

平成30年度
診療報酬改定に伴う
『施設基準』等について

東北厚生局

診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していない**ので、**ご注意願います**。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0305第2号平成30年3月5日)

○特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0305第3号平成30年3月5日) 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(保医発0305第1号平成30年3月5日) 等

届出書様式(表紙)

別添7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項) [] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ既に違反していないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
欄記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
平成 年 月 日			
保険医療機関の所在地 及び名称			
		開設者名	印
殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。			
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。			
3 届出書は、1通提出のこと。			

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項) [] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ既に違反していないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
欄記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
平成 年 月 日			
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称			
		開設者名	印
殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。			
2 □には、適合する場合「√」を記入すること。			
3 届出書は、1通提出のこと。			

届出書様式(表紙)

- ・届出書は**正本1通**を提出。
- ・**副本は提出不要**（保険医療機関が保管）。

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号		保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号
------------------------	------	--	------------------------	------

- ・届出受理後は、届出と異なった事情が生じ、**当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合に**変更の届出等を行う。

当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

[] の施設基準に係る届出

- ・従事者が変更となった場合等でも、**引き続き施設基準の要件を満たす場合は、原則として変更の届出等は不要。**
- ・ただし、次の場合等は**都度変更の届出を行う必要がある（例示）。**
 - ・基本診療料の施設基準で、病床数に著しい増減があった場合
 - ・次の届出医師に変更があった場合
（神経学的検査、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料）
 - ・届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準（当該機器に変更があった場合）
 - ・CT撮影及びMRI撮影（届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合）等

届出様式のホームページからの入手方法

○東北厚生局トップページの
「平成30年度診療(調剤)報酬改定」のバナーから

The screenshot shows the homepage of the Tohoku Health Bureau. On the left is a vertical menu with buttons for 'よくあるご質問', 'パンフレットダウンロード', '採用情報', '地方厚生局麻薬取締部', and '年金記録の訂正請求'. On the right, there are two tabs: '麻薬取締' and 'その他の分野'. Below the tabs are several informational banners. A red rectangular box highlights the banner for '平成30年度診療(調剤)報酬改定', which features a photo of three people. Other banners include '東日本大震災関連情報', '指導医療官を募集しています', '再生医療等の安全性の確保等', '簡単で便利な「ねんきん情報アプリ!」「ねんきんネット」', and '国有財産売却情報'.

施設基準の届出様式・報告様式等

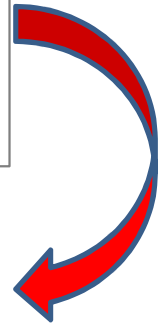
- ・ [基本診療料の届出様式](#)
- ・ [特掲診療料の届出様式](#)
- ・ [施設基準に係る辞退届](#)
- ・ [入院時食事療養・入院時生活療養等の届出](#)

訪問看護ステーションの基準にかかる届出様式等

順次更新いたします。

【厚生労働省主催】平成30年度診療報酬改定説明会

順次更新いたします。



平成30年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問について

- ご質問につきましては、次の「平成30年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問票」をご記入のうえ、指導監査課又は各県事務所あてに、FAXまたは郵送により提出をお願いいたします。
- また、参考となる資料等がございましたら質問票に添付願います。
- 照会いただきましたご質問に対しては、個別に口頭にて回答させていただきます。
- なお、ご質問の内容によっては回答にお時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

様式	質問票(エクセル:18KB)	FAXまたは郵送による提出をお願いします。
	質問票(PDF:45KB)	

寄せられるご質問につきましては、既にQ&A等に記載済の内容も見受けられるため、今一度Q&A等によりご確認のうえ、ご質問いただきますようお願いいたします。

平成30年度 診療(調剤)報酬改定にかかる質問票

質問年月日 平成 年 月 日 (医科 ・ 歯科 ・ 調剤)

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード		
	保険医療機関名称 または保険薬局名称		
	連絡先	電話番号	() -
		課または係名	
担当者氏名			
(質問内容) [区分:]			

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。

※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・郵送先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	ファクシミリ番号	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	T030-0001 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9072	T020-0024 盛岡市本町1-12-16 盛岡市庁舎センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指通監査課	022-726-9268	T990-0428 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7078	T010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0139	T990-0039 山形市番瀬町2-2-36 山形センタービル6階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5032	T990-0021 福島市藤町1-46 福島合同庁舎4階

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（基本1）

○基本診療料

- 初診料の注12に掲げる機能強化加算
- 初診料(歯科)の注1に掲げる施設基準
- オンライン診療料
- 結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料
- 療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算
- 障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
- 障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算
- 看護職員夜間16対1配置加算2
- 医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2
- 感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算
- 後発医薬品使用体制加算4
- 入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算
- 特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（基本2）

○基本診療料(つづき)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料4
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5
- 回復期リハビリテーション病棟入院料6
- 地域包括ケア病棟入院料1
- 地域包括ケア入院医療管理料1
- 地域包括ケア病棟入院料3
- 地域包括ケア入院医療管理料3
- 地域包括ケア病棟入院料の注7に掲げる看護職員夜間配置加算
- 緩和ケア病棟入院料1
- 緩和ケア病棟入院料2
- 精神科救急入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算
- 精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算

施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの（基本1）

○基本診療料

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算1（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関を除く。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算2（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関に限る。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1
- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料2及び3を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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

○基本診療料（つづき）

- 療養病棟入院基本料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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

○基本診療料（つづき）

- 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 総合入院体制加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 急性期看護補助体制加算（10対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 看護職員夜間配置加算（10対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 看護補助加算1（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 後発医薬品使用体制加算（4を除く。）
- データ提出加算（1の口及び2の口に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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

○基本診療料(つづき)

- 救命救急入院料1、3 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 救命救急入院料の注3に掲げる救急体制充実加算 (平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 (データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 地域包括ケア病棟入院料 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 緩和ケア病棟入院料1 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- 特定一般病棟入院料の注7 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの(基本)

