

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

### 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。

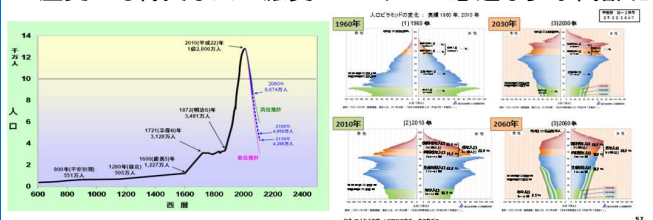
3

平成30年度診療報酬改定

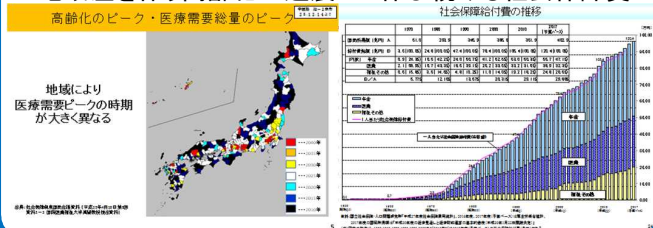
# 平成30年度診療報酬改定の背景

## 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

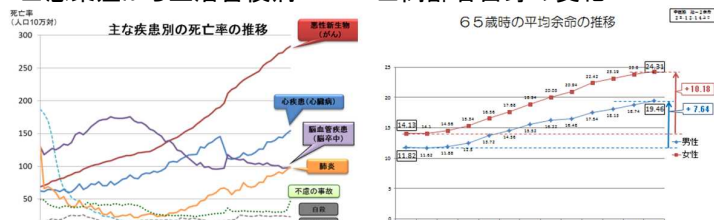


### ■ 地域差を伴う高齢化の進展 ■ 伸び続ける社会保障費

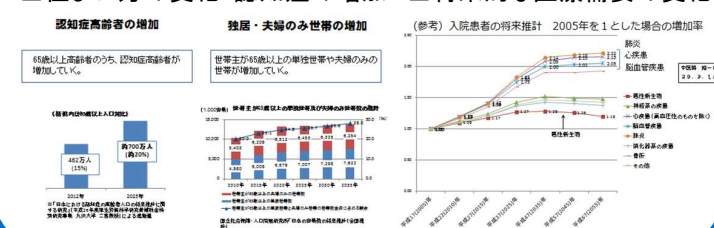


## ケアニーズの変化

### ■ 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）<sup>5</sup>

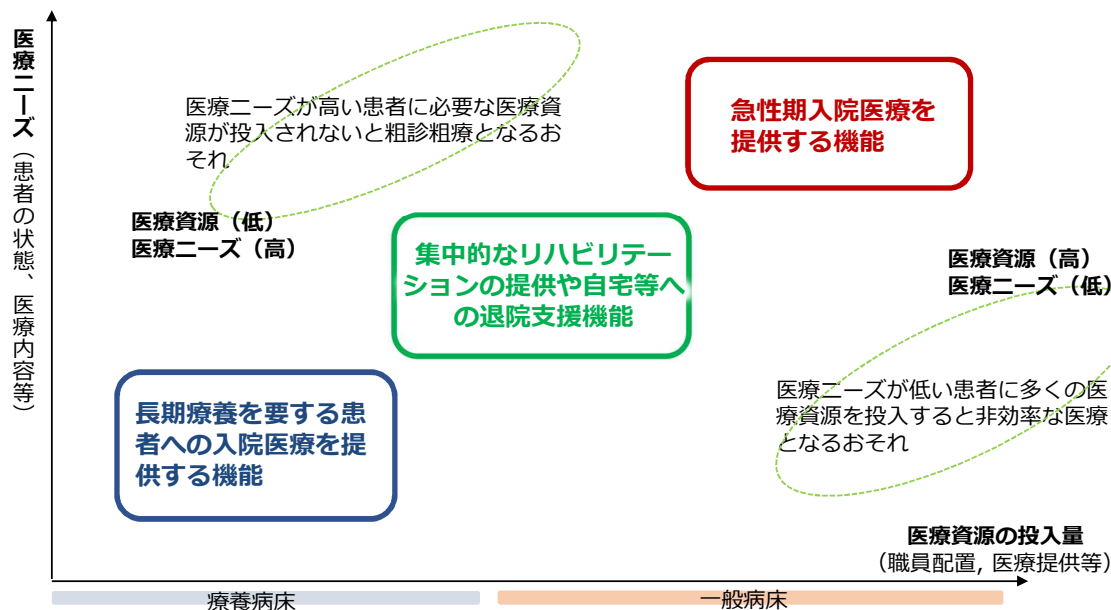
