての要望書」を手交

平成30年度診療報酬改定にあたっての要望書

公益社団法人 日本医師会
会長 横倉 義武

公益社団法人 日本歯科医師会
会長 堀 憲郎

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫

平成30年度予算編成において、医療従事者への手当て等のために適切な財源を確保し、平成30年度診療報酬改定は前回の平成28年度改定（本体＋0.49％）を上回るプラス改定とすることを要望する。

以上

平成30年度診療報酬改定に向けての要望

国民医療費は、健康寿命の延伸や日本健康会議での取り組みなどにより、過去の推計値を約3兆円下回っており、今後も医療側から過不足ない医療提供ができるよう努力していく。



安倍総理大臣が、来春の労使交渉における3%の賃上げを要請したが、全就業者の11.9%を医療・福祉従事者が占めている。他の産業が賃上げを行う中、医療従事者への適切な手当てを行うべき。

ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充て、イノベーションを促進すべき。これにより、医療分野に留まらず、日本が得意とするものづくりや情報技術産業などを波及的に発展して内需拡大させるとともに、アジア諸国等への輸出も見込まれ、さらなる経済成長へとつながっていく。

平成30年度予算編成において、「医療従事者への手当て」と「成長戦略としての医療の高度化（ICT活用等）」に適切な財源を確保し、平成30年度診療報酬改定はプラス改定とすべき。

平成30(2018)年度診療報酬改定

診療報酬本体 +0.55% (国費: +約600億円)

医科 +0.63%

歯科 +0.69%

調剤 +0.19%

薬価・材料 ▲1.45% (国費: 約▲1,600億円)

薬価 ▲1.36% (国費: 約▲1,500億円)

材料 ▲0.09% (国費: 約▲100億円)

【外枠分】

薬価制度の抜本改革 (国費: 約▲300億円)

いわゆる大型門前調剤薬局に対する評価の適正化 (国費: 約▲60億円)

平成30年度診療報酬改定結果を受けて

- 社会保障の充実が国民不安を解消し、経済の好循環につながる」と繰り返し主張してきた結果、最終的には診療報酬本体で前回改定を上回る+0.55%（医科+0.63%）とすることができたとして、一定の評価をするとともに、前回改定より引き続き日医が主張してきた「[モノからヒトへ](#)」の[評価](#)でもありと考えている。
- 平成30年度は各都道府県で策定された[地域医療構想が実行に移され、それに寄り添う診療報酬改定](#)でなくてはならない。地域を支える医療機関の経営は基本診療料によって成り立っており、基本診療料をしっかりと評価すべき。
- 平成26年度に904億円で創設されて以降、毎年同額で推移してきた地域医療介護総合確保基金の医療分が、今回初めて増額され、来年度予算では30億円程度が積み増しされる。基金は各地域の実情に応じ、地域に根ざした看護職の養成強化を含めた医療従事者の確保など、地域包括ケアシステムを推進するためのものであるため、地域の実情に応じた配分と柔軟な運用を求める。
- 医科・歯科・調剤の配分は1:1.1:0.3となったが、学会等から中医協に医科の新たな技術が提案され、それを活用する一方、調剤には新たな技術は少ないとされている。[門前・チェーン薬局の調剤報酬の適正化](#)を含めて、調剤報酬の中で病院薬剤師の業務を評価することも今後検討すべきである。また、薬局の形態は様々だが、社会保障の財源を株主に配当するのではなく、社会保障を充実する再生産費用として還元すべきと考えている。

《診療報酬改定の役割分担》

1. 改定率は内閣(予算編成過程において決定される)
2. 診療報酬改定の基本方針は
社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)
3. 個々の診療報酬改定項目は中医協
国民の声:パブリックコメント募集、地方公聴会の開催

- ◇ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している
→ 平成28・29年度に分けて10項目について調査・検証を実施
- ◇ 日本医師会では、社会保険診療報酬検討委員会で
 - ① 前回改定の評価
 - ② 次回改定の要望事項 をまとめていただいております、それを踏まえ対応している
- ◇ 留意事項通知や施設基準の見直し等により、早急に是正すべき問題は、
その都度対応していく
- ◇ 平成28年11月に、都道府県医師会のご協力の下、
『かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査』を実施させていただいた

平成30年度診療報酬改定の大まかな流れ

平成29年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

9月～12月 診療報酬改定の基本方針の議論
12月11日 平成30年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月18日 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

平成30年

厚生労働大臣

1月12日
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 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

平成28・29年度
「答申書」附帯意見に基づく検証調査等の実施

〔第1ラウンド〕～夏頃 各検討項目の経緯、主な論点
1月11日 在宅医療(その1)
1月25日 入院医療(その1)
2月8日 外来医療(その1) } 議論開始

〔第2ラウンド〕～秋頃 各検討項目の具体的な方向性
〔第3ラウンド〕～年末 改定の基本方針を踏まえた対応

【医療と介護の連携に関する意見交換】
中医協・介護給付費分科会の関係委員

5月～7月 医療経済実態調査の実施
11月8日 医療経済実態調査の結果報告
12月6日 薬価調査・材料価格調査の速報報告
12月13日 診療報酬改定に関する両側の見解
12月15日 診療報酬改定への意見 中医協→厚労大臣

1月12日 厚労大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬
点数の設定に係る審議
「これまでの議論の整理(現時点の骨子)」
パブリックコメント募集・公聴会の開催(19日)
1月24日～2月 個別改定項目(短冊)の集中審議
2月7日
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

平成30年4月1日 施行

平成28年度改定「答申書」附帯意見18項目・検討の場①

平成28年4月27日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

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、短期滞在手術等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、療養病棟をはじ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。

入院医療等の調査・評価分科会

なお、「夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響」及び「医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進」については、検証部会

平成28年度改定「答申書」附帯意見18項目・検討の場②

平成28年4月27日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見	検討の場
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。	DPC評価分科会
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。	検証部会
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。	検証部会
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。	検証部会
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。	検証部会
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。	検証部会

平成28年度改定「答申書」附帯意見18項目・検討の場③

平成28年4月27日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見	検討の場
<p>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。</p>	<p>検証部会</p>
<p>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。</p>	<p>※費用対効果評価 専門部会</p>
<p>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。</p>	<p>検証部会</p>
<p>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。</p>	<p>検証部会 (※薬価専門部会)</p>
<p>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。</p>	<p>検証部会</p>

※は、調査を行わないもの。

平成28年度改定「答申書」附帯意見18項目・検討の場④

平成28年4月27日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見	検討の場
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。	入院医療等の調査・評価分科会
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。	※総会
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。	※薬価専門部会
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。	検証部会
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。	※検証部会
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。	※総会

※は、調査を行わないもの。

〔平成30年度診療報酬改定に向けて〕

- ◇ 平成30年度診療報酬改定は、**6年に1度の介護報酬との同時改定**になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- ◇ そのため、中医協においては、通常の前年度改定よりも早い段階から検討が始まった。

① 基本認識

平成30年度の診療報酬改定に向けた検討においては、前述のような医療と介護を取り巻く環境等を共有するとともに、診療報酬が、医療と介護の提供体制の確保に

多大な影響を及ぼす仕組みであることから、以下の点に留意する必要がある。

- ・ 2025年に向けた医療介護ニーズ増大への対応体制構築のためには、2018年度の次の同時改定が2024年度となることを踏まえれば、**2018年(平成30年)度の同時改定が極めて重要な意味を持つものであること**
- ・ 医療介護ニーズの変化(2025年に向けた急増加、その後、横ばいから減少)とともに、今後の生産年齢人口減少トレンドを考慮すれば、医療と介護の提供体制の確保にあたっては、**2025年から先の将来を見据えた対応が求められていること**

② 医療と介護の連携に関する主な検討項目

医療と介護を取り巻く現状と課題等を踏まえつつ、近年の診療報酬改定では、**地域包括ケアシステムの構築の推進**や**医療と介護の連携に関する検討**が行われている。平成30年度の診療報酬改定は、介護報酬との同時改定であることから、医療と介護の連携に関するこれまでの検討を踏まえ、両者の連携が特に重要と考えられる以下のような内容を今後の検討事項に含めることとしてはどうか。

ア)療養病床・施設系サービスにおける医療

- ・ 介護療養病床の見直し(新施設体系)を踏まえた、外付け医療サービスの給付調整の在り方について
- ・ 療養病棟の入院患者の患者像を踏まえた適切な評価の在り方について

イ)居宅等における医療(訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等)

- ・ 介護報酬における居宅療養管理指導による評価と、診療報酬における訪問指導管理の評価の在り方について
- ・ 医療と介護の訪問看護のサービスの在り方について
- ・ 居宅等における看取り支援の在り方について

ウ)維持期のリハビリテーション

- ・ 外来や通所におけるリハビリテーションの在り方について
- ・ 地域(居宅等)におけるリハビリテーションの在り方について

1. 平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目

平成30年度の診療報酬改定に向けた検討においては、これまでの診療報酬改定での検討項目、医療と介護の連携に関する検討項目、平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見、他の審議会等の議論等を踏まえ、以下のような内容を今後の主な検討項目とする。

(1) 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

① 入院医療

- ・ 医療機能、患者の状態に応じた評価
- ・ DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
- ・ 医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組

② 外来医療

- ・ かかりつけ医機能とかかりつけ歯科医機能
- ・ かかりつけ医機能とかかりつけ薬剤師・薬局機能の連携
- ・ 生活習慣病治療薬等の処方
- ・ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担

③ 在宅医療

- ・ 重症度や居住形態、患者の特性に応じた評価
- ・ 訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護、在宅薬剤管理指導等
- ・ 訪問リハビリテーション指導管理

④ 医療と介護の連携

- ・ 療養病床・施設系サービスにおける医療
- ・ 居宅等における医療(訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等)
- ・ 維持期のリハビリテーション

1. 平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目

(2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現

- ・ アウトカムに基づく評価
- ・ 患者や家族等への情報提供や相談支援
- ・ 医療機能等に関する情報提供や公表
- ・ 患者の選択に基づくサービス提供

(3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進

- ・ 緩和ケアを含むがん患者への質の高い医療
- ・ 認知症患者への質の高い医療
- ・ 精神疾患患者への医療提供や地域移行・地域生活支援
- ・ 外来や入院でのリハビリテーション
- ・ 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
- ・ 薬剤使用の適正化に係る薬剤管理業務

(4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

① 医薬品、医療機器等の適切な評価

- ・ 薬価制度の抜本改革（保険医療材料価格制度の見直しを含む）
- ・ 医療技術の費用対効果の観点を踏まえた評価
- ・ 新しい医療技術の保険適用
- ・ 後発医薬品の更なる使用促進

② 次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進

- ・ バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能)などの新たな技術への対応
- ・ ICTを活用した医療情報の共有の在り方
- ・ より効率的な共有・活用を推進するための医療の情報化等に資する取組の推進

2. 中医協における今後の検討の進め方

(1) 検討の場

前回改定と同様に、

- ・ 調査専門組織に係る事項及び診療報酬の基本的事項についてあらかじめ調整を行う必要がある事項は、**診療報酬基本問題小委員会**において、
- ・ その他の各専門事項については、**診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、費用対効果評価専門部会**の各部会において、
基礎的事項を整理した上で、総会で議論する。

(2) スケジュール

平成29年当初から集中的に検討を始める

- ・ 第1ラウンド(～夏頃): 各検討項目の経緯や主な論点について
- ・ 第2ラウンド(～秋頃): 各検討項目の具体的な方向性について
- ・ 第3ラウンド(～年末): 改定の基本方針を踏まえた対応について

(3) 医療と介護の連携に関する意見交換

平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目のうち、医療と介護の連携に関する検討項目については、診療報酬と介護報酬との連携・調整をより一層進める観点から、中医協総会及び介護給付費分科会の委員のうち検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けるとともに、その内容を踏まえ、中医協において具体的な議論を進める。

平成30年度診療報酬改定の流れ

〔中医協 医療経済実態調査〕

平成29年11月8日 医療経済実態調査結果の報告

平成29年11月24日 医療経済実態調査結果に対する両側の見解

〔中医協 薬価調査・保険医療材料価格調査〕

平成29年12月6日 薬価調査・特定保険医療材料価格調査(速報値)

《平均乖離率》

薬価:約9.1%(前回:8.8%)

特定保険医療材料:約7.0%(前回:7.9%)

〔社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)〕

平成29年12月11日 平成30年度診療報酬改定の基本方針

《改定の基本的視点と具体的方向性》

- 1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】
- 2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実
- 3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

〔中医協 診療報酬改定に関する基本的見解〕

平成29年12月13日 平成30年度診療報酬改定に関する両側の考え方

平成29年12月15日 平成30年度診療報酬改定について

中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申(両論併記)

平成30年度診療報酬改定の流れ

〔内閣〕

平成29年12月18日 平成30年度予算編成過程で、診療報酬等の改定率を決定
《大臣折衝事項》

1. 診療報酬改定: +0.55% (医科: +0.63%、歯科: +0.69%、調剤: +0.19%)
 2. 薬価等 ①薬価▲1.65% うち、実勢価等改定▲1.36%
薬価制度の抜本改革▲0.29%
- ②材料価格▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる

【厚生労働大臣】

平成30年1月12日 中医協に対して以下に基づき答申を行うよう諮問

- ①予算編成過程で内閣が決定した改定率
- ②社会保障審議会 医療部会・医療保険部会が策定した「改定の基本方針」

中医協におけるこれまでの議論の整理(現時点の骨子)を公表し、パブリックコメントを募集

〔中医協〕

平成30年1月19日 地方公聴会を千葉市で開催

平成30年1月24・26日・31日 個別改定項目(短冊)を議論

《中医協》

◎前回改定「答申書」附帯意見(18項目)に基づく検討

- ・検証調査(10項目)、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
- ・入院医療、外来医療、在宅医療、横断的事項、個別事項、医療と介護の連携
- ・薬価制度の抜本改革、費用対効果評価、先進医療、最適使用推進GL 等

[総会]

[薬価専門部会]

[保険医療材料専門部会]

[費用対効果評価専門部会]

[診療報酬改定結果検証部会]

[診療報酬基本問題小委員会]

[調査実施小委員会]

[調査専門組織]

・DPC評価分科会

・入院医療等の調査・評価分科会

・医療技術評価分科会

・医療機関等における消費税負担に関する分科会

国民の声：パブコメ、地方公聴会



※2年度で178回開催

平成30年2月7日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

(附帯意見:20項目)

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 松原由美(早稲田大学人間科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回
平成28年度3回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学政治学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学部老年病学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 小澤壯治(東海大学医学部医学科領域主任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長: 荒井耕(一橋大学大学院商学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 2
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度8回
平成27年度10回
平成28年度4回

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度8回
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回
平成27年度9回
平成28年度1回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

■ DPC評価分科会

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

■ 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

■ 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

■ 医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

■ 入院医療等の調査・評価分科会

会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置: H28
委員長: 田倉智之(大阪大学大学院医学系研究科医療経済産業政策学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度

《中医協における検討①》

[診療報酬改定結果検証部会]

《検証調査(平成28年度実施分)》

- 1) 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査
- 2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査
- 3) 重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査
- 4) 精神疾患患者の地域移行・地域生活支援の推進や適切な向精神薬の使用の推進等を含む精神医療の実施状況調査
- 5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《検証調査(平成29年度実施分)》

- 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の影響、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況等を含むリハビリテーションの実施状況調査
- 7) 医薬品の適正使用のための残薬、重複・多剤投薬の実態調査並びにかかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- 8) ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査
- 9) 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の実施状況調査
- 10) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《中医協における検討②》

[薬価専門部会]

平成29年12月20日 薬価制度の抜本改革に係る骨子

平成30年1月17日 平成30年度薬価制度の見直しについて

[保険医療材料専門部会]

平成29年12月13日 平成30年度保険医療材料制度改革の骨子

平成30年1月17日 平成30年度保険医療材料制度の見直しについて

[費用対効果評価専門部会][合同部会]

平成29年7月26日 費用対効果評価の制度化に向けたこれまでの議論のまとめ

平成29年12月20日 費用対効果評価の試行的導入における取組及び制度化に向けた主な課題について

[診療報酬基本問題小委員会]

平成29年7月5日 平成30年度診療報酬改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)に係るこれまでの検討状況 中間報告

平成29年9月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況

平成29年11月17日 入院医療等の調査・評価分科会における検討結果(とりまとめ)

平成29年11月24日 医療技術評価分科会からの報告

平成29年12月6日 平成30年度改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)の対応 検討結果

[調査実施小委員会]

平成29年11月8日 第21回医療経済実態調査報告

《中医協における検討③》

[診療報酬調査専門組織]

【DPC評価分科会】

平成29年5月24日 平成30年改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)に係るこれまでの
検討状況(中間報告)

平成29年11月29日 平成30年度診療報酬改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)の
対応について

【入院医療等の調査・評価分科会】

平成29年11月9日 入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告

【医療技術評価分科会】

平成30年1月15日 平成30年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価について
医療技術の評価(案)について

中医協を中心にした直近の動き①

[10月25日]

【財政制度等審議会 財政制度分科会】

- ◇ 過去10年間で国民医療費は年平均2.5%のペースで増加しているが、
このうち高齢化等による要因は年1.2%
- 医療費の伸びを高齢化等の範囲内にするためには、
「1回の改定あたり2%半ば以上のマイナス改定が必要」
- ◇ 保険料率の引き上げを抑えるためにも、制度の持続可能性を確保するためにも、
少なくともこの程度のマイナス改定とすることが求められる

[11月8日]

【中医協】

◎医療経済実態調査結果の報告

一般病院全体で4.2%の赤字 過去3番目に低い数字 人件費増、公立は13.7%の赤字

【財政制度等審議会 財政制度分科会】

◎実調結果について、財務省から「経営状況を適切に反映していない」などの指摘がなされた
と報道

[11月22日]

【中医協】

◎薬価制度の抜本改革について(案)の提示

[11月24日]

【中医協】

◎医療経済実態調査結果に対する両側の見解

中医協を中心にした直近の動き②

〔11月29日〕

【財政制度等審議会】

◎2018年度の予算編成等に関する建議をまとめ、麻生財務相に提出

《予算編成における具体的な取組》

〔診療報酬改定〕

- ◇ 国民負担の増加の抑制や制度の持続可能性の観点から、**2%半ば以上のマイナス改定が必要**。これまでの賃金・物価の動向等を踏まえ、診療報酬本体についても一定程度のマイナスとすべき。地域医療構想の実現に向けた対応（急性期病床の適正化など）、薬局の実態を踏まえた調剤報酬の抜本的な見直しを行うべき

〔薬価制度の抜本改革〕

- ◇ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、「毎年調査・毎年改定」、「新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的な見直し」、「費用対効果評価の活用」など、改革を具体化し、十分な国民負担の軽減につなげるべき

〔医療・介護提供体制〕

- ◇ 医師の配置等に係る実効的なコントロール、療養病床の再編などに取り組むべき

〔改革工程表の着実な実施〕

- ◇ 病院への外来受診時の定額負担、先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担、地域別診療報酬のあり方等について、2017年末までに結論を得る必要。また、後期高齢者の窓口負担、薬剤自己負担の引上げ等についても、できる限り速やかに検討を進めていくべき

【中医協】

◎薬価制度の抜本改革案に対する医薬品業界からの意見陳述

日薬連「新薬創出等加算、企業収益を直撃、再考を」

PhRMA「ショック、落胆、到底容認できない」

EFPIA「イノベーションの推進に逆行するもの」

卸連「医薬品流通、医薬品の安定供給に大きな影響が及ぶ」

中医協を中心にした直近の動き③

[12月6日]

【中医協】

◎薬価・材料価格調査結果

[平均乖離率]

薬価調査:約9.1%(前回:約8.8%)

材料価格調査:約7.0%(前回:約7.9%)

◎平成30年度改定に向けたDPC制度の対応が了承

医療機関群の名称

I群:大学病院本院群、II群:DPC特定病院群、III群:DPC標準病院群 等

[12月11日]

【社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)】

◎診療報酬改定の基本方針

[改定に当たっての基本認識]

▶人生100年時代を見据えた社会の実現

▶どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現

(地域包括ケアシステムの構築)

▶制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

[改定の基本的視点と具体的方向性]

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

中医協を中心にした直近の動き④

[12月13日]

【新聞・テレビ報道】

「診察・入院料0.55%上げ 診療報酬 政府・与党が決定」

【中医協】

◎平成30年度診療報酬改定に関する基本的な見解(各号意見)

〈診療側〉

◇ 平成30年度の医療と介護の同時改定にあたり、改革を継続し、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、今回、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定は**プラス改定**とするべき

〈支払側〉

◆ 国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30年度改定において診療報酬は**マイナス改定**とすべき。併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要がある

◎薬価制度の抜本改革案について業界からの意見を踏まえ見直し
新薬創出等加算の見直し、薬価算定方式(類似薬効比較方式)

[12月15日]

【中医協】

◎平成30年度診療報酬改定への意見 公益委員案を提示 → 厚生労働大臣に意見具申
医療経済実態調査結果、薬価・材料価格調査結果、両側の意見を踏まえ、

- ・ 予算編成に当たり改定率の設定に関し適切な対応を求める
- ・ 地域医療介護総合確保基金の活用や予防・健康づくりの取組など幅広い医療施策を講じていく必要があり、この点も十分な配慮が行われるよう望む

◎平成30年度保険医療材料制度改革の骨子(案)

中医協を中心にした直近の動き⑤

[12月18日]

【予算大臣折衝】

◎改定率決定

診療報酬改定 +0.55% (医科+0.63%、歯科+0.69%、調剤+0.19%)

薬価等 ①薬価▲1.65% (実勢価等改定▲1.36%、抜本改革▲0.29%)

②材料価格▲0.09%

上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる

[加藤厚生労働大臣]

◇ 2025年問題への対応、実調における医療機関の収支の悪化、医療従事者の賃金動向などを踏まえる一方、社会保障費の自然増の約5,000億円への抑制、財政再建などを総合的に勘案した結果として、0.55%に決定した

◇ 必要な効率化を実施しながら、必要な対応に必要な財源を確保するという方針で実施した。診療報酬を上げれば、保険料の増加に跳ね返り、自己負担が増えるかもしれないが、社会保障を議論していく際には、多面的に見て、総合的な観点に立つことが必要

[12月20日]

【中医協】

◎薬価制度の抜本改革の骨子(案)

◎費用対効果評価の試行的導入における取組及び制度化に向けた主な課題

[12月22日]

【中医協】

◎平成30年度診療報酬改定への意見(各号意見)

[平成30年1月10日]

【中医協】

◎平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)

中医協を中心にした直近の動き⑥

[1月12日]

【中医協】

- ◎平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(現時点の骨子)
- ◎平成30年度診療報酬改定について(厚生労働大臣からの諮問)
- ◎改定内容についてパブリックコメント募集開始

[1月17日]

【中医協】

- ◎平成30年度薬価制度・保険医療材料制度の見直し
- ◎医療技術の評価(医療技術評価分科会からの報告)

[1月19日]

【中医協】

- ◎中医協委員が国民の声を聴くため公聴会を開催(千葉市)

[1月24日～]

【中医協】

- ◎個別改定項目(短冊)の審議

[1月26日]

【中医協】

- ◎急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値について(公益裁定)

[2月7日]

【中医協】

- ◎答申・附帯意見20項目

【中医協における審議項目】

外来医療、在宅医療、入院医療、
横断的事項、個別事項、医療と介護の連携
(平成29年1月～平成30年1月)

中医協における審議項目《外来医療》

【その1(平成29年2月8日)】

- ①医療提供体制
- ②患者の状況
- ③診療内容と医療費
- ④診療報酬上の評価
- ⑤その他(遠隔診療、遠隔モニタリング)

【その2(平成29年3月29日)】

- ①外来医療の現状
- ②生活習慣病の重症化予防と医学管理
- ③医療機関と予防事業の連携

【その3(平成29年11月1日)】

- ①生活習慣病の重症化予防
- ②遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
- ③後発医薬品の使用促進
- ④多剤・重複投薬等の適正化

【その4(平成30年1月10日)】

病診連携・機能分化

- ①大病院受診時定額負担
- ②かかりつけ医機能
- ③ICTを活用した診療

中医協における審議項目《在宅医療》

【その1】(平成29年1月11日)

- ・在宅医療を取り巻く現状
- ・在宅医療の提供体制と患者の状況
- ・在宅医療に対する診療報酬上の評価
(訪問診療、在宅歯科、在宅薬剤管理、訪問看護)

【その2】(平成29年4月12日)

- ①在宅医療に係るニーズの特徴
(人生の最終段階における医療に関する国民の意識、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン)
- ②在宅医療(訪問診療)を担う医療機関
(医療機関の体制、緊急時の対応、診療科、在宅患者の割合)
- ③在宅医療を必要とする患者とその内容
(疾患、状態、診療内容、居住場所)
- ④取組事例

【その3】(平成29年11月10日)

1. 医療と介護の連携
(併設する介護施設入居者等への診療、医療機関とケアマネジャーとの連携、看取り)
2. 訪問診療
(複数医療機関による訪問診療、往診の状況)
3. 在宅歯科医療
(在宅歯科医療を担う歯科医療機関、小児に対する歯科訪問診療、歯科訪問診療における口腔衛生指導、歯科訪問診療における連携等)
4. 在宅薬剤管理
(在宅薬剤管理の状況、積極的な対応を要する在宅薬剤管理、小児に対する在宅薬剤管理)

【その4】(平成29年11月15日)

1. 訪問看護の提供体制(総論)
2. 利用者の様々な状況に対応する訪問看護
(訪問看護の提供体制、利用者のニーズへの対応)
3. 病院併設の訪問看護ステーション
4. 関係機関との連携

中医協における審議項目《入院医療》

【その1】(平成29年1月25日)

1. 入院医療を取り巻く現状
(①入院患者、②医療提供体制、③入院医療費)
2. 入院医療等
(①急性期入院医療、②地域包括ケア病棟・回復期入院医療、③慢性期入院医療)

【その2】(平成29年3月15日)

1. 一般病棟入院基本料
2. 地域における医療提供体制

【その3】(平成29年4月26日)

- ◎療養病棟入院基本料
- ①医療の提供体制、②患者の状態と医療内容、③医療費の分析、④療養病床に関する検討の状況

【その4】(平成29年5月17日)

- ◎地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
1. 医療の提供体制
 2. 患者の状態と医療内容
(①患者の状態、②在宅復帰に係る状況)
- ◎回復期リハビリテーション病棟入院料
1. 医療の提供体制
 2. 患者の状態と医療内容
(①患者の状態、②ADLの改善状況等)

【その5】(平成29年7月26日)

1. 認知症治療病棟入院料
2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況
3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状

【その6】(平成29年11月17日)

1. 療養病棟入院基本料
2. 有床診療所入院基本料
3. 障害者施設等入院基本料等
4. 入院時食事療養費等

【その7】(平成29年11月24日)

1. 一般病棟入院基本料
2. 特定集中治療室管理料等
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 医療機関間の連携に関する評価

【その8】(平成29年12月6日)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

【その9】(平成29年12月8日)

1. 療養病棟入院基本料
(評価体系、医療区分、在宅復帰機能強化加算)
2. 入退院支援(その2)

【その10】(平成30年1月10日)

- ◎一般病棟入院基本料
- ・重症度、医療・看護必要度の項目の定義・判定基準の変更
 - ・一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合)

【その11】(平成30年1月24日・26日)

- ◎急性期一般入院基本料 **〔公益裁定〕**

中医協における審議項目《横断的事項》

【その1】(平成29年2月22日)

◎かかりつけ医機能(その1)

- ・かかりつけ医機能(定義等、イメージ、想定される役割)
- ・かかりつけ医機能に係る現状
- ・取組事例(日常的な健康相談、専門医療機関等との連携)
- ・関係審議会等の検討状況

【その2】(平成29年7月12日)

◎診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応

- ・レセプト請求の現状
- ・診療実績に関するデータ
- ・効率化・合理化の取組

【その3】(平成29年9月27日)

◎診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応②

- ・事務の効率化・合理化
- ・情報の利活用

【その4】(平成29年11月8日)

◎医療従事者の働き方、病床数の取扱い、地域の実情を踏まえた対応

【その5】(平成29年12月1日)

- ・地域包括診療料等
- ・薬剤の適正使用の推進
- ・遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
- ・情報通信技術(ICT)を活用した連携

【その6】(平成29年12月8日)

◎医療と介護の連携

1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携
 - (1)入院中からの介護支援専門員への情報提供
 - (2)かかりつけ医と老健施設との連携
2. 介護施設での看取り
3. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い
4. その他

【その7】(平成29年12月8日)

◎診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応

- (1)患者氏名のカタカナ記載の追記
- (2)郵便番号(患者住所情報)

中医協における審議項目《個別事項》

【その1】(平成29年9月13日)

◎疾患別リハビリテーション

1. 維持期・生活期のリハビリテーション
2. リハビリテーションに係る情報共有

【その2】(平成29年10月4日)

◎がん、感染症等

1. がん(がん医療の提供体制)
2. 緩和ケア(がん患者、非がん患者)
3. 感染症
(薬剤耐性(AMR)対策、小規模の結核病棟の取扱い)
4. 移植医療(造血幹細胞移植の実施体制)

【その3】(平成29年10月11日)

◎救急、小児・周産期等

1. 救急医療(救急医療の提供体制)
2. 小児・周産期医療
(小児慢性特定疾病の患者の入院医療、妊産婦の外来管理)
3. 医療安全対策(医療安全部門への医師等の配置)

【その4】(平成29年10月18日)

◎精神医療

1. 措置入院に係る医療
2. 精神保健指定医の取扱い
3. 長期入院患者の地域移行に向けた取組
4. 急性期医療を担う病棟の状況
5. 多様な精神疾患に対する医療

【その5】(平成29年10月25日)

◎リハビリテーション

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料(その2)
2. 疾患別リハビリテーション(その2)

【その6】(平成29年11月29日)

◎技術的事項

1. 検査(遺伝学的検査、悪性腫瘍遺伝子検査)
2. 移植医療(抗HLA抗体検査、組織移植)
3. 性同一性障害患者に対する性別適合手術
4. 安定冠動脈疾患に対するPCI
5. 放射線治療機器の効率的な利用
6. 皮膚科治療

【その7】(平成29年12月8日・12月13日・12月15日)

◎その他の論点

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

【その8】(平成29年12月15日)

◎その他の論点

1. 治療と仕事の両立支援
2. 保険医療機関に所属しない病理医との連携による病理診断
3. 麻酔の技術評価の在り方
4. スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療

中医協における審議項目《医療と介護の連携》

【第1回(平成29年3月22日)】

1. 看取り

- ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応
- ・在宅、介護保険施設等、医療機関における看取りと医療・介護サービスの在り方
- ・要介護被保険者等の状態やニーズに応じた、医療・介護サービスの供給の範囲

2. 訪問看護

- ・医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
- ・在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
- ・訪問看護における医療職と介護職の連携

【第2回(平成29年4月19日)】

3. リハビリテーション

- ・医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
- ・リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方

4. 関係者・関係機関間の連携・調整

- ・入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

平成30年度「答申書」附帯意見(20項目)①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療と介護の連携)

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。

13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度「答申書」附帯意見(20項目)③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、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策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

中医協答申を受けて

- ◇ このたびの改定は6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定である。前々回改定で社会保障・税一体改革に基づく第一歩を踏み出し、前回改定ではこの改革を継続し、今回の同時改定に向けて襷を繋げた。診療報酬改定とは本来その時代を反映してあるべき姿に是正していくものであるが、折しも来年度は各都道府県で策定された地域医療構想が実行に移され、2025年に向けた新しい医療提供体制へと踏み出すときであり、それに寄り添う形で、今回の改定が行われる。
- ◇ 今後、国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける「人生100年時代」を見据えた社会を実現していくためには、国民皆保険を堅持しつつ、持続可能な社会保障制度の確立が不可欠であり、そのため地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の再構築等の改革が継続されている。国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実はかかすことができないと主張し続けてきた。
- ◇ 非常に限られた財源の中でも、超高齢社会に対応する上での最重要課題である地域包括ケアの推進に向けて、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるためにも、必要な財源配分を行うことが重要である。今回の改定では前々回、前回に引き続き少ない改定財源の中、それなりの評価ができたと認識している。今回改定の影響を適正なタイミングで検証しつつ、2025年に向けた新しい医療提供体制に寄り添った改革を継続していくべき。

【主な改定項目】

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進
 - (1) 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料の見直し
 - (2) 小児かかりつけ診療料の見直し
 - (3) かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価
 - (4) 外来における妊婦加算 (5) 特定疾患処方管理加算の評価 (6) 一般名処方加算の見直し
 - (7) 入院中の減薬の取組の評価 (8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)
 - (9) 在支診以外の診療所の訪問診療に対する評価
 - (10) かかりつけ医と認知症サポート医との連携に係る評価
 - (11) 大病院の外来機能分化の推進
2. 医療技術の適正な評価(モノから人へ)
3. 情報通信機器を活用した診療
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の同時改定
6. 医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進
7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
9. 医薬品の適正使用の推進
10. 後発医薬品の使用促進

【主な改定項目】

11. リハビリテーション
12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
13. 認知症の者に対する適切な医療の評価
14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
15. 難病患者に対する適切な医療の評価
16. 小児医療の充実
17. 周産期医療の充実
18. 救急医療の充実
19. 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入
21. 重症化予防の取組
22. 医薬品等の適正評価
23. 透析医療に係る診療報酬の見直し
24. 業務の効率化・合理化
25. 明細書無料発行の推進
26. 薬価制度の抜本改革
27. 経過措置
28. 届出

※ スライド各ページに記載している【点p〇〇、留p〇〇、施告p〇〇、施通p〇〇】等は『改定診療報酬点数表参考資料』の点数告示、留意事項通知、施設基準告示、施設基準通知の関連ページを示しています。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

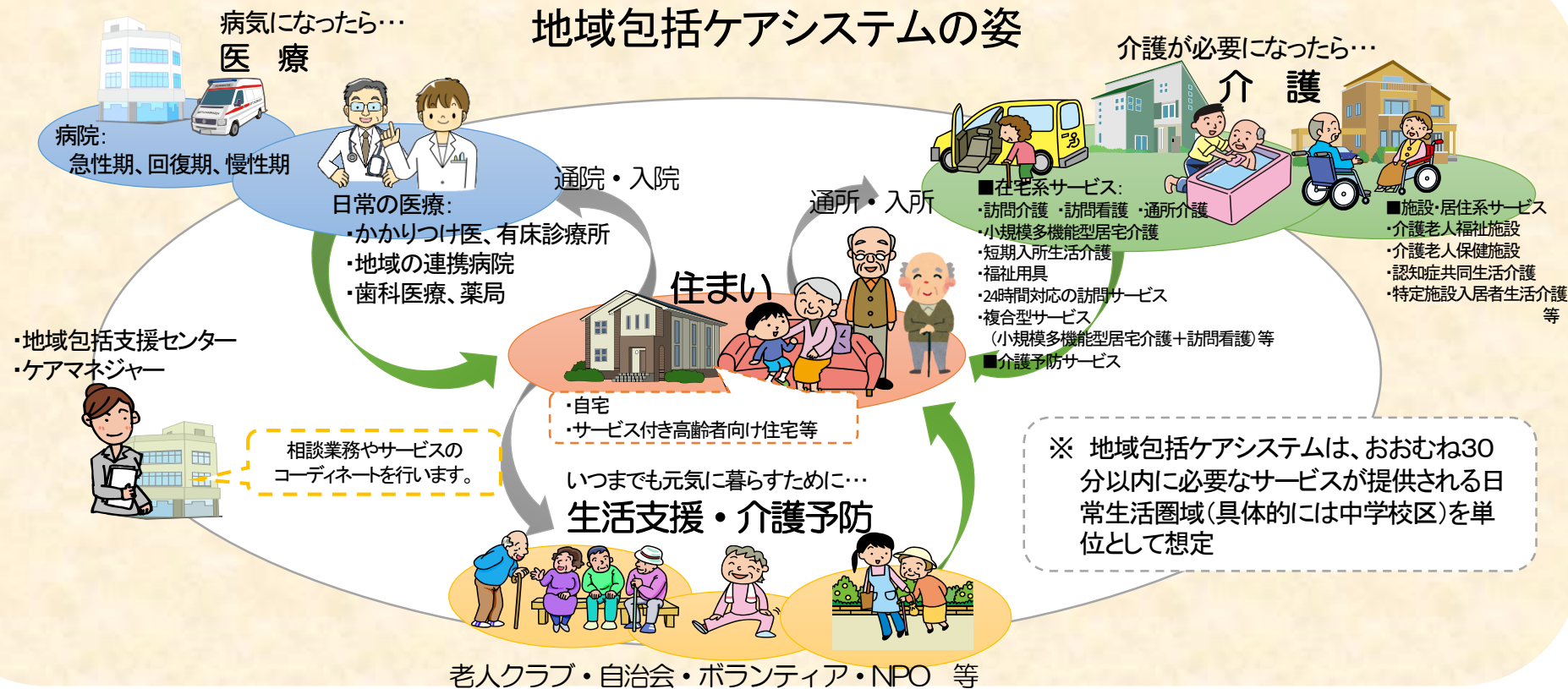
- (1) 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料
要件緩和・明確化・手続き簡略化・加算の新設
- (2) 小児かかりつけ診療料 要件緩和
- (3) かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価
- (4) 医師の基礎的な技術の再評価
- (5) 大病院の外来機能の分化の推進 等

- ◇ 前々回(平成26年度)改定で地域包括診療加算・地域包括診療料を創設し、
前回(平成28年度)改定では、これらの要件緩和と、認知症や小児に評価を拡大した。
- ◇ 今回の改定では、より一層の推進を図るため、日医のアンケート調査でも負担が大きいと回答のあった「**24時間対応**」と「**在宅医療の提供**」について見直しを行うなど、
更なる要件緩和を行ったうえで、かかりつけ医機能を有する医療機関の**初診の評価**を行うことができた。
- ◇ また、外来の機能分化の推進の観点から、紹介率・逆紹介率の規定を満たさない大病院の長期処方に対する処方料・処方箋料・薬剤料の減額措置の適正化と、処方料や処方箋料の加算として、診療所や200床未満の病院で算定する特定疾患処方管理加算の引き上げにより、**大病院から診療所、中小病院への外来患者の誘導策**の実効性の向上を図るとともに、今回、紹介状なしで受診した場合の定額負担の対象病院を特定機能病院および許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大が行われた。
- ◇ こうした外来機能分化の中で、かかりつけ医機能の普及に向け、今後の改定でさらなる評価を求めていく。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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。**

地域包括ケアシステムの姿



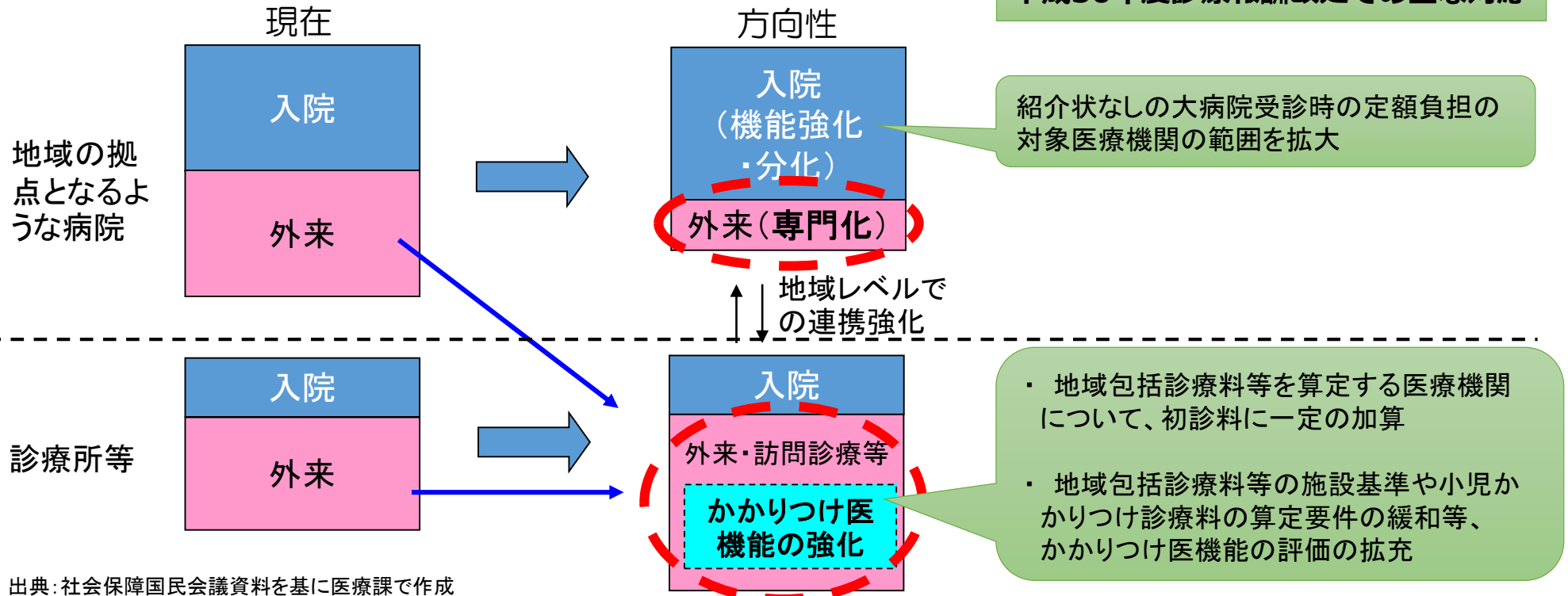
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

