

平成30年度診療報酬改定の概要

【 医 科 】

近畿厚生局

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

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

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等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 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
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
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) 遺伝学的検査の評価の充実
 - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
 - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
 - 5) デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し
 - 6) 移植医療の評価の充実
 - 7) 性別適合手術の保険適用
 - 8) 手術等医療技術の適切な評価

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

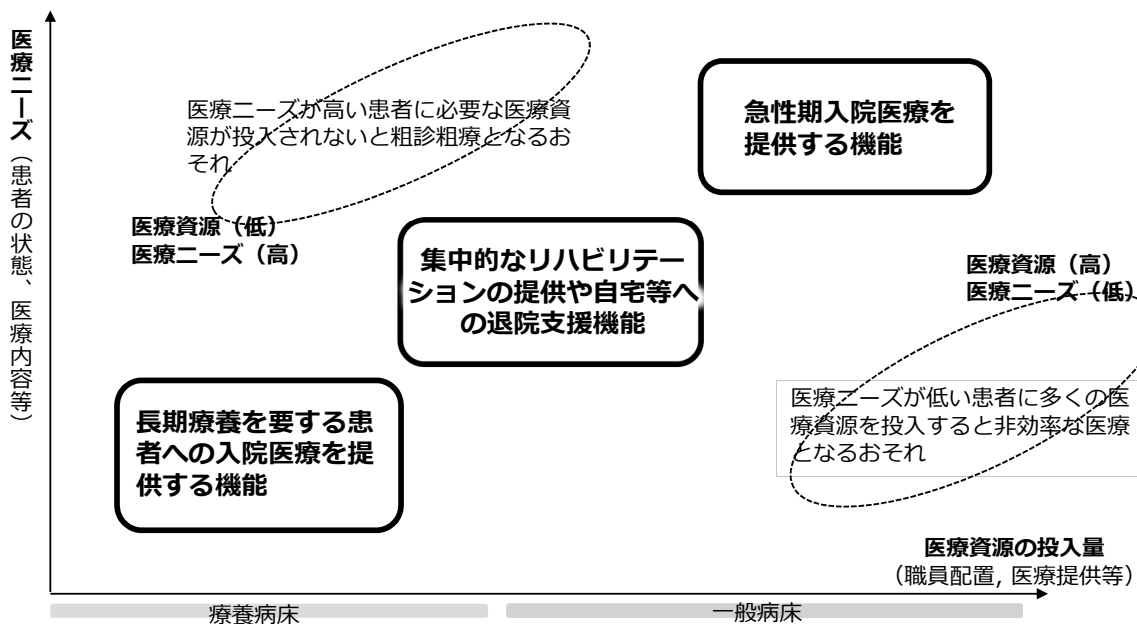
IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
2. 費用対効果の評価
3. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

1

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

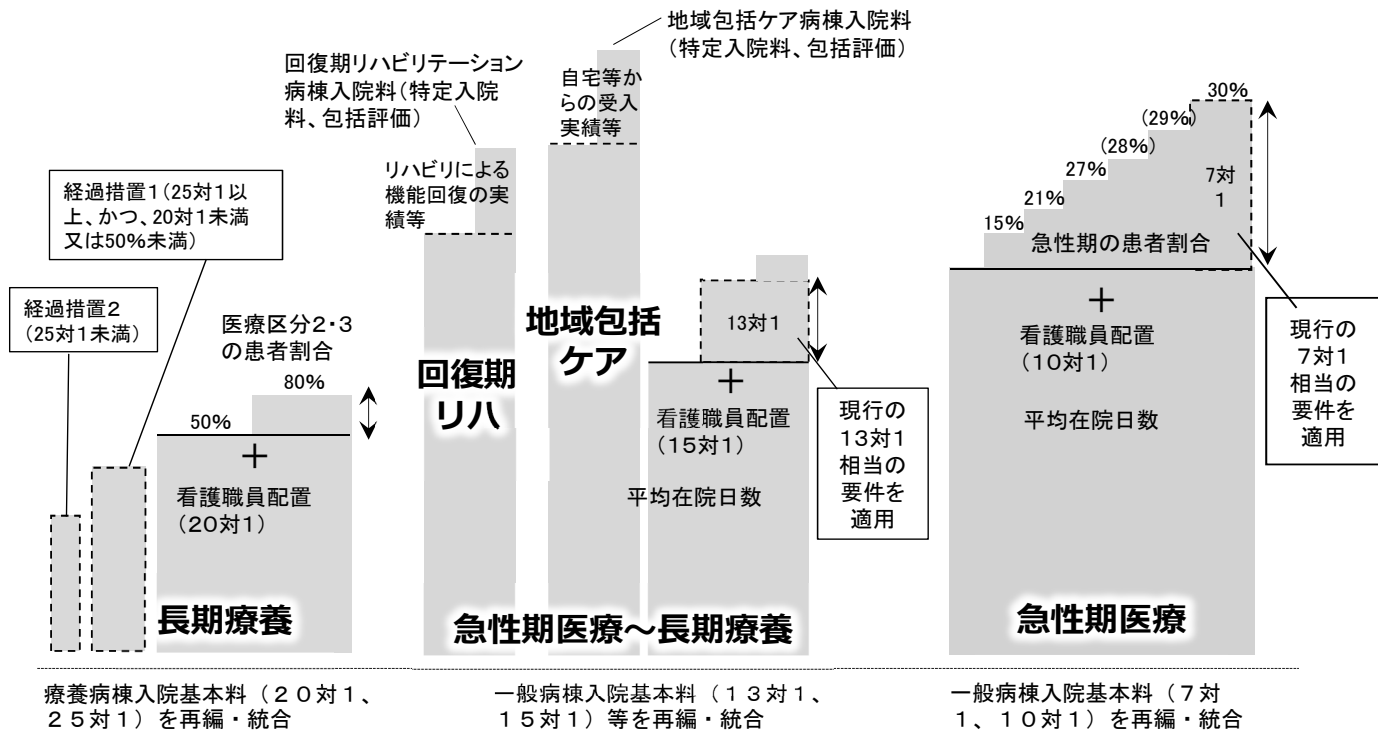
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



2

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。

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、**現在の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。

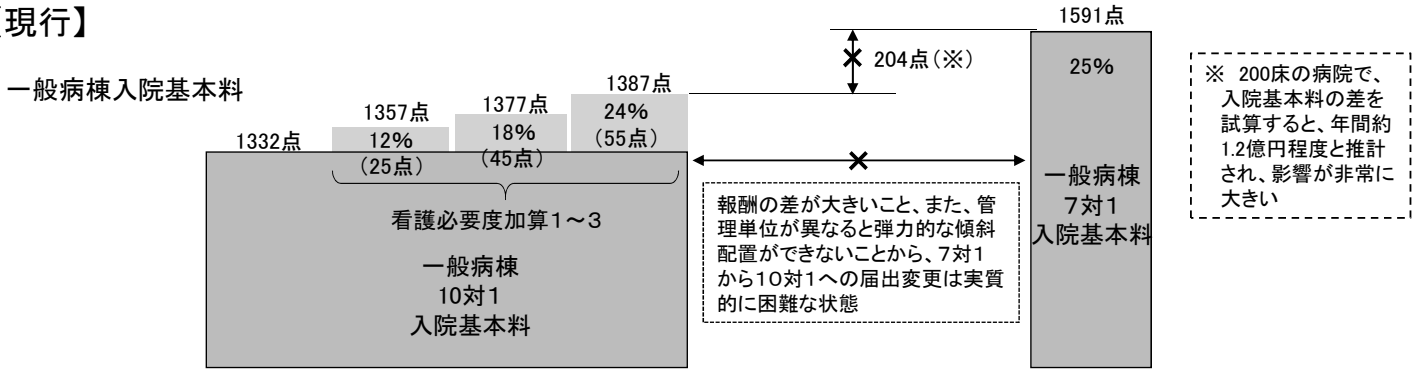
④ 療養病棟入院基本料

・ 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。

・ 現在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。

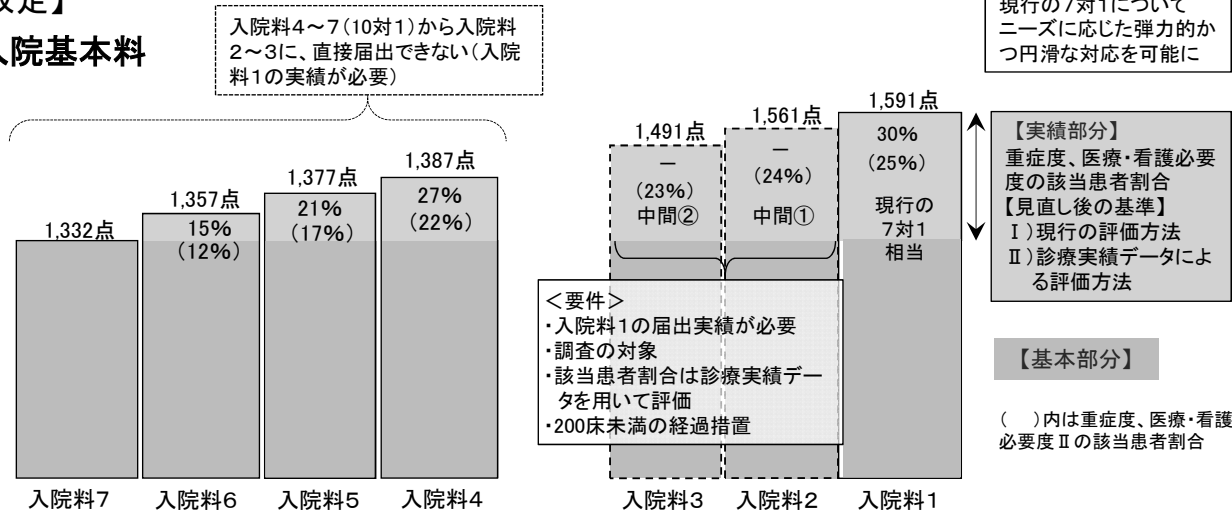
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



5

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、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		—				・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

6 []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

重症度、医療・看護必要度の見直し①

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適切に参加

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 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入院基本料の病棟	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、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。

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(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	・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	・「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)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度の見直し④

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、A項目及びC項目は診療実績データを用い、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
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)
8	救急搬送後の入院(2日間)

C	手術等の医学的状況
16	開頭手術(7日間)
17	開胸手術(7日間)
18	開腹手術(4日間)
19	骨の手術(5日間)
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
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)

[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。

評価日において、EFファイルから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抽出

評価日において、HFファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

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 脳腫瘍全摘術

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度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		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	
一般病棟7対1入院基本料	25%(23%)	急性期一般入院料1	30%	25%
看護必要度加算1(一般)	24%	急性期一般入院料2	-(27%)	24%(22%)
看護必要度加算2(一般)	18%	急性期一般入院料3	-(26%)	23%(21%)
看護必要度加算3(一般)	12%	急性期一般入院料4	27%	22%
7対1入院基本料(特定、専門)	25%(23%)	急性期一般入院料5	21%	17%
看護必要度加算1(特定、専門)	24%	急性期一般入院料6	15%	12%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%	7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%	看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
7対1入院基本料(結核)	10%	看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
総合入院体制加算1・2	30%	看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
総合入院体制加算3	27%	7対1入院基本料(結核)	11%	9%
急性期看護補助体制加算	6%	総合入院体制加算1・2	35%	30%
看護職員夜間配置加算	5%	総合入院体制加算3	32%	27%
看護補助加算1	5%	急性期看護補助体制加算	7%	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%	看護職員夜間配置加算	6%	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%

重症度、医療・看護必要度の見直し⑥ 結核病棟のユニットに係る見直し

結核病棟のユニットに係る見直し

- 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]

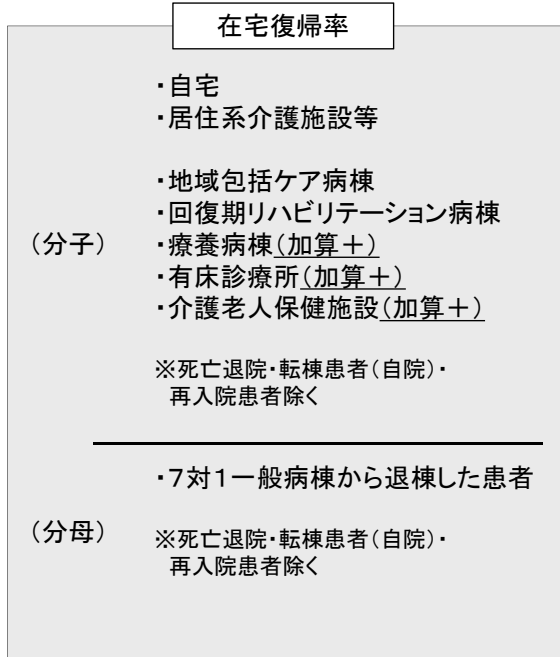
- イ 7対1入院基本料を算定する病棟であること。
- ロ 入院患者の数が概ね30以下の病棟であること。
- ハ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟であること。
- ニ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者を1割1分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の基準を満たす患者を0.9割以上入院させる病棟であること。

