

平成30年度診療報酬改定について

(医科)

九州厚生局

平成30年度診療報酬改定の概要

医科 I

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

1

平成30年度診療報酬改定の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会・経済の変化や技術革新への対応に向けて、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。

診療報酬本体 +0.55%

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

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、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

2

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

- **人生100年時代を見据えた社会の実現**
 - ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
 - ・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必要。
- **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する必要。
 - ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。
- **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**
 - ・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、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野の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。
 - ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

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

- 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。
- 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。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 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。

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

- 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することが重要。
- 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の適切な評価が重要。

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

- 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。

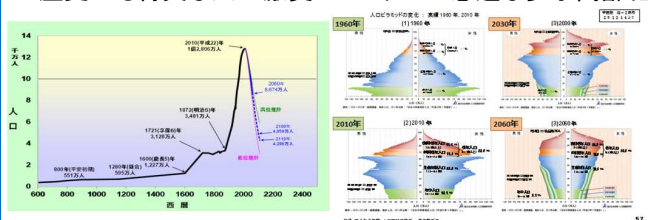
3

平成30年度診療報酬改定

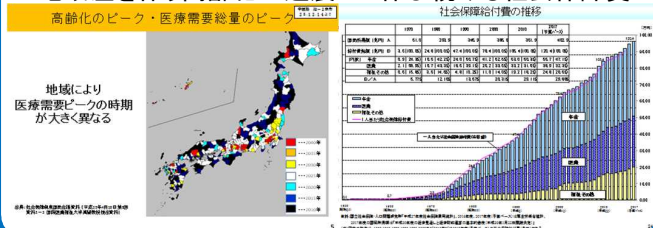
平成30年度診療報酬改定の背景

急激な社会環境の変化

■ 歴史上も特異な人口激変 ■ マクロの急速な少子高齢化

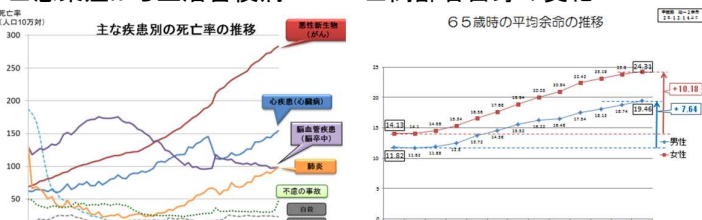


■ 地域差を伴う高齢化の進展 ■ 伸び続ける社会保障費

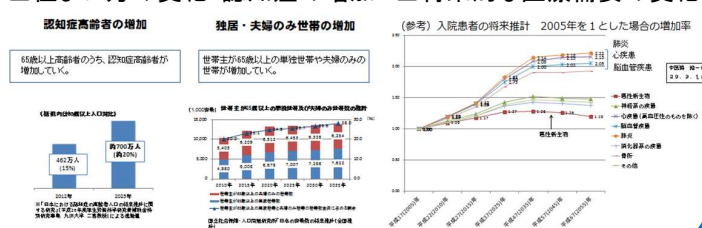


ケアニーズの変化

■ 感染症から生活習慣病へ ■ 高齢者自身の变化



■ 住まい方の変化・認知症の増加 ■ 将来的な医療需要の変化



技術革新と持続可能性の調和

■ 高額技術の台頭 ■ ICT、ビッグデータへの期待、



求められる対応

- 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
- 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
- III 医療従事者の負担軽減働き方改革の推進
- 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

4

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. 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

歯科（「歯科」参照）

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

調剤（「調剤」参照）

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

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) 適切な腎代替療法法の推進（「医科II」参照）
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
 - 2~8) (略)（「医科II」参照）

歯科（「歯科」参照）

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（「調剤」参照）

1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

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（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科II」参照）
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科II」参照）⁵

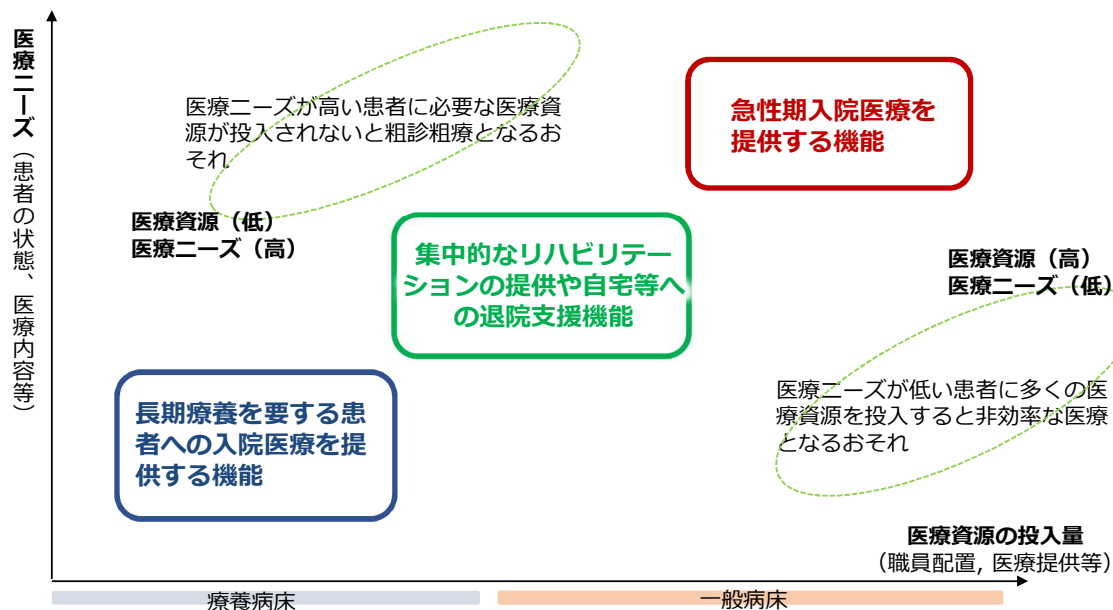
平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

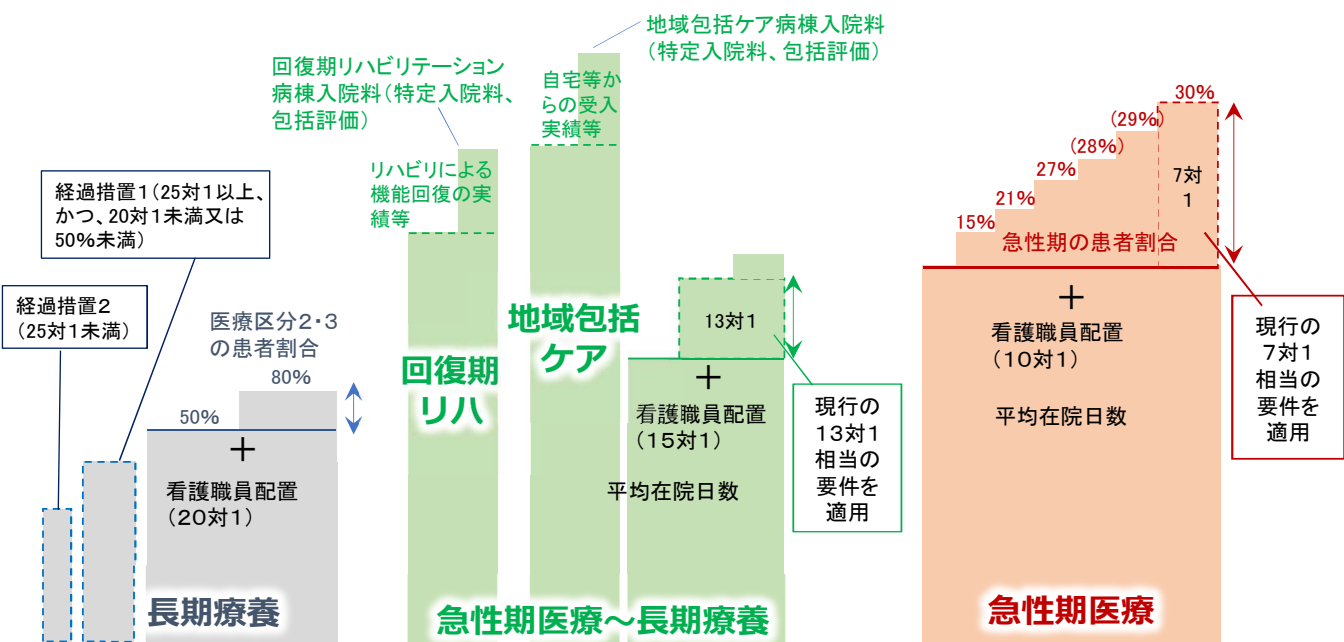
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 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。



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。



療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合

※ 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](#)。

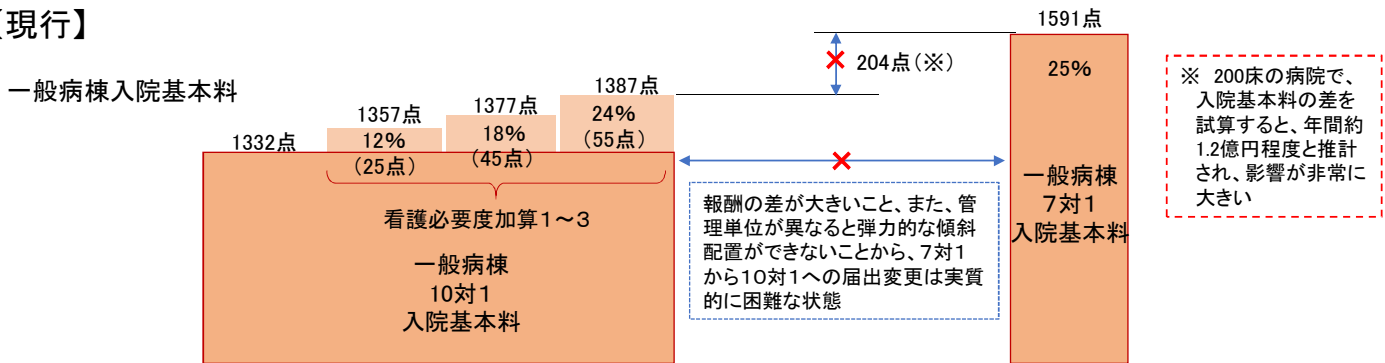
④ 療養病棟入院基本料

- ・ 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。

(1)急性期医療

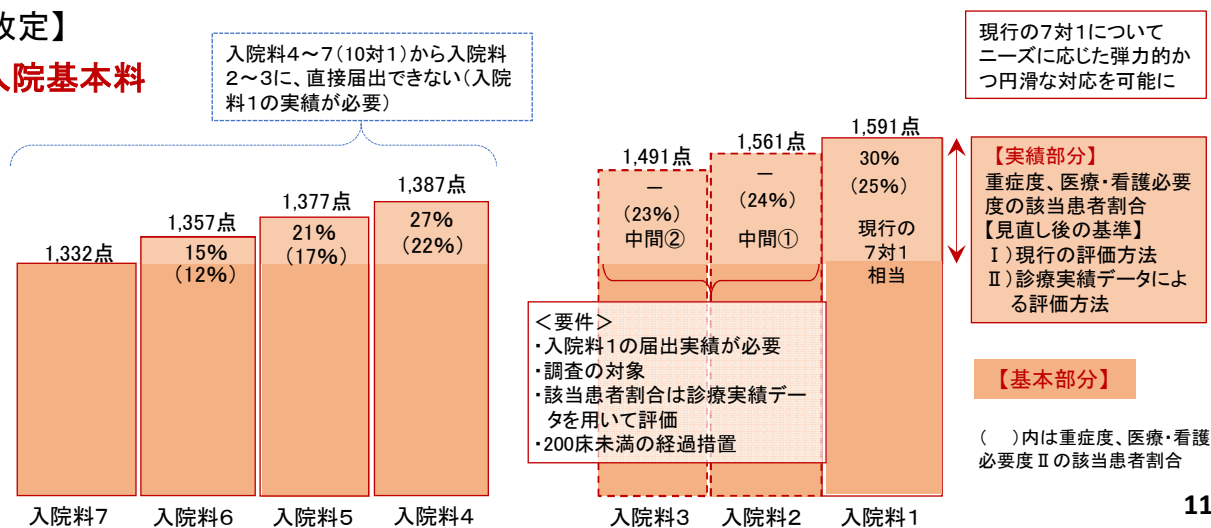
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



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	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
	[]内は200床未満の経過措置 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
[]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	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。

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、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
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)
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

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のいずれか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、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

レセプト電算処理システム用コードの例			診療行為名称
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		
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

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 看護職員夜間配置加算	6%	総合入院体制加算1・2	35%	30%
看護補助加算1	5%	総合入院体制加算3	32%	27%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	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%

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。

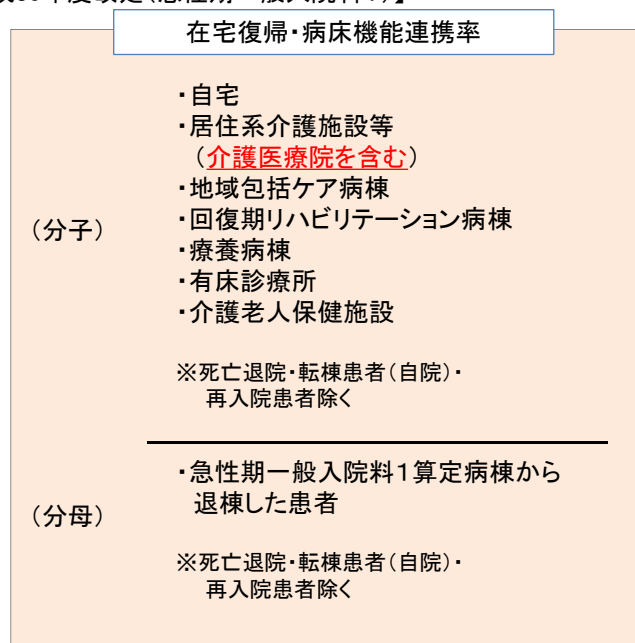
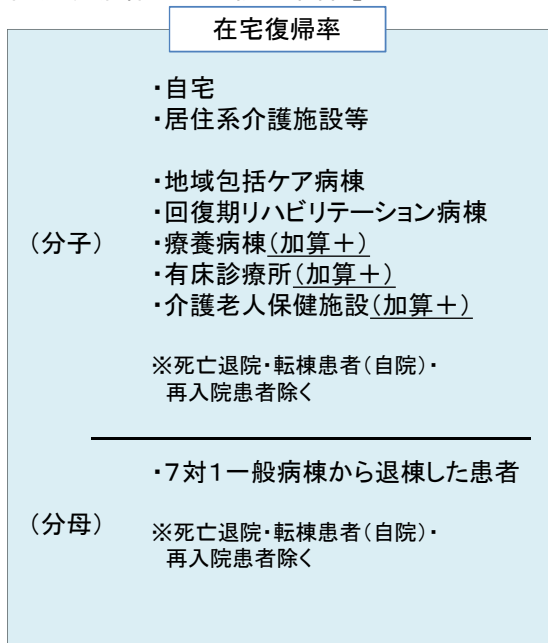
在宅復帰率の見直し①

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

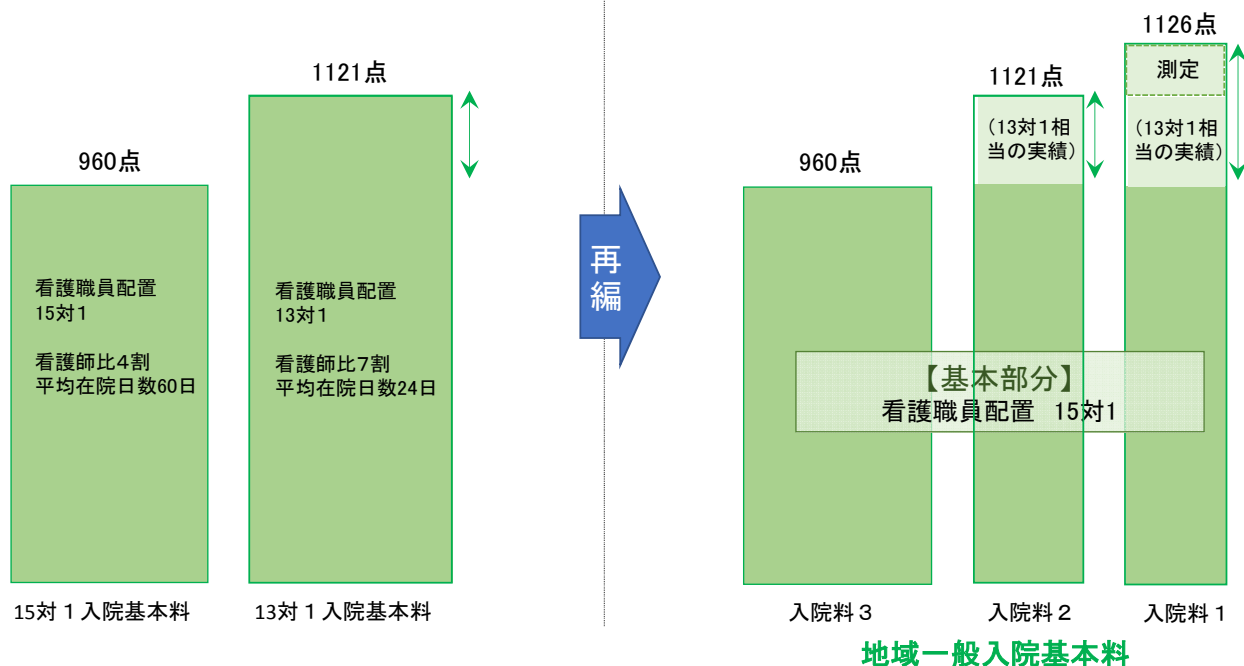
[施設基準]8割

(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】



21

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」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)

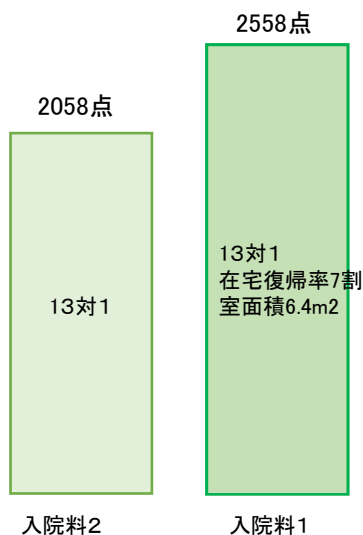
: 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規)

※ 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

23

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

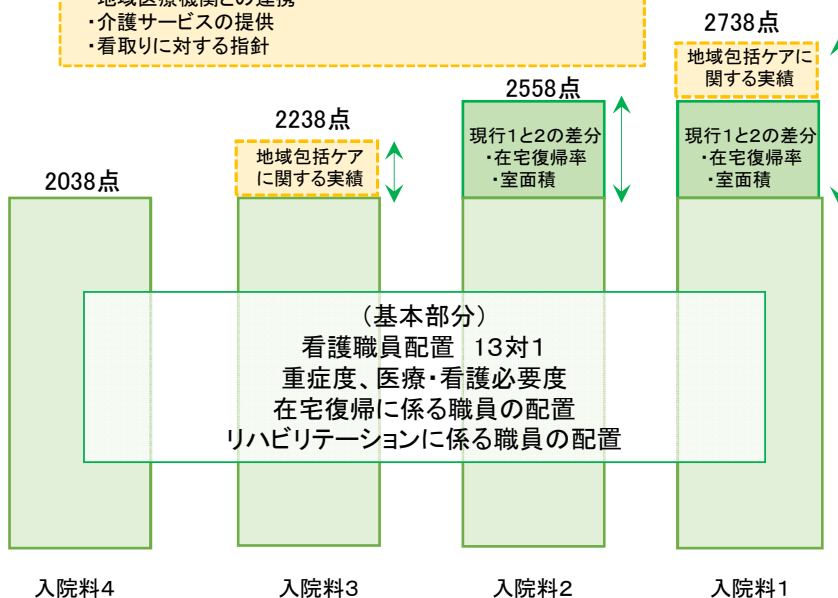
【現行】



【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

再編



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	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。

25

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) | <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

- | | |
|------|---|
| (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

- | | |
|------|---|
| (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

26

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。

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。

【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】

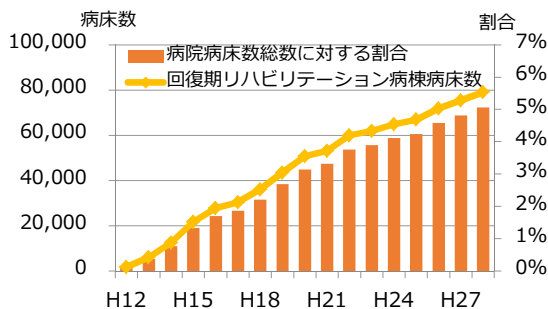
(新設) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**看取りに関する指針を定めていること。**

27

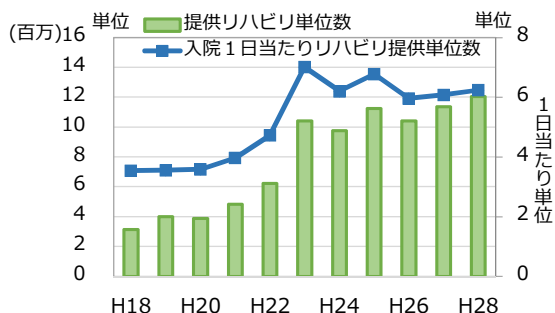
回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

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)

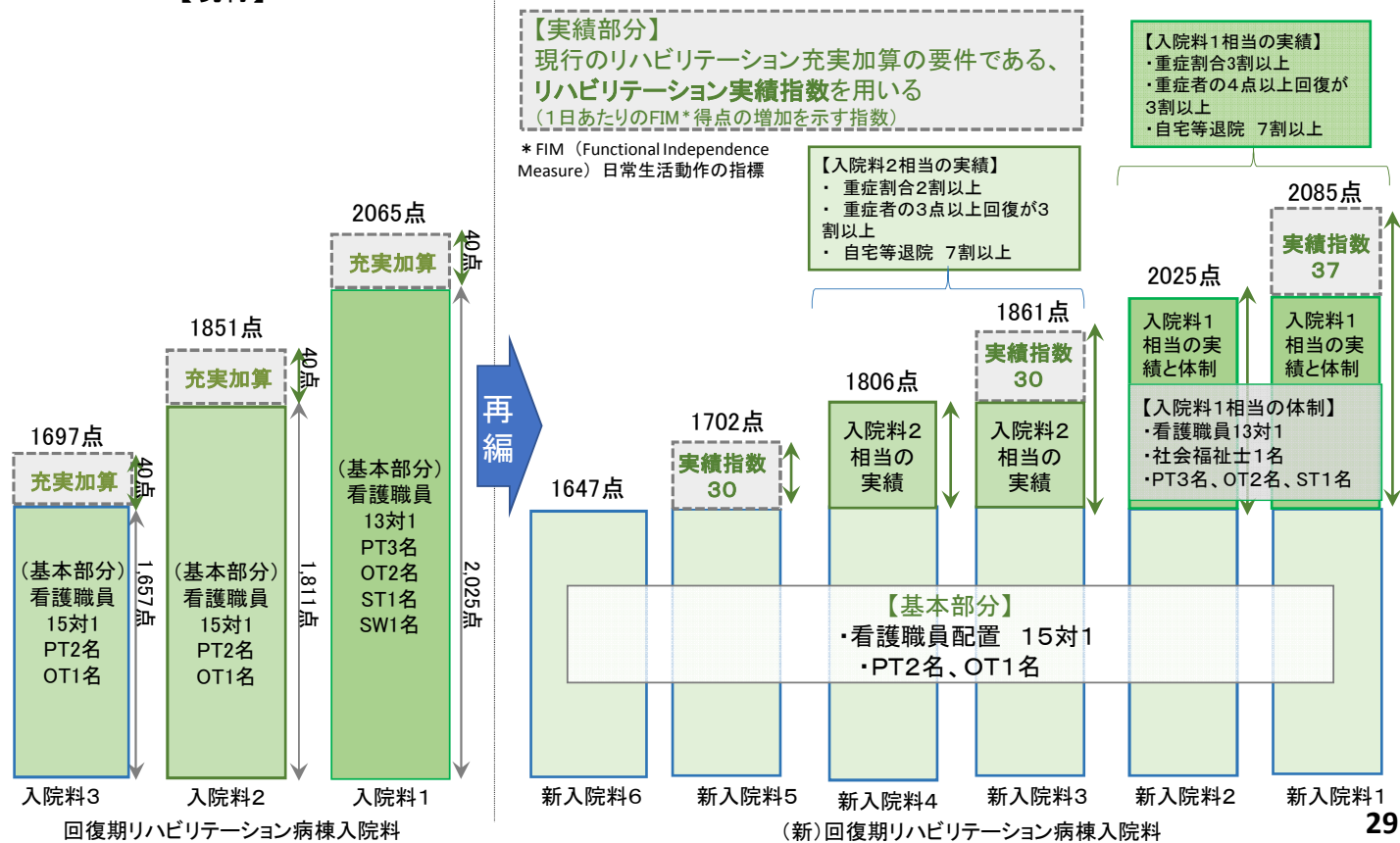
✓:入院料1・3における実績要件

28

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	-			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		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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ・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
(分子)	
	<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
(分母)	

[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

	<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
(分子)	
	<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
(分母)	

[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

	<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
(分子)	
	<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
(分母)	