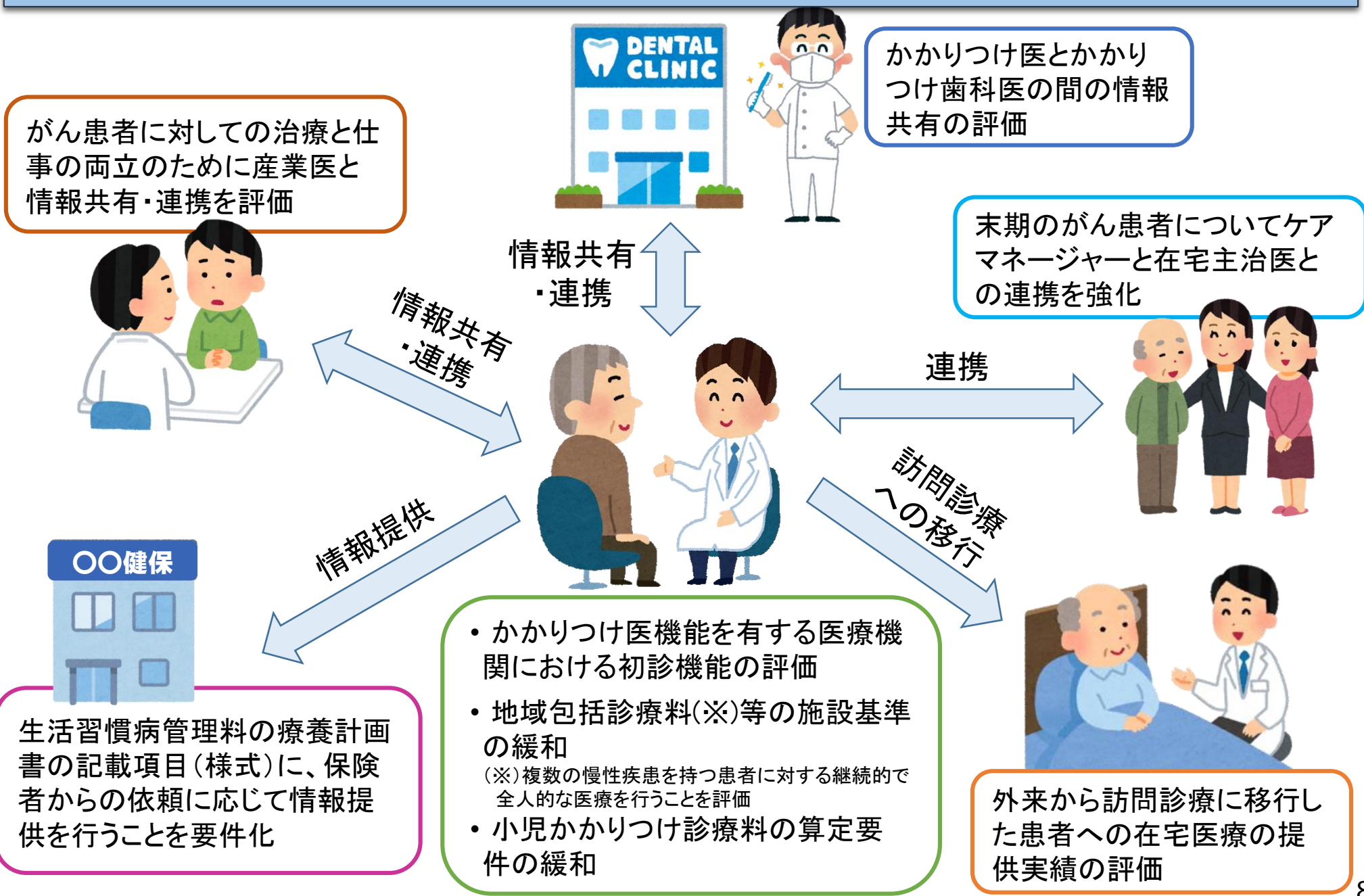
外来医療の役割分担のイメージ

平成30年度診療報酬改定での主な対応



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

かかりつけ医機能評価の充実



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(1) 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算の見直し

➤ かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
【地域包括診療加算等】 地域包括診療加算 20点 認知症地域包括診療加算 30点 [施設基準(抜粋)] (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ 常勤の医師を2名以上配置 ウ 在宅療養支援診療所	【地域包括診療加算等】 (新) <u>地域包括診療加算1</u> 25点 ← 地域包括診療加算2 18点 (新) <u>認知症地域包括診療加算1</u> 35点 ← 認知症地域包括診療加算2 28点 [算定要件・施設基準(抜粋)] (1) 当該患者に対し <u>標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。</u> <div style="border: 1px dashed #000; padding: 5px;"> 加算1を算定する場合には、<u>24時間の連絡体制と、連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制を確保していること。(機能強化型在宅診療(単独型)以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うことも可能)</u> </div> (2) 以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u> ウ 在宅療養支援診療所 <div style="border: 1px dashed #000; padding: 5px;"> (3) <u>加算1を算定する場合には、当該医療機関での継続的な外来診療を経て往診料、訪問診療料を算定した患者数が3人(在宅療養支援診療所の場合は10人)以上であること。</u> </div>

➤ 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護職員等が実施可能であることを明確化する。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(1) 地域包括診療料、認知症地域包括診療料の見直し

➤ かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行		改定後
【地域包括診療料等】		【地域包括診療料等】
地域包括診療料	1,503点	(新) 地域包括診療料1 1,560点 ←
認知症地域包括診療料	1,515点	地域包括診療料2 1,503点
		(新) 認知症地域包括診療料1 1,580点 ←
		認知症地域包括診療料2 1,515点
[施設基準(抜粋)]		[施設基準(抜粋)]
以下の全ての要件を満たしていること。		(1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。
ア 診療所の場合		ア 診療所の場合
(イ) 時間外対応加算1の届出		(イ) 時間外対応加算1の届出
(ロ) 常勤医師2名以上の配置	→	(ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上
(ハ) 在宅療養支援診療所		(ハ) 在宅療養支援診療所
イ 病院の場合		イ 病院の場合
(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出		(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
(ロ) 在宅療養支援病院の届出		(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。
		(2) 診療料1を算定する場合には、当該医療機関での継続的な外来診療を経て往診料、訪問診療料を算定した患者数が10人以上であること。

(2) 小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

〔地域包括診療加算(診療所)〕

地域包括診療加算1:25点、加算2:18点(1回につき)

点p4, 留p19,
施告p646, 施通p701

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)を有する患者**とする。
当該診療所で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること
- ③ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする
- ④ 下記のうち**いずれか1つ**を満たすこと
ア) 時間外対応加算1又は2を届出していること イ) 常勤換算で2人以上の医師が配置され、**そのうち1人以上が常勤医師であること**
ウ) 在支診であること
- ⑤ 療養上の指導、服薬管理(**医師の指示を受けた看護職員等が情報把握することも可能**)、健康管理、介護保険に係る対応を行っていること
- ⑥ 患者の署名付の同意書を作成し診療録に添付(**直近1年間に4回以上の受診歴がある患者は、診療の要点を説明していれば同意の省略可能**)
- ⑦ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること

〔加算1〕

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し**24時間の往診等の体制**を確保していること(強化型在支診(単独型)以外は連携医療機関の協力を得て行うものを含む)
- ◇ 以下のすべてを満たすこと
ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、往診、訪問診療を算定した患者数(在支診:10人以上、在支診以外:3人以上)
イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

〔加算2〕

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し**24時間の連絡体制**を確保していること

薬剤適正使用連携加算:30点(1回)

点p5, 留p21

〔算定要件〕

- ◇ 以下のすべてを満たすこと
ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供 イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応
ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

[地域包括診療料(診療所・200床未満病院)]

点p161, 留p203,
施告p795, 施通p849

地域包括診療料1:1,560点、2:1,503点(月1回)

[包括範囲]

- 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。
- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算及び産科・産婦人科特例加算
 - ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
 - ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
 - ・薬剤料(処方料、処方箋料を除く。)
 - ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者**とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと
 - ・診療所の場合
 - ア) 時間外対応加算1を算定していること
 - イ) 常勤換算で2人以上の医師が配置、**そのうち1人以上が常勤医師であること**
 - ウ) 在支診であること
 - ・病院の場合
 - ア) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
 - イ) 在支病であること
- ⑥ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること

[地域包括診療料1]

◇ 以下のすべてを満たすこと

- ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、往診、訪問診療を算定した患者数が10人以上
- イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

薬剤適正使用連携加算:30点(1回)

点p162, 留p205,

[算定要件]

◇ 以下のすべてを満たすこと

- ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供
- イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応
- ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

〔認知症地域包括診療加算(診療所)・認知症地域包括診療料(診療所・200床未満病院)〕

認知症地域包括診療加算1:35点、加算2:28点(1回につき) 認知症地域包括診療料1:1,580点、2:1,515点(月1回)

※地域包括診療加算の届出を行っていること

※地域包括診療料の届出を行っていること

[算定要件]

対象患者は、認知症患者であって以下のすべてを満たすものに対して、患者または家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定する。

① 認知症以外に1以上の疾患(疑いは除く)を有する

② 同月に当該医療機関で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(錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、液剤の1銘柄ごとに1種類として計算)

2) 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えている

③ 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算(地域包括診療料)の算定要件を満たす

※ 当該医療機関で診療を行う疾病(認知症を含む2つ以上)と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料が算定可能

[加算1]

◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること(強化型在支診(単独型)以外は連携医療機関の協力を得て行うものを含む)

◇ 以下のすべてを満たすこと

ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、往診、訪問診療を算定した患者数(在支診:10人以上、在支診以外:3人以上)

イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

認知症地域包括診療加算: 点p4, 留p19,
施告p646, 施通p702

[加算2]

◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること

認知症地域包括診療料: 点p162, 留p203,
施告p794, 施通p850

[診療料1]

◇ 以下のすべてを満たすこと

ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、往診、訪問診療を算定した患者数が10人以上であること

イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

薬剤適正使用連携加算:30点(1回)

認知症地域包括診療加算: 点p5, 留p21,
認知症地域包括診療料: 点p646, 留p701

[算定要件]

◇ 以下のすべてを満たすこと

ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供 イ) 入院・入所先から処方内容の照会適切に対応

ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

1 処方箋を交付する場合：

初診時602点、再診時413点

2 処方箋を交付しない場合：

初診時712点、再診時523点

〔施設基準〕

- ※1 小児科外来診療料の算定医療機関
- ※2 時間外対応加算1又は2の届出医療機関
- ※3 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師1名以上
- ※4 以下の要件のうち**3つ以上**に該当すること
 - ① 初期小児救急への参加(休日又は夜間診療を月1回以上)
 - ② 自治体による乳幼児健診の実施
 - ③ 定期予防接種の実施
 - ④ 過去1年間に超重症児・準超重症に対する在宅医療の提供
 - ⑤ 幼稚園の園医または保育園の嘱託医への就任

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、継続的(4回以上受診(予防接種等の実施を目的とした保険外も含む)した3歳未満の患者(3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については未就学児まで算定可)であって、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き、継続的・全人的な医療を行うことを評価。原則、1か所の医療機関が算定。
- ② 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息など乳幼児期に頻繁に見られる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導・診療を行う
- ③ 他の医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う
- ④ 児の健診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
- ⑤ 児の予防接種の実施状況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指導を行う
- ⑥ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対し、原則として当該医療機関において、常時対応を行う
ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤小児科医が配置された保険医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関、または「#8000事業」における電話相談を案内することも可能
 - (1) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤小児科医であること
 - (2) 直近1年間に、「#8000事業」に1回以上協力したことのある常勤小児科医であること
- ⑦ 上記の指導・相談等を行う旨を、患者に書面を交付して説明し・同意を得る
- ⑧ 上記の指導・相談等を行う旨を、院内に掲示する
- ⑨ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること

小児抗菌薬適正使用加算(初診時): 80点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

点p3, 留p16,
 施告p697, 施通p700, 様112

(3) かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価

➤ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

- ・初診料
- ・小児科外来診療料(初診時)
- ・小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算: 80点



[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
<p>地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等)</p>	<p>機能強化加算の対象患者</p>

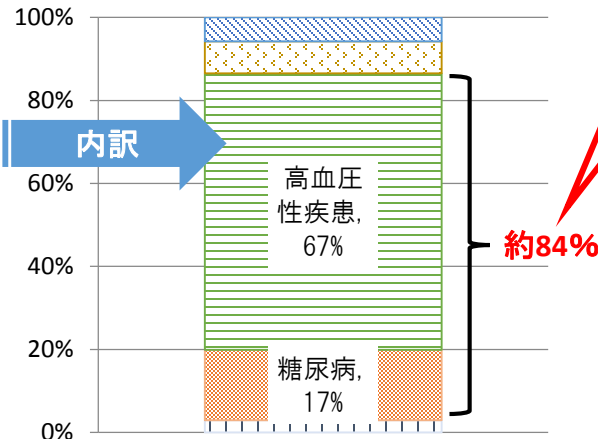
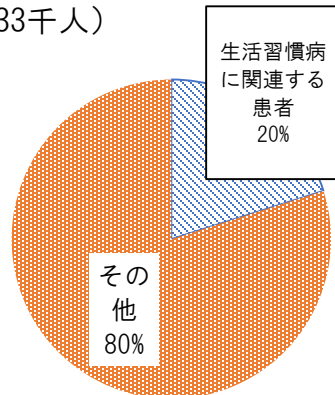
[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている**保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)**において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

※ 医療機関の体制に対する評価であり、**対象疾患、対象患者に限定なく**、初診料を算定する患者すべてに加算可能

※ 小児かかりつけ診療料届出医療機関で小児科外来診療料にも加算可能

<一般診療所の推計外来患者数>
 (4,233千人)



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(4) 外来における妊婦加算の新設

初診料: 点p3, 留p15, 再診料: 点p5, 留p18, 外来診療料: 点p6,

- 妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する妊婦加算を新設する。

初診料 (新) 妊婦加算(時間外/休日/深夜): 75点(200点/365点/695点) 等
再診料・外来診療料 (新) 妊婦加算(時間外/休日/深夜): 38点(135点/260点/590点) 等

(5) 特定疾患処方管理加算の評価

- 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の処方減算を適正化することに伴い、診療所、200床未満病院における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。

処方料・処方箋料

特定疾患処方管理加算: 18点

65点(処方期間が28日以上)

特定疾患処方管理加算1: 18点

特定疾患処方管理加算2: 66点(処方期間が28日以上)

処方料 : 点p404, 留p410,
処方箋料: 点p406, 留p410,

(6) 一般名処方加算の見直し

- 一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう一般名処方加算の評価を見直す。

処方箋料 一般名処方加算1: 3点 → 6点

一般名処方加算2: 2点 → 4点

処方箋料: 点p406, 留p415,

[算定要件]

加算1: 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合

加算2: 交付した処方箋に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

- 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、処方箋にその理由を記載する

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

地域包括診療料・認知症地域包括診療料：点p162, 留p205, 206
地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算：点p5, 留p21,

(7) 入院中等の減薬の取組の評価

- 地域包括診療料等の算定患者が他の保険医療機関に入院または介護老健施設に入所した場合に、入院先の医療機関または入所先の介護老健施設と連携して薬剤の服用状況・薬剤服用歴の情報共有を行うとともに、他の保険医療機関または介護老健施設で処方した薬剤種類数が減少したことについて、評価を新設する

地域包括診療料・認知症地域包括診療料

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算



(新) 薬剤適正使用連携加算:30点(退院または退所の日を含む月の翌月までに1回)

[算定要件]

◇ 以下のすべてを満たすこと

ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供

イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応

ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)①

➤ 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

現行(例①)

D400 血液採取

1 静脈:25点

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、20点を加算する

D011 免疫学的検査

1 ABO血液型、Rh(D)血液型:21点

生体検査

新生児加算80/100 乳幼児加算50/100 幼児加算30/100

D231-2 皮下連続式グルコース測定(一連につき):700点

注 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等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する

(施設基準)

(1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識および少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること

D239-3 神経学的検査:450点

D282-4 ダーモスコープ:72点

(初回の診断日に限る)

改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査の費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない

改定(例①)

D400 血液採取

1 静脈:**30点**

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、**25点**を加算する

D011 免疫学的検査

1 ABO血液型、Rh(D)血液型:**24点**

生体検査

新生児加算**100/100** 乳幼児加算**70/100** 幼児加算**40/100**

D231-2 皮下連続式グルコース測定(一連につき):700点

注1 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等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する

(施設基準)

(1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識および少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が**1名以上**配置されていること

注2 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する

D239-3 神経学的検査:**500点**

D282-4 ダーモスコープ:72点

注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する

経過観察の目的で算定可能。新たに他の疾患で検査を行う場合であっても、前回の算定日から1月を経過していること。

D285 認知機能検査 その他の心理検査

1 操作が容易なもの:**80点**

長谷川式知能評価スケール、MMSE等を追加



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)②

➤ 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

現行(例②)

J000 創傷処置
1 100cm²未満:45点

3歳未満の乳幼児に対して区分番号J122～J129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の55/100に相当する点数を所定点数に加算する

- J122 四肢ギプス包帯
- J123 体幹ギプス包帯
- J124 鎖骨ギプス包帯(片側)
- J125 ギプスベッド
- J126 斜頸矯正ギプス包帯
- J127 先天性股関節脱臼ギプス包帯
- J128 脊椎側弯矯正ギプス包帯
- J129 治療装具の採型ギプス
- J129-2 練習用仮義足又は仮義手
- J129-3 義肢装具採寸法(1肢につき)
- J129-4 治療装具採型法(1肢につき)

J057-3 鶏眼・胼胝処置:170点
注 月1回に限り算定する

J113 耳垢塞栓除去(複雑なもの) 2 両側:150点
注 乳幼児加算:50点

K898 帝王切開術
注 複雑な場合については2,000点を所定点数に加算する

改定(例②)

J000 創傷処置
1 100cm²未満:**52点**

6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122～J129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の55/100に相当する点数を所定点数に加算する

- J122 四肢ギプス包帯
- J123 体幹ギプス包帯
- J124 鎖骨ギプス包帯(片側)
- J125 ギプスベッド
- J126 斜頸矯正ギプス包帯
- J127 先天性股関節脱臼ギプス包帯
- J128 脊椎側弯矯正ギプス包帯
- J129 治療装具の採型ギプス
- J129-2 練習用仮義足又は仮義手
- J129-3 義肢装具採寸法(1肢につき)
- J129-4 治療装具採型法(1肢につき)

J057-3 鶏眼・胼胝処置:170点
注 **月2回**に限り算定する

J113 耳垢塞栓除去(複雑なもの) 2 両側:**180点**
注 乳幼児加算:**55点**

K898 帝王切開術
注 複雑な場合については2,000点を所定点数に加算する
「複雑な場合」に「**多胎**」を加える



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(9) 在支診以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料

点p243, 留p274,

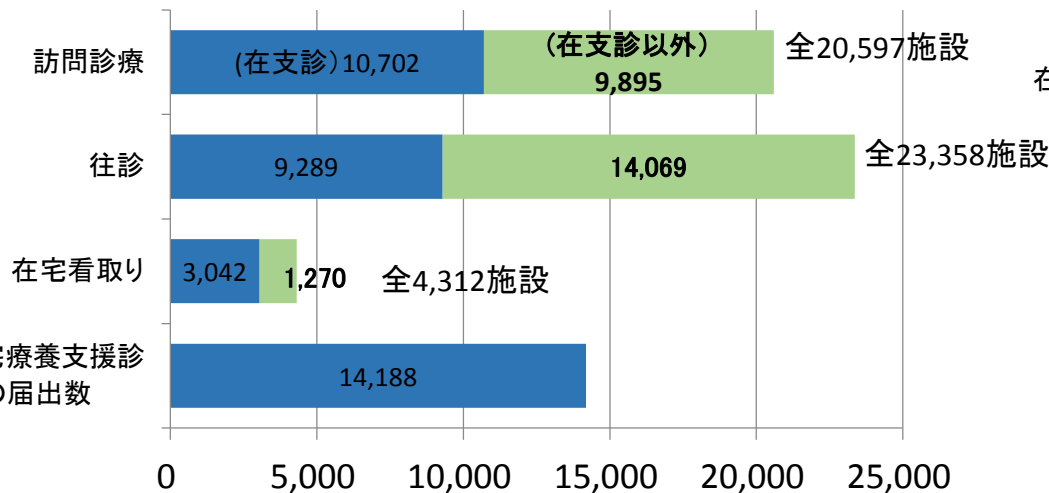
(新) 継続診療加算: 216点(1月に1回)

[主な算定要件]

- (1) 当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

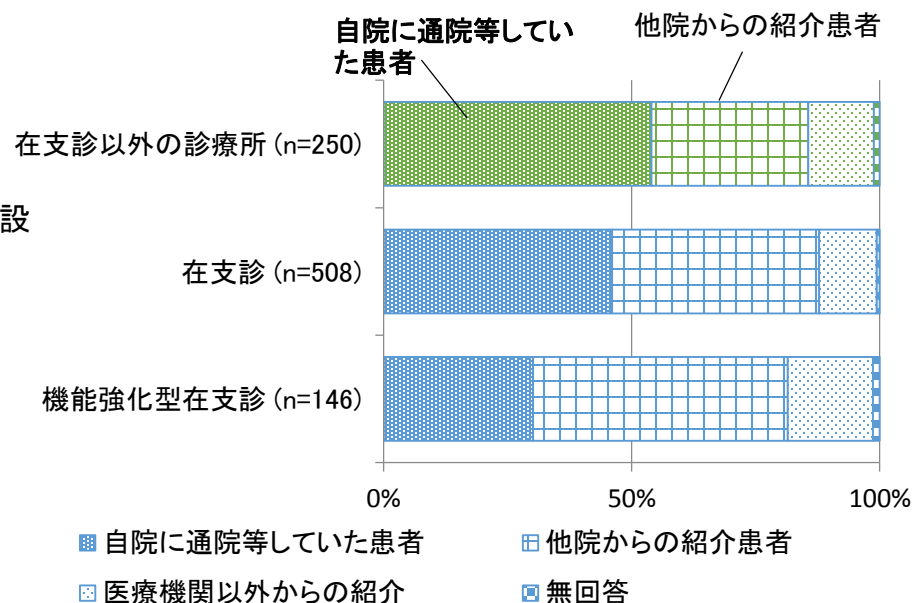
[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]

■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



(参考) 在宅療養支援診療所の届出数
14,188

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(10) かかりつけ医と認知症サポート医との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料:450点(6月に1回)

点p171, 留p222,



[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2:300点(月1回)(6月に限る)

点p171, 留p221,
様1064

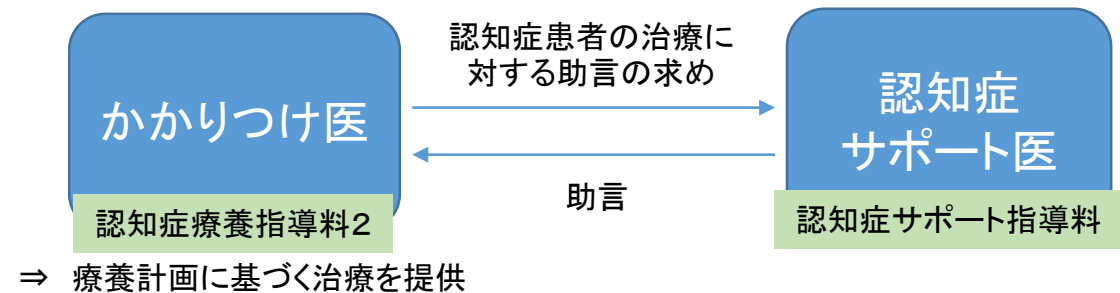
(新) 認知症療養指導料3:300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

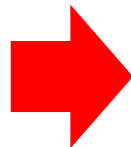
(11) 大病院の外来機能分化の推進

① 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。 療担p942, 通p961, 962

現行(対象病院)

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



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

② 病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

○ 初診料及び外来診療料

※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

点p2, 5, 留p10, 22

紹介率等の低い医療機関の初診料・外来診療料における減算規定の対象となる保険医療機関の病床数

○ 在宅患者緊急入院診療加算※、在宅患者共同診療料

※ 平成31年4月1日より適用

点p64, 253

算定対象が特定の疾病等を有する患者*に限られる在宅療養後方支援病院の病床数

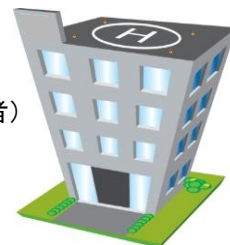
(*15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者)

○ 地域包括ケア病棟入院料

施通p778

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関の病床数

(平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている許可病床数400床以上の保険医療機関は、現時点の届出病棟を維持できる)



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

③未妥結減算の見直し

- 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、妥結率の低い許可病床数200床以上病院の初診料、再診料、外来診療料の減額を見直す
- (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則としてすべての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する
- (2) 許可病床数200床以上病院に対し、「単品単価契約率」および「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告書を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける
- (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の10月の1か月間から10月～11月の2か月間に変更する

別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する許可病床数が200床以上の病院

初診料: 282点	→	特定妥結率初診料: <u>209点</u>
再診料: 72点	→	特定妥結率再診料: <u>53点</u>
外来診療料: 73点	→	特定妥結率外来診療料: <u>54点</u>

点p2, 留p9, 施告p645, 施通p702

点p3, 留p16, 施告p645, 施通p702

点p5, 留p22, 施告p645, 施通p702

[別に厚生労働大臣が定める施設基準]

◇ 次のいずれかに該当する保険医療機関であること

- (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、
妥結率が5割以下であること
- (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率および一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局

④紹介率の低い大病院の処方料・処方箋料・薬剤料の減算

点p404, p405, 留p4511, 施告p806

- 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院で1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合の処方減算を適正化する
処方料、処方箋料、薬剤料: 60/100に相当する点数
→ 40/100に相当する点数

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

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ける検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入および既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

※ 医師の基礎的な技術の再評価

(2)外科的手術等の適正な評価

外科的手術等の適正な評価を行うため、「外保連試案2018」等における手術等に係る人件費および材料に係る費用の調査結果を参考とし、技術料の相対的な評価を見直す。

(3)先進医療からの保険導入

先進医療会議・医療技術評価分科会の検討結果を踏まえ、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。

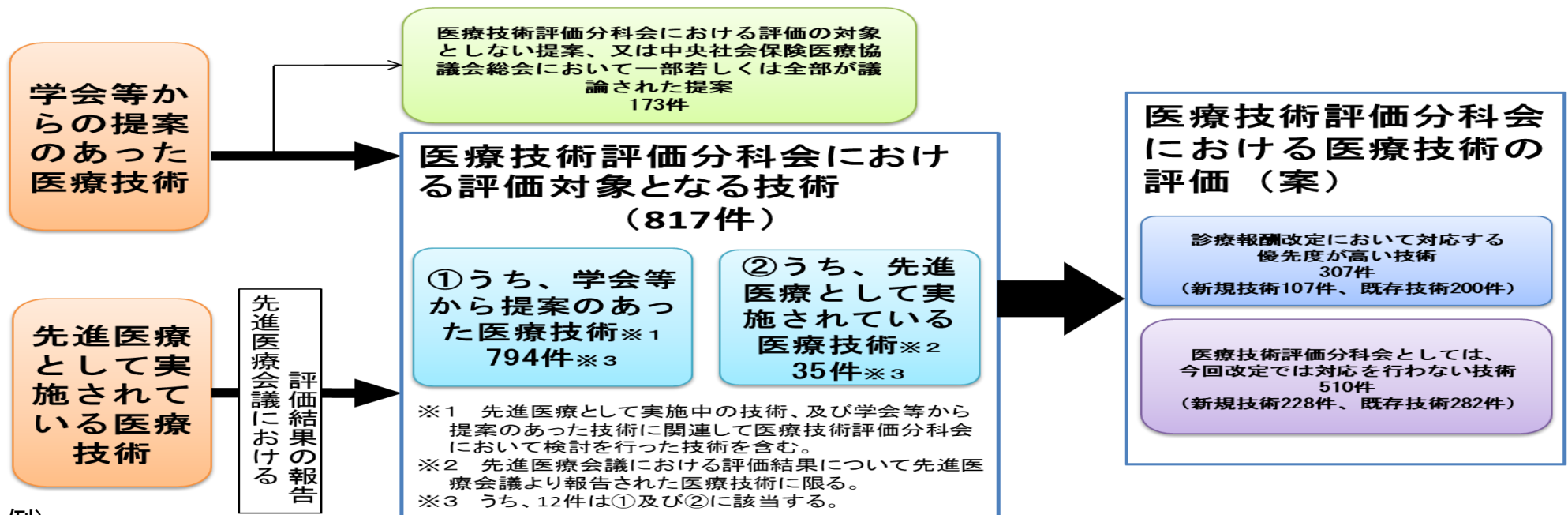
2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(1) 医療技術の評価及び再評価

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107件を保険導入**するとともに、**既存技術200件について診療報酬上の評価の見直し**を行う。

【評価の実施方法等】

- ① 平成29年1月から5月にかけて関係学会から**984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



例)

【新規技術】 施行頻度の高い認知機能検査(長谷川式知能評価スケール等)、胃悪性腫瘍手術(切除)(ロボット支援)、同種死体小腸移植術、一時的創外固定骨折治療術、陽子線治療の適応拡大など

【既存技術】 血液採取(静脈)、創傷処置、自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大、帝王切開術の複雑加算に多胎を追加、高気圧酸素治療の救急的適応と非救急的適応の撤廃、トレッドミル・サイクルエルゴメーターによる負荷心肺機能検査等

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応①

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術(先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行う。

(1) 保険導入等を行う新規技術の例

- 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)※
- 生体小腸部分移植術
- バルーン閉塞下逆行性静脈塞栓術(BRTO)
- ADAMTS13活性測定
- 陽子線治療(切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍(口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く)及び限局性前立腺がんに対するもの)※
- 重粒子線治療(頭頸部腫瘍(口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く)及び限局性前立腺がんに対するもの)※

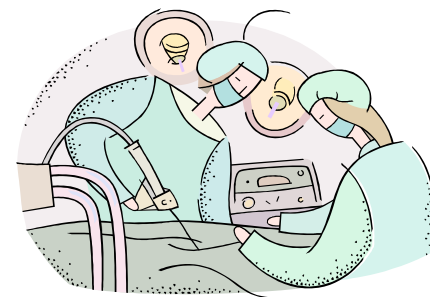
※ 先進医療として実施している技術

(2) 評価を見直す既存技術の例

- 人工臓器検査の施設基準(血液検査)緩和
- Coombs試験(間接)

(3) 項目の削除を行う技術の例

- 膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)検査
- 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応②

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1)

○ 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有するロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術:64,120点

(新)内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

技術の概要:

胃癌治療のため、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に胃切除を行う技術。

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること



保険導入を行うロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名	
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
12	腹腔鏡下腔式子宮全摘術

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応③

点p621, 留p625, 施告p813, 施通p937

➤ 保険導入を行う新規技術の例(2)

○ 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患に対する粒子線治療を保険適用する。

M001-4 粒子線治療(一連につき)

(新) 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

重粒子線治療の場合:110,000点

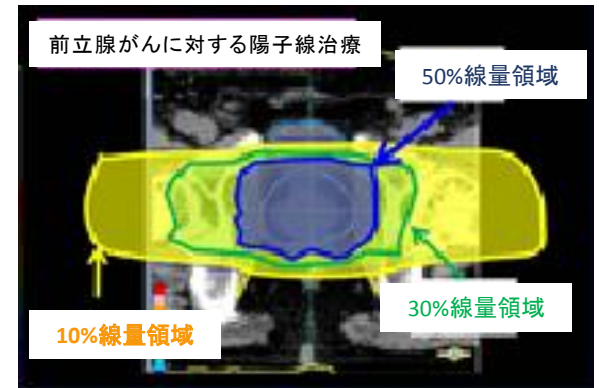
陽子線治療の場合 :110,000点

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。

[算定の要件]

- ・陽子線治療:前立腺がん
- ・重粒子線治療:前立腺がん
- ・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



[加算]

- | | | |
|--------------|---------|------------------------------|
| ①粒子線治療適応判定加算 | 40,000点 | ※ 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 |
| ②粒子線治療医学管理加算 | 10,000点 | ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価 |

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応④

➤ 保険導入を行う新規技術の例(3)

小腸移植術の評価

➤ 短腸症候群及び機能的難治性小腸不全の患者に対する小腸移植を保険適用する。

(新)	<u>移植用部分小腸採取術(生体)</u>	<u>56,850点</u>
(新)	<u>生体部分小腸移植術</u>	<u>164,240点</u>
(新)	<u>移植用小腸採取術(死体)</u>	<u>65,140点</u>
(新)	<u>同種死体小腸移植術</u>	<u>177,980点</u>

施行頻度の高い認知機能検査の評価

➤ 長谷川式知能評価スケール等の施行頻度の高い認知機能検査について、評価の対象とする。

現行

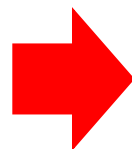
【D285 認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が用意なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)のことをいう。

改定長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び(中略)の費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。



改定後

【D285 認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が用意なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoCA-Jのことをいう。

医療技術の保険導入①

《新規に保険導入された検査》

区分番号	検査項目名	点数
D001「17」	シュウ酸(尿)	200点
D006「34」	ADAMTS13活性	400点
D006「35」	ADAMTS13インヒビター	600点
D007「20」	遊離脂肪酸	59点
D015「17」	免疫電気泳動法(抗ヒト全血清)	170点
D015「24」	免疫電気泳動法(特異抗血清)	230点
D018「注2」	質量分析装置加算	40点
D023「14」	サイトメガロウイルス核酸検出	850点
D023「注」	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	100点
D206「注2」	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	600点
D215「2」	超音波検査 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)口 下肢血管	450点
D215「3」	超音波検査 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)ニ 胎児心エコー法診断加算	700点
D256-3	光干渉断層血管撮影	400点
D263-2	コントラスト感度検査	207点
D275-2	前房水漏出検査	149点
D277-2	涙道内視鏡検査	640点
D417「3」	組織試験採取、切採法 筋肉(心筋を除く)	1,500点
D419-2	眼内液(前房水・硝子体液)検査	1,000点



医療技術の保険導入②

《新規に保険導入された手術》

区分番号	手術項目名	点数
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	<u>34,000点</u>
K076-2	関節鏡下関節授動術	<u>46,660点</u>
	1 肩、股、膝	<u>33,850点</u>
	2 胸鎖、肘、手、足	<u>10,150点</u>
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	<u>91,500点</u>
K133-2	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	<u>69,000点</u>
K142-5	内視鏡下椎弓形成術	<u>30,390点</u>
K142-6	歯突起骨折骨接合術	<u>23,750点</u>
K142-7	腰椎分離部修復術	<u>28,210点</u>
K149-2	後頭蓋窩減圧術	<u>31,000点</u>
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	<u>11,000点</u>
K190	脊髄刺激装置植込術	<u>24,200点</u>
	1 脊髄刺激電極を留置した場合 2 ジェネレーターを留置した場合	<u>16,100点</u>



医療技術の保険導入③

《新規に保険導入された手術》

区分番号	手術項目名	点数
K523-2	硬性内視鏡下食道異物摘出術	<u>5,360点</u>
K524-3	腹腔鏡下食道憩室切除術	<u>39,930点</u>
K529-3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	<u>109,240点</u>
K554-2	胸腔鏡下弁形成術	<u>109,860点</u>
	1 1弁のもの 2 2弁のもの	<u>123,170点</u>
K555-3	胸腔鏡下弁置換術	<u>115,500点</u>
	1 1弁のもの 2 2弁のもの	<u>130,200点</u>
K647-3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	<u>10,300点</u>
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	<u>31,710点</u>
K684-2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	<u>119,200点</u>
K700-3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	<u>39,950点</u>
K716-3	移植用部分小腸採取術(生体)	<u>56,850点</u>
K716-4	生体部分小腸移植術	<u>164,240点</u>
K716-5	移植用小腸採取術(死体)	<u>65,140点</u>
K716-6	同種死体小腸移植術	<u>177,980点</u>



医療技術の保険導入④

《新規に保険導入された手術》

区分番号	手術項目名	点数
K735-5	腸管延長術	<u>76,000点</u>
K741-2	直腸瘤手術	<u>5,760点</u>
K805-2	膀胱皮膚瘻造設術	<u>25,200点</u>
K805-3	導尿路造設術	<u>49,400点</u>
K834-3	顕微鏡下精索静脈瘤手術	<u>12,500点</u>
K841-5	経尿道的前立腺核出術	<u>21,500点</u>
K920「注8」	輸血 コンピュータクロスマッチ加算	<u>30点</u>
K924-2	自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	<u>1,760点</u>



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(2) 外保連試案等を活用した技術料の見直し

- 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2018」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

区分番号	手術名	現行	改定
K000 3	創傷処理 イ 頭頸部のもの(長径20cm以上のものに限る)	7,170	8,600
K000 3	創傷処理 ロ その他のもの	2,000	2,400
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満)	1,850	2,220
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)	2,860	3,430
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)筋肉、臓器に達しないもの(長径10cm以上)	1,450	1,740
K002	デブリードマン 100cm ² 以上3,000cm ² 未満	2,990	3,580
K002	デブリードマン 3,000cm ² 以上	8,360	10,030
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)長径6cm以上	9,480	11,370
K008	腋臭症手術 皮弁法	5,730	6,870
K009	皮膚剥術 100cm ² 以上200cm ² 未満	9,060	9,610
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25cm ² 未満	3,760	4,510
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25cm ² 以上100cm ² 未満	11,440	13,720
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 乳房再建術の場合	84,050	87,880
K019	複合組織移植術	17,490	19,420
K021	粘膜移植術 4cm ² 以上	7,080	7,820

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K021-2	粘膜弁手術 4cm ² 未満	11,600	13,190
K021-2	粘膜弁手術 4cm ² 以上	12,260	13,460
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき) その他の場合	18,460	19,400
K022-2	象皮病根治手術 下腿	21,010	23,400
K024	筋切離術	3,080	3,690
K025	股関節内転筋切離術	4,410	5,290
K033	筋膜移植術 指(手、足)	7,890	8,720
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む)	11,430	13,580
K035-2	腱滑膜切除術	7,550	9,060
K037	腱縫合術	11,320	13,580
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む) 指(手、足)	15,650	18,780
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む) その他のもの	19,890	23,860
K040	腱移行術 指(手、足)	13,610	15,570
K043	骨搔爬術 前腕、下腿	6,700	8,040
K046	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	14,810	15,980
K046	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く)、足、指(手、足) その他	9,480	11,370
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの) 肩甲骨、上腕、大腿	21,710	23,420
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの) 手、足、指(手、足)	10,940	13,120

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K050	腐骨摘出術 肩甲骨、上腕、大腿	14,960	15,570
K050	腐骨摘出術 前腕、下腿	10,430	12,510
K051	骨全摘術 前腕、下腿	13,050	15,570
K054	骨切り術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足) その他	7,930	8,150
K056	偽関節手術 肩甲骨、上腕、大腿	28,210	30,310
K056	偽関節手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く)、足、指(手、足) その他	14,500	15,570
K058	骨長調整手術 骨短縮術	14,960	15,200
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む) 自家骨移植	14,030	16,830
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(生体)	23,890	28,660
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	18,620	22,340
K065	関節内異物(挿入物を含む)除去術 肩、股、膝	12,430	12,540
K067	関節鼠摘出手術 肩、股、膝	13,000	15,600
K072	関節切除術 肩、股、膝	21,200	23,280
K072	関節切除術 肩鎖、指(手、足)	5,670	6,800
K073	関節内骨折観血的手術 肩鎖、指(手、足)	10,370	11,990
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術 胸鎖、手、足	18,910	22,690
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術 肩鎖、指(手、足)	11,970	14,360
K076	観血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	8,460	10,150
K077	観血的関節制動術 胸鎖、肘、手、足	15,560	16,040

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K078	観血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	18,590	22,300
K078	観血的関節固定術 肩鎖、指(手、足)	7,200	8,640
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術 指(手、足)その他の靭帯	16,390	18,250
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術 内側膝蓋大腿靭帯	20,180	24,210
K080	関節形成手術 肩鎖、指(手、足)	13,740	14,050
K081	人工骨頭挿入術 指(手、足)	9,070	10,880
K082	人工関節置換術 肩鎖、指(手、足)	13,310	15,790
K082-2	人工関節抜去術 胸鎖、肘、手、足	22,680	23,650
K082-2	人工関節抜去術 肩鎖、指(手、足)	13,950	15,990
K083	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む) (1局所につき)	2,510	3,010
K085	四肢関節離断術 肩、股、膝	28,630	31,000
K098	手掌屈筋腱縫合術	11,090	13,300
K099	指瘢痕拘縮手術	6,880	8,150
K100	多指症手術 骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	15,570
K101	合指症手術 軟部形成のみのもの	7,320	8,720
K101	合指症手術 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	15,570
K102	巨指症手術 軟部形成のみのもの	8,330	8,720
K102	巨指症手術 骨関節、腱の形成を要するもの	17,700	21,240
K103	屈指症手術、斜指症手術 軟部形成のみのもの	11,510	13,810
K103	屈指症手術、斜指症手術 骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	15,570

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K108	母指対立再建術	19,150	22,740
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	11,600	13,920
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	43,790	52,540
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	13,520
K134	椎間板摘出術 前方摘出術	40,030	40,180
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	88,870	90,470
K138	脊椎披裂手術 その他のもの	18,990	22,780
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む) 椎弓形成	23,870	24,260
K146	頭蓋開溝術	14,430	17,310
K149	減圧開頭術 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210	28,280
K149	減圧開頭術 その他の場合	26,400	26,470
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	16,340	19,600
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	10,680
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜外のもの	36,970	35,790
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜下のもの	33,790	36,970
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	42,950	47,020
K169	頭蓋内腫瘍摘出術 注2 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	10,000	12,000
K178	脳血管内手術 1箇所	63,270	66,270
K178	脳血管内手術 2箇所以上	81,800	84,800
K178	脳血管内手術 脳血管内ステントを用いるもの	79,850	82,850

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	21,570	25,880
K178-5	経皮的脳血管ステント留置術	33,150	35,560
K180	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	16,450	17,530
K181-4	迷走神経刺激装置植込術	24,350	28,030
K181-5	迷走神経刺激装置交換術	4,800	14,270
K182	神経縫合術 指(手、足)	12,640	15,160
K183-2	空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	25,840	26,450
K189	脊髄ドレナージ術	340	408
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	6,080	7,290
K191	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの	59,500	62,000
K195	交感神経切除術 頸動脈周囲	7,930	8,810
K195	交感神経切除術 股動脈周囲	7,750	8,810
K196	交感神経節切除術 腰部	16,240	17,530
K218	眼瞼外反症手術	3,670	4,400
K223	結膜嚢形成手術 皮膚及び結膜の形成	13,610	14,960
K227	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む)	14,940	14,960
K230	眼窩内異物除去術(深在性) その他	13,310	14,960
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	19,300
K239	眼球内容除去術	5,110	6,130

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K243	義眼台包埋術	6,680	8,010
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	8,790
K255	強角膜瘻孔閉鎖術	10,010	11,610
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920	8,300
K260-2	羊膜移植術	8,780	10,530
K265	虹彩腫瘍切除術	16,790	20,140
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	30,800	35,820
K271	毛様体光凝固術	4,670	5,600
K273	隅角光凝固術	8,970	9,660
K282	水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 縫着レンズを挿入するもの	17,440	17,840
K282	水晶体再建術 計画的後嚢切開を伴う場合	18,150	21,780
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	8,440	10,120
K293	耳介悪性腫瘍手術	19,180	22,290
K295	耳後瘻孔閉鎖術	3,340	4,000
K296	耳介形成手術 耳介軟骨形成を要するもの	16,760	19,240
K296	耳介形成手術 耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	9,960
K297	外耳道形成手術	17,110	19,240
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	35,290	36,700
K299	小耳症手術 耳介挙上	12,290	14,740
K301	鼓室開放術	6,070	7,280