## 平成30年度診療報酬改定の概要－医科

### 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

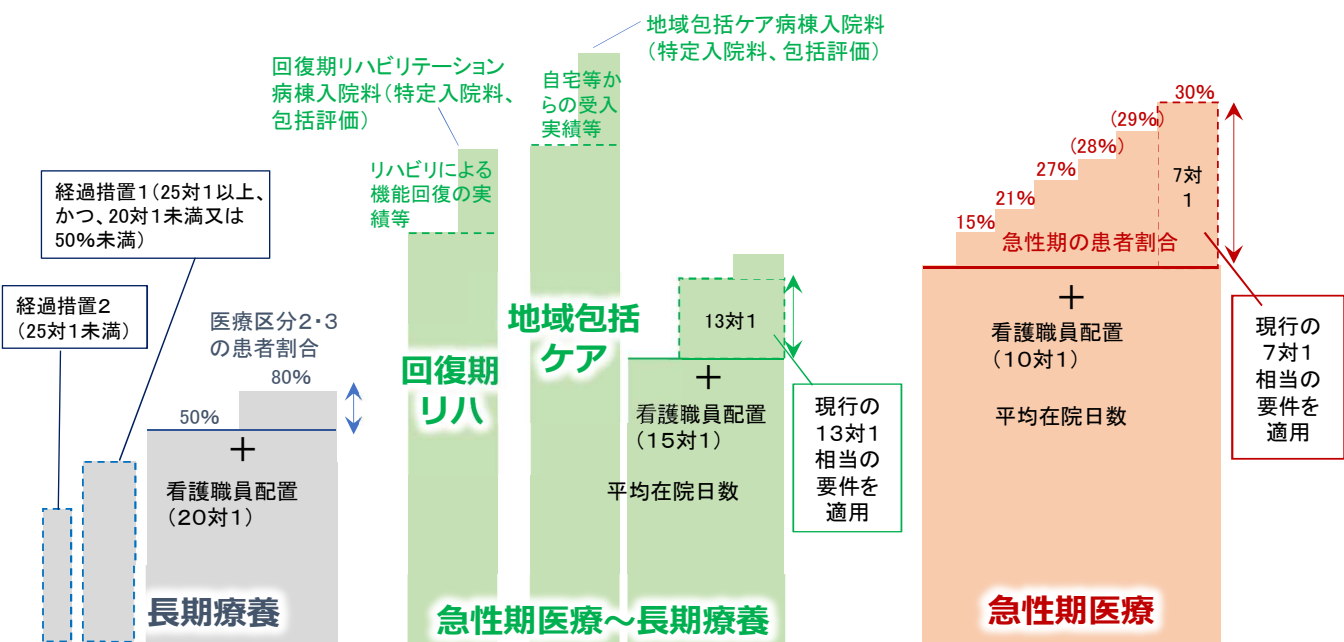
## 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 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](#)。

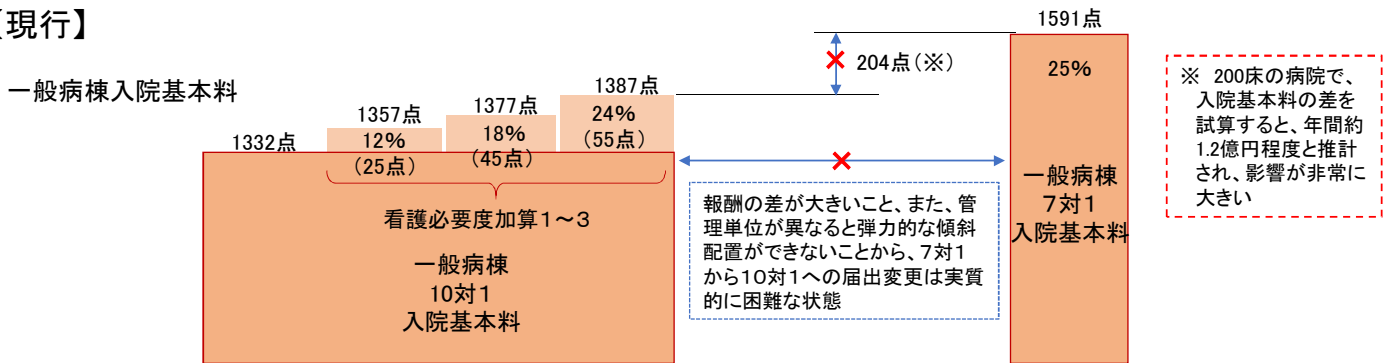
### ④ 療養病棟入院基本料

- ・ 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

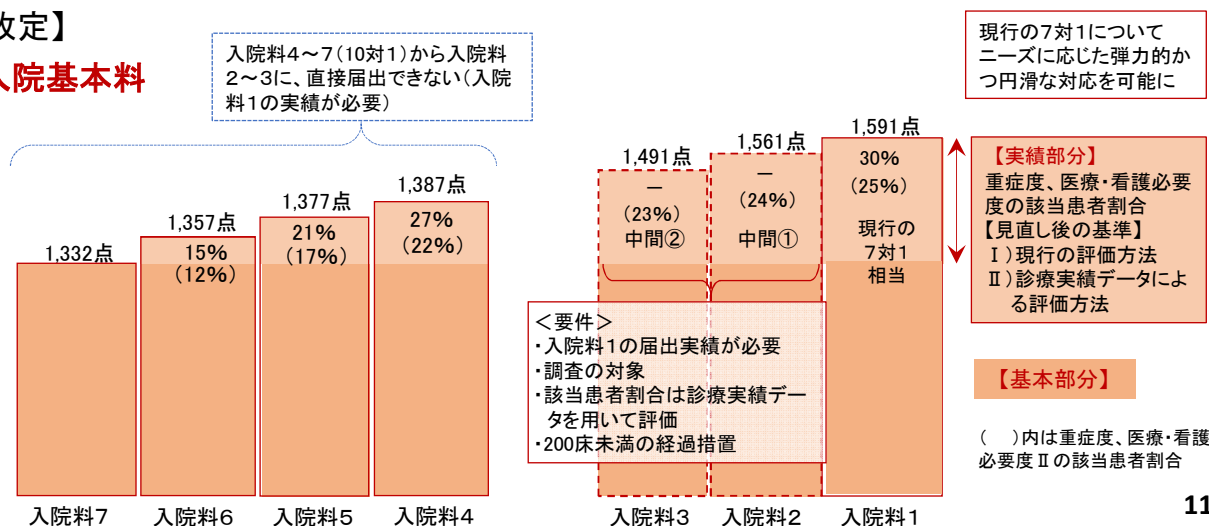
# 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

