

通知情報追加
(ほぼ点数順)

日医工MPI行政情報
<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

2018年度診療報酬改定 (医科点数を抜粋)

日医工株式会社
日医工医業経営研究所（日医工MPI）
(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号 菊地祐男

資料No.20180312-492-3



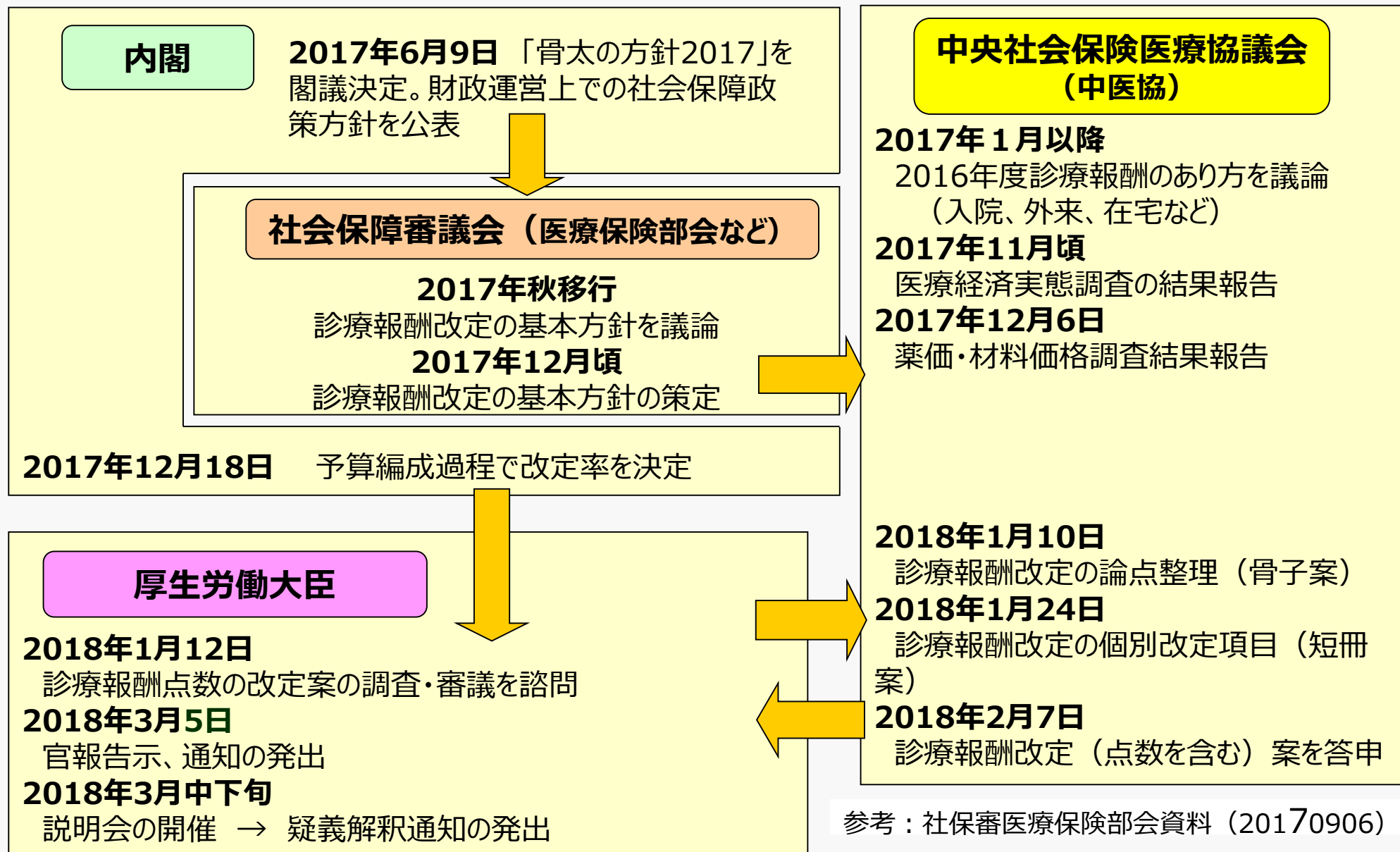
日医工株式会社

答申情報を整理したMPI資料に、
2018年3月5日の「告示（通知）」情
報を加えたものです。

誤記や転記ミスの恐れもありますので、
厚労省ホームページにて通知原本もご
確認ください。

5	合理化、情報利活用、明細書無料発行	106	精神科措置入院退院支援加算	179	救急搬送看護体制加算	240	抗HLA抗体
7	特別な関係、ICT活用	107	精神科リエゾンチーム加算	180	地域包括診療料	243	画像診断
9	病床数500床以上要件の見直し	108	がん拠点病院加算	183	薬剤適正使用連携加算	246	ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質
3	常勤配置要件	109	栄養サポートチーム加算	184	小児かかりつけ診療料	247	処方料・処方箋料・薬剤料
A基本診療料		110	医療安全対策加算	185	生活習慣病管理料	248	向精神薬の適正化
12	初診料（妥結率、妊婦加算）	112	感染防止対策加算	186	療養・就労両立支援指導料、相談体制	251	向精神薬調整連携加算
19	機能強化加算	113	抗菌薬適正使用支援加算	187	退院時共同指導料	252	外来後発医薬品使用体制加算
20	再診料（電話、妥結率、妊婦）	115	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	192	介護支援等連携指導料	253	一般名処方加算
23	地域包括診療加算	116	後発医薬品使用体制加算	193	認知症専門診断管理料	254	分割調剤（処方箋様式）
26	薬剤適正使用連携加算	117	データ提出加算	195	認知症療養指導料	Hリハビリ	
27	外来診療料（妥結率）	120	入退院支援加算	196	ハイリスク妊産婦連携指導料	257	疾患別リハビリテーション
29	入院料等通則（放射線治療、褥瘡）	124	地域連携診療計画加算	198	診療情報提供料（Ⅰ）	259	維持期・生活期リハビリテーション
32	重症度、医療・看護必要度	125	救命救急入院料	201	療養情報提供加算	261	リハビリテーション計画提供料
49	介護医療院	127	特定集中治療室管理料	202	診療情報連携共有料	I精神科専門	
55	入院料	130	早期離床・リハビリテーション加算	C在宅医療		263	精神科専門療法
58	急性期一般入院基本料	132	小児入院医療管理料	204	往診料	264	通院・在宅精神療法
62	地域一般入院基本料	133	回復期リハビリテーション病棟入院料	207	機能強化型在宅療養支援診療所	265	措置入院後継続支援加算
65	在宅復帰・病床機能連携率	142	地域包括ケア病棟入院料	208	在宅患者訪問診療料Ⅰ	266	認知行動療法
68	救急・在宅等支援病床初期加算	150	急性期患者支援病床初期加算	209	在宅ターミナルケア加算	268	疾患別等専門プログラム加算
70	ADL維持向上等体制加算	154	緩和ケア病棟入院料	212	死亡診断加算	271	看護・介護職員連携強化加算
72	療養病棟入院料	155	精神科救急入院料	214	（在総管）在宅時医学総管理料	273	精神科在宅患者支援管理料
79	急性期患者支援療養病床初期加算	158	看護職員夜間配置加算	216	オンライン在宅管理料	277	精神科オンライン在宅管理料
80	在宅復帰機能強化加算	161	精神療養病棟入院料	218	（施設総管）施設入居時等医学総合管理料	J処置、K手術、L麻酔、M放射線治療、N	
84	有床診療所入院基本料	163	認知症治療病棟入院料	221	包括的支援加算	278	人工腎臓
86	有床診療所在宅復帰機能強化加算	164	地域移行機能強化病棟入院料	222	継続診療加算	286	手術等医療技術
87	介護連携加算	165	短期滞在手術基本料	224	在宅患者訪問看護・指導料	287	周術期口腔機能管理後手術加算
88	総合入院体制加算	B医学管理等		227	看護・介護職員連携強化加算	294	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環
91	在宅患者緊急入院診療加算	168	オンライン診療料（医学管理料）	228	特別地域訪問看護加算	297	外来放射線治療加算
92	医師事務作業補助体制加算	172	小児科療養指導料	229	在宅患者訪問薬剤管理指導料	298	遠隔放射線治療計画加算
95	急性期看護補助体制加算・看護補助	173	腎代替療法実績加算	230	在宅患者訪問栄養食事指導料	299	病理診断
97	看護補助加算	174	外来緩和ケア管理料	231	在宅患者緊急時等カンファレンス料	その他	
98	看護職員夜間配置加算	175	高度腎機能障害患者指導加算	232	在宅患者共同診療料	302	DPC/PDPS
100	夜間75対1看護補助加算	176	小児運動器疾患指導管理料	233	遠隔モニタリング加算	309	経過措置一覧
102	緩和ケア診療加算	177	小児抗菌薬適正使用支援加算	D検査 E画像診断 F投薬 G注射			
105	個別栄養食事支援加算	178	院内トリアージ実施料	238	遺伝学検査		

2018年度診療報酬改定のスケジュール



2018年度診療報酬改定率（財務省データ）

2018年度改定率		国費ベース（財務省）		備考	2016年度	2014年度（消費税）	2012年度	2010年度	2008年度	2006年度	2004年度
薬価改定率	▲1.36%	▲1,456億円		(通常改定分 薬価ベース) ▲6.17% 市場拡大再算定（国費▲0.05%）、特例拡大再算定（国費▲0.02%）、不採算品再算定、基礎的医薬品、オーファンなど	▲1.22%	▲0.58% (▲1.22%)	▲1.26%	▲1.23%	▲1.1%	▲1.6%	▲0.89%
	材料価改定率	▲0.09%	▲99億円		▲0.11%	▲0.05% (▲0.14%)	▲0.12%	▲0.13%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.16%
合計		▲1.45%	▲1,555億円		▲1.33%	(▲1.36%)	▲1.38%	▲1.36%	▲1.2%	▲1.8%	▲1.05%
診療報酬改定率（本体）		+0.55%	+588億円	医科：歯科：調剤 1：1.1：0.3 (0.63%：0.69%：0.19%)	+0.49%	+0.73% (+0.1%)	+1.38%	+1.55%	+0.38%	▲1.36%	±0%
全体改定率		▲0.90%	▲964億円		▲0.84%	+0.1% (▲1.26%)	+0.00%	+0.19%	▲0.82%	▲3.16%	▲1.0%

482

医療制度改革事項（外枠）		▲366億円	薬価（通常改定分）と診療報酬本体とは別の外枠として医療制度から用意された財源
薬価制度	▲0.29%	▲310億円	新薬創出加算の見直し（▲約110億円）、長期収載品薬価の見直し（▲約140億円）、その他（▲約60億円）
			以上を薬価改定率に含めると▲1.65%（国費▲1766億円 薬価ベース▲7.48%）となる
調剤報酬	▲0.06%	▲56億円	大型門前薬局に対する評価の適正化（「調剤基本料3」の対象拡大？）

事務の効率化・合理化

業務の効率化・合理化

改定後

- (1) 入院基本料等に係る施設基準の届出項目や手続き等について、重複した内容の項目などについて、届出の省略や手続きの簡素化を行う。
- (2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を行うため、介護保険のリハビリテーション事業所でもリハビリテーション計画書を活用できるよう、様式の見直しを行う。
- (3) 診療報酬明細書について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。

情報利活用

診療報酬に関するデータの利活用

改定後

- (1) 電子レセプト等について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、患者氏名にカタカナ併記の協力を求めることとする。
- (2) 診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。
- (3) 診療実績データの記載項目に、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コードを記載することとする。
- (4) 診療報酬の請求にあたって使用する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。

明細書無料発行

明細書無料発行を原則義務化

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、明細書の無料発行を原則義務化する

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、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、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」を改正し、自己負担がある患者と同様に、無料発行を原則義務とする。

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

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。

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

特別の関係、入退院時の連携強化

特別な関係

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する

改定後

[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対象]

- (1) 在宅患者緊急入院診療加算 A206
- (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 A238-7
- (3) 入退院支援加算 1 A246
- (4) 精神疾患診療体制加算 A248
- (5) 退院時共同指導料 1 B004
- (6) 退院時共同指導料 2 B005
- (7) 在宅患者連携指導料 C010
- (8) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 C011
- (9) 施設入所者共同指導料 老健入所者に係る診療料 第2部 1

効率的な情報共有・連携を促進するICTを活用することができるよう、要件を緩和する

ICTの活用

対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術（ICT）を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。

改定後	
[対象] ・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 ・退院時共同指導料 2 の注 3 ・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）	対面でのカンファレンス等を求めている評価

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する

[対象]

○ 初診料及び外来診療料（経過措置：平成30年9月30日まで）
初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く）に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

○ 在宅患者緊急入院診療加算（経過措置：平成31年3月31日まで）

○ 在宅患者共同診療料（経過措置：平成30年9月30日まで）
算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が 20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

○ 地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が 1 病棟に限られる保険医療機関。
（平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。）

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）から

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し

大病院の外来医療の機能分化の推進

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し

改定後

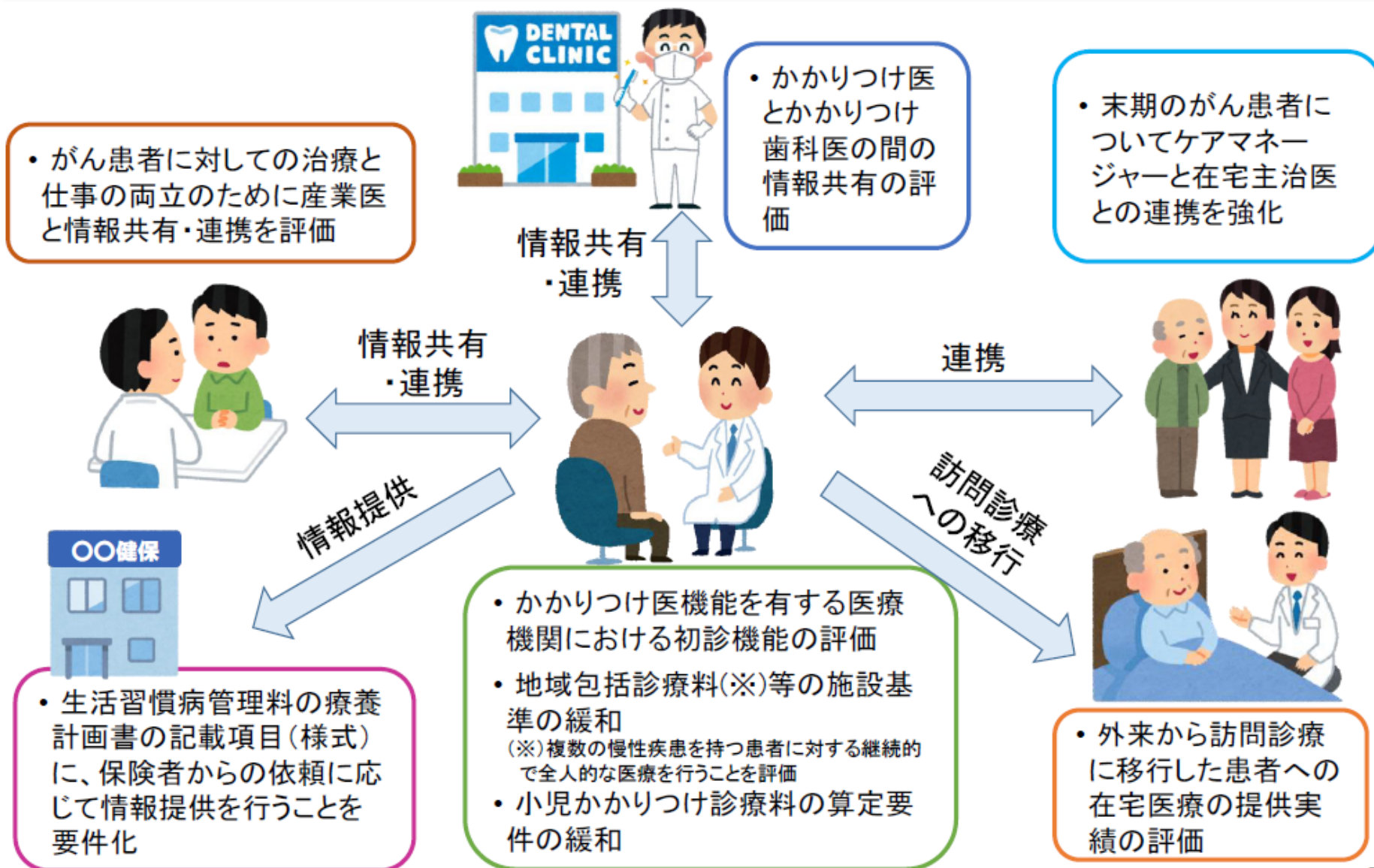
(1) 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院へ拡大する。

(2) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6 か月間の経過措置を設ける。

許可病床400床以上

平成30年度診療報酬改定 I-2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価③

かかりつけ医機能評価の充実



常勤配置要件（医師）

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応ため、常勤配置要件を緩和

院内で対応する部署は？

特に女性医対策か

医師については、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、**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。

常勤換算の配置

改定後
〔対象〕 （小児科） ・ 新生児治療回復室入院医療管理料 ・ 小児入院医療管理料 ・ 小児食物アレルギー負荷検査 ・ 障害児（者）リハビリテーション料 （産婦人科） ・ ハイリスク分娩管理加算 ※ 常勤の産婦人科又は産科に従事する医師 3 名のうち、常勤換算でも配置できるのは、2 名までに限る。 （リハビリテーション科） ・ 心大血管疾患リハビリテーション料※ ・ 脳血管疾患リハビリテーション料※ ・ 廃用症候群リハビリテーション料※ ・ 運動器リハビリテーション料※ ・ 呼吸器リハビリテーション料※ ※ 初期加算を含む。 ・ 難病患者リハビリテーション料 ・ 障害児（者）リハビリテーション料（再掲） ・ がん患者リハビリテーション料 ・ 認知症患者リハビリテーション料 ・ リンパ浮腫複合的治療料 ・ 集団コミュニケーション療法料

改定後
（精神科） ・ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 ・ 摂食障害入院医療管理加算 ・ 認知症ケア加算 ・ 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算 ・ 救急患者精神科継続支援料 ・ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 ・ 医療保護入院等診療料 ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料 （麻酔科） ・ 麻酔管理料（Ⅱ） ※ 常勤の麻酔科標榜医 5 名のうち、常勤換算でも配置できるのは、4 名までに限る。 （その他） ・ 高度難聴指導管理料 ・ 糖尿病合併症管理料 ・ 移植後患者指導管理料 ・ 遺伝カウンセリング加算 ・ 長期継続頭蓋内脳波検査 ・ 脳磁図 ・ 神経学的検査 ・ 補聴器適合検査

医師

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に
対応ため、常勤配置要件を緩和

常勤配置要件（リハビリ）

勤務環境

院内で対応する部署は？

特に女性職員対策か

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（※）

常勤換算の配置

改定後	
[対象] - 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 - 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 - 廃用症候群リハビリテーション料 - 運動器リハビリテーション料 - 呼吸器リハビリテーション料 - 摂食機能療法 経口摂取回復促進加算 - 難病患者リハビリテーション料 - 障害児（者）リハビリテーション料 - がん患者リハビリテーション料 - 認知症患者リハビリテーション料 - リンパ浮腫複合的治療料 - 集団コミュニケーション療法料 ※ 例えば、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）については、専従の常勤理学療法士5名、常勤作業療法士3名及び常勤言語聴覚士1名のうち、常勤換算でも配置できるのは、理学療法士4名、作業療法士2名及び言語聴覚士1名までに限る。	リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師

常勤配置要件 (管理栄養士・看護師・歯科衛生士及び歯科技工士)

医師等の医療従事者の柔軟な働き方
に対応ため、常勤配置要件を緩和

改定後

管理栄養士

管理栄養士については、在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、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。

改定後

看護師

看護師については、外来において常勤職員の配置が求められている糖尿病合併症管理料について、非常勤職員でも配置可能とする。

改定後

歯科衛生士及び歯科技工士

歯科衛生士及び歯科技工士については、常勤職員の配置が求められている歯科治療時医療管理料及び有床義歯修理歯科技工加算 1 及び 2 について、常勤換算でも配置可能とする。

平成30年度診療報酬改定 Ⅲ-1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善①

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

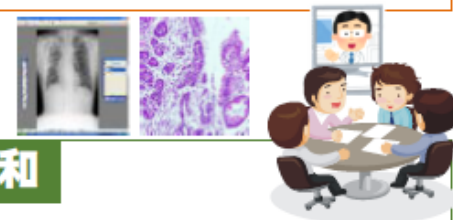
- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



常勤要件・専従要件の緩和

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

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

A000
A001

薬価調査が適切に実施される環境整備を図る

未妥結減算

保険薬局
病院（許可病床数200床以上）

妥結率が低い保険薬局及び許可病床数200床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。

流通改善ガイドライン	改定後
(1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、 ①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと ②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。 (2) 保険薬局及び許可病床数200床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。 (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の10月の1 ヶ月間から10～11月の2 ヶ月間に変更する。	

報告を行わなかった場合

報告時期を変更

初診料

(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し)

大病院の外来医療の機能分
化の推進

許可病床500床以上要件を
400床に変更する

改定前	改定後
【初診料】 〔算定要件〕 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。 注 3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。	【初診料】 〔算定要件〕 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。 注 3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。

〔経過措置〕 平成30年10月1日より適用することとする。

A000注4

特定妥結率初診料 (初診料)

薬価調査が適切に実施される環境整備を図る

改定前	改定後
【初診料】 注 4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。 [施設基準] (新設)	【初診料】 注 4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209点を算定する。</u> [施設基準] 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) <u>当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u> (2) <u>当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、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、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。</u>

報告を行わなかった場合

流通改善ガイドライン

妥結率5割以下は変更なし

妊婦

A000注7、注8、注10
A001注4、注6、注8

妊婦加算 (初診料)

妊娠の継続や胎児に配慮した外来における診療を評価

改定前	改定後
注 7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前 6 時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。） 、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。） 又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ 85点、250点又は480点（ 6 歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（ 6 歳未満の乳幼児の場合においては、345点）を所定点数に加算する。 (新設)	注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前 6 時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。） 、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。） 又は深夜において初診を行った場合は、<u>時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（ 6 歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。</u>ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（ 6 歳未満の乳幼児<u>又は妊婦</u>の場合においては、345点）を所定点数に加算する。 <u>注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注 7 又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</u> <u>注11 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</u>

初診料等における妊婦加算を新設

妊婦であることをどう判断するか？
(問診票・・・)

A000注12

外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図る

機能強化加算 (初診料)

かかりつけ医の初診時における診療機能を評価

かかりつけ

専門医療機関への受診の
要否の判断等
(ゲートキパー)

改定後
(新) 初診料 機能強化加算 80点 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 [算定要件] 地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、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。）を届け出等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。

専門医療機関への受診の
要否の判断等

電話再診
(再診料)

電話等による再診について、
より明確に要件を見直す

電話等による再診料は、定期的な医学
管理を前提の場合は算定できない

改定前	改定後
【再診料】 〔算定要件〕 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。	【再診料】 〔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。<u>ただし、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。</u> <u>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。</u> （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<u>医学管理等は算定できない。</u> （３）当該再診料を算定する際には、<u>予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。</u>

A001注2

特定妥結率再診料 (再診料)

薬価調査が適切に実施される環境整備を図る

改定前	改定後
【再診料】 注 2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、53点を算定する。 【施設基準】 (新設) 報告を行わなかった場合 流通改善ガイドライン	【再診料】 注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、53点を算定する。 妥結率5割以下は変更なし 【施設基準】 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、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、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。

A001注5、A002注8
A001注15、A002注10
A001注16、A002注11

妊娠の継続や胎児に配慮した外来における診療を評価

妊婦加算 (再診料・外来診療料)

外来診療料も同様

改定前	改定後
【再診料】 注 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。 (新設) (新設)	【再診料】 注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は 420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。 注15 妊婦に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注16 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注 8 のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

初診料等における妊婦加算を新設

妊婦であることをどう判断するか？
(再診は問診票も難しい・・・)

A001注12
A001注13

地域包括診療加算等 (再診料)

かかりつけ

地域包括診療料等の見直し、
かかりつけ医機能をより一層推進する

評価を1と2に分けて
見直す

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 地域包括診療加算 20点 A001注12	【地域包括診療加算】 地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点
【認知症地域包括診療加算】 認知症地域包括診療加算 30点 A001注13	【認知症地域包括診療加算】 認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点
【施設基準】 (地域包括診療加算) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 イ 常勤の医師が 2 名以上配置されていること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 (新設) (略)	【施設基準】 (地域包括診療加算 1) (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の往診等の体制を確保していること。 <u>(在宅療養支援診療所以外の医療機関については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u> (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 (3) 以下の全てを満たしていること。 ア 訪問診療を提供した患者のうち、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、在宅療養支援診療所については 10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については 3人以上であること。 イ 直近 1 ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が 70%未満であること。 (略)

常勤 2 名から、常勤 1 名と
非常勤医師の組み合わせでも
よいこととする

外来から訪問診療への移行実績
往診 & 訪問診療の実績 (直近1年)

(直近1月)

(新設)

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

(ハ) 病院において院外処を行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の

(地域包括診療加算 2)

(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の連絡体制を確保していること。

(2) 以下のいずれかを満たしていること。

ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。

イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。

ウ 在宅療養支援診療所であること。

(略)

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること。必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能であること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

(ハ) 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受け

投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(中略)

(二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

(中略)

(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

(略)

ること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(中略)

(二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

(中略)

(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、省略することができる。この場合でも、他医療機関受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知すること。

(略)

薬剤適正使用連携加算 (地域包括診療加算等)

地域包括診療料等の見直し、
かかりつけ医機能をより一層推進する

かかりつけ

薬剤管理

連携

かかりつけ医と入院医療機関等が連携して
行う、医薬品の適正使用の取組を評価

改定後

【地域包括診療加算】【認知症地域包括診療加算】

(新) **薬剤適正使用連携加算** 30点

(退院又は退所の日を含む月の翌月までに1回)

注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

[算定要件]

以下の全ての要件を満たした場合に算定可能

ア 地域包括診療料等を算定する患者が、入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院・入所先の医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること（情報提供の手段は問わない）。

イ 入院・入所先の医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応した上でその照会内容及び対応について診療録に記録すること。

ウ 入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1ヶ月以内に当該医療機関等から情報提供を受けていること（情報提供の手段は問わない）。

減薬後の処方内容の情報提供

外来診療料

(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し)

大病院の外来医療の機能分
化の推進

許可病床500床以上要件を
400床に変更する

改定前	改定後
【初診料】 〔算定要件〕 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54点を算定する。 注 3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54点を算定する。	【初診料】 〔算定要件〕 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54点を算定する。 注 3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54点を算定する。

〔経過措置〕 平成30年10月1日より適用することとする。

外来診療料：
200床以上の病院が算定する再診料に
相当する点数（一部検査等が包括）

A002注4

特定妥結率
(外来診療料)

薬価調査が適切に実施される環境整備を図る

改定前	改定後
【外来診療料】 注 4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54点を算定する。 [施設基準] (新設)	【外来診療料】 注 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、54点を算定する。 [施設基準] 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が 5 割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、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、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。

報告を行わなかった場合

流通改善ガイドライン

妥結率5割以下は変更なし

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

放射線治療
(入院料等通則)

他科受診

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を緩和

改定前	改定後
【入院料等 通則】 〔算定要件〕 入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。 イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注 9」の規定により療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注 8」の規定により療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数により算定すること。	【入院料等 通則】 〔算定要件〕 入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。<u>ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</u> イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注 9」の規定により療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注 8」の規定により療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数により算定すること。

ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数により算定すること。

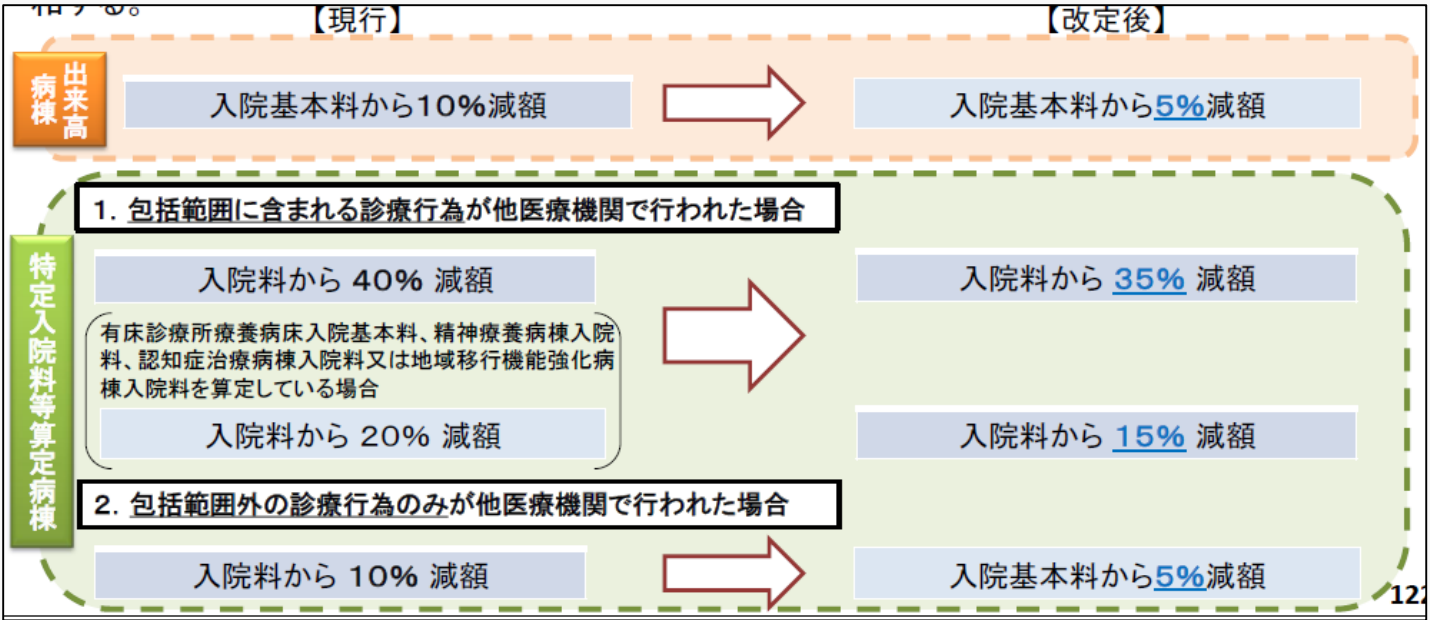
ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。

エ （略）

ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の35%を、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定すること。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。

エ （略）



厚労省説明会資料「医科1」
(2018年3月5日)

