

平成30年度診療報酬改定の概要ー医科

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

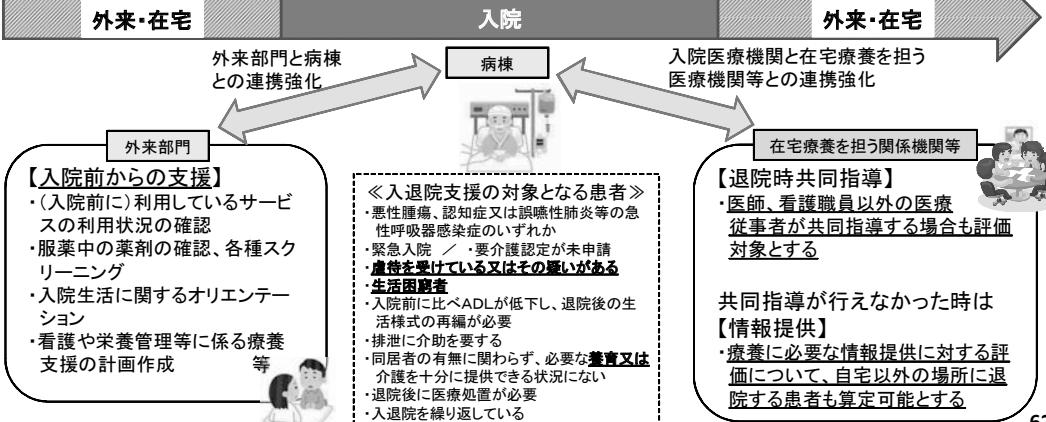
入退院支援の評価(イメージ)

▶ 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
- ・地域連携診療計画算定の対象の拡大
- ・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



61

62

入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院前からの支援を行った場合の評価の新設

▶ 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

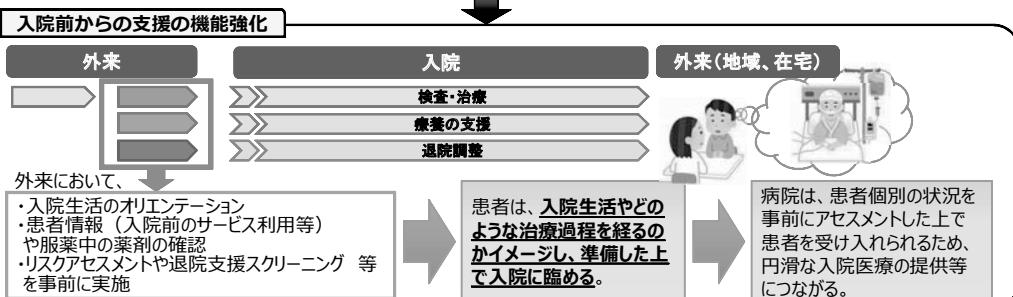
[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共にすること。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) 薬品中の薬剤の確認／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



63

64

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、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な看護又は介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（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

（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

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に、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につき月1回に限り算定する。

* 在宅患者緊急時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

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

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

注3 薬剤師

・歯科医師 又は 歯科衛生士

・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）

・介護支援専門員

改定後（共同指導の評価対象職種）

【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価
医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士

【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価

注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士

注2 医師

※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る

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

注3 薬剤師

・歯科医師 又は 歯科衛生士

・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）

・介護支援専門員

・言語聴覚士、社会福祉士

- ▶ 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。

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

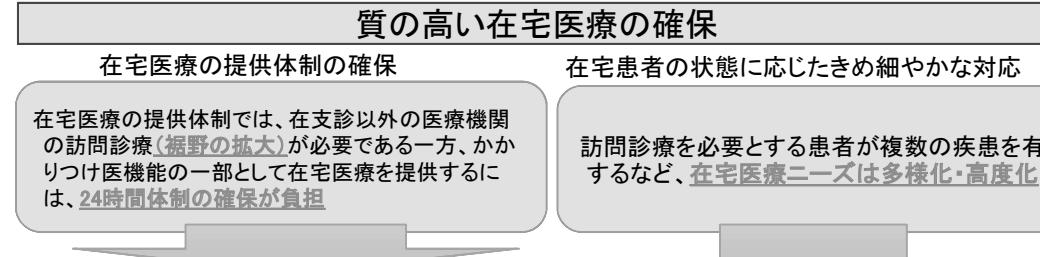
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

**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。

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。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患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。

末期の患者への緊急対応の評価

標準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

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。

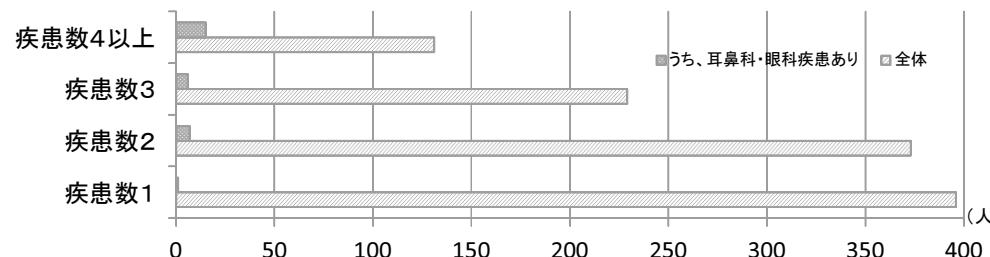
在宅患者訪問診療料 I

- (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。

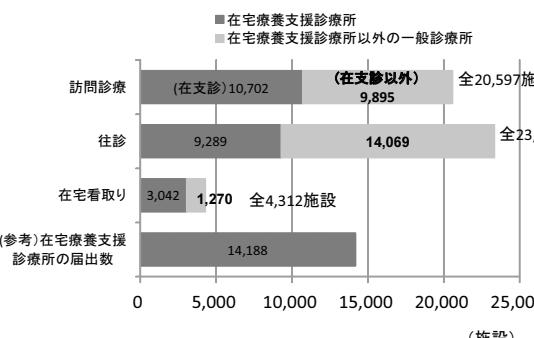
訪問診療を行っている患者の疾患数**再掲 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価**