○基本診療料

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

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

○特掲診療料

- 慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
- 乳腺炎重症化予防ケア・指導料
- 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
- 療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
- ハイリスク妊産婦連携指導料1
- ハイリスク妊産婦連携指導料2
- 退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1
- 在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
- 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
- 画像診断管理加算3
- 骨髄微小残存病変量測定
- 有床義歯咀嚼機能検査2のイ
- 有床義歯咀嚼機能検査2のロ
- 咬合圧検査
- 精密触覚機能検査
- 抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（特掲2）

○特掲診療料（つづき）

- 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
- 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
- 処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
- 口腔粘膜処置
- 口腔粘膜血管腫凝固術
- 人工腎臓
- 導入期加算1
- 導入期加算2
- 透析液水質確保加算
- 慢性維持透析濾過加算
- レーザー機器加算
- 皮膚移植術(死体)
- 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)
- 緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
- 人工中耳植込術
- 喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの)
- 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（特掲3）

○特掲診療料（つづき）

- 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるもの）
- 乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）
- 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 胸腔鏡下弁置換術
- 経皮的僧帽弁クリップ術
- 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
- 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
- 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 薬剤投与用胃瘻造設術
- 胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（特掲4）

○特掲診療料（つづき）

- 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
- 腹腔鏡下臍腫瘍摘出術
- 生体部分小腸移植術
- 同種死体小腸移植術
- 小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- 結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- 尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）
- 膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- 尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

新たに『施設基準』が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するにあたり届出の必要なもの（特掲5）

○**特掲診療料（つづき）**

- 造脘術、脘閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
- 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
- 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
- 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
- コーディネート体制充実加算
- 放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
- 体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算
- デジタル病理画像による病理診断
- 悪性腫瘍病理組織標本加算
- 調剤基本料3のイ
- 調剤基本料3のロ
- 調剤基本料の注4に掲げる地域支援体制加算
- 調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

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

○特掲診療料

- 地域包括診療料 1
- 歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
- 退院時共同指導料 1 の 1 に掲げる在宅療養支援歯科診療所 2
- 外来後発医薬品使用体制加算 1
- 外来後発医薬品使用体制加算 2
- 調剤基本料 2

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの(特掲1)

○特掲診療料

がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料 2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料 3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料 2
歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)		歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に掲げる在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料

診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの（特掲2）

○特掲診療料

有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	→	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出にあたっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出にあたっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組提出すること。※副本の提出は不要。
- ・提出した届出書の写しを保管すること。

※提出期限

平成30年4月1日から算定するためには、

平成30年4月16日(月)必着 で提出すること。

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。

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

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

平成30年3月31日において一般病棟入院基本料を算定している保険医療機関の届出のイメージ①

- 平成30年4月1日以降引き続き算定する場合に新たに届出の必要のないケース
(自動的に移行するので届出の必要がない。)

現行		改定後
一般病棟入院基本料10対1入院基本料	→	急性期一般入院基本料7*
一般病棟入院基本料13対1入院基本料	→	地域一般入院基本料2
一般病棟入院基本料15対1入院基本料	→	地域一般入院基本料3

- 急性期一般入院基本料7については、許可病床数が200床未満でデータ提出加算を未提出の場合、平成31年4月1日以降引き続き算定する場合にも届出が必要となる。
(許可病床数が50床未満または1病棟のみの保険医療機関の経過措置は平成32年3月31日まで。)

平成30年3月31日において一般病棟入院基本料を算定している保険医療機関の届出のイメージ②

- 平成30年9月30日までは経過措置が適用されるケース①
 (重症度、医療・看護必要度の基準の見直しに伴う経過措置が適用され、自動的に移行するため、**平成30年4月の届出は必要ない**。ただし、平成30年10月1日以降引き続き算定する場合には**平成30年9月30日までに届出が必要**。)

現行		改定後
一般病棟入院基本料 7 対 1 入院基本料	→	急性期一般入院基本料 1
一般病棟入院基本料10対 1 入院基本料 (看護必要度加算 1)	→	急性期一般入院基本料 4 *
一般病棟入院基本料10対 1 入院基本料 (看護必要度加算 2)	→	急性期一般入院基本料 5 *
一般病棟入院基本料10対 1 入院基本料 (看護必要度加算 3)	→	急性期一般入院基本料 6 *
一般病棟入院基本料13対 1 入院基本料 (一般病棟看護必要度評価加算)	→	地域一般入院基本料 1

* 急性期一般入院基本料4～6については、許可病床数が200床未満でデータ提出加算を未提出の場合、平成31年4月1日以降引き続き算定する場合にも届出が必要となる。
 (許可病床数が50床未満または1病棟のみの保険医療機関の経過措置は平成32年3月31日まで。)

平成30年3月31日において一般病棟入院基本料を算定している保険医療機関の届出のイメージ③

- 平成30年9月30日までは経過措置が適用されるケース②
 (自動的に移行するため、平成30年4月の届出は必要ない。
 ただし、平成30年10月1日以降引き続き算定する場合には届出が必要。)

現行		改定後 (経過措置)
病棟群単位の届出病棟		
一般病棟入院基本料7対1入院基本料 (許可病床200床未満であって、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟に限る。)	→	急性期一般入院基本料2

- 急性期一般入院基本料2で許可病床数が200床未満でデータ提出加算を未提出の場合、平成31年4月1日以降引き続き算定する場合にも届出が必要となる。
 (許可病床数が50床未満または1病棟のみの保険医療機関の経過措置は平成32年3月31日まで。)

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



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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる施設基準の留意点

[施設基準]

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

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。

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
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。

平成30年3月31日において地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している保険医療機関の届出のイメージ

➤現行の1、2が改定後の2、4へ移行するので、平成30年4月以降に区分の変更がない場合は届出の必要はない。

現行		改定後
	新設	→ 地域包括ケア病棟入院料 1 * 地域包括ケア入院医療管理料 1 *
地域包括ケア病棟入院料 1 地域包括ケア入院医療管理料 1 *		→ 地域包括ケア病棟入院料 2 地域包括ケア入院医療管理料 2 *
	新設	→ 地域包括ケア病棟入院料 3 * 地域包括ケア入院医療管理料 3 *
地域包括ケア病棟入院料 2 地域包括ケア入院医療管理料 2 *		→ 地域包括ケア病棟入院料 4 地域包括ケア入院医療管理料 4 *