[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)】

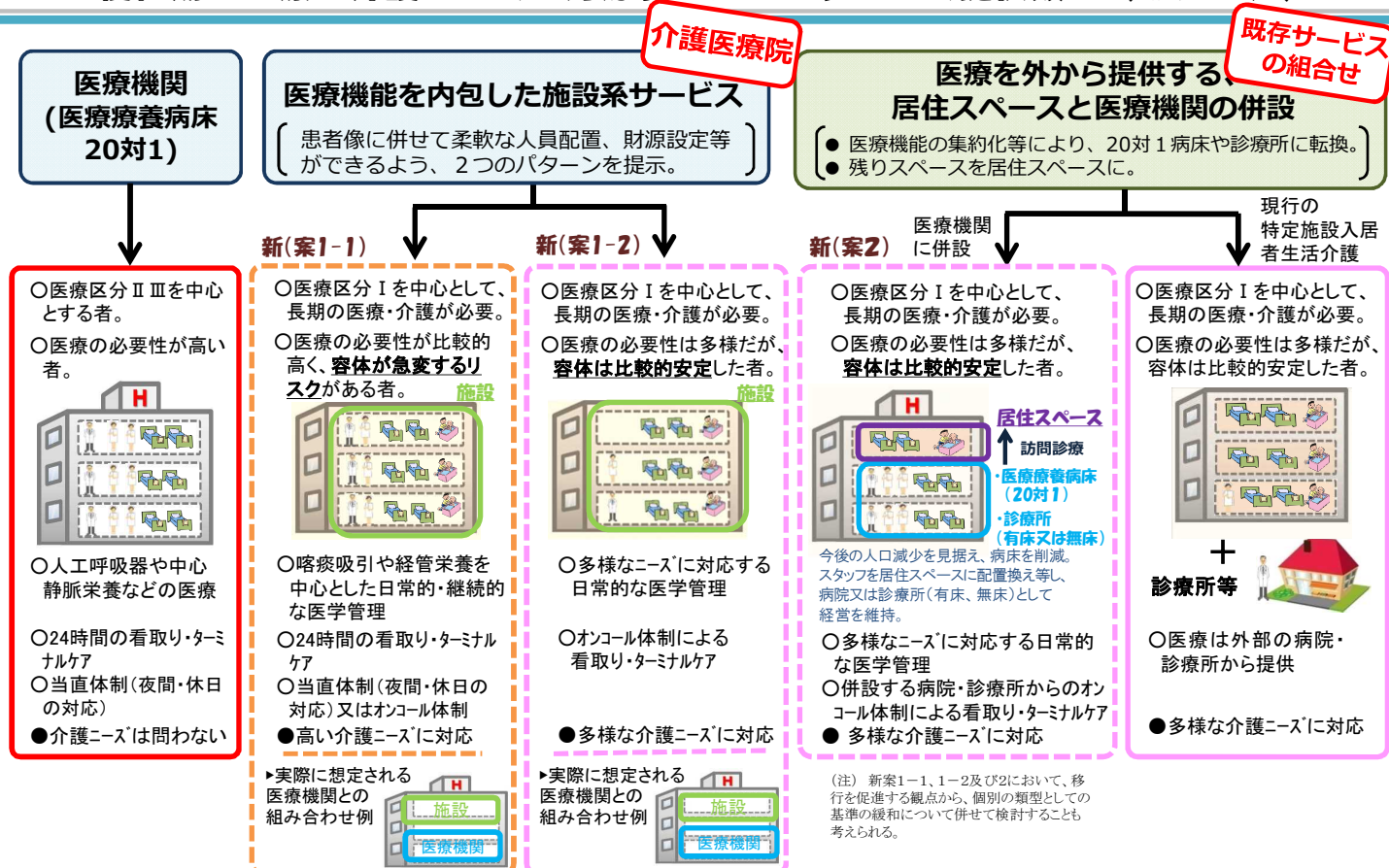
在宅復帰率

	<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
(分子)	
	<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
(分母)	

[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）

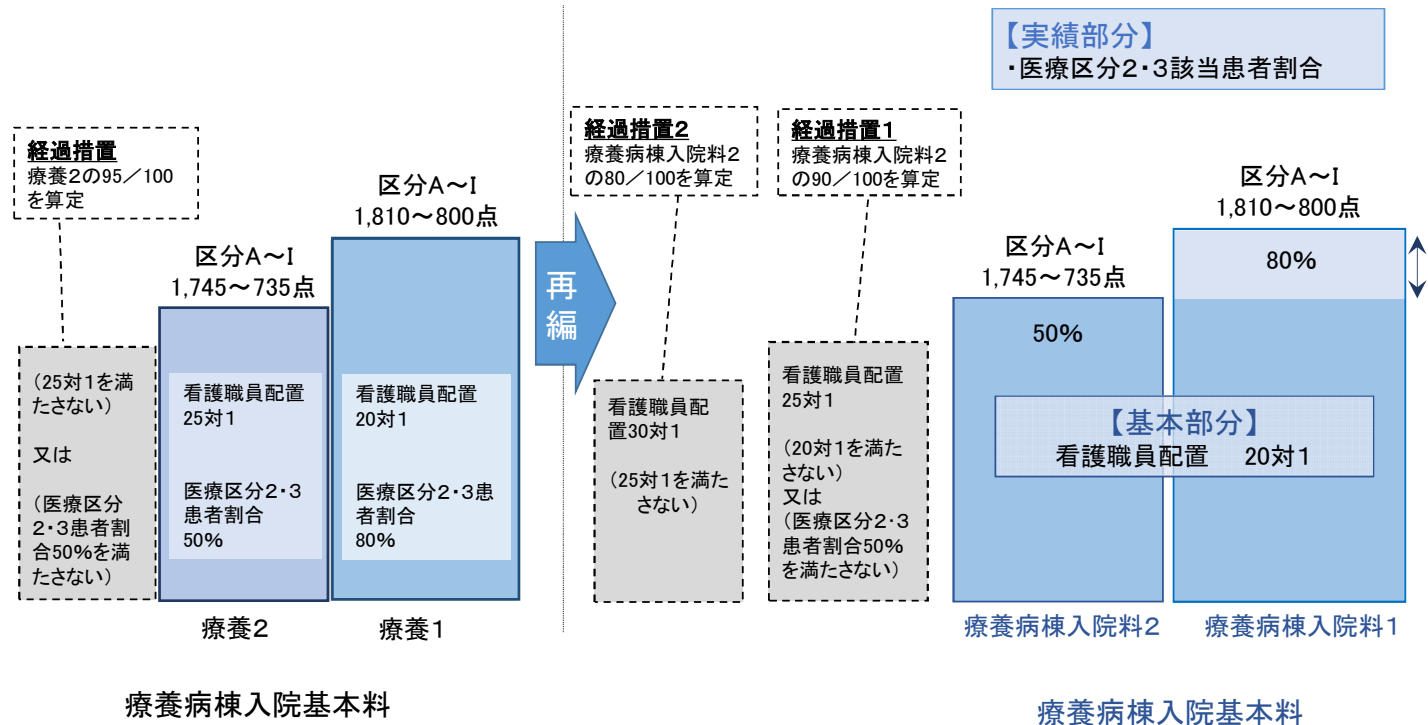


※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】



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。

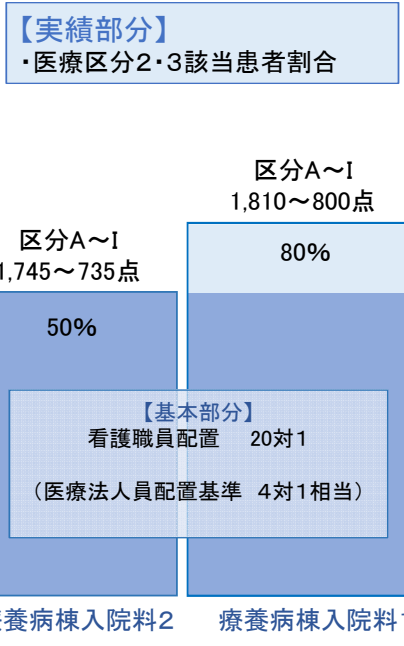
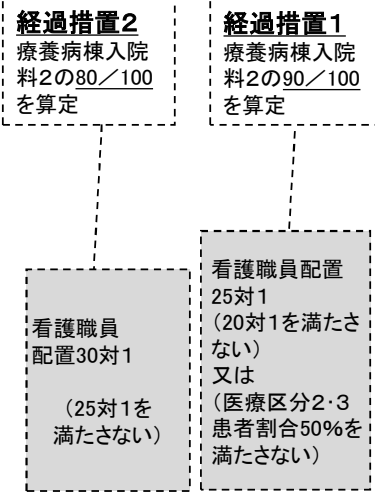
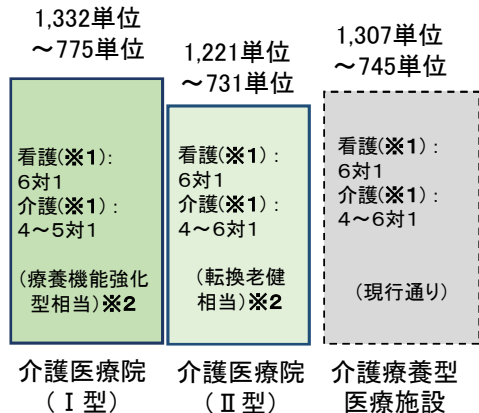
＜参考＞療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

【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。



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

【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。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。**

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

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

$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の10$

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、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

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。

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。

【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。**

39

(4) その他

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)	
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10対1)	
専門病院入院基本料(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)

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)	
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。

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。

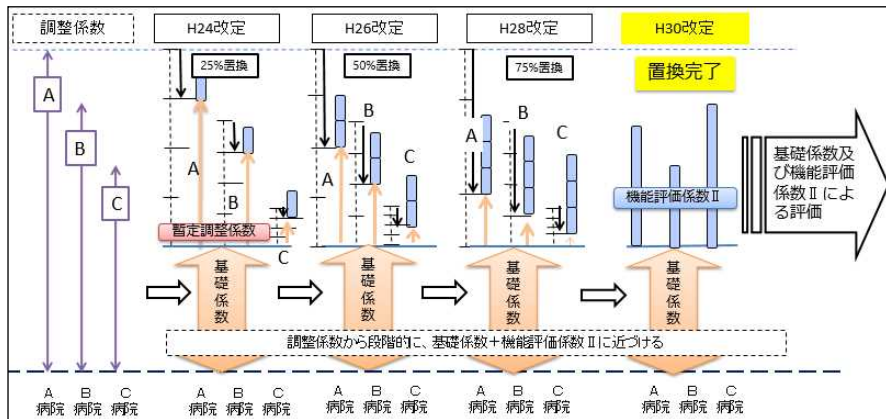
1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
 ※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
2. **機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
3. **機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
4. **激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療報酬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

1. 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
2. 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



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。

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))

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。

➤ 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))

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

45

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針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。

46

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 ²)	>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 ベースメーカー / 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 ベースメーカー / 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

47

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、「スキナーケア」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(スキナーケアの保有、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ケア

- ▶ 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

- ▶ 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。**

48

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 評価を始めて暦月で3月を超えていない。
	1点	2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 3月連続して褥瘡の状態が悪化している。
1点	2点	3点	4点	

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 ※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる
1点	2点	3点	4点	3点	

49

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

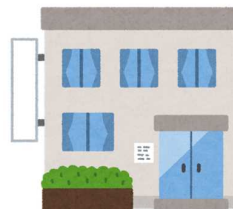
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 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



<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。

50

その他の入院医療に関連する改定項目

- I-2 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
 - ✓ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ✓ 地域包括ケア病棟入院料
- I-3 入退院支援の推進
 - ✓ 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
- II-1-1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ✓ 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
- II-1-2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - ✓ 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
- II-1-3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ✓ 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
- 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
 - ✓ 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
- II-1-5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - ✓ 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
- 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
 - ✓ 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)
- IV-2 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
 - ✓ 後発医薬品使用体制加算
 - ✓ 薬剤総合評価調整加算
- IV-5 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ✓ 入院時食事療養費(II)

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

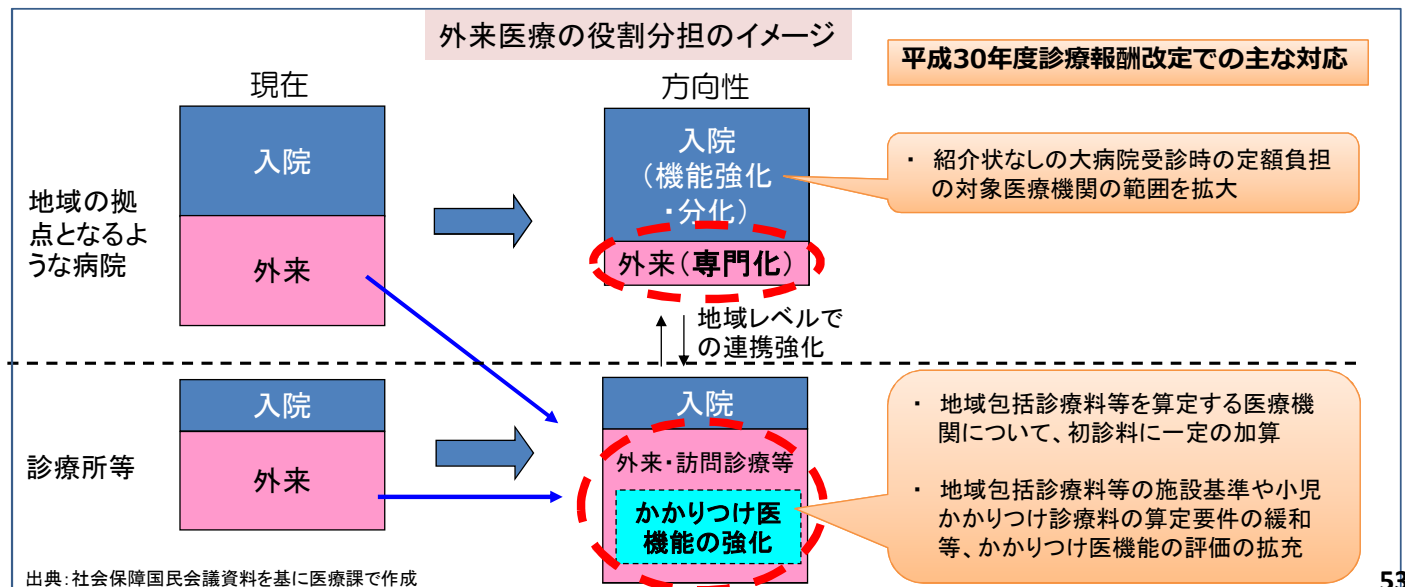
I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

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

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)

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。

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

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。

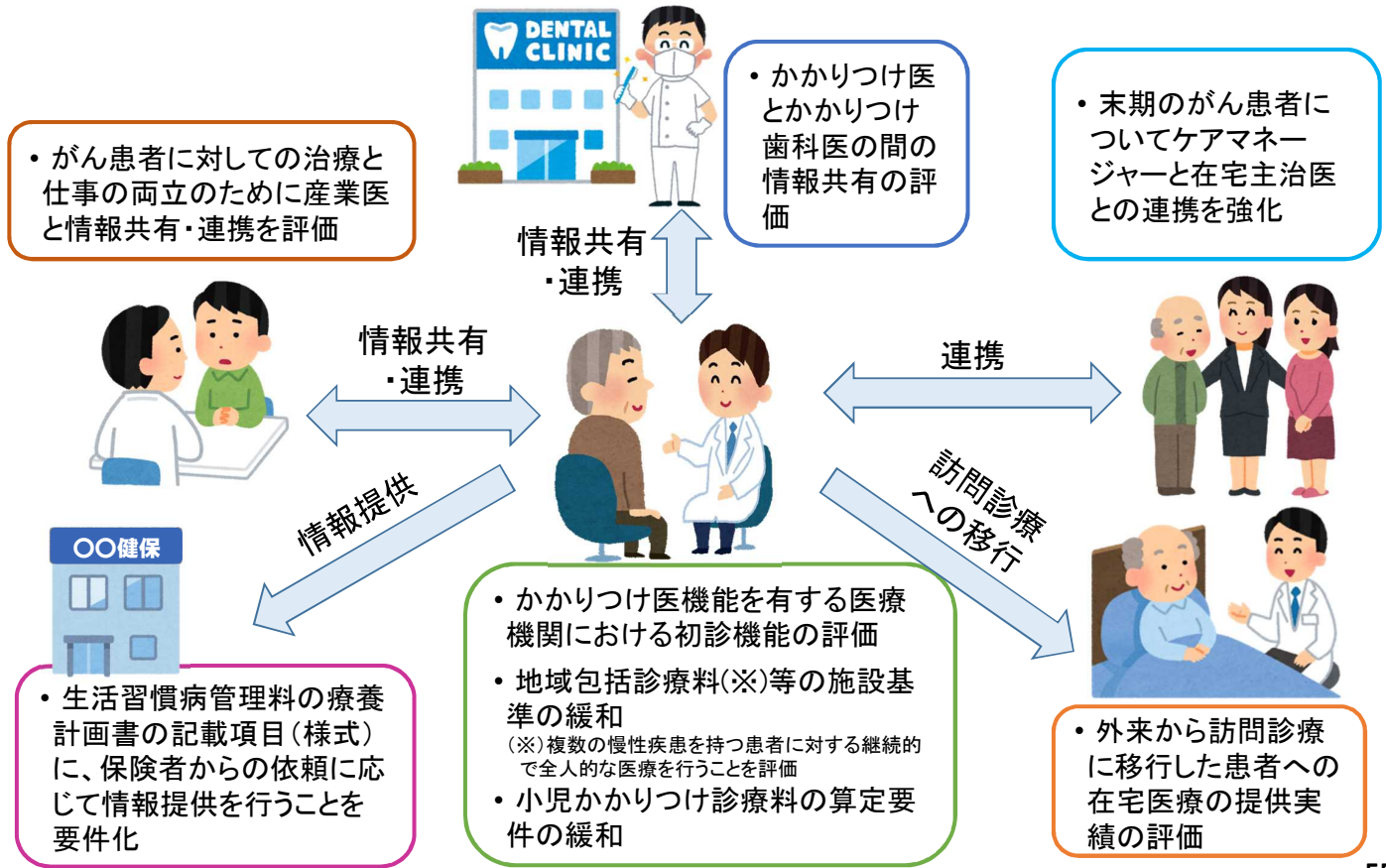
- 地域包括ケア病棟入院料

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可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**



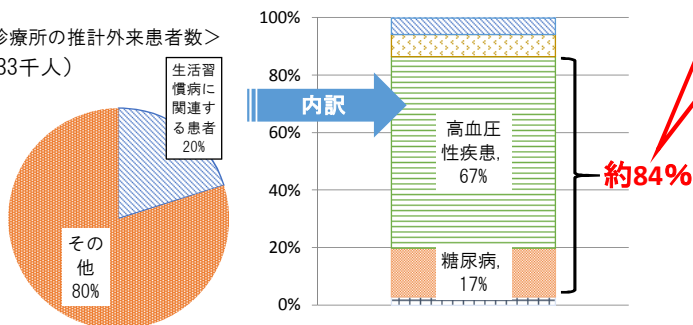
[算定要件]

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。

[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>	

＜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
【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)] 以下の全ての要件を満たしていること。	[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	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、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。

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。

57

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
【地域包括診療料等】	【地域包括診療料等】
地域包括診療加算 20点	(新) 地域包括診療加算1 25点 ←
認知症地域包括診療加算 30点	地域包括診療加算2 18点
	(新) 認知症地域包括診療加算1 35点 ←
	認知症地域包括診療加算2 28点
[施設基準(抜粋)]	[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。	(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の往診等の体制を確保していること。(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。)
(2) 以下のいずれかを満たしていること。	(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	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	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
ウ 在宅療養支援診療所	ウ 在宅療養支援診療所
	(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。

➤ 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。

58

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。

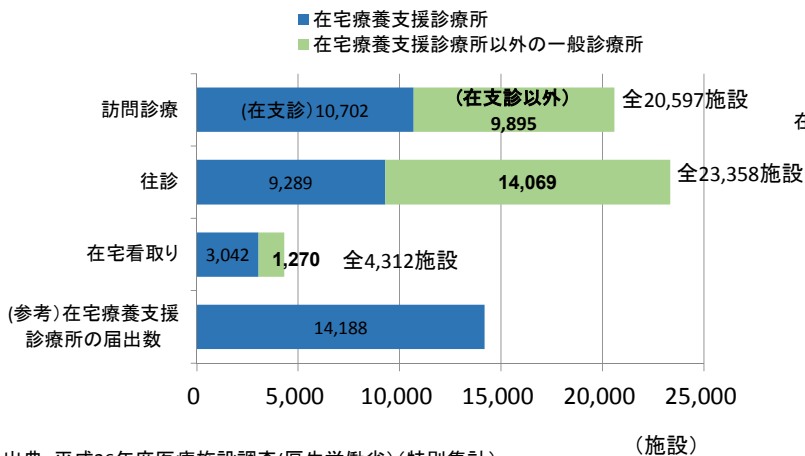
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

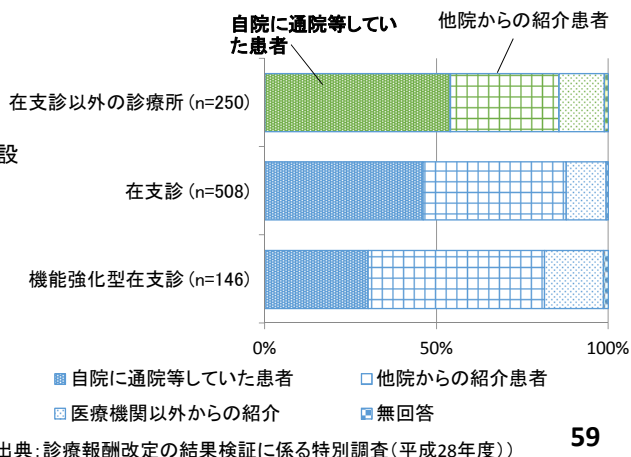
[算定要件]

- (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]



[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



59

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]

収縮期/拡張期血圧: 現在 (/ mmHg)
→ 目標 (/ mmHg)

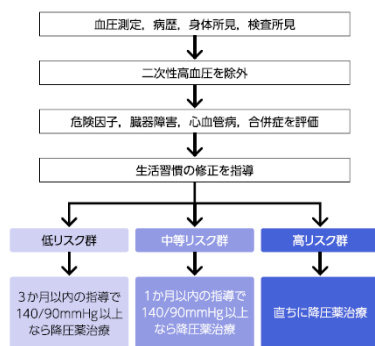
【特定健康診査の受診の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【特定保健指導の利用の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(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。

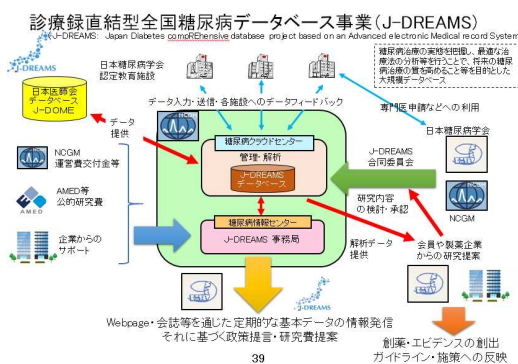
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[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]



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

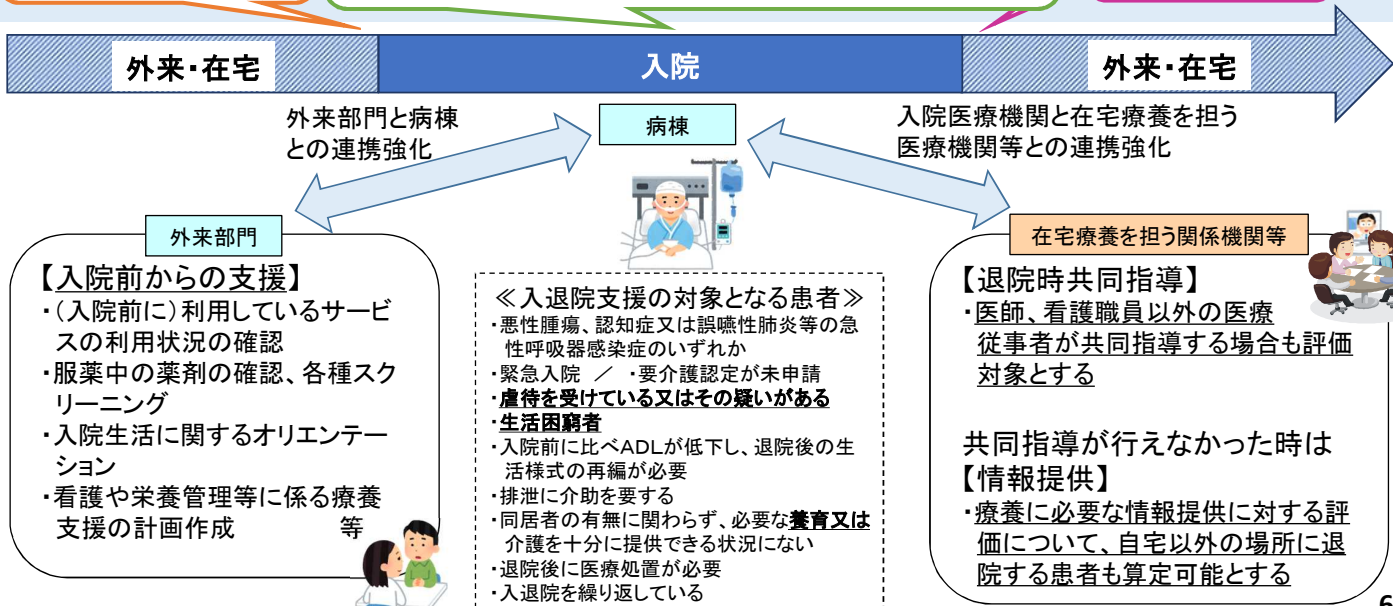
入退院支援の評価(イメージ)