褥瘡対策に関する診療計画書

褥瘡に係る評価の算定要件等の見直し

入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に「スキン-テア」を加える

現 行	改定案																		
<褥瘡対策に関する診療計画書> <table><tr><td rowspan="8">危険因子の評価</td><td>日常生活自立度</td></tr><tr><td>・ 基本的動作能力</td></tr><tr><td>・ 病体骨突出</td></tr><tr><td>・ 関節拘縮</td></tr><tr><td>・ 栄養状態低下</td></tr><tr><td>・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）</td></tr><tr><td>・ 浮腫（局所以外の部位）</td></tr><tr><td><u>（新設）</u></td></tr></table>	危険因子の評価	日常生活自立度	・ 基本的動作能力	・ 病体骨突出	・ 関節拘縮	・ 栄養状態低下	・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	・ 浮腫（局所以外の部位）	<u>（新設）</u>	<褥瘡対策に関する診療計画書> <table><tr><td rowspan="8">危険因子の評価</td><td>日常生活自立度</td></tr><tr><td>・ 基本的動作能力</td></tr><tr><td>・ 病体骨突出</td></tr><tr><td>・ 関節拘縮</td></tr><tr><td>・ 栄養状態低下</td></tr><tr><td>・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）</td></tr><tr><td>・ <u>皮膚の脆弱性（浮腫）</u></td></tr><tr><td>・ <u>皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）</u></td></tr></table>	危険因子の評価	日常生活自立度	・ 基本的動作能力	・ 病体骨突出	・ 関節拘縮	・ 栄養状態低下	・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	・ <u>皮膚の脆弱性（浮腫）</u>	・ <u>皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）</u>
危険因子の評価		日常生活自立度																	
		・ 基本的動作能力																	
		・ 病体骨突出																	
		・ 関節拘縮																	
		・ 栄養状態低下																	
		・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）																	
		・ 浮腫（局所以外の部位）																	
	<u>（新設）</u>																		
危険因子の評価	日常生活自立度																		
	・ 基本的動作能力																		
	・ 病体骨突出																		
	・ 関節拘縮																		
	・ 栄養状態低下																		
	・ 皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）																		
	・ <u>皮膚の脆弱性（浮腫）</u>																		
	・ <u>皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）</u>																		

スキンテア（Skin Tear）：
摩擦・ずれによって皮膚が裂けたり、剥がれたりして、真皮深層までの皮膚損傷（部分層損傷）すること。
●スキンテアの例（褥瘡とは異なる）
・ ベッド柵に擦れて皮膚が裂けた
・ 絆創膏を剥がす際に皮膚が剥がれた
・ ネームバンドが擦れて皮膚が裂けた

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度Ⅱ (一般病棟用)

急性期の入院医療をより適切に評価する観点から判定基準を見直す

診療実績データを用いた判定方法

DPCデータ
(出来高データ入力の精度が問われる)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目及びC項目に対応する診療報酬請求区分について、診療実績データを用いて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のB項目とあわせて該当患者割合を判定する手法を、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価として設け、医療機関が改定前の評価方法と当該方法とを選択できるようにする。

改定前は「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」とし、選択制とする

改定後

(新) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ [施設基準]

Ⅱは「1割以内の一時的な変動」
は考慮されない→直ちに届出

- (1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者の割合は、届出前3月間の平均値を基本とすること。(ただし、届出受理後の措置である「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」は適用とならないため、3月の平均値が該当基準を下回る場合は直ちに変更の届け出が必要となる。)
- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は届出をすること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの判定方法の変更の届出頻度は6月おきとするが、入院料の変更に伴う判定方法の変更はこの限りでない。
- (3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行う場合は、届出前3月間において、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の割合と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の割合の差が、別に定める割合の範囲内であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度Ⅱ (一般病棟用)

厚労省説明会資料「医科1」(2018年3月5日)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し(Ⅱについて)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を重症度、医療・看護必要度Ⅱとして現行の方法と選択可能とする。

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

C	手術等の医学的状況
16	開頭手術(7日間)
17	開胸手術(7日間)
18	開腹手術(4日間)
19	骨の手術(5日間)
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)

[施設基準]

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

評価日において、EFファイルから別に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目を抽出

評価日において、Hファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610 酸素吸入
		140005910 間歇的陽圧吸入法
C 16	開頭手術(7日間)	150070110 脳腫瘍全摘術

重症度、医療・看護必要度 (一般病棟用の評価項目 & 基準)

重症度、医療・看護必要度

診療実績データを用いた判定方法を選択可能

急性期の入院医療をより適切に評価する観点から判定基準を見直す

改定前	改定後
【評価項目の見直し】 〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目〕 C項目（手術等の医学的状況） 16 開頭手術（7日間） 17 開胸手術（7日間） 18 開腹手術（5日間） 19 骨の手術（5日間） 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間） 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間） 22 救命等に係る内科的治療（2日間）	【評価項目の見直し】 〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目〕 C項目（手術等の医学的状況） 16 開頭手術（7日間） 17 開胸手術（7日間） 18 開腹手術（4日間） 19 骨の手術（5日間） 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間） 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間） 22 救命等に係る内科的治療（2日間）
【基準の見直し】 〔一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準〕 次のいずれかの基準を満たすこと ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上 ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上 ・手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上	【基準の見直し】 〔一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準〕 次のいずれかの基準を満たすこと ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上 ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上 ・手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上 ・<u>モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上で、かつ「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当</u>

開腹手術（5日→4日）
（対象が約1%減少）

トータルの影響は、
差引+4%

認知症患者の対応を考慮
（対象が約5%増加）

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (一般病棟入院基本料)

改定前	改定後
【一般病棟入院基本料】 【7対1入院基本料の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。(許可病床数が200床未満の場合にはあつては2割3分以上。) (新設) (新設) 【看護必要度加算1の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算2の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算3の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。	25%→30% 【一般病棟入院基本料】 【急性期一般入院料1の施設基準】 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3割以上、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2割5分以上入院させる病棟であること。 【急性期一般入院料2の施設基準】 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2割4分以上入院させる病棟であること。 【急性期一般入院料3の施設基準】 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2割3分以上入院させる病棟であること。 【急性期一般入院料4の施設基準】 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2割7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2割2分以上入院させる病棟であること。 【急性期一般入院料5の施設基準】 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2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1割7分以上入院させる病棟であること。 【急性期一般入院料6の施設基準】 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5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1割2分以上入院させる病棟であること。

該当患者割合要件について見直す

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (結核病棟入院基本料)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【結核病棟入院基本料】 【7対1入院基本料の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。	【結核病棟入院基本料】 【7対1入院基本料の施設基準】 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9分以上入院させる病棟であること。

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場合であって、結核病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度に係る基準のみを満たさない場合

結核病棟のユニットに係る見直し

障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営する7対1結核病棟において、重症度、医療・看護必要度の基準のみを満たさない場合、所定点数の100分の95を算定する入院料を設ける。

[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。

障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営している7対1結核病棟であること

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料】 【7対1入院基本料の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。（許可病床数が200床未満の場合にはあつては2割3分以上。） 【看護必要度加算1の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算2の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算3の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。	【特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料】 【7対1入院基本料の施設基準】 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2割8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2割3分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算1の施設基準】 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2割7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2割2分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算2の施設基準】 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2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1割7分以上入院させる病棟であること。 【看護必要度加算3の施設基準】 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5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1割2分以上入院させる病棟であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (総合入院体制加算)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【総合入院体制加算】 【総合入院体制加算 1、2 の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 3 割以上入院させる病棟であること。 【総合入院体制加算 3 の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 2 割 7 分以上入院させる病棟であること。	【総合入院体制加算】 【総合入院体制加算 1、2 の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>I</u> の基準を満たす患者を 3 割 5 分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>II</u> の基準を満たす患者を 3 割以上入院させる病棟であること。 【総合入院体制加算 3 の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>I</u> の基準を満たす患者を 3 割 2 分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>II</u> の基準を満たす患者を 2 割 7 分以上入院させる病棟であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度

(急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.6割以上入院させる病棟であること。	【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 急性期一般入院料7を算定する病棟、10対1特定機能病院入院基本料又は10対1専門病院入院基本料にあつては、<u>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7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6分以上入院させる病棟であること。</u>

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (看護補助加算 1)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【看護補助加算 1】 13対 1 入院基本料（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を0.5割以上入院させる病棟に限る。）、15対 1 入院基本料、18対 1 入院基本料又は20対 1 入院基本料を算定する病棟であること。	【看護補助加算 1】 地域一般入院料 1 及び 2、13対 1 入院基本料（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>I</u> の基準を満たす患者を6分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>II</u> の基準を満たす患者を5分以上入院させる病棟に限る。）、15対 1 入院基本料、18対 1 入院基本料又は20対 1 入院基本料を算定する病棟であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (回復期リハビリテーション病棟入院料)

診療実績データの提出に係る要件を見直す

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、別添 6 の別紙21及び別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A 項目）（以下この項目において「看護必要度評価票 A 項目」という。）を用いて測定すること。 【回復期リハビリテーション病棟入院料 1】 〔施設基準〕 当該病棟において、新規入院患者のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが0.5割以上であること。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添 6 の別紙21を用いて測定すること。 重複を整理する観点から、測定に用いる用紙を統一する 【回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2】 〔施設基準〕 <u>（削除）</u> 重症度、医療・看護必要度の判定基準を削除

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病棟入院料)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【地域包括ケア病棟入院料の施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟又は病室であること。	【地域包括ケア病棟入院料】 【地域包括ケア病棟入院料の施設基準】 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8分以上入院させる病棟又は病室であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (特定一般病棟入院料)

該当患者割合要件について見直す

改定前	改定後
【特定一般病棟入院料】 【特定一般病棟入院料の注 7 に規定する施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 1 割以上入院させる病室であること。	【特定一般病棟入院料】 【特定一般病棟入院料の注 7 に規定する施設基準】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>I</u> の基準を満たす患者を <u>1</u> 割以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 <u>II</u> の基準を満たす患者を <u>8 分以上</u> 入院させる病室であること。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度（まとめ）

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

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%

15

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度
(経過措置 別表1)

[経過措置]

(1) 平成30年3月31日に以下の別表1の左欄に掲げる病棟については、平成30年9月30日までの間、右欄に掲げる入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。

別表1 改定前	改定後
7 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 1
10 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 1 の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 4
10 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 2 の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 5
10 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 3 の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 6
7 対 1 結核病棟入院基本料の届出を行っている病棟	7 対 1 結核病棟入院基本料
7 対 1 特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟	7 対 1 特定機能病院入院基本料
10 対 1 特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 1 の届出を行っている病棟	10 対 1 特定機能病院入院基本料の看護必要度加算 1
10 対 1 特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 2 の届出を行っている病棟	10 対 1 特定機能病院入院基本料の看護必要度加算 2
10 対 1 特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 3 の届出を行っている病棟	10 対 1 特定機能病院入院基本料の看護必要度加算 3
7 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟	7 対 1 専門病院入院基本料

別表1 改定前	改定後
10 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 1 の届出を行っている病棟	10 対 1 専門病院入院基本料の看護必要度加算 1
10 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 2 の届出を行っている病棟	10 対 1 専門病院入院基本料の看護必要度加算 2
10 対 1 専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算 3 の届出を行っている病棟	10 対 1 専門病院入院基本料の看護必要度加算 3
総合入院体制加算の届出を行っている病棟	総合入院体制加算 1 総合入院体制加算 2 総合入院体制加算 3
10 対 1 入院基本料（一般病棟のみ）の届出を行っている病棟のうち、急性期看護補助体制加算の届出を行っている病棟	急性期看護補助体制加算
10 対 1 入院基本料（一般病棟のみ）の届出を行っている病棟のうち、看護職員夜間配置加算の届出を行っている病棟	看護職員夜間配置加算
13 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護補助加算 1 の届出を行っている病棟	看護補助加算 1
地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟	地域包括ケア病棟入院料
特定一般病棟入院料の注 7 の届出を行っている病棟	特定一般病棟入院料の注 7

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (経過措置 別表2)

[経過措置]

(2) 平成30年3月31日に許可病床数200床未満の病院において7対1 一般病棟入院基本料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、別表2の左欄に掲げる入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準は、右欄の値とする。

別表2

改定後の入院料	重症度、医療・看護必要度の基準 (許可病床200床未満の病院に限る)
急性期一般入院料 2	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が2割2分以上（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる場合は2割7分）
急性期一般入院料 3	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が2割1分以上（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる場合は2割6分）

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (救命救急入院料)

重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする

改定前	改定後
【救命救急入院料】 [救命救急入院料 1、3 の施設基準] (新設)	【救命救急入院料】 [救命救急入院料 1、3 の施設基準] 当該治療室に入院している患者の特定集中治療室用の重症度、 <u>医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度 (脳卒中ケアユニット入院医療管理料)

重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする

改定前	改定後
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 〔脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準〕 (新設)	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 〔脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準〕 当該治療室に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

23. 介護医療院

充実の加算制度

改定事項

①介護医療院の基準

多くの場合、介護療養病棟や老健より若干高く設定

②介護医療院の基本報酬等

移行定着支援加算（93単位）

③介護医療院への転換

認知症専門ケア加算 3~4単位/日

④認知症専門ケア加算の創設

若年性認知症患者受け入れ加算 120単位/日

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日

⑤排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

排泄支援加算 100単位/月

⑥口腔衛生管理の充実

口腔衛生管理加算 90単位/月

⑦栄養マネジメント加算の要件緩和

栄養マネジメント加算 14単位/日

⑧栄養改善の取組の推進

低栄養リスク改善加算 300単位/月

⑨入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

再入所時栄養連携加算 400単位/回

⑩身体的拘束等の適正化

身体拘束廃止未実施減算 10%/日

⑪診断分類（DPC）コードの記載

⑫療養食加算の見直し

療養食加算 6単位/回

⑬介護職員処遇改善加算の見直し

介護職員処遇改善加算

⑭居室とケア

⑮介護医療院が提供する居宅サービス

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（人員基準）

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	—	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—	100:1 (施設で1以上)	—
	薬剤師	150:1	—	150:1	300:1	—	—	300:1	—
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】 ^(注3) 看護6:1、 介護6:1～4:1
	介護職員	6:1	5:1～4:1	5:1	6:1	5:1～4:1	6:1～4:1		
	支援相談員							100:1 (1名以上)	—
	リハビリ専門 職	PT/OT: 適当数	—	PT/OT/ST:適当数		—	—	PT/OT/ST: 100:1	—
	栄養士	定員100以上 で1以上	—	定員100以上で1以上		—	—	定員100以上 で1以上	—
	介護支援専 門員	100:1 (1名以上)	—	100:1 (1名以上)		—	—	100:1 (1名以上)	—
	放射線技師	適当数	—	適当数		—	—		
	他の従業者	適当数	—	適当数		—	—	適当数	—
医師の宿直		医師:宿直	—	医師:宿直	—	—	—	—	—

注1: 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2: 背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3: 基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（施設基準）

		介護療養病床（病院） 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	（薬剤師が調剤を行う場合：調剤所）
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	（3階以上に病室がある場合） 建築基準法に基づく主要構造部：耐火建築物	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

+25~+49（老健から転換の要介護1と2は-69,-59）

単位数

多くの場合、介護療養病棟や老健より若干高く設定

1

充実の加算制度

○ 基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	(新設)					
	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅰ) (療養機能強化型A相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅱ) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅲ) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護5:1)	Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅰ) (転換老健相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅱ) (転換老健相当) (看護6:1 介護5:1)	Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅲ) (転換老健相当) (看護6:1 介護6:1)
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。 258

転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組み

3

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>
移行定着支援加算 93単位／日（新設）

2

介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換

算定要件等

93単位の重み

6

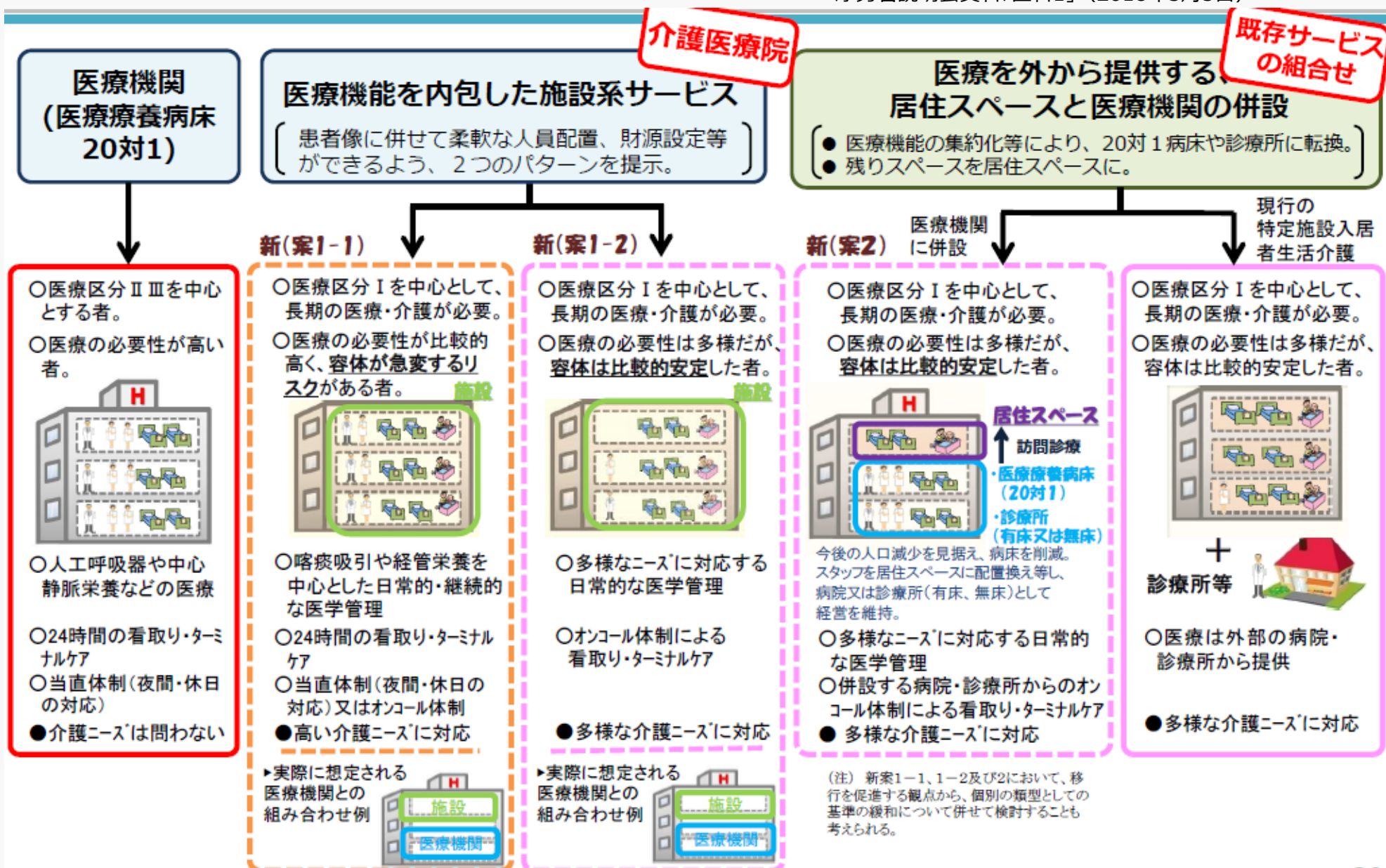
- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。 261

4

最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能

介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。

5



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

介護医療院の創設への対応

- 介護療養型医療施設（介護療養病床）の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。
1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
 2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「退院先」として扱う。
 3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
 4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。
[対応する報酬] 診療情報提供料（Ⅰ）、退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）
 5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

介護報酬改定における対応

（医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設）

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



急性期一般入院基本料と地域一般入院基本料の整理

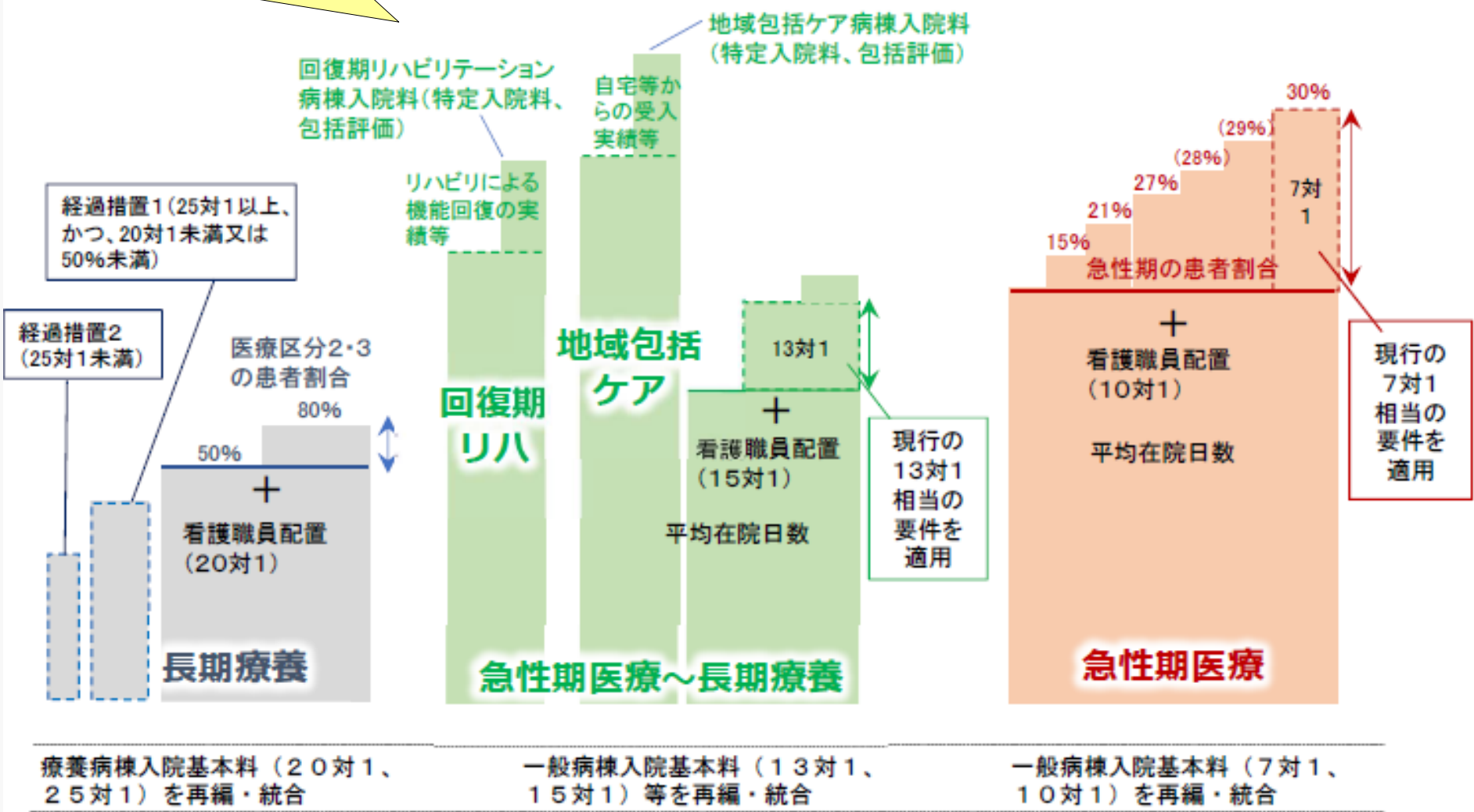
病床再編

改定前	改定後
1 7対1入院基本料 1,591点	1 急性期一般入院基本料
2 10対1入院基本料 1,332点	イ急性期一般入院料 1 1,591点
3 13対1入院基本料 1,121点	ロ急性期一般入院料 2 1,561点
4 15対1入院基本料 960点	ハ急性期一般入院料 3 1,491点
	ニ急性期一般入院料 4 1,387点
	ホ急性期一般入院料 5 1,377点
	ヘ急性期一般入院料 6 1,357点
	ト急性期一般入院料 7 1,332点
	2 地域一般入院基本料
	イ地域一般入院料 1 1,126点
	ロ地域一般入院料 2 1,121点
	ハ地域一般入院料 3 960点

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合

中医協総会2018年2月7日 参考資料



各入院料の概要

【平成30年度改定での見直し(案)】

中医協総会2018年2月7日 参考資料

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	【療養病棟入院料】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合80%	【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の実績指数に応じた評価 入院料1(37以上) 入院料3(30以上) 入院料5(30以上) 【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ◆自宅等から緊急入院の受入実績、在宅医療の提供実績等(入院料1、3)	【地域一般入院基本料】 ◆地域一般入院料1 ・重症度、医療・看護必要度の測定 ◆地域一般入院料1・2 ・看護配置13対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数24日	【急性期一般入院基本料】 ◆急性期一般入院料1 ・看護配置7対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数18日 ・在宅復帰・病床機能連携率8割 ・重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合30%、(必要度Ⅱの25%) ◆急性期一般入院料2～3 ・重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合24%、23%
基本部分の評価の要件	【療養病棟入院料】 ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合50%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・看護配置15対1 【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ・看護配置13対1	【地域一般入院基本料】 ・看護配置15対1 ・看護師比率4割 ・平均在院日数60日	【急性期一般入院基本料】 ・看護配置10対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料2(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、200床以上の医療機関は、データ提出を算定要件化する。	・回復期リハビリテーション病棟入院料(1～4)と、200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料(5～6)は、データ提出を算定要件化する。		・実績による評価部分は、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡを選択可能とする。 ・入院料2～3は、原則、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。 ・なお、許可病床200床未満の医療機関については、入院料2と3で、必要度Ⅰを用いても差し支えないこととし、基準値に係る経過措置を設ける。

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、実績に応じた一般病棟入院基本料の評価体系を導入

急性期一般入院基本料

病床再編

改定後

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合し、「急性期一般入院基本料」とする

(新) 急性期一般入院基本料（1日につき）

[施設基準]

【通則】

- (1) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。（急性期一般入院料1にあつては7又はその端数を増すごとに1以上であること。）
- (2) 看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。（急性期一般入院料1にあつては18日以内であること。）
- (4) テータ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

1 急性期一般入院料1 1,591点

[施設基準]

- (1) 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3割以上、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2割5分以上入院させる病棟であること。
- (2) 自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (3) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じた数以上であること。

2 急性期一般入院料2 1,561点

[施設基準]

- (1) 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2割4分以上入院させる病棟であること。
- (2) 届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1を届け出ていること。

3 急性期一般入院料3 1,491点

[施設基準]

- (1) 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2割3分以上入院させる病棟であること。
- (2) 届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1若しくは2を届け出ていること。

4 急性期一般入院料4 1,387点

[施設基準]

- 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2割7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2割2分以上入院させる病棟であること。

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」は、改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
「一般病棟用の重要度、医療・看護必要度Ⅱ」は、診療実績データを用いた評価

改定前の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

5 急性期一般入院料 5 1,377点

[施設基準]

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2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1割7分以上入院させる病棟であること。

6 急性期一般入院料 6 1,357点

[施設基準]

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5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1割2分以上入院させる病棟であること。

7 急性期一般入院料 7 1,332点

[施設基準]

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」は、改定前の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」であり、「一般病棟用の重要度、医療・看護必要度Ⅱ」は、診療実績データを用いた評価である。

[経過措置]

- (1) 平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の病院で7対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料3を届け出る場合は、平成32年3月31日までの間に限り、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を用いても差し支えない。
- (2) 平成30年3月31日時点で7対1一般病棟入院基本料及び病棟群単位の届出を行っている病棟は、平成32年3月31日までの間に限り、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料3の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。
- (2) 平成30年3月31日に10対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、平成30年4月1日以降、急性期一般入院料7を算定する病棟については、名称変更となるが、新たな届出は必要ない。

別表2

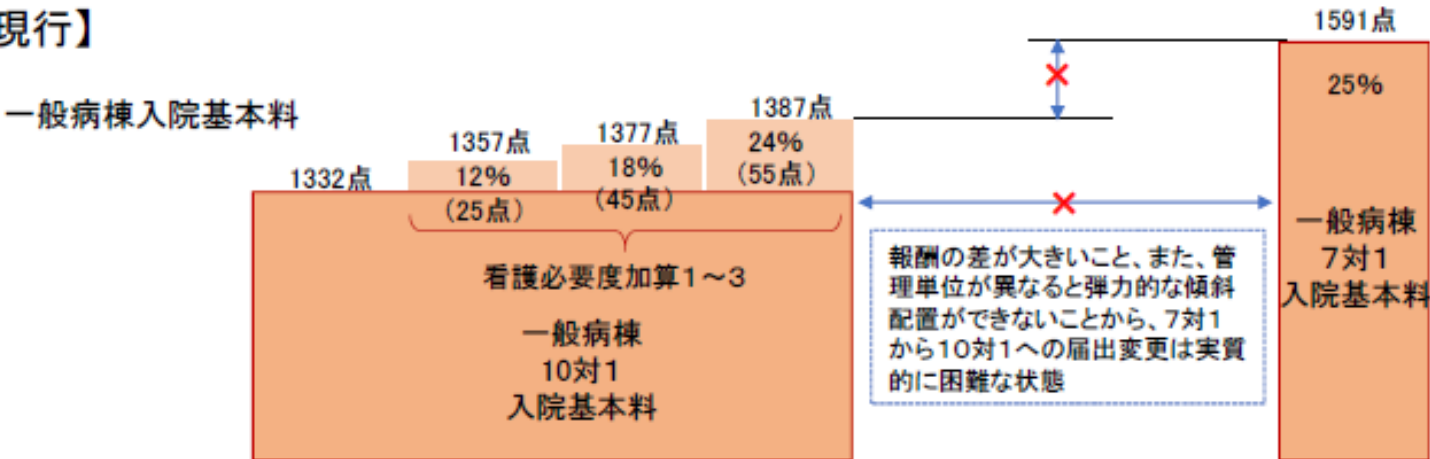
改定前	改定後
病棟群単位の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 2
許可病床200床未満の保険医療機関で7対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が2割3分以上2割5分未満の病棟	

[経過措置]