## 【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	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%

17

## 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)】

#### 在宅復帰率

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

[施設基準]8割

【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

#### 在宅復帰・病床機能連携率

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

[施設基準]8割

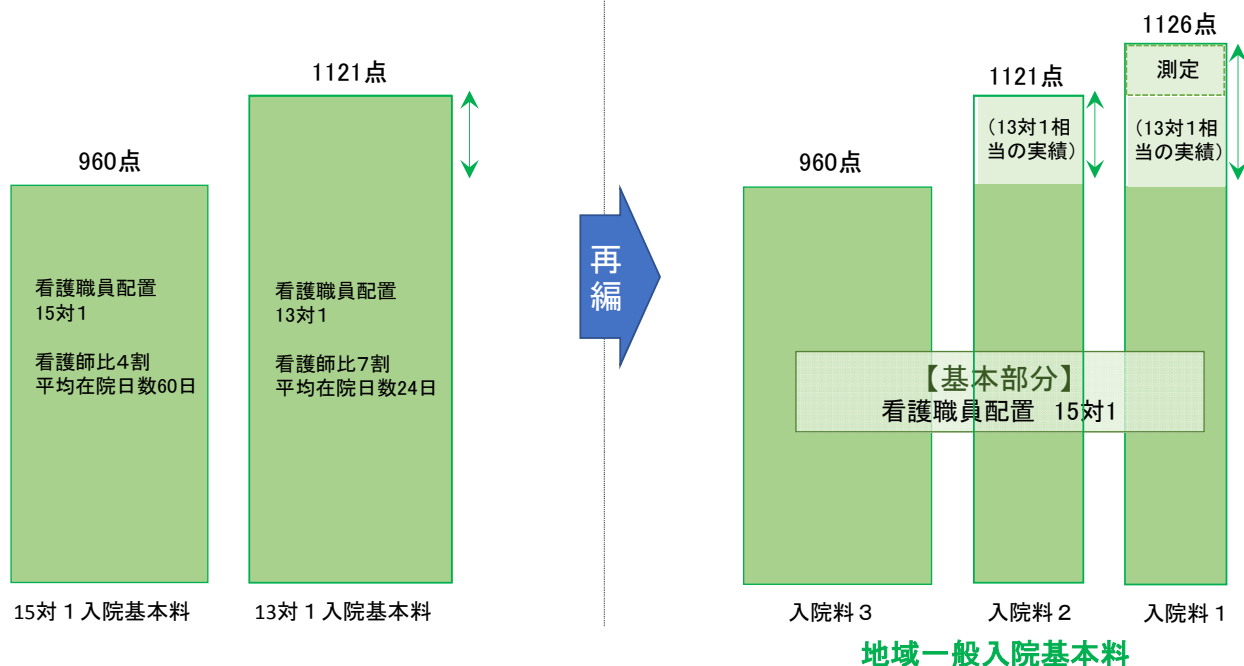
19

## (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

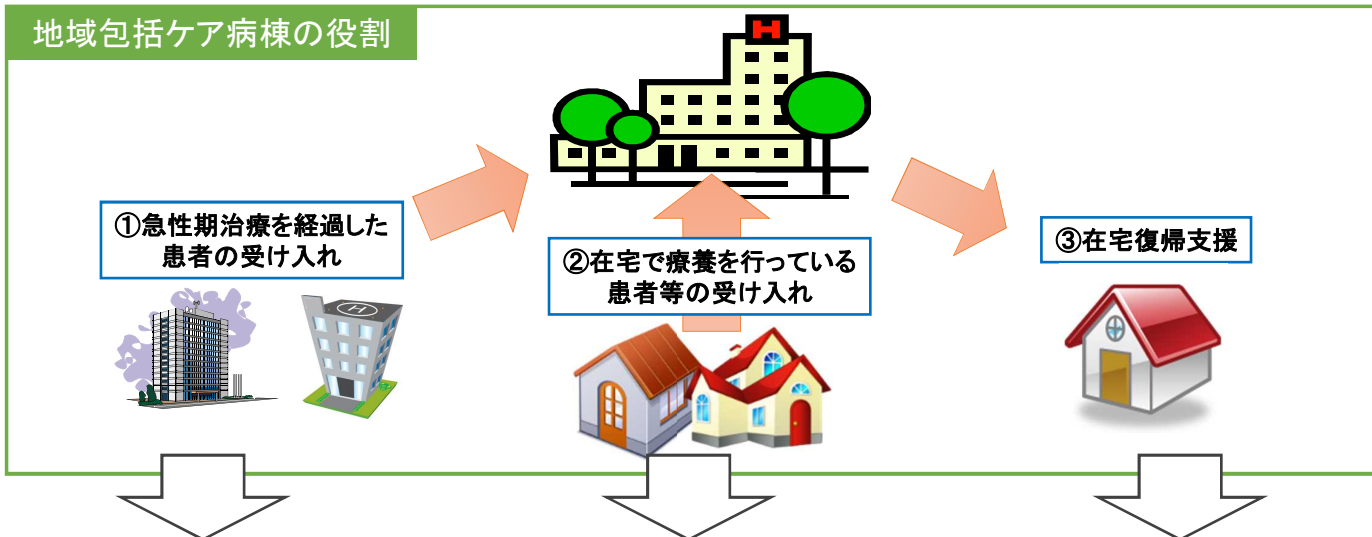
## 地域一般入院基本料1～3の内容

- 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

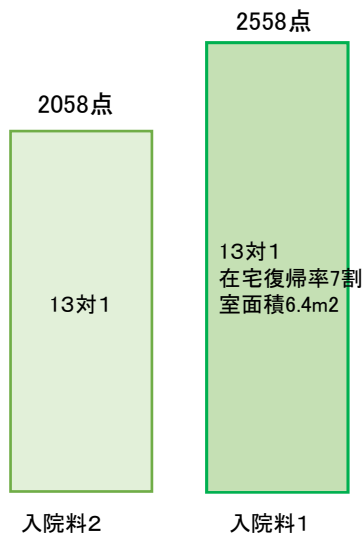
**「③在宅復帰支援」に係る要件**

- 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

## 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

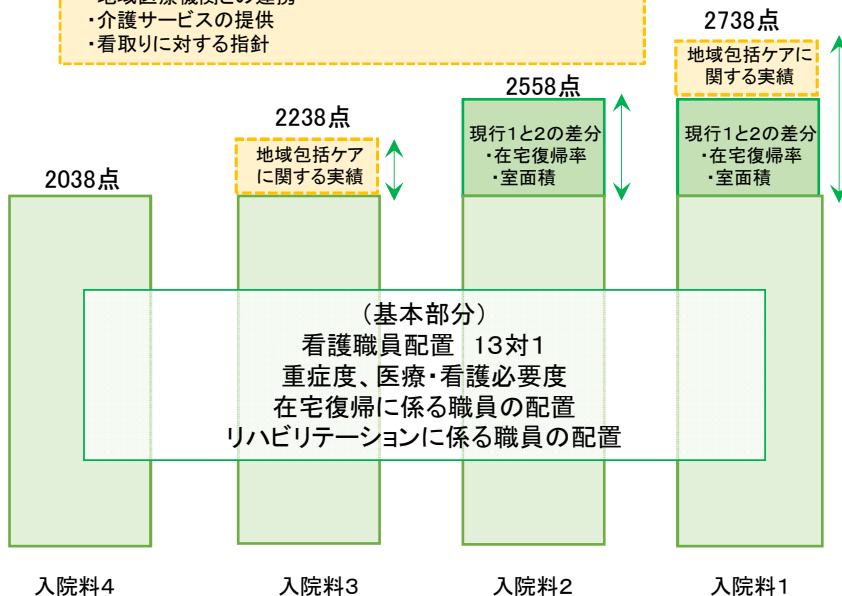
### 【現行】



### 【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



(基本部分)  
 看護職員配置 13対1  
 重症度、医療・看護必要度  
 在宅復帰に係る職員の配置  
 リハビリテーションに係る職員の配置

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			
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)	

実績部分

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

[施設基準]7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

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

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

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

[施設基準]7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

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

[施設基準]入院料1～4: 7割

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】

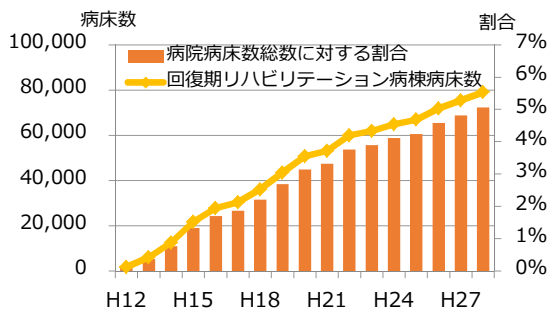
**(新設)** 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**看取りに関する指針を定めていること。**

27

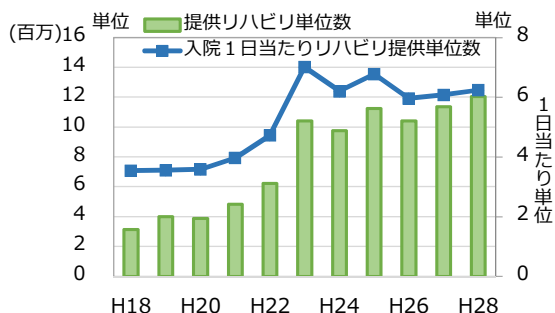
## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