*許可病床数200床未満の病院のみが対象となる入院料等

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	—	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

平成30年3月31日において回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している保険医療機関の届出イメージ

- 現行の1、2、3が改定後の2、4、6へそれぞれ移行するので、平成30年4月以降に区分の変更を行わない場合は届出の必要はない。

現行		改定後
	新設	→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
回復期リハビリテーション病棟入院料 1		→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
	新設	→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
回復期リハビリテーション病棟入院料 2		→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4
	新設	→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5
回復期リハビリテーション病棟入院料 3		→ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6

- 在宅復帰率について、現行の入院料1は7割以上、入院料2は6割以上であるが、**改定後の入院料1～4はすべて7割以上となる。**

※別途、データ提出に係る経過措置あり。

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

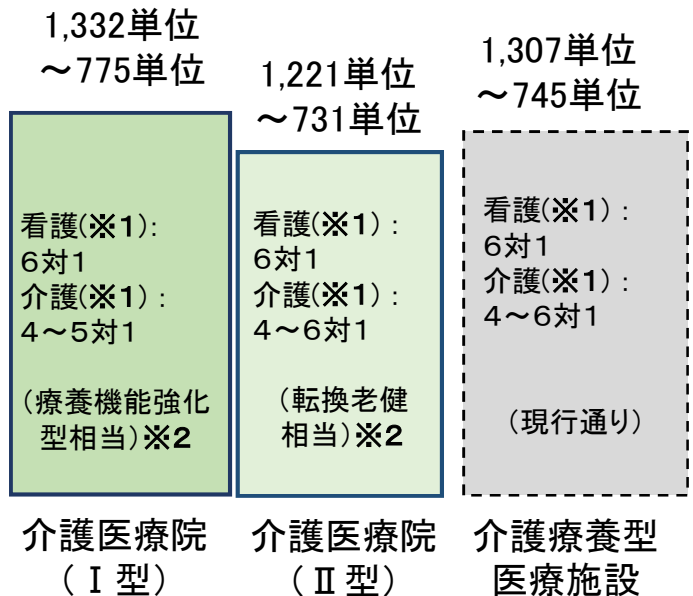
※ 療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

＜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

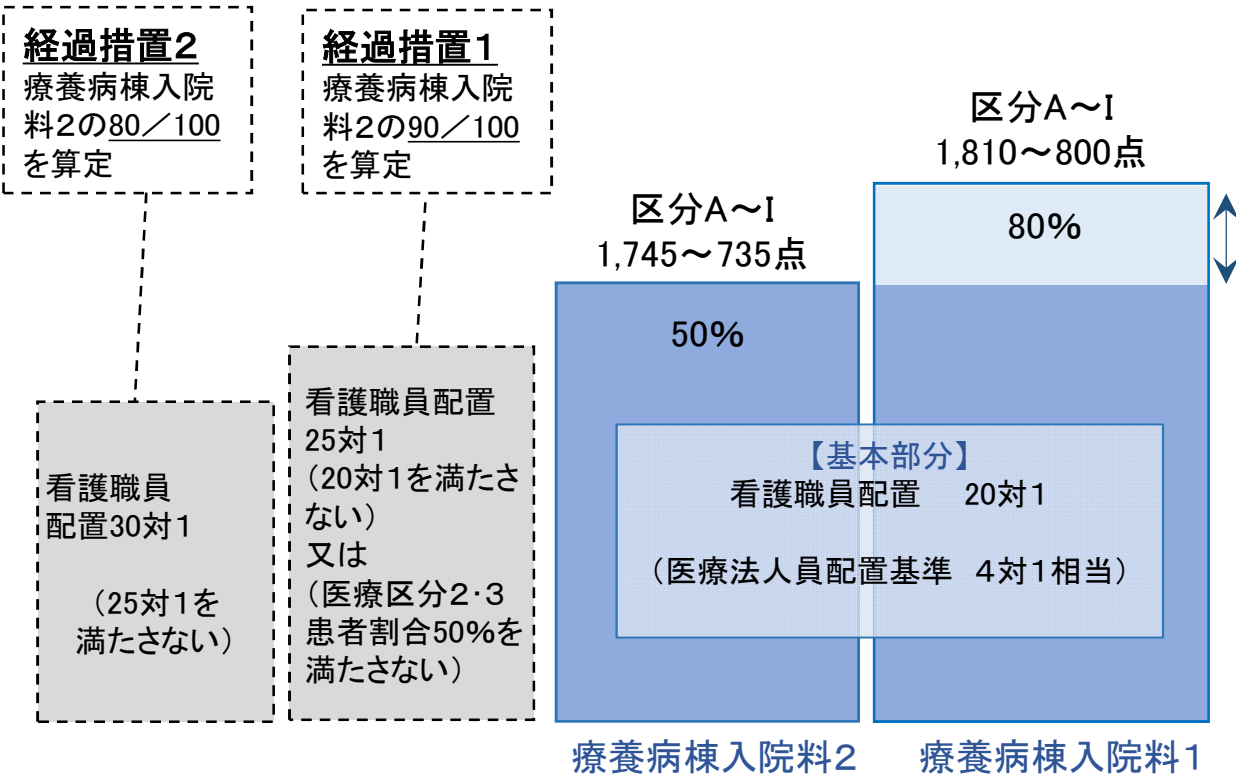
(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

(※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。



【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合



平成30年3月31日において療養病棟入院基本料を算定している保険医療機関の届出のイメージ

- ▶ 平成30年9月30日までは経過措置が適用される(看取り指針の策定)。
(ただし、4月以降引き続き基本料2を算定する場合、平成30年4月の届出が必要。
また、各区分とも、平成30年10月1日以降引き続き算定する場合は届出が必要。)

現行		改定後
療養病棟入院基本料 1	→	療養病棟入院基本料 1
療養病棟入院基本料 2	→	療養病棟入院基本料 2
		経過措置 1 (療養病棟入院基本料注11) *
療養病棟入院基本料注11	→	経過措置 2 (療養病棟入院基本料注12) **