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K302	上鼓室開放術	10,950	13,140
K303	上鼓室乳突洞開放術	20,600	24,720
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	11,240	13,480
K305	乳突削開術	20,410	24,490
K306	錐体部手術	38,090	38,470
K310	乳突充填術	6,230	7,470
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	37,370	38,330
K317	中耳根治手術	35,370	42,440
K323	内リンパ嚢開放術	28,210	28,890
K325	迷路摘出術 部分摘出(膜迷路摘出術を含む)	26,960	29,220
K328-2	植込型骨導補聴器移植術	8,850	10,620
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	21,010	23,060
K335	鼻中隔骨折観血的手術	2,740	3,280
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	4,150	4,980
K338	鼻甲介切除術 その他のもの	2,310	2,770
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,960	3,550
K340-4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	10,000	12,000
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500	24,910
K340-6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	31,990	32,080
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術)	44,000	51,630

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	15,200
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 切除	20,870	25,040
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	30,460
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	20,080	22,370
K346	後鼻孔閉鎖症手術 単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	4,360
K347	鼻中隔矯正術	6,860	8,230
K347-3	内視鏡下鼻中隔手術I型(骨、軟骨手術)	5,520	6,620
K347-5	内視鏡下鼻腔手術I型(下鼻甲介手術)	5,520	6,620
K350	前頭洞充填術	11,000	13,200
K352	上顎洞根治手術	6,660	7,990
K353	鼻内篩骨洞根治手術	4,170	5,000
K357	鼻内蝶形洞根治手術	3,190	3,820
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	9,430	11,310
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	9,410	11,290
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410	11,290
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530	12,630
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760	14,110
K364	汎副鼻腔根治手術	16,680	20,010
K371	上咽頭腫瘍摘出術 経口腔によるもの	4,460	5,350
K371	上咽頭腫瘍摘出術 経鼻腔によるもの	5,060	6,070

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K371	上咽頭腫瘍摘出術 経副鼻腔によるもの	8,270	8,790
K372	中咽頭腫瘍摘出術 外切開によるもの	15,870	16,260
K375	鼻咽腔線維腫手術 切除	8,030	9,630
K375	鼻咽腔線維腫手術 摘出	36,140	37,850
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術 経頸部によるもの	28,600	34,320
K380	過長茎状突起切除術	5,880	6,440
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	4,800
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	12,240
K398	喉頭狭窄症手術 前方開大術	23,420	23,430
K398	喉頭狭窄症手術 前壁形成手術	22,500	23,320
K398	喉頭狭窄症手術 Tチューブ挿入術	11,700	14,040
K399	気管狭窄症手術	37,510	38,540
K400	喉頭形成手術 チタンブリッジを用いたもの	-	34,840
K403-2	嚥下機能手術 喉頭気管分離術	28,210	30,260
K407	顎・口蓋裂形成手術 軟口蓋のみのもの	14,520	15,770
K409	口腔底腫瘍摘出術	6,800	7,210
K410	口腔底悪性腫瘍手術	28,140	29,360
K414	舌根甲状腺腫摘出術	9,800	11,760
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,520	8,970
K415	舌悪性腫瘍手術 切除	22,010	26,410

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K418	舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	9,100
K423	頬腫瘍摘出術 その他のもの	4,380	5,250
K427	頬骨骨折観血的整復術	15,090	18,100
K433	上顎骨折観血的手術	15,220	16,400
K436	顎骨腫瘍摘出術 長径3センチメートル以上	11,160	13,390
K437	下顎骨部分切除術	14,940	16,780
K438	下顎骨離断術	27,140	32,560
K439	下顎骨悪性腫瘍手術 切断	53,830	64,590
K441	上顎骨全摘術	38,750	42,590
K442	上顎骨悪性腫瘍手術 搔爬	7,640	9,160
K443	上顎骨形成術 単純な場合	23,240	27,880
K444	下顎骨形成術 おとがい形成の場合	6,490	7,780
K444	下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	25,660	30,790
K444	下顎骨形成術 再建の場合	43,300	51,120
K444-2	下顎骨延長術 片側	25,660	30,790
K444-2	下顎骨延長術 両側	40,150	47,550
K446	顎関節授動術 徒手授動術 関節腔洗浄療法を併用した場合	2,000	2,400
K446	顎関節授動術 顎関節鏡下授動術	8,770	10,520
K447	顎関節円板整位術 顎関節鏡下円板整位術	20,690	22,100
K451	がま腫摘出術	5,950	7,140

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K452	舌下腺腫瘍摘出術	5,990	7,180
K453	顎下腺腫瘍摘出術	9,480	9,640
K454	顎下腺摘出術	9,670	10,210
K459	唾液腺管形成手術	11,360	13,630
K460	唾液腺管移動術 上顎洞内へのもの	11,360	13,630
K460	唾液腺管移動術 結膜嚢内へのもの	14,070	15,490
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	8,480	8,860
K467	頸瘻、頸嚢摘出術	11,430	13,710
K468	頸肋切除術	12,700	15,240
K469	頸部郭清術 片側	23,060	27,670
K469	頸部郭清術 両側	34,680	37,140
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	7,240
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	7,460	8,950
K480	胸壁冷膿瘍手術	7,670	7,810
K481	肋骨骨折観血的手術	8,610	10,330
K482	肋骨切除術 その他の肋骨	4,300	5,160
K499	胸郭形成手術 (肺切除後遺残腔を含む)	15,830	16,540
K501	乳糜胸手術	14,410	17,290
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	38,850
K502-4	拡大胸腺摘出術	32,270	33,870

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K504	縦隔悪性腫瘍手術 単純摘出	37,000	38,850
K504	縦隔悪性腫瘍手術 広汎摘出	56,020	58,820
K508-2	気管・気管支ステント留置術 硬性鏡によるもの	9,360	9,400
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術	4,560	9,130
K510	気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）	6,700	8,040
K510-2	光線力学療法 早期肺がん（0期又は1期に限る）に対するもの	8,710	10,450
K510-2	光線力学療法 その他のもの	8,710	10,450
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	10,020	12,020
K514-5	移植用部分肺採取術（生体）	52,680	60,750
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術 胸骨切開によるもの	19,440	23,290
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術 その他のもの（頸部手術を含む）	6,600	7,920
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	12,950
K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	6,300	14,510
K530-3	内視鏡下筋層切開術	9,450	11,340
K532-3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	46,770	49,800
K534	横隔膜縫合術 経胸又は経腹	27,890	33,460
K534	横隔膜縫合術 経胸及び経腹	37,620	40,910
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	16,540
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	28,280

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K548	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	24,500	24,720
K548	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,500	24,720
K550	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	17,720
K562	動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術	18,990	22,780
K565	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	90,870	94,420
K573	心房中隔欠損作成術 経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法）	13,410	16,090
K599-2	植込型除細動器交換術	6,000	7,200
K599-4	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	6,000	7,200
K601	人工心肺（1日につき） 初日	26,950	30,150
K607	血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	10,550	12,660
K607	血管結紮術 その他のもの	3,130	3,750
K610	動脈形成術、吻合術 指（手、足）の動脈	15,340	18,400
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,390	1,660
K620-2	下大静脈フィルタ一除去術	6,190	6,490
K625	リンパ管腫摘出術 長径5センチメートル未満	10,910	13,090
K627	リンパ節群郭清術 顎下部又は舌下部（浅在性）	9,060	10,870
K627	リンパ節群郭清術 頸部（深在性）	20,080	24,090
K627	リンパ節群郭清術 鎖骨上窩及び下窩	12,050	14,460
K627	リンパ節群郭清術 胸骨旁	20,080	23,190

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K627	リンパ節群郭清術 鼠径部及び股部	7,370	8,710
K627-2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	36,140	41,090
K631	腹壁瘻手術 腹腔に通ずるもの	8,390	10,050
K633	ヘルニア手術 腹壁瘢痕ヘルニア	8,450	9,950
K633	ヘルニア手術 腰ヘルニア	8,590	8,880
K633-2	腹腔鏡下ヘルニア手術 腹壁瘢痕ヘルニア	13,770	16,520
K633-2	腹腔鏡下ヘルニア手術 大腿ヘルニア	15,460	18,550
K633-2	腹腔鏡下ヘルニア手術 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	11,520	13,820
K633-2	腹腔鏡下ヘルニア手術 臍ヘルニア	9,520	11,420
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	4,160	4,990
K636-2	ダメージコントロール手術	9,370	11,240
K637	限局性腹腔膿瘍手術 その他のもの	8,330	9,270
K639	急性汎発性腹膜炎手術	12,000	14,400
K639-3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	19,260	23,040
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 腸切除を伴わないもの	11,910	14,290
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 腸切除を伴うもの	28,210	29,970
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460	23,940
K648	胃切開術	10,970	11,140
K649-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	18,600	22,320
K653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	3,250

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K654-2	胃局所切除術	11,530	13,830
K655	胃切除術 単純切除術	28,210	33,850
K655-2	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	40,890	45,470
K659-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	25,480	30,570
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	34,100
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む)	13,600	16,010
K662-2	腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	18,890
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む) 胆嚢摘出を含むもの	28,210	33,850
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術 胆嚢摘出を含むもの	35,470	39,890
K672	胆嚢摘出術	23,060	27,670
K674	総胆管拡張症手術	49,580	59,490
K674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34,880	110,000
K675	胆嚢悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	209,520	173,500
K677	胆管悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	119,280	173,500
K680	総胆管胃(腸)吻合術	28,210	33,850
K682	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	12,300	14,760
K682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	23,450	25,570
K685	内視鏡的胆道結石除去術 胆道碎石術を伴うもの	11,920	14,300
K685	内視鏡的胆道結石除去術 その他のもの	8,320	9,980
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520	13,710

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K695	肝切除術 部分切除	36,340	39,040
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	30,940
K700-2	膵腫瘍摘出術	21,750	26,100
K702-2	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 脾同時切除の場合	47,250	53,480
K703	膵頭部腫瘍切除術 膵頭十二指腸切除術の場合	77,950	78,620
K705	膵嚢胞胃(腸)吻合術	28,210	31,310
K718	虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	6,740
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	13,760
K719	結腸切除術 小範囲切除	22,140	24,170
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370	22,040
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	7,360
K725-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	13,250
K726	人工肛門造設術	7,980	9,570
K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	13,920	16,700
K735-4	下部消化管ステント留置術	9,100	10,920
K738	直腸異物除去術 経肛門(内視鏡によるもの)	6,700	8,040
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	30,200	30,810
K772	腎摘出術	17,680	18,760
K786	尿管膀胱吻合術	21,310	25,570
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	28,450	30,450

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K799	膀胱壁切除術	9,260	9,270
K802-2	膀胱脱手術 その他のもの	19,390	23,260
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	18,680	22,410
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	40,930	41,160
K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術	18,360	22,030
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	8,700
K809-2	膀胱尿管逆流手術	23,520	25,570
K809-3	腹腔鏡下膀胱内手術	37,440	39,280
K819-2	陰茎形成術	43,930	52,710
K826	陰茎切断術	5,850	7,020
K826-3	陰茎様陰核形成手術	5,850	7,020
K827	陰茎悪性腫瘍手術 陰茎切除	21,750	23,200
K833	精巣悪性腫瘍手術	10,290	12,340
K834	精索静脈瘤手術	2,480	2,970
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590	20,500
K837	精管形成手術	11,310	12,470
K851	会陰形成手術 筋層に及ぶもの	5,760	6,910
K851-3	癒合陰唇形成手術 筋層に及ぶもの	5,760	6,240
K852	腔壁裂創縫合術(分娩時を除く) 前後壁裂創	5,410	6,330
K853	腔閉鎖術 中央腔閉鎖術(子宮全脱)	6,370	7,410

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行	改定
K857	腔壁悪性腫瘍手術	37,070	44,480
K864	子宮位置矯正術 開腹による位置矯正術	7,540	8,140
K864	子宮位置矯正術 癒着剥離矯正術	14,070	16,420
K876	子宮腔上部切断術	9,500	10,390
K876-2	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	14,620	17,540
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	14,290	16,120
K881	腹壁子宮瘻手術	23,240	23,290
K884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	23,240	23,290
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 開腹によるもの	11,580	13,890
K887	卵巣部分切除術(腔式を含む) 開腹によるもの	5,130	6,150
K887-3	卵管口切開術 開腹によるもの	4,350	5,220
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 開腹によるもの	15,720	17,080
K896	会陰(腔壁)裂創縫合術(分娩時) 肛門に及ぶもの	3,860	4,630
K896	会陰(腔壁)裂創縫合術(分娩時) 直腸裂創を伴うもの	8,200	8,920
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	4,900	5,880
K903	子宮破裂手術 その他のもの	14,500	16,130
K905	子宮内反症整復手術(腔式、腹式) 観血的	13,820	15,490
K920	輸血 注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)	48	54
K920	輸血 注8 間接クームス検査加算	34	47
K924	自己生体組織接着剤作成術	1,400	4,340

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	処置名	現行	改定
J001 3	熱傷処置 500cm ² 以上3,000cm ² 未満	225	270
J001 4	熱傷処置 3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	420	504
J001 5	熱傷処置 6,000cm ² 以上	1,250	1,500
J005	脳室穿刺	500	600
J007	腰椎穿刺	220	264
J011 1	骨髄穿刺 胸骨	260	310
J011 2	骨髄穿刺 その他	280	330
J012	腎嚢胞穿刺	240	280
J012	水腎症穿刺	240	280
J017	エタノール局所注入	1,000	1,200
J017-2	リンパ管腫局所注入	1,000	1,020
J019	持続的胸腔ドレナージ(開始日)	550	660
J026-4	ハイフローセラピー	160	192
J030	食道ブジー法	100	120
J031	直腸ブジー法	100	120
J049	食道圧迫止血チューブ挿入法	2,700	3,240
J050	気管内洗浄	240	280
J062	腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)	1,080	1,290
J066	尿道拡張法	180	216

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	処置名	現行	改定
J067	誘導ブジー法	180	216
J071	羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120	144
J075	陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法	340	408
J077-1	子宮出血止血法 分娩時のもの	520	624
J081	分娩時鈍性頸管拡張法	380	456
J082-2 1	薬物放出子宮内システム処置 挿入術	200	240
J085-2	人工羊水注入法	600	720
J113-2	耳垢栓塞除去(複雑なもの) 両側	150	180
J116-5	酵素注射療法	490	2,490
J122-4	四肢ギプス包帯 内反足矯正ギプス包帯(片側)	950	1,140
J122-6	四肢ギプス包帯 体幹より四肢にわたるギプス包帯(片側)	1,700	1,840
J123	体幹ギプス包帯	1,250	1,500
J126	斜頸矯正ギプス包帯	1,500	1,670
J127	先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,000	2,400
J128	脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,000	3,440

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(3) 先進医療会議・医療技術評価分科会の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

平29年6月30日時点で先進医療告示に掲げられている先進医療A:31技術及び総括報告書の報告を終えている先進医療B:2技術について、先進医療会議・中医協において保険導入等を検討し、有効性、効率性等に鑑み、9技術(医科8、歯科1)について保険導入を行うこととなった

【医科の8技術】

① 陽子線治療、② 重粒子線治療

MO01-4 粒子線治療 1 重粒子線治療の場合:187,500点/110,000点

※前立腺がん、頭頸部悪性腫瘍(口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く)

2 陽子線治療の場合:187,500点/110,000点

※前立腺がん、切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍(口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く)

③ EBウイルス感染症迅速診断(リアルタイムPCR法)

D023 EBウイルス核酸定量:310点

④ 前眼部三次元画像解析

D274-2 前眼部三次元画像解析:265点

⑤ 急性リンパ性白血病細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的PCR法による骨髄微小残存病変(MRD)量の測定

D006-13 骨髄微小残存病変量測定 1 遺伝子再構成の同定に用いるもの:3,500点

2 モニタリングに用いるもの:2,100点

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

⑥内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

K463-2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術 切除:27,550点
全摘及び亜全摘:37,160点

⑦腹腔鏡下広汎子宮全摘術

K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術:70,200点

⑧内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下胃切除術

K655-2 腹腔鏡下胃切除術 1 単純切除術 :45,470点
2 悪性腫瘍手術:64,120点

K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術 1 単純切除術 :54,010点
2 悪性腫瘍手術:75,730点

K657-2 腹腔鏡下胃全摘術 1 単純切除術 :64,740点
2 悪性腫瘍手術:83,090点

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(4) 廃止を行う技術

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、廃止を行う技術や、すでに製造販売が中止されてから一定期間が経過した医療機器を用いる技術

【検査】

区分番号	検査名
D006	トロンボテスト
D006-3	mRNA定量
D007	ムコ蛋白
D007	膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)
D009	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)

[経過措置] 点p644

平成32年3月31日までの間に限り算定できる

【手術】

区分番号	手術名
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術
K043-3	骨髄炎手術 (骨結核手術を含む)
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術
K052-3	多発性骨腫摘出術
K084	四肢切断術 1 肩甲帯
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術

3. 情報通信機器を活用した診療

- (1) オンライン診療料・オンライン医学管理料・オンライン在宅管理料の新設
- (2) 電話等再診の見直し (3) ICTを利用した死亡診断における連携
- (4) 遠隔モニタリング加算の新設 等

- ◇ 遠隔診療はあくまでも対面診療の補完であり、最終的に、医療の責任をとるのは我々医師であり、遠隔診療は医師の対面診療に取って代わるものではない。
- ◇ 中医協では「遠隔診療の診療報酬上の評価のためには、対面診療に比べて患者に対する医療サービスの質が上がるという科学的なデータが必要」というスタンスで対応してきた経緯がある。
- ◇ 一方、日本再興戦略や未来投資会議などから、ICTを活用した診療支援や遠隔診療を保険導入させるべきと大きな圧力があつた。
- ◇ 中医協で審議した結果、
 - 1) 情報通信機器の条件、対象疾病、どのような状況に使用し得るか等のガイドラインを設けた上で
 - 2) 7項目におよぶ基本的な考え方をまとめ、
 - 3) 不適切な受診防止のための算定回数制限などを設け、
 - 4) 対面診療との報酬上の差を付けた上で、限定的に保険適用とすることを了承した。
- ◇ ガイドラインの作成には日本医師会として深く関わっており、問題のあるまま完成とはしない。

『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）

（遠隔診療や小型無人機等の「近未来技術実証」の推進）

② 遠隔診療の取扱いの明確化

・患者の遠隔診療のニーズに対応するため、遠隔診療に関する現行の通知に記載された、離島・へき地の患者や特定（9種類）の遠隔診療以外の場合、また、初診であっても直接の対面診療を行うことが困難である場合についても、医師の判断により遠隔診療が可能であることを明確化するため、速やかに通知を発出する。

厚生労働省事務連絡発出（平成27年8月10日）

平成9年遠隔診療通知における、直接の対面診療を行うことが困難である場合として離島・へき地の患者を挙げているがこれらは例示であること、遠隔診療の対象として挙げている特定（9種類）の診療も例示であること、直接の対面診療を行った上で遠隔診療を行わなければならないものではないこと、を明確化。

今後の課題

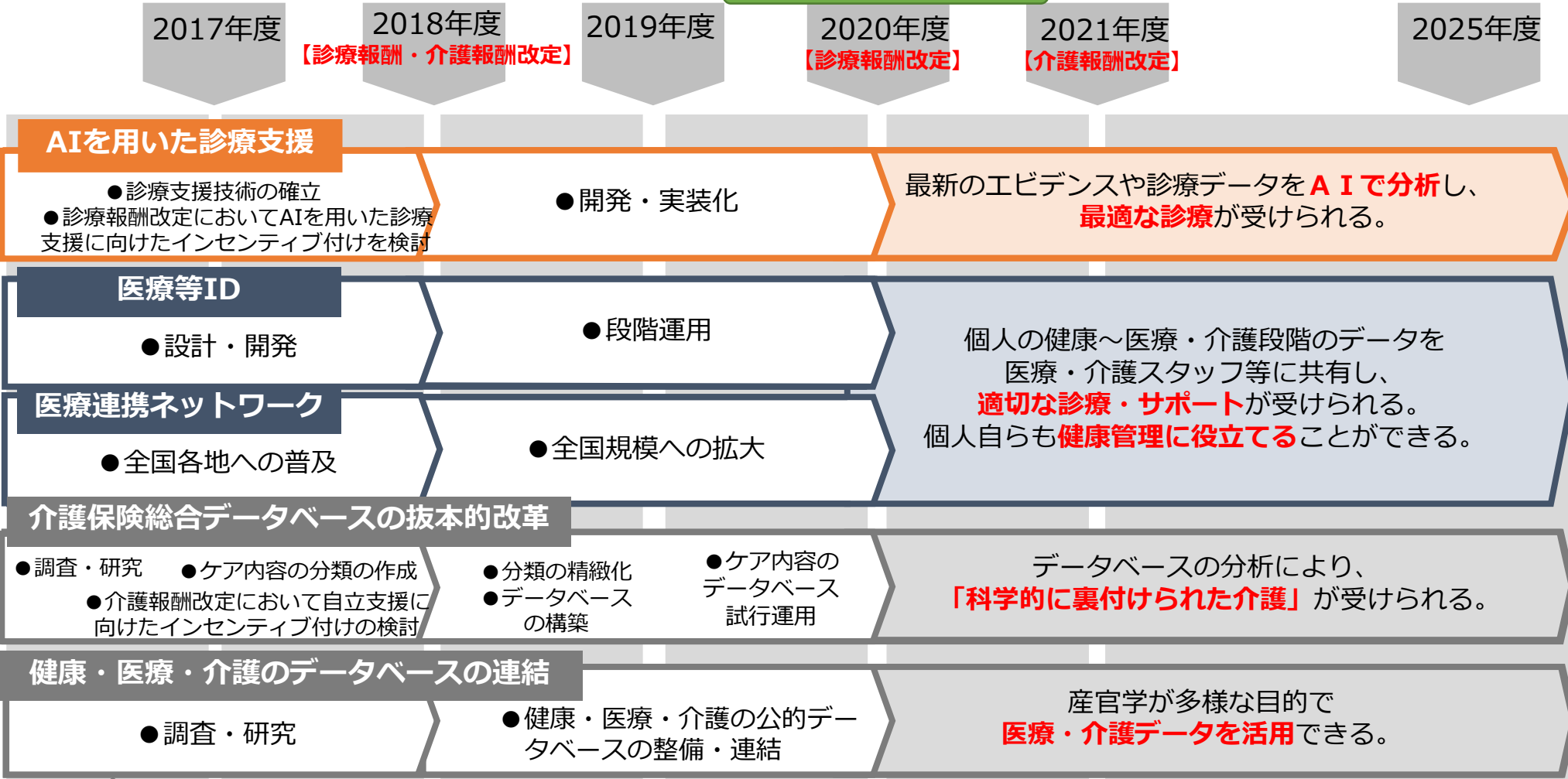
- ・平成27年8月10日の事務連絡で遠隔診療の取り扱いを明確化したものの、『対面診療が原則であり、遠隔診療はあくまで補完的な役割であることから、診療報酬上の評価のためには、対面診療に比べて患者に対するサービスの質が上がるという科学的データが必要』との理由から、遠隔診療で「初診」を行った場合、「初診料」の適用対象となっていない。
- ・遠隔診療で「初診」を行った場合であっても、「初診料」を適用できるケース※について、2年に1度の診療報酬の改定時期まで待たずに期中改定も含め検討し、速やかに適用すべき。

※かかりつけ医が登録済患者の診療をする場合や他の医師からの紹介を受けた患者を診療する場合など、当該患者背景や診療録等による十分な患者情報を共有可能な場合

- AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療、見守り、ロボット等の技術革新を、医療・介護の枠組み（診療報酬・介護報酬）の中に、**現場や国民がメリットを実感できる形で、十分なエビデンスの下に組み込み**

医療介護ICT本格稼働

※本格稼働後も技術革新に合わせ機能を拡充



データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

- 審査支払機関を『業務集団』から『頭脳集団』に改革
- 基盤となる**データプラットフォーム**の構築

- 審査支払機関も保険者もそれぞれが質の高い医療を実現

これまでの取組

【遠隔診療の診療報酬上の取扱い】

〔医師対医師のケース〕

• 遠隔画像診断

※CT等により撮影された画像を他医療機関の専門の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価

• 遠隔病理診断

※患者から採取した標本画像等を他医療機関の専従の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価

〔医師対患者のケース〕

• 電話等（テレビ画像等も含む）による再診

• 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

※在宅患者のペースメーカーから送信されたデータを医師が確認し、指導・管理を行うことが可能。
この場合の指導・管理行為も診療報酬により評価。



在宅患者のペースメーカーから稼働状況を送信。

医師は医療機関において稼働状況を確認。状況に応じて必要な指導を行う。

【人工知能（A I）の研究開発の取組】

平成28年度より、臨床研究等ICT基盤構築研究事業及び医療のデジタル革命実現プロジェクトにおいて、X線や病理診断へのA Iの応用や、A Iを活用した診療支援システムの開発に関連した研究事業を開始している。

目指すべき在り方

- A Iを用いた最新のエビデンスや診療データの解析により、患者が最適な診療を受けられるシステムを構築。
- AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療等の技術革新を、診療報酬の中に、現場や国民がメリットを実感できる形で、十分なエビデンスの元に組み込み。



今後の検討の進め方

【遠隔診療】

- 今後も関係審議会での議論を踏まえ、エビデンスを収集した上で平成30年度診療報酬改定での対応を検討していく。

【A I】

- A Iを用いた診療支援技術を確立し、平成32年度までの実装を目指す。
- 平成30年度診療報酬改定において、十分なエビデンスの元に、AIを用いた診療支援に向けたインセンティブ付けの検討を行う。

- 前回(平成29年11月1日)の議論を踏まえ、情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方を以下のように整理してはどうか。

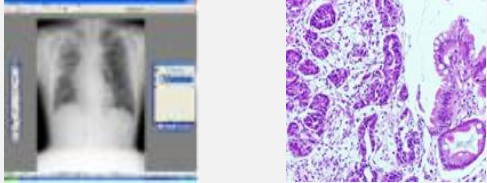
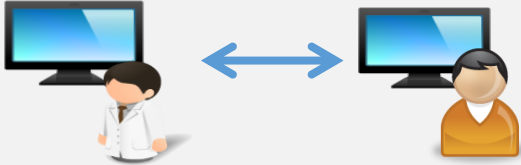



<基本的な考え方>

- 1) 特定された疾患・患者であること
- 2) 一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと (※)
- 3) 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 4) 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 5) 事前に治療計画を作成していること (※)
- 6) 医師と患者の両者の合意があること
- 7) 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

(※)初診の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<p>[遠隔画像診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 <p>[遠隔病理診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) (新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<p>[オンライン診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> (新)オンライン診療料 (新)オンライン医学管理料 (新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 <p>対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <p>※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p>
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<p>[遠隔モニタリング]</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 (新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) (新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行ない、療養上必要な指導管理を行った場合

3. 情報通信機器を活用した診療

(1) オンライン診療料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料:70点(1月につき)

点p6, 留p23, 施告p646, 施通p702

[算定要件]

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること
- 1月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

3. 情報通信機器を活用した診療

(2) オンライン医学管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

(新) オンライン医学管理料: 100点(1月につき)

点p150, 留p179, 施告p791, 施通p842

[算定要件]

- オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

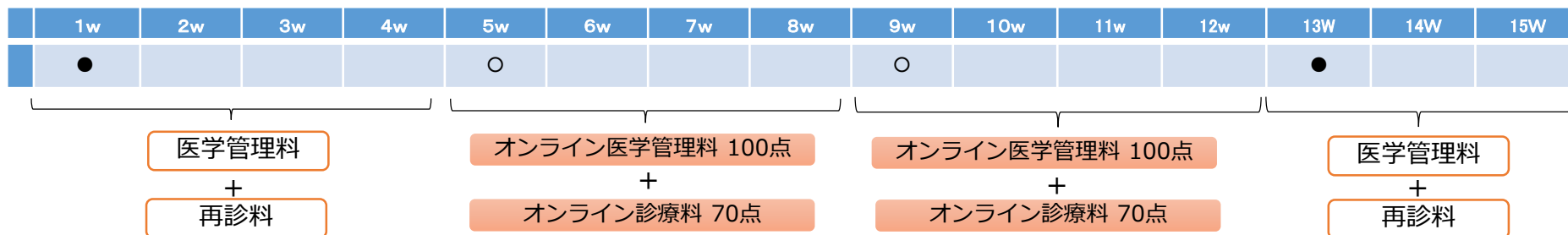
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料

<算定例> ● : 対面診療 ○ : オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

3. 情報通信機器を活用した診療

(3) オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料: 100点(1月につき)

点p243, 留p276, 施告p799, 施通p863

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

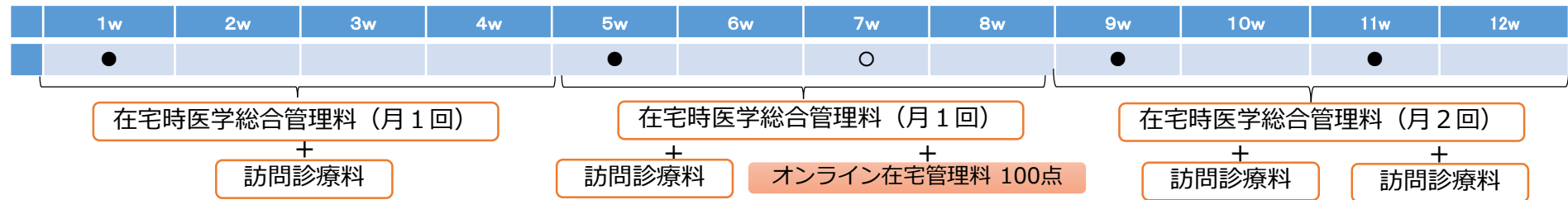
[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

●: 訪問診療 ○: オンライン診療



(新) 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料: 100点(1月につき)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

点p461, 留p491, 施告p809, 施通p899

3. 情報通信機器を活用した診療

(4) 電話等再診の見直し

- 電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

【再診料】

留p17

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない

(5) ICTを利用した死亡診断における連携

- ICTを利用した死亡診断等について、在宅患者訪問診療料の死亡診断加算の算定要件に明記する。

在宅患者訪問診療料 死亡診断加算:200点

点p240, 留p269,

[算定要件]

死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診または訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たしていること。

ア 定期的・計画的な訪問診療を行っていること

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること

ウ 離島地域等に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算または連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること

3. 情報通信機器を活用した診療

(6) 遠隔モニタリング加算の新設

➤ 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器等を併用した指導管理を評価する観点から、遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算:150点(1月につき)

(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算:150点(1月につき)

[算定要件]

- (1) 前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用した遠隔モニタリングを活用し、療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、**2月を限度として**所定点数に加算。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。
- (3) 対面診療の間に、適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) **少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載**しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- (5) 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意

在宅酸素療法

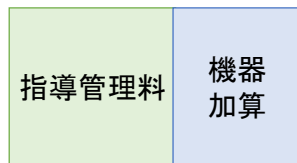


持続陽圧呼吸療法

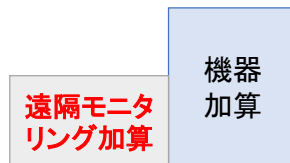


出典：日本呼吸器学会HP

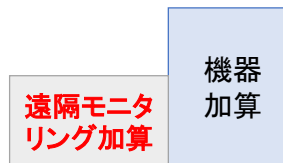
対面受診



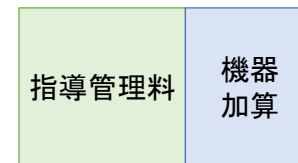
遠隔モニタリングによる指導管理



遠隔モニタリングによる指導管理



対面受診



※請求は対面受診月

※請求は対面受診月

1ヵ月目

2ヵ月目

3ヵ月目

4ヵ月目

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 複数医療機関が行う訪問診療の評価
- (2) 在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価
- (3) 患者の状態に応じたきめ細かな評価を実施
- (4) 訪問看護ステーションと関係機関との連携 等

- ◇ 地域包括ケアシステムの確立において、在宅医療の推進は極めて重要である。
- ◇ 2025年には75歳以上人口比率が18%に達すると推計されており、看取りや在宅医療を含めた療養の多様なニーズは一層高まる。
- ◇ 在宅医療の質、量、効率性を確保しつつ、多様な患者のニーズに応えることができるような新たなサービス提供のあり方や地域の状況、個々の患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等を踏まえた評価のあり方を検討した。
- ◇ 今回、在宅医療におけるニーズの増加や、看取りを含めた課題の多様化を踏まえ、各々の地域において限られた医療資源も考慮した在宅医療を確保・推進するため、在支診以外を含めたかかりつけ医による在宅医療提供体制、かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療、訪問看護ステーションと関係機関の連携等を評価した。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（**裾野の拡大**）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(1) 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価(再掲)

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料

(新) 継続診療加算: 216点(1月に1回)

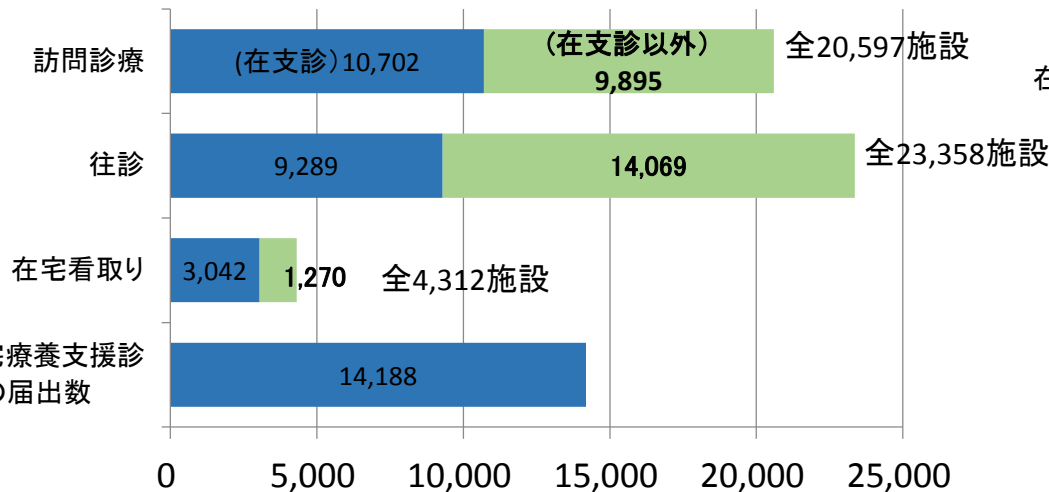
点p243, 245留p274,

[算定要件]

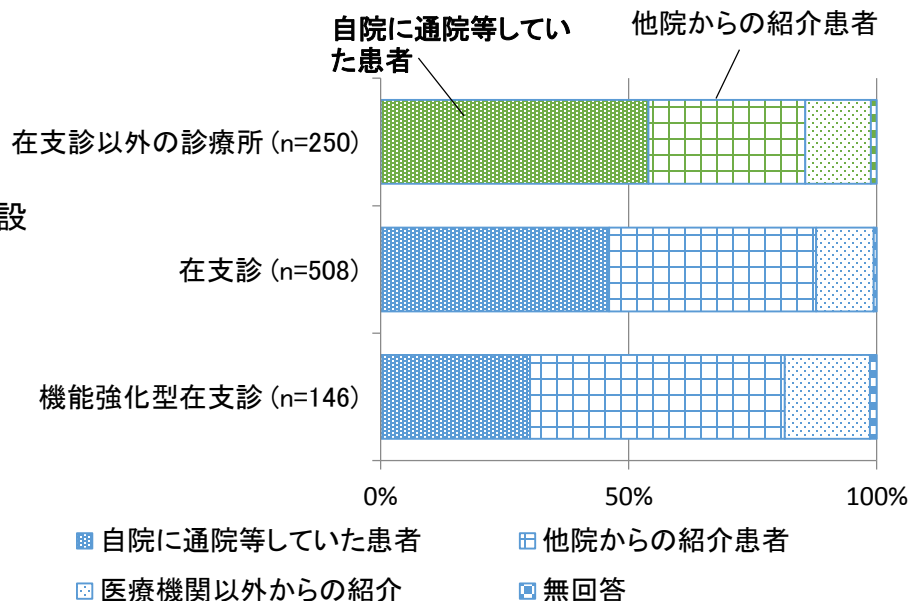
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]

■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(2) 複数の医療機関が行う訪問診療の評価

点p239, 留p267,

- 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

同一建物居住者以外 : 830点

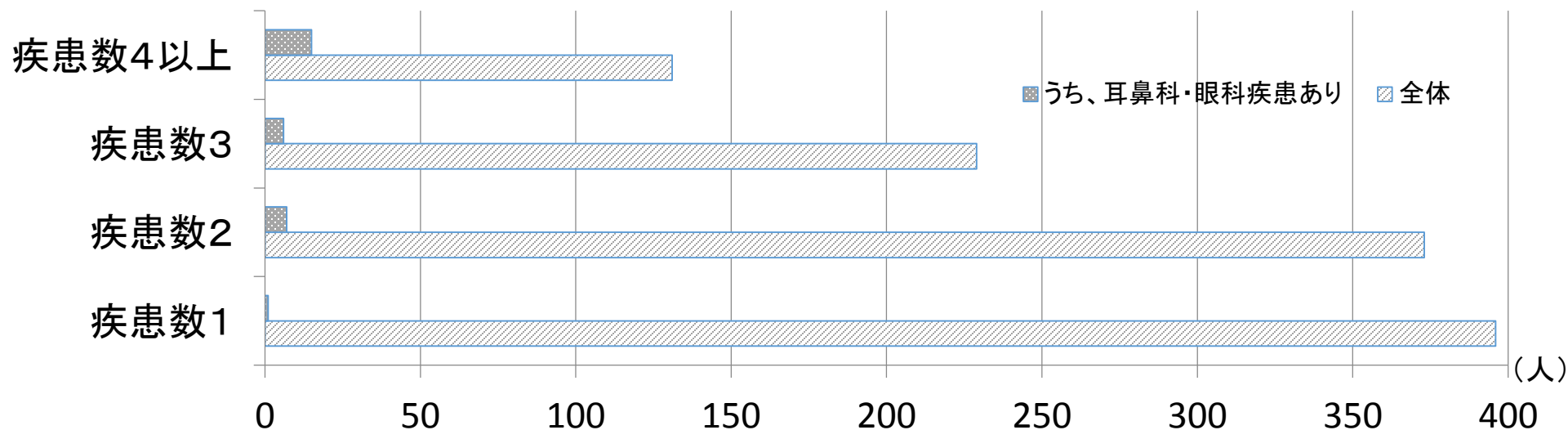
同一建物居住者 : 178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

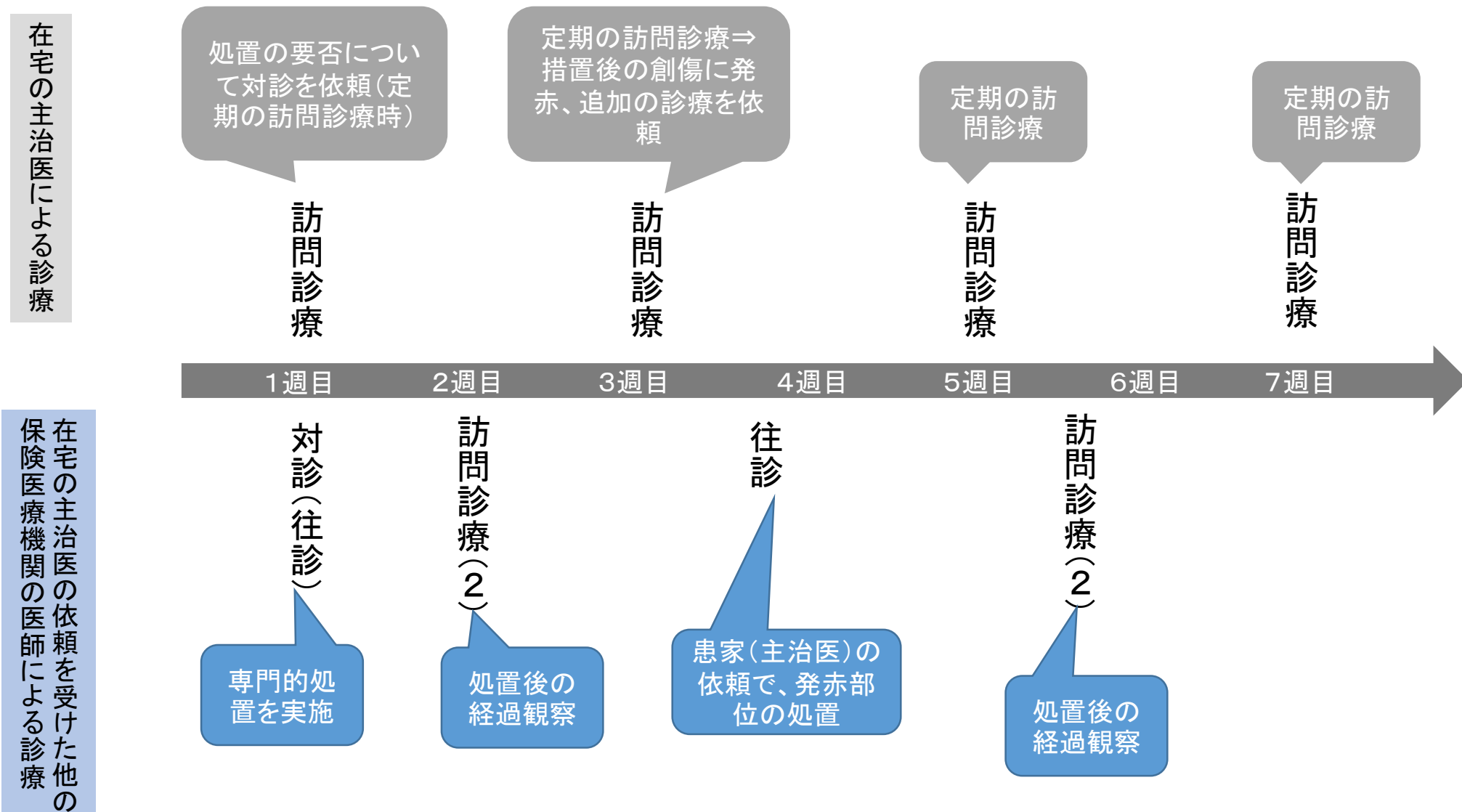
訪問診療を行っている患者の疾患数



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

複数の医療機関による訪問診療の例

○ 専門的処置を要するため、在宅の主治医から、他の診療科の医師に診療を依頼した場合



注) 説明用のイメージとして作成したものであり、実際には様々なパターンが想定されこれに限定されるものではない

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 併設する介護施設等への訪問診療の整理

点p240, 留p270,

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合: 144点(1日につき)

(4) 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

点p243, 245, 留p274,

- 在宅時医学総合管理料(在医総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 包括的支援加算: 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(4) 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価②

点p241, 245, 留p270-277
 施告p798-799, 820-821, 施通p863

- 在宅時医学総合管理料(在医総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在医総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在医総管・施設総管を充実する。