▶ 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の関係者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

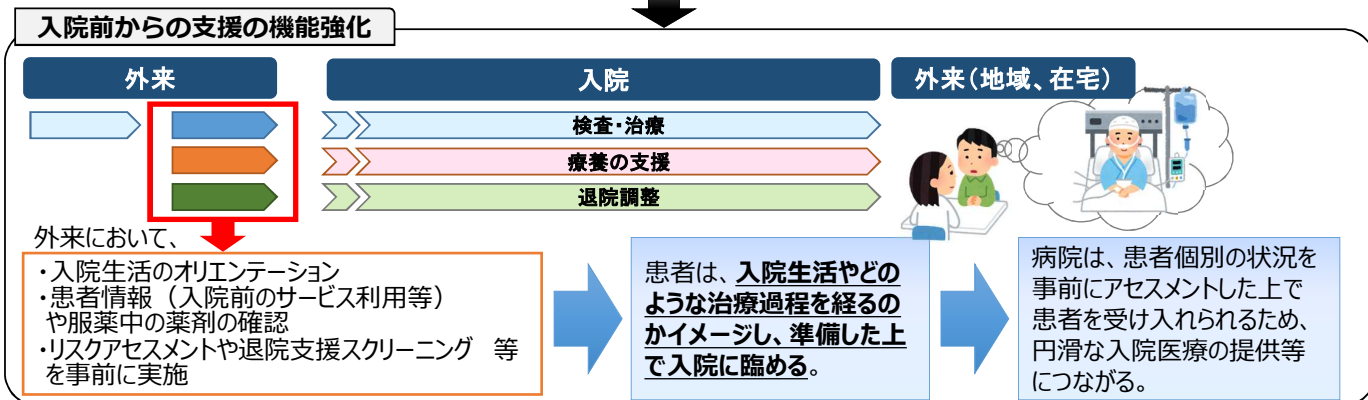
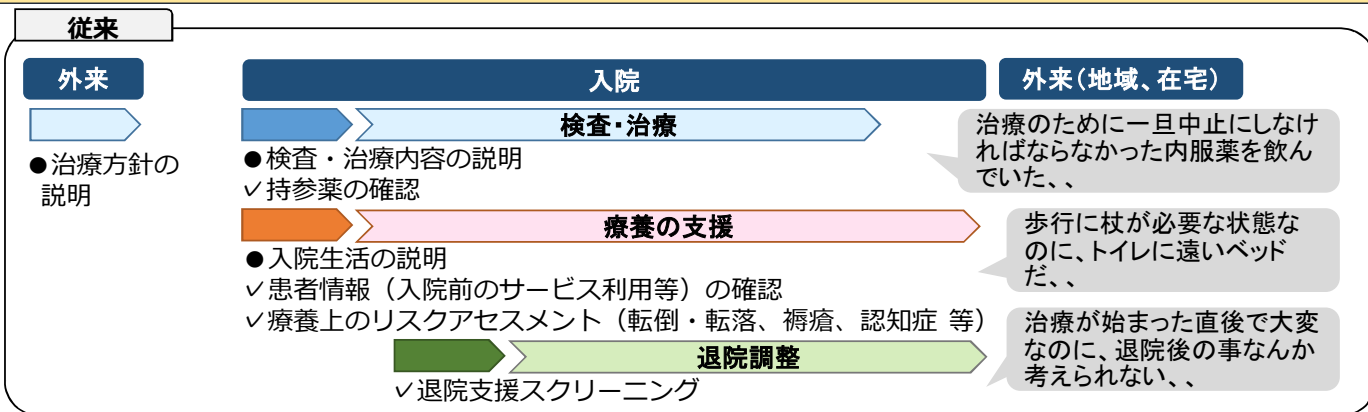
・入院前からの支援に対する評価の新設

・「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



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。

[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

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
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。 65

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。 66

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

【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。

【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、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る。）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。

67

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

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。

69

再掲 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。

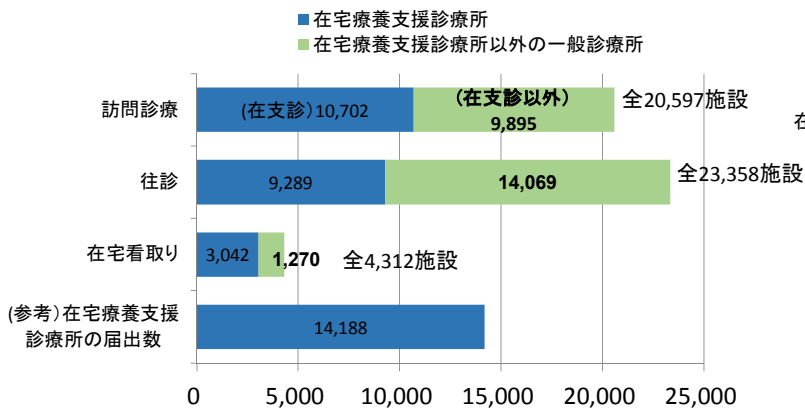
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

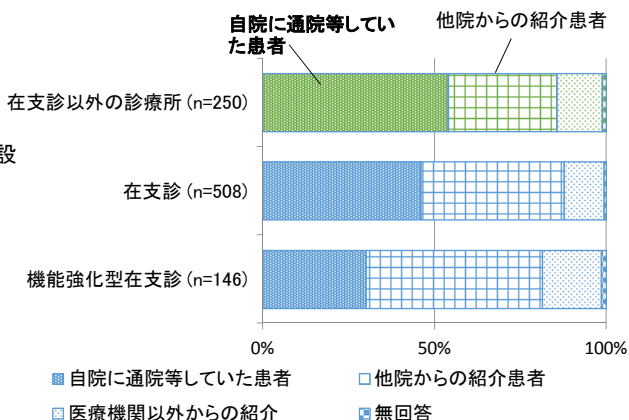
[算定要件]

- (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]



[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



70

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

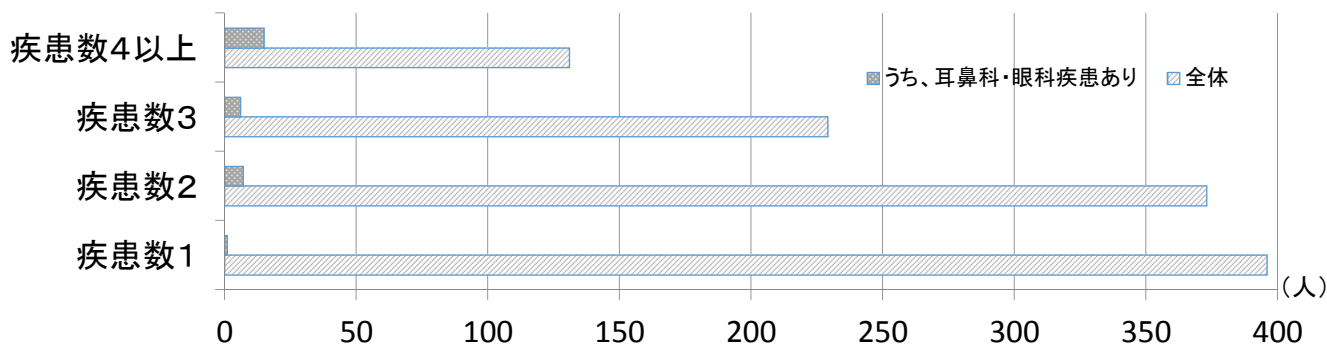
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[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



(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))

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。

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

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～
強化能型	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～
強化能型	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>

73

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～
強化能型	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～
強化能型	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～
強化能型	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～
強化能型	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>

74

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、**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。

- 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。**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。**

75

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 単一建物診療患者が1人の場合 | 650点 |
| 2 単一建物診療患者が2～9人の場合 | 320点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 290点 |

【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。
- 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

76

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戸未満であって、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【⑩】

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【⑧】

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【②】

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

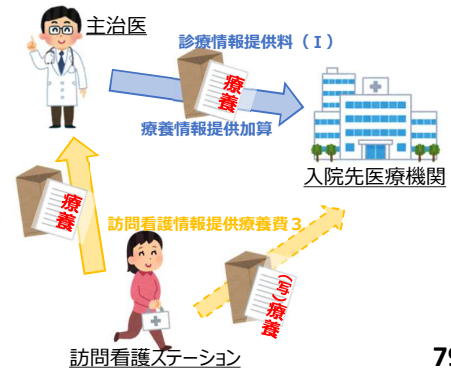
[算定要件]

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	
【訪問看護情報提供療養費】 [算定要件]	
<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 	



改定後	
【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件]	<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
【算定対象】	<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、患者の居室において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

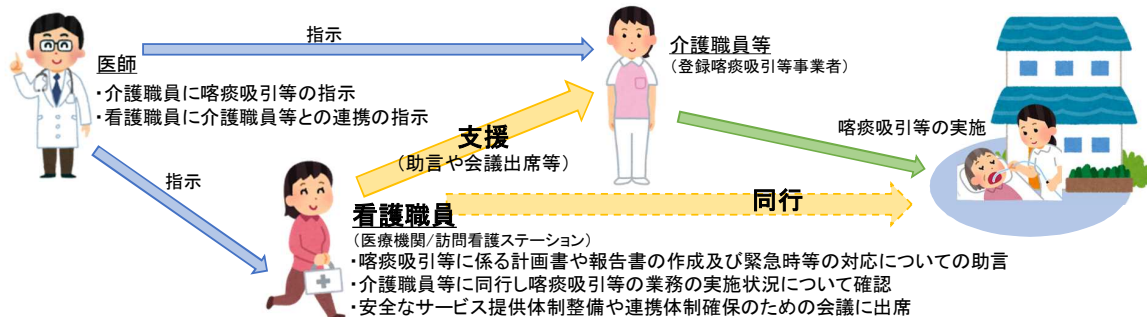
② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

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。

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

【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】

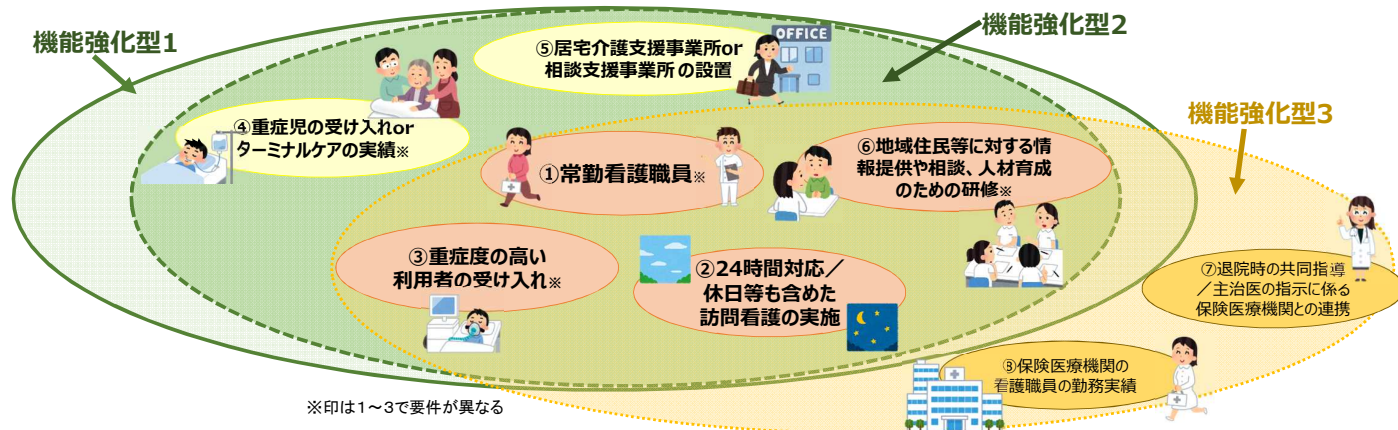
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[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。**

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			
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 複数の訪看護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 ⁽²⁾ (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 在宅介護支援事業所、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。

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。**

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の明確化し、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。**



※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 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

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
ニ 看護職員 + 看護補助者	-	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人の看護職員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	-	4,300円
ロ 保健師 + 看護師	-	3,800円
ハ 保健師 + 看護師	週1回	3,000円

改定後		
訪問者	算定回数	
イ 保健師 + 看護師	-	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	-	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	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	
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
在宅成分栄養管理指導管理 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	
【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】	
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

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

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

89

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

90

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

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

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	
【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】※	
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で対応すること。

※ 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

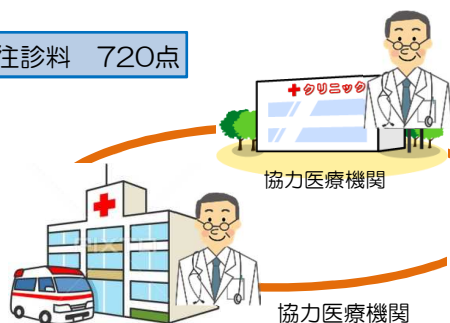
(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

- 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。

93

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



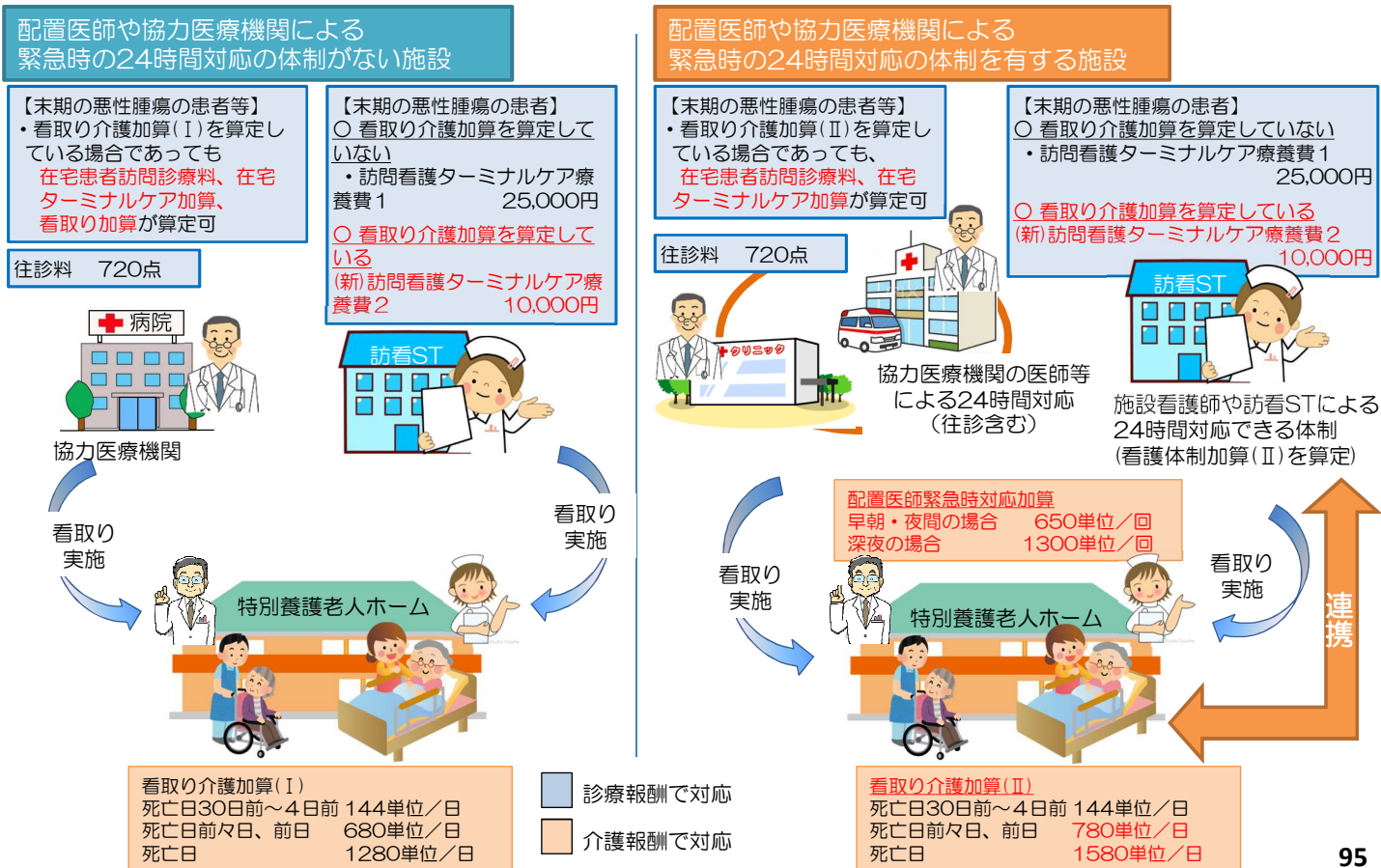
看取り実施

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

94

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)



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

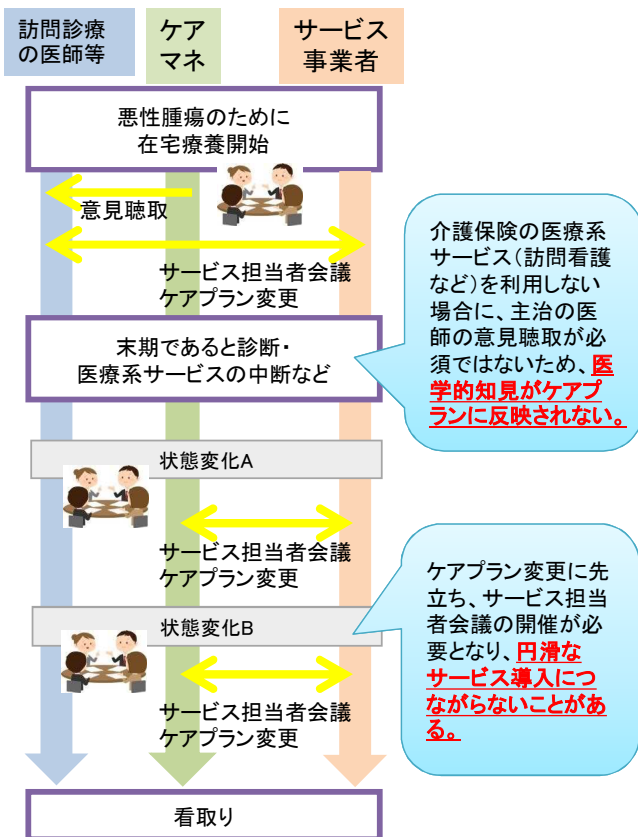
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、**主治の医師等の助言を得ることを前提**として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○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

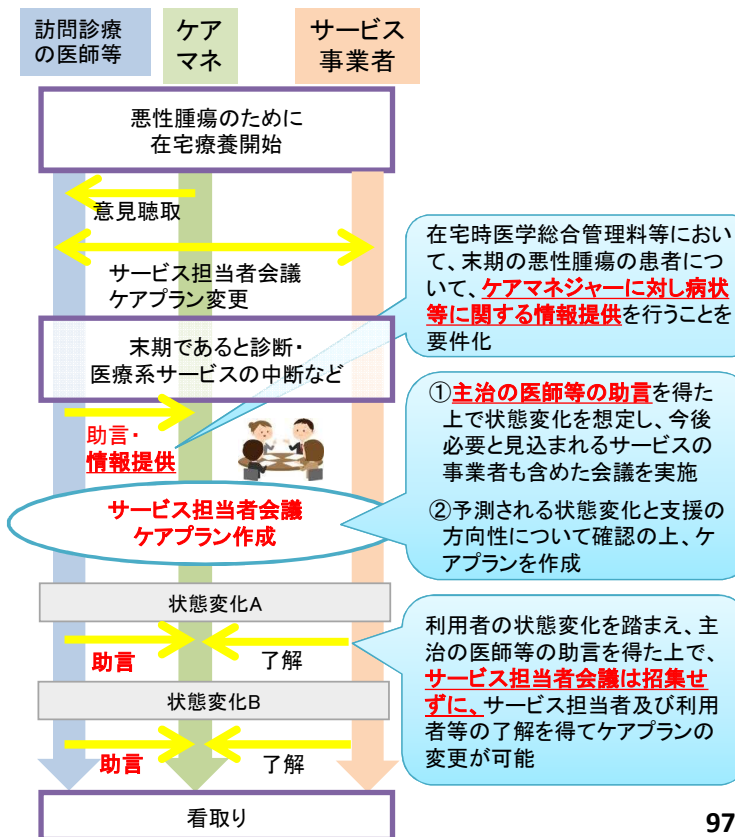
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、**主治の医師等の助言**を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで**把握した利用者の心身の状況等の情報**を記録し、**主治の医師等**や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

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)

改定前



改定後(以下の取扱いも可能となる。)



97

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、居住系介護施設等に含め**「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。



98

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)

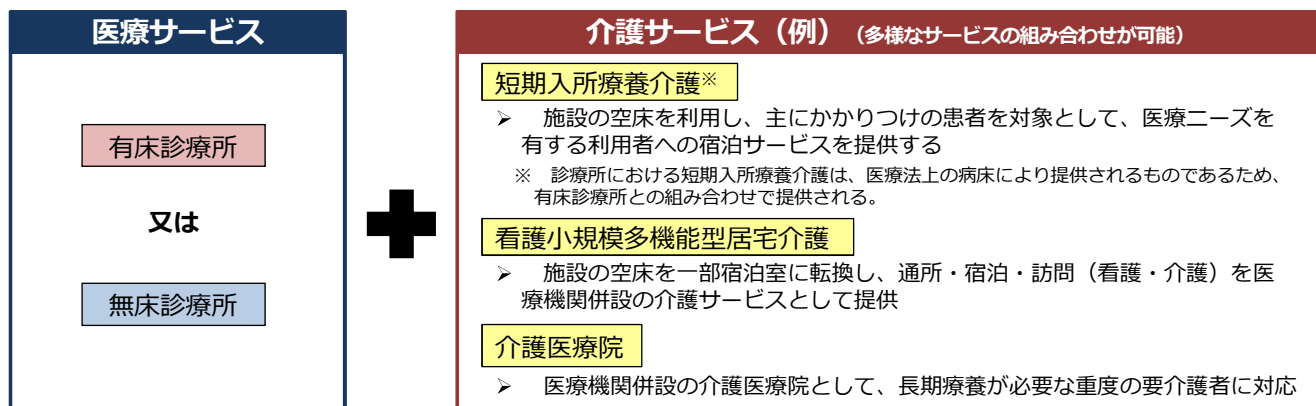
[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[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



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

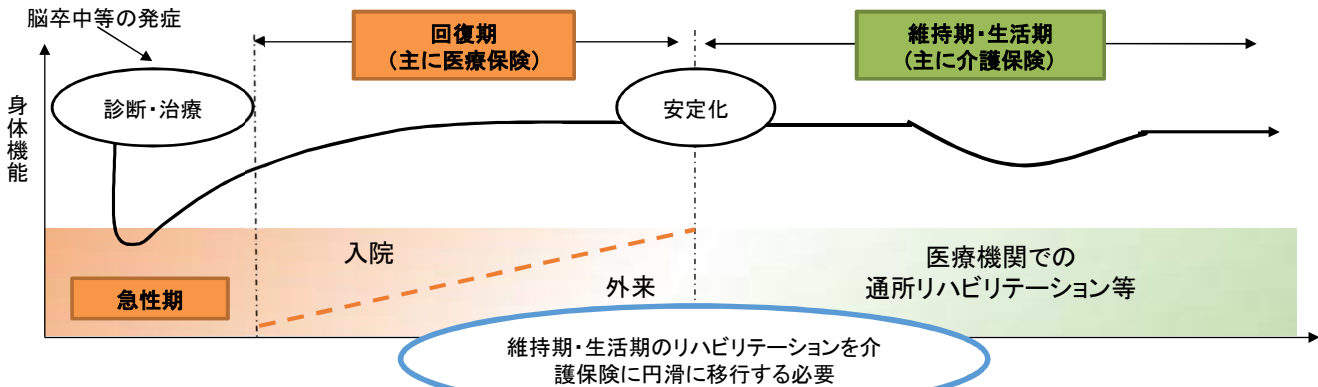
[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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

医療保険と介護保険の
双方で見直し

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**

- **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

101

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

【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)

外傷性の肩関節臑板損傷(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)

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

103

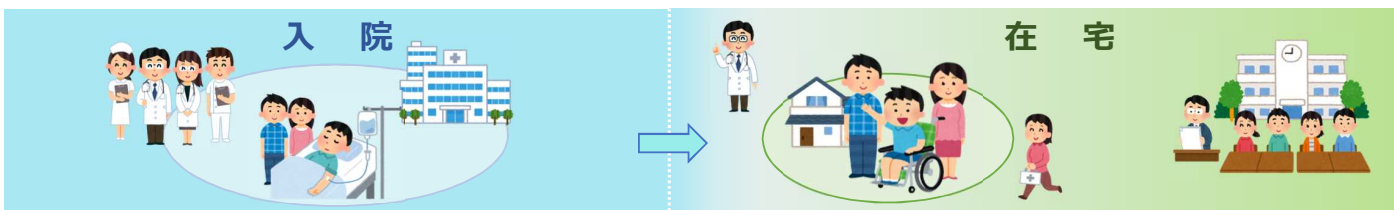
平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

104

小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進（再掲）

- 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（再掲）

- 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（再掲）

- 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。

105

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

【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

【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。

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）

106

小児医療の充実③(医療的ケアが必要な児への対応①)

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応(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】

- 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
- 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
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 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(再掲)

➤ 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

107

小児医療の充実④(医療的ケアが必要な児への対応②)

➤ 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。(再掲)