在宅復帰率の見直し①

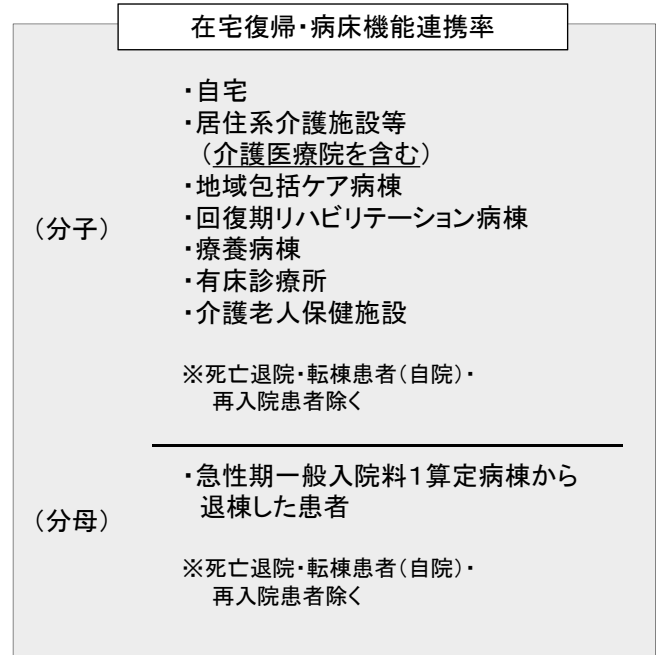
一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

➤ 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)】



【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

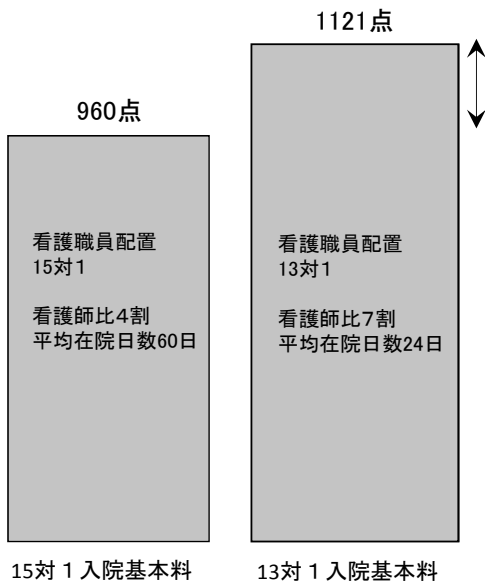


[施設基準]8割

[施設基準]8割

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

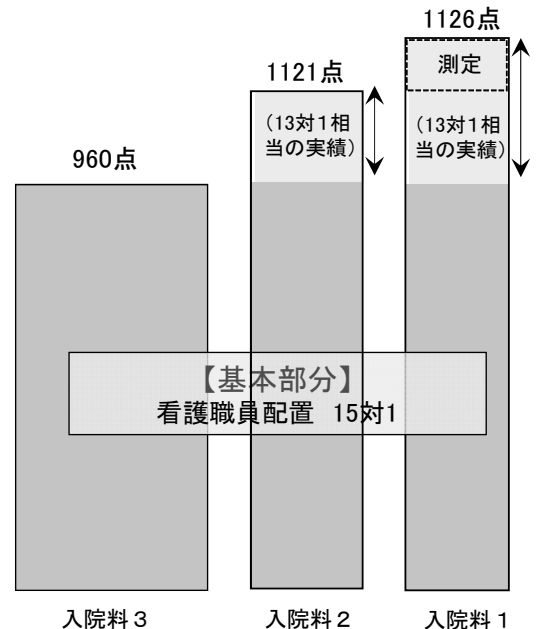
【現行】



【平成30年度改定】

【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)



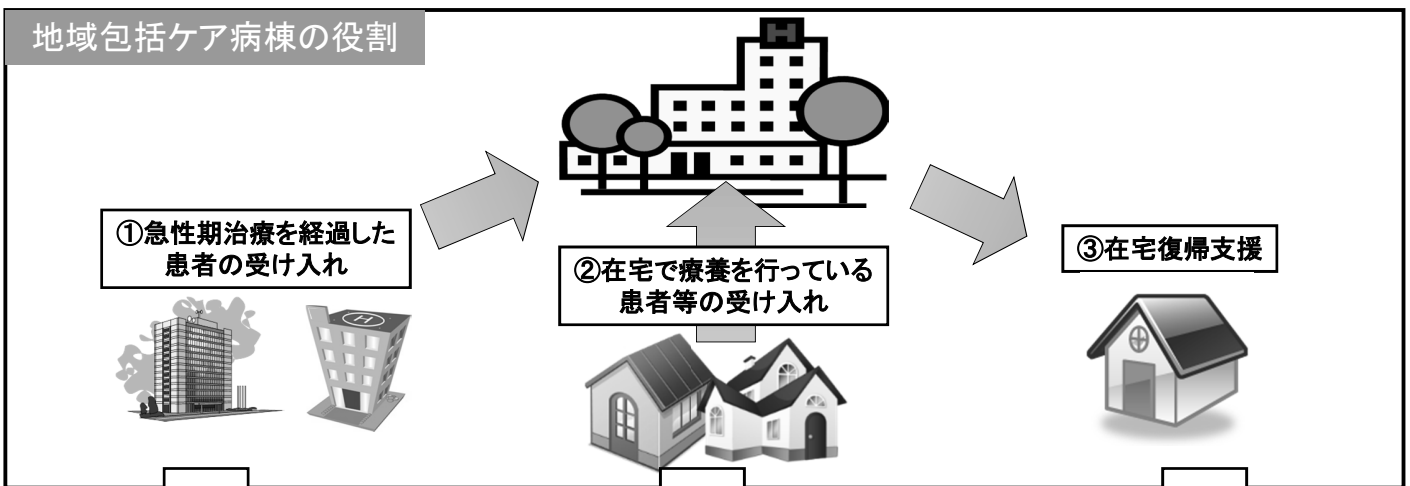
地域一般入院基本料

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



「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)

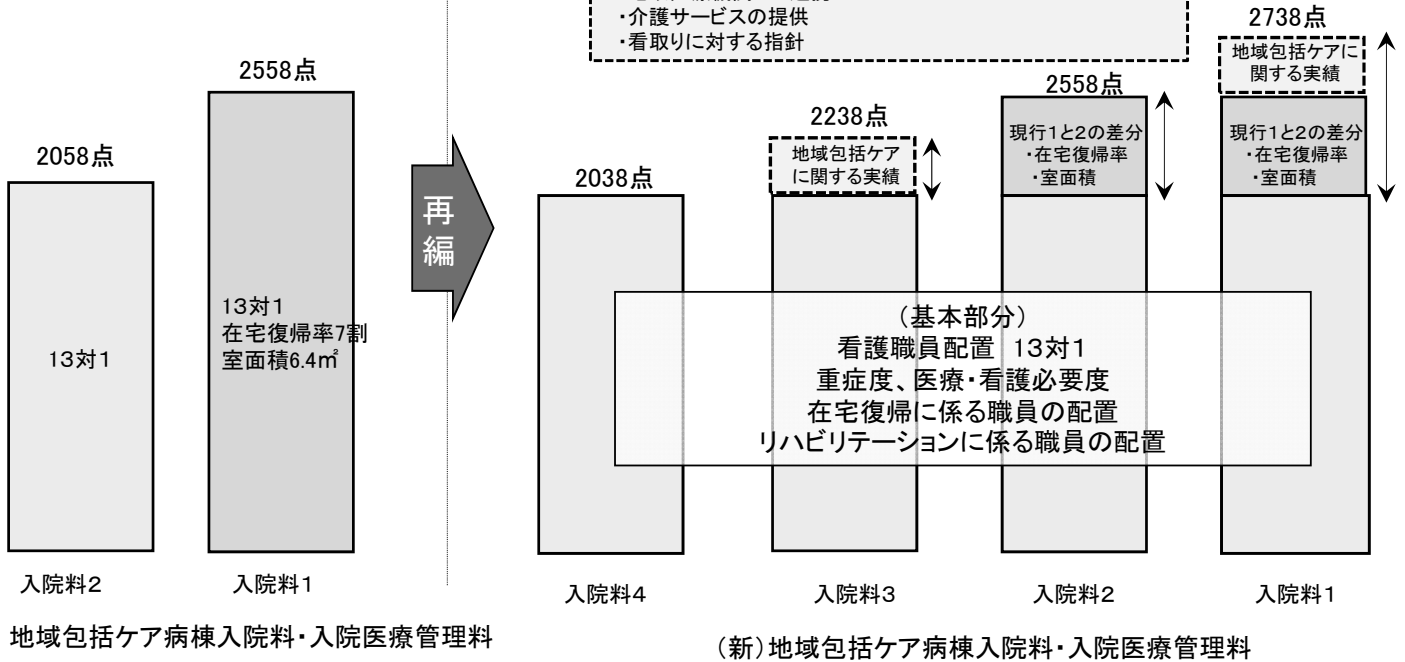
✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能に関連した要件がある

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】

【平成30年度改定】

【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			
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	—	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。

在宅復帰率の見直し②

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

【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

(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

(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

19

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

➤ 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。)の一般病棟から転院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。)の一般病棟から転院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

➤ 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。

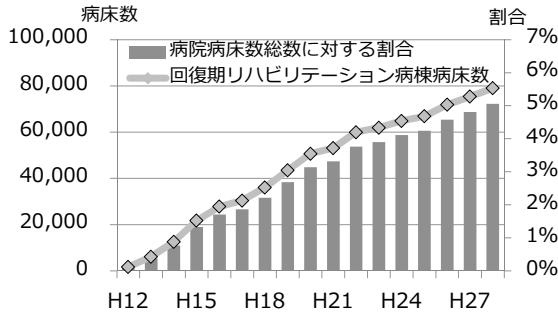
[施設基準]

(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。

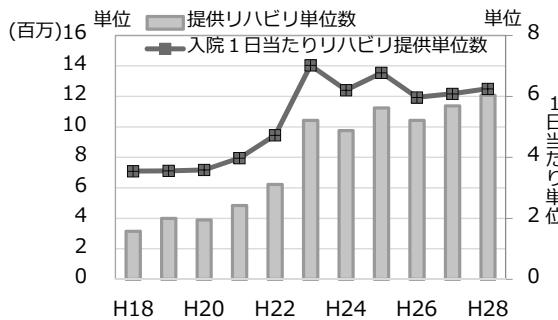
回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

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

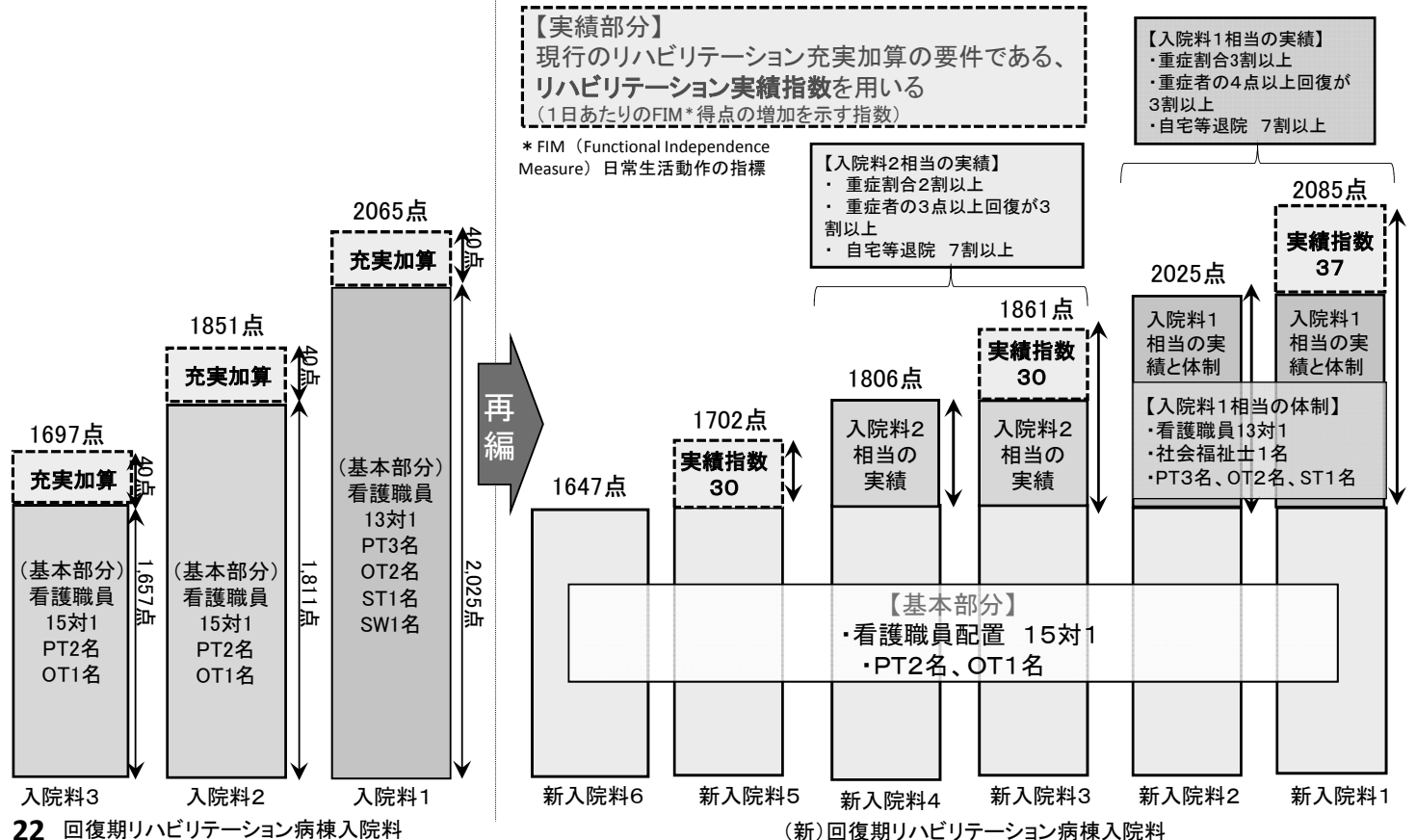
「②診療実績に応じた段階的な評価部分」に係る要件

- ◆ 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

【現行】

【平成30年度改定】



回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 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	－					
管理栄養士	－					
リハビリ計画書の栄養項目記載	－					
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)			○		
実績部分 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		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