＜在医総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	4,600点	2,500点	1,300点
	病床なし	4,200点	2,300点	1,200点
在支診・在支病		3,800点	2,100点	1,100点
その他の医療機関		2,850点	1,575点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>4,500点</u>	<u>2,400点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>4,100点</u>	<u>2,200点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>3,700点</u>	<u>2,000点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>2,750点</u>	<u>1,475点</u>	<u>750点</u>

＜施設総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	3,300点	1,800点	1,300点
	病床なし	3,000点	1,650点	1,200点
在支診・在支病		2,700点	1,500点	1,100点
その他の医療機関		2,050点	1,125点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>3,200点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>2,900点</u>	<u>1,550点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>2,600点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>1,950点</u>	<u>1,025点</u>	<u>750点</u>

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

点p241, 245, 留p270-277
 施告p798-799, 820-821, 施通p863

(4) 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価③

- 在宅時医学総合管理料(在医総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在医総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在医総管・施設総管を充実する。

＜在医総管 月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,280点	1,260点	660点
その他の医療機関		1,710点	945点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		<u>2,300点</u>	<u>1,280点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,760点</u>	<u>995点</u>	<u>560点</u>

＜施設総管 月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		1,620点	900点	660点
その他の医療機関		1,230点	675点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		<u>1,640点</u>	<u>920点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,280点</u>	<u>725点</u>	<u>560点</u>

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(5) 適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診評価

点p238-239, 留p263-266

- 患者等が保険医療機関等に直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限り、往診料の算定が可能である旨を明確化する。

現行

【往診料】

[算定要件]

往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。



改定後

【往診料】

[算定要件]

往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

- 緊急往診加算の対象患者について、対象患者に医学的に終末期であると考えられる患者を追加する。また、夜間・休日加算及び深夜加算について、夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする要件を追加する。

現行

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。



改定後

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。)に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

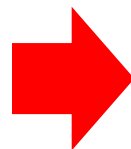
夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(6) 訪問指導料における居住場所に応じた評価

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	
同一建物居住者以外の場合	650点
同一建物居住者の場合※1	300点



改定 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】		
点p251-252, 留p292-294		
単一建物診療患者の人数※2		
1人	2~9人	10人~
650点	320点	290点

現行 【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
同一建物居住者以外の場合	530点
同一建物居住者の場合※1	450点



改定 【在宅患者訪問栄養食事指導料】		
点p252, 留p294-295 施告801,818-819		
単一建物診療患者の人数※2		
1人	2~9人	10人~
530点	480点	440点

※1 同一建物居住者の場合; 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

※2 単一建物診療患者の人数: 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宅患者薬剤管理指導料を算定する者ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者訪問栄養食事指導料)を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合または当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者訪問栄養食事指導料)を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

- ▶ 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応

- ▶ 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携

- ▶ 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要

地域支援機能を有する
訪問看護ステーションの評価

24時間対応体制の見直し

小児への対応

複数の実施主体による
訪問看護の連携強化

精神障害を有する者への支援

訪問看護指示に係る医師
との連携

理学療法士等の訪問看護の適正化

複数名による訪問看護の見直し

過疎地域等の訪問看護の見直し

学校への情報提供の評価

自治体への情報提供の見直し

入院・入所時の連携の強化

退院時の医療機関等との
連携の推進

介護職員等との連携の推進

ターミナルケアの評価の見直し



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(7) 退院時の医療機関等との連携の推進

告p1002-1003, 通p1012

- 退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために、退院時共同指導の評価を充実する。
- 連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

現行	
退院時共同指導加算	6,000円
[算定要件]	
訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。	



改定後	
退院時共同指導加算	8,000円
[算定要件]	
(削除)	
※ 退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算(訪問看護管理療養費)及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護管理療養費)の算定要件についても同様。	

(8) 入院又は入所時の連携の強化

- 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

点p174-175, 留p232-233

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)): 50点

[算定要件]

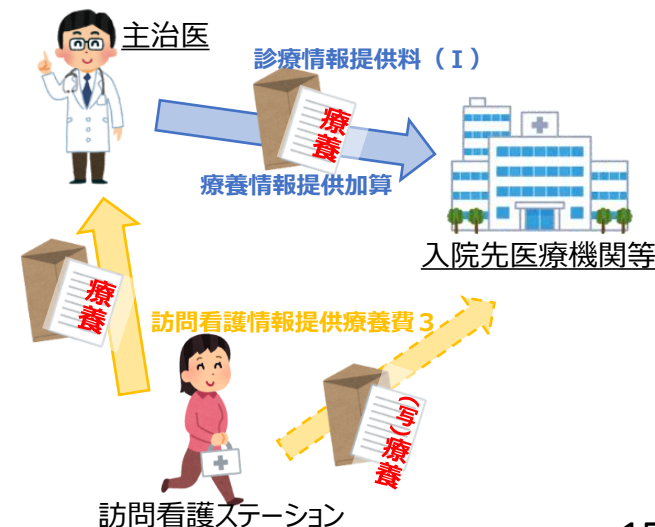
保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する場合、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

(新) 訪問看護情報提供療養費3: 1,500円

告p1002-1003, 通p1015

[算定要件]

保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(9) 自治体への情報提供の見直し

告p1002-1003, 通p1015

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供が効果的に実施されるよう、利用者の状態等に基づき、算定要件や対象の見直しを行う。

現行

【訪問看護情報提供療養費】

[算定要件]

- 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定



改定後

【訪問看護情報提供療養費¹】

[算定要件]

- 市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等

(10) 学校への情報提供に係る評価

告p1002-1003, 通p1015

- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

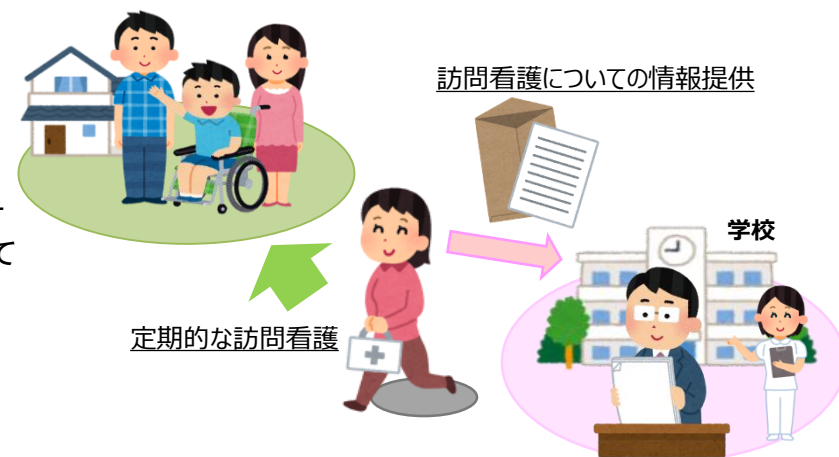
(新) 訪問看護情報提供療養費2: 1,500円

[算定要件]

小学校又は中学校等に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定。

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児
- (3) 15歳未満の超重症児又は準超重症児



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(11) 喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

➤ 訪問看護ステーションが利用者に対して喀痰吸引等の業務を行う介護職員等と連携した場合の評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

(新) 看護・介護職員連携強化加算: 2,500円

告p1002, 通p1014-1015

(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／精神科訪問看護・指導料)

(新) 看護・介護職員連携強化加算: 250点

点p249, 288, 460, 留p288-289,460, 484-485

[算定要件]

訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの介護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、支援した場合に算定。

① 患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

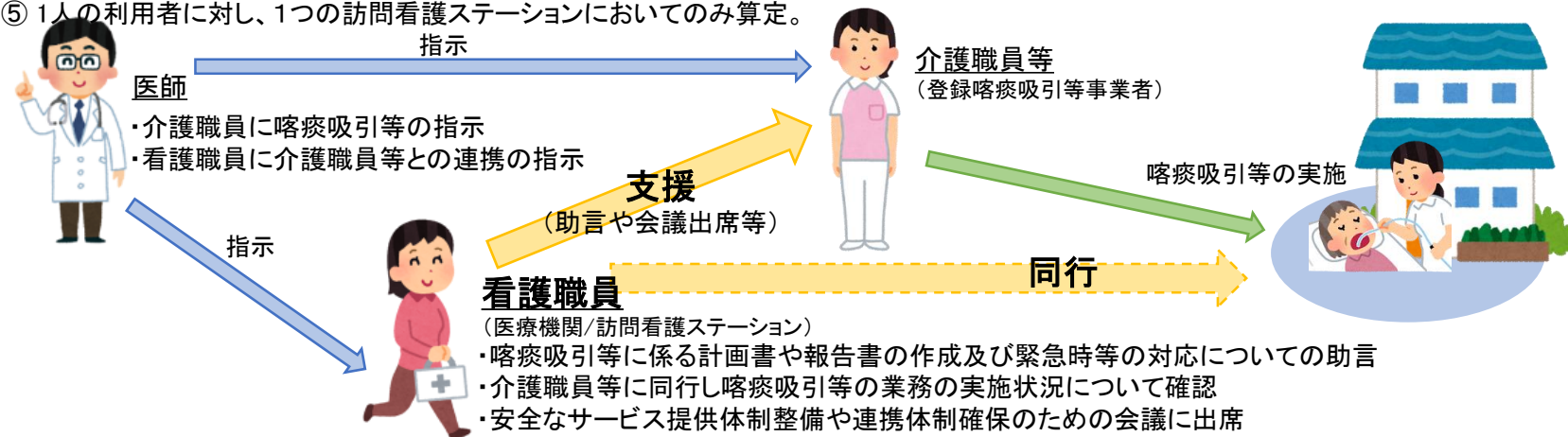
② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。

※ 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻又は腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養

④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤ 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(12) 地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

告p1002, 1019-1020
通p1010-1011, 1023-1027

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費3:8,400点(月の初日の訪問の場合)



[施設基準]

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

- エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績
- オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績
- カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施
- キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績
- ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



(13) 福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

告p1002, 通p1010-1011, 1025-1026

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

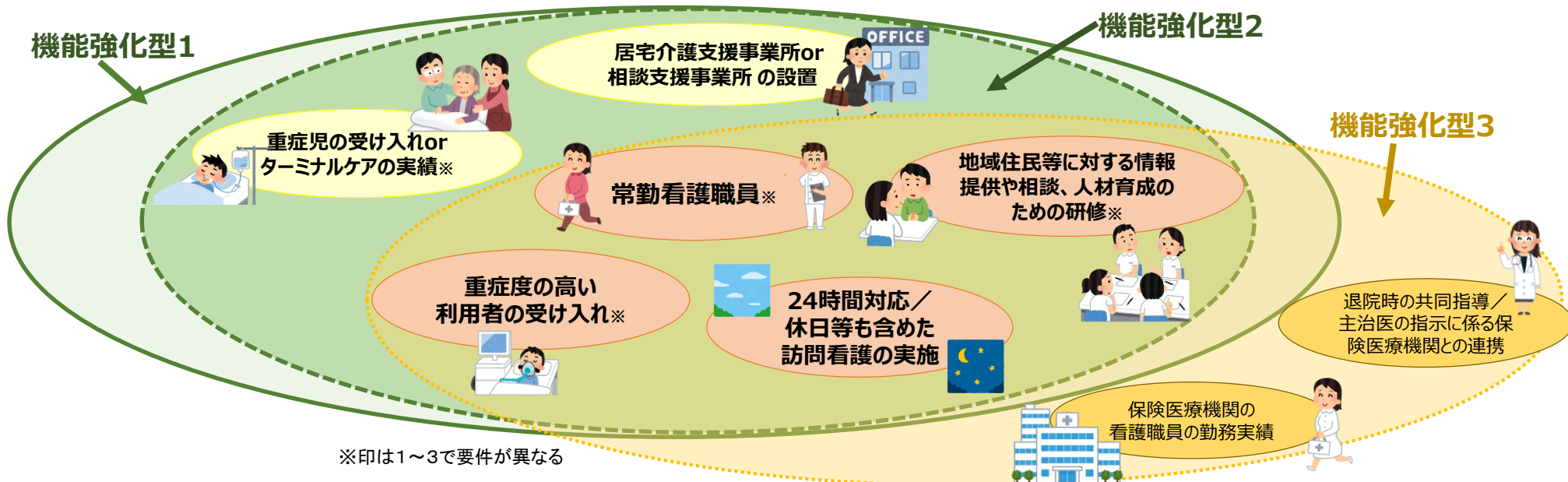
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(14) 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し



要件		機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
①	常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
②	24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施			
③	重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or複数の訪看STが共同している利用者が10人以上/月
④	ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^{注)} (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人	
⑤	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)			
⑥	情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施(望ましい)		医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績
⑦				⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
⑧				医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(15) 複数の実施主体による訪問看護の連携強化

通p1010

- 複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、目標の設定や評価の共有等の連携のあり方について明確化する。

現行

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。



改定後

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において訪問看護を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーションと保険医療機関との間において十分に連携を図ること。具体的には、訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。

- 在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算について、連携している複数の訪問看護ステーションそれぞれで算定可能とする。

点p248, 250, 留p285, 286

- 訪問看護ステーションと医療機関のターミナルケアの評価について、1つの医療機関又は1つの訪問看護ステーションのみの算定とする。

告1003, 通1015-1016

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

[算定要件]

1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。



改定後

【訪問看護ターミナルケア療養費】

[算定要件]

同一の利用者に、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合又は保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合においては、算定できない。

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(16) 24時間対応体制の評価の見直し

告p1002, 通p1011

- 利用者が安心して療養生活を送れるよう、24時間対応体制の内容を明確化し、評価の充実を行う。また、電話等の連絡のみを行う24時間連絡体制加算を廃止し、24時間対応体制の整備を推進する。

現行	
24時間連絡体制加算	2,500円
24時間対応体制加算	5,400円



改定後	
(廃止)	
24時間連絡体制加算	
24時間対応体制加算	6,400円
[算定要件]	
24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問に加えて、 <u>営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族等への指導等による日々の状況の適切な管理</u> といった対応やその体制整備を評価するものである。	



(17) 理学療法士等の訪問看護の適正化

通p1010

- 利用者の全体像を踏まえた効果的な訪問看護の提供を推進するために、理学療法士等(※)によって提供される訪問看護について、看護職員と理学療法士等の連携が求められることを明確化する。

訪問看護管理療養費

[算定要件]



- ・ 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- ・ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(18) 複数名による訪問看護の見直し

告p1000, 1020, 通p1006

- 複数名訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。
- 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1回	①②③④	4,300円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1回	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3回	④⑤	3,000円	
	-	①②③		

改定後				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1日	①②③④	4,500円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1日	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3日	④⑤⑥	3,000円	
	-	①②③		1日に1回 3,000円 1日に2回 6,000円 1日に3回以上 10,000円

【算定対象】

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ その他利用者の状況等から判断して、①から④のいずれかに準ずると認められる者

【算定対象】

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ **利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者**
- ⑥ その他利用者の状況等から判断して、①から⑤のいずれかに準ずると認められる者

- 複数名精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行			
訪問者	算定回数		
イ 保健師 + 看護師	-	保健師、看護師、作業療法士	4,300円
ロ 保健師 + 看護師	-	准看護師	3,800円
ハ 保健師 + 看護師	週1回	看護補助者	3,000円

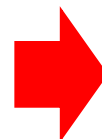
改定後			
訪問者	算定回数		
イ 保健師 + 看護師	-	保健師、看護師、作業療法士	1日に1回の場合 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円
ロ 保健師 + 看護師	-	准看護師	1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円
ハ 保健師 + 看護師	週1日	看護補助者	3,000円

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(19) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の廃止

- 個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉サービスを行う施設に入所中の利用者への精神科訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を廃止する。

現行	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点



改定後
(廃止)
(廃止)
※ 障害福祉サービスを行う施設等に入所している精神障害を有する利用者については、同一建物居住者へ個別に精神科訪問看護を実施した場合に算定する精神科訪問看護基本療養費Ⅲ(精神科訪問看護・指導料Ⅲ)が引き続き算定可能

(20) 精神障害を有する者への重点的支援

告p1001-1002, 1020, 通p1013, 様式1029

- 在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理加算の名称を変更し評価を充実するとともに、精神科複数回訪問加算の算定対象を見直す。

現行	
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	6,400円



改定後	
精神科重症患者支援管理連携加算	
イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者	8,400円
ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者	5,800円

現行	
【精神科複数回訪問加算】	
[算定対象]	
精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者	



改定後	
【精神科複数回訪問加算】	※精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様
[算定対象]	
精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く。)又は2を算定する利用者	

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(21) 長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応

告p1000, 1020, 通p1006

➤ 在宅で療養しながら生活する小児への支援を充実するために、医療的ケアが必要な児における長時間訪問看護加算の算定回数を週1日から週3日まで拡大する。*在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行

長時間訪問看護加算(週1日まで)

[算定対象]

- (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
- (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

長時間訪問看護加算(週3日まで)

[算定対象]

上記の(1)

改定後

長時間訪問看護加算(週1日まで)

[算定対象]

- (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
- (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

長時間訪問看護加算(週3日まで)

[算定対象]

上記の(1)及び(2) (15歳未満の小児)



【特掲診療料の施設基準 別表8】

- 1 在宅悪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
在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 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



(22) 乳幼児への訪問看護の評価

➤ 乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価を充実する。

現行

【訪問看護基本療養費】

乳幼児加算・幼児加算

500円

[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]

乳幼児加算・幼児加算

50点

改定後

【訪問看護基本療養費】

告p1000, 通p1006

乳幼児加算

1,500円

【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】

乳幼児加算

150点

点p247, 248-249



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(23) 過疎地域等の訪問看護の充実

- 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、特別地域訪問看護加算の算定要件を見直し、過疎地域等に利用者の居宅が所在する場合で訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても算定を可能とする。

現行

特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50

過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、指定訪問看護を行った場合に算定

改定後 告p1000, 1001, 1021, 通p1005-1006

特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50

イ 過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
ロ 過疎地域等外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が当該地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合



- 過疎地域等における医療機関の訪問看護についての評価を新設する。

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・精神科訪問看護・指導料

(新) 特別地域訪問看護加算 所定点数の100の50

[算定要件] 訪問看護療養費の当該加算と同様

点p249, 460, 通p289, 485

- 過疎地域等においては、複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合にも算定を可能とする。
- 24時間対応体制加算

[算定要件]

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって当該加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションが算定できる。24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。

特別地域訪問看護加算で定める地域

- ・ 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項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（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- ・ 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- ・ 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- ・ 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- ・ 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(24) 連携する診療所の医師による緊急訪問の指示の見直し

- 訪問看護ステーションが緊急訪問看護加算を算定する際の医師による緊急訪問の指示について、在宅療養支援診療所以外の診療所が、24時間の往診体制及び連絡体制を他の保険医療機関と連携して構築している場合、主治医が対応していない夜間等において連携する医療機関の医師による緊急訪問の指示を可能とする。

告p1000, 1001, 通p1006, 1008

現行

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。



改定後

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。

主治医の属する診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者が診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注9に規定する継続診療加算を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

(25) 同一の医療機関・診療科に属する複数の医師による訪問看護の指示

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合については、当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能であることを明確化する。

通p1010

(訪問看護基本療養費及び精神科緊急訪問看護基本療養費)

[算定要件] 以下の指示に基づき行われた指定訪問看護は訪問看護療養費を算定できる。

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が主治医として利用者の診療を共同で担っている場合について、当該同一診療科の複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づいて行われた指定訪問看護
- 複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合について、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護

5. 医療と介護の同時改定

- (1) 介護医療院の創設への対応
- (2) 国民の希望に応じた看取りの推進
- (3) 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアの評価
- (4) 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化
- (5) リハビリテーションにおける医療介護連携の推進
- (6) 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援 等

- ◇ 今回は6年に一度の同時改定であり、団塊の世代がすべて75歳以上の高齢者になる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定になるなど、重要な位置づけになっている。
- ◇ 平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床の経過措置が6年間延期され、同時に要介護者に長期療養のための医療と、日常生活上の支援を一体的に提供する介護医療院が創設され、平成30年4月から順次転換をしていけるようになった。
- ◇ これに合わせ、介護医療院の診療報酬上の取扱いがその機能に応じて整理された。
- ◇ また、退院時に医師と介護職との連携を促進するなど、地域包括ケアシステム構築に向けてきめ細やかな配慮がなされた。

5. 医療と介護の同時改定

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

5. 医療と介護の同時改定

(1) 介護医療院の創設への対応

- 介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。
1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
 2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「退院先」として扱う。
 3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
 4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。
[対応する報酬] 診療情報提供料(Ⅰ)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
 5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。



5. 医療と介護の同時改定

(2) 国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

点p240, 250, 留p268-269、286-287
 施告p798

現行

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,000点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円



改定後

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	
(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)	
機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,500点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】※	告p1003, 通p1015-1016
訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円
(新) 訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

[算定要件]

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等への対応を共通の要件とする。



介護報酬改定における対応

(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

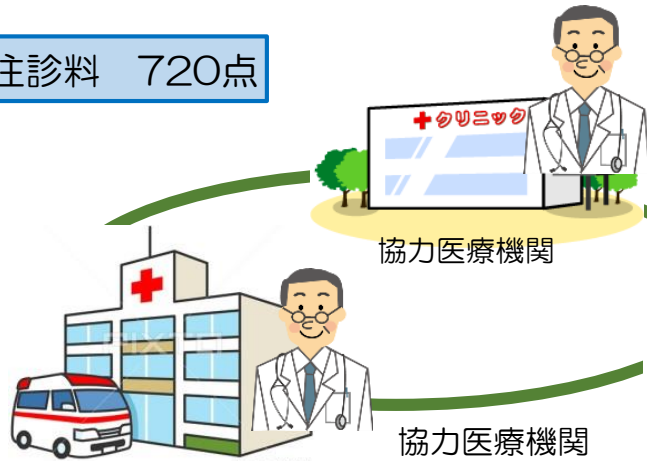
- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

5. 医療と介護の同時改定

(3) 特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し

(現行)

往診料 720点



協力医療機関の医師等による往診



【末期の悪性腫瘍の患者】
 ○ 看取り介護加算を算定していない場合
 ・ 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円

【末期の悪性腫瘍の患者等】
 ○ 看取り介護加算を算定している場合
 在宅患者訪問診療料のみ算定可
 ○ 看取り介護加算を算定していない場合
 在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定可

看取り実施

看取り介護加算
 死亡日30日前～4日前
 144単位/日
 死亡日前々日、前日
 680単位/日
 死亡日 1280単位/日

看取り実施

(改定後)

配置医師や協力医療機関による 緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
 ・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
 ○ 看取り介護加算を算定していない
 ・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
 ○ 看取り介護加算を算定している
 (新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

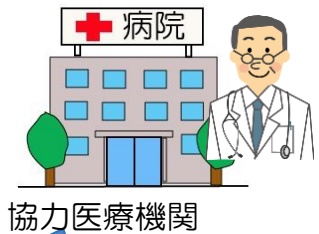
配置医師や協力医療機関による 緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
 ・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
 ○ 看取り介護加算を算定していない
 ・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
 ○ 看取り介護加算を算定している
 (新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点

往診料 720点



協力医療機関



訪看ST



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)

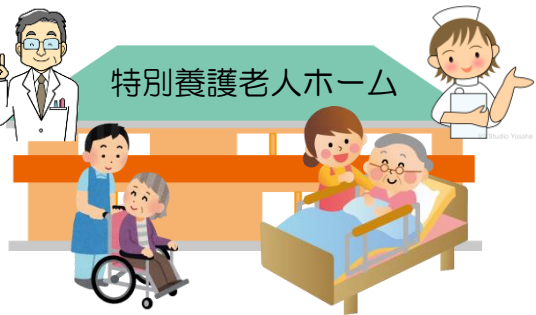


訪看ST

施設看護師や訪看STによる24時間対応できる体制(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り実施

看取り実施



特別養護老人ホーム

看取り実施

看取り実施



特別養護老人ホーム

連携

看取り介護加算(Ⅰ)
 死亡日30日前～4日前 144単位/日
 死亡日前々日、前日 680単位/日
 死亡日 1280単位/日

診療報酬で対応
 介護報酬で対応

配置医師緊急時対応加算
 早朝・夜間の場合 650単位/回
 深夜の場合 1300単位/回

看取り介護加算(Ⅱ)
 死亡日30日前～4日前 144単位/日
 死亡日前々日、前日 780単位/日
 死亡日 1580単位/日

5. 医療と介護の同時改定

(4) 訪問診療の主治医とケアマネージャとの連携強化

診療報酬改定における対応

- 末期がんの患者について主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進(在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加)

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応(通知抜粋)

留p275, 279

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件(抜粋)

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、提示情報提供すること。

介護報酬改定における対応(居宅介護支援)

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

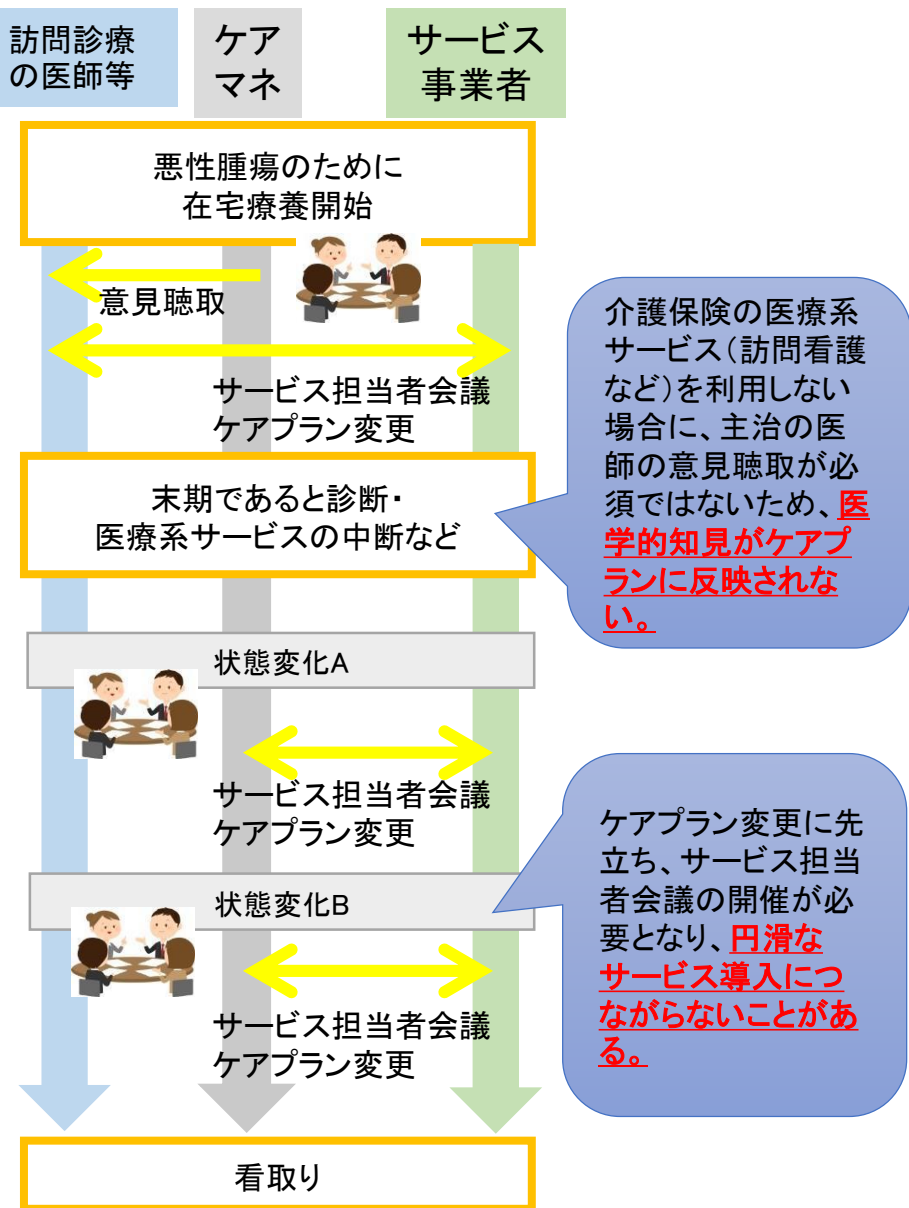
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

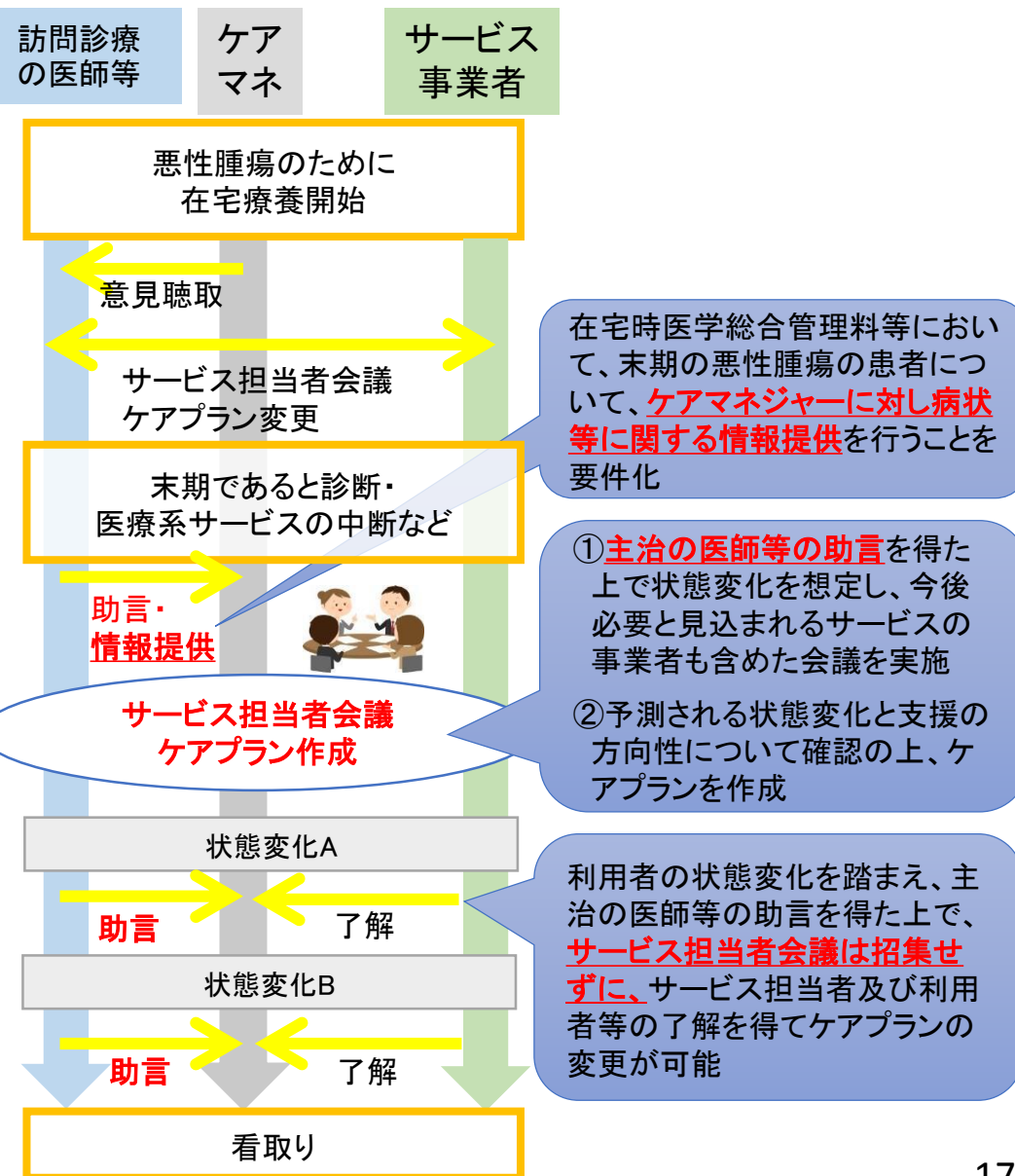
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化（イメージ）

現行



改定後（以下の取扱いも可能となる。）



5. 医療と介護の同時改定

(5) 喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進(再掲)

➤ 訪問看護ステーションが喀痰吸引等の業務を行う介護職員等の支援を行った場合の連携に関する評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

(新) 看護・介護職員連携強化加算: 2,500円

告p1002, 通p1014-1015

(在宅患者訪問看護・指導料／同一建物訪問看護・指導料／精神科訪問看護・指導料)

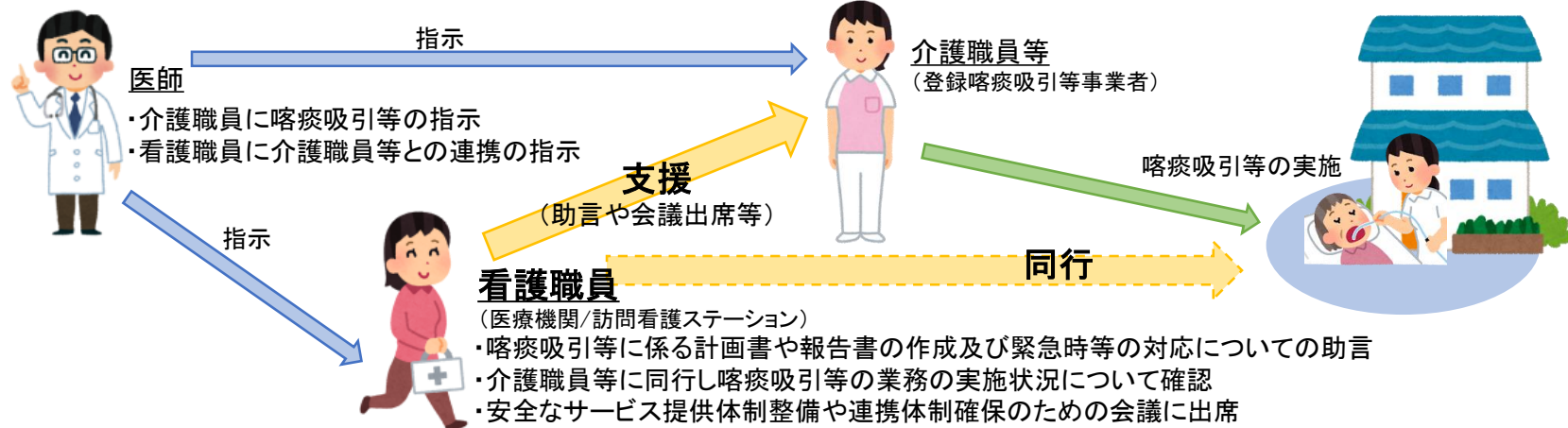
(新) 看護・介護職員連携強化加算: 250点

点p249, 288, 460, 留p288-289,460, 484-485

[算定要件]

- ① 訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、利用者の病態の変化に応じて、医師の指示の下、支援・連携した場合に算定。
 - ・ 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
 - ・ 介護職員等に同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況について確認
 - ・ 利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席
- ② 当該加算は①の介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。
- ③ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。
- ④ 当該加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養



5. 医療と介護の同時改定

(6) 特別の関係、入退院時の連携強化

- 入院医療機関と退院後の在宅療養を担当する関係機関間での連携を推進する観点から、入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」に当たる場合も算定可能となるように見直す

[特別の関係にあたる場合も算定可能となるように見直す対象]

- ①在宅患者緊急入院診療加算、②精神科救急搬送患者地域連携受入加算、③入退院支援加算1、④精神疾患診療体制加算、⑤退院時共同指導料1、⑥退院時共同指導料2、⑦在宅患者連携指導料、⑧在宅患者緊急時等カンファレンス料・在宅患者緊急時等カンファレンス加算、⑨施設入所者共同指導料

- 居宅介護支援事業者に対する診療情報の提供のうち、退院前2週間以内の期間に行ったものについて、介護支援等連携指導料を算定していない患者に限り、診療情報提供料(I)を算定可能とする

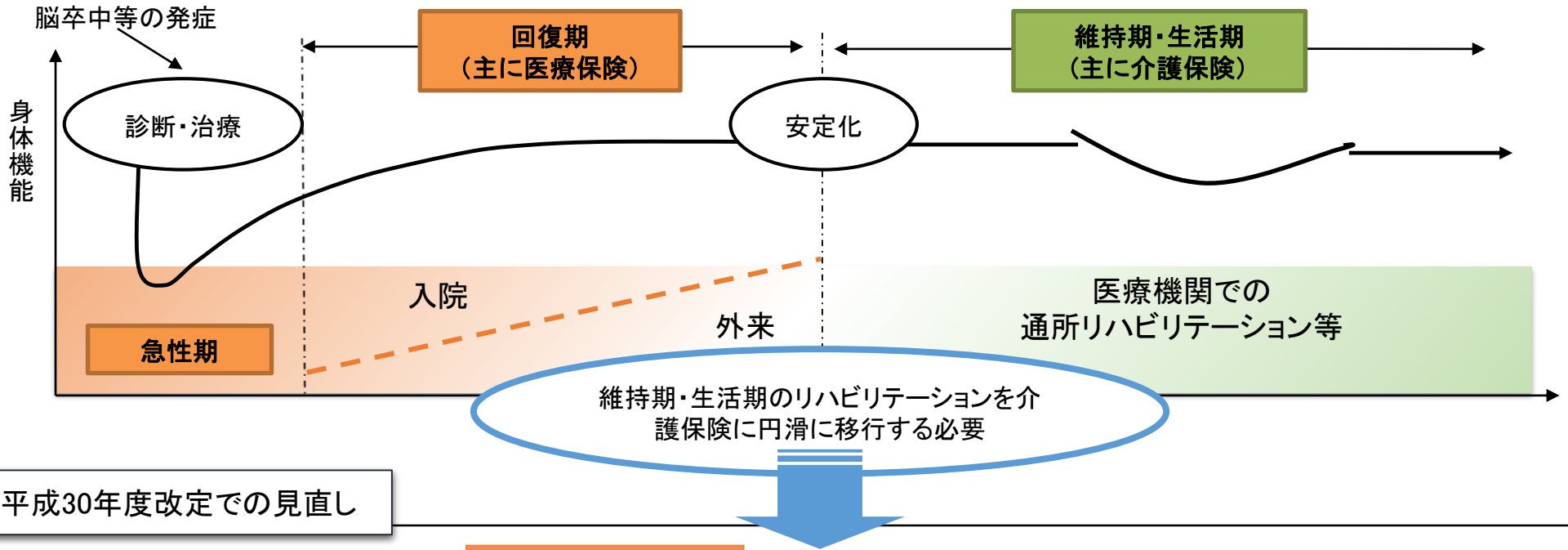
[算定要件] 点p173, 留p230

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する

「注2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、患者の同意を得て退院の日の前後2週間の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない

5. 医療と介護の同時改定

(7) 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①



医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の算定日数上限を緩和
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価

医療保険と介護保険の双方で見直し

- 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

計画書

計画書

計画書

5. 医療と介護の同時改定

(7) 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

留p437, 439, 442

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

点p428, 留p447-448, 様式p1056-1060

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1:275点

(新) 電子化連携加算 :5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

5. 医療と介護の同時改定

(8)リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し①

点p428, 留p447-448, 様式p1056-1060

- 従来のリハビリテーション総合計画提供料の評価を再編し、リハビリテーション実施計画書の提供でも算定可能となるよう、リハビリテーション計画提供料を新設する
- リハビリテーション計画提供料において、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している患者について、通所リハビリテーションに係る計画等を提供した場合を評価する。また、介護保険のデータ収集等事業で活用可能な電子媒体でリハビリテーションに係る計画等を提供した場合の加算を新設する

現行

【リハビリテーション総合計画提供料】 100点
(新設)

(新設)

(新設)

[算定要件]

退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション総合実施計画書を提供した場合



改定

(削除)

【リハビリテーション計画提供料1】 275点

[算定要件]

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を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【電子化連携加算】 5点

[算定要件]

「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【リハビリテーション計画提供料2】 100点

[算定要件]

入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

5. 医療と介護の同時改定

(8)リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し②

点p428, 留p445-447, 様式p1056-1060

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】 300点

[算定要件]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者

(新設)



改定

【リハビリテーション総合計画評価料1】 300点

[算定要件]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

【リハビリテーション総合計画評価料2】 240点

[算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

5. 医療と介護の同時改定

(8)リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進③

疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加

施告p823

- 長期間のリハビリテーションを要する患者及び回復期リハビリテーション病棟退棟後一定期間の患者について、疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象に追加する。

現行

【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等の算定日数の上限の除外対象患者】

(1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
高次脳機能障害
重度の頸髄損傷
頭部外傷及び多部位外傷
慢性閉塞性肺疾患(COPD)
心筋梗塞
狭心症

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者

(中略)
その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
(略)

改定後

【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等の算定日数の上限の除外対象患者】

(1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
高次脳機能障害
重度の頸髄損傷
頭部外傷及び多部位外傷
慢性閉塞性肺疾患(COPD)
心筋梗塞
狭心症

軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(受傷後1年以内のもの)

外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者

回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者(在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。)

(中略)

その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
(略)

5. 医療と介護の同時改定

(9) 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

施告p659
施通p717-718

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1: 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2: 38点(1日につき)

点p34, 留p60
施告p660, 施通p719

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所



介護サービス(例) (多様なサービスの組み合わせが可能)

短期入所療養介護※

➤ 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

➤ 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問(看護・介護)を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院

➤ 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

6. 医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進

- (1) 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進
- (2) 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和
- (3) 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和
- (4) ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和
- (5) 専従要件の緩和 等

- ◇ 今回の改定では従来の医療従事者の負担軽減に加え、働き方改革への対応が Key Wordであった
- ◇ 業務分担・共同の促進、常勤配置・専従要件の見直し、24時間対応体制の要件緩和など、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるような見直しがなされた
- ◇ 負担軽減、働き方改革については、引き続き、対応していくべきものである

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(1) 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。

③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料	施告p792, 施通p843-844
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料	
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2	
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※	施告p801, 施通p865



※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(2) 専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

(※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼務が可能)

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

留p81-82
施通p740-741

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3か月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(3) 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

施告p661, 684
施通p722-727

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。

イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議*を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(4) 医師事務作業補助体制加算の見直し

点p64-65, 留p75-76
 施告p663, 施通p729

- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

- 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(5) 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進①

点p32, 66, 留p57, 78-79
 施告p658-659, 664-665, 施通p716, 733, 736-738

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・共同を推進し、身体的拘束の低減等、より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価を充実する。

看護補助者の配置に関する評価の充実

現行	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点
夜間看護体制加算	10点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	210点 ～130点
夜間30対1～100対1	90点 ～70点
夜間看護体制加算	60点

現行	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	109点 ～56点
夜間75対1	30点
[施設基準] 13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	150点



改定後	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	129点 ～76点
夜間75対1	40点
[施設基準] 地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料 を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	165点

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

- 障害者が入院中に安心して適切な医療を受けることができるよう、障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)を算定する病棟において、看護補助者の配置及び夜間における看護職員の負担軽減に資する取組に係る評価を新設する。

- (新) **看護補助加算(1日につき)**
 イ **14日以内の期間 : 129点**
 ロ **15日以上30日以内の期間: 104点**
- (新) **夜間看護体制加算: 150点(入院初日)**

[施設基準]