(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

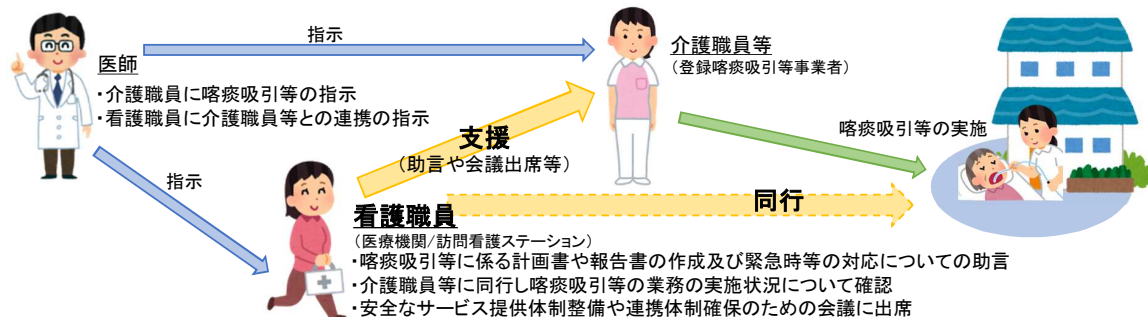
② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③ 登録特定行為事業者が、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



小児医療の充実⑤

小児に対する入退院支援(再掲)

- 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)

109

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



110

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。

111

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]

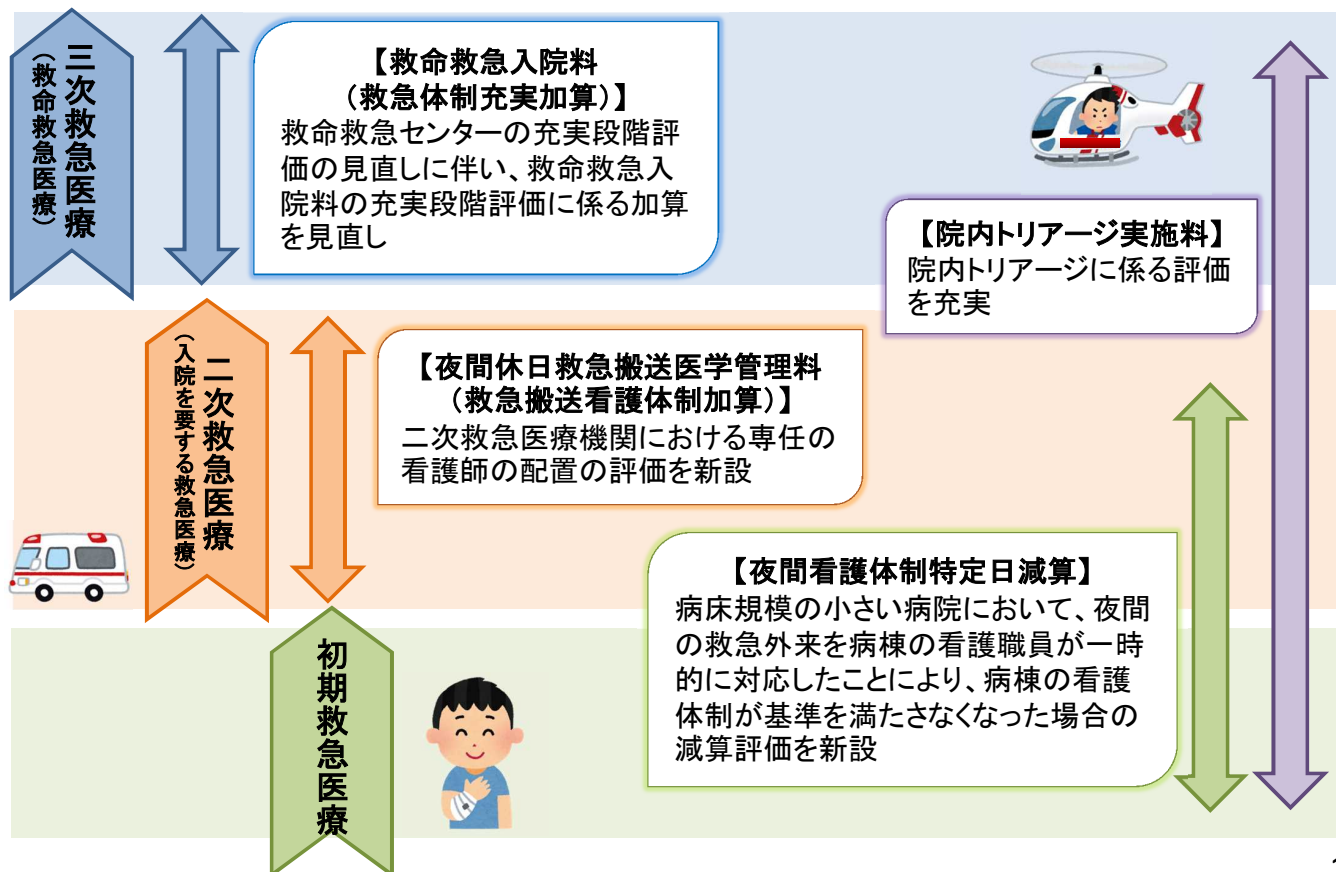
- ① 乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、**乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者**に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して**乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導及び心理的支援等の乳腺炎の早期回復並びに重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する。
- ② 当該ケア及び指導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

112

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す。

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]

- 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。

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に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**看護職員の数に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



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。

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



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。



115

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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 (「医科Ⅱ」参照)

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

2～8) (略) (「医科Ⅱ」参照)

緩和ケア病棟入院料の見直し

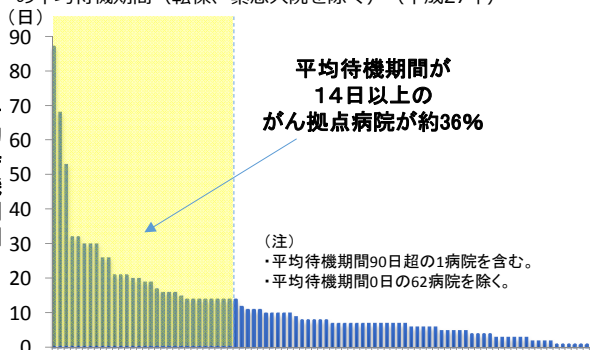
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

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）



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

117

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)

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



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

- 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]

- 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。
- 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。

118

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

【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、**タベンタドール**、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**

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

【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は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

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

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。

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。	

121

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	
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)	<u>1,000点</u>

122

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



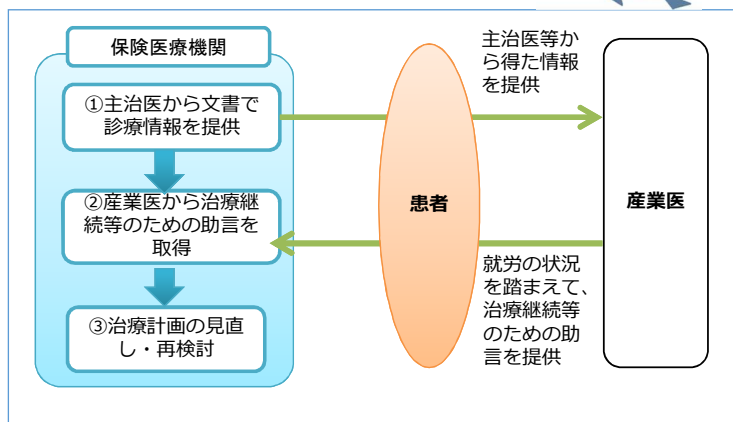
[算定要件]

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
- (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)]

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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 (「医科Ⅱ」参照)

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
- 2～8) (略) (「医科Ⅱ」参照)

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

125

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)

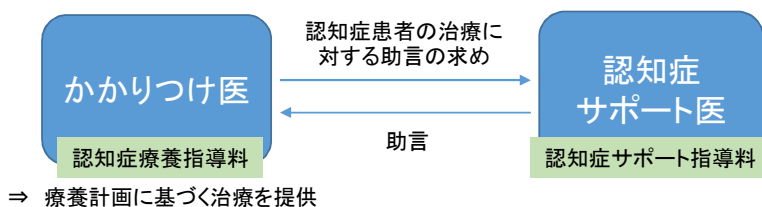
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[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。

126

認知症治療病棟に係る評価の見直し

- 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。

※ 現行では、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	改定後
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	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ヶ月から入院後1年に延長する。

- 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。

- 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。

現行	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。	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。

127

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 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
 - 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
- 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 遠隔診療の評価
 - 2～8）（略）（「医科Ⅱ」参照）

128

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

長期入院患者の地域移行の推進

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

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

- 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



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。**

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。

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。

【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。130

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

入院精神療法の評価の充実

➤ 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。	

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

➤ 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る。

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。	

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。

131

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。

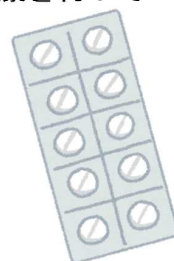
➤ また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

[対象]

- 精神療養病棟入院料
- 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%。

132

措置入院患者への精神医療の評価

精神科措置入院退院支援加算の新設

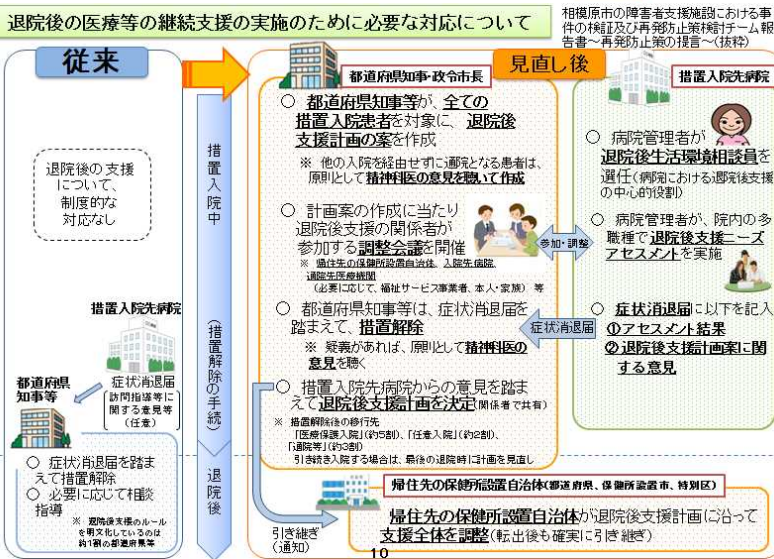
➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[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。)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、**多職種で協働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。



地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 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	680点
ロ 初診の日において60分以上行った場合	540点
ハ イ又はロ以外の場合	
(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全体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。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 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

135

地域移行・地域生活支援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

- 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は精神科訪問看護・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 **上記チームが月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。**
 (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。

136

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価④

認知療法・認知行動療法の評価の見直し

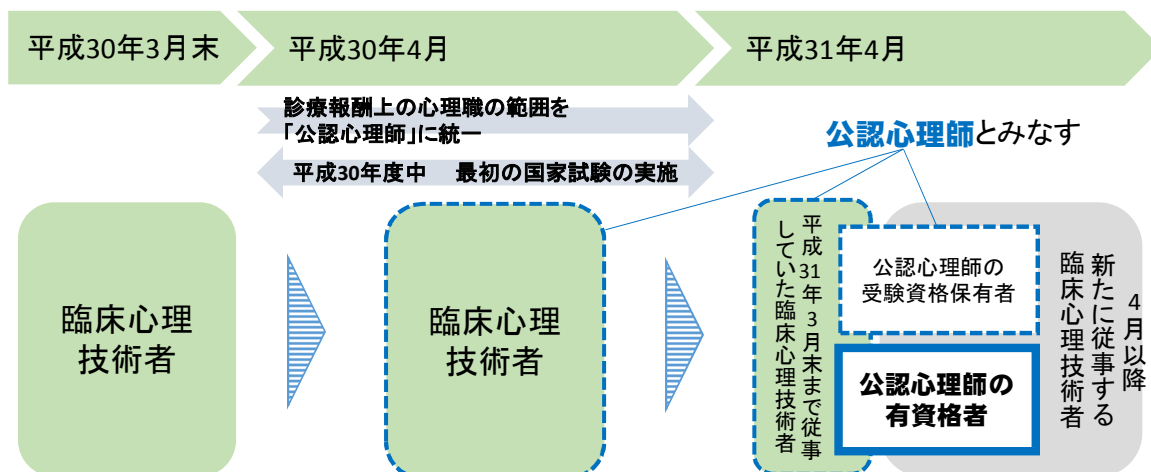
- 認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、精神保健指定医が行った場合の評価を廃止するとともに、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

現行	改定後
<p>【認知療法・認知行動療法】</p> <p>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</p> <p>2 1以外の医師による場合 420点</p> <p>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</p> <p>【認知療法・認知行動療法3の施設基準】</p> <p>(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。</p> <p>(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。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>(イ)～(ロ)(略)</p> <p>(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。</p> <p>(ニ) 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。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】</p> <p>(削除)</p> <p>1 <u>医師による場合</u> 480点</p> <p>2 <u>医師と看護師が共同して行う場合</u> 350点</p> <p>【認知療法・認知行動療法2の施設基準】</p> <p>(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。</p> <p>(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。</p> <p>ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に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)</p> <p>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。</p> <p>(イ)～(ロ)(略)</p> <p>(ハ) (削除)</p> <p>(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。</p>

137

公認心理師の評価

- 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



138

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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（「医科Ⅱ」参照）

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

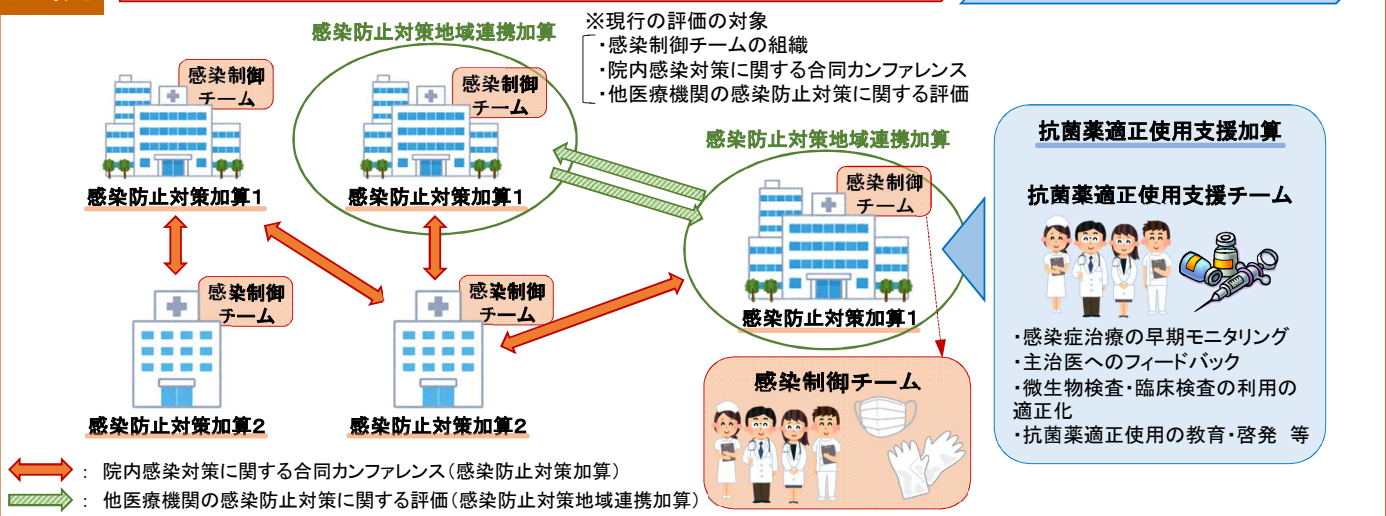
- 1) 遠隔診療の評価
- 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組*

新たな取組



新たな取組

外来



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**



抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 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]

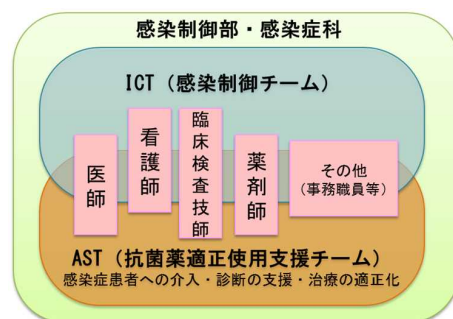
感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、**抗菌薬適正使用支援チームを組織**し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[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



141

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

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。

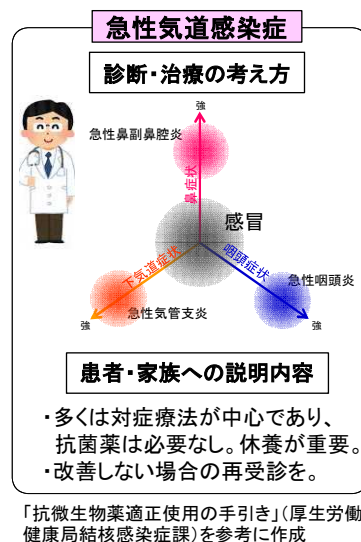
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[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っては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 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。

142

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

(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)

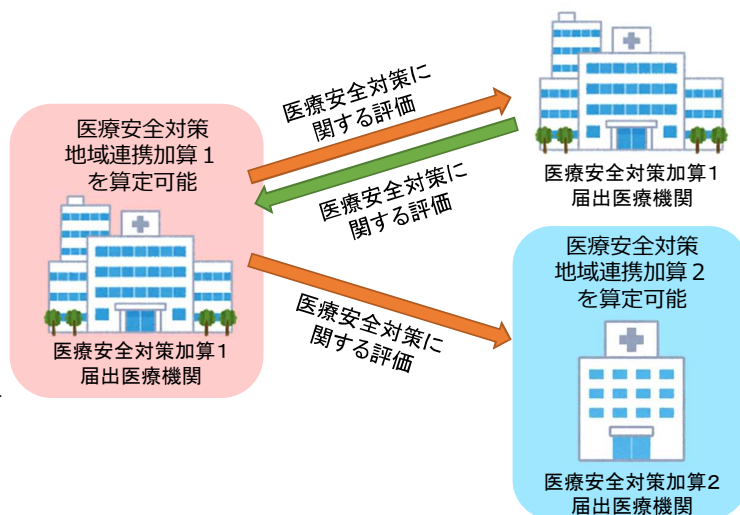
[施設基準]

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。



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

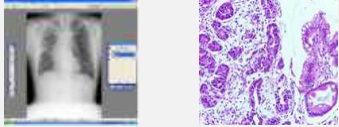

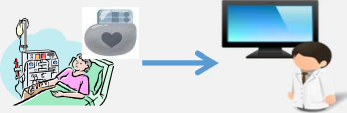
143

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

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)	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 	[遠隔画像診断] ・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 [遠隔病理診断] ・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)	情報通信機器を用いた診察 	[オンライン診療] ・(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 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 ※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。)
	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 	[遠隔モニタリング] ・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い、療養上必要な指導管理を行った場合

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)**

- [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。
 - 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。
 - 一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

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)

[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]

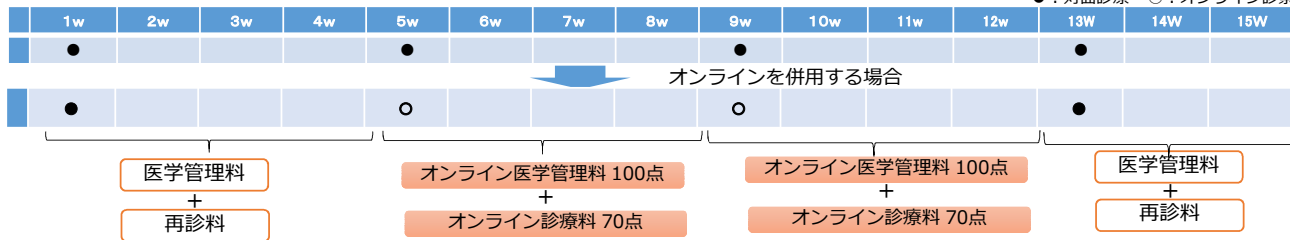
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[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

●: 対面診療 ○: オンライン診察



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)

[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。

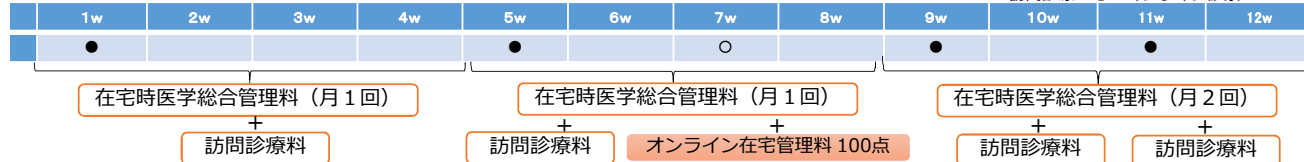
[施設基準]

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 ○: オンライン診察



(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。

[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**。

電話等による再診の要件の見直し

- 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。

[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。

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。

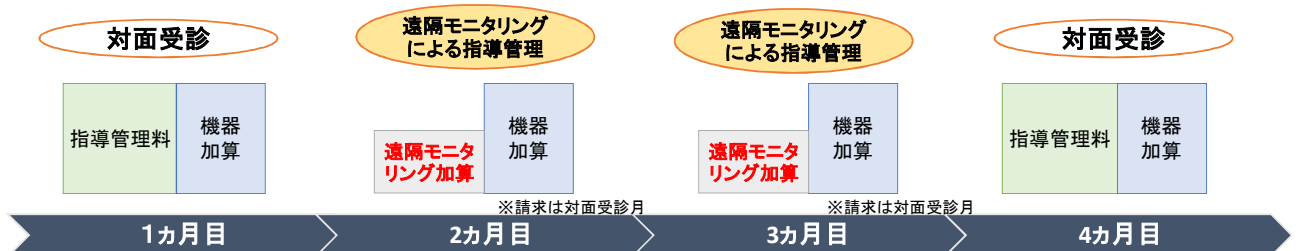


出典：日本呼吸器学会HP

[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



平成30年度診療報酬改定の概要

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

151

平成30年度診療報酬改定 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①

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

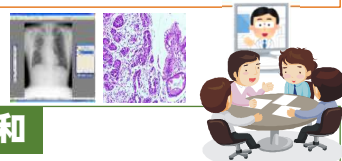
- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※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任が可能



医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件であ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
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、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の見直し

152

医師事務作業補助体制加算の見直し

- 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	920点/860点
20対1	708点/660点
25対1	580点/540点
30対1	495点/460点
40対1	405点/380点
50対1	325点/305点
75対1	245点/230点
100対1	198点/188点

153

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進①

- 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	改定後	現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】	【急性期看護補助体制加算】	【看護補助加算】	【看護補助加算】
25対1~75対1 160点 ~80点	25対1~75対1 210点 ~130点	看護補助加算1~3 109点 ~56点	看護補助加算1~3 129点 ~76点
夜間30対1~100対1 40点 ~20点	夜間30対1~100対1 90点 ~70点	夜間75対1 30点	夜間75対1 40点
夜間看護体制加算 10点	夜間看護体制加算 60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。	[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 150点	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。

154

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

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。

[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。



(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

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、急性期一般入院基本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は、**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

➤ 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。

[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 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。



(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき)

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。

[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 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。



(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

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
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※



※ 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。

157

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任が可能

- 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

- 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保険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ヶ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

158

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。

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**。

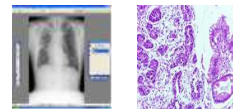
159

勤務場所に関する要件の緩和①

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- ▶ 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険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24時間以上勤務する医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険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

- ▶ 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



160

勤務場所に関する要件の緩和②

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

- 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(訪問看護療養費)
- ・ 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。

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

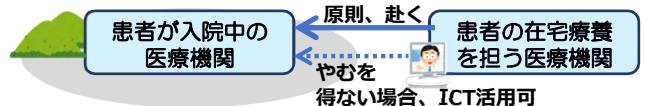
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準]	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 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]	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。

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)

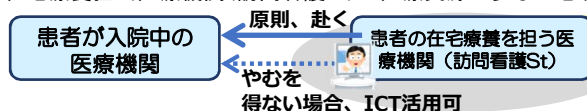
① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



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。

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]	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。 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 【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】 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。 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
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。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	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。 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 【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】 関係者全員が一堂に会し当該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。
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。

平成30年度診療報酬改定の概要

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

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 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。
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。
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。
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。
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。
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。

165

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

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
 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(PSTI)
 D009 6 前立腺酸ホスファターゼ(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区分に係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】

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**

166

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

診療情報の利活用の推進のための見直し

- 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。



① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書(レセプト)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 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、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 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

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。

④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類(Kコード)に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅱ」参照）

後発医薬品使用体制加算の見直し

- ▶ 一般名処方加算について、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、評価を見直す。

現行		改定後	
一般名処方加算1	3点	一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	2点	一般名処方加算2	4点

- ▶ 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行		改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	45点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点	後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	40点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点	後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	35点
		後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	22点

現行		改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	5点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点	外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	4点
		外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	2点

- ▶ DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、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。)

169

参考 薬局における後発医薬品の使用促進

- ▶ 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価を見直す。

現行		改定後	
調剤数量割合 65%以上	18点	調剤数量割合 <u>75%以上</u>	18点
75%以上	22点	<u>80%以上</u>	22点
		<u>85%以上</u>	26点