平成30年3月31日に別表2の左欄に掲げる病棟については、平成30年9月30日までの間、右欄に掲げる入院料の基準を満たしているものとする。

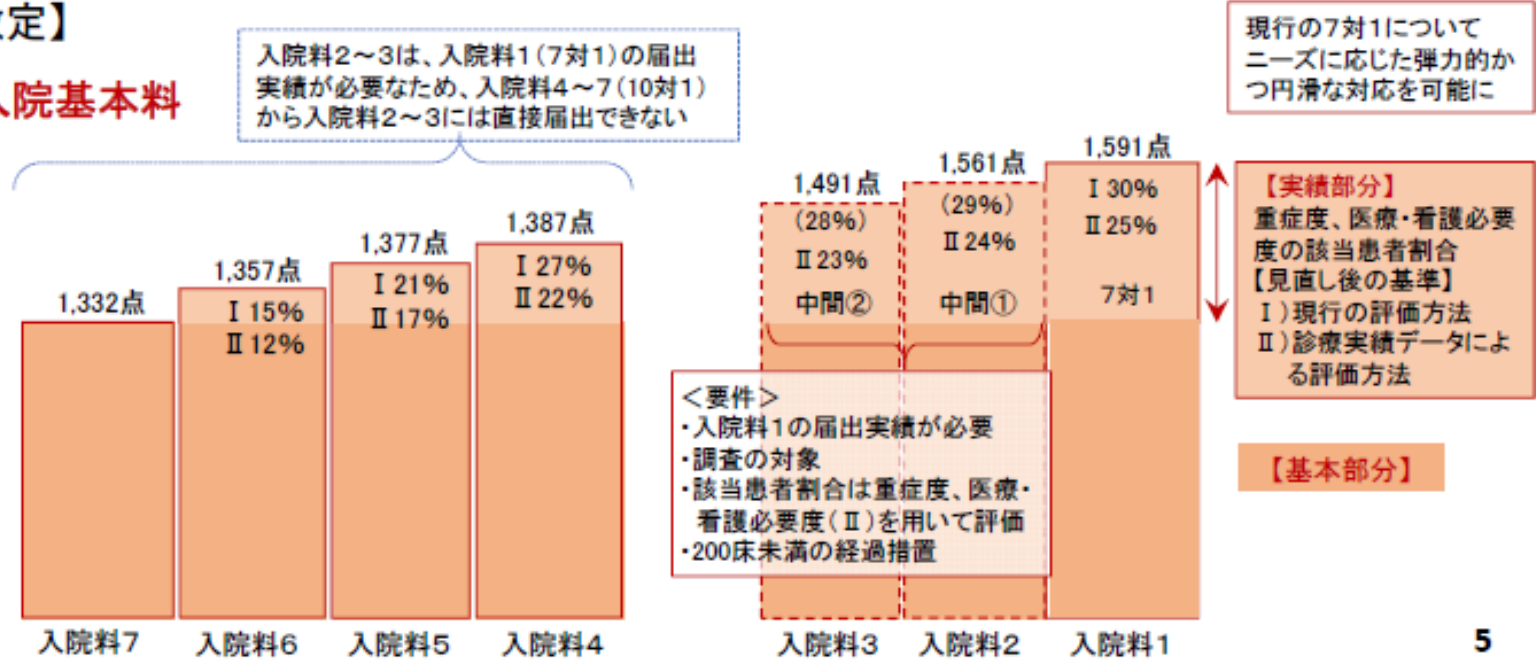
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1 ～ 7）の内容

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に再編する

中医協総会2018年2月7日 参考資料

		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	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%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
医師の員数		—						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:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

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、実績に応じた一般病棟入院基本料の評価体系を導入

地域一般入院基本料

病床再編

改定後	
(新) 地域一般入院基本料（1日につき） [施設基準] 【通則】 (1) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。（地域一般入院料1及び2にあつては13又はその端数を増すごとに1以上であること。） (2) 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。（地域一般入院料1及び2にあつては7割以上であること。） (3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数60日以内であること。（地域一般入院料1及び2にあつては24日以内であること。） 1 地域一般入院料1 1,126点 [施設基準] 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。 2 地域一般入院料2 1,121点 [施設基準] 地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。 3 地域一般入院料3 960点 [施設基準] 地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。	一般病棟入院基本料（13対1、15対1）を再編・統合し、「地域一般入院基本料」とする 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」は、改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

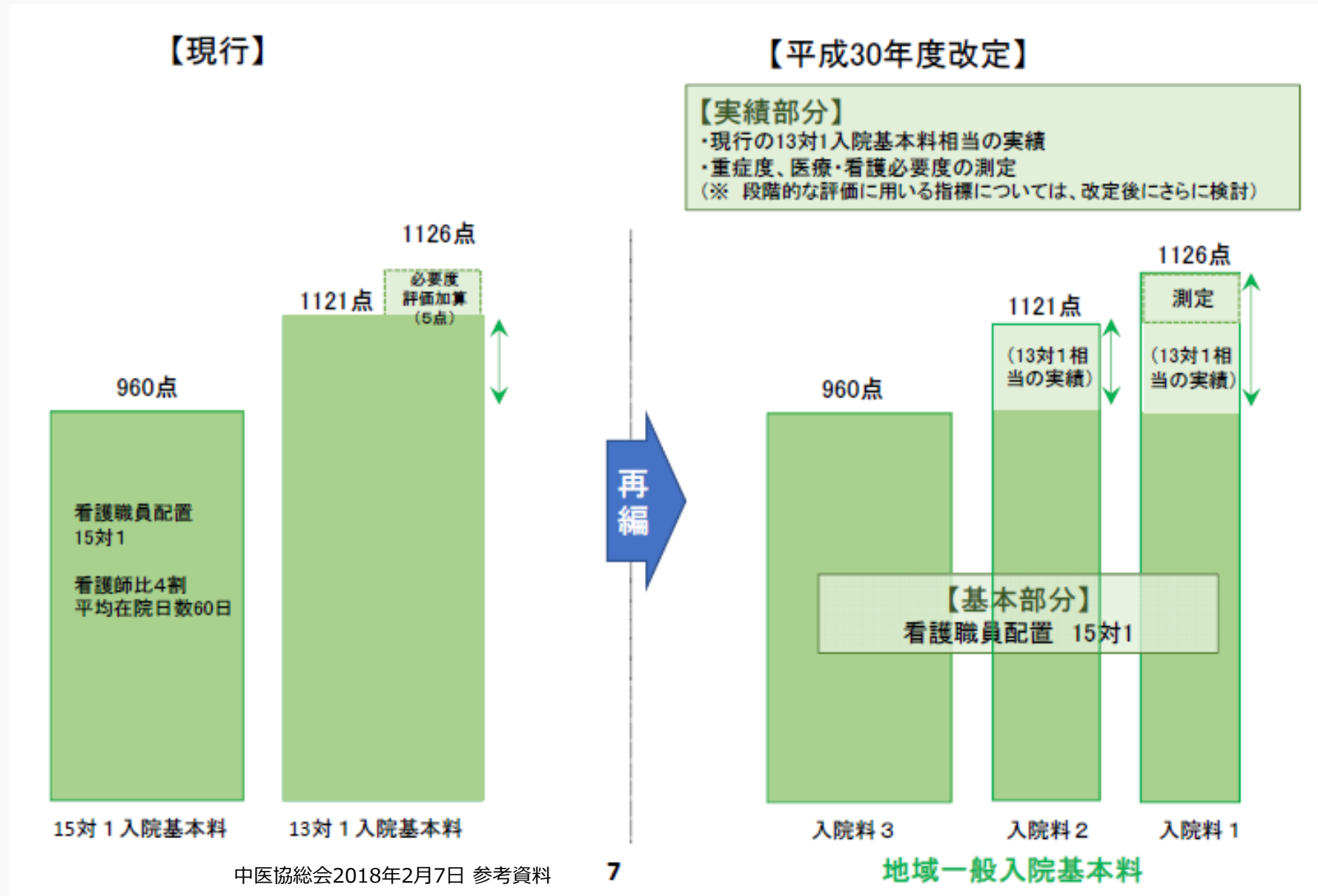
別表 1

改定前	改定後
13 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟	地域一般入院料 1
13 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っていない病棟	地域一般入院料 2
15 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	地域一般入院料 3

[経過措置]

別表 1 の左欄に掲げる病棟については、右欄に名称変更されるが、平成30年 3 月31日に届出を行っている病棟については、新たな届出は必要ない。

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）の再編・統合のイメージ



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

中医協総会2018年2月7日 参考資料

在宅復帰・病床機能連携率 (急性期一般入院料 1、7 対 1 入院基本料)

在宅復帰率の指標の定義等について見直し

改定前	改定後
【7 対 1 入院基本料】 [施設基準] 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が 8 割以上であること。 7 対 1 入院基本料に係る自宅等に退院するものとは次のア、イいずれにも該当しない患者をいう。 ア 他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料 1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 イ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者	【急性期一般入院料 1、7 対 1 入院基本料】 [施設基準] 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が 8割以上であること。 急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料に係る自宅等に退院するものとは、<u>他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。</u> <u>（削除）</u> <u>（削除）</u>

介護医療院については、「住まい」の機能を有する施設であるとの考え方から、「自宅等」の対象として扱う

在宅復帰に係る指標の名称を、急性期一般入院料 1、7 対 1 特定機能病院入院基本料（一般）及び 7 対 1 専門病院入院基本料に係る指標は「在宅復帰・病床機能連携率」とする。

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ（改定前）

中医協総会2018年2月7日 参考資料

【現行】

(加算+)
→在宅復帰機能強化加算

在宅復帰率

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

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ

中医協総会2018年2月7日 参考資料

【平成30年度改定】



救急・在宅等支援病床初期加算 (一般病棟入院基本料)

介護医療院は在宅復帰・在宅移行に係る評価において、居住系介護施設等を含め「退院先」として取り扱う

介護医療院は在宅からの受入れに対する評価において、「自宅」として取り扱う

有床診療所入院基本料の「有床診療所一般病床初期加算」、有床診療所療養病床入院基本料の「救急・在宅等支援療養病床初期加算」特定一般病棟入院料の「救急・在宅等支援病床初期加算」についても同様

改定前	改定後
【一般病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注 5 13対 1 入院基本料又は15対 1 入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法（平成 9 年法律第123号）第 8 条第27項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の 5 に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の 6 に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第 1 項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1 日につき150点を所定点数に加算する。	【一般病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注 5 地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第 8 条29項に規定する介護医療院（以下この表において「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の 5 に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の 6 に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第 1 項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1 日につき150点を所定点数に加算する。 ※ 有床診療所入院基本料の「有床診療所一般病床初期加算」、有床診療所療養病床入院基本料の「救急・在宅等支援療養病床初期加算」及び特定一般病棟入院料の「救急・在宅等支援病床初期加算」についても同様

小規模病院の夜間救急外来と病棟の看護職員体制を効率的に確保

夜間における救急患者への対応 (一般病棟入院基本料の減算)

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基本料
についても同様

改定後

〔算定要件〕

- (1) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
- (2) 当該病棟において当該入院料を算定できるのは年6回までとする。

〔算定対象〕

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基本料

〔施設基準〕

(1) 厚生労働大臣が定める保険医療機関

① 許可病床数が100床未満であること。

② 当該日の夜勤時間帯において、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 以上であること。ただし、当該日における当該病棟の入院患者数が30人未満の場合は、本文の規定にかかわらず、当該時間において、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、1 以上であること。

(2) 厚生労働大臣が定める日

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にやむを得ず一時的に当該病棟外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。

病床規模の小さい病院
夜勤帯における病棟の看護体制

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



外来へ

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。

厚生省説明会資料「医科1」(2018年3月5日)

一時的に看護体制を満たさなくなった場合
一定の条件に限り算定できる入院基本料の
減算評価を新設

一時的の具体的時間は疑義解釈通知待ち

褥瘡に係る評価の算定要
件等の見直し

ADL維持向上等体制加算

改定前	改定後
【A D L 維持向上等体制加算】 [施設基準] アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のA D L は、基本的日常生活活動度（BarthelIndex）（以下「B I」という。）を用いて評価することとする。 ア（略） イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（D E S I G N-R 分類 d 2 以上とする。）を保有している入院患者の割合が 1.5%未満であること。	【A D L 維持向上等体制加算】 [施設基準] アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のA D L は、基本的日常生活活動度（BarthelIndex）（以下「B I」という。）を用いて評価することとする。 ア（略） イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（D E S I G N-R 分類 d 2 以上とする。）を保有している入院患者の割合が <u>2.5%未満</u>であること。<u>ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。</u>

院内褥瘡発生率の
基準を見直す

A100

医療資源の少ない地域に配慮した評価

病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和

医療資源の少ない地域 (一般病棟入院基本料)

改定前	改定後
【一般病棟入院基本料】 [留意事項] 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。	【一般病棟入院基本料】 [留意事項] 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、<u>400床以上</u>の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

要件の緩和対象を、200床未満の病院に加えて、400床未満の病院も追加する

A101

療養病棟入院料

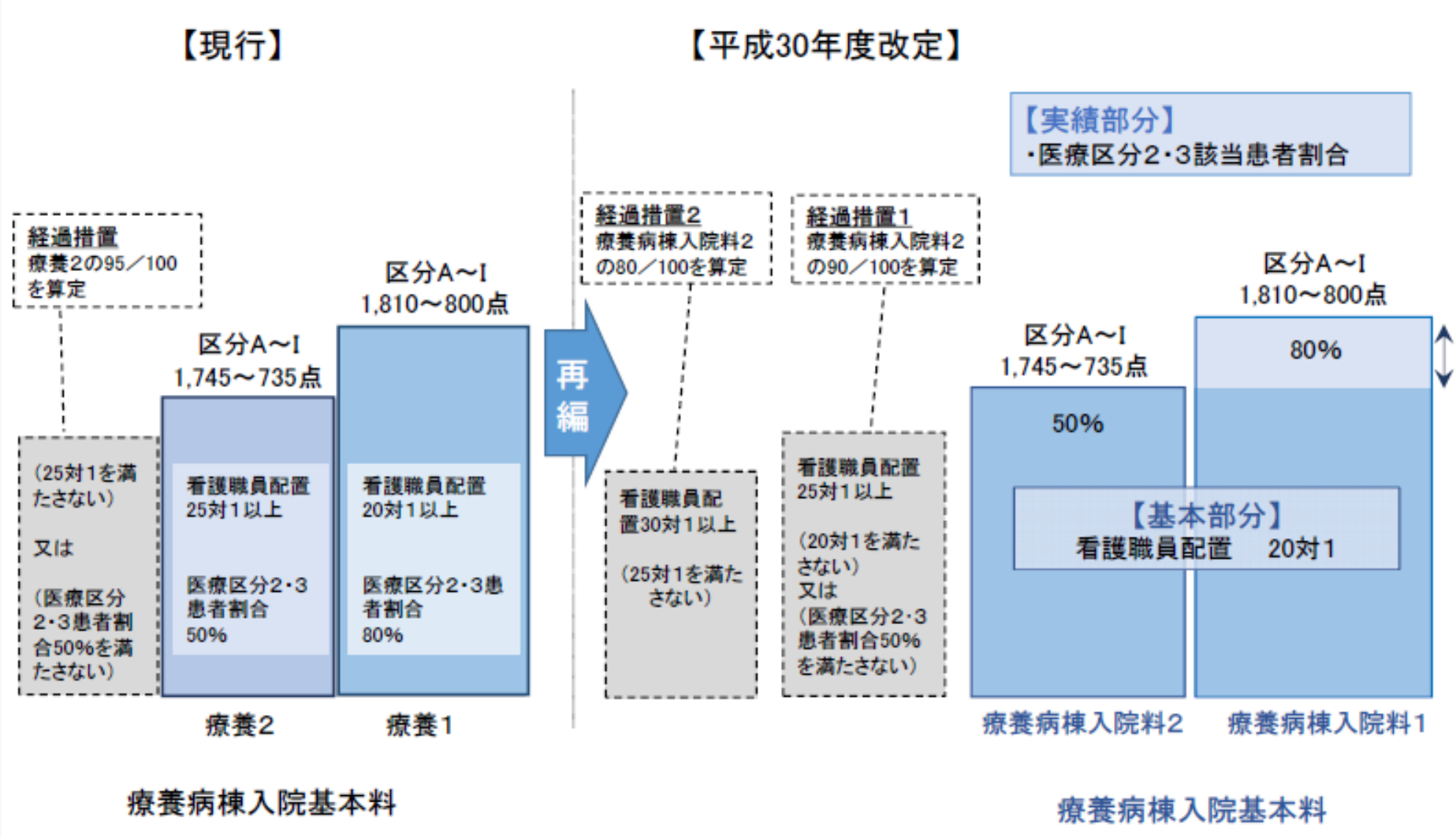
- ・入院医療の評価体系の再編・統合の方向性
- ・医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】（1日につき） 1 療養病棟入院基本料 1 イ 入院基本料 A 1,810点 ロ 入院基本料 B 1,755点 ハ 入院基本料 C 1,468点 ニ 入院基本料 D 1,412点 ホ 入院基本料 E 1,384点 ヘ 入院基本料 F 1,230点 ト 入院基本料 G 967点 チ 入院基本料 H 919点 リ 入院基本料 I 814点 2 療養病棟入院基本料 2 イ 入院基本料 A 1,745点 ロ 入院基本料 B 1,691点 ハ 入院基本料 C 1,403点 ニ 入院基本料 D 1,347点 ホ 入院基本料 E 1,320点 ヘ 入院基本料 F 1,165点 ト 入院基本料 G 902点 チ 入院基本料 H 854点 リ 入院基本料 I 750点	【療養病棟入院基本料】（1日につき） 1 療養病棟入院料 1 イ 入院料 A 1,810点 ロ 入院料 B 1,755点 ハ 入院料 C 1,468点 ニ 入院料 D 1,412点 ホ 入院料 E 1,384点 ヘ 入院料 F 1,230点 ト 入院料 G 976点 チ 入院料 H 919点 リ 入院料 I 814点 2 療養病棟入院料 2 イ 入院料 A 1,745点 ロ 入院料 B 1,691点 ハ 入院料 C 1,403点 ニ 入院料 D 1,347点 ホ 入院料 E 1,320点 ヘ 入院料 F 1,165点 ト 入院料 G 902点 チ 入院料 H 854点 リ 入院料 I 750点

名称の変更

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

中医協総会2018年2月7日 参考資料



療養病棟入院料 1 ～ 2 の内容

20対1看護職員配置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 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1 (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

中医協総会2018年2月7日 参考資料

- ・入院医療の評価体系の再編・統合の方向性
- ・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

施設基準等 (療養病棟入院料)

改定前	改定後
[施設基準] (療養病棟入院基本料 1) ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の 2 割以上が看護師であること。 ③ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であることとする。 ④ 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が 8 割以上であること。 (療養病棟入院基本料 2) ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の 2 割以上が看護師であること。 ③ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であることとする。 ④ 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が 5 割以上であること。	[施設基準] <u>(療養病棟入院基本料の通則)</u> ① <現行通り> ② <現行通り> ③ <現行通り> <u>(療養病棟入院料 1)</u> ① <u>当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が8割以上であること。</u> <u>(療養病棟入院料 2)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> ① <u>当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が5割以上であること。</u>

8割

医療区分 2・3 の該当患者割合
に応じた 2 段階評価とする

5割

(経過措置)

注11 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出ていた療養病棟入院基本料 2 を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

(新設)

改定前の療養病棟入院基本料 2
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経過措置（所定点数の100分の 95を算定）について、
新たな経過措置とした上で 2 年間延長する

(新設)

[算定要件]

(経過措置 1)

注11 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料 2 の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料 2 は、当面、経過措置期間を
まずは 2 年間とする

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定めるもの)

20対 1 看護職員配置に一本化

① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

② 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が5割以上であること。

(別に厚生労働大臣が定める基準)

① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

② 平成30年 3 月31日時点において、療養病棟入院基本料を算定していた病棟であること。

(新設)	<u>【算定要件】</u> <u>（経過措置 2）</u> 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合については、それぞれの所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
(新設)	<u>【施設基準】</u> <u>（別に厚生労働大臣が定める基準）</u> ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ③ 経過措置 1 における届け出を行っていない病棟であること。 ④ 平成30年 3 月31日時点において、療養病棟入院基本料 2 の注 11を算定していた病棟であること。

看取りの方針

(療養病棟入院基本料)

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 (新設)	【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを要件化

A101注6 急性期患者支援療養病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算

在宅支援

救急・在宅等支援病床
初期加算等の見直し

入院前の居場所により患者の状態等が
異なるため、加算評価を区別

何が違うか？
・病棟から受け入れ→治療が終わってから入院
・在宅からの入院→これから検査や治療

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して 14日を限度として、<u>救急・在宅等支援療養病床初期加算</u>として、1日につき150点（療養病棟入院基本料 1 を算定する場合にあっては、1日につき300点を所定点数に加算する。	【療養病棟入院料】 注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、<u>急性期患者支援療養病床初期加算</u>として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、<u>治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算</u>として、1日につき350点を所定点数に加算する。

急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを分けて評価

介護医療院は自宅と同様に扱う

入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することを要件に追加

A101注10

在宅復帰率の指標の定義等について見直し

在宅復帰機能強化加算 (療養病棟入院料)

一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げる

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 注10 療養病棟入院基本料 1 を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1 日につき10点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した 1 年間の患者数を、当該病棟の 1 年間の 1 日平均入院患者数で除した数が100分の10以上であること。	【療養病棟入院料】 注10 療養病棟入院料 1 を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1 日につき50点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した 1 年間の患者数を、当該病棟の 1 年間の 1 日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。

10点→50点（5倍）強力な政策誘導

10/100→15/100
要件強化

A101注13

療養病棟における夜間ケアの充実

夜間看護加算 (療養病棟入院料)

看護職員等の手厚い夜間配置の評価を新設

改定後	
(新) 夜間看護加算 35点 (1日につき) [施設基準] (1) 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。 (2) A D L 区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。 (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 [留意事項] (1) 夜間看護加算は、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護要員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む3人以上でなければ算定できない。 (2) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。	日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する療養病棟入院基本料を算定する病棟

身体的拘束を最小化する取組

医療区分 3 の評価項目の見直し

医療区分 (療養病棟入院基本料)

改定前	改定後
【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】 〔算定要件〕 少なくとも連続して 24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。	【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】 〔算定要件〕 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。 <u>なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分 3 又は医療区分 2 の項目に、1 つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分 3 として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分 2 として取り扱うものとする。</u>

「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」だけは2。その他に2が1つあれば3。

A101注4
A109注4

褥瘡対策加算（褥瘡評価実施加算） （療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料）

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】〔算定要件〕

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

改定後

【褥瘡対策加算】〔算定要件〕

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算1 15点
ロ 褥瘡対策加算2 5点

〔留意事項〕

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点（※）が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

（※）DESIGN-Rの合計点：褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

（※）実績点：暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合（中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点）

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
	1点	2点	3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

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

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

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

有床診療所入院基本料

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

もう一つの有床診療所モデル
(専門医療提供モデル)

有床診療所入院基本料 2 及び 3
についても同様

改定前

改定後

【有床診療所入院基本料 1】

〔施設基準〕

- ① 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7 以上であること。
 - ② 患者に対して必要な医療を提供するために複数の機能を担っていること。
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7 以上であること。
- イ 次の施設基準のうち、2 つ以上に該当すること。

(イ) ～ (チ) (略)

(リ) 過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護若しくは同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

(ヌ) (ル) (略)

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

【有床診療所入院基本料 1】

〔施設基準〕

- ① 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7 以上であること。
 - ② 患者に対して必要な医療を提供するために複数の機能を担っていること。
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7 以上であること。
- イ 次の施設基準のうち、(イ) 又は (ロ) ～ (ル) のうち 2 つ以上に該当すること。

※ (ロ) ～ (リ) に移動

(イ) 過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

(ロ) ～ (ル) (略)

※ 有床診療所入院基本料 2 及び 3 についても同様

介護サービス（例） （有床診療所入院基本料）

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所



介護サービス（例）（多様なサービスの組み合わせが可能）

短期入所療養介護※

- 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

- 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問（看護・介護）を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院

- 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

有床診療所在宅復帰機能強化加算

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

改定前	改定後
【有床診療所在宅復帰機能強化加算】 注11 有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に 1 日につき 5 点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 (略) (3) 平均在院日数が60日以内であること。	【有床診療所在宅復帰機能強化加算】 注11 有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に 1 日につき20点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 (略) (3) 平均在院日数が90日以内であること。

評価の引き上げ

平均在院日数に係る要件の見直し

介護連携加算 (有床診療所入院基本料)

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

改定後

(新) 介護連携加算（1日につき）

介護連携加算 1 192点

介護連携加算 2 38点

高齢患者等の入院受入に係る評価を新設

[算定要件]

(1) 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の患者又は65歳以上の患者であること。

(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する。

[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 に係る届出を行っていること。

(2) 施設基準のうち（イ）の要件を満たしていること。

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こと。

(2) 施設基準のうち（イ）の要件を満たしていること。

介護サービスを提供している有床診療所

安全で質の高い医療を提供するように要件を見直し、勤務環境改善など合理化を行う

総合入院体制加算

改定前	改定後
【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 (7) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医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師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すること。 イ 当該保険医療機関内に、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、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。	【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。</u> (7) 病院に勤務する<u>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、次の体制を整備していること。</u> ア 当該保険医療機関内に、<u>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すること。</u> イ 当該保険医療機関内に、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、「<u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>」を作成すること。<u>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、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会又は会議は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第 19条に規定する安全衛生委員会等既存の委員会を活用することで差し支えない。</u> <u>(削除)</u>

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する

エ イに規定する委員会等において、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病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（静脈採血の検査部における実施○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）

(ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

① 医師事務作業補助者の配置

② 短時間正規雇用医師の活用

③ 地域の他の保険医療機関との連携体制

④ 交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。）

⑤ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

オ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。

（新設）

(12) 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

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

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こと。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ 当該計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

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

（削除）

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すること。

(12) 療養病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない又は当該保険医療機関と同一建物内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日以前に施設を設置している場合には、なお従前の例による。

総合入院体制加算

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**。

大病院とその他の医療機関との
機能分化を推進

在宅患者緊急入院診療加算

在宅支援

改定前	改定後
【在宅患者緊急入院診療加算】 〔算定要件〕 1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C 0 0 0に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号C 0 1 2に掲げる在宅患者共同診療料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点 2～3 （略） 注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	【在宅患者緊急入院診療加算】 〔算定要件〕 1 <現行通り> 2～3 （略） 注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

許可病床500床以上要件を
400床に変更する

〔経過措置〕 平成31年4月1日より適用することとする。

医師事務作業補助体制加算

安全で質の高い医療を提供するように要件を見直し、勤務環境改善など合理化を行う

改定前	改定後
【医師事務作業補助体制加算】 1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対 1 補助体制加算 870点 ロ 20対 1 補助体制加算 658点 ハ 25対 1 補助体制加算 530点 ニ 30対 1 補助体制加算 445点 ホ 40対 1 補助体制加算 355点 ヘ 50対 1 補助体制加算 275点 ト 75対 1 補助体制加算 195点 チ 100対 1 補助体制加算 148点 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対 1 補助体制加算 810点 ロ 20対 1 補助体制加算 610点 ハ 25対 1 補助体制加算 490点 ニ 30対 1 補助体制加算 410点 ホ 40対 1 補助体制加算 330点 ヘ 50対 1 補助体制加算 255点 ト 75対 1 補助体制加算 180点 チ 100対 1 補助体制加算 138点	【医師事務作業補助体制加算】 1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対 1 補助体制加算 <u>920点</u> ロ 20対 1 補助体制加算 <u>708点</u> ハ 25対 1 補助体制加算 <u>580点</u> ニ 30対 1 補助体制加算 <u>495点</u> ホ 40対 1 補助体制加算 <u>405点</u> ヘ 50対 1 補助体制加算 <u>325点</u> ト 75対 1 補助体制加算 <u>245点</u> チ 100対 1 補助体制加算 <u>198点</u> 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対 1 補助体制加算 <u>860点</u> ロ 20対 1 補助体制加算 <u>660点</u> ハ 25対 1 補助体制加算 <u>540点</u> ニ 30対 1 補助体制加算 <u>460点</u> ホ 40対 1 補助体制加算 <u>380点</u> ヘ 50対 1 補助体制加算 <u>305点</u> ト 75対 1 補助体制加算 <u>230点</u> チ 100対 1 補助体制加算 <u>188点</u> ※ 急性期看護補助体制加算、看護補助加算についても同様

評価を充実
大きく引き上げ

複数項目の取組を計画
に盛り込むことを要件化

- ①及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上
- ①医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ②勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施、③前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）、④予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮、⑤当直翌日の業務内容に対する配慮、⑥交替勤務制・複数主治医制の実施、⑦短時間正規雇用医師の活用

施設基準 (医師事務作業補助体制加算)

安全で質の高い医療を提供するように要件を見直し、勤務環境改善など合理化を行う

【医師事務作業補助体制加算】
 [施設基準]
 (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が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。
 ※第1の1の(7)
 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医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師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すること。
 イ 当該保険医療機関内に、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、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
 ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。
 (新規)
 複数項目の取組を計画に盛り込むことを要件化
 医療機関の取組がさらに進むように

【医師事務作業補助体制加算】
 [施設基準]
 (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として、次の体制を整備していること。
 ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医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師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すること。
(削除)
 ※ ウに移動の上、改定
 イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。
 ウ 当該保険医療機関内に、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、「病院勤務医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、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

エ イに規定する委員会等において、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病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（静脈採血の検査部における実施○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）

(ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

- ① 医師事務作業補助者の配置
- ② 短時間正規雇用医師の活用
- ③ 地域の他の保険医療機関との連携体制
- ④ 交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。）
- ⑤ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
- ⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等（新設）

急性期看護補助体制加算 A207-3

看護補助加算 A214

手術・処置の休日加算・時間外加算1・深夜加算 J通則5・K通則12
についても医師事務作業補助体制加算と同様の施設基準が追加される

なお、当該委員会又は会議は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等既存の委員会を活用することで差し支えない。

エ ウの計画は、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病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

オ 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。

カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

- ① 勤務計画^上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 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）
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

キ 病院勤務医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すること。

※ 急性期看護補助体制加算、看護補助加算についても同様

※ 手術・処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1についても同様

A207-3

A214

急性期看護補助体制加算・看護補助加算

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

定期的に業務内容を見直す

改定前	改定後
【急性期看護補助体制加算／看護補助加算】 〔施設基準〕 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。	【急性期看護補助体制加算／看護補助加算】 〔施設基準〕 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。

[算定要件]

- (1) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- (2) やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- (3) 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

① 実施の必要性等のアセスメント

② 患者家族への説明と同意

③ 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

④ 二次的な身体障害の予防

⑤ 身体的拘束の解除に向けた検討

(4) 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度を行うこと。
- 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組
- 95
- Copyright © 2018 Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.