* 平成30年3月31日時点で療養病棟入院基本料を継続して6月以上算定している病棟が対象。

**平成30年3月31日時点で現行の注11を届け出ている病棟が対象。

- ▶ 療養病棟入院基本料2は看護職員配置が現行の25対1から20対1に引き上げとなる。
- ▶ 在宅復帰機能強化加算(注10)
一般病棟等から入院し在宅に退院した1年間の患者割合の基準が15%以上に引き上げとなる。
(平成30年3月31日時点で当該加算を届け出ている病棟は平成30年9月30日まで経過措置あり。)

※別途、データ提出に係る経過措置あり。

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7対1、10対1)
専門病院入院基本料(7対1、10対1)
地域包括ケア病棟入院料
回復期リハビリテーション病棟入院料(※2)
療養病棟入院基本料(※2)

[経過措置]

・平成31年3月31日までは、当該施設基準を満たしているものとみなす。
(許可病床数50床未満等の医療機関は平成32年3月31日まで)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6及び療養病棟入院基本料は許可病床数200床以上を要件化

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		100点
ロ 200床未満の病院の場合		150点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		110点
ロ 200床未満の病院の場合		160点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

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



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

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



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

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

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

(新) 看護補助加算(1日につき)

イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点

[施設基準]

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

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

[施設基準]

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

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

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

- ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
- ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

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

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

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



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	
【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2	60点
夜間16対1配置加算	40点



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

[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

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



地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

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

(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。



小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

➤ 病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の入院基本料の減算評価を新設する。

(新) 夜間看護体制特定日減算 (入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

※ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料

[算定要件]
年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

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

③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、**看護職員1を含む2以上とし**、当該病棟の入院患者数が30人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う**看護職員の数1以上**であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟) 入院患者数:32人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

看護補助者 看護職員 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ため、入院料の変更届出が必要となる場合がある。

2階病棟 (一般病棟) 入院患者数:32人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

看護職員 看護職員



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。

1階病棟 (療養病棟) 入院患者数:35人

[施設基準]
夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要

看護補助者 看護職員



医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

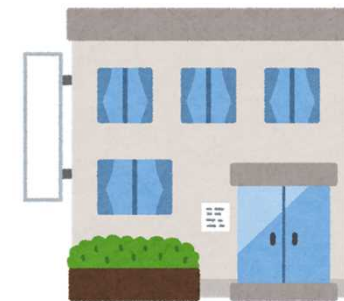
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 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。

救急医療の充実

救命救急入院料における充実段階評価の見直し

- 救命救急センターの充実段階評価の見直しに伴い、救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直す。

現行(救命救急入院料の加算)

充実段階評価A	1,000点(1日につき)
充実段階評価B	500点(1日につき)



改定後(救命救急入院料の加算)

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

夜間救急における外来看護体制の充実

- 二次救急医療機関における重症救急患者の受入れに対応するため、専任の看護師を配置している場合の評価を、夜間休日救急搬送医学管理料に新設する。

(新) 救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。
- ② 専任の看護師が配置されていること。

- 院内トリアージ実施料の評価を充実する。

現行

【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	100点
----------------------------	------



改定後

【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	300点
----------------------------	-------------

特定集中治療室管理料等の見直し①

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
 - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
 - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

- ▶ 特定集中治療室管理料を算定する患者については、入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)をDPCデータの報告の対象とする。

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数(×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

- ▶ 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

治療室に備えるべき装置・器具

- ▶ 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現行

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
 イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
 オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

改定後

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。**ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。**

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
 イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
 オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

緩和ケア病棟入院料の見直し

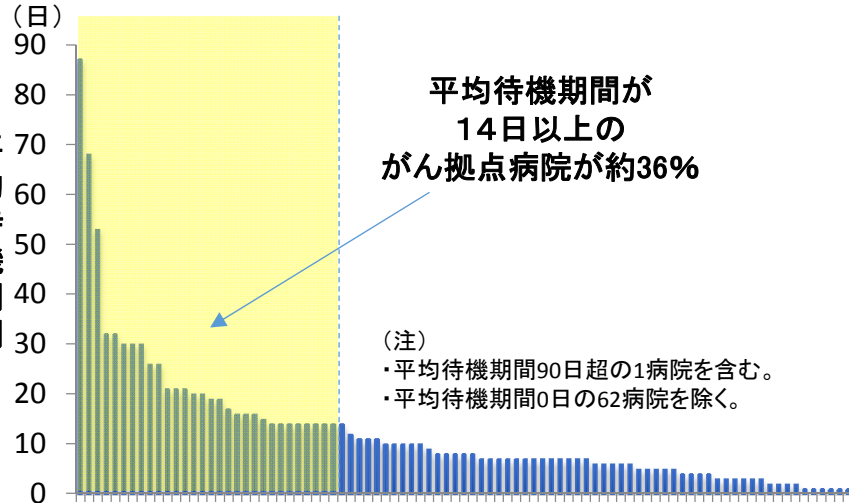
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

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) <u>緩和ケア病棟入院料1</u>	
<u>30日以内</u>	<u>5,051点</u>
<u>60日以内</u>	<u>4,514点</u>
<u>61日以上</u>	<u>3,350点</u>
(新) <u>緩和ケア病棟入院料2</u>	
<u>30日以内</u>	<u>4,826点</u>
<u>60日以内</u>	<u>4,370点</u>
<u>61日以上</u>	<u>3,300点</u>
[入院料1の施設基準] 入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。	
(1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。	
(2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。	
[入院料2の施設基準] 現行と同様	

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



精神科救急入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急入院料について、地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。

① 時間外等における外来の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

現行(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域(※)における人口万対 2.5件以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

※ (イ) 当該医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含む。) (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

改定後(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150(120)件以上、又は地域(※)における人口万対 1.87(1.5)件以上。
そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者)の件数が 30(25)件以上又は2割以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40(30)件以上又は地域(※)における人口万対0.5(0.37)件以上。そのうち8(6)件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