► 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。

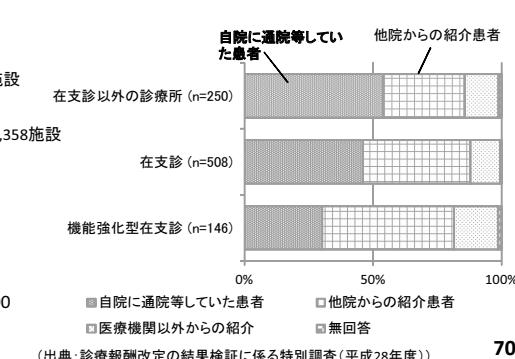
**在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
(新) 繼続診療加算 216点(1月に1回)**

[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]

出典: 平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

[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~
強化型 機能	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~
強化型 機能	病床あり	4,500点	2,400点	1,200点
	病床なし	4,100点	2,200点	1,100点
在支診・在支病		3,700点	2,000点	1,000点
その他の医療機関		2,750点	1,475点	750点

<施設総管 月2回以上訪問診療を行っている場合>

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

多様な在宅医療のニーズへの対応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な旨を明確化する。

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・深夜の時間帯を標準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。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。	



改定後

【往診料 緊急往診加算】	
【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準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

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~
強化型 機能	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~
強化型 機能	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,300点	1,280点	680点
その他の医療機関		1,760点	995点	560点

74

訪問指導料における居住場所に応じた評価①

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	
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料を行う場合を「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	
320点	

290点

[単一建物診療患者の人数]

(1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

(2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

・同居する同一世帯に、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以上いる場合

・在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合

・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合

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 単一建物診療患者が1人の場合 530点
2 単一建物診療患者が2~9人の場合 480点
3 1及び2以外の場合 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、居宅療養管理指導料を算定する人数を、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

複数の実施主体による 訪問看護の連携強化⑦

小児への対応⑪

精神障害を有する者への支援 ⑩

訪問看護指示に係る医師 との連携⑫

理学療法士等の訪問看護の適正化⑮

複数名による訪問看護の見直し⑨

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⑫



学校への情報提供の評価③

自治体への情報提供の見直し③

入院・入所時の連携の強化 ②

退院時の医療機関等との連携の推進 ②

介護職員等との連携の推進 ④

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 5,400円

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

改定後

退院時共同指導加算 8,000円

【算定要件】
 (削除)
 ※ 退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算(訪問看護管理療養費)及び在宅患者緊急時等カレンフェンス加算(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

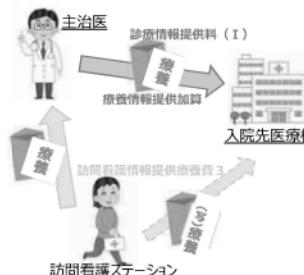
- ▶ 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

(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際、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 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なうにあたって、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】

- 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】

【算定要件】

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

【算定対象】

- 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、喀痰吸引等を行なう介護職員等に対し、支援した場合に算定。

①患者の状況やその変化に応じて、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。

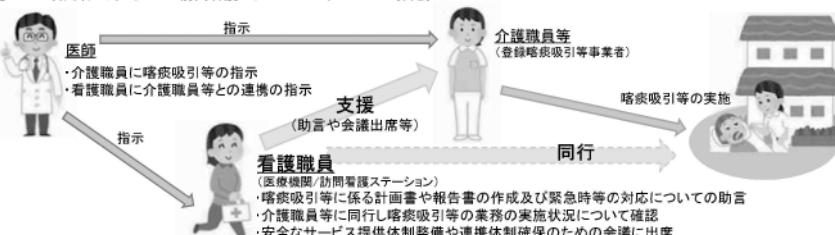
(イ)喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(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。

④24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤1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。



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なうことができる。

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

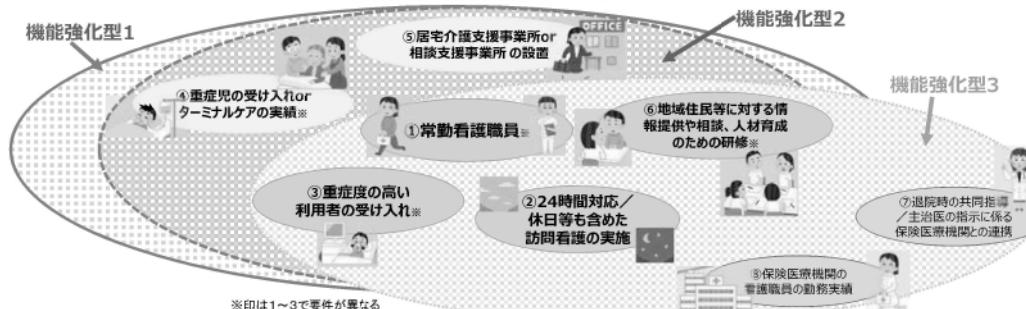
カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実績

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とする利用者が1割以上

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



※印は1~3で要件が異なる

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、祝日等も含めた訪問看護の実績			
③ 重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複数の医療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(いざれかを満たすこと) 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・重症児の利用者数	①20件／年 ②15件／年、4人 ③6人	①15件年 ②10件／年、3人 ③5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)			
⑥ 情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施(望ましい)	医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上／年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績	
⑦		⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上	
⑧		医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績	