- ① 看護補助者の数は、**常時30対1**以上であること。
- ② 夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上(みなし看護補助者を除く)であること。
- ③ 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1に限る。)を算定する病棟であること。

[施設基準]

- ① 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な管理業務等の体制が整備されていること。
- ② 看護補助加算を算定する病棟であること。

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(5) 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

点p27, 留p49

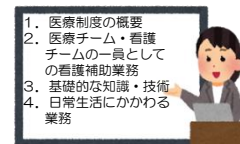
施告p663, 施通p715, 720

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

➤ 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。

① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、**身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施**を求める。

② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、**看護補助者への院内研修**の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

➤ 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

(新) **夜間看護加算: 35点(1日につき)**



[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、**常時16対1以上**であること。
- ② **ADL区分3の患者を5割以上**入院させる病棟であること。

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(5)看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

点p65, 留p76-77
 施告p663-664, 施通p734-735

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

- 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。また、急性期一般入院料のうち重症度の高い患者が一定割合以上入院する病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。

現行		改定後	
【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点	夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	60点	夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算	40点	夜間16対1配置加算1	55点
		(新) 夜間16対1配置加算2	30点

[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 急性期一般入院料2、3、4、5又は6を算定する病棟であること。



地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

点p116, 留p133

- 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。

(新) **看護職員夜間配置加算:55点(1日につき)**

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」)を満たす患者を、3割以上入院させる病棟であること。

精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

点p117-118, 留p136-138
 施告p679-680, 施通734-735

- 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する病棟において、夜間に看護職員の手厚い配置をし、身体的拘束等の行動制限を最小化するとともに、夜間における看護職員の負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

(新) **看護職員夜間配置加算:55点**
 (1日につき) ※入院した日から起算して30日を限度

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 行動制限最小化委員会を設置していること。
- ③ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。



6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(6) 情報通信技術(ICT)を活用した関係機関連携の推進

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。



6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準] 留p748-749	感染防止対策加算1の感染制御チームと感染防止対策加算2の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること ----- 【感染防止対策加算1又は感染防止対策加算2のいずれかの届出医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 [施設基準] 施通p756	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 ----- 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 [算定要件]	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 [算定要件]	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

施告p167-168, 施通p215

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

①いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



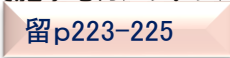



②在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件 【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	<p>①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っているとき </p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っているとき </p>
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	<p>関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること</p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 </p>
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

6. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

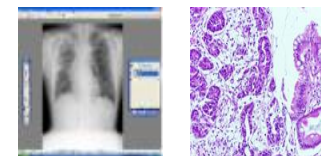
(7)勤務場所等に関する要件の緩和

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

留p390-391

- 画像診断管理加算、病理診断料、病理診断管理加算について、加算を算定する医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、週3日以上かつ週24時間以上勤務する医師が、ICTを活用して自宅等の当該医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が**夜間休日**に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

施告p673, 施通p763-765, 767-769

- 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。**ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。**

※ 特定集中治療室管理料、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1及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

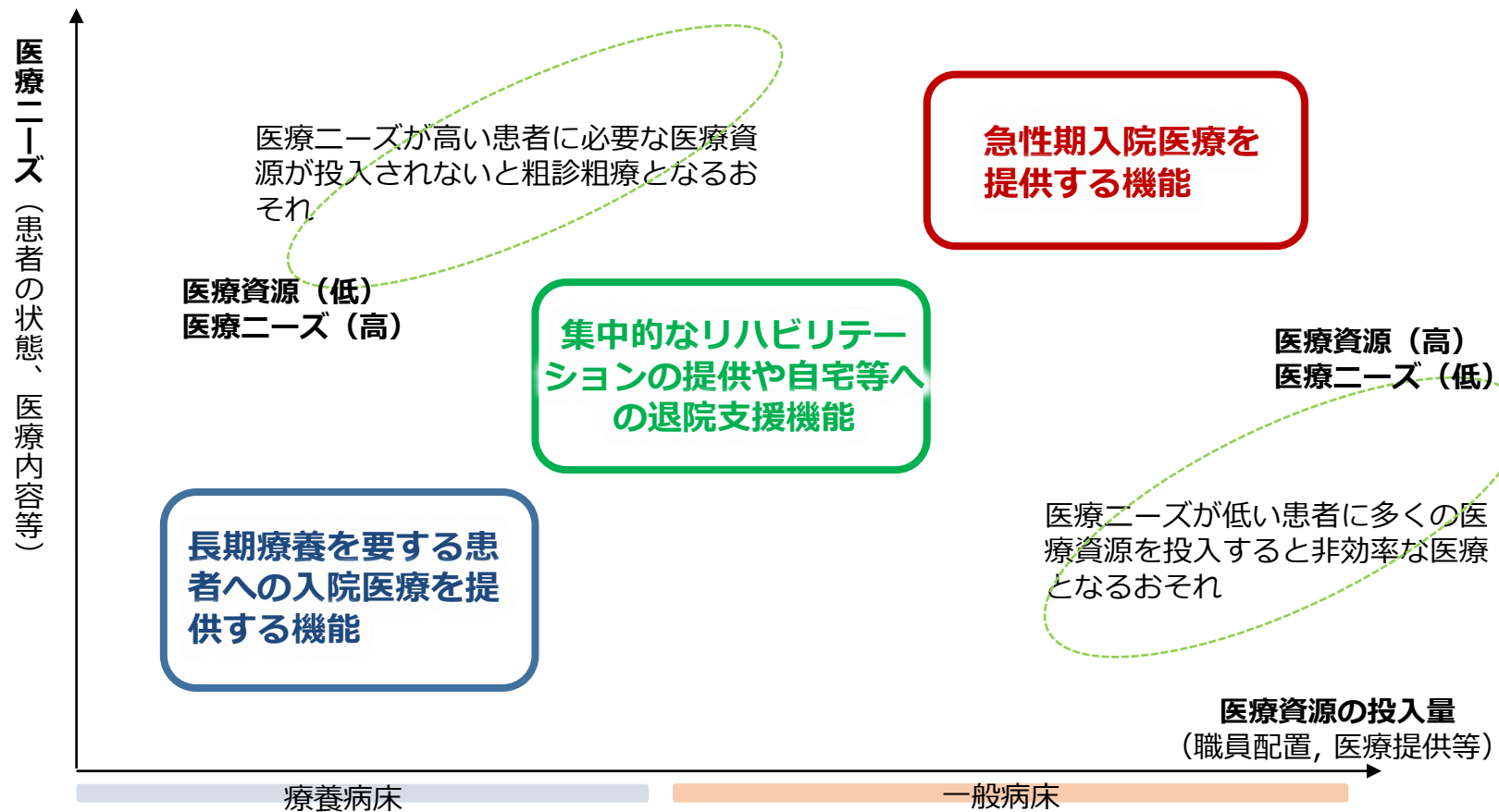
- (1) 入院医療の評価体系の見直し
- (2) 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し
- (3) 医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和
- (4) 診療実績データの提出対象の拡大
- (5) DPC制度の見直し 等

- ◇ 少子高齢化により、今後の入院ニーズは地域差を伴いながら大きく変化していくことが予想されることから、都道府県において地域医療構想を策定し、医療機能ごとの将来需要に応じた限られた医療資源をより効果的・効率的に活用した医療提供体制構築の取組が進められている。
- ◇ 将来の医療ニーズが大きく変動・多様化する一方、支え手は急速な減少が見込まれており、今回、入院医療の基本的な診療に係る評価と、診療実績に応じた段階的な評価とを組み合わせた評価体系に再編・統合する方向となったことは、地域の医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えている。
- ◇ 改定のたびに入院基本料の要件が改変され、そのたびに医療現場は混乱し、何とかその対応に慣れたらもう次の改定になることの繰り返しとなっている。
- ◇ 今回の新しい評価体系を各病院がどのように判断するか、ある程度の時間がかかると考えるが、中長期的な方向性を踏まえた、ある意味歴史的な改定が行われた。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

① 一般病棟入院基本料

- ・ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。また、急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

② 地域包括ケア病棟入院料

- ・ 基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る実績部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

③ 回復期リハビリテーション病棟入院料

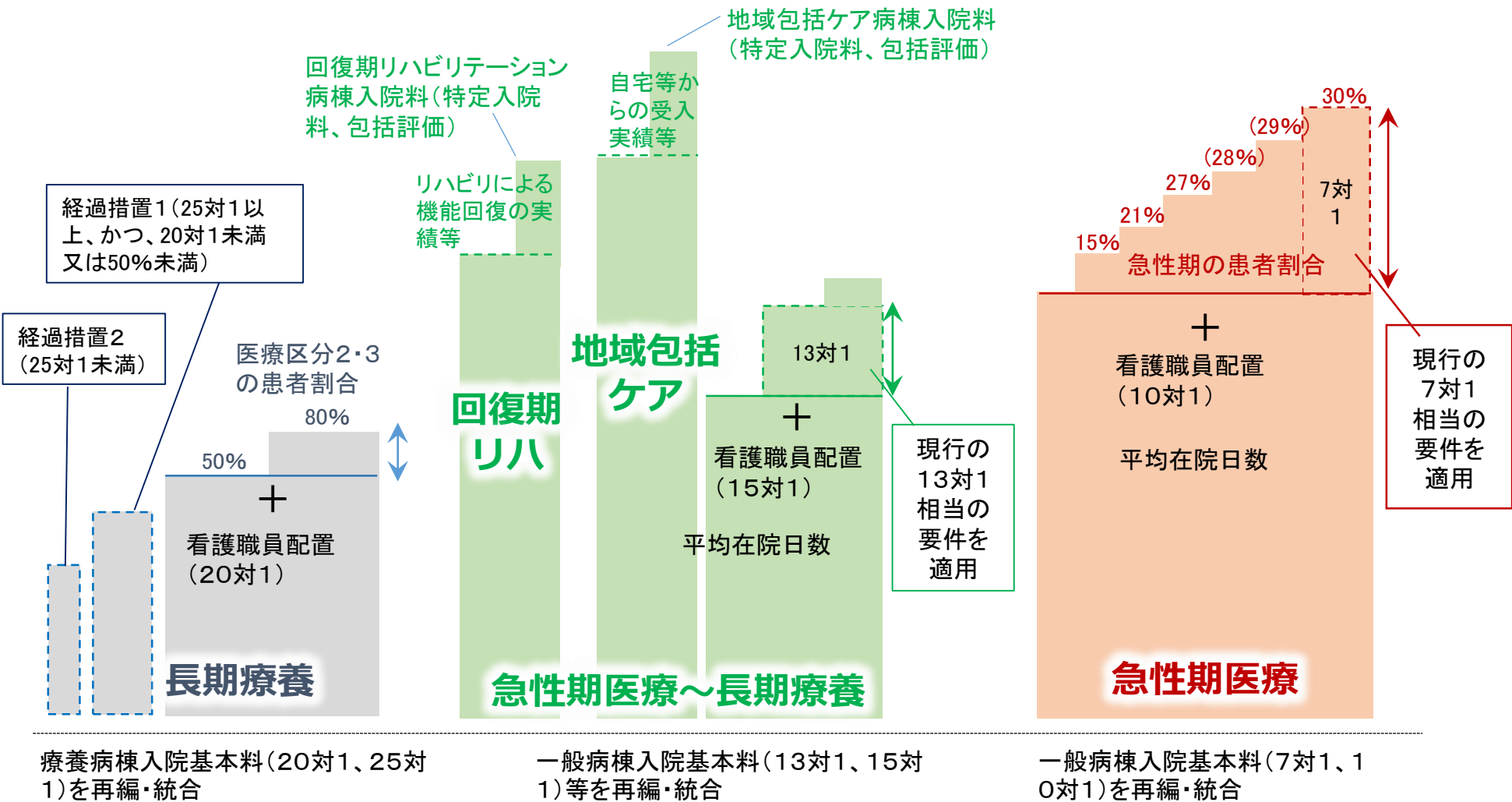
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数(回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの)を組み込む。

④ 療養病棟入院基本料

- ・ 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
- ・ 現行の療養病棟入院基本料2(25対1看護職員配置)については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

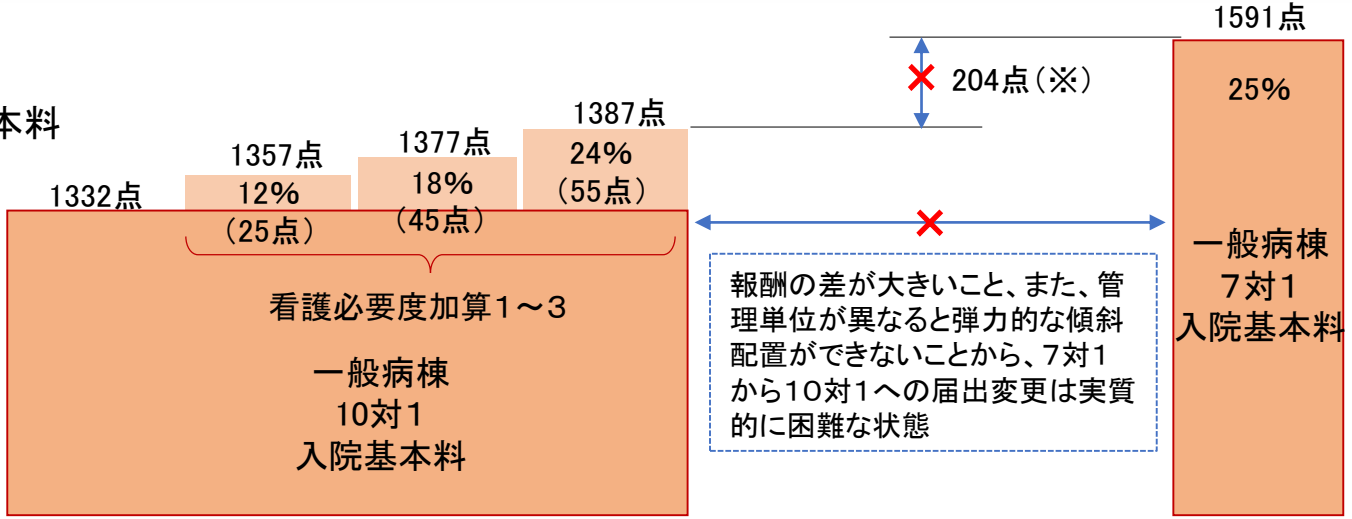
(1) 急性期医療

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

点 p 25-26, 留 p 41-45
 施告 p 648-649
 施通 p 709-711

【現行】

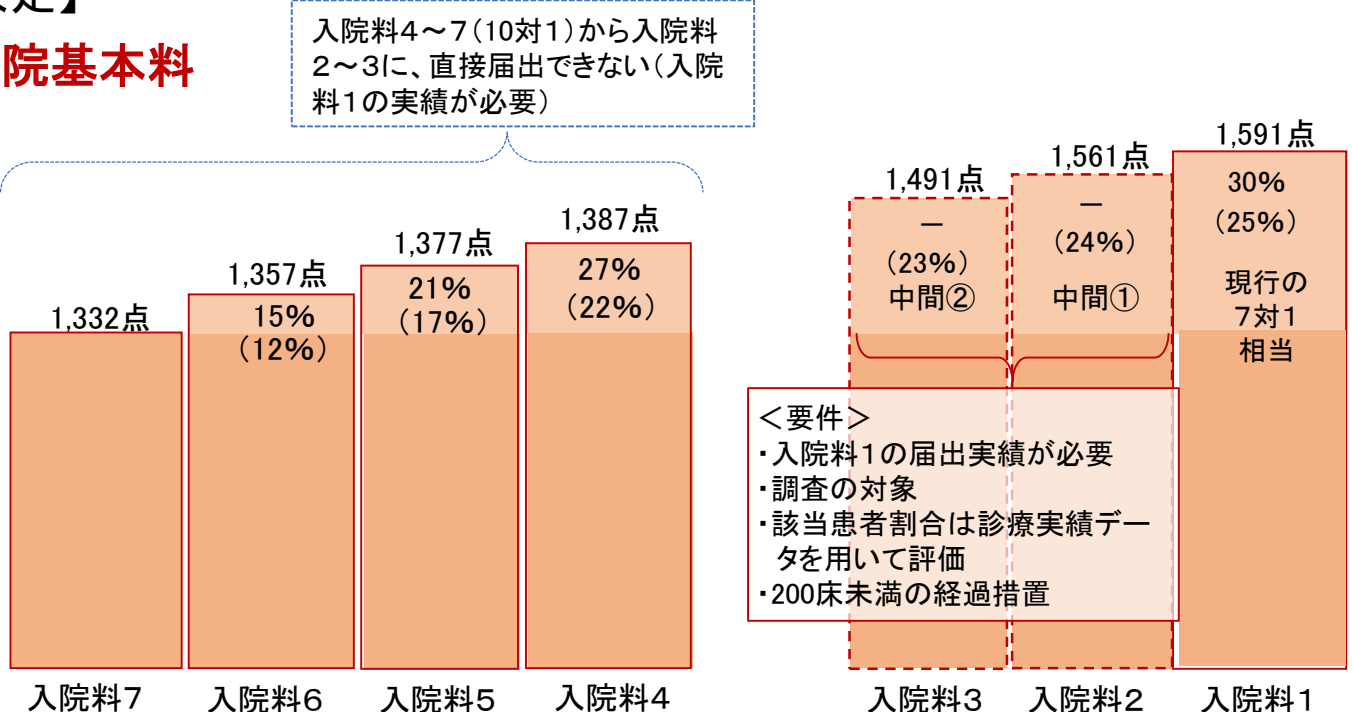
一般病棟入院基本料



※ 200床の病院で、入院基本料の差を試算すると、年間約1.2億円程度と推計され、影響が非常に大きい

【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

()内は重症度、医療・看護必要度IIの該当患者割合

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるように、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 []内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要 		医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価
[]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 一般病棟7対1入院基本料の評価の見直し

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、再編・統合し、新たに、「急性期一般入院基本料」とする。

現行			
一般病棟7対1入院基本料		1,591点	
一般病棟10対1入院基本料	看護必要度加算1	1,332点	55点
	看護必要度加算2		45点
	看護必要度加算3		25点
	加算なし		—



改定後	
急性期一般入院料1	1,591点
急性期一般入院料2	1,561点
急性期一般入院料3	1,491点
急性期一般入院料4	1,387点
急性期一般入院料5	1,377点
急性期一般入院料6	1,357点
急性期一般入院料7	1,332点

- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を検討するために、急性期一般入院基本料のうち、急性期一般入院料2及び3については、以下の施設基準を追加する。
 - 届出前3月において、急性期一般入院料2については、急性期一般入院料1の算定実績、急性期一般入院料3については、急性期一般入院料1又は2の算定実績が必要
 - 厚生労働省が実施する入院医療等の調査に参加(やむを得ない事情が存在する場合を除く)

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定基準見直し

様式p1076-1081

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行
・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



改定後
・A得点2点以上かつB得点3点以上
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上
・A得点3点以上
・C得点1点以上

※ B14・診療・療養上の指示が通じる
B15・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟	平成30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30年9月30日までの間は、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し(評価票)

様式p1076-1081

➤ 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(4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	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が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	<ul style="list-style-type: none"> ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

施通p709-710
様式p1076-1081

◇ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し(Ⅱについて)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、診療実績データを用いた場合の評価を設ける。
- ・A項目及びC項目について、診療実績データを用いてB項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**として**現行の方法と選択可能**とする。

A モニタリング及び処置等		C 手術等の医学的状況	
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)	16	開頭手術(7日間)
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	17	開胸手術(7日間)
3	点滴ライン同時3本以上の管理	18	開腹手術(4日間)
4	心電図モニターの管理	19	骨の手術(5日間)
5	シリンジポンプの管理	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
6	輸血や血液製剤の管理	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
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)	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経皮的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)
8	救急搬送後の入院(2日間)		

B 患者の状況等	
9	寝返り
10	移乗
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

評価日において、別に規定する**レセプト電算処理システム用コード**のうち、A又はC項目に該当する項目を合計

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

[施設基準]

- ・**直近3月の入院患者のうち、基準を満たす患者の割合を算出すること**
- ・入院料等の届出を行う際に、ⅠとⅡのいずれを使用するかを届出すること
- ・**Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。**
- ・評価方法のみの変更を行う場合は、その**切り替えは4月又は10月であり**、切り替える月の10日までに変更の届出を行うこと。

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目			レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A	2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610	酸素吸入
			140005910	間歇的陽圧吸入法
C	16	開頭手術(7日間)	150070110	脳膿瘍全摘術

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 各入院基本料等における該当患者割合要件の変更①

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。
 ()内は200床未満の経過措置

現行の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25% (23%)
看護必要度加算1(一般)	24%
看護必要度加算2(一般)	18%
看護必要度加算3(一般)	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	25% (23%)
看護必要度加算1(特定、専門)	24%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%
7対1入院基本料(結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%



改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度 I	重症度、医療・看護 必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	5%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 結核病棟のユニットに係る見直し

点p28, 留p49
施告p652

- 効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合の入院基本料を設ける。

(新) 重症患者割合特別入院基本料 (結核病棟入院基本料) **入院基本料の100分の95に相当する点数**

[施設基準]

- イ 7対1入院基本料を算定する病棟であること。
- ロ 入院患者の数が概ね30以下の病棟であること。
- ハ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟であること。
- ニ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割1分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を0.9割以上入院させる病棟であること。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

施告p649, 施通p711

- 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行(一般病棟7対1入院基本料)】

在宅復帰率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟(加算+)
 - ・有床診療所(加算+)
 - ・介護老人保健施設(加算+)
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・7対1一般病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

在宅復帰・病床機能連携率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
(**介護医療院を含む**)
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟
 - ・有床診療所
 - ・介護老人保健施設
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

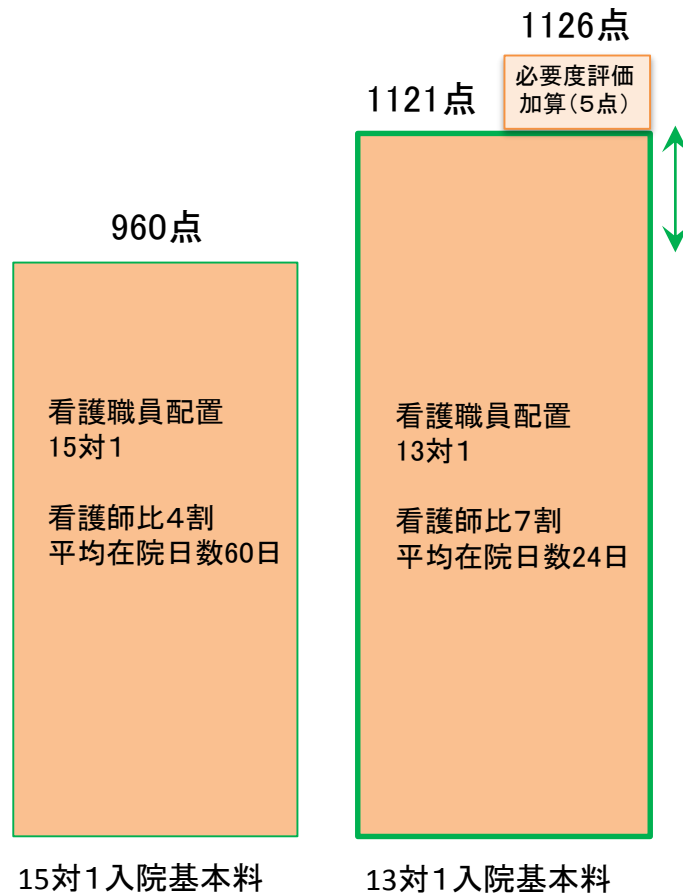
[施設基準]8割

(2) 急性期医療～長期療養

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

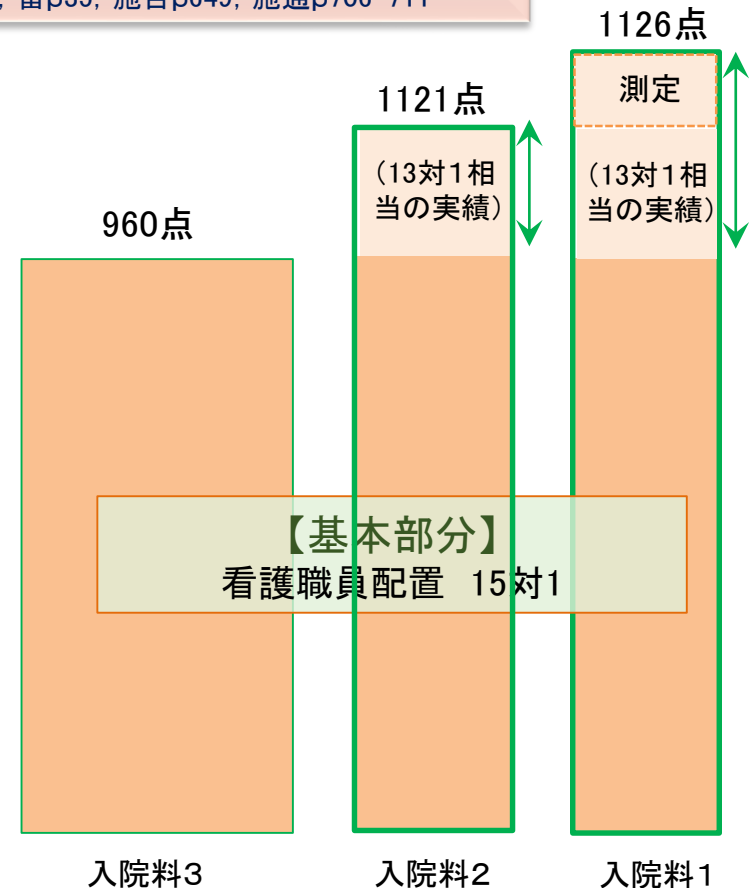


再編

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)

点p25, 留p35, 施告p649, 施通p706-711



地域一般入院基本料

地域一般入院基本料1～3の内容

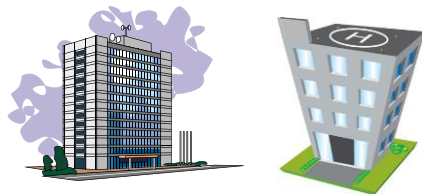
- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合
- 許可病床数が200床未満

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- 自宅等からの入院患者の受け入れ
- 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

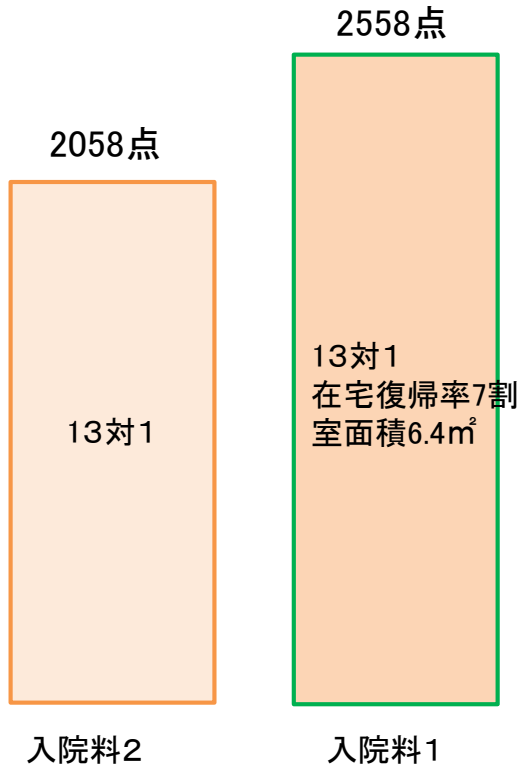
- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

: 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規)

※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能に関連した要件がある

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】



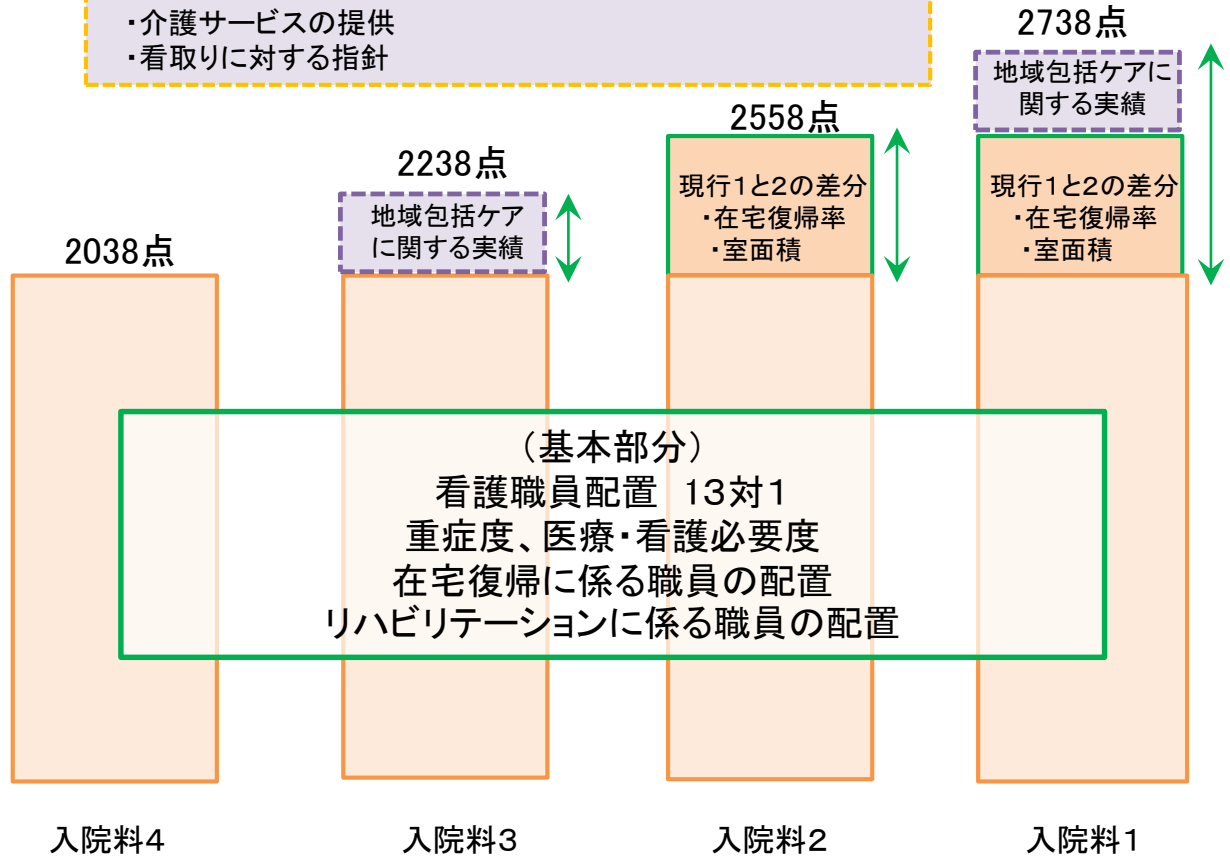
再編

【平成30年度改定】

点p115, 留p131, 施告p676, 施通p774

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準] 入院料1: 7割 入院料2: 6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p676, 施通p776

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p675, 施通p771

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準] 入院料1~4: 7割

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 救急・在宅支援病床初期加算の見直し

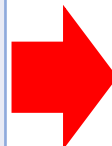
救急・在宅支援病床初期加算の見直し

点p27, 116, 留p47-48, 132-133

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、1日につき300点）を所定点数に加算する。



改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき**300点**（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき**350点**）を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

留p48, 133

施通p713, 776, 787

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

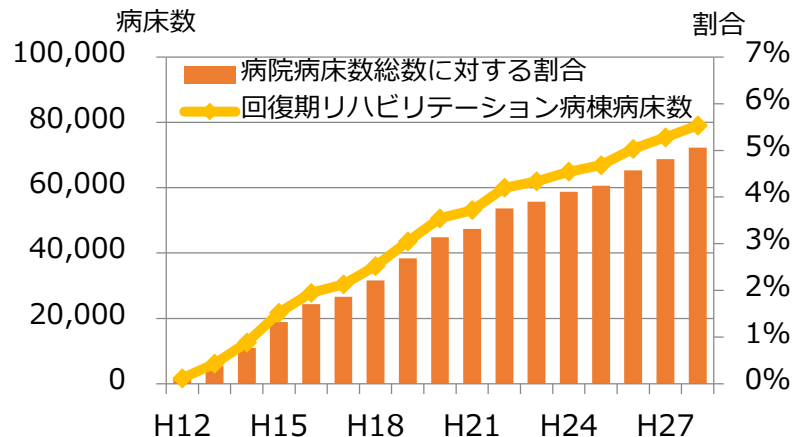
[施設基準]

（新設） 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

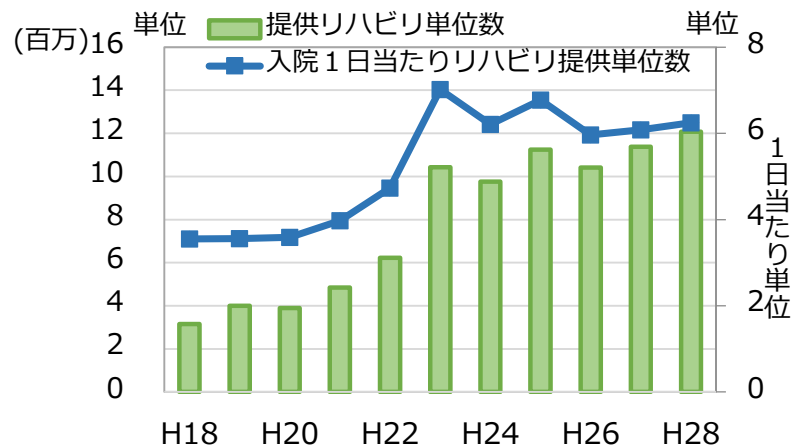
回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

回復期リハビリテーション病棟の現状 ⇒ 提供されるリハビリテーションの量の充実

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の病床数は直近10年でおよそ2.2倍に増加



- 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリ単位数は患者1人1日当たり約6単位と10年前の約2倍



見直しの方向性 ⇒ 提供されるリハビリテーションの質の充実

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリのアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料について、

- ① 基本的な医療の評価部分
 - ② 診療実績に応じた段階的な評価部分
- の二つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合

「①基本的な医療の評価部分」に係る要件

- 看護職員の配置
- リハビリ専門職の配置
- 社会福祉士の配置
- データ提出加算の届出(入院料5・6は200床以上のみ)
- 休日リハビリテーションの実施(入院料1・2のみ) 等

「②診療実績に応じた段階的な評価部分」に係る要件

- リハビリテーション実績指数※ ※ 1日あたりのFIM得点(日常生活動作の指標)の増加を示す指数
- 重症者の割合
- 重症者における日常生活機能評価の改善
- 自宅等に退院する割合

- ✓ : 入院料1・3・5における実績要件 (新規)
- ✓ : 入院料1・3における実績要件

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

点 p 115, 留 p 127-131
 施告 p 675-676, 690
 施通 p 771-774

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーション実績指数を用いる
 (1日あたりのFIM*得点の増加を示す指数)

* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

2025点

入院料1
 相当の実績と体制

- ### 【入院料1相当の体制】
- ・看護職員13対1
 - ・社会福祉士1名
 - ・PT3名、OT2名、ST1名

2085点

実績指数
 37

入院料1
 相当の実績と体制

1861点

実績指数
 30

入院料2
 相当の実績

1806点

入院料2
 相当の実績

1702点

実績指数
 30

1647点

再編

2,025点

2065点

充実加算

(基本部分)
 看護職員
 13対1
 PT3名
 OT2名
 ST1名
 SW1名

1851点

充実加算

(基本部分)
 看護職員
 15対1
 PT2名
 OT1名

1697点

充実加算

(基本部分)
 看護職員
 15対1
 PT2名
 OT1名

入院料3 入院料2 入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

新入院料6 新入院料5 新入院料4 新入院料3 新入院料2 新入院料1

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

点p115, 留p127-131
 施告p675-676, 690
 施通p771-774

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-					専任常勤1名(努力義務)
リハビリ計画書の栄養項目記載	-					必須
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-	30以上	-	30以上	-	37以上
点数(生活療養を受ける場合)	1,647点(1,632点)	1,702点(1,687点)	1,806点(1,791点)	1,861点(1,846点)	2,025点(2,011点)	2,085点(2,071点)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

留p131, 施通p772

- 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
 - ✓ 管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
 - ✓ 当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。
 - ✓ リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

[算定要件]

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

(※)リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

[施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の在宅復帰率見直し(再掲)

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準] 入院料1: 7割 入院料2: 6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p676-677
施通p776-777

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p675-676
施通p771-772

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準] 入院料1~4: 7割

(3) 長期療養

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

介護医療院

既存サービスの
組合せ医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示。〕医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

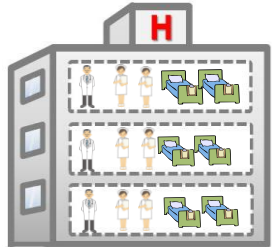
新(案1-1)

新(案1-2)

新(案2)

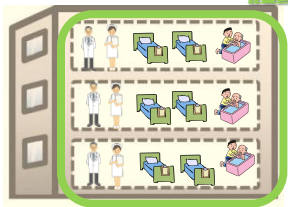
医療機関
に併設現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶ 実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**

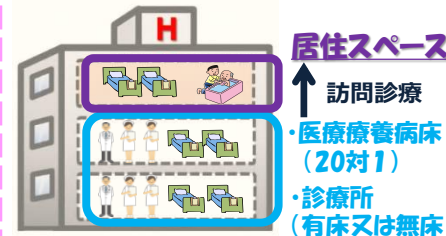


- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶ 実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**

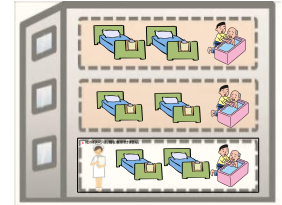


今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

点p26-27
 施告p650-651,施通p714-715

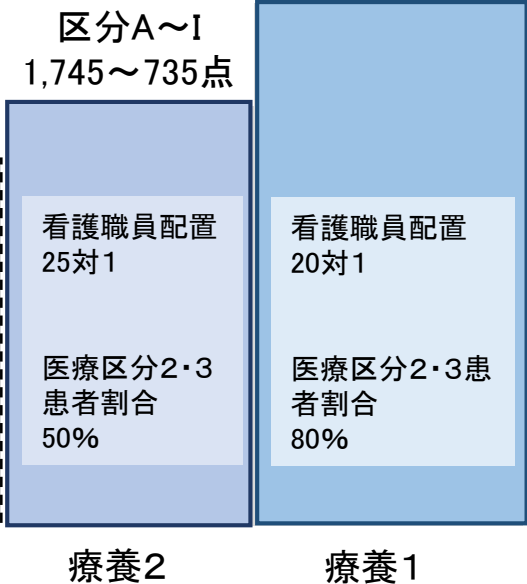
【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】
 ・医療区分2・3該当患者割合

経過措置
 療養2の95/100
 を算定

(25対1を満
 たさない)
 又は
 (医療区分
 2・3患者割
 合50%を満
 たさない)



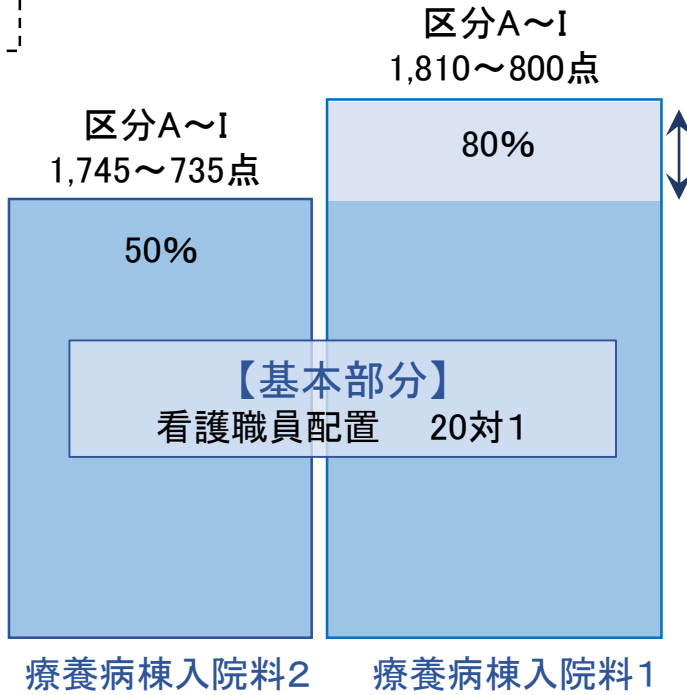
再編

経過措置2
 療養病棟入院料2
 の80/100を算定

経過措置1
 療養病棟入院料2
 の90/100を算定

看護職員配
 置30対1
 (25対1を満た
 さない)

看護職員配置
 25対1
 (20対1を満た
 さない)
 又は
 (医療区分2・3
 患者割合50%
 を満たさない)



療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料1～2の内容

- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

点p26-27
 施告p650-651,施通p714-715

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満(満たさない)	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須		
点数	(療養病棟入院料2)の 90/100に相当する点数	医療区分1 735点～902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

<参考>療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

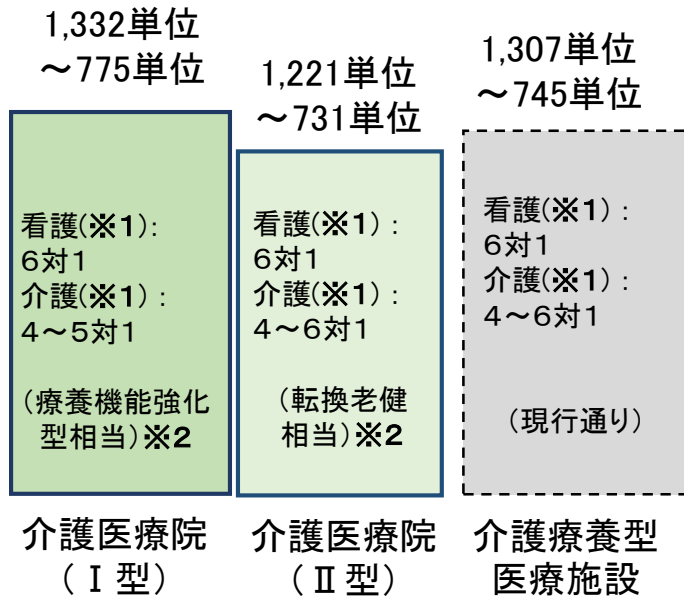
点 p 26-27, 通告 p 650-651, 施通 p 714-715

【介護保険】 介護療養病床

【医療保険】 医療療養病床

(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

(※2) 介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算 93単位/日」(1年間に限り)が算定可能。