### 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)

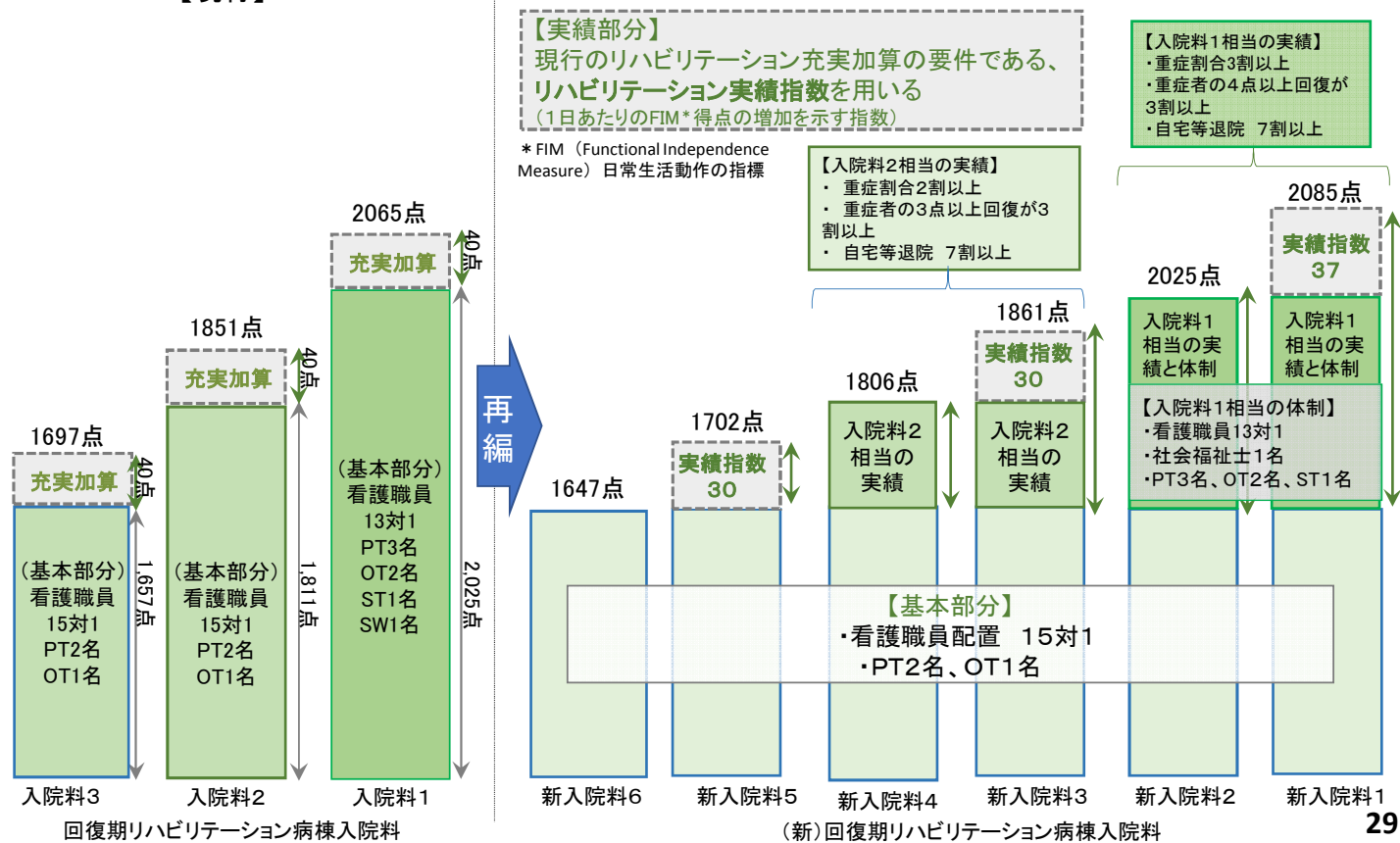
✓:入院料1・3における実績要件

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

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・療養病棟(加算十)</li> <li>・有床診療所(加算十)</li> <li>・介護老人保健施設(加算十)</li> <li>※死亡退院・再入院患者を除く</li> </ul>
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟から退棟した患者</li> <li>※死亡退院・再入院患者を除く</li> </ul>

[施設基準]7割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

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

[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"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>※死亡退院・再入院患者を除く</li> </ul>
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者</li> <li>※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</li> </ul>