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・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なう場合は、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を明確化し、評価の充実を行う。また、電話等の連絡のみを行う24時間連絡体制加算を廃止し、24時間対応体制の整備を推進する。

現行	改定後
24時間連絡体制加算 2,500円	(廃止)
24時間対応体制加算 5,400円	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て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

85



質の高い訪問看護の確保⑨

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	改定後
精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1,600円	(廃止)
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 160点	(廃止)
※ 障害福祉サービスを行う施設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	改定後
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円	精神科重症患者支援管理連携加算
【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	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	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⑩

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、利用者の身体的的理由を追加する。

現行		改定後	
訪問者	算定回数	算定対象	算定日数
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	①②③④ 4,500円
ロ 看護職員 + 准看護師	週1回	①②③④ 3,800円	①②③④ 3,800円
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3回	④⑤ 3,000円	④⑤ 3,000円
	-	①②③	①②③

[算定対象]

- 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- 特別訪問看護指示書に係る定期訪問看護を受けている者
- 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
- 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

- 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
- 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- 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
- 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
- 利用者の身体的理屈により1人の看護師による訪問看護が困難と認められる者
- 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

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

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。

現行		改定後	
訪問者	算定回数	算定日数	算定対象
イ 看護職員 + 保健師、看護師、作業療法士	-	4,300円	1日に1回の場合 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円
ロ 看護職員 + 准看護師	-	3,800円	1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円
ハ 看護職員 + 看護補助者	週1回	3,000円	週1回 3,000円

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

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]

- 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
- 以下のいずれかが受けている状態にある者
在宅自己腹膜瘻瘍指導管理 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 在宅持続灌注呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理 在宅高血圧症・心筋梗塞指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を越える病変の状態にある者
- 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

- 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	

88

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



- ▶ 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つ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。

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

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十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- ・沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- ・過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

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に規定する離島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当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

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

(余白)

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ともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

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

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

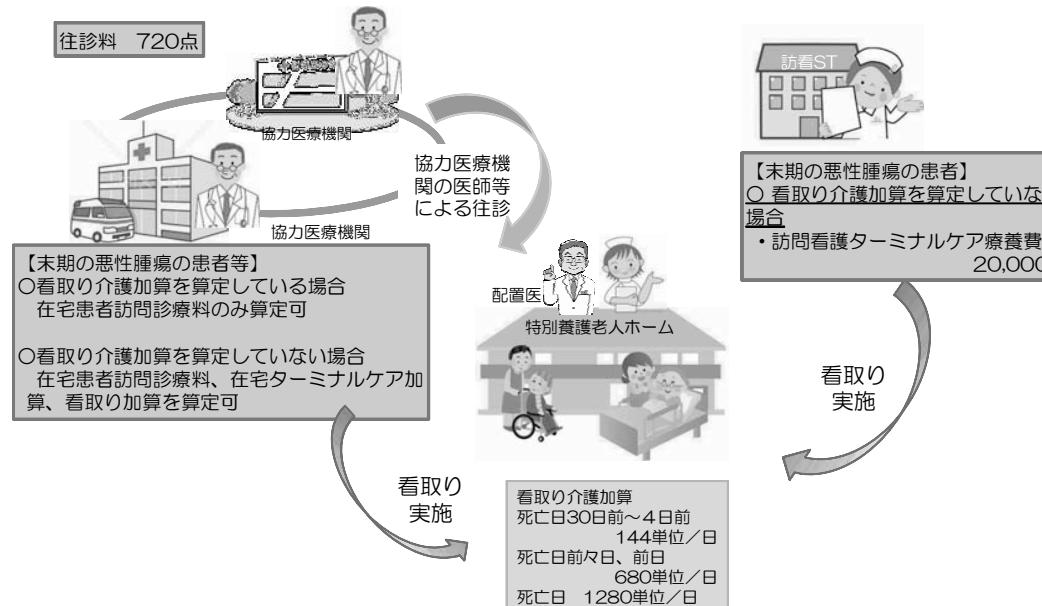
- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

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

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)



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



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

介護報酬改定における対応

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

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

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

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

特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による緊急時の24時間対応の体制がない施設

【未期の悪性腫瘍の患者等】

- 看取り介護加算(I)を算定している場合でも、在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

往診料 720点



看取り 実施



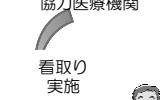
看取り 実施

【未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 25,000円

往診料 720点



看取り 実施



看取り 実施

配置医師や協力医療機関による緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【未期の悪性腫瘍の患者等】

○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 25,000円

○看取り介護加算を算定している場合

・訪問看護ターミナルケア療養費 10,000円

往診料 720点



看取り 実施



看取り 実施



看取り 実施



看取り 実施



看取り 実施



看取り 実施

看取り 実施</h

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

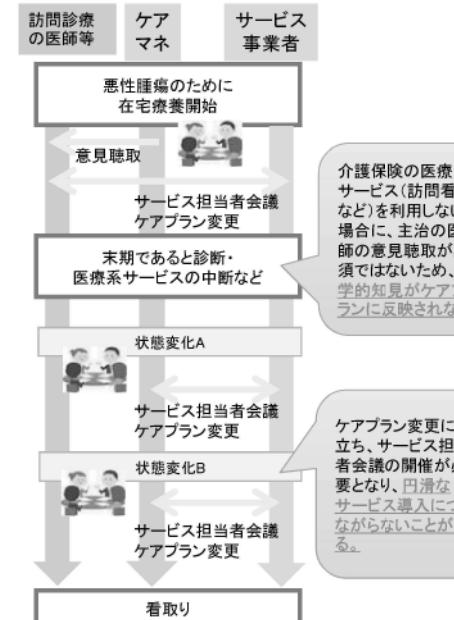
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○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