- ▶ 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

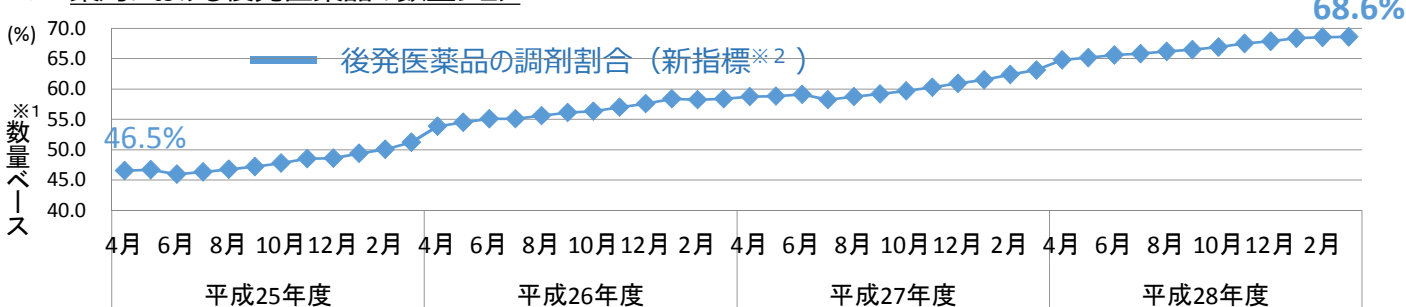
(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

ただし、以下の場合を除く。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局。
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- ▶ 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

医薬品の適正使用の推進

入院中等の減薬の取組みの評価

- 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。

＜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



医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方の適正化①

- 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。

現行

【処方料・処方せん料】

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を行った場合

処方料	20点
処方せん料	30点

【薬剤料】

注 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を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

改定後

【処方料・処方箋料】

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を行った場合

処方料	18点
処方箋料	28点

【薬剤料】

注 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を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。



- 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、1年以上同一の用法・用量で継続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

（新） 処方箋料 40点

〔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、不安若しくは睡眠障害に係る適切な研修等を修了した医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合を除く。）

医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方適正化②

➤ 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又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

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

処方箋料

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

[算定要件]

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は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1年以上同一の用法・用量で継続処方していた患者であって、直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日あたり用量が減少したものについて、薬剤師(処方料については薬剤師又は看護職員)に処方内容の変更に伴う状態の変化の確認を指示した場合

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅱ」参照）

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る見直し

- 疾病の改善の目的外で、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又はヘパリン類似物質に限る。）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、以下のような見直しを行う。

1. 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）の使用について、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。

[留意事項]

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。

2. 審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知する。

入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し

- 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は、平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額（460 円）に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460 円に見直す。

現行	
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】	
第1 食事療養	
2 入院時食事療養（Ⅱ）	
（1食につき）	
（1）（2）以外の食事療養を行う場合	506円
（2）流動食のみを提供する場合	455円



改定後	
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】	
第1 食事療養	
2 入院時食事療養（Ⅱ）	
（1食につき）	
（1）（2）以外の食事療養を行う場合	506円
（2）流動食のみを提供する場合	460円

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見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・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・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。

177

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(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。

178

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見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。

179

経過措置等について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。
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%とする。

180

経過措置等について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。

181

経過措置等について③

	項目	経過措置
17	データ提出加算①	・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。
18	データ提出加算②	・平成30年3月31日時点で、データ提出加算の「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「200床未満」の区分を算定できるものとする。
19	データ提出加算の注2	・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。
20	救命救急入院料の注3・4	・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。
21	特定集中治療室等	・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。
22	地域包括ケア病棟入院料	・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。
23	緩和ケア病棟入院料	・平成30年3月31日時点で、研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。

182

経過措置等について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・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。

平成30年度診療報酬改定の概要

医科 II

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

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. 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

歯科（「歯科」参照）

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

調剤（「調剤」参照）

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

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**
1～5）（「医科 I」参照）
- 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（「医科 I」参照）
 - 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**

歯科（「歯科」参照）

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（「調剤」参照）

1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

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（「医科 I」参照）
2. 業務の効率化・合理化（「医科 I」参照）

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（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科 I」「調剤」参照）
3. **費用対効果の評価**
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し（「調剤」参照）
5. **医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科 I」参照）**

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1～5) (略) (「医科Ⅰ」参照)

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 (「医科Ⅰ」参照)

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

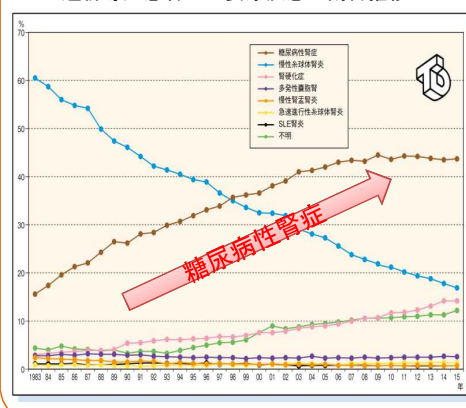
8) 手術等医療技術の適切な評価

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。

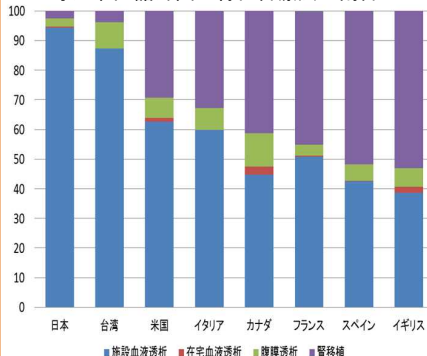
<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>



(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と推進が必要。

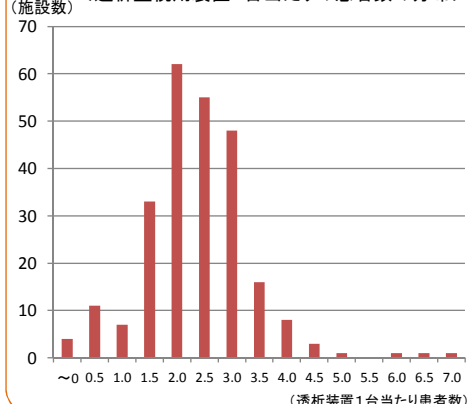
<我が国と諸外国の腎代替療法の割合>



(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。

<透析監視用装置1台当たりの患者数の分布>



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

腹膜透析や腎移植の推進に資する評価

➤ 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		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
導入期加算	300点	(改) 導入期加算1	300点
		(新) 導入期加算2	400点

[施設基準] なし

[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

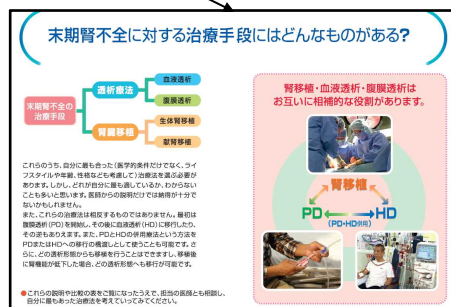
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する

(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)。

[見直す入院料] **回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料**



透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

➤ 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。

現行		改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】		【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点	(改) 高度腎機能障害患者指導加算	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

[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。

現行		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点	(改) 時間外・休日加算	380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

- 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。

現行		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
障害者等加算	120点	(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。

(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。

人工腎臓に係る診療報酬の見直し①

➤ 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

改定後		
【人工腎臓】		
慢性維持透析を行った場合		
(改) 場合1	(新) 場合2	(新) 場合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

[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

- ① 透析用監視装置の台数が26台未満
- ② 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

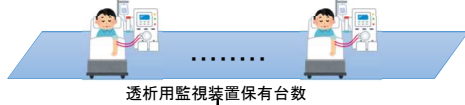
次のいずれにも該当する保険医療機関であること

- ① 透析用監視装置の台数が26台以上
- ② 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

<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	施設あたり血液透析実施患者数
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)	

7

人工腎臓に係る診療報酬の見直し②

➤ 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。

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。

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

8

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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
 - 1～5) (略) (「医科Ⅰ」参照)
 - 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 (「医科Ⅰ」参照)
 - 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

9

遺伝学的検査の評価の充実①

遺伝学的検査の評価の見直し①

【課題】

- 遺伝学的検査の対象遺伝子領域や検査手法等は、疾患によってさまざまであり、それに伴って検査に要する費用も異なるが、現在の診療報酬では一律の評価となっている。
- 新たに指定難病が追加されたこと等により、認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病のうち、診療報酬上の遺伝学的検査の対象に含まれていないものがある。

➤ 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、対象疾患を追加する。

現行

遺伝学的検査	3,880点
--------	--------



改定後

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

「1」の「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。

「2」の「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。

「3」の「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。

遺伝学的検査の評価の充実②

遺伝学的検査の評価の見直し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 栄養障害型表皮水疱症及び先天性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 メーブルシロップ尿症、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 ライソゾーム病(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、ロスマンド・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**

11

麻酔科の診療に係る評価の見直し①

麻酔料の見直し

【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。

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/ 18,200点
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/ 12,100点
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/ 9,050点
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/ 6,610点
5 その他の場合	8,300点/ 6,000点

2

麻酔科の診療に係る評価の見直し②

麻酔管理料の評価の充実

➤ 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



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	



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	

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

- 【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は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



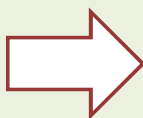
入院基本料から5%減額

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

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35%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

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。

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。	

デジタル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

【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、自施設内で標本を作製するか、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。

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



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)

【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

(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において、非血縁者間移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

(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。

17

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	
【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	6,750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	9,000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	13,490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	32,920点
5 3,000平方センチメートル以上	37,610点
【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)	24,370点
【凍結保存同種組織加算】	9,960点



改定後	
【皮膚移植術】	
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	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	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	80,000点
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)	
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】	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。

18

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

- 精巣摘出術
- 陰茎全摘術
- 尿道形成手術(前部尿道)
- 会陰形成術
- 造陰術

FTM(female to male)に対する手術

- 子宮全摘術(腹腔鏡下手術を含む)
- 子宮附属器腫瘍摘出術(腹腔鏡下手術を含む)
- 尿道下裂形成術
- 陰茎形成術
- 乳房切除術

[施設基準]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

19

手術等医療技術の適切な評価①

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

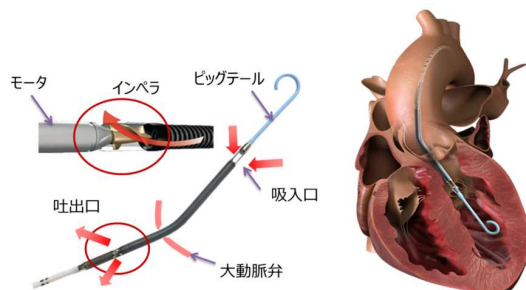
例)

現行(準用技術)		→	改定後	
初日(1日につき) 経皮的心肺補助法	11,100点		(新) 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)	
2日目以降 大動脈バルーンポンピング法	3,680点	1 初日	11,100点	
		2 2日目以降	3,680点	

技術の概要:カテーテル先端の吸入部が左心室に、吐出部が大動脈に位置するよう留置し、内蔵インペラの回転で順行性の血流を発生させ、左心室からの直接脱血による除荷と体循環の維持を行う。

関連する特定保険医療材料:

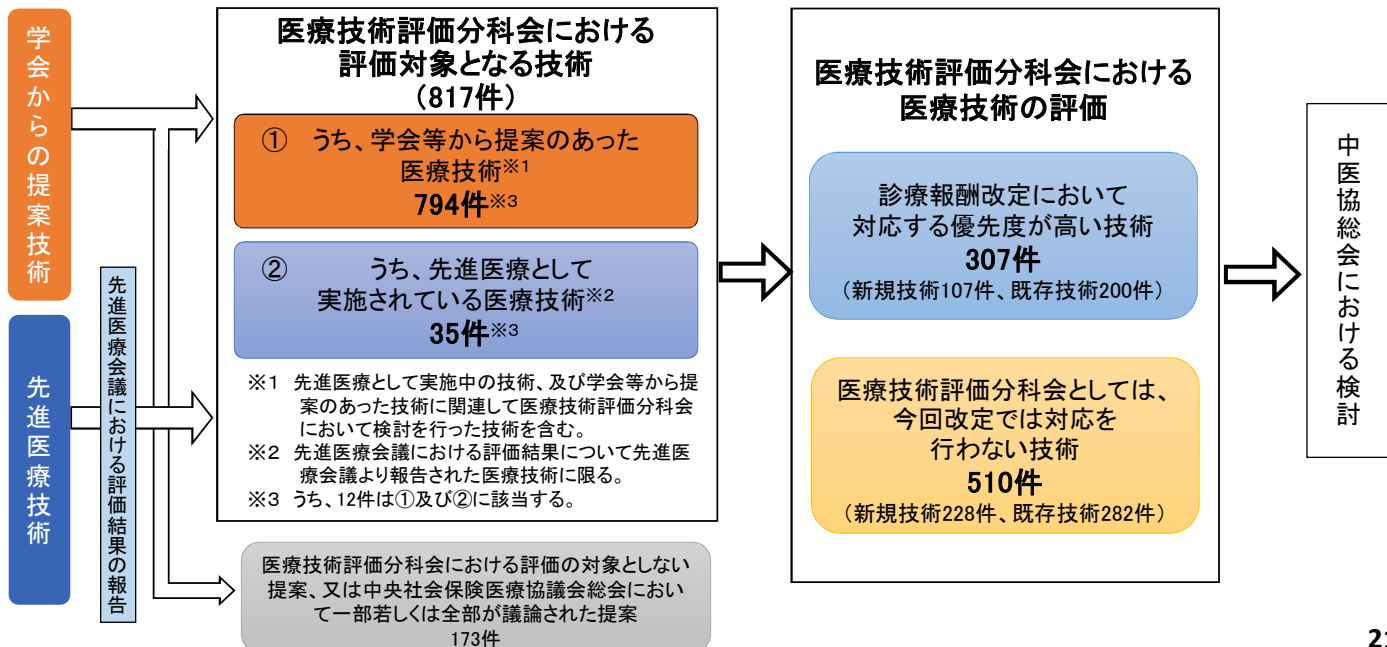
193 補助循環用ポンプカテーテル 2,590,000円



20

手術等医療技術の適切な評価②

- 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及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行った。
- 多分野や多臓器の治療に用いられるような新規医療技術について、分野横断的・網羅的に検討を行う観点から、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。



手術等医療技術の適切な評価③

新たな医療技術の評価

- 現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

[新たに保険収載される手術の例]

(新) <u>一時的創外固定骨折治療術</u>	<u>34,000点</u>
(新) <u>後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)</u>	<u>69,000点</u>
(新) <u>胸腔鏡下弁形成術</u>	
<u>1弁のもの</u>	<u>109,860点</u>
<u>2弁のもの</u>	<u>123,170点</u>
(新) <u>バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術</u>	<u>31,710点</u>
(新) <u>生体部分小腸移植術</u>	<u>164,240点</u>
(新) <u>同種死体小腸移植術</u>	<u>177,980点</u>

[新たに保険収載される検査の例]

(新) <u>尿中シュウ酸濃度</u>	<u>200点</u>
(新) <u>ADAMTS13活性</u>	<u>400点</u>
(新) <u>ADAMTS13インヒビター</u>	<u>600点</u>
(新) <u>前眼部三次元画像解析</u>	<u>265点</u>

手術等医療技術の適切な評価④

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その1

(医療技術分科会における議論)

- ・現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術については、**既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を現時点で示すことが困難な状況**。
- ・一方で、内視鏡の操作性の高さ等のロボット支援下内視鏡手術の利点が指摘されており、また、現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術の中には、**既存技術と同等程度の医学的有効性および安全性を有するものも存在**すると考えられる。



- ・ロボット支援下内視鏡手術については、各手術の有効性・安全性について個別に評価を行い、**既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるもの**については、**改定において優先的に対応してはどうか**。
- ・ロボット支援下内視鏡手術を保険適用する際には、その**安全性を担保し、データを蓄積するための施設基準を設ける**べきではないか。
- ・既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものの、優越性を示すまでには至っていない手術については、その**診療報酬上の評価は、既存技術と同程度**とすることが適切ではないか。



- 医療技術評価分科会に提案のあったロボット手術等のうち、**既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたもの**については、**診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とする**。
- 保険適用に当たっては、**施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術又は関連する手術の実績や、関係学会によるレジストリに参加する等の要件を設ける**。

手術等医療技術の適切な評価⑤

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その2

- 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	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

手術等医療技術の適切な評価⑥

➤ 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。

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

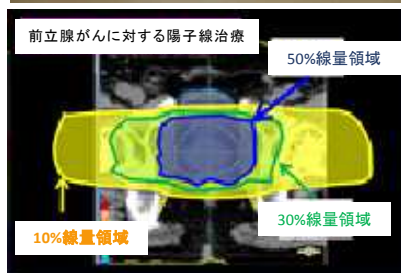


技術の概要:

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

25

手術等医療技術の適切な評価⑦

➤ 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) 移植用部分小腸採取術(生体) 56,850点

(新) 生体部分小腸移植術 164,240点

(新) 移植用小腸採取術(死体) 65,140点

(新) 同種死体小腸移植術 177,980点

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

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が容易なもの
- 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

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が容易なもの
- 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](#)、[ストルーベテスト](#)及び[MoCA-J](#)のことをいう。

26

手術等医療技術の適切な評価⑧

技術の再評価等

➤ 医療技術評価分科会の検討結果等を踏まえ、既存技術の評価の見直し(削除を含む。)を行う。

○再評価を行う既存技術の例

ABO血液型	21点	24点
Rh(D)血液型	21点	24点
神経学的検査	450点	500点
生体検査 新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	100分の80 100分の50 100分の30	100分の100 100分の70 100分の40
血液採取 注 乳幼児加算	25点 20点	30点 25点
創傷処置 1 100平方センチメートル未満	45点	52点
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側 注 乳幼児加算	150点 50点	180点 55点
ギプス処置 注 乳幼児加算	3歳未満	6歳未満

○項目を削除する技術の例

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(PAP)※
腹腔鏡下食道噴門部縫縮

※ 削除する項目のうち、検査の項目については、平成32年3月31日まで算定可能

27

手術等医療技術の適切な評価⑨

技術の再評価

➤ 高気圧酸素治療の評価の見直しを行う。

現行	
高気圧酸素治療(1日につき)	
1 救急的なもの	
イ 1人用高圧酸素治療	5,000点
ロ 多人数用高圧酸素治療	6,000点
2 非救急的なもの	200点



改定後	
高気圧酸素治療(1日につき)	
1 <u>減圧症又は空気塞栓に対するもの</u>	<u>5,000点</u>
2 <u>その他のもの</u>	<u>3,000点</u>

注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

※ 「1」については一連につき7回、「2」については、疾患により一連につき10回又は30回を限度として算定できる。

➤ 帝王切開術の複雑な場合に多胎を追加する。

現行	
帝王切開術(複雑な場合の加算)	2,000点
ア 前置胎盤の合併を認める場合	
イ 32週未満の早産の場合	
ウ 胎児機能不全を認める場合	
エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合	
オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合	



改定後	
帝王切開術(複雑な場合の加算)	2,000点
ア 前置胎盤の合併を認める場合	
イ 32週未満の早産の場合	
ウ 胎児機能不全を認める場合	
エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合	
オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合	
カ 多胎の場合	

28

手術等医療技術の適切な評価⑩

- 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試算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。

(1)見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
超音波検査 3 心臓超音波検査 ホ 負荷心エコー法	1,680点	<u>2,010点</u>
脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600点	<u>720点</u>
小腸内視鏡検査 1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000点	<u>7,800点</u>

(2)見直しを行う処置の例

処置名	現行	改定後
熱傷処置 6,000平方センチメートル以上	1,250点	<u>1,500点</u>
羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120点	<u>144点</u>
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側	150点	<u>180点</u>

(3)見直しを行う手術の例

手術名	現行	改定後
骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨	14,810点	<u>15,980点</u>
腹腔鏡下ヘルニア手術 2 大腿ヘルニア	15,460点	<u>18,550点</u>
肝切除術 1 部分切除	36,340点	<u>39,040点</u>

29

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

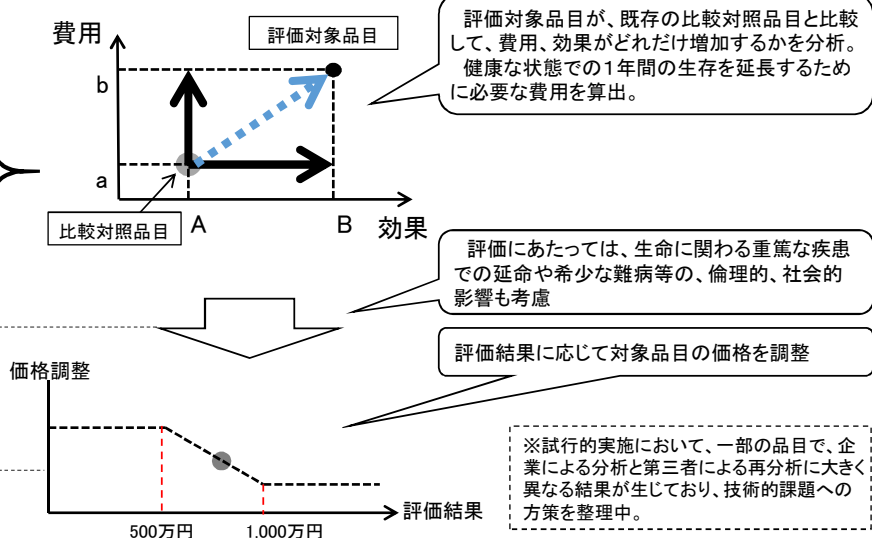
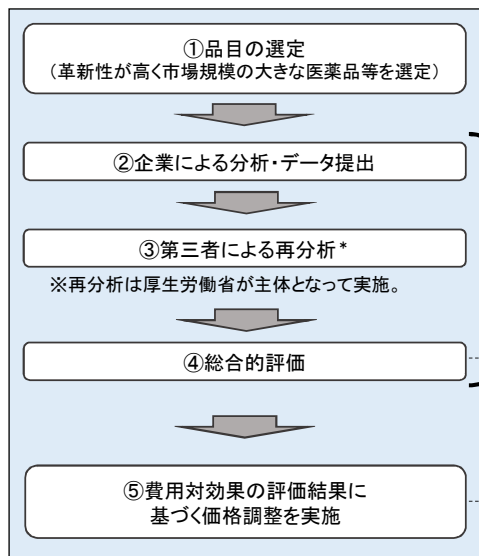
1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」参照）

30

費用対効果評価の試行的実施

- 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。

【費用対効果評価の手順】



* 導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

- 薬価制度の抜本改革の推進 (「薬価制度」参照)
- 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進 (「医科 I」 「調剤」参照)
- 費用対効果の評価
- 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し (「調剤」参照)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 (「医科 I」参照)

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の適正化

【課題】

- 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。
- 関連学会によるガイドラインにおいては、虚血がないことが証明されている患者にはPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の適応はないとされている。

➤ 安定冠動脈疾患に対して待機的に施行する経皮的冠動脈インターベンションについて、原則として、術前の検査等により、機能的虚血の存在が示されていることを算定要件とする。

現行

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

(1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。

※ 診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載する。また、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。

※ 経皮的冠動脈形成術についても、同様の見直しを行う。

改定後

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

(1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。

(4)「3」のその他のものは、原則として次のいずれか該当する病変に対して実施した場合に算定する(※)。

ア 90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変(他に有意狭窄病変が認められない場合に限る。)

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変

実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

➤ 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
生化学検査 I 10項目以上	115点



<u>105点</u>
<u>137点</u>
<u>112点</u>



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。

イ 2項目	4,000点
ロ 3項目以上	6,000点

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見
(関連部分抜粋)

(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。

(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。

平成30年度診療報酬改定の概要

DPC/PDPS

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介しますためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

1

本日の説明内容

I DPC制度の概要

- ・ DPC/PDPSの概要
- ・ DPC対象病院の要件
- ・ DPC/PDPSの算定を行う病棟
- ・ DPC/PDPSの算定対象とならない患者
- ・ DPC対象病院が参加する調査

II 診療報酬の算定方法

III 平成30年度診療報酬改定の内容

2

DPC/PDPSの概要

- DPC制度 (DPC/PDPS)は、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

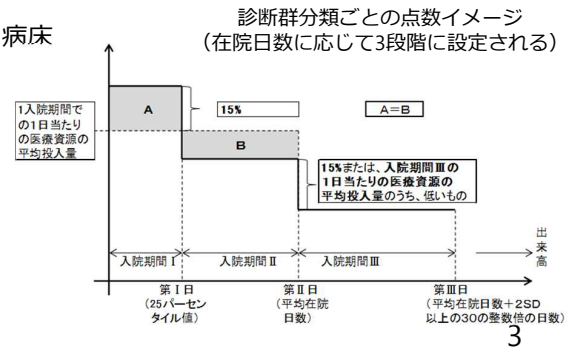
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成30年4月1日見込みで**1,730**病院・約**49**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約**83%**を占める。

※ 平成28年7月時点で7対1または10対1入院基本料を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。



DPC対象病院の要件

DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

- ・ A100 一般病棟入院基本料
- ・ A104 特定機能病院入院基本料
- ・ A105 専門病院入院基本料
- ・ A300 救命救急入院料
- ・ A301 特定集中治療室管理料
- ・ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-4 小児特定集中治療室管理料
- ・ A302 新生児特定集中治療室管理料
- ・ A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ A305 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ A307 小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定

- ・ 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- ・ 特殊な病態の患者
 - 入院後 2 4 時間以内に死亡した患者
 - 生後 7 日以内の新生児の死亡
 - 臓器移植患者の一部
 - 評価療養/患者申出療養を受ける患者 等
- ・ 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- ・ 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

- A106 障害者施設等入院基本料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

出来高算定

精神病棟

結核病棟

療養病棟

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

既存収載技術と類似性のない手術等について、包括評価が可能となるデータが集まるまでの期間、包括対象外とする趣旨で設定されるものであり、下記の診療行為が実施される症例については、次回改定までの間、出来高算定とする。