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

看護補助者

看護補助者の配置に係る加算を算定する場合

改定後
[施設基準] 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。

看護補助者への院内研修実施

看護補助加算

改定前	改定後
【看護補助加算（１日につき）】 1 看護補助加算 1 109点 2 看護補助加算 2 84点 3 看護補助加算 3 56点	【看護補助加算（１日につき）】 1 看護補助加算 1 <u>129</u> 点 2 看護補助加算 2 <u>104</u> 点 3 看護補助加算 3 <u>76</u> 点

引き上げ

A207-4

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

看護職員夜間配置加算

改定前	改定後
【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対 1 配置加算 イ 看護職員夜間12対 1 配置加算 1 80点 ロ 看護職員夜間12対 1 配置加算 2 60点 2 看護職員夜間16対 1 配置加算 40点 (新設)	【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対 1 配置加算 イ 看護職員夜間12対 1 配置加算 1 <u>95点</u> ロ 看護職員夜間12対 1 配置加算 2 <u>75点</u> 2 看護職員夜間16対 1 配置加算 イ 看護職員夜間16対 1 配置加算 1 <u>55点</u> ロ 看護職員夜間16対 1 配置加算 2 30点

引き上げ

[施設基準] 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。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。

(2) 急性期一般入院料 2、急性期一般入院料 3、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 5 又は急性期一般入院料 6 を算定する病棟であること。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

急性期一般入院料 2～6を対象に評価を新設

看護職員夜間配置加算

(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を対象)

認知症

勤務環境

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

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を対象

改定後

(新) 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき)

[施設基準]

- (1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、夜勤を行う看護職員の数、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。
- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

[算定要件]

看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。

A214注2

夜間75対1看護補助加算

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

13対1入院基本料を算定する全ての病棟を対象

改定前	改定後
【夜間75対 1 看護補助加算（看護補助加算の注加算）】 注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対 1 看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。 〔施設基準〕 イ（略） □ 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。 ハ（略）	【夜間75対 1 看護補助加算（看護補助加算の注加算）】 注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対 1 看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として<u>40点</u>を更に所定点数に加算する。 〔施設基準〕 イ（略） □ <u>地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2</u> 又は13対 1 入院基本料を算定する病棟であること。 ハ（略）

夜間看護体制加算

改定前	改定後
【夜間看護体制加算】 注 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。	【夜間看護体制加算】 注 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

より効率的な医療提供を行うために専従要件を緩和する

緩和ケア診療加算

専従要件緩和で引き下げ

チーム
勤務環境

改定前	改定後
【緩和ケア診療加算】（1日につき） 400点 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る<u>専従のチーム</u>（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。	【緩和ケア診療加算】（1日につき） <u>390点</u> 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される<u>緩和ケアに係るチーム</u>（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が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。 チームのいずれか1人が専従であればよい 専任のみで可

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価

緩和ケア診療加算 (算定要件)

チーム

改定前	改定後
【緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕 (1) 本加算は、一般病床に入院する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に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 (2) （略） （新設） 【有床診療所緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕	【緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕 (1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、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に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 (2) （略） (3) <u>末期心不全の患者は、以下のアからウの基準に該当し、エからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。</u> <u>ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること</u> <u>イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること</u> <u>ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上があること</u> <u>エ 左室駆出率20%以下である場合</u> <u>オ 医学的に終末期であると判断される場合</u> <u>カ エ又はオに掲げる場合に準ずる場合</u> 【有床診療所緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕 緩和ケア診療加算と同趣旨の改正を行う。

対象に末期心不全の患者等を追加

A226-2

医療資源の少ない地域に配慮した評価

病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和

緩和ケア診療加算 (医療資源の少ない地域)

栄養サポートチーム加算
褥瘡ハイリスク患者ケア加算
入退院支援加算
外来緩和ケア管理料
糖尿病透析予防指導管理料
についても同様

改定前	改定後
【緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕 注 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地）として、200点を所定点数に加算することができる。 〔施設基準〕 (3) 緩和ケア診療加算の注 2 に規定する施設基準 イ 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院、許可病床数が二百床以上の病院及び診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。 □～二（略）	【緩和ケア診療加算】 〔算定要件〕 注 2 <現行通り> 〔施設基準〕 (3) 緩和ケア診療加算の注 2 に規定する施設基準 イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院、許可病床数が四百床以上の病院及び診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。 □～二（略） ※ <u>栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、入退院支援加算、外来緩和ケア管理料及び糖尿病透析予防指導管理料についても同様</u>

要件の緩和対象を、200床未満の病院に加えて、400床未満の病院も追加する

A226-2注4

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する

個別栄養食事支援加算 (緩和ケア診療加算)

改定後

(新)個別栄養食事支援加算 70点 (1日につき)

管理栄養士の緩和ケアチーム参加

[算定要件]

- (1) 本加算は、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支援を行った場合に算定する。
- (2) 本加算を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事支援の内容を診療録に記載する、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3年以上栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に従事した経験を有する管理栄養士が参加していること。
なお、当該管理栄養士については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えない。

精神科措置入院退院支援加算

精神

退院支援

連携

措置入院患者の対応

措置入院患者に対して、入院中から自治体と連携するなどして退院後も継続した支援を行う取組に対する評価

改定後

(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関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
 - (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
 - (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

精神科リエゾンチーム加算

精神

チーム

安全で質の高い医療を提供するように要件を見直し、勤務環境改善など合理化を行う

急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
栄養サポートチーム加算
ハイリスク分娩管理加算
呼吸ケアチーム加算
病棟薬剤業務実施加算
認知症ケア加算 1
についても同様

救命救急入院料 注 3 加算
小児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料
小児入院医療管理料 1 又は 2
移植後患者指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料
院内トリージ実施料
についても同様

改定前	改定後
【精神科リエゾンチーム加算】 〔施設基準〕 (1) 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 合理化 要件を集約・整理	【精神科リエゾンチーム加算】 〔施設基準〕 (1) 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (削除) ※ 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、栄養サポートチーム加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、認知症ケア加算 1、救命救急入院料 注 3 加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料 1 又は 2、移植後患者指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料及び院内トリージ実施料についても同様

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。

A232

がん拠点病院加算

全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築

改定前	改定後
【がん拠点病院加算】（入院初日） 〔算定要件〕 注 1（略） （新設） （新設）	【がん拠点病院加算】（入院初日） 〔算定要件〕 注 1（略） 注 2 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者について、所定点数に250点を加算する。</u> 〔施設基準〕 <u>がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、パネル検査の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を備えた、がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。</u>

がんゲノム医療を提供する場合の加算を新設

がんゲノム医療中核拠点病院が11病院指定された

＜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、東北大学病院、国立がん研究センター東病院、慶應義塾大学病院、東京大学医学部附属病院
国立がん研究センター中央病院、名古屋大学医学部附属病院、京都大学医学部附属病院、大阪大学医学部附属病院
岡山大学病院、九州大学病院
（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）

より効率的な医療提供を行うために専従要件を緩和する

栄養サポートチーム加算

改定前	改定後
【栄養サポートチーム加算】 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか 1 人は専従であること。 ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士	【栄養サポートチーム加算】 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか 1 人は専従であること。<u>ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が 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。</u> ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

専任のみで可

医療安全対策加算

医療安全対策に関する医療機関
の連携に対する評価

改定前	改定後
【医療安全対策加算（入院初日）】 1 医療安全対策加算 1 85点 2 医療安全対策加算 2 35点	【医療安全対策加算（入院初日）】 1 医療安全対策加算 1 <u>85</u> 点 2 医療安全対策加算 2 <u>30</u> 点

2は引き下げ

医療安全対策地域連携加算 (医療安全対策加算)

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

複数の医療機関が連携する
医療安全対策に関して評価

改定後

医療安全対策加算（入院初日）

(新) 注 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

□ 医療安全対策地域連携加算 2 20点

〔算定要件〕

医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、
医療安全対策に関する評価を行っていること。

〔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 に係る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。

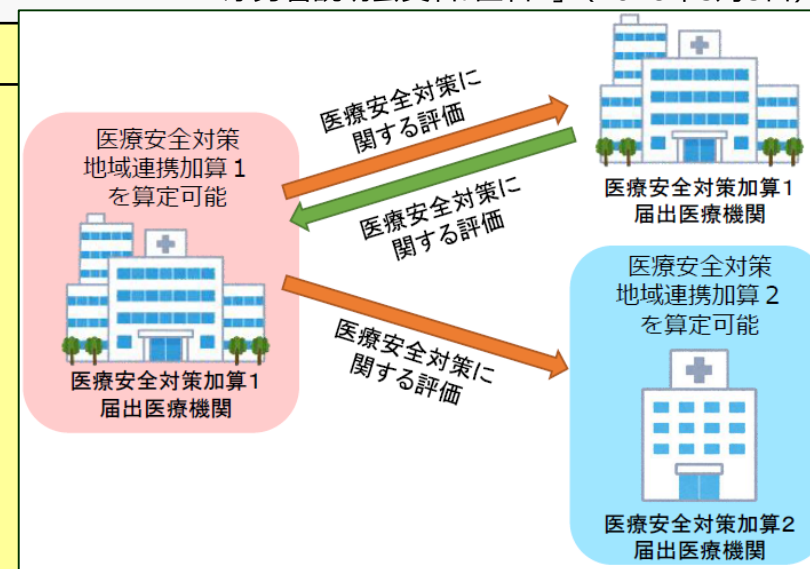
(4) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

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 に係る届出を行っていること。

(3) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、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については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。



感染防止対策加算

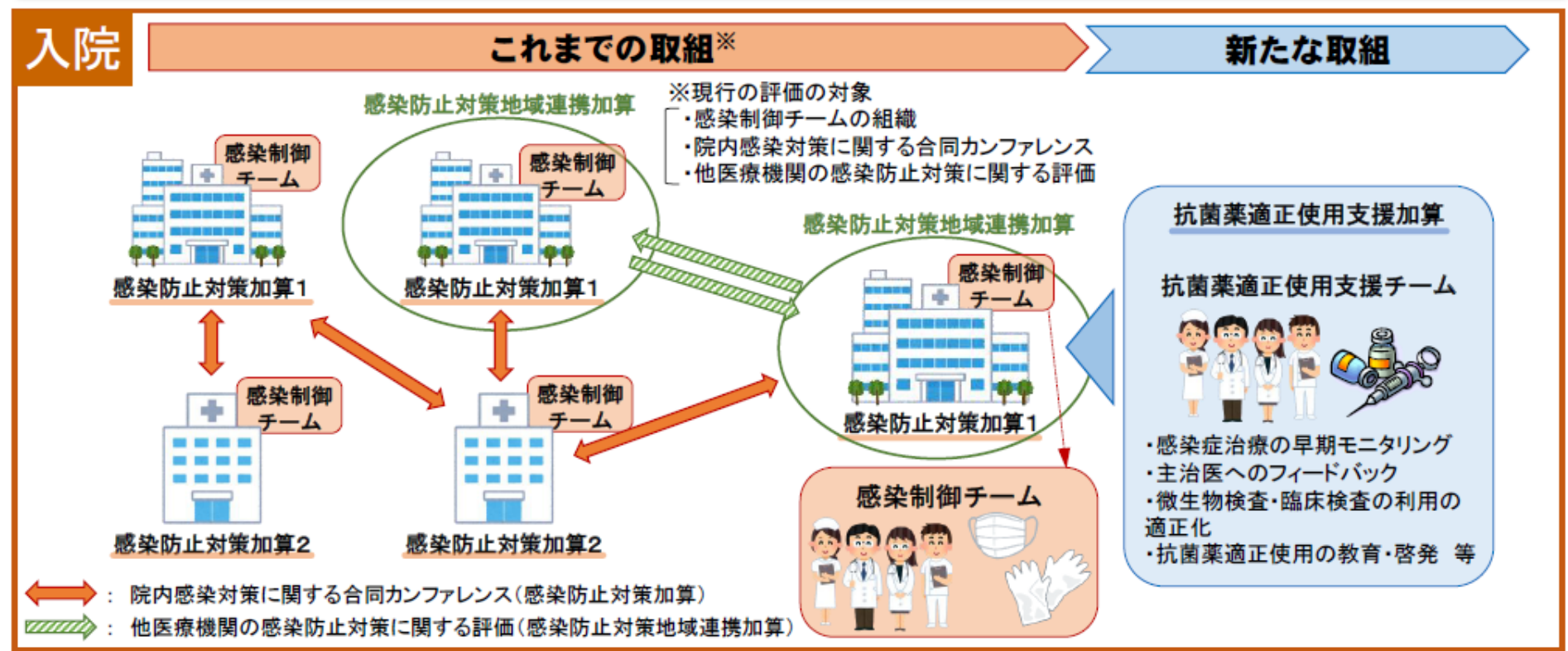
チーム

連携

抗菌薬の適正使用の推進

改定前	改定後
【感染防止対策加算（入院初日）】 1 感染防止対策加算 1 400点 2 感染防止対策加算 2 100点 注 感染防止対策地域連携加算 100点	【感染防止対策加算（入院初日）】 1 感染防止対策加算 1 <u>390点</u> 2 感染防止対策加算 2 <u>90点</u> 注 感染防止対策地域連携加算 100点

引き下げ



抗菌薬の適正使用の推進

抗菌薬適正使用支援加算 (感染防止対策加算)

改定後

抗菌薬適正使用支援チームの
取組に係る加算を新設

感染防止対策加算（入院初日）
(新) **抗菌薬適正使用支援加算** 100点

〔算定要件〕

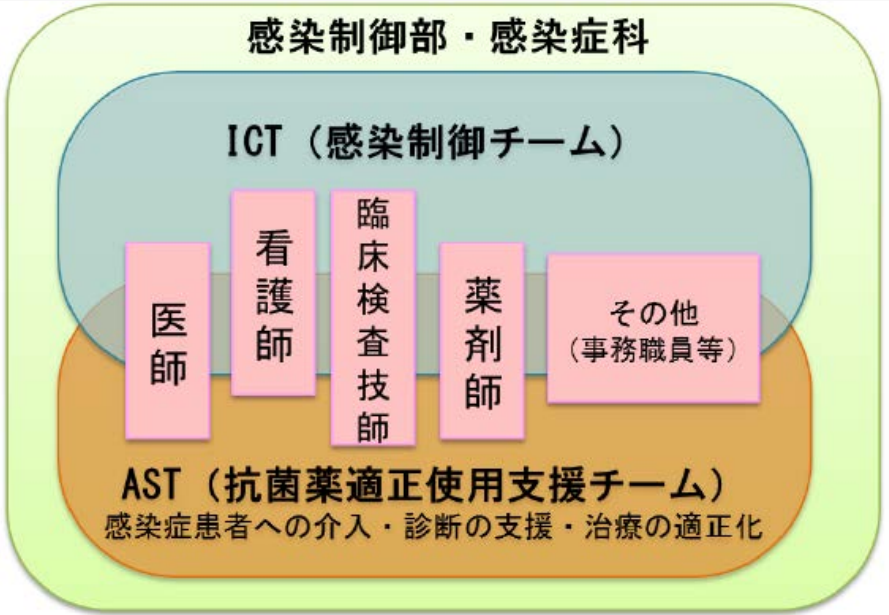
院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること。

〔施設基準〕

- (1) 感染防止対策地域連携加算を算定していること。
 - (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
 - ① 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（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- ①に定める医師又は②に定める看護師、③に定める薬剤師又は④に定める臨床検査技師のうち1名は専従であること。なお、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。

算定は主に大規模病院か

- (3) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
- ① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
 - ② 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
 - ③ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
 - ④ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
 - ⑤ 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年 2 回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
 - ⑥ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
- (4) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。



厚労省説明会資料「医科1」
(2018年3月5日)

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

褥瘡に係る評価の算定要
件等の見直し

改定前	改定後
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔留意事項〕 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。 ア ショック状態のもの イ 重度の末梢循環不全のもの ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの オ 特殊体位による手術を受けたもの カ 強度の下痢が続く状態であるもの キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの （新設） ク 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔留意事項〕 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。 ア ショック状態のもの イ 重度の末梢循環不全のもの ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの オ 特殊体位による手術を受けたもの カ 強度の下痢が続く状態であるもの キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの ク <u>皮膚に密着させる医療関連機器の長期間持続的な使用が必要であるもの</u> ケ 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの

対象患者の追加

新たな数量シェア目標を踏まえ
要件を見直す

後発医薬品使用体制加算

出来高病院 + DPC

改定前	改定後
【後発医薬品使用体制加算】 (新設) 後発医薬品使用体制加算 1 42点 後発医薬品使用体制加算 2 35点 後発医薬品使用体制加算 3 28点 〔施設基準（通知）〕 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては50%以上60%未満であること。 (6) D P C 対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。	【後発医薬品使用体制加算】 後発医薬品使用体制加算 1 45点 後発医薬品使用体制加算 2 40点 後発医薬品使用体制加算 3 35点 後発医薬品使用体制加算 4 22点 〔施設基準（通知）〕 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算 4 にあっては60%以上70%未満であること。 (削除)

入院初日に1回に限り算定

より高い基準を追加

点数を見直し

DPC対象病棟を対象に追加

強烈的減算設定

	2016年度	2018年度
85%以上	42点	45点
80%以上		40点
75%以上		35点
70%以上		
60%以上	35点	22点
50%以上	28点	

85%以上だけが加算（+3点）

80%未満は減算（▲7点）

70%未満は減算（▲13点）

A245

診療実績データの提出に係る要件を見直す

データ提出加算

改定前	改定後
【データ提出加算】 1 データ提出加算 1 イ 200床以上の病院の場合 120 点 ロ 200床未満の病院の場合 170 点 2 データ提出加算 2 イ 200床以上の病院の場合 130 点 ロ 200床未満の病院の場合 180 点 (新設)	【データ提出加算】 1 データ提出加算 1 イ <u>許可病床</u>200床以上の病院の場合 <u>150点</u> ロ <u>許可病床</u>200床未満の病院の場合 <u>200点</u> 2 データ提出加算 2 イ <u>許可病床</u>200床以上の病院の場合 <u>160点</u> ロ <u>許可病床</u>200床未満の病院の場合 <u>210点</u> (提出データ評価加算) 注 <u>未コード化傷病名の使用割合が10%未満の場合</u> 20点

許可病床の病床数

引き上げ

一定の質が確保されたデータを提出する医療機関を評価

[経過措置]
データ提出加算の1のロ又は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、なお従前の通りとする。

データ提出加算 (入院料の要件化)

診療実績データの提出に係る要件を見直す

入院料の算定要件にデータ提出を追加

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2】 〔施設基準〕 (新設)	【回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3、4】 〔施設基準〕 <u>データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</u>
【療養病棟入院基本料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 3】 〔施設基準〕 (新設)	【療養病棟入院料 1、2、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、6】 〔施設基準〕 <u>許可病床200床以上の病院にあっては、データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</u>
【一般病棟入院基本料(10対1)、特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）、専門病院入院基本料（10対1）】 〔施設基準〕 <u>200床以上の病院にあっては、データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</u>	【急性期一般入院料 4～7、特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）、専門病院入院基本料（10対1）】 〔施設基準〕 <u>データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</u>

〔経過措置〕

平成30年3月31日において、一般病棟入院基本料（10対1）、療養病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）、専門病院入院基本料（10対1）及び回復期リハビリテーション病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関においては、平成31年3月31日までの間（許可病床50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31日までの間）に限り、当該施設基準を満たしているものとみなす。

データ提出加算 (どうなった?)

	許可病床200床未満	許可病床200床以上
(7対1入院基本料)	データ提出あり	データ提出あり
(10対1入院基本料) 急性期一般病棟入院料4~7 等	要件化	データ提出あり
13対1入院基本料 15対1入院基本料	評価引き上げ	評価引き上げ
地域包括ケア病棟入院料	データ提出あり	データ提出あり
回復期リハビリテーション入院料1、2	要件化	要件化
回復期リハビリテーション入院料3	評価引き上げ	要件化
療養病棟入院料	評価引き上げ	要件化

中医協総会（2017年12月6日）「入院医療その8」の資料をMPIが改変

A246

入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価

入退院支援加算

退院支援
幼児小児

改定前	改定後
【退院支援加算】 〔算定要件〕 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。 イ 緊急入院であること ウ 要介護認定が未申請であること エ 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） オ 排泄に介助を要すること 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 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと ク 入退院を繰り返していること ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合 合	【入退院支援加算】 〔算定要件〕 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。 イ 緊急入院であること ウ 要介護認定が未申請であること エ 虐待を受けている又はその疑いがあること オ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること カ 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） 主 排泄に介助を要すること ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にないこと ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと コ 入退院を繰り返していること サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合 合

入退院支援加算 1、2
に小児加算を新設

「退院困難な要因」に、
・虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態
・小児における退院困難な場合
を追加

A246注6	改定後
(新) 小児加算 200点（退院時 1 回） 〔算定対象〕 入退院支援加算 1 又は入退院支援加算 2 を算定する15歳未満の患者	

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進①

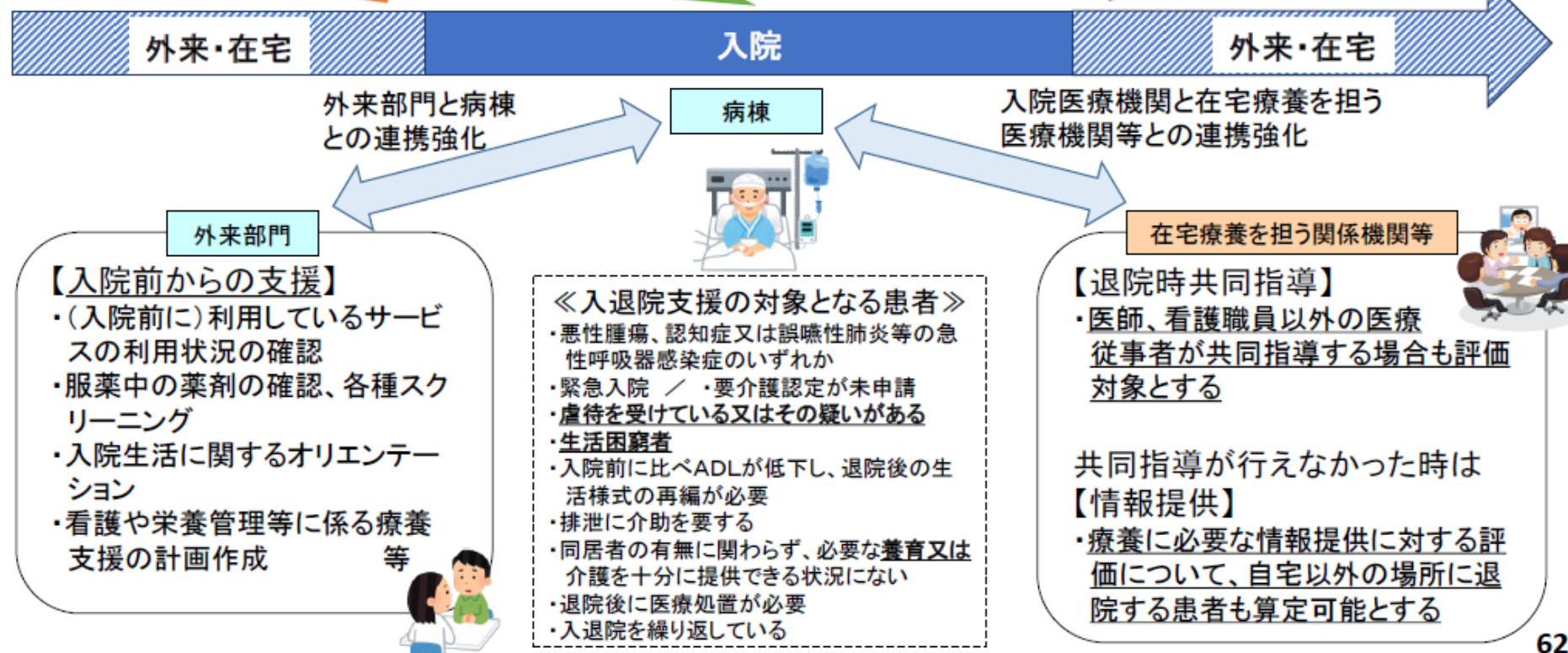
入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し



A246注7

入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価

入院時支援加算 (入退院支援加算)

住み慣れた地域で生活継続を評価
・患者の状態に応じた支援体制
・地域との連携
・外来部門と入院部門（病棟）との連携等

改定後

(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) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 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、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
- (3) 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。

[留意事項]

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、入院前に以下の内容を含む支援を行い、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、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

具体的に実施する方法をどうするか？
(どの部署の誰が、いつ、どこで・・・など)

退院支援

幼児小児

入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価

小児を専門とする医療機関や病棟の場合は、施設基準の要件を緩和

入退院支援加算 1

改定前	改定後
【退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (5) 過去 1 年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「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 を乗じた数と「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 を乗じた数の合計を上回ること。	【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (5) 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。<u>ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床を除く。</u>）に 0.15 を乗じた数と「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（<u>区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。</u>）に 0.05 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計を上回ること。

医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進

退院に向けた関係機関の連携強化

改定前	改定後
【退院支援加算 1】 〔施設基準〕 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。	【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、<u>介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等の数が20以上であること。</u>

ケアマネージャーと同様に診療報酬算定に関与

障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象

児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者との連携も評価対象

地域連携診療計画加算 (入退院支援加算の注加算)

入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価

改定前	改定後
【地域連携診療計画加算（退院支援加算の注加算）】 【算定要件】 当該保険医療機関において注 1 に規定する退院支援加算 1 又は注 3 に規定する退院支援加算 3 の届出を行っている病棟に入院している患者について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合 【施設基準】 退院支援加算 1 又は退院支援加算 3 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	【地域連携診療計画加算（入退院支援加算の注加算）】 【算定要件】 当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合 【施設基準】 <u>入退院支援加算</u>に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

入退院支援加算 2 を届け出ている医療機関を追加

救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直し

救急体制充実加算 (救命救急入院料)

連携
救急

改定前	改定後
【救命救急入院料】 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき1,000点を所定点数に加算する。 注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 (新設) 5 救命救急入院料の「注 3」に掲げる加算の施設基準 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」(平成21年 3月31日医政指発第0331001号。以下「新評価基準」という。)の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 A であるものであること。 6 救命救急入院料の「注 4」に掲げる加算の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 B であるものであること。	【救命救急入院料】 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 救急体制充実加算 1 1,500点 ロ 救急体制充実加算 2 1,000点 ハ 救急体制充実加算 3 500点 〔施設基準〕 5 救急体制充実加算 1 の施設基準 「<u>〇〇〇〇</u>」(平成〇年〇月〇日〇発第〇号。以下「新評価基準」という。)の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 S であるものであること。 6 救急体制充実加算 2 の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 A であるものであること。 7 救急体制充実加算 3 の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 B であるものであること。

充実段階評価に係る加算

2月7日の答申でも未定

〔経過措置〕

平成31年4月1日から適用とし、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、なお従前の例による。

救命救急治療室に従事する医師の勤務
場所要件を見直す

救命救急入院料

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
総合周産期特定集中治療室管理料
についても同様

改定前	改定後
【救命救急入院料】 〔施設基準〕 (1) 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。 医師が一時的に治療室から離れても可とする	【救命救急入院料】 〔施設基準〕 (1) 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。<u>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。</u> ※ 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

特定集中治療室管理料

より質の高い医療を提供

改定前	改定後
【特定集中治療室管理料 1、2】 〔施設基準〕 ① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。 ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。 （新設） ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が2 又はその端数を増すごとに1 以上であること。 ④ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ⑤ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を8 割以上入院させる治療室であること。	【特定集中治療室管理料 1、2】 〔施設基準〕 ① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。 ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。 ③ 集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていること。 ④ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が2 又はその端数を増すごとに1 以上であること。 ⑤ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ⑥ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を8 割以上入院させる治療室であること。

専門性の高い看護師の配置

[経過措置]

- (1) 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、平成31 年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。
- (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、適切な研修を修了した看護師を配置されているとみなす。

A301

より質の高い医療を提供

特定集中治療室

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にした

改定前	改定後
【特定集中治療室】 〔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、人工呼吸装置等） 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	【特定集中治療室】 〔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。<u>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。</u> ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等） 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 ※ 他の治療室における装置・器具の規定についても同様

A301

生理学的スコア（SOFAスコア） （特定集中治療室管理料）

より質の高い医療を提供

※ 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、それぞれ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。

入退室時の生理学的
スコアの測定を要件

より質の高い医療を提供

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

早期離床・リハビリテーション加算 (特定集中治療室管理料)

多職種による早期離床の取組を評価

改定後

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点 (1日につき)

[算定対象]

(1) 特定集中治療室に入室後早期から離床等の必要な取組が行われた場合には、14日を限度として、所定点数（特定集中治療室管理料）に加算する。

(2) 特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する。

[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年以上有する医師

② 集中治療に関する適切な研修を修了した看護師

③ 十分な経験を有する理学療法士

(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。

[包括範囲]

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料

(3) 廃用症候群リハビリテーション料

(4) 運動器リハビリテーション料

(5) 呼吸器リハビリテーション料

(6) 障害児（者）リハビリテーション料

(7) がん患者リハビリテーション料

小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢を拡大

小児特定集中治療室管理料

幼児小児

改定前	改定後
【小児特定集中治療室管理料】 〔対象者〕 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、(略)算定する。	【小児特定集中治療室管理料】 〔対象者〕 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、(略)算定する。

20歳未満の患者まで拡大

小児入院医療管理料

がん拠点病院加算及び緩和
ケア診療加算を算定可能

包括範囲から、がん拠点病院加
算及び緩和ケア診療加算を除外

改定前	改定後
【小児入院医療管理料】 〔包括範囲〕 診療に係る費用（(略)並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（ 1 のイ及び 3 に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料 1 及び小児入院医療管理料 2 に含まれるものとする。	【小児入院医療管理料】 〔包括範囲〕 診療に係る費用（(略)臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、<u>緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算</u>、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（ 1 のイ及び 3 に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料 1 及び小児入院医療管理料 2 に含まれるものとする。

回復期リハビリテーション病棟
入院料の評価体系の見直し、
アウトカム評価を推進

回復期リハビリテーション病棟入院料

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

- (新) **1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1** 2,085点
(生活療養を受ける場合にあっては) 2,071点
- (新) **2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2** 2,025点
(生活療養を受ける場合にあっては) 2,011点
- (新) **3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3** 1,861点
(生活療養を受ける場合にあっては) 1,846点
- (新) **4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4** 1,806点
(生活療養を受ける場合にあっては) 1,791点
- (新) **5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5** 1,702点
(生活療養を受ける場合にあっては) 1,687点
- (新) **6 回復期リハビリテーション病棟入院料 6** 1,647点
(生活療養を受ける場合にあっては) 1,632点

区分（評価体系）を
増やし評価を見直す

[施設基準]

(1) 通則

- イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- ロ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- ハ 当該病棟に専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。
(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては13又はその端数を増すごとに1以上であること。)
- ホ 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては7割以上が看護師であること。)
- ヘ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。

ト 当該病棟に専従の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。（回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。）
チ データ提出加算の届出を行っていること。（回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6にあって許可病床数は200床以上の保険医療機関に限る。）

[施設基準]

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

- イ 当該病棟に専任の常勤社会福祉士が1名以上配置されていること。
- ロ 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- ハ 当該病棟において、新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。
- ニ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。
- ホ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- ヘ リハビリテーション実績指数が37以上であること。

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準

（2）のイ、ロ、ハ、ニ及びホを満たすもの

評価体系に「リハビリテーション実績指数」を組み込む。
（実績指数とは、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）

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準

- イ 当該病棟において、新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること。
- ロ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。
- ハ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- ニ リハビリテーション実績指数が30以上であること。