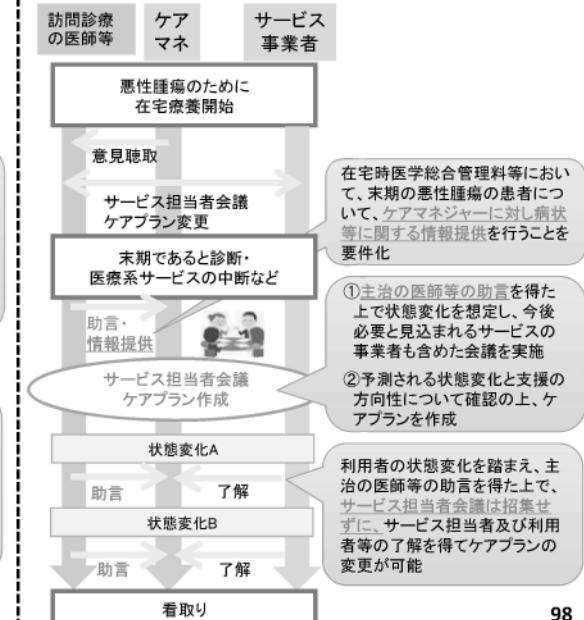
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

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。)



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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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)

- 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

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



有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

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

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

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

改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

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

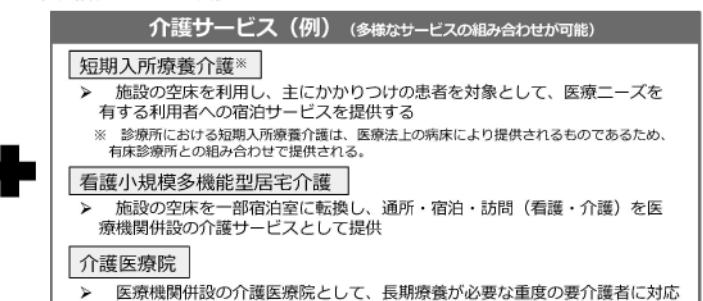
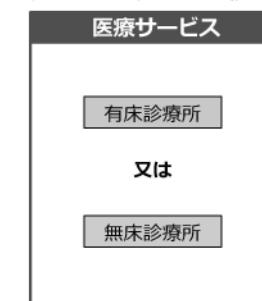
- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

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

[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) 量子化連携加算 5点

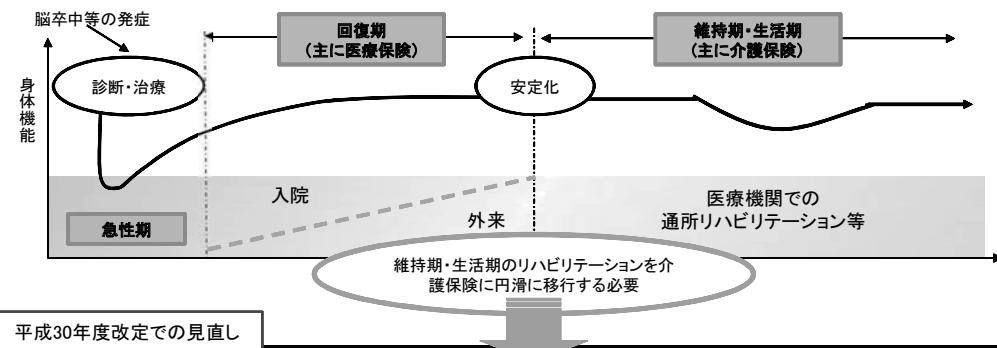
[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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

102

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
重度の頭頸損傷
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
重度の頭頸損傷
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
動脈切断の状態にある末梢神経損傷(受傷後1年内のもの)
外傷性の肩関節脱臼損傷(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入院料を算定した日から計算して3月以内の患者(在院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

300点

改定後

【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

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）

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）

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。

小児慢性特定疾患有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」と「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。

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

➤ 青少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

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]

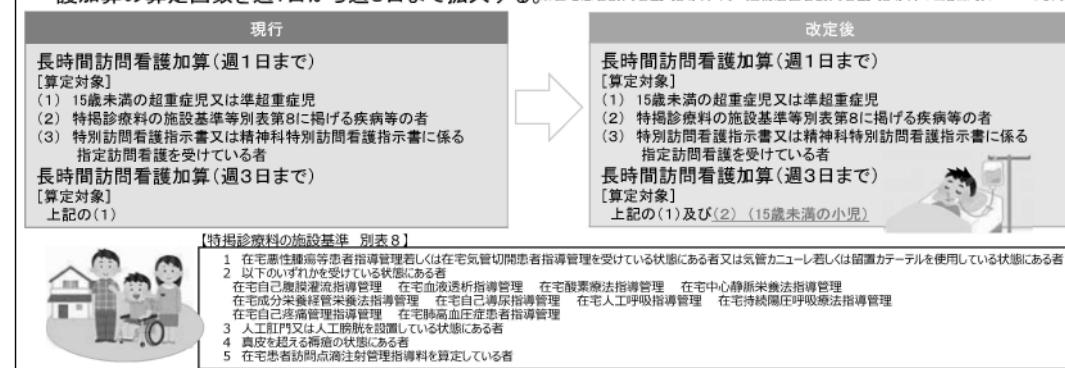
18歳未満の心理的発達の障害等の患者

青少年期の患者に対し、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）

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



乳幼児への訪問看護の評価(再掲)