経過措置2
療養病棟入院料2の80/100を算定

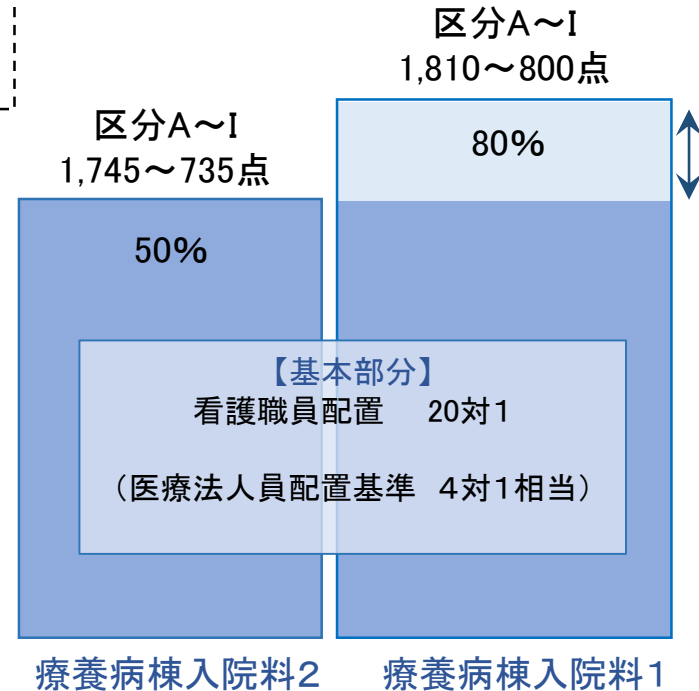
経過措置1
療養病棟入院料2の90/100を算定

看護職員配置30対1
(25対1を満たさない)

看護職員配置25対1
(20対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合50%を満たさない)

【実績部分】

・医療区分2・3該当患者割合



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 療養病棟における評価の見直し

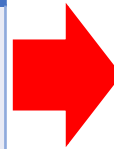
医療区分の判定方法の見直し

様式p1082

- 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、以下のように見直す。

現行

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
 (初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。



改定後

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
 (初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。**なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。**

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

点p27, 施告p651, 施通p714-715

- 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する施設基準について、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価を見直す。

現行

$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$

$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の10$

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

改定後

$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$

$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の15$

⇒ 患者1人1日につき、**50点**を所定点数に加算する

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 救急・在宅支援病床初期加算の見直し(再掲)

(療養病棟)点p27,留p47-48

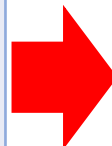
救急・在宅支援病床初期加算の見直し

(地域包括ケア病棟)点p116,留p132-133

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。



改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき**300点**(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき**350点**)を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

(療養病棟) 施告p650-651, 施通p713

(地域包括ケア病棟) 施告p676, 施通p776

- ▶ 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

(新設) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

(4) その他

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

施告p649, 650, 654, 656, 675, 676
施通p711, 773, 775

◇ 診療実績データの提出対象の拡大

- 入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するために、データの提出を求める入院料の範囲を拡大する。

現行(要件となる入院料)

7対1入院基本料
10対1入院基本料(※1)
地域包括ケア病棟入院料

※1 許可病床における一般病床数200床以上の保険医療機関



改定後(要件となる入院料)

急性期一般入院基本料
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1、10対1)
専門病院入院基本料(7対1、10対1)
地域包括ケア病棟入院料
回復期リハビリテーション病棟入院料(※2)
療養病棟入院基本料(※2)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6及び療養病棟入院基本料は許可病床200床以上を要件化

[経過措置]

・平成31年3月31日までは、当該施設基準を満たしているものとみなす。
(許可病床50床未満等の医療機関は平成32年3月31日まで)

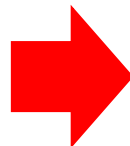
7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

点p70, 留p97-98,
施告p670, 施通p54-755

◇ データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
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
ロ 200床未満の病院の場合		150点
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
ロ 200床未満の病院の場合		160点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

◇ データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価を新設する。

(新) 提出データ評価加算:20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

DPC制度(DPC/PDPS)の見直し

調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

平成24年度改定から実施した調整係数置き換えを完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から医療機関別係数の再整理を行う。

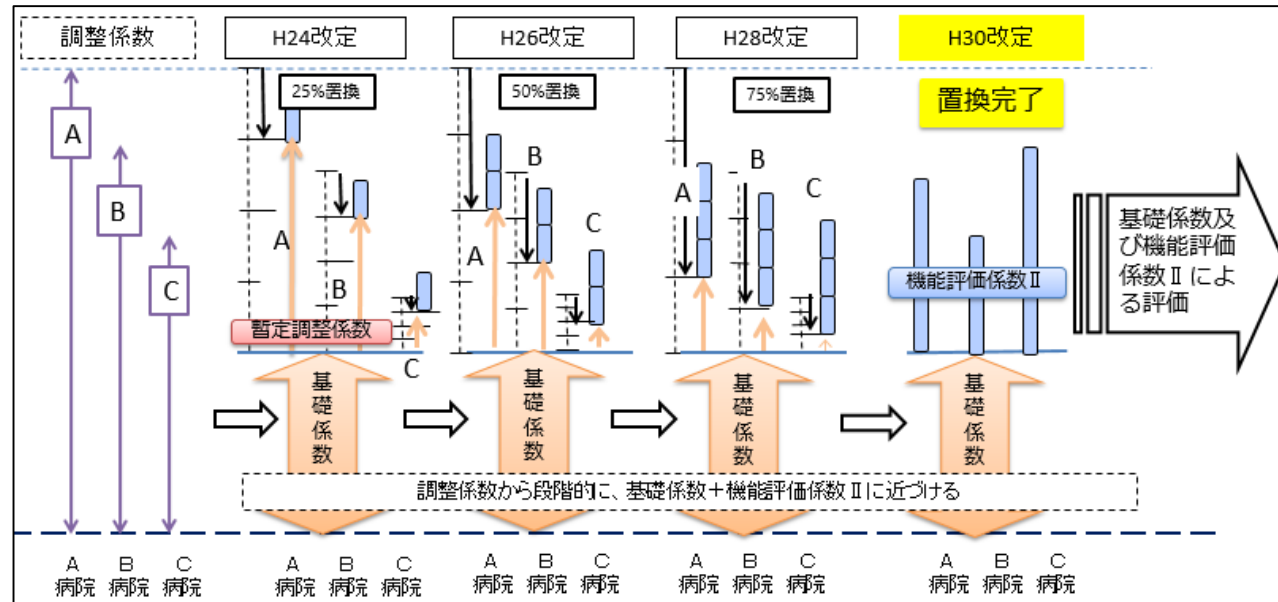
- 基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
- 機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
- 機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
- 激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

算定ルールの見直し

- DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定についてDPC/PDPS・点数設定方式Dにより算定
- 一連の入院として取り扱う再入院の傷病名を整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)

その他(通常報酬改定での対応)

直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常報酬改定での所要の対応を実施



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 短期滞在手術等基本料3の見直し①

点p145-146, 留p147-149,
施通p710, 712, 様式p1077

① DPC対象病院はDPC/PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料2、3を算定不可とする。

ただし、重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前通りとする。

② 短期滞在手術等基本料3のうち、一部の項目について、算定実績等を踏まえ評価を廃止する。

③ 個別項目について、評価の見直しは包括部分の算定実績と算定時点の評価の見直しを行-

【短期滞在手術等基本料3】

イ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合:17,300点 → (削除) (生活療養を受ける場合:17,229点)
ロ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合:7,491点 → (削除) (生活療養を受ける場合:7,420点)
イ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合:9,349点 → <u>9,265点</u> (生活療養を受ける場合:9,278点 → <u>9,194点</u>)
ロ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査:6,000点 → <u>6,090点</u> (生活療養を受ける場合:5,929点 → <u>6,019点</u>)
ハ	D413 前立腺針生検法:11,380点 → <u>11,334点</u> (生活療養を受ける場合:11,309点 → <u>11,263点</u>)
ヘ	K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術:19,993点 → (削除) (生活療養を受ける場合:19,922点)
ニ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術:19,313点 → <u>19,394点</u> (生活療養を受ける場合:19,242点 → <u>19,323点</u>)

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 短期滞在手術等基本料3の見直し②

点p145-146, 留p147-149,
施通p710, 712, 様式p1077

【短期滞在手術等基本料3】

手 ホ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側):40,666点→ <u>41,072点</u> (生活療養を受ける場合:40,595点→ <u>41,001点</u>)	
馬 へ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(片側):22,096点→ <u>22,010点</u> (生活療養を受ける場合:22,025点→ <u>21,939点</u>)	
又 ト	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(両側):37,054点→ <u>37,272点</u> (生活療養を受ける場合:36,983点→ <u>37,201点</u>)	
ル	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側):20,065点 → (削除) (生活療養を受ける場合:19,994点)	
ヲ	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側):30,938点 → (削除) (生活療養を受ける場合:30,867点)	
馬 チ	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満:19,806点→ <u>19,967点</u> (生活療養を受ける場合:19,735点→ <u>19,896点</u>)	
弁 リ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術:37,588点→ <u>37,350点</u> (生活療養を受ける場合 :37,517点→ <u>37,279点</u>)	
冴 ヌ	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術:24,013点→ <u>23,655点</u> (生活療養を受ける場合:23,942点→ <u>23,584点</u>)	
夕 ル	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連):12,669点→ <u>12,082点</u> (生活療養を受ける場合:12,598点→ <u>12,011点</u>)	

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 短期滞在手術等基本料3の見直し③

点p145-146, 留p147-149,
施通p710, 712, 様式p1077

【短期滞在手術等基本料3】

ㇿ ㇾ	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術:11,749点→ <u>11,390点</u> (生活療養を受ける場合:11,678点→ <u>11,319点</u>)
ㇾ ㇽ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る):35,052点→ <u>34,388点</u> (生活療養を受ける場合: → 34,981点→ <u>34,317点</u>)
ㇽ ㇼ	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): 28,140点→ <u>27,515点</u> (生活療養を受ける場合:28,069点→ <u>27,444点</u>)
ㇼ ㇻ	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):25,498点→ <u>24,715点</u> (生活療養を受ける場合:25,427点→ <u>24,644点</u>)
ㇻ ㇺ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る):24,466点→ <u>24,540点</u> (生活療養を受ける場合:24,395点→ <u>24,469点</u>)
ㇺ ㇻ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る):68,729点→ <u>68,168点</u> (生活療養を受ける場合:68,658点→ <u>68,097点</u>)
ㇻ ㇺ	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):55,102点→ <u>54,494点</u> (生活療養を受ける場合:55,031点→ <u>54,423点</u>)
ㇺ ㇻ	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):43,921点→ <u>43,122点</u> (生活療養を受ける場合:43,850点→ <u>43,051点</u>)
ㇻ ㇺ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)(15歳以上に限る):50,212点→ <u>50,397点</u> (生活療養を受ける場合:50,141点→ <u>50,326点</u>)
ㇺ ㇻ	K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2cm未満:14,314点→ <u>14,163点</u> (生活療養を受ける場合:14,243点→ <u>14,092点</u>)

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 短期滞在手術等基本料3の見直し④

点p145-146, 留p147-149,
施通p710, 712, 様式p1077

【短期滞在手術等基本料3】

ホ ラ	K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上 :17,847点→ <u>17,699点</u> (生活療養を受ける場合:17,776点→ <u>17,628点</u>)
タ ム	K743 痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの):12,291点→ <u>12,079点</u> (生活療養を受ける場合:12,220点→ <u>12,008点</u>)
キ ウ	K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき):28,010点→ <u>27,934点</u> (生活療養を受ける場合:27,939点→ <u>27,863点</u>)
マ ホ	K867 子宮頸部(腔部)切除術:17,344点→ <u>17,552点</u> (生活療養を受ける場合:17,273点→ <u>17,481点</u>)
キ ノ	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術:34,438点→ <u>34,354点</u> (生活療養を受ける場合:34,367点→ <u>34,283点</u>)
マ ホ	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療:59,855点→ <u>59,998点</u> (生活療養を受ける場合:59,784点→ <u>59,927点</u>)

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

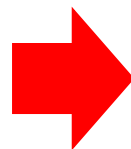
有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

施通p717-718

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1: 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2: 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

点p34, 留p60, 施告p660, 施通p719

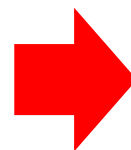
➤ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

点p34, 留p60, 施告p660, 施通p719

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**

(3) 平均在院日数が**90日以内**であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 特定集中治療室管理料等の見直し①

点p112, 留p122, 施告p672, 施通p765-766

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算:500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
 - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
 - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

専門性の高い看護師の配置の要件化

施通p765-766

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 特定集中治療室管理料等の見直し②

施告p671-673, 施通p763,767

生理学的スコア等の測定の要件化

- ▶ 特定集中治療室管理料を算定する患者については、入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)をDPCデータの報告の対象とする。

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO2/FiO2(mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数(×103/mm2)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

- ▶ 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

治療室に備えるべき装置・器具

施通p763,764,766,767,769

- ▶ 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現行

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

改定後

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。**ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。**

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 入院中の患者に対する褥瘡対策①

様式p1069

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキナーテア」を加える。

褥瘡対策に関する
診療計画書

危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
・浮腫(局所以外の部位)	



危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)	



医療用テープを無理に剥がしたときに発生したスキナーテア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

ADL維持向上等体制加算における院内褥瘡発生率の見直し

施通p713

- ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

現行

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index) を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R 分類d2以上とする。) を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。



改定後

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index) を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R 分類d2以上とする。) を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 入院中の患者に対する褥瘡対策②

点p27,34, 留p47,61
 施告p651,661,688

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】〔算定要件〕

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態(※ADL区分3)の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。



改定後

【褥瘡対策加算】〔算定要件〕

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態(※ADL区分3)の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算1 15点
- ロ 褥瘡対策加算2 5点

[留意事項]

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
	1点	2点	3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2
1点	2点	3点	4点	3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	4点	3点	※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

留p82, 89, 91, 101, 195, 196
施通p758, 776, 778, 853, 860, 861, 862, 864

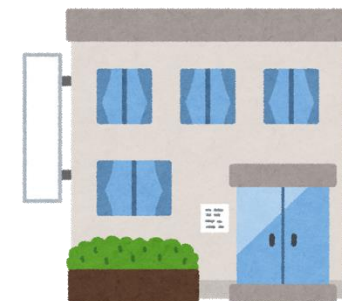
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3
- 精神疾患診療体制加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院
- 在宅療養後方支援病院



<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
 - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 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
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等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を設定。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇ 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

留p36-37

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

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40%減額

入院料から35%減額

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

入院料から20%減額

入院料から15%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10%減額

入院基本料から5%減額

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

(入退院支援加算)点p70-71, 留p98-102, 施告p670-671, 施通p755-757

入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

(退院時共同指導) 点p167-168, 留p215

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



＜入退院支援の対象となる患者＞

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / 要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



入院前からの支援の機能強化(イメージ)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症等）

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

点p71, 留p101-102
施告p671, 施通p756-757

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング 等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

点p70-71, 留p98-102
施告p670-671, 施通p755-757

(1) 入院前から支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 入院時支援加算:200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上
が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

(2) 在宅復帰率の見直し(再掲)

- 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。
- ① 一般病棟入院基本料、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における在宅復帰率について、自宅等への退院支援を評価する観点や病棟ごとの機能を踏まえつつ、見直す。
(一般: 施告p649,654,656, 施通p711)(回リハ: 施告p675-676, 施通p771-772)(地ケア: 施告p676-677, 施通p776-777)
- ② 在宅復帰に係る指標の名称を、急性期一般入院料1、7対1特定機能病院入院基本料(一般)、7対1専門病院入院基本料に係る指標は「在宅復帰・病床機能連携率」、その他の入院料にかかる指標は「在宅復帰率」とする。
- ③ 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算について、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院患者の割合の基準値※1を引き上げるとともに、評価※2を見直す。
- ※1 当該保険医療機関または別の保険医療機関の病棟もしくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が10/100以上 → **15/100以上**
- ※2 在宅復帰機能強化加算: 10点(1日につき) → **50点(1日につき)**

一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し(再掲)

施告p649,654,656
施通p711

➤ 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行(一般病棟7対1入院基本料)】

在宅復帰率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等

 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟(加算+)
 - ・有床診療所(加算+)
 - ・介護老人保健施設(加算+)
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・7対1一般病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

在宅復帰・病床機能連携率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
(介護医療院を含む)
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟
 - ・有床診療所
 - ・介護老人保健施設
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割



地域包括ケア病棟入院料及び

回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し(再掲)

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・療養病棟(加算+)
- ・有床診療所(加算+)
- ・介護老人保健施設(加算+)

※死亡退院・再入院患者を除く

(分母)

- ・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)

- ・自宅
- ・居住系介護施設等

※死亡退院・再入院患者を除く

(分母)

- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準] 入院料1: 7割 入院料2: 6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p676-677
施通p776-777

(分子)

- ・自宅
- ・居住系介護施設等(介護医療院を含む)
- ・有床診療所

(介護サービス提供医療機関に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

(分母)

- ・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

施告p675-676
施通p771-772

(分子)

- ・自宅
- ・居住系介護施設等(介護医療院を含む)
- ・有床診療所

(介護サービス提供医療機関に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

(分母)

- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準] 入院料1~4: 7割

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

(3) 入退院支援の一層の推進

点p70-71, 留p98-102
施告p670-671, 施通p755-757

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（略）



改定後

【入退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること

カ、キ（略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】〔施設基準〕
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

- ①「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
- ②「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



改定後

【入退院支援加算1】〔施設基準〕
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数
- ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

(新) 小児加算:200点(退院時1回)

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

(4) 入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

特別の関係)留p75, 94, 33, 214, 285, 295, 286, 297, 640, 施通)p765

[見直す対象]

- (1) 在宅患者緊急入院診療加算
- (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- (3) 入退院支援加算1
- (4) 精神疾患診療体制加算
- (5) 退院時共同指導料1及び2
- (6) 在宅患者連携指導料/加算
- (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料/加算
- (8) 施設入所者共同指導料

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

退院時共同指導料)点p167-168, 留p213-216

現行(共同指導の評価対象職種)

【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価
医師、看護師等

【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価

注1 医師、看護師等

注2 医師
※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る

注3 医師
※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る
・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等
・歯科医師 又は 歯科衛生士
・薬剤師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士
・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)
・介護支援専門員

改定後(共同指導の評価対象職種)

【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価
医師、看護師等、**薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士**

【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価

注1 医師、看護師等、**薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士**

注2 医師
※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る

注3 医師、**看護師等**
※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る
・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等
・歯科医師 又は 歯科衛生士
・薬剤師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士
・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)
・介護支援専門員
・**相談支援専門員**

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化(医科歯科連携)

(5) 歯科医療機関連携加算の対象拡大

点p174, 留p232

- 在支診・在支病に属する医師が歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価している診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算の在宅医療に関する部分について、見直しを行う

診療情報提供料(Ⅰ) 歯科医療機関連携加算:100点

[算定要件]

- ◇ 保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のアまたはイにより行った場合に算定する。
- ア 歯科を標榜していない病院が、悪性腫瘍手術(病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る)又は心・脈管系(動脈・静脈を除く)の手術、人工関節置換術若しくは人工関節再置換術(股関節に対して行うものに限る。)又は造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合
- イ 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者 **または摂食機能障害を有する患者** について歯科訪問診療の必要性を認め、**在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関** に対して情報提供を行った場合

(6) 診療情報の共有に対する評価の新設

点p175, 留p234

- 歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報をかかりつけ医とかかりつけ歯科医との間で共有した場合の評価を新設する

(新) 診療情報連携共有料:120点(3月に1回)

[対象患者]

- ◇ 慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]

- ① 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する
- ② 診療情報提供料(Ⅰ)(同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る)を算定した同一月においては、別に算定できない
- ③ 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合わせに対応できる体制(窓口の設置など)を確保していること

8. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

(7) 医療と障害福祉との連携の推進

点p168, 173, 248, 留p68

- 医療・介護・福祉事業者間での切れ目ない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。

現行

【介護支援連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

【診療情報提供料(I)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、
入退院支援加算1の施設基準についても、同様

改定後

【介護支援等連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

【診療情報提供料(I)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、[障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律\(平成17年法律第123号\)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者](#)等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

9. 医薬品の適正使用の推進

(1) 減薬、長期処方・残薬への対策

(2) 抗菌薬・向精神薬の適正使用

(1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上処方減算を適正化

(2) 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

(3) 向精神薬処方の適正化

◇ 近年、薬の使用に関して残薬や抗菌剤の適正使用等が社会的に問題となった。治療に責任を負うのは医師であるが、医療機関間の連携のほか、患者が薬を適正に使用できるよう支援するために薬剤師(院内・薬局)と連携することや、医師が医薬品の把握のために看護師等に指示をすることが明確になった。

【減薬の取組】

◇ 副作用リスクを増大させる可能性のある薬の重複や多剤投薬を防ぐことが求められている。

【抗菌薬の適正使用の取組】

◇ 薬剤耐性微生物による感染症が世界的に問題となっており、国のアクションプランとして抗菌薬について「適切な薬剤」を「必要な場合に限り」「適切な量と期間」使用することが重要

【向精神薬の適正処方の取組】

◇ ベンゾジアゼピン系向精神薬は承認用量の範囲内でも長期連用によって薬物依存が生じるため、必要以上に長期処方とならないよう適正化を図る必要がある。

【長期処方・残薬の対策】

◇ 前回改定で、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与量が適切に処方されるよう取扱いの明確化が行われた。医師が患者の病態を定期的に診察することは重要な医療行為であるが、長期処方をする場合に患者の服薬状況が把握できなくなる恐れがある等のことから、大病院における投与期間30日以上投薬についての適正化を進めた。

9. 医薬品の適正使用の推進

【長期投薬を減らす取組(再確認)】

留p408, 414

- 前回改定で、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った〔処方料・処方箋料の通知〕
- ◇ 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ず、30日を超える長期の投薬に当たっては、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とともに、病状が変化した際の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に周知する。
- ◇ 上記の要件を満たさない場合は、原則として以下のいずれかの対応を行う。
 - 1) 30日以内に再診を行う
 - 2) 200床以上の医療機関は、患者に対して他の医療機関(200床未満の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
 - 3) 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には分割指示処方箋を交付する

[療養担当規則]

第20条 二

- へ 投与量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し、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする

※1:麻薬、向精神薬、新薬、※2:アルプラゾラム、エスタゾラム、フェンタニル、モルヒネ塩酸塩等、※3:ジアゼパム、ニトラエパム等

9. 医薬品の適正使用の推進

(1) 入院中等の減薬の取組の評価

- 入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、地域包括ケア病棟入院料において、薬剤総合評価調整加算の算定を可能とする（包括範囲から除外）

点p116, 71

＜参考＞ 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 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、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合



- 地域包括診療料等の算定患者が他の保険医療機関に入院または介護老健施設に入所した場合に、入院先の医療機関または入所先の介護老健施設と連携して薬剤の服用状況・薬剤服用歴の情報共有を行うとともに、他の保険医療機関または介護老健施設で処方した薬剤種類数が減少した場合について、評価を新設する（再掲）

地域包括診療料・認知症地域包括診療料

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算

（診療料）点p161-162, 留p205-206
（加算）点p5, 留p21-22

（新）薬剤適正使用連携加算：30点（退院または退所の日を含む月の翌月までに1回）

〔算定要件〕

◇ 以下のすべてを満たすこと

ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供

イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応

ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

9. 医薬品の適正使用の推進

(2) 向精神薬処方適正化①

- 向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲を拡大するとともに、多剤処方時の処方料・処方箋料等の報酬水準を適正化する。

点p403-406

現行	改定
<p>【処方料】20点 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合</p>	<p>【処方料】18点 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合</p>
<p>【薬剤料】 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、所定点数(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)の80/100に相当する点数により算定する</p>	<p>【薬剤料】 1処方につき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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、所定点数(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)の80/100に相当する点数により算定する</p>
<p>【処方箋料】30点 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合</p>	<p>【処方箋料】28点 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合</p>

9. 医薬品の適正使用の推進

(2) 向精神薬処方 of 適正化②

- 一定期間以上、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を、長期にわたって継続して処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化する

(新) 処方料：29点、処方箋料：40点

点p403, 405, 留p410, 415

[算定要件]

平成30年4月以降の処方において、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上連続して同一の用法・用量で処方している場合

ただし、以下のいずれかに該当する医師が行った処方、または当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については除く。

ア 不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師であること

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること

- 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師または看護職員と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価を新設する

処方料・処方箋料

(新) 向精神薬調整連携加算：12点

点p404, 406, 留p412, 415

[算定要件]

直近の処方が向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合

9. 医薬品の適正使用の推進

(3) 処方料等および処方箋様式の見直し①

- 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。
 - ① 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上処方減算を適正化する。(再掲)
 - ② ①に伴い、200床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。(再掲)

点p404-406

【処方料・処方箋料・薬剤料】

注 初診料の注2または注3、外来診療料の注2または注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の~~60/100~~40/100に相当する点数により算定する

点p404, 406

【処方料・処方箋料】

注 診療所または許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患(※糖尿病、高血圧性疾患、胃潰瘍、胃炎など)を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき~~65点~~66点を加算する

- 予め医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

9. 医薬品の適正使用の推進

(3) 処方料等および処方箋様式の見直し②

- ③ 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

様式p944

【分割指示に係る処方箋の様式】

処 方 箋												
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)												
										分割指示に係る処方箋		__分割の__回目
公費負担者番号								保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				

分割指示に係る処方箋 (別紙)	
(発行保険医療機関情報)	
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先	
電話番号 _____	FAX番号 _____
その他の連絡先 _____	
(受付保険薬局情報)	
1回目を受け付けた保険薬局	
名称 _____	
所在地 _____	
保険薬剤師氏名 _____	(印)
調剤年月日 _____	

様式第二号の二

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。
- (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。

➤ 予め医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

様式第二号の二 (第二十三条関係)

(別紙) 新たな処方箋の様式

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の回数

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日	明大昭平 年 月 日	男・女	電話番号
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード

交付年月日	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

9. 医薬品の適正使用の推進

点p69, 留p90
施告p668, 施通p749-750

(4) 感染防止対策加算の要件の見直し

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算:100点(入院初日)

[算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

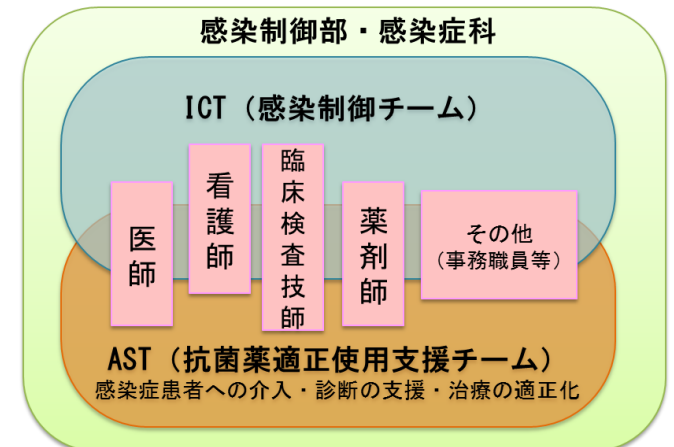
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



9. 医薬品の適正使用の推進

(5) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

点p160, 163, 留p199, 207-208
施告p793, 795, 施通p847, 850

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算:80点

[算定要件]

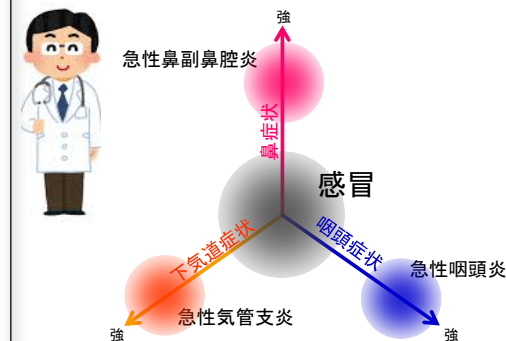
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。

・改善しない場合の再受診を、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

留p20, 21, 199, 205, 206, 207

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、薬剤服薬歴管理指導料又は小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

10. 後発医薬品の使用促進

(1) 後発医薬品使用体制加算の見直し

点p69-70, 留p95
施告p669-670, 795, 施通p753

- 新たな後発医薬品数量シェア目標を踏まえ、医療機関における後発医薬品使用体制加算および外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品使用率の要件を見直す

現行

後発医薬品使用体制加算1: 42点 (70%以上)
後発医薬品使用体制加算2: 35点 (60%以上)
後発医薬品使用体制加算3: 28点 (50%以上)

改定

後発医薬品使用体制加算1: **45点** (**85%以上**)
後発医薬品使用体制加算2: **40点** (**80%以上**)
後発医薬品使用体制加算3: **35点** (**70%以上**)
後発医薬品使用体制加算4: **22点** (**60%以上**)

現行

【処方料】

外来後発医薬品使用体制加算1: 4点 (70%以上)
外来後発医薬品使用体制加算2: 3点 (60%以上)

改定

【処方料】

外来後発医薬品使用体制加算1: **5点** (**85%以上**)
外来後発医薬品使用体制加算2: **4点** (**75%以上**)
外来後発医薬品使用体制加算3: **2点** (**70%以上**)

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しに伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

(2) 一般名処方加算の見直し(再掲)

点p406, 留p415

- 一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう一般名処方加算の評価を見直す

処方箋料 一般名処方加算1: 3点 → 6点
一般名処方加算2: 2点 → 4点

【算定要件】

加算1: 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合に算定

加算2: 交付した処方箋に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

- 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、処方箋にその理由を記載する

11. リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加

施告p823

- 長期間のリハビリテーションを要する患者および回復期リハビリテーション病棟退棟後一定期間の患者について、疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象に追加する（再掲）

[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等の算定日数の上限の除外対象患者]

- ◇ 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合
失語症、失認または失行症、高次脳機能障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷および多部位外傷、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、心筋梗塞、狭心症、軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後1年以内のもの）、外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のもの）、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く）、その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し

施告p822, 施通P436

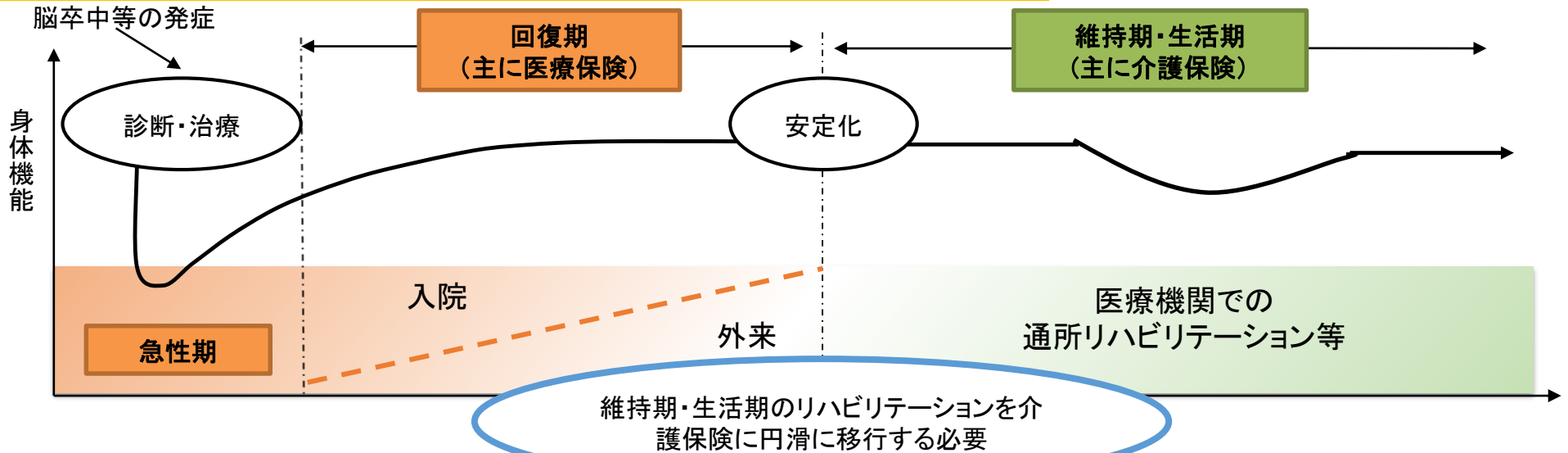
- 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者について、器質変化による構音障害を有する患者は顎・口腔の先天異常に限定されていることから、後天的な器質変化に起因する構音障害を有する患者も対象となるように見直す

[脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者]

- (1) 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患またはその手術後の患者
- (2) 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者
- (3) 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者
- (4) パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の神経筋疾患の患者
- (5) 失語症、失認、失行ならびに高次脳機能障害の患者
- (6) 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う難聴・言語機能の障害を有する患者
- (7) 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
- (8) 舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者

11. リハビリテーション

(3) 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①(再掲)



平成30年度改定での見直し

医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の算定日数上限を緩和
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価

医療保険と介護保険の双方で見直し

- 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

計画書

計画書

計画書

11. リハビリテーション

(3) 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②(再掲)

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

点p644, 留P437, 439, 442

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

点p428, 留P447

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1:275点

(新) 電子化連携加算 :5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

施通p880-886, 様式p1056-1057,

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

11. リハビリテーション

点p428, 留P447-449

(4) 医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し①(再掲)

- 従来のリハビリテーション総合計画提供料の評価を再編し、リハビリテーション実施計画書の提供でも算定可能となるよう、リハビリテーション計画提供料を新設する
- リハビリテーション計画提供料において、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している患者について、通所リハビリテーションに係る計画等を提供した場合を評価する。また、介護保険のデータ収集等事業で活用可能な電子媒体でリハビリテーションに係る計画等を提供した場合の加算を新設する

現行

【リハビリテーション総合計画提供料】 100点

(新設)

(新設)

(新設)

[算定要件]

退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション総合実施計画書を提供した場合



改定

(削除)

【リハビリテーション計画提供料1】 275点

[算定要件]

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を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【電子化連携加算】 5点

[算定要件]

「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【リハビリテーション計画提供料2】 100点

[算定要件]

入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

(4) 医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し②(再掲)

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保健のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】 300点

[算定要件]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者

(新設)



改定

【リハビリテーション総合計画評価料1】 300点

[算定要件]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

【リハビリテーション総合計画評価料2】 240点

[算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

点p116-117, 留p134-135
施告p678, 施通p779

(1) 緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行

【緩和ケア病棟入院料】

30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後

【緩和ケア病棟入院料】

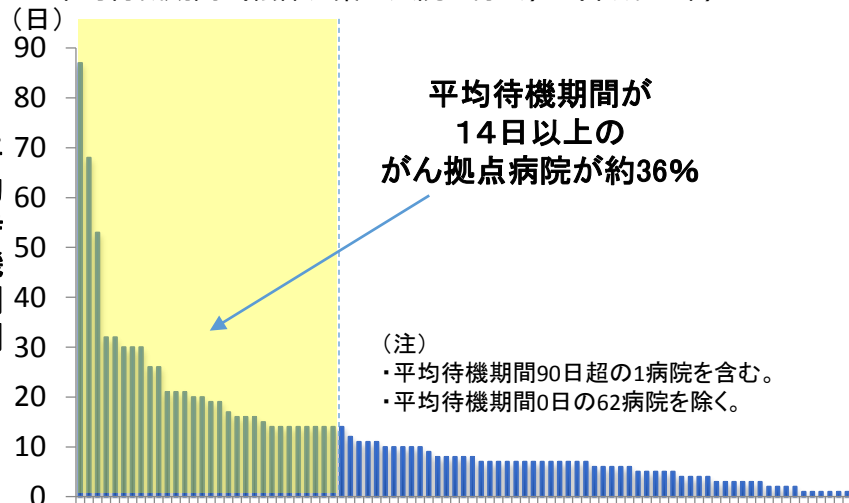
(新) 緩和ケア病棟入院料1

30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点

(新) 緩和ケア病棟入院料2

30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



[入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

ア 直近1年間の平均在棟日数が30日未満かつ平均待機期間が14日未満であること

イ 直近1年間において、在宅に移行した患者が退院患者全体の15%以上であること

[入院料2の施設基準]

現行と同様

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(2) 緩和ケア診療加算の要件の見直し・新たな評価

留p81, 82

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。

現行(対象患者)

悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

[末期心不全の患者の基準]

- ア 心不全に対して適切な治療が実施されている
- イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
- ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること



改定後(対象患者)

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は**末期心不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

- エ 左室駆出率20%以下である場合
- オ 医学的に終末期であると判断される状態
- カ エまたはオに掲げる場合に準ずる状態
- ※ ア～ウに該当し、かつ、エ～カのいずれかに該当

- 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

点p67, 留p82, 施告p666, 施通p741

(新) 個別栄養食事管理加算:70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載する、又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(3) 医療用麻薬等に係る見直し

医療用麻薬の投薬期間の緩和

- がんの疼痛療法で通常用いられる内服の医療用麻薬について、投薬期間の上限を緩和する。

告p952

現行

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

- (1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)

(中略)

- (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)



改定後

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

- (1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)

(中略)

- (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)

在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価

- がん患者の在宅療養の質を充実させる観点から、末期のがん患者に対するターミナルケアとして行われる酸素療法について、診療報酬上の評価を新設する。

点p240, 241, 留p269

在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算

(新) 酸素療法加算: 2,000点

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①(再掲)

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

留p36

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%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40%減額

入院料から35%減額

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

入院料から20%減額

入院料から15%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10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

留p622

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]
外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]
外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

点p166-167, 留p212-213
施告p794, 施通p851

(5) がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新) **療養・就労両立支援指導料: 1,000点**
相談体制充実加算: 500点



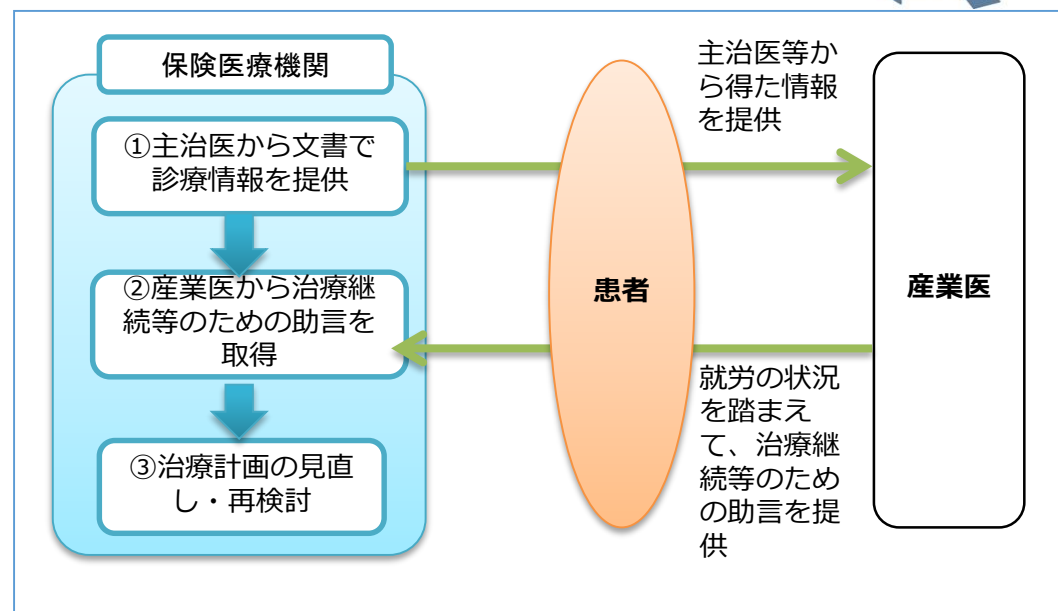
[算定要件]

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



[両立支援の流れ(イメージ)]

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(6) がんゲノム医療に係る評価

点p68, 留p87
施通p745

がんゲノム医療中核拠点病院の評価

- がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、がんゲノム医療中核拠点病院が新たに指定されることを踏まえ、がんゲノム医療を提供する体制を評価する。

がん拠点病院加算

(新) がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算:250点(入院初日)

[施設基準]

がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、パネル検査の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を備えた、がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。



<がんゲノム医療中核拠点病院>

「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」(平成30年2月14日)において以下の医療機関が選定され、同年2月16日に厚生労働大臣により指定された。

- ・ 北海道大学病院
- ・ 慶應義塾大学病院
- ・ 名古屋大学医学部附属病院
- ・ 岡山大学病院
- ・ 東北大学病院
- ・ 東京大学医学部附属病院
- ・ 京都大学医学部附属病院
- ・ 九州大学病院
- ・ 国立がん研究センター東病院
- ・ 国立がん研究センター中央病院
- ・ 大阪大学医学部附属病院

※ 指定期間は平成30年4月1日から平成32年3月31日までの2年間

遺伝カウンセリング加算の充実

点p330, 留p365, 施告p803, 施通p869

- 遺伝カウンセリング加算の評価を充実するとともに、遺伝学的検査実施後のカウンセリングに加えて、検査実施前に、検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うことを要件とする。

現行

遺伝カウンセリング加算(月1回) 500点



改定後

遺伝カウンセリング加算(月1回) 1,000点

13. 認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における身近な相談役に対する評価

- 認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言 ↓ ↑ 紹介

かかりつけ医による日常的な医学管理に対する評価

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設



診断等

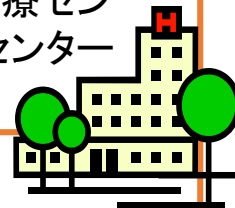
紹介



専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

- 新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

- 認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化
- 認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長
- 病棟における摂食機能療法の算定を可能に
- 入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

- 重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

- 認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

13. 認知症の者に対する適切な医療の評価

(1) 認知症治療病棟に係る評価の見直し

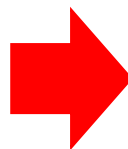
点p118, 留p141, 施告p681, 施通p786

- 認知症治療病棟の入院期間の現状を踏まえ、認知症夜間対応加算(※)の算定できる期間を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を算定の要件とする。

※ 病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

現行

入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算



改定後

当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 30日以内の期間	84点
ロ 31日以上の期間	40点

- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を入院後1か月から入院後1年に延長する。

点p429

- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする(包括範囲から除外)。

点p118

- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

施通p785, 786

現行

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。



改定後

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。
ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。

13. 認知症の者に対する適切な医療の評価

(2) かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価の見直し(一部再掲)

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料:450点(6月に1回)

点p171, 留p222,



[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2:300点(月1回)(6月に限る)

点p171, 留p221,

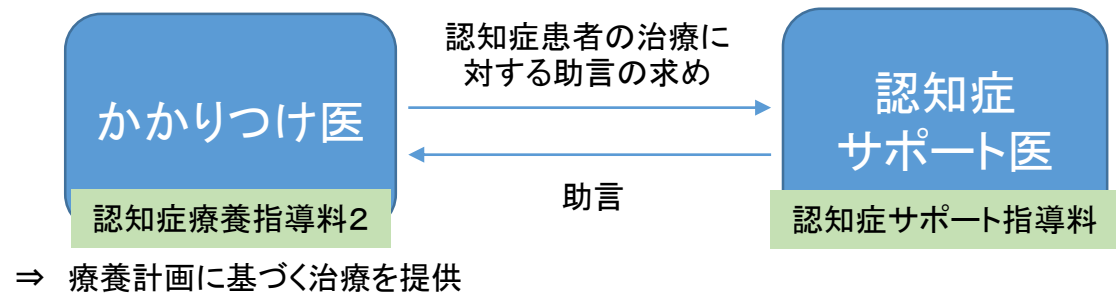
(新) 認知症療養指導料3:300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