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

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

[経過措置] 平成30年3月31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成31年3月31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

- 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限(当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下)を設ける。

[経過措置] 平成30年3月31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 52

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

入院精神療法の評価の充実

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

現行

入院精神療法(I) 360点
 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。



改定後

入院精神療法(I) **400点**
 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

- 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設する。

現行

1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 3,000点
 2 1以外の場合 150点



改定後

1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 **2,800点**
 2 1以外の場合 150点

注 麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。

精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

- 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神病棟入院基本料 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。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。

- (1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
- (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
- (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準(抜粋)] 以下を満たしていること。

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



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

[算定要件]

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。

ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。

イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及びは精神科訪問看護・指導を行うこと。

ウ上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

- (2) 「ロ」については、(1)のAに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。

ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。

イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

[施設基準(抜粋)] 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

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

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としたものであること。
- (ニ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。



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、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
(中略)
 - ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
(イ)～(ロ)(略)
- (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

④

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します。

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)

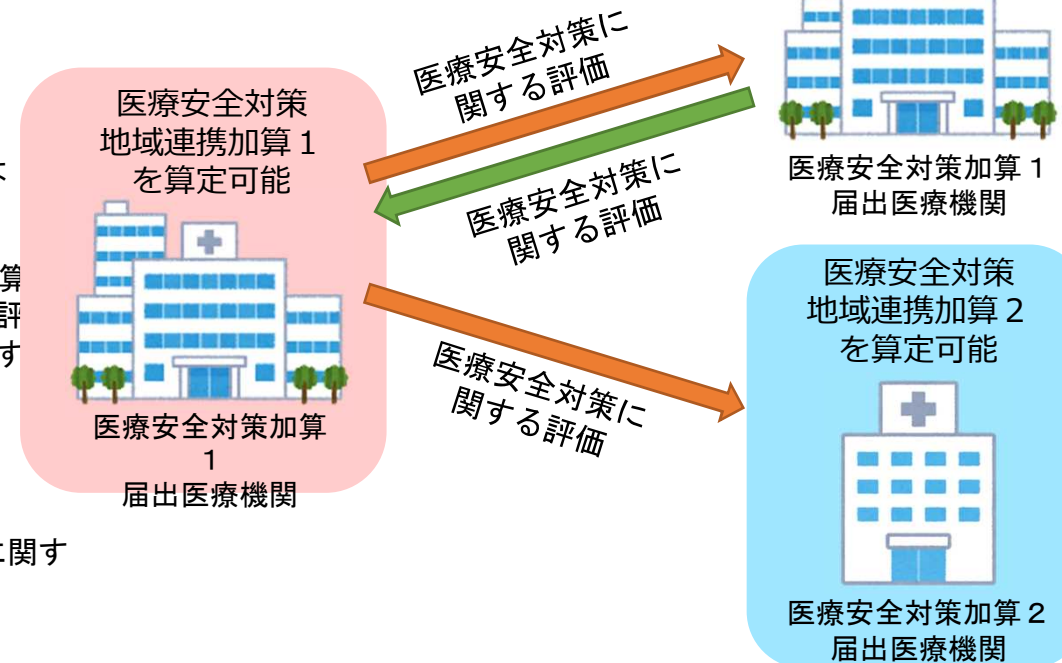
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算 1

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算 1 の届出を行っていること。
- 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。**
- 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

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算 2 の届出を行っていること。
- 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

- 医療安全対策加算 1
85点
- 医療安全対策加算 2

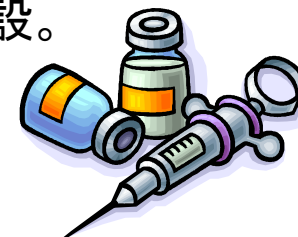


改定後

- 医療安全対策加算 1
85点
- 医療安全対策加算 2

抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性 (AMR) 対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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

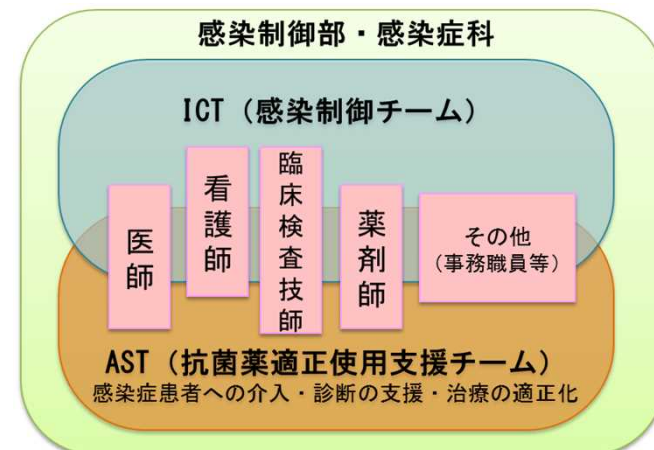
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

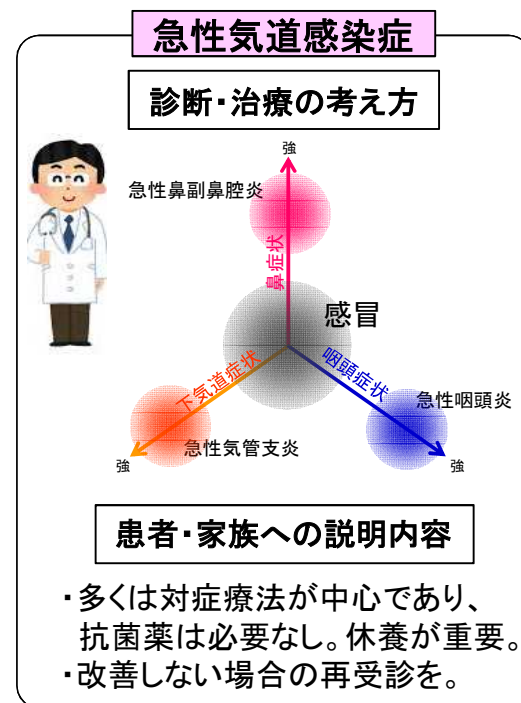
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、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。