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準

（4）のイ、ロ及びハを満たすもの

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準

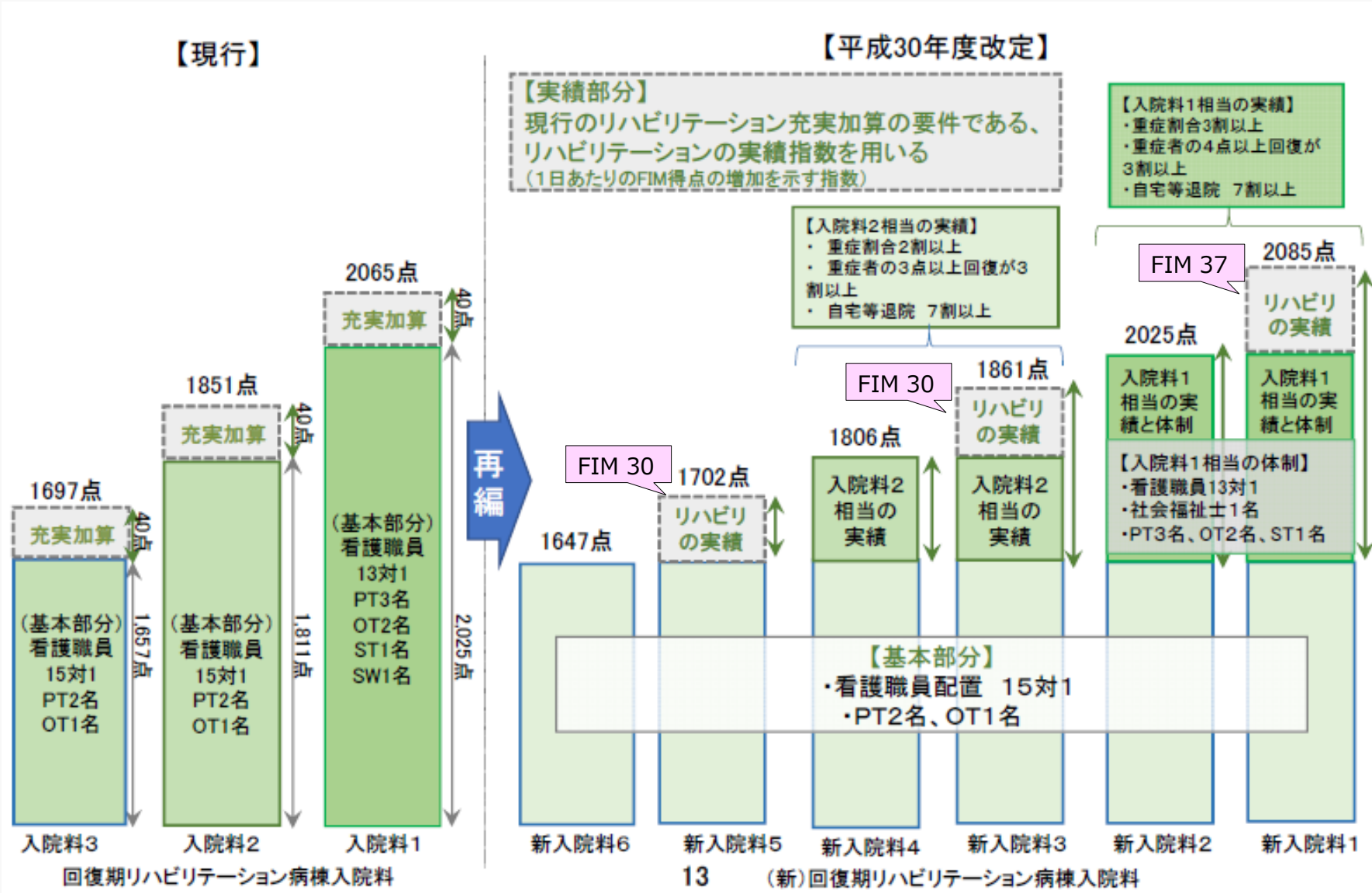
リハビリテーション実績指数が30以上であること。

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準

（1）を満たすもの

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

中医協総会2018年2月7日 参考資料



回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 6 の内容

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。

中医協総会2018年2月7日 参考資料

	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
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)		○			
休日リハ	— ※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	
在宅復帰率	—		7割以上			
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)

実績部分

1

A308注4

透析医療に係る診療報酬の見直し

腹膜灌流の評価 (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
についても同様

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注 1 ～ 3 (略) 注 4 診療に係る費用（注 2、注 3 及び注 5 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1 のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号 J 038 に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 注 5 (略) 腹膜灌流に係る費用の算定 (包括対象外)	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注 1 ～ 3 (略) 注 4 診療に係る費用（注 2、注 3 及び注 5 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号 J 038 に掲げる人工腎臓、<u>J042 に掲げる腹膜灌流</u>、区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 注 5 (略) ※ <u>地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料についても同様</u>

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し、アウトカム評価を推進

リハビリテーション充実加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料)

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき40点を所定点数に加算する	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 <u>(削除)</u> リハビリテーション充実加算を廃止

A308

回復期リハビリテーション病棟
入院料の評価体系の見直し、
アウトカム評価を推進

リハビリ専門職の病棟専従の要件 (回復期リハビリテーション病棟入院料)

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場合、リハビ
リ専門職の病棟専従の要件を緩和

改定後

[施設基準]

(1) 通則

当該病棟に専従の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。)

ただし、以下のア及びイを満たす場合に限り、専従の規定にかかわらず、当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者に対して退院前の訪問指導並びに当該病棟から退院して3か月以内の患者に対して訪問リハビリテーション指導及び外来におけるリハビリテーションの提供が可能である。

ア リハビリテーション実績指数が37以上である。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施している。

A308

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し、アウトカム評価を推進

栄養管理の推進 (回復期リハビリテーション病棟入院料)

患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る

管理栄養士の参画を要件化

改定後

- (1)回復期リハビリテーション病棟入院料 1 について、管理栄養士が、リハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
 - (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 について、当該病棟に専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましいこととする。
- [算定要件]
- (1) リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成すること。なおその際、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。
 - (※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加。
 - (2) 管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同して行うこと。
 - (3) 栄養障害の状態にある患者、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週 1 回以上行うこと。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 について、リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

在宅復帰率

(回復期リハビリテーション病棟入院料)

在宅復帰率の指標の定義等について見直し

在宅復帰に係る指標の名称を、その他の入院料に係る指標は「在宅復帰率」とする。

【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 1 の施設基準〕

当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。

〔回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準〕

当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること。

他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。

介護医療院については、「住まい」の機能を有する施設であるとの考え方から、「自宅等」の対象として扱う

【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 1 及び 2 の施設基準〕

当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること

〔回復期リハビリテーション病棟入院料 3 及び 4 の施設基準〕

当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。7割以上

他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（介護サービスを提供している医療機関に限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した患者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）及び死亡退院した患者を除く。）

地域包括ケア病棟入院料の
評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料

病床再編

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

改定前	改定後
地域包括ケア病棟入院料 1 地域包括ケア病棟入院料 1 2,558点 (生活療養を受ける場合にあっては) 2,544点 2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,588点 (生活療養を受ける場合にあっては) 2,544点 3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点 (生活療養を受ける場合にあっては) 2,044点 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点 (生活療養を受ける場合にあっては) 2,044点	地域包括ケア病棟入院料 (新) 1 地域包括ケア病棟入院料 1 <u>2,738点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,724点</u> (新) 2 地域包括ケア入院医療管理料 1 <u>2,738点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,724点</u> (新) 3 地域包括ケア病棟入院料 2 <u>2,558点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,544点</u> (新) 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 <u>2,558点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,554点</u> (新) 5 地域包括ケア病棟入院料 3 <u>2,238点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,224点</u> (新) 6 地域包括ケア入院医療管理料 3 <u>2,238点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,224点</u> (新) 7 地域包括ケア病棟入院料 4 <u>2,038点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,024点</u> (新) 8 地域包括ケア入院医療管理料 4 <u>2,038点</u> (生活療養を受ける場合にあっては) <u>2,024点</u>

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した
患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



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

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

地域包括ケア病棟入院料の
評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料 (施設基準)

〔施設基準〕

(1) 通則

イ 当該病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては、当該病室を有する病棟。）において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

ロ 当該病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては、当該病室を有する病棟。）において、看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師であること。

ハ 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0.8割以上入院させる病棟又は病室であること。

ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。

ホ 当該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が 1 名以上配置されていること。

ヘ データ提出加算の届出を行っていること。

ト 特定機能病院以外の病院であること。

チ 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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

リ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

ヌ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては病室）単位で行うものであること。

(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準

イ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

ロ 当病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4平方メートル以上であること。

ハ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であること。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

緊急と救急の違い・・・
「家族が病気になって介護ができない」とか？



へ 以下のa、b、c 又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

A,b,c,dのうち、2つ

a. 当該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。

b. 当該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、又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を算定回数が3月で500回以上であること。

c. 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。

d. 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。

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

※上記(2)の二、ホ、へ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

(3) 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準

イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

ロ 当該病室に入棟した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割以上であること。（当該病室が10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前1月において1人以上受け入れていること。）

ハ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ニ (2)のロ、ハ、へ及びトを満たす医療機関であること。

(4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準

(2)のイ及びロを満たす医療機関であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準

(2)のロ及び(3)のイを満たす医療機関であること。

(6) 地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準

(2)のハ、ニ、ホ、へ及びトを満たす医療機関であること。

(7) 地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準

(2)のハ、へ及びト並びに(3)のロ及びハを満たす医療機関であること。

(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

(9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

地域包括ケア病棟入院料の
評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料等

地域包括ケアシステム構築の推進

訪問看護サービスを併設している医療
機関を要件に追加する

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 〔施設基準〕 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア「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」の別添 1 の 第14の 2 に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ「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」の別添 1 の 第16の 3 に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近 1 年間の在宅患者の 受入実績が 3 件以上（区分番号「A 2 0 6」在宅患者緊急入院診療加算の 1 を算定したものに限る。）であること。 ウ 医療法第30条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 （新設）	【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 〔施設基準〕 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア「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」の別添 1 の 第14の 2 に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ「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」の別添 1 の 第16の 3 に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近 1 年間の在宅患者の 受入実績が 3 件以上（区分番号「A 2 0 6」在宅患者緊急入院診療加算の 1 を算定したものに限る。）であること。 ウ 医療法第30条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <u>オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。</u>

大病院とその他の医療機関との
機能分化を推進

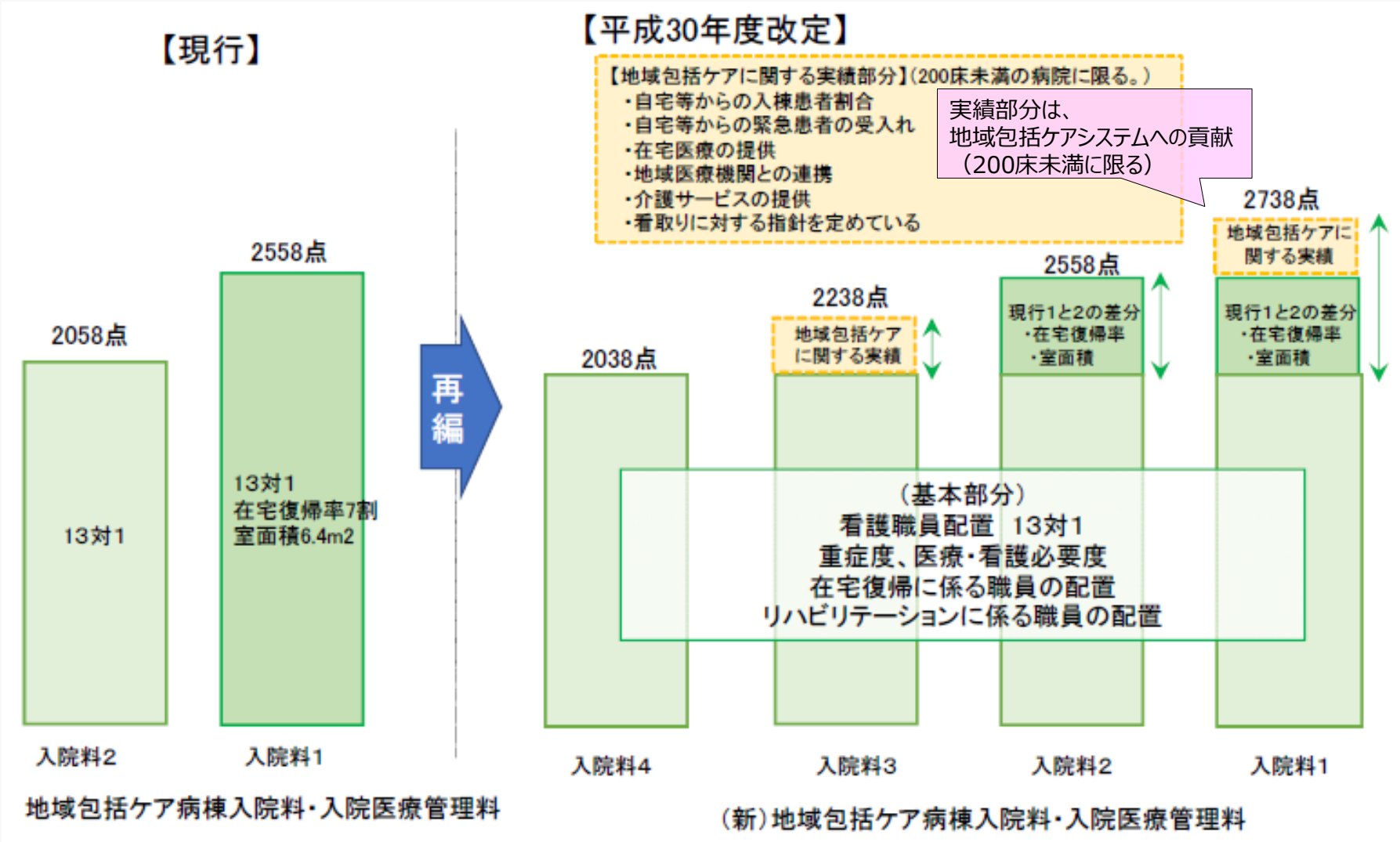
地域包括ケア病棟入院料

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。 ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括 ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている保険医療機関 であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関又は(4)に掲げ る施設基準を届け出ている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。 (1)～(2) (略) (3) 許可病床数が500床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入 院料1又は2の届出を行う場合 (4) (略)	【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。 ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括 ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている保険医療機関 であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関又は(4)に掲げ る施設基準を届け出ている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。 (1)～(2) (略) (3) 許可病床数が400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入 院料1、2、3又は4の届出を行う場合 (4) (略)

許可病床500床以上要件を
400床に変更する

〔経過措置〕
平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



中医協総会2018年2月7日 参考資料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 ～ 4 の内容

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
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

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	－				7割以上			
室面積	－				6.4㎡以上			
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	－	1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上	－	1割以上 (10床未満は1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	－	○		－	○		
	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	○	－	○	○	○	－	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価 中医協総会2018年2月7日 参考資料

A308-3注2

医療資源の少ない地域に配慮した評価

病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和

地域包括ケア病棟入院料 (医療資源の少ない地域)

地域包括ケア入院医療管理料 2、3 及び 4
地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3
精神疾患診療体制加算
精神科急性期医師配置加算
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院
在宅療養後方支援病院
についても同様

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 地域包括ケア入院医療管理料 1 については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。 要件の緩和対象を、200床未満の病院に加えて、240床未満の病院も追加する 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	【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 地域包括ケア入院医療管理料 1 については、許可病床200床（当該保険医療機関が医療資源の少ない地域に所在する場合にあっては、240床）未満の保険医療機関に限る。 ※ 地域包括ケア入院医療管理料 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、在宅療養支援病院並びに在宅療養後方支援病院についても同様

急性期患者支援病床初期加算・在宅患者支援病床初期加算
(地域包括ケア病棟入院料)

救急・在宅等支援病床
初期加算等の見直し

入院前の居場所により患者の状態等が
異なるため、加算評価を区別

何が違うか？

- ・病棟から受け入れ→治療が終わってから入院
- ・在宅からの入院→これから検査や治療

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 注 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>として、1日につき150点を所定点数に加算する。	【地域包括ケア病棟入院料】 注 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき<u>150点</u>を所定点数に加算する。 介護医療院は自宅と同様に扱う 注 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、<u>介護医療院</u>、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、<u>治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に</u>、入院した日から起算して14日を限度として、<u>在宅患者支援病床初期加算</u>として、1日につき<u>300点</u>を所定点数に加算する。

急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを分けて評価

2倍

入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することを要件に追加

在宅復帰率

(地域包括ケア病棟入院料)

在宅復帰率の指標の定義等について見直し

在宅復帰に係る指標の名称を、その他の入院料に係る指標は「在宅復帰率」とする。

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 [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 の施設基準] 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。 ア 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料 1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 イ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者 ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟を除く。）への転棟患者	【地域包括ケア病棟入院料】 [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 及び地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準] 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。 ア 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（<u>介護サービスを提供している医療機関に限る。</u>）を算定する病床を除く。）に転院した患者 イ 介護老人保健施設に入所した患者 ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者

介護医療院については、「住まい」の機能を有する施設であるとの考え方から、「自宅等」の対象として扱う

看取りの方針

(地域包括ケア病棟入院料・医療管理料 1、3)

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料・医療管理料 1、3】 〔施設基準〕 (新設)	【地域包括ケア病棟入院料・医療管理料 1、3】 〔施設基準〕 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを要件化

薬剤総合評価調整加算
(地域包括ケア病棟入院料)

入院患者に対する減薬に係る取組み

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 [包括範囲] 診療に係る費用（注 3 から注 5 までに規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1 のイに限る。）及び認知症ケア加算、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H004 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J038 に掲げる人工腎臓、第 10 部手術、第 11 部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、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 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 に含まれるものとする。 加算対象に地域包括ケア病棟入院料を追加（包括の範囲外）	【地域包括ケア病棟入院料】 [包括範囲] 診療に係る費用（注 3 から注 5 までに規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、認知症ケア加算及び薬剤総合評価調整加算、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H004 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J038 に掲げる人工腎臓、第 10 部手術、第 11 部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、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、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 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。

待機患者の減少と在宅医療との連携の推進

緩和ケア病棟入院料

改定前	改定後
【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	【緩和ケア病棟入院料】 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 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 区分を分けた 【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。 ア 直近 1 年間の平均在棟日数が30日未満かつ平均待機期間が14日未満であること イ 直近 1 年間に於いて、在宅に移行した患者が退院患者全体の15%以上であること。

平均待機期間
在宅への移行実績

[経過措置]

平成30年3月末時点で緩和ケア病棟入院料を算定している病棟については、平成30年9月末まで、緩和ケア病棟入院料 1 を算定できる。

精神科救急入院料1

精神

連携

地域においてより重症の精神疾患患者を受け入れる機能をより明確化する

初診患者や自治体等からの依頼の受入等について適切に評価するため見直す

改定前

【精神科救急入院料 1】

〔施設基準〕

精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

(イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

（新設）

ウ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

改定後

【精神科救急入院料 1】

〔施設基準〕

精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は次の地域における人口万対1.875件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

(イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における当該病棟への入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
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、ア及びイに規定する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していること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

精神科救急入院料2

精神

連携

地域においてより重症の精神疾患患者を受け入れる機能をより明確化する

初診患者や自治体等からの依頼の受入等について適切に評価するため見直す

改定前

【精神科救急入院料2】

〔施設基準〕

精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

(イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

（新設）

ウ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

改定後

【精神科救急入院料2】

〔施設基準〕

精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数の実績が年間120件以上、又は次の地域における人口万対1.5件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が25件以上又は2割以上であること。

(イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における当該病棟への入院件数の実績が年間30件以上又はアの地域における人口万対0.375件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

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、ア及びイに規定する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していること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

A311

精神科救急入院料（施設基準）

精神

在宅支援

地域においてより重症の精神疾患患者を受け入れる機能をより明確化する

改定前	改定後
【精神科救急入院料 1 の施設基準】 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6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。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。<u>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。</u> 再入院削除既定の廃止	【精神科救急入院料 1 の施設基準】 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6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。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。 ※ 精神科救急入院料 2 についても同様

【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病棟については、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。

届出可能な病床数に上限を設ける

改定前	改定後
【精神科救急入院料】 【施設基準】 （新設）	【精神科救急入院料】 【施設基準】 <u>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。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。</u>

A311注5

精神科の急性期病棟の看護職員の夜間の負担軽減を図る

看護職員夜間配置加算 (精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料)

勤務環境

精神

改定後

(新) 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき)

[算定要件]

入院した日から起算して30日を限度として、所定点数 (精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料) に加算する。

[施設基準]

身体的拘束等の行動制限を最小化する取組み

- (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) 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された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。
- (4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

シフト勤務への配慮等の夜間の勤務負担軽減に資する取組み

[留意事項]

- (1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。
- (2) 当該加算を算定する病院は、行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行うこと。
- (3) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

A311注3、A311-2注3
A311-3注2、A312注3
A318注2

非定型抗精神病薬加算

精神
薬剤管理

精神科入院患者の地域移行の推進のためクロザピンの包括範囲からの除外

改定前	改定後
【非定型抗精神病薬加算】 〔算定要件〕 (7)「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。 (8) (略) (9) (略)	【非定型抗精神病薬加算】 〔算定要件〕 (7)「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。 <u>(ただし、クロザピンは除く。)</u> (8) (略) (9) (略)

クロザピンによる治療を行っている患者を除外

クロザピンを使いやすくした

商品名：クロザリル（ノバルティス）

精神科急性期治療病棟入院料

在宅移行率要件に介護老人保健施設及び介護医療院を追加

自宅等への移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を加える

改定前	改定後
【精神科急性期治療病棟入院料】 〔施設基準〕 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち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。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。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。	【精神科急性期治療病棟入院料】 〔施設基準〕 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、<u>自宅等へ移行すること</u>。「<u>自宅等へ移行する</u>」とは、患家、<u>介護老人保健施設、介護医療院</u>又は精神障害者施設へ移行することである。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。

A312
A318

精神療養病棟入院料等

精神科入院患者の地域移行の推進のためクロザピンの包括範囲からの除外

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
についても同様

精神
薬剤管理

改定前	改定後
【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体（新設） クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外 クロザピンを使いやすくした 商品名：クロザリル（ノバルティス）	【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン（治療抵抗性統合失調症患者のうちI013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る） ※ 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様

精神保健福祉士配置加算 (精神療養病棟入院料)

在宅移行率要件に介護老人保健施設及び介護医療院を追加

自宅等への移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を加える

改定前	改定後
【精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算】 〔施設基準〕 (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。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。	【精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算】 〔施設基準〕 (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割5分以上が入院日から起算して1年以内に退院し、<u>自宅等へ移行すること</u>。「<u>自宅等へ移行する</u>」とは、<u>患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである</u>。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。

精神保健福祉士配置加算の基準の見直し

認知症治療病棟入院料

長期に療養が必要な認知症患者等に配慮

認知症夜間対応加算の算定できる期間の見直し

改定前	改定後
【認知症治療病棟入院料】 注 3 当該病棟が、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、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する。 【施設基準】 (新設) 【包括範囲】 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、（中略）、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、（中略）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。 【算定要件】 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。	【認知症治療病棟入院料】 注 3 当該病棟が、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、<u>当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。</u> イ 30日以内の期間 84点 ロ 31日以上<u>の期間 40点</u> 【施設基準】 <u>患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。</u> 【包括範囲】 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、（中略）、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、<u>区分番号H004に掲げる摂食機能療法</u>、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、（中略）に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。 【算定要件】 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。<u>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。</u>

身体的拘束等の行動制限最小化の取り組み

31日以上を追加

生活機能回復のための訓練及び指導

包括範囲から、「摂食機能療法」を除外

患者の状態変化に応じた適切な治療を可能とする

地域移行機能強化病棟入院料

精神

退院支援

在宅移行率要件に介護老人保健施設及び介護医療院を追加

自宅等への移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を加える

改定前	改定後
【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 (14) 届出時点で、以下のいずれの要件も満たしていること。 ア (略) イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの）へ移行することをいう。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）	【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 (14) 届出時点で、以下のいずれの要件も満たしていること。 ア (略) イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への移行とは、患家、<u>介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行すること</u>をいう。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に移行した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

※ 精神病棟入院基本料精神保健福祉士配置加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様

精神病棟入院基本料精神保健福祉士配置加算 A312注7
精神科急性期医師配置加算 A249
精神科救急入院料 A311
び精神科救急・合併症入院料 A311-3
についても同様

自宅等への移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行すること

A400

実績データを踏まえ評価を見直す

短期滞在手術等基本料

改定前	改定後
【A400 短期滞在手術等基本料】 〔施設基準〕 三 短期滞在手術等基本料 2 の施設基準 （略） （新設） 〔施設基準〕 平均在院日数の計算対象としない患者 （略） （新設） （新設） 〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕 1. 評価の対象 （略）	【A400 短期滞在手術等基本料】 〔施設基準〕 三 短期滞在手術等基本料 2 の施設基準 （略） （3）DPC算定病床を有する医療機関でないこと。 <u>四 短期滞在手術等基本料 3 の施設基準</u> <u>DPC算定病床を有する医療機関でないこと。</u> 〔施設基準〕 平均在院日数の計算対象としない患者 （略） <u>二十三 DPC算定病床を有する医療機関において、区分番号A400の2短期滞在手術等基本料 2 が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者（1泊2日の場合に限る）</u> <u>二十四 DPC算定病床を有する医療機関において、区分番号A400の3短期滞在手術等基本料 3 が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者（4泊5日までの場合に限る）</u> 〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕 1. 評価の対象 （略）

DPC/PDPSによる包括評価を優先し、2と3は算定不可

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前のまま

産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。

〔特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕

1. 評価の対象
(略)

短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。

〔ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕

1. 評価の対象
(略)

短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。

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

〔特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕

1. 評価の対象
(略)

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

〔ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き〕

1. 評価の対象 (略)

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

A400

実績データを踏まえ評価を見直す

短期滞在手術等基本料 3 (廃止)

改定前	改定後
A400 短期滞在手術等基本料 3 短期滞在手術等基本料 3 （4泊5日までの場合） 〔対象手術等〕 イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合 ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 (略) ハ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 (略) ニ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズ挿入をしない場合（片側） ホ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）	A400 短期滞在手術等基本料 3 短期滞在手術等基本料 3 （4泊5日までの場合） 〔対象手術等〕 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> (略) <u>(削除)</u> (略) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> 算定実績等を踏まえて評価を廃止 出来高算定へ

オンライン診療料

情報通信機器を活用した診療に
診療報酬上の評価を新設

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

1月につき（毎日実施しても）

改定後

(新) オンライン診療料 70点（1月につき）

〔算定要件〕

初診以外の患者

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使用

(1) 別に定めるオンライン診療料が算定可能な初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者（初診から6月の間は毎月同一の医師により対面による診療を行っている場合に限る。）に対して、オンラインによる診察を行った場合に算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。

(2) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付していること。

(3) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行うこと。

(4) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

※オンライン診療料を算定する場合の処方箋料の取扱い等については、有効性や安全性等に配慮し、別に定める。

〔オンライン診療料が算定可能な患者〕

10の管理料等

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、在宅時医学総合管理料又は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、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者

〔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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。）

(3) 当該保険医療機関において、一月あたりの再診料（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。

オンライン医学管理料

情報通信機器を活用した診療に
診療報酬上の評価を新設

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

改定後

(新) オンライン医学管理料 100点 (1月につき)

医学管理を継続的に行っている患者

〔算定要件〕

- (1) 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又は生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を継続的に行っている患者に対して、療養計画に基づき対面診療とオンライン診療を組み合わせた管理を行った場合に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月の場合に限り、所定の管理料に合せて算定できる。(ただし、対面診療で特定疾患療養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。)
- (2) 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又は生活習慣病管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者（初診から6月の間は毎月同一の医師により対面による診療を行っている場合に限る。）であること。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付している。
- (4) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。
- (5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

〔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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。）
- (3) 当該保険医療機関において、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。

オンライン診療のイメージ（外来）

OL：オンライン

1か月に1度の外来受診を行っている患者

前月				当月				翌月				
1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週	11週	12週	13週
対面診療				対面診療				対面診療				対面診療
医学管理料1回、再診料1回				医学管理料1回、再診料1回				医学管理料1回、再診料1回				

状態が安定しているのでOL診療を併用して対面診療を2か月に1度にするケース

対面診療				OL診療		OL診療		対面診療				OL診療
医学管理料1回、再診料1回				OL医学管理料1回、OL診療料1回				医学管理料1回、再診料1回				

薬物治療の効果に懸念があるため、OL診療と組み合わせて受診回数を増やすケース

対面診療				対面診療		OL診療		対面診療		対面診療		対面診療
医学管理料1回 再診料1回				医学管理料1回 再診料1回、OL診療料1回				医学管理料1回 再診料2回				

1か月に2度の外来受診を行っている患者

月2回算定可能な特定疾患療養管理料など

前月				当月				翌月				
1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週	11週	12週	13週
対面診療		対面診療		対面診療		対面診療		対面診療		対面診療		対面診療
医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		

安定しているため、OL診療と組み合わせて受診回数を減らすケース

対面診療		対面診療		OL診療		OL診療		対面診療				対面診療
医学管理料1回 再診料1回		医学管理料1回 再診料1回		OL医学管理料1回 OL診療料1回				医学管理料1回 再診料1回				

小児特定疾患カウンセリング料

発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療機会を確保

改定前	改定後
【小児特定疾患カウンセリング料】 〔算定要件〕 注 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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。（略） 〔対象患者〕 15歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者	【小児特定疾患カウンセリング料】 〔算定要件〕 注 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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。（略） 〔対象患者〕 18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

心療内科の算定

対象患者を18歳未満に拡大

B001 5

医療的ケア児への支援を推進し、多職種による協同を進める

小児科療養指導料

幼児小児

連携

改定前	改定後
【小児科療養指導料】 〔対象疾患〕 （15歳未満の患者） 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。） （6歳未満の患者） （略） 〔算定要件〕 （新設） （略） 注 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、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。	【小児科療養指導料】 〔対象疾患〕 （15歳未満の患者） 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに児童福祉法第56条の6第2項に規定する医療的ケア児に該当する状態 （6歳未満の患者） （略） 〔算定要件〕 <u>必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。</u> （略） 注 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、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。 注5 <u>人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</u>

患児が通学する場合には学校と情報共有・連携を行う

医療的ケア児に該当する状態の患者を追加

小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合も算定可能

人工呼吸器導入時相談支援加算

B001 15

透析医療に係る診療報酬の見直し

腎代替療法実績加算 (慢性維持透析患者外来医学管理料)

改定前	改定後
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 (新設) [施設基準] (新設) 腹膜透析や腎移植の実績を評価	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 <u>注 3 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、医学管理を行った場合は、腎代替療法実績加算として所定点数に100点を加算する。</u> [施設基準] <u>導入期加算 2 の施設基準を全て満たしていること。</u>

勤務環境

チーム

より効率的な医療提供を行うために専従要件を緩和する

外来緩和ケア管理料

改定前	改定後	専従要件緩和で引き下げ
【外来緩和ケア管理料】 300点 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る<u>専従のチーム</u>（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。	【外来緩和ケア管理料】 <u>290点</u> 〔施設基準〕 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される<u>緩和ケアに係るチーム</u>（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア～エのうちいずれか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、<u>いずれも専任で差し支えない。</u>	チームのいずれか1人が専従であればよい 専任のみで可

高度腎機能障害患者指導加算 (糖尿病透析予防指導管理料)