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

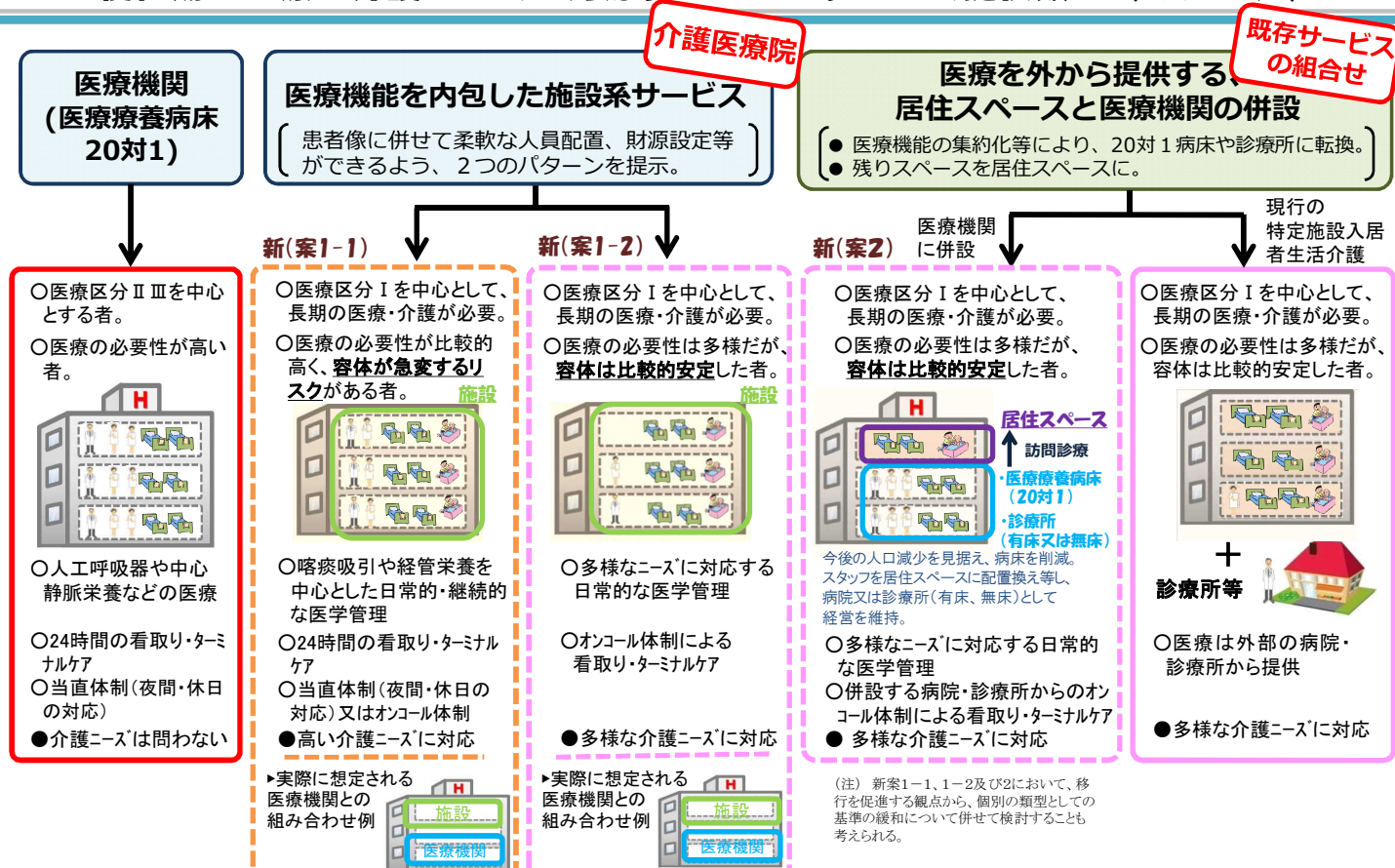
在宅復帰率

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

[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）



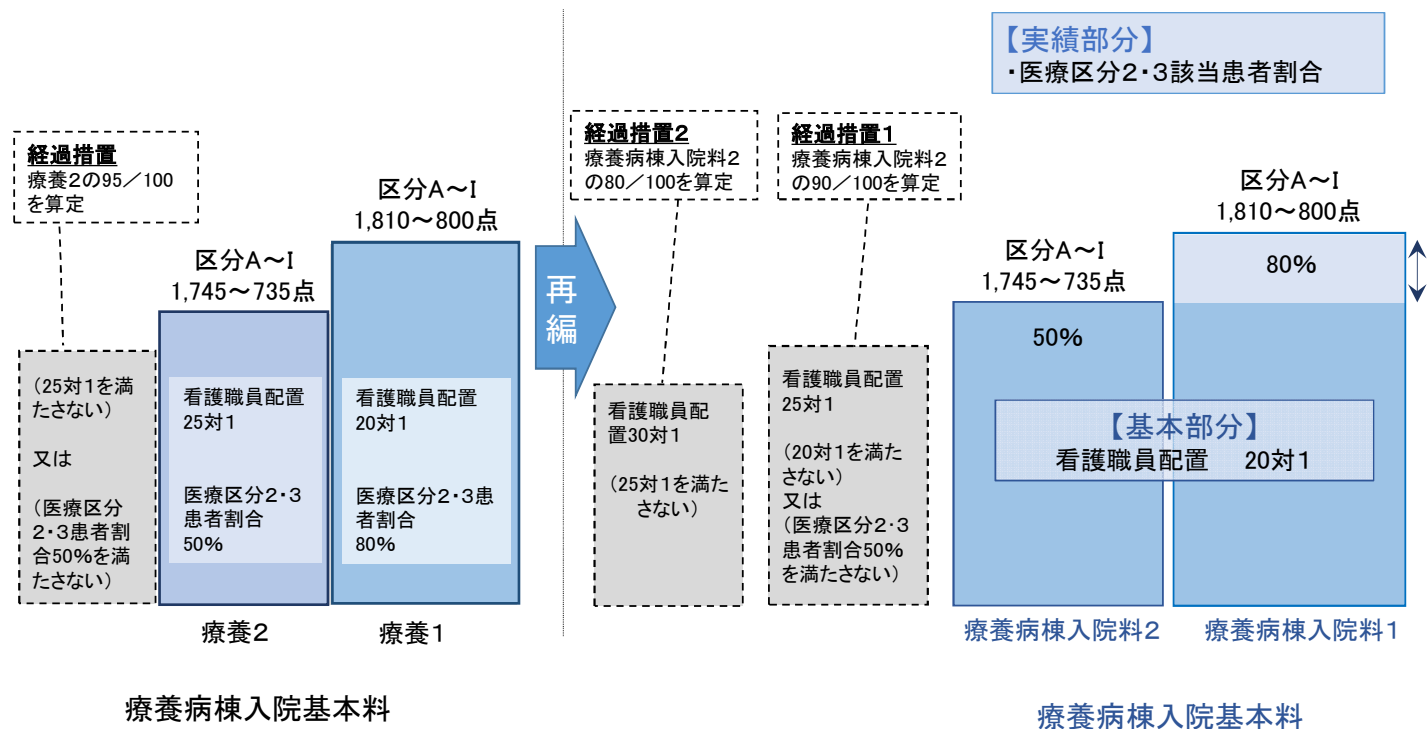