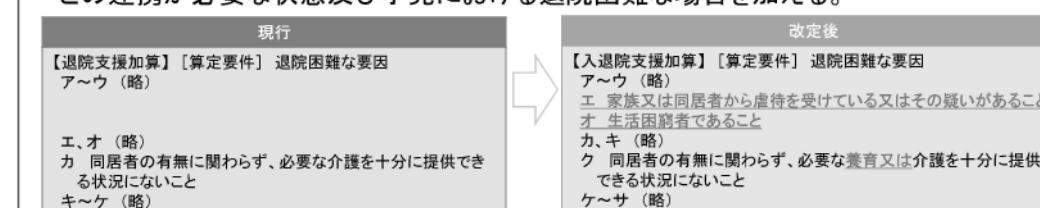
乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価を充実する。



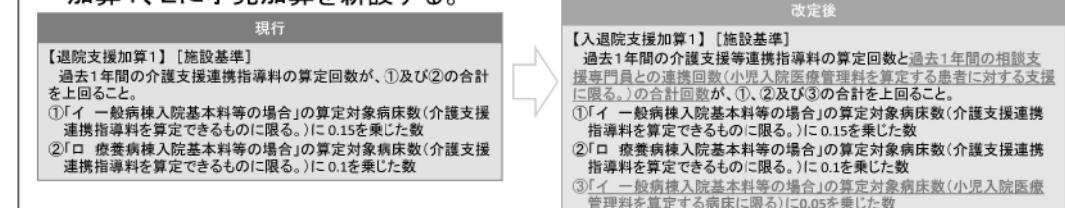
小児医療の充実⑤

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。



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。



(新) 小児加算 200点(退院時1回)

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

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

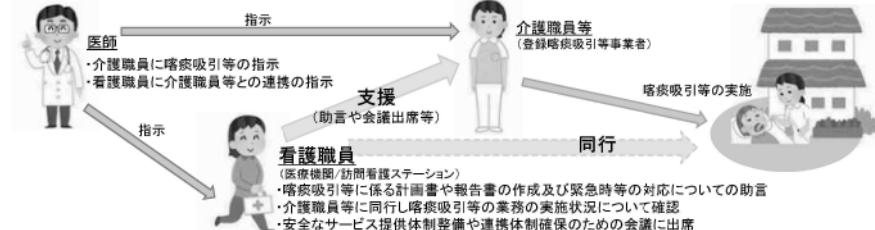
③登録特定行為事業者が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。

④24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤1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。

※喀痰又は粘液による経口栄養又は経鼻栄養栄養



周産期医療の充実①

入院

○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

○ハイリスク妊娠婦共同管理料
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

○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

新たな取組

○精神疾患を合併した妊産婦 (ハイリスク妊産婦) に対して、産科・精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設

○乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合の評価を新設



周産期医療の充実②

外来における妊婦加算の新設

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

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

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

- ▶ 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点(月1回)	(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点(月1回)
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者*	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者*
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催	
出産後の育児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
※ 精神疗法を実施されている患者に限る。	

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
口 2回目から4回目まで	150点

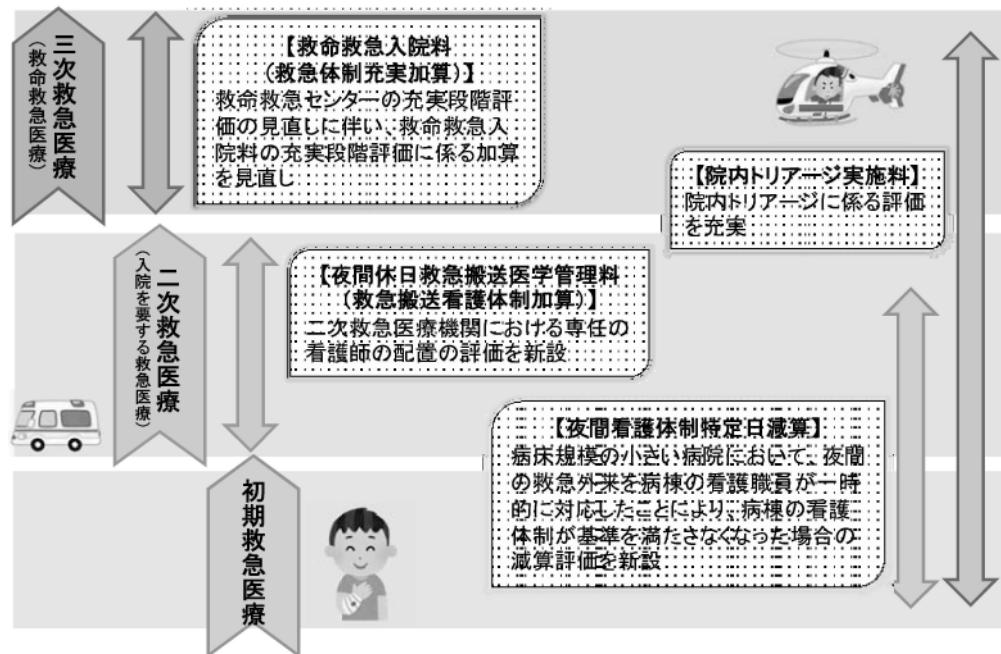
[算定要件]

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

[施設基準]

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

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)	改定後(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)	イ 救急体制充実加算1 1,500点(1日につき)
充実段階評価B 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け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。

現行	改定後
【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料 100点	【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

[算定期間]

年6日までかつ当該算定期間が属する月が連続2月まで算定期間である。

[施設基準]

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が2未満となった日。

算定期間

(許可病床数: 99床)

3階病棟 (一般病棟) 入院患者数: 32人

外へ

看護補助者 看護職員 看護師

2階病棟 (一般病棟) 入院患者数: 32人

外へ

看護補助者 看護職員

1階病棟 (療養病棟) 入院患者数: 35人

外へ

看護補助者 看護職員

夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現行 病棟の看護職員が1名となり、施設基準を満たさないため、入院料の変更届出が必要となる場合がある。