透析医療に係る診療報酬の見直し

改定前	改定後
【腎不全期患者指導加算】 [名称] [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、<u>腎不全期</u>の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、<u>腎不全期患者指導加算</u>として、100点を所定点数に加算する。 [算定対象] 腎不全期（eGFRが30mL/min/1.73m²未満）の患者	【高度腎機能障害患者指導加算】 <u>(名称変更)</u> [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、<u>高度腎機能障害を有する患者</u>に対して医師が必要な指導を行った場合には、<u>高度腎機能障害患者指導加算</u>として、100点を所定点数に加算する。 [算定対象] eGFRが 45mL/min/1.73m²未満の患者

名称変更

腎不全に至っていない高度腎機能障害の患者に拡大
(「腎不全」を削除)

B001 28

小児の運動器疾患に対するかかりつけ医と連携した診療の評価

小児運動器疾患指導管理料

連携

幼児小児

かかりつけ

かかりつけの医師からの依頼を受けて、整形外科医が継続的な医学管理を行った場合の評価

改定後

(新) **小児運動器疾患指導管理料** 250点（6月に1回）
〔算定要件〕
かかりつけの医師からの紹介を受けて受診した6歳未満の患者であって、脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患を有する者に対し、小児の運動器疾患について専門的な知識を有する医師が療養上の指導を実施した場合
〔施設基準〕
以下の全ての要件を満たす常勤医師が1名以上配置されていること。
(1) 5年以上の整形外科の診療に従事していること。
(2) 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。
(3) 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有していること。
(4) 必要に応じて、自施設又は連携にて入院可能な体制を有していること。

小児抗菌薬適正使用支援加算 (小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料)

薬剤耐性菌対策としての外来診療
等における抗菌薬の適正使用

連携

薬剤管理

幼児小児

改定後

抗菌薬の適正使用に資する加算

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

〔算定要件〕

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。

なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。

〔施設基準〕

感染症の研修会等に定期的に参加していること。

病院においては、データ提出加算 2 を算定していること。

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児で、抗菌薬を使用しない場合に算定

○再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算

○地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料

○薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

○小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料

を算定する場合に以下の要件を追加

算定要件に追加

・抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること

・「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うこと

院内トリアージ実施料

夜間における救急患者への
対応をより強化

院内トリアージ実施料の評価を
引き上げる

改定前	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 <u>300点</u>

3 倍の引き上げ

救急搬送看護体制加算 (夜間休日救急搬送医学管理料)

夜間における救急患者への
対応強化

二次救急医療機関における夜
間救急外来の看護体制の評価

改定後
(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。

専任の看護師を配置

地域包括診療料等の見直し、
かかりつけ医機能をより一層推進する

地域包括診療料等

かかりつけ

B001-2-9		改定前	改定後		評価を1と2に分けて見直す
【地域包括診療料】 地域包括診療料 1,503点		自己負担が高くなる場合は工夫が必要（プレミアム感）	【地域包括診療料】 地域包括診療料 1 1,560点 地域包括診療料 2 1,503点		
B001-2-10		改定前	改定後		
【認知症地域包括診療料】 認知症地域包括診療料 1,515点			【認知症地域包括診療料】 認知症地域包括診療料 1 1,580点 認知症地域包括診療料 2 1,515点		
【施設基準】 （地域包括診療料） 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下の全て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 の届出を行っていること。 （ロ）常勤の医師が 2 名以上配置されていること。 （ハ）在宅療養支援診療所であること。 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。 （新設） （略）		外来から訪問診療への移行実績 往診＆訪問診療の実績（直近1年） （直近1月）	【施設基準】 （地域包括診療料 1） （1）以下の全て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 の届出を行っていること。 （ロ）常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。 （ハ）在宅療養支援診療所であること。 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）以下の全てを満たしていること。 ア 訪問診療を提供した患者のうち、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。 イ 直近 1 ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 （略）		常勤 2 名から、常勤 1 名と非常勤医師の組み合わせでもよいこととする

(新設)

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

(ハ) 病院において院外処を行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等も実施可能とする

保険薬局との連携

(地域包括診療料 2)

地域包括診療料 1 の(1)の要件を満たしていること。

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること。必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能であること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

病院

(ハ) 病院において院外処方をを行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

診療所

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
（中略）
(二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

保険薬局との連携

（中略）
(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

（略）

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
（中略）
(二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

（中略）
(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、省略することができる。この場合でも、他医療機関受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知すること。

（略）

一定の受診歴を有する患者について、同意に係る手続きを簡略化

B001-2-9注3
B001-2-10注3

薬剤適正使用連携加算 (地域包括診療料)

地域包括診療料等の見直し、
かかりつけ医機能をより一層推進する

- かかりつけ
- 薬剤管理
- 連携

かかりつけ医と入院医療機関等が連携して
行う、医薬品の適正使用の取組を評価

改定後
【地域包括診療料】【認知症地域包括診療料】 (新) 薬剤適正使用連携加算 30点 (退院又は退所の日を含む月の翌月までに1回) [算定要件] 以下の全ての要件を満たした場合に算定可能 ア 地域包括診療料等を算定する患者が、入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院・入所先の医療機関等 に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること(情報提供の手段は問わない)。 イ 入院・入所先の医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応した上でその照会内容及び対応について診療録に記 録すること。 ウ 入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1ヶ月以内に当該医療機関等から情報提供 を受けていること(情報提供の手段は問わない)。

医師の負担を軽減し一層の普及を図る

時間外の相談に係る要件を緩和

小児かかりつけ診療料

かかりつけ
幼児小児

改定前	改定後
【小児かかりつけ診療料】 〔算定要件〕 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 （新設） （略）	【小児かかりつけ診療料】 〔算定要件〕 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 <u>ただし、以下のいずれかの要件を満たす医師が配置された保険医療機関については、夜間休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する輪番医療機関又は「# 8000事業」における電話相談を案内することも可能であること。</u> <u>（1）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であること。</u> <u>（2）いわゆる「# 8000事業」に定期的に協力する常勤小児科医であること。</u> （略）

地域の在宅当番医制等に協力する医師が配置されている保険医療機関は、夜間・休日の相談等に係る要件を緩和
「地域の在宅当番医等を案内することでもよい」

「# 8000事業」
小児救急電話相談事業

生活習慣病管理料

生活習慣病の重症化予防
を推進

改定前	改定後
【生活習慣病管理料】 〔算定要件〕 (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式 9 又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。 (略) (新設) (新設)	【生活習慣病管理料】 〔算定要件〕 (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式 9 又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、<u>糖尿病の患者については、検査欄の血糖値及びHbA1cの欄、高血圧症の患者については、血圧の欄は必ず記載すること。</u> (略) (12) <u>糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。</u> (13) <u>学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。</u>

記載必須項目

- ・糖尿病（血糖値、HbA1c）
- ・高血圧（血圧）

特定健康診査・特定保健指導との連携

学会のガイドライン等の診療支援
情報等の活用

B001-9
B001-9注2

勤務環境

連携

療養・就労両立支援指導料 相談体制充実加算

がん患者の治療と仕事の両立の推進

就労中のがん患者
患者の同意
産業医への情報提供
状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
産業医からの助言の踏まえた治療計画の見直し

改定後

(新) 療養・就労両立支援指導料 1,000点（6月に1回）

(新) 相談体制充実加算 500点

産業医の関与（連携）

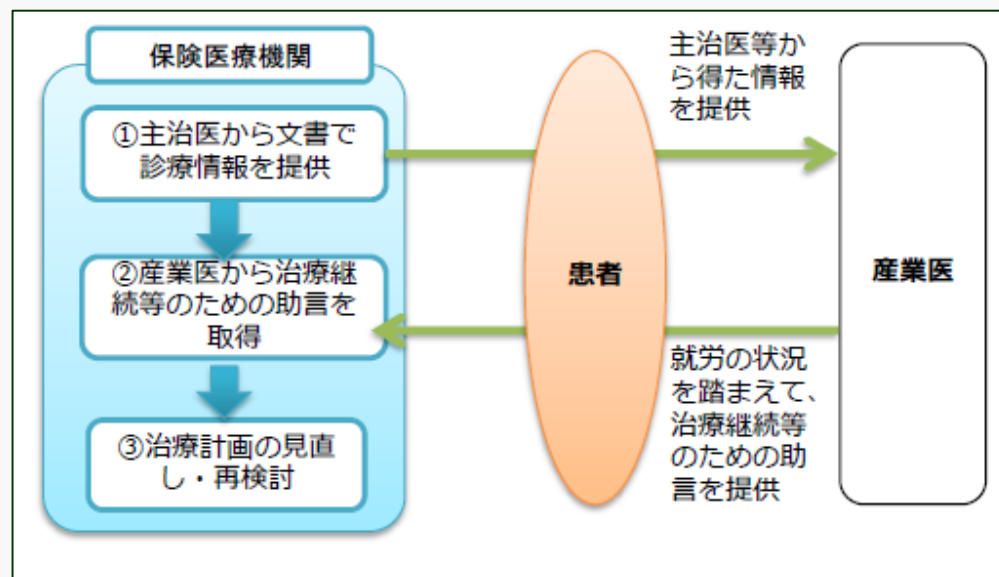
[算定要件]

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師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

[就労等相談体制加算の施設基準]

- (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。



厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

退院時共同指導料1

- チーム
- 退院支援
- 連携

改定前	改定後
【退院時共同指導料 1】 〔算定要件〕 注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において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又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。	【退院時共同指導料 1】 〔算定要件〕 注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において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又は当該保険医の指示を受けた看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士</u>が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。

在宅療養を担う医療機関

医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

効率的な情報共有・連携を促進する
ICTを活用することができるよう、要件を
緩和する

退院時共同指導料1 (ICTの活用)

- ICT
- チーム
- 退院支援
- 連携

改定前	改定後
【退院時共同指導料 1】 〔算定要件〕 注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において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又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、<u>当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</u> 〔留意事項〕 (1) (略) (新設)	【退院時共同指導料 1】 〔算定要件〕 注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において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又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、<u>患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</u> 〔留意事項〕 (1) (略) (2) <u>当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療資源の少ない地域に所在する場合であって、やむを得ない事情等により、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等が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。</u> ※ <u>留意事項の内容は、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。</u>

「保険医療機関に赴いて」
は削除
ICTの活用（ビデオ通話）

関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

退院時共同指導料2

チーム
退院支援
連携

改定前	改定後
【退院時共同指導料 2】 〔算定要件〕 注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において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当該保険医の指示を受けた看護師等又は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の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。 （新設）	【退院時共同指導料 2】 〔算定要件〕 注 1 入院中の保険医療機関の保険医、<u>看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等</u>又は<u>社会福祉士</u>が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において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当該保険医の指示を受けた看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等</u>若しくは<u>社会福祉士</u>又は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の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。 〔包括範囲〕 B006-3 退院時リハビリテーション指導料（理学療法士等が行った場合に限る。） B014 退院時薬剤情報管理指導料（薬剤師が行った場合に限る。）

入院中の医療機関

医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

包括範囲を定めて算定対象を見直す

【退院時共同指導料 2】

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。

3 者以上共同指導

注 4 注 1 の規定にかかわらず、区分番号 A 2 4 6 に掲げる退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

【退院時共同指導料 2】

注 3 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、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若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象

注 4 注 1 の規定にかかわらず、区分番号 A 2 4 6 に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

「在宅」が削除
→自宅以外の場所に退院する患者も算定可能

退院に向けた関係機関の連携強化

「又は看護師等」
→看護職員のみでOK

訪問看護療養費

退院時共同指導加算

退院支援
連携

退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの退院時共同指導の評価を充実する。また、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。

特別の関係にある医療機関等
と訪問看護ステーションの連携

(医科) 退院時共同指導料
についても同様

改定前	改定後
【退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）】 （退院又は退所につき1回に限り） 6,000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。	【退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）】 （退院又は退所につき1回に限り） <u>8,000円</u> [算定要件] <u>（削除）</u> <u>※退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算（訪問看護管理療養費）及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護管理療養費）の算定要件についても同様。</u>

介護支援等連携指導料

医療・介護・福祉事業者間での
切れ目のない連携を推進

退院に向けた関係機関
の連携強化

医療機関と居宅介護支援事業者や
介護支援専門員との連携に係る評価

改定前	改定後
【介護支援連携指導料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に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。	【介護支援等連携指導料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に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又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象

連携型認知症疾患医療センター等の評価

認知症専門診断管理料

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（連携型センター）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

改定前	改定後
【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料 1 イ 基幹型又は地域型の場合 700点 ロ 診療所型の場合 500点 （略）	【認知症専門診断管理料】 1 認知症専門診断管理料 1 イ 基幹型又は地域型の場合 700点 ロ <u>連携型</u>の場合 500点 （略）

かかりつけ医が、認知症の疑いのある患者を連携型センターに紹介した場合に、「診療情報提供料（Ⅰ）認知症専門医紹介加算」の算定を可能とする

連携型センターが、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合

連携型認知症疾患医療センター等の評価

認知症サポート指導料

認知症サポート医が、かかりつけ医に行う指導・助言の評価

改定前	改定後
(新設)	認知症サポート指導料 450点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関からの依頼により、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、患者又は患者家族の同意を得て、療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り所定点数を算定する。 〔施設基準〕 以下の要件を満たす常勤の医師が配置されていること。 ア 認知症サポート医に係る研修等を修了していること。 イ 認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること

認知症サポート医

連携型認知症疾患医療センター等の評価

認知症

連携

認知症療養指導料

認知症サポート医の指導・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を評価

改定前	改定後
【認知症療養指導料】 350点 注 当該保険医療機関の紹介により認知症疾患医療センターにおいて認知症の鑑別診断を受け、認知症専門診断管理料 1 を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該認知症疾患医療センターに診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定する。 (新設)	【認知症療養指導料】 1 認知症専門診断管理料を算定した患者の場合 350点 2 認知症サポート指導料を算定した患者の場合 300点 3 認知症サポート医自らが療養計画に基づく治療を行う場合 300点 注 1 については、当該保険医療機関の紹介により認知症疾患医療センターにおいて認知症の鑑別診断を受け、認知症専門診断管理料 1 を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該認知症疾患医療センターに診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定する。ただし、2 又は 3 を算定した場合には算定できない。 注 2 については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定する。ただし、1 又は 3 を算定した場合には算定できない。 注 3 については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該認知症サポート医が当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定する。ただし、1 又は 2 を算定した場合には算定できない。

かかりつけ医が、連携型センターの作成する療養計画に基づき治療を行った場合



精神疾患を合併した妊産婦
への指導管理に係る評価

ハイリスク妊産婦連携指導料 1

外来における指導に係る評価

改定後

精神科、心療内科、自治体と連携

(新) **ハイリスク妊産婦連携指導料 1** (月 1 回) 1,000点
〔算定要件〕

精神疾患の妊産婦

産科又は産婦人科

(1) 精神疾患の妊婦又は出産後 2 月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者又は他の保険医療機関で精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている者に限る。

(3) 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。

(4) 必要に応じて小児科医と適切に連携して診療する体制を有していること。

(5) 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が、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こと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね 2 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第25条の2に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第22条第1項に基づき設置された母子健康包括支援センター等に相談し、情報提供を行うこと。

(8) 関係学会から示されている指針に基づき、以上が適切に実施されていること。

(9) 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料 1 とハイリスク妊産婦連携指導料 2 を算定することはできない。

〔施設基準〕

(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 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 件以上であること。

(3) 原則として当該保険医療機関を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していること。

精神疾患を合併した妊産婦
への指導管理に係る評価

ハイリスク妊産婦連携指導料 2

外来における指導に係る評価

改定後

産科、産婦人科、自治体と連携

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料 2 (月 1 回) 720点

〔算定要件〕

(1) 精神疾患の妊婦又は出産後 6 月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料 2 とハイリスク妊産婦連携指導料 1 を算定することはできない。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者に限る。

(3) 産婦人科又は産科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響についても適切に情報を提供していること。

(4) 必要に応じて小児科医と適切に連携して診療する体制を有していること。

(5) 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こと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね 2 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産婦人科又は産科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第25条の2に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第22条第1項に基づき設置された母子健康包括支援センターに相談し、情報提供を行うこと。

〔施設基準〕

(1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神疾患の妊婦について、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 件以上であること。

精神疾患の妊産婦

精神科又は心療内科

診療情報提供料（Ⅰ）

入退院時の連携強化

医療・介護・福祉事業者間での
切れ目のない連携を推進

入退院時の連携に関する評価や、退院に向けた入院医療機
関と関係機関との共同指導や連携に関する評価を充実させる

改定前	改定後
【診療情報提供料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第 1 項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者との連携も評価対象 障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象 「注 2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から 2 週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。 退院の日から 2 週間以内→退院の日の前後 2 週間	【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若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 「注 2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、<u>患者の同意を得て退院の日の前後 2 週間の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。</u>ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。

介護支援等連携指導料を算定していない患者に限る

診療情報提供料（Ⅰ）等 （介護医療院の取り扱い）

介護医療院の創設に伴う対応

改定後	
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）	B009
退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）	訪02注4

医療に係る情報提供や共同指導については、
介護老人保健施設と同様に取扱う

在宅医療における医科と
歯科の連携を推進

歯科医療機関連携加算 (診療情報提供料 (I))

歯科訪問診療に関する情報提供を行
う場合の情報提供先及び対象患者を
拡大する

改定前	改定後
【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、 訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の 必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った 場合 「疑われる患者」もOK	【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、 訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する 患者（疑われる患者を含む。）について、歯科訪問診療の必要性を 認め、在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関に対して情 報提供を行った場合

療養情報提供加算 (診療情報提供料 (I))

医療機関等と訪問看護ステーションとの連携を推進

訪問看護ステーションから得た情報を添付して紹介を行った場合

改定後	
【診療情報提供料 (I)】 (新) 療養情報提供加算 50点 [算定要件] 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該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は、50点を所定点数に加算する。	

訪問看護療養費	改定後
(新) 訪問看護情報提供療養費 3 1,500円 [算定要件] 保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下、「保険医療機関等」という。）に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、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、利用者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費 3 を算定している場合は、算定しない。	

連携

かかりつけ

かかりつけ医とかかりつけ歯科医との間で
共有した場合の評価を新設

診療情報連携共有料

改定後

- (新) 診療情報連携共有料 120点
- 【医科点数表、歯科点数表】
- 〔対象患者〕
- 慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者
- 〔算定要件〕
- 【医科点数表】
- (1) 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。
- (2) 診療情報提供料(I) (同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。) を算定した同一月においては、別に算定できない。
- 【歯科点数表】
- (1) 全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関 (歯科診療を行うものを除く。) で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を依頼した場合に保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。
- (2) 診療情報提供料(I) (同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。) を算定した月は別に算定できない。
- 【医科点数表、歯科点数表共通】
- 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制 (窓口の設置など) を確保していること。

平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、24時間体制の確保が負担

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、在宅医療ニーズは多様化・高度化

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

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

往診料

改定前	改定後
【往診料】 〔算定要件〕 (1) 往診料は、患家の求めに応じて患家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家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。 (略)	【往診料】 〔算定要件〕 (1) 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、<u>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、可及的速やかに患家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家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。</u> (略)

患者等が直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限る

医師が患者に往診を勧めることを抑制か？

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

緊急往診加算 (往診料)

改定前	改定後
【往診料 緊急往診加算】 [算定要件] 緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。	【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又は<u>医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）</u>をいう。

医学的に終末期であると考えられる患者を追加

夜間・休日加算、深夜加算 (往診料)

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

改定前	改定後
【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】 [算定要件] 夜間（深夜を除く。）とは午後 6 時から午前 8 時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前 6 時までとする。	【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】 [算定要件] 夜間（深夜を除く。）とは午後 6 時から午前 8 時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前 6 時までとする。<u>ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日加算及び深夜加算は算定できない。</u>

夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする

C

機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）

かかりつけ
在宅支援

患者やその家族の希望に応じた看取りを推進

機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）
機能強化型在宅療養支援病院（単独型）
機能強化型在宅療養支援病院（連携型）
についても同様

改定前	改定後
【機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）】 〔算定要件〕 オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 （中略） サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。	【機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）】 〔算定要件〕 オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 （中略） サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。<u>なお、6月以上の訪問診療を実施した患者であつて、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。</u> ※ 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）、機能強化型在宅療養支援病院（単独型）及び機能強化型在宅療養支援病院（連携型）についても同様

看取り等の実績要件を追加

入院して死亡した場合も含む

在宅患者訪問診療料 I
(他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)

複数の医療機関による訪問診療を可能とする

改定前	改定後
【在宅患者訪問診療料】 1 同一建物居住者以外の場合 833点 2 同一建物居住者の場合 203点	【在宅患者訪問診療料 I】 1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点 ロ 同一建物居住者の場合 203点 2 在宅患者訪問診療料 2 イ 同一建物居住者以外の場合 830点 ロ 同一建物居住者の場合 178点 （在宅患者訪問診療料 2） 〔算定要件〕 在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料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。

他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

区分の新設

在宅ターミナルケア加算
(在宅患者訪問診療料)

患者やその家族の希望に応じた看取りを推進

居住先に応じて評価を充実

改定前	改定後
【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 （新設） イ 機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 6,000点 (2) 病床を有しない場合 5,000点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 4,000点 ハ その他の医療機関 3,000点 （新設） 〔算定要件〕 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略）	【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 <u>（有料老人ホーム等以外に居住する患者）</u> イ 機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 <u>6,500点</u> (2) 病床を有しない場合 <u>5,500点</u> ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 <u>4,500点</u> ハ その他の医療機関 <u>3,500点</u> <u>（有料老人ホーム等に居住する患者）</u> イ 機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 <u>6,500点</u> (2) 病床を有しない場合 <u>5,500点</u> ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 <u>4,500点</u> ハ その他の医療機関 <u>3,500点</u> 〔算定要件〕 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略） <u>ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族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。</u>

「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」

看取

在宅訪問

在宅ターミナルケア加算・看取り加算 (在宅患者訪問診療料 特別養護老人ホーム)

特別養護老人ホーム等における
ターミナルケアと看取りの評価

介護加算を算定する場合でも、在宅ターミナル
ケア加算を算定可能とする

改定前	改定後
【在宅ターミナルケア加算、看取り加算（在宅患者訪問診療料）】 [算定要件] 特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、特別養護老人ホームにおいて看取り介護加算を算定している場合には、<u>在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。</u> ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）	【在宅ターミナルケア加算、看取り加算（在宅患者訪問診療料）】 [算定要件] 特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、在宅ターミナルケア加算と看取り加算を算定できるが、特別養護老人ホームにおいて<u>看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には、看取り加算は算定できず、在宅ターミナルケア加算のみを算定すること。</u> ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

酸素療法加算
(在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算)

在宅療養中のがん末期の患者に行
う酸素療法の評価

末期のがん患者に対するターミナルケアとして行
われる酸素療法を評価

改定後	
【在宅ターミナルケア加算】 (新) 酸素療法加算 2,000点 [算定要件] がん患者であって、在宅ターミナルケアを行っている者に対し、酸素療法を行っていた場合に所定点数に加算。	

死亡診断加算 (在宅患者訪問診療料)

看取

在宅訪問

ICT

ICTを利用した死亡診断の
取り扱いの明確化

改定前	改定後
【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 〔算定要件〕 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）	【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 〔算定要件〕 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）<u>「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たしていること。</u> <u>ア 定期的・計画的な訪問診療を行っていること。</u> <u>イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。</u> <u>ウ 離島地域等に居住している患者であって、連携する他の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連携する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こと。</u>

在宅患者訪問診療料の死亡診断加算の算定の要件

医師の死亡診断まで時間がかかるケース

C001-2

在宅訪問

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)

併設する介護施設等への訪問診療料の評価

訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえた評価

改定後	
(新) 在宅患者訪問診療料Ⅱ (1日につき)	併設する介護施設等の入居者の場合 144点
[算定要件] 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、当該患者1人につき週3回を限度として算定する。	

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療を評価

在宅時医学総合管理料（在総管）

在宅訪問
在宅支援

改定前	改定後
【在宅時医学総合管理料】 1 機能強化型在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 4,600点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 2,500点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,300点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 2,760点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,500点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 4,200点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 2,300点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,200点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 2,520点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,380点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点	【在宅時医学総合管理料】 1 機能強化型在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 <u>4,500点</u> ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 <u>2,400点</u> ③ 単一建物診療患者が 10人以上 <u>1,200点</u> (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 2,760点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,500点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 <u>4,100点</u> ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 <u>2,200点</u> ③ 単一建物診療患者が 10人以上 <u>1,100点</u> (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 2,520点 ② 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,380点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点

月 2 回以上の訪問診療を行っている場合を適正化

適正化 -100

増減なし

適正化 -100

増減なし

2 在支診・在支病

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、
月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 3,800点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 2,100点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 1,100点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,280点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,260点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 660点

機能強化型在支診以外
の医療機関であって月 1
回の訪問診療を行っている
場合を充実

3 在支診・在支病以外の医療機関

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っ
ている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,850点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,575点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 850点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,710点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 945点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 510点

2 在支診・在支病

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、
月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 3,700点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 2,000点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 1,000点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,300点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,280点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 680点

適正化 -100

充実 +20

3 在支診・在支病以外の医療機関

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っ
ている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,750点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,475点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 750点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,760点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 995点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 560点

適正化 -100

充実 +50

情報通信機器を活用した診療に
診療報酬上の評価を新設

オンライン在宅管理料 (在宅時医学総合管理料)

対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提

改定後

(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)

在宅での療養を行っている患者

〔算定要件〕

- (1) 在宅での療養を行っている患者（施設入居者等を除く）であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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) 在宅時医学総合管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者（初診から6月の間は毎月対面による診療を行っている場合に限る。）であること。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る。）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察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。
- (4) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。
- (5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

初診から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〕

- (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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。）
- (3) 当該保険医療機関において、1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。

オンライン診療のイメージ（在宅）

OL：オンライン

1か月に1度の訪問診療を行っている患者

前月				当月				翌月				
1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週	11週	12週	13週
訪問診療				訪問診療				訪問診療				訪問診療
在総管（月1）1回、訪問診療料1回				在総管（月1）1回、訪問診療料1回				在総管（月1）1回、訪問診療料1回				

状態の悪化により、頻回な確認が必要になったケース

訪問診療				訪問診療		OL診療		訪問診療		訪問診療		訪問診療
在総管（月1）1回 訪問診療料1回				在総管（月1）1回 訪問診療料1回、OL在宅管理料1回				在総管（月2）1回 訪問診療料2回				

1か月に2度の訪問診療を行っている患者

前月				当月				翌月				
1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週	11週	12週	13週
訪問診療		訪問診療		訪問診療		訪問診療		訪問診療		訪問診療		訪問診療
在総管（月2）1回、訪問診療料2回				在総管（月2）1回、訪問診療料2回				在総管（月2）1回、訪問診療料2回				

状態が安定しているため、OL診療と組み合わせて訪問診療の回数を減らすケース

訪問診療		訪問診療		訪問診療		OL診療		訪問診療		OL診療		訪問診療
在総管（月2）1回 訪問診療料2回				在総管（月1）1回 訪問診療料1回、OL在宅管理料1回				在総管（月1）1回 訪問診療料1回、OL在宅管理料1回				

在宅の場合、月1回は対面での
訪問診療が要件

施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

在宅訪問
在宅支援

患者の状態に応じたきめ
細やかな訪問診療を評価

改定前	改定後
【施設入居時等医学総合管理料】 1 機能強化型在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 3,300点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 1,800点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,300点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 1,980点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 1,080点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 3,000点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 1,650点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,200点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 1,800点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 990点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点	【施設入居時等医学総合管理料】 1 機能強化型在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 <u>3,200点</u> ② 単一建物診療患者が 2～9 人 <u>1,700点</u> ③ 単一建物診療患者が 10人以上 <u>1,200点</u> (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 1,980点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 1,080点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (略) (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 <u>2,900点</u> ② 単一建物診療患者が 2～9 人 <u>1,550点</u> ③ 単一建物診療患者が 10人以上 <u>1,100点</u> (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人 1,800点 ② 単一建物診療患者が 2～9 人 990点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点

月 2 回以上の訪問
診療を行っている場
合を適正化

適正化 -100

増減なし

適正化 -100

増減なし

2 在支診・在支病

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、
月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,700点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,500点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 1,100点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,620点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 900点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 660点

機能強化型在支診以外の医療機関であって月 1 回の訪問診療を行っている場合を充実

3 在支診・在支病以外の医療機関

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,050点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,125点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 850点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,230点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 675点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 510点

2 在支診・在支病

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、
月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 2,600点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,400点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 1,000点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,640点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 920点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 680点

適正化 -100

充実 +20

3 在支診・在支病以外の医療機関

イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合
(略)

ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,950点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 1,025点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 750点

ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が 1 人 1,280点
- (2) 単一建物診療患者が 2 ～ 9 人 725点
- (3) 単一建物診療患者が 10人以上 560点

適正化 -100

充実 +50

在総管 & 施設総管（まとめ）

改定後 (院外処方)		(機能強化型) 在支診・在支病						在支診・在支病			それ以外		
		有床			無床								
単一建物診療患者数 (人)		1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～
在総管	定める状態月2回	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	上記以外月2回	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
	上記以外月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,300	1,280	680	1,760	995	560
施設総管	定める状態月2回	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	上記以外月2回	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
	上記以外月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,640	920	680	1,280	725	560



改定前（2016年度） （院外処方）		（機能強化型）在支診・在支病						在支診・在支病			それ以外		
		有床			無床								
単一建物診療患者数（人）		1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～
在総管	定める状態月2回	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	上記以外月2回	4,600	2,500	1,300	4,200	2,300	1,200	3,800	2,100	1,100	2,850	1,575	850
	上記以外月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,280	1,260	660	1,710	945	510
施設総管	定める状態月2回	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	上記以外月2回	3,300	1,800	1,300	3,000	1,650	1,200	2,700	1,500	1,100	2,050	1,125	850
	上記以外月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,620	900	660	1,230	675	510

C002注9
C002-2注5

患者の状態に応じたきめ細やかな
訪問診療を評価

包括的支援加算 (在総管、施設総管)

在宅訪問
在宅支援

改定後	
(新) 包括的支援加算 150点 (月 1 回)	
[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者	
(1) 要介護 2 以上に相当する患者	
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb 以上の患者	
(3) 月 4 回以上の訪問看護を受ける患者	
(4) 訪問診療時又は訪問看護時に処置 (簡単な処置を除く) を行っている者	
(5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者	
(6) その他、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	

一定の状態にある患者の加算を新設

通院が特に困難と考えられる患者
関係機関との連携に特に支援を必要とする患者

C002注9
C002-2注5

在支診以外の診療所による訪問
診療の評価

継続診療加算
(在総管、施設総管)

在宅訪問
在宅支援

在支診以外の診療所

改定後

【在宅時医学総合管理料】【施設入居時等医学総合管理料】

(新) 継続診療加算 216点 (1日につき)

[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、当該医療機関単独又は連携する医療機関との協力のもと、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ついては、当該保険医療機関、連携する医療機関又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供していること。

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

C002
C003

在総管・在宅がん医療総合診療料

在宅訪問
在宅支援

末期のがん患者に対し訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化により医療・介護サービスを提供する