23

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

- 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。

再掲

在宅復帰率の見直し②

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

【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(加算十)
 - ・有床診療所(加算十)
 - ・介護老人保健施設(加算十)
 - ※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(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(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

【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

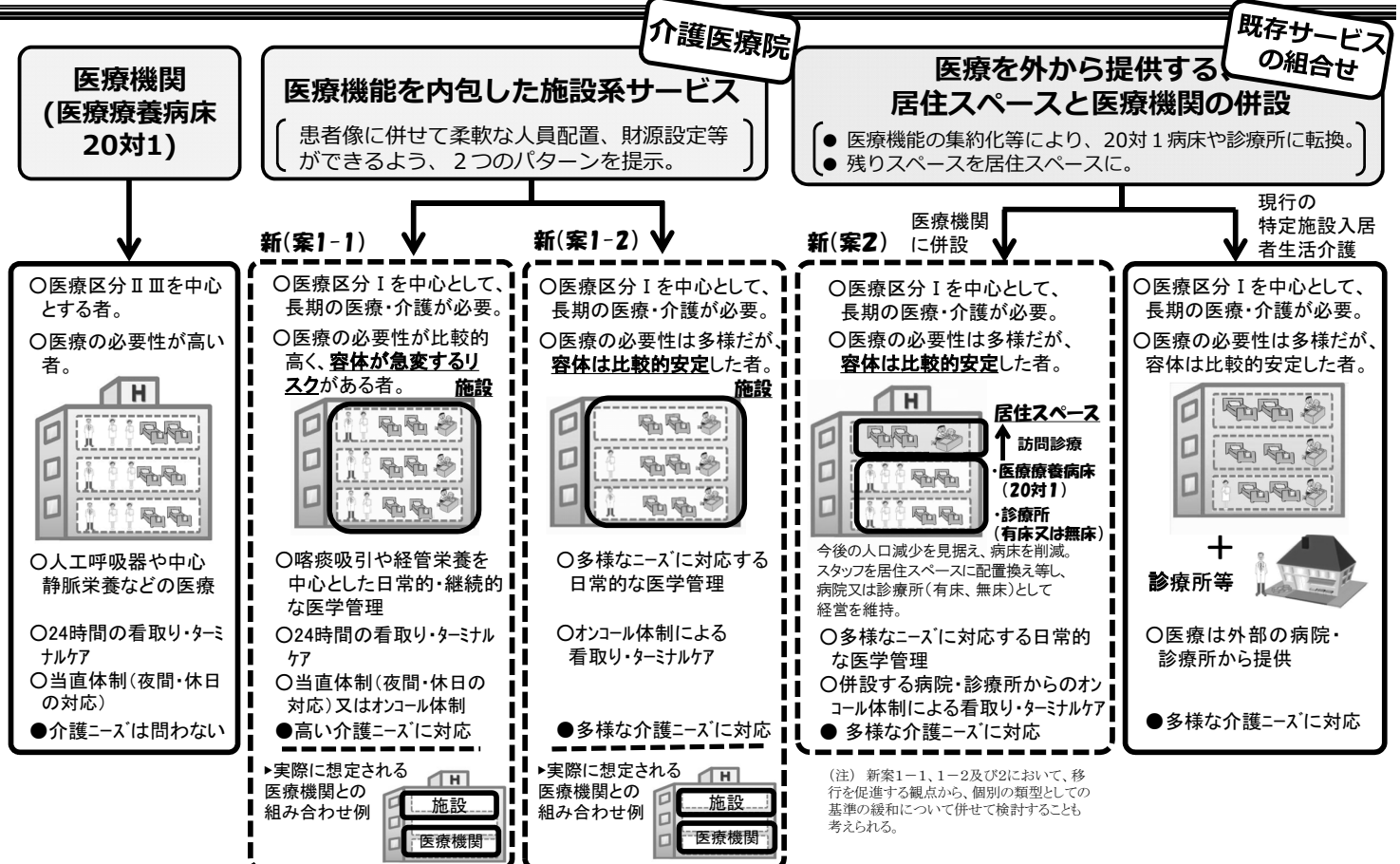
【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

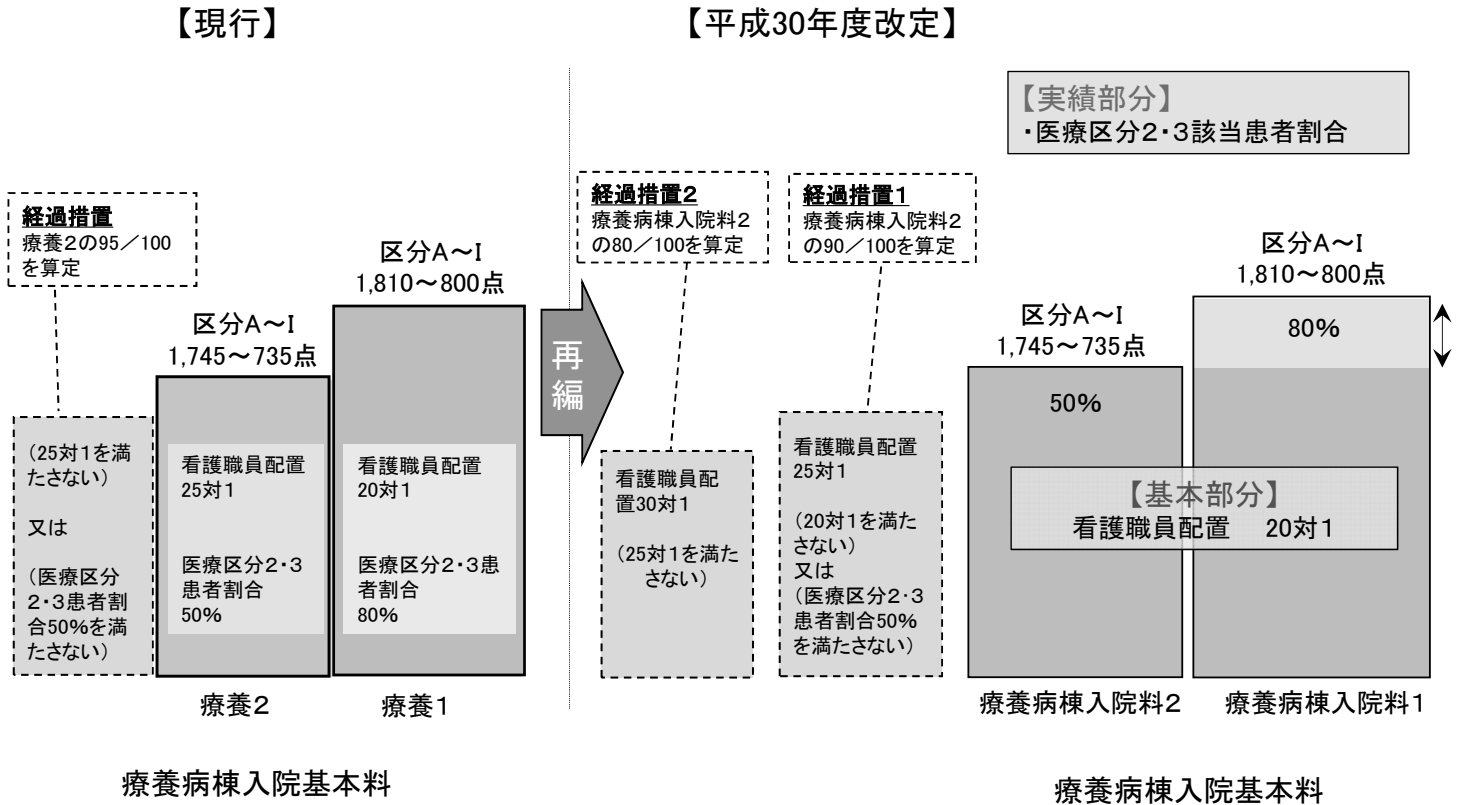
- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等(介護医療院を含む)
 - ・有床診療所
(介護サービス提供医療機関に限る)
 - ※死亡退院・再入院患者を除く
- (分母)
- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者
 - ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準]入院料1~4:7割

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)



療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ



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。

	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。

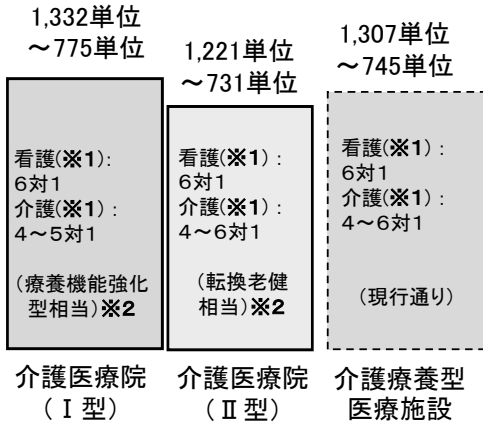
＜参考＞療養病床再編成の概要（医療保険・介護保険）

【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。



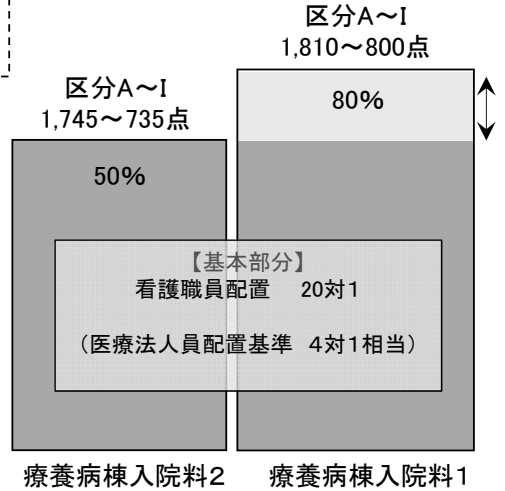
経過措置2
療養病棟入院料2の80/100を算定

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



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

➤ 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	改定後
<p>【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。</p>	<p>【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。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。</p>

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

➤ 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	改定後
<p>在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く) 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) ≥ 5割</p> <p>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 当該病棟の1日平均入院患者数 ≥ 100分の10</p>	<p>在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く) 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) ≥ 5割</p> <p>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 当該病棟の1日平均入院患者数 ≥ 100分の15</p>

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

⇒ 患者1人1日につき、**50点**を所定点数に加算する

再掲

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 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	改定後
<p>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。）の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転院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。</p>	<p>【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。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院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。</p> <p>【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。</p>

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。

診療実績データの提出への評価①

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）	改定後（要件となる入院料）
7対1入院基本料	急性期一般入院基本料
10対1入院基本料（※1）	特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1、10対1）
地域包括ケア病棟入院料	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）

※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

〔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。
（許可病床数50床未満等の医療機関は平成32年3月31日まで）

※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数200床以上を要件化

診療実績データの提出への評価②

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)		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)		1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	100点	イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 200床未満の病院の場合	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)		2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	110点	イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 200床未満の病院の場合	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提出データ評価加算として設ける。

(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。

33

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)

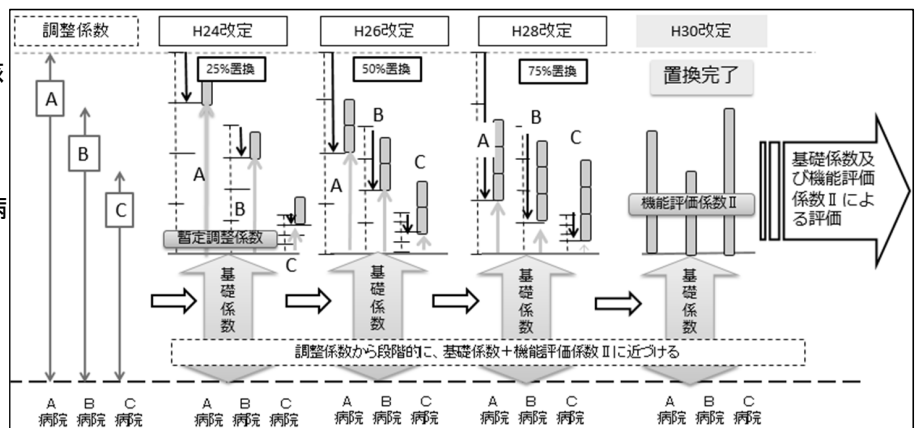
算定ルールの見直し

- 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(通常の報酬改定での対応)

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、通常の報酬改定で

34 の所要の対応を実施



短期滞在手術等基本料の見直し

個別項目の見直し

- DPC対象病院については、DPC/PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料2及び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の通りとする。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き]

現行	改定後
産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。	産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者、DPC算定病床を有する医療機関において区分番号A400の2短期滞在手術等基本料2が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(1泊2日の場合に限る)及びDPC算定病床を有する医療機関において、区分番号A400の3短期滞在手術等基本料3が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(4泊5日までの場合に限る)は評価の対象としない。