K 0 4 6 - 3	一時的創外固定骨折治療術
K 0 6 0 - 2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
K 0 7 6 - 2	関節鏡下関節授動術
K 0 8 2 - 4	自家肋骨軟骨関節全置換術
K 1 3 3 - 2	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
K 1 4 2 - 5	内視鏡下椎弓形成術
K 1 8 8 - 2	硬膜外腔癒着剝離術
K 2 6 8	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 3 2 0 - 2	人工中耳植込術
K 4 0 0	喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの
K 4 6 3 - 2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
K 4 7 4 - 3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 2 M R I によるもの
K 5 2 0	食道縫合術（穿孔、損傷） 4 内視鏡によるもの
K 5 2 3 - 2	硬性内視鏡下食道異物摘出術
K 5 2 4 - 3	腹腔鏡下食道憩室切除術
K 5 2 9 - 3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
K 5 5 4 - 2	胸腔鏡下弁形成術
K 5 5 5 - 3	胸腔鏡下弁置換術
K 5 5 9 - 3	経皮的僧帽弁クリップ術
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合
K 5 9 4 - 2	肺静脈隔離術
K 5 9 7	ペースメーカー移植術 3 リードレスペースメーカーの場合
K 6 0 2 - 2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）
K 6 1 2	末梢動脈静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの

K 6 4 7 - 3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔瘻孔閉鎖術
K 6 6 4 - 3	薬剤投与用胃瘻造設術
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術 2 内視鏡によるもの
K 6 6 8 - 2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
K 6 8 4 - 2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
K 6 8 9 - 2	経皮経肝バルーン拡張術
K 7 0 0 - 3	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 1	結腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 5 - 5	腸管延長術
K 7 4 1 - 2	直腸瘤手術
K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。） 5 根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）
K 7 7 7	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 7 9 2	尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 0 5 - 2	膀胱皮膚瘻造設術
K 8 0 5 - 3	導尿路造設術
K 8 0 8	膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 3 4 - 3	顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 8 4 1 - 5	経尿道的前立腺核出術
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 9 0 9	流産手術 1 妊娠11週までの場合 イ 手動真空吸引法によるもの
K 9 2 4 - 2	自己クリオプレシビレート作製術（用手法）

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

1. 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
2. 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
3. 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査

診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

・特別調査

中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式1	簡易診療録情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	DPCレセプト
EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	出来高レセプト
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来の出来高レセプト
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出（「定例報告」）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

2. 報告内容（案）

- (1) 施設基準の届出状況
- (2) 都道府県が行う事業への参加状況
 - ① 救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
 - ② 災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
 - ③ へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
 - ④ 周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
 - ⑤ がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
- (3) その他
 - ① 病床数（DPC算定病床数）等

本日の説明内容

I DPC制度の概要

II 診療報酬の算定方法

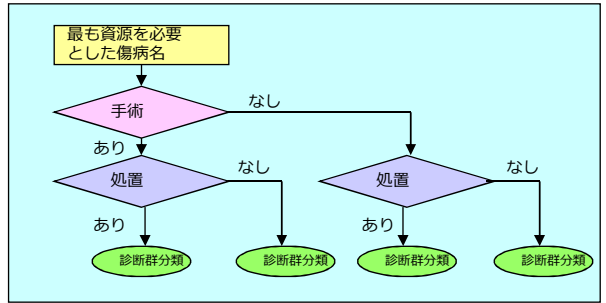
- ・ DPCの基本構造
- ・ DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法
- ・ 1日あたり点数の設定方法
- ・ 包括評価の考え方
- ・ 医療機関別係数

III 平成30年度診療報酬改定の内容

DPCの基本構造

- 日本における診断群分類は、以下の順に**14桁**の英数字で構成される。
 - ① 「**診断 (Diagnosis)** (医療資源を最も投入した傷病名)」
 - ② 「**診療行為 (Procedure)** (手術、処置等) 等」
の「**組合せ (Combination)**」
- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度を意味する。

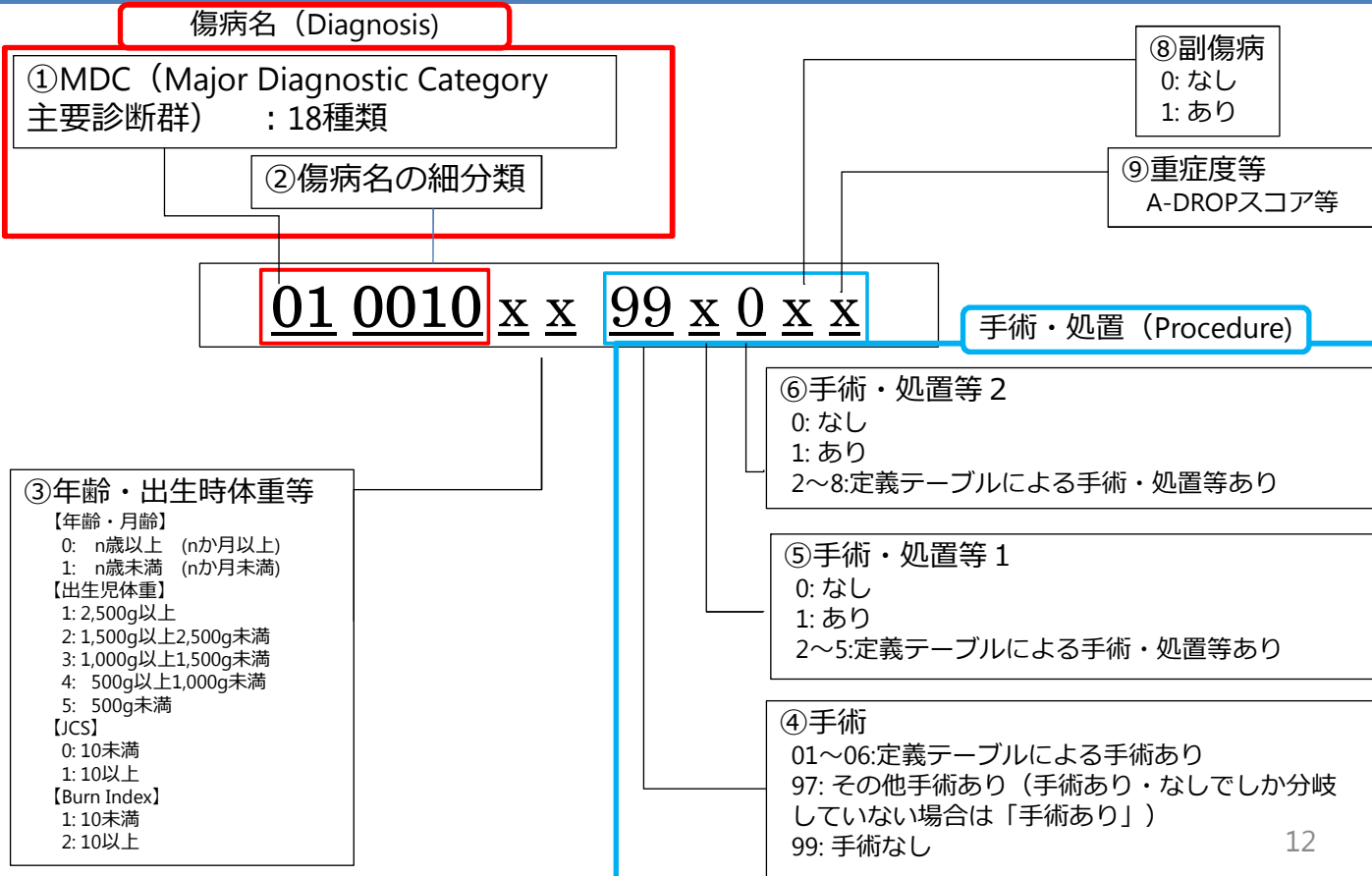
米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。



MDC (Major Diagnostic Categories) 18種
DPCコード 4,955分類
(うち支払分類 2,462分類)
※ 平成30年度改定時

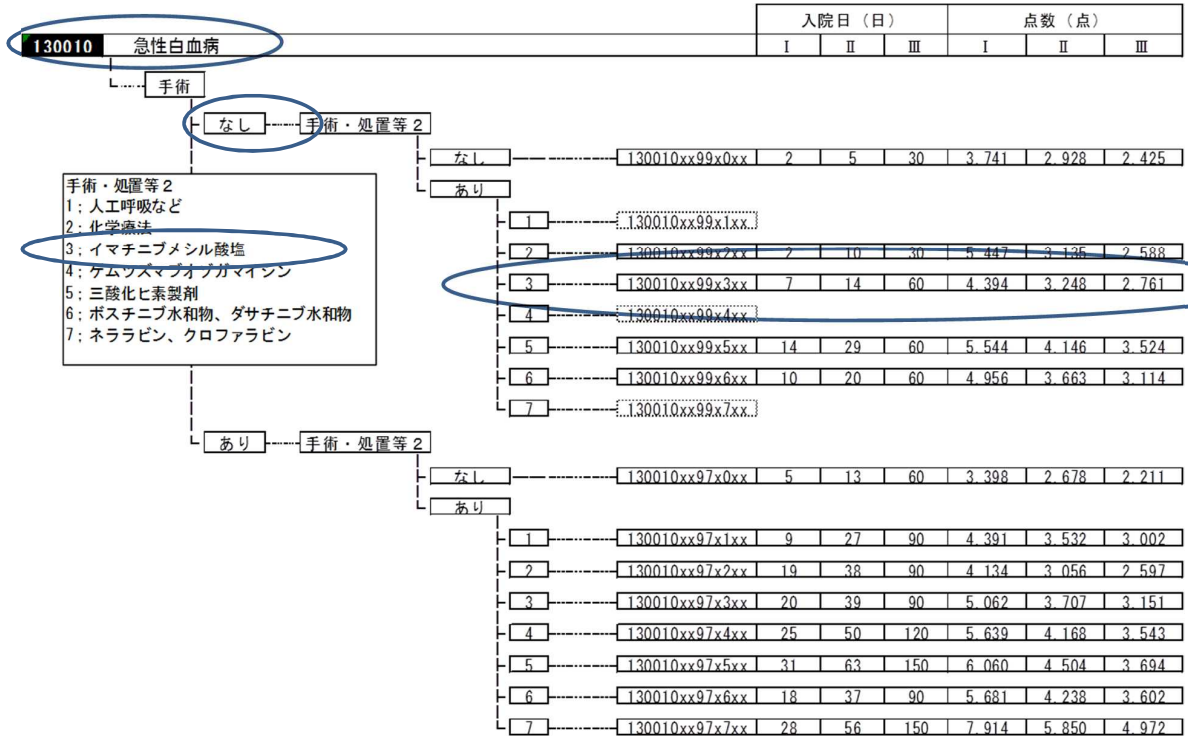
- 「傷病名」は、「ICD-10」により定義され、「診療行為等」は、「診療報酬上の医科点数表上の区分 (Kコード等)」で定義される。
※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPCの基本構造 (診断群分類のイメージ)



DPCの基本構造 (ツリー図)

急性白血病に対し、手術を行わず、イマチニブメシル酸塩を使用した場合
 急性白血病(上6桁130010を選択)⇒手術なし(9,10桁目99を選択)⇒イマチニブメシル酸塩(12桁目3を選択)
 ⇒130010xx99x3xxが決定



DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法 (概要)

ホスピタルフィー的報酬部分

- 【包括評価部分】
 診断群分類毎に設定
- 入院基本料
 - 検査
 - 画像診断
 - 投薬
 - 注射
 - 1000点未満の処置 等

ドクターフィー的報酬部分等

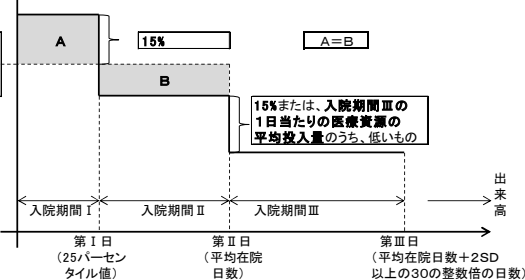
- 【出来高評価部分】
- 医学管理
 - 手術
 - 麻酔
 - 放射線治療
 - 1000点以上の処置 等

+

【包括評価部分】

D P C 毎の 1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量



基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

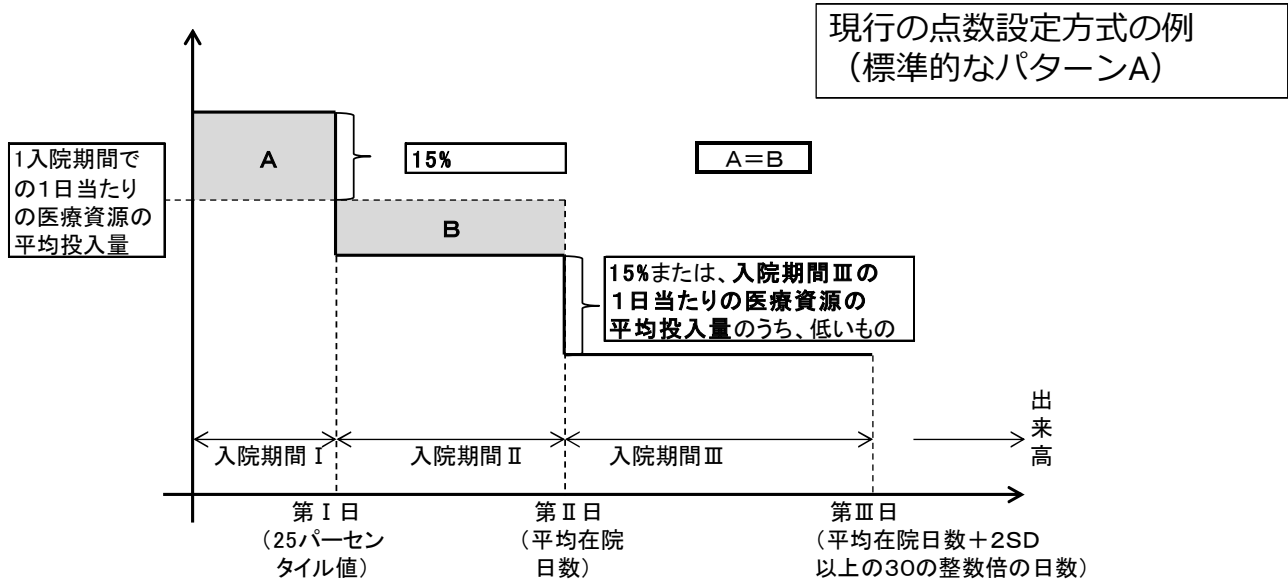
DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（包括範囲となる項目）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 (機能評価係数 I として評価)	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て (DPC包括対象外)
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料 (血液採取を除く)
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法 (主要血管)
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション			
I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外 (1000点未満処置)	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的に行う人工腎臓及 び腹膜灌流に係る費用
K 手術			
L 麻酔			
M 放射線治療			
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬材料		右記以外	H I V 治療薬 血液凝固因子製剤 (血友病等に対する) ¹⁵

1日当たり点数の設定方法（概要）

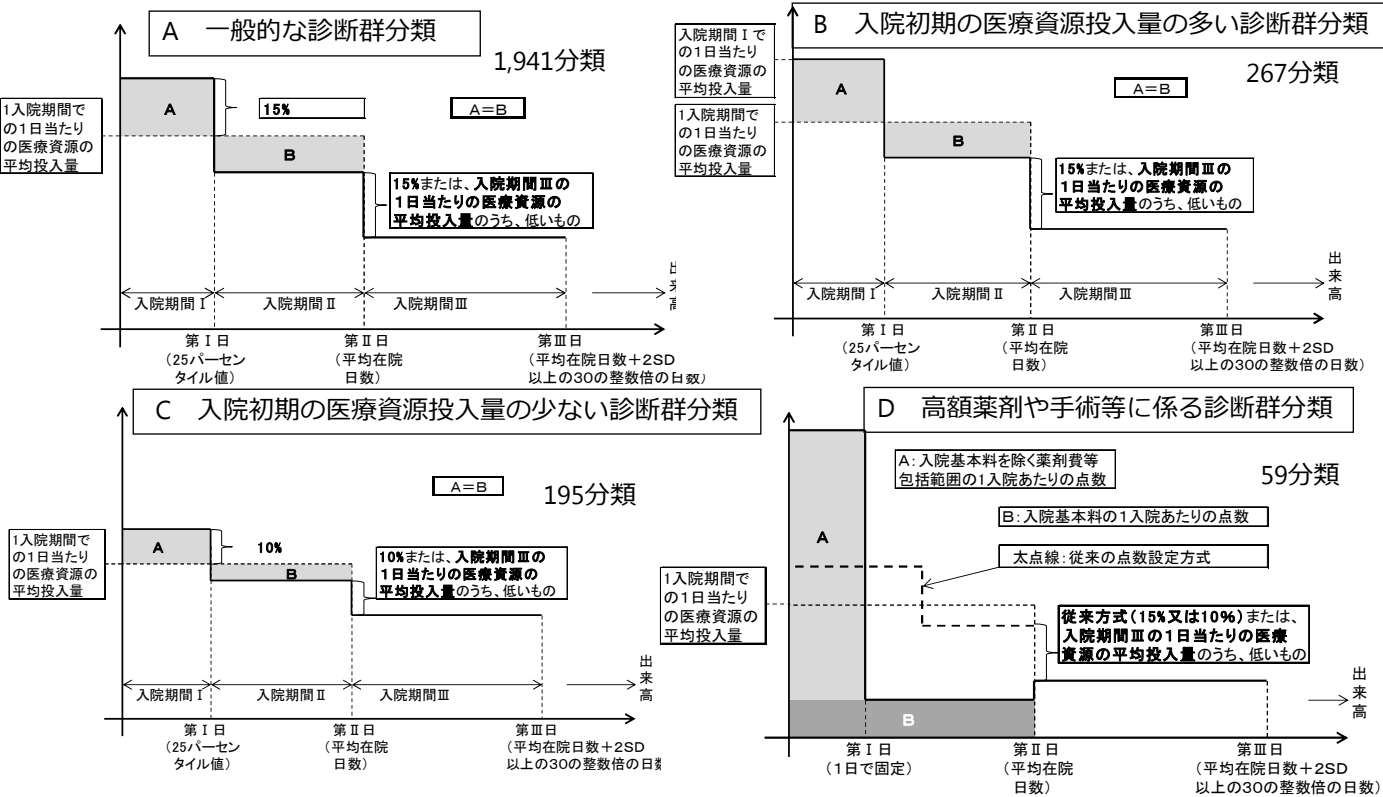
< 1日当たり定額点数・設定方式のポイント >

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた 3 段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数+2SD以上の30の整数倍を超えた部分）については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4 種類の点数設定パターンで対応



1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。



包括評価の考え方（基本原則）

（包括評価の基本原則）

適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

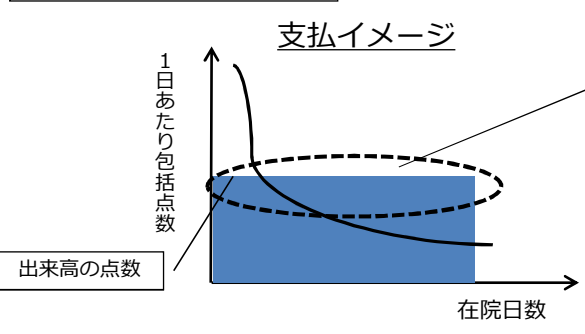
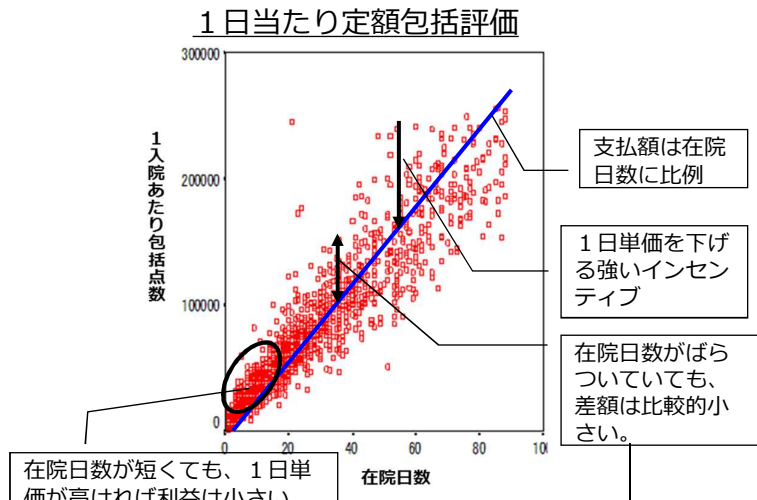
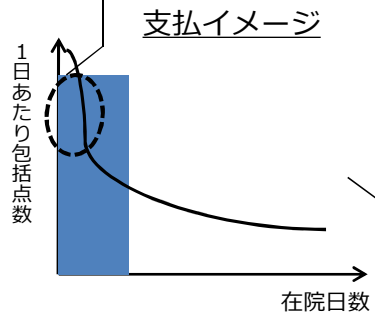
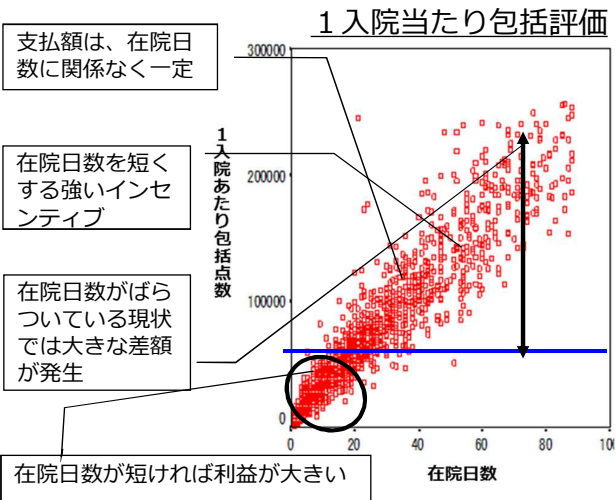
前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要はある**（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

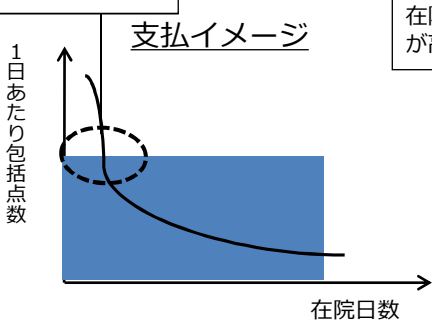
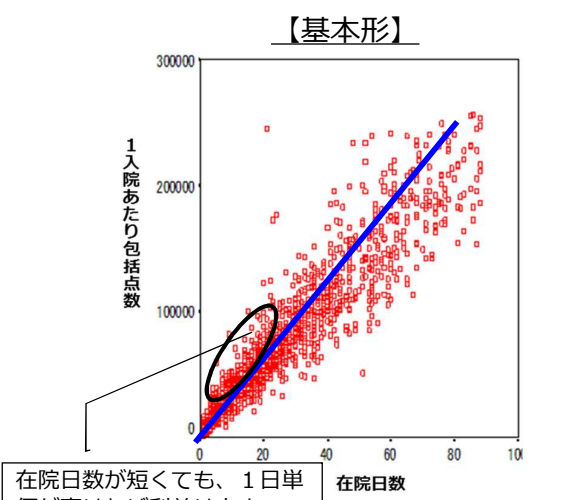
前提② 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非**に遡って検討する必要がある。

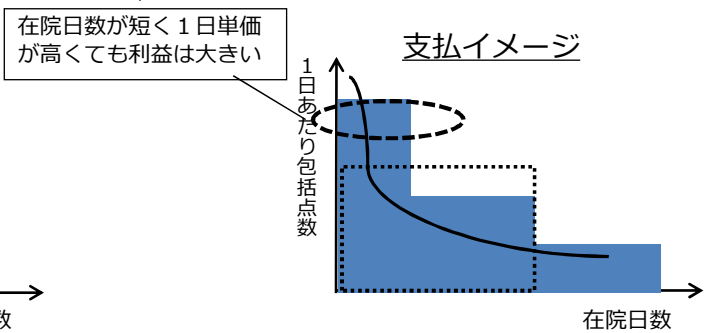
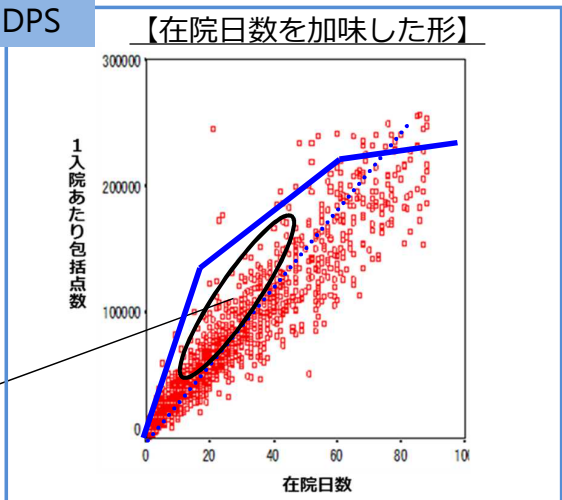
包括評価の考え方（1入院当たりと1日当たり定額包括評価の比較）