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	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 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	
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2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



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

現行	
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2 (60%以上)	3点



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

- 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。)

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

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

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

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

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】 [算定要件] 退院困難な要因
ア～ウ (略)

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

改定後

【入退院支援加算】 [算定要件] 退院困難な要因
ア～ウ (略)

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ、キ (略)
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ～サ (略)

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】 [施設基準]
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】 [施設基準]
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数
- ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る）に0.05を乗じた数

(新) 小児加算 200点 (退院時1)

- **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

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

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

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) **機能強化加算** **80点**

[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。

[施設基準(抜粋)]

- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- (2) 以下のいずれかを届出を行っていること。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料又は在宅療養支援病院
 - オ 施設入居者等医学総合管理料

[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>

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	
地域包括診療料	1,503点
認知症地域包括診療料	1,515点



改定後	
(新) <u>地域包括診療料1</u>	<u>1,560点</u>
地域包括診療料2	1,503点
(新) <u>認知症地域包括診療料1</u>	<u>1,580点</u>
認知症地域包括診療料2	1,515点

[施設基準(抜粋)]

以下の全ての要件を満たしていること。

ア 診療所の場合

- (イ) 時間外対応加算1の届出
- (ロ) 常勤医師2名以上の配置
- (ハ) 在宅療養支援診療所

イ 病院の場合

- (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出
- (ロ) 在宅療養支援病院の届出

[施設基準(抜粋)]

(1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。

ア 診療所の場合

- (イ) 時間外対応加算1の届出
- (ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上
- (ハ) 在宅療養支援診療所

イ 病院の場合

- (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

(2) 診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。

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、連続する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、対面による診察(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、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (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

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。
- (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]

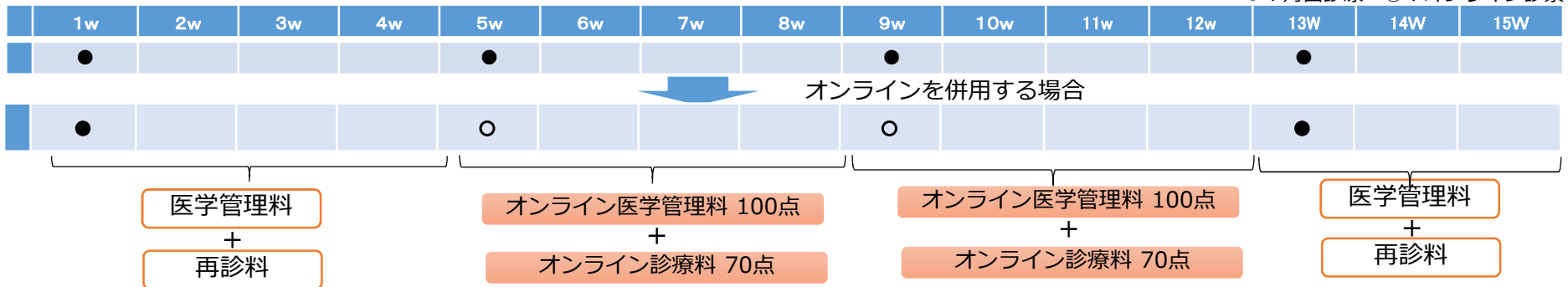
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[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 ○：オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診

オンライン在宅管理料の新設

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

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

[算定要件]

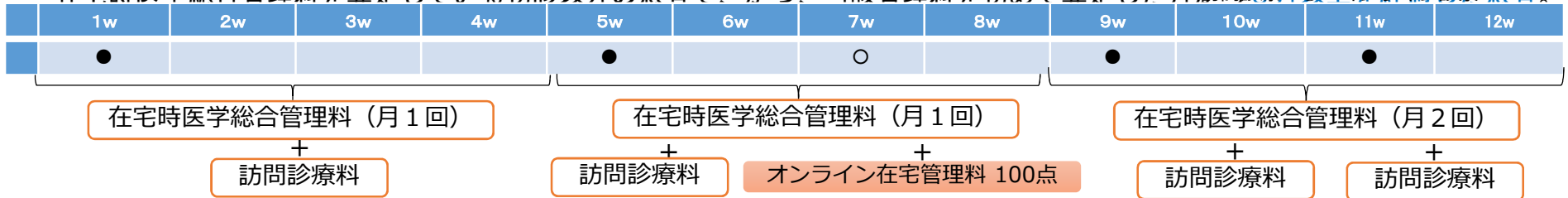
- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[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日訪問診療日○:オンライン診療患者。



(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]

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

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。

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

150点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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)



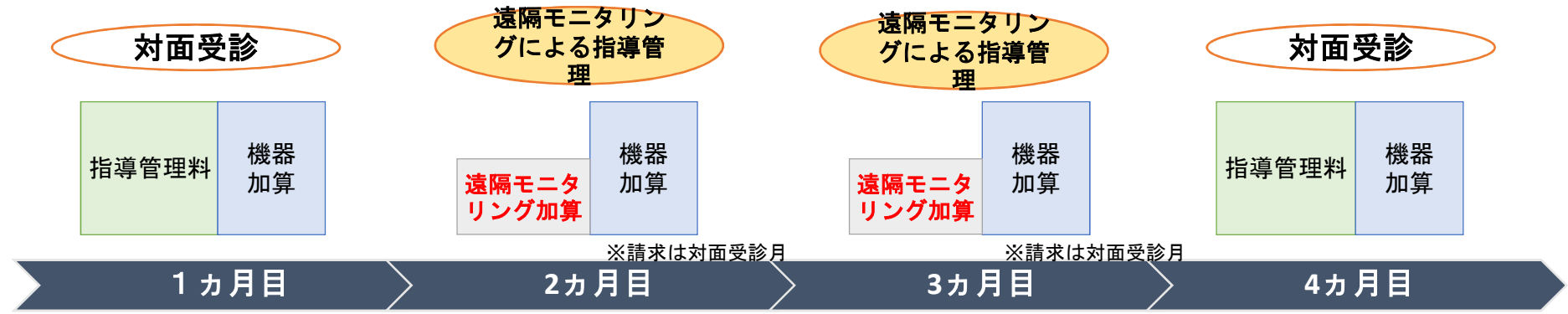
[算定要件]