改定前	改定後
【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] (略) (新設) 末期のがん患者	【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] (略) 悪性腫瘍の患者については、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居宅介護支援事業者に対し、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、情報提供すること。

当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援事業者に対し病状や予後等について情報提供することを追加

訪01注10
C005注5
C005-1-2注4

長時間訪問看護加算 (在宅患者訪問看護・指導料)

在宅訪問
幼児小児

在宅で療養しながら生活する医療的ケアが必要な小児への支援を充実

改定前	改定後
【長時間訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週 1 日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週 3 日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。 【長時間訪問看護加算（在宅患者訪問看護・指導料）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週 1 回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週 3 回）に限り、520点を所定点数に加算する。 週 3 日まで算定可能な患者の対象に、医療的ケアが必要な児を加える 医療的ケアが必要な小児	【長時間訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週 1 日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週 3 日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。 【長時間訪問看護加算（在宅患者訪問看護・指導料）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週 1 日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週 3 日）に限り、520点を所定点数に加算する。 【算定対象】 イ 15歳未満の超重症児又は準超重症児 ロ 15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ※ 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

(医科) 在宅患者訪問看護・指導料
(医科) 同一建物居住者訪問看護・指導料

C005注7
C005-1-2注4

複数名訪問看護加算 (在宅患者訪問看護・指導料)

複数名訪問看護加算について算
定方法を見直し

改定前	改定後
【複数名訪問看護加算（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）】 注7 イ又はロについては、週1日に限り算定する。 イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点 ロ（略） ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点	【複数名訪問看護加算（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）】 注7 イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。 イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450点 ロ（略） ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点 ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） (1) 1日に1回の場合 300点 (2) 1日に2回の場合 600点 (3) 1日に3回以上の場合 1,000点

同時に訪問看護・指導
を行う場合

利用者の身体的理由

在宅ターミナルケア加算 (在宅患者訪問看護・指導料)

「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

改定前	改定後
注10 1 及び 2 については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2 回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、<u>2,000点</u>を所定点数に加算する。 (新設) 特別養護老人ホーム等に入所中の患者について、一定の要件において算定可能とする 特別養護老人ホーム等に訪問看護ステーションが関わる (新設)	注10 1 及び 2 については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2 回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の 1 に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） <u>2,500点</u> ロ特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの <u>1,000点</u>

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

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。

C005注13
C005-1-2注4
I012注11

看護・介護職員連携強化加算 (在宅患者訪問看護・指導料)

在宅訪問
連携

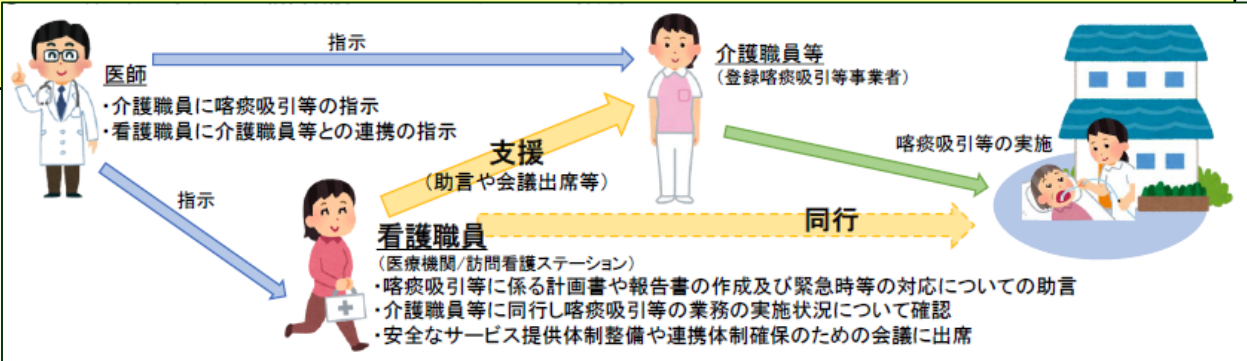
喀痰吸引が必要な患者が在宅で療養生活を継続することを支援

訪問看護ステーションが、喀痰吸引等を行う介護職員等の支援を行った場合の評価

改定後

(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

- [算定対象]
口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）を必要とする者
- [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。



C005注14
C005-1-2注4

特別地域訪問看護加算 (在宅患者訪問看護・指導料)

住み慣れた地域（過疎）で療
養しながら生活を継続

改定後

過疎地域等における訪問看護に
ついて要件の緩和

移動にかかる時間が1時間以上である者

【在宅患者訪問看護・指導料】

(新) 特別地域訪問看護加算

所定点数の100分の50に相当する点数を加算

[算定要件]

保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

- (1) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する当該保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合
- (2) 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する当該保険医療機関の看護師等が当該地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様に新設する。

- ※ 別に厚生労働大臣が定める地域（基準告示第3に規定する地域）
- (1) 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
 - (2) 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
 - (3) 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
 - (4) 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
 - (5) 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
 - (6) 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

在宅患者訪問薬剤管理指導料

居住場所に応じたきめ細かな評価

改定前	改定後
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 650点 2 同一建物居住者の場合 300点 〔同一建物居住者〕 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。 単一建物診療患者の人数に応じた評価とする	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 3 区分 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点 2 単一建物診療患者が2～9人の場合 320点 3 1及び2以外の場合 290点 〔単一建物診療患者の人数〕 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 ただし、当該建築物において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数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

「同一建物居住者」と「単一建物診療患者」
違いの定義

40戸のマンションの場合、4人までは1人の
場合の点数（650点）を算定できる

マンション等を訪問する場
合は戸数の確認も必要

在宅患者訪問栄養食事指導料

居住場所に応じたきめ細かな評価

改定前	改定後
【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。	【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〕 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（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 ただし、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%以下の場合又は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人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

単一建物診療患者の人数に応じた評価とする

「同一建物居住者」と「単一建物診療患者」
違いの定義

40戸のマンションの場合、4人までは1人の
場合の点数（650点）を算定できる

マンション等を訪問する場
合は戸数の確認も必要

在宅患者緊急時等カンファレンス料

連携
ICT
在宅支援

医療・介護・福祉事業者間での
切れ目のない連携を推進

改定前

退院に向けた関係機関
の連携強化

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】

【算定要件】

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

【留意事項】
(新設)

「患家に赴き」は削除

ICTの活用（ビデオ通話）

効率的な情報共有・連携を促進
するICTを活用することができるよう、
要件を緩和する

改定後

障害福祉サービス事業における
相談支援事業者や相談支援専
門員との連携も評価対象

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】

【算定要件】

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

※ 訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様

【留意事項】

(1) 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情等により参加できない場合は、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。

(2) なお、当該カンファレンスにおいて、患者の個人情報や画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、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。

※ 留意事項の内容は、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。

大病院とその他の医療機関との
機能分化を推進

在宅患者共同診療料

連携
在宅支援

改定前	改定後
【在宅患者共同診療料】 〔算定要件〕 1 往診の場合 1,500点 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000点 3 訪問診療の場合（同一建物居住者） 240点 注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けたものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。 注2～3 （略）	【在宅患者共同診療料】 〔算定要件〕 1 往診の場合 1,500点 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000点 3 訪問診療の場合（同一建物居住者） 240点 注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けたものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。 注2～3 （略） 注1と同様の改定を行う。

許可病床500床以上要件を
400床に変更する

遠隔モニタリング加算 (在宅患者酸素療法指導料)

頻回の外来受診が困難な患者に対する
情報通信機器等を併用した指導管理

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)

[算定要件]

- (1) 在宅酸素療法指導管理料「2 その他の場合」を算定しているCOPDの病期がⅢ期又はⅣ期の患者に対して、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、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、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する。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器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った上で、その内容を診療録に添付していること。
- (3) 対面診療の間に、関連学会が定めた手引き等に沿って情報通信機器を用いて血圧、脈拍、酸素飽和度等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) 少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

[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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)
- (3) 呼吸器について5年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。
- (4) 呼吸器について5年以上の経験を有する看護師を配置していること。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について

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)

治療機器の装着状況等を遠隔でモニタリングする等により指導管理を行った場合の評価

改定後

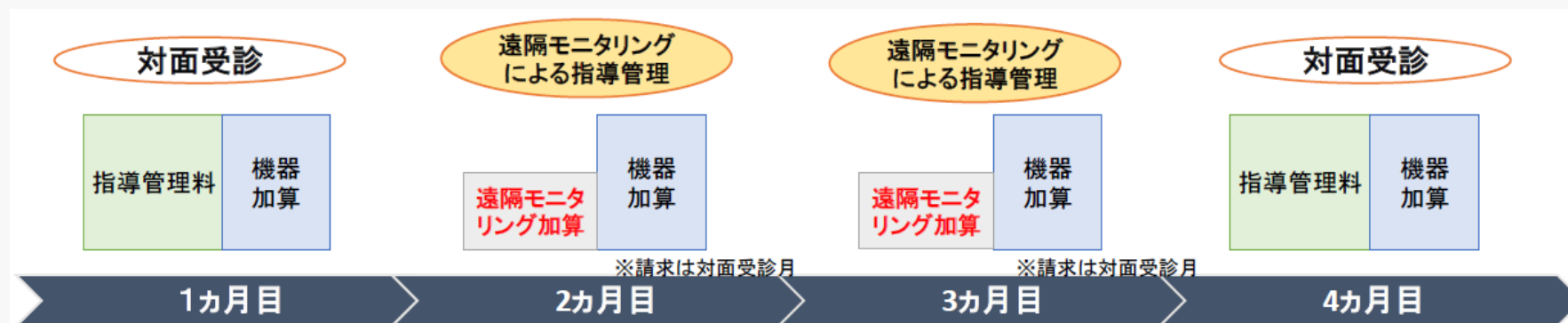
(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点 (1月につき)

〔算定要件〕

- (1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定し、CPAP療法を実施している患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、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、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する。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器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った上で、その内容を診療録に添付していること。
- (3) 対面診療の間に、情報通信機器を用いてCPAPの着用状況等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) 少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

〔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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)



C150

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

血糖自己測定器加算

(技術の例)

改定前	改定後
【血糖自己測定器加算】 1 月 20回以上測定する場合 400点 (新設) 2 月 40回以上測定する場合 580点 3 月 60回以上測定する場合 860点 4 月 80回以上測定する場合 1,140点 5 月100回以上測定する場合 1,320点 6 月120回以上測定する場合 1,500点	【血糖自己測定器加算】 1 月 20回以上測定する場合 <u>350点</u> 2 月 30回以上測定する場合 <u>465点</u> 3 月 40回以上測定する場合 <u>580点</u> 4 月 60回以上測定する場合 <u>830点</u> 5 月 90回以上測定する場合 <u>1,170点</u> 6 月120回以上測定する場合 <u>1,490点</u>

医療材料の引き下げに伴う評価の引き下げ

C165

在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について

改定前	改定後
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 1 A S Vを使用した場合 3,750点 2 C P A Pを使用した場合 1,100点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 1 A S Vを使用した場合 3,750点 2 C P A Pを使用した場合 <u>1,000点</u>

引き下げ

D004-2注1

実勢価格等を踏まえた検体
検査の適正な評価

悪性腫瘍遺伝子検査 (悪性腫瘍組織検査)

改定後
(新設)【悪性腫瘍組織検査(悪性腫瘍遺伝子検査)】 注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 2項目 4,000点 ロ 3項目以上 6,000点

2項目以上行った場合の算定
上限を新設

遺伝学的検査

遺伝学的検査の評価を細分化、適切化

検査項目評価の改定例

改定前	改定後
【遺伝学的検査】 遺伝学的検査 3,880点 (新設) (新設) [対象疾患] (略) Ⅰ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群及びエーラスダンロス症候群（血管型） 対象疾患を追加	【遺伝学的検査】 遺伝学的検査 1 処理が容易なもの 3,880点 2 処理が複雑なもの 5,000点 3 処理が極めて複雑なもの 8,000点 [対象疾患] (略) Ⅰ① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群 ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群 ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群 評価を細分化

〔算定要件〕 （略） ② 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。 ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げるガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （新設） （新設） （新設）	〔算定要件〕 （略） ② 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「<u>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン</u>」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。 ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げる<u>ガイドライン</u>に加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ④ 「<u>処理が容易なもの</u>」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ⑤ 「<u>処理が複雑なもの</u>」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ⑥ 「<u>処理が極めて複雑なもの</u>」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
---	--

D014 44
D014 45

抗HLA抗体

移植医療の評価の見直し

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

改定後

- (新) **抗HLA抗体（スクリーニング検査）** 1,000点
[算定要件]
(1) 肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
(2) 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。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
- (新) **抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）** 5,000点
[算定要件]
(1) 臓器抗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。
(2) 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。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

D282-3

新たな疾患と治療法を保険適用（難病）

コンタクトレンズ検査料

改定前	改定後
【コンタクトレンズ検査料】 〔算定要件〕 (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、別にD255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、（中略）等にあつては、当該点数を算定せず、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査により算定する。	【コンタクトレンズ検査料】 〔算定要件〕 (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、（中略）、<u>スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくは中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等</u>にあつては、当該点数を算定せず、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査により算定する。

遺伝学的検査の実施が必須の指定難病

D237

終夜睡眠ポリグラフィー

手術等医療技術の適切な評価

改定前	改定後
【終夜睡眠ポリグラフィー】 1 携帯用装置を使用した場合 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 [算定要件] 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。	【終夜睡眠ポリグラフィー】 1 携帯用装置を使用した場合 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 [算定要件] 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は自院からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する<u>口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者</u>については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置を用いた治療

画像診断

医師について、ICTを活用した柔軟な働き方を可能とする

改定前	改定後
【画像診断】 〔算定要件〕 (新設) 週24時間以上勤務する医師が、I C T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 【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】 夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。	【画像診断】 〔算定要件〕 区分番号E001（写真診断）、E004（基本的エックス線診断料）、E102（核医学診断）、E203（コンピューター断層診断）及び画像診断管理加算について、<u>画像診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週 24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</u> 【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】 <u>(削除)</u>

画像診断

厚労省説明会資料「医科2」（2018年3月5日）

デジタル病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

【課題】

- 診療報酬上、病理診断については、標本(ガラススライド)を顕微鏡で観察することにより実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。

➤ デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

現行

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。



改定後

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本(組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【留意事項】

デジタル病理画像による病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

【デジタル病理画像による病理診断の施設基準】

- (1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。
- (2) デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

➤ 保険医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

標本等の送付側
(検体の採取施設)



- ・標本等(検体及びデジタル病理画像を含む)の送付又は送信
- ・診療情報の提供



結果の報告

標本等の受取側



投薬期間に上限が設けられている医薬品

がん末期の在宅患者のがん疼痛療法の内服薬について、投薬期間の上限を緩和

改定前	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第2条第1号に規定する麻薬((2)に掲げるものを除く。) (中略) (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬 イ 内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)	【投薬期間に上限が設けられている医薬品】 (1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬 イ 麻薬及び向精神薬取締法第2条第1号に規定する麻薬((2)に掲げるものを除く。) (中略) (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬 イ 内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、<u>タベンタドール</u>、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、<u>ヒドロモルフォン</u>、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)

「投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬」に、タベンタドール及びヒドロモルフォンの2剤を追加

タベンタドール：持続性癌疼痛治療剤
「タベンタ錠（ヤンセン）」

ヒドロモルフォン：持続性癌疼痛治療剤
「ナルサス錠（第一三共）」

皮膚保湿剤の適正使用

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質

保険給付対象外を明確化

改定後

【投薬】
[算定要件]
入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、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。

F100 (処方料)
F200 (薬剤料)
F400 (処方箋料)

処方料・処方箋料・薬剤料

処方料等及び処方箋
様式の見直し

薬剤管理

改定前	改定後
【処方料・処方せん料・薬剤料】 注 区分番号A000に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。 【処方料・処方せん料】 注 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき65点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方は注 4）の加算は算定できない。	【処方料注8・薬剤料注4・処方箋料注2】 注 区分番号A000に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。 【処方料注6・処方箋料注5】 注 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき66点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方は注 4）の加算は算定できない。

紹介率の低い大病院の30日以上
の処方減算60/100→40/100

200床未満の医療機関における特定疾患
への処方に関する管理加算を1点引き上げ

向精神薬処方の適正化

向精神薬の適正化 (処方料)

抗精神病薬 + 抗不安薬 & 睡眠薬

3種類→4種類

改定前	改定後
1 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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点 減額算定（29点）に12か月以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を処方している場合を追加 3 1及び2以外の場合 42点	1 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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点 引き下げ拡大 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点 〔算定要件〕 不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。） 3 1及び2以外の場合 42点

向精神薬処方の適正化

向精神薬の適正化 (処方箋料)

抗精神病薬 + 抗不安薬 & 睡眠薬

3種類→4種類

改定前	改定案
1 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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点 減額算定（40点）に12か月以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を処方している場合を追加 3 1及び2以外の場合 68点	1 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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点 引き下げ拡大 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点 〔算定要件〕 不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。） 3 1及び2以外の場合 68点

向精神薬の適正化 (薬剤料)

向精神薬処方の適正化

薬剤管理

改定前	改定後
注2 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	注2 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3種類→4種類

抗精神病薬 + 抗不安薬 & 睡眠薬

向精神薬処方の適正化

向精神薬調整連携加算 (処方料・処方箋料)

薬剤管理
連携

改定後	
処方料 (新) 向精神薬調整連携加算 12点	向精神薬の多剤処方等の状態にある患者等
処方箋料 (新) 向精神薬調整連携加算 12点	減薬と、薬剤師又は看護師との協働を評価
[算定要件] 直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合	

F100注9

薬剤管理

新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す

外来後発医薬品使用体制加算

院内処方を行っている診療所

改定前	改定後
【処方料】 注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。 （新設） イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点 〔施設基準（通知）〕 （2）当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては60%以上70%未満であること。	【処方料】 注 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。 イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点 〔施設基準（通知）〕 （2）当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては75%以上85%未満、外来後発医薬品使用体制加算 3 にあっては70%以上75%未満であること。

処方料加算

より高い基準を追加

点数を見直し

外来後発医薬品使用体制加算	2016年度	2018年度
評価方法	数量割合（足切50%）	
評価区分	2区分	3区分
85%以上	4点	5点
80%以上		4点
75%以上		
70%以上		2点
60%以上	3点	

加算は85%以上から

一般名処方加算

一般名による処方が推進されるように評価を引き上げ

改定前	処方箋料加算	改定後
【処方箋料】 イ 一般名処方加算 1 3 点 ロ 一般名処方加算 2 2 点		【処方箋料】 イ 一般名処方加算 1 6 点 ロ 一般名処方加算 2 4 点

評価が2倍

後発医薬品のある医薬品について、一般名処方による処方箋を交付した場合に、処方せんの交付 1 回につき算定
交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2 品目以上）が一般名処方されている場合（6点）
交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、一般名処方されたものが含まれている場合（4点）

一般名処方加算	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合			3点	6点
1 品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合	1点		2点	4点

処方料等及び処方箋様式の見直し

分割調剤

分割調剤における処方せん箋様式を追加

改定後

具体的な取扱いを明確化

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。
- (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。

同一の薬局

あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

分割指示に係る処方箋

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先
電話番号 _____ FAX番号 _____
その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局
名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ (印)
調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局
名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ (印)
調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局
名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ (印)
調剤年月日 _____

様式第二号の二

254

Copyright © 2018 Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.

処方箋様式

様式第二号の二（第二十三条関係）

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 枚目

公費負担者番号

保険者番号

公費負担医療の受給者番号

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

氏名

生年月日

男・女

保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

保険医氏名

都道府県番号

点数表番号

医療機関コード

交付年月日

平成 年 月 日

処方箋の使用期間

平成 年 月 日

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

変更不可

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更と差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

保険医署名

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

備考

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日

平成 年 月 日

公費負担者番号

保険薬局の所在地及び名称

保険薬剤師氏名

公費負担医療の受給者番号

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋 分割の 枚目

2分割の1枚目

月 日

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

差し支えがあると判断した場合には署名又は記名・押印すること。

2錠 28日分
(総投与日数56日)

3錠 28日分
(総投与日数56日)

2分割の2枚目

2錠 28日分
(投与日数56日)

3錠 28日分
(投与日数56日)

処方箋と分割指示に係る処方箋

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 全分割の1回目

公費負担者番号	保険者番号
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者
交付年月日	処方箋の発行期間
処方	Rp1【粒】○○○○○粒 20mg 1日2回 朝夕食後服用 Rp2【粒】○○○○○粒 50μg 1日3回 毎食後服用
分割指示	Rp1【粒】○○○○○粒 20mg 1日2回 朝夕食後服用 Rp2【粒】○○○○○粒 50μg 1日3回 毎食後服用
保険医署名	分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。
調剤年月日	公費負担者番号
調剤薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋 (別紙)

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX

その他の連絡先 メールアドレス: XXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき 28日分を調剤

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局 (調剤済み)

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

H001
H002

疾患別リハビリテーション

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

改定前	改定後
脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者 (1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 失語症、失認及び失行症 高次脳機能障害 重度の頸髄損傷 頭部外傷及び多部位外傷 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 心筋梗塞 狭心症 （新設） （新設） 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者 （新設） （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）	脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者 (1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 失語症、失認及び失行症 高次脳機能障害 重度の頸髄損傷 頭部外傷及び多部位外傷 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 心筋梗塞 狭心症 軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症から1年以内のもの） 外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のもの） 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者 <u>回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者（同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、別の保険医療機関へ転院した患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）</u> （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）

算定日数上限の除外対象に追加

回復期リハビリテーション病棟から退棟後3ヶ月以内

算定日数上限の除外対象に追加

末梢神経損傷等

H001

脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔対象患者〕 1 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 2 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 3 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者 5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者 6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 （新設）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔対象患者〕 1 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 2 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 3 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者 5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者 6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 8 舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者

後天的な器質変化（舌悪性腫瘍による舌切除等）に起因する構音障害を有する患者も対象

維持期・生活期リハビリテーション

医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進

人員配置や機能訓練室等の要件を見直す

医療保険と介護保険を同時に実施する場合の施設基準を緩和する

改定前

改定後

〔施設基準〕

(疾患別リハビリテーションの施設基準)

(1) 疾患別リハビリテーションの専従の従事者は、疾患別リハビリテーションの実施時間中は当該リハビリテーションの提供のみを行う。

医療は、最初に診察 (Dr)
介護は、診察がいらない
利用者にも利便性がある？経過措置1年の間に、介護と
医療の垣根を外す意図

(2) 専従の従事者以外の従事者については、当該医療機関の疾患別リハビリテーション実施時間内であっても、当該従事者が疾患別リハビリテーションに従事していない時間については、介護保険のリハビリテーションに従事することができる。

(3) 当該保険医療機関が疾患別リハビリテーションと1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションの両方を実施する際には、リハビリテーションの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。

(通所リハビリテーションの施設基準)

介護保険の通所リハビリテーションと医療保険の疾患別リハビリテーションを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。

医療保険適用患者数を面積要件から外した

〔施設基準〕

(疾患別リハビリテーションの施設基準)

(1) 以下の要件を満たしている場合、疾患別リハビリテーションの実施時間中であっても、疾患別リハビリテーションの専従の従事者が介護保険のリハビリテーションに従事しても差し支えない。

ア 専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハビリテーションに従事していること。イ 専従の従事者が、疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯であること。

(2) 専従の従事者以外の従事者については、当該医療機関の疾患別リハビリテーション実施時間内であっても、疾患別リハビリテーションに従事していない時間については、介護保険のリハビリテーションに従事することができる。

(3) 当該保険医療機関が疾患別リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を実施する際には、リハビリテーションの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。

(通所リハビリテーションの施設基準)

介護保険の通所リハビリテーションと医療保険の疾患別リハビリテーションを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員を乗じた面積以上とする。

経過措置を1年間に限り
延長

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、介護保険への移行に係る経過措置を1年間に限り延長し、平成31年4月以降、要介護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。

リハビリテーション総合計画評価料

医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携を推進

簡略化した様式を使用可能

改定前	改定後
【リハビリテーション総合計画評価料】 300点 〔算定要件〕 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、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 (新設)	【リハビリテーション総合計画評価料1】 300点 〔算定要件〕 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 【リハビリテーション総合計画評価料2】 240点 〔算定要件〕 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

脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者
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

区分を新設

リハビリテーション計画提供料

改定前		改定後	
【リハビリテーション総合計画提供料】 100点		(削除)	
(新設)		【リハビリテーション計画提供料 1】 275点	
[算定要件]		[算定要件]	
医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所への情報提供		脳血管疾患等リハビリテーション料・廃用症候群リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料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リハビリテーション実施計画書等を提供した場合	
医療から介護に移行した際に、医療の計画書を用いてリハビリノ間隔を空けない		【電子化連携加算】 5点	
電子媒体でリハビリテーションに係る計画等を提供した場合		[算定要件]	
VISIT (monitoring & evaluation for rehabilitation services for long-term care)		「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」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合	
(新設)		【リハビリテーション計画提供料 2】 100点	
[算定要件]		[算定要件]	
退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション総合実施計画書を提供した場合		入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合	

長期に療養が必要な認知症患者等に配慮した評価

認知症患者リハビリテーション料

認知症

改定前	改定後
【認知症患者リハビリテーション料】 〔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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。	【認知症患者リハビリテーション料】 〔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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して<u>1年</u>に限り、週3回を限度として算定する。

算定できる期間を見直し

より効率的な医療提供を行うために専従要件を緩和する

精神科専門療法

精神科ショート・ケア
精神科デイ・ケア
精神科ナイト・ケア
精神科デイ・ナイト・ケア
重度認知症患者デイ・ケア料
についても同様

改定前	改定後
【精神科作業療法】 〔施設基準〕 (1) 作業療法士は、専従者として最低 1 人が必要であること。 当該業務を実施していない時間帯は、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 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	【精神科作業療法】 〔施設基準〕 (1)作業療法士は、専従者として最低 1 人が必要であること。<u>ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科ショート・ケア等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあつては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることとは可能である。</u> ※ 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア料についても同様

連携

精神

在宅支援

自治体と連携した措置入院後の
通院精神療法等の評価

通院・在宅精神療法

改定前	改定後
【通院・在宅精神療法】 1 通院精神療法 (新設) イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が30分以上行った場合 600点 ロ イ以外の場合 (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点 2 在宅精神療法 (新設) イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が30分以上行った場合 600点 ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が60分以上の行った場合（イに該当する場合を除く。） 540点 ハ イ及びロ以外の場合 (新設) (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点	【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 2 在宅精神療法 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 600点 (削除) ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 540点 (2) 30分以上の場合 400点 (3) 30分未満の場合 330点

措置入院を経て退院した患者
の区分を新設

初診時に60分以上の評価を新設
(医師要件を削除)

初診時に精神保健指定医が30分以上の
精神療法を行った場合の評価等を廃止

措置入院後継続支援加算 (通院精神療法)

自治体と連携した措置入院後の
通院精神療法等の評価

看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養
生活等に対する総合的な支援を行った場合

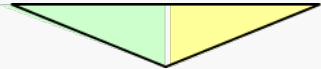
改定後

- 通院精神療法
(新) **措置入院後継続支援加算** 275点 (3月に1回)
[算定要件]
(1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬、日常生活、社会参加等の状況を踏まえて、療養上の指導を行っていること。
(2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

認知療法・認知行動療法を
より一層推進

認知行動療法

改定前	改定後
【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 〔施設基準〕 （認知療法・認知行動療法 1） （1）精神科を標榜する保険医療機関であること。 （2）精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が 1 名以上勤務していること。 （認知療法・認知行動療法 2） 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が 1 名以上勤務していること。	【認知行動療法】 （削除） 精神保健指定医→医師 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 〔施設基準〕 （認知療法・認知行動療法 1） 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が 1 名以上勤務していること。



(認知療法・認知行動療法 3) (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。 イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち 5 症例60回以上のものについて、必要な指導を受けていること。 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。 (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。	(認知療法・認知行動療法 2) (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精神科の外来に 2 年以上勤務し、<u>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のための面接に120回以上同席した経験があること。</u> イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち 5 症例60回以上のものについて、必要な指導を受けていること。 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) <u>(削除)</u> <u>(ハ)</u> 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。
---	--

専任の常勤看護師が満たすべき要件の見直し

- ・外来勤務経験に係る要件を緩和
- ・同席して経験すべき面接の範囲を明確化
- ・研修要件のうち、研修の対象者の範囲を定めた要件を削除

疾患別等専門プログラム加算 (精神科ショート・ケア 小規模なもの)

発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療機会を確保

専門治療プログラムの普及や適切な医学管理の推進

改定後

精神科ショート・ケア 小規模なもの

(新) 疾患別等専門プログラム加算 200点 (1回につき) (6ヶ月間に限る。)

[算定要件]

一定の状態にある患者グループに対して、治療開始時に一連のプログラムに係る目的、内容、スケジュール、修得すべき能力等について、文書及び口頭で患者に説明した上で精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り患者1人につき週に1回を限度として算定 (ただし、精神科医が特に必要性を認めた場合に限り、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)

一定の状態にある患者グループ (青年期の自閉症スペクトラムの患者等)

I012

精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） （廃止）

個々の患者のニーズに応じた訪問
看護の推進

改定前	改定後
【精神科訪問看護基本療養費】 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ） 1,600円	【精神科訪問看護基本療養費】 <u>（削除）</u>
【精神科訪問看護・指導料】 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 160点	【精神科訪問看護・指導料】 <u>（削除）</u>

精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）を廃止し、利用者の疾患や環境など、個別の状況
に対応した効果的な精神科訪問看護が提供されることを推進する

I012注4

複数名精神科訪問看護加算

精神

在宅訪問

複数名訪問看護加算について算定方法を見直し

同時に訪問看護・指導を行う場合

改定前	改定後
【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）】 注 5 ハの場合にあつては、週 1 回を限度として算定する。 イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 450点 ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点 ハ（略）	【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）】 注 4 ハの場合にあつては、週 1 日を限度として算定する。 イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 (1) 1 日に 1 回の場合 450点 (2) 1 日に 2 回の場合 900点 (3) 1 日に 3 回以上の場合 1,450点 ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 (1) 1 日に 1 回の場合 380点 (2) 1 日に 2 回の場合 760点 (3) 1 日に 3 回以上の場合 1,240点 ハ（略）

C005注13
C005-1-2注4
I012注11

看護・介護職員連携強化加算 (精神科訪問看護・指導料)