※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。



## 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。

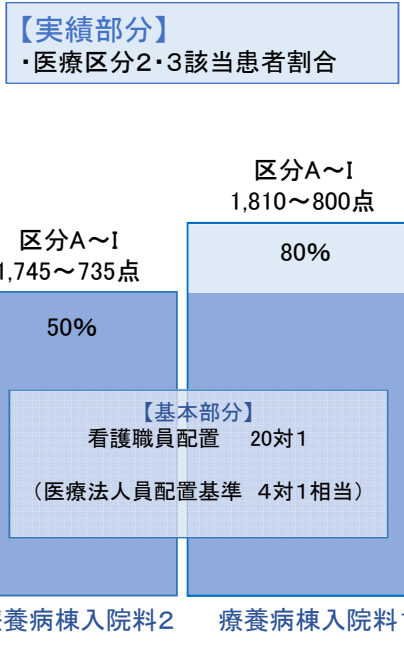
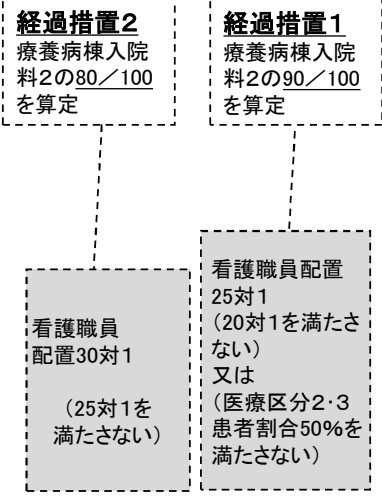
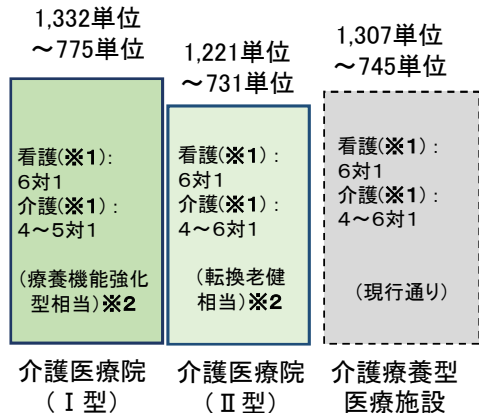
## ＜参考＞療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