- 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。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。
- 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。
- 少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

出典：日本呼吸器学会H

[施設基準]

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。^P
 - オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- ※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意



人工腎臓に係る診療報酬の見直し①

➤ 施設の効率性及び包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ人工腎臓の評価を見直す。

	現行
	【人工腎臓】
	慢性維持透析を行った場合
4時間未満の場合	2,010点
4時間以上5時間未満の場合	2,175点
5時間以上の場合	2,310点



改定後		
【人工腎臓】		
慢性維持透析を行った場合		
<u>(改) 場合1</u> 1	<u>(新) 場合2</u> 2	<u>(新) 場合3</u> 3
<u>1,980点</u>	<u>1,940点</u>	<u>1,900点</u>
<u>2,140点</u>	<u>2,100点</u>	<u>2,055点</u>
<u>2,275点</u>	<u>2,230点</u>	<u>2,185点</u>

<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



透析用監視装置保有台数

		透析用監視装置 ①	...	透析用監視装置 ②
月曜日	午前	Aさん		Cさん
	午後	Bさん		Dさん
火曜日	午前	Xさん		Zさん
	午後	Yさん		(空き)
水曜日	午前	Aさん(再)		Cさん(再)
	午後	Bさん(再)		Dさん(再)

施設あたり血液透析実施患者数

[施設基準]

- 慢性維持透析を行った場合1
次のいずれかに該当する保険医療機関であること
 - ① 透析用監視装置の台数が26台未満
 - ② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5未満
- 慢性維持透析を行った場合2
次のいずれにも該当する保険医療機関であること
 - ① 透析用監視装置の台数が26台以上
 - ② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5以上4.0未満
- 慢性維持透析を行った場合3
「慢性維持透析を行った場合1」又は「慢性維持透析を行った場合2」のいずれにも該当しないこと

人工腎臓に係る診療報酬の見直し②

- 透析液の水質確保に関する評価について、現行の透析液水質確保加算1の基準を人工腎臓の算定要件とする。

現行	
【人工腎臓】	
透析液水質確保加算1	8点
透析液水質確保加算2	20点

[施設基準]

透析液水質確保加算1

(右表の算定要件を参照)

透析液水質確保加算2

- ① 月1回以上水質確保を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (人工腎臓の算定要件とする※)	
(改) <u>透析液水質確保加算</u>	<u>10点</u>

[施設基準]

透析液水質確保加算

(左表の透析液水質確保加算2の①に同じ)

※ 人工腎臓の算定要件

- ① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること
(ただし、「場合3」においては、原則として、①及び②を満たすこと。)

- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を、透析時間に応じた評価体系とするため、慢性維持透析を行った場合1~3の加算に変更する。

現行	
【人工腎臓】	
慢性維持透析濾過(複雑なもの)	2,225点



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (※人工腎臓の場合1~3⇒透析時間に応じた評価に見直し)	
(新) <u>慢性維持透析濾過加算</u>	<u>50点</u>

[算定できる場合]

透析液水質確保加算の施設基準を満たす保険医療機関において、透析液から分離作製した置換液を用いる血液透析濾過を行った場合

腹膜透析や腎移植の推進に資する評価

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する

現行	
【人工腎臓】	
導入期加算	300点

〔施設基準〕 なし



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

〔施設基準〕

導入期加算1

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと

導入期加算2

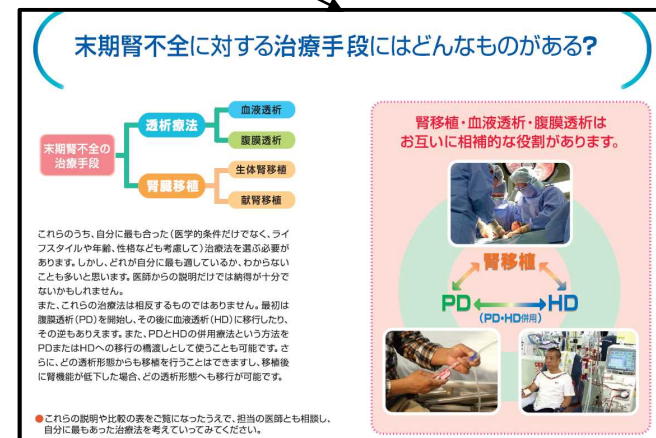
- ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること
- ② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること
- ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

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

(新) 腎代替療法実績加算 100点 (1月につき)

〔施設基準〕 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。



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

移植医療の評価の充実①

【課題】

- 臓器移植後に抗HLA抗体が出現した症例に対して治療を行うことにより、予後が改善するとの報告があるが、移植術後の経過中における抗HLA抗体検査の費用については、算定対象としていない。
- 造血幹細胞移植について、移植登録をした患者の約30%の患者が待機中に移植中止となっており、コーディネート体制の充実を含めた、実施体制の整備が必要である。

➤ 臓器移植患者の予後改善のため、移植後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査) 1,000点(1月につき)

[算定要件]

- 肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) 5,000点(1月につき)

[算定要件]

- 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。

➤ 造血幹細胞移植の成績向上の観点から、移植のコーディネート期間の短縮に資するような体制や、専門的な医師・看護師の配置がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

造血幹細胞移植

(新) 非血縁者間移植加算 10,000点

[算定要件] 骨髄移植又は末梢血幹細胞移植の同種移植において、非血縁者間移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

(新) コーディネート体制充実加算 1,500点

[算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、骨髄移植又は末梢血幹細胞移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該手術に係る10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。
- 当該療養を担当する診療科が、関係学会による認定を受けていること。

性別適合手術の保険適用

【課題】

- 性同一性障害は国際疾病分類(ICD)に位置付けられる精神疾患であるが、治療のうち保険給付の対象となっているものは精神療法のみであり、性別適合手術は給付の対象となっていない。
- 性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