改定後 病棟に看護職員1名と看護補助者1名が残っているため、当該日のみ夜間看護体制特定日減算を算定する。

117

緩和ケア病棟入院料の見直し

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

現行

【緩和ケア病棟入院料】

30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点

改定後

【緩和ケア病棟入院料】

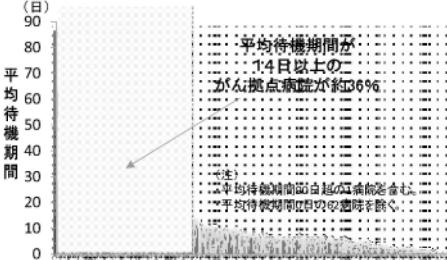
(新) 緩和ケア病棟入院料1

30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点

(新) 緩和ケア病棟入院料2

30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



【入院料1の施設基準】

入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (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

119

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）

118

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)

〔算定期間〕

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

〔施設基準〕

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

医療用麻薬等に係る見直し

医療用麻薬の投薬期間の緩和

▶ がんの疼痛療法で通常用いられる内服の医療用麻薬について、投薬期間の上限を緩和する。

現行

【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、ゾルビデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ブレゼパム、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、ゾルビデム酒石酸塩、タペントドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルファン、ブレゼパム、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】



入院基本料から10%減額



入院基本料から5%減額

【改定後】

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

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

122

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



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。

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・治療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)

1,000点

124

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。

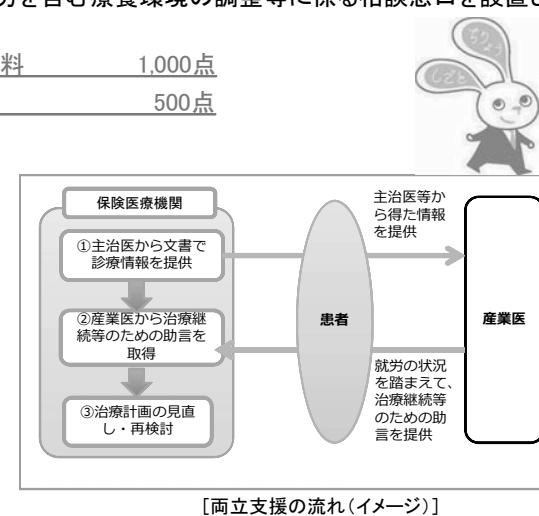
(新)	<u>療養・就労両立支援指導料</u>	1,000点
	<u>相談体制充実加算</u>	500点

【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。

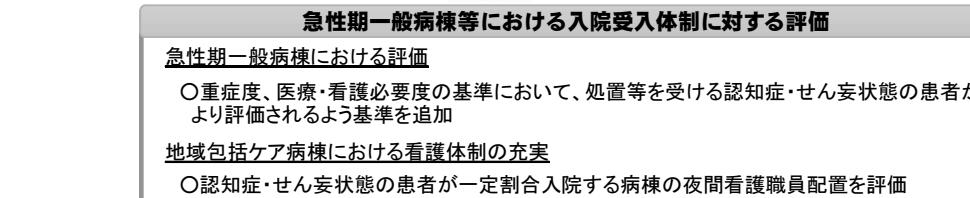
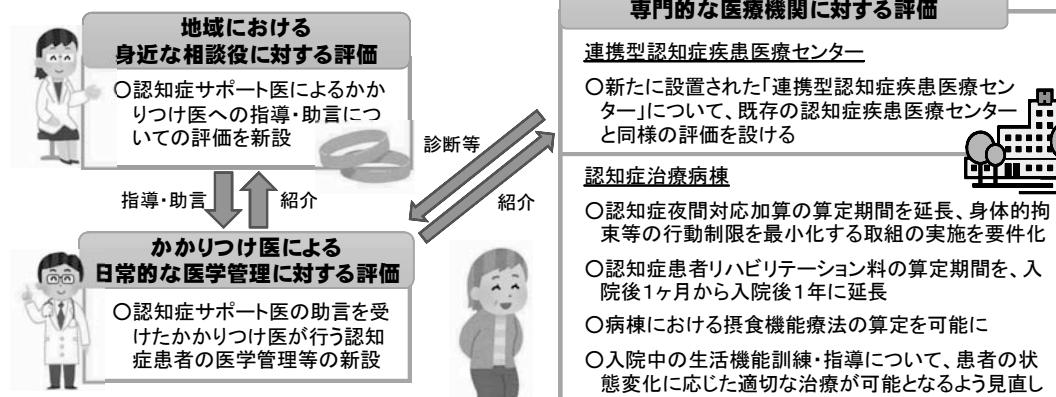
- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

- 【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。



125

認知症の者に対する適切な医療の評価



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）

126

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)	<u>認知症サポート指導料</u>	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

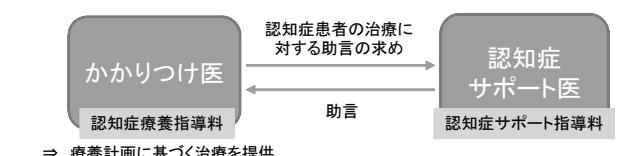
- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新)	<u>認知症療養指導料2</u>	300点(月1回)(6月に限る)
-----	------------------	------------------

(新)	<u>認知症療養指導料3</u>	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。

127

128

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

入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算



改定後

当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につけ所定点数に加算する。
イ 30日以内の期間 84点
ロ 31日以上の期間 40点

- ▶ 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1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

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。



改定後

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。

129

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

- 向精神薬処方の適正化
- 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

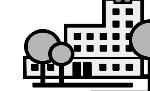
- 精神科措置入院退院支援加算の新設

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



長期入院患者の地域移行の推進



- 精神療養病棟入院料等におけるクロザビ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

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

○精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

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）

130

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け入れや、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精神科救急医療圈と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 標準の病棟において当該入院料の届出を行なう場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