### 【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。



## 療養病床における評価の見直し

### 医療区分の判定方法の見直し

➤ 療養病床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。 <b>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。</b>

### 療養病床における在宅復帰機能強化加算の見直し

➤ 療養病床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 <b>許可病床</b> 200床以上の病院の場合	<b>150点</b>
ロ <b>許可病床</b> 200床未満の病院の場合	<b>200点</b>
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ <b>許可病床</b> 200床以上の病院の場合	<b>160点</b>
ロ <b>許可病床</b> 200床未満の病院の場合	<b>210点</b>

[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。

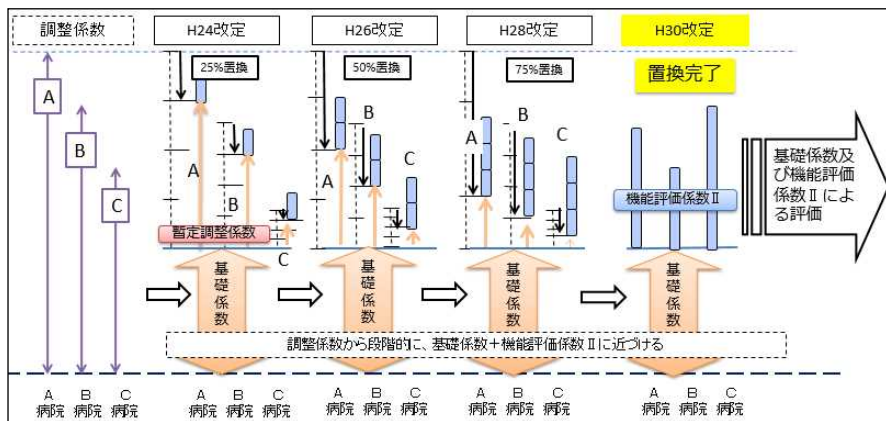
1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続  
 ※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
2. **機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
3. **機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
4. **激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療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



## 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 <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (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 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>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
	1点	↗ 2点	↗ 3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

##### ③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2
1点	↗ 2点	↗ 3点	↗ 4点	3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

##### ④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	↗ 2点	↗ 3点	↗ 4点	↗ 3点	※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる

49

## 医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

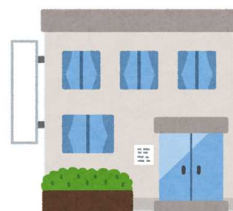
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 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。



## 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

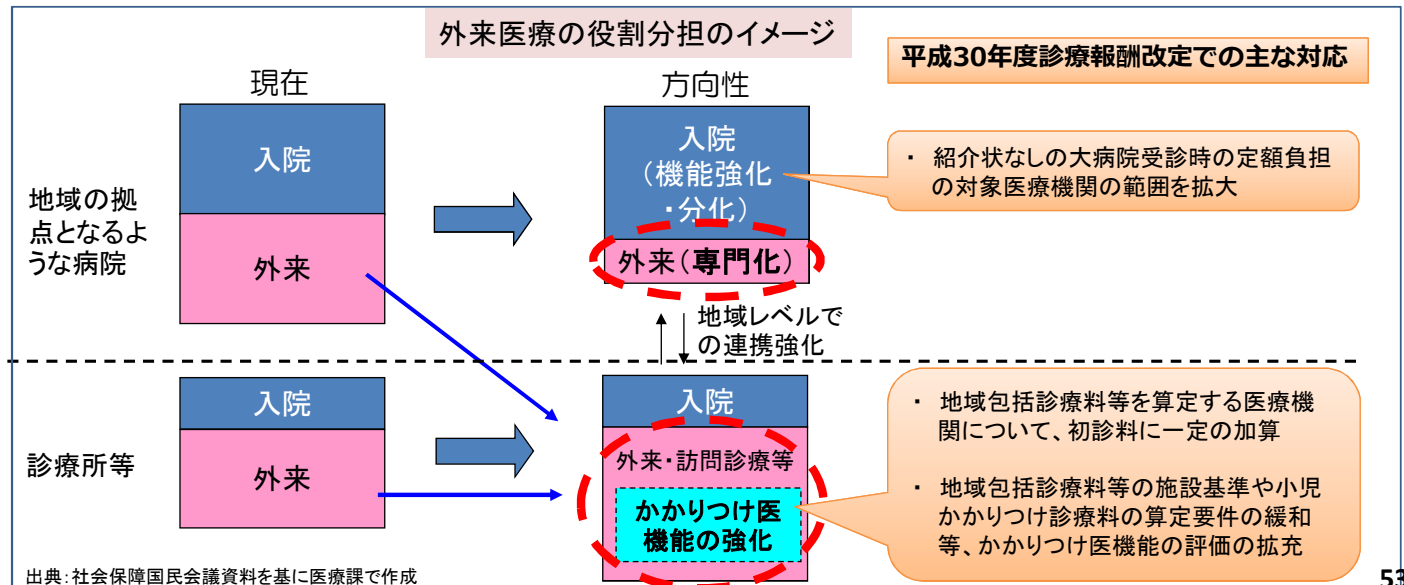
### I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