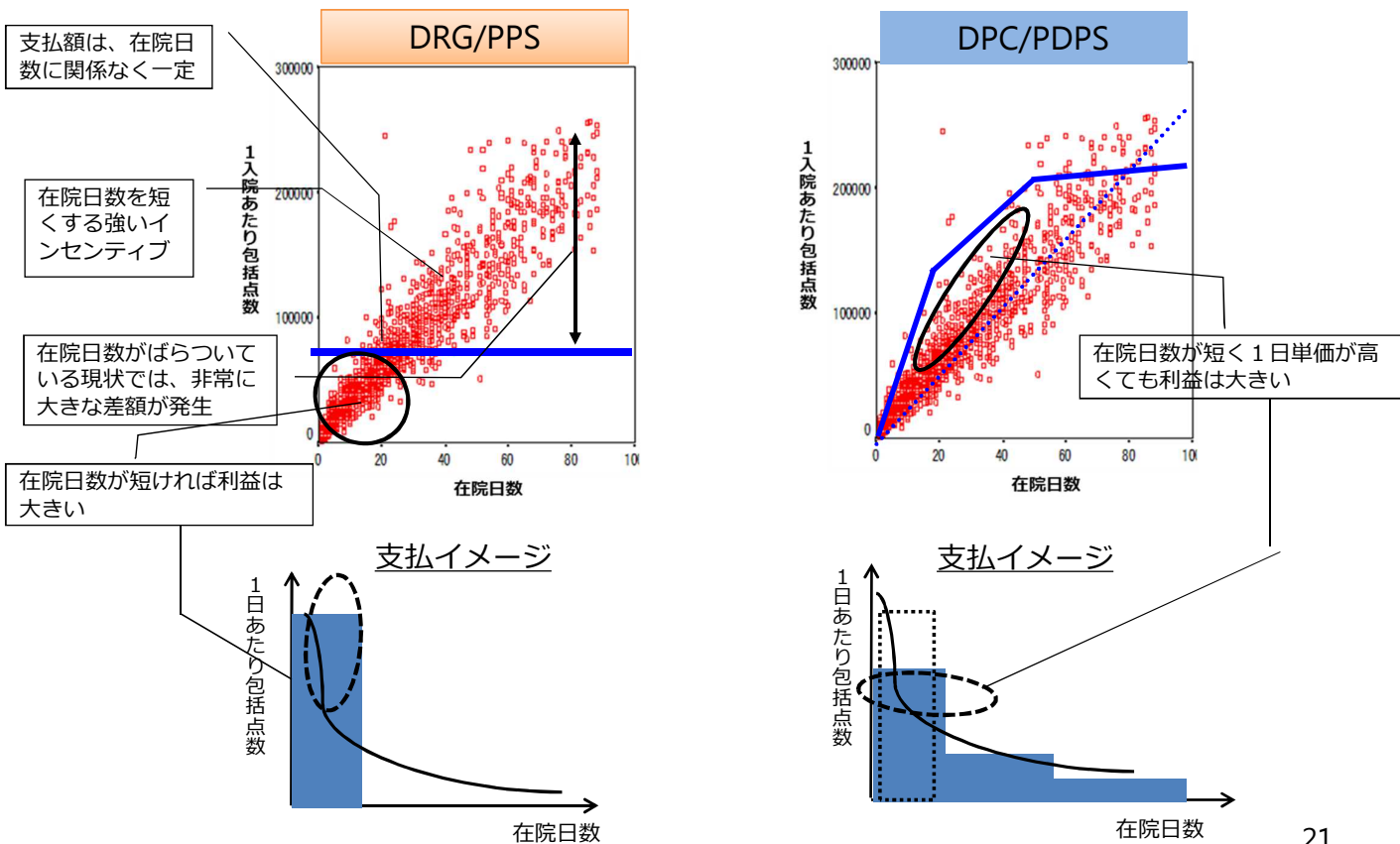
包括評価の考え方（1日当たり包括評価の手法の検討）



DPC/PDPS



参考：DRG/PPSとDPC/PDPSの比較

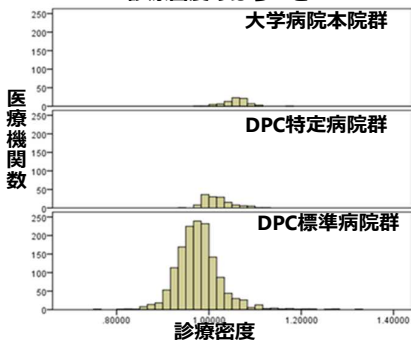


医療機関別係数（基礎係数）

基礎係数は**包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの**

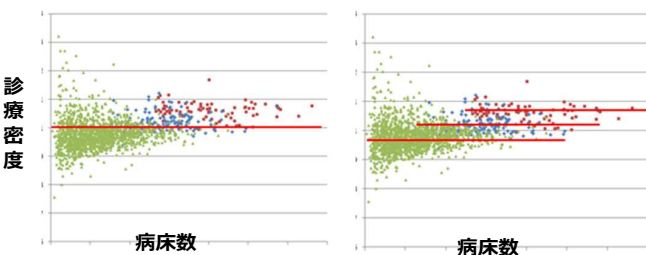
$$[\text{基礎係数}] = \frac{[\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}]}{\div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]}$$

診療密度のばらつき



[基礎係数の基本的な考え方]

- 全病院一律に基礎係数を設定することは、大学病院本院のようにほかの施設と異なる機能や役割を担う医療機関も含めた全ての医療機関について同一の平均値を設定することは、その**役割を担うインセンティブを阻害する懸念**があるため、いくつかの**医療機関群を設定**している。
- 医療機関群として、大学病院本院で構成される**大学病院本院群**、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される**DPC特定病院群**、その他を**DPC標準病院群**として設定している。
- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき（左図）は、群ごとに比較的少なく、**医療機関群の設定手法は合理性が確認**されている。



左図のように一律の基礎係数を設定すると、機能が異なる全医療機関に同程度の効率化等を求めることとなるため、3つの群を設定している。

DPC特定病院群の設定要件

- 4つの実績要件の全て（実績要件3は5/6）で基準値を満たす
 - 診療密度
 - 医師研修の実施
 - 一定の医療技術の実施
 - 補正複雑性指数

医療機関別係数（機能評価係数Ⅰ）

機能評価係数Ⅰは当該医療機関の全入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	A204-2	臨床研修病院入院診療加算
	A207	診療録管理体制加算
	A207-2	医師事務作業補助体制加算
	A234	医療安全対策加算
	A234-2	感染防止対策加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A230	精神病棟入院時医学管理加算
	A230-2	精神科地域移行実施加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	D026	検体検査管理加算
	看護配置の評価	A207-3
A207-4		看護職員夜間配置加算
A213		看護配置加算
A214		看護補助加算
地域特性の評価	A218	地域加算
	A218-2	離島加算

特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算
	A225	放射線治療病室管理加算
	A229	精神科隔離室管理加算
療養環境の評価	A219	療養環境加算
	A220	H I V感染者療養環境特別加算
	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算
	A221	重症者等療養環境特別加算
	A221-2	小児療養環境特別加算
	A222	療養病棟療養環境加算
	A222-2	療養病棟療養環境改善加算
	A223	診療所療養病床療養環境加算
	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算

評価対象

医療機関別係数（機能評価係数Ⅱ）

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、**6**つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的評価軸として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに指数を算出し、変換処理を行って実際に用いる係数を設定。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み（検討中）を評価。
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

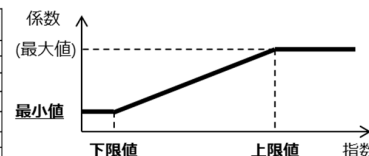
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

	指数		係数 最小値
	上限値	下限値	
保険診療 (固定の係数値のため設定なし。)			
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
カバー率	1.0	0	0
救急医療	97.5%tile値	0	0
地域医療(定率)	1.0	0	0
地域医療(体制)	1.0	0	0

指数と係数の関係



項目ごとに上限値下限値を設定

上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

本日の説明内容

I DPC制度の概要

II 診療報酬の算定方法

III 平成30年度診療報酬改定の内容

- ・基礎係数の見直し
- ・機能評価係数 I の対応
- ・機能評価係数 II の見直し／評価内容
- ・調整係数の置き換え
- ・診断群分類点数表の見直し
- ・算定ルールの見直し
- ・DPCデータの見直し
- ・その他

25

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑦ (4) その他

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。

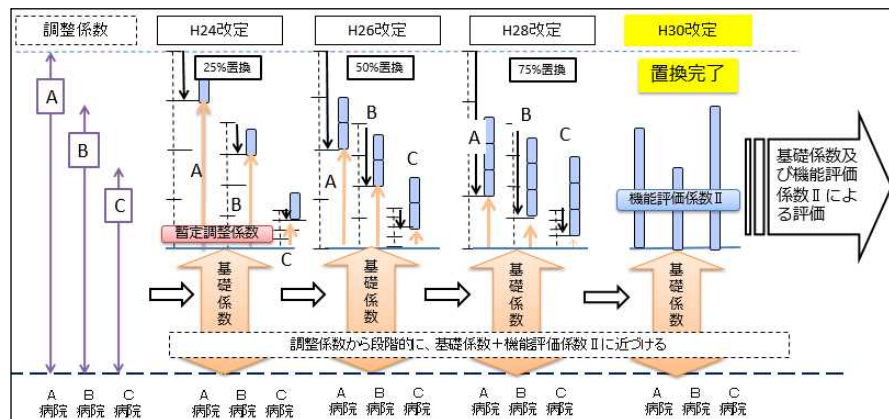
1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
2. **機能評価係数 I**: 従前の評価手法を継続
3. **機能評価係数 II**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
4. **激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療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

1. 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
2. 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)

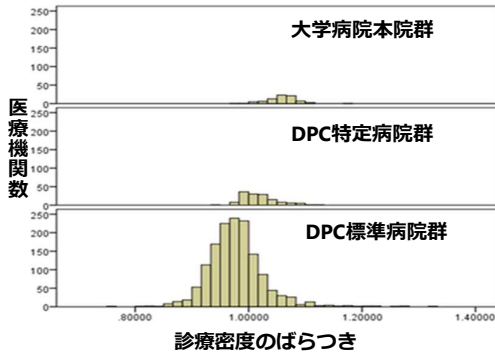
その他(通常の報酬改定での対応)

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、通常の報酬改定での所要の対応を実施



基礎係数（医療機関群）の見直し

- 各医療機関群の診療密度のばらつき等の分析から、一定の範囲で分析しており、医療機関群の設定手法については、合理性があるため維持する。
- 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。
- 複数の医療機関群の要件を満たす場合に選択する仕組みの導入は行わない。



医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,493	1.0314
大学病院本院群	82	1.1293
DPC特定病院群	155	1.0648
計	1,730	

【医療機関群の設定手法】

- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき（左図）は、群ごとに比較的少なく、**医療機関群の設定手法は合理性が確認**されている。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
 - ※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
 - ※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

【医療機関群の名称】

- 医療機関群の名称は、Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群であったが、群毎の序列を想起させるなどの指摘を踏まえ、特性を表すようそれぞれ大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群に見直す。

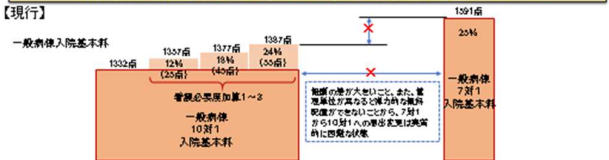
【医療機関群の決定手法】

- 複数の医療機関群の要件を満たす医療機関が所属する医療機関群を選択できる仕組みが検討されたが、医療機関の意思決定の複雑さや手続きの煩雑化から困難と考えられた。

機能評価係数Ⅰの対応

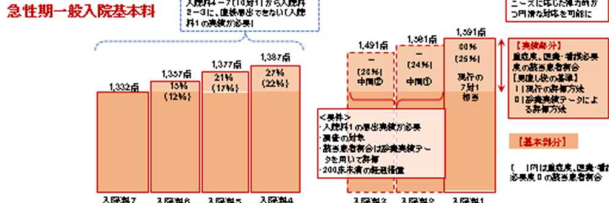
- 現行の評価手法を踏まえながら、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応
 - 提出データ評価加算などの入院基本料等加算の新設への対応
 - 後発医薬品使用体制加算については、DPC対象患者にも算定可能となることへの対応 等

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



- 一般病棟入院基本料（7対1、10対1入院基本料）が急性期一般入院基本料に再編されることを踏まえ、機能評価係数Ⅰを設定する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応

急性期一般入院基本料



- 新設される入院基本料等加算（提出データ評価加算、抗菌薬適正使用支援加算）等への対応を行う。
- DPC対象病棟入院患者にも後発医薬品使用体制加算が算定可能となることを踏まえ、機能評価係数Ⅰを設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し（総論）

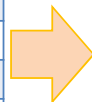
調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了に伴い、機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方について再整理を行った。

- 導入時より評価されている6つの係数（保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療）については、基本的評価軸として位置付け、追加された2つの係数（後発医薬品（※）、重症度）については廃止する。
※ 後発医薬品係数は、後発医薬品使用体制加算を機能評価係数Ⅰにおいて評価することとなる。
- 項目間で評価の重みをつけることは、多様な医療機関が含まれるDPC標準病院群だけでなく、大学病院本院群、DPC特定病院群においても行わない。また、重みづけを行わない代替手法として、効率性係数、複雑性係数、後発医薬品係数について行ってきた、係数間での分散を均等とする処理については廃止する。

機能評価係数Ⅱの見直し（保険診療係数）

- 適切なDPCデータ作成のための評価の基準値を見直す。
- 病院情報を公表する取組みについては評価を継続する。
- I群とⅡ群の医療機関の体制への評価を行っていたが、医療機関別係数全体の再整理を踏まえ、評価を整理する。

現行	
未コード化傷病名	20%以上を減点
部位不明・詳細不明コード(ICD-10)	20%以上を減点
DPCデータの様式間の矛盾	1%以上を減点
病院情報を公表する取組みを評価	
機能の高い分院を有する大学病院本院を減点	
Ⅱ郡の要件を満たさない大学病院本院を減点	
精神科の診療実績を有さない大学病院本院を減点	
精神科の診療実績を有さないDPC特定病院群を減点	
指導医療官の派遣	



改定後	
未コード化傷病名	2%以上を減点（※1）
部位不明・詳細不明コード(ICD-10)	10%以上を減点 (現行評価の継続)
	(現行評価の継続)（※2）
	<u>(評価を廃止)</u>
	<u>(評価を廃止)</u>
	地域医療係数において評価
	地域医療係数において評価
	<u>(保険診療の質的改善に向けた取組みの評価を検討)（※3）</u>

※1 平成31年度以降は様式1の全ての病名から評価（現在はレセプトデータを使用）

※2 評価手法については今後見直しを行う。

※3 保険診療の質的改善に向けた評価の考え方を今後検討。

大学病院本院群で指導医療官の派遣実績があったものは経過措置として平成30年度のみ評価

機能評価係数Ⅱの見直し（地域医療係数）

- 各領域の整合性の観点から、領域ごとに複数ある項目（がん、脳卒中、災害）は1項目に整理する。
- 指数値の上限値はDPC標準病院群は6点、大学病院本院群・DPC特定病院群は8点とする。
- 医療計画の見直しの方向性に沿って、各領域で診療実績に応じた評価となるよう見直す。

領域	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

【地域医療係数・体制評価指数の指数設定】

- 実績を有する（0以外）のデータの25%tile値を上限として、それ以下のものは上限値に対する割合を指数化する。
- 脳卒中、急性大動脈解離の実績については、実績を有するデータの25%tile値を満たす場合に実績あり、満たさない場合は指数値はゼロとなる。

31

機能評価係数Ⅱの見直し（カバー/救急/効率/複雑/係数設定）

- カバー率係数については、これまでDPC標準病院群において指数値が低い医療機関に一定の係数値の設定（底上げ）対応を行ってきたが、廃止する。その他の係数の上限下限値の設定は現行の評価手法を維持する。
- 救急医療係数については、以下点数表の評価体系も踏まえ、救急医療管理加算2に該当する患者については指数値を1/2とする。
- 効率性係数、複雑性係数については現行の評価手法を維持する。

各係数の上限値下限値の設定

	指数		係数	評価対象
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごと
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全医療機関
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごと
カバー率	1.0	0 (※)	0	群ごと
救急医療	97.5%tile値	0	0	全医療機関
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごと
(体制)	1.0	0	0	

※ カバー率については、これまで行っていたDPC標準病院群について指数値を底上げする処理は平成30年度において廃止

32

機能評価係数Ⅱの評価内容①（見直し後）

係数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> 未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（平成31年度評価からは様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討）</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取り組み】：平成31年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ 33

機能評価係数Ⅱの評価内容②（見直し後）

係数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ 34

機能評価係数Ⅱの評価内容③（見直し後）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P） 「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） <u>（血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績）</u> ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P) 入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5611のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%ile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

35

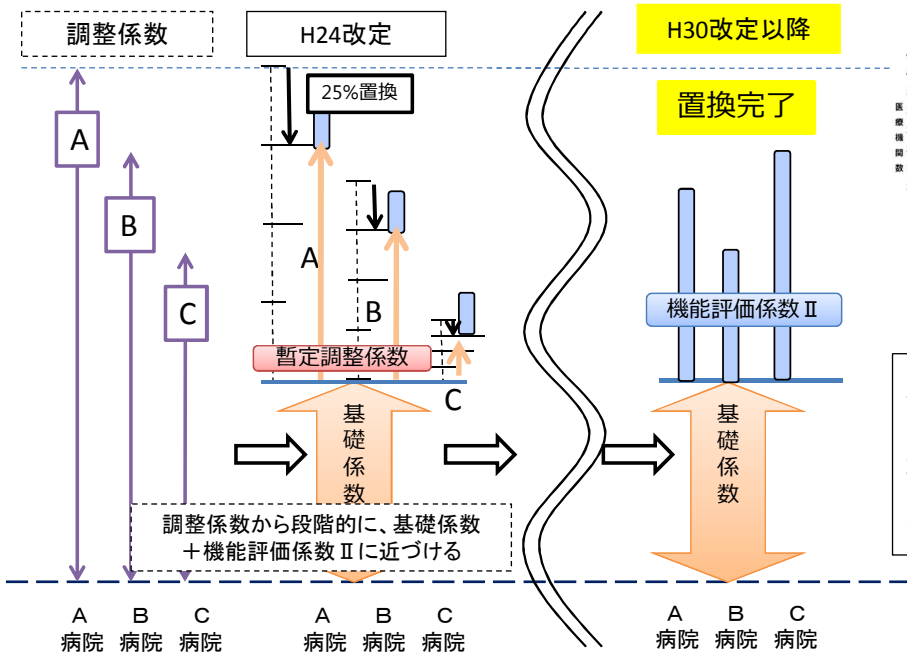
機能評価係数Ⅱの評価内容④（見直し後）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・ BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P） 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P	①治験等の実施 ・ 10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P） ・ 20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 ・ 新型インフルエンザ等対策行動計画に関係する医療機関（平成31年以降の評価導入を検討）	

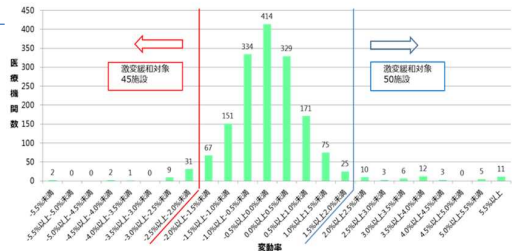
36

調整係数の置き換え①（平成30年度における対応）

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）



報酬改定時の推計診療報酬変動の分布

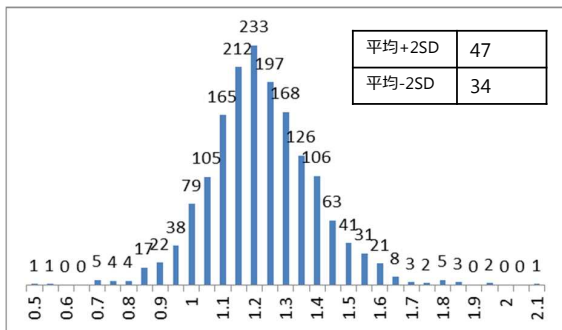


調整係数置き換え完了後も、一定程度推計診療報酬変動が大きい医療機関が存在すると考えられ、医療機関別係数は包括範囲の診療報酬全体に影響する特性を踏まえると、報酬改定等に伴う激変緩和措置が必要と考えられた。

調整係数の置き換え②（今後の課題）

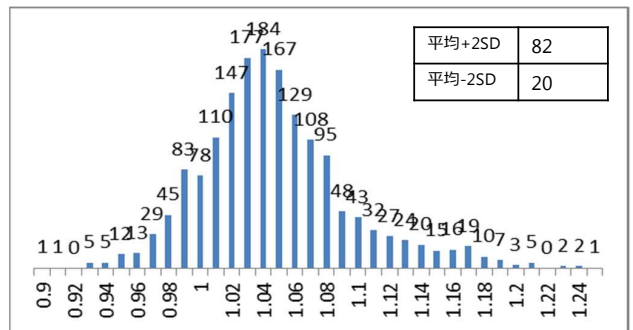
- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。

平均在院日数の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

診療密度の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診粗療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診断群分類点数表の見直し（概要）

- 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等は以下の通り
- 平成30年度より使用するICD-10コードは2013年度版とする。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	診断群分類数	
				包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462

※1 MDC：Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

39

算定ルールの見直し（短期滞在との整理/再入院ルール）

● 短期滞入手術等基本料の見直しへの対応

DPC対象病院において、短期滞入手術等基本料2及び3が算定不可となることを踏まえ、短期滞入手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定する。

- 短期滞入手術
- その他手術

診断群分類	診断群分類名称	手術分岐名称
050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
060150xx03xxxx	虫垂炎	虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等
090010xx01x0xx	乳房の悪性腫瘍	乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術（腋高部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））等
110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術
11012xxx020x0x	上部尿路疾患	経尿道的尿路結石除去術

● 再入院ルールの見直し

7日以内に再入院（入棟）する以下のケースについては新たに一連の入院として取り扱う。

- 再入院の契機となる傷病名が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合
- 再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前回の入院と同一の場合

40

DPCデータの見直し（様式1の見直し）

- 様式1の簡素化、項目の追加を行う。

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、併存症、続発症、入院契機傷病名として敗血症のコーディングを行う患者についてSOFAスコア（小児はpSOFAスコア）を診断時に測定
【新】SOFAスコア	特定集中治療室管理料1,2を算定する患者の入退室時に測定
【新】手術基幹コード	手術を行った患者については、Kコードと対応するSTEM7コードを入力
【簡】自殺企図の有無	一般病棟/その他病棟グループに入院する患者については、必須入力である当該項目の入力を任意とする。
【簡】癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	食道癌の患者は入力不要とする。
【簡】心不全患者/血行動態的特徴	心不全の患者で入力必須であった、心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする。
【新】要介護度	療養病棟に入院する患者については、要介護度を追加する。
【新】要介護情報	療養病棟に入院する患者については、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加
【簡】がん患者/UICC TNM	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
【簡】がん患者/Stage	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
高齢者情報	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を、現在5段階のものを3区分に分類しているため、5段階で収集する。
FIM	回復期リハビリテーション入院料を算定する患者については、現在入力が任意であるが必須項目とする。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

41

DPCデータの見直し

- Eファイル、Fファイル等について以下の見直しを行う。
- DPC対象病院は「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須化
- その他制度改正に伴う必要な見直し（退院先に介護医療院を追加、等）を行う。

ファイル	項目	対象/内容	検討の経緯
E/F	病棟コード	全患者	医療機関の独自コードを入力されており、データの解析が困難であったため定義を変更する。
外来EF	患者基本情報	全患者について、性別、生年月日、レセプトに記載する病名の情報を入力	現在は請求情報しか収集しておらず、解析が困難であったため、項目を追加する。
H	重症度、医療・看護必要度	判定に必要な項目に修正	必要度の判定対象とは一部異なる情報を収集（退院日の情報など）していたものをデータ作成不要とする。
様式3	病棟情報	病棟情報を反映させるため各病棟の主な入院基本料情報を入力	急性期病棟以外についてもデータ分析が求められており、各病棟についての基本的な情報を収集するため。

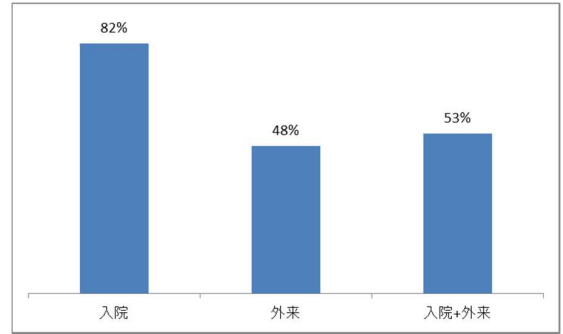
42

DPC/PDPSにおける後発医薬品使用促進の取組

- DPC対象病院においては、機能評価係数Ⅱによる後発医薬品使用促進の効果から、入院医療における後発医薬品の使用割合は高い。一方、後発医薬品使用体制加算により評価される外来も含めた医療機関の後発医薬品使用については、入院と比較すると取組が十分ではない（外来48%、参考;非DPC対象病院は38%）と考えられた。

- このため、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、DPC対象病院においても、当該加算は機能評価係数Ⅰによる評価対象とすることとし、DPC対象病院における外来の後発医薬品使用の取組をさらに推進する。

入院、外来別のDPC対象病院における後発品使用状況（医療機関の中央値）



平成28年度DPCデータ

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)	
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	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170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	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180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。