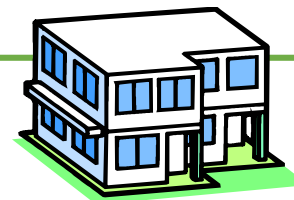
14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

退院後

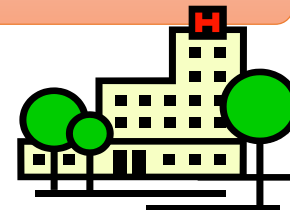
- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後



- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(1) 精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算: 600点(退院時)

点p67, 留p83,



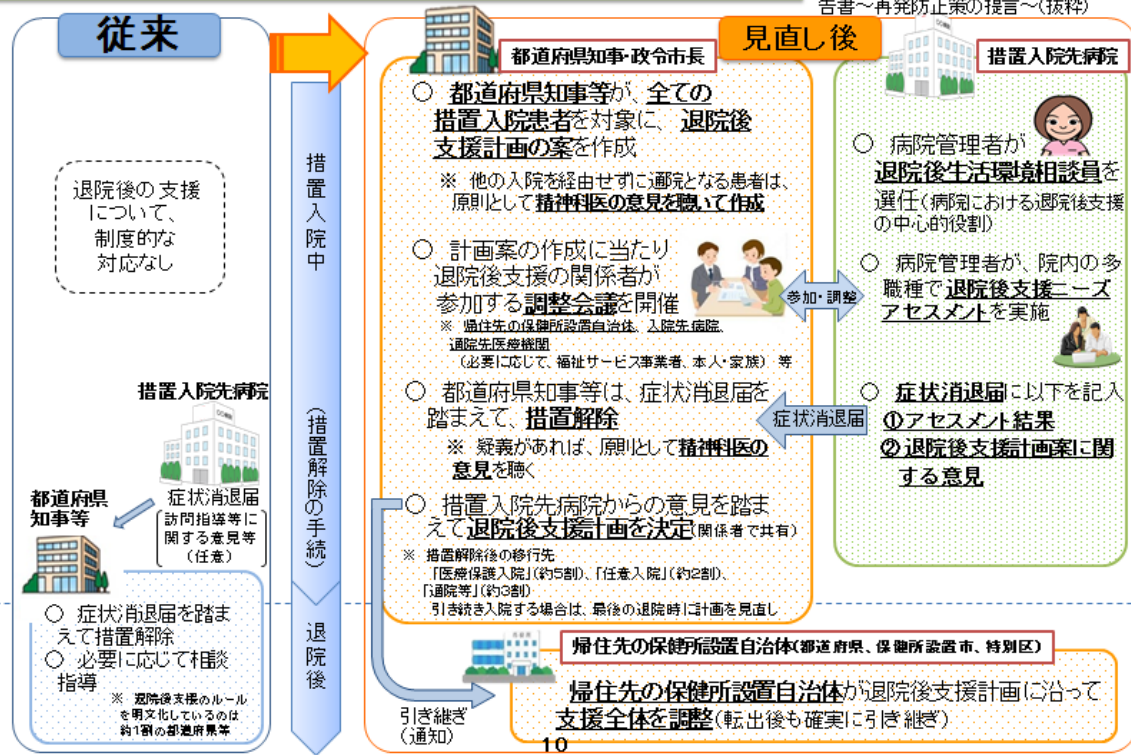
[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、**措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任**すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、**多職種で共同して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う**こと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、**退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出**すること。

退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応について

相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム報告書～再発防止策の提言～(抜粋)



14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(2) 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

点p456, 留p463-467,

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

イ 初診の日において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等が 30分以上行った場合 600点

ロ イ以外の場合

- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点

ロ 初診の日において60分以上行った場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

通院精神療法

(新) 措置入院後継続支援加算:275点(3月に1回)

[算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る総合調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

点p460, 留p488, 施告p809, 施通p898

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

[対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 精神科を標榜する保険医療機関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。）
- イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
ハ 重症患者等以外	2,030点	1,248点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者 **又は自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者**
- (2) 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時 **又は算定時**におけるGAF尺度が40以下の者

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

点p460, 留p488, 施告p809, 施通p898

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。

- (1) 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の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
- (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
- (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。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(抜粋)] 以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

[算定要件]

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。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。
- (2) 「ロ」については、(1)のAに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
イ 上記チーム及び保健所又は精神保健福祉センター等と共同して月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。
- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

[施設基準(抜粋)] 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(4) 精神障害を有する者への重点的支援

訪看告p1002, 訪看ST告p1020,

- 在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の算定区分を見直し、加算の名称を変更するとともに、評価を充実する

【精神科重症患者支援管理連携加算】

- イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者に定期的な指定訪問看護を行う場合：8400円
- ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者に定期的な指定訪問看護を行う場合：5800円

- 精神科複数回訪問加算について、在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するために算定対象を見直す

(5) 発達障害に対する診療の評価

点p458, 留p476,

- 小児特定疾患カウンセリング料について、心療内科の医療機関が算定できるように見直すとともに、対象患者の範囲を18歳未満の患者に拡大する
- 少人数で行われる精神科ショート・ケアについて、青年期の自閉症スペクトラムの患者等、一定の状態にある患者グループに対して、共通の目的のために、一定期間、計画的に提供される専門的なプログラムに係る加算を新設する

精神科ショートケア 小規模なもの

(新) 疾患別等専門プログラム加算：200点(1回につき)(6か月間に限る)

[算定要件]

一定の状態にある患者グループに対して、治療開始時に一連のプログラムに係る目的、内容、スケジュール、修得すべき能力等について、文書及び口頭で患者に説明した上で精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り患者1人につき週に1回を限度として算定(ただし、精神科医が特に必要性を認めた場合に限り、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(6) 認知行動療法の評価の見直し

点p457, 留p469, 施告p808, 施通p894

- 認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、精神保健指定医が行った場合の評価を廃止するとともに、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

現行

【認知療法・認知行動療法】

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
- 2 1以外の医師による場合 420点
- 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合 350点

[認知療法・認知行動療法3の施設基準]

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
- (2) 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。
 - ア 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、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
(中略)
 - ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 - (イ)～(ロ)(略)
 - (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。
- (二) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

改定後

【認知療法・認知行動療法】

(削除)

- 1 医師による場合 480点
- 2 医師と看護師が共同して行う場合 350点

[認知療法・認知行動療法2の施設基準]

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
- (2) 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。
 - ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における精神科の外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
(中略)
 - ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 - (イ)～(ロ)(略)
 - (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

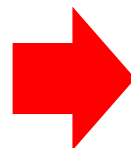
(7) 入院精神療法の評価の充実

点p456, 留p462,

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

現行

入院精神療法(I) 360点
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。



改定後

入院精神療法(I) **400点**
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

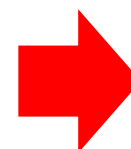
(8) 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

点p456, 留p462,

- 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設す

現行

- 1 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 3,000点
- 2 1以外の場合 150点



改定後

- 1 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 **2,800点**
 - 2 1以外の場合 150点
- 注 麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。**

(9) 精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

- 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神科病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算

- あわせて、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算の移行率の基準を、現行の7割から7割5分に引き上げる。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(10) 精神科救急入院料の算定要件の見直し

点p117, 留p135, 施告p678, 施通p780

- 精神科救急入院料について、地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。

① 時間外等における外来の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

現行(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域(※)における人口万対 2.5件以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

※ (イ) 当該医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含む。) (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

新規入院患者のうち6(4)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。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

改定後(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150(120)件以上、又は地域(※)における人口万対 1.87(1.5)件以上。そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者)の件数が 30(25)件以上又は2割以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40(30)件以上又は地域(※)における人口万対0.5(0.37)件以上。そのうち8(6)件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

[経過措置] 平成 30年3月 31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成 31年3月 31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

- 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限(当該病院の精神病床数が300床以下の場合には 60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下)を設ける。

[経過措置] 平成 30年3月 31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(11) 精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

- 精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料を算定する病棟における看護職員の手厚い夜間配置を評価し、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組を行うことにより、急性期の患者に対し適切な医療が提供できる体制を確保する。また、シフト勤務への配慮等の約款の勤務負担軽減に資する取組を行い、精神科の急性期病棟の看護職員の夜間の負担軽減を図ることを促進する

(新) 看護職員夜間配置加算:55点(1日につき)

点p117, 留p135, 施告p679, 施通p780

点p118, 留p138, 施告p679, 施通p783

[算定要件]

入院した日から起算して30日を限度として、所定点数(精神科救急入院料、精神科救急・合併入院料)に加算する

[施設基準]

- (1) 夜勤を行う看護職員の数は、常時16対1以上であること。
- (2) 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること
- (3) 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること
- (4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること

[留意事項]

- (1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない
- (2) 当該加算を算定する病院は、行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行うこと
- (3) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(12) 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外

- 精神科入院患者の地域移行を推進するため、次の入院料について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外する。
- また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

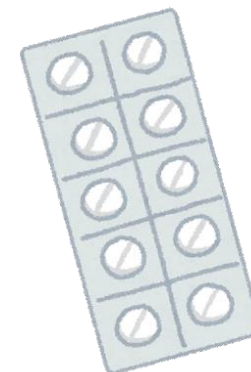
[対象]

留p136, 施告p687

- 精神療養病棟入院料
- 精神科救急入院料
- 地域移行機能強化病棟入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料

※ 非定型抗精神病薬加算

入院中の統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、1日につき15点を加算



<参考> クロザピンについて

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症の治療薬として世界各国で販売されている内服薬。治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症で、本邦での頻度は約1%。

⇒ 緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

※ 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

- ・ CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的。
- ・ クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援。
- ・ 日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売を承認。
- ・ 医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医との連携が必要。

4. 統合失調症患者におけるクロザピンの処方率の各国比較

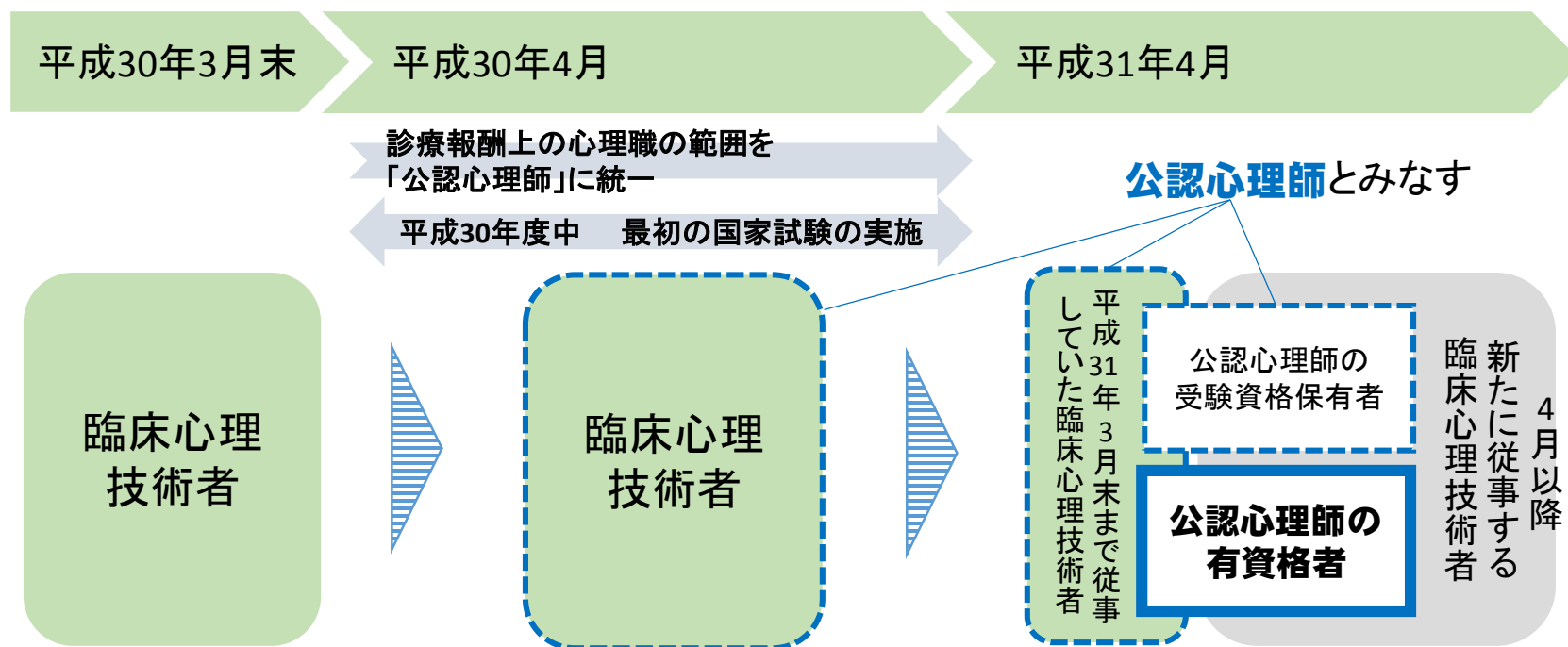
- ・ クロザピン処方の普及が先行している国では、統合失調症患者のうちクロザピンの使用割合は、25~30%程度である一方で、日本の処方率は0.6%。

14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(13) 公認心理師の評価

留p51等

- 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一する。
- 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の「臨床心理技術者」に該当する者を、公認心理師とみなす。
- 平成31年度以降、当面の間、以下のいずれかに該当する者を公認心理師とみなす。
 - (1) 平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者
 - (2) 平成31年4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者



14. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(14) 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

- 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。

点p172, 留p223, 224, 施告p797, 施通p856

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1:1,000点(月1回)

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2:750点(月1回)

産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

※ 精神療法を実施されている患者に限る

15. 難病患者に対する適切な医療の評価

(1) 遺伝学的検査の対象疾患の追加

➤ 認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する

現行	
遺伝学的検査	3,880点



改定	
遺伝学的検査	
1 処理が容易なもの:	3,880点
2 処理が複雑なもの:	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの:	8,000点

[対象疾患] 3疾患を追加
先天異常症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群
[算定要件]
(略)

点p324, 留p346, 施告p802, 施通p867

- ② 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること
- ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げるガイダンスに加え、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（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する
- ④ 「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう
- ⑤ 「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう
- ⑥ 「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう

(2) スティーヴンス・ジョンソン症候群と中毒性表皮壊死症の眼後遺症

➤ スティーヴンス・ジョンソン症候群と中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを使用する治療法を保険適用の対象とし、当該コンタクトレンズの装用を目的として行った眼科学的検査は、「コンタクトレンズ検査料」ではなく、眼科学的検査を算定できることとする

留p378

【コンタクトレンズ検査料】
[算定要件]

- (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、（中略）、スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくは中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあっては、当該点数を算定せず、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査により算定する

16. 小児医療の充実



入退院支援の一層の推進

- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。
- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室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。

小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

- 小児入院医療管理料1及び2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」及び「緩和ケア診療加算」の算定を可能とする。

小児かかりつけ診療料の見直し

- 医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

小児科療養指導料の見直し

- 対象患者に、医療的ケアが必要な児に該当する患者を追加するとともに、患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とする。
- 小児科医が作成する治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能となるよう、取扱いを明確化する。

学校への情報提供に係る評価

- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

16. 小児医療の充実(入院)

(1) 小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

- 小児入院医療管理料1及び2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」及び「緩和ケア診療加算」の算定を可能とする。 点p114

(2) 小児慢性特定疾患に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室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。 点p112, 留p123

(3) 小児に対する入退院支援の充実(一部再掲)

- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態および小児における退院困難な場合を加える 留p99
[虐待を受けている又はその疑いがあること]
[生活困窮者であること] 施通p756
- 入退院支援加算1の施設基準の1つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算(15歳未満)を新設する

入退院支援加算1、2

(新) 小児加算:200点(退院時1回)

点p71

【入退院支援加算1】【施設基準】

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数
- ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

16. 小児医療の充実(かかりつけ医①)

(4) 小児かかりつけ診療料の見直し(再掲)

留p207

- 医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。



(5) 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進(再掲)

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のための加算を新設する。

(小児科外来診療料) 点p160, 留p190

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算: 80点

(小児かかりつけ診療料) 点p163, 留p207

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料、**小児科外来診療料**、**小児かかりつけ診療料**を算定する場合は、

① **抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること**

② **「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うこと**を要件として追加する。

留p13, 199, 190, 207

16. 小児医療の充実(かかりつけ医②)



(6) 小児療養指導料の見直し

- 小児科療養指導料の対象患者に、医療的ケアが必要な児に該当する患者(児童福祉法第56条の6第2項に規定する医療的ケア児に該当する状態)を追加するとともに、患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とする。 留p183
- 小児科医が作成する治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能となるよう、取扱いを明確化する。(現行は小児科を担当する医師が指導) 留p183

(7) かかりつけ医と連携した小児の運動器疾患に対する医学管理の評価

- 小児の運動器疾患に対する適切な診療を提供するため、かかりつけの医師からの依頼を受けて、整形外科医が継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する

(新) 小児運動器疾患指導管理料: 250点(6月に1回) 点p159, 留p197, 施告p793, 施通p847

[算定要件]

かかりつけの医師からの紹介を受けて受診した6歳未満の患者であって、脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患を有する者について、小児の運動器疾患について専門的な知識を有する医師が療養上の指導を実施した場合

[施設基準]

- ◇ 以下のすべての要件を満たす常勤医師が1名以上配置されていること
 - (1) 5年以上の整形外科の診療に従事していること
 - (2) 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること
 - (3) 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有していること
 - (4) 必要に応じて、自施設または連携にて入院可能な体制を有していること



16. 小児医療の充実

(8) 医療的ケアが必要な児への対応①(再掲)

➤ 在宅で療養しながら生活する小児への支援を充実するために、医療的ケアが必要な児においては、長時間訪問看護加算の算定が週1日から週3日まで拡大する ※在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行


【訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
長時間訪問看護加算(週1日まで)
[算定対象]
(1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
(2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
(3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
長時間訪問看護加算(週3日まで)
[算定対象]
上記の(1)



改定後

告p1020

【訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
長時間訪問看護加算(週1日まで) 留p283
[算定対象]
(1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
(2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
(3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
長時間訪問看護加算(週3日まで)
[算定対象]
上記の(1)及び(2) **(15歳未満の小児)**



【特掲診療料の施設基準 別表8】



- 1 在宅悪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
在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 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

➤ 乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価を充実する。

現行

【訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
乳幼児加算・幼児加算 500円
在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
乳幼児加算・幼児加算 50点



改定後

告p1000

【訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
乳幼児加算 点p247 **1,500円**
【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物訪問看護・指導料】
乳幼児加算 **150点**

16. 小児医療の充実

(8) 医療的ケアが必要な児への対応②(再掲)

➤ 訪問看護ステーションが喀痰吸引等の業務を行う介護職員等の支援を行った場合の連携に関する評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

告p1002, 通p1014

(新) 看護・介護職員連携強化加算: 2,500円

(在宅患者訪問看護・指導料／同一建物訪問看護・指導料／精神科訪問看護・指導料)

(新) 看護・介護職員連携強化加算: 250点

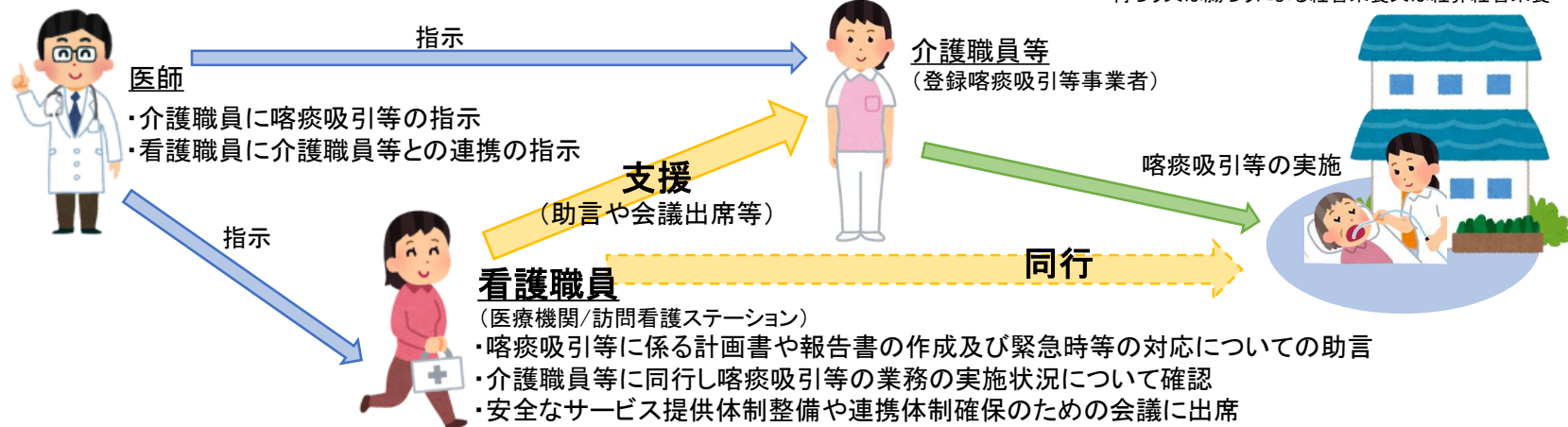
点p249, 留p288

点p460, 留p484

[算定要件]

- ① 訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、利用者の病態の変化に応じて、医師の指示の下、支援・連携した場合に算定。
 - ・ 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
 - ・ 介護職員等に同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況について確認
 - ・ 利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席
- ② 当該加算は①の介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。
- ③ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。
- ④ 当該加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養



16. 小児医療の充実

(9) 発達障害に対する診療の充実(再掲)

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、心療内科の医療機関において小児特定疾患カウンセリング料を算定可能とする等の要件の緩和を行う。

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

15歳未満の心理的発達の障害等の患者

改定後

点p152, 留p182, 施告p818

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

18歳未満の心理的発達の障害等の患者

- 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に対し、一定期間、計画的に実施される専門的な精神科ショート・ケアについて、評価を新設する。

点p458, 留p476

精神科ショート・ケア

(新) 疾患別等専門プログラム加算:200点

[算定要件]

青年期の患者に対し、当該患者と類似の症状を有する複数の患者とともに、目的、目標、スケジュール、実施内容等を定めた治療計画に基づき、精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り、週に1回を限度として算定(精神科医が必要と認めた場合、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

17. 周産期医療の充実

入院

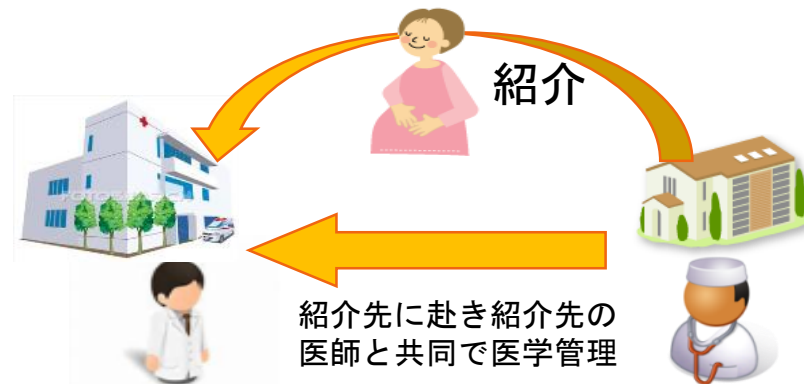
これまでの取組

○ハイリスク妊娠管理加算
合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価

○ハイリスク分娩管理加算
合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理評価



○ハイリスク妊産婦共同管理料
合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価



紹介先に赴き紹介先の
医師と共同で医学管理

外来

新たな取組

○妊婦の外来診療について、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する**妊婦加算を新設**する



○精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、**産科、精神科及び自治体の多職種が連携**して患者の外来診療を行う場合の評価を新



○乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、**乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合の評価を新設



17. 周産期医療の充実

(1) 外来における妊婦加算の新設(再掲)

- 妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する妊婦加算を新設する。 点p3, 留p15

初診料 (新) 妊婦加算(時間外/休日/深夜): 75点(200点/365点/695点) 等
 再診料・外来診療料 (新) 妊婦加算(時間外/休日/深夜): 38点(135点/260点/590点) 等

点p4, 5, 留p18

(2) 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価(再掲)

- 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。 点p172, 留p223, 224, 施告p797, 施通p856

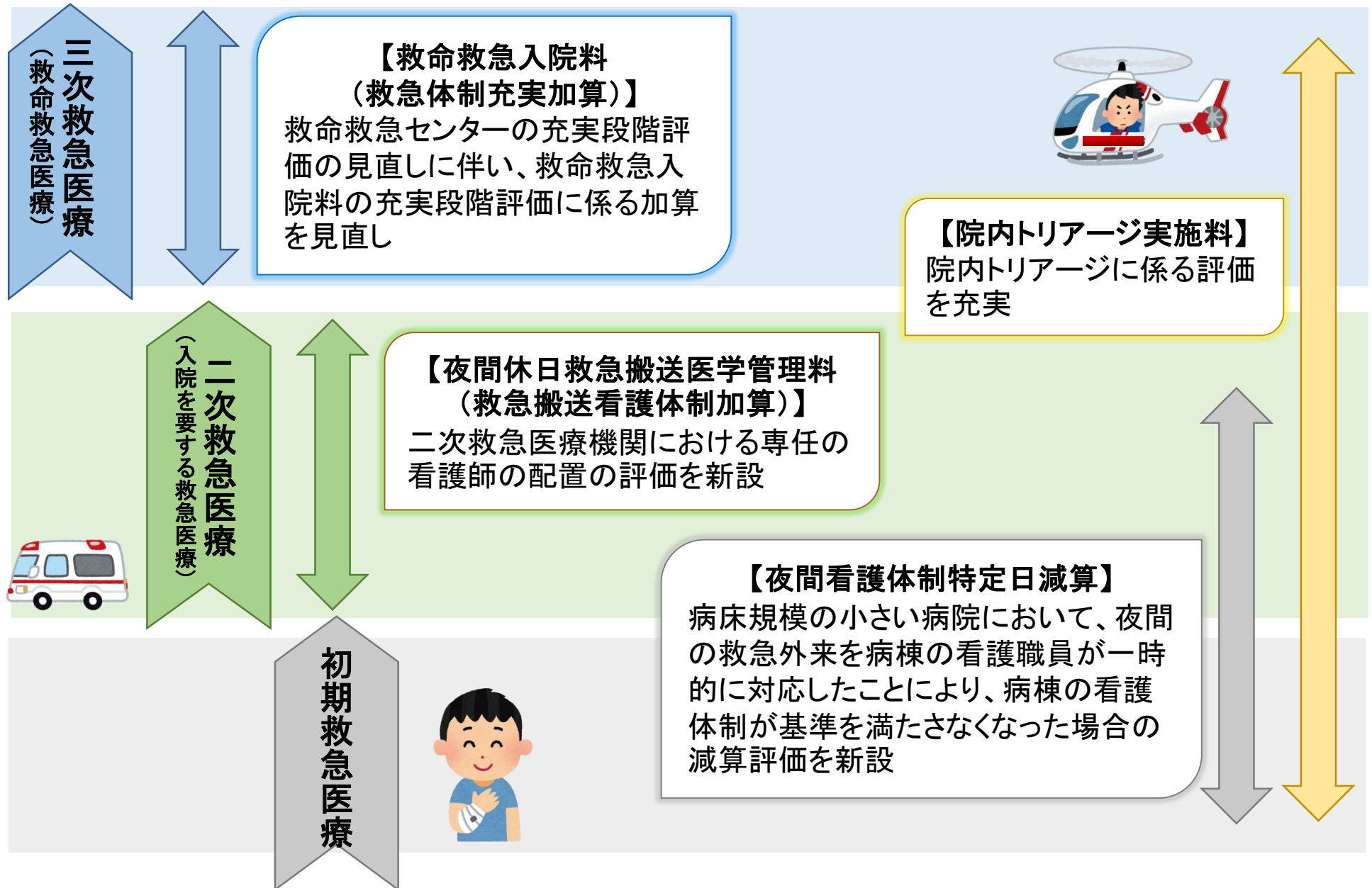
(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1: 1,000点(月1回)

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2: 750点(月1回)

産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

※ 精神療法を実施されている患者に限る

18. 救急医療の充実



18. 救急医療の充実

(1) 小規模病院における夜間救急外来対応

- 病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の入院基本料の減算評価を新設する。

(新) 夜間看護体制特定日減算 (入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

点p25, 28, 29, 31, 32, 116, 施通717, 778

※ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料

[算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が2未満となった日。

- ③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、看護職員1を含む2以上とし、当該病棟の入院患者数が30人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は1以上であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現行

病棟の看護職員が1名となり、施設基準を満たさないため、入院料の変更届出が必要となる。



改定後

病棟に看護職員1名と看護補助者1名が残っているため、当該日のみ夜間看護体制特定日減算を算定する。

2階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



1階病棟 (療養病棟)

入院患者数:35人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要



※ 病棟業務の一環として、院内の病棟外の場所に入出入りする場合はこの限りではない

※ 現場で柔軟な運用がなされている現状があり、今回の改定により厳しくなるようなことのないよう、厚生労働省に対応を要請

18. 救急医療の充実

(2) 救命救急入院料における充実段階評価の見直し

- 救命救急センターの充実段階評価の見直しに伴い、救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直す。 点p111, 施告p672, 施通p764

現行(救命救急入院料の加算)

充実段階評価A	1,000点(1日につき)
充実段階評価B	500点(1日につき)



改定後(救命救急入院料の加算)

<u>イ 救急体制充実加算1</u>	<u>1,500点(1日につき)</u>
※ 充実段階評価S	
<u>ロ 救急体制充実加算2</u>	<u>1,000点(1日につき)</u>
※ 充実段階評価A	
<u>ハ 救急体制充実加算3</u>	<u>500点(1日につき)</u>
※ 充実段階評価B	

[経過措置]平成30年3月31日にこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関は平成31年3月31日までは従前の例による

(3) 夜間救急における外来看護体制の充実

- 二次救急医療機関における重症救急患者の受入れに対応するため、専任の看護師を配置している場合の評価を、夜間休日救急搬送医学管理料に新設する。 点p160, 施告p793, 施通p849

(新) 救急搬送看護体制加算:200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。
- ② 専任の看護師が配置されていること。



- 院内トリアージ実施料の評価を充実する。 点p160

※ 専任の看護師は兼務できる

現行

【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	100点
----------------------------	------



改定後

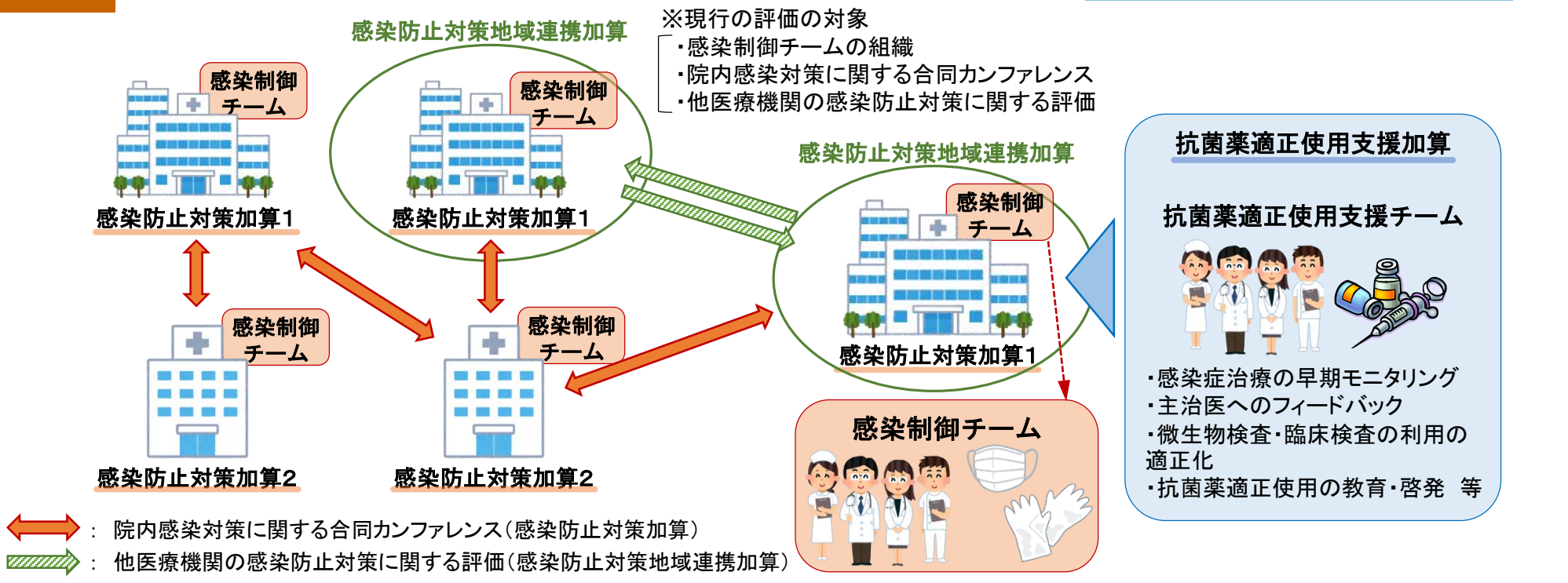
【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	300点
----------------------------	------

19. 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組**を行っていることを要件化



19. 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

(1) 感染防止対策加算の要件の見直し(再掲)

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

点p69, 施告p668, 施通p749

(新) 抗菌薬適正使用支援加算:100点(入院初日)

[算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

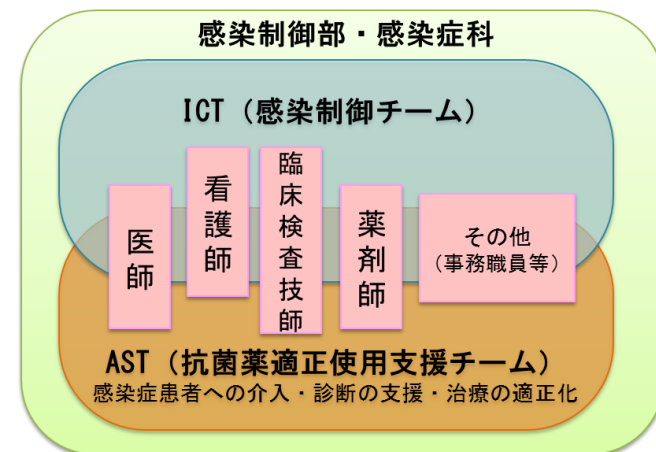
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



19. 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

(2) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進(再掲)

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

点p160, 留p190

点p163, 留p207

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算:80点

[算定要件]

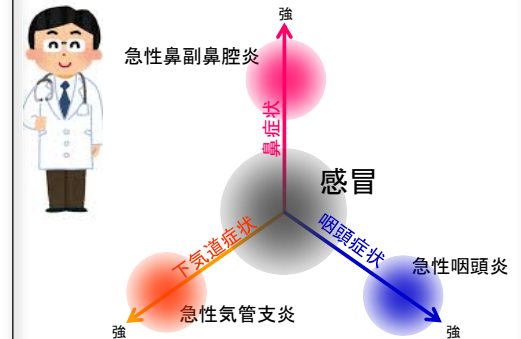
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。

・改善しない場合の再受診を「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

留p13, 199, 190, 207

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

19. 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

(3) 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➤ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算

点p69, 施告p668, 施通p747

(新) 医療安全対策地域連携加算

イ 医療安全対策地域連携加算1:50点(入院初日)

ロ 医療安全対策地域連携加算2:20点(入院初日)

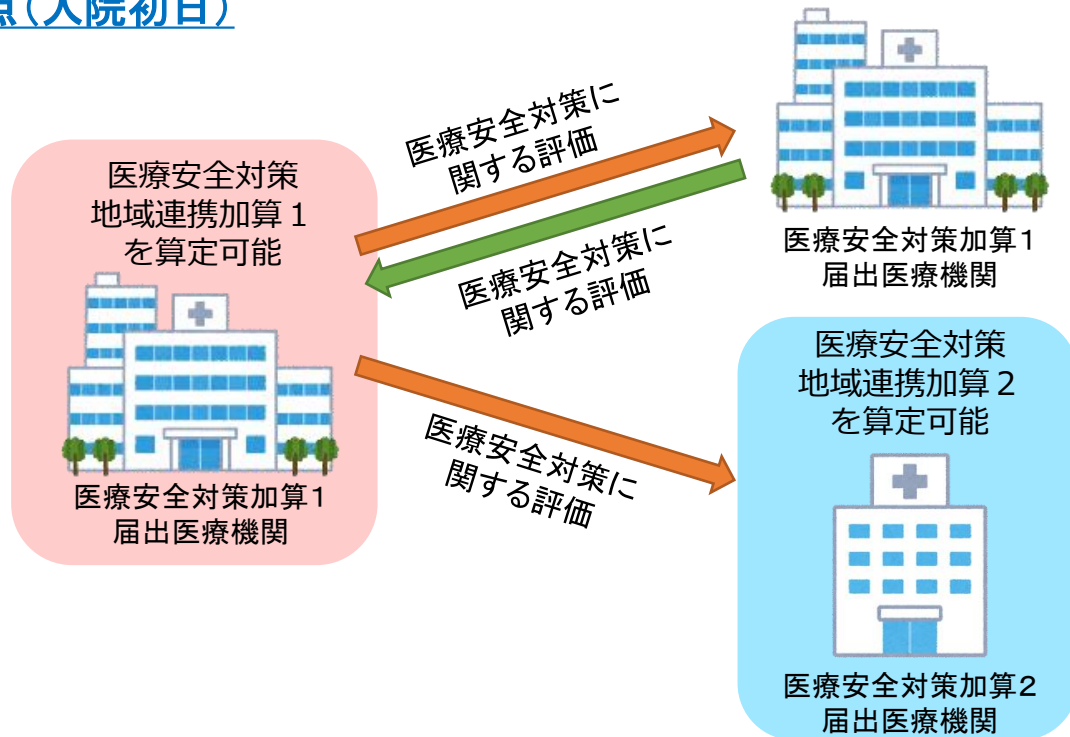
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する**専任の医師**又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した**専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。**
- (4) 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



点p68

現行

1	医療安全対策加算1	85点
2	医療安全対策加算2	35点



改定後

1	医療安全対策加算1	85点
2	医療安全対策加算2	30点

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(1) 質の高い臨床検査の適切な評価①

点p324, 留p346, 施告p802, 施通p867

- 遺伝学的検査の評価を細分化しつつ、適切なものとするとともに、対象疾患を追加す

現行
【遺伝学的検査】 遺伝学的検査：3,880点



改定	
【遺伝学的検査】 遺伝学的検査	
1 処理が容易なもの	: 3,880点
2 処理が複雑なもの	: 5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	: 8,000点

[算定要件]

- ② 検査の実施に当たっては、[個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」\(平成29年4月\)](#)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること
- ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げる[ガイダンス](#)に加え、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(支)局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する
- ④ 「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう
- ⑤ 「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう
- ⑥ 「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(1) 質の高い臨床検査の適切な評価②

[対象疾患]

ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

- ① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス
- ② 福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症
- ③ 栄養障害型表皮水泡症及び先天性QT延長症候群

イ PCR法による場合に算定できるもの

- ① 球脊髄性筋萎縮症
- ② ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌

ウ ア、イ及びエ以外のもの

- ① 筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴
- ② フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症
- ③ メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症及びロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ 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(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

- ① ライゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群
- ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスモンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び[先天異常症候群](#)
- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群(血管型)、[遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群](#)

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(2) 麻酔科の診療に係る評価の見直し①

【課題】

- 麻酔科においては、外部から派遣される医師の活用が進んでいる一方で、その課題も指摘されている。
- 麻酔科における診療の質を高める観点からは、1)手術前後も含めた総合的な医学管理、2)院内における他の診療科及び他職種との連携の視点からの診療をより推進すべきと考えられる。

➤ 麻酔科の診療に係る評価について、診療の質を高める観点から、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう、見直しを行う。

点p608

現行

マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者／それ以外)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点／18,300点
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点／12,200点
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点／9,150点
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点／6,710点
5 その他の場合	8,300点／6,100点



改定後

マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者／それ以外)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点／ <u>18,200点</u>
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点／ <u>12,100点</u>
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点／ <u>9,050点</u>
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点／ <u>6,610点</u>
5 その他の場合	8,300点／ <u>6,000点</u>

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(2) 麻酔科の診療に係る評価の見直し②

➤ 常勤の麻酔科医による総合的な医学管理及び長時間の閉鎖循環式全身麻酔を評価する。

現行	
麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等／閉鎖循環式全身麻酔)
(I)	200点／ 900点
(II)	100点／ 300点

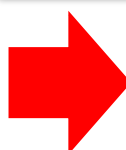
点p609



改定後	
麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等／閉鎖循環式全身麻酔)
(I)	250点／ 1,050点
(II)	150点／ 450点

現行	
麻酔管理料(I)長時間麻酔管理加算	7, 500点
[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げる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時間を超えた場合	

点p609



改定後	
麻酔管理料(I)長時間麻酔管理加算	7, 500点
[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、 K142-2の1 、K151-2、 K154-2 、 K169の1 、 K172 、K175の2、 K177 、 K314の2 、K379-2の2、 K394の2 、K395、 K403の2 、 K415の2 、 K514の9 、 K514-4 、 K519 、 K529の1 、 K529-2の2 、 K552の1 、 K553の3 、 K553-2の2 、 K553-2の3 、 K555の3 、K558、 K560の1のイからK560の1のハまで 、 K560の2 、 K560の3のイからK560の3のニまで 、 K560の4 、K560の5、 K560-2の2のニ 、 K567の3 、K579-2の2、 K580の2 、K581の3、 K582の2 、K582の3、 K583 、K584の2、 K585 、 K586の2 、 K587 、 K592-2 、K605-2、K605-4、 K610の1 、K645、 K675の4 、K675の5、K677-2の1、 K695の4 、 K695の6 、 K695の7 、K697-5、K697-7、 K703 、 K704 、K801の1、 K803の2 、 K803の4及びK803-2 に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げる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時間を超えた場合	

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(3) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①(再掲)

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

留p36

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%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40%減額

入院料から35%減額

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

入院料から20%減額

入院料から15%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10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(3) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②(再掲)

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

留p622

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(4) デジタル病理診断の評価及び医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

【課題】

- 診療報酬上、病理診断については、標本(ガラススライド)を顕微鏡で観察することにより実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。