個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

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	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
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	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

35

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。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))	改定後(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。	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)	[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。
(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)	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。

[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。

- 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。

現行(点数、施設基準(抜粋))	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5点	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60日以内であること。	(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

特定集中治療室管理料等の見直し①

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

➤ 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。

37

特定集中治療室管理料等の見直し②

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	PaO ₂ /FiO ₂ (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 (×10 ³ /mm ³)	>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 あるいはドパミン投与 (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

➤ 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

38

入院中の患者に対する褥瘡対策①

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)	



- 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

- 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(DSIGN-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(DSIGN-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。

入院中の患者に対する褥瘡対策②

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日につき次の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	

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。

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。

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

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

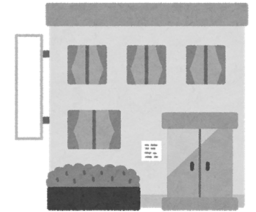
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 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。

41

その他の入院医療に関連する改定項目

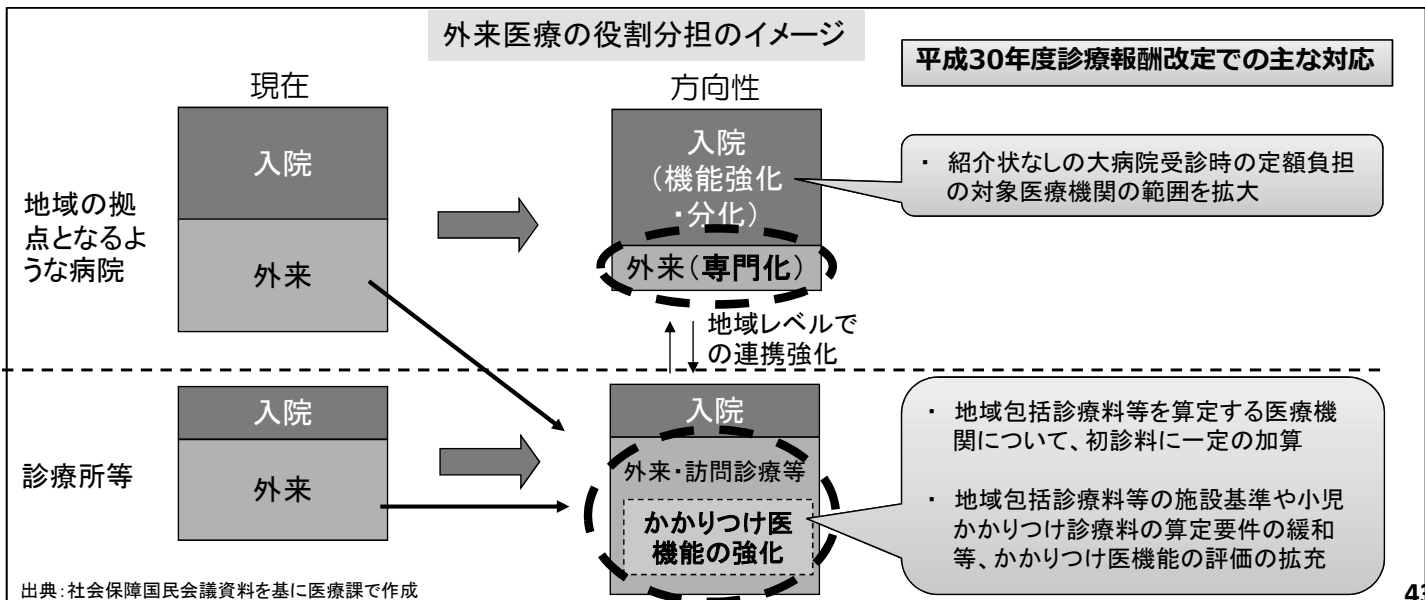
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>I-2 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 在宅患者緊急入院診療加算 ✓ 地域包括ケア病棟入院料 ➤ <u>I-3 入退院支援の推進</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 入退院支援加算 ✓ 退院時共同指導料 ✓ 介護支援等連携指導料 ✓ 診療情報提供料 ➤ <u>II-1-1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 小児特定集中治療室管理料 ✓ 小児入院医療管理料 ✓ 救命救急入院料 充実段階評価加算 ✓ 救急搬送看護体制加算 ✓ 夜間看護体制特定日減算 ➤ <u>II-1-2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 緩和ケア病棟入院料 ✓ 緩和ケア診療加算 ✓ 入院中の患者の他の医療機関への受診 ✓ がん拠点病院加算 ➤ <u>II-1-3) 認知症の者に対する適切な医療の評価</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 認知症治療病棟入院料 ✓ 認知症患者リハビリテーション料 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>II-1-4) 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</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 緩和ケア病棟入院料 ✓ 精神科救急入院料 ✓ 入院精神療法 ✓ 精神科急性期治療病棟入院料等(在宅移行率の要件見直し) ✓ 精神療養病棟入院料等(クロザピンの包括範囲からの除外) ✓ 精神科措置入院退院支援加算 ➤ <u>II-1-5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 感染防止対策加算 抗菌薬適正使用支援加算 ✓ 医療安全対策加算 医療安全対策地域連携加算 ➤ <u>III-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</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師事務作業補助体制加算 ✓ 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 ✓ 緩和ケア診療加算 ✓ 総合入院体制加算 ✓ 救命救急入院料等(勤務場所の要件緩和) ✓ 感染防止対策加算等(カンファレンスにおけるICTの活用) ➤ <u>IV-2 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 後発医薬品使用体制加算 ✓ 薬剤総合評価調整加算 ➤ <u>IV-5 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 入院時食事療養費(Ⅱ) |
|---|--|

42

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



病床規模に関する要件(大病院)の見直し

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。

現行(対象病院)	改定後(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	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。

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床以上に変更する。

[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

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2 ※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

算定対象が、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に限られる保険医療機関。

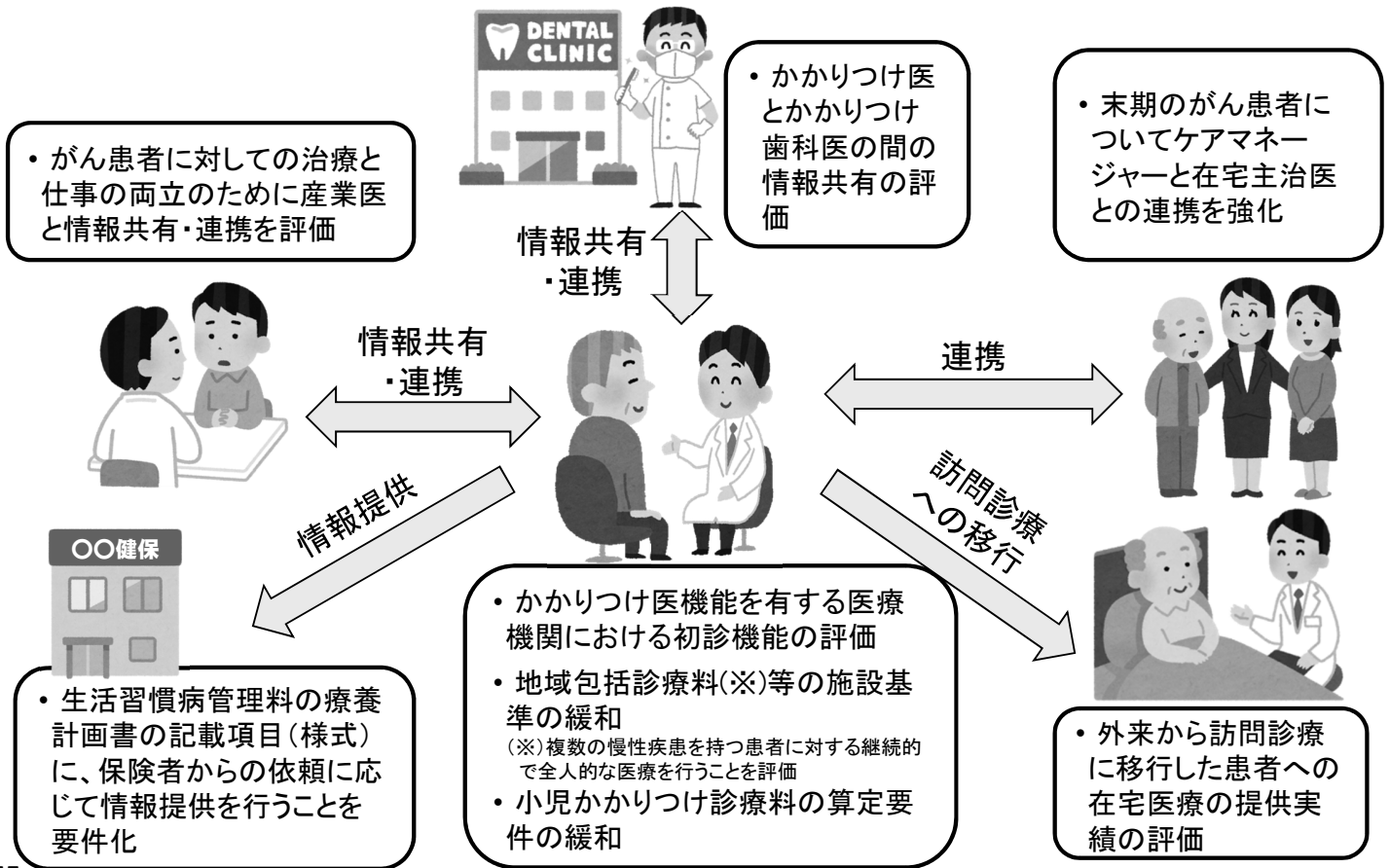
- 地域包括ケア病棟入院料

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。

※ 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場合、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。



かかりつけ医機能評価の充実



かかりつけ歯科医の機能の評価

医科歯科連携の推進

➤ 医科歯科連携を推進する観点から、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について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) **診療情報連携共有料** 120点【医科点数表、歯科点数表】

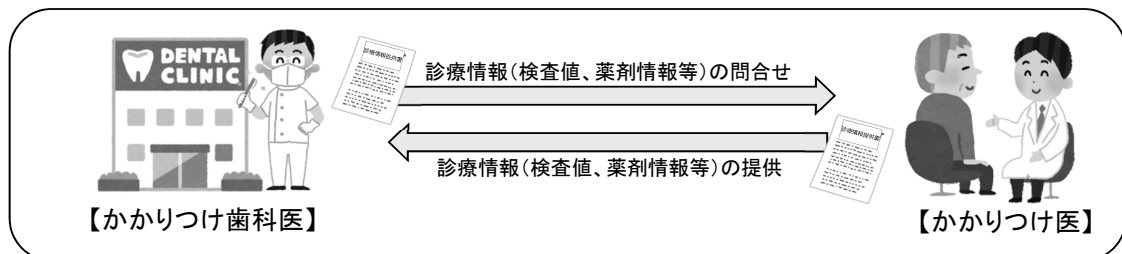
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共用することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【医科点数表】

- ・ 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の**診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定**する
- ・ 歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて**問合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**
- ・ 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(I)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定できない。



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等

- 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

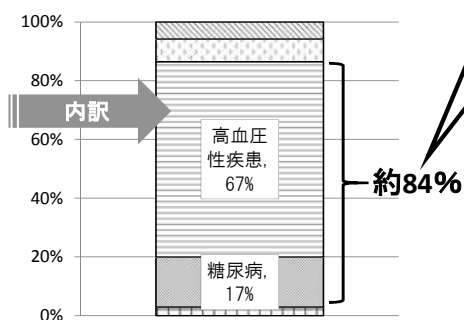
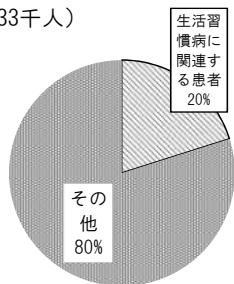


[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

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>
<p>約84%</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。

<一般診療所の推計外来患者数>
 (4,233千人)



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- 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
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療料 1,503点</p> <p>認知症地域包括診療料 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)] 以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) 常勤医師2名以上の配置 (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (ロ) 在宅療養支援病院の届出</p>	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) 地域包括診療料1 1,560点</p> <p>地域包括診療料2 1,503点</p> <p>(新) 認知症地域包括診療料1 1,580点</p> <p>認知症地域包括診療料2 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)] (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 (イ) 時間外対応加算1の届出 (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 イ 病院の場合 (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を行っていること。 (2) 診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。</p>

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。

地域包括診療加算等の見直し

➤ 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
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療加算 20点</p> <p>認知症地域包括診療加算 30点</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) 地域包括診療加算1 25点 ←</p> <p>地域包括診療加算2 18点 ←</p> <p>(新) 認知症地域包括診療加算1 35点 ←</p> <p>認知症地域包括診療加算2 28点 ←</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所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ものを含む。)</u></p> <p>(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 <u>イ 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</p> <p>(3) 加算1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が3人(在宅療養支援診療所の場合は10人)以上であること。</p>