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

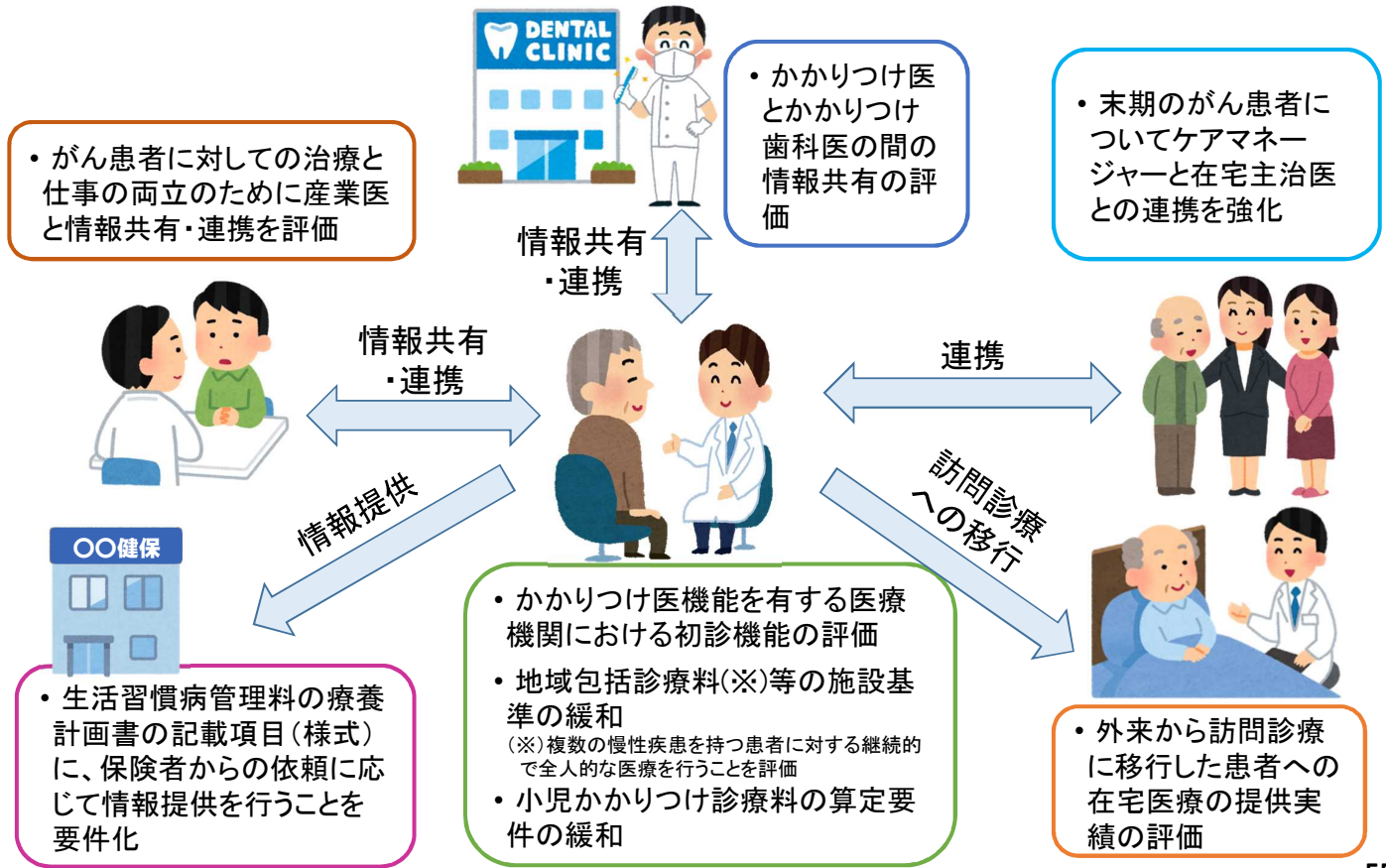
地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 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**



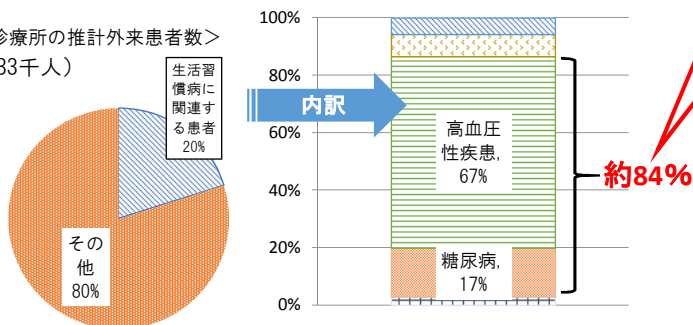
[算定要件]

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
<b>【地域包括診療料等】</b> 地域包括診療料 1,503点 認知症地域包括診療料 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。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) <b>常勤医師2名以上</b> の配置 (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (ロ) 在宅療養支援病院の届出	<b>【地域包括診療料等】</b> (新) <b>地域包括診療料1</b> 1,560点 地域包括診療料2 1,503点 (新) <b>認知症地域包括診療料1</b> 1,580点 認知症地域包括診療料2 1,515点  [施設基準(抜粋)] (1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) <b>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</b> (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 (2) <b>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。</b>

### 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
<b>【地域包括診療加算等】</b> 地域包括診療加算 20点 認知症地域包括診療加算 30点  [施設基準(抜粋)] (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。  (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <b>常勤の医師を2名以上</b> 配置 ウ 在宅療養支援診療所	<b>【地域包括診療加算等】</b> (新) <b>地域包括診療加算1</b> 25点 地域包括診療加算2 18点 (新) <b>認知症地域包括診療加算1</b> 35点 認知症地域包括診療加算2 28点  [施設基準(抜粋)] (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <b>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。)</b>  (2) 以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <b>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</b> ウ 在宅療養支援診療所  (3) <b>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。</b>

➤ 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