【経過措置】 平成30年3月31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成31年3月31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。132

131

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	改定後
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。	入院精神療法(I) 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。
	400点

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	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つた場合	3,000点
2 1以外の場合	150点
注 麻酔科標榜医が麻酔を行つた場合は、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。

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。
 - 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、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%。

133

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)

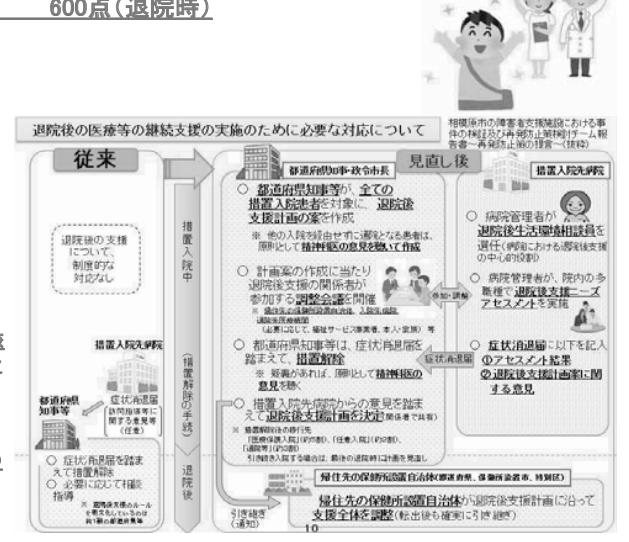
[算定要件]

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。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

(1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、**措置入院者の退院後の生活環境に關し、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 660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、看護職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]

- 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。
- 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。

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②

精神疾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
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

[対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。
 ア 精神科を標準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
 ワ 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で、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
ロ 重症患者等	2,500点
ハ 重症患者等以外	2,030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
ロ 重症患者等	2,056点

[対象患者]

精神科を標準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で、退院時又は算定期におけるGAF尺度が40以下の者

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。
 (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回以上一室に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準(抜粋)]

以下を満たしていること。
 ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
 イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

[算定要件]
 (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
 ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
 イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
 ワ 上記チームが月1回以上一室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)のアに加え、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回以上一室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。

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

【認知療法・認知行動療法】

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
 2 1以外の医師による場合 420点
 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合 350点

【認知療法・認知行動療法3の施設基準】

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
 (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
 (中略)
 ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 (イ)~(ロ)(略)
 (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象したものであること。
 (二) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

改定後

【認知療法・認知行動療法】

- (削除)
 1 医師による場合 480点
 2 医師と看護師が共同して行う場合 350点

【認知療法・認知行動療法2の施設基準】

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
 (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、主任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
 (中略)
 ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 (イ)~(ロ)(略)
 (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

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

平成30年3月末

平成30年4月

平成31年4月

診療報酬上の心理職の範囲を
「公認心理師」に統一

平成30年度中 最初の国家試験の実施

公認心理師とみなす

臨床心理
技術者臨床心理
技術者公認心理師の
有資格者平成31年3月末まで従事
する臨床心理技術者公認心理師の受験資格有
する者新たに従事する
臨床心理技術者
4月以降

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

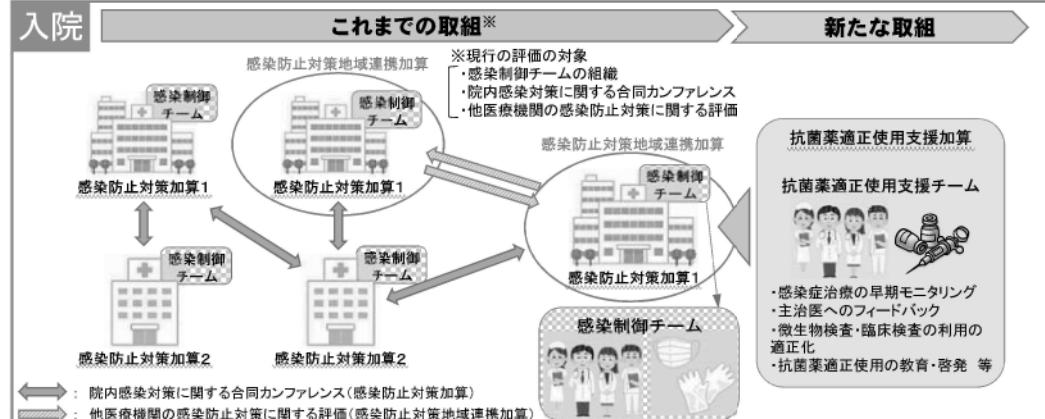
- 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
- 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
- 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進**
- 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科II」参照）

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

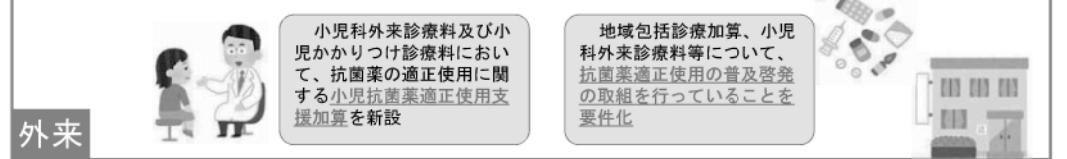
- 1) 遠隔診療の評価
- 2~8) (略)（「医科II」参照）

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院



新たな取組



142

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 抗菌薬適正使用的教育・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



143

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関係閣僚会議)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。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

▶ 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。

144

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)