➤ 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師等が実施可能であることを明確化する。

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

➤ 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評価を新設する。

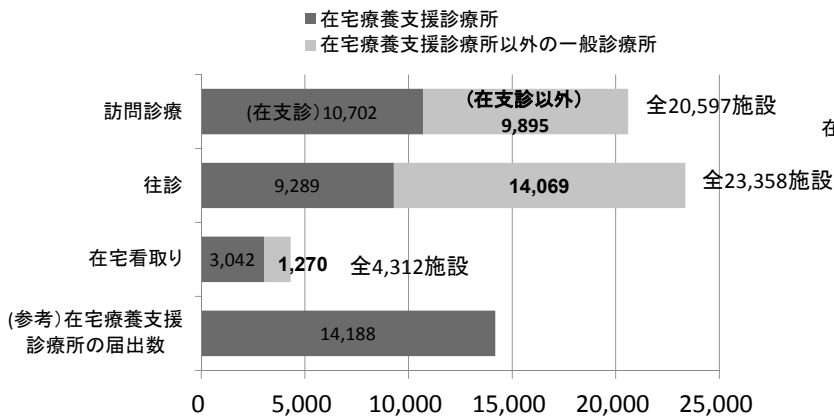
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

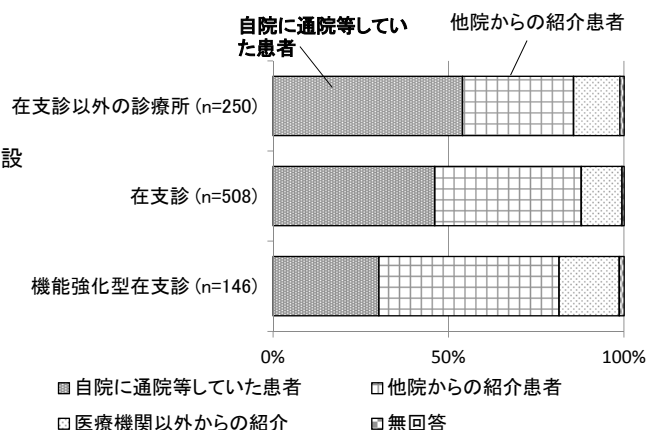
[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来を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]



[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



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の協力を行うこと。

[追加する記載欄のイメージ]

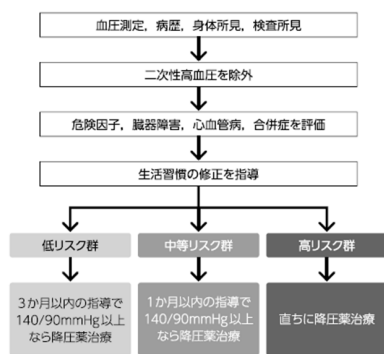
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg) →目標(/ mmHg)	【特定健康診査の受診の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	【特定保健指導の利用の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(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。

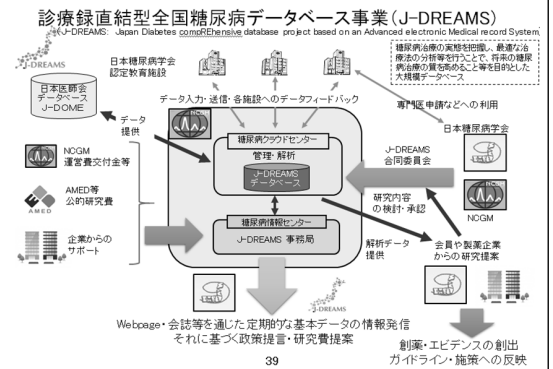
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。

[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

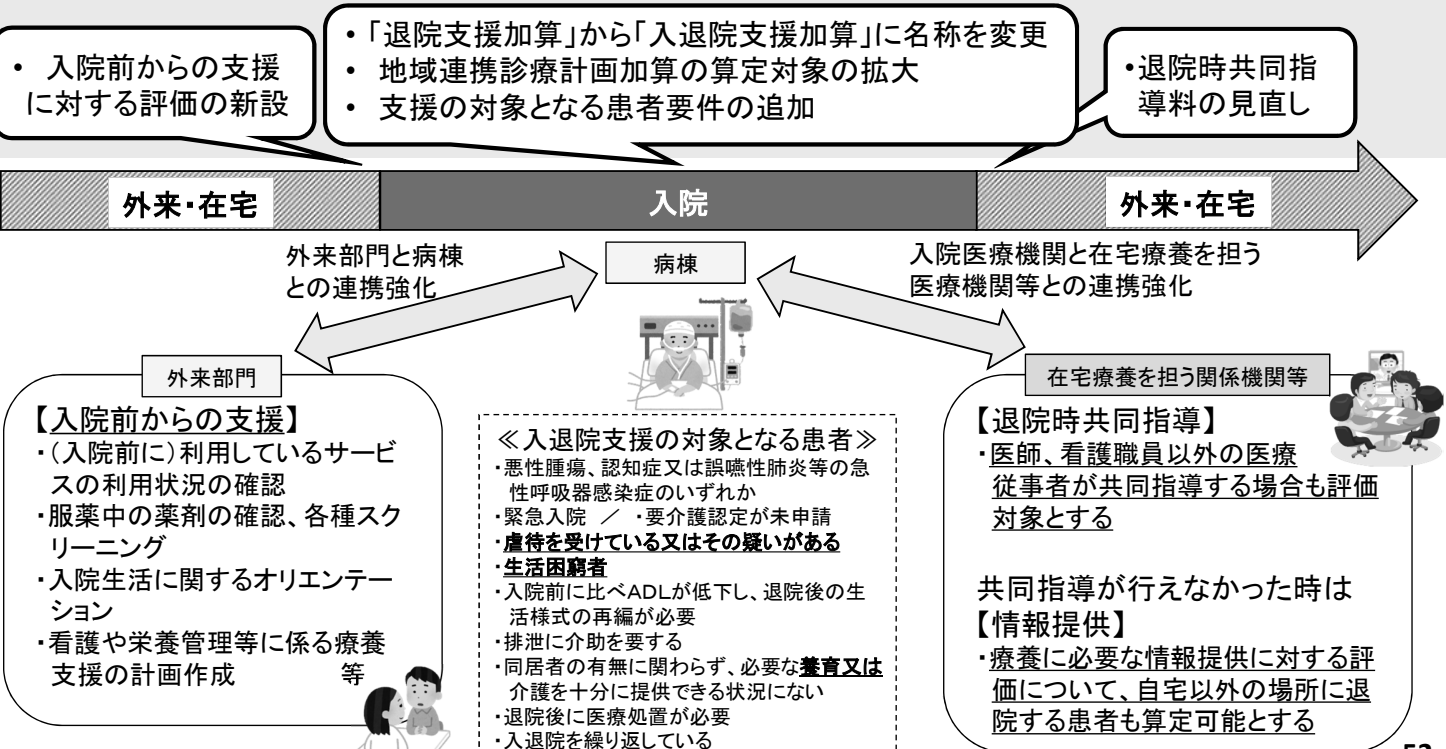


[例: 全国糖尿病データベース事業]

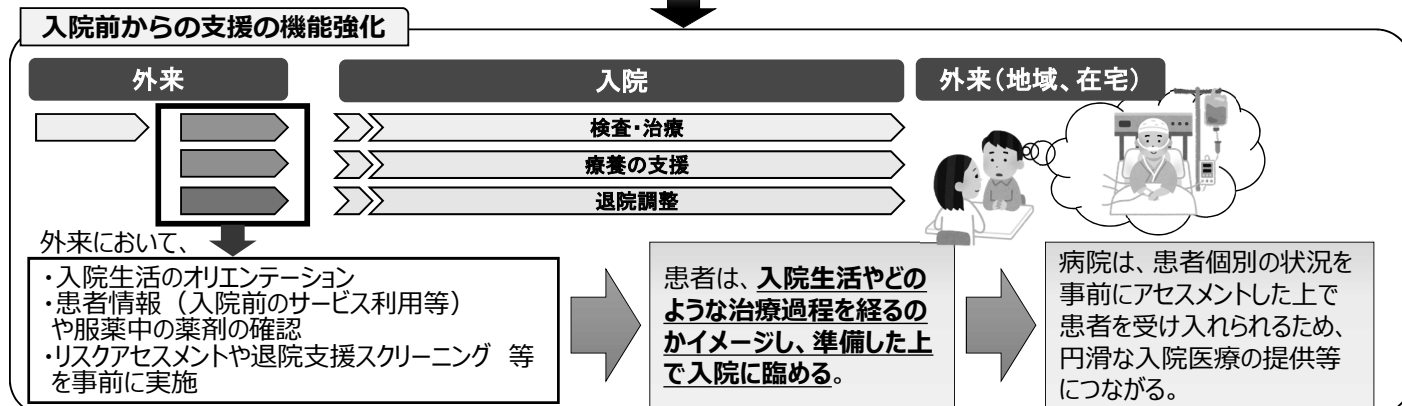
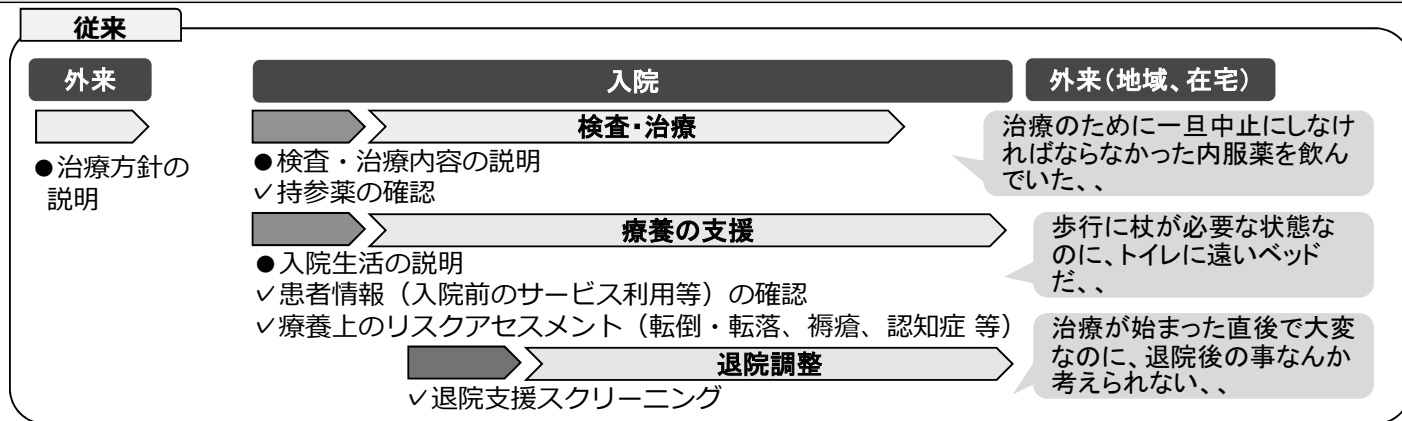


入退院支援の評価(イメージ)

➤ 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



入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院前からの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。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(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。

[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

[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。

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 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ない状況にないこと 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年間の介護支援等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

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。 55

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。

【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 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (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。

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 ・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 ・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。 56

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

医療と障害福祉との連携の推進

- 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	改定後
<p>【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る。)は、別に算定できない。</p>	<p>【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る。)は、別に算定できない。</p>
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>
<p>【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。</p>	<p>【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。</p>
<p>※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、退院支援加算1の施設基準についても、同様</p>	

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

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**

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。

質の高い在宅医療の確保

在宅医療における医科歯科連携の推進

➤ 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）の歯科医療機関連携加算について、適応拡大等の見直しを行う。

現行	改定後
診療情報提供料（I） 歯科医療機関連携加算 【医科点数表】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又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について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合	診療情報提供料（I） 歯科医療機関連携加算 【医科点数表】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又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又は 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



多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

➤ 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

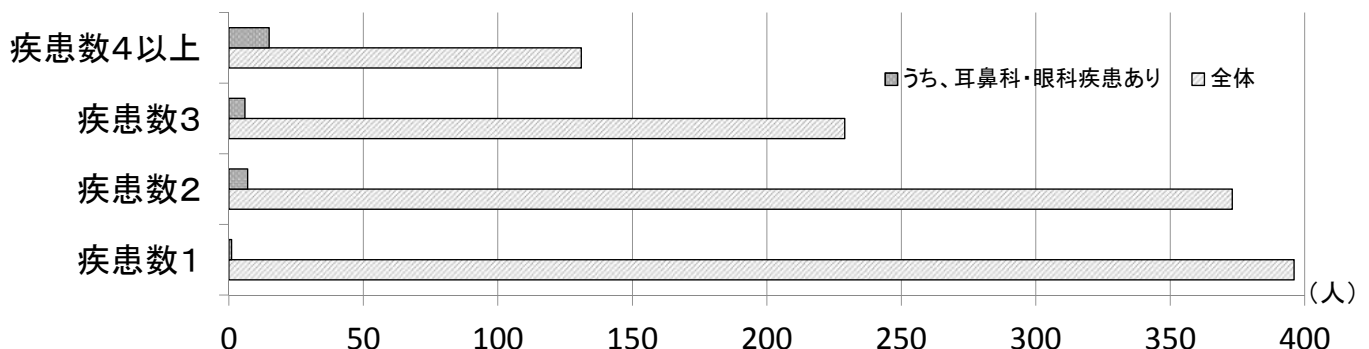
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[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



多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- ▶ 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)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- ▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)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。

(新) **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料**
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

多様な在宅医療のニーズへの対応③

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価②

- ▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)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総管・施設総管を充実する。

<在総管 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 化 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 化 能 型	病床あり	4,500点	2,400点	1,200点
	病床なし	4,100点	2,200点	1,100点
在支診・在支病		3,700点	2,000点	1,000点
その他の医療機関		2,750点	1,475点	750点

<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 化 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 化 能 型	病床あり	3,200点	1,700点	1,200点
	病床なし	2,900点	1,550点	1,100点
在支診・在支病		2,600点	1,400点	1,000点
その他の医療機関		1,950点	1,025点	750点