改定前後におけるDPC対象病院での短期滞在手術の取り扱い

- ▶ DPC対象病院においては、平成30年度より短期滞在手術等基本料の算定が不可となる。平成30年4月1日前後で入退院する、短期滞在手術等基本料の対象手術等を行った患者については、以下の取扱いとする。
- 平成30年4月1日以降に入院し、当該手術等を行った場合：DPC/PDPSによる算定
 - 平成30年3月31日以前に入院し、5日以内に当該手術等を行った場合
 - 3月中に手術等を実施（改正前の短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施）
 - ✓ 3月中に退院：従前の算定ルールにより算定（短期滞在手術等基本料を算定）
 - ✓ 4月中に退院：3月分、4月分それぞれ医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）
 - 4月中（4日まで）に手術を実施（改正後の短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施）
 - ✓ 3月分、4月分それぞれ医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）
 - 平成30年4月1日以降、DPC対象病院のDPC算定が出来ない病床において当該手術等を行った場合は医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）

※ DPC対象病院以外の医療機関にあっても、4月1日を跨いで入院する場合は、算定する日に応じ、改正前後のそれぞれの医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）する。

3月31日以前から入院している患者の取扱い

- ▶ 3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。具体的な取扱いは以下の通り。
- 包括→包括の場合
 - ・ 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
 - ・ 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。
 - 包括→出来高の場合
 - ・ 4月分の請求は出来高で行う。
 - ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
 - ・ 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。
 - 出来高→包括の場合
 - ・ 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - ・ 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見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・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・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。

平成30年度診療報酬改定に伴う 施設基準の届出等について

1

施設基準の届出期日について

- 診療報酬改定に伴う特例措置として、
平成30年4月16日(月曜日)
までに届出書を提出され、要件審査を終え
受理されたものについては、
平成30年4月1日に遡って算定することができます。
ただし、平成30年4月1日時点において、
要件を満たしている場合に限りです。



2

施設基準の届出期日について

- 提出方法については、原則、郵送又は宅配便での提出にご協力ください。

届出書の受理日は、当局が受け付けた日になりますので、ご留意ください。

(発送した日や郵便の消印の日ではありません。)

平成30年4月17日以降に受け付けたものについては、通常の取扱い*となりますので、余裕を持った発送をお願いします。

* 各月の末日までに届出を受理した場合は、翌月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届出を受理した場合には、当該月の1日から算定する。

3

施設基準の届出先

- 保険医療機関が所在する県を管轄しております九州厚生局各県事務所宛にご提出ください。
(福岡県にあっては九州厚生局指導監査課)

【福岡県】

〒812-0011
福岡市博多区博多駅前3-2-8
住友生命博多ビル4F
九州厚生局指導監査課 宛

【佐賀県】

〒840-0801
佐賀市駅前中央3-3-20
佐賀第二合同庁舎7F
九州厚生局佐賀事務所 宛

【長崎県】

〒850-0033
長崎市万才町7-1
住友生命長崎ビル12F
九州厚生局長崎事務所 宛

【熊本県】

〒860-0806
熊本市中央区花畑町4-7
朝日新聞第一生命ビル4F
九州厚生局熊本事務所 宛

【大分県】

〒870-0045
大分市城崎町1-3-31
富士火災大分ビル2F
九州厚生局大分事務所 宛

【宮崎県】

〒880-0816
宮崎市江平東2-6-35 3F
九州厚生局宮崎事務所 宛

【鹿児島県】

〒890-0068
鹿児島市東郡元町4-1
鹿児島第二地方合同庁舎3F
九州厚生局鹿児島事務所 宛

【沖縄県】

〒900-0022
那覇市樋川1-15-15
那覇第一地方合同庁舎西棟2F
九州厚生局沖縄事務所 宛

4

施設基準の告示及び通知の確認について

- 施設基準の届出をする際は、必ず厚生労働省の告示及び通知をご覧ください、基準に適合しているかを確認した上で、届出書を提出してください。

(告示) 平成30年厚生労働省告示第44号

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

(通知) 平成30年3月5日 保医発0305第2号

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(告示) 平成30年厚生労働省告示第45号

特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

(通知) 平成30年3月5日 保医発0305第3号

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

上記、告示・通知を含め診療報酬改定関係通知等については、厚生労働省のホームページから参照できます。

(九州厚生局のホームページからもリンクしています。)

5

施設基準の告示及び通知に関する注意点について

- 厚生労働省の告示及び通知が、平成30年3月5日付けで発出されていますが、今後も訂正通知や疑義解釈についての事務連絡などが随時発出されますので、定期的に厚生労働省又は九州厚生局公式ホームページのご確認をお願いいたします。

【診療報酬改定関係通知等の参照先】

(厚生労働省ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/>)

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険
> 平成30年度診療報酬改定について

(九州厚生局公式ホームページ: <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

ホーム > 平成30年度診療報酬改定について

6

施設基準の届出に係る基本事項

施設基準の届出における共通事項

- 施設基準を提出する際には、次の届出書等を作成していただき、**正1通**を提出してください。

届出書

基本診療料 「別添7」、特掲診療料 「別添2」

届出書の様式

添付書類(通知及び届出書の様式で示されている添付書類)

「正副2通」から『**正1通**』の提出に変更されました。提出した届出書の写しは、必ず保管しておいてください。

開設者印を押印してください。

7

施設基準の届出に係る基本事項

施設基準の届出における共通事項

- 届出書(別添7、別添2)を作成する際には、次の点に注意してください。

- ❑ 連絡先欄に「担当者氏名」「電話番号」を記載すること。
- ❑ 施設基準の通則(4項目)に適合していること。
(✓点チェックが必須です。)
- ❑ 「日付」「保険医療機関の所在地及び名称」「開設者名」を正確に記載すること。
「保険医療機関の名称」の記載漏れが多いので、特に注意してください。
- ❑ 開設者印を押印すること。
法人の場合は、法人代表者印を押印すること。
- ❑ 提出先が「九州厚生局長」となっているか確認すること。

8

施設基準の変更届の簡素化について

従事者等に変更があっても、施設基準を満たしている場合には「変更の届出」が不要となりました。

- なお、次の事由については、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、変更の届出が必要となります。
- ✓ 当該施設基準を満たさなくなった場合。(辞退届)
 - ✓ 当該施設基準の届出区分が変更となった場合。
(例) 看護補助加算「1」「2」等
 - ✓ 届け出ている医師に変更があった場合
[届出が必要な施設基準]
 - ・ 神経学的検査 ・ 画像診断管理加算1及び2
 - ・ 麻酔管理料() ・ 歯科矯正診断料 ・ 顎口腔機能診断料 等
 - ✓ 届け出ている機器に変更があった場合
[届出が必要な施設基準]
 - ・ CT撮影及びMRI撮影 等

9

施設基準の届出書の様式について

- 届出書の様式は九州厚生局公式ホームページからダウンロードしてください。

届出書等のダウンロード先のご案内

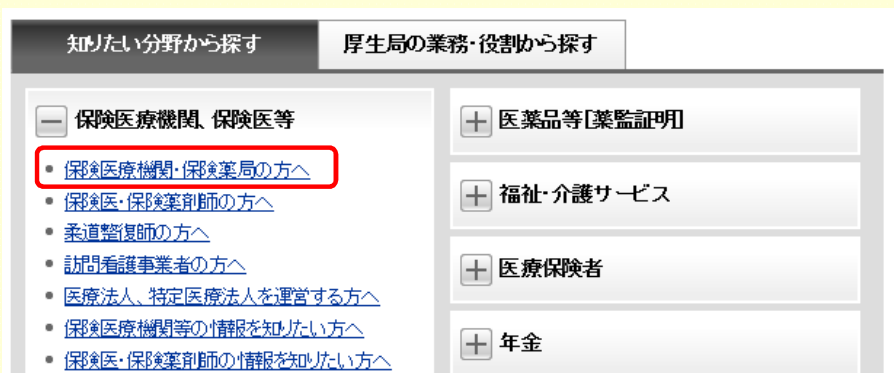
「九州厚生局」で検索又はアドレス <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>へアクセスしてください。



「知りたい分野から探す」タブの

「保険医療機関、保険医等」の『+』により展開していただき、

「保険医療機関・保険薬局の方へ」をクリックしてください。



10

施設基準の届出書の様式について

「届出様式等」欄の

「平成30年度診療報酬改定に係る「施設基準の届出等」」
をクリックしてください。

保険医療機関・保険薬局の方へ

保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業所の管内指定状況及び届出受理状況について

お知らせ

届出様式等

- 平成30年度診療報酬改定に係る「施設基準の届出等」

「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」から
必要な届出様式をダウンロードしてください。

施設基準の届出等

下記項目のいずれかを選択してクリックしてください。

- 基本診療料の届出一覧
- 特掲診療料の届出一覧
- 入院時食事療養・入院時生活療養等の届出
- 施設基準に係る辞退届



11

施設基準の届出書の添付書類について

➤ 届出書の添付書類一覧を九州厚生局公式ホームページに掲載しております。

「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」
の各施設基準の様式の「備考」欄にある

「添付書類はこちらをご参照ください。」をクリックしてください。

(例)	1-4	地包加	別添1 2の3	地域包括診療加算	<ul style="list-style-type: none">別添7(地包加) (PDF:40KB)様式2の3(PDF: 59KB)	<ul style="list-style-type: none">別添7(地包加) (ワード:37KB)様式2の3(ワード: 42KB)	添付書類はこちら をご参照ください。
-----	-----	-----	------------	----------	--	--	-----------------------

当該施設基準の届出の際に必要な添付書類が表示されます。

- (例)
- 様式2の3の「 」について、慢性疾患の指導に係る適切な研修を受講した修了証の写し
 - 様式2の3の「 -2」及び「 」について、確認できる資料の写し

今回の診療報酬改定に併せて、届出書の添付書類については、原則、通知及び様式で示されているもののみといたします。

12

【参考】ホームページのご案内

* 診療報酬改定の情報は、九州厚生局及び厚生労働省のホームページに掲載しております。

➤ 九州厚生局のホームページは、「九州厚生局」で検索又はアドレス <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/> へアクセスしてください。

トップページの「平成30年度診療報酬改定」をクリックしてください。



施設基準の届出様式及び関係資料を掲載しております。(それぞれクリックしてください。)



13

【参考】ホームページのご案内

➤ 厚生労働省のホームページは、「厚生労働省」で検索又はアドレス <http://www.mhlw.go.jp/> へアクセスしてください。



トップページの「分野別の情報」欄の「診療報酬改定」をクリックしてください。



「平成30年度診療報酬改定」をクリックしてください。
「第3 関係法令等」の項目に厚生労働省の告示及び通知を掲載しております。



14

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔基本診療料〕

基本診療料

1	初診料の注12に掲げる機能強化加算
2	オンライン診療料
3	一般病棟入院基本料(地域一般入院料1に限る。)
4	結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料
5	療養病棟入院基本料(療養病棟入院料2、注11及び注12に規定する届出に限る。)
6	療養病棟入院基本料の注11に規定する届出(平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
7	療養病棟入院基本料の注12に規定する届出(平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
8	療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算
9	障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
10	障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算
11	看護職員夜間16対1配置加算2
12	医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2
13	感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算
14	後発医薬品使用体制加算4

15

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔基本診療料〕

基本診療料

15	入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算
16	特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1
18	回復期リハビリテーション病棟入院料3
19	回復期リハビリテーション病棟入院料5
20	地域包括ケア病棟入院料1
21	地域包括ケア入院医療管理料1
22	地域包括ケア病棟入院料3
23	地域包括ケア入院医療管理料3
24	地域包括ケア病棟入院料の注7に掲げる看護職員夜間配置加算
25	緩和ケア病棟入院料1
26	緩和ケア病棟入院料2
27	精神科救急入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算
28	精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算

16

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(特掲診療料)

特掲診療料

1	慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
2	乳腺炎重症化予防ケア・指導料
3	夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
4	療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
5	ハイリスク妊産婦連携指導料1
6	ハイリスク妊産婦連携指導料2
7	在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
8	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
11	画像診断管理加算3
12	骨髄微小残存病変量測定
13	抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)

17

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(特掲診療料)

特掲診療料

14	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
15	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
16	処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
17	人工腎臓
18	導入期加算1
19	導入期加算2
20	慢性維持透析濾過加算
21	レーザー機器加算
22	皮膚移植術(死体)
23	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)
24	緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
25	人工中耳植込術
26	喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの)

18

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔特掲診療料〕

特掲診療料

27	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
28	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの)
29	乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
30	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
31	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
32	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
33	食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)
34	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
35	胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む)
36	胸腔鏡下弁置換術
37	経皮的僧帽弁クリップ術
38	ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)
39	経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)

19

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔特掲診療料〕

特掲診療料

40	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
41	腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
42	腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
43	腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
44	胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
45	薬剤投与用胃瘻造設術
46	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
47	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
48	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
49	生体部分小腸移植術
50	同種死体小腸移植術
51	小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
52	結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
53	腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

20

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(特掲診療料)

特掲診療料

54	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
55	尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
56	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。)
57	膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
58	尿道形成手術(前部尿道)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
59	尿道下裂形成手術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
60	陰茎形成術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
61	陰茎全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
62	精巣摘出術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
63	会陰形成手術(筋層に及ばないもの)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
64	腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
65	造腔術、腔閉鎖症術(遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
66	子宮全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)

21

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(特掲診療料)

特掲診療料

67	腹腔鏡下腔式子宮全摘術(性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
68	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)
69	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合)
70	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
71	自己クリオプレシピレート作製術(用手法)
72	コーディネート体制充実加算
73	放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
74	体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算
75	デジタル病理画像による病理診断
76	悪性腫瘍病理組織標本加算

22

(表2) 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
(基本診療料)

基本診療料

1	再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1
2	一般病棟入院基本料(急性期一般入院料7、地域一般入院基本料を除く。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
3	一般病棟入院基本料(急性期一般入院料4から7までに限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
4	療養病棟入院基本料(当該入院料の施設基準における「適切な看取りに対する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
5	療養病棟入院基本料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
6	療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
7	結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
8	特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
9	特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
10	特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
11	専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

23

(表2) 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
(基本診療料)

基本診療料

12	専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
13	専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
14	総合入院体制加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
15	急性期看護補助体制加算(10対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
16	看護職員夜間配置加算(10対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
17	看護補助加算1(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
18	後発医薬品使用体制加算(4を除く。)
19	データ提出加算(1の口及び2の口に限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
20	救命救急入院料1、3(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
21	救命救急入院料の注3に掲げる救急体制充実加算(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
22	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
23	回復期リハビリテーション病棟入院料(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

24

(表2)施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔基本診療料・特掲診療料〕

基本診療料

24	緩和ケア病棟入院料1(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
25	特定一般病棟入院料の注7(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特掲診療料

1	地域包括診療料1
2	外来後発医薬品使用体制加算1
3	外来後発医薬品使用体制加算2
4	体外照射の注4に掲げる画像誘導放射線治療加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

25

(表3)施設基準等の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの〔基本診療料〕

基本診療料

地域包括診療加算	→	地域包括診療加算2
一般病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)	→	急性期一般入院料7
一般病棟入院基本料(13対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院料2
一般病棟入院基本料(15対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院料3
看護職員夜間16対1配置加算	→	看護職員夜間16対1配置加算1
退院支援加算	→	入退院支援加算
回復期リハビリテーション病棟入院料1		回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料2		回復期リハビリテーション病棟入院料4
回復期リハビリテーション病棟入院料3		回復期リハビリテーション病棟入院料6
地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1	→	地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2
地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2	→	地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4

26

(表3)施設基準等の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの (特掲診療料)

特掲診療料

がん患者指導管理料1	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料2	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料3	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
地域包括診療料	地域包括診療料2
精神科重症患者早期集中支援管理料	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術(乳頭乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診
透析液水質確保加算2	透析液水質確保加算

27

「平成30年度診療報酬改定について(医科)」スライド正誤表 (掲載日現在)

[DPC]

(誤)
スライド番号44
「診療実績データの提出への評価」



(正)

- | | |
|--------------------|------|
| 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 |

- | | |
|--------------------|------|
| 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 | 120点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 170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 | 130点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 180点 |

当局ホームページには、該当箇所を修正した資料を掲載しております。

28

連絡事項

➤ 質問の取扱いについて

解釈に関する質問については、電話ではなく、**FAX**で受け付けております。

FAX番号(FAX番号をお確かめのうえ、お間違いのないようお願いします。)

【福岡県】092-707-1127 【佐賀県】0952-20-1611 【長崎県】095-801-4204 【熊本県】096-284-8010
【大分県】097-535-8062 【宮崎県】0985-72-8881 【鹿児島県】099-201-5802 【沖縄県】098-833-6250

質問内容を具体的に記載していただき、**連絡先及び担当者名も必ず**記入してください。

改定時期は特に質問が多いため、回答に時間がかかることも想定されますので、あらかじめご了承ください。

- 診療報酬改定に伴う届出や名称変更に伴い、院内の掲示事項についても変更が必要です。
- 施設基準に係る辞退届については、1部の提出で結構です。
- 保険診療において酸素の費用を請求する場合には、毎年2月15日までに酸素の購入価格に関する届出を行う必要がありますので、まだ届出を行っていない場合は、早急に届出をお願いします。

29

<届出期日>

平成30年4月1日から算定を行うためには、

届出書(1通)は、

平成30年4月16日(月曜日)

必着となります。

届出期日までに余裕を持ってご提出ください。

ご静聴ありがとうございました。

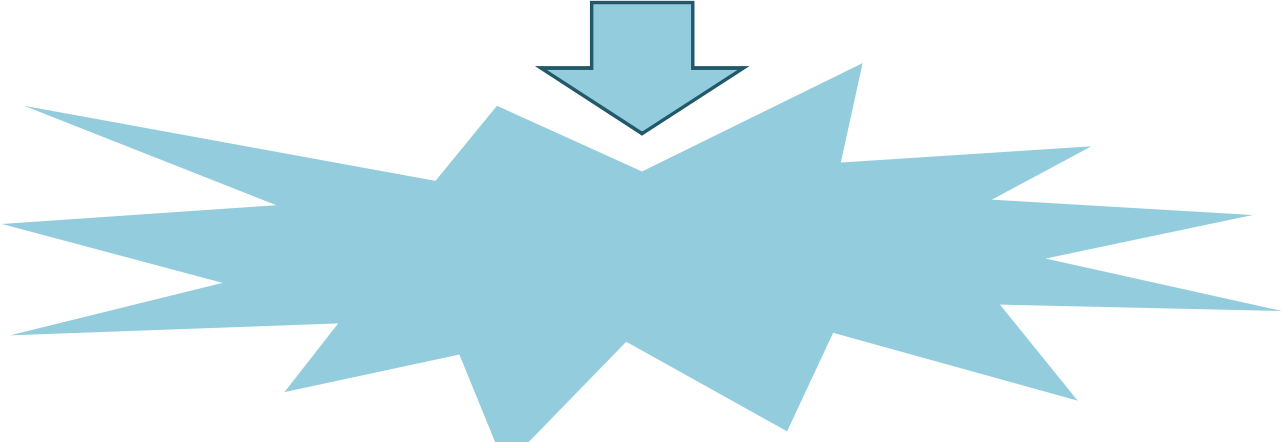
厚生労働省医薬・生活衛生局
血液対策課からのお知らせ

C型肝炎救済特別措置法に規定する特定フィブリノゲン製剤等が 納入されていた医療機関へのお願い

平成30年3月
厚生労働省
医薬・生活衛生局
血液対策課

『特定フィブリノゲン製剤』又は『特定血液凝固第 因子製剤』の投与によりC型肝炎ウイルスに感染した方を救済するために給付金を支給する「C型肝炎救済特別措置法¹」が改正され、2017（平成29）年12月15日に公布・施行された。これにより、給付金の請求又はその前提となる国を相手とした訴訟提起の期限が、2018（平成30）年1月から2023（平成35）年1月まで、5年間延長となった。

これらの製剤の投与によりC型肝炎ウイルスに感染していたとしても、「投与の事実を知らない」また「感染の事実を知らない」といった理由から、潜在的な給付金支給対象者が未だ存在する可能性がある。



投与された方などに対して、医療機関を通じ投与事実をお知らせし、肝炎の早期発見・早期治療や、C型肝炎救済特別措置法に基づく給付金の支給に繋げることが重要。

1 C型肝炎救済特別措置法...特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第 因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法

1

C型肝炎救済特別措置法に規定する特定フィブリノゲン製剤等が 納入されていた医療機関へのお願い

お願いしたいこと

C型肝炎救済特別措置法が改正され、給付金請求の前提となる提訴期限が、5年間延長されたため、引き続き、平成6年²以前のカルテ等³を保管していただきたい。

元患者の方等から特定フィブリノゲン製剤等の投与に関する問い合わせがあった場合には、可能な限りの情報提供をしていただきたい。

保管しているカルテ等を確認し、特定フィブリノゲン製剤等が投与された方を見つけ出していただきたい。

投与が判明した方又はその相続人に対し、速やかに、次のお知らせ等を行っていただきたい。

- ・ 特定フィブリノゲン製剤等の投与事実
- ・ 肝炎ウイルス検査の働きかけ
- ・ 特定フィブリノゲン製剤等の投与によりC型肝炎ウイルスに感染した場合には、C型肝炎救済特別措置法に基づく給付金が支払われる場合があること

～ の実施状況については、厚生労働本省医薬・生活衛生局血液対策課から納入先医療機関に対して調査票が送付される（2月下旬～3月上旬頃）ので、当該調査に協力いただきたい。

（注）以上の内容については、2月下旬～3月上旬頃、厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課から対象となる医療機関に通知予定。

2 平成6年...特定フィブリノゲン製剤等が投与された可能性のある期間の期末

3 カルテ等...これまでの調査の結果、カルテ、手術記録、分娩記録、手術台帳、分娩台帳、麻酔記録、手術伝票、製剤使用簿、処方箋、輸液箋、注射指示箋、レセプトの写し、入院サマリー等から、投与事実が確認できている。

問合せ先

厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課
TEL 03-3595-2395
FAX 03-3507-9064

課長補佐 山本 隆太 yamamoto-ryuuta@mhlw.go.jp
課長補佐 山本 匠 yamamoto-takumi02@mhlw.go.jp

C型肝炎救済特別措置法について

C型肝炎救済特別措置法とは

C型肝炎訴訟は、5つの地方裁判所で、製薬企業や国が責任を負うべき期間や製剤の種類等の判断が分かれたことから、感染被害者の製剤投与の時期を問わない早期・一律救済の要請にこたえるべく、議員立法により施行（平成20年1月16日）。

特定の血液製剤（特定フィブリノゲン製剤、特定血液凝固第 因子製剤）の投与を受けたことによって、C型肝炎ウイルスに感染された方又は相続人に対し、症状に応じて給付金を支給。給付金の支給後20年以内に症状が進行した場合（ ）、差額を追加給付金として支給。

【給付内容】

肝がん・肝硬変、死亡	4,000万円
慢性肝炎	2,000万円
無症候性キャリア	1,200万円

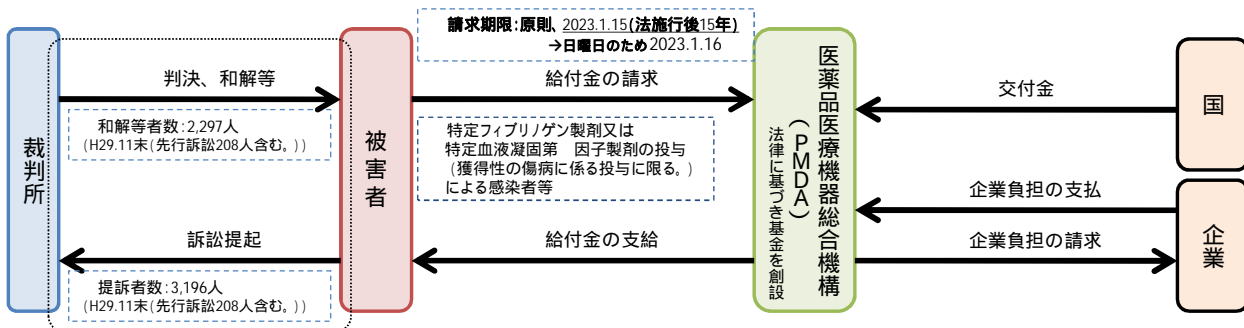
給付を受けようとする者は、国を相手方とする訴訟を提起し、給付対象者であることを裁判手続の中で確認。確認されたら証明資料（判決、和解等）と併せて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）に請求を行う。

請求又はその前提となる訴えの提起等は、2023年(H35年)1月15日(法施行後15年)まで（日曜日のため1月16日まで）（ ）に行わなければならない。

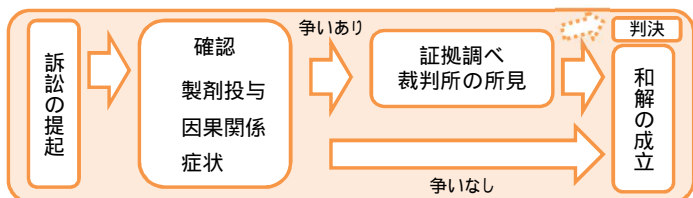
- 平成24年法改正（H24.9.14施行）： 給付金の請求期限の延長（法施行後5年 10年）
追加給付金の支給対象者の見直し
（給付金の支給後10年以内に症状が進行 20年以内）
- 平成29年法改正（H29.12.15施行）： 給付金の請求期限の延長（法施行後10年 15年）

C型肝炎救済特別措置法について

= 仕組み =



対象製剤



製薬企業	製剤名	流通期間
田辺三菱製薬	特定フィブリノゲン製剤 (フィブリノーゲン-BBank、 フィブリノーゲンミドリ、 フィブリノゲンミドリ、 フィブリノゲンHT-ミドリ)	非加熱製剤 S39～S62
		加熱製剤 S62～H6
日本製薬	特定第 因子製剤 (コーナイン、 クリスマシン、 クリスマシン-HT)	S47.4～S54.9 S51.12～S63.4 S60.12～H6.6
		特定第 因子製剤 (PPSB-ニチャク)