[対象となる手術]

MTF (male to female) に対する手術

- (1) [精巣摘出術](#)
- (2) [陰茎全摘術](#)
- (3) [尿道形成手術\(前部尿道\)](#)
- (4) [会陰形成術](#)
- (5) [造腔術](#)

FTM (female to male) に対する手術

- (1) [子宮全摘術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (2) [子宮附属器腫瘍摘出術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (3) [尿道下裂形成術](#)
- (4) [陰茎形成術](#)
- (5) [乳房切除術](#)

[施設基準]

- (1) 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する病院であること。
- (2) 性同一性障害学会の認定する医師が1名以上配置されていること。
- (3) 性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施していること又は形成外科、泌尿器科若しくは産婦人科について5年以上の経験を有し、性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施した経験を有する性同一性障害学会認定医が、常勤として1名以上配置されていること。
- (4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。
- (5) 性同一性障害学会の定めるレジストリに登録していること。

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

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

- ① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
 ※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。
- ③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

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



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

専従要件の緩和

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

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

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



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

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

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

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

390点

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

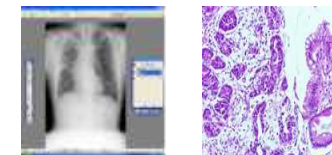
※ リハビリテーション実績指数が37以上

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されていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

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

(例) 現行(救命救急入院料)

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



(例) 改定後(救命救急入院料)

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

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

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

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

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

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

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

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

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

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

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

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

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

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

経過措置等について①

項目	経過措置
1 初診料の注2・3、外来診療料の注2・3、在宅患者共同指導料の注1～3に係る病床数要件	・平成30年9月30日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
2 特定妥結率初診料・再診料・外来診療料	・平成30年11月30日までの間、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に報告されているものとみなす。
3 電話等による再診	・平成30年3月31日以前に、3か月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。
4 重症度、医療・看護必要度の見直し①	・平成30年3月31日時点で、7対1入院基本料（一般、結核、特定、専門）、看護必要度加算（一般、特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟、病室又は医療機関については、平成30年9月30日までの間、各入院料等の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たしているものとする。
5 重症度、医療・看護必要度の見直し②	・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料1・3又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病室については、平成30年9月30日までの間、重症度、医療・看護必要度の測定に係る要件を満たしているものとする。
6 急性期一般入院料2の施設基準	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ており、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
7 急性期一般入院料2・3の施設基準①	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料を届け出ている病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の施設基準にある、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。
8 急性期一般入院料2・3の施設基準②	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の要件について、それぞれ22%・21%とする。

経過措置等について②

	項目	経過措置
9	重症度、医療・看護必要度の評価方法	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ている病棟が、急性期一般入院料2又は3を届け出る場合については、平成32年3月31日までの間、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いてもよい。
10	療養病棟入院基本料	・平成30年3月31日時点で、療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、適切な看取りに対する指針に係る要件を満たしているものとする。
11	療養病棟入院基本料の注10 在宅復帰機能強化加算	・平成30年3月31日時点で、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間、当該加算の施設基準を満たしているものとする。
12	療養病棟入院基本料の注11・12	・25対1看護職員配置の要件又は医療区分2・3の該当患者割合が5割を満たせない場合の減算について、平成32年3月31日までの間、引き続き算定できるものとする。
13	総合入院体制加算	・当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。
14	医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	・平成30年3月31日時点で、総合入院体制加算等に係る届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。

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	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、10対1入院基本料（一般、特定、専門：許可病床数が200床未満に限る。）療養病棟入院基本料1・2、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟又は病室については、平成31年3月31日（許可病床数が50未満又は病棟数が1病棟の場合は平成32年3月31日）までの間、各入院料のデータ提出加算に係る要件を満たしているものとする。
18 データ提出加算②	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成31年3月31日までの間、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。 平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成32年3月31日までの間、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。
22 地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。
23 緩和ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、研和ケア病棟入院料を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、緊急時の対応方針等に関する体制及び実績に係る要件を満たしているものとする。

経過措置等について④

	項目	経過措置
24	精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 ・平成30年3月31日において現に精神科救急入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、それぞれ改正後の精神科救急入院料1又は2の基準を満たしているものとみなす。
25	在宅自己導尿指導管理料、在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、在宅自己導尿指導管理料と在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者に行った場合、月1回に限りそれぞれの管理料を算定できる。
26	トロンボテスト、mRNA定量(1以外のもの)、ムコ蛋白、膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)、前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、引き続き当該点数を算定することができる。
27	要介護被保険者等に対する維持期・疾患別リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成31年3月31日までの間、当該リハビリテーション料を引き続き算定できるものとする。
28	人工腎臓①	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓に係る施設基準の届出を行う医療機関については、平成31年3月31日までの間、透析液の水質の管理に関する専任の医師又は臨床工学技士の配置に係る要件を満たしているものとする。
29	人工腎臓②	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年3月31日時点で、人工腎臓の算定実績を有しない保険医療機関については、人工腎臓の算定を開始した月の翌月から4月(ただし当該月が平成32年4月以降の場合は平成32年3月まで)に限り、慢性維持透析を行った場合1の施設基準を満たすものとする。

明細書の無償交付について

1. 公費負担医療の対象である患者等、一部負担金の支払いがない患者についても、患者に対する情報提供を推進していく観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、明細書を無償で交付しなければならない。
2. ただし、一部負担金等がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な診療所については、「正当な理由」に該当する旨の届出が必要。

入院医療に係る特別の療養環境の提供

特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

i)入院医療に係る特別の療養環境の提供(抜粋)

(8) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。

① 同意書による同意の確認を行っていない場合(当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。)

② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合

(例)

- ・救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者
- ・免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者
- ・集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者
- ・後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者(患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。)
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病の患者(患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。)

③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

(例)

- ・MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合

・特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出にあたっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出にあたっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組提出すること。※副本の提出は不要。
- ・提出した届出書の写しを保管すること。

※提出期限

平成30年4月1日から算定するためには、

平成30年4月16日(月)必着 で提出すること。