多様な在宅医療のニーズへの対応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総管・施設総管を充実する。

＜在総管 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		2,300点	1,280点	680点
その他の医療機関		1,760点	995点	560点

＜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		1,640点	920点	680点
その他の医療機関		1,280点	725点	560点

多様な在宅医療のニーズへの対応⑤

適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価

- 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、患者の求めに応じて患者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者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、 <u>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、可及的速やかに患者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者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。</u>

- 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。
【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。



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。 <u>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。)</u> 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。 <u>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。</u>

訪問指導料における居住場所に応じた評価①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、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】	
1 同一建物居住者以外の場合	650点
2 同一建物居住者の場合	300点

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。

改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	
1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	650点
2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u>	320点
3 <u>1及び2以外の場合</u>	290点

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 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訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・在宅患者訪問薬剤管理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
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合

訪問指導料における居住場所に応じた評価②

在宅患者訪問栄養食事指導料

- 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

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

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。

改定後

【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	530点
2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u>	480点
3 <u>1及び2以外の場合</u>	440点

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 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訪問栄養食事指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・当該建築物において当該保険医療機関が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
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、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

質の高い訪問看護の確保①

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【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

小児への対応【⑪】

学校への情報提供の評価【③】

複数の実施主体による
訪問看護の連携強化【⑦】

精神障害を有する者への支援
【⑩】

自治体への情報提供の見直し
【③】

訪問看護指示に係る医師
との連携【⑬】

入院・入所時の連携の強化
【②】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑨】

退院時の医療機関等との
連携の推進【②】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

介護職員等との連携の推進
【④】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

ターミナルケアの評価の見直し【⑦】



質の高い訪問看護の確保②

退院時の医療機関等との連携の推進

- ▶ 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 〔算定要件〕	5,400円
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 〔算定要件〕	8,000円
〔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。	

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。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(Ⅰ)) 50点

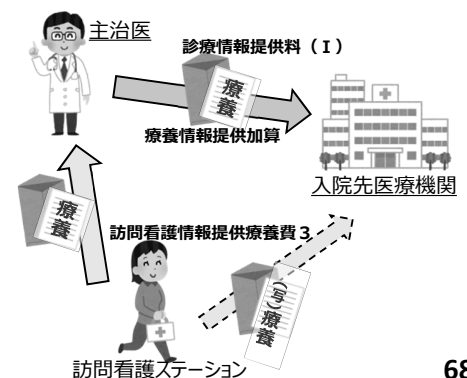
〔算定要件〕

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

〔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。



質の高い訪問看護の確保③

自治体への情報提供の見直し

➤ 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。

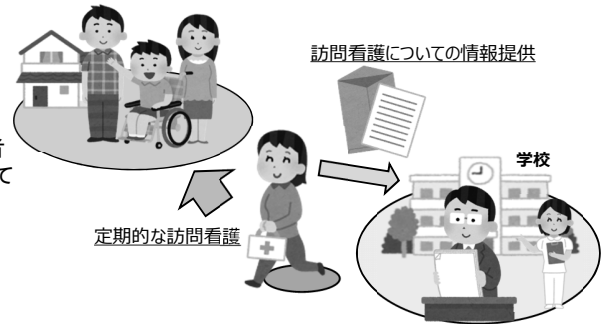
現行	改定後
<p>【訪問看護情報提供療養費】</p> <p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定 	<p>【訪問看護情報提供療養費1】</p> <p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定 <p>【算定対象】</p> <ol style="list-style-type: none"> 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 精神障害を有する者又はその家族等

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。

(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】
- 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
 - 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
 - 15歳未満の超重症児又は準超重症児



質の高い訪問看護の確保④

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

(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)

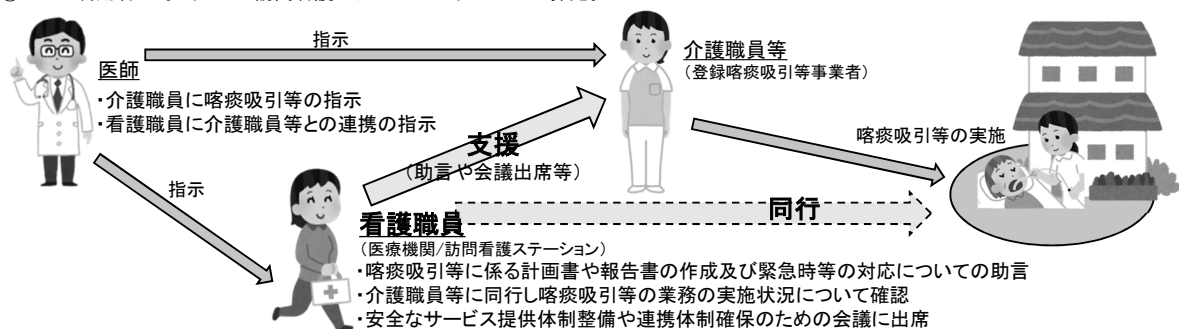
(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

【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看護職員が、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) 介護職員等と同行し、患者の居宅における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。
- 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。

※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



質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

▶ 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円(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指導の実績
- 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



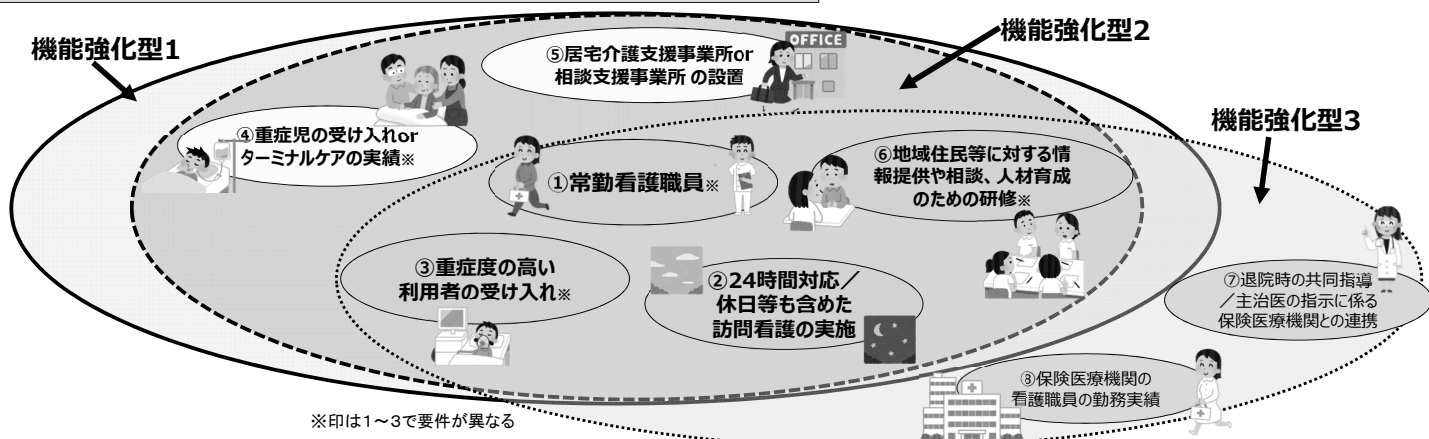
福祉サービス事業との連携推進

▶ 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。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>【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</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



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	(共通)		
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)	(共通)		
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。

質の高い訪問看護の確保⑦

複数の実施主体による訪問看護の連携強化

- 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。
- 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。

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
【訪問看護管理療養費】 [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。

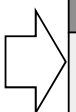
73

質の高い訪問看護の確保⑧

24時間対応体制の評価の見直し

- 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、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への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。



理学療法士等の訪問看護の適正化

- 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。



74

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

質の高い訪問看護の確保⑨

複数名による訪問看護の見直し

- 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 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

改定後									
訪問者	算定回数	算定対象							
イ 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						
ニ 看護職員 + 看護補助者	-	①②③	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1日に1回</td> <td>3,000円</td> </tr> <tr> <td>1日に2回</td> <td>6,000円</td> </tr> <tr> <td>1日に3回以上</td> <td>10,000円</td> </tr> </table>	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
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 + 看護補助者	週1回		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	-		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1日に1回の場合</td> <td>4,500円</td> </tr> <tr> <td>1日に2回の場合</td> <td>9,000円</td> </tr> <tr> <td>1日に3回以上の場合</td> <td>14,500円</td> </tr> </table>	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
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	-		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1日に1回の場合</td> <td>3,800円</td> </tr> <tr> <td>1日に2回の場合</td> <td>7,600円</td> </tr> <tr> <td>1日に3回以上の場合</td> <td>12,400円</td> </tr> </table>	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
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 + 看護補助者	週1日		3,000円						

質の高い訪問看護の確保⑩

精神科訪問看護基本料療養費(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料療養費(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

精神障害を有する者への重点的支援

- 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	

質の高い訪問看護の確保⑪

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応

▶ 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	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)	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
 在宅自己腹腔灌流指導管理 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	改定後
【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	【訪問看護基本療養費】 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

質の高い訪問看護の確保⑫

過疎地域等の訪問看護の見直し

▶ 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	改定後
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	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
(新) 特別地域訪問看護加算 所定点数の100分の50

[算定要件] 訪問看護療養費の当該加算と同様

▶ 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)第二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

質の高い訪問看護の確保⑬

連携する診療所の医師により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。

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。

同一の保険医療機関・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。

(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

79

医療と介護の連携の推進

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



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



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

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

80

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）

現行	改定後
【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	【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】※ 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



「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。

【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。

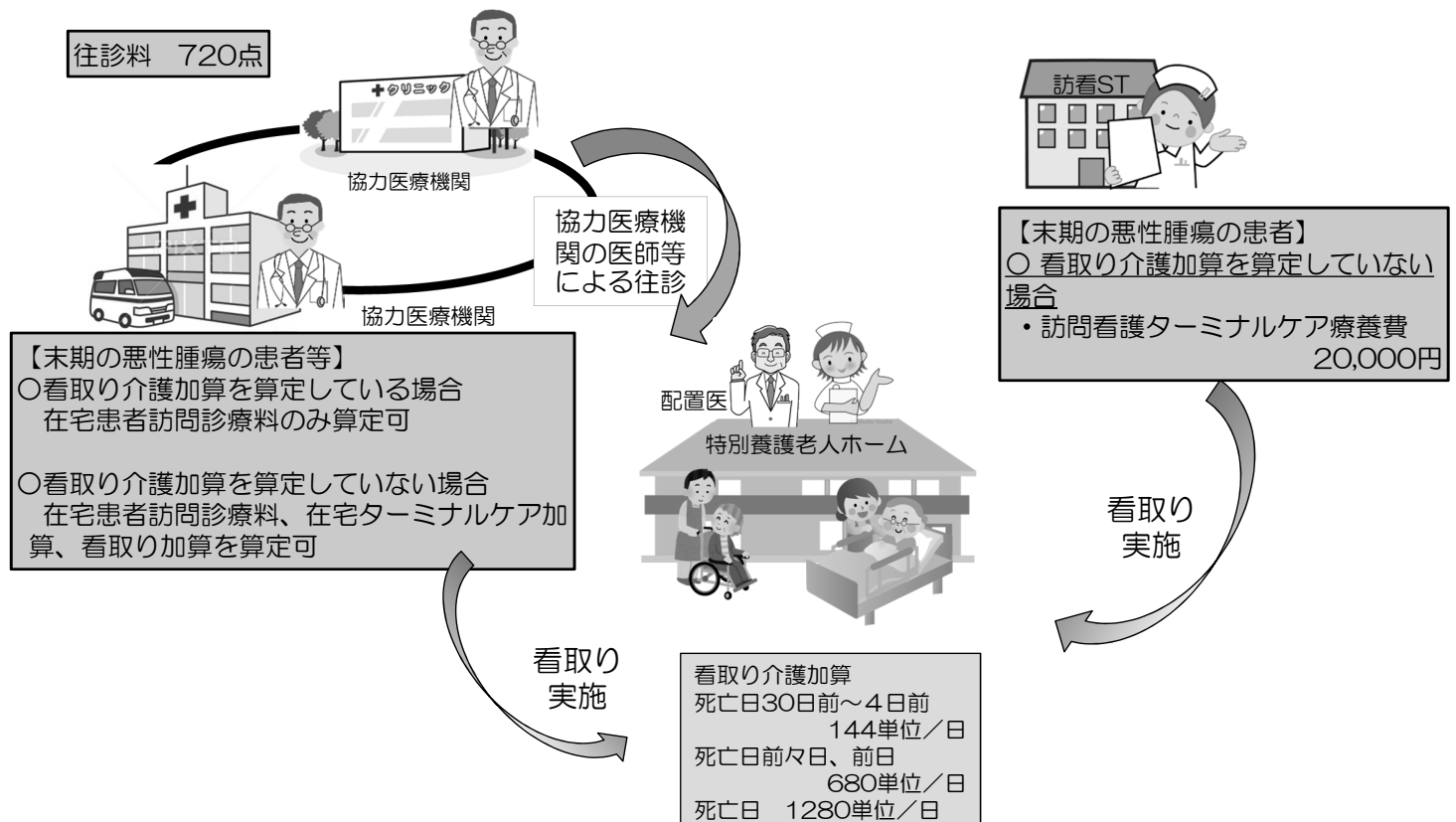
※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

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。

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)