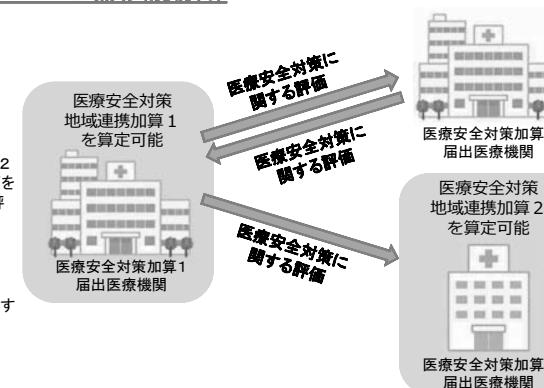
[施設基準]

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

145

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

平成30年度診療報酬改定の概要ー医科

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)

146

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]

- (1) 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、継続する3月は算定できない。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関において行う。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。
- (5) 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]

- (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。
- (3) 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

147

148

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]

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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療を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診療を行う。
- (5) 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 ○ : オンライン診療			
オンラインを併用する場合			
医学管理料 + 再診料	オンライン医学管理料 100点 + オンライン診療料 70点	オンライン医学管理料 100点 + オンライン診療料 70点	医学管理料 + 再診料

※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

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]

- (1) 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。
- (2) 対象となる管理料を初めて算定してから5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。



(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]

- (1) 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。
- (2) 対象となる管理料を初めて算定してから5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)

在宅酸素療法



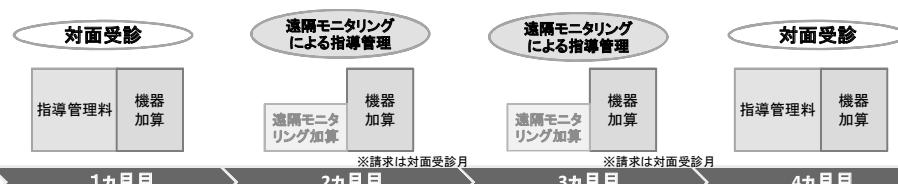
[算定要件]

- (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療を行った上で、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1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- (5) 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

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

平成30年度診療報酬改定の概要

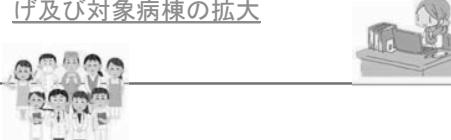
III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

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

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



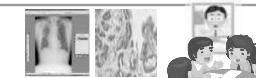
医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 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

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



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

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な内容 (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

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1～3 120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 80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

【施設基準】

- 看護補助者の数は、常時30対1以上であること。
- 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。
- 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。

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

【施設基準】
 ① 夜間に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。

157

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 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。

158

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。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき)

【施設基準】
 ① 夜勤を行う看護職員の数は、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。

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。

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

【施設基準】
 ① 夜勤を行う看護職員の数は、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。

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。

- 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。
- 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。

- 医療制度の改革
- 医療チーム・看護チームとしての配置の実施
- 医療的判断・18歳
- 日本版ヘルスカーディ



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】

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



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。

- 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。

- 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。

- 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	有床義歯修理工技工加算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。



159

160

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任が原則不可、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は、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標が37以上

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待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待遇の改善に關し、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待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待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待遇改善
- 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待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。

162

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、当該医療機関で週3日以上かつ24時間以上勤務する常勤医師が、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することとされていた。

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、継続的な診療を行る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、看護師と連携をとる治療室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

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た評価について、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
- ・ ハイリスク妊娠婦連携指導料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、関係者全員が患者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。

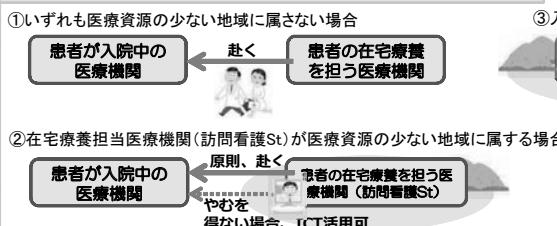
163

164

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届出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）



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。165

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

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】	
ハイリスク妊娠産婦連携指導料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娠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	
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、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。	

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標等の報告	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。
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。

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 骨関節核瘻孔摘出術 K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
 K043-3 骨髓炎手術(骨結核手術を含む) K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
 K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術 I012-2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)
 K052-3 多発性骨腫摘出術 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ
 K084-1 四肢切断術 肩甲帶

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 腺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、記載していること

169

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（「調剤」参照）
- 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
- 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Ⅱ」参照）

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ごとにし、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。

170

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（「調剤」参照）
- 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
- 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Ⅱ」参照）

171

172

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(85%以上) 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(80%以上) 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(70%以上) 35点
	後発医薬品使用体制加算4(60%以上) 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(85%以上) 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(75%以上) 4点
	外来後発医薬品使用体制加算3(70%以上) 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。)

173

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まで抗精神病薬を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



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に見直す。

現行		改定後	
調剤数量割合 65%以上	18点	調剤数量割合 75%以上	22点
75%以上	22点	80%以上	22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)。174

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处方につき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处方につき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

向精神薬処方の適正化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

- 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（「調剤」参照）
- 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
- 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Ⅱ」参照）

177

178

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的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、疾病的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 向精神薬や抗腫瘍薬等をはじめ、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。
181

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、本格実施の具体的な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。

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 継続期・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年度に向けたセレク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。

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	特定妥協率初診料・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。)を届け出しており、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し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までの間、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。

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。)を届け出している病棟が、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け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。

185

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	・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	・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、脳分泌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)	・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	・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	・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	・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。

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し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を届け出し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病棟以上届け出し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し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。

186

施設基準の届出について

お願い

➤ 平成30年4月1日から算定を行うためには、平成30年4月16日(月曜日)必着までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。

➤ 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