喀痰吸引が必要な患者が在宅で療養生活を継続することを支援

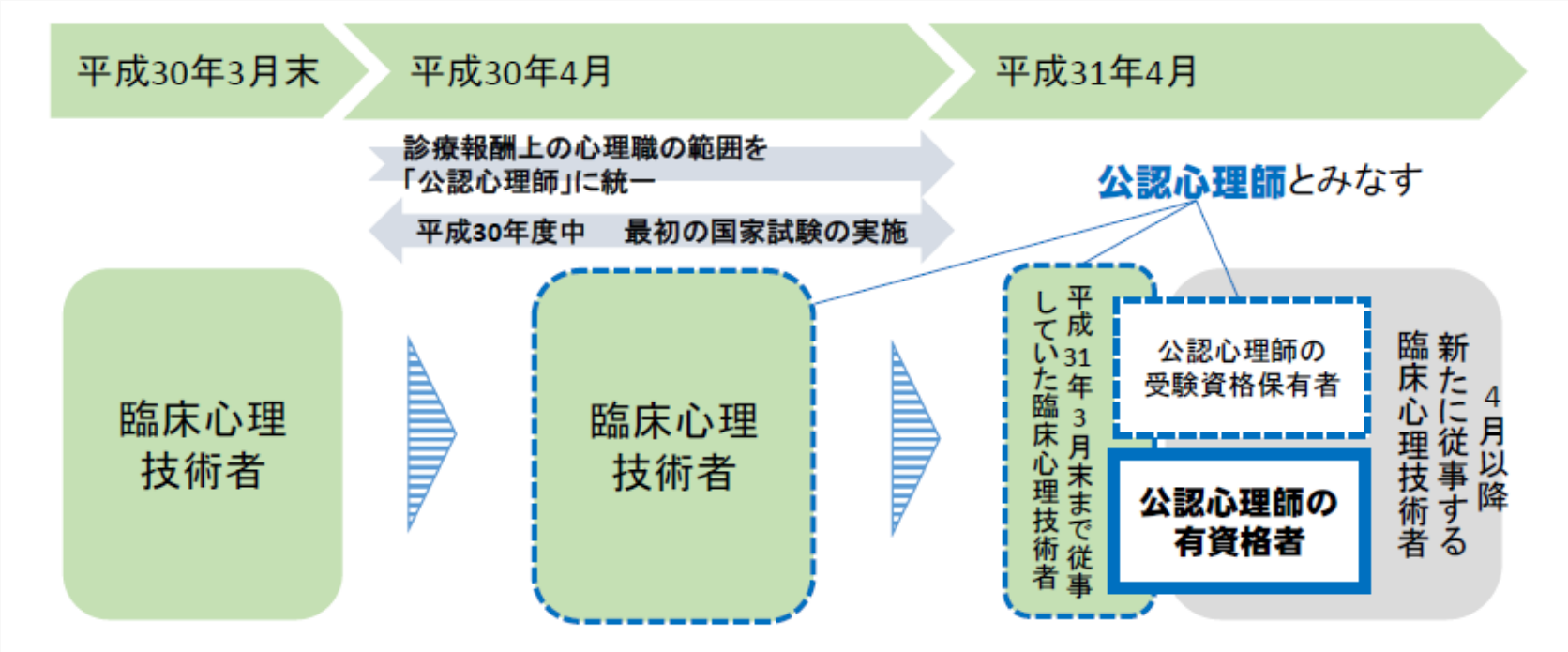
- 精神
- 在宅支援
- 連携

改定後	
(新) 看護・介護職員連携強化加算 2,500円	訪問看護ステーションが、喀痰吸引等を行う介護職員等の支援を行った場合の評価
【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	
[算定対象] 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）を必要とする者	
[算定要件] (1) 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、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、利用者の病態の変化に応じて、医師の指示の下、以下について支援・連携した場合に算定する。 ・ 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 ・ 介護職員等に同行し、利用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確認 ・ 利用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に出席 (2) 当該加算は、(1)の介護職員等と同行訪問を実施した日又は会議に出席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) 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定可能であること。 (4) 当該加算は、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のみ算定できる。	

公認心理師

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

- 1. 平成30年4月以降、原則として、診療報酬上評価する心理職の範囲を公認心理師に統一する。
- 2. 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。
- 3. 平成31年度以降、当面の間、以下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



厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

精神

在宅支援

精神疾患患者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料

名称を変更し
継続的な訪問支援を評価

算定実績はほとんどないらしい
(MPI)

改定前

改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
(当該医療機関が訪問看護を提供)
イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点
ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,350点

(新設)

(新設)

3 区分
イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
ロ 重症患者等
ハ 重症患者等以外

- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)
イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,480点
ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,110点

(新設)

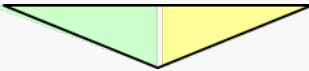
【精神科在宅患者支援管理料】

- 1 精神科在宅患者支援管理料 1
(当該医療機関が訪問看護を提供)
イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
(1) 単一建物居住者1人 3,000点
(2) 単一建物居住者2人以上 2,250点
ロ 重症患者等
(1) 単一建物居住者1人 2,500点
(2) 単一建物居住者2人以上 1,875点
ハ イ又はロ以外の患者
(1) 単一建物居住者1人 2,030点
(2) 単一建物居住者2人以上 1,248点

重症患者の評価を充実

重症患者以外は要件緩和

- 2 精神科在宅患者支援管理料 2
(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)
イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
(1) 単一建物居住者1人 2,467点
(2) 単一建物居住者2人以上 1,850点
ロ 重症患者等
(1) 単一建物居住者1人 2,056点
(2) 単一建物居住者2人以上 1,542点



精神疾患患者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料
(対象患者)

精神
在宅支援

改定前	改定後
[対象患者] 以下の全てに該当する患者であること。 ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。） （新設） □の区分：ア又はイのどちらかが該当 イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態）の状態、退院時におけるG A F尺度による判定が40以下の者	[対象患者] <u>精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）</u> <u>（イ及びロの算定患者）</u> <u>イについては以下の全て、ロについてはいずれかに該当する患者であること。</u> <u>ア 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で作成する退院後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</u> <u>イ 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認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態）の状態、退院時におけるG A F尺度による判定が40以下の者</u>

精神疾患患者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料 (算定要件)

精神

在宅支援

チーム

改定後

(新) 精神科在宅患者支援管理料

イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

ロ 重症患者等

ハ 重症患者等以外

[算定要件]

(イの算定患者)

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) 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤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及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）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。

週1回

(ロの算定患者)

イの算定患者の算定要件の(1)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。

(1) 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（うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。

(2) 上記チームと保健所又は精神保健福祉センター等が一堂に会し、月に1回以上カンファレンスを開催すること。

(ハの算定患者)

当該患者に対して月1回以上の訪問診療を行っている場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。

月1回

重症患者等以外の施設基準を緩和

・24時間の連絡体制

・往診体制

継続的な訪問支援実施
の区分

専従要件を緩和

精神疾患患者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料 (施設基準)

ハの区分：ア～ウを満たしていること

改定前	改定後
【精神科重症患者早期集中支援管理料】 〔施設基準〕 ア 当該保険医療機関内に常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。 イ 当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。 ウ 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。 エ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。 オ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関であること。	【精神科在宅患者支援管理料】 〔施設基準〕 イ又はロの区分を算定する場合は以下の全てを満たしていること。 ハの区分を算定する場合は、ア～ウを全て満たしていること。 ア 在宅医療を担当する常勤精神科医を配置していること。 イ 精神科訪問看護・指導を担当する常勤保健師若しくは常勤看護師を配置し、又は精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションを確保していること。 ウ 常勤精神保健福祉士を配置していること。 エ 作業療法士を配置していること。 オ 当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。 カ 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。 キ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。 （削除）

重症患者等以外の施設基準を緩和
・24時間の連絡体制
・往診体制

精神疾患患者に対し、質の高い訪問支援を確実に実施する観点から、在宅精神療法と在宅患者訪問診療料の両方を算定する患者については、訪問診療や訪問看護の際に身体疾患に対して複雑な処置を実施する患者等を除いて、在宅時医学総合管理料等を算定不可とする規定を追加する。

精神科オンライン在宅管理料 (精神科在宅患者支援管理料)

遠隔診療

精神

情報通信機器を活用した診療に
診療報酬上の評価を新設

「訪問診療を行った同一時間帯
以外に」算定

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

改定後

(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)

在宅での療養を行っている患者

[算定要件]

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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同一時間帯以外に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) 精神科在宅患者支援管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月（精神科在宅患者支援管理料1にあつては3月）以上を経過した患者（初診から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る。）であること。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付していること。
- (4) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。
- (5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

[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等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) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- (3) 当該保険医療機関において、1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。

透析医療に係る診療報酬の見直し

人工腎臓

改定前	改定後
施設の規模により3区分 【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4 時間未満の場合 2,010点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,175点 ハ 5 時間以上の場合 2,310点 (新設) 大規模施設等 (新設)	【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 1,980点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,140点 ハ 5 時間以上の場合 2,275点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4 時間未満の場合 1,940点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,100点 ハ 5 時間以上の場合 2,230点 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 1,900点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,055点 ハ 5 時間以上の場合 2,185点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 評価の引き下げ (医薬品の実勢価格等)

透析医療に係る診療報酬の
見直し

人工腎臓
(施設基準)

改定前	改定後
(新設) 透析用監視装置が 26台未満等 透析用監視装置が 26台以上等 (4.0以上)	[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保険医療機関であること。

J038注

透析医療に係る診療報酬の見直し

人工腎臓 (評価充実項目)

夜間、休日に人工腎臓を行った場合

評価の充実

【人工腎臓】 注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後 5 時以降に開始した場合若しくは午後 9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。	【人工腎臓】 注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後 5 時以降に開始した場合若しくは午後 9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、<u>380点</u>を所定点数に加算する。
--	---

改定前	著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合	改定後
【人工腎臓】 注 3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1 日につき120点を加算する。		【人工腎臓】 注 3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1 日につき<u>140点</u>を加算する。

長時間の人工腎臓に対する評価	
【人工腎臓】 (新設) (新設)	【人工腎臓】 注11 通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有する患者に対して、<u>6 時間以上の人工腎臓を行った場合、1 回につき150点を加算する。</u> 〔算定要件〕 次に掲げる状態の患者であって、通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6 時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。 ① 心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者 ② 適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者 ③ 高リン血症が持続する患者

J038注2

導入期加算 (人工腎臓)

透析医療に係る診療報酬の
見直し

改定前	改定後
【人工腎臓】 注 2 導入期 1 月に限り 1 日につき300点を加算する。 [施設基準] (新設)	【人工腎臓】 注 2 <u>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行った場合には、導入期 1 月に限り 1 日につき、導入期加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 導入期加算 1 300点</u> <u>ロ 導入期加算 2 400点</u> [施設基準] <u>導入期加算 1</u> <u>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っていること。</u> <u>導入期加算 2</u> <u>① 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること。</u> <u>② 腹膜透析の指導管理に係る実績があること。</u> <u>③ 腎移植の推進に係る取組の実績があること。</u>

腹膜透析や腎移植の実績

日本は人工透析の実施が多
すぎるため、その他の治療方
法を促す意図

透析医療に係る診療報酬の見直し

透析液水質確保加算 (人工腎臓)

改定前	改定後
【人工腎臓】 (新設) 注 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 透析液水質確保加算 1 8 点 ロ 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 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。 透析液水質確保加算 2 ① 月 1 回以上水質検査を実施し、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。	【人工腎臓】 〔算定要件〕 ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> 注 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、<u>10 点</u>を所定点数に加算する。 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> 〔施設基準〕 <u>(削除)</u> 〔経過措置〕 算定要件にかかわらず、人工腎臓に係る診療料は、平成31年3月31日までの間、算定できるものとする。 透析液水質確保加算 月 1 回以上水質検査を実施し、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。 <u>(削除)</u>

腹透析液の水質確保に関する評価

J038注13

透析医療に係る診療報酬の
見直し

慢性維持透析濾過加算 (人工腎臓)

時間に応じた評価体系
「慢性維持透析濾過（複雑なもの）」

改定前	改定後
【人工腎臓】 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,225点（新設） 〔算定要件〕 「2」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいい、次の全てを満たしている場合に限り算定する。 ア 月1回以上水質検査を実施し、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。 イ 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。 （新設）	【人工腎臓】 （削除） <u>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合、慢性維持透析濾過加算として慢性維持透析を行った場合の所定点数に50点を加算する。</u> 〔算定要件〕 血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うこと。 〔施設基準〕 <u>慢性維持透析濾過（複雑なもの）</u> <u>透析液水質確保加算の施設基準を満たしていること。</u>

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

いぼ等冷凍凝固法

処置項目評価の改定例

改定前	改定後
【いぼ冷凍凝固法】 1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 260点 (新設)	【いぼ等冷凍凝固法】 1 3箇所以下 <u>210点</u> 2 4箇所以上 <u>270点</u> <u>〔算定要件〕</u> <u>脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、「いぼ等冷凍凝固法」により算定する。</u>

明確化

酸素吸入
(処置医療機器等加算)

手術等医療技術の適切な評価

肺血流増加型先天性心疾患の
低濃度酸素吸入

改定前	改定後
【酸素吸入（１日につき）】 65点 [算定要件] (新設) 【酸素加算】 注 1 区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。	【酸素吸入（１日につき）】 65点 [算定要件] <u>肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して低濃度酸素吸入を行った場合にも算定できる。</u> 【酸素加算】 注 1 区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（<u>窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数</u>）を加算する。

手術等医療技術

手術等医療技術の適切な評価

保険導入・廃止の例

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例】

- (1) 生体小腸部分移植術
- (2) ADAMTS13活性測定
- (3) 肺葉切除（ロボット支援）
- (4) バルーン閉塞下逆行性静脈塞栓術（BRTO）
- (5) ダーモスコピー
- (6) 人工臍臓検査の施設基準（血液検査）緩和
- (7) Coombs試験（間接）
- (8) 一時的創外固定骨折治療術

新規技術の保険導入

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施しているもの】

- (1) 陽子線治療（※1）
- (2) 重粒子線治療（※2）
- (3) EBウイルス感染症迅速診断（リアルタイムPCR法）
- (4) 前眼部三次元画像解析
- (5) 急性リンパ性白血病細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的PCR法による骨髓微小残存病変（MRD）量の測定
- (6) 金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンをを用いた3ユニットブリッジ治療
- (7) 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
- (8) 腹腔鏡下広汎子宮全摘術
- (9) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下胃切除術

新規技術の保険導入

※1：切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。

※2：頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。

【廃止を行う技術の例】

- (1) 膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）
- (2) 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

既記載技術の再評価

周術期口腔機能管理後手術加算 (医科点数表)

地域包括ケアシステムの構築に向けて医科
歯科連携（周術期口腔機能管理）を推進

対象患者の拡大ルールの特典化

改定前	改定後
【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 [加算の対象となる手術] 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に、全身麻酔下で実施した以下に掲げる手術 ① 第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術 ② 第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術	【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 [加算の対象となる手術] 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に実施した以下の手術 (1) 全身麻酔下で実施した以下の手術 ① <u>第 1 節第 2 款（筋骨格系・四肢・体幹）に掲げる区分番号 K 0 8 2 人工関節置換術のうち、股関節の手術</u> ② <u>第 1 節第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術</u> ③ <u>第 1 節第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術</u> (2) 第 2 節に掲げる K 9 2 2 造血幹細胞移植

加算の対象となる手術を追加

K014-2
K059
K939-6

凍結保存同種組織加算・皮膚移植術・骨移植術

手術項目評価の例

移植医療の評価の見直し 改定前	心臓弁・血管移植 改定後 安定した組織の供給にかかる費用を踏まえ
【凍結保存同種組織加算】 9,960点 【皮膚移植術（死体）】 1 200平方センチメートル未満 6,750 点 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 9,000 点 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 13,490 点 4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 32,920 点 5 3,000平方センチメートル以上 37,610点 【骨移植術（軟骨移植術を含む。）】 1 ～ 2 （略） 3 同種骨移植（非生体） イ 同種骨移植（特殊なもの） 24,370点 □ （略） 4 （略） 〔施設基準〕 日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用および保存方法等について契約を有していること。	【凍結保存同種組織加算 K939-6】 <u>81,610点</u> 【皮膚移植術（死体） K014-2】 1 200平方センチメートル未満 <u>8,000点</u> 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 <u>16,000点</u> 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 <u>32,000点</u> 4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 <u>80,000点</u> 5 3,000平方センチメートル以上 <u>96,000点</u> 【骨移植術（軟骨移植術を含む。） K059】 1 ～ 2 （略） 3 同種骨移植（非生体） イ 同種骨移植（特殊なもの） <u>39,720点</u> □ （略） 4 （略） 〔施設基準〕 <u>専属の日本組織移植学会認定コーディネーターが1名以上配置され、かつ、採取して保存した組織を他施設へ供給できる日本組織移植学会認定組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用および保存方法等について契約を有していること。</u>

評価の引き上げ

質を担保する取組の実施

K546

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

経皮的冠動脈形成術

手術項目評価の例

改定前	改定後
【経皮的冠動脈形成術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点 3 その他のもの 19,300点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 〔算定要件〕 （新設）	【経皮的冠動脈形成術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点 3 その他のもの 19,300点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 〔算定要件〕 <u>3については、原則として以下のいずれかの病変に対して実施した場合に算定する。</u> <u>ア 90%以上の狭窄病変</u> <u>イ 患者の狭心症状の原因と考えられる狭窄病変</u> <u>ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因病変と確認されている狭窄病変</u> <u>なお、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、アからウまでのいずれかに該当する医学的根拠について記載すること。</u> <u>ただし、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> ※ K549経皮的冠動脈ステント留置術についても同様

術前の検査等による機能的虚血の確認を要件

「3 その他のもの」での請求が多い病院の対策か？
（カルテ、レセプトに根拠や理由を記載）

経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)

手術項目評価の例

手術等医療技術の
適切な評価

改定後

技術料の新設や削除

(技術の例)

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）

- 1 初日 11,100点
- 2 2日目以降 3,680点

外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2018」
等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の
調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

ピンハンマー式尿路結石破砕術

手術項目評価の例

手術等医療技術の適切な評価

製造販売中止から一定期間が経過した医療機器を用いる技術の削除

改定前	改定後
【ピンハンマー式尿路結石破砕術】 ピンハンマー式尿路結石破砕術 7,770点	【ピンハンマー式尿路結石破砕術】 (削除)

K830
K825

性別適合手術

手術項目評価の例

性同一性障害者に対する性別適合手術を保険適用

改定後

[性同一性障害者に行う場合の施設基準を定める手術の例]

- (1) 精巣摘出術 K830
- (2) 陰茎全摘術 K825
- (3) 子宮全摘術 K877
- (4) 乳房切除術 K475

一定の基準を満たす施設において施行される場合

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関に、性同一性障害学会が認定する常勤又は非常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 性同一性障害学会の規定するレジストリに登録していること。
- (3) 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。

造血幹細胞移植

手術項目評価の例

移植医療の評価の見直し

コーディネート体制がある場合
の造血幹細胞移植の評価

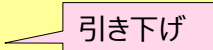
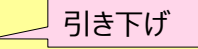
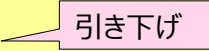
改定前	改定後
【造血幹細胞移植】 注 1 ～ 7 (略) (新設) (新設) (新設)	【造血幹細胞移植】 注 1 ～ 7 (略) 注 8 1 (骨髄移植) のイ (同種移植の場合) 及び 2 (末梢血幹細胞移植) のイ (同種移植の場合) の場合において、<u>非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。</u> 注 9 1 (骨髄移植) 及び 2 (末梢血幹細胞移植) については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、<u>コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。</u> [施設基準] (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u>

マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視

イ以外の場合の評価を見直し

改定前	改定後
【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】 1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K 552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点 □ イ以外の場合 18,300点 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点 □ イ以外の場合 12,200点 3 1 若しくは2 以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1 又は2 に掲げる場合を除く。）	【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】 1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K 552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点 □ イ以外の場合 <u>18,200点</u> 引き下げ 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点 □ イ以外の場合 <u>12,100点</u> 引き下げ 3 1 若しくは2 以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1 又は2 に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点 □ イ以外の場合 9,150点 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1 から 3 までに掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点 □ イ以外の場合 6,710点 5 その他の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点 □ イ以外の場合 6,100点	イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点 □ イ以外の場合 <u>9,050点</u>  4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1 から 3 までに掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点 □ イ以外の場合 <u>6,610点</u>  5 その他の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点 □ イ以外の場合 <u>6,000点</u> 
---	--

麻酔管理料

常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視

改定前	改定後
【麻酔管理料（Ⅰ）】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200 点 2 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 900 点 注 1～3 略 注 4 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。	【麻酔管理料（Ⅰ）】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 <u>250点</u> 2 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 <u>1,050点</u> 注 1～3 略 注 4 区分番号K017、K020、K136-2、<u>K142-2の1</u>、K151-2、<u>K154-2</u>、<u>K169の1</u>、<u>K172</u>、K175の2、<u>K177</u>、<u>K314の2</u>、K379-2の2、<u>K394の2</u>、K395、<u>K403の2</u>、<u>K415の2</u>、<u>K514の9</u>、<u>K514-4</u>、<u>K519</u>、<u>K529の1</u>、<u>K529-2の2</u>、<u>K552の1</u>、<u>K553-2の2</u>、<u>K553-2の3</u>、<u>K553の3</u>、<u>K555の3</u>、<u>K558</u>、<u>K560の1のイ</u>、<u>K560の1のロ</u>、<u>K560の1のハ</u>、<u>K560の2</u>、<u>K560の3のイ</u>、<u>K560の3のロ</u>、<u>K560の3のハ</u>、<u>K560の3のニ</u>、<u>K560の4</u>、<u>K560の5</u>、<u>K560-2の2の二</u>、<u>K567の3</u>、<u>K579-2の2</u>、<u>K580の2</u>、<u>K581の3</u>、<u>K582の2</u>、<u>K582の3</u>、<u>K583の1</u>、<u>K583の2</u>、<u>K583の3</u>、<u>K583の4</u>、<u>K584の2</u>、<u>K585</u>、<u>K586の2</u>、<u>K587</u>、<u>K592-2</u>、<u>K605-2</u>、<u>K605-4</u>、<u>K610の1</u>、<u>K645</u>、<u>K675の4</u>、<u>K675の5</u>、<u>K677-2の1</u>、<u>K695の4</u>、<u>K695の6</u>、<u>K695の7</u>、<u>K697-5</u>、<u>K697-7</u>、<u>K703の1</u>、<u>K703の2</u>、<u>K703の3</u>、<u>K703の4</u>、<u>K704</u>、<u>K801の1</u>、<u>K803の2</u>、<u>K803の4</u>及び<u>K803-2</u>に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。
【麻酔管理料（Ⅱ）】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100 点 2 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 300 点	【麻酔管理料（Ⅱ）】 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 <u>150点</u> 2 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 <u>450点</u>

総合的な医学管理を評価

長時間の閉鎖循環式全身麻酔を評価

M000注3

連携

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

外来放射線治療加算 (放射線治療管理料)

高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬上の評価を充実

改定前	改定後
【放射線治療管理料】 注 1 及び 2 （略） 注 3 注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回に限り100点を所定点数に加算する。 〔算定要件〕 「注 3 」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「 2 」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「 3 」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1 日につき 1 回に限り算定する。	【放射線治療管理料】 注 1 及び 2 （略） 注 3 注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回に限り外来放射線治療加算として100点を所定点数に加算する。 〔算定要件〕 「注 3 」に掲げる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。

受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定可

M000注4

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

連携

遠隔放射線治療計画加算 (放射線治療管理料)

緊急時の放射線治療の治療計画の評価

改定前	改定後
【放射線治療管理料】 (新設)	【放射線治療管理料】 注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき 1 回に限り2,000点を所定点数に加算する。

病理診断 通則

勤務環境

ICT

連携

デジタル病理画像や、医療機関間の連携により受取側の医療機関において標本作製を行う場合もの算定を可能

改定前	改定後
【病理診断 通則】 〔算定要件〕 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において区分番号N006病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側の保険医療機関に交付するものであること。 〔施設基準〕 (1) 標本の送付側（検体採取が行われる 保険医療機関）においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。	【病理診断 通則】 〔算定要件〕 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、<u>標本若しくは検体の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号N006病理診断料を算定できる</u>。なお、その際には、<u>送付又は送信側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取又は受信側の保険医療機関に交付するものであること</u>。 〔施設基準〕 (1) 標本等の送付又は送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本等の受取<u>又は受信側</u>（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

デジタル病理画像の送受信及び検体の送付でも算定可能

病理診断を自宅で実施できる・・・。
（子育てや介護などで家に居る女医の病理医＝働き方）

病理診断料

- 勤務環境
- ICT
- 連携

デジタル病理画像や、医療機関間の連携により受取側の医療機関において標本作製を行う場合もの算定を可能

改定前	改定後
【病理診断料】 注 1 1 については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。 （新設） （新設）	【病理診断料】 注 1 1 については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（<u>区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又はN002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。</u>）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又はN002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。 〔算定要件〕 <u>デジタル病理画像に基づく診断については、病理診断を専ら担当する医師が、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。</u> 〔施設基準〕 <u>イ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。</u> <u>ロ デジタル病理画像の管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。</u>

デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能

医師について、ICTを活用した柔軟な働き方を可能とする

病理診断管理加算 (病理診断料)

勤務環境
ICT

改定前	改定後
【病理診断料、病理診断管理加算】 [算定要件] (新設) 週24時間以上勤務する医師が、I C T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	【病理診断料、病理診断管理加算】 [算定要件] <u>区分番号N006病理診断料及び病理診断管理加算について、病理診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</u>

医療機関別係数の設定
及び診断群分類点数表の改定
等を見直す

DPC/PDPS

改定後

1. 診療報酬改定に関連した見直し

(1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う必要な見直しを行う。

(2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（ただし、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 医療機関別係数の見直し

(1) 調整係数

調整係数の基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了させ、暫定調整係数を廃止する。調整係数がこれまで担っていた激変緩和機能は「激変緩和係数」として、診療報酬改定のある年度に限り設定する。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定については、基本的な考え方は改定前の3つの医療機関群の設定方法を維持し、医療機関群の名称は、「Ⅰ群：大学病院本院群」、「Ⅱ群：DPC 特定病院群」、「Ⅲ群：DPC 標準病院群」、に変更する。

DPC 特定病院群の要件（基準値）は、前年度の大学病院本院群の実績値に基づき設定する。なお、実績要件1（診療密度）については、後発医薬品使用促進の観点から、医療機関毎の使用薬剤を後発医薬品（最も安価なもの）に置き換えて算出する。

(3) 機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を継続し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(4) 機能評価係数Ⅱ

後発医薬品係数、重症度係数による評価は廃止する。既存の6つの係数項目については、項目間での重み付けは行わない。また、一部の指数値について行っていた分散を均一にする処理は行わない。

その他、各係数の評価手法について必要な見直しを行う。

3. 診断群分類の見直し

(1) 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

(2) 短期滞在手術等基本料に該当する手術等に係る診断群分類について、提出データの内容を踏まえ、適切な設定方式を選択するとともに、それぞれの方式に併せて解析したデータを参考に、点数を見直す。

4. 算定ルールの見直し

再入院の契機となった傷病名に合併症に係る診断群分類に定義されるICDコードとした場合、再入院の際の医療資源を最も投入した傷病名が、前回の入院と同一の場合は一連の入院とする。

5. 退院患者調査の見直し

調査項目の簡素化も含めた見直しを行う等、必要な見直しを行う。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成30年度）＞

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切な DPC データの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPC データの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEF ファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEF ファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、D ファイルとEF ファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 （平成31年度評価からは様式1で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討） ・（保険診療への取組：平成31年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	体制評価指数： 5 疾病 5 事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC 標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC 特定病院は3次医療圏のDPC 対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1 入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕／〔全 DPC 数〕 ※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算 2 相当の指数値は 1/2 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205 救急医療管理加算」、「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300 救命救急入院料」、「A301-4 小児特定集中治療室管理料」、「A301 特定集中治療室管理料」、「A302 新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数・体制評価指数＞

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価（1項目1P、上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群：8P、DPC 標準病院群：6P）

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数 ／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕		
	医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」 (いずれかで 0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	・ t-PA 療法(イ)の実施を評価(0.25P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)又は血管内治療の実施実績(ハ)を評価(0.5P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)及び血管内治療の実施実績(ハ)を評価 (1P) (血管内治療の実施：医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、入院2日目までに K178-31, K178-32, K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ ・評価イ を満たす場合、0.25 ポイント ・評価ロ もしくは 評価ハ を満たす場合、0.5 ポイント ・評価ロ かつ 評価ハ を満たす場合、1 ポイント いずれかの最大値がポイントとなる。		

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離に対する手術実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が大動脈解離であり入院中に K5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5611 のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile 値以上の医療機関を 0.5P、その他は 0P）		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3 精神科身体合併症管理加算の算定実績 (0.5P) A311-3 精神科救急・合併症入院料の 1 件以上の算定実績 (1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	・ BCP の策定実績有無別（平成 31 年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMAT の指定（0.25P） ・ EMIS への参加（0.25P）		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで 1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）		

評価項目	概要	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価 (0.1P)	・救命救急センター (0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設 (0.1P)	
		救急車で来院し、入院となった患者数 (最大 0.9P)	救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) (最大 0.5P)	
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか 1 項目を満たした場合 1P	①治験等の実施 ・10 例以上の医師主導治験の実施、10 例以上の先進医療の実施、及び 1 例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 (1P) ・20 例以上の治験 (※) の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施 (0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 ・新型インフルエンザ等対策行動計画に係る医療機関 (平成 31 年以降の評価導入を検討)	

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

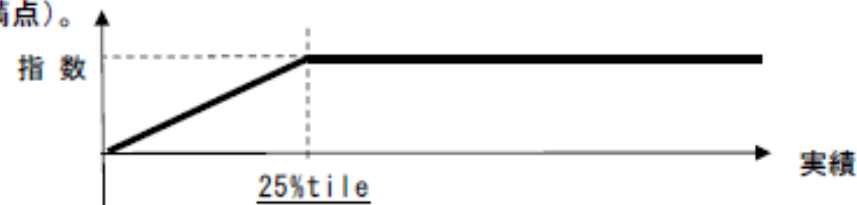
具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0 (※)	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

※ 報酬差額の評価という趣旨から設定する

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績

・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。



○脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は、0ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

経過措置一覧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。
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。

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

経過措置一覧②

	項目	経過措置
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。
17	データ提出加算①	・平成30年3月31日時点で、10対1入院基本料（一般、特定、専門：許可病床数が200床未満に限る。）、療養病棟入院基本料1・2、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟又は病室については、平成31年3月31日（許可病床数が50未満又は病棟数が1病棟の場合は平成32年3月31日）までの間、各入院料のデータ提出加算に係る要件を満たしているものとする。
18	データ提出加算②	・平成30年3月31日時点で、データ提出加算の「200床未満」の区分の届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間、引き続き「200床未満」の区分を算定できるものとする。
19	データ提出加算の注2	・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合の要件については、平成31年3月分まで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。

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）

経過措置一覧③

	項目	経過措置
21	特定集中治療室等	・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成31年3月31日までの間、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。 ・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成32年3月31日までの間、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、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	・許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。
23	緩和ケア病棟入院料	・平成30年3月31日時点で、研和ケア病棟入院料を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、緊急時の対応方針等に関する体制及び実績に係る要件を満たしているものとする。
24	精神科救急入院料	・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。 ・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）、 △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）	・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。

厚労省説明会資料「医科1」（2018年3月5日）