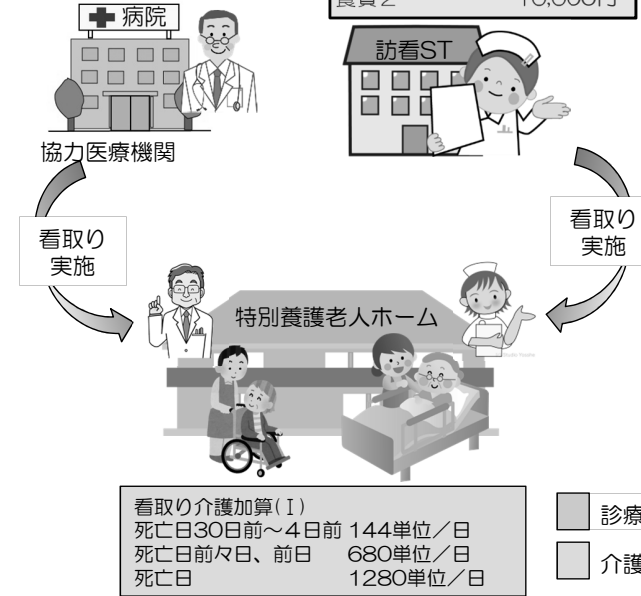
特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

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

往診料 720点

【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

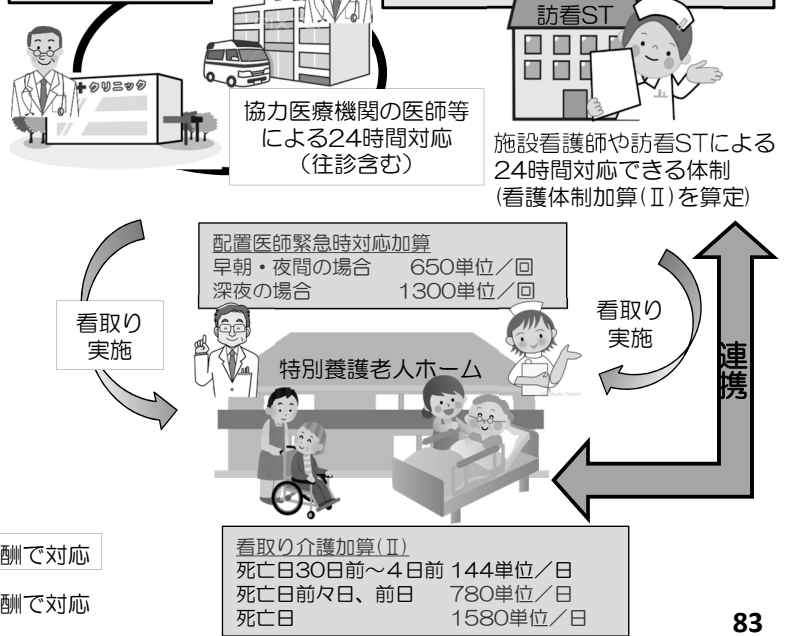


配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【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

往診料 720点

【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



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する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)

○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、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応(居宅介護支援)

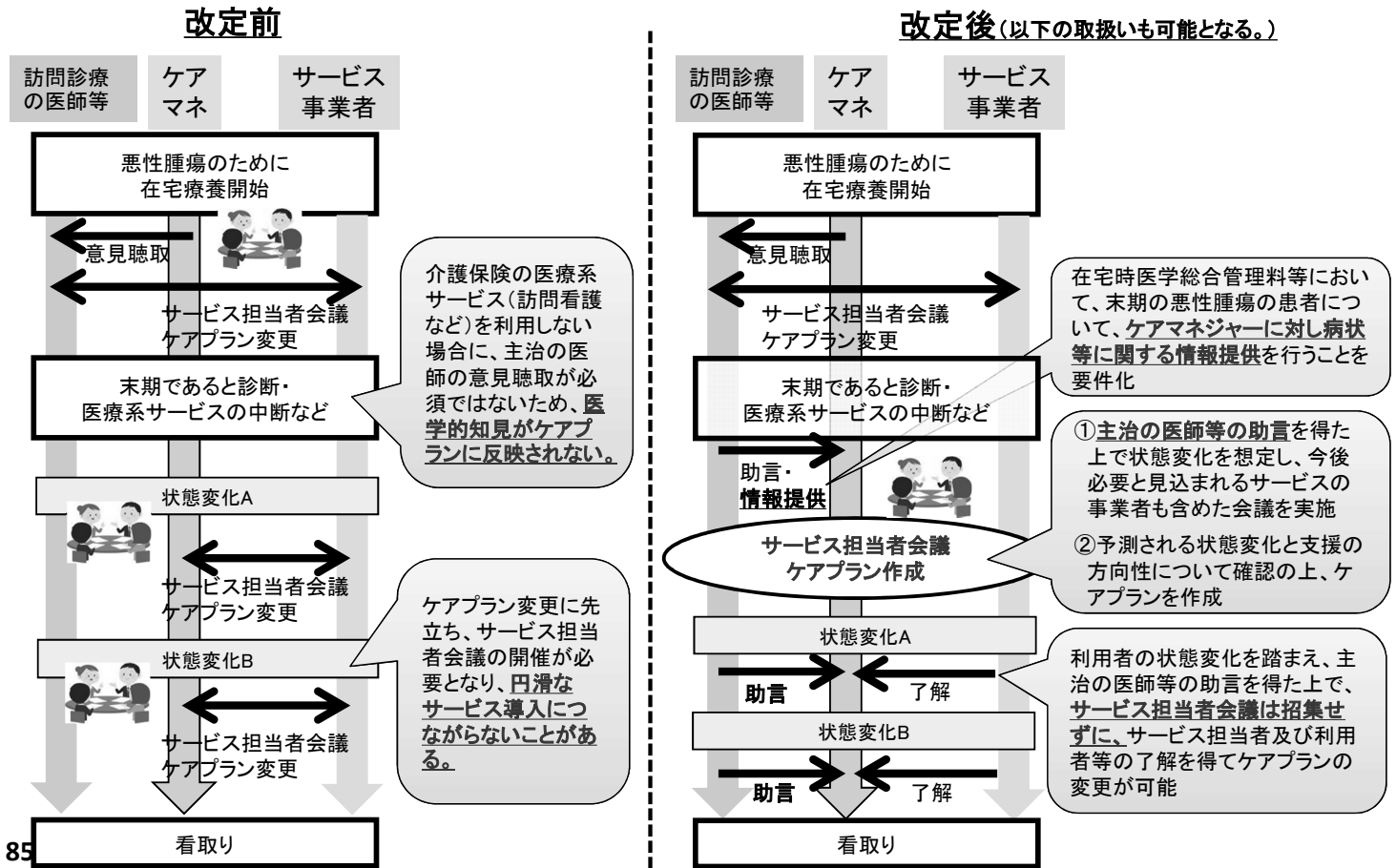
○ケアマネジメントプロセスの簡素化

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)



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)

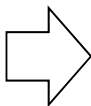
- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するI型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するII型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。



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。

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。

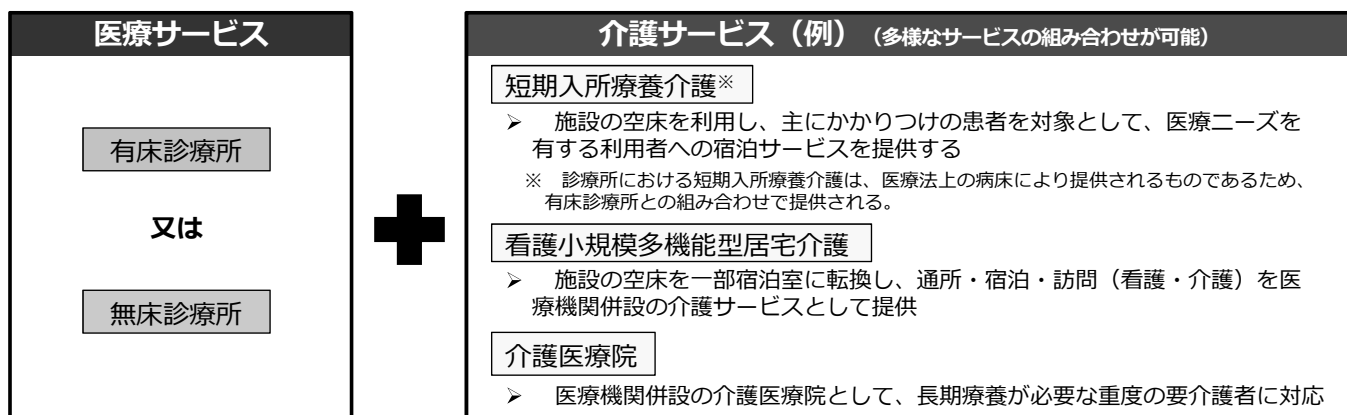
(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

〔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。

〔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。

<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



維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 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

- 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

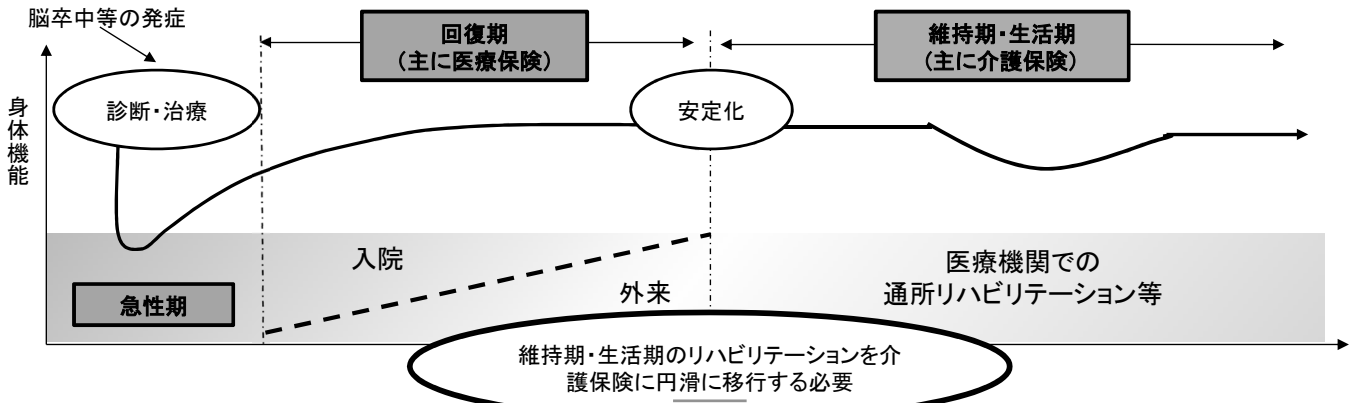
〔リハビリテーション計画提供料1の算定要件〕

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

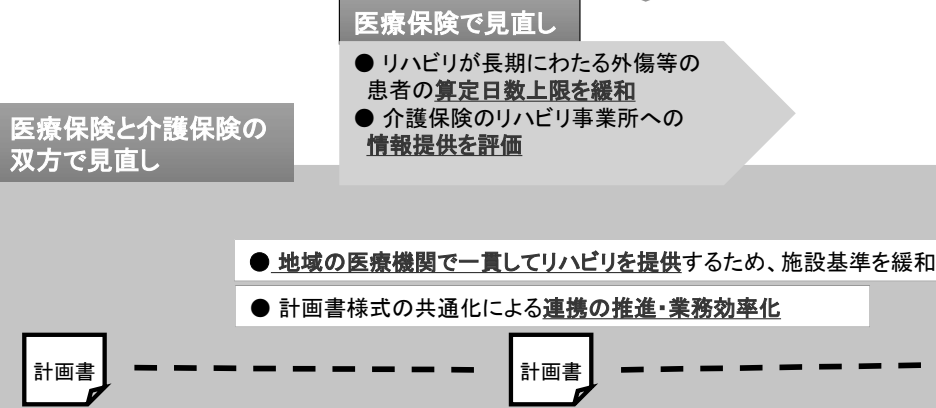
診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 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。

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し



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

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

➤ 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	改定後
<p>【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】</p> <p>(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</p> <p>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</p> <p>回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者</p> <p>(中略)</p> <p>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</p> <p>(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合 (略)</p>	<p>【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】</p> <p>(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</p> <p>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 <u>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)</u> <u>外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)</u> 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者 <u>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。)</u></p> <p>(中略)</p> <p>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</p> <p>(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合 (略)</p>

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

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

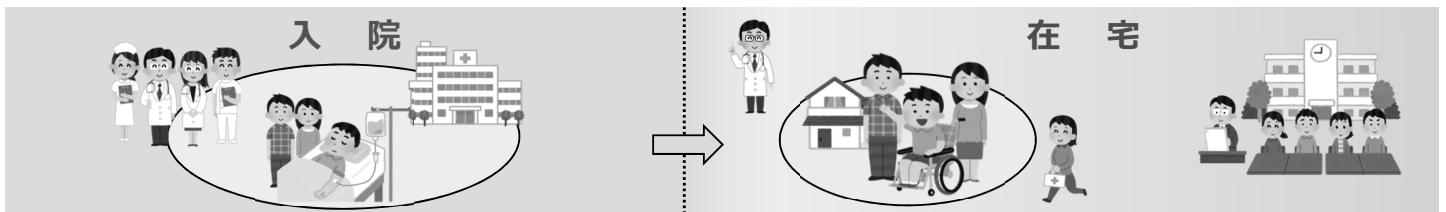
- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

現行
【リハビリテーション総合計画評価料】 300点
[対象患者] 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、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、認知症患者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(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)の算定患者