- ▶ デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

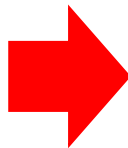
点p629, 留p636
施告p814, 施通p940

現行

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。



改定後

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本(組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【留意事項】

デジタル病理画像による病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

【デジタル病理画像による病理診断の施設基準】

- (1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。
- (2) デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

- ▶ 保険医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

標本等の送付側
(検体の採取施設)



- ・標本等(検体及びデジタル病理画像を含む)の送付又は送信
- ・診療情報の提供



結果の報告

標本等の受取側



20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(5) 移植医療の評価の充実①

【課題】

- 臓器移植後に抗HLA抗体が出現した症例に対して治療を行うことにより、予後が改善するとの報告があるが、移植術後の経過中における抗HLA抗体検査の費用については、算定対象としていない。
- 造血幹細胞移植について、移植登録をした患者の約30%の患者が待機中に移植中止となっており、コーディネート体制の充実を含めた、実施体制の整備が必要である。

➤ 臓器移植患者の予後改善のため、移植後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査):1,000点(1月につき)

点p328, 留p360, 施告p802, 施通p867

[算定要件]

- 肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査):5,000点(1月につき)

[算定要件]

- 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。

➤ 造血幹細胞移植の成績向上の観点から、移植のコーディネート期間の短縮に資するような体制や、専門的な医師・看護師の配置がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

造血幹細胞移植

点p568

(新) 非血縁者間移植加算:10,000点

[算定要件] 骨髄移植又は末梢血幹細胞移植の同種移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

点p568, 施告p812, 施通p932

(新) コーディネート体制充実加算:1,500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届け出た保険医療機関において、骨髄移植又は末梢血幹細胞移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該手術に係る10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。
- 当該療養を担当する診療科が、関係学会による認定を受けていること。

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

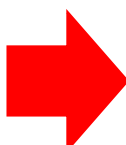
(5) 移植医療の評価の充実②

【課題】

- 組織移植のうち、心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植については、現状は必要な組織を十分に供給できていない。
- 現行の診療報酬では、組織移植に係る費用を十分にまかなえていないという指摘がある。

➤ 組織移植のうち心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植について、質を担保する取組の実施を前提として、安定した組織の供給にかかる費用を踏まえ、評価を見直す。

現行			改定後		
【皮膚移植術】		点p538	【皮膚移植術】		
1	200平方センチメートル未満		1	200平方センチメートル未満	8,000点
2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満		2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	16,000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		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	32,000点
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満		4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	80,000点
5	3,000平方センチメートル以上		5	3,000平方センチメートル以上	96,000点
【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)		点p540	【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)		
3	同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)		3	同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	39,720点
【凍結保存同種組織加算】		点p569	【凍結保存同種組織加算】		
					81,610点



[施設基準](抜粋)

日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(6) 性別適合手術の保険適用

【課題】

- 性同一性障害は国際疾病分類(ICD)に位置付けられる精神疾患であるが、治療のうち保険給付の対象となっているものは精神療法のみであり、性別適合手術は給付の対象となっていない。
- 性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

[対象となる手術]

MTF (male to female) に対する手術

- (1) 精巣摘出術
- (2) 陰茎全摘術
- (3) 尿道形成手術(前部尿道)
- (4) 会陰形成術
- (5) 造陰術

FTM (female to male) に対する手術

- (1) 子宮全摘術(腹腔鏡下手術を含む)
- (2) 子宮附属器腫瘍摘出術(腹腔鏡下手術を含む)
- (3) 尿道下裂形成術
- (4) 陰茎形成術
- (5) 乳房切除術

点p536, 留p574, 施告p812, 施通p928

[施設基準]

- (1) 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する病院であること。
- (2) 性同一性障害学会の認定する医師が1名以上配置されていること。
- (3) 性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施していること又は形成外科、泌尿器科若しくは産婦人科について5年以上の経験を有し、性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施した経験を有する性同一性障害学会認定医が、常勤として1名以上配置されていること。
- (4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。
- (5) 性同一性障害学会の定めるレジストリに登録していること。

20. イノベーションや医療技術の適切な評価と着実な導入

(7) 必要に応じた新規医療技術の保険導入、既存技術の評価の見直し

- 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対する低濃度酸素吸入について評価する。

【酸素吸入(1日につき)】65点

留p507

[算定要件]

肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して低濃度酸素吸入を行った場合にも算定できる

【酸素加算】

注1 JO24からJO28までおよびJO45に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数

(酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数)を加算する。

点p500

- 終夜睡眠ポリグラフィー検査について、歯科において睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を用いた治療を行っている患者についても、効果判定を目的とした検査ができるよう算定要件を見直す。

【終夜睡眠ポリグラフィー】

[算定要件]

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者または自院からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

留p372

21. 重症化予防の取組

◇ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

(1) 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

留p208-209, 様式1051

[追加する記載欄のイメージ]

収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg)
→目標(/ mmHg)

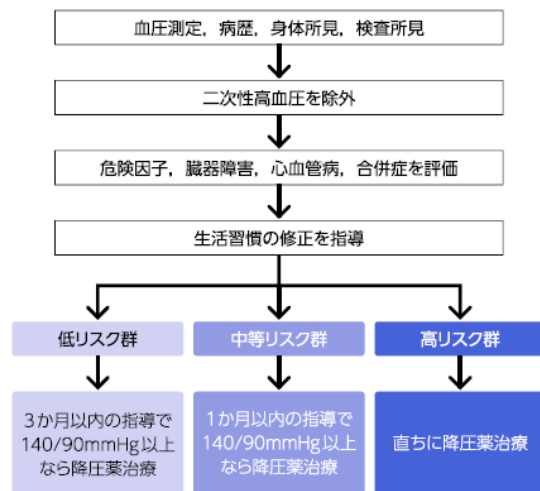
【特定健康診査の受診の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【特定保健指導の利用の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(2) 糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針等を変更した理由等を記載し、当該患者数を定期的に記録すること。

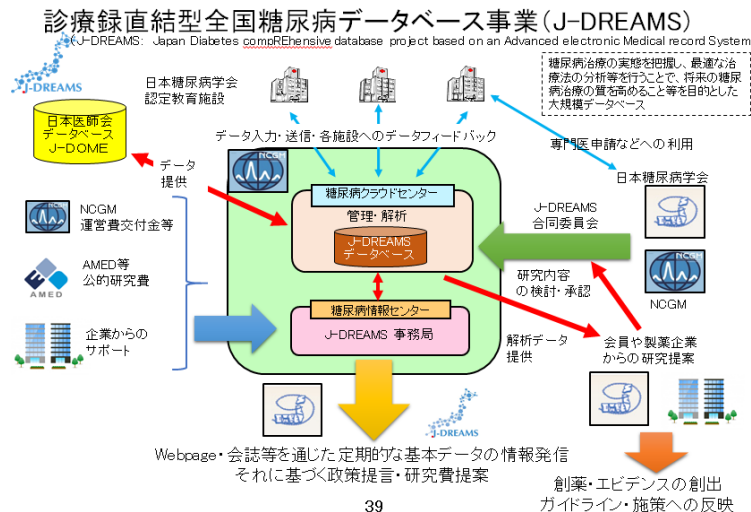
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[例:高血圧治療ガイドライン2014]

図3-1 初診時の高血圧管理計画



[例:全国糖尿病データベース事業]



22. 医薬品等の適正評価

(1) 実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

- ① 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格および当該材料の使用実態等を踏まえた適正な評価を行う

(技術の例)

点p257

現行

【血糖自己測定器加算】

1 月	20回以上測定する場合:	400点
2 月	40回以上測定する場合:	580点
3 月	60回以上測定する場合:	860点
4 月	80回以上測定する場合:	1,140点
5 月	100回以上測定する場合:	1,320点
6 月	120回以上測定する場合:	1,500点

改定

【血糖自己測定器加算】

1 月	20回以上測定する場合:	<u>350</u> 点
2 月	<u>30</u> 回以上測定する場合:	<u>465</u> 点
3 月	40回以上測定する場合:	<u>580</u> 点
4 月	60回以上測定する場合:	<u>830</u> 点
5 月	<u>90</u> 回以上測定する場合:	<u>1,170</u> 点
6 月	120回以上測定する場合:	<u>1,490</u> 点

- ② 経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術のうち、安定冠動脈疾患に対して待機的に実施される場合について、原則として病変が機能的虚血の原因と確認されていることを算定要件とする

[算定要件]

原則として以下のいずれかの病変に対して実施した場合に算定する

留p587, 589

ア 90%以上の狭窄病変、

イ 患者の狭心症状の原因と考えられる狭窄病変、

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因病変と確認されている狭窄病変

なお、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、アからウまでのいずれかに該当する医学的根拠について記載すること

ただし、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

- ③ 脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法については、「いぼ等冷凍凝固法」により算定する旨を明確化する

現行

【いぼ冷凍凝固法】

1	3箇所以下:	210点
2	4箇所以上:	260点

点p498

改定

【いぼ等冷凍凝固法】

1	3箇所以下:	210点
2	4箇所以上:	<u>270</u> 点

留p575

[算定要件] (新)

脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、「いぼ等冷凍凝固法」により算定する

22. 医薬品等の適正評価

(2) 実勢価格を踏まえた検体検査の適正な評価

- 衛生検査所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)

アルブミン定量(尿)	108点
Dダイマー	141点
生化学的検査 I 10項目以上	115点

➡

<u>105点</u>	点p322
<u>137点</u>	点p323
<u>112点</u>	点p325



(3) 悪性腫瘍組織遺伝子検査の適正化

- 悪性腫瘍遺伝子検査については、近年新規の遺伝子検査技術の収載が相次いでおり、今後、同一がん種に対して同時に複数項目の遺伝子検査を測定することが想定される。
- 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は作業工程の重複も考慮し、適正化を図る。

(新)

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

<u>イ 2項目</u>	<u>4,000点</u>
<u>ロ 3項目以上</u>	<u>6,000点</u>

点p323

22. 医薬品等の適正評価

(4) 美容目的で多量処方される血行促進・皮膚保湿剤

◇ 美容目的など疾患の治療以外を目的として、一度に多量に処方される血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)が一定程度あり、適正使用が求められていることを踏まえ、保険給付適正化の観点から見直す

1. 美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化する
2. 審査支払機関において適切な対応が行われるよう周知する

[留意事項] 留p407

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない

22. 医薬品等の適正評価

(5) 入院時食事療養費(Ⅱ)の見直し

➤ 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(Ⅱ)のうち455円となっているものについて、

平成30年4月以降の入院時食事療養に付加料p998 負担の増額(460円)に伴い、自己負担額が費用の額を超過するおそれがあるため、460円に見直す

【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



【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	460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

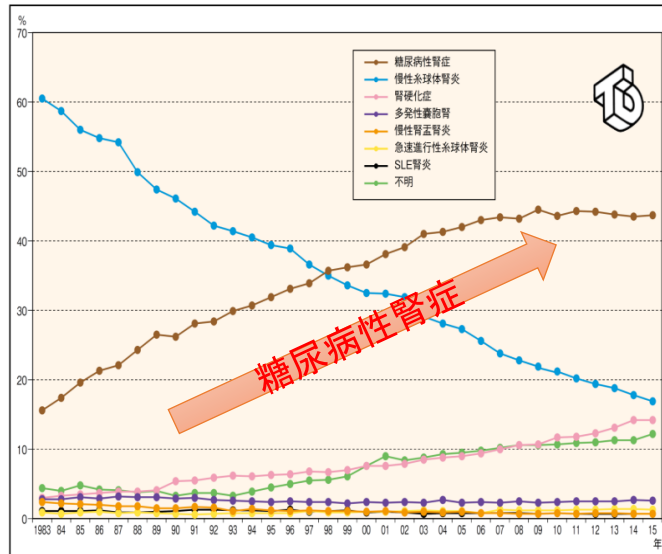
2 入院時生活療養(Ⅱ)	
(1) 食事の提供たる療養 (1食につき)	420円

23. 透析医療に係る診療報酬の見直し〔適切な腎代替療法推進の考え方〕

(1) 糖尿病性腎症から人工透析に至る患者が増えている。

⇒ 重症化予防を行い、新規透析患者の抑制が必要。

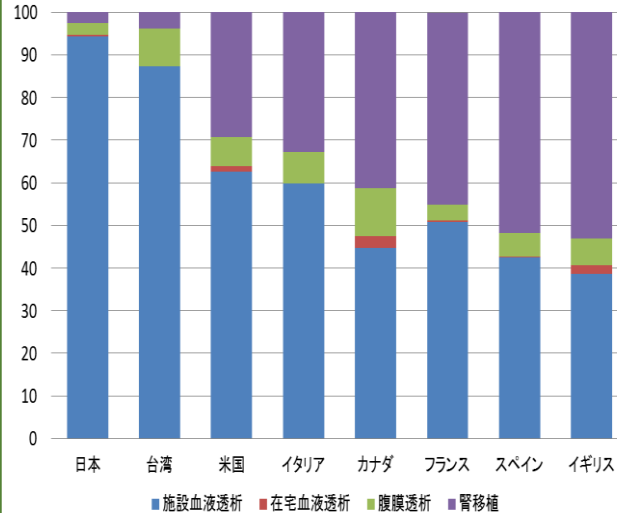
＜透析導入患者の主要原疾患の割合推移＞



(2) 日本は、諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない。

⇒ 患者のQOLの観点から、腹膜透析や腎移植の普及推進が必要。

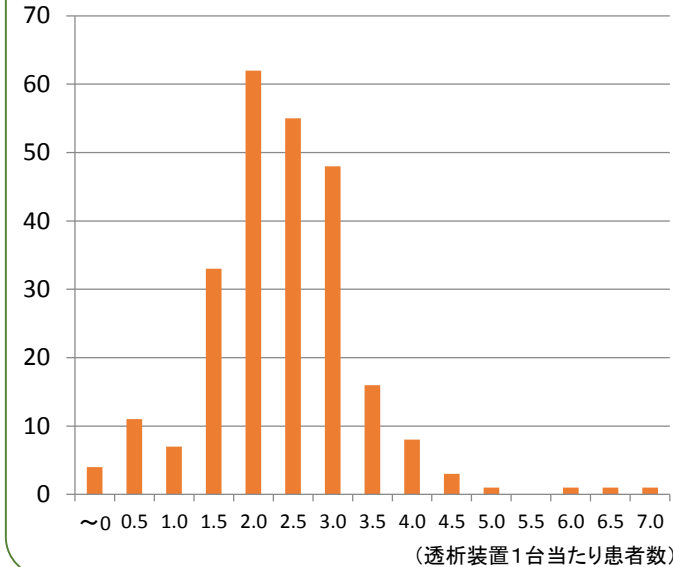
＜我が国と諸外国の腎代替療法の割合＞



(3) 施設の規模や、透析装置と患者数の比には、ばらつきがあるが、同一の報酬体系となっている。

⇒ 施設の規模や効率性を踏まえた報酬体系としていくことが必要。

(施設数) ＜透析監視用装置1台当たりの患者数の分布＞



平成30年度診療報酬改定での対応

糖尿病透析予防指導管理料の対象患者拡大

腹膜透析や腎移植に資する取組みや実績等を評価

血液透析の診療報酬を、施設の効率性等を踏まえた評価となるよう適正化

23. 透析医療に係る診療報酬の見直し

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する

現行	
【人工腎臓】	
導入期加算	300点

[施設基準] なし

点p496, 留p513
 施告p810, 施通p903



改定後	
【人工腎臓】	
(改) 導入期加算1	300点
(新) 導入期加算2	400点

[施設基準]

導入期加算1

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、**患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと**

導入期加算2

- ① **在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること**
- ② **腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること**
- ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する

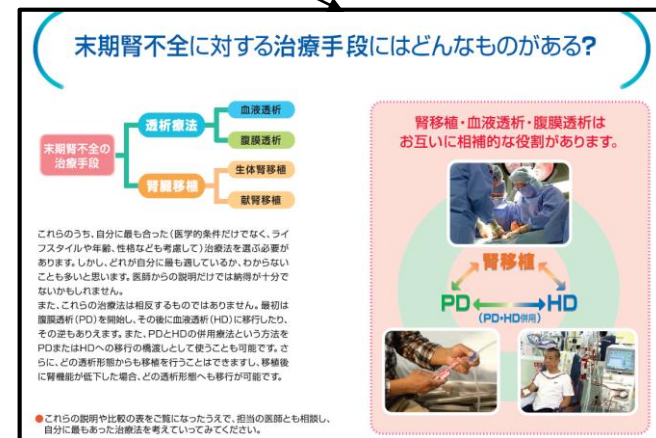
点p155, 施告p792, 施通p843

(新) 腎代替療法実績加算: 100点 (1月につき)

[施設基準] **導入期加算2**の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。

点p115, 116, 119



23. 透析医療に係る診療報酬の見直し

- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。 点p159, 留p197, 施告p793, 施通p830, 847

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点

[算定要件]

腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73m²未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点

[算定要件]

eGFRが45mL/min/1.73m²未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合

- 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

- ① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。 点p496

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点

[算定できる場合]

入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

- ② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。 点p496

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

- ③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。 点p496, 留p515

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

23. 透析医療に係る診療報酬の見直し

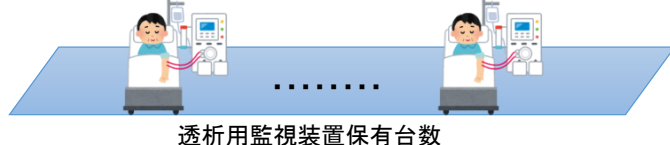
➤ 施設の効率性及び包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ人工腎臓の評価を見直す。

現行	
【人工腎臓】	
慢性維持透析を行った場合	
4時間未満の場合	2,010点
4時間以上5時間未満の場合	2,175点
5時間以上の場合	2,310点

点p496
留p510-515
施設p810
施通p831, 902

改定後		
【人工腎臓】		
慢性維持透析を行った場合		
(改) 1	(新) 2	(新) 3
1,980点	1,940点	1,900点
2,140点	2,100点	2,055点
2,275点	2,230点	2,185点

<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



		透析用監視装置 ①	...	透析用監視装置 ②
月曜日	午前	Aさん		Cさん
	午後	Bさん		Dさん
火曜日	午前	Xさん		Zさん
	午後	Yさん		(空き)
水曜日	午前	Aさん(再)		Cさん(再)
	午後	Bさん(再)		Dさん(再)

施設あたり血液透析実施患者数

[施設基準]

- 慢性維持透析を行った場合1
次のいずれかに該当する保険医療機関であること
 - 透析用監視装置の台数が26台未満
 - 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5未満
- 慢性維持透析を行った場合2
次のいずれにも該当する保険医療機関であること
 - 透析用監視装置の台数が26台以上
 - 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5以上4.0未満
- 慢性維持透析を行った場合3
「慢性維持透析を行った場合1」又は「慢性維持透析を行った場合2」のいずれにも該当しないこと

23. 透析医療に係る診療報酬の見直し

- 透析液の水質確保に関する評価について、現行の透析液水質確保加算1の基準を人工腎臓の算定要件とする。 点p496, 施告p810, 施通p903

現行	
【人工腎臓】	
透析液水質確保加算1	8点
透析液水質確保加算2	20点

[施設基準]

透析液水質確保加算1

(右表の算定要件を参照)

透析液水質確保加算2

- ① 月1回以上水質確保を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (人工腎臓の算定要件とする※)	
(改) 透析液水質確保加算	10点

[施設基準]

透析液水質確保加算

(左表の透析液水質確保加算2の①に同じ)

※ 人工腎臓の算定要件

- ① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること
(ただし、「場合3」においては、原則として、①及び②を満たすこと。)

- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を、透析時間に応じた評価体系とするため、慢性維持透析を行った場合1~3の加算に変更する。 点p496-497, 留p515, 施告p810, 施通p903

現行	
【人工腎臓】	
慢性維持透析濾過(複雑なもの)	2,225点



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (※人工腎臓の場合1~3⇒透析時間に応じた評価に見直し)	
(新) 慢性維持透析濾過加算	50点

[算定できる場合]

透析液水質確保加算の施設基準を満たす保険医療機関において、透析液から分離作製した置換液を用いる血液透析濾過を行った場合

24. 業務の効率化・合理化

◇ 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

① 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。 施通p693, 826 通1023
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。 施通p720
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。 施通p710
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。 留p131
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。 施通p727, 731, 733
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。 点154, 施通p843

② 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を行うため、介護保険のリハビリテーション事業所でもリハビリテーション計画書を活用できるよう、様式の見直しを行う 様式p1057

24. 業務の効率化・合理化

◇ 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

➤ 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書の記載事項等について、以下の見直しを行う。

- ① 診療報酬明細書に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。
- ② 電子レセプト等について、患者氏名にカタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。
- ③ 診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。
- ④ DPCデータに手術分類(Kコード)に加えて、外保連が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。
- ⑤ 診療報酬の請求にあたって使用する精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。



24. 業務の効率化・合理化

◇ 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

評価項目の削除

- 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目について削除し、診療報酬点数表の簡素化を図る。

K043-2 骨関節結核瘻孔摘出術
K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む)。
K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術
K052-3 多発性骨腫摘出術
K084 1 四肢切断術 肩甲帯

K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
I012 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)
精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

D006 2 トロンボテスト 点p644
D006-3 2 mRNA定量(1以外のもの)
D007 9 ムコ蛋白
D007 24 膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)
D009 6 前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)

診療報酬明細書の添付資料の見直し

- 診療報酬明細書の添付資料について、算定要件を満たすか否かの判断に不必要なものは廃止する。また、記載が必要なものでも、可能な限り診療報酬明細書(レセプト)に記載することとし、記載で置き換え可能な添付資料は廃止する。

例 療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に関する評価票の添付資料

【療養病棟入院基本料の施設基準告示】

施通p650, 651

現行

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること



改定後

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録していること

25. 明細書無料発行の推進

◇ 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、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、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)については、患者から求めがあったときに限られている。患者に対する情報提供の観点から、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担医療の患者を除く)についても、無料発行を原則義務とする。

療養担当規則等を改正し、電子レセプト請求を行っている医療機関は、
自己負担のある患者と同様に、無料発行を原則義務化する

療担p942-943, 945

26. 薬価制度の抜本改革

中医協 薬-1
28.11.30

◇ 薬価制度の抜本改革に向けた対応について

1. 経緯

- 近年、**C型肝炎治療薬**など、革新的ではあるが、単価が高く、市場規模の極めて大きな薬剤が登場しており、医療費の高い伸び率に影響しているものと考えられる。こうした状況のもと、平成28年度の薬価改定において、**市場拡大再算定の特例**を導入した。
- さらに、**オプジーボ**については、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、**大幅に市場が拡大**した状況を踏まえ、国民負担軽減の観点と医療保険財政への影響を考慮し、平成28年11月16日の中医協において緊急的な対応を取りまとめた。
- これらの事態は、薬価収載後の状況変化、すなわち、効能追加や予想を上回る市場の拡大、流通価格の変動に対して、柔軟な対応ができていないのではないか、といった指摘のほか、薬価算定方式(原価計算方式・類似薬効比較方式)の正確性・透明性の向上、適切な外国価格との調整、費用対効果についての薬価への反映といった課題が、中医協のほか、経済財政諮問会議有識者議員から指摘されている。
- このような状況を踏まえ、平成28年11月25日経済財政諮問会議において、「民間議員の提案も踏まえ、薬価制度の抜本改革に向けて諮問会議で議論し、年内に基本方針を取りまとめる」よう総理指示がなされた。

2. 今後の対応

- (1) イノベーションの推進と国民皆保険の持続性の両立を目指した薬価制度の抜本改革に向け、関係者の意見を聴取しつつ、年内に政府基本方針を策定し、当該基本方針に基づき具体的方策を取りまとめる。
- (2) 具体的方策については、基本方針を策定した後、中医協薬価専門部会を中心に、必要な検討や広く関係者の意見聴取を行い、取りまとめを行うこととする。

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針（概要版）

平成28年12月20日内閣官房
長官、経済財政政策担当大臣、
財務大臣、厚生労働大臣決定

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現

薬価収載後の市場拡大への対応

- 効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会（年4回）を最大限活用して、薬価を見直し

改定の中の年の薬価調査・薬価改定

- 現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、全品を対象に、薬価調査を行い、その結果に基づき、価格乖離の大きな品目について薬価改定を実施。

イノベーションの評価（新薬創出等加算の見直し・費用対効果評価の導入）

- 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直し。
- あわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入。（組織・体制をはじめとする実施の在り方も検討）

◆ 改革とあわせた今後の取組

- ・薬価算定方式の正確性・透明性の徹底
- ・外国価格調整の方法の改善

- ・関係者の経営実態についての機動的把握・必要な対応

- ・新たな医療技術の迅速な提供

- ・長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造への転換
- ・革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充
- ・ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進

- ・流通の効率化、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処
- ・単品単価契約の推進、早期妥結の促進

《薬価制度の抜本改革 項目》

- (1) 効能追加等に伴う市場拡大への対応
- (2) 毎年薬価調査・毎年薬価改定
- (3) 新薬創出等加算の見直し
- (4) イノベーションの評価
- (5) 費用対効果評価の価格調整(試行的導入)
- (6) 長期収載品の薬価等の見直し
- (7) 外国平均価格調整の見直し
- (8) 基礎的医薬品の拡充
- (9) 後発医薬品の薬価等の見直し
- (10) 薬価算定方式の正確性(類似薬効比較方式)
- (11) 薬価算定方式の正確性(原価計算方式)
- (12) 薬価算定方式の透明性
- (13) 用法用量変化再算定の見直し
- (14) 医療系ベンチャーの振興のための方策
- (15) 各制度の適用順
- (16) 平成28年度緊急薬価改定の対象品目の薬価の取扱い
- (17) 毎年薬価改定の調査手法(2年に1回行われている薬価調査の間の年の調査手法)
- (18) 薬価調査の正確性及び調査手法の見直し(現行の薬価調査の見直し)
- (19) 薬価調査結果の公表事項
- (20) 医療用医薬品の流通改善への対応

薬価制度の抜本改革の推進

- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」(H28.12)に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

新薬

新薬創出等加算の抜本の見直し

- ・対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
- ・企業指標：**企業指標**（革新的新薬の開発等）の**達成度に応じた加算**
* 現行制度が継続した場合

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・対象：**350億円以上***
- ・頻度：**年4回**（新薬収載の機会）
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

外国平均価格調整の見直し

- ・米国参照価格リスト
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

新薬のイノベーション評価の見直し

- ・加算対象範囲（類似薬のない新薬）
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
（製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定）

費用対効果評価の導入

- ・試行的実施
：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**
- ・本格実施
：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

長期収載品・後発品

長期収載品の薬価の見直し

- ・対象：後発品の上市後、**10年を経過した長期収載品**
- ・見直し方法：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

後発品価格の集約化

- ・対象：上市から**12年を経過した後発品**
- ・価格体数：**1価格帯**を原則

・対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、**H32年中に設定**に
取り組み、**国民主導で流通改善**

毎年薬価調査・毎年薬価改定

薬価制度の抜本改革について 骨子

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成 28 年 12 月 20 日)」に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度について、以下のとおり、抜本的な改革を行う。

1. 効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等があった医薬品は全て、NDB(ナショナルデータベース)により使用量を把握し、その結果、市場規模が 350 億円を超えたものは、年4回の新薬の保険収載の機会に市場拡大再算定のルールに従い、速やかに薬価を改定する。

2. 毎年薬価調査、毎年薬価改定

- 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、2年に1度の薬価改定の中の年度(薬価改定年度)において、全ての医薬品卸から、大手事業者を含め調査対象を抽出し、全品目の薬価調査を実施することとし、その結果に基づき、薬価を改定する。
- 対象品目の範囲については、平成 33 年度(2021 年度)に向けて※、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

※ 平成 31 年(2019 年)は、消費税率の引上げが予定されており、全品目の薬価改定が行われるため、薬価改定年度の最初の年は平成 33 年度(2021 年度)となる。

- 平成 30年度(2018年度)から平成 32年度(2020年度)までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、平成 32年(2020年)中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。

(参考)対象品目の範囲と医療費への影響(試算※)

- ア)平均乖離率2.0倍以上(約31百品目、全品目の約2割) ▲500~800億円程度
- イ)平均乖離率1.5倍以上(約50百品目、全品目の約3割) ▲750~1,100億円程度
- ウ)平均乖離率1.2倍以上(約66百品目、全品目の約4割) ▲1,200~1,800億円程度
- エ)平均乖離率1倍超(約81百品目、全品目の約5割) ▲1,900~2,900億円程度

※これまでの2年分の価格乖離の1/2~3/4が薬価改定年度に発生するものと仮定して、27年度の薬価調査実績に基づき試算

- 薬価調査については、平成 30年度(2018年度)に行う調査より、購入側の調査において、購入先卸の名称を記載し、販売側の調査との突合を行いデータの検証を行う仕組みとするなど正確性の確保と効率化を図る。

3. イノベーションの適切な評価

(1)新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の抜本的見直し

- 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度については、平成 22年度に試行的に導入され、これまで未承認薬・適応外薬の承認増加やドラッグ・ラグの解消等の成果を挙げてきたが、他方、革新性の低い品目も加算対象となっている等の課題が指摘されてきた。

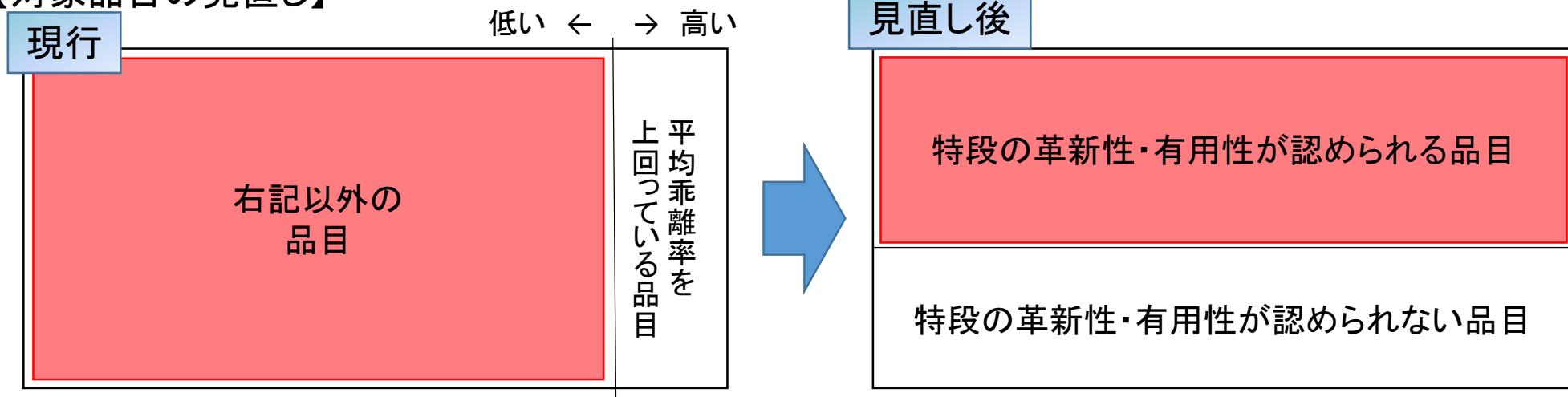
今般、こうした課題の解決を図り、革新的新薬の創出を促進するための効率的・効果的な仕組みへと抜本的に見直す。

○ 対象品目については、医薬品そのものの革新性・有用性(注)に着目して判断する仕組みとする。

※これにより、特段の革新性・有用性が認められない品目が対象外となる一方、従来、一律に除外されていた平均乖離率を上回っている医薬品であっても、特段の革新性・有用性が認められるものは、対象に加えることとする。

(注)具体的には、画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品、希少疾病用医薬品、新規作用機序医薬品(基準に照らして革新性、有用性が認められるものに限る。)等に絞り込み。

【対象品目の見直し】



○ 企業要件については、引き続き、未承認薬・適応外薬の解消に取り組むため、国からの開発要請に適切に対応することを前提条件とした上で、企業が更なる革新的新薬開発に取り組むインセンティブとするため、革新的新薬の開発やドラッグ・ラグ解消の実績・取組を指標とし、これらの指標の達成度に応じて、加算額を段階的に設定することとする。

(2)新薬のイノベーション評価の見直し

- イノベーションの推進の観点から、類似薬のない新薬の評価のあり方を見直し、原価計算方式で算定された医薬品のうち、製造原価の内訳の開示度が高いものについては、薬価の加算額の引上げ等を行う。

(3)費用対効果評価の導入

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理する。
- 併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

4. 長期収載品の薬価の見直し等

(1)長期収載品の薬価の見直し

- 我が国の製薬産業の構造を、長期収載品依存から、より高い創薬力を持つものへと転換する観点から、後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。
- 具体的には、
 - ① 後発品置換率が80%以上となった品目は、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引き下げ、その後、6年間かけて段階的に後発品の薬価まで引き下げる。
 - ② 後発品置換率が80%未満の段階であっても、同様に、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引下げ、その後、10年間かけて段階的に後発品の薬価の1.5倍まで引き下げる。
- その際、引下げ幅が著しく大きくなる品目等については、円滑実施の観点から、適切な配慮措置を講ずる。

(2) 後発品の価格帯集約

○ 現行では、後発品の価格帯は3つに集約されているが、長期収載品の薬価の見直しに伴い、上市から12年が経過した後発品については1価格帯を原則とする。

ただし、後発品置換率が80%以上であって、先発品企業が撤退する品目については、安定供給に貢献する後発品企業(先発品企業撤退分の増産対応を担う企業)の品目とそれ以外の後発品企業の品目に分けた2価格帯に集約する。

(3) 基礎的医薬品等の対象拡大

○ 不採算になる前に薬価を下支えする基礎的医薬品の対象に、生薬や軟膏基剤、歯科用局所麻酔剤等を追加する等の必要な対応を行う。

5. 外国平均価格調整の見直し

○ 現在、新薬の薬価算定の際、米・英・独・仏の4か国の医薬品価格を参照して、薬価を調整しているが、米国については、現在参照している価格リスト(Red Book: メーカー希望小売価格)は参照しないこととし、米国の公的制度(メディケア・メディケイド)で用いられている価格リスト(ASP/NADAC)を参照する。

薬価制度の抜本改革について 骨子 別紙(抜粋)

VI 今後の検討事項

- 次期改定に向けて、イノベーションの評価に関し、効能効果等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行う。

- 次期改定に向けて、今般の長期収載品の価格引下げ後の、
 - ①後発医薬品の置換率の状況
 - ②後発医薬品の上市状況
 - ③安定供給への対応状況等を踏まえ、長期収載品の段階的引下げまでの期間の在り方について検討を行う。

- 新薬創出等加算の見直し、長期収載品の薬価の見直しなど、今般の薬価制度の抜本改革による医薬品の開発・製造・流通等への影響を検証した上で、必要と認められる場合には、次期改定において、所要の措置を検討する。

27. 經過措置

27. 経過措置①

	項目	経過措置
1	初診料の注2・3、外来診療料の注2・3、在宅患者共同指導料の注1～3に係る病床数要件	・平成30年9月30日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
2	特定妥結率初診料・再診料・外来診療料	・平成30年11月30日までの間、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に報告されているものとみなす。
3	電話等による再診	・平成30年3月31日以前に、3か月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。
4	重症度、医療・看護必要度の見直し①	・平成30年3月31日時点で、7対1入院基本料(一般、結核、特定、専門)、看護必要度加算(一般、特定、専門)、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、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟、病室又は医療機関については、平成30年9月30日までの間、各入院料等の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の見直し②	・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料1・3又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病室については、平成30年9月30日までの間、重症度、医療・看護必要度の測定に係る要件を満たしているものとする。
6	急性期一般入院料2の施設基準	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ており、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
7	急性期一般入院料2・3の施設基準①	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料を届け出ている病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の施設基準にある、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。
8	急性期一般入院料2・3の施設基準②	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の要件について、それぞれ22%・21%(Ⅰの場合は27%・26%)とする。

27. 経過措置②

	項目	経過措置
9	重症度、医療・看護必要度の評価方法	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ている病棟が、急性期一般入院料2又は3を届け出る場合については、平成32年3月31日までの間、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いてもよい。
10	療養病棟入院基本料	・平成30年3月31日時点で、療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2、療養病棟入院基本料の経過措置を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、適切な看取りに対する指針に係る要件を満たしているものとする。
11	療養病棟入院基本料の注10 在宅復帰機能強化加算	・平成30年3月31日時点で、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間、当該加算の施設基準を満たしているものとする。
12	療養病棟入院基本料の注11・12	・25対1看護職員配置の要件又は医療区分2・3の該当患者割合が5割を満たせない場合の減算について、平成32年3月31日までの間、引き続き算定できるものとする。
13	総合入院体制加算	・当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。
14	医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	・平成30年3月31日時点で、総合入院体制加算等に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る要件を満たしているものとする。
15	在宅患者緊急入院診療加算の注2に係る病床数要件	・平成31年3月31日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
16	医師事務作業補助体制加算 処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなす。 ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において、改定前の基準で届け出ても差し支えない。

27. 経過措置③

項目	経過措置
17 データ提出加算①	<p>・平成30年3月31日時点で、10対1入院基本料(一般、特定、専門:許可病床数が200床未満に限る。)、療養病棟入院基本料1・2、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟又は病室については、平成31年3月31日(許可病床数が50未満又は病棟数が1病棟の場合は平成32年3月31日)までの間、各入院料のデータ提出加算に係る要件を満たしているものとする。</p>
18 データ提出加算②	<p>・平成30年3月31日時点で、データ提出加算の「(一般病棟)200床未満」の区分の届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間、引き続き「(一般病棟)200床未満」の区分を算定できるものとする。</p>
19 データ提出加算の注2	<p>・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合の要件については、平成31年3月分のデータまでの期間に限り、当該基準を満たしているものとする。</p>
20 救命救急入院料の注3・4	<p>・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料の注3・4に係る施設基準の届出をおこなっている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、引き続き当該加算を算定することができる。</p>
21 特定集中治療室及び注4の早期離床・リハビリテーション加算	<p>・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成31年3月31日までの間、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。 ・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成32年3月31日までの間、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。</p>
22 地域包括ケア病棟入院料	<p>・許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p>
23 緩和ケア病棟入院料	<p>・平成30年3月31日時点で、緩和ケア病棟入院料を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、緊急時の対応方針等に関する体制及び実績に係る要件を満たしているものとする。</p>

27. 経過措置④

項目	経過措置
24 精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 ・平成30年3月31日において現に精神科救急入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、それぞれ改正後の精神科救急入院料1又は2の基準を満たしているものとみなす。
25 在宅自己導尿指導管理料、在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、在宅自己導尿指導管理料と在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者に行った場合、月1回に限りそれぞれの管理料を算定できる。
26 トロンボテスト、mRNA定量(1以外のもの)、ムコ蛋白、膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)、前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、引き続き当該点数を算定することができる。
27 要介護被保険者等に対する維持期の疾患別リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成31年3月31日までの間、当該リハビリテーション料を引き続き算定できるものとする。
28 人工腎臓①	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓に係る施設基準の届出を行う医療機関については、平成31年3月31日までの間、透析液の水質の管理に関する専任の医師又は臨床工学技士の配置に係る要件を満たしているものとする。
29 人工腎臓②	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年3月31日時点で、人工腎臓の算定実績を有しない保険医療機関については、人工腎臓の算定を開始した月の翌月から4月(ただし当該月が平成32年4月以降の場合は平成32年3月まで)に限り、慢性維持透析を行った場合1の施設基準を満たすものとする。

27. 経過措置⑤

項目	経過措置
30 精神科病棟入院基本料、精神科リエゾンチーム加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料等	平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。 ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
31 看護補助加算、看護補助者配置加算等に係る看護補助者の基礎知識習得のための院内研修	平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。
32 脳卒中ケアユニット入院医療管理料における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」	評価者については、所属する保険医療機関において平成30年9月30日までの間に院内研修を受講すること。

27. 経過措置⑤

重症度、医療・看護必要度に関する経過措置

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、 許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料 の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割 合が23%以上25%未満の病棟	平成30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30年9月30日までの間は、急性期一般入院料2の施設基準を満た しているものとする。
急性期一般入院料 2・3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、 平成32年3月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要 度Iを用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、 平成32年3月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院 料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものと する。

27. 経過措置⑥

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

- ◎ 平成30年3月31日に左欄に掲げる病棟については、平成30年9月30日までの間、右欄に掲げる入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする

現行	改定後
7対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	急性期一般入院料1
10対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算1の届出を行っている病棟	急性期一般入院料4
10対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算2の届出を行っている病棟	急性期一般入院料5
10対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算3の届出を行っている病棟	急性期一般入院料6
7対1結核病棟入院基本料の届出を行っている病棟	7対1結核病棟入院基本料
7対1特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟	7対1特定機能病院入院基本料
10対1特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算1の届出を行っている病棟	10対1特定機能病院入院基本料の看護必要度加算1
10対1特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算2の届出を行っている病棟	10対1特定機能病院入院基本料の看護必要度加算2
10対1特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算3の届出を行っている病棟	10対1特定機能病院入院基本料の看護必要度加算3
7対1専門病院入院基本料の届出を行っている病棟	7対1専門病院入院基本料

27. 経過措置⑦

現行	改定後
10 対1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算1の届出を行っている病棟	10 対1 専門病院入院基本料の看護必要度加算1
10 対1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算2の届出を行っている病棟	10 対1 専門病院入院基本料の看護必要度加算2
10 対1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算3の届出を行っている病棟	10 対1 専門病院入院基本料の看護必要度加算3
総合入院体制加算の届出を行っている病棟	総合入院体制加算1、総合入院体制加算2、総合入院体制加算3
10 対1 入院基本料(一般病棟のみ)の届出を行っている病棟のうち、急性期看護補助体制加算の届出を行っている病棟	急性期看護補助体制加算
10 対1 入院基本料(一般病棟のみ)の届出を行っている病棟のうち、看護職員夜間配置加算の届出を行っている病棟	看護職員夜間配置加算
13 対1 入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護補助加算1の届出を行っている病棟	看護補助加算1
地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟	地域包括ケア病棟入院料
特定一般病棟入院料の注7の届出を行っている病棟	特定一般病棟入院料の注7

28. 届出

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください

《医療課長通知》

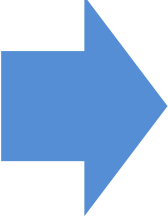
- 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。

なお、平成30年4月16日(月)までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

- 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に通知するものであること。

〔日本医師会から厚生労働省に要請〕

- 届出やその受理等について、行政による周知を徹底していただくとともに、医療機関からの届出に対しては柔軟・丁寧に対応していただきたい。



行政側の説明会にて、厚生労働省から各厚生局に対して要請する

ご清聴ありがとうございました

改定内容についてのご質問は日本医師会保険医療部 医療保険課宛にメール、FAX等でご送付ください。

整理・確認後、日医版『Q&A』や厚生労働省 疑義解釈資料に反映させていただきます。

また、本資料は、HP掲載後に修正する可能性がありますのでご了承下さい。