改定後
【リハビリテーション総合計画評価料】 リハビリテーション総合計画評価料1 300点
[対象患者] 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、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並びに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以外の患者
(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点
[対象患者] 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

小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

小児医療の充実②

発達障害に対する診療の充実

- ▶ 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	改定後
<p>【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。</p> <p>[対象患者] 15歳未満の心理的発達の障害等の患者</p>	<p>【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。</p> <p>[対象患者] 18歳未満の心理的発達の障害等の患者</p>

- ▶ 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。

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)

周産期医療の充実①

入院

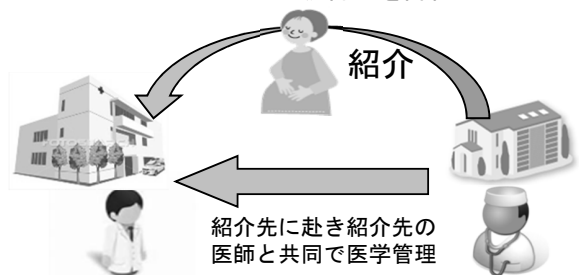
これまでの取組

- 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



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設



- 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



周産期医療の充実②

外来における妊婦加算の新設

- 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

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。

(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ヶ月に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	精神疾患の妊産婦について、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。

95

周産期医療の充実③

乳腺炎の重症化を予防する包括的なケア及び指導に関する評価

- 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する。



(新) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	イ 初回	500点
	ロ 2回目から4回目まで	150点

【算定要件】

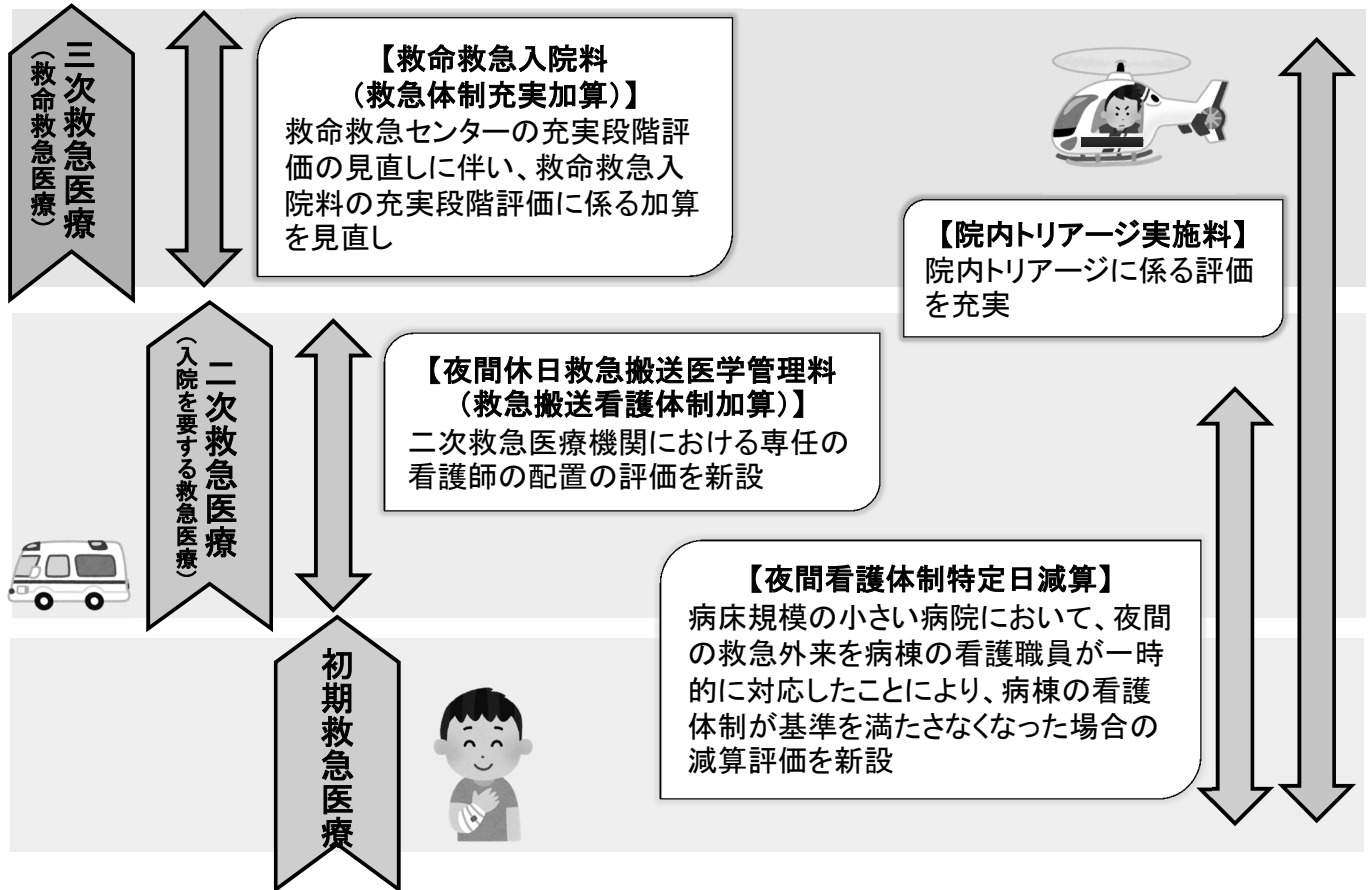
- ① 乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、**乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者**に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して**乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導及び心理的支援等の乳腺炎の早期回復並びに重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する。
- ② 当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

【施設基準】

- ① 当該保険医療機関内に、**乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。**
- ② 当該保険医療機関内に、**乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有する者であって、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。**

96

救急医療体制の充実

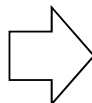


救急医療の充実

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し。

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)	
イ 救急体制充実加算1	1,500点(1日につき) ※ 充実段階評価S
ロ 救急体制充実加算2	1,000点(1日につき) ※ 充実段階評価A
ハ 救急体制充実加算3	500点(1日につき) ※ 充実段階評価B

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。

(新) 救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- 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。
- 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。

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

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

➤ 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)

※ 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。

(許可病床数: 99床)

3階病棟 (一般病棟) [施設基準] 夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要	入院患者数: 32人 	夜間に病棟の看護職員が、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場合がある。 ↓ 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) [施設基準] 夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要	入院患者数: 32人 	
1階病棟 (療養病棟) [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	入院患者数: 35人 	

緩和ケア病棟入院料の見直し

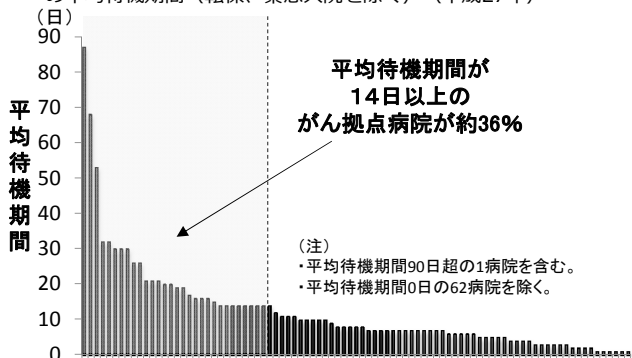
➤ 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

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
[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。 (1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。 (2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。	
[入院料2の施設基準] 現行と同様	

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)



緩和ケア診療加算等の要件の見直し

- 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)	➔	改定後(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	➔	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

- 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

(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。

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。

現行	➔	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、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)	➔	【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。

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

がんゲノム医療に係る評価

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

- 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	改定後
遺伝カウンセリング加算(月1回) 500点	遺伝カウンセリング加算(月1回) 1,000点

103

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



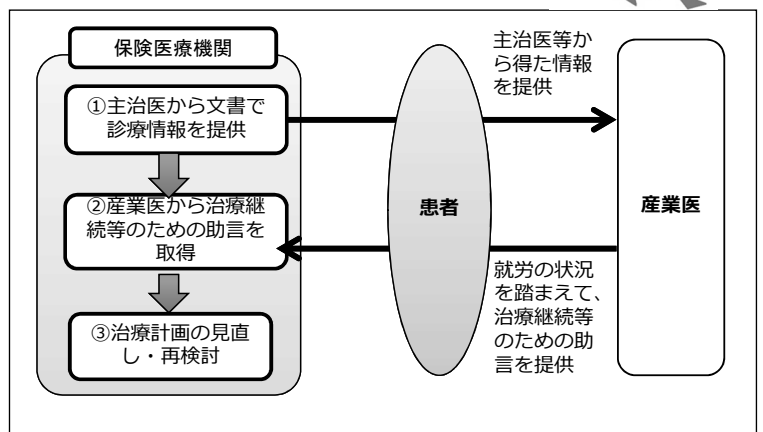
[算定要件]

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。

- 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
- 医師又は医師の指示を受けた看護職員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
- 産業医から治療継続等のための助言の取得
- 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

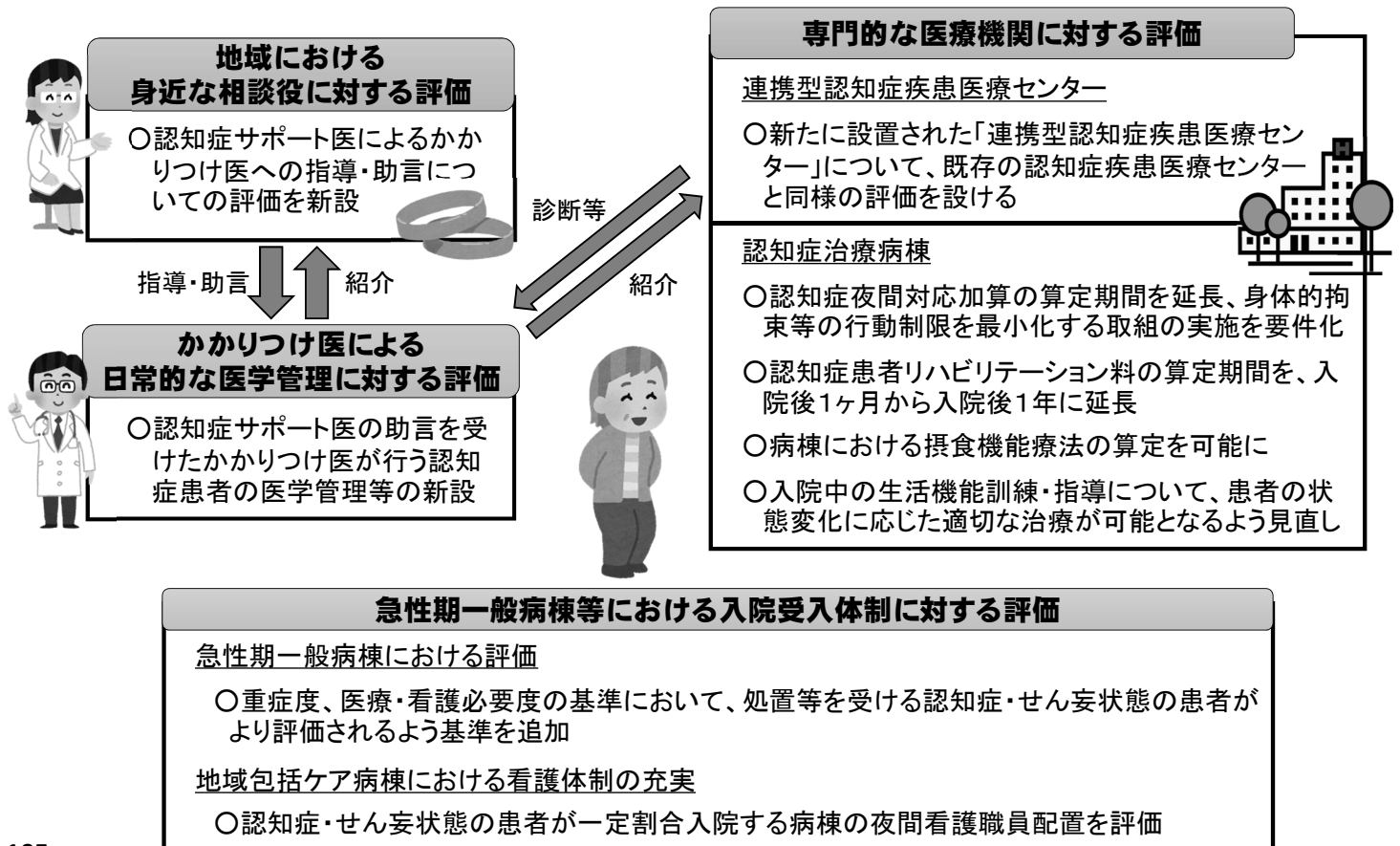
[相談体制充実加算の施設基準]

- 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。
- 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)]

認知症の者に対する適切な医療の評価



105

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

- 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)

[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)

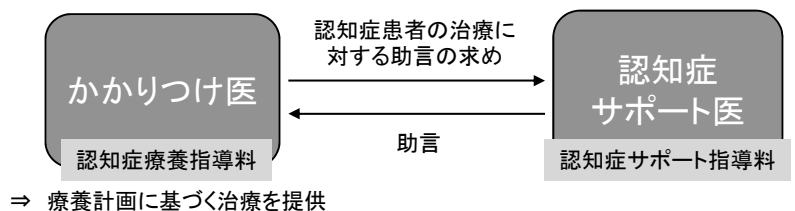
(新) **認知症療養指導料3** 300点(月1回)(6月に限る)

[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